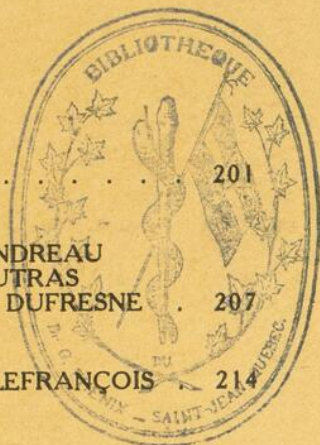


# L'Union Médicale du Canada

REVUE MENSUELLE

Fondée en 1872



<b>BULLETIN</b>	
A propos de l'Assistance Publique . . . . .	LeSage . . . . . 201
<b>MÉMOIRES</b>	
Nucléus pulposus calcifié . . . . .	J.-E. GENDREAU Albert JUTRAS Origène DUFRESNE . . . . . 207
Le traitement chirurgical des ulcères de jambe par la sympathectomie périarté- rielle et les greffes . . . . .	Charles LEFRANÇOIS . . . . . 214
<b>RECUEIL DE FAITS</b>	
Paralysie des dilatateurs laryngés de na- ture grippale . . . . .	J.-N. ROY . . . . . 220
Pyopneumothorax secondaire à un abcès du médiastin postérieur . . . . .	P.-R. ARCHAMBAULT . . . . . 225
Lithiase uréthro-vésicale . . . . .	Paul BOURGEOIS . . . . . 227
<b>PETITE CLINIQUE</b>	
Varicelle compliquée d'hypertension intra- crânienne avec syndrome cérébelleux. Intervention. Guérison . . . . .	Jean SAUCIER . . . . . 229
<b>REVUE GÉNÉRALE</b>	
Le rhumatisme articulaire aigu . . . . .	Henri GELINAS . . . . . 232
Directives générales du régime alimen- taire et de la conduite à tenir en der- matologie . . . . .	Paul POIRIER . . . . . 239
Quelques traitements employés dans les maladies du nez, de la gorge et des oreilles . . . . .	L.-J. TESSIER . . . . . 243
<b>MOUVEMENT THÉRAPEUTIQUE</b>	
Directives diététiques au cours de la gros- sesse . . . . .	Albert BERTRAND . . . . . 248
L'oxyurose . . . . .	Albert GUILBEAULT . . . . . 250
<b>ACTUALITÉS</b>	
Léopold Nègre . . . . .	Albert LeSAGE . . . . . 253
Le docteur J.-E. Binet . . . . .	Jean LeSAGE . . . . . 257
<b>ANALYSES</b>	
Voir détails page . . . . .	X
(Suite du sommaire à la page X)	

**RÉDACTEUR EN CHEF**  
**Professeur Albert LeSage**

**SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION:**  
**Léon GÉRIN-LAJOIE**

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

*"Frosst"*

# KONDREMUL

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

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

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

Bouteilles de 16 onces

*Charles E. Frosst & Co.*

PHARMACIENS-FABRICANTS DEPUIS 1899

MONTREAL  
CANADA

RICHMOND  
VIRGINIE

# LIQUEUR LAVILLE

## “L'ANTIGOUTTEUX”

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

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

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

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

## INJECTIONS CLIN

# STRYCHNO-PHOSPHARSINÉES

permettent la triple médication

phosphorée

arsenicale

strychnique

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

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

**NEURASTHENIE**

**DEPRESSION NERVEUSE**

**CONVALESCENCE**

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

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

---

## BUREAUX A LOUER

---

### BUREAUX POUR MEDECIN A LOUER.

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

---



---

## POSTES DE MEDECINS

---

### POSTE DE MEDECIN

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

---

### POSTE DE MEDECIN

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

---



---

## INTERNES DEMANDES

---

### INTERNES DEMANDES

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

---

### HOPITAL PRIVE SAINTE-AGATHE-DES-MONTS

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

#### HOSPITALISATION

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

#### CONDITIONS D'ADMISSION

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

#### Heures de visite:

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

---

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

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

## La diète du Diabétique



### ALIMENTS DEPOURVUS D'AMIDON

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

Grande boîte pour 30 cuissons  
\$4.85

Petite boîte pour 15 cuissons  
\$2.75

En vente chez tous les pharmaciens ou directement chez

**LISTERS Limited**

**Huntingdon, Quebec**

**CANADA**

## PAVERAL

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

## COQUELUCHE

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

Ne cause ni intolérance, ni complication.

Littérature sur demande

**Agents : CANADA DRUG COMPANY**  
Pharmaciens en Gros

857, rue Saint-Maurice,

MONTREAL

# LE MAPHARSEN

"LE RAFFINEMENT DE LA THÉRAPEUTIQUE  
ARSÉNICALE."

●

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

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

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

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

●

PARKE, DAVIS & COMPANY

MONTREAL

---

---

---

---

---

# L'Union Médicale du Canada

Fondée en 1872



## Prix de l'abonnement pour 1936

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

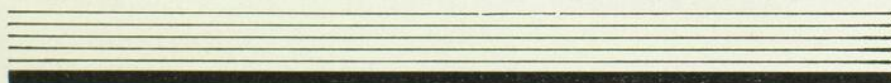
Autorisé par le Ministère des Postes, Ottawa, comme matière de seconde classe.

## Conditions de Publication

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

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

Tout ce qui concerne la rédaction et l'administration doit être adressé franco aux bureaux de l'Union Médicale du Canada, 418 est, rue Sherbrooke. Téléphone: MArquette 7334.



# OCREINE GREMY

Principe actif du corps jaune de l'ovaire.

**Traitement des Troubles menstruels  
par Insuffisance ovarienne.**

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

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

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

# STRYCHNAL LONGUET

Dérivé synthétique de la Strychnine  
de toxicité dix fois moindre

**Toutes indications de la Strychnine**

*Granules dosées à 1 ctgr.*

*Ampoules de 1 cc. à 1 ctgr.*

LABORATOIRES P. LONGUET, PARIS.

# VULCASE BRISSON

Comprimés laxatifs-dépuratifs  
Soufre organique et 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.

# CORAMINE "CIBA"

**Stimulant cardiaque et respiratoire.**

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

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

ACTION RAPIDE, INTENSE ET DURABLE.

Même posologie per os que par voie  
intraveineuse.

— TOXICITE MINIME —

AMPOULES



GOUTTES

COMPAGNIE CIBA LIMITEE - MONTREAL



# SANATORIUM DE BLOIS

23, Avenue Laviolette, TROIS-RIVIERES, Qué.

---

Fondé en 1896

---

Maison de repos, de régimes et  
de convalescence

Affections nerveuses en général

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

DEUX MEDECINS RESIDENTS

---

PRIX MODERES

---

Pour prospectus illustré, s'adresser au

Directeur, DR C. DE BLOIS

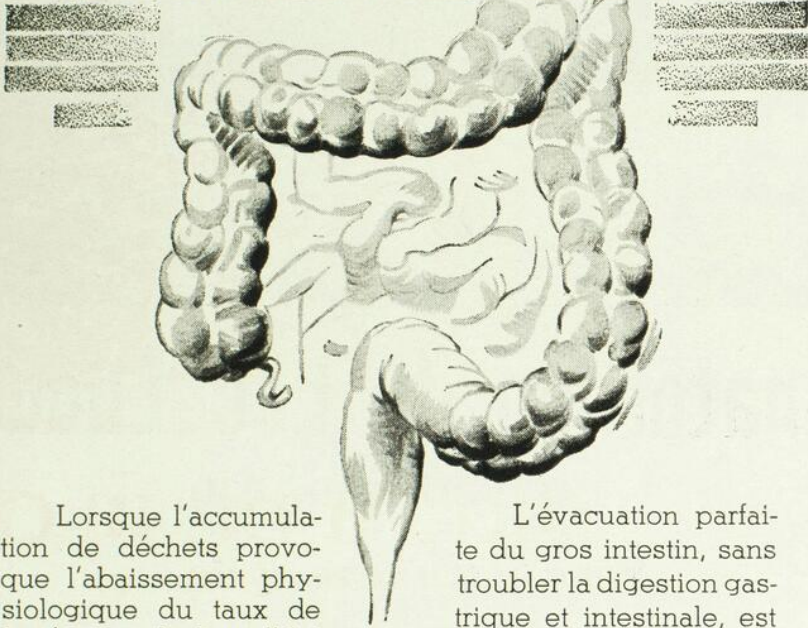
Trois-Rivières, P. Q.

Téléphone, 932

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

POUR LE MAINTIEN DE LA RESERVE ALCALINE A SON TAUX NORMAL

*Maintain*  
THE  
**ALKALINE LEVEL**



Lorsque l'accumulation de déchets provoque l'abaissement physiologique du taux de la réserve alcaline, "Sal Hepatica" combat effectivement l'acidité relative, élimine les déchets et ramène la réserve alcaline à son taux normal.

L'évacuation parfaite du gros intestin, sans troubler la digestion gastrique et intestinale, est la caractéristique de l'action laxative de "Sal Hepatica" — médication scientifiquement préparée, semblable aux célèbres eaux minérales.

"Sal Hepatica" est un effervescent agréable, et son action, doublement efficace, donne une sensation de bien-être. Nous permettez-vous de vous en envoyer un généreux échantillon ?

**SAL HEPATICA NETTOIE LE TUBE DIGESTIF ET  
COMBAT L'ACIDITÉ**

**C O U P O N**

BRISTOL-MYERS COMPANY,  
1241-F, rue Benoit, Montréal, Can.

..... M. D.

Rue et No.....

Veillez envoyer échantillon et littérature concernant Sal Hepatica.

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

**BRISTOL-MYERS CO., NEW YORK, N. Y.**



# Sanatorium du Lac Edouard

LAC EDOUARD, P. Q.

*Pour le traitement de la*

## TUBERCULOSE PULMONAIRE

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

Seuls, les patients susceptibles d'amélioration sont admis.

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

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

Pour tout renseignement, s'adresser à

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

Surintendant médical

---

---

---

---

---

# L'Union Médicale du Canada

Fondée en 1872

## Bureau de Direction

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

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

## Bureau de Collaboration

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

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

Secrétaire: Léon Gérin-Lajoie;

---

### ONT COLLABORE AU VOLUME DE 1935:

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

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

---

---

---

---

---

# SUITE DU SOMMAIRE

## REVUE DES LIVRES

Traité de Chirurgie d'Urgence: Félix Lejars . . . . . 260

## SOCIÉTÉS

La Société Médicale de Montréal. Rapport annuel . . . . . Léon GERIN-LAJOIE . 291

La Société de Chirurgie de Montréal. Eloge du Professeur Pierre-Z. Rhéaume Léon GERIN-LAJOIE . 295

## BIBLIOGRAPHIE

Etudes expérimentales récentes sur les maladies infectieuses . . . . . 299

## NOUVELLES

La Société Belge de Gastro-Entérologie . . . . . 300

Les Journées Médicales de Bruxelles . . . . . 300

## ANALYSES

### MÉDECINE

Le traitement économique des pleurésies purulentes (p. 262). La psychologie du rire (p. 263). A propos de quelques cas de leucémie lymphoïde (p. 264). La tuberculose, maladie sociale, et son diagnostic (p. 265). La cure sanatoriale doit rester la base fondamentale du traitement de la tuberculose pulmonaire (p. 265). Comment, quand et où faut-il pratiquer la saignée (p. 266). Que faut-il penser de l'ulcéro-cancer (p. 268). Diagnostic et traitement de la méningite tuberculeuse (p. 268). Les interventions sur les glandes parathyroïdes. Quelques documents personnels (p. 270). Les claquements péri-cardiques (p. 270). Danger des réactions histologiques suscitées par le carbone intraveineux (p. 272). La primo-infection du jeune adulte (p. 273).

### GASTRO-ENTÉROLOGIE

L'effet de l'exclusion de la sécrétion pancréatique sur la réaction du contenu du duodénum après ablation des canaux pancréatiques (p. 273). Le pouvoir tampon du suc pancréatique (p. 274). De l'ulcère "peptique" par suite de la dérivation de la sécrétion pancréatique par fistule. Etude expérimentale (p. 274). Ulcère du canal pylorique (p. 274). Hernie diaphragmatique droite (p. 276).

### CARDIOLOGIE

L'action de la théophylline dans l'infarctus expérimental du cœur chez le chien (p. 276). La théophylline dans le traitement des maladies des artères coronaires (p. 277).

### ENDOCRINOLOGIE

Facteurs diabétogène, thyrotrope, adrénotropique et parathyrotrope de la pituitaire (p. 277). Applications thérapeutiques des hormones du lobe antérieur de l'hypophyse et des substances à action similaire à celle de ces hormones (p. 279).

### CHIRURGIE

L'opération du doïcho-sigmoïde en un temps. Résection extra-péritonéale, anastomose immédiate subtotale (p. 280).

### UROLOGIE

Le rein polykystique et tuberculeux (p. 281). La cysto-urétrographie descendante. Technique et indications (p. 282).

### CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE

Les effets de la sympathectomie lombaire sur la croissance des membres atteints de poliomyélite (p. 282).

### DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

Sur la fréquence de la syphilis (p. 283). Hérédo-syphilis et tubercule de la face postérieure des incisives (p. 284). Sur la localisation du chancre syphilitique (p. 284). La pigmentation des plaques peladiques (p. 285).

### ÉLECTRO-RADIOLOGIE

L'importance du drainage en radiothérapie glandulaire (p. 285). Douze années de roentgentherapie de la maladie de Basedow (p. 286). Algie rebelle chez une opérée de pseudo-cancer du rectum. Guérison par la révulsion faradique (p. 286).

### ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Maladie polykystique des reins (p. 287). Infarctus cardiaque causé par une embolie de tissu caséux tuberculeux (p. 288). Sur la thrombo-endarterite oblitérante des artères pulmonaires (p. 288). Contribution à l'histologie de la maladie de Kaposi (p. 289).

### LABORATOIRE

Syphilis tardive, formes minuscules du spirochaeta pallida. Spirochétogène syphilitique (p. 289). Action antiseptique et bactéricide de l'urée (p. 290).

# Compagnie Générale de Radiologie,

PARIS

autrefois

Gaiffe, Gallot & Pilon et Ropiquet, Hazard & Roycourt

Installations ultra-modernes pour Hôpitaux, Cabinets médicaux.

Protection Anti-X  
intégrale

## RAYONS X

Sécurité électrique  
absolue

DIATHERMIE

ELECTROLOGIE

SOCIÉTÉ GALLOIS & CIE, LYON

### LAMPES ASIATIQUES POUR SALLES D'OPÉRATIONS ET DISPENSAIRES

Ultra-Violets — Electrodes de Quartz — Infra-Rouges

ETABLISSEMENTS G. BOULITTE, PARIS

### ELECTROCARDIOGRAPHIE, PRESSION ARTERIELLE,

METABOLISME BASAL

Tous appareils de précision médicale pour hôpitaux et médecins

ETABLISSEMENTS R. LEQUEUX, PARIS

### STÉRILISATION — DÉSINFECTION

pour Hôpitaux, Dispensaires et Cabinets médicaux

COLLIN & CIE, PARIS

### L'INSTRUMENTATION CHIRURGICALE PAR EXCELLENCE

## PAUL CARDINAUX

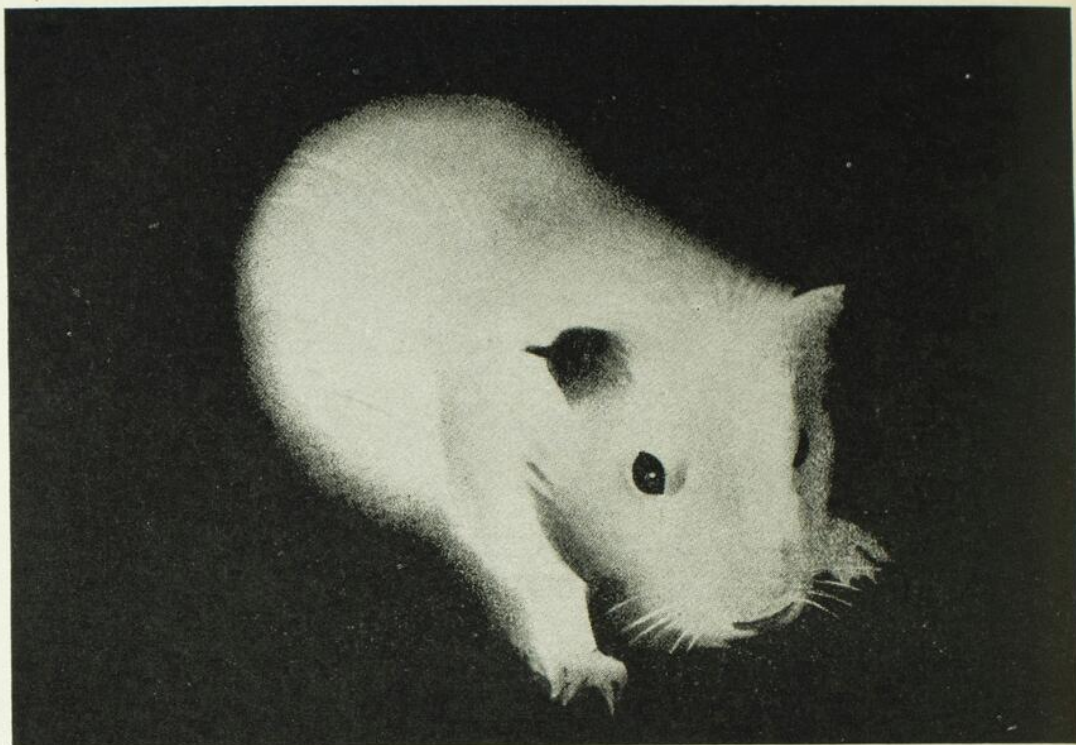
Docteur es-Sciences

“PRECISION FRANÇAISE”

428, CHERRIER  
MONTREAL

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

Phone  
HARBOUR 2357



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

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

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

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

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

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

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

*Spécifiez toujours*

**HALIVER OIL**  
AVEC VIOSTEROL  
**ABBOTT**

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

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

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

Dr .....

Adresse .....

## BULLETIN



## A PROPOS DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

Hôpitaux — Dispensaires — Chômage

Opinion des médecins anglais — Radiologistes —

Obstétrique — Puériculture et assistance publique

Depuis la fameuse entrevue du 9 octobre 1935, à Québec, entre le Premier Ministre, son cabinet et les administrateurs, accompagnés des médecins, la question des indemnités, tant pour les hôpitaux que pour les soins donnés aux chômeurs, a été maintes fois discutée publiquement.

A titre de président de l'Association des Médecins des Hôpitaux, j'ai le devoir de préciser certains points qui ont été soulevés à la réunion, plus récente, à Montréal, présidée aussi par le Premier Ministre, et composée, conjointement, des administrateurs des hôpitaux anglais et français de cette ville ainsi que de plusieurs médecins.

Les administrateurs, par la voix du docteur Bourgeois, ont exposé la situation financière des hôpitaux et ont demandé une allocation supplémentaire de la part de l'Assistance Publique en vue d'accorder des indemnités aux médecins.

Au cours de la discussion, le Premier Ministre s'est appuyé sur l'entente qui existe entre l'Assistance Publique et les hôpitaux pour conclure que ceux-ci sont tenus de payer les médecins et non pas le Gouvernement. En droit, cette réponse équivaut à une exception à la forme.

A un certain moment, le Premier Ministre a lu un télégramme que lui avait adressé un groupe d'administrateurs anglais, laissant croire que les médecins anglais envisagent d'une façon différente de leurs collègues de langue française la question de l'indemnité aux médecins.

Les médecins canadiens-français, et en particulier le professeur J.-E. Dubé, ont exprimé très vivement, et ouvertement, leurs regrets d'une telle attitude de la part de leurs collègues anglais, et ils s'en sont plaints amèrement. Ceux-ci, dans des conversations particulières d'abord, puis dans une lettre publiée dans la *Gazette* du 24 février courant, et dans le *Canada*, ont exprimé leur opinion à ce sujet. Ils sont d'avis, contrairement à leurs administrateurs, que les médecins des hôpitaux et des dispensaires doivent être payés, bien qu'ils soient décidés de continuer, jusqu'à nouvel ordre, leurs services aux conditions antérieures. Mais ils affirment sans ambiguïté que les praticiens devraient être rétribués pour les services qu'ils sont appelés à rendre aux chômeurs.

Il n'y a donc pas de divergence absolue d'opinion entre les médecins canadiens-anglais et les médecins canadiens-français de Montréal sur cette question. Nous regrettons néanmoins que le Premier Ministre de la province de Québec ait produit ce télégramme, non autorisé, semble-t-il, par nos collègues anglais, pour déprécier les médecins canadiens-français, ses compatriotes, en face de l'opinion publique. Cette tactique est peu louable dans les circonstances envers des médecins qui sont l'honneur de la population canadienne-française, et qui ont rendu des services inappréciables et inégalés par aucun autre groupe social de cette province.

Fort heureusement, nos collègues anglais ont redressé cette erreur de tactique et ils se sont solidarisés avec leurs collègues français sur la question de principe. Ajoutons que les médecins canadiens-français n'ont pas ajouté foi à la teneur apparente de ce télégramme, et qu'ils ont refusé de mettre en doute la bonne foi de leurs collègues anglais en cette circonstance jusqu'à ce qu'ils en aient reçu des explications satisfaisantes.

Nous espérons qu'ils joindront, à titre de membres actifs, notre Association des Hôpitaux, et qu'ensemble nous travaillerons dans les meilleurs intérêts de l'Assistance Publique.

#### **Bureaux d'administration**

Ces faits nous obligent à réfléchir, en passant, sur l'attitude de nos bureaux d'administration. Malgré le dévouement indiscutable, admirable même, de leurs médecins, doublé d'un esprit constant

d'abnégation, nos administrateurs, à part quelques rares exceptions, n'ont pas été très empressés de reconnaître, en retour, le travail efficace qu'ils accomplissent. Aucun projet ne leur a été soumis en réponse à leurs demandes. Ils ont fait des instances plus ou moins motivées auprès du Gouvernement à cause de la pression que nous avons exercée auprès d'eux; mais, après les entrevues auxquelles nous faisons allusion, un seul bureau d'administration a, jusqu'ici, présenté à ses médecins des contre-propositions en vue d'un accord juste et raisonnable en attendant que la situation soit éclaircie. Les autres attendent le bon vouloir du Gouvernement. L'Association des Médecins des Hôpitaux ne cessera ses activités que lorsqu'elle aura obtenu justice.

### Les radiologistes

Je relève, en passant, un incident qui révèle la mentalité qui prédomine dans certains milieux. Durant cette entrevue, on s'est enquis des émoluments versés à un radiologiste en chef d'un de nos grands hôpitaux de Montréal, en exprimant quelque surprise qu'une somme aussi considérable lui soit allouée annuellement, par contrat, pour la charge qu'il occupe. Salaire exorbitant, dit-on!... A-t-on pensé à ce que cette somme minime représente si on tient compte qu'il s'agit d'un médecin d'outre-mer qui quitte situation, amis, famille, si, surtout, on songe aux risques encourus par les radiologistes depuis la découverte des rayons X? Sait-on que tous ceux qui pratiquent cette science s'exposent et paient de leur vie, trop souvent, hélas! les services immenses rendus au public, et cela, pendant un nombre restreint d'années?...

Quel est le prix d'une telle vie de savant? Combien de radiologues éminents de tous les pays, sans compter le nôtre, ont perdu, qui, un bras, qui, une jambe, qui, un œil, en attendant le sacrifice suprême dans la douleur et l'abandon!... Comparons la situation d'un médecin comme celui-ci à celle d'un directeur de commerce, sans responsabilité personnelle, grassement payé et pouvant compter sur une pension de retraite, après avoir vendu je ne sais quoi sans aucun bénéfice pour la santé publique...

On déprécie celui qui succombe après avoir donné sa vie pour la santé d'autrui; on vante et on honore les autres... Mais passons, car la justice humaine est un vain mot.

### Assistance publique et hôpitaux

Voyons maintenant quel est le dernier ukase de l'Assistance Publique à l'égard de nos hôpitaux. Depuis notre dernière entrevue nous avons reçu l'avis suivant: "*À partir de telle date l'Assistance Publique refusera de payer aux hôpitaux la journée de sortie des indigents recueillis dans les salles publiques.*" (1)

D'habitude, nous avisons les malades, guéris ou améliorés, qui désirent quitter l'hôpital, du jour et de l'heure de leur sortie. Ces malades quittaient l'hôpital au cours de l'après-midi, c'est-à-dire, lorsque la journée est pratiquement terminée. Nous recevions, pour ce jour de sortie, la somme de deux dollars. A l'avenir, l'Assistance Publique refusera de nous rembourser cette somme sous prétexte que certains malades entrent dans un autre hôpital le même jour de leur sortie, et que l'Assistance Publique est, ainsi, appelée à payer deux fois la somme requise en pareille circonstance.

Cet argument est futile. Lorsqu'un malade quitte un hôpital c'est, habituellement, pour rentrer chez lui, et il est rare qu'un patient passe d'un hôpital dans un autre. Si ce fait se produit, il est exceptionnel, et cela représente une somme bien minime à côté des services rendus au public. On dirait que les hôpitaux sont une cible pour certains subalternes de l'Assistance Publique en mal de réformes injustifiables, et que nos administrateurs ou leurs médecins sont tenus en suspicion par ces Messieurs!... Cela prive nos hôpitaux d'une somme annuelle importante; ce qui ne fait l'affaire ni des uns ni des autres.

Ne l'oublions pas!...

\*

\* \* \*

### Autre point: Accouchement et puériculture.

Jusqu'en 1933 nous recevions deux dollars par jour pour les femmes enceintes, indigentes, qui viennent accoucher dans nos hôpitaux. Ceux-ci, en vue de diminuer la mortalité maternelle et infantile, ont créé des services d'obstétrique. Ils avaient cru, en agissant ainsi, favoriser la natalité en protégeant les mères et leurs enfants. Eh bien! nous avons eu tort d'agir ainsi. Depuis 1933, l'Assistance Publique ne nous accorde que *34 sous par jour, tous frais compris.*

Car on prétend qu'un accouchement n'est pas une maladie!!...

Si les hommes accouchaient!!...

(1) Non textuel mais véridique.

Certains hôpitaux, depuis trois ans, entre autres, ont, ainsi, adressé chaque mois des réclamations, à ce sujet, s'élevant jusqu'ici, pour l'un d'eux, à une somme de \$26,500.00, que l'on refuse de solder sous prétexte que nous avons été avisés de cette décision en temps et lieu. Les femmes enceintes ne méritent, selon eux, aucun secours!...

Que signifient les grandes phrases sur la natalité et la puériculture lorsque nous parlons d'économie sociale ou politique?

Non seulement l'Assistance Publique refuse d'agréer les justes demandes des médecins des hôpitaux, mais elle pratique, ainsi, dans nos budgets éventuels, des recoupages qui gênent davantage nos administrations, si elles avaient eu l'intention de leur allouer des indemnités.

Est-ce juste à l'égard du public?

Est-ce loyal à l'égard de nos hôpitaux?

Nous croyons savoir d'où vient cet excès de zèle!

Sans doute, on nous répondra qu'on nous a consenti, dernièrement, une allocation pour cinq lits en obstétrique, à Notre-Dame, et un nombre très restreint dans d'autres hôpitaux; mais pourquoi *cinq* à *Notre-Dame, hôpital d'enseignement, et dix* à *Victoria*?

Toutes ces questions nous concernent. Nous devons les connaître et les faire connaître, car on a l'impression que ces décisions sont prises en cabinet particulier, sans tenir compte des exigences actuelles et sans même prendre la peine de consulter les autorités compétentes et désintéressées des hôpitaux. Tout ceci est arbitraire et abusif.

\*  
\* \*

2° *Le chômage*. Depuis quelques semaines la question de l'indemnité aux médecins pour services rendus aux chômeurs se précise. Le Comité Exécutif de la ville de Montréal en a admis le principe et l'on dit qu'une somme importante sera affectée au service médical. (1) L'Association des Médecins des Hôpitaux a sans cesse concouru avec les médecins praticiens de Montréal en vue de régler ce différend. C'est pourquoi nous avons diminué considérablement les activités de nos dispensaires. En voici la preuve par les chiffres que nous apportons:

	1935	1936	Diminution
Miséricorde .....	117	13	89 %
Sainte-Jeanne d'Arc .....	1,924	430	78 %
Notre-Dame .....	10,300	3,790	63 %
Saint-Luc .....	10,329	4,618	52 %
Sainte-Justine .....	5,318	4,242	20 %
Hôpital Général de Verdun .....	1,470	1,346	9 %
Hôtel-Dieu .....	6,014	5,925	1.5%

(1) Les associations médicales devront insister pour le libre choix du médecin.

*Les Associations Médicales* de la ville de Montréal, qui recrutent leurs membres surtout parmi les praticiens, ont été renseignées sur ces activités afin de leur démontrer que nous avons agi avec loyauté à leur égard. Elles devront sans doute en exprimer leur satisfaction malgré certaines hésitations difficiles à contrôler.

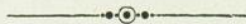
Nous croyons toujours qu'un grand nombre de malades viennent aux dispensaires, qui pourraient consulter et payer leur médecin particulier. Nous devons continuer de leur fermer impitoyablement la porte et protéger ainsi non seulement les intérêts des médecins praticiens, mais aussi ceux de nos hôpitaux dont les dispensaires accumulent chaque année des déficits considérables au détriment des services internes. Nous croyons également que tous les chômeurs, sans distinction, devraient être éliminés des dispensaires et se faire traiter par leur médecin ou, peut-être, dans des dispensaires locaux, tels que suggérés par le Dr O. Mercier dans le dernier numéro de *l'Union Médicale du Canada*.

Mais les malades qui versent un dollar dans un dispensaire public devraient être renvoyés à leur médecin, sauf exception.

Les hôpitaux ont-ils le droit d'accepter ce dollar puisque les dispensaires ont été institués pour traiter gratuitement les indigents seulement, c'est-à-dire les malades dont les moyens de subsistance sont tout à fait insuffisants pour leur permettre de payer un médecin. Un dispensaire public est un dispensaire gratuit, ou bien il ne doit pas exister.

Tels sont les principaux points que nous avons voulu soulever et mettre devant l'opinion médicale, plutôt en vue d'une collaboration que d'une critique, afin de bien démontrer que si les médecins des hôpitaux et les médecins praticiens n'ont pas encore obtenu tout ce qu'ils demandent, cela est dû à la malveillance des uns, à la duplicité des autres et à l'égoïsme irréductible de conseillers occultes qui favorisent ces recoupages au détriment de la santé publique et des médecins, ses fidèles serviteurs.

LeSAGE.



# MÉMOIRES

---

## NUCLÉUS PULPOSUS CALCIFIÉ

### Considérations cliniques, radiographiques et radiothérapiques

Par

**Prof. J.-E. GENDREAU, Albert JUTRAS et O. DUFRESNE,**  
Institut du Radium, Université de Montréal.

Le 26 novembre 1936, un confrère nous amène sa femme pour une algie d'une violence extrême, survenue subitement et spontanément dans la région lombaire gauche, en fin d'après-midi, douze jours auparavant.

Agée de 34 ans, la patiente, du biotype longiligne, mesure 5 pieds et 4 pouces et pèse 110 livres. Mère de trois enfants bien portants, elle ne peut retracer aucun antécédent morbide ou traumatique. Elle confesse néanmoins qu'au cours des deux années précédant la crise, elle a souffert d'une vague gêne dans le dos accentuée par une besogne ou marche prolongée, voire par la position assise.

A l'éclosion de l'hyperalgie, tout mouvement de flexion, d'extension ou de rotation du tronc devient impraticable; la tête même doit rester immobile et la patiente s'alite.

Les médecins, rendus perplexes par le résultat négatif des diverses explorations, adoptent une conduite plutôt expectative, se bornant à quelques pointes de feu sur les lombes et à une médication purement symptomatique. Après douze jours de temporisation, le transport à l'Institut du Radium est décidé en vue d'un examen radiologique.

Quand nous voyons la malade, celle-ci se déclare très légèrement améliorée. Son déplacement exige tout de même d'innombrables précautions; et, si la douleur spontanée reste circonscrite à la zone lombaire, toute influence sur la statique vertébrale provoque une exacerbation. Les masses musculaires para-rachidiennes sont en contracture de défense; mais la percussion et la pression sur les apophyses épineuses, l'exploration de la sensibilité cutanée comme celle de la réflexivité ne révèlent rien.

Une première radiographie, pratiquée en direction antéro-postérieure sur le segment endolori du tronc, fait éliminer la lithiase urinaire qu'il est permis de soupçonner en pareille occurrence. On peut aussi mettre de côté du même coup une altération grave du squelette pelvien et rachidien infé-

rieur et en particulier, un mal de Pott plausible aussi jusqu'à un certain point. Bref, nul signe pathologique bien évident ne se manifeste si ce n'est deux petites taches opaques disposées symétriquement dans l'intervalle de D10 et D11. Les radiographies de profil confirment cette constatation. En effet, le disque intervertébral est incrusté de deux lentilles calcaires de teinte uniforme, à peu près ovalaires, mesurant à peine quelques millimètres de longueur, nettement séparées des corps vertébraux sus et sous-jacents, et disposées l'une derrière l'autre, la plus antérieure

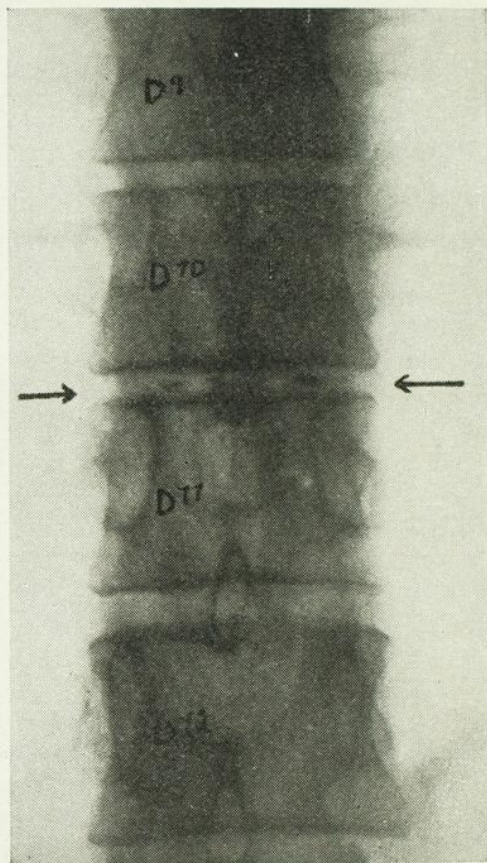


Fig. 1 — Radiographie en direction antéro-postérieure montrant une petite tache calcaire de chaque côté de l'apophyse épineuse au milieu de l'espace clair intervertébral D10-D11.

siégeant au voisinage du point d'union du tiers antérieur et du tiers moyen. Sous de légères variations d'incidence les deux opacités changent de rapport entre elles, ce qui montre qu'elles n'occupent pas le même plan sagittal. Le disque est un peu pincé à sa partie antérieure où les bourrelets osseux des vertèbres tendent à se rejoindre. Ce défaut se retrouve d'ailleurs à l'articulation D9 - D10 et contribue à exagérer légèrement la courbe cyphotique du rachis dorsal. En outre, les bords latéraux inférieurs de D10

et supérieurs de D11 accusent une augmentation de densité et de fines irrégularités.

Sur ces données radiologiques, nous portons le diagnostic de *chondrite intervertébrale calcaire* ou pour employer une terminologie plus répandue, celui de *nucléus pulposus calcifié*. Attribuant à cette anomalie la cause du mal lombaire, nous instituons un traitement radiothérapique en vue d'agir sur le processus originel et, par voie de conséquence, supprimer la douleur réflexe. Les conditions d'irradiations sont: tension constante 190 Kv; intensité 4 mA; filtration 1 mm de Cu et 3 mm d'Al; champ à la peau 225 cm<sup>2</sup> avec D<sup>10</sup> - D<sup>11</sup> comme centre; durée 30 minutes; dose par séance 230 r internationaux. Après quatre séances échelonnées du 29 novembre au 10 décembre 1935, et une dose totale de 920 r internationaux, l'amélioration peut s'évaluer, au dire du mari médecin, à 75%. Bien que la guérison soit incomplète, on décide de suspendre la radiothérapie, à cause des malaises généraux qui suivent chacune des applications tels qu'asthénie, nausée, anorexie, etc. Aussitôt la radiothérapie interrompue, les forces et le poids se recupèrent et le bien-être relatif persiste jusque vers le 21 janvier 1936, c'est-à-dire pendant six semaines. A cette dernière date, la région lombaire s'endolorit de nouveau mais à un degré beaucoup moindre qu'avant le traitement.

Le 27 janvier 1936, nous reprenons les irradiations tout en modifiant la technique: tension pulsatoire 140 Kv; intensité 4 mA; filtration ½ mm de Cu et 2mm d'Al; distance focale 34 cm; champ à la peau 100 cm<sup>2</sup> centré sur D<sup>10</sup> - D<sup>11</sup>; durée 30 mts; dose par séance 70 r internationaux; une séance tous les deux jours.

Le fait d'avoir diminué les doses, la puissance pénétrante des rayons et les superficies irradiées, le *roentgenkater* n'est plus du tout ressenti et cependant l'action analgésique semble aussi marquée qu'avec la première méthode.

Après 420 unités r administrées en 6 séances du 27 janvier 1936 au 7 février 1936, la lombalgie a disparu et la patiente retourne à ses occupations normales.

Cette observation ne manque pas d'intérêt, car elle se rapporte à une affection très rare; on connaît à peine une trentaine de cas analogues. L'exemple le plus ancien fut publié par Calvé et Galland en 1922. Il concernait une femme de 72 ans traitée à Berck pendant deux ans pour une soi-disant forme anormale de mal de Pott. Schmörl en 1928, fit l'étude anatomique de la nouvelle maladie, et en novembre 1931, Calvé et Galland analysant les vingt-cinq cas rapportés à cette date, firent un exposé d'ensemble de la question.

Grâce à ces travaux, ceux de Schmörl en particulier, on est maintenant fixé sur la nature de la lésion. Rappelons que par *nucléus pulposus* on désigne la lentille bi-convexe mucoïde, qui loge

au centre du disque intervertébral. Ce noyau liquide est englobé dans un tissu conjonctif semi-cartilagineux (zone intermédiaire) lui-même encerclé par un anneau fibreux (annulus fibrosus). Celui-ci constitue la zone périphérique du disque et s'unit solidement aux bourrelets osseux des corps vertébraux adjacents par des prolongements fibreux. Vestige du notochorde, le *nucléus pulposus*, en raison de sa forme et de son élasticité, sert à la fois, selon l'expression même de Calvé et Galland, *d'amortisseur* et *d'axe-rotule* pour la flexion, l'extension et la rotation axiale du rachis.

On comprend la différence dans la réalisation de ces mouvements et l'éveil d'une sensibilité anormale "si cette rotule élastique se transforme un jour en une rotule de pierre" (Calvé et Galland).

Les causes de l'imprégnation calcaire du *nucléus pulposus*, restent à établir. Personne ne doute que le processus relève d'une loi commune aux calcifications synoviales et arthropatiques; mais, l'essence du phénomène n'apparaîtra qu'après la solution de bien d'autres problèmes concernant le métabolisme calcique. Les infections, les dysendocrinies, les traumatismes sont des facteurs étiologiques inconstants et obscurs. Il y a deux données cliniques susceptibles d'apporter quelque éclaircissement: d'une part, l'âge des malades; d'autre part, le siège de la lésion.

En effet, dans la quasi totalité des observations, l'âge dépasse 40 ans. On trouve cependant des exceptions: notre malade par exemple, n'a que 34 ans et Kohler cite deux cas de calculose nucléaire chez des enfants de douze ans; mais, l'ensemble des cas publiés nous porte à penser que l'anomalie s'acquiert après le développement complet du squelette.

Le second fait qui frappe par sa constance est, avons-nous dit, la *localisation* du processus. Ce dernier intéresse habituellement le segment D9 - L1.

Notre malade n'échappe pas ici à la règle commune, puisque c'est l'articulation D10 - D11 qui est atteinte chez elle. Tout compte fait des très rares exceptions signalées, il faut convenir que le segment de transition entre la cyphose dorsale et la lordose lombaire offre une prédisposition particulière. Il se pourrait fort bien que des études approfondies sur la mécanique et la statique de cette zone vertébrale, illuminassent certains aspects du phénomène.

Des auteurs affirment que les femmes monopolisent la *chondrite calcifiante intervertébrale*; mais, la statistique complète établit une égalité de fréquence pour les deux sexes.

Comme pour les autres organes, la calculose du nucléus pulposus ne s'accompagne pas nécessairement toujours de *douleur*. Nous en tenons pour preuve les quelques cas découverts fortuitement sur des radiographies demandées pour toute autre cause qu'un syndrome rachidien. Il y a aussi lieu de penser qu'un nombre considérable de sujets portent des calculs intervertébraux sans présenter le moindre symptôme. Néanmoins, dans la plupart des cas relatés, on note des algies qu'explique le remplacement d'une substance déformable par une substance rigide, bien que certains tiennent cette raison pour insuffisante.

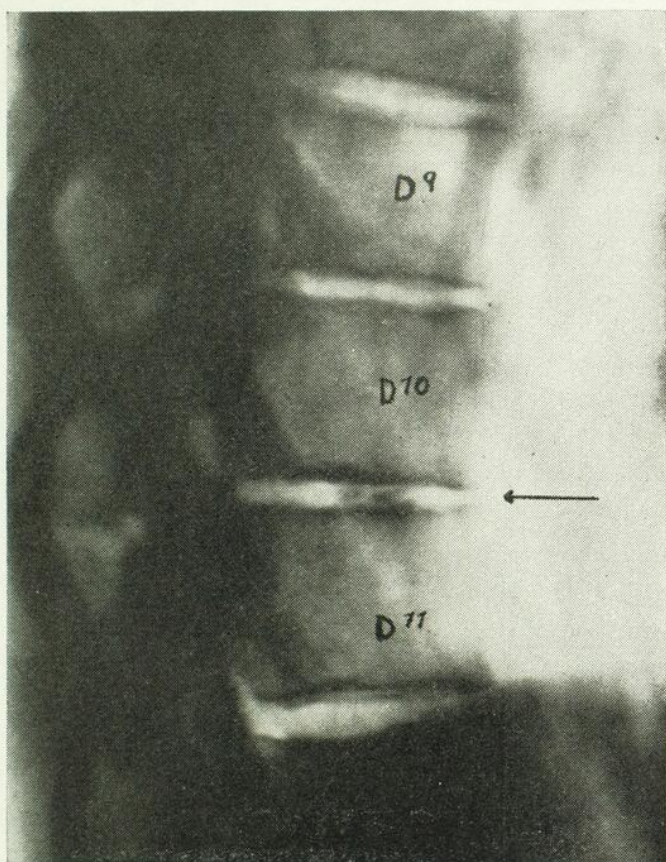


Fig. 2 — Radiographie latérale du rachis montrant les deux taches calcaires suspendues dans l'espace intervertébral D10-D11.

Ces douleurs marquent en général une forte tendance à l'irradiation, et souvent se manifestent dans des territoires tout autres que celui du disque lésé, ainsi qu'on le constate chez notre patiente.

Le diagnostic dépend tout entier de la radiographie. Il exige des clichés de bonne qualité et une très grande attention. La trans-

formation calcaire n'intéresse d'habitude qu'une moitié ou un quart du nucléus, rarement sa totalité. Quelquefois double, comme dans notre cas, d'autres fois plurifragmentaire, le dépôt est de densité homogène. De plus, il *reste toujours séparé de l'image vertébrale* à cause des tissus fibreux et semi-cartilagineux interposés. Ce signe permet de distinguer la calculose nucléaire de l'ossification des zones périphériques du disque. Dans ce dernier et tout différent processus, l'histologie dévoile une organisation ostéoïde (ostéoblastes et canaux de Havers), tandis que la radiographie révèle un disque opaque dans son pourtour avec un centre clair.

Entre autres maladies intervertébrales qu'il faut savoir distinguer, mentionnons : 1o. la hernie nucléaire intra-spongieuse qui détermine une échancre en godet sur les contours articulaires du corps; 2o. la rétropulsion nucléaire, véritable luxation qui produit une cyphose douloureuse et souvent des syndromes médullaires; 3o. l'épiphysite vertébrale dans laquelle les points épiphysaires apparaissent comme des taches séparées des bords antérieurs de la masse principale; 4o. enfin, toute la série des spondylarthroses et des spondylarthrites.

L'ancienneté des observations connues est encore insuffisante pour qu'on puisse établir l'évolution de la calculose intervertébrale. On cite des exemples de résorption spontanée; mais d'ordinaire le calcul persiste et quelquefois s'accroît même après la disparition des algies.

Jusqu'à date la base du *traitement* dans les cas douloureux a été le repos au lit pendant des mois et même des années. Cela représente des sacrifices moraux et des inconvénients sérieux. Sans vouloir anticiper sur les effets définitifs, nous avons des raisons de croire que la radiothérapie est un moyen à la fois efficace et rapide. Notre succès sera-t-il durable?... nous le souhaitons, mais, d'ores et déjà nous notons que les rayons X dans notre expérience, ont prouvé une action sédative immédiate et pratiquement complète.

Alajouanine et Mauric sont à notre connaissance les seuls auteurs à préconiser les rayons X dans l'imprégnation calcaire douloureuse du disque intervertébral; encore s'abstiennent-ils de tout renseignement sur leur technique d'irradiation.

Peut-être aurions-nous eu avantage à maintenir plus longtemps le repos couché. Notre malade n'était pas hospitalisée et semblait tenir à reprendre sans tarder ses habitudes de vie et ses activités.

*Conclusions*

En présence d'une dorso-lombalgie sans autre cause décelable, il faut songer au *nucléus pulposus calcifié* et le rechercher par l'exploration radiologique du rachis, seul moyen de le mettre en évidence.

L'irradiation directe nous paraît un adjuvant thérapeutique de premier ordre, même si la douleur siège en dehors de la zone du disque affecté.

## BIBLIOGRAPHIE

- 1.—ALAJOUANINE et MAURIC. — Cahiers de Radiol. G de F. Noll, p. 49-55.
- 2.—BOTREAU-ROUSSEL et P. HUARD, Ann d'An. Path. 1930, no 7, p. 782-783.
- 3.—BRETON MARC. — Journ. de Radiol. 1927, Tome XIII, No. 5, p. 277-281.
- 4.—CALVE J. et GALLAND M. — Journ. de Radiol, Janvier 1922.
- 5.—CALVE J. et GALLAND M. — La Presse Médicale, 1930. No. 31, p. 520-524.
- 6.—CALVE J. et GALLAND M. — Revue d'Orthopédie, 1931, Tome XVIII, No 6, p. 782-786.
- 7.—KOHLER ALBAN. — Röntgenologie. Edition Paris 1930.
- 8.—LEDOUX-LEBARD R. — Manuel de Radiodiagnostic Clinique, Paris 1933.
- 9.—LUSSKIN H. — Amer. Journ. of Surg. 1927, No. 3, p. 148-149.
- 10.—RIETMA L. P. et KEIJSER S. — Acta Radiol. 1928, No. 9, p. 606-610.
- 12.—SCHMÖRL G. — Archiv. für Klinische Chirg., no 753, juil. 1928.  
Zbl. für Chirg. no 37, 1928.



## LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DES ULCÈRES DE JAMBE PAR LA SYMPATHECTOMIE PÉRIARTÉRIELLE ET LES GREFFES

Par Charles LEFRANÇOIS,  
Chirurgien de l'hôpital Saint-Luc.

Il existe plusieurs traitements médicaux de l'ulcère de jambe : le repos, les différentes pommades plus ou moins cicatrisantes, la chaleur sous toutes ses formes, les rayons ultra-violet, le cyanure de mercure qu'on doit essayer, même avec un B. W. négatif, au cas où l'ulcère serait d'origine spécifique. Le Dr Lafresnière, dans un numéro récent de *l'Union Médicale*, a décrit une nouvelle méthode de traitement par le sérum glucosé. Aux Etats-Unis on continue d'employer la pâte d'Una et surtout depuis quelque temps l'Elastoplast : ces deux derniers procédés agissent par compression en faisant disparaître la stase veineuse. Enfin il y a les injections sclérosantes qu'on doit faire en présence d'un ulcère d'origine franchement variqueuse. Ces différents moyens thérapeutiques, surtout l'Elastoplast <sup>(1)</sup> réussissent à cicatriser des ulcères. Mais il en existe un assez grand nombre qui ne guérissent pas par ces traitements ou bien qui récidivent après avoir été une fois fermés.

Dans ces cas le traitement chirurgical peut donner des résultats rapides et définitifs. La section du nerf saphène, l'excision simple de l'ulcère, les greffes cutanées agissent favorablement, mais il semble que la méthode d'avenir soit la sympathectomie périefémorale suivie quelques jours après de l'application de greffes de Reverdin.

La cause principale de la chronicité désespérante des ulcères réside dans le fait qu'ils sont ordinairement situés à la partie antérieure de la jambe, à un endroit où la peau est tendue sur le tibia, à un endroit où la circulation artérielle capillaire est très peu développée. La sympathectomie périefémorale provoque rapidement une vaso-dilatation des capillaires de ce côté, avec comme conséquence un nettoyage de l'ulcère, qui est toujours infecté, et une cicatrisation rapide. Comme le nouvel épiderme ainsi formé est naturellement fragile, pour éviter les récidives, 4 ou 5 jours après la sympathectomie il faut appliquer des greffes de Reverdin, qui reprennent toujours ici facilement.

(1) Surg. Gyn. Obst., octobre 1935, page 459.

Leriche, qui a préconisé en 1926 cette méthode, vient de publier, dans un récent article <sup>(1)</sup>, le résultat de son expérience: 52 observations presque toutes couronnées de succès. Depuis deux ans nous avons eu l'occasion de traiter quatre malades par la sympathectomie et les greffes.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de 62 ans entrée à l'hôpital en septembre 1931 pour un ulcère de jambe, qui a débuté en 1927 et qui ne s'est depuis jamais cicatrisé. Hospitalisée d'abord en médecine, la patiente 2 ans après passe dans notre secteur en chirurgie, en avril 1933.

À ce moment, elle présente à la face antérieure de la jambe droite un ulcère d'environ trois pouces de diamètre. C'est un ulcère chronique d'origine inconnue comme il y en a beaucoup. L'ulcère n'est pas d'origine variqueuse ni phlébitique: la patiente a eu des accouchements normaux et n'a jamais fait de phlébites. L'examen des différents organes est négatif, les analyses sont normales: aucun indice de diabète. Nous continuons le traitement commencé en médecine, et à la pâte d'Una et à la lampe Thermolite, nous ajoutons des injections de cyanure de Hg, bien que le B.W fut par cinq fois négatif, et des multiples séances de rayons ultra-violets.

En décembre 1933, nous ne constatons aucune amélioration: l'ulcère mesure toujours 3 pouces de diamètre. Nous décidons de faire la sympathectomie pérfémorale. L'oscillométrie faite préalablement nous donne des oscillations normales, supérieures un peu à droite du côté de la jambe malade.

Quelques jours après l'opération l'ulcère commence déjà à se refermer par les bords. Nous appliquons des greffes de Reverdin trois semaines plus tard et deux mois après la sympathectomie l'ulcère n'est pas plus gros qu'un cinq sous. Cependant il ne se fermera pas complètement. Quelques mois après il s'agrandit et la patiente, au début de 1935, s'en va dans un hospice toujours avec son ulcère qui reprit les dimensions qu'il avait au début.

La sympathectomie a sûrement agi ici, mais de façon momentanée et incomplète, et on doit considérer le cas comme un échec. Les deux observations suivantes, par contre, sont des succès.

Notre deuxième malade est un homme de 32 ans qui, à la suite d'une piqûre de moustique au mois d'août 1933, voit se développer un ulcère à la face antérieure de la jambe. Il se soigne d'abord lui-même avec de l'onguent carbolique mais sans succès. Il est hospitalisé, en médecine à l'hôpital Saint-Luc, en novembre 1933; le Dr Lafresnière le soigne alors pour le diabète et pour son ulcère d'origine traumatique évoluant sur un terrain diabétique. Le patient a des pansements à la pommade d'insuline, au sérum et reçoit 35 séances de rayons ultra-violets. Aucune amélioration notable du côté de l'ulcère à la fin de janvier 1934. Il a alors son congé.

Nous le voyons plus tard à la fin de mai 1934 et nous décidons de l'hospitaliser de nouveau, pour lui faire une sympathectomie; il a à ce moment toujours son ulcère qui mesure environ 1½ pouce de diamètre et qui date déjà de neuf mois.

(1) Journal de Chirurgie, mai 1935.

Nous l'opérons le 5 juin; six jours plus tard l'ulcère est déjà réduit du tiers. Nous appliquons alors des greffes et le 17 juin, l'ulcère qui datait de neuf mois, est complètement cicatrisé, douze jours après la sympathectomie.

Nous avons eu l'occasion de revoir le malade et la guérison se maintenait toujours 15 mois après l'opération(1).

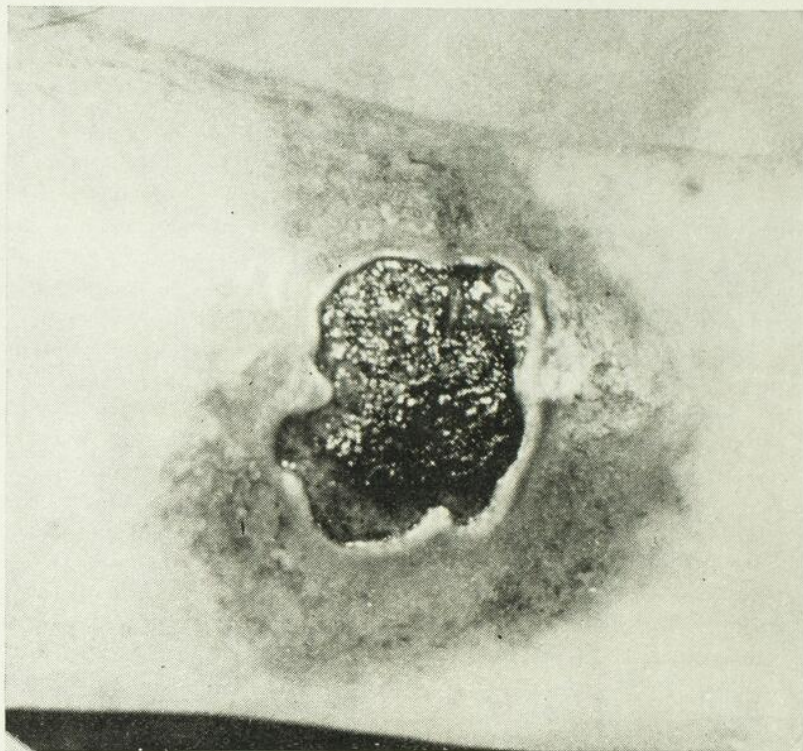


Photo de l'ulcère de la 2e observation, avant la sympathectomie.

Dans notre troisième observation, il s'agit d'un malade de 54 ans qui présente à la jambe droite un ulcère variqueux qui date d'une vingtaine d'années. L'ulcère siège comme toujours à la partie antérieure de la jambe. Le patient a subi dans le passé de multiples traitements mais jamais son ulcère ne s'est complètement fermé. Le Dr Aimé Desforges a traité le malade pendant quelque temps par le repos, les injections sclérosantes et le cyanure, quoique son B.W. fût négatif; il a réussi à cicatriser presque complètement l'ulcère mais au bout de deux mois il y avait récidence. Il nous envoie le malade en mars 1935.

À ce moment l'ulcère a environ 2 pouces de diamètre et ses contours sont irréguliers. Le 28 mars, nous faisons la sympathectomie périfémorale à l'anesthésie locale: dans l'espace de cinq jours la dimension de l'ulcère diminue

(1) Les trois premières observations furent présentées à l'assemblée scientifique de l'hôpital Saint-Luc en décembre 1935.

rapidement du tiers. Nous couvrons alors ce qui reste de greffes dermo-épidermiques. La cicatrisation se poursuit et le 17 avril, 20 jours après la sympathectomie, l'ulcère qui date de 20 ans est complètement fermé.

Nous avons revu le malade en février 1936, près de 10 mois après l'opération et il n'existait aucune récurrence locale.



12 jours après l'intervention,  
l'ulcère est guéri.

Notre dernier malade est un homme de 62 ans, entré à l'hôpital le 9 octobre 1935; il présente un ulcère de 2 pouces de diamètre, développé sur le moignon de son pied droit amputé, il y a 35 ans, au milieu du métatarse. L'ulcère fit son apparition il y a 3 ans; il fut traité depuis par diverses pommades, mais sans succès.

Nous croyons que la cause de l'ulcère est le cal osseux exubérant et nous décidons vers le milieu de novembre d'aller le réséquer. Auparavant le patient nous avertit avec raison de ne pas trop en enlever pour ne pas nuire à la statique de son pied. En même temps nous abrasons le pourtour de l'ulcère. La cavité se remplit de bourgeons charnus mais l'épidermisation elle-même est à peu près nulle au bout de 2 mois, à peine  $\frac{1}{4}$  de pouce à la périphérie.

Nous faisons la sympathectomie pérfémorale à l'anesthésie locale, le 7 jan. 1936. Le 15, la plaie est propre, les bourgeons sont rouge vif et nous appliquons des greffes. Une semaine après, les greffes comme toujours ont

bien repris et l'épidermisation est complète, à l'exception d'un petit point grand comme une fève, vers le bas de l'ulcère où il existe un foyer d'ostéite.

Au début de février le patient est cependant toujours à l'hôpital; il a encore son petit foyer d'ostéite et il existe une petite récurrence à l'endroit où il s'était fait un peu de cicatrisation avant la sympathectomie. Mais tout le reste de l'ulcère demeure guéri.

La deuxième et la troisième observation sont surtout concluantes. Des ulcères datant de 9 mois et de 20 ans furent rapidement cicatrisés



L'ulcère de la 3e observation,  
avant la sympathectomie.

en 11 et en 20 jours. Les patients, revus 15 et 10 mois après leur sortie de l'hôpital, ne présentaient pas de récurrence. Le fait est important, car s'il est relativement facile de guérir des ulcères, il n'est pas toujours facile d'éviter les récurrences. Dans notre dernier cas il manque le recul nécessaire pour pouvoir juger du succès définitif de notre intervention.

Il ne faut évidemment pas recommander la sympathectomie et les greffes dans tous les cas d'ulcères. Plusieurs guériront par les traite-

ments médicaux; nous avons de beaux succès par la méthode compressive avec l'Elastoplast. Mais si au bout de 2 ou 3 mois de traitement ils ne guérissent pas ou récidivent, la sympathectomie et les greffes sont indiquées.

La sympathectomie pérfémorale est une intervention facile à réaliser à l'anesthésie locale. Le seul temps délicat est après la libération de l'artère, l'ablation de l'adventice sur une longueur d'environ deux

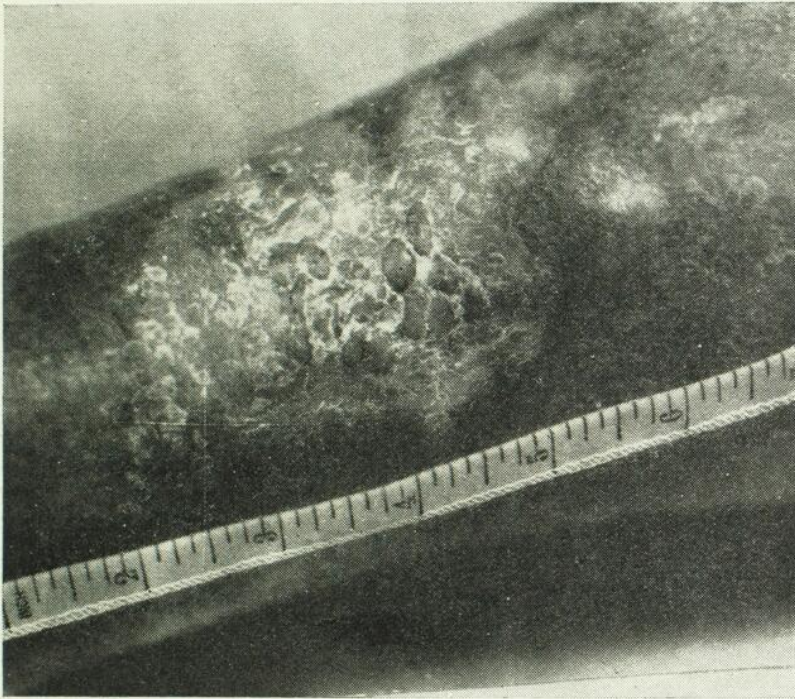
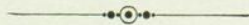


Photo prise un mois après l'intervention.

pouces: cette ablation est facilitée par une irrigation au sérum chaud qui fait gonfler la tunique externe contenant les filets sympathiques. Il est à noter que l'effet vaso-dilatateur de la sympathectomie n'agit que pendant environ trois semaines; aussi faut-il se hâter d'appliquer les greffes. Nous le faisons d'habitude au bout d'une semaine, aussitôt que les bourgeons sont propres, aussitôt que l'épidermisation commence à se faire par les bords.



## RECUEIL DE FAITS

---

### PARALYSIE DES DILATATEURS LARYNGÉS DE NATURE GRIPPALÉ<sup>(1)</sup>

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

En présence d'un malade déclarant avoir eu la syphilis il y a treize ans, et qui souffre d'une paralysie double des crico-arythénoïdiens postérieurs, il est logique de penser à une lésion bulbaire. Toutefois, avant de s'arrêter à un diagnostic de présomption, il faut continuer l'examen, et voir si le trouble paralytique n'est pas dû plutôt à une autre cause. L'automne dernier, j'ai eu l'occasion d'observer, dans mon service de l'hôpital Notre-Dame, un homme qui se trouvait dans ces conditions, et pour lequel on a pratiqué la trachéotomie, afin d'empêcher la suffocation. Or, le laboratoire et la neurologie ont prouvé qu'au point de vue étiologique, la syphilis devait être éliminée. L'histoire de ce malade est d'ailleurs la suivante :

*Observation.* — M. G. A., âgé de 43 ans, vient au dispensaire de l'hôpital, le 16 nov. 1934, pour une affection du larynx.

A l'examen on trouve une paralysie double des cordes vocales, qui sont en position paramédiane. Elles ne sont pas atrophiées, mais pendant l'effort d'inspiration, elles sont attirées vers la trachée. La phonation les fait se rapprocher légèrement. La glotte est rétrécie, et le malade respire avec difficulté. Hyperhémie de la muqueuse laryngée, sans ulcérations ni oedème. Etat normal de la sensibilité. La voix est rauque. Aucune lésion de l'épiglotte, et de l'exo-larynx.

Angine cryptique double observée à l'examen du pharynx.

La sensibilité du voile du palais est physiologique, ainsi que la mobilité.

---

(1) Communication faite au Congrès français d'Oto-Rhino-Laryngologie, Paris, 16 oct. 1935.

A la rhinoscopie antérieure on constate une déviation de la cloison à droite, consécutive à un traumatisme du nez, légèrement repoussé à gauche.

Les ganglions cervicaux et sous-maxillaires, ainsi que la glande thyroïde ne sont pas hypertrophiés.

En présence de cette paralysie, on interroge le patient qui déclare ne jamais avoir souffert de la gorge avant la maladie actuelle. A l'âge de 13 ans, il a eu une fièvre typhoïde, et vers la même époque, paraît-il, une pneumonie. Ces deux affections l'ont retenu à l'hôpital pendant neuf mois. Syphilis à 30 ans, mais traitée d'une manière bien sérieuse. *Le 18 sept. 1934*, très forte grippe, et quinze jours plus tard, le malade remarquait déjà un peu de raucité de la voix, accompagnée d'une légère difficulté respiratoire. *Rechute grippale le 12 octobre*, qui eut pour effet d'augmenter les troubles laryngés. A partir de ce moment, la respiration devient de plus en plus pénible, et un mois après le patient se présente à l'hôpital.

L'examen du thorax aux rayons X permet de constater qu'il n'y a pas d'adénopathie trachéo-bronchique, de lésions médiastinales, ou de dilatation des vaisseaux sanguins.

Afin de prévenir la suffocation, la trachéotomie est faite le jour même par mon assistant, le Dr J. Brault. Les suites opératoires se passent normalement, et deux semaines plus tard, on continue à rechercher la cause de cette paralysie.

Il n'y a pas d'Argyll-Robertson, et l'accommodation est physiologique. Aucune lésion des yeux, et la vision est excellente.

Le Wassermann du sang et du liquide céphalo-rachidien est *négatif*.

Le malade n'a jamais souffert de dyphthérie, de saturnisme, de paludisme, de sclérose en plaques et de tuberculose. Il ne fait pas usage d'alcool, et fume d'une manière modérée. Il n'a reçu aucun traumatisme cervical.

Un examen neurologique très minutieux, pratiqué par le Dr Jean Saucier, renseigne sur l'état normal du cerveau, du tronc cérébral et de la moëlle épinière. En effet, il n'existe aucune affection d'origine centrale. Les noyaux bulbo-protubérantiels du spinal et des nerfs crâniens voisins ne sont pas lésés, et du reste la voie pyramidale est respectée. Il n'y a pas de troubles appréciables de la sensibilité, ce qui élimine, en conséquence, la syringobulbie. La réflectivité tendineuse est normale. Les réflexes cutanés et muqueux sont présents et égaux. Enfin, on ne constate pas de réflexes pathologiques.

Comme le malade ne manifestait aucun stigmate de neuro-syphillis, il n'est pas jugé nécessaire de recourir à la réactivation, et de demander ensuite un autre Wassermann.

On lui prescrit de la strychnine.

Durant le premier mois après la trachéotomie, la paralysie des crico-arythénoïdiens postérieurs est toujours persistante. Cependant, à la fin de la cinquième semaine, on commence à observer une légère dilatation de la corde vocale gauche. Quant à la droite, sa mobilité devient apparente quelque temps plus tard. La constriction est normale. L'amélioration se continuant, on commence, à la fin de décembre, à obstruer la canule de temps à autre, pour permettre la respiration par le larynx. Le 21 janvier

1935, la plaie trachéale est fermée au moyen de points profonds, et la guérison est obtenue par première intention.

Désireux de compléter la thérapeutique par les agents physiques, on prie le Dr Laquerrière de vouloir bien se charger de ce malade. Des rayons infrarouges de trente minutes de durée, dirigés sur la face antérieure du cou, lui sont alors administrés. Ce traitement combiné a de très bons effets, car la paralysie s'atténue. La respiration est excellente, et la voix devient plus claire. A la fin d'avril, la corde vocale gauche avait récupéré la position intermédiaire, et si la droite était moins mobile, elle se dilatait tout de même d'une manière appréciable. Aussi, étant donné le pronostic plutôt pessimiste des paralysies des dilatateurs laryngés, par névrite récurrentielle infectieuse, ou autres causes, il sera intéressant de continuer à observer ce patient dans l'avenir, et de voir jusqu'à quel point l'amélioration pourra progresser.

Au point de vue étiologique, que doit-on penser de l'affection du malade rapportée dans cette observation ? A la syphilis tout d'abord, et comme toujours dans ces cas. Toutefois, la spécificité remontait à treize ans, et, à cette époque, avait été traitée d'une manière parfaite. Lors de la paralysie des crico-arythénoïdiens postérieurs, le Wassermann du sang et du liquide céphalo-rachidien était négatif. L'examen neurologique absolument complet a démontré que le malade ne présentait aucun stigmate de neuro-syphilis. Et neuf semaines après la trachéotomie, sans traitement spécifique qui n'avait pas été jugé nécessaire, la canule a pu être enlevée. Depuis lors, grâce à la strychnine et aux agents physiques, l'amélioration suit son cours. Aussi, il est probable que si la syphilis avait été la cause de la paralysie, ce malade aurait encore sa canule trachéale, et devrait la porter pendant bien longtemps. Malgré la grande admiration que m'inspirent les travaux de mon regretté maître Lermoyez, et ceux d'un certain nombre de ses élèves, qui sont maintenant des auteurs distingués, je suis d'opinion que toutes les paralysies des dilatateurs du larynx ne sont pas toujours dues à la spécificité.

Je rappellerai maintenant que les rayons X ont permis de se rendre compte que le médiastin ne présentait aucune lésion.

L'œsophage était libre.

Le patient n'avait jamais eu de traumatisme, de tumeurs, de ganglions, ou d'opération sur le cou.

Inutile de s'arrêter au syndrome du trou déchiré postérieur, ni à celui plus complexe des paralysies laryngées associées, car la mo-

**ANTHRAX-FURONCULOSE  
OSTÉOMYÉLITES-PANARIS**

**LYMPHANGITES  
PHLEGMONS**

**ABCÈS DU SEIN  
SALPINGITES**

**ÉRYSIPÈLE DU  
NOUVEAU - NÉ**

**VACCINATION  
PRÉOPÉRATOIRE**

**PROPIDON**

**BOUILLON STOCK-VACCIN MIXTE du Prof. Pierre Delbet**

**PROPIDEX** Pommade à base de Propidon.

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

---

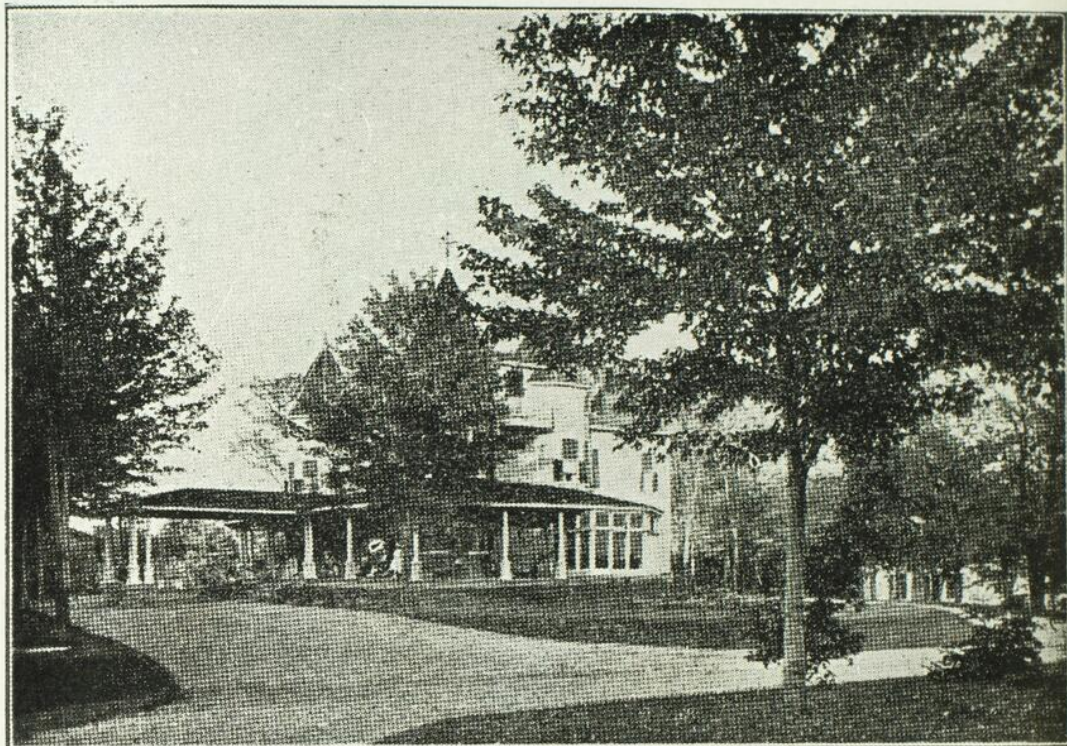
**LABORATOIRES POULENC FRÈRES du CANADA, Limitée**

Distributeurs:      **ROUGIER FRÈRES**      **MONTRÉAL**

---

# SANATORIUM PRÉVOST

INCORPORE



## ETABLISSEMENT DE PSYCHOTHERAPIE

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

## TRAITEMENT INDIVIDUEL DES AFFECTIONS DU SYSTEME NERVEUX

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

---

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

---

4455 Boulevard Guoin ouest,

Téléphone, BYwater 1240

bilité du voile du palais, de la langue, de l'épaule et du sternocléidomastoïdien était normale.

On doit éliminer la névrite toxique, puisque le malade vivait presque toujours au grand air, ne prenait ni alcool ni médicaments, et fumait très peu.

Quant à l'arthrite crico-arythénoïdienne, il serait difficile d'admettre qu'elle puisse se présenter, d'une manière chronique d'emblée, et aucune manifestation laryngée aiguë n'était perceptible lors du premier examen.

En dernier lieu, il reste donc à considérer la névrite récurrentielle infectieuse. Si l'on se rapporte à l'histoire de cette observation, on voit qu'avant le 18 *septembre*, la santé du patient était excellente. Toutefois, à cette date, il fut affecté d'une grippe sérieuse, et deux semaines après, un peu de gêne respiratoire commençait déjà à faire son apparition. Le 12 *octobre*, une rechute grippale compliqua tellement les troubles du larynx, qu'une trachéotomie dut être faite le 16 novembre. Et le 21 janvier, la canule était enlevée. Depuis lors, la respiration est bonne. En présence de ce cas, il faut bien admettre que la paralysie des dilatateurs glottiques résulte d'une névrite récurrentielle infectieuse de nature grippale, — après exclusion de toutes autres causes pouvant produire cette affection.

Nous savons d'ailleurs que ces névrites récurrentielles se rencontrent de temps à autres, et en 1929, j'ai publié l'observation d'un jeune homme dont le Wassermann était négatif, qui souffrait d'une paralysie des crico-arythénoïdiens postérieurs consécutive à une fièvre typhoïde.

Au commencement de juillet, la dilatation bilatérale est légèrement plus prononcée, et l'adduction est normale. La voix, depuis deux mois, est bien claire, et la respiration est parfaitement libre, même pendant des travaux relativement pénibles.

Je n'ai pas à m'arrêter ici sur la valeur de la loi de Semon-Rosenbach, maintenant abandonnée par la grande majorité des auteurs.

Et pour conclure, je dirai que la paralysie des dilatateurs laryngés chez mon malade, a bien été causée par une névrite récurrentielle infectieuse, à la suite de la grippe. De plus, je suis sous l'impression, après de nombreuses recherches bibliographiques, que cette observation est la première rapportée sur ce sujet, dans la littérature médicale.

## BIBLIOGRAPHIE

- M. LERMOYEZ. — Sur les causes des paralysies récurrentielles. Rapport Congrès Français d'oto-rhino-laryngologie. *Bulletins et Mémoires de la Société*, 1897.
- M. SIMONIN. — De l'hémiplégie palato-laryngée. Essai de pronostic. *Thèse de Paris*, 1909.
- J.-N. ROY. — Méningite séreuse, oedème papillaire et polynévrite des nerfs craniens chez un jeune fumeur alcoolique. *Annales des Maladies de l'Oreille, du Larynx, du Nez et du Pharynx*, juillet 1912.
- L. BALDENWECK. — Les paralysies laryngées. *Le Monde Médical*, 25 sept. 1912.
- M. VERNET. — Sur le syndrome total des quatre derniers nerfs craniens. *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, fév. 1916.
- M. VERNET. — Les paralysies laryngées associées. *Legendre et Cie.*, éditeurs, Lyon, fév. 1916.
- M. VERNET. — Sur le syndrome du trou déchiré postérieur. *Paris Médical*, janv. 1917.
- M. VERNET. — De la classification des syndromes des paralysies laryngées associées. *Marseille Médical*, juin 1917.
- J. BROECKAERT. — Troubles de la motricité. *Traité pratique d'oto-rhino-laryngologie. Pharynx. Trachée.* Gaston Doin, éditeur, Paris.
- A. MOULONGUET. — Les paralysies laryngées, classification et pathogénie. *Bruxelles Médical*, 25 mai 1924.
- J.-N. ROY — Un cas de paralysie des dilatateurs du larynx par névrite récurrentielle éberthienne. *Annales des Maladies de l'Oreille, du Larynx, du Nez et du Pharynx*, mars 1929.
- F. LEMAITRE. — Paralysies récurrentielles et pathologie du corps thyroïde. *Les Annales d'Oto-Laryngologie*, avril 1934.
- E. HALPHEN. — Loi de Semon-Rosenbach. *Les Annales d'Oto-Laryngologie*, avril 1934.
- J. RAMADIER. — La paralysie des dilatateurs de la glotte. *Les Annales d'Oto-Laryngologie*, avril 1934.
- M. REBATTU. — Les lésions anatomiques dans la paralysie des dilatateurs. *Les Annales d'Oto-Laryngologie*, avril 1934.
- R. MADURO. — Causes et symptômes de la paralysie récurrentielle pure. *Les Annales d'Oto-Laryngologie*, avril 1934.
- F. BERARD. — Paralysies laryngées associées. *Les Annales d'Oto-Laryngologie*, avril 1934.

## PYOPNEUMOTHORAX SECONDAIRE À UN ABCÈS DU MÉDIASTIN POSTÉRIEUR<sup>(1)</sup>

Par Paul-René ARCHAMBAULT,  
Médecin de l'hôpital Saint-Luc.

C'est un Hongrois qui attende à ses jours en absorbant une certaine quantité d'acide chlorhydrique. On constate des brûlures graves de la gorge, du larynx et du pharynx. Sa voix est devenue rauque. Il s'alimente difficilement à cause de la douleur et des troubles digestifs. Au bout de 28 jours d'hospitalisation, notre patient obtient son congé. Deux mois plus tard, il nous revient mais dans un état déplorable. Il nous raconte qu'à cause de la dysphagie, il est obligé de pousser ses aliments avec une sonde. En ce faisant, tout à coup, il ressent une douleur très vive au creux épigastrique qui irradie vers le dos et les épaules. C'est comme un coup de poignard. Il a de très rares nausées sans vomissements. Il passe des gaz et des selles. Il se plaint beaucoup. La palpation réveille une douleur aiguë au creux épigastrique. La sonorité est cependant conservée dans tout l'abdomen qui est tendu et dur. La matité hépatique est à noter. Il n'y a pas de fièvre, le pouls est à 88 mais la respiration à 32. Les urines donnent des traces d'albumine. L'azotémie est à 0.27. Les globules blancs sont à 15,800 dont 84 pour cent pour les poly; les lymphocytes se chiffrent à 16 pour cent.

En face de cette histoire clinique, nous sommes bien en droit de penser à une perforation de l'estomac. Ces perforations provoquent une péritonite soit généralisée, soit localisée; elles se développent aux confins de l'abdomen et du thorax au contact presque immédiat des plèvres et du médiastin. Ce qui rend assez souvent le diagnostic difficile à faire entre les accidents pleuraux et abdominaux.

Analysons ensemble les symptômes présentés par notre malade. La douleur épigastrique et en coup de poignard, la contracture de toute la paroi abdominale plaident en faveur d'une perforation gastrique. Cependant, notre patient ne présente pas cette disparition habituelle de la matité hépatique des accidents gastriques. L'état général est mauvais, mais il n'a pas ce facies intoxiqué, péritonéal. Les matières fécales et les gaz ne sont pas en arrêt alors qu'il n'y a que des nausées sans vomissements. En poussant plus loin notre examen clinique, nous constatons aux poumons ce qui suit: à l'inspection, notre sujet a une dyspnée très intense, le thorax droit est très dilaté et pratiquement immobile. A la percussion, nous constatons une matité de la base droite alors qu'à son sommet il existe du tympanisme. A la palpation, nous ressentons une abolition totale

---

(1) Travail du service de médecine: prof. R. Boucher.

des vibrations vocales de la base droite. A l'auscultation, le murmure est aboli à la base droite pour faire place à un souffle amphorique; c'est un véritable tintement métallique.

En face de ce syndrome, nous rejetons pour l'instant le diagnostic d'une péritonite secondaire à une perforation de l'estomac et nous pensons à un hydro ou pyopneumothorax secondaire à un traumatisme. Nous parvenons non sans difficultés à examiner notre malade sous l'écran et nous constatons un épanchement horizontal qui remonte jusqu'à la moitié de la plage pulmonaire droite. Le sommet droit est déshabité. Nous faisons prendre à notre patient de la gélobarine, et nous voyons qu'à la portion sus-cardiaque de l'œsophage il existe une assez grande distension. On voit aussi à travers l'ombre cardiaque trois niveaux liquidiens, et ils sont situés le long de l'œsophage. Le baryum chemine très lentement vers l'estomac, qui s'emplit très peu. La baryte s'accumule dans une poche diverticulaire située le long de l'œsophage. Nous ne parvenons pas à déceler de trajet entre l'œsophage et la plèvre. A gauche la base est floue.

Nous faisons une ponction pleurale et retirons 1,000 c.c. d'un liquide purulent et jaunâtre. Ce pus dégage de l'odeur.

Deux jours plus tard, notre malade meurt. Nous avons l'avantage d'obtenir l'autopsie, que nous rapportons très brièvement: à l'œsophage, nous voyons deux sténoses cicatricielles. La première siège au commencement de l'œsophage, la deuxième est à quatre pouces et demi plus bas; son extrémité distale est à deux pouces au-dessus de l'orifice cardiaque de l'estomac. Sur la portion postéro-latérale droite de l'œsophage, juste au-dessus de ce deuxième rétrécissement, on voit un petit orifice d'un huitième de diamètre. Cet orifice sert de porte d'entrée à un trajet fistuleux d'un pouce et quart de longueur. Ce trajet fistuleux est en communication avec une cavité. Cette cavité est à moitié remplie de pus et elle s'ouvre dans la cavité pleurale droite.

Qu'a-t-il donc pu se passer? Résumons: sous l'influence d'un liquide caustique, il s'est produit des lésions d'œsophagite causant ainsi deux sténoses cicatricielles, l'une supérieure et l'autre inférieure un peu au-dessus du cardia. Plusieurs fois par jour, la sonde vient irriter les parois œsophagiennes déjà traumatisées. Un jour la sonde vient buter sur la sténose inférieure, elle fait fausse route et se fraye un chemin vers le médiastin postérieur droit. Il s'ensuit un abcès médiastinal. Un peu plus tard, sous l'influence d'un traumatisme surajouté, cet abcès s'ouvre dans la cavité pleurale droite. Puis le pus de l'abcès médiastinal se répand entre les plèvres, et l'air qui vient de la fistule œsophagienne refoule le poumon.

## LITHIASE URÉTRO-VÉSICALE

Par Paul BOURGEOIS,

Chargé du service d'Urologie à l'hôpital Notre-Dame.

M. X. B., journalier, 72 ans, entre dans le service d'Urologie, le 9 septembre 1935, pour obstruction urétrale. Il est en très mauvais état. Il accuse de l'incontinence complète des urines avec de temps en temps, de minimes mictions très laborieuses. La langue est sèche, la soif ardente.

Depuis quelques années, il présente de la dysurie totale sans hématurie; depuis deux ou trois mois, ses urines s'écoulent goutte à goutte; ses envies très fréquentes au début vont toujours en diminuant. L'examen nous montre un malade gras, avec un abdomen distendu par les gaz; il n'existe pas de matité sus-pubienne. Le toucher rectal nous permet de sentir une masse ronde très dure où tous les reliefs de la prostate sont effacés. Au niveau de la fosse naviculaire, la palpation permet de sentir plusieurs masses dures irrégulières, que l'on croit être des calculs. Le cathétérisme est impossible.

Une boutonnière est faite à l'anesthésie locale à la face inférieure de la verge et quatre calculs, articulés entre eux, sont enlevés; une sonde béquille est introduite et ne ramène pas d'urine de la vessie, car elle bute sur un corps dur et donne un contact rugueux. Le diagnostic de calcul vésical enchatonné dans l'urètre est alors porté.

Une azotémie faite d'urgence, nous donne le chiffre de 2 grammes 80; nous essayons de relever l'état général du malade et l'intervention est remise au lendemain.

Le 10 septembre sous anesthésie locale, nous enlevons de la vessie, un calcul de la grosseur d'une grosse orange; les parois sont très épaissies et contractées sur le calcul.

Malgré les sérums hypertoniques ou physiologiques notre malade succombe, dans la nuit à son insuffisance rénale.

Les calculs de l'urètre se divisent en exogènes et autochtones. Les calculs exogènes prennent naissance au niveau du rein et de la vessie et s'arrêtent dans l'urètre en raison de leur volume ou encore d'un rétrécissement; les seconds, ceux que l'on appelle autochtones, se développent sur place, causés la plupart du temps par la stagnation de l'urine.

La portion prostatique est le siège le plus fréquent des calculs urétraux, la fosse naviculaire, l'est à peu près dans un tiers des cas; leur nombre est assez variable; selon la longueur de leur séjour et l'endroit où ils s'arrêtent, les calculs peuvent représenter des formes variées.

Ils sont habituellement peu volumineux et composés d'urates, d'oxalates et de phosphates.

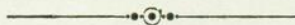
Les symptômes sont très variés. A la suite d'une colique néphrétique, le malade verra son jet d'urine s'arrêter brusquement et il s'ensuit une rétention aiguë d'urine.

La dysurie est très fréquente et peut faire penser à une urétrite chronique, à un rétréci; la tolérance du canal vis-à-vis du calcul peut être tout à fait remarquable et il peut s'écouler plusieurs années avant que le malade ne vienne consulter.

L'incontinence peut être observée; des accidents de suppuration péri-urétrale peuvent nous amener à reconnaître la présence d'un calcul.

Le diagnostic ne présente pas de difficultés.

Le traitement variera avec la situation du calcul. Dans les calculs de l'urètre postérieur, on cherchera à le refouler dans la vessie pour faire ensuite une lithotritie ou une taille vésicale. Dans les calculs de l'urètre antérieur, s'il n'existe pas de rétrécissement, on essaiera la propulsion ou le broiement avec une pince, s'il est immobilisé; s'il existe un rétrécissement, on n'aura qu'à faire une urétrotomie interne; si le cathétérisme filiforme est impossible, il faudra recourir à l'urétrotomie externe.



## PETITE CLINIQUE

---

### VARICELLE COMPLIQUÉE D'HYPERTENSION INTRACRANIENNE AVEC SYNDROME CÉRÉBELLEUX. INTERVENTION. GUÉRISON.

Par Jean SAUCIER,  
Neurologue à l'Hôpital Notre-Dame.

Les encéphalites de la varicelle sont connues. Il en est de même de ses autres complications neurologiques comme les myélites et les méningites, mais on a rarement signalé qu'il ait fallu intervenir chirurgicalement au cours de l'évolution d'une varicelle pour soulager un syndrome d'hypertension intracranienne. La littérature médicale des dix dernières années n'est pas très éloquente à ce sujet; les anciens auteurs ne parlaient même pas des complications nerveuses de la varicelle. Voici en résumé comment s'est présenté le petit malade qui fait l'objet de cette courte communication :

Fin mai 1935, nous fûmes appelé auprès d'un enfant de huit ans et demi qui se plaignait de céphalée et qui ne pouvait marcher depuis trois jours. Sa mère nous apprit qu'il venait d'avoir la varicelle, — une varicelle, par ailleurs, banale, — et qu'au cours de la convalescence, cinq ou six jours après la disparition de l'exanthème, survinrent assez rapidement la céphalée et l'impotence déjà mentionnées.

A l'examen, nous mîmes aisément en évidence un syndrome cérébelleux typique: ataxie formidable des quatre membres avec impossibilité à peu près complète de la marche, même en soutenant le malade, et difficultés similaires aux membres supérieurs à l'occasion des mouvements intentionnels; en somme, adiadococinésie, dysmétrie, incoordination, hypotonie, et tous les petits signes qui ne sont que des démonstrations différentes de déficit cérébelleux. Avec cela, intégrité de la motricité, de la sensibilité et de la réflexivité. La motilité volontaire était bien troublée, mais non pas primitivement, non pas par lésion des neurones, central ou périphérique de la voie motrice, mais par trouble de la coordination, par répercussion de l'atteinte cérébelleuse. Les nerfs craniens étaient indemnes à l'exception de la huitième paire vestibulaire et de la deuxième paire. Le malade présentait, en effet, d'assez fortes secousses nystagmiques dans le regard latéral droit et gauche, et ses papilles étaient le siège d'un léger

oedème. Les réactions labyrinthiques sont souvent précoces dans les affections de la fosse postérieure. Chez notre malade, elles ont attiré médiocrement notre attention comme facteur localisateur car leur apparition parut nettement postérieure à celle du syndrome ataxique et nous lui avons attribué une signification simplement répercutive. L'oedème papillaire nous a davantage guidé dans le choix de la décision à prendre.

Rien dans le passé de cet enfant n'est à noter en dehors de la récente varicelle. Nous lui avons fait une ponction lombaire qui nous éclaira peu car la tension fut trouvée normale : 25 cm. d'eau au manomètre de Claude. La lymphocytose était tout aussi peu significative : 7 éléments par mm.c.; et l'albuminose était normale : 0.22 gm. au litre. La radio du crâne n'a pas été jugée nécessaire.

L'enfant s'affaiblissait d'heure en heure et ses mouvements devenaient de plus en plus incoordonnés. L'absence d'hyperthermie éliminait un processus infectieux évolutif. Les urines étaient normales et la leucocytose n'était qu'à 11.400.

Ce syndrome cérébelleux d'installation si rapide était peu vraisemblablement d'origine tumorale, mais par contre, il pouvait fort plausiblement être sous la dépendance d'une localisation strictement cérébelleuse d'une encéphalite post-varicelleuse. La littérature médicale consultée alors à la hâte nous assura que ces cas étaient assez bénins et régressaient le plus souvent. Quoiqu'il en soit, le tableau était trop alarmant pour nous en tenir à l'attente optimiste. Nous fîmes voir le malade à notre collègue Wilder Penfield qui n'hésita pas à aller à l'encontre de la tradition et qui intervint immédiatement comme s'il s'était agi d'une tumeur cérébelleuse. Il basa sa décision surtout sur l'oedème papillaire. Il procéda le 1er juin à une craniotomie sous-occipitale et il trouva, non pas une tumeur, mais des adhérences qui obstruaient en grande partie le carrefour liquidien rétro-bulbaire et des kystes arachnoïdiens en voie d'organisation. Il rompit les adhérences et enleva les formations kystiques débutantes puis il referma sans drainer. A l'exception de phénomènes méningés aseptiques, du reste, enrayés aisément par des ponctions lombaires répétées le retour à la normale s'effectua progressivement et un mois plus tard l'enfant quittait l'hôpital guéri. La guérison persiste actuellement et rien ne permet de supposer que l'ataxie reviendra.

Nous avons été frappé de retrouver depuis dans la littérature médicale un optimisme à peu près constant au sujet des encéphalites de la varicelle. Van Bogaert <sup>(1)</sup> admet des formes foudroyantes, mais

(1) L. van Bogaert. Les manifestations nerveuses au cours des maladies éruptives. *Rev. Neurol.* XL: 2, p. 150-167, fév. 1933.

METHODE DE WHIPPLE

# HEPATHERMO

DESCHIENS



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

**SYNDROMES  
ANÉMIQUES**

# OPOBYL



Pour vos  
**VÉSICULAIRES**  
Pour vos  
**HÉPATIQUES**

O P O B Y L

associe

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

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

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

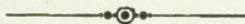
Agents exclusifs: ROUGIER FRERES, 350 rue Le Moyne, Montréal.

dans l'ensemble, dit-il, on observe une évolution rapidement favorable. Il n'est pas question de l'adjuvant chirurgical. J. Dagnélie a bien décrit l'ataxie cérébelleuse aiguë post-varicelleuse,<sup>(2)</sup> mais il n'envisage pas l'opportunité de l'intervention chirurgicale. Hallé n'y songe pas davantage<sup>(3)</sup>.

On a décrit des formes assez variées de l'encéphalite varicelleuse. Sendrail et Dudevant rapportent des formes choréo-athétosiques<sup>(4)</sup>; Marfan<sup>(5)</sup> croit que la varicelle peut déterminer des troubles analogues à ceux de la poliomyélite. Ils croient avec la majorité des auteurs que ces troubles sont légers et curables. Les éventualités chirurgicales sont ignorées.

Il est admis, semble-t-il, que les complications nerveuses de la varicelle sont bénignes. Il faut toutefois retenir qu'elles ne le sont pas toujours et que lorsque survient au décours de cette maladie un syndrome cérébelleux que rien n'améliore et que ce syndrome s'accompagne d'hypertension intracrânienne avec céphalée intense et œdème papillaire il faut intervenir précocement.

En dépit de la tradition nous ne regrettons pas d'avoir choisi la thérapeutique chirurgicale. Les faits nous ont donné raison. Nous ne voudrions pas que cet exemple effraie. Les encéphalites de la varicelle demeurent dans leur ensemble relativement bénignes, mais elles peuvent devenir menaçantes. Nous voudrions que cet exemple pût aider à vaincre les résistances des partisans de l'expectative quand un tableau identique s'offrira à leur observation.



---

(2) Dagnélie J. *Journal de Neurol. et de Psych.*, 31 : p. 78-87, fév. 1931.

(3) Hallé. *Complications méningées graves de la varicelle. Bull. et Mém. de la S.M. des H. de P.* 31 : p. 104-5, fév. 1933.

(4) Sendrail et Dudevant. *Les formes choréo-athétosiques de l'encéphalite varicelleuse. Bull. et Mém. de la S.M. des H. de P.* 48 : p. 358-64, mars 1932.

(5) Marfan A.B. *Sur les complications nerveuses de la varicelle. Bull. et Mém. de la S.M. des H. de P.* 48 : p. 398-401, mars 1932.

# REVUE GÉNÉRALE

---

## LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

Par **Henri GÉLINAS**,  
Médecin de l'hôpital Notre-Dame.

Dans nos climats, le rhumatisme articulaire aigu est, à l'égal de la tuberculose et de la syphilis, un fléau social, fléau contre lequel nous sommes encore désarmés. Bien des points sont obscurs touchant tant son étiologie que son mode de transmission, pour ne pas dire son traitement encore décevant.

L'histoire des théories formulées pour expliquer le rhumatisme articulaire aigu est très attachante, car peu de maladies ont donné naissance à un aussi grand nombre d'opinions.

### Causes prédisposantes

On sait en premier lieu que le rhumatisme articulaire aigu est une maladie des pays froids ou tempérés. On sait également que les rhumatisants transportés dans des pays tropicaux cessent d'avoir des crises articulaires très rapidement. Coburn a vérifié ce fait sur 10 enfants new-yorkais transportés durant 6 mois à Porto-Rico. Il attribue ce fait à l'absence d'infections rhino-pharyngées streptococciques attribuables au climat. Il faut dire que plusieurs auteurs prétendent par contre avoir trouvé des porteurs de streptocoques virulents dans ces régions. De plus, Longcape, de Baltimore, a noté l'apparition des lésions endomyocarditiques d'origine rhumatismale sans grande atteinte articulaire, toutefois, aussi fréquemment que dans des régions plus froides. MacLean, à Birmingham (Alabama) (1), constate que le rhumatisme articulaire aigu atteint le cœur surtout, cela de façon insidieuse, avec peu ou pas de manifestations articulaires ou choréiques. En définitive, le rhumatisme articulaire aigu causerait autant de ravages dans les pays tropicaux. Ceci mériterait confirmation.

Le rhumatisme articulaire aigu est plus fréquent dans les villes que dans les campagnes. Il atteint de préférence les classes les plus

pauvres, vivant dans les quartiers les plus déshérités. A Eton, collège de l'aristocratie anglaise, on n'en a constaté qu'un seul cas en 17 ans pour une population scolaire de 1,100 garçons (2) (Douglas et Wilkinson). Paul et Leddy (3), à Yale, ont relevé 8.2 pour 1,000 de lésions cardiaques d'origine rhumatismale, au lieu de la proportion de 15 pour 1,000 trouvée chez les garçons du même âge dans la même région. Ils ont même pu vérifier que les étudiants fréquentant les pensions le plus dispendieuses sont encore bien moins touchés, à raison de 5.8 pour 1,000. Davis, de New-York, n'a pu établir un rapport entre la fréquence du rhumatisme et les cycles de prospérité et de dépression. Ces notions permettent de comprendre que cette maladie soit jusqu'à un certain point familiale sans être vraisemblablement héréditaire.

Il est apparu à presque tous les auteurs modernes que le rhumatisme articulaire aigu est manifestement une maladie infectieuse de faible contagiosité, nécessitant pour se propager un terrain spécial, affaibli, prédisposé. Grenet (4) croit que la contagion se fait uniquement de sujet à sujet. Au cours de la guerre de 1914, il a constaté que de petites épidémies suivaient les hommes d'un même corps d'armée dans leurs déplacements. Les soldats qui remplaçaient un régiment contaminé dans un cantonnement n'étaient pas touchés.

### Etiologie

Nombreux ont été les germes incriminés: diplocoques, bacille d'Achalmé, mycobactéries, bacille tuberculeux même. On peut dire qu'aujourd'hui il reste deux théories en présence: celle incriminant le streptocoque et celle invoquant le rôle pathogène d'un virus filtrant.

La plupart des auteurs, surtout aux Etats-Unis, ont une tendance à admettre l'origine streptococcique du rhumatisme articulaire aigu. Les uns croient à une infection bactérienne des tissus et du sang, tandis que certains penchent plutôt en faveur d'une toxémie, ou même d'une simple réaction d'ordre anaphylactique due à une excessive sensibilité à des produits d'origine microbienne. En 1926, Birkhaug s'aperçut qu'il était sensible à la toxine extraite d'un streptocoque non hémolytique isolée chez un rhumatisant. L'injection à lui-même de 1 c.c. de la même toxine produisit une attaque de fièvre avec polyarthrite soulagée par le salicylate de soude.

Poynton et Payne en 1900 ont été les premiers à isoler le streptocoque dans le rhumatisme articulaire aigu. A l'aide de diverses techniques de nombreux auteurs, depuis, ont trouvé l'une ou l'autre des

trois variétés de streptocoques, hémolytique, viridans et indifférent, chez ces malades. Certains ont eu des résultats négatifs, d'autres, tels que Wilson et Edmond (5) ou Callow (6) ont trouvé un nombre aussi grand de cultures positives chez des sujets en bonne santé ou souffrant d'autres affections.

### Tests d'agglutination et cutiréaction

Il n'a pas été possible à Clawson et Wetherhy (7) de classer, à l'aide de ces tests, dans des groupes distincts, les sujets atteints soit de rhumatisme articulaire aigu, soit de rhumatisme chronique hypertrophique ou atrophique. Cependant, il existe chez ces divers malades des agglutinines en quantité plus forte que pour les sujets normaux, mais à un degré aussi élevé qu'au cours de la scarlatine. Helleboe et Hilbert ont constaté dans le rhumatisme aigu une agglutination plus marquée que dans le rhumatisme chronique pour l'une et l'autre des deux souches de streptocoques isolées chez un malade de chacun de ces groupes. Ce phénomène peut se produire au cours de la glomérulonéphrite et, à un degré moindre, avec un sérum prélevé chez des sujets bien portants.

Il n'y a pourtant pas de relation entre le titre d'agglutination et la sensibilité de la peau à la cutiréaction.

### Antihémolysines et précipitines

On a de même réussi à déterminer dans le sérum le titre des antihémolysines, substances qui inactivent les hémolysines produites par le streptocoque hémolytique de diverses origines. Les malades, au cours d'une poussée aiguë de rhumatisme, ont un titre élevé d'antihémolysines. On a également trouvé des précipitines. Callis, Sheldon (8) et Bradley croient que le streptocoque peut être isolé 7 à 24 jours avant l'apparition d'un accès de fièvre articulaire. Il y aurait peu de réactions de Dick positives (exatoxine), mais tandis que les sujets normaux ne réagissent que dans la proportion de 20% à l'endotoxine streptococcique, le fait est constant pour les rhumatisants. Il faut dire que Graham et Thomson, ainsi que Gibson, Thomson et Stewart (9), sont arrivés à des conclusions différentes.

Notons qu'il n'a jamais été noté au cours du rhumatisme articulaire aigu, de façon particulièrement fréquente, des réactions allergiques telles que eczéma, asthme, urticaire, etc., ce qui infirme la théorie allergique. On ne paraît pas avoir réussi à inoculer cette maladie à un animal de laboratoire.

## LAIT DE BEURRE

## "SANTÉINE"

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

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

*J. Joubert*  
LIMITÉE

# POMMADE MIDY

## SUPPOSITOIRES MIDY

ADRÉNALINE  
STOVAINE  
ANESTHÉSINE  
EX' DE MARRONS  
D'INDE PRAIS STABILISÉ



**4**  
PRINCIPES  
ACTIFS

# HÉMORROÏDES

LABORATOIRES DE LA PIPÉRAZINE MIDY, New Birks Bldg., MONTRÉAL



## DANS LE TRAITEMENT DE LA DYSMÉNORRHÉE

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

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

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

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

**AYERST, McKENNA & HARRISON  
LIMITÉE**

Biologistes et Pharmaciens

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

MONTRÉAL

CANADA

Schlesinger, Signy et Amies (10) ont trouvé dans le liquide pleural ou péricardique de rhumatisants des corpuscules ultra-microscopiques, agglutinables par le sérum de malades atteints de la même affection. Il s'agirait précisément du virus filtrant cause du rhumatisme articulaire aigu. Ces travaux récents n'ont pas encore été confirmés.

Comme conclusion, il nous apparaît que notre connaissance de cette maladie est incomplète au point de vue bactériologique et immunologique. Il est en ce moment impossible de concilier certaines opinions absolument contradictoires et il faut bien avouer que nous ne connaissons pas encore la nature de l'agent causal du rhumatisme articulaire aigu.

### Anatomie pathologique

La lésion caractéristique de cette affection est le nodule d'Aschoff. Plus facile à trouver dans le muscle cardiaque, il est néanmoins présent dans une foule d'organes, endocarde, péricarde, synoviales, tissus sous-cutanés, reins, poumons, pie-mère, adventice et média des artères, etc. Il est constitué de quatre éléments: 1° matrice de fibrine et de débris cellulaires; 2° cellules multinucléées; 3° Plasmazellen ou fibroblastes; 4° leucocytes, surtout des lymphocytes.

Les lésions du muscle cardiaque ont souvent beaucoup plus d'importance que celles des valvules. Elles ont tendance à s'aggraver continuellement, même chez des sujets en apparence indemnes de toute lésion évolutive. Elles expliquent l'arythmie complète, le flutter et la dissociation auriculo-ventriculaire, tous troubles du rythme rencontrés si fréquemment chez ces cardiaques. Les vaisseaux du cœur sont parfois entourés par une véritable bague inflammatoire, avec prolifération de l'endothélium. Cependant, la thrombose est rare.

### Symptomatologie

Tous les médecins connaissent bien le rhumatisme articulaire aigu dans ses manifestations typiques: douleurs articulaires fugaces, atteignant plusieurs articulations successivement, accompagnées de gonflement et de rougeur (surtout chez l'adulte), de fièvre, cela sans suppuration ni ankylose consécutive, le tout précédé d'une angine. On sait également bien que le cœur, surtout chez les sujets jeunes, est presque toujours touché. En réalité, il l'est toujours anatomiquement. Aucun âge n'est à l'abri, s'il est entendu que la maladie est plus grave et plus fréquente chez l'enfant et l'adulte jeune. Le myo-

carde est atteint de façon élective, au point d'influencer de ce fait le pronostic de façon prépondérante. Précocement il y a des troubles du rythme, extra-systoles, flutter, fibrillation auriculaire, ébauche de dissociation auriculo-ventriculaire, tous troubles bien révélés par l'électrocardiogramme. Dans les cas douteux, l'électrocardiogramme peut aider à trancher un diagnostic épineux.

On évalue que le rhumatisme articulaire aigu est cause d'environ 40% du nombre total des affections cardiaques. Presque toutes les maladies du cœur non congénitales de l'enfant et de l'adulte jeune lui sont dues.

Souvent l'atteinte du cœur survient sans aucune manifestation articulaire ou choréique, pour être suivie parfois de symptômes articulaires. On sait très bien, par exemple, que le rétrécissement mitral, qu'on croyait de nature congénitale, est en réalité le résultat d'une maladie rhumatismale évoluant de façon sournoise sans signes articulaires. Bon nombre d'autres organes peuvent être atteints cliniquement. Qu'il suffise de mentionner la congestion pulmonaire, la pleurésie et la péricardite d'origine rhumatismale. La chorée de Sydenham, maladie rhumatismale, s'accompagne de lésions cardiaques de même nature, dans un trop grand nombre de cas qu'on évalue à environ 30%. On connaît bien la gravité extrême du rhumatisme cérébral, encéphalite s'accompagnant d'un état délirant. La peau peut être le siège d'exanthèmes de nature variable, et le tissu sous-cutané peut être parsemé de nodosités caractéristiques petites, éphémères. Les reins peuvent être atteints.

Assez souvent les symptômes sont frustes, vagues. Un enfant est pâle, fatigué, irritable, il maigrit, néglige ses classes, souffre d'une fièvre inexplicquée prolongée. Une poussée de rhumatisme ou l'apparition d'une lésion cardiaque nous éclaire sur la gravité de ces signes prémonitoires. Souvent les douleurs articulaires sont remplacées par des douleurs musculaires vagues, par une atteinte de la colonne vertébrale qui, haut située, fait penser à la méningite. Parfois ses douleurs peuvent siéger au niveau du thorax et être singulièrement difficiles à expliquer.

Dans certains cas les douleurs vives à localisation abdominale ont conduit le malade à la table d'opération sous prétexte d'appendicite, etc.

### Traitement

La prévention du rhumatisme articulaire aigu se résume actuellement dans un effort d'hygiène sociale : habitations hygiéniques, alimentation rationnelle, villes ensoleillées, débarrassées autant que possible de fumée, et pourvues de terrains de jeux.

Pour permettre à vos patients  
d'obtenir **LACTOGEN** à plus bas prix,

le prix de la boîte de  
**LACTOGEN**

de 1 livre a été ré-  
duit de 16 $\frac{2}{3}$  % à nos  
marchands de gros.



**NESTLE'S MILK PRODUCTS**  
(CANADA) LTD.

Metropolitan Building  
TORONTO CANADA

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

PRIX ORFILA  
1872



PRIX DESPORTES  
1904

## DIGITALINE NATIVELLE

### CRISTALLISÉE

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

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

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, rue de la Procession, PARIS (XV<sup>e</sup>)

Draeger

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

# La Pneumonie



*Tissu pulmonaire  
saine et exempt  
d'air.*

**D**ÈS qu'on se trouve en présence de symptômes donnant un soupçon de pneumonie, il y a lieu d'instituer hâtivement un traitement consistant en un enveloppement d'Antiphlogistine, dans le but de prévenir le développement de cette affection.

De même, s'il s'agit bien d'une pneumonie, l'emploi de l'Antiphlogistine aura pour effet d'aider le patient à traverser la crise dans les meilleures conditions possibles.

## *Antiphlogistine*

*(fabriquée au Canada)*

*Echantillon sur demande :*

**The Denver Chemical Mfg Co.**

153, LaGauchetière ouest  
MONTREAL

*L'Antiphlogistine est hyperémique, décongestive et relaxative.*

*Soulage les douleurs pleurales.*

Dernièrement, on a émis l'hypothèse que le défaut de vitamine C pourrait causer ou du moins favoriser l'éclosion du rhumatisme. Ceci n'a pu être confirmé. En définitive, le traitement est encore basé sur le repos et les salicylates.

Le repos doit être prolongé longtemps après la disparition des symptômes articulaires, et de la fièvre. Il doit être absolu, surtout s'il y a atteinte du cœur.

Les salicylates sont encore à la base du traitement du rhumatisme articulaire aigu. Il est actuellement de mode d'en décrier les effets. Ainsi, Master et Romanof prétendent que l'administration de 8 à 12 grammes de salicylate ne réussit pas à modifier la durée de la maladie ou la fréquence des complications, tout en agissant de toute évidence sur la température et les douleurs. Perry, de son côté, n'a pas réussi à prévenir de façon satisfaisante les rechutes chez des enfants traités de façon continue durant 12 mois avec 2 grammes d'acide acétyl-salicylique. Il est difficile de se rallier à une opinion aussi radicale, et aussi contraire aux données classiques. Aujourd'hui encore, le traitement salicylé doit être intense, prolongé. Il faut employer des doses de 8 à 14 grammes, suivant les sujets, et cela même pour des enfants de 10 ans, à condition d'ajouter une dose double de bicarbonate de soude et de prescrire une diète lactée ou lacto-végétarienne. Foxe conseille de substituer l'oxyde de magnésium au bicarbonate de soude. Il donne 4 grammes d'oxyde de magnésium pour 6 grammes de salicylate de soude, dose qui, d'après lui, serait aussi efficace que celle de 10 grammes associée à 20 grammes de bicarbonate de soude.

Il arrive que le salicylate de soude soit totalement inefficace, du moins en ingestion. Dans ce cas il peut être donné par voie intraveineuse à la dose de 2 grammes, 1 ou 2 par jour, dissout dans 20 c.c. de solution glucosée à 10%. On peut être amené à lui substituer l'atophan à la dose de 1 gr. 50 à 2 gr. par jour ou le pyramidon à la dose de 1 gr. à 1 gr. 50 par jour. Ces deux médicaments peuvent réussir là où les salicylates ont failli. Ils présentent cependant des inconvénients qu'il faut connaître. Les salicylates sont manifestement inoffensifs, tandis que l'atophan peut être cause d'une hépatite toxique absolument imprévisible, fatale dans 50% des cas. Il faut dire que cet accident est peu fréquent puisqu'on en rapporte environ 6 à 10 cas par année dans la littérature mondiale. On évalue la mortalité à 1/600,000.

Le pyramidon serait également à l'origine d'un bon nombre des cas d'agranulocytose rapportés ces derniers temps.

Ces médicaments peuvent être précieux, mais il faut les employer avec circonspection.

### *Amygdalectomie*

La généralité des auteurs croit que cette intervention a peu d'influence tant sur la crise articulaire que sur l'évolution du rhumatisme aigu. S'il y a manifestement infection de l'amygdale, il est bon d'intervenir pour améliorer la résistance du sujet. Il ne faut pas espérer alors un résultat aussi bon que celui obtenu parfois au cours du rhumatisme infectieux chronique.

### *Vaccins*

Ils ne paraissent pas avoir donné de résultats concluants. On a utilisé plusieurs vaccins préparés avec divers streptocoques, le vaccin antityphique, etc.

Il est certain que nous ne possédons pas encore une médication spécifique du rhumatisme articulaire aigu efficace contre la crise articulaire et les complications.

### BIBLIOGRAPHIE

- (1) MacLEAN. — Ann. Int. méd., 1932, 1357-1366.
- (2) WILKINSON et DOUGLAS. — Lancet, août 24, 1935, 411-417.
- (3) PAUL, J. R., et LEDDY, P. A. — Am. Jr. of Med. Sci., 1932, CLXXXIV, 597-610.
- (4) GRENET. — Traité Sergent, Article Rhumatisme A.A.
- (5) WILSON, M. G., et EDMOND, H. — Am. Jr. Dis. Child., 1933, XIV, 1237-1246.
- (6) CALLOW, B. R. — Jr. Inf. Diseases, 1933, LII, 279-353.
- (7) CLAWSON et WETHERHY, etc. — Am. Jr. Med. Sci., 1932, CLXXXIV, 758-762.
- (8) CALLIS, W. B. F. et SHELDON, W. — Lancet 1932 II, 1261-1264.
- (9) GIBSON, H. L., THOMSON, W. A. R., STEWART, D. — Arc. Dis. Child. 1933, VIII, 57-72.
- (10) SCHLESINGER, SIGNY, AMIES. — Lancet, mai 18, 1935.



# DIRECTIVES GÉNÉRALES DU RÉGIME ALIMENTAIRE ET DE LA CONDUITE À TENIR EN DERMATOLOGIE

Par Paul POIRIER,  
Chef du service de Dermato-syphiligraphie à l'Hôtel-Dieu.

Il n'existe pas à proprement parler de *formules imprimées* d'avance pour le traitement de chaque maladie; il faut évidemment tenir compte des conditions propres à chaque patient, et nous ne saurions trop insister sur ce point.

Il y a un très grand nombre de maladies de la peau qui ne commandent *aucun régime* alimentaire; au nombre de celles-ci, les plus courantes sont: l'impétigo, la gale, l'herpès, le zona, le psoriasis, l'ichtyose, le vitiligo, le sycosis, les teignes, la pelade, etc.

D'un autre côté, dans certaines dermatoses, la diète reprend une *prépondérance* qu'il est primordial de bien connaître; il en est ainsi pour l'eczéma, l'urticaire, les prurits, l'acné, pour ne s'arrêter qu'aux plus connues.

## Eczéma

Deux cas peuvent se présenter:

### 1. En présence d'une poussée aiguë.

1° Une cure de *jeûne*: on prescrira successivement et par ordre d'activité les régimes suivants:

a) Régime hydrique (tisane de tilleul, de queues de cerises, de graines de lin, etc.), le premier jour;

b) Régime lacté ou mieux, hydro-lacté (un litre de tisanes et d'eau de Vichy, un litre de lait) les deux jours suivants:

c) Régime fruito-végétarien pendant la fin de la poussée.

2° *Repos* physique, moral et intellectuel;

3° Interdire le *savon et l'eau* (nettoyage à l'huile d'amandes douces ou d'olive);

4° Eviter toutes les causes de frottement et d'*irritation* cutanée;

a) Le chaud et le froid;

b) Ne porter au contact de la peau que du linge de toile fine et usée;

- c) Avoir des vêtements amples;
- d) Supprimer jarretières, bretelles, ceintures, etc.;
- 5° Prendre garde à ne pas utiliser de *vieilles pommades rances* ou de la vaseline impure;
- 6° N'user de *compresses* que peu épaisses et peu serrées.

## II. Dans les formes subaiguës et chroniques et entre les poussées.

1° Une correction de la *manière de manger* (correction de la tachyphagie) = manger tranquillement et bien mastiquer;

2° Un rationnement de l'alimentation en *quantité*, chez les pléthoriques, les gros mangeurs, comme chez les nourrissons sur-nourris; au contraire, le régime devra être abondant chez les carencés;

3° Des restrictions basées sur la *qualité* des aliments et qui varient suivant les troubles organiques que présentent les eczémateux; c'est ainsi que, suivant les cas, on prescrira le régime des dyspepsies, des entérites, des rétentions azotées ou chlorurées, de l'hyperglycémie, sans négliger le terrain et les émonctoires;

4° En l'absence de troubles viscéraux nets, comme de cause déterminante précise, on visera surtout à *diminuer les apports toxiques* et à ne pas fatiguer le foie, dont l'insuffisance est souvent à la base de ces dermatoses.

Le régime classique de l'eczémateux est donc un régime hypotoxique. On se guidera, pour l'établissement d'un tel régime, sur les données générales suivantes:

1° *On interdira*: Les aliments *non frais* ou de fraîcheur douteuse ou se décomposant rapidement: poissons de mer, gibier, fromages fermentés, conserves de viande.

Les aliments *indigestes*: graisses cuites (sauces, ragoûts, fritures), charcuterie (sauf le maigre de jambon); choux, choucroute.

Les aliments *nervins* ou excitants: vins généreux, alcool, café, thé fort, chocolat, épices, le tabac au moins en excès, certains *fruits acides*: fraises, framboises, groseilles.

N'user qu'avec circonspection des aliments *riches en cholestérine* (œufs, cervelles, ris de veau, substances gélatineuses) ou en *substances azotées* (truffes, champignons).

2° *On permettra*:

Des *viandes* rôties, grillées ou bouillies, sans sauce, de préférence à un seul repas par jour.

**APPETIT  
POIDS  
FORCE**

**REALPHENE**

**APPETIT  
POIDS  
FORCE**

ETHER PHOSPHORIQUE DU GLUCOSE  
ET ACÉTYLAMINO  
OXYPHENARSINATE DE CHAUX

Société  
Générale  
d'Applications  
Thé-  
rapeutiques.  
98, de Sèvres  
Paris (VIIe).

Distributeurs:

ROUGIER FRÈRES

MONTRÉAL

## THALASSOL CHOMEDY

(THALASSA, MER)

Le THALASSOL CHOMEDY est une médication leucocyto-  
gène et tonique associée à l'**action catalytique de l'eau de mer**, pré-  
sentée en ampoules injectables de 5 centigrammes cubes.

<i>Formule:</i>	Nucléinate de Soude . . . . .	0.01
	Glycérophosphate de Soude . . . . .	0.09
	Cacodylate de Soude . . . . .	0.05
	Sulfate de Strychnine . . . . .	0.001
	Eau de mer isotonique . . . . .	5 cc.

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

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

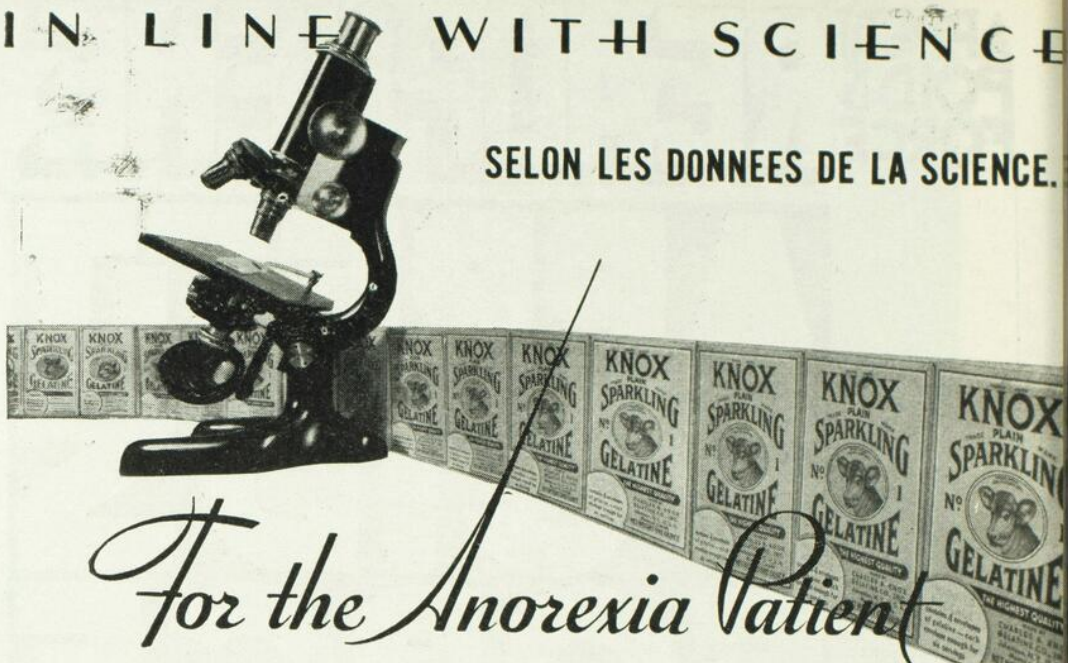
Nouveaux prix: boîtes de 10 ampoules \$1.35  
" " " " 50 " 5.75

Distributeurs pour le Canada  
**HERDT & CHARTON, INC.**  
2027 McGill College Ave.,  
Montreal

**Laboratoire J. PLE, PARIS**

IN LINE WITH SCIENCE

SELON LES DONNEES DE LA SCIENCE.



# For the Anorexia Patient

## GELATINE B.P.

Pour le Patient sans Appétit

### KNOX

#### FAITS IMPORTANTES

Six semaines de  
contrôle scientifi-  
que assurent la  
pureté du produit.

#### Analyse Gélatine Knox

Protéines (14 aci-  
des amines)  
85.0—86.0%

Phosphate de Cal-  
cium 1.0—1.25%

Gras (moins de)  
1%

Humidité  
13.0—14.0%

Hydrates de car-  
bone Nil

Intéressant à no-  
ter, pour le traie-  
tement des dystro-  
phies musculaires:  
La Gélatine Knox  
contient 25% de  
glycine.

La Gélatine Knox  
ne contient pas  
d'hydrates de car-  
bone; bactériolo-  
giquement neutre;  
pH d'environ 6.0.  
Son contenu en  
métal est extrê-  
mement bas.

Le patient en état d'anorexie qui tourne un regard atone vers toute nourriture, agréera avec plaisir les plats appétissants, agréables à l'œil, qu'on peut apprêter avec la gélatine.

La Gélatine Knox est une gélatine d'une catégorie supérieure. Ses recettes colorées, excitant l'appétit, sont nombreuses et variées. Attrayante à l'œil comme à l'estomac, la Gélatine Knox fournit des acides aminés facilement digestibles et prêts à être utilisés pour régénérer les tissus et stimuler l'énergie. Les adultes, aussi bien que les enfants, en raffolent.

La Gélatine Knox est d'une pureté exceptionnelle. En spécifiant Knox, vous vous assurez d'un produit encore meilleur que ceux de la P.B. (Il ne contient ni essence ni matière colorante, comme les gelées manufacturées).

Un produit vraiment remarquable! Préparé avec autant de soin qu'une solution en ampoule. Pour les convalescents, les tuberculeux, les régimes hyperprotéiniques, soins post-opératoires, régimes des diabétiques et des enfants, quand on désire une alimentation fortement protéinique.

# KNOX SPARKLING GELATINE

KNOX GELATINE LABORATORIES,  
472 Knox Avenue, Johnstown, N. Y.

Veuillez m'adresser gratuitement vos pamphlets: "Feeding Sick Patients", "Feeding Diabetic Patients" et "Reducing Diets".

Nom .....

Adresse .....

Cité .....

Province .....



Des œufs (lorsqu'ils sont bien tolérés) à peine cuits: ils sont ainsi plus digestibles.

Des légumes verts (haricots verts, salade cuite, épinards, salades vertes à l'huile).

Des pommes de terre, carottes, navets, artichauts, salsifis, asperges.

Des fruits (sauf ceux signalés plus haut).

Ainsi, en pratique, peut-on commencer par instituer un régime sévère; puis progressivement le malade réintroduit par échelons successifs les aliments défendus. Si l'expérience ainsi menée progressivement prouve que l'aliment est nocif, on l'élimine; si, au contraire, l'eczéma ne se reproduit pas, le régime alimentaire est démontré inutile." (Gaugeret.)

"Ne pas mettre tout son espoir thérapeutique dans le régime dont on fait abus et qui est souvent inutile." (Carle.)

Ajoutons que l'eczéma de cause externe ou médicamenteuse est susceptible d'un même régime.

### Urticaire

Le régime alimentaire se rapproche à quelque chose près du précédent: essayer d'isoler la substance nocive (l'antigène responsable qu'on est loin de toujours trouver). Ce à défaut, éviter les apports toxiques en prescrivant d'abord, en cas de poussée aiguë, une a) diète hydrique, puis b) hydro-lactée pendant deux à trois jours, puis un régime c) hypotoxique comme celui de l'eczéma.

En cas de récurrence, d'urticaire rebelle, interdire sévèrement les poissons de mer, les crustacés, les œufs, le chocolat, les fraises et les framboises.

### Prurit

Comme dans les deux dermatoses précédentes, il faut viser à l'étiologie, à la cause parasitaire ou diathésique qu'on ne trouve malheureusement pas toujours.

On peut dire que le régime alimentaire est celui de l'eczéma en somme:

Supprimer les apports toxiques (diète hypotoxique);

Favoriser les éliminations (diurétiques plutôt que laxatifs);

Calmer le nervosisme;

Défendre les aliments hautement prurigènes comme le café, le thé, l'alcool, le pain en excès;

Eviter l'abus du savon et des bains, la chaleur et le froid;

Prescription du repos du système nerveux, physique et moral.

### Acné

Le régime se résume dans les quelques règles qui suivent :

Recommander la *bradyphagie* : manger lentement et bien mastiquer.

Le régime sera très large. On évitera en particulier, surtout chez les jeunes, les régimes systématiquement carencés et insuffisants.

On interdira surtout les graisses cuites, la crème, le café, l'alcool, les épices, la viande de porc et dans certains cas, lorsqu'ils ne sont pas tolérés, les fromages forts et les produits de la mer. (*Régime hypotoxique et hypograisseux.*)

Chez les adultes pléthoriques, on supprimera complètement le pain, l'alcool et le sucre (*diète hypohydrocarbonée*).

Par contre, les jeunes lymphatiques et anémiques devront être plutôt suralimentés, et l'on aura même parfois avantage à leur prescrire de l'huile de foie de morue.

Il ne faudrait pas manquer d'éliminer les *foyers d'infections* dentaires ou autres et de veiller à une bonne *antiseptie intestinale*.

Il n'est que juste de noter qu'un régime même sévèrement suivi ne donne des résultats qu'aléatoires et qu'il est aujourd'hui reconnu que le *traitement spécifique* de l'acné est la *radiothérapie*.

### BIBLIOGRAPHIE

- BARBOKA Clifford J. Dr. — "Diète" conférence faite à la Société Dentaire de Montréal 20 octobre 1934.
- DARIER J. — Précis de Dermatologie; 4e Edition 1928.
- DESAUX A., et Boutelier A. — Manuel pratique de Dermatologie 1932.
- JOLTRAIN Edouard. — Les urticaires, Edition 1930.
- LECLERC Henri. — Les légumes de France, Edition 1927.
- LECLERC Henri. — Les épices, Edition 1929.
- MARIN Albéric. — Physiothérapie de l'Acné vulgaire, Union Médicale du Canada, sept. 1931.
- MARIN Albéric. — Radiothérapie locale du prurit ano-génital, Union Médicale du Canada, nov. 1933.
- POIRIER Paul. — L'eczéma en clientèle, Union Médicale du Canada, avril 1935, page 403.



# QUELQUES TRAITEMENTS EMPLOYÉS DANS LES MALADIES DU NEZ, DE LA GORGE ET DES OREILLES

Par L.-J. TESSIER,

Service d'oto-rhino-laryngologie et d'ophtalmologie de l'Hôtel-Dieu.

## Nez et sinus

Une infection que nous voyons très souvent à la clinique et en clientèle privée est celle du vestibule nasal. C'est une maladie peu grave mais très tenace et qui se répète souvent.

Le traitement que nous employons dans ces cas de folliculite est l'application locale de nitrate d'argent à 5% deux fois par semaine, et le malade applique de la pommade à l'oxyde de mercure à 1% matin et soir. Un traitement de deux à trois semaines suffit à guérir certains cas, mais d'autres nécessitent un traitement plus radical. Ceci consiste à cauteriser le point infecté au cautère, mais ce qui est encore mieux est l'électro-coagulation de ce même point. Ce traitement est toujours très efficace.

Pour la prévention des rhumes ordinaires certains "stock" vaccins sont très utiles. Nous employons souvent ceux de Sherman.

Dans les infections des sinus qui se produisent habituellement à la suite de mauvais drainage ou par cause de différents effets physiologiques tels que : un refroidissement prolongé, mauvaise ventilation, irritation chimique de la muqueuse et troubles métaboliques, il s'établit une exsudation de leucocytes pour combattre les microbes. Une quantité de pus considérable se forme dans le nez et dans les sinus, et cette sécrétion devient stagnante. Le traitement ici consiste à diminuer le gonflement de la muqueuse, à enlever les sécrétions, et à stimuler la muqueuse à sa fonction normale. Ceci est accompli par l'application de différents médicaments à la muqueuse, qui la réduise de volume et ouvre ainsi les portes naturelles des sinus; et par l'irrigation des différents sinus.

A ce propos, les expériences de Lierle et Moore sont très intéressantes. Ils ont expérimenté, avec l'action des différentes drogues

sur l'activité ciliaire de la muqueuse chez l'homme, le chien et le cobaye, et sont venus aux conclusions suivantes :-

1° L'eau distillée et l'eau ordinaire en application sur la muqueuse des voies respiratoires supérieures produisent un ralentissement de l'activité ciliaire.

2° Le chlorhydrate d'éphédrine à 3% ne détruit pas l'activité ciliaire mais quelques fois l'augmente.

3° Le chlorhydrate de Cocaïne à 5% ne détruit pas cette activité, mais les solutions de 10% et de 20% produisent un ralentissement qui n'est pas définitif.

4° Les solutions protéiniques d'argent faible 5%, 10%, 20% produisent d'abord une augmentation de l'activité ciliaire et ensuite un ralentissement.

5° L'Eucalyptol à 1/2% n'est pas nuisible à cette activité.

6° Le Menthol à 1/2% produit un effet faiblement déprimant.

7° Le thymol à 1/2% et l'Eucalyptol à 1% sont définitivement destructifs pour l'activité ciliaire.

8° Le Chlorhydrate d'Adrenaline à 1/1000, le sulfate de zinc à 2%, le mercurochrome à 2%, dans l'ordre nommé, sont destructifs en partie pour l'activité ciliaire.

9° Une solution de nitrate d'argent à 1/2% est immédiatement fatale à l'activité ciliaire. Il est impossible dans tous les cas de réactiver le mouvement ciliaire après son application.

D'après ces faits, il est très probable que nous ferons des changements dans l'application des divers médicaments aux muqueuses nasales et sinusiennes.

Quand il y a stagnation de sécrétions dans les sinus, on les enlève par des irrigations au sérum physiologique. La ponction et l'irrigation du sinus maxillaire se fait depuis les débuts de la rhinologie, et seule l'irrigation des sinus ethmoïdaux est impossible.

Le drainage du sinus maxillaire bénéficie d'une résection partielle de la paroi du méat inférieur, le drainage du sinus frontal est souvent augmenté par une luxation du cornet moyen, et le drainage du sinus sphénoïdal est amélioré par l'ablation de sa paroi antérieure.

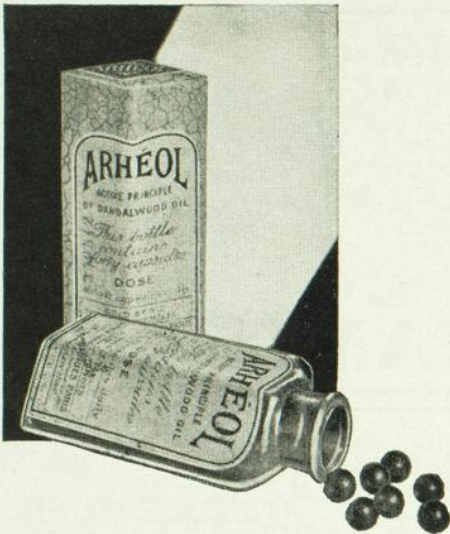
Il y a aussi le régime, le climat, le soleil qui jouent un grand rôle dans la prévention et dans la guérison des infections des sinus. Selon Cody (2) un régime déficient en vitamines B produit un syndrome nasal qui consiste dans la formation de sécrétions post-nasales, les tiers postérieurs des cornets deviennent blancs, lisses, humides et légèrement épaissis.

# ACTION ANTISEPTIQUE

*prolongée*

**SUR**

## L'APPAREIL URINAIRE



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

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

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

## ARHÉOL (Astier)

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

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

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

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

**Laboratoires P. Astier, Paris, France**

Pour la Province de Québec:

**ROUGIER FRERES,**  
350, rue Le Moyne,  
MONTREAL.

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

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

# SEDLITZ CHANTEAUD

Granulé et Déshydraté

Laxatif — Purgatif

FOIE — INTESTIN

*Sulfate de Magnésie pur.  
Tartrate de Soude.*

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

# STÉNOL CHANTEAUD

Tonique — Diurétique

FAIBLESSE — SURMENAGE — NEURASTHÉNIE

Par cuillerée  
à café  
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.

Les vaccins autogènes employés pendant très longtemps donnent de bons résultats. Pour une action plus immédiate on peut employer quelques formes de protéinothérapie; telles que: injections de lactogène, lait bouilli, vaccins de typhoïde, etc.

Dans les états allergiques du nez et des sinus, le traitement est efficace lorsqu'on peut décéler l'allergène offensive. L'iode et le calcium en plus des autres traitements ont beaucoup de valeur dans le traitement de ces cas.

### Pharynx

Dans les maladies du pharynx, il y a des infections apportées soit par l'air que nous respirons ou la nourriture que nous prenons, soit par une infection continue du nez ou des voies respiratoires inférieures. D'autres causes des maladies du pharynx sont les irritants non-infectieux, les manifestations pharyngiennes de maladies générales et les néoplasmes.

Dans les infections du nasopharynx, l'application locale de médicaments toxiques ou irritants ne devrait jamais se faire car la défense locale est déprimée par ces moyens et l'infection s'étend par les trompes dans l'oreille moyenne.

Quand il s'agit de l'oropharynx, l'application de solution faible de phénol par son effet anesthésique donne beaucoup de confort au malade.

Dans les inflammations aiguës de l'oropharynx un médicament des plus effectifs en application locale est une solution de gaïacol de 5% à 10% dans de la glycérine. C'est aussi un antiseptique puissant dont l'effet bactéricide dure très longtemps. Il se produit un effet anesthésique confortable au bout de quelques moments.

Les maladies chroniques du nez et des sinus, ainsi que les infections continues ou répétées des nombreuses glandes et follicules lymphoïdes de la paroi du pharynx sont les causes des infections chroniques du pharynx. Dans ces cas, le traitement local consiste à stimuler légèrement les petites glandes de la muqueuse par l'application locale de solutions de nitrate d'argent à 2% et à 5%.

Une fois les foyers d'infection enlevés dans le nez et les sinus, il arrive souvent que les follicules lymphoïdes du pharynx demeurent infectés d'une façon chronique. Ici, il faut détruire ce tissu lymphoïde soit par une cautérisation chimique soignée soit par l'électrocoagulation.

L'ablation des amygdales et des adénoïdes est nécessaire non seulement quand ils ont perdu leur pouvoir protecteur mais aussi quand ils portent des infections qui sont disséminées par tout le corps, et quand ces glandes sont suffisamment hypertrophiées pour produire de l'obstruction.

L'ablation chirurgicale des amygdales est préférable à l'électrocoagulation car l'ablation est plus complète et les résultats sont meilleurs.

Les amygdalites et adénoïdites aiguës sont des maladies qui nécessitent un traitement autant général que local. Ces infections se traitent comme les autres infections aiguës du pharynx et lorsqu'un abcès se forme, c'est entendu qu'il faut l'inciser.

Les infections du pharynx causées par le bacille de Vincent, sont plus sûrement et rapidement guéries par quelques petites doses de novarsenobenzol intraveineux. L'application locale, de ce même médicament ne semble pas être très efficace.

Dans certaines infections chroniques du pharynx tels que : les porteurs de diphtérie, l'actinomycose, l'irradiation par rayon X est un traitement de beaucoup de valeur.

Une source importante d'irritation du pharynx est la fumée de tabac. Dans les diverses maladies du pharynx, leurs traitements seraient beaucoup facilités si l'on pensait plus souvent à interdire au malade de fumer pendant ces maladies, et les résultats seraient meilleurs.

Dans tous les cas de néoplasme du pharynx, une biopsie doit être faite pour arriver à un diagnostic exact. Certains néoplasmes sont radiosensibles, certains nécessitent une ablation chirurgicale d'abord, suivie de l'irradiation de l'endroit lésé.

### Oreille

Dans les maladies de l'oreille, le furoncle du conduit auditif externe se voit très souvent. Cette infection semble peu de choses mais en pratique elle exaspère souvent le médecin et le malade. Une mèche trempée dans une solution de phénol à 5% (glycerine) et introduite dans le conduit auditif pour bien le remplir donne un grand soulagement. Cette mèche doit être changée tous les jours.

Dans quelques cas il faut soigner l'état général et faire des injections de vaccins pour obtenir une guérison.

# Hémostyl

Anémies

Du Dr.

**ROUSSEL**

Hémorragies

## SÉRUM HÉMOPOÏÉTIQUE FRAIS DE CHEVAL

Flacons-ampoules  
de 10<sup>cc</sup> de Sérum pur

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

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

Sirap ou Comprimés  
de sang hémopoïétique  
total

**ANÉMIES**  
**CONVALESCENCES**  
**TUBERCULOSE, etc.**

*Echantillons, Littérature*

97, RUE DE VAUGIRARD — Paris.



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

ANGLAIS  
 ESPAGNOL  
 ITALIEN  
 ALLEMAND

ou toute autre langue

SANS EFFORT  
 CHEZ VOUS  
 QUAND VOUS VOULEZ!

PAR LA NOUVELLE ET FACILE MÉTHODE

## LINGUAPHONE

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

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

DEMANDEZ  
 AUJOURD'HUI  
 NOTRE BROCHURE  
 GRATUITE



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

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

Nom.....

Adresse.....

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

Quelle langue vous intéresse?.....

Les otites moyennes aiguës à la période congestive rétrocedent souvent lorsqu'on facilite le drainage de la trompe d'Eustache en faisant des applications locales d'éphédrine, ou de cocaïne avec adrénaline, à l'ouverture pharyngienne de la trompe; ce traitement doit être répété plusieurs fois par jour. -----

Le liquide de Calot en instillations, quatre à cinq gouttes trois fois par jour, longtemps continué, assèche souvent une otite moyenne suppurée chronique et fait disparaître de nombreuses granulations dans la caisse.

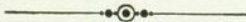
Les otites chroniques en grande partie guérissent si le drainage peut être rendu suffisant. Il faut enlever tous débris, croûtes, sécrétions, etc, avec des solutions de peroxide, alcool, etc. Aucun traitement n'est utile si le médicament ne pénètre pas à l'endroit intratympanique où siège l'infection. Si ces traitements ne suffisent pas on peut tenter l'ablation des osselets, et si un résultat favorable n'a pas lieu au bout de quelques semaines, il faut procéder à l'évidement.

L'opération immédiate des cas de mastoïdite est rarement nécessaire. Dans la plupart des cas il y a le temps d'étudier le malade et d'augmenter sa résistance. L'opération, pratiquée trop tôt dans les cas de mastoïdites aiguës, avant que l'infection soit bien localisée, peut conduire à une infection intracranienne.

#### BIBLIOGRAPHIE

(1) LIERLE, V. M. et MOORE, P.M.: Effects of Drugs on the Ciliary Activity of Mucosa of Upper Respiratory Tract, Arch. Oto-Laryngo. Vol. 19, page 55, 1934.

(2) CODY C. C. The Relation of Vitamine A.D.B.G. to Oto-Laryngology. Trans. Amer. Soc. O.R.L. p. 275, 1930.



# MOUVEMENT THÉRAPEUTIQUE

---

## DIRECTIVES DIÉTÉTIQUES AU COURS DE LA GROSSESSE

Par **Albert BERTRAND**,  
de l'hôpital Général de la Miséricorde

De toutes les questions obstétricales, il n'en est peut-être pas de moins résolues que celle de la diète des femmes enceintes. Du fait des multiples fondements ou bases d'un régime, l'obstétricien se rendra compte que les diètes seront nombreuses parce que déterminées par un ensemble de facteurs complexes.

Il s'agira donc de diètes et non pas d'une diète dite omnibus.

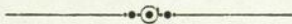
La grossesse est un état physiologique pourvu que tous les organes fonctionnent de façon normale.

Dans ces conditions, il est facile d'admettre que toute diète est inutile. Il n'en va pas toujours de même, malheureusement, et souvent, dès les premiers mois de grossesse, telle femme qui, jusque-là, digérait bien subit des troubles digestifs variés: l'appétit peut être diminué, le peu d'aliments absorbés provoque des malaises, voire des douleurs vives. Souvent, des nausées surgissent, suivies de vomissements.

Il semble que, dans ces cas, il y ait rapport étroit entre l'augmentation de l'hydrémie spéciale à la femme enceinte et la mobilisation des chlorures souvent très marquée: d'où ectasie du système veineux; les vaisseaux de la paroi gastrique ne sont pas épargnés, et l'obstétricien doit lutter contre des hyperchlorhydries souvent tenaces. C'est dans ce cas que le régime institué doit viser à alléger les fonctions digestives: les mets seront bouillis ou cuits à l'étuvée. La femme se trouvera bien de faire aussi des restrictions alimentaires: céréales, légumes, fruits, pâtes alimentaires avec un peu de viande de veau, de poulet ou de bœuf, ingérés chauds et bien cuits, seront, en général, bien supportés.

D'autre part, les hépatiques, les néphrétiques, les entéritiques, en un mot toutes les sensibilisées du tube digestif ou des glandes annexes, seront presque toujours, au cours de la grossesse, astreintes à une surveillance plus judicieuse, et telle femme, qui souffrait de calculs hépatiques ou d'appendicite, et supportait assez bien sa maladie, subira, à l'occasion d'une grossesse, une recrudescence de ses troubles digestifs qui, alors, constitueront une véritable maladie qu'il s'agira de traiter radicalement.

En résumé, le problème des troubles digestifs de la grossesse est complexe et conditionne les diètes des gestantes. A une harmonie des diverses fonctions correspond une simple surveillance hygiénique et toutes les diètes, de la plus sévère à la plus large, tirent leur raison d'être d'un état particulier, fonctionnel ou organique, de l'être féminin.



## L'OXYUROSE

Par Albert GUILBEAULT,  
Des hôpitaux Sainte-Justine et Notre-Dame.

Dans le numéro de juin 1933 des *Archives de Médecine des Enfants*, monsieur le professeur Nobécourt avec MM. Bidot et Comminos relatent les recherches qu'ils ont faites chez des enfants ne montrant aucun symptôme net de parasitisme intestinal.

Leurs études coprologiques ont montré que les enfants de la première année n'étaient parasités que dans la proportion de 4.5%, tandis que le taux s'élève pour ceux de la deuxième année à 33% pour passer jusqu'à 58% chez les enfants de 2 à 5 ans. La médecine des enfants d'il y a cinquante ans était dominée par la pathologie des dents et des vers. Il était, sans doute, erroné de rapporter tous les petits troubles dont souffrent les enfants à l'éruption d'une dent ou à la présence de vers intestinaux. Je suis convaincu que ce n'est pas l'intention de monsieur le professeur Nobécourt de ressusciter cette médecine par trop simpliste. Le parasitisme intestinal existe chez l'enfant de tout âge, c'est un fait bien prouvé. Cette notion est aussi bien connue du public. Que de fois, tant au dispensaire que dans la clientèle privée, les mères nous présentent leurs enfants de tout âge avec ces mots: "Il a des vers, il grince des dents, il est nerveux, son sommeil est agité, l'appétit est diminué, etc." Le devoir du médecin en face de telles doléances est de se rendre compte du bien-fondé de ces assertions en faisant tout d'abord un examen direct. Il écartera les fesses de l'enfant et à l'aide d'un bon éclairage il essaiera de trouver au pourtour de l'anus, et le plus profondément possible, les vers qui se présenteront sous forme de petits bouts de fil blanc. Si cet examen direct est négatif, il devra être complété par un examen microscopique des matières fécales. Le traitement de l'oxyurose ne doit pas être institué sur un simple doute, car incomplet il est inutile, et complet il ne doit pas être prescrit inutilement.

Pour bien diriger ce traitement, certaines notions sont essentielles à connaître.

La plupart des enfants qui souffrent d'oxyurose ont un état général déficient qu'il faudra remonter par un régime alimentaire

reconstituant et des conseils d'hygiène souvent plus importants que les toniques. La vie au grand air, les heures de sommeil bien réglées, les soins de propreté, la mastication parfaite des aliments, l'éducation de l'intestin contre la constipation sont autant de principes qui ne se vendent pas à la bouteille.

Le mode de reproduction des oxyures bien connu du médecin, et clairement expliqué aux parents, est à la base de la thérapeutique antivermineuse. Il faut que les parents sachent que les enfants peuvent se transmettre les uns aux autres cette maladie par l'intermédiaire des œufs. D'où proviennent les œufs?

Les oxyures, mâles et femelles, habitent l'intestin grêle. L'accouplement se fait dans la dernière partie de l'iléon. Les femelles fécondées, qui peuvent contenir jusqu'à 12,000 œufs, gagnent le rectum et déposent ces œufs à l'extérieur. La femelle meurt alors, mais non sans avoir provoqué une démangeaison intense au pourtour du rectum. C'est pour soulager ce prurit que le malade, à l'état de veille et surtout de sommeil, se gratte, chargeant d'œufs ses ongles qu'il porte ensuite inconsciemment à la bouche. Les œufs peuvent atteindre la bouche d'une manière moins directe ayant été déposés dans la literie ou dans les sous-vêtements, ou étant transportés à l'état de poussière sur les aliments, les fruits, la viande, les crudités, qui peuvent être aussi souillés par les mains du vendeur.

Il est donc évident que la maladie peut se transmettre d'une personne à l'autre.

Quatorze jours après l'ingestion, c'est-à-dire après que les sucs digestifs auront digéré l'enveloppe de l'embryon, un oxyure complet est formé. L'accouplement se fait encore dans l'intestin grêle, et le cycle recommence. Les œufs se cachent dans les replis intestinaux; c'est pourquoi il faut un traitement assez prolongé à base de purgatifs pour débarrasser l'organisme de ces hôtes indésirables.

A la lumière de ces connaissances, rédigeons maintenant le traitement.

1° Tous les membres de la famille, enfants et adultes, qui ont des oxyures doivent être traités.

2° Laver les mains de l'enfant avant chaque repas avec une attention particulière pour les ongles, qui devront être coupés.

3° La literie et les sous-vêtements seront changés fréquemment au cours du traitement.

4° Pendant six jours, avant chaque repas, donner une cuillerée à thé de Bismol, car les sels de bismuth auraient la propriété de détruire les œufs dans les portions hautes du tube digestif.

5° Les quatre premiers matins, à jeun, administrer une poudre suivante:

Santonine	} aa	.....	0.01 gramme	{	par année d'âge avec dose
Calomel					
Lactose					

Pour une poudre No 4.

6° Chaque soir pendant six soirs, donner :

a) un lavement salé: une cuillerée à thé de sel de table, dissous dans un verre à bière d'eau froide;

b) un lavement avec une infusion de quassia: un verre à bière. L'infusion de quassia se prépare en infusant une once de quassia dans une pinte d'eau bouillante; laisser infuser pendant quatre heures;

c) l'infusion de quassia peut être remplacée par une infusion d'ail, obtenue en laissant infuser une tête d'ail dans une chopine d'eau bouillante pendant quatre heures;

d) le lavement peut encore être donné sucré à 10%;

e) le lavement froid de 5 onces, de par sa température, serait aussi efficace que les précédents.

7° Après le lavement et après chaque évacuation alvine, il faut répandre autour du rectum de l'onguent à l'oxyde jaune de mercure à 2%, qui aura pour effet de diminuer le prurit et de détruire les œufs.

Chaque soir, après le lavement, savonner minutieusement le siège. De plus, chez les fillettes un soin particulier sera donné aux parties génitales, qui seraient un repaire constant et inattaquable pour les œufs.

8° Voir à ce que le malade ne puisse se gratter la nuit. Le port de mitaines est un moyen à conseiller.

Voilà dans ses détails le traitement de l'oxyurose, le seul traitement logique. Pour qui connaît la contagiosité de la maladie et son mode de production, il est évident que la lutte ne saurait se limiter à la seule prescription de santonine et de calomel; pour faire œuvre utile le médecin devra ajouter les conseils hygiéniques et les autres traitements adjuvants, tout aussi importants que le médicament.



## ACTUALITÉS

---

### LÉOPOLD NÈGRE<sup>(1)</sup>

Né à Montpellier (Hérault), le 15 juin 1879.

Docteur en Médecine (1910). Docteur ès Sciences naturelles (1918).  
Chef du Service des Recherches sur la Tuberculose à l'Institut Pasteur.

Co-Directeur de la *Revue d'Hygiène et de Médecine préventive*.

Entré en 1903 dans le laboratoire du professeur Borrel à l'Institut Pasteur de Paris. Ses premières recherches ont porté sur les tumeurs cancéreuses de la souris. Il a montré que la greffe de l'adéno-carcinome de cet animal pouvait être influencée par le régime alimentaire salin auquel les souris sont soumises; certains sels, comme ceux de potassium, favorisent le développement de cette tumeur. L'étude expérimentale, faite chez la souris, d'un protozoaire, la Sarcosporidie, qui vit dans les muscles de certains mammifères, lui a permis de découvrir un stade intestinal de ce parasite qui apparaît 15 jours après l'ingestion des muscles contenant les sporozoïtes de ce protozoaire et disparaît entre le 50<sup>e</sup> et le 75<sup>e</sup> jour. L'étiologie jusqu'alors inconnue de cette affection a été ainsi précisée.

Nommé en 1910 Chef de laboratoire à l'Institut Pasteur d'Algérie, Nègre a poursuivi de nombreux travaux sur la fièvre typhoïde et le traitement de cette affection par le vaccin sensibilisé de Besredka (en collaboration avec Ardin Delteil et M. Raynaud) sur la dysenterie bacillaire, le choléra, le typhus récurrent, les affections oculaires et les bactéries thermophiles du Sahara. Il a, pour la première fois, établi avec M. Raynaud l'existence dans la fièvre ondulante des B. paramelitensis et, avec l'étude des conditions qui régissent le séro-diagnostic, fait réaliser des progrès au diagnostic de cette maladie.

Avec Boquet, Nègre a obtenu pour la première fois la culture du Cryptocoque de Rivolta, champignon qui est l'agent de la lymphangite épizootique des Solipèdes et a préparé, avec cette culture, un vaccin qui est employé couramment pour le traitement de cette affection.

Revenu en 1920 à l'Institut Pasteur de Paris comme Chef de laboratoire dans le service du professeur Calmette, puis Chef de service dans les nouveaux laboratoires de recherches sur la tuberculose, Nègre

---

(1) Nous sommes heureux de publier quelques notes intéressantes concernant l'hôte distingué de l'Institut Franco-Canadien, actuellement en mission scientifique à Montréal.

a consacré depuis lors son activité à l'étude expérimentale de la tuberculose.

Il a collaboré avec Calmette, Guérin et Boquet à l'étude expérimentale du BCG pour préciser son innocuité chez les petits animaux de laboratoire et démontrer la résistance qu'il leur confère vis-à-vis d'une infection virulente d'épreuve, ainsi qu'aux premiers essais d'application du vaccin BCG à la prémunition antituberculeuse des enfants nouveau-nés.

Nègre a effectué, avec Boquet, l'étude biologique des divers constituants du bacille de Koch. Ces auteurs ont mis en évidence l'influence activante que les substances ciro-graisseuses bacillaires exercent sur la tuberculose expérimentale du cobaye et du lapin, alors que les phosphatides bacillaires en retardent l'évolution. A la suite de ces travaux, ils ont préparé l'antigène méthylique qui est appliqué au diagnostic de la tuberculose dans la recherche des anticorps tuberculeux et au traitement de cette maladie. Ne présentant pas les inconvénients de la tuberculine et d'une action plus régulière que cette dernière substance, son emploi se généralise de plus en plus, spécialement dans le traitement des tuberculoses externes et chirurgicales. Ses meilleurs effets sont obtenus dans le traitement des tuberculoses ganglionnaires, ostéo-articulaires, péritonéales et oculaires.

Secrétaire général depuis 1921 de la *Revue d'Hygiène*, puis co-directeur de cette Revue avec les professeurs Robert Debré, Dopter et Rochaix, Nègre a publié de nombreux articles ayant trait à l'hygiène, à l'épidémiologie et à la médecine préventive. Il est l'auteur de nombreux ouvrages: *Lymphangite épizootique des Solipèdes* (avec Boquet), *Technique de la réaction de déviation du complément de Bordet et Gengou* (avec Armand-Delille), *Manuel technique de Microbiologie* (avec A. Calmette et A. Boquet), *Antigénothérapie de la tuberculose par les extraits méthyliques du bacille de Koch* (avec A. Boquet), *Traitement de la Tuberculose par l'Antigène méthylique* (avec A. Boquet). Il a collaboré avec A. Boquet à la dernière édition de l'ouvrage de A. Calmette, *l'Infection bacillaire et la Tuberculose chez l'homme et chez les Animaux*.

## TITRES SCIENTIFIQUES

### GRADES UNIVERSITAIRES

1902-1903 — Licence ès-Sciences naturelles. Certificats de zoologie, botanique, géologie, minéralogie.

1910 — Doctorat en Médecine.

1918 — Doctorat ès-Sciences naturelles.

## SERVICES CIVILS ET MILITAIRES

- 1903 — Attaché à l'Institut Pasteur de Paris.  
1907 — Préparateur au cours de Microbiologie de l'Institut Pasteur de Paris.  
1910 — Chef de Laboratoire à l'Institut Pasteur d'Algérie.  
1913 — Chargé des fonctions d'agrégé de parasitologie à la Faculté de Médecine d'Alger.  
1914 — Mobilisé sur place à l'Institut Pasteur d'Algérie comme médecin aide-majör de 2e Cl., puis de 1ère Cl. (analyses microbiologiques et préparation des vaccins antityphoïdique et anticholérique pour l'armée de l'Afrique du Nord).  
1919 — Chef de Laboratoire à l'Institut Pasteur de Paris.  
1921 — Secrétaire général de la Rédaction de la Revue d'Hygiène et de Médecine préventive.  
1931 — Chef de Service à l'Institut Pasteur de Paris dans les Laboratoires de recherches sur la tuberculose.  
1934 — Co-Directeur de la Revue d'Hygiène.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

- Membre de la Société de Biologie.  
Membre de la Société de Pathologie exotique.  
Membre de la Société d'études scientifiques sur la tuberculose.  
Membre correspondant de l'Académie de Médecine de Rome.  
Membre correspondant de l'Académie de Médecine de Rio-de-Janeiro.  
1902 — Lauréat de la Faculté des Sciences de Montpellier. Prix Tempié (Sciences naturelles).  
1910 — Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris. Mention honorable (Prix de thèse).  
1922 — Académie de Médecine. Prix Pannétier (avec A. Boquet).  
1924 — Académie de Médecine. Prix Marie Chevallier (avec A. Boquet).  
1924 — Académie des Sciences. Prix Bréhant (avec A. Boquet).  
1927 — Académie de Médecine. Arrrages du Prix Audiffred (avec A. Boquet).  
1928 — Ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance Sociales. Prix Benjamin-J. Rosenthal au médecin français qui a le plus contribué, par ses recherches scientifique, à la lutte contre la tuberculose dans le cours de l'année 1927 (avec A. Boquet).  
1930 — Académie de Médecine. Prix Merzbach (avec A. Boquet et J. Valtis).

## MISSIONS SCIENTIFIQUES

- 1910-1919 — Missions en Algérie pour des mesures à prendre contre diverses épidémies.  
1927 — Représentant de l'Institut Pasteur de Paris au 1er Congrès panaméricain de la tuberculose à Cordoba (République Argentine). Rapport sur l'orientation actuelle des recherches sur la vaccination antituberculeuse.

Conférences en République Argentine, au Chili, en Uruguay et au Brésil sur la vaccination antituberculeuse par le bacille bilié de Calmette et Guérin et sur le traitement de la tuberculose par l'antigène méthylique.

Conférences sur les mêmes sujets en France et dans divers pays (Belgique, Espagne, Maroc).

#### LEÇONS SUR LA TUBERCULOSE EXPERIMENTALE

données par le Docteur H. L. Nègre, dans les Hôpitaux de Montréal, aux jours et dates ci-après mentionnés.

- Hôtel-Dieu: Lundi, 17 février. — *Virus tuberculeux*. Types bacillaires.  
Mardi, 18 février. — *Eléments filtrables*.
- Notre-Dame: Mercredi, 19 février. — *Diagnostic* par les moyens de laboratoire.  
Jeudi, 20 février. — *Voies d'infection*.
- Saint-Luc: Vendredi, 21 février. — *Bacillémie* et élimination de bacilles tuberculeux par les voies naturelles.  
Lundi, 24 février. — *Hérédité*.
- Bruchési: Mardi, 25 février. — *Constituants* chimiques et tuberculines.  
Mercredi, 26 février. — *Hypersensibilité*.  
Jeudi, 27 février. — *Phénomène de Koch* et résistance aux surinfections exogènes.  
Vendredi, 28 février. — *Immunité et allergie*.  
Lundi, 2 mars. — *Déviations du complément* (recherche des anticorps tuberculeux par la).
- Cartierville: Mardi, 3 mars. — *Chimiothérapie, Sérothérapie*.  
Mercredi, 4 mars. — *Antigénothérapie*.
- Ste-Justine: Jeudi, 5 mars. — *Vaccination par le B. C. G.*  
Vendredi, 6 mars. — *Prophylaxie*.

#### CONFÉRENCES PUBLIQUES SUR LA TUBERCULOSE EXPERIMENTALE

données dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal.

- Lundi, 17 février 1936. — *Le virus tuberculeux*; état actuel de la question.  
Mercredi, 19 février 1936. — *Le virus tuberculeux*; état actuel de la question (suite).  
Lundi, 24 février 1936. — *Hérédité, Contagion*.  
Mercredi, 26 février 1936. — *Traitement de la tuberculose* par les méthodes biologiques.  
Lundi, 2 mars 1936. — *Vaccination par le B. C. G.* (étude expérimentale).  
Mercredi, 4 mars 1936. — *Vaccination par le B. C. G.* (application).



## LE DOCTEUR J.-E. BINET

Nos hôpitaux, la Société Médicale et la Société de Gastro-Entérologie ont eu le rare plaisir de recevoir M. J.-E. Binet, de Vichy, dernièrement de passage à Montréal.

Les médecins qui l'ont approché et l'ont entendu, ont pu apprécier les qualités de maîtrise, la belle expérience scientifique de ce médecin thermaliste.

À part les professeurs d'Universités et les médecins des hôpitaux des villes de France qui forment indubitablement l'élite de la pensée médicale de ce grand pays, il existe plusieurs classes de médecins anciens internes ou anciens élèves des hôpitaux, qui, formés aux mêmes disciplines et à la même gymnastique intellectuelle que la plupart des chefs de services, continuent, comme praticiens ou comme médecins consultants des grands centres ou villes d'eau, de France, à poursuivre la série de leurs observations, d'où résultera une expérience de tout premier ordre. Le Dr J.-E. Binet est de ceux-là.

Ancien élève du professeur Chauffard et du professeur Albert Mathieu, le Dr J.-E. Binet est, depuis vingt-cinq ans environ, établi pendant la saison de mai à octobre à Vichy, dont il est devenu un des principaux consultants. Correspondant d'un grand nombre de professeurs et de médecins des hôpitaux il a poursuivi depuis le début de son séjour à Vichy un ensemble imposant d'études sur les maladies du foie et des voies biliaires, et sur leur relation avec les déficiences du milieu intestinal.

Avec le professeur Marcel Labbé, avec Nepveux, son Chef de laboratoire, il a étudié la valeur du tubage duodéal dans les angiocholécystites au double point de vue bactériologique et thérapeutique. Il a relevé le pH de tous ces cas, et trouvé que seule l'alcalinisation bien dosée des voies biliaires non seulement était supérieure à toute méthode d'antisepsie, mais encore permettait seule par la modification du pH d'atteindre efficacement l'affection hépatique sous-jacente. Que si le tubage duodéal ne nous permet pas des recherches bactériologiques suffisamment scientifiques, par contre cette méthode de drainage se montre d'un grand secours thérapeutique. Ce sont les eaux de Vichy, administrées avec méthode, qui se sont montrées le plus aptes à rétablir le milieu biliaire physiologique.

Avec Loeper, il apporte des précisions sur ce que nous sommes convenus d'appeler l'*insuffisance hépatique*. Il admet avec d'autres

que derrière les cholécystites chroniques avec ou sans lithiase, et derrière les angiocholécystites chroniques, il existe l'atteinte de toute la glande hépatique, décelable par une série d'épreuves recherchant les diverses déficiences des fonctions hépatiques. Avec Loeper il devient un des principaux animateurs du Congrès International de l'Insuffisance Hépatique qui doit se tenir à Vichy en septembre 1937 et qui, grâce à leurs efforts, a été conjugué avec le Congrès de la Société Internationale de Gastro-Entérologie devant avoir lieu quelques jours plus tôt à Paris.

C'est à titre de Président des Sociétés Médicales de Vichy, et avec l'appui des directeurs des deux congrès mentionnés qu'il est venu aux États-Unis et au Canada. Il y est venu avec la mission d'organiser dans ces deux pays des Comités Nationaux chargés de relever et de recueillir les observations nouvelles, soit sur le diagnostic précoce du cancer de l'estomac ou des occlusions intestinales chroniques, soit sur les diverses modalités pathologiques de l'insuffisance hépatique.

Avec un collaborateur, il a publié chez Masson une monographie qui a pour titre "*La typhlo-cholécystite*". Ce livre a l'avantage de nous convaincre des relations intimes existant entre les stases intestinales droites ou les infections cœcales et les atteintes hépatiques. À vrai dire, c'est une des deux causes principales de la congestion hépatique active. La deuxième cause serait, pour M. Binet, *de nature endocrinienne*. Il s'est fait fort de le prouver par une étude critique de milliers d'observations personnelles, relevées à Vichy, et qu'il exposait le 11 février devant nos Sociétés: à côté de l'infection intestinale et en l'absence complète de celle-ci, *le déséquilibre endocrinien*, surtout ovarien, à la période de puberté ou à la ménopause, puis thyroïdien et pituitaire, souvent décelable dans l'enfance par une intolérance aux graisses et une diarrhée post-prandiale, etc., amène une perturbation des fonctions hépatiques la plupart du temps *cyclique*, c'est-à-dire apparaissant à l'époque des périodes menstruelles. Les succès thérapeutiques qu'il a obtenus dans des centaines de cas de ce genre, par des extraits endocriniens nous convertissent assez facilement aux idées de l'auteur.

Il serait trop long d'exposer la teneur de tous ses travaux publiés surtout aux "*Archives de l'appareil digestif*", dont il est un des rédacteurs. Qu'il suffise de dire que devant la "*National Academy of Medicine*" de New-York, devant les Sociétés médicales de Chicago, et tout récemment devant la Société médicale jointe à la Société de Gastro-Entérologie de Montréal, il a soutenu avec brio cette thèse dont la

hardiesse répond à un grand nombre de nos idées et de nos observations personnelles.

C'est avec difficulté que nous avons pu obtenir de lui de courtes conférences sur la cure hydro-minérale de Vichy ou sur les méthodes hydrothérapiques actuelles. Il n'y a cédé que sur nos instances lorsqu'il en a parlé au Royal Victoria ou à l'Hôpital Saint-Luc. Il y a chez les principaux médecins de Vichy une pudeur à exposer les bienfaits de la cure suivie à cet endroit. Nous comprenons qu'ils ne veulent pas soulever l'ire de certains confrères un peu trop jaloux de leur privilège et n'habitant pas Vichy. Leur modestie professionnelle n'a d'égale que l'esprit de mesquinerie de certains de leurs confrères qui ont pourtant déjà franchi tous les échelons de la hiérarchie médicale et ne devraient plus avoir rien à envier à autrui. O clientèle, que de crimes on commet en ton nom...

Formons le vœu de voir plus souvent nous rendre visite des cliniciens aussi distingués que M. le Dr Binet.

Jean LESAGE.



## REVUE DES LIVRES

---

**Traité de Chirurgie d'Urgence**, par Félix LEJARS. Neuvième édition entièrement refondue, par Pierre BROCCQ, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, avec la collaboration de Robert CHABRUT, ancien chef de Clinique à la Faculté de Paris. — Un volume de 1286 pages avec 1250 figures. Broché: 170 fr. — Cartonné toile: 190 fr. Cartonné toile en 2 volumes (pour l'étranger): 200 fr., frais d'envoi en plus (France et colonies: 10 fr.; étranger: tarif No 1, 20 fr., tarif No 2, 30 fr.). Chez Eddé & Cie, New Birks Building, Montréal. — Masson & Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le "Traité de Chirurgie d'Urgence" de Lejars reparait. On n'analyse pas une œuvre magistrale dont huit éditions se sont succédé et dont plusieurs milliers d'exemplaires ont été répandus dans le monde.

Mais comme cette 9e édition a été entièrement rajeunie, refondue, parfois réécrite, on lira avec intérêt les passages suivants de la nouvelle préface de l'ouvrage dans lesquels l'auteur de ces transformations en précise lui-même la nature. Elles n'ont modifié ni l'esprit ni la forme d'un livre qui apportera dans la pratique courante au médecin et au chirurgien, une aide aussi efficace que par le passé.

"La Chirurgie d'Urgence" reste l'œuvre maîtresse de Félix Lejars. Dans ce livre, d'une si vibrante personnalité, Félix Lejars a mis toute sa vie de chirurgien. Il l'a conçu avec son cerveau lucide, et animé de sa langue élégante et colorée. On y sent, dans l'exposé de situations réelles et souvent tragiques, le souffle d'une conviction profonde, qui veut s'imposer au lecteur."

"C'est avec la volonté de "servir" malades et praticiens que Lejars a écrit les 8 éditions de ce traité. Dans les derniers efforts d'une vie de labeur il avait envisagé de publier une 9e édition. La fatigue d'abord, la maladie ensuite ne lui ayant pas permis de réaliser son plus cher désir, il nous a fait l'honneur de nous confier la mission de continuer son œuvre."

"Il n'est pas superflu, dès le seuil de ce livre, de nous expliquer d'abord et sommairement sur son titre même. Il ne faudrait pas confondre "Chirurgie d'urgence" avec petite chirurgie, ni avec chirurgie des accidents; il ne faudrait pas supposer que nous ayons voulu réduire cet ouvrage au domaine des interventions strictement et nécessairement précoces."

"Est urgent pour une même lésion ou une même série de lésions, tel cas d'une façon absolue, tel autre d'une manière moins pressante. En outre, le traitement des premières heures doit être suivi parfois, à plus ou moins brève échéance, d'opérations secondaires, qu'on ne peut guère dissocier des actes immédiats."

"Aussi avons-nous adopté la délimitation vécue qu'a donnée Lejars, en la complétant et en la précisant, avec lui, à mesure qu'évoluaient les conditions de l'urgence et s'en étendaient les indications."

“L'éducation du médecin, appelé le premier auprès du malade “aigu” ou du blessé, a été constamment le premier souci de Lejars. Les élèves du Maître continuent à s'adresser au praticien. Le praticien n'a-t-il pas le rôle capital dans l'amélioration des résultats pour lesquels l'heure est le facteur dominant? N'est-ce pas lui qui hâtera la solution chirurgicale et en assurera le succès, s'il connaît, s'il veut, s'il s'impose l'opération immédiate? Pour y parvenir, il importe qu'il possède les notions indispensables pour faire le diagnostic à la période utile et qu'il se familiarise avec les possibilités opératoires. Aussi est-ce pour le médecin qu'un aperçu des moyens cliniques, propres au dépistage précoce des lésions, précède l'exposé des indications et de la technique. C'est pour lui que, fidèles à l'enseignement de Lejars, nous avons continué à multiplier les exemples vécus, parce que, mieux que de longs et fastidieux chapitres de pathologie, ils inscrivent les symptômes essentiels dans le cadre réel de la vie chirurgicale.”

“La “Chirurgie d'urgence” s'adresse également au jeune chirurgien; il y cherchera un rappel illustré de ses nuits de garde à l'hôpital; il pourra aussi y puiser, dans les situations complexes, des directives thérapeutiques et techniques; il y trouvera enfin pour traiter les affections rares, qu'il n'aura pas eu l'occasion d'observer dans ses années d'études, l'exposé des opérations appropriées. C'est pour le jeune chirurgien que nous avons, dans cette nouvelle édition, développé la partie technique. L'illustration a été largement augmentée et modifiée. Un grand nombre de figures nouvelles ont été exécutées d'après des opérations sur le cadavre et le vivant.”

“Au total la “Chirurgie d'urgence”, telle que nous avons essayé de la “refondre”, comporte un ensemble de moyens de diagnostic, d'indications opératoires, de techniques, ensemble que nous avons voulu, à la manière de Lejars, vivant et à la mesure des drames humains ou des simples accidents.”

“Depuis la dernière édition (1921) beaucoup de questions ont évolué au point qu'il a été indispensable de refondre entièrement de nombreux chapitres, d'en écrire de nouveaux. Des signes cliniques, considérés autrefois comme des signes d'alarme, sont devenus des signes tardifs. Les moyens d'exploration, auxquels on n'avait fait que rarement appel dans les situations d'urgence, sont venus, avec le progrès des installations, apporter des éléments de diagnostic de plus en plus précieux.”

“Appuyée sur ces connaissances nouvelles, qui se répandent de plus en plus, l'urgence est aujourd'hui mieux comprise, moins souvent différée ou repoussée.”

“L'opération, elle-même, est mieux exécutée; les gestes, autrefois livrés un peu au hasard des situations inattendues et complexes, se règlent progressivement à mesure que sont mieux connues les péripéties de l'urgence.”

“Les moyens de transport des malades et des blessés, l'installation des centres chirurgicaux, l'anesthésie, les instruments eux-mêmes s'adaptent peu à peu au but poursuivi: la précocité, la rapidité, la simplicité de l'acte chirurgical.”

“Il n'est pas jusqu'aux soins postopératoires qui ne suivent les progrès des autres facteurs de guérison.”

“Nous avons patiemment refondu la 9e édition de la “Chirurgie d'Urgence” avec le souci constant de conserver à cette œuvre son esprit et sa forme, tout en rajeunissant le texte et l'illustration — par l'apport d'éléments nouveaux.”

# ANALYSES

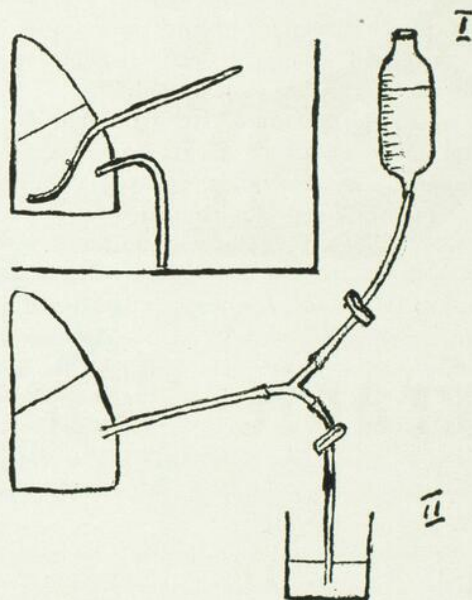
## MÉDECINE

COQUELET, de l'Université de Bruxelles.<sup>(1)</sup> — **Le Traitement Économique des Pleurésies Purulentes.**

L'auteur passe en revue les trois groupes de doctrines thérapeutiques:  
1<sup>o</sup> Les ponctions évacuatrices avec ou sans injections modificatrices;  
2<sup>o</sup> Les méthodes semi-chirurgicales de drainage économique à thorax fermé;

3<sup>o</sup> Méthodes chirurgicales: la pleurotomie simple et le drainage après costectomie.

En face de la mortalité toujours considérable, et la transformation fréquente de la pleurésie en un empyème chronique, l'auteur semble vouloir discuter les conclusions, admises encore généralement dans la plupart de ces cas, d'opérer aussi largement et aussi précocement que possible toute pleurésie



purulente, soit par costectomie simple ou double avec pleurotomie. Il y étudie les causes et la prophylaxie de la mortalité dans ces cas. Il signale en particulier l'anoxhémie par manque de ventilation pulmonaire, due à une respiration superficielle. Dans ces cas certaines parties du poumon ne se déplissent pas: certains territoires demeurent mal ventilés et le sang veineux retourne au cœur gauche sans avoir été artérialisé.

(1) Ces analyses sont tirées du livre "Questions Cliniques d'Actualité", du plus haut intérêt que nous analysons très complètement à cause de l'importance des questions et de leur aspect nouveau. Leçons professées à la Charité, service du professeur Sergent. Un volume de 306 pages. Masson & Cie, éditeurs.



# Opothérapie Hématique

Sirop de DESCHIENS

à l'Hémoglobine

Renferme intactes les Substances Minimales du Sang

MÉDICATION RATIONNELLE DES  
**Syndromes Anémiques et des Déchéances Organiques**

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

DESCHIENS, Docteur en Pharmacie, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS (8<sup>e</sup>)

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

Nouvelle médication du Salicylate de Soude.

# SODIOSAL

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

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

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

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

## LABORATOIRE NADEAU LIMITÉE

Sous la surveillance de

HERVÉ NADEAU, chimiste et pharmacien,

Licencié ès Sciences de l'Université de Paris,  
Professeur de Chimie, Faculté de Médecine, Université de Montréal.

100 ouest, rue ST-PAUL,

MONTRÉAL.

# 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.

L'auteur cite des statistiques importantes que je ne puis énumérer en ce moment.

Plus loin, il discute la question des lavages pleuraux auxquels on a reproché d'être inefficaces et la cause d'accidents graves. L'auteur réfute cette opinion en démontrant leur action bienfaisante sur la courbe de la température. Il présente une réalisation technique fort ingénieuse qui donne les meilleurs résultats et qui assure en même temps une certaine gymnastique respiratoire. Il rapporte des résultats fort intéressants où des malades, au nombre de 22, traités par cette méthode, de 20 mois à 52 ans, sont tous guéris sans récidive ni fistules, et sans costectomie. Le drainage a duré une moyenne de 20 à 25 jours. Il conclut:

1° Que toute pleurésie non tuberculeuse doit être drainée aussitôt que possible par une méthode à thorax fermé. On supprime ainsi le pneumothorax ouvert, qui est une cause fréquente de mortalité.

2° Il conseille de faire pratiquer au malade la gymnastique respiratoire pour accélérer la guérison, et il préconise les lavages de la plèvre au Dakin dans les cas d'empyème aigu, à 25%, par quantités de 100 c.c. à la fois qu'il laisse pénétrer dans le thorax et y séjourner une heure à deux pour nettoyage. Il y fait aussi passer 100 grammes d'une solution de chlorhydro-pepsine à 2%.

LeSAGE.

### Georges DUMAS, professeur à la Sorbonne. — **La Psychophysiologie du Rire.**

L'auteur étudie le rire:

1° Au point de vue du mécanisme anatomo-physiologique;

2° Comme manifestation de la joie, de l'euphorie, de toutes les excitations agréables;

3° Au point de vue du plaisant et du comique, avec lequel on le confond trop souvent;

4° Dans ses rapports avec les différentes variétés de l'émotion;

5° Joie morale et physique.

En étudiant le mécanisme du rire il fait plusieurs distinctions:

a) *Facial*: Nous voyons les contractions synergiques d'une quinzaine de muscles en y joignant l'effusion des larmes dans les rires intenses et prolongés.

b) *Respiratoire*: Constitué par des respirations saccadées dues aux convulsions des muscles expiratoires (intercostaux internes). Il arrive à la conclusion que le diaphragme ne joue dans le rire qu'un rôle bien secondaire.

c) *Phonétique*: Causé par les vibrations des lèvres glottiques à la suite des contractions expiratoires, donnant des sons graves ou aigus selon leur longueur.

Cette série de contractions du thorax s'accompagne de contractions abdominales avec les inconvénients bien connus du côté des intestins et des urines.

L'auteur situe les centres psychomoteurs dans les couches optiques où retentissent les excitations parties de l'écorce cérébrale.

Des observations plus récentes nous permettent aujourd'hui de dire que les centres psycho-réflexes du rire et du pleurer "sont probablement situés dans la région opto-striée et qu'ils constituent une sorte de relai indispensable pour les excitations qui leur arrivent de l'écorce".

Puis l'auteur étudie le rire et la joie, qu'il ne faut pas confondre avec le comique.

Plus loin, il étudie le rire, en le différenciant du comique, en y apportant des théories morales et intellectualistes intéressantes à lire.

Puis il cite la théorie de Bergson: "Le rire, selon cet auteur, se produit toutes les fois qu'à la place de la réaction intelligente et adaptée que l'individu devrait donner, il donne une réaction automatique et inadaptée."

Puis dans un long chapitre l'auteur étudie le mécanisme psycho-physiologique du rire: "Pourquoi le comique peut être une cause de rire; pourquoi certains gestes, certains mots, certains événements ont le pouvoir de libérer une décharge nerveuse qui contracte ou agite les muscles du visage et du corps tout entier." Il termine ainsi par le langage du rire, en démontrant que bien souvent les manifestations motrices du rire ne sont pas en rapport avec les causes psychologiques ou physiologiques apparentes qui les ont provoquées. Il cherche donc quelles sont les autres causes qui puissent expliquer, sinon l'origine, du moins l'intensité de certains rires.

L'auteur en profite pour étudier certain chapitre de Bergson qui affirme que le rire n'est pas seulement un langage, mais une réaction de défense imposée par la société comme un frein aux réactions automatiques hors de propos. Selon cet auteur toujours, le rire châtie la raideur, l'inconscience, l'automatisme, marques d'insociabilité. La volonté, selon lui, est tout à fait impuissante à reproduire directement le rire.

LeSAGÉ.

**Professeur Noël FIESSINGER, de Paris. — A propos de quelques cas de leucémie lymphoïde.**

L'auteur, dont la compétence nous est bien connue, étudie avec grand soin l'aspect clinique de la leucémie, puis l'aspect sanguin révélé par la numération globulaire. Il passe en revue, en les différenciant: la leucémie lymphoïde, la leucémie myéloïde et la maladie de Hodgkin. Il rapporte, à propos de chacun des aspects de cette maladie, des cas particuliers bien observés et revus longtemps après. On constate avec l'auteur que si les maladies ont des cadres bien définis, les malades se présentent à nous sous des aspects variables, qui exigent une étude très précise du sang. Il termine par quelques considérations générales sur le traitement: "Il n'y a qu'un traitement de la leucémie: c'est la radiothérapie, dit-il." Selon cet auteur, les leucémies sont des maladies des tissus, caractérisées par la formation de cellules adultes dans l'évolution chronique, de cellules embryonnaires dans les formes aiguës, dont le nombre augmente à mesure que le pronostic s'aggrave.

Retenons ses conclusions: "Les leucémies s'entourent de brumes impénétrables au point de vue pathogénique. Nous n'avons sur leur sujet que peu de connaissances, nous pouvons indiquer un traitement, mais nous n'obtenons

# LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

Grand choix de livres Français (Dernières Editions)

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

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

## IODONE ROBIN

GOUTTES INJECTABLE R.C. 211839

**ARTHRITISME - ARTÉRIO-SCLÉROSE**

**ASTHME, EMPHYÈME, RHUMATISME, GOUTTE**

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

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

## GARDES-MALADES — STENO BILINGUE

### GARDE-MALADE DIPLOMEE

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

### AIDES-MALADES

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

### POSTE DE MEDECIN

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

## ACIDE MANDELIC B.D.H.

Employé dans le traitement des infections urinaires  
en remplacement du régime cétogène.

L'emploi de l'Acide "Mandelic" B.D.H. dans le traitement des infections urinaires est maintenant d'un usage courant.

L'acide est administré dans sa combinaison sodique, et pour un traitement complet il est nécessaire que le pH urinaire soit maintenu à 5.3 ou moins; ceci s'obtient par les épreuves journalières, suivies de l'administration de doses appropriées de chlorure d'ammonium.

L'emploi d'un appareil spécial B.D.H., l'administration de l'Acide "Mandelic" et le contrôle du pH urinaire sont si simples que le malade, agissant suivant les indications du médecin, peut suivre le traitement complet à domicile.

*En vente dans les principales pharmacies au Canada.*

*Renseignements complets sur demande à*

**THE BRITISH DRUG HOUSES (CANADA) LTD.**

Terminal Warehouse

Toronto 2, Ont.

Mnd/Can 363F

que des réactions de terrain. Si notre thérapeutique cesse, immédiatement la maladie reprend son cours jusqu'au moment où la résistance du malade est vaincue, et rien n'enraye alors l'évolution progressive. C'est un fait qui rapproche nos connaissances actuelles des leucémies de celles des cancers."

LeSAGE.

**J. GENEVRIER, médecin des hôpitaux. — La Tuberculose, maladie sociale, et son diagnostic.**

L'auteur se demande pourquoi on a fait de la tuberculose une maladie sociale. Sans doute, dit-il, à cause du grand nombre d'individus qu'elle atteint, des risques de contagion qu'elle présente, du danger qu'elle fait courir dans la société. Mais, pourquoi la tuberculose et non l'alcoolisme, dont les conséquences sont aussi désastreuses que celles de la tuberculose? L'auteur étudie cette question à ce point de vue. Il envisage la situation du malade qui quitte sa famille, avec toutes les conséquences douloureuses d'une longue séparation, et la situation de la famille privée de soutien par le départ de son chef. Il conclut qu'on ne doit pas prendre de mesures radicales dans ces cas, pourvu que le malade puisse bénéficier, dans le voisinage immédiat, d'avantages hygiéniques.

Dans un autre paragraphe l'auteur étudie la question du mariage des tuberculeux. Aujourd'hui on doit préciser le diagnostic à ce point de vue: "Le malade est tuberculeux ou n'est pas tuberculeux." On interdit le mariage lorsque le malade est franchement tuberculeux en activité. Un tuberculeux guéri est apte au mariage. Nous avons à notre disposition des moyens précis de connaître si le malade est en état d'allergie ou d'anergie. Selon lui, la présence de bacilles de Koch constitue la seule certitude dont nous puissions faire état en médecine sociale. Le diagnostic de guérison est un point délicat et difficile à résoudre, bien que dans la majorité des cas les examens clinique, radiographique, bactériologique fourniront des résultats concordants et probants. Dans tous les cas douteux, il faut imposer l'épreuve du temps, selon la formule de Rist. Au point de vue social, donc, le diagnostic de tuberculose s'impose avant toute conclusion définitive, et les experts ont le droit d'exiger des délais avant de formuler leurs conclusions définitives.

LeSAGE.

**Professeur SERGENT. — La Cure Sanatoriale doit rester la base fondamentale du traitement de la tuberculose pulmonaire.**

Dans cette leçon, que nous avons entendue ici, le professeur Sergent s'inspire d'un axiome bien connu: "Efforçons-nous de faire pour autrui ce que nous souhaiterions qu'autrui fasse pour nous." Dans de nombreuses communications, et en particulier devant l'Académie de Médecine, l'auteur s'est efforcé de démontrer le rôle dévolu à la cure sanatoriale dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Il s'élève contre un courant d'opinions inquiétant sur la part du sanatorium dans le traitement de la tuberculose. Il cherche ainsi à combattre l'opinion de plus en plus répandue que la tuberculose peut être traitée à

domicile. Si la collapsothérapie et la chirurgie pulmonaire ont donné des résultats parfois inattendus, ils sont d'autant plus efficaces si on les associe "à des conditions hygiéno-diététiques dont la cure sanatoriale représente la réalisation la plus sûre".

Il faut tenir compte dans cette question de la résistance du terrain, mieux protégée dans le sanatorium; de même que le traitement par le pneumothorax thérapeutique. L'auteur cite à l'appui de cette opinion des cas particuliers où des hommes, traités par la cure sanatoriale au début de sa carrière, ont atteint ou dépassé l'âge de 75 ans; d'autres qui ont refusé la collapsothérapie et qui ont guéri au sanatorium, et il définit ainsi le sanatorium: "Un établissement de cure dans lequel doivent se trouver réunis, sous la direction d'un médecin qualifié et dans un site approprié, tous les moyens, médicaux et chirurgicaux, qui constituent actuellement l'arsenal de la thérapeutique anti-tuberculeuse."

Cette conception diffère de celle des anciens, mais il la complète, et "le sanatorium constitue aujourd'hui le meilleur moyen d'instruire et de guérir le tuberculeux, non seulement au début, mais pour tous ceux qui ne sont pas des grabataires". La conception actuelle comprend donc les centres urbains et l'hôpital-sanatorium pourvus de tout le matériel nécessaire médico-chirurgical actuellement en vigueur.

Selon le professeur Sergent, le sanatorium est un des meilleurs moyens de cure d'isolement du milieu et de traitement prophylactique. Il n'est plus nécessaire aujourd'hui de construire des bâtiments luxueux, il suffit d'aménager des maisons de campagne en réalisant des sortes de villages sanatoriums avec "centre de rééducation pour les malades ayant atteint la guérison clinique". L'auteur estime qu'il n'y a pas de climats essentiellement indiqués pour la cure de la tuberculose, mais qu'il y a des "climats contre-indiqués pour le traitement de la tuberculose pulmonaire, tel, par exemple, le climat maritime".

Telles sont les principales conclusions de l'important travail du professeur Sergent.

LeSAGE.

#### P. GRELLETY-BOSVIEL. — **Comment, quand et où faut-il pratiquer la saignée.**

Après des considérations générales sur le rôle des capillaires et des veines dans la circulation veineuse, l'auteur en arrive à la conclusion qu'une pression artérielle maxima élevée doit être assez souvent respectée, afin de ne pas rompre un équilibre nécessaire au malade, tandis qu'une pression minima ou veineuse dépassant 140 ou 150, traduisant une stase dans les systèmes cave ou pulmonaire, nécessite une thérapeutique tendant à la faire diminuer.

Nous pouvons donc admettre que la pression veineuse, surtout, donnerait des indications sur l'opportunité de la saignée et ses résultats. Ce point est très important à retenir.

Un autre point à signaler est le résultat de la saignée sur la dilution du sang. Grâce à l'afflux des liquides organiques, cette dilution provoque une

**Une aide précieuse  
dans la lutte contre  
les infections  
chroniques**

**MANGANÈSE**

**POTASSIUM**

**PHOSPHORE**

**CALCIUM**

**SODIUM**

**FER**

La cholécystite chronique, la prostatite chronique, la colite chronique sont quelques-uns de ces états si fréquents qui déterminent une septicémie chronique.

Le Sirop Fellows apporte dans les états de ce genre les éléments minéraux indispensables.

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

ECHANTILLONS SUR DEMANDE

FELLOWS MEDICAL MFG. CO., LTD.,  
286 RUE ST. PAUL, OUEST, MONTREAL

**SIROP  
FELLOWS**

# Elixir-Ducro

TONIQUE RECONSTITUTIF PAR EXCELLENCE

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

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

## IL EST PRESCRIT:

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

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

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

**DURIEZ, Successeur de Ducro & Cie**

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



### PEPTONE IODÉE SPÉCIALE

LA PLUS RICHE EN IODE ORGANIQUE, ASSIMILABLE, UTILISABLE

*Iodogénol Pépin*

GOÛT  
AGRÉABLE

TOUTES LES INDICATIONS DE L'IODE  
ET DES IODURES MÉTALLIQUES

TOLÉRANCE  
PARFAITE

Bien supérieur aux Sirops et Vins Iodés ou Iodotanniques.

PRESCRIRE

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

Échantillons sur demande  
à MM. les Docteurs.

Laboratoires PÉPIN & LÉBOUCQ,  
COURBEVOIE — PARIS

diurèse plus ou moins importante, car dans la plupart de ces cas la viscosité du sang est très augmentée.

Puis l'auteur énumère les différentes méthodes de saignées, le volume, qui varie selon les cas, ainsi que la rapidité de la saignée. Il arrive à une question très importante, la principale selon nous. Quand faut-il saigner? Enumérons avec lui les indications:

- 1° L'asystolie du cœur droit;
- 2° L'asystolie du cœur gauche, en particulier dans l'œdème aigu;
- 3° L'hypertension artérielle.

Sur ce dernier point rappelons que la saignée modifie guère la tension artérielle, mais elle est employée surtout contre la crise d'hypertension s'il y a stase pulmonaire ou cérébrale, avec dilatation du cœur droit chez les pléthoriques; mais elle est contre-indiquée chez les vieillards hypertendus et chez les athéromateux hypertendus bien équilibrés, car chez eux l'hypertension est une condition de leur existence.

*Faut-il saigner les apoplectiques?* Les uns disent non, dans la crainte de provoquer des foyers de ramollissement cérébral, les autres disent oui, pourvu qu'on arrive en pleine crise d'hypertension avant la rupture artérielle cérébrale. (Ajoutons, en passant, que nous sommes de cet avis, et qu'une pression artérielle élevée chez un hémiplectique apoplectique est une indication formelle à la saignée, avant la rupture artérielle.)

En obstétrique, la saignée est fréquemment indiquée chez les éclamptiques et la néphrite des femmes enceintes. Question de jugement de la part du médecin.

Dans les affections pulmonaires la saignée est souvent indiquée dans l'œdème aigu du poumon, l'emphysème aigu, les crises d'asthme et le fléchissement du ventricule gauche.

Dans l'azotémie la saignée est quelquefois indiquée pour soustraire à l'organisme une quantité notable de poison urémique, mais elle n'en modifie guère l'évolution. Dans la néphrite elle est héroïque quand il existe des phénomènes convulsifs, ils relèvent non de l'azotémie mais de la chlorurémie, de l'hypertension artérielle ou de l'œdème cérébral. Elle est moins efficace dans les infections à allures septicémiques.

Dans les asphyxies, l'auteur conseille la saignée, dans l'intoxication par le gaz d'éclairage, dans l'asphyxie des anesthésiés ou syncope violette en y associant les inhalations d'oxygène.

Puis l'auteur donne quelques indications sur les lieux d'élection de la saignée. Il termine par quelques remarques sur l'application des sangsues dans les phlébites. Nous savons que les sangsues ont une sécrétion appelée hirudine, substance anti-coagulante, et en même temps vaso-dilatateur. On doit appliquer les sangsues dans les phlébites, au nombre de quatre à six tous les deux jours, sur la racine du membre à une certaine distance du trajet de la veine. On ne doit pas employer cette thérapeutique chez des accouchées ou chez des hépatiques.

L'auteur termine en disant que la saignée a une valeur thérapeutique symptomatique et variable selon les cas.

Professeur HARTMANN. — **Que faut-il penser de l'ulcéro-cancer ?**

La haute autorité du professeur Hartmann dans cette question mérite de nous retenir quelques instants. Il s'agit de savoir si l'ulcère de l'estomac peut se transformer en cancer. L'auteur démontre que, il y a quinze ans, c'était l'opinion couramment admise, si bien qu'au Congrès de Chirurgie de 1920 la plupart des auteurs préconisèrent la gastrectomie au lieu de la gastro-entérostomie dans le traitement de l'ulcère de la petite courbure. Depuis 12 ans surtout des voix discordantes se sont élevées à ce sujet. Le professeur Hartmann a étudié en particulier les ulcères calleux de l'estomac et, en comparant ses statistiques avec celles de quelques-uns de ses collègues, il note que la proportion des cancers trouvés dans ces formes ulcéreuses varie de 16 à 11 pour cent. "Il résulte, dit-il, qu'un nombre important d'ulcères dit calleux correspond à des lésions cancéreuses". Mais, s'agit-il toujours d'une même maladie, c'est-à-dire d'un ulcère pouvant, dans un certain nombre de cas, dégénérer en cancer. Pour trancher cette question l'auteur étudie, au point de vue anatomo-pathologique, 128 observations personnelles d'ulcères calleux vrais, et il note des différences sensibles à ce point de vue. Dans l'ulcère cancéreux il note la conservation d'une couche vasculaire presque intacte, tandis qu'elle a complètement disparu dans l'ulcère calleux vrai. Mais, le même auteur prétend qu'on ne peut pas se baser sur cet aspect particulier pour établir le diagnostic différentiel. Puis il discute très savamment l'évolution anatomo-pathologique sur place pour différencier ces deux variétés d'ulcères. Il arrive à la conclusion suivante: "l'anatomie pathologique nous conduit donc à rejeter la théorie de l'ulcéro-cancer et à admettre l'existence de deux maladies différentes: l'ulcère calleux vrai et l'ulcère cancéreux. Selon lui, cette opinion est basée sur les constatations cliniques dont il décrit le tableau différentiel: hyperchlorhydrie, hémorragie abondante, période de calme et action favorable du traitement médical dans l'ulcère calleux; tandis que dans l'ulcère cancéreux le traitement n'a guère d'action, qu'il s'accompagne d'hémorragies occultes répétées, et qu'on le rencontre à un âge plus avancé: 50 à 60 ans.

Les signes radiographiques sont plus accentués dans l'ulcère cancéreux que dans l'ulcère calleux. Bref, l'auteur rejette la théorie d'ulcéro-cancer. "Il ne s'agit donc, dans ces cas, que d'une éventualité accidentelle sur laquelle on ne peut se baser pour établir que le cancer se développe sur un tissu chroniquement inflammé, ni pour conclure que l'extirpation de tous les ulcères calleux est nécessaire à cause de la fréquence de leur dégénérescence en cancer."

LeSAGE.

André JOUSSET. — **Diagnostic et traitement de la méningite tuberculeuse.**

Voici un chapitre des plus sérieux et passionnant du livre. Nous connaissons le drame si émouvant de la méningite tuberculeuse. L'auteur fait un exposé nouveau de cette affection dont il a traité plus de 500 cas depuis quelques années. Nous connaissons le schéma classique de cette maladie: période prodromique de longue durée avec troubles mentaux et intellectuels, évoluant en trois périodes: d'excitation, de dépression et de paralysie. Mais

**Efficacité — Sécurité**

---

**LANTOL**

Solution de Rhodium Colloïdal à grains offrant le maximum  
de finesse et d'égalité.

---

**Isotonique - Non Toxique - Indolore**

---

Injections Intra-veineuses  
Intra-Musculaires ou Hypodermiques

1 à 4 ampoules de 3 c.c. par jour

---

**Médication Anti-infectieuse**

**Pneumonies - Typhoides - Gripes infectieuses -  
Fièvres puerpérales - Septicémies**

---

LABORATOIRES COUTURIEUX

18 Ave. Hoche, PARIS.

J. EDDÉ, Limitée, Agent Général. - Montréal.

## Les Lithinés du Dr Gustin

Procurent économiquement une  
très bonne Eau de table  
et de régime

### Alcaline - Lithinée - Pétillante - Digestive

Indications:

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

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

## Magnésie du Dr Gustin

**MAGNÉSIE LOURDE, ASSIMILABLE**

Magnésie active calcinée.

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

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

PRODUITS FRANÇAIS

**LA CIE CANADIENNE DES AGENCES MODERNES**

6614, DeLORIMIER

DOLLARD 1355

MONTRÉAL

## *Durant la Grippe, l'Influenza, la Bronchite*

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

**en prescrivant L'EMULSION ANGIER**

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

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

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

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

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

FAITE AU CANADA

**WINGATE CHEMICAL CO. Ltd, MONTREAL, Canada**

ceci, dit l'auteur, n'est qu'un schéma. Il insiste d'abord sur la prévention de cette maladie, en mettant le médecin en garde contre les causes évitables de la méningite, à savoir: les amygdalectomies et les ablations des végétations adénoïdes. Puis les erreurs médicales pures où un sujet est envoyé "prématurément" faire une station climatique marine, alors qu'il est porteur de lésions pulmonaires en pleine évolution avec fièvre.

Il cite des exemples.

Il y a aussi les cures d'héliothérapie sur le thorax des tuberculeux du poumon qui peuvent être néfastes. Ce sont des conseils préventifs très opportuns. L'auteur étudie ensuite les débuts de cette maladie qui peut revêtir les formes les plus variées: paralytique, apoplectique, convulsif, céphalalgique, confusionnel. Il insiste sur le diagnostic précis de la méningite tuberculeuse par l'étude cytologique du liquide: positif s'il contient plus de deux cellules par millimètre cube à la cellule de Najeotte; s'il est jaune et trouble.

Est-elle tuberculeuse? Il y aurait présomption de méningite tuberculeuse s'il y a: Lymphocytose; albuminose; hypochloruration et floculations. La certitude, selon lui, proviendrait de la bacilloscopie et de l'inoculation. Il étudie ces deux méthodes de laboratoire avec beaucoup de soin. Il préconise une méthode apparemment compliquée, mais dont le rendement est excellent. Quant au taux de la mortalité, sa statistique personnelle de 225 cas, bien observés, enregistre 15 guérisons confirmées. Mais, c'est surtout le traitement qu'il préconise qui nous intéresse.

Il emploie "*t'Allergine*": c'est un extrait provenant de bacilles tuberculeux spéciaux, plus solubles que le bacille ordinaire et tués par des moyens peu offensifs, non par la chaleur. Cet extrait est dépouillé de tuberculine et de poisons dits adhérents qui accompagnent le bacille. "C'est, selon l'auteur, un phosphatide possédant la propriété habituelle des toxines vraies: c'est-à-dire thermolabile, non dialysable et toxique en première injection sur un organisme neuf". Son action? Antitoxique de l'économie.

Puis il étudie les phénomènes pathologiques et cliniques. Les résultats étonnants qu'il a obtenus sont dus en grande partie à la précocité de l'intervention. "On intervient trop tard pour des raisons multiples, dit-il, car le système nerveux, très fragile, est envahi rapidement par le bacille de Koch et provoque une "nécrose précoce des grandes cellules et des noyaux bulbares". À ce moment il est trop tard.

Il termine par la technique de sa méthode: Injections intrarachidiennes de sérum de Jousset chez les tout jeunes enfants de moins de deux ans. Passé cet âge il injecte 1 c.c. d'"allergine" sous la peau. "Car, dit-il, il est certain que la pénétration sous-cutanée est parfaitement suffisante pour guérir une méningite". Dix heures plus tard il pratique une ponction lombaire dans le but d'assurer le diagnostic, mais surtout de décompresser les centres, car c'est dans ce délai que se produit la réaction de l'"allergine", et la ponction combat le mieux l'agitation causée par la congestion des méninges. Le lendemain on peut pratiquer des injections de morphine si c'est nécessaire, mais le surlendemain on recommence les mêmes opérations que le premier jour en injectant 2 c.c. à la fois au lieu de 1 c.c. Nous répétons le même traitement cinq jours plus tard, puis on continue d'injecter de quinze jours en quinze jours un demi c.c. sous la peau.

Telle est la méthode préconisée par cet auteur.

L. LANGERON, professeur à Lille. — **Les interventions sur les glandes parathyroïdes. Quelques documents personnels.**

Les glandes parathyroïdes jouent un rôle très important dans la nutrition, aussi les chirurgiens ont depuis longtemps proposé des techniques dans le but de respecter la parathyroïde dans les opérations sur le corps thyroïde. Aujourd'hui, selon l'auteur, on pratique fréquemment la parathyroïdectomie sans dommage pour le malade. Depuis, un bon nombre d'auteurs ont noté que certaines maladies osseuses telles que l'"ostéite fibreuse de Recklinghausen" bénéficient de la parathyroïdectomie. On ne trouve pas toujours, cependant, l'hypertrophie de cette glande dans ces affections. L'adénome parathyroïdien est assez rare, et on est arrivé à une conception plutôt physiologique de cette intervention en constatant qu'une simple exploration de la région ou un artériectomie thyroïdienne inférieure, c'est-à-dire une sympathiectomie parfaite, ont donné des résultats peut-être meilleurs que la résection complète. Ces interventions, selon l'auteur, ont eu pour résultat de déterminer une vasodilatation de la région en un hyperfonctionnement des glandes ainsi irriguées.

L'auteur étudie ensuite le point de vue physio-pathologique. Il reconstitue le syndrome d'hyperparathyroïdie:

Hypercalcémie et hypophosphatémie;

Augmentation des excrétions calciques avec bilans négatifs;

Hypoexcitabilité électrique.

Ces signes s'opposent en bloc à ceux de l'hypoparathyroïdie.

L'auteur fait une étude biologique de toute cette question et il vaut mieux le consulter que de l'analyser d'une façon incomplète à ce point de vue. Il s'agit en l'occurrence de la question si importante de la calcémie en rapport avec certaines maladies des os. Pour y remédier dans ces cas il faut connaître la ration physiologique du calcium que l'on peut absorber. L'auteur admet qu'il faut absorber chaque jour une quantité de calcium d'au moins un gramme, mais plusieurs points obscurs ne sont pas encore élucidés.

Dans le dernier chapitre l'auteur étudie le point de vue clinique et pratique en rapportant plusieurs observations personnelles où l'intervention préconisée plus haut, que l'on désigne sous le nom d'isophénolisation du pédicule vasculaire a donné des résultats positifs dans certains cas, négatifs dans d'autres. Il est difficile, selon lui, de trouver une indication de la méthode d'une façon absolue dans diverses formes des arthrites ou polyarthrites rhumatismales, malgré certains faits probants. "Les interventions parathyroïdiennes, dit-il, se présentent ici moins comme une intervention glandulaire que comme une opération sympathique". Elles seraient indiquées nettement dans la maladie de Recklinghausen, qui n'est autre qu'une ostéose parathyroïdienne.

LeSAGE.

Camille LIAN, agrégé, Paris. — **Les claquements péricardiques.**

L'auteur décrit quelques signes nouveaux nous permettant de décider l'existence de péricardite chronique, avec ou sans médiastinite.

Il s'agit d'un claquement dont il distingue trois variétés:

a) *Le claquement mésosystolique pleuro-péricardique.* Il s'agit d'un bruit sec, vibrant, entendu entre le premier et le second bruit du cœur, plus



*"Où irons-nous en partant d'ici?"*

*"Où vous voudrez—pourvu que j'y trouve des Sweet Caporals!"*

## CIGARETTES SWEET CAPORAL

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



# Bronchites

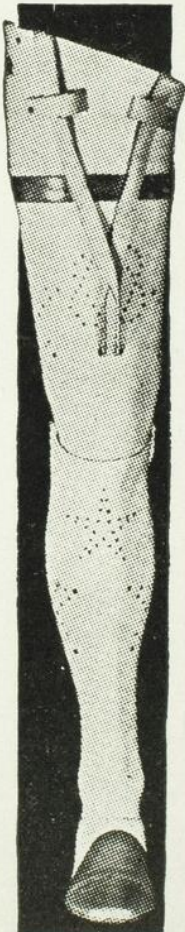
MATIN, MIDI et SOIR  
une cuillerée à soupe de

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

# SIROP FAMEL

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

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



## Dernière Création de la Prothèse

### Prodige de la mécanique moderne.

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

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



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

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

## J. A. DUCKETT

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

2014, RUE BLEURY, angle Ontario  
MONTREAL

Téléphone HARBOUR 0630

près de celui-ci, réalisant un rythme à trois temps. Ce bruit semble se produire tout près de l'oreille, il siège entre l'appendice xiphoïde et la pointe du cœur. S'il est plus près du second bruit, il le désigne sous le nom de claquement "téléstolique"; "mésosystolique" s'il est à égale distance des deux bruits; "protosystolique" s'il est plus près du premier bruit.

D'après cet auteur, ce bruit traduit l'existence d'une bride pleuro-péricardique. Il fait accompagner cet exposé de phonocardiogrammes où l'on peut distinguer facilement la situation de ces bruits durant la résolution cardiaque.

*Troubles fonctionnels*: Chez cinquante malades, il a constaté les signes fonctionnels suivants: dyspnée d'effort, palpitations, douleurs précordiales, parfois lipothymies. Les douleurs précordiales, en particulier, siègent au sein gauche, s'irradiant dans le bras gauche, suggérant l'idée, dans certains cas, d'un angor névrosique. Au point de vue anatomopathologique on a constaté à l'autopsie des adhérences vélamenteuses entre la face médiastine du poumon gauche et la cloison pleuro-péricardique. La plupart de ces adhérences relie le péricarde à la languette pulmonaire antérieure.

*Le diagnostic*:

1° On peut confondre ce claquement avec un frottement pleural. Il suffit pour l'écarter de suspendre la respiration ou de demander au malade de respirer fortement pour voir qu'il coïncide avec les battements du cœur. On peut donc affirmer que ce claquement traduit l'existence de brides pleuro-péricardiques.

L'auteur ajoute que c'est un phénomène sans gravité.

2° *La vibration péricardique protodiastolique*: Il s'agit d'un signe d'auscultation qui nous permet de faire un diagnostic clinique jusqu'alors réservé à la radiographie et à l'autopsie et se manifestant sous la forme d'une vibration péricardique atteignant un éclat surprenant, beaucoup plus fort que les bruits normaux du cœur, et constituant un rythme à trois temps. Ce signe apparaît immédiatement après le deuxième bruit (protodiastolique); et il est perçu dans toute la région précordiale jusqu'à la base. Il diffère du bruit de galop par son intensité et sa vibration; nous en distinguons le siège sur des phonocardiogrammes reproduits par l'auteur. Ce signe oriente le clinicien vers "un diagnostic probable de calcification péricardique"; ce que l'on peut confirmer par un examen radiographique minutieux. Selon l'auteur, il s'agit d'un bruit péricardique qui traduit "la vibration de la carapace calcaire du cœur lors de sa brusque dilatation protodiastolique". C'est une sorte de bruit de galop protodiastolique rendu anormalement vibrant par la calcification du péricarde. Il s'accompagne d'une insuffisance cardiaque.

3° *Claquement métallique mésosystolique de l'hydropneumopéricarde*:

L'hydropneumopéricarde s'accompagne fréquemment de frottements qui prennent un timbre métallique. Il peut s'agir, dans ces cas, soit des bruits normaux du cœur, ou surtout de bruits anormaux. L'auteur, chez un de ses malades, entendit un bruit métallique mésosystolique dans un cas d'hydropneumopéricarde. Il le compare à un véritable bruit de "flot" résultant de la secousse brutale imprimée par la systole ventriculaire au liquide intrapéricardique, ou plus exactement "à la couche supérieure de ce liquide en contact avec l'air remplissant la partie supérieure du sac péricardique. "C'est un bruit isolé bref" et on l'entend au niveau de la limite du liquide et de l'air, avec maximum d'intensité au-dessus de cette limite. En résumé: c'est un

"bref bruit de flot intrapéricardique provoqué par chaque systole ventriculaire". On l'entend surtout dans le décubitus assis ou dans la station debout, c'est la position de choix, car lorsque le malade est couché le liquide se place en arrière du cœur. Ces claquements nous permettent de préciser le diagnostic dans la maladie du cœur. Le deuxième de ces signes indique une calcification du péricarde, que le médecin peut diagnostiquer au lit du malade.

Concluons, avec l'auteur de cette importante clinique, que l'étude des claquements péricardiques mérite l'attention du clinicien. D'ailleurs, M. Lian a déjà publié des travaux importants sur cette question et il les a résumés dans ce chapitre pour servir à la pratique médicale.

LeSAGE.

**J. SABRAZÈS et J. MARTON. — Danger des réactions histologiques suscitées par le carbone intraveineux.** "Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux", 14 juillet 1935.

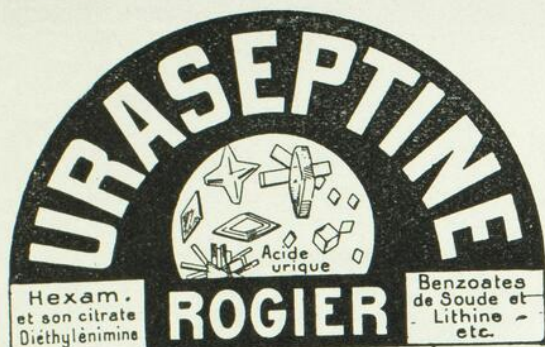
Depuis 1930, on traite de nombreux états infectieux par les injections intraveineuses de charbon finement divisé et en suspension dans l'eau. Ce traitement est apparemment inoffensif, mais tel n'est pas l'avis de nos auteurs. Cette thérapeutique consiste à introduire dans l'appareil circulatoire une substance non à l'état de solution mais sous forme de particules solides plus ou moins anguleuses et d'un diamètre qu'il convient de rendre aussi réduit que possible. Ces corps étrangers ne se résorbant pas, il y a danger qu'ils encombrant des organes délicats. On a mesuré micrométriquement ces particules; certains grains petits mesurent deux  $\mu$ , d'autres plus gros dépassent 50  $\mu$  et vont même jusqu'à 96  $\mu$  sur une longueur de 20, 30 et même plus. Les éléments cellulaires ne dépassant guère 12 à 15  $\mu$ , il est logique de penser que ces grosses particules qui circulent dans le sang après injection intraveineuse, auront de la difficulté à les traverser. Pour atteindre les viscères, elles devront passer par ces capillaires sanguins et il y a danger que ces particules charbonneuses viennent blesser les vaisseaux capillaires.

On fait des expériences sur le lapin. Au point de vue anatomo-pathologique, on trouve les viscères particulièrement les poumons, infiltrés de ces particules charbonneuses. Aux premiers jours, on remarque de petits infarctus rouges des poumons au niveau et dans le voisinage des particules charbonneuses. Plus tard soit trois semaines après la première injection, on note qu'il y a un semis de pseudo tubercules anthracosiques microscopiques entrecoupés de larges traînées d'un tissu pneumonique interstitiel riche en cellules. Tout indique que la charpente élastique du poumon a beaucoup souffert et qu'elle a une tendance fibreuse.

Le charbon joue évidemment un rôle d'absorption, il est aussi un agent de désintoxication à l'égard des produits toxiques. Malgré ces faits indiscutables, on a raison de craindre les séquelles à échéance plus ou moins éloignée sur le parenchyme pulmonaire. Malgré aussi le fait que ces injections sont bien supportées, ne doit-on pas craindre ultérieurement une pneumopathie chronique ?

Ces auteurs refuseront donc d'injecter ces préparations de carbone tant que par une meilleure trituration on n'aura pas obtenu un produit qui contienne des grains inférieurs au diamètre du système réticulo-endothélial. Encore faudra-t-il obvier aux dangers de l'agglutination.

Paul-René ARCHAMBAULT.

**ANTISEPTIQUE URINAIRE ET BILIAIRE par excellence**

Se méfier des similitudes de noms

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

**INDICATIONS :** Pyélites — Pyélo-néphrites — Bactériuries — Cystites — Prostatites — Urétrites — Pyuries — Blennorrhagies — Abscess 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

Diathèse Urique  
Arthritisme

dissout et chasse  
l'acide urique

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

DOSE : 2 à 6 cuillerées  
à café par jour.

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

**LACTOLAXINE FYDAU**

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

Traitement Biologique

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

DOSE : 1 à 3 Comprimés le soir au Coucher.

**LABORATOIRES BIOLOGIQUES ANDRÉ PÂRIS**

Pharmacien de 1<sup>re</sup> 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.




# Epilepsie

## ALEPSAL

**simple, sûr, sans danger**

*Echantillons & Littérature*  
LABORATOIRES GÉNÉVRIER 2 Rue du Débarcadère PARIS.



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

## A VOTRE DISPOSITION

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

## BANQUE CANADIENNE NATIONALE

Toutes opérations de banque et de placement

553 bureaux au Canada

Filiale à Paris

**Banque Canadienne Nationale (France)**

37, rue de Caumartin

COURCOUX et ALIBERT. — **La primo-infection du jeune adulte.** "Presse Médicale", 21 décembre 1935, n° 102.

Les A. montrent par des faits que la primo-infection de l'adulte — contrairement aux conceptions de ces dernières années — n'est pas rare et que les formes graves sont loin d'être les plus fréquentes. Ils apportent des statistiques qui prouvent que l'index de tuberculisation chez l'adulte jeune n'est plus de 90 à 95% mais bien inférieur à ces chiffres.

Ils font ensuite l'étude anatomique et clinique de la primo-infection de l'adulte et divisent en deux catégories les sujets chez lesquels la cuti-réaction devient positive: ceux qui présentent des manifestations pathologiques appréciables, cliniques ou radiologiques et ceux qui restent indemnes de toute réaction. Ces derniers constituent la majorité des cas. Quant aux autres, ils peuvent réagir de plusieurs façons: 1° Par une réaction générale plus ou moins importante dont les principaux symptômes sont la température, l'asthénie et la perte de poids; 2° Par l'érythème noueux; 3° Par la typho-bacillose; 4° Par la pleurésie; 5° Par des lésions pulmonaires, non seulement des lésions qui par leur seul aspect font penser à la primo-infection, i.e., les lésions du type infantile (images ganglio-pulmonaires ou scissurales, larges plages de spléno-pneumonie, etc.), mais aussi les lésions d'aspect banal que l'on attribuerait facilement à la tuberculose de réinfection (lésions du sommet, etc.).

Les auteurs terminent par des considérations médico-sociales que suscitent ces nouvelles conceptions de la primo-infection de l'adulte jeune.

Georges HEBERT.

## GASTRO-ENTÉROLOGIE

M. Tischer HOERNER. — **L'effet de l'exclusion de la sécrétion pancréatique sur la réaction du contenu du duodénum après ablation des canaux pancréatiques.** "American Journal of Digestive Diseases and Nutrition", juillet 1935, n° 5, p. 295.

L'A. a étudié les réactions du contenu duodénal chez le chien à l'état de jeûne et après les repas d'épreuve. Le pH est de 7.00 à 7.81 à l'état de jeûne. Après repas de viande le pH varie de 6.40 à 3.50. Après un repas hydrocarboné la réaction est de 6.75 à 4.26. Le repas gras amène des oscillations de 6.80 à 5.20. Ainsi donc l'acidité du contenu duodénal, après repas, semble dépendre surtout de la formation de l'acidité gastrique.

Après ablation des conduits pancréatiques, la réaction du contenu duodénal à l'état de jeûne suit les mêmes variations qu'en présence de la sécrétion pancréatique, quoique le pH ait une tendance à devenir plus acide. Les protéines et les hydrates de carbone en repas d'épreuve acidifient le contenu duodénal plus rapidement, la réaction est plus longue à redevenir normale après perte de la sécrétion pancréatique. En l'absence de cette sécrétion, les sucs-tampons du duodénum sont diminués mais la bile et les sucs intestinaux compensent cette perte jusqu'au moment où l'acidité gastrique pénètre dans le duodénum.

Jean LeSAGE.

Tischer HOERNER. — **Le pouvoir-tampon du suc pancréatique.** "American Journal of Digestive Diseases and Nutrition", juillet 1935, n° 5, p. 300.

Ces expériences ont été conduites dans le but de connaître les propriétés du suc pancréatique recueilli par fistule pancréatique de demi-heure en demi-heure, à jeun et après repas de protéines, d'hydrates de carbone et de graisses. La sécrétion pancréatique est continue s'il n'y a pas d'infection, etc. Les matières protéiques sont les plus forts excitants de cette sécrétion. La quantité recueillie dépend de la taille de l'animal et de la quantité d'aliments ingérés. Le pouvoir-tampon des sucs pancréatiques atteint son maximum de 1 à 3 heures après ingestion d'un repas, et diminue proportionnellement à l'acidité du contenu duodénal. A son point de concentration maximum, 1 c.c. de suc pancréatique est capable de neutraliser complètement une quantité égale d'acide chlorhydrique décinormale.

Jean LeSAGE.

Tischer HOERNER. — **De l'ulcère "peptique" par suite de la dérivation de la sécrétion pancréatique par fistule. Etude expérimentale.** "American Journal of Digestive Diseases and Nutrition", juillet 1935, n° 5, p. 302.

La production d'une fistule pancréatique chez le chien n'apporte pas de variation dans le pH du contenu gastrique, mais amène une variation du pH duodénal à l'état de jeûne, et un abaissement durable de celui-ci après ingestion de protéines et d'hydrates de carbone. Cette dernière observation a été notée dans le jéjunum après repas protéinique.

L'ulcère peptique apparaît chez 42% des animaux porteurs d'une fistule pancréatique. On recueille une quantité beaucoup plus élevée de sécrétion gastrique, duodénale et jéjunale aussi bien à jeun qu'après repas d'épreuve, de même qu'une augmentation du taux de l'acidité chez les animaux qui ont présenté des ulcères à l'autopsie.

Jean LeSAGE.

René A. GUTMANN et René HOFFMANN. — **Ulçère du canal pylorique.** "Journal des Maladies de l'Appareil digestif et des Mal. de la Nutrition", décembre 1935, n° 10, p. 1009 à 1037.

Il existe un certain équivoque dans la terminologie des ulcères gastriques et duodénaux à l'endroit du pylore. Tantôt on dira ulcère juxta-pylorique, tantôt ulcère pylorique simple, mais on oubliera de préciser si cette lésion est située sur le versant gastrique ou duodénal du pylore, et cela a une grande importance, car l'ulcus situé sur le versant gastrique, y compris le canal pylorique proprement dit, *peut subir la transformation maligne.* Très rarement cela se produirait sur le versant du duodénum.

Les auteurs proposent donc la classification suivante:

- Ulcères pré-pyloriques,
- Ulcères du canal pylorique,
- Ulcères de la base du bulbe.

**GLYCOBYL**

**Cholagogue**  
**Antiseptique du foie**  
**Laxatif**

*dragées — granulés*

LITHIASE BILIAIRE  
ANGIOCHOLITES et  
CHOLÉCYSTITES  
INSUFFISANCE HÉPATIQUE  
DYSPEPSIES INTESTINALES

**GENESERINE**

**Polonovski et Nitzberg**

*granules — dragées — gouttes*  
*ampoules.*

SÉDATIF DES  
TROUBLES SYMPATHIQUES

—♦♦—  
HYPO-ACIDITÉ

—♦♦—  
TACHYCARDIE

**GENATROPINE**

**Polonovski et Nitzberg**

*granules — gouttes — ampoules.*

SÉDATIF DU VAGUE

—♦♦—  
HYPERCHLORHYDRIE

—♦♦—  
SPASMES DIGESTIFS

—♦♦—  
VOMISSEMENTS

**GENOSCOPOLAMINE**

**Polonovski et Nitzberg**

*granules — gouttes — ampoules.*

ANESTHÉSIE CHIRURGICALE

—♦♦—  
PARKINSONISME

—♦♦—  
SYNDROMES  
POSTENCÉPHALITIQUES

**GENOSTHENIQUES**

**Polonovski et Nitzberg**

*granules — gouttes — ampoules.*

NEURASTHÉNIE

—♦♦—  
SURMENAGES

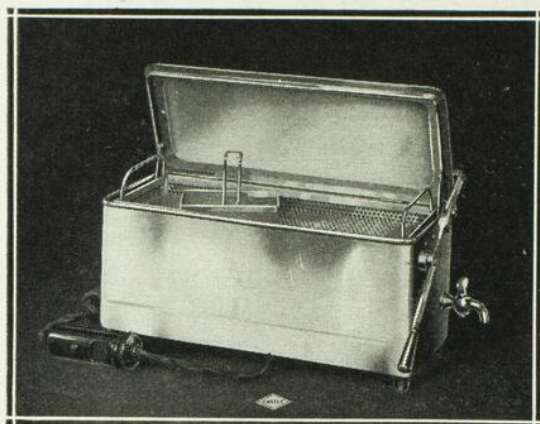
—♦♦—  
CONVALESCENCE

**Laboratoires AMIDO, A. Beaugonin, Pharmacien, PARIS**

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

## **STERILISATION**

**EFFICACE AUTOMATIQUE ECONOMIQUE**  
**POUR**  
**MEDECINS ET HOPITAUX**



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

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

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

Vous ne pouvez endommager le Stérilisateur par négligence.

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

WILMOT CASTLE COMPANY  
 Rochester, N. Y.

**"CASTLE"**

**CASGRAIN & CHARBONNEAU LIMITÉE, MONTRÉAL**

*Représentants Exclusifs*

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

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

Générateurs à Thérapie Profonde 200 - 400 K. V.

Générateurs Combinés ( Diagnostique - Thérapie )

Générateurs à Diagnostique (Haut Milliampérage)

Générateur à Diagnostique (Condensateurs)

Générateurs à Diagnostique pour Praticien

Tables à Rayons-X (modèles de tous genres)

Fluoroscopes verticaux. Stéréoscope

Civière Radiographique Spéciale

Appareils à Haute-Fréquence

Escamoteurs de Cassettes

Ampoules à Rayons-X

Electro-Cardiographe

Accessoires.



*Littérature descriptive gracieusement fournie*

**CASGRAIN & CHARBONNEAU**  
 Limitée

*Représentants Exclusifs*

LAncaster 3292

**MONTREAL**

30 est, rue St-Paul

On entend par canal pylorique "l'épaississement des fibres circulaires de l'estomac recouvertes de leur muqueuse". C'est l'allongement du sphincter lui-même qui produit ce canal. L'épaisseur de ce sphincter est d'environ 3 à 4 millimètres; au moment de sa contraction il s'allonge de 5 à 10 millimètres.

Les auteurs américains ont exagéré la valeur indicatrice du sillon duodéno-pylorique dessiné par la *veine pylorique*, laquelle est censée marquer la limite entre les deux versants. La position de cette veine est trop variable, et les chirurgiens délimitent actuellement ce canal plutôt par la palpation saisie au moment d'une contraction. Or, la localisation du canal pylorique est plus facile à repérer sur les clichés radiographiques. On l'aperçoit mieux en position oblique.

La fréquence de l'ulcère du canal pylorique est difficile à préciser parce qu'on n'a pas suivi la division que suggèrent cette fois les auteurs. Il y a eu confusion.

À la Salpêtrière, depuis quatre ans, elle est de un à deux pour cent.

Le siège de l'ulcère est presque toujours antérieur. Le repérage extérieur de l'ulcère est une cause d'erreur très fréquente; les clichés, au contraire, nous montrent l'intérieur et le relief du pylore, ses limites et permettent des conclusions plus strictes. *Les chirurgiens n'attachent pas assez d'importance à la localisation exacte de l'ulcère au moment de l'intervention.*

Etiologiquement, l'ulcère du pylore se présente de 25 à 45 ans surtout. Quelques-uns ont une symptomatologie ulcéreuse typique, d'autres ont des caractères particuliers. Sur 41 cas, 23 environ présentaient des douleurs tardives et une périodicité nette; 8 cas ne révélaient aucune périodicité dans l'année et avaient un horaire inhabituel des douleurs. Contrairement à ce que l'on peut penser, — le canal étant très en mouvement, — la périodicité n'est pas longue. Le plus souvent les périodes douloureuses ne durent que deux ou trois jours. Les périodes d'accalmie sont aussi relativement courtes: on relève deux ou trois poussées par année.

Dans 8 fois sur 40 cas il y avait *coexistence* avec un ulcère de la petite courbure, mais jamais avec un ulcère du duodénum.

*Quelle est leur évolution?* Chose curieuse, ces ulcus sont peu sténosants: neuf cas sur quarante, malgré une observation s'étendant sur plusieurs années. S'il doit y avoir sténose, elle se présente précocement.

*L'étude radiologique* est des plus intéressante et plus facile que ne le dit Butsch à la clinique Mayo. On doit procéder à un examen radioscopique d'abord pour limiter le segment à étudier, puis passer à la prise des clichés en série à condition que la technique soit parfaite. La position ventrale est très recommandée. Pas de clichés en dehors des poussées ulcéreuses.

Ces clichés montreront de façon presque constante la *présence d'une niche* qui est le signe capital. On étudiera le bulbe plein et le bulbe vidé. Jamais de formations diverticulaires préulcéreuses. Le canal est très souvent excentré (s'il y a eu cicatrisation).

Signe négatif de grande valeur: la rétraction de la petite courbure est presque de règle dans l'ulcus p.c. Elle n'existe pas dans l'ulcus du canal.

Il faut être prévenu contre la possibilité de plusieurs causes d'erreur.

Jean LeSAGE.

H. D. KERR et S. S. STEINBERG. — **Hernie diaphragmatique droite (Right sided diaphragmatic hernia)**. "Am. Journ. of Roent.", vol. 34, n° 6, p. 735-740.

Avant l'ère radiologique la hernie diaphragmatique congénitale était une découverte d'autopsie, plus rarement une trouvaille chirurgicale. Le diagnostic clinique de hernie diaphragmatique se limitait au type traumatique.

Au cours des dernières décades, cette lésion a été plus souvent reconnue grâce aux examens radiologiques. La hernie diaphragmatique droite est beaucoup moins fréquente que la gauche. Une statistique d'Eppinger publiée en 1911 et portant sur 635 cas montre que dans 9% des cas seulement, l'hémi-diaphragme droit était lésé. Sur 8000 autopsies White ne trouve qu'un seul cas de hernie diaphragmatique droite. Une revue de la littérature des dix dernières années ne découvre que 24 cas de cette affection.

K. et S. dans le présent article rapportent la statistique du *State University of Iowa Hospital* depuis 1928. Le total des hernies diaphragmatiques se chiffre à 13. Dix étaient à gauche dont quatre traumatiques et une d'origine infectieuse. Trois autres étaient localisées à droite et toutes de nature congénitale.

Du fait qu'une si rare malformation ne donne guère de symptôme clinique et que sa découverte est généralement fortuite à l'occasion d'un examen radiologique des poumons ou du tube digestif, il semblerait que le praticien n'ait pas à s'y intéresser. Celui-ci doit cependant ne pas ignorer sa possibilité au moment d'une thoracentèse et aussi savoir faire valoir en discutant un accident du travail que la hernie devait préexister à tout ce qui n'est pas un traumatisme direct sur le muscle.

A. JUTRAS.

#### CARDIOLOGIE

W. M. FOWLER, H. M. HUREVITZ et Fred. SMITH. — **L'action de la Théophylline Ethylènediamine dans l'infarctus expérimental du cœur chez le chien (Effect of Theophylline Ethylenediamine on experimentally induced cardiac infarction in the dog)**. "Arch. of Intern. Medicine", décembre 1935.

Jusqu'à dernièrement, les différents dérivés de la xanthine étaient employés uniquement comme diurétique chez les cardiaques. La découverte que ces préparations causent de la dilatation des artères coronaires a entraîné quelques auteurs à étudier cette action sur les coronaires, en particulier avec la T. E. qui s'est montrée la plus efficace à ce point de vue.

Expérimentalement, on démontra l'action de la T. E. sur la circulation coronarienne. Elle se manifestait par l'augmentation de la perfusion sur le cœur isolé du lapin, par la régression de la surface de cyanose après avoir produit chez le chien une occlusion coronarienne et finalement par une réduction marquée de la fibrose chez les chiens qui survivaient à l'expérience.

Les résultats obtenus dans ces expériences nous portent à recommander l'usage de la T. E. dans le traitement de la thrombose coronarienne aiguë ou chronique. Nos résultats cliniques jusqu'ici sont en accord avec ce qu'on pouvait en attendre de l'étude expérimentale.

Paul MORIN.

SMITH, RATHE et PAUL. — **La Théophylline dans le traitement des maladies des artères coronaires.** "Arch. of Intern. Med", déc. 1935.

La diminution de la circulation dans des artères coronaires sclérosées, est une cause fréquente de l'insuffisance cardiaque: il serait donc intéressant de pouvoir rétablir une circulation convenable dans des artères devenues dans cet état. Parmi les dérivés xanthiques d'abord étudiés pour leur action diurétique, les auteurs étudient surtout la théophylline éthylenediamine, en premier sur l'insuffisance congestive du cœur puis dans l'angine de décubitus et l'obstruction des coronaires.

Dans le premier cas, œdèmes généralisés et dyspnée ne disparurent pas avec repos, diète et digitale, mais aussitôt commencé le traitement à la théophylline, la dyspnée s'améliore totalement, tandis que la diurèse augmente du simple au triple.

Dans les cas d'angine de décubitus et dans l'obstruction coronarienne, l'amélioration est très évidente dès le début du traitement et persiste tout le temps que dure le traitement; sitôt que le malade cesse la théophylline, apparaissent de nouveau l'angoisse, la dyspnée et la douleur.

Les auteurs ne rapportent que les cas les plus frappants rencontrés pendant les huit années que durèrent leurs observations. Ils donnent de dix à vingt centigrammes de théophylline éthylenediamine trois fois par jour après les repas, avec ou sans cure digitalique.

Lionel PATOINE.

## ENDOCRINOLOGIE

J. B. COLLIP. — **Facteurs diabétogène, thyrotrope, adrénotrope, et parathyrotrope de la pituitaire.** "J. A. M. A.", 11, 916-921, mars 1935.

(suite de l'analyse commencée à la page 175 du numéro de février de l'Union Médicale du Canada)

L'auteur croit que l'action diabétogène de la pituitaire antérieure est due à l'activité de deux substances. L'une d'elles semble être entraînée dans l'extraction de l'hormone de croissance, elle agirait sur le contenu du sang en sucre. L'autre serait mêlée à l'hormone thyrotrope, mais s'en distinguerait complètement; elle produirait l'acidose.

### II. LE PRINCIPE THYROTROPE

Les corrélations hypophysio-thyroïdiennes ont été soupçonnées d'abord par Rogowitch en 1888 qui remarqua l'hypertrophie de la pituitaire de chiens et de lapins sur lesquels on avait pratiqué la thyroïdectomie. Ce fait fut confirmé ultérieurement en de multiples circonstances. D'autre part, il a été démontré que l'hypophysectomie chez les animaux (têtards) amenait l'atrophie de la thyroïde, que l'injection d'extrait de pituitaire antérieure accélérerait leur métamorphose et produisait l'hypertrophie de la thyroïde.

P. E. Smith démontra (1927) par ses expériences classiques sur le rat hypophysectomisé que le fonctionnement de la thyroïde dépend de l'action sti-

mulante de l'hypophyse: l'hypophysectomie chez le rat provoque l'atrophie de la thyroïde et abaisse le métabolisme de 35% environ.

Cliniquement, il fut démontré que les états d'hypo-pituitarisme s'accompagnent d'un métabolisme diminué et d'une atrophie thyroïdienne (Cushing, Graubner).

Loeb, Aron provoquèrent isolément l'hypertrophie de la thyroïde de cobayes par l'emploi d'extrait pituitaire. Le même phénomène fut déterminé chez de nombreux autres animaux par d'autres auteurs. Il n'est pas prouvé que le principe thyrotrope soit contenu dans l'urine. Il n'est pas actif, si introduit par voie entérale. Les extraits actifs ont été préparés par des procédés différents par Loeser, Junkmann et Schoeller, Anderson et Collip.

#### PHYSIOLOGIE DE L'HORMONE THYROTROPE

L'expérimentation a prouvé que l'administration de l'hormone thyrotrope à des animaux normaux fait apparaître en quelques jours le grossissement et l'hyperplasie de la thyroïde, une élévation du métabolisme, de l'exophtalmie, de la diminution du contenu de la thyroïde en iode coïncidant avec une augmentation de l'iode du sang, un abaissement de la quantité du glycogène du foie et une concentration plus grande des corps cétoniques du sang.

D'autre part, aucun signe d'hyperthyroïdisme ne se manifeste chez les animaux thyroïdectomisés.

Notons en passant que Marine et Rosen ont pu déclencher de l'exophtalmie par injection de l'hormone thyrotrope à des cobayes privés de thyroïde. Ce qui leur fait croire que ce principe hypophysaire stimulerait les centres mésencéphaliques qui contrôlent l'innervation de l'œil.

L'injection prolongée de l'hormone thyrotrope peut donner naissance, semble-t-il, dans le sang des animaux en expérience, à une substance inhibitrice. La présence de cette substance expliquerait l'atrophie thyroïdienne et l'abaissement du métabolisme de ces animaux ainsi longtemps traités; elle aurait une action antagoniste à celle du facteur thyrotrope et de la thyroxine.

### III. PRINCIPE ADENOTROPE

P. E. Smith a démontré, chez le rat, que le cortex de la surrénale s'atrophie à la suite de l'hypophysectomie, qu'il se restaure après greffe intramusculaire de l'hypophyse de rat.

Evans a pu constater que la restauration se fait également par l'injection d'extrait purifié de croissance.

D'autre part, en clinique, on note de l'atrophie du cortex surrénalien accompagnant la destruction de l'hypophyse et son hypertrophie associée aux tumeurs pituitaires (dans l'acromégalie).

L'hypophyse ne paraît pas avoir quelque influence définie sur la médullaire des surrénales.

Il est vraisemblable de croire que certaines maladies d'Addison dépendent d'une insuffisance hypophysaire et que certains cas pourraient être améliorés par l'injection d'extrait pituitaire riche en principe adénotrope.

### IV. PRINCIPE PARATHYROTROPE.

Il existerait peut-être un principe hypophysaire stimulant le fonctionnement des parathyroïdes. Des expériences semblent l'avoir prouvé; d'autres

plus  
économique  
et pratique

LES  
COMPRIMÉS  
DE  
QUE LES PRÉPARA-  
TIONS LIQUIDES

# 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  
38 Boulevard

R. GALLIER  
du Montparnasse

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

TONIQUE  
CARDIAQUE

# DIGIBAÏNE

ASSOCIATION :  
DIGITALINE  
et  
OUABAÏNE

GOUTTES

Laboratoires Deglaude

préparation exclusive de médicaments cardiaques

Dr L. DEGLAUDE

Docteur en Médecine — Licencié ès-Sciences  
Pharmacien de 1ère classe

# SOLUCAMPBRE

## DELANDE

CAMPBRE SOLUBLE  
DANS L'EAU

AMPOULES  
GOUTTES  
COMPRIMÉS

Laboratoires  
Michel Delalande  
COURBEVOIE  
(Seine)

L'ANCIENNE  
MÉTHODE  
(huile  
campbrée)

LA NOUVELLE  
MÉTHODE  
(campbre  
soluble)

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



Littératures à la disposition de Messieurs les Docteurs

*Représentants exclusifs pour le Canada:*

**ANGLO-FRENCH DRUG CIE**

354 est, rue Sainte-Catherine,

**MONTREAL**

n'auraient pas confirmé cette hypothèse. À tout événement, la question demeure entièrement à l'étude, et elle se confine bien plus dans le simple domaine théorique que celle qui se rapporte aux principes étudiés par l'auteur dans le présent travail.

Roma AMYOT.

**Emil NOVAK. — Applications thérapeutiques des hormones du lobe antérieur de l'hypophyse et des substances à action similaire à celle de ces hormones. "J. A. M. A.", 12, 989-1003, 23 mars 1935.**

*1° Troubles pathologiques indiquant l'emploi de l'hormone de croissance.*

Les extraits de pituitaire antérieure peuvent être employés dans les cas où certains arrêts ou retards de croissance physique semblent dépendre d'une insuffisance de l'hypophyse, et tout particulièrement d'une insuffisance de l'hormone de croissance de cette glande. Ainsi, le nanisme hypophysaire, l'infantilisme types Brissaud et Lorrain-Levi motivent-ils l'emploi d'extrait d'hypophyse antérieure et surtout de l'hormone de croissance.

Quelques cas de maladie de Simmonds (cachexie dite hypophysaire) ont été traités par les extraits hypophysaires, sans résultats convaincants.

Aucune préparation commerciale d'hormone de croissance n'est reconnue actuellement par le Conseil de Pharmacie et de Chimie de l'Association Médicale Américaine. Cependant, aux Etats-Unis, "Antuitrine G" (Parke, Davis), "Phyone" (Wilson Laboratories) et "Anterior Pituitary Extract" (Squibb) peuvent être recommandés en vue d'activer la croissance physique arrêtée ou retardée par insuffisance pituitaire.

Ces extraits contiennent, en plus de l'hormone de croissance, d'autres facteurs hypophysaires actifs. L'"Antuitrine G" pourra être administrée à la dose de 1 à 3 c.c. deux ou trois fois par semaine.

*2° Troubles pathologiques indiquant l'emploi des hormones gonadotropes.*

Il serait superflu de rappeler les récents travaux de Smith et Engle, de Zondek et Aschheim et de nombreux autres expérimentateurs, démontrant l'action de l'hypophyse antérieure sur la maturation folliculaire et la formation du corps jaune de l'ovaire. D'autre part, la découverte par Zondek d'un principe gonadotrope dans l'urine de grossesse a simplifié considérablement l'application thérapeutique des précédents travaux.

Ce principe de l'urine de grossesse provient-il de l'hypophyse? Son action est-elle folliculisante et lutéinisante? On discute beaucoup à ce sujet. Il apparaîtrait à certains auteurs, nous l'avons déjà dit, comme si ce principe était de provenance placentaire et qu'il ne posséderait que l'action lutéinisante. Il ne peut donc manifester son activité sans l'intervention de l'hormone folliculisante de l'hypophyse.

À tout événement, cette découverte de Zondek a grandement facilité l'emploi d'un des principes gonadotropes, et répandu son usage dans les cas où l'on suppose qu'il existe une insuffisance des hormones hypophysaires gonadotropes. Il n'empêche que, le jour où on pourra extraire à l'état pur les hormones gonatropes de l'hypophyse elle-même, on aura accompli un fait des plus importants et on pourra réaliser alors des effets imminemment plus efficaces. Les préparations américaines à principes gonadotropes extraits de l'urine de femmes enceintes sont: "Antuitrine S" (Parke, Davis) et "Follutéine" (Squibb).

*La ménorrhagie fonctionnelle* constitue une indication intéressante des préparations dont il s'agit, surtout chez les jeunes sujets où la radiothérapie ne peut être employée impunément. Cependant, le succès ne se montre pas dans tous les cas et on se demande comment il se fait que les résultats ne soient pas plus constants. On se demande aussi par quel mécanisme agit le principe lutéinisant contre la ménorrhagie, puisque ce n'est pas, comme on pourrait le croire, en conséquence des expérimentations sur les animaux, par la formation induite de corps jaune dans l'ovaire et l'action subséquente inhibitrice de la progestine du corps jaune sur la menstruation.

Les doses conseillées sont de 100 à 200 unités-rat injectées chaque jour. Parfois, l'hémorragie sera contrôlée dès le premier jour; ailleurs il faudra répéter pendant 3 à 5 jours.

*L'aménorrhée fonctionnelle ou endocrinienne* peut retirer certains avantages des préparations à principe gonadotrope à condition qu'elles soient employées en concomitance avec les facteurs oestrogènes (folliculine particulièrement).

*En ce qui concerne le syndrome adipo-génital*, l'aménorrhée qui fait partie intégrante du syndrome exige les mêmes remarques que précédemment.

*Cryptorchidie.* L'emploi du principe d'urine de grossesse est fortement conseillé pour corriger cette dystrophie. On aura cependant recours à des doses totales assez élevées et on obtiendrait des résultats surprenants et assez rapides dans bien des cas.

La tendance à la *fausse couche*, la *dysménorrhée dite fonctionnelle* (100 à 200 unités par jour plusieurs jours avant et jusqu'au premier et second jour de la menstruation) peuvent tirer bénéfice d'un traitement par les préparations contenant le principe gonadotrope.

Quant à *l'aspermie et l'alopecie*, même l'alopecie qui serait due à de l'hypopituitarisme, on ne peut actuellement recommander leur traitement par l'hormone gonadotrope de l'urine de grossesse.

Roma AMYOT.

## CHIRURGIE

Pierre GOINARD et Henri MERZ. — **L'opération du dolicho-sigmoïde en un temps. Résection extra-péritonéale, anastomose immédiate sub-totale.** Journal de Chirurgie, Paris, Tome 47, n° 2, février 1936.

Les A. donnent ici une excellente technique qu'ils tiennent de Delore. Celui-ci l'a déjà décrite dans la Revue de Chirurgie en 1932. Elle est ici précisée dans tous ses détails et elle est accompagnée de dix-sept observations.

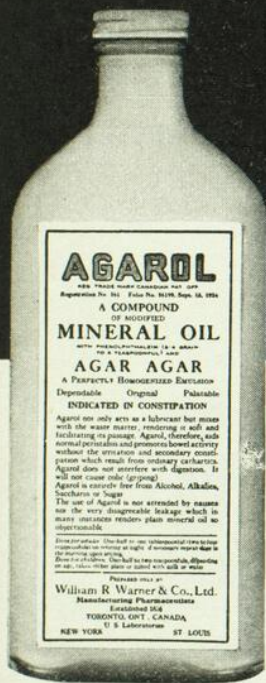
L'intervention est pratiquée sous anesthésie rachidienne ou loco-régionale. L'incision est médiane. Le premier temps consiste dans l'extériorisation, la détorsion éventuelle et l'évacuation de l'anse en volvulus. Le second temps fixe la ligature et la section du méso-sigmoïde, hémostase minutieuse, vaisseau par vaisseau et section du méso à mi-hauteur. Le troisième temps voit, à l'exclusion péritonéale; le péritoine est fermé en rétrécissant la fente péritonéale par un surjet et en péritonisant avec soin les deux faces de l'anse et du méso. Le quatrième temps consiste dans la

# De la PREMIÈRE CUILLERÉE À LA DERNIÈRE . . .

L'uniformité parfaite de la composition est une condition très importante dans une émulsion. C'est ce qui permet à chaque dose de toujours produire le même effet.

On peut dire qu'il en est ainsi de l'Agarol, une émulsion d'huile minérale et d'agar-agar, avec phénolphaléine; elle coule librement comme doit le faire toute bonne émulsion, se mélange aisément avec les liquides et reste mélangée sans se séparer.

L'Agarol est indiqué pour le soulagement de la constipation aiguë, ainsi que pour le traitement de la constipation habituelle. Il est d'une efficacité éprouvée et constante, et son goût agréable est assuré par l'emploi des ingrédients les plus purs, sans addition de matières aromatiques artificielles. Permettez-nous de vous en faire tenir une bouteille d'essai. Veuillez formuler votre demande sur une feuille de papier portant votre propre en-tête.



Bouteilles de 6,  
10 et 16 onces.

## AGAROL CONTRE LA CONSTIPATION

WILLIAM R. WARNER & CO., LTD., 727 King Street, West, Toronto, Ontario



# TRICALCINE INJECTABLE

DIPROPANOÏLPHOSPHITE DE CHAUX INALTÉRABLE  
CACODYLATE de SOUDE 0,05. SULFATE de STRYCHNINE 0,001

MEDICATION CALCIQUE  
INTENSIVE ET STIMULANTE

TUBERCULOSE  
MISÈRE  
PHYSIOLOGIQUE

CONVALESCENCE  
ANÉMIE  
SCROFULOSE

POSOLOGIE  
Une ampoule par jour  
pendant douze jours.  
Dix jours de repos et  
reprendre une série.

Laboratoire des Produits SCIENTIA, 21, rue Chaptal, Paris. 9<sup>e</sup>

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

**Tout Déprimé**  
» **Surmené**

**Tout Cérébral**  
» **Intellectuel**

**Tout Convalescent**  
» **Neurasthénique**



est justiciable  
de la :

**6, Rue Abel  
PARIS (12<sup>e</sup>)**

**NEVROSTHENINE FREYSSINGE**

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

**CHLORAMINE FREYSSINGE**

Pil. glut. titrées à 0.05 - 1 à 3 à chaq. repas - 6, R. Abel, Paris  
DÉSINFECTION INTESTINALE PORTEURS DE GERMES

**CAPSULES DARTOIS**

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

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

fermeture partielle de la paroi, afin d'éliminer les risques de contamination abdomino-pariétale. Le cinquième temps ordonne la section de l'anse; les deux segments de l'anse complètement isolés sont pincés transversalement un peu au-dessus de la section du méso et ils sont coupés aux ciseaux au niveau de la section du méso.

L'avant-dernier temps sert à l'anastomose termino-terminale subtotale en trois plans: Surjet séro-séreux postérieur; surjet séro-musculaire et muco-muqueux postérieurs et surjets séro-musculaire et séro-séreux antérieurs.

Le dernier temps permet la fermeture de la paroi aponévrotique.

Les auteurs insistent sur les avantages de cette exclusion de l'anastomose par suture préalable du péritoine pariétal à l'anse extériorisée. "Au fur et à mesure que l'anse réintègre la cavité abdominale, à la fin de l'intervention, puis dans les jours qui suivent, cette suture péritonéale entraîne vers l'intérieur, autour de l'anastomose, un entonnoir séreux. Même devenue très profonde, l'anastomose reste extra-péritonéale."

Les résultats de cette technique sont excellents. Aucun décès sur 17 cas. Guérisons satisfaisantes avec suites opératoires simples et sans complications.

Cette technique permet la résection du dolicho-sigmoïde en un seul temps.

Edouard DESJARDINS.

## UROLOGIE

Ch. ROUBIER, J. GIBERT et Ph. BARRAL. — **Le rein polykystique et tuberculeux.** Mémoire. "Journal d'Urologie", décembre 1935, p. 473 à 484.

L'association de la tuberculose rénale à la maladie polykystique est assez rare.

Les Auteurs rapportent l'observation détaillée d'une malade entrée dans leur service pour urémie à forme gastro-intestinale; les signes cliniques leur firent porter le diagnostic de reins polykystiques avec infection banale secondaire; deux inoculations faites avant la mort toutefois permirent de rectifier et de contrôler les trouvailles de l'autopsie. Cependant ce n'est que par l'examen microscopique que l'on parvint à établir sans aucun doute la dualité des lésions.

Les Auteurs font ensuite une revue des observations publiées à date sur le même sujet; ils ont pu en trouver cinq autres dans la littérature.

Au point de vue clinique cette association est extrêmement rare; habituellement le clinicien n'affirmera qu'une seule des deux lésions, soit la maladie polykystique ou la bacillose rénale.

Ils recommandent cependant de retenir le fait que si le rein polykystique et tuberculeux se présente parfois cliniquement comme un rein polykystique simple, il revêt bien plus souvent l'aspect de la tuberculose rénale, derrière laquelle rien n'attire l'attention vers la lésion kystique concomitante.

Au point de vue anatomo-pathologique, la plupart du temps les lésions polykystiques prédominent sur les lésions tuberculeuses et sans se décourager

il faut chercher avec soin pour arriver à trouver une lésion tuberculeuse minime, si discrète qu'elle peut parfois échapper à un examen incomplet de la pièce anatomique.

Au point de vue pathogénique, quelle est des deux lésions la première en date?

Il semble plus rationnel d'admettre que le rein polykystique est primitif et que la tuberculose rénale est apparue secondairement. L'absence de réaction conjonctive au pourtour des lésions tuberculeuses caséuses permet de penser qu'elles sont de date récente.

Dans leur observation personnelle, les auteurs sont d'avis que les lésions tuberculeuses se sont greffées sur un rein polykystique préexistant et déjà infecté.

Paul BOURGEOIS.

**MIGLIARDI. — La cysto-urétrographie descendante. Technique et indications.** "Journal d'Urologie", décembre 1935, p. 499 à 512.

Cette méthode permet de voir la vessie et l'urètre postérieur au cours de la miction. L'auteur la préfère à l'urétrographie ascendante que nous faisons jusqu'à maintenant.

Il suffit de remplir la vessie avec une sonde, d'un liquide opaque, que l'on radiographie au cours de la miction. Les radiographies sont prises, le bassin étant tourné à 45 degrés. La position debout est recommandable; plusieurs sujets ne pouvant pas uriner couchés.

L'auteur présente ensuite une série de clichés montrant les précieux renseignements que cette méthode fournit d'abord chez le sujet normal, ensuite chez le prostatique, le rétréci, les maladies du col vésical et toutes les affections de l'urètre postérieur.

Paul BOURGEOIS.

## CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE

**R. I. HARRIS et J. L. McDONALD. — Les effets de la sympathectomie lombaire sur la croissance des membres inférieurs atteints de poliomyélite.** "The Journal of Bone and Joint Surgery", janvier 1936, p. 35 à 46.

En 1930, Harris publie une observation de sympathectomie lombaire comme traitement pouvant agir sur l'accroissement en longueur d'un membre inférieur atteint de paralysie infantile. Il s'agissait d'une petite fille de 10 ans qui présentait un raccourcissement de un pouce et demi au membre inférieur gauche (séquelle de poliomyélite). Dans les deux ou trois ans qui ont suivi l'opération le raccourcissement est tombé à  $\frac{1}{2}$  pouce.

La conception de ce traitement est la conséquence de ce fait que certaines conditions pathologiques sont capables de troubler la croissance d'un membre: telle une hyperhémie prolongée au niveau des cartilages de conjugaison causée par une tumeur blanche du genou, une arthrite hémophilique, etc. D'après ces observations anatomo-cliniques, il est de toute évidence qu'un

afflux circulatoire prolongé au niveau des épiphyses fertiles amène un excédent de croissance qui ne se serait pas produit autrement. Il est donc logique d'admettre que l'afflux circulatoire qui succède à la sympathectomie produise le même effet. L'expérience des auteurs confirme d'ailleurs cette opinion.

Depuis 1930, des auteurs nombreux ont écrit sur le même sujet.

Les auteurs ont conduit une série d'expériences chez des chats, des chiens et des moutons, mais les difficultés rencontrées ne permettent pas de conclure à une croissance évidente de l'os.

Dans une très intéressante étude clinique, les auteurs cherchent ensuite à déterminer les facteurs qui contrecarrent la croissance de l'os d'un membre paralysé. Les deux plus importants de ces facteurs sont, sans contredit, le manque de stimulation circulatoire par absence de contractions musculaires, et la diminution de la masse sanguine. Cette assertion n'a besoin d'autre preuve que l'abaissement de la température que l'on note au niveau d'un membre paralysé.

D'après cette dernière notion, il est logique d'admettre que la sympathectomie n'agit que sur le dernier des facteurs. C'est pourquoi l'action de la sympathectomie se fera sentir d'autant mieux qu'il persiste plus de contraction musculaire dans le membre.

Les auteurs ont pu observer 46 de leurs 70 opérés et c'est sur ces 46 observations que sont basées leurs conclusions:

1° Un accroissement prolongé de l'apport sanguin dans un membre en poussée de croissance atteint de paralysie infantile peut accélérer considérablement le rythme de cette croissance.

2° L'afflux sanguin plus important que provoque la sympathectomie lombaire est capable de produire cette accélération dans le rythme d'accroissement d'un membre.

3° Les facteurs favorables à l'action de la sympathectomie sont:

- a) La paralysie limitée à un seul membre.
- b) Une paralysie incomplète.
- c) Intervention précoce (6 ans).
- d) Pratiquer la section ganglionnaire plutôt que la ramisection.
- e) Maintenir l'accroissement circulatoire qui succède à l'intervention.

J.-C. FAVREAU.

## DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

WAINTRAUB. — **Sur la fréquence de la syphilis.** "Ann. Mal. Vén.", novembre 1935.

Il est très difficile d'apprécier pour une ville ou un pays le pourcentage de syphilitiques car les statistiques varient souvent de 1 à 10 selon leur provenance.

Ainsi en Roumanie les statistiques officielles évaluent ces malades à 1% de la population. Pourtant dans un service de médecine on en trouvait 16% sérologiquement positifs. Par ailleurs Banciu et Aricesco en faisant le B.W. en série chez 50,000 ouvriers obtinrent un résultat positif dans 22% des cas; chez 2,384 détenus 20%; et chez 500 prostituées 57%.

Et notez bien que le B.W. ne peut révéler nombre d'autres cas de syphilis ancienne, latente ou héréditaire.

De tels écarts entre les découvertes sérologiques et les statistiques officielles sont faciles à comprendre en examinant par exemple les morts par syphilis.

Les statistiques roumaines de 1932 compilées selon la classification de la Société des Nations indiquent 1835 décès par la syphilis, un point c'est tout. Scrutez la liste et vous verrez dans les maladies nerveuses que la paralysie générale et le tabès qui ont une certaine relation avec la syphilis sont responsables pour 1,087 autres morts.

Sous la rubrique mort-nés 10,000, accouchements prématurés 3,000, morts par débilité congénitale 69,000, et jamais d'allusion à la syphilis. Est-ce assez pour faire comprendre l'insuffisance criante de l'importance donnée à la syphilis dans les statistiques ?

Maurice FERRON.

**MILIAN. — Hérédo-syphilis et tubercule de la face postérieure des incisives latérales.** "Bull. Soc. fr. de Derm. et Syph.", juillet 1935.

L'A. présente un cas typique de cette dystrophie trouvée chez un hérédo certain.

Cette anomalie a été recherchée systématiquement par Hissard qui l'a retrouvée 23 fois depuis 8 ans. Il y avait toujours absence d'appendice xiphoïde.

Onze de ces cas présentaient en plus d'autres signes de syphilis héréditaire et plusieurs autres y faisaient penser.

Sans en faire un signe majeur d'hérédité spécifique Hissard croit qu'il est suffisant pour orienter l'esprit vers ce diagnostic.

Maurice FERRON.

**SWEWACHOWSKI. — Sur la localisation du chancre syphilitique.** "Ann. Mal. Vénériennes", novembre 1935.

Du relevé aussi exact que possible des chancres observés dans sa clinique depuis nombre d'années il ressort que la grande majorité ont leur siège sur les organes génitaux mais l'A. a poussé son étude plus loin et trouve que seulement 13% de ces accidents ont leur siège sur le gland tandis que 81% règnent sur le prépuce.

N'y aurait-il pas là plus qu'une coïncidence. L'A. l'affirme car pour lui le prépuce présente un terrain favorable et prédisposant pour la localisation et, éventuellement, pour l'entrée des tréponèmes.

Pour lui la circoncision jouerait un grand rôle dans la prophylaxie en enveloppant un "locus minoris resistentiae" et en ayant un gland qui dépourvu de couverture s'épaissit et résiste mieux à l'infection.

Cette conception serait d'ailleurs appuyée, dit-il, par la rareté de la syphilis génitale chez les circoncis dès l'enfance.

Maurice FERRON.

# IODALOSE GALBRUN

## IODE PHYSIOLOGIQUE, SOLUBLE, ASSIMILABLE

L'IODALOSE EST LA SEULE SOLUTION TITRÉE DU PEPTONIOIDE  
Combinaison directe et entièrement stable de l'Iode avec la Peptone  
DÉCOUVERTE EN 1896 PAR E. GALBRUN, DOCTEUR EN PHARMACIE  
Communication au XIII<sup>e</sup> Congrès international de Médecine, Paris 1900.

Remplace Iode et Iodures dans toutes leurs applications,  
sans Iodisme.

Vingt gouttes IODALOSE agissent comme un gramme Iodure d'acal.  
DOSES MOYENNES : cinq à vingt gouttes pour Enfants ; dix à cinquante gouttes pour Adultes.

Demandez Brochure sur l'Iodothérapie physiologique par le Peptonioide  
LABORATOIRE GALBRUN, 8 et 10 r. du Petit-Musc, Paris

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

# PROSTHÉNASE GALBRUN

SOLUTION ORGANIQUE TITRÉE DE FER ET DE MANGANÈSE  
Combinés à la Peptone & entièrement assimilables

NE DONNE PAS DE CONSTIPATION

ANÉMIE - CHLOROSE - DÉBILITÉ - CONVALESCENCE

DOSES QUOTIDIENNES : 5 à 20 gouttes pour les enfants ; 20 à 40 gouttes pour les Adultes

Échantillons et Littérature : Laboratoire GALBRUN, 8 et 10, r. du Petit-Musc, PARIS.

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

## OVOL

sont

Des Tablettes d'acide Acétylsalicylique et  
de ses composés de forme spéciale, non  
estampées, incolores.

### Ovol "A"

Acide Acétylsalicylique ..... 5 grs.

### Ovpl "APC"

Acide Acétylsalicylique ..... 3 1/2 grs.  
Phénacétine ..... 2 1/2 grs.  
Citrate de caféine ..... 1/2 gr.

### Ovol "APCC"

Acide Acétylsalicylique ..... 3 1/2 grs.  
Phénacétine ..... 2 1/2 grs.  
Citrate de caféine ..... 1/2 gr.  
Phosphate de codéine ..... 1/8 gr.

### Ovol "APCC2"

Acide Acétylsalicylique ..... 3 1/2 grs.  
Phénacétine ..... 2 1/2 grs.  
Citrate de caféine ..... 1/2 gr.  
Phosphate de codéine ..... 1/4 gr.

Ces tablettes ne sont pas dans le commerce et sont vendues sur prescription seulement. En bouteilles de 100 et 500 tablettes. Échantillons et littérature sur demande.

Fabriqué par

**Frank W. HORNER Limited**

MONTREAL



CANADA

## THYVACRINE No 10 C & C

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

### INDICATIONS:—

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

## NEUROCRINE No 5 C & C

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

### INDICATIONS:—

Neurasthénie, Perte ou sommeil agité cause nerveuse, 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.

**WORINGER et THÉE. — La pigmentation des plaques peladiques. "Ann. de Derm. et Syph.", novembre 1935.**

Il est admis depuis les travaux de Sabouraud et répété dans tous les ouvrages de dermatologie que la plaque peladique est d'une blancheur remarquable. A l'examen histologique, y lit-on, le pigment mélanique diminue d'abord puis disparaît de l'épithélium malpighien.

Grâce à la Dopa-réaction les A. ont repris cette étude et ont constaté dans 12 cas que jamais il n'y avait de troubles pigmentaires dans l'épithélium et que 10 sur 12 de leur cas avaient une coloration normale.

Le bulbe pileux montrait cependant de gros troubles pigmentaires expliquant la repousse achromique parfois au niveau des plaques. La pigmentogénèse n'est pas définitive et petit à petit les cheveux reprennent ordinairement leur coloration ordinaire.

L'A. fait le rapprochement entre pelade et vitiligo pour lesquels on a fait appel aux mêmes facteurs et qui semblent cousins.

Il est aussi intéressant de noter la concomitance fréquente de pelade et hyperthyroïdisme. Saindon a réussi en donnant des extraits thyroïdiens à des animaux à obtenir la décoloration partielle de leurs plumes ou de leurs poils. Des doses encore plus fortes déterminaient leur chute en plaques.

Maurice FERRON.

### ÉLECTRO-RADIOLOGIE

**J. A. HUET. — L'importance du drainage en radiothérapie glandulaire. "Bull. et Mém. de la Société de Radiologie Méd. de France", 23<sup>e</sup> année, n° 224, décembre 1935.**

Depuis environ cinq ans de nombreuses observations de synergies glandulaires ont été publiées tant en France qu'à l'étranger. Parmi les plus intéressantes, il faut citer celles de MM. Hallion et Goyet, d'Evans, de Maranon qui a si bien mis en lumière cet hyperthyroïdisme de la ménopause, celles de MM. Bender et Leydier sur les synergies ovaro-mammaires, thyroïdo-mammaires et hypophyso-mammaires, mettant en relief l'importance de la glande mammaire comme glande endocrine.

Les travaux de M. Ferrier sur le temps de réduction de l'oxyhémoglobine après excitation diathermique des différentes glandes, de Lamy sur l'étude de l'angle d'impédance ont permis d'apprécier d'une façon plus exacte l'importance des synergies glandulaires et l'importance du drainage glandulaire sous l'effet de la physiothérapie indirecte. Mais ce sont surtout les travaux de l'école homéopathique sur l'importance du drainage en thérapeutique, travaux de Nebel, de Lausanne, de Morloas sur les métastases morbides qui ont incité l'auteur à essayer du drainage en radiothérapie glandulaire dans les cas où il avait eu des échecs par la radiothérapie directe.

Comme première observation l'auteur rapporte l'histoire d'une malade qui était une fausse thyroïdienne d'origine hypophysaire. Le traitement de sa thyroïde l'avait amélioré passagèrement, mais seul le traitement de son hypophyse a donné un résultat durable.

L'auteur rapporte ensuite le cas d'une femme castrée qui présentait une poussée de congestion hypophysaire. Exutoire surrénal bloqué d'abord, puis favorisé par la radiothérapie. Guérison. Malade suivie depuis 2 ans.

La troisième observation de Huet porte sur une hépato-ovarienne. L'exutoire hépatique bloqué permet la guérison dès qu'on le soulage et permet le retour de l'ovaire à un rythme normal.

La technique à suivre devra être la suivante: irradiation normale de la glande malade avec les doses habituelles — 900 r sous 6 Al, 150 K.V. — par 300 r. Deux jours après faire 225. r sous 3 Al sur la glande satellite.

L. GAGNIER.

**GUNSETT, SEEGER, RITTER et SCHNEIDER (Strasbourg). — Douze années de roentgenthérapie de la maladie de Basedow. (Statistique de 100 cas traités de 1919 à 1931.) "Journ. de Radiol. et d'Elect.", t. 19, n° 12, décembre 1935, p. 713-722.**

Les observations résumées de 100 cas de maladie de Basedow traités par roentgenthérapie et contrôlés après 3 ans au moins et 12 ans au plus, prouvent le bien-fondé de cette thérapeutique. Ces résultats concernent des patients traités entre 1919 et 1931: 83 datent de 5 ans et plus; 17 datent de 3 ans et plus. Quarante-quatre de ces malades se sont présentés personnellement et ont pu faire mesurer leur métabolisme de base: 32 sont parfaitement guéris (72.7%); 8 ont encore des troubles légers (céphalée, nervosité, palpitations, exophtalmie); 3 sont considérés comme des insuccès et une malade s'est fait opérer six mois après la radiothérapie. Au nombre des 56 personnes qui ont déclaré catégoriquement par lettres être en parfait état de santé, il y a 42 cas, soit 75%.

En bloc, sur les 100 malades de la présente statistique 74 ont été rendus à une vie absolument normale par la seule roentgenthérapie, ce qui justifie largement ce mode de traitement.

De 1919 à 1923, les auteurs ont utilisé des rayons moyennement pénétrants; subséquemment, ils employèrent un voltage de 200Kv et une filtration de 0.5mm de cuivre et 1mm d'aluminium. Les séances sont quotidiennes pendant 2 ou 3 semaines et peuvent être reprises après une phase de repos. Dans certains cas de petites doses ont donné de bons résultats; mais, en général, des doses fortes, établies sur un temps assez long, assurent des succès plus nombreux et plus stables.

Albert JUTRAS.

**A. LAQUERRIÈRE (Montréal). — Algie rebelle chez une opérée de pseudo-cancer du rectum. Guérison par la révulsion faradique. "Journ. de Radiol. et d'Elect.", t. 19, n° 12, déc. 1935, p. 722-724.**

L. rapporte l'histoire d'une malade qui après une chute en 1932 souffrit pendant 10 ans de violentes douleurs coccygiennes, sacrées et lombaires donnant lieu à maintes erreurs diagnostiques et en particulier, à celui de cancer du rectum avec intervention. Une nouvelle radiographie montre que le coccyx se termine par deux cornes latérales laissant sup-

poser un spina-bifida terminal. Après 7000 R de radiothérapie, 10 séances de courant continu, 104 séances d'infra-rouges, 31 séances de diathermie, les douleurs ne subirent qu'une regression relative et temporaire. L'intensité et la persistance du mal inspirent alors l'essai de la *révulsion faradique*, méthode très douloureuse il est vrai, mais apparemment la seule capable d'influencer une algie aussi rebelle. Les résultats récompensent la malade et le médecin de leur courageuse obstination. Après 31 applications sur les régions affectées, l'état est complètement transformé. La patiente manifeste sa satisfaction en déclarant "qu'elle reviendra aussitôt si elle recommence à souffrir".

A l'occasion de ce cas, L. attire l'attention sur un procédé physiothérapique tombé dans l'oubli et qui néanmoins trouve d'excellentes indications quand des traitements plus doux sont sans effet.

La *révulsion faradique* imaginée par Duchenne produit une rubéfaction cutanée marquée entraînant l'inhibition de la sensibilité et exerçant une action décongestive. Au lieu du *pinceau de Duchenne*, L. emploie et recommande de préférence la rateau de Tripier. Sans expliquer le substratum anatomique du syndrome douloureux de sa patiente et sans pouvoir infirmer qu'il n'a agi que par rééducation psychique, L. considère qu'on doit penser plus souvent à la révulsion faradique dans les algies rebelles de nature indéterminée. Même dans le pithiatisme et la simulation cette méthode est indiquée et n'a pas les inconvénients du *torpillage*.

Albert JUTRAS.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

E. T. BELL. — **Maladie polykystique des reins.** "Amer. Journ. Path.", 11, 373-418, 1935.

Etude anatomo-clinique portant sur quarante-quatre cas de maladie polykystique du rein.

On trouve cette affection environ une fois sur cinq cents autopsies. La lésion n'est unilatérale que dans 5 à 10% des cas.

L'hérédité jouerait un rôle important dans son étiologie.

Un tiers des cas s'observe, à l'autopsie, chez des enfants mort-nés ou nouveau-nés. Dans l'enfance et l'adolescence, jusqu'à 25 ans, la maladie est généralement silencieuse. Toutefois, elle serait toujours congénitale.

Il existe deux grands types cliniques: le type chirurgical, avec symptômes unilatéraux, douleurs, tuméfaction, hématurie, infection, etc... le type médical, dont les symptômes sont ceux d'une insuffisance rénale d'évolution plus ou moins rapide. Dans ce dernier cas, l'hématurie constitue un signe précieux, l'œdème est rarement accusé. La décompensation cardiaque survient rarement. Dans 50% des cas, la tension artérielle dépasse 150, surtout dans les cas avancés.

L'évolution peut se prolonger durant des années.

Anatomiquement, chez le nouveau-né la lésion fondamentale consiste en de nombreux kystes, coïncidant avec une forte hypoplasie rénale et un développement accusé du tissu conjonctif interstitiel.

À ce propos, l'auteur admet la théorie de Kampmeier. Ribbent admettait un défaut de coalescence entre tubes contournés et ramifications collectrices. Kampmeier a montré qu'au cours de l'embryogénèse, se produisaient 3 ou 4 générations de tubes contournés, qui, après soudure aux ramifications collectrices, finissent par s'en détacher et persistent un certain temps sous forme de petits kystes, souvent pourvus d'un glomérule. La persistance de ces kystes embryonnaires offrirait l'explication pathogénique la plus naturelle de la maladie polykystique du rein. Le glomérule du tube finalement isolé possède en effet une circulation sanguine et sont, par conséquent, susceptibles de sécréter.

Dans les cas à symptomatologie fruste, le parenchyme rénal est encore abondant. Lorsque la maladie est cliniquement confirmée, l'atrophie du parenchyme rénal est presque complète. Cette atrophie résulte de l'expansion progressive des kystes. Les lésions artérielles jouent un rôle restreint dans l'évolution vers l'atrophie. Quand elles existent, elles semblent dépendre d'une atrophie d'inactivité, de l'hypertension concomitante ou de l'âge du malade.

J.-L. RIOPELLE.

**E. M. MEDLAR. — Infarctus cardiaque causé par une embolie de tissu caséux tuberculeux. "Amer. Journ. Path.", 11, 707-709, 1935.**

Patient âgé de 40 ans, souffrant depuis six mois de tuberculose pulmonaire. De gravité apparemment atténuée, l'atteinte pulmonaire n'avait pas commandé l'alitement. Aussi, la mort soudaine du patient parut-elle difficilement explicable et occasionna une enquête médico-légale.

À l'examen, outre une tuberculose pulmonaire bilatérale avec cavernule du sommet droit et miliaire généralisée, on constate un infarctus récent du myocarde. Il n'existe aucune autre lésion cardiaque. Les coronaires sont intactes dans leur ensemble.

Histologiquement, on trouve, dans une branche épicaudique de la coronaire gauche au niveau de la région sus-jacente à l'infarctus, une oblitération constituée par un bouchon caséux riche en B.K. Aucune réaction giganto-cellulaire de la paroi vasculaire. Absence de tout bacille dans le territoire ainsi infarci.

L'auteur conclut à une embolie caséuse venue d'une veine pulmonaire. Appliquant cette observation à une catégorie plus fréquente de lésion bacillaire, l'auteur pense que le même mécanisme de contamination peut survenir dans la péricardite tuberculeuse. D'après l'auteur, cette dernière s'implique en effet difficilement par une dissémination lymphatique à contre-courant, à point de départ ganglionnaire. Quant à la rupture directe d'un nodule caséux dans le sac péricardique, c'est là une éventualité exceptionnelle.

J.-L. RIOPELLE.

**Fritz WIESE. — Sur la thromboendartérite oblitérante des artères pulmonaires (Über Thromboendarteritis obliterans der Lungenarterien). "Frankfurter Zeitschrift für Pathologie", janvier 1936.**

L'auteur décrit une nouvelle maladie des artères pulmonaires. Elle commence par une hyperplasie de l'endo-thélium qui a une tendance à devenir fibrinoïde et qui va jusqu'à former des épaissements verruqueux de l'intima.

# Présentant NAVITOL



## Une source économique et excessivement riche en Vitamines A et D naturelles

LE BESOIN des Vitamines A et D commence avant la naissance et continue durant toute la vie. Navitol est un nouveau Produit Vitamini-que Squibb, excessivement riche en Vitamines A et D. Son potentiel élevé, protégé par des procédés spéciaux brevetés de Squibb, permet d'administrer cette huile en petites doses commodes. De plus, Navitol a l'avantage de n'être pas désagréable au goût, d'être très économique, et de fournir les Vitamines A et D à leur état *naturel*.

Navitol est présenté sous forme d'huile, pour dosages par gouttes, et sous forme de capsules. L'huile contient 50,000 unités de Vitamine A et 10,000 unités de Vitamine D par gramme, *U.S.P.X.* (Rév. 1934). Il est donc aussi riche en ces Vitamines que l'Huile de Foie de Flétan avec Viosterol, et coûte 40 pour cent de moins. Fourni en petits flacons de 5-cc. avec bouchon-compte-gouttes, et sous forme de capsules.

Les capsules de 3-minims contiennent 8500 unités de Vitamine A et 1700 unités de Vitamine D, *U.S.P.X.* (Rév. 1934). Elles sont présentées en boîtes de 25 capsules.

*Pour documentation supplémentaire, écrivez à E. R. Squibb & Sons of Canada, Limited, 36 Caledonia Road, Toronto, Ontario.*

**E. R. SQUIBB & SONS OF CANADA, LIMITED**  
*Chimistes-Fabricants pour la Profession Médicale depuis 1858*

## COTTAGE A VENDRE

### Occasion exceptionnelle pour médecins

Face au Square Saint-Louis. Conditions très avantageuses. Facilité de paiement. Trois étages: rez-de-chaussée propice pour trois bureaux, deux étages supérieurs pour maisons privées ou bureaux. S'adresser à T. Valiquette, administrateur, L'Union Médicale du Canada, 418 est, rue Sherbrooke. Tél.: MA. 7334.

---

## POSTE DE MÉDECIN

**À louer:** Bureau de médecin, meublé ou non, 3 pièces (bureau, salles d'examen et d'attente). Instruments de chirurgie à vendre, etc. Cause mortalité. Possession immédiate. Conditions faciles. S'adresser: 1369, Parc Lafontaine (angle Garnier et De Lanaudière). Tél.: AMherst 3000.

---

## INFIRMIER DIPLOME

—♦♦—

Tél.: CHerrier 4235

### ERNEST BLANCHETTE

Infirmer diplômé de l'hôpital Hôtel-Dieu de Montréal

Service privé      Jour et nuit

Rés.: 1012 est, rue Sherbrooke

MONTREAL

---

## SITUATION DEMANDEE

—♦♦—

### SITUATION DEMANDEE

Personne de confiance demande situation chez médecins et dentistes. Douze ans d'expérience. Peut fournir références. S'adresser à T. Valiquette, administrateur, 418 est, rue Sherbrooke.

En s'organisant ces épaissements finissent par rétrécir le vaisseau ou l'oblitérer complètement. Les parois du vaisseau, surtout la musculuse et la couche élastique sont respectées. Seule l'intima serait prise. On ne note aucun processus inflammatoire.

Ces lésions ont un retentissement grave sur la petite circulation et peuvent amener une sclérose secondaire de l'artère pulmonaire et des oblitérations par suite de thrombose plus étendues que les premières.

Cet obstacle à la circulation peut déterminer une dilatation et une hypertrophie du ventricule droit. Finalement une insuffisance cardiaque amène la mort.

Cette nouvelle maladie artérielle procède par poussées et comme l'endocardite, elle possède une tendance à la récurrence.

Alph. BERNIER.

H. HOMMA. — **Contribution à l'histologie de la maladie de Kaposi (Zur Histologie der Kaposischen Krankheit).** "Centralblatt für All. Patho.", 30 septembre 1935.

L'auteur décrit un cas de maladie de Kaposi (sarcomatose). Il y trouve dans les régions à structure rappelant le sarcome, — régions qui ont donné son nom à la maladie — de nombreuses cellules géantes de type de Langhans et du type de celles qui entourent les corps étrangers.

Il ne voit comme origine de ces cellules géantes que l'endothélium des capillaires si nombreux dans cette affection. La présence de ces cellules géantes, le conduit à supposer une origine inflammatoire à la maladie de Kaposi.

Alph. BERNIER.

## LABORATOIRE

Y. MANOUELIAN. — **Syphilis tardive, formes minuscules du Spirochaeta Pallida. Spirochétogène syphilitique.** Ann. Inst. Pasteur, décembre 1935, p. 698.

Depuis la découverte du Spirochaeta Pallida par Schaudinn, on a décrit de nombreuses formes évolutives du parasite. Manouélian par ses travaux vient apporter de nouvelles précisions sur ce point. En plus de la division transversale qui est le mode habituel de multiplication du Spirochaeta Pallida, l'auteur reconnaît, tout comme Kermorgant, une forme de division particulière: par granulation. Les spirochètes émettent à une extrémité des formes à 2, 1 ou moins d'un tour de spire et un granule reliés au corps microbien par le périplasme. Ce périplasme se rompt et les spirochètes se transforment en éléments minuscules et en granules. Si les formes minuscules sont des spirochètes, les granules ne sont que des germes. L'auteur réserve à ces granules qui traverseraient les bougies filtrantes, le nom de spirochétogène.

La présence d'un filament attaché au granule permet d'affirmer la nature spirochétique de cet organisme et de suivre les phases d'évolution de celui-ci en spirochète, d'abord minuscule, puis adulte. Le filament permet également de reconnaître les granules spirochétogènes vivants des débris provenant de la dégénérescence du parasite.

Le granule muni du filament périplasmique peut évoluer vers la forme adulte du spirochète ou se diviser et se multiplier en tant que spirochétogène. Le filament peut présenter un granule à chacune de ses extrémités, ou toute une série de granulations qui se libèrent tour à tour par étirement et rupture du périplasme donnant ainsi naissance à des spirochètes minuscules.

Ces formes minuscules se retrouvent surtout dans les lésions tardives de la syphilis où elles sont nombreuses et faciles à observer: gommés, anévrysmes de l'aorte, aortites, cerveaux de P. G. Dans toutes ces lésions l'auteur a retrouvé ces formes minuscules et ces granules avec une grande netteté.

Dans les jeunes cultures, c'est surtout la division typique qui se retrouve avec la plus grande fréquence; dans les cultures plus âgées, ces formes typiques deviennent rares. Dans les vieilles cultures le développement des spirochètes se fait par fragmentation intégrale ou partielle des parasites, par émission de granules des spirochètes typiques et par division spirochétogène.

Dans les lésions syphilitiques l'auteur a observé quelque chose d'identique. Les lésions du début sont riches en formes typiques de division alors que les lésions anciennes contiennent surtout des formes anormales. Chez un même individu présentant des lésions récentes et des lésions anciennes, il est possible de constater la présence simultanée de ces diverses formes de division du parasite.

A. BERTRAND.

**FOULGER et FOSHAY. — Action antiseptique et bactéricide de l'urée.**  
 "Journal of Lab. and Clin. Med.", août 1935.

L'urée est habituellement regardée comme un moyen facile pour les mammifères d'excréter l'azote; cependant elle vaut plus que cela: elle empêche la putréfaction soit par la suppression de l'activité des enzymes, ou mieux, en empêchant de se développer les organismes qui produisent les enzymes protéolytiques. Il a été démontré très clairement que l'action des enzymes peut être retardée par de faibles concentrations d'urée. Aujourd'hui les auteurs rapportent les résultats obtenus par des solutions saturées dans le traitement des exsudats purulents, et démontrent des faits sur l'action bactéricide de l'urée. Les auteurs rapportent de nombreux cas de plaie infectée où l'urée en poudre avec soie huilée et pansement sec fait disparaître la fétidité et le pus entre 36 et 72 heures. Mêmes résultats dans des otites moyennes suppurées où peroxyde, permanganate, mercurochrome, etc., avaient failli, furent totalement guéries à l'aide d'une solution aqueuse saturée fraîchement préparée d'urée; instiller toutes les deux ou quatre heures selon l'intensité de l'écoulement, après irrigation au sérum physiologique pour dérouter.

Lionel PATCINE.



# SOCIÉTÉS

## LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

### RAPPORT ANNUEL DU SECRÉTAIRE-TRÉSORIER POUR 1935

Monsieur le Président,  
Messieurs,

Dans son rapport annuel, le secrétaire de séances vous a fait part des activités scientifiques de la Société. Nous n'y reviendrons pas. Toutefois, qu'il nous soit permis de rappeler à nouveau les noms des conférenciers étrangers qui sont venus nous entretenir au cours de 1935: MM. Penta, Ackermann, Lundy, Chevalier-Jackson et Keenan. Des séances spéciales furent organisées pour la venue de ces distingués visiteurs, et chacune de ces séances extraordinaires attirèrent un grand nombre d'auditeurs.

Nous avons eu le regret de perdre trois de nos membres très distingués: MM. Pierre-Z. Rhéaume, l'un de nos anciens présidents, Ovide Normandin et René Raymond, de Ste-Scholastique. Leur éloge a été fait dans l'*Union Médicale du Canada*, mais nous tenons ici à réitérer aux membres affligés des familles de nos collègues disparus, l'expression de notre très vive sympathie et de nos sincères condoléances.

Un certain nombre de membres ont envoyé leur résignation pour des raisons financières pour la plupart, aussi croyons-nous qu'il leur devrait être continué le service pour cette année. Deux nouveaux membres ont été élus au cours de l'année. Ce sont: MM. Jean Panet-Raymond et Edouard Desjardins.

Le Comité Exécutif et le Conseil de Direction se sont réunis trois fois pour discuter des intérêts de la Société.

Une résolution a été présentée au Gouvernement de Québec afin d'obtenir la distribution gratuite des sérums et vaccins dans la ville de Montréal. Cette demande faite conjointement avec la Montreal Medico-Chirurgical Society par l'Association Médicale de la Province de Québec, n'a pu obtenir la faveur que nous en espérons, mais elle reste toujours sur le tapis pour présentation future.

Un certain nombre de membres du Conseil furent invités à une réception donnée le 3 août par M. Birks, dans sa magnifique propriété à Mont-Bruno, pour rencontrer les médecins de la British Medical Association, en route vers l'Australie pour assister à la réunion annuelle de cette association. Nous eûmes personnellement le plaisir de représenter la Société en cette occasion avec le Secrétaire de Séances d'alors, M. Louis Fortier.

Lors de la réunion annuelle de l'Acfas, le secrétaire de séances, M. Louis Fortier, fut délégué par l'Exécutif pour assister et prendre part aux délibérations. C'est alors que l'un des nôtres, le docteur Baril, fut élu

Président de l'Association Canadienne-Française pour l'Avancement des Sciences. Nous profitons de cette occasion pour renouveler au Docteur Baril, nos sincères félicitations et celles de tous les membres de la Société, pour l'honneur qui rejaillit sur elle.

Enfin, Messieurs, nous eûmes en trois circonstances particulières, l'occasion de collaborer avec des sociétés sœurs, la Société de Phtisiologie deux fois et la Société d'Electrologie et de Radiologie canadienne-française, dans l'organisation de séances extraordinaires. De plus, nous avons eu une demande pour la fondation d'une section de pédiatrie au sein de la Société Médicale. Et avec ces multiples collaborations et la création de multiples sociétés savantes, l'Exécutif et le Conseil ont cru qu'il était temps de voir s'il n'y aurait pas lieu de fédérer ou d'associer chacune de ces sociétés de spécialités, comme section de la Société Médicale de Montréal.

A chacune des réunions de l'Exécutif, cette question fut débattue et c'est ce qui fait qu'aujourd'hui, nous sommes appelés à en discuter l'opportunité en séance générale afin que chacun émette son opinion, librement, sans ambages ni arrière-pensée.

Suit le rapport financier audité par un comptable licencié selon l'article 28 des règlements, qui se lit :

"La Société vote sur le rapport *audité* du secrétaire-trésorier général, après quoi, s'il y a lieu, le président donne à celui-ci décharge de sa gestion sur ses registres".

*Le Secrétaire-Trésorier Général lit ensuite le rapport financier détaillé et audité qui montre un revenu net de l'exercice de \$91.60.*

*Ce rapport secretarial et financier est ensuite adopté à l'unanimité des voix des membres présents.*

*Commentant sur la situation actuelle de La Société Médicale de Montréal et sur le nombre toujours croissant de Sociétés de Spécialistes qui se fondent dans la métropole, M. Gérin-Lajoie fait les commentaires suivants qui engagent la discussion sur la possibilité de réorganiser ou de modifier l'état actuel de La Société Médicale.*

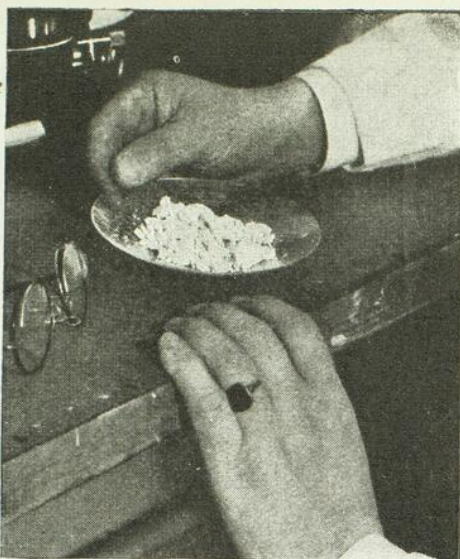
Monsieur le Président,

Ce n'est pas sans une certaine émotion, je vous avoue, que je vous ai présenté mon dixième et dernier rapport annuel, comme secrétaire-trésorier général. En effet, durant une période de douze ans, j'ai occupé le secrétariat de la Société pendant dix ans et j'y ai connu toutes sortes de péripéties, la plupart intéressantes et agréables.

Lorsqu'en 1929, à la suite d'un rapport du trésorier, M. P. Letondal, montrant que nous avions été frustrés, de quelques mille deux cents dollars, j'ai été invité à reprendre le secrétariat et la trésorerie de la Société; j'ai accepté dans l'espoir de remonter les finances et le moral de celle-ci. J'y ai réussi dès la première année, alors que nous avons accusé un surplus de près de cinq cents dollars. A ces époques nous nous sentions généreux, et l'année suivante nous n'avons pas hésité à verser à l'Association des Médecins

# SCHERING

au premier rang  
pour la thérapeutique  
par l'hormone sexuelle.



PROGYNON-B, sous une forme cristalline, contient 65,000,000 unités-rats d'hormone folliculaire véritable.

**PREMIERS:** Les laboratoires Schering furent les premiers à perfectionner la forme très efficace de l'hormone folliculaire bi-hydratée — **Progyonon-B**, suspension huileuse d'acide benzoïque extrait d'hormone folliculaire bi-hydratée. Un grand nombre de rapports publiés par d'éminents auteurs, révèlent l'efficacité de ce produit dans le traitement de déficience hormonique dans les cas de ménopause, d'aménorrhée, de dysménorrhée, de migraine et de vaginite infantile gonococcique.

**PREMIERS:** Schering furent les premiers à synthétiser et standardiser l'hormone du corps jaune. "Proluton" fut particulièrement efficace dans le traitement de la menace d'avortement réitéré, de métrorrhagie et de ménorrhagie.

Les prix, considérablement diminués, de cette précieuse médication la mettent à la portée d'un plus grand nombre de patients. La variété de concentrations rend possible un dosage adéquat à chaque cas individuel.

*Littérature intéressante concernant "Progyonon-B" et "Proluton" envoyée sur demande.*

DEMANDEZ NOTRE LIVRET NOUVEAU:

"Manuel Clinique pour la Thérapie par l'Hormone Sexuelle Féminine"

## SCHERING (CANADA) LIMITED

Case postale 358

MONTREAL

## Vous pouvez les recommander en toute confiance

Composés d'hydrates de carbone sous leur forme la plus facilement assimilable — les sirops de blé d'inde (Maïs), "CROWN BRAND" et "LILY WHITE", servis avec le lait, constituent la nourriture la plus substantielle et la plus économique pour les bébés. Leur coût modique, leur qualité qui ne le cède en rien aux préparations d'hydrates de carbone les plus dispendieuses, en font la nourriture d'enfants la plus économique dont vous puissiez vous servir ou recommander.

Nombre de médecins réputés recommandent depuis des années ces deux célèbres marques, sachant qu'elles sont fabriquées dans les conditions les plus hygiéniques.



### POUR LES MÉDECINS SEULEMENT

Un petit calculateur de poche contenant les différentes diètes d'enfants dans lesquelles rentrent ces deux célèbres sirops de blé d'inde (Maïs) en plus d'un traité scientifique sous forme de livret pour la nutrition des bébés et des tablettes de prescriptions peuvent être obtenues sur demande. Découpez le coupon ci-dessous et ces imprimés utiles vous seront envoyés immédiatement.

Découpez ici.

The CANADA STARCH CO., Ltd,  
Montréal

Veuillez m'envoyer

- CALCULATEUR
- Livret: "LES SIROPS DE MAÏS DANS L'ALIMENTATION DES ENFANTS"
- TABLETTES DE PRESCRIPTIONS

Nom .....

Adresse .....

## SIROPS de MAÏS EDWARDSBURG "CROWN BRAND" et "LILY WHITE"

Fabriqués par THE CANADA STARCH COMPANY, Limited

# JEAN DORAIS

BUREAU NATIONAL DE RAJUSTEMENT ET DE COLLECTION

57 OUEST, RUE ST-JACQUES

MONTREAL, P. Q., CAN.

*Perception d'honoraires de médecins*

Percepteur licencié

Membre du Bureau Coopératif de  
"L'AMERICAN COLLECTION SERVICE"

Tél. HArbour 6358  
Case postale 2095

de Langue Française de l'Amérique du Nord une somme de trois cents dollars.

Malheureusement la dépression que nous croyions passagère, a persisté et nous avons dû baisser la cotisation de \$5.00 à \$3.00, dans l'espoir que nous conserverions un nombre de membres suffisants pour permettre à la Société de vivre tout en rémunérant le secrétaire-trésorier. Nous espérons également augmenter sensiblement le nombre de nos membres. Afin d'inciter les médecins à se joindre à nous, nous les avons circularisés et j'entends ici tous les médecins de Montréal, pour au moins deux séances par année. Cette innovation a fait croire à nombre d'entr'eux qu'ils étaient invités à toutes les séances. De fait les avis dans les journaux laissaient l'entrée libre aux réunions, tant hospitalières qu'universitaires. La Société s'est-elle vraiment attiré un nombre intéressant de membres par cette courtoisie ? J'en doute. Bien au contraire, j'ai l'impression qu'elle s'est fait du tort. En effet, un certain nombre de membres ont refusé de payer, ou trouver injuste qu'ils soient appelés à verser leur cotisation annuelle, quand leur voisin, qui assiste lui aussi à toutes les séances, n'y va pas de son petit écot. Il est vrai que l'invité n'a pas voix délibérative, mais combien de votes sont pris chaque année, et empêchera-t-on un collègue présent à une réunion de se lever pour discuter un travail scientifique ?

Non, j'ai l'impression que si chacun des membres n'y met pas du sien, pour amener un confrère à faire partie de la Société, si toutes les sociétés scientifiques ne se fusionnent pas sous l'égide de la Société Médicale, pour en devenir une section, si la Société ne redevient pas une société fermée, où chaque membre s'inscrira auprès du secrétaire à son entrée dans la salle, si la cotisation n'est pas reportée de \$3.00 à \$5.00, voire même peut être \$7.00 ou \$8.00, la Société Médicale est en voie de périliter, après plus de 64 ans d'existence. Quel malheur ! le centre médical canadien-français le plus considérable de l'Amérique n'ayant pas de Société Médicale, ... vraiment ce serait une déchéance.

Nous manquons de collaboration. Nous ne savons pas partager l'ouvrage entre les membres de la Société. Il semble que tout repose sur les épaules du secrétaire-trésorier général. C'est pratiquement la Société d'un seul homme. Il est seul avec son secrétaire de séances pour préparer les réunions. C'est une erreur. Il devrait y avoir un Comité des Programmes, un Comité des Finances, un Comité de Recrutement, en plus du Comité Exécutif. Le Comité de Recrutement devrait insister pour qu'au moins tous les médecins des hôpitaux fassent partie de la Société. N'y a-t-il pas jusqu'à certains médecins de nos institutions qui présentent des communications aux réunions hospitalières qui se vantent de ne pas faire partie de la Société ?

Non, la profession est d'une apathie profonde pour tout ce qui relève du mouvement scientifique. Oh ! je comprends bien que les temps sont durs, je sais que quantité de médecins ont de la misère à rejoindre les deux bouts, qu'un certain nombre ne sont pas capables de mettre même \$3.00 de côté pour faire partie de la Société... Mais d'autres, de ceux-là par exemple qui refusent de verser \$3.00 au bout d'une année, durant laquelle nous leur avons fait le service des convocations, parce que c'est

trop élevé, et qui ne trouvent pas exorbitant deux billets à une partie de hockey, au concert philharmonique ou à une représentation théâtrale. Je suis fort à l'aise pour parler, je ne suis plus secrétaire-trésorier, mais ce sont des choses dont j'ai été témoin, que j'ai entendues et vues.

Il faut ici même prendre une décision. La Société compte 259 membres en règle au 1er janvier 1936. Que chacun prenne à cœur les intérêts de sa Société. Il faut la faire renaître de son état de léthargie, il faut qu'elle vive !...

Il semble bien qu'un grand nombre se soient efforcés de *tuer la Société*, si l'on accède aux sept points suivants que j'ai déjà lus quelque part, et qu'on conseille pour aboutir à cette fin.

*"Comment tuer une Société Médicale".*

1. N'assistez pas aux réunions ou ne vous y rendez que tardivement.
2. Si la température ne vous convient pas, ne songez pas à vous déplacer.
3. Si vous assistez aux séances trouvez des fautes dans le travail des officiers et des autres membres de la Société.
4. N'acceptez jamais aucune charge, car il est plus facile de critiquer que d'agir. Cependant soyez offensé si vous n'êtes pas nommé membre d'un comité; mais si vous l'êtes, désintéressez-vous-en.
5. Si le Président vous demande votre opinion sur une question importante, répondez que vous n'avez rien à dire.
6. Après la réunion dites à tous comment les choses auraient dû être faites.
7. Ne faites que le strict nécessaire, mais quand les autres membres relevant "leurs manches", apportent leur collaboration désintéressée et leur appui bienveillant, criez bien fort que l'organisation est conduite par une "clique".

Léon GERIN-LAJOIE,  
secrétaire-trésorier général  
de la Société Médicale de  
Montréal.



**LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE MONTREAL****ÉLOGE DE MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE-Z. RHÉAUME**

**fait par le secrétaire général de la Société de Chirurgie  
de Montréal, à l'assemblée annuelle.**

Monsieur le Président,  
Messieurs,

“Satisfait d'avoir réalisé une ambition tenace — un rêve — j'ai le grand bonheur de vous souhaiter la bienvenue dans les modestes mais permanents locaux de l'Association”. Dans cette phrase prononcée le 12 septembre dernier à l'ouverture de l'assemblée du Conseil de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, six jours avant sa mort, nous avons exprimé une des caractéristiques qui a fait de Pierre Z. Rhéaume, ce qu'il a été. Sa tenacité, son activité, sa méthode dans le travail, sa conscience professionnelle ont fait de lui, l'un de nos grands animateurs du mouvement médical, non seulement au Canada français, mais dans le pays tout entier, voire même à l'étranger.

Organisateur de grandes choses, il a établi et bâti des institutions qui nous font honneur, où il nous est permis de puiser largement et où les générations futures liront gravé en lettres d'or, le nom de celui qui en aura été un instigateur puissant. Il serait trop long ici, d'entrer dans les détails de l'œuvre para-médicale, si vous voulez bien me permettre ce terme, de celui dont je suis aujourd'hui chargé de vous rappeler le souvenir. L'Hôtel-Dieu, l'Hôpital Général Canadien No 6 de l'Université Laval, l'Association Médicale de la Province de Québec, l'Union Médicale du Canada, l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, La Société de Chirurgie de Montréal, l'Hôpital Saint-Luc, reçurent tour à tour, non seulement l'appui de ce travailleur infatigable, mais il sut donner à chacune de ces œuvres, une impulsion qu'elles n'avaient jamais encore reçue.

L'œuvre chirurgicale de Rhéaume offre un cachet bien particulier, en ce qu'elle est répartie non seulement sur une série de travaux, de publications périodiques comme la plupart d'entre nous en offrons occasionnellement, mais elle comprend en outre un ouvrage, véritable traité de “Technique Chirurgicale — Estomac et Duodénum”, et de plus un film scientifique illustrant sa méthode personnelle de gastrotomie continentale.

Rhéaume naquit à St-Urbain, Comté de Châteauguay, il y a 59 ans, de François Rhéaume et Odile Beaudin. Il reçut son éducation au Collège de Montréal, puis il entra à l'Université Laval de Montréal, où il obtint son diplôme de docteur en médecine en 1900. Il partit pour Paris, tôt après, pour se perfectionner dans la chirurgie. Déjà à cette époque, une phalange de jeunes, aujourd'hui nos aînés, qui ont vu grand, à qui nous sommes redevables de tout ce que nous avons, prenaient le chemin de la Ville Lumière pour parfaire des études qu'ils sentaient inadéquates. Ils ont

tracé le chemin qui conduit aux postes universitaires et hospitaliers. Mais à son retour au Canada, Rhéaume s'installa dans son pays, à Valleyfield, où il se livra à la pratique chirurgicale. A la suite d'une visite du professeur J. E. Dubé, à la Société Médicale de Valleyfield, dont Rhéaume était l'actif secrétaire, la personnalité de celui-ci le frappa, au point qu'il en dit un mot au regretté professeur Hervieux, et sur l'instigation et les conseils de ce dernier, il vint s'installer à Montréal et entra à l'Hôtel-Dieu, dans le service du professeur Amédée Marien, l'un de nos membres honoraires, où il exerça son art avec la maîtrise et l'habileté qu'on lui connaissait tous. Marien affectionnait particulièrement la chirurgie du tube digestif et son disciple ne fut pas lent à comprendre tout l'avenir que pouvait comporter pour celui qui voulait s'y livrer, l'étude de cette spécialité chirurgicale. Il s'y adonna corps et âme, tout en ne négligeant pas les autres champs de la chirurgie. L'Université reconnut ses qualités et il fut appelé à la chaire de chirurgie opératoire.

Déjà, il avait fait sa marque, lorsqu'en 1914 la tourmente l'entraîna. Les études complémentaires qu'il avait faites en France, auxquelles sans nul doute, il devait les succès d'une clientèle toujours grandissante, lui pesaient comme une dette qu'il ne croyait jamais ne pouvoir acquitter. Il mit au service de l'armée canadienne ses connaissances médicales, mais son talent d'organisateur fut vite reconnu et il fut chargé de la direction du service de chirurgie de l'Hôpital Général Canadien No. 6, de l'Université Laval, qui s'établit d'abord à St-Cloud, puis à Joinville-le-Pont. Il en revint en 1919, avec une compagne, Marguerite Lebizay, de Bruxelles, qu'il avait épousée l'année précédente et qui lui survit. Nous tenons ici, au nom de la Société de Chirurgie de Montréal, à réitérer à Madame Rhéaume, l'expression de notre très vive sympathie et de nos sincères condoléances.

Il retourna à l'Hôtel-Dieu. Sa clientèle se reconstitua rapidement, et Rhéaume continua le travail qu'il avait commencé, le perfectionnement et l'amélioration des techniques chirurgicales des opérations de l'estomac et de l'intestin.

Sa grande activité le fit rechercher pour la présidence de la Société Médicale de Montréal, l'Association Médicale de la Province de Québec, qu'il réorganisa avec grand succès, de l'Union Médicale du Canada, de la Société de Chirurgie de Montréal, de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, qu'il installa comme on sait, sur des bases d'une solidité à toute épreuve, avec son Comité Permanent, dont il fut le premier président, son Bulletin et ses Locaux Définitifs. Il était également membre de L'American College of Surgeons, de la Canadian Medical Association, dont il fut un des membres du Conseil pendant de nombreuses années, et un agrégé (Fellow) du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada.

Il fut créé Chevalier de la Légion d'Honneur à l'issue du Congrès Jacques-Cartier à Québec en 1934.

La mentalité de Rhéaume s'adoptait à toutes ces charges qu'il remplissait avec tact et habileté. Il n'acceptait d'ailleurs, qu'à condition de pouvoir mettre la main à la pâte. Les positions honorifiques ne l'intéressaient guère. Il s'attachait à faire quelque chose de l'œuvre dont on lui offrait la présidence, ou le poste de conseiller. Lorsqu'on lui confia la

direction scientifique de l'Hôpital St-Luc, il ne fut pas lent à s'entourer d'une élite de médecins, chirurgiens, hommes de laboratoires, la majorité plutôt jeunes, mais qu'il avait connu et sur lesquels il fondait de grandes espérances. Dans cette direction scientifique et la réorganisation de cet hôpital il ne reçut pas toujours le support et l'encouragement qu'il eût pu mériter. Il fut en butte à bien des critiques, à des intrigues de toutes sortes. Jamais il ne se découragea. L'obstacle, le refus semblaient lui donner une énergie nouvelle. L'une de ses ambitions, de voir son institution affiliée à l'Université de Montréal, non pour lui, c'est sûr, mais pour la phalange des jeunes énergies qu'il avait groupées autour de lui, se réalisa quelques jours avant sa mort. Il voyait loin, il voyait grand....

Et malgré toutes ses occupations, il trouvait le temps de lire, d'annoter, d'écrire. Ses contributions aux revues scientifiques canadiennes, françaises ou américaines sont multiples. Je ne m'aventurerais même pas d'essayer à vous les énumérer: elles sont vraiment trop nombreuses. Toutes sont empreintes de cet esprit de clarté, de lucidité, de correction, de concision et d'exactitude qui ont permis à l'auteur d'avoir rempli dans ces 35 ans de vie professionnelle plus que nombre d'entre ses confrères n'auraient osé espérer compléter dans le double de ce temps. Ces articles revêtent le caractère d'autorité, et ils sont lus avec l'intérêt que comporte la lecture d'un travail où l'on peut apprendre quelque chose.

Mais le couronnement de l'œuvre chirurgicale de Rhéaume réside dans son livre publié ces années dernières "Technique Chirurgicale - Estomac et Duodénum". Je ne veux pas ici analyser à nouveau cet ouvrage que vous connaissez tous, Messieurs, mais qu'il me soit permis, en cette occasion qui m'est offerte de faire l'éloge de son auteur, de relire à haute voix, devant vous, l'appréciation qu'en faisait l'un de nos confrères dans l'Union Médicale du Canada, en juillet 1932 :

*"Un livre du Professeur Rhéaume"*

"La littérature médicale canadienne-française s'est enrichie d'une œuvre fort remarquable. Le récent volume du Professeur Rhéaume: "Technique Chirurgicale - Estomac et Duodénum", peut figurer avec avantage parmi les meilleurs travaux de ce genre.

"Tous connaissent la carrière chirurgicale de M. Rhéaume, travailleur infatigable et consciencieux; nous trouvons dans son livre le reflet de sa personnalité.

"Cet ouvrage, il l'a conçu et réalisé à l'Hôtel-Dieu; ce fut son chant du cygne avant de nous quitter pour l'Hôpital St-Luc dont il est devenu l'animateur. Nul doute que, dans son nouveau milieu il trouvera l'inspiration nécessaire à l'éclosion du second volume dont il annonce la venue dans son avant-propos.

"Technique Chirurgicale, Estomac et Duodénum" se présente suivant un plan méthodique et précis. Le livre commence par un exposé de "l'évolution des techniques fondamentales de la chirurgie gastrique". C'est l'histoire de la chirurgie gastro-intestinale débutant à une époque très ancienne, avec ses sutures de fortune pour évoluer ensuite à l'aide des différents genres d'anastomoses et en arriver jusqu'aux derniers perfectionnements modernes.

“Les chapitres suivants sont consacrés à l'anesthésie, à la salle d'opération, à l'anatomie topographique de l'estomac et à la préparation opératoire des malades.

“Les considérations générales sur l'anesthésie sont de la plume du regretté docteur Charles Larocque. Les anesthésistes peuvent y puiser de précieux renseignements sur les différentes méthodes de narcose et sur l'emploi de certains appareils. Ceux qui, comme nous, ont connu Charles Larocque, ne liront pas sans émotion ces lignes imprégnées de science, de sagesse et d'humanité.

“Dans “mise en scène pour une opération gastrique”, nous assistons à la répétition d'un film illustrant le travail d'une équipe de chirurgiens de l'Hôtel-Dieu.

“Au chapitre “la préparation du malade” le lecteur trouvera un enseignement de la plus haute valeur pour mener une opération à bonne fin.

“Etant dans l'impossibilité de commenter chaque chapitre en particulier, je me contenterai d'en indiquer quelques-uns tels que : Gastrostomie, Duodénostomie, Cholécotomie transduodénale, etc. où, en plus de nombreux procédés opératoires, nous trouvons des techniques personnelles à l'auteur, ce qui ajoute à l'intérêt et à la valeur de l'ouvrage.

“Cette bien pâle analyse, que je m'excuse de n'avoir pu faire plus complète, montre tout de même la haute valeur scientifique de ce livre renfermant de nombreuses données que l'on ne saurait trouver nulle part ailleurs.

“D'une apparence sobre mais élégante, pourvu d'une abondante bibliographie, illustré de centaines de belles figures qui complètent le texte, ce volume devrait se trouver dans la bibliothèque de tout chirurgien, et de tout médecin soucieux de se tenir au courant des progrès de son art.

“Le Professeur Rhéaume a droit à nos plus sincères félicitations, que je le prie de bien vouloir accepter au nom du Comité de Rédaction de l'Union Médicale du Canada.”

Signé: E. TROTTIER.

Non content d'avoir laissé sur des planches et des photographies inertes, les détails de techniques chirurgicales qu'il chérissait, il a conçu et exécuté sur film animé, les points indispensables et particuliers qui font de sa méthode un avancement dans la chirurgie de l'estomac et du duodénum. Ce film est en quelque sorte le symbole de la débordante activité de Rhéaume. Mort, il vit encore au milieu de nous, non seulement par les œuvres qu'il aura contribuer à établir et amplifier, mais il agira, il remuera, il opérera pour nous, à notre volonté, et il continuera à graver dans nos esprits l'image de celui qui peut servir d'exemple à plus d'un d'entre nous qui ne trouvons souvent jamais le temps de faire le peu que nous nous sommes tracés. Sachons tirer de ce modèle de travailleur, une leçon d'énergie et de possibilités. Puissions-nous, nous aussi, ne pas terminer ce pèlerinage terrestre sans pouvoir dire comme Rhéaume: “Je suis satisfait d'avoir réalisé une ambition tenace - un rêve...”.

Léon GERIN-LAJOIE, M.D., F.R.C.S. (C.)

*Secrétaire général de la Société de Chirurgie  
de Montréal.*

## BIBLIOGRAPHIE

---

**Etudes expérimentales récentes sur les maladies infectieuses**, par Jean TROISIER, professeur agrégé de Pathologie expérimentale et comparée à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin de l'hôpital Beaujon. Un volume de 280 pages, avec 50 figures: 45 fr. — Masson et Cie, éditeurs, libraires de l'Académie de Médecine, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'édification de la nosologie moderne implique des connaissances multiples, des disciplines imprévues. Le sérologiste, l'anatomo-pathologiste, le bactériologiste, le zoologiste, doivent mettre en commun leurs efforts, et c'est le pathologiste, rompu aux disciplines scientifiques, qui doit faire la synthèse des données de l'observation et de l'expérimentation pour faire le point au milieu de travaux parfois contradictoires. Cette méthode appliquée ici par l'auteur, lui permet de dégager des travaux modernes, des assises solides à quelques maladies infectieuses.

### CHAPITRES DE L'OUVRAGE

I. — Maladies virulentes. — Sarcomatose des gallinacés. Maladie de Nicolas-Favre. Fièvre jaune. Grippe et coryza. Encéphalite vaccinale. Ictère commun.

II. — Spirochètoses et Protozooses. — Spirochètose ictéro-hémorragique. Spirochètose méningée. Leishmaniose viscérale. Fièvre boutonneuse.

III. — Infections bactériennes. — Fièvre typhoïde. Tularémie. Rouget. Brucellose d'origine bovine. Tétanos. Septicémie à *B. Perfringens*.

IV. — Infections à bacilles acido-résistants. — Lèpre. Primo-infection tuberculeuse par inoculation cutanée. Typho-Bacillose.

V. — Agranulocytose.

VI. — Virus néphrotropes.

---

## NOUVELLES

---

### MONSIEUR LE PROFESSEUR DUBE

La Société Belge de Gastro-Entérologie, réunie en assemblée générale statutaire du mois de décembre dernier, a admis le professeur J.-E. Dubé au titre de Membre Honoraire de cette Association.

---

### LES JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES

*Les Journées Médicales de Bruxelles* (XV<sup>me</sup> session) se tiendront à l'Université Libre de Bruxelles, du 20 au 24 juin 1936, sous la présidence de Monsieur le professeur Robert DANIS.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur R. Beckers, Secrétaire-Général, 141 rue Belliard, Bruxelles.

---

### POSTE POUR MÉDECIN

**Site idéal pour médecin, en face de l'église Enfant-Jésus. Bon grand logement, 7 pièces (un bas) où demeure un médecin depuis 15 ans.**

**S'adresser: Dr J.-A. Dufresne, BELair 2478.**

---

### BIBLIOTHÈQUE À VENDRE

**Magnifique bibliothèque médicale à vendre, série complète (avec meubles à rayons), le tout en très bon état. Conditions avantageuses. S'adresser à Union Médicale du Canada, 418 est, rue Sherbrooke, Tél.: MA. 7334.**

---

## TABLE ALPHABETIQUE DES ANNONCES

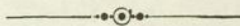
---

<b>Abbott Laboratories Ltd,</b> ( <i>Haliver Oil avec Viostérol</i> )	XII
<b>Anglo-French Drug Cie.,</b> ( <i>Tonique du Sang</i> ) . . . . .	L
<b>Antiphlogistine,</b> ( <i>Pneumonie</i> ) . . . . .	XXII
<b>Ayerst, McKenna &amp; Harrison, Limited</b> ( <i>Emmenin Liquid</i> )	XX
<b>Banque Canadienne Nationale,</b> ( <i>À votre disposition</i> ) . .	XLVI
<b>Bristol-Myers Co.,</b> ( <i>Sal Hepatica</i> ) . . . . .	IX
<b>British Drug Houses (Canada), Ltd, The,</b> ( <i>Acide Mandelic B. D. H.</i> ) . . . . .	XXXII
<b>Canada Drug Company,</b> ( <i>Paveral</i> ) . . . . .	III
<b>Canada Starch Company, Limited,</b> ( <i>Sirop de Blé d'inde (Maïs) Edwardsburg</i> ) . . . . .	LXII
<b>Cardinaux, Paul,</b> ( <i>Gaiffe, Gallot &amp; Pilon et Ropiquet, Hazard &amp; Roycourt</i> ). <i>Diathermie, Rayons X, Electrologie</i> . . . . .	XI
<b>Casgrain &amp; Charbonneau, Ltée,</b> ( <i>Stérilisateur "Castle"</i> )	XLVIII
<b>Casgrain &amp; Charbonneau, Ltée,</b> ( <i>Ray. X Westinghouse</i> )	XLVIII
<b>Casgrain &amp; Charbonneau, Ltée,</b> ( <i>Thyvacrine No 10 C &amp; C</i> ) . . . . .	LVIII
<b>Casgrain &amp; Charbonneau, Ltée,</b> ( <i>Neurocrine No 5 C &amp; C</i> )	LVIII
<b>Casgrain &amp; Charbonneau, Ltée,</b> ( <i>Diacrine No 6 C &amp; C</i> )	LVIII
<b>Ciba, Compagnie, Limitée,</b> ( <i>Coramine "Ciba"</i> ) . . . . .	VII
<b>Denver Chemical Manufacturing Co.,</b> ( <i>Antiphlogistine</i> )	XXII
<b>Dorais, Jean,</b> ( <i>Perception d'honoraires de médecins</i> ) . .	LXII
<b>Duckett J. A.,</b> ( <i>Dernière Création de la Prothèse</i> ) . .	XLIV
<b>Eddé, J., Limitée,</b> ( <i>Ocreïne Gremy</i> ) . . . . .	VI
<b>Eddé, J., Limitée,</b> ( <i>Strychnal Longuet</i> ) . . . . .	VI
<b>Eddé, J., Limitée,</b> ( <i>Vulcase Brisson</i> ) . . . . .	VI

<b>Eddé, J., Limitée, (Pommade Midy)</b> . . . . .	XIX
<b>Eddé, J., Limitée, (Hémostyl)</b> . . . . .	XXVII
<b>Eddé, J., Limitée, (Bismuthoidol)</b> . . . . .	XXX
<b>Eddé, J., Limitée, (Librairie Médicale et Scientifique)</b>	XXXI
<b>Eddé, J., Limitée, (Iodone Robin)</b> . . . . .	XXXI
<b>Eddé, J., Limitée, (Iodogénol Pépin)</b> . . . . .	XXXIV
<b>Eddé, J., Limitée, (Neurinase)</b> . . . . .	XLVI
<b>Eddé, J., Limitée, (Lantol)</b> . . . . .	XXXV
<b>Fellows Medical Mfg. Co., Ltd., (Sirop Fellows)</b> . . . .	XXXIII
<b>Frosst, Charles E. &amp; Co. (Kondremul)</b>	
<i>Deuxième page intérieure de la couverture.</i>	
<b>Herd &amp; Charton, Inc., (Thalassol Chomedy)</b> . . . . .	XXIII
<b>Herd &amp; Charton, Inc., (Tricalcine)</b> . . . . .	LIV
<b>Horner, Frank W., Limitée, (Ovol)</b> . . . . .	LVII
<b>Huston Company, Limited, John A., (Arhéol Astier)</b> . .	XXV
<b>Knox Gelatine Laboratories, (Pour le patient sans appétit)</b>	XXIV
<b>Imperial Tobacco Co. of Canada, (Sweet Caporal)</b> . . .	XLIII
<b>Joubert, J. J., Limitée, (Santéine)</b> . . . . .	XIX
<b>Laboratoires AMIDO, A. Beaugonin, (Glycobyyl)</b> . . . .	XLVII
<b>Laboratoires AMIDO, A. Beaugonin, (Généserine)</b> . . . .	XLVII
<b>Laboratoires AMIDO, A. Beaugonin, (Génatropine)</b> . . . .	XLVII
<b>Laboratoires AMIDO, A. Beaugonin, (Génoscopamine)</b>	XLVII
<b>Laboratoires AMIDO, A. Beaugonin, (Génosthéniques)</b> . .	XLVII
<b>Laboratoires A. Bailly, (Opobyyl)</b> . . . . .	XVIII
<b>Laboratoire du Bismol, (Bismix, Agobyyl)</b>	
<i>Quatrième page de la couverture.</i>	
<b>Laboratoires Clin, Comar &amp; Cie, (Liqueur Laville)</b> . . .	J
<b>Laboratoires Clin, Comar &amp; Cie, (Strychno-Phospharsinées)</b> . . . . .	I
<b>Laboratoires Couturieux, (Lantol)</b> . . . . .	XXXV
<b>Laboratoire Nadeau Limitée, (Sodiosal)</b> . . . . .	XXX
<b>Laboratoires Poulenc Frères du Canada, Ltée, (Propidon)</b>	XIII
<b>Laboratoires Poulenc Frères du Canada, Ltée, (Propidex)</b>	XIII
<b>Laboratoires P. Astier, (Arhéol Astier)</b> . . . . .	XXV

<b>La Cie Canadienne des Agences Modernes, (Les Lithi-</b> <i>nés du Dr Gustin)</i> . . . . .	XXXVI
<b>La Cie Canadienne des Agences Modernes, (Magnésie du</b> <i>Dr Gustin)</i> . . . . .	XXXVI
<b>Librairie Beauchemin Limitée, (Linguaphone)</b> . . . . .	XXVIII
<b>Listers Limited, (Listers)</b> . . . . .	III
<b>Millet, Roux &amp; Lafon, Ltée, (Codoforme Bottu)</b> . . . . .	XLIX
<b>Millet, Roux &amp; Lafon, Ltée, (Arhemapectol)</b> . . . . .	XLIX
<b>Millet, Roux &amp; Lafon, Ltée, (Digibaine)</b> . . . . .	XLIX
<b>Millet, Roux &amp; Lafon, Ltée, (Solucamphre Delalande)</b>	XLIX
<b>Néobovinine, (Néobovinine avec Malt et Fer)</b> . . . . .	LX
<b>Nestle's Milk Products (Canada) Ltd., (Lactogen)</b> . . . . .	XXI
<b>Parke, Davis &amp; Cie., (Le Mapharsen)</b> . . . . .	IV
<b>Petrolagar Laboratories of Canada, Ltd., (Cinq formes</b> <i>de Petrolagar)</i> <span style="float: right;"><i>Troisième page de la couverture.</i></span>	
<b>Rougier Frères, (Hepathemo)</b> . . . . .	XVII
<b>Rougier Frères, (Opobyl)</b> . . . . .	XVIII
<b>Rougier Frères, (Digitaline Nativelle)</b> . . . . .	XXI
<b>Rougier Frères, (Realphène)</b> . . . . .	XXIII
<b>Rougier Frères, (Arhéol Astier)</b> . . . . .	XXV
<b>Rougier Frères, (Sedlitz Chanteaud)</b> . . . . .	XXVI
<b>Rougier Frères, (Sténol Chanteaud)</b> . . . . .	XXVI
<b>Rougier Frères, (Rami)</b> . . . . .	XXVI
<b>Rougier Frères, (Hémoglobine Deschiens)</b> . . . . .	XXIX
<b>Rougier Frères, (Elixir Ducro)</b> . . . . .	XXXIII
<b>Rougier Frères, (Sirop Famel)</b> . . . . .	XLIV
<b>Rougier Frères, (Uraseptine Rogier)</b> . . . . .	XLV
<b>Rougier Frères, (Lactolaxine Fydau)</b> . . . . .	XLV
<b>Rougier Frères, (Névrosthénine Freyssinge)</b> . . . . .	LIV
<b>Rougier Frères, (Chloramine Freyssinge)</b> . . . . .	LIV
<b>Rougier Frères, (Capsules Dartois)</b> . . . . .	LIV
<b>Rougier Frères, (Iodalose Galbrun)</b> . . . . .	LVII
<b>Rougier Frères, (Prosthénase)</b> . . . . .	LVII
<b>Sanatorium de Blois</b> . . . . .	VIII
<b>Sanatorium du Lac Edouard</b> . . . . .	X

<b>Sanatorium Prévost</b> . . . . .	XIV
<b>Schering (Canada), Ltd.,</b> ( <i>Progynon-B</i> ) . . . . .	LXI
<b>Squibb &amp; Sons of Canada, Ltd., E. R.,</b> ( <i>Nativol</i> ) . . . . .	LIX
<b>Vinant Ltée,</b> ( <i>Liqueur Laville</i> ) . . . . .	I
<b>Vinant Ltée,</b> ( <i>Strychno-Phospharsinées</i> ) . . . . .	I
<b>Vinant Ltée,</b> ( <i>Glycobl</i> ) . . . . .	XLVII
<b>Vinant Ltée,</b> ( <i>Généserine</i> ) . . . . .	XLVII
<b>Vinant Ltée,</b> ( <i>Génatropine</i> ) . . . . .	XLVII
<b>Vinant Ltée,</b> ( <i>Génoscopolamine</i> ) . . . . .	XLVII
<b>Vinant Ltée,</b> ( <i>Génosthéniques</i> ) . . . . .	LXVII
<b>Warner, William R., Co. Ltd.,</b> ( <i>Agarol</i> ) . . . . .	LIII
<b>Wingate Chemical Co. Ltd.,</b> ( <i>L'Emulsion Angier</i> ) . . . . .	LII



## Pour le bon fonctionnement de l'intestin.



Petrolagar sous 5 formes différentes adaptables au besoin de chaque malade.

**1. Petrolagar simple:**

Émulsion agréable contenant 65% de son volume d'huile de paraffine et de l'agar-agar. Thérapeutique rationnelle de la constipation.

**2. Petrolagar avec Phénolphthaléine:**

Très efficace dans les cas de constipation opiniâtre. Contient une proportion de  $\frac{2}{3}$  de grain de phénolphthaléine par cuillerée à soupe.

**3. Petrolagar avec Lait de Magnésie:**

Tout indiqué dans les cas de constipation accompagnée d'hyperacidité. Légèrement plus actif que le Petrolagar simple. Contient 8% de Lait de Magnésie.

**4. Petrolagar non sucré:**

Spécialement pour le malade qui préfère le Petrolagar non sucré, ou pour celui qui a une tendance au diabète. Ne contient pas de sucre ou d'hydrates de carbone assimilables.

**5. Petrolagar avec Cascara:**

Stimule le péristaltisme et donne une consistance normale aux fèces. Plus actif que le Petrolagar simple. Contient 13.2% d'extrait fluide de cascara sagrada non-amer.

Échantillons fournis sur demande.

PETROLAGAR LABORATORIES OF CANADA, LIMITED  
364 Argyle Road - Walkerville, Ontario

# • Petrolagar •

# BIS MIX

## HYPERCHLORHYDRIE



*Excepté  
les cas où  
l'intervention  
chirurgicale est  
nécessaire toutes les  
maladies du foie sont  
justiciables de l'Agobyl*



DÉSENSIBILISATEUR DES ÉTATS HÉPATIQUES

*Le Laboratoire du Bismol*  
*Spécialités Thérapeutiques*  
945 rue Côté *Montréal*