TOME LXVI MARS 1937 No 3

L'Union Médicale du Canada

REVUE MENSUELLE

Fondée en 1872

NÉCROLOGIE

E.-A. René de Cotret . . . . . L.-E. FORTIER 251
Le Professeur Frank Smithies . . . J.-E. DUBE 257
Professor F. A. C. Scrimger . . . Edward ARCHIBALD . . 261

BULLETIN

La nécessité pour les médecins du Québec de s'unir . . . . . GERIN-LAJOIE 263

MÉMOIRE

Nouvelle méthode de plastique nasale pour l'affaissement du lobule . . J.-N. ROY 266

RECUEIL DE FAITS

La luxation récidivante du maxillaire inférieur et son traitement . . . J.-C. FAVREAU . . . 271

MOUVEMENT MÉDICAL

Des arsenicaux. Exagération de leur toxicité . . . . . Paul POIRIER 278
Quelques considérations expérimentales sur la Nupercaïne . . . . . Gérard De MONTIGNY . 281

REVUE GÉNÉRALE

Hygiène municipale . . . . . Sylvio ROCH 285

ACTUALITÉS

Les sciences dans l'enseignement de la médecine . . . . . Roma AMYOT 294
L'enseignement médical en France . . Henri HARTMANN . . 298
Le Professeur Albert LeSage . . . . J.-E. DUBE 305

TRIBUNE LIBRE

Radiothérapie — Thyroïdectomie — Myxoedème . . . . . Albert JUTRAS . . . 308
Radiothérapie — Thyroïdectomie — Myxoedème — Commentaires . . Réal DORE 311

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement du scorbut infantile par l'acide ascorbique . . . . . Paul LETONDAL . . . 313

ANALYSES

Voir détails page X

(Suite du sommaire à la page X)

BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef
Albert LeSAGE

Secrétaire de la rédaction
Léon GÉRIN-LAJOIE

Secrétaire-Trésorier
J.-A. VIDAL

Membres:
Roma AMYOT, Édouard DESJARDINS, Jean SAUCIER.

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

MONTRÉAL
CANADA

RICHMOND
VIRGINIE

SERUM CLIN ANTICOLIBACILLAIRE

préparé suivant la méthode

du **Professeur H. VINCENT**

désalbuminé et purifié par électro-osmose

s'emploie en injections sous-cutanées, intramusculaires et intraveineuses.

Colibacilloses, formes septicémiques Appendicites gangréneuses avec péritonites	80 à 100 cc. par jour (adultes) 20 à 40 cc. — (enfants)
Colibacilloses aiguës — Pyélonéphrites suppurées	40 à 60 cc. par jour (adultes) 5 à 30 cc. — (enfants)
Colibacilloses chroniques Injections intestinales colibacillaires	20 à 40 cc. par jour (adultes) 5 à 20 cc. — (enfants)

Dans les formes graves, associer la voie intraveineuse à la voie sous-cutanée.
Dans les formes chroniques, associer à la voie sous-cutanée la prise du sérum **en ingestion** (20 cc. par jour, le matin, à jeun, dans un demi-verre d'eau froide).

SERUM CLIN ANTISTREPTOCOCCIQUE

préparé suivant la méthode

du **Professeur H. VINCENT**

désalbuminé et purifié par électro-osmose

s'emploie en injections sous-cutanées, intramusculaires et intraveineuses.

Septicémies streptococciques Infections puerpérales	100 cc. par jour (adultes) (répétés tant que la température demeure élevée, puis descendre progressivement: 80, 60, 50 et 40 cc.) 80 à 100 cc. par jour (enfants)
Erysipèles, lymphangites, Infections streptococciques localisées	40 à 60 cc. par jour (adultes et enfants) ne cesser les injections (20 cc.) que trois jours après l'apyrexie.

Dans les formes graves, associer la voie intraveineuse à la voie sous-cutanée.

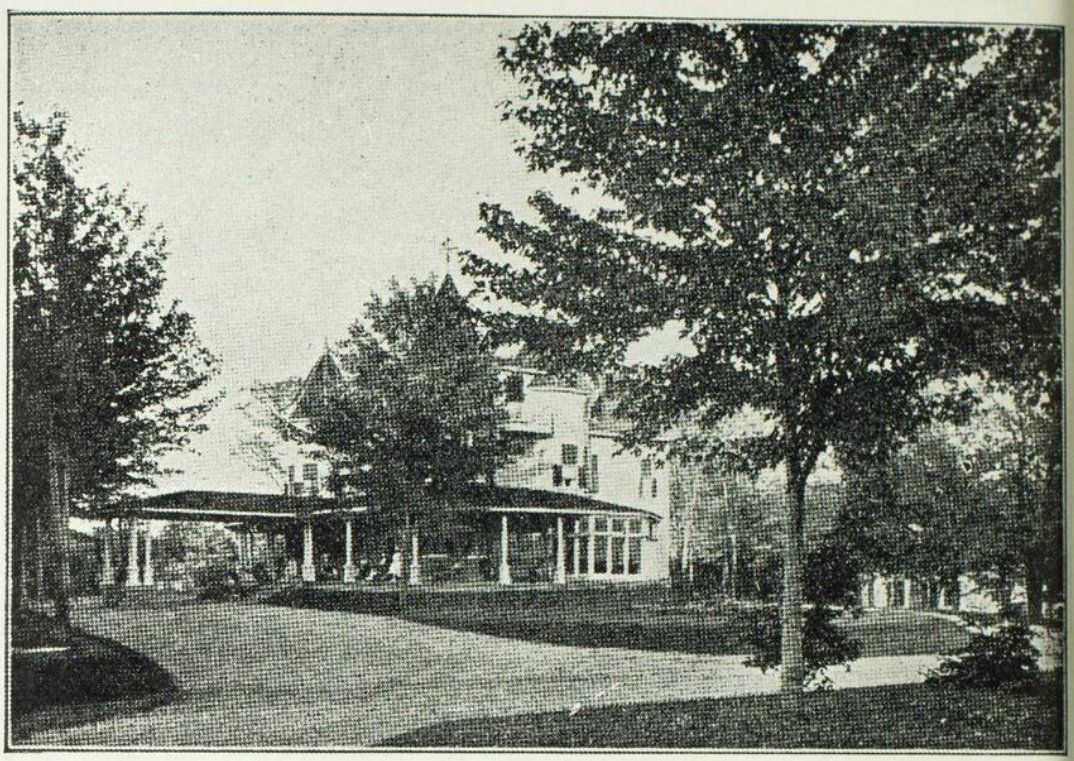
Les SÉRUMS CLIN, préparés suivant la méthode du Professeur H. VINCENT, sont délivrés en ampoules de 10 cc.

LABORATOIRES CLIN, COMAR & CIE, 20, rue des Fossés-St-Jacques **PARIS**

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

L'UNION MÉDICALE DU CANADA" est éditée par l'Union Médicale du Canada (Incorporée), et imprimée par Librairie Beauchemin Limitée, 430, rue Saint-Gabriel, 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 pyrétothérapies. Prospectus sur demande.

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

4455 Boulevard Gouin ouest, **Téléphone, BYwater 1240**

Le RESYL

Asséchant bronchique, désinfectant de la muqueuse, agit directement sur la lésion et en modifie l'évolution.

Diminue la toux,
réduit l'expectoration,
relève l'état général.

Ampoules - Comprimés

La CORAMINE

tonicardiaque et eupnéique, relève la pression sanguine, raffermit le pouls, rend la respiration plus aisée et plus profonde.

Diminue la dyspnée,
tonifie le coeur,
maintient le potentiel nerveux.

Ampoules - Gouttes

●

COMPAGNIE CIBA LIMITÉE - MONTRÉAL

LE MAPHARSEN

"LE RAFFINEMENT DE LA THÉRAPEUTIQUE ARSENICALE."

●

La Compagnie Parke, Davis présente à la profession médicale une nouvelle préparation arsenicale 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.

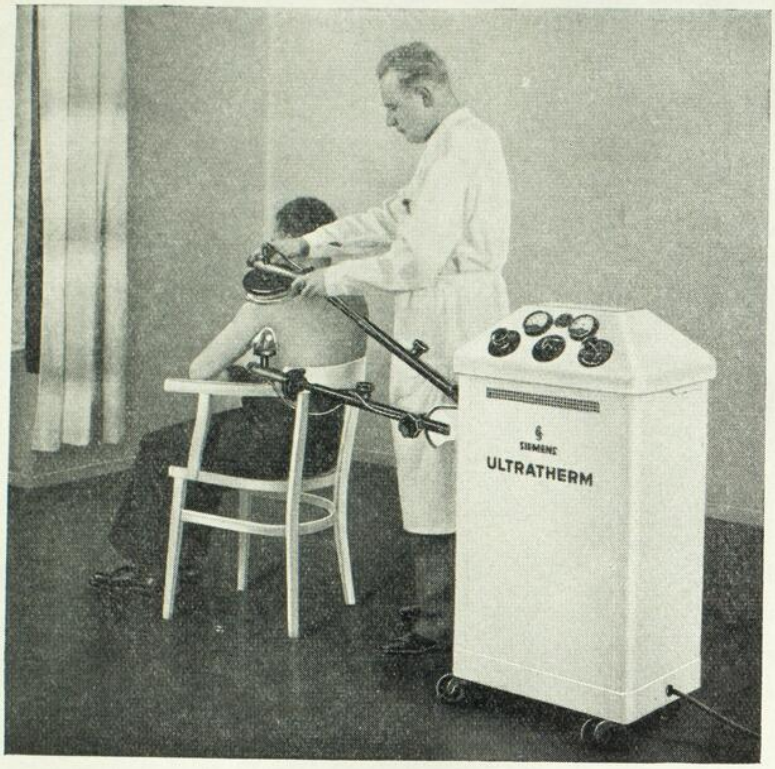
Différentes épreuves de laboratoire ainsi que de multiples observations cliniques ont prouvé que le Mapharsen, (oxyde de méta, amino, para, hydroxy, phénylarsine), est un spirochéticide de première valeur. Il n'a jamais provoqué de ces réactions graves observées à la suite d'injections des autres arsenicaux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



Appareil à ondes ultra-courtes de 6 mètres.

Puissance garantie dans le circuit d'application de 350 Watts pour tous les modes de traitement.

Traitements faciles avec bras porte-électrodes.

Borne spéciale pour effectuer l'électro-chirurgie et la coagulation.

Plus de 6,000 ULTRATHERM vendus depuis la découverte de la thérapie à ondes courtes.

•

SIEMENS-REINIGER (Canada) LIMITED

Dominion Square Building

MONTREAL

TAXOL

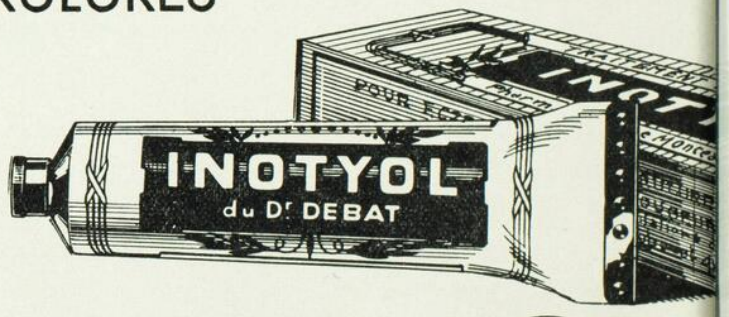
LE
RÉÉDUCATEUR
TYPE
DE L'INTESTIN
SANS
ACCOUTUMANCE

Laboratoires **LOBICA**
PARIS
J. EDDÉ, Ltée, Agents

ECZÉMAS
ULCÈRES - BRÛLURES

Agent Général
J. EDDÉ Ltée
MONTRÉAL

Lésions et
Irritations
de la Peau



Pommade INOTYOL

L'Union Médicale du Canada

Fondée en 1872

◆

Prix de l'abonnement pour 1937

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 les travaux de tout médecin, à condition qu'ils n'aient pas déjà paru 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.

BUREAUX À LOUER POUR MÉDECINS

Salles d'attente, service de téléphone et gardes-malades. S'adresser à: Papineau-Couture, Notaire, 418 est, rue Sherbrooke, MArquette 7334.

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.

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.

REGISTRE VILLE-MARIE DE L'A. C. I. C.

Les infirmières diplômées des hôpitaux de langue française faisant partie du Registre Ville-Marie de l'A. C. I. C. offrent leurs services professionnels. Pour tarif et renseignements, appeler ATlantic 2862; 59 chemin Bellingham, Montréal, P. Q.

NEUROTROPHOL BYLA

Tonique Nervin à base

d'acide nucléinique, d'hormones orchitiques et de glycéro-phospharsinate disodique

SURMENAGE — EPUISEMENT — NEURASTHENIE

Le NEUROTROPHOL se révèle un merveilleux agent d'équilibration du système génital **Neuro-Endocrinien.**

SPLENARMONE BYLA

Reconstituant général, à base

d'hormones hépatique et splénique, d'extrait de muqueuse gastrique et d'extrait surrénal.

ANEMIES — CONVALESCENCE

(AMPOULES et **SIROP)**

LES ÉTABLISSEMENTS BYLA, - - PARIS

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

SÉDOSINE

SÉDATIF DU SYSTÈME NEURO-VÉGÉTATIF

PASSIFLORE
JUSQUIAME
CRATAEGUS

ASSOCIATION SYNERGIQUE HYPERACTIVE

LABORATOIRES LICARDY 38, Bd BOURDON - NEUILLY-PARIS

gents pour le Canada : VINANT Limitée - 533, Rue Bonsecours, MONTRÉAL

Pourrez-vous avoir recours à un service ou resterez-vous avec une "béquille"



HOGAN BREVATHERM
Modèle pour clinique.

En achetant votre appareil à ondes courtes, rappelez-vous qu'à un moment donné certaines réparations et peut-être même certaines pièces de rechange, pourront devenir nécessaires à son bon fonctionnement. Vous sera-t-il possible d'obtenir du service ou devrez-vous rester avec une " béquille " ?

Depuis 57 ans, McINTOSH a été un des principaux fabricants d'appareils à physiothérapie. De plus, il peut aussi réparer les machines qu'il a construites et remplacer les pièces qu'un long usage peut avoir rendues défectueuses. Plusieurs médecins sont ses clients depuis 30 et même 40 ans.

Actuellement, la demande pour appareils à ondes courtes dépasse toute prévision. Mais il y a lieu de penser que dans un avenir prochain il n'y aura plus de place que pour le fabricant d'outillage complet de physiothérapie, tant pour la distribution que pour l'entretien de ces appareils. Si vous achetez donc un appareil à ondes courtes McINTOSH, vous êtes assurés d'un service permanent.

La Maison Cloutier & Cloutier Cie, Ltée, se fera un plaisir de vous faire une démonstration, à demande, sur un de ses différents modèles à ondes courtes.

Cloutier & Cloutier Cie Ltée

PHYSIOTHÉRAPIE ET RAYONS X — INSTRUMENTS DE CHIRURGIE
MOBILIER D'HÔPITAL — STÉRILISATEURS

BElair 1616 **MONTRÉAL, Can.** **4338, rue St-Denis**

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, Marin, Marion, Masson, Mercier, Mousseau, Parizeau, Roy, Saint-Jacques, Vidal.

Président: E. St-Jacques; Vice-Président: J.-A. Mousseau; 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.

BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef

Albert LeSAGE

Secrétaire de la rédaction
Léon GÉRIN-LAJOIE

Secrétaire-Trésorier
J.-A. VIDAL

Membres:

Roma AMYOT, Édouard DESJARDINS, Jean SAUCIER.

ONT COLLABORE AU VOLUME DE 1936:

Agricola, Dr., Amyot (R.), Archambault (P.-R.), Autotte (E.), Barbeau (A.), Baril (G.), Baril (H.), Barry (G.), Bellerose (A.), Bergeron (L.), Bernier (A.), Bertrand (A.), Bertrand (Albert), Binet (E.), Blagdon (L.), Bohémier (C.), Boucher (R.), Boulais (F.-L.), Bourgeois (B.-G.), Bourgeois (P.), Brault (J.), Cantero (A.), Cantin (Marie-E.), Comtois (A.), Cone (W.), Coutu (L.), Décarie (R.), DeGuise (A.), Delorme (L.-N.), DeMontigny (G.), Deshaies (G.), Desjardins (Ed.), Desloges (A.), Desrosiers (Saint-Jean), Dionne (L.-R.), Doré (R.), Dubé (J.-E.), Dufresne (O.), Duhamel (G.-H.), Dussault (G.), Ethier (A.), Fauteux (M.), Favreau (J.-C.), Ferron (M.), Fortier (J.), Fortier (L.), Fortier (L.-E.), Fournier (N.), Frappier (A.), Gagnier (L.), Gariépy (L.-H.), Gariépy (U.), Gélinas (H.), Gélinas (L.), Gendreau (J.-E.), Gérin-Lajoie (L.), Gratton (A.), Grignon C.-E.), Guilbault (A.), Hébert (G.), Hoen (T.-I.), Jarry (J.-A.), Joannette (A.), Jutras (A.), Laberge (J.-E.), Lafresnière (G.), Lapierre (G.), Laquerrière (A.), Larichelière (R.), Laroche (A.), Lauzer (R.), Lebel (A.-B.), Lefebvre (R.), Lefrançois (C.), Léger (A.), LeSage (A.), LeSage (J.), Letondal (P.) Léveillé (J.-A.), Magnan (A.), Major (W.), Manseau (J.-A.), Manseau (O.), Marin (A.), Marion (D.), Martel (J.-A.), Martin (P.), Mercier (O.), Millet (J.-A.), Morin (P.), Mousseau (J.-A.), Nègre (L.), Panet (E. de B.), Panet-Raymond (J.), Panneton (P.), Paquette (J.-P.), Paré (L.), Patoine (L.), Pilon (A.), Poirier (P.), Pouliot (G.-E.), Prévost (J.), Provencher (G.), Ricard (J.-P.-M.), Riopelle (J.-L.), Robillard (E.), Roch (S.), Rolland (R.), Roux (R.), Roy (G.), Roy (J.-N.), Samson (J.-E.), Saucier (J.), St-Germain (J.-P.), St-Jacques (E.), Simard (L.-C.), Smith (P.), Tessier (L.-J.), Tétreault (H.-I.), Tétreault (Julien), Tremblay (J.), Vidal (J.-A.), Valiquette (Hugo).

SUITE DU SOMMAIRE

REVUE DES LIVRES

Les dents humaines. Morphologie. — Ultra-sons et Biologie . . . . . A. LAQUERRIERE . . 314

SOCIÉTÉS

Séance de la Société Médicale de Montréal à l'hôpital Notre-Dame . . . Paul BOURGEOIS . . . 330

Rapport du secrétaire général de la Société de Chirurgie de Montréal . Léon GERIN-LAJOIE . . 359

Quarante-huitième assemblée scientifique de l'hôpital Saint-Luc . . . Charles LEFRANÇOIS . 360

La vingt-deuxième réunion annuelle de « The Radiological Society of North America » . . . . . Albert JUTRAS . . . 362

NOUVELLES

Le Dr Albéric Marin. — Nominations: le Prof. Eugène Saint-Jacques 364

BIBLIOGRAPHIE

L'infection bacillaire et la tuberculose chez l'homme et chez les animaux 365

ANALYSES

MÉDECINE

A propos de la pathogénie de la maladie de Graves (p. 315).

ENDOCRINOLOGIE

La sécrétion interne du pancréas (p. 316). Application thérapeutique de l'insuline (p. 317).

PHTISIOLOGIE

Le rôle de la tuberculose chez les « patraques » (p. 319).

CHIRURGIE

La mortalité dans l'appendicite aiguë (p. 320). Ulcère peptique perforé d'un diverticule de Meckel (p. 320). Les effets de l'obstruction par calcul biliaire sur la structure et les fonctions hépatiques (p. 321).

PÉDIATRIE

L'anorexie des jeunes enfants (p. 321).

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE

La maladie de Kohler et la scaphoïdite du tarse (p. 322).

ÉLECTRO-RADIOLOGIE

L'épine du premier métatarsien (p. 323). Pneumonie chronique chez les petits enfants (p. 323).

THÉRAPEUTIQUE

En présence d'un choléra infantile, que doit-on faire? (p. 324).

LABORATOIRE

Un cas de chloromyélose aleucémique leucopénique chez un enfant (p. 326). Note sur certaines modifications du revêtement épithélial des kystes hématiques de l'ovaire (p. 326). Sur l'importance pratique de l'examen des réticulocytes dans le sang périphérique pour l'étude clinique de la tuberculose pulmonaire (p. 326).

NEUROLOGIE

Les effets du sulfate de benzédrine sur l'humeur et la fatigue, chez les individus normaux et chez les névropathes (p. 327).

GASTRO-ENTÉROLOGIE

Lymphosarcome de l'estomac (p. 328). Tétanie gastrique (p. 328).

PAUL CARDINAUX

Docteur es-Sciences

"PRECISION FRANÇAISE"

428, CHERRIER MONTRÉAL — Catalogues, Devis, Renseignements sur demande. Service d'un Ingénieur électro-radiologiste. — Phone HArbour 2357

EN VUE D'UNE MODIFICATION PROCHAINE DE NOTRE ORGANISATION NOUS OFFRONS À PRIX TRÈS RÉDUITS ET POUR UN TEMPS TRÈS COURT DES APPAREILS ET DES ACCESSOIRES DE:

Compagnie Générale de Radiologie,

PARIS

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

DIATHERMIE — ELECTROLOGIE

SOCIÉTÉ GALLOIS & CIE, LYON

LAMPES ASCIATIQUES POUR SALLES D'OPÉRATIONS ET DISPENSAIRES

Ultra-Violets — Electrodes de Quartz — Infra-Rouges

ETABLISSEMENTS G. BOULITTE, PARIS

ELECTROCARDIOGRAPHIE, PRESSION ARTERIELLE

ÉTABLISSEMENTS R. LEQUEUX, PARIS

STÉRILISATION

SIROP D'

AMDELATE

ABBOTT

Offre aux médecins une méthode améliorée et simplifiée pour l'emploi de l'acide mandélique dans le traitement des infections des voies urinaires.

- Cette nouvelle combinaison de mandelate d'ammonium est suffisamment bien aromatisée et déguisée pour permettre une concentration de 185 Grs (12 gms) d'acide mandélique à l'once.
- Le Sirop d'Amdelate n'est ni métabolisé ni modifié en passant à travers le système.
- Il possède un effet bactéricide voisin de celui de l'acide Béta-Oxibutyrique.
- Il est tout particulièrement efficace dans les infections causées par le colibacille, le streptocoque ou le staphylocoque.
- Il ne cause apparemment aucune irritation des reins.
- Il permet d'éviter tous les inconvénients de la diète cétogène.

Le Sirop d'Amdelate Abbott est conditionné en flacons de 4 et 16 oz. avec une quantité suffisante de papier réactif au chlorphénol pour contrôler l'urine du patient durant le cours du traitement. Tous détails supplémentaires seront fournis sur demande.

LABORATOIRES ABBOTT LIMITÉE

MONTRÉAL

NÉCROLOGIE



E.-A. RENÉ DE COTRET

1861-1937

Une belle carrière, bien remplie, vient de se clore.

Le 7 février 1937, à l'hôpital Notre-Dame, entouré des soins dévoués d'un de ses collègues de la Faculté, le professeur E.-A. René de Cotret s'éteignait pieusement au milieu des siens, accourus à son chevet.

La Faculté de Médecine, le corps médical déplorent la perte d'une figure des plus intéressantes et des mieux connues.

Le professeur de Cotret a été le premier en notre province à faire de l'obstétrique une spécialité, et à ce titre son nom survivra.

Cette vocation, chez notre confrère, ne s'est pas manifestée tout d'abord.

Le hasard des circonstances le dirigea vers l'exercice de la médecine générale.

Ayant obtenu son doctorat, il s'établissait immédiatement dans un petit village près de Marieville.

La campagne, toutefois, n'allait pas à ce citadin de vieille souche.

La vie des villes le rappelait. Il passa quelques années dans un des centres canadiens-français de la Nouvelle-Angleterre. Tout lui souriait. Il avait la confiance de la population. Comme bien d'autres médecins d'alors établis dans les centres canadiens des Etats-Unis, il prêchait la survivance de notre race avec sa religion et sa langue.

Ce travail professionnel, cet apostolat national ne comblaient pas encore son idéal.

Il avait d'autres aspirations.

*
* *

Il revint à Montréal, et c'est alors qu'il se décida à faire exclusivement de la pratique obstétricale.

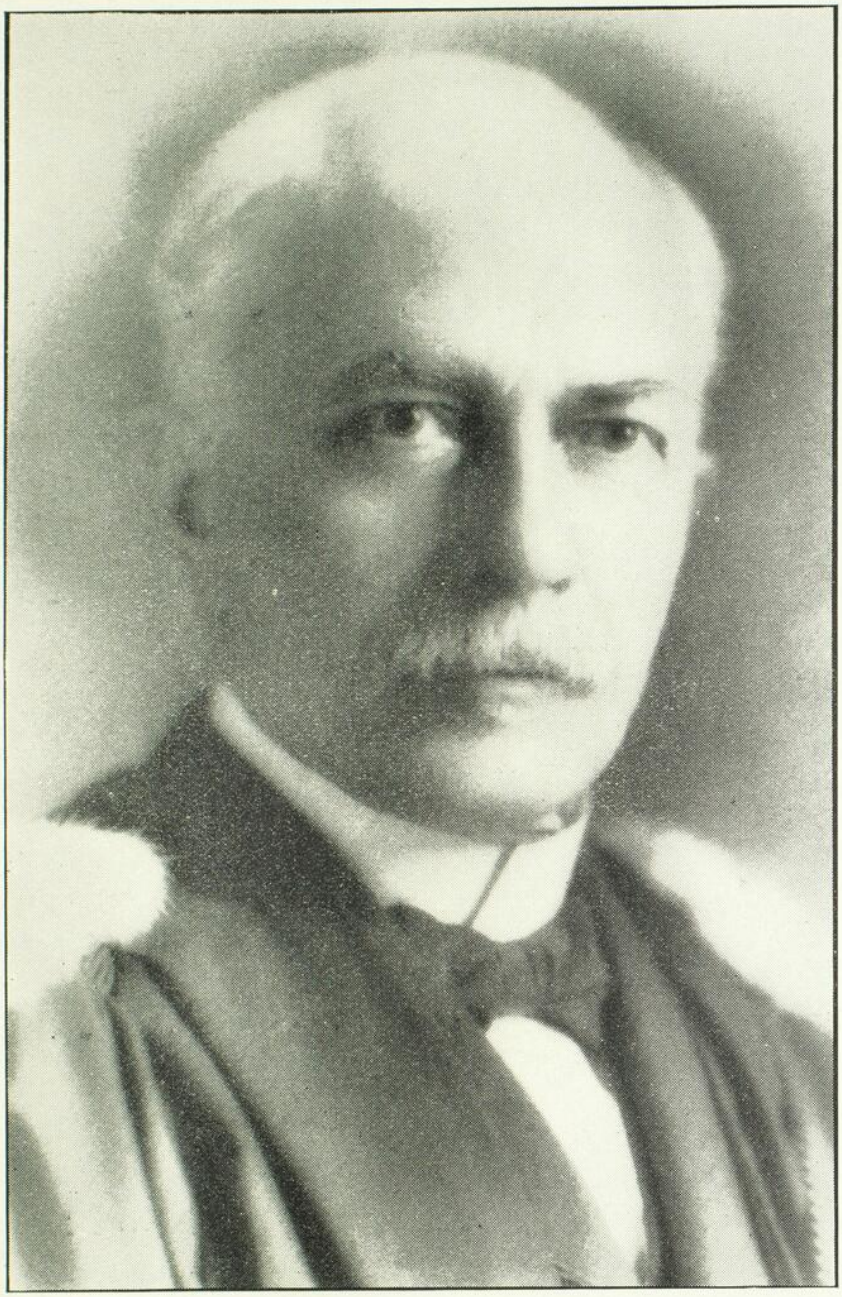
Il avait enfin trouvé la voie qu'il devait suivre.

Ses premières armes sur ce champ de bataille, qui devait être pendant des années si exclusivement et si personnellement le sien, il les fit à l'hôpital de la Miséricorde. Sous la direction de ce professeur d'expérience, de talent et d'énergie qu'était le Dr Adolphe Dagenais, de Cotret, qui avait d'ailleurs les qualités naturelles qui font le bon accoucheur, ne tarda pas à acquérir une habileté remarquable. Le Dr A. Dagenais était en plus un homme cultivé, qui lisait beaucoup et à qui rien de ce qui concernait l'obstétrique n'était étranger. Sous un tel maître, de Cotret fut bientôt au courant de toute la littérature obstétricale à mesure qu'elle évoluait dans les différents pays. Et quand, plus tard, il voyagera en Europe ou aux Etats-Unis — ce qu'il a fait plusieurs fois dans sa longue carrière — il sera à même de comparer, de juger les différentes méthodes, et d'en apprécier la valeur à la lumière de ses études et de son expérience.

A la mort du professeur Dagenais, le professeur Lamarche, son successeur, s'adjoignit notre regretté collègue, qui devint, quelques années plus tard, accoucheur en chef; et, peu après, professeur d'obstétrique à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, aujourd'hui Université de Montréal.

L'antisepsie se généralisait rapidement. Le clinicien de la Miséricorde comprit vite l'importance des nouvelles méthodes pour le bénéfice des malades. Il s'y attacha de tout cœur: antisepsie de la malade, antisepsie de l'accoucheur, antisepsie des instruments, antisepsie des salles et des lits: il vit à tout, et aujourd'hui les différents services de la Miséricorde, devenu grand hôpital, peuvent subir la comparaison, avantageusement, avec les institutions du même genre. Un immense progrès en thérapeutique obstétricale a été l'introduction de l'antisepsie, et plus tard de l'asepsie, dans la pratique courante.

Quand des écoles de gardes-malades furent établies dans nos différents hôpitaux, la Miséricorde ne fut pas lente à posséder la sienne, et de Cotret attachait tellement d'importance à cette œuvre qu'il publia un traité des soins à donner à la femme enceinte, à la parturiente, à l'accouchée, à la mère et à l'enfant. C'est le manuel



E.-A. RENÉ DE COTRET
(1861-1937)

dont se servent encore actuellement les élèves gardes-malades dans la plupart de nos écoles.

Parmi les procédés qui prirent de l'importance pendant les années de pratique du Dr de Cotret, l'un des plus humanitaires fut, sans contredit, celui de l'anesthésie. Dans bien des cas, celle-ci évite à la parturiente le choc obstétrical. Dès le début, le Docteur en préconisa vivement l'emploi, quand les circonstances le commandaient.

Dans les cas normaux, il était plutôt conservateur et se contentait de la méthode que l'on appelait alors chloroforme à la reine.

Mais le cas était-il grave, y avait-il indication d'une intervention, il n'hésitait pas et il faisait alors mettre, par un aide, sa malade en état d'anesthésie chirurgicale.

De nouvelles méthodes se sont introduites depuis — la rachianesthésie, par exemple, l'administration, au début du travail, de certains hypno-anesthésiques; le maître, qui possédait alors une vaste expérience, en prévoyait l'utilité dans certains cas, mais il n'eut que rarement l'occasion de les employer.

Souvent notre ami regretta de n'avoir pas donné à la gynécologie la part qu'il aurait voulu. Rarement il pratiqua lui-même des opérations de nature chirurgicale — les césariennes, par exemple. Il s'était attaché à son service un gynécologue compétent et habile. Dans ses cours, il prêchera qu'un accoucheur complet doit toujours posséder une connaissance et une certaine expérience de la chirurgie abdominale.

*
* *

Par une coïncidence heureuse, quand sonna l'heure inexorable de la retraite à la Miséricorde, l'hôpital Notre-Dame venait de décider la création d'un service d'obstétrique.

Personne assurément n'était plus qualifié pour en faire l'organisation. Malgré l'âge avançant, il avait conservé toute sa force, son énergie et son esprit d'initiative.

Bien qu'il eût assurément désiré rester au repos, il se prêta volontiers à ce nouveau travail, et pendant deux ans il y consacra tous ses efforts et son temps.

Depuis, d'autres hôpitaux ont créé des services spécialisés d'obstétrique et, dans les grandes lignes au moins, ont pris modèle sur

les organisations de de Cotret. Tous parmi les chefs de ces institutions l'ont eu pour maître.

*
* *

En clientèle, il fut, relativement jeune, l'accoucheur à la mode.

Son prestige était considérable.

L'on avait confiance en son expérience clinique, à son jugement et à son solide bon sens.

Dans les cas ordinaires, il personnifiait la patience et le dévouement.

Le cas s'annonçait-il grave, difficile, il était l'homme à la décision rapide et ferme.

Quand de son intervention dépendait une existence humaine, la vie d'une pauvre mère, la vie d'un enfant, qui est fait pour vivre et non pour mourir, jamais il n'hésitait.

Au bon moment, il savait intervenir, et il le faisait toujours avec sang-froid et avec la conviction de l'importance du devoir à accomplir.

Sa puissance de travail était considérable. Combien de fois, après des nuits blanches, ne l'a-t-on pas vu le matin retourner à son poste sans consacrer même une heure à un sommeil réparateur.

Et c'est pendant près de cinquante ans qu'il a mené cette vie de travail et de fatigues.

*
* *

A la Faculté, c'est au professeur Lamarche qu'il fut appelé à succéder.

Celui-ci, disparu dans la force de l'âge, était assurément un de nos maîtres et confrères les plus brillants; esprit vif, à la répartie fine et bien française. Pétillant d'esprit, il donnait ses leçons, quelquefois sur les sujets les plus arides, avec un brio réellement enlevant.

D'un tout autre genre était le talent de de Cotret. Sobre, précis, méthodique, mesuré dans ses paroles, il repassait une à une les théories anciennes, les théories les plus nouvelles, les acquisitions scientifiques les plus récentes; il y ajoutait toujours la discussion et l'appréciation personnelle.

Les infections puerpérales furent de sa part l'objet d'études cliniques, longues et approfondies. Il a publié sur ce sujet des travaux qui ont attiré l'attention et qui sont souvent mentionnés dans les ouvrages de pathologie obstétricale.

La pratique présente parfois des questions controversées, non seulement au point de vue scientifique, mais au point de vue moral: contraception, interventions prématurées, et combien d'autres. Sur ces questions il ne transigeait pas et suivait les principes de la philosophie catholique.

*
* *

Dans sa vie privée, il était avant tout l'homme de sa famille.

Pendant longtemps il connut le vrai bonheur. Il avait une compagne bonne et douce, à la fois femme d'intérieur et femme du monde; il eût une belle famille.

Ce bonheur dont il jouissait tant ne devait cependant pas durer. Presque coup sur coup, alors qu'il était à l'apogée de ses succès, la Providence lui enleva ce qui faisait ses joies intimes.

Sa fille aînée partit d'abord, enlevée à la fleur de l'âge par une maladie infectieuse; puis son fils, médecin, l'espoir de sa vie, mourut au moment où il se faisait déjà un nom comme accoucheur; enfin, sa compagne de tous les jours disparaissait à son tour

De cette heureuse famille il ne lui reste qu'une fille, mariée à un avocat distingué des Trois-Rivières, chez laquelle il aimait de temps à autre aller prendre quelques jours de repos.

*
* *

Un homme aussi habitué au travail ne pourrait, même dans sa retraite, rester dans une inaction complète.

Sous une forme romancée, il écrivit ce que l'on pouvait appeler des mémoires, des souvenirs.

Il nous rappelle sa vie, non pas avec la philosophie un peu triste de ceux qui ont vécu et passé à travers les épreuves, mais avec la naïveté et la fraîcheur d'un cœur de vingt ans.

Il nous fait revoir différentes scènes de sa vie de jeune homme et il nous ramène avec une mémoire d'une précision étonnante aux

endroits du vieux Montréal où se déroulait autrefois une partie de la vie sociale canadienne-française.

*
* *

Si, dans son âge mûr, il eut ses deuils, ses tristesses, il eut aussi quelques consolations qui lui étaient particulièrement chères. L'aînée de ses petites-filles, brillante élève des Dames du Sacré-Cœur, demeurait avec lui. Ses dernières années furent entourées des soins pieux, filiaux, pourrait-on dire, d'une sainte personne, sa parente. Souvent la veuve de son fils, venait causer avec lui du cher disparu.

Parfois, quelques-uns de ses élèves allaient apporter à leur bon et dévoué patron le témoignage de leur profonde affection.

A la mort du professeur Foucher, la Faculté de Médecine l'avait nommé son représentant au Sénat Universitaire.

Mais le grand refuge du maître pendant ses dernières années, ce furent les sentiments religieux qu'il avait toujours conservés au cours de sa vie.

Pendant longtemps, les paroissiens de Saint-Jacques se rappelleront ses visites régulières à la chapelle de Notre-Dame-de-Lourdes.

Médecin consciencieux et perspicace, travailleur désintéressé, chef de service paternel, passionné pour ses élèves comme pour ses malades, professeur clair et convaincu, caractère loyal et droit, esprit religieux et sensible : tel fut celui que nous venons de perdre.

Nous demandons pour lui une prière, comme plus tard on en demandera une pour nous et pour ses camarades d'études, médecins d'une génération qui disparaît.

L.-E. Fortier.

LE PROFESSEUR FRANK SMITHIES

1880-1937

Le Dr Frank Smithies, de Chicago, Ill., est décédé le 9 février 1937, à l'âge de 56 ans. Il était né le 21 décembre 1880 à Elland, Yorkshire, Angleterre.

La médecine américaine, par la mort prématurée du Dr Frank Smithies, perd une de ses personnalités les plus marquantes. Cette mort inattendue causera beaucoup de regrets chez les amis que ce savant, si profondément admirateur de la clinique française, avait su s'attacher à Paris comme partout ailleurs en France.

Le professeur Smithies était, en effet, l'un des médecins américains les mieux connus à Paris, et pour bien des raisons. C'est grâce à son admiration pour la médecine française qu'il fonda aux Etats-Unis la section américaine de l'A. D. R. M. avec la collaboration de ses collègues: Dr James R. Arneill, Denver, Colo.; Dr Lowellys F. Barker, Baltimore, Md.; Dr Harlow Brooks, New-York; Dr George Crile, Cleveland, Ohio; Major General Hugh Cumming, Washington, D. C.; Dr A.-U. Desjardins, Rochester, Minn.; Dr George Dock, Pasadena, Cal.; Dr Reginald Fitz, Boston, Mass.; Major General M. W. Ireland, Washington; Dr N. W. Jones, Portland, Ore.; Dr W. McKim Marriott, St. Louis, Mo.; Dr Martin E. Ruhfuss, Philadelphie, Pa.; Dr William J. Mayo, Rochester, Minn.; Dr J. H. Musser, New Orleans, La.; Dr Carl V. Weller, Ann Arbor, Mich.

La section canadienne de l'A. D. R. M. se joignit à la section américaine pour fonder alors en France, sous le patronage de l'A. D. R. M. de Paris, des cours cliniques en langue anglaise à l'intention des médecins américains.

Il faudrait, pour bien comprendre les sentiments de Frank Smithies, relire la volumineuse correspondance que nous avons échangée alors au sujet de l'organisation de ces cours qu'il voulait voir

s'établir sur des bases solides et de façon à rencontrer les désirs de ses confrères américains, dont il connaissait les besoins mieux que qui que ce soit.

Je m'empressai aussi de faire la traduction de ces lettres que j'adressai à plusieurs cliniciens français, en particulier au Professeur Henry Hartmann et ses collègues de l'A. D. R. M. à Paris.



Le Professeur FRANK SMITHIES

L'admiration si ouvertement manifestée par Frank Smithies pour la clinique française, son franc parler et les conseils que lui dictaient sa clairvoyance et son bon sens, prirent d'assaut le cœur et l'esprit de ses collègues français, qui le considérèrent aussitôt comme un grand ami de la France.

Les cours cliniques en langue anglaise, qui débutèrent à Paris en octobre 1928, eurent certains succès, et l'attention des médecins américains ne tarda pas à s'éveiller. Je me souviens encore des demandes de renseignements que nous adressaient alors les médecins de langue anglaise des Etats-Unis et du Canada à leur sujet. Mais des circonstances imprévues, provoquées par la plus longue et la plus déprimante crise financière qui ait encore secoué le monde entier, nous empêchèrent de continuer nos efforts joints à ceux du professeur Hartmann, et ces cours, pourtant si nécessaires, durent cesser pour quelque temps. Cependant, je crois que ce n'est que partie remise, car, il faut l'avouer, ces cours sont essentiels pour resserrer les liens d'amitié qui doivent unir la médecine française et la médecine américaine.

Le Dr Smithies a laissé des élèves et des amis qui ont été ses meilleurs collaborateurs, et leur plus grand désir maintenant est de continuer l'œuvre commencée par leur chef disparu.

Le Dr Smithies fut nommé membre correspondant de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, dont les membres voulurent alors lui montrer d'une façon évidente leur admiration et leur gratitude.

Un peu plus tard, en 1932, le Gouvernement de la République française lui accorda la Croix de la Légion d'honneur. Cette décoration, bien méritée, l'associait pour toujours à la grande famille des admirateurs de la France à l'étranger, qui est formée par l'élite de toutes les nations.

Le Dr Smithies fit ses études médicales à l'Université de Michigan, où il gradua en 1904. Il occupa plusieurs postes importants dans les hôpitaux et écoles de médecine de Chicago après avoir complété ses études médicales en Europe et avoir passé trois années en charge du laboratoire et de la clinique de gastro-entérologie à la Clinique Mayo à Rochester, Min.; professeur adjoint à l'Université d'Illinois de 1915 à 1920 et professeur titulaire au cours des cinq années suivantes; président de l'*American Gastroenterological Association*, de l'*American Society of Tropical Medicine* et de l'*American Therapeutic Society*.

Il était depuis plusieurs années le médecin consultant en gastro-entérologie le plus recherché de Chicago.

Frank Smithies fut l'un des fondateurs de l'American College of Physicians, dont il fut le président en 1927-28.

En 1933, il fonda, en collaboration avec son collègue et ami le Dr Beaumont S. Cornell, l'*American Journal of Digestive Diseases and Nutrition,* dont il demeura le rédacteur en chef jusqu'à sa mort. Le succès rapide remporté par cette belle revue médicale est dû en grande partie à son incessante collaboration. Les heures qu'il consacrait chaque jour à la rédaction de son journal jointes aux exigences d'une forte clientèle eurent peu à peu raison d'une santé qui ne fut jamais très robuste. Il se plaignait depuis quelque temps de douleurs angineuses et fut emporté par une hémorragie cérébrale.

Les membres de *l'Union Médicale du Canada* prient Mme Frank Smithies et sa famille d'agréer leurs sincères condoléances.

J.-E. DUBÉ,
Président A. D. R. M.
(Section canadienne)

PROFESSOR F. A. C. SCRIMGER

McGill University

The death of Dr. Scrimger from coronary thrombosis, that Enemy No. 1 of our profession, came with tragic suddenness. He had had, it is true, a mild attack three years ago, and had also had a few slight symptoms during the year following, but for the past year he had been perfectly well and was doing a very large amount of work in the Royal Victoria Hospital and in McGill University, and was happy in it. He was at the height of his powers; he had reached the goal of his ambitions, and could look forward to his tenure of office as Chief Surgeon of the Hospital with enthusiasm and undiminished courage. And he was needed. Yet he had to die! Nature inexorable! What a mystery!

He was in the fifty-seventh year of his age, and his life had been one of unremitting work. In character and capacity he was of the best Scotch type which loves learning for its own sake, yet is practical to the last degree. His scholastic career had been of a high order; he was a Bachelor of Arts of McGill, and had an excellent knowledge of French and German; he was an inspiring teacher, a very fine surgeon, and also a research worker. The circle of his qualities was completed by an unusual capacity for organization and administration. Of his splendid record in the Great War, it is unnecessary here to say much. This community knows it well enough. But one may point out the simple fact that to all his other qualities just mentioned he added that of physical courage, a courage which earned him in March 1915 the coveted distinction of the V. C.

His work in research was not small. Early in his post-graduate period he published an important *travail* on the emptying of the stomach as affected by gastroenterostomy. He devised a new operation for cardiospasm, which has been remarkably successful, even in most advanced cases. His work, soon after the war, upon post-operative massive collapse of the lung was one of the earliest on that subject, and is still quoted as of fundamental value. Numerous clinical articles also came from his pen upon a wide range of surgical subjects.

In disposition he was quiet, unaggressive, friendly, yet quite firm in his opinions when once formed. In conduct, duty was his watchword.

As a consultant his diagnostic ability was greatly valued by his medical *confrères*. He leaves behind a host of close friends, in Canada and abroad, to whom his death is a profound personal grief. The attendance at his funeral in the Church of St. Andrew and St. Paul was phenomenal, and among the throng, which completely filled the Church and overflowed into the street, one could see many poor people. Dr. Scrimger was not only a surgeon; he was also a physician in the highest sense of that word.

EDWARD ARCHIBALD.

A la famille si éprouvée du Dr Scrimger, les lecteurs de *l'Union Médicale du Canada* offrent leurs plus vives condoléances.

LA RÉDACTION.

BULLETIN

LA NÉCESSITÉ POUR LES MÉDECINS DU QUÉBEC DE S'UNIR

A l'heure où j'écris ces lignes une Commission nommée par le gouvernement de la Colombie britannique s'agite pour mettre en fonctionnement une loi d'assurance-maladie votée l'an dernier.

Nous avons eu ici, il y a plusieurs années, comme dans d'autres provinces d'ailleurs, la formation d'une commission d'étude pour juger de l'opportunité de l'établissement d'une telle loi.

La Colombie britannique est la première province à vouloir mettre cette loi en vigueur. Or, il appert que les médecins se sont admirablement prêtés de leurs suggestions pour faire de cette loi un succès.

Après bien des pourparlers, la Commission a finalement adopté un plan qui est loin de rencontrer l'approbation des médecins.

Aussi, ceux-ci, par leur Association Médicale de la Colombie britannique, ont-ils voté contre leur participation à cette nouvelle loi.

Il y eut échange de correspondance, de télégrammes et de téléphones avec le Secrétariat de l'Association Médicale Canadienne, demandant son appui et celui des Associations Médicales Provinciales sur l'attitude prise de ne pas soigner les assurés dans des conditions défavorables et injurieuses pour la profession médicale.

Les griefs présentés pour le refus des médecins à participer à ce plan sont contenus dans un télégramme adressé au Secrétaire de la Canadian Medical Association et qui nous a été transmise pour notre information et celle de la profession médicale de la province; je me permets d'en extraire certains passages:

« Le Comité d'assurance-maladie de l'Association Médicale de la Colombie Britannique et un groupe représentatif de l'intérieur de la Province ayant entendu le projet de la Commission de l'Assurance-Maladie, après négociations s'étendant sur une période de plus d'un an, informent la Commission qu'ils ne recommanderaient pas le projet à la profession, pour les raisons suivantes:

a) Aucune provision dans le projet, ni ailleurs pour traitement des indigents et des petits salariés (en-dessous de $500.00);

b) Aucune provision pour employés domestiques, journaliers casuels et journaliers de ferme, vieillards et veuves pensionnés;

c) Aucune provision pour assurés et dépendants de l'Assurance-Maladie après que l'assuré sera sans travail pour un mois;

d) Hôpitaux remplis à capacité depuis assez longtemps maintenant, la profession satisfaite que Commission ne peut pas offrir hospitalisation telle que promise à l'assuré.

e) Profession n'a eu aucun choix en ce qui concerne le paiement, mais on demande d'accepter « Panel System » pour médecins en général, et « Pool » pour spécialistes et consultants.

f) Montant de $5.50 par tête et par année, considéré par profession comme étant rémunération inadéquate surtout en vue du surcroît d'ouvrage qu'elle sera appelée à rendre sous la nouvelle loi.

Comité de l'Assurance-Maladie de l'Association Médicale de la Colombie britannique déterminé, meilleures conditions doivent être obtenues pour les classes exclues du plan, aussi pour l'assuré et la profession avant que la loi prenne effet.

Le premier Ministre déclare aucune subvention possible.

Comité de l'Assurance-Maladie de la Colombie britannique déterminé meilleures conditions doivent être obtenues pour les classes exclues du plan, aussi pour l'assuré et la profession avant que la loi prenne effet.

Grande majorité de la profession de la Colombie britannique appuie le comité et demande support et coopération de la profession par tout le Canada.

Plan de ce genre ne doit pas être imposé au public ou à la profession et tout médecin au Canada doit être foncièrement intéressé à empêcher l'application d'un tel plan.

(signé) Wallace Wilson.

Voilà un premier conflit entre un gouvernement qui demandait la collaboration de la profession médicale dans un plan d'Assurance-Maladie, mais qui a fait la sourde oreille aux revendications des médecins et qui cherche à imposer quand même une loi qui ne rendrait pas justice ni au public ni à la profession médicale.

Il est même question de faire appel à des médecins d'autres Provinces pour venir s'installer en Colombie britannique afin de rendre effective une loi que les médecins résidants considèrent inique et injuste.

Il n'y a pas de doute que tous les médecins de la Province de Québec se récrieront devant l'attitude d'un gouvernement qui fait fi des demandes et des conseils qu'il a sollicités, et chacun de nous, individuellement, sympathisera avec nos collègues de la Colombie britannique qui traversent l'époque la plus critique de leur histoire et qui ont besoin de l'appui moral de toute la profession médicale du Canada dans ces heures décisives où peut-être se joue l'avenir de la Médecine chez nous.

*

* *

Quelle attitude la profession médicale du Québec aurait-elle tenue si des faits analogues s'étaient produits chez nous?

Il n'y a pas de doute, nous nous serions récriés.

Mais comment?

Individuellement?... et alors, avec quels résultats?

Par nos groupements médicaux provinciaux, *Association Médicale de la Province de Québec, Action Médicale, Fédération des Sociétés Médicales?*

Mais que représenterait chacune de ces organisations aux yeux du gouvernement? Ne verrait-il pas là, au sein même de la profession, une désunion?

Les Sociétés Médicales régionales auraient-elles eu plus de poids? Nous en doutons.

Aurions-nous pu solliciter l'appui de l'Association Médicale Canadienne et des Associations Médicales Provinciales sœurs? Par quel organisme?

Nous sommes convaincus que notre disparité et notre désunion nous auraient emportés désespérément dans un rouage gouvernemental qui aurait fait la sourde oreille à nos supplications et à nos demandes.

Nos confrères du Canada auraient suivi, désemparés, la lamentable situation qui nous aurait été faite.

Devant la solidarité des médecins de la Colombie britannique, par leur Association Médicale Provinciale, par la voix de leur Collège des Médecins et Chirurgiens qui font appel à tout le reste de la profession médicale du Canada pour les appuyer dans leurs revendications, nous avons la conviction que la loi d'Assurance-Maladie de la Colombie britannique telle qu'énoncée actuellement sera une faillite complète, du fait que les artisans du fonctionnement de cette loi ne traiteront pas les assurés et leurs dépendants aux conditions stipulées par la loi.

Il est entendu pour l'honneur de la profession que les cas d'urgence recevront toujours la considération des médecins. Les médecins de la Province d'extrême ouest nous donnent un magnifique exemple de solidarité. Imitons-les. Ne dispersons pas nos forces.

Il faut s'unir, le loup est peut-être à notre porte!

GERIN-LAJOIE

N.B.—Les journaux nous rapportent ce 20 février, que l'application de la loi d'assurance-maladie, en Colombie-britannique, est ajournée « sine die ». On invoque comme premier grief, le mécontentement de la profession médicale et sa décision à s'abstenir de participer à cette loi.

G.-L.

MÉMOIRE

NOUVELLE MÉTHODE DE PLASTIQUE NASALE POUR L'AFFAISSEMENT DU LOBULE[1]

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.

Tous les chirurgiens, s'occupant de l'esthétique du nez, avouent qu'il est fort difficile de corriger un affaissement du lobule, et après intervention d'obtenir un résultat parfait. Les méthodes décrites peuvent donner une certaine amélioration, mais qui, généralement, ne satisfait pas les intéressés. En septembre dernier, nous avons opéré un malade qui présentait ce genre de difformité nasale, et en recourant à un procédé nouveau, nous avons réussi à le contenter. Voici d'ailleurs son histoire.

OBSERVATION. — M. L. S., âgé de 22 ans, vient demander notre avis, le 23 sept. 1935, pour une dépression de la pointe de son nez. Il dit n'avoir jamais reçu de traumatisme, et que sa lésion est congénitale.

A l'examen nous constatons un lobule particulièrement mou, et fortement affaissé. Les narines sont légèrement dilatées. Les os propres sont dans un état normal. En somme, la malformation s'est uniquement localisée à la région inférieure de la cloison cartilagineuse.

La rhinoscopie antérieure laisse voir un septum bien rectiligne, et sans épaississement. Les cornets n'ont pas augmenté de volume.

Rien d'intéressant à noter au rhino-pharynx et aux oreilles.

En présence de cet affaissement lobulaire nous proposons une rhinoplastie au moyen du cartilage costal, et l'opération étant acceptée, est fixée à deux jours plus tard.

Une pommade antiseptique nasale est alors prescrite.

Une demi-heure avant l'intervention, nous injectons une solution de H. M. C. (hyoscine, morphine, cactoïde).

Opération. — Après avoir coupé les follicules pileux, fait une irrigation, et la stérilisation des fosses nasales, nous procédons à une injection locale de novocaïne-adrénaline. Sous le contrôle de l'index, placé dans la narine droite, nous incisons à gauche, sur toute sa longueur, la muqueuse qui sépare la cloison de la sous-cloison. Un grand soin est apporté pour ne pas produire

(1) Communication faite au Premier Congrès Européen de Chirurgie Structive, Bruxelles, 3-4 oct. 1936.

de perforation du côté droit. Ayant disséqué tout le pourtour de cette membrane coupée, pour la rendre plus élastique, nous creusons un tunnel sur le bout du nez jusqu'aux os propres. Toujours sous anesthésie locale, nous prélevons ensuite un long morceau du cartilage de la première côte flottante à droite. Dépouillé de son périchondre, il est séparé en deux, et la partie la plus mince, une fois modelée, est mise dans la plaie vestibulaire nasale. Cette greffe, en contact direct avec le cartilage quadrangulaire, se trouve alors à prendre un point d'appui sur le maxillaire supérieur, et à repousser en haut le bout du nez. Suture très soignée de la plaie à la soie, avec de fines aiguilles. Afin d'augmenter l'effet esthétique, et de protéger en même temps le lobule contre son refoulement par l'extrémité de la poutre cartilagineuse, nous faisons une petite incision verticale externe sur la peau qui recouvre la sous-cloison, dans le but de rejoindre le tunnel déjà creusé. Cette communication étant établie, le second morceau de cartilage, le plus épais, est ensuite coupé en deux sur sa longueur, et, après modelage, une partie est introduite par cette ouverture jusqu'aux os propres du nez. Finalement la deuxième moitié est mise au lobule de manière à recouvrir l'extrémité de la greffe. Suture de l'incision cutanée à la soie, avec de petites aiguilles conjonctivales, et pansement légèrement compressif des deux narines. Protection de cette plaie avec un morceau de gaze iodoformée, maintenu par deux bandelettes de diachylon. Suivant notre habitude, pour nos cas de rhinoplastie, nous appliquons en dernier lieu, sur la pyramide, une attelle en cuivre, retenue encore cette fois par des diachylons. Trois plans de suture ferment la plaie costale, et nous terminons l'intervention par le pansement abdominal ordinaire.

Les suites opératoires sont des plus simples, et le pansement des narines, pratiqué au bout de deux jours, est ensuite renouvelé toutes les 24 heures. Dès la septième journée, nous commençons à enlever les points de la peau recouvrant la sous-cloison, et ceux du vestibule. Quant aux sutures de la plaie costale nous attendons un peu plus tard pour leur ablation. Seize jours après l'intervention le patient laisse l'hôpital absolument guéri. A cette époque le lobule nasal est bien remonté, et se trouve en ligne directe avec les os propres. Les narines ont une ouverture normale. Huit mois après l'opération, le malade nous écrit qu'il est toujours satisfait, et que son nez est bien droit (1).

Si maintenant nous apprécions les différentes méthodes susceptibles de corriger un affaissement du lobe nasal, nous voyons que chaque malformation est un cas d'espèce. En présence d'un nez trop long, et légèrement aplati à la pointe, il faut, par voie endo-nasale, séparer la sous-cloison de la cloison, réséquer de petites tranches du cartilage quadrangulaire, décoller la peau de la pyramide du nez, et suturer de chaque côté la muqueuse vestibulaire, après avoir enlevé la partie exubérante. Afin de stabiliser définitivement cette peau, et par le fait même de remonter le lobule, on doit appliquer des bandelettes de diachylon à traction d'abord verticale et ensuite latérale.

(1) Ce patient a été revu le 18 janvier, et la guérison s'est bien maintenue.

Si l'affaissement se manifeste sur un nez mou, avec des narines suffisamment larges, Joseph de Berlin conseille de détacher entièrement la sous-cloison au moyen d'une incision externe, de mettre à nu les deux cartilages alaires, et ensuite de les suturer en les rapprochant, de manière à remonter le lobule nasal. Dans certains cas cette méthode peut donner un assez bon résultat, mais généralement le tissu cicatriciel, qui se forme consécutivement à l'intervention, a pour propriété de diminuer avec le temps l'apparence esthétique. L'opération peut aussi être faite par la voie endo-nasale, mais il est facile de concevoir qu'elle est bien plus laborieuse, et plus problématique quant à son effet.

Sheehan de New-York préconise de pratiquer une incision sur la peau qui recouvre la sous-cloison, et de creuser un tunnel sur le bout du nez. Après avoir prélevé un morceau de cartilage costal, il le modèle de telle sorte que deux parties à peu près égales, recourbées à angle droit, soient retenues par le périchondre. Ce greffon est ensuite mis au lobule jusqu'aux os propres, et dans la plaie de la sous-cloison. Entre des mains aussi habiles et expérimentées que celles de l'auteur de ce procédé, il est possible d'escompter un excellent résultat. Toutefois, nous devons admettre que pour obtenir une correction parfaite, il faut que la greffe soit préparée d'une manière impeccable à tous les points de vue, et que la muqueuse du vestibule nasal, de chaque côté, ne soit pas lésée.

Moulonguet de Paris, en présence d'un malade venu le consulter pour un affaissement très prononcé du lobule nasal, consécutif à un traumatisme remontant à la première enfance, et où il n'y avait pas de cartilage de la cloison et de la sous-cloison, eut l'idée d'intervenir de la manière suivante. Sous anesthésie au chloroforme, petite incision transversale de un demi-centimètre de long, juste au-dessous de la pointe du nez. Creusage d'un canal sous-cutané de quatre centimètres allant jusqu'aux os propres. Seconde incision partant du milieu de la première transversale, et dédoublement de la sous-cloison et de la cloison sur une profondeur de un centimètre et demi. Prise sur le rebord de la neuvième côte d'un morceau de cartilage dépouillé de son périchondre, présentant plus ou moins la forme d'une équerre, dont la branche la plus longue est de deux centimètres et demi. Mise en place de ce greffon, ayant la pointe en contact avec les os propres, la partie inférieure avec l'épine nasale, et la portion supérieure repoussant le lobule. L'auteur de ce procédé déclare avoir obtenu un très bon résultat esthétique de profil. Quant à la vue de face, le greffon a pris une légère courbure à droite, ce qui l'a forcé plus

tard à recourir à une injection de paraffine pour corriger cette concavité. Si nous apprécions maintenant cette méthode nous supposerons que le malade du Dr Moulonguet l'a prié de pratiquer l'intervention sous chloroforme. En effet, il aurait été beaucoup plus facile de la faire, même sans douleur, sous anesthésie locale, ce qui lui aurait permis de distendre, jusqu'à un certain point, les tissus, et surtout ceux de la cloison nasale qui, suivant sa description, étaient réduits à « *une simple fibre muqueuse* ». Nous ne comprenons pas le besoin d'une incision transversale d'un demi-centimètre de long au-dessous du lobule du nez, avant de creuser un tunnel jusqu'aux os propres. Pas plus que de faire un canal sous-cutané de quatre centimètres jusqu'à ces mêmes os, lorsqu'il était nécessaire de mettre un greffon cartilagineux de deux centimètres et demi seulement. Pour ce cas particulier le résultat a été très bon. Cependant, nous doutons fort que cette méthode puisse s'appliquer d'une manière pratique à la correction du lobule affaissé en général car, même adaptée aux circonstances, il y aurait toujours le danger d'une perforation de la muqueuse du nez lors du dédoublement de la sous-cloison et de la cloison. Nous savons tous que ce petit accident pourrait avoir pour conséquence une infection d'abord, et ensuite l'élimination de la greffe. Nous ne parlerons pas de la cicatrice cutanée qui, avec le temps, disparaît presque entièrement.

La mise en place d'un étai cartilagineux, pour repousser le bout du nez, a déjà été décrite, mais cette méthode simpliste est insuffisante pour donner à la pyramide une ligne droite. Elle expose le lobule à devenir plus ou moins mamelonné à l'endroit où se trouve la pression. De plus, la création d'avant en arrière d'un tunnel dans la sous-cloison, après une incision de cinq millimètres à un centimètre, recommandée par certains auteurs, n'est pas pratique, car ce tunnel est trop petit pour recevoir une greffe assez grosse, qui a pour but de repousser définitivement le bout du nez, et en outre son application présente des dangers de rupture lors de manœuvres laborieuses. Avec le morceau de cartilage que nous introduisons par voie externe jusqu'aux os propres, nous pouvons à volonté obtenir la rectitude désirée. Finalement le dernier greffon, placé en contact avec le précédent, a pour propriété non seulement d'augmenter l'effet de la correction nasale, mais aussi de protéger les tissus en recouvrant la poutre cartilagineuse à son extrémité lobulaire.

Il est très important de mettre l'index dans la narine droite pendant la section, d'avant en arrière, de la muqueuse qui sépare la sous-cloison de la cloison à gauche, afin de pouvoir exercer un

contrôle, et par le fait même de prévenir la perforation. Pour donner plus d'extension à cette muqueuse incisée, dans le but d'introduire un étai cartilagineux aussi gros que possible, absolument droit et dépourvu du périchondre, il faut recourir à une dissection de ses bords. Le greffon est ensuite placé en contact avec la cloison, et il est facile de bien le protéger en suturant à la soie les lèvres de la plaie vestibulaire au moyen de très fines aiguilles. Il ne reste plus en dernier lieu qu'à pratiquer une petite incision verticale au-dessous du lobule, de faire communiquer cette ouverture avec le tunnel déjà créé lors de la section de la muqueuse séparant la cloison de la sous-cloison, et de mettre les deux morceaux de cartilage. Suture de cette incision cutanée, pansement légèrement compressif des deux narines à la gaze iodoformée, pansement externe, et application sur la pyramide nasale d'une attelle en cuivre retenue par des bandelettes de diachylon. Fermeture ordinaire de la plaie costale.

Pour toutes les rhinoplasties se rapportant à une lésion prononcée, où il faut avoir recours à la greffe, nous employons le cartilage, — tel que nous l'avons déjà exposé dans un travail antérieur — et de préférence celui de la première côte flottante [1]. En effet l'anatomie de cette extrémité costale se prête particulièrement bien au modelage, et ce greffon à lui seul est amplement volumineux pour la correction de toutes difformités produites par une insuffisance du squelette nasal. De plus ce cartilage peut être prélevé sans douleur sous anesthésie locale, et les suites opératoires sont toujours très simples.

En présence d'un nez aplati à la pointe, élargi et tendu, il faut tout d'abord rapprocher les ailes, suivant le procédé de déplacement bien décrit par les auteurs, avant de remonter le lobule avec une poutre cartilagineuse, et d'appliquer ensuite, par voie externe, les deux autres greffons.

Nous croyons avoir suffisamment exposé, dans ce travail, la méthode que nous préconisons pour la correction de l'affaissement du lobule nasal, et fait ressortir sa supériorité sur les autres. Cette opération est particulièrement facile, se pratique sans douleur sous anesthésie locale, et assure le plus de garanties possibles quant au résultat esthétique [2].

---

(1) J.-N. Roy: « La méthode de choix pour la correction des nez concaves. » *Archives Internationales de Laryngologie, Otologie, Rhinologie et Broncho-Œsophagoscopie*, Paris, fév. 1928.

(2) Nous regrettons de ne pouvoir fournir d'illustrations, car notre malade a refusé de se laisser photographier avant et après l'opération.

RECUEIL DE FAITS

LA LUXATION RÉCIDIVANTE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR ET SON TRAITEMENT

Par J.-C. FAVREAU,
Chirurgien orthopédiste de l'hôpital Sainte-Justine.

La luxation du maxillaire inférieure n'est pas une rareté: tout médecin praticien ou spécialiste peut se vanter d'avoir replacé un bon nombre de « mâchoires décrochées ». Les dentistes aussi connaissent bien cette affection et n'hésitent pas à la guérir. Ces médecins et ces dentistes connaissent peut-être aussi quelques personnes où la luxation s'est reproduite deux ou trois fois. Mais les véritables cas de luxation récidivante chronique, c'est-à-dire les cas où le condyle du maxillaire inférieur sort de sa cavité normale à propos de tout et à propos de rien, sont encore assez rares. Personnellement, nous n'en avons rencontré que deux cas depuis quatre ans, et la littérature médicale est bien peu abondante sur ce sujet. Il faut dire que, jusqu'à ces dernières années, les traitements proposés étaient peu efficaces et peu séduisants: c'est peut-être ce qui explique le peu d'attention donnée à cette infirmité. Mais aujourd'hui, grâce aux travaux de Léo Mayer de New-York, les choses ont bien changé; et, avec cet auteur, nous sommes bien d'avis que la luxation récidivante du maxillaire inférieur pose un problème très passionnant pour un chirurgien orthopédiste. En effet, le traitement chirurgical préconisé par Léo Mayer est relativement facile et très efficace.

C'est dans le but de mieux faire connaître cette affection et surtout son traitement que nous avons décidé d'écrire ces lignes. Pour mieux appuyer nos conclusions, nous avons le plaisir de vous présenter une observation personnelle complète où le résultat immédiat et éloigné a dépassé nos espérances et surtout celles de notre cliente.

Sous le diagnostic de luxation récidivante du maxillaire inférieur, dans le passé, on a souvent confondu deux lésions distinctes tant au

point de vue clinique qu'au point de vue pathologique. L'une consiste en une véritable luxation (il y a sortie du condyle en dehors de sa cavité normale) ; l'autre consiste plutôt en un dérangement intra-articulaire causé par la désinsertion du ménisque fibro-cartilagineux interposé entre les deux surfaces articulaires de la temporo-maxillaire. Et, comme le fait remarquer Léo Mayer, c'est pour n'avoir pas su faire la part clinique précise de ces deux lésions que les traitements proposés ont trop souvent manqué leur but.

On est porté à étiqueter luxation du maxillaire inférieur certains troubles temporo-maxillaires dont beaucoup de gens se plaignent ou ne se plaignent pas et qui consistent en un petit mouvement antéro-postérieur anormal du condyle au moment de la mastication et du bâillement ; ce mouvement anormal s'accompagne très souvent d'un craquement vif et parfois douloureux. Tout cela est loin de la luxation. En analysant ces troubles de plus près, on arrive vite à se convaincre qu'il s'agit plutôt de manifestations d'arthrite chronique, d'un déséquilibre articulaire causé par une mauvaise occlusion des dents, ou d'une lésion franche du ménisque. S'agit-il d'arthrite chronique ? un traitement médical ou physiothérapique est à conseiller. S'agit-il d'une occlusion dentaire défectueuse ? c'est au dentiste qu'il faut demander une correction. S'agit-il d'une lésion méniscale sérieuse ? c'est au chirurgien qu'il appartient de faire une ablation du ménisque ou une immobilisation temporaire de la temporo-maxillaire. Tous ces traitements cependant seraient totalement inefficaces en face d'une luxation récidivante véritable et c'est pourquoi il ne faut pas hésiter à recourir alors au traitement préconisé par Léo Mayer, c'est-à-dire à la butée ostéo-plastique extra-articulaire précondylienne.

Pour comprendre la pathogénie de cette affection, ainsi que la technique et le mécanisme d'action de son traitement opératoire, il est utile de se rappeler les grandes lignes de l'anatomie de l'articulation temporo-maxillaire. Cette articulation est formée par le condyle du maxillaire inférieur d'une part et par la cavité glénoïde du temporal d'autre part. En avant de cette cavité glénoïde, se trouve le tubercule zigomatique antérieur, lequel constitue une sorte de butoir normalement suffisant pour empêcher le condyle de glisser en avant. Entre les deux surfaces articulaires, se trouve placé un ménisque qui coiffe le condyle et s'y attache. Le muscle ptérygoïdien interne s'attache à la portion antérieure de ce ménisque. Une synoviale tapisse toutes ces surfaces. Une capsule et des ligaments entourent toute l'articulation.

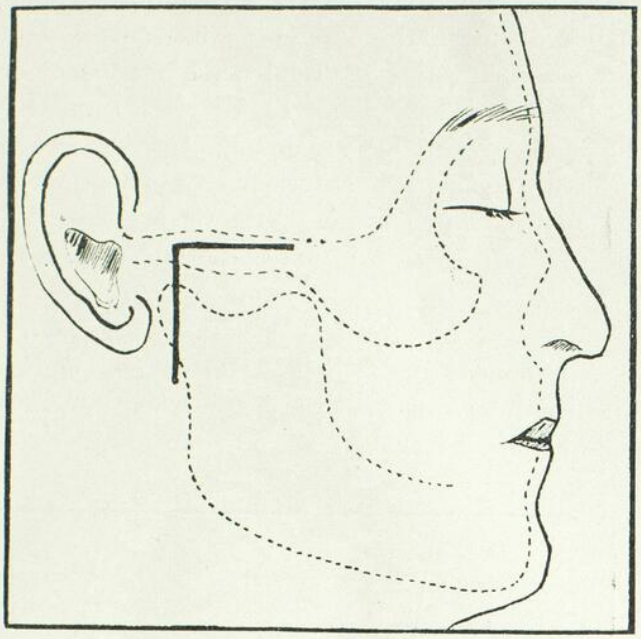


Fig. 1. — Ce schéma transparent illustre le tracé de l'incision cutanée en en forme de L renversé.

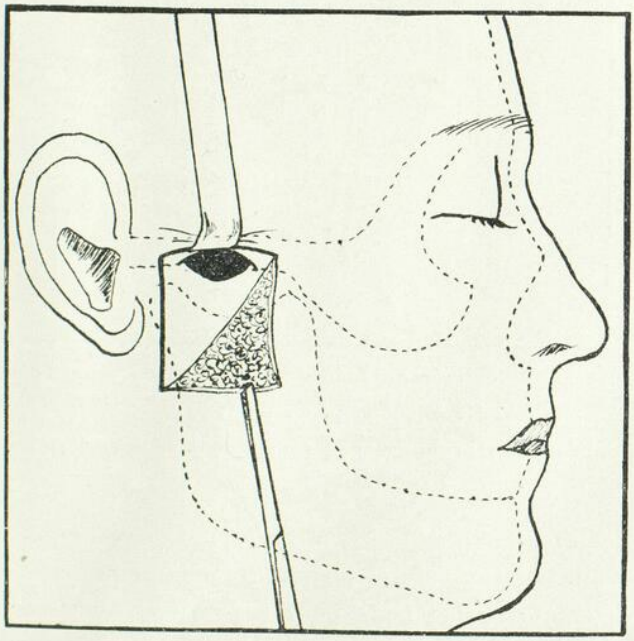


Fig. 2. — L'arcade zigomatique es' exposée et son bord inférieur est réséqué. Au fond apparaît le tubercule zigomatique antérieur.

Or, dans les cas où survient la luxation récidivante, il semble que le condyle du maxillaire inférieur glisse en avant du tubercule zigomatique antérieur parce que celui-ci est insuffisant ou parce que les moyens d'union de l'articulation sont devenus trop lâches. Dès lors, il est facile de comprendre que si l'on augmente suffisamment l'épaisseur du tubercule zigomatique antérieur on s'oppose par le fait même au passage du condyle en avant. Cette vérité anatomique constitue le principe très rationnel de la butée ostéoplastique de la temporo-maxillaire.

La technique de cette opération est assez simple et les schémas qui suivent en donnent une meilleure idée qu'une longue description. Il faut dire cependant que nous avons cru bon de modifier un peu la technique employée par Léo Mayer pour protéger l'esthétique et

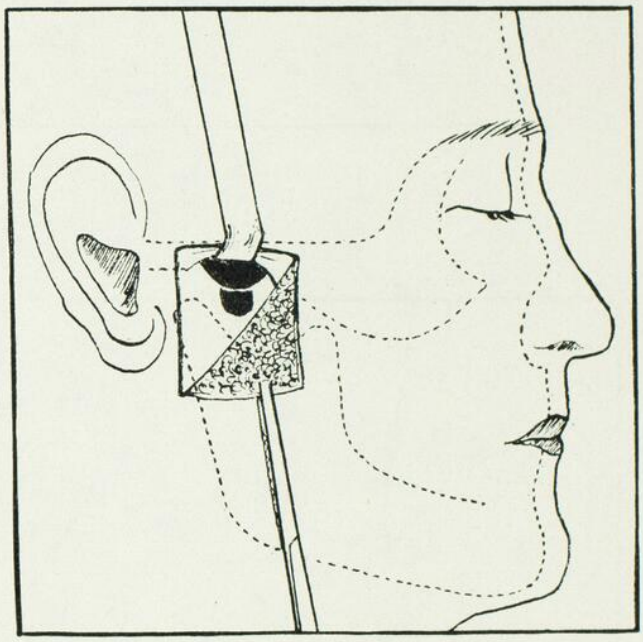


Fig. 3. — La partie ombrée au fond de la plaie indique le tubercule zigomatique antérieur. Le prolongement inférieur est constitué par la petite cheville osseuse qui s'enfonce environ ¼ de pouce dans le tubercule. Ce tubercule et son prolongement constituent le nouveau butoir en avant du condyle.

faciliter la mise en place du greffon. Nous employons une incision cutanée beaucoup plus simple. Nous ne réséquons pas complètement l'apophyse zigomatique; nous nous contentons d'échancrer son bord inférieur. Nous employons un greffon tibial qui nous donne une

cheville assez longue pour frapper dessus commodément. Nous ne sectionnons pas l'artère temporale superficielle et nous n'exerçons aucune traction sur le nerf temporal superficiel. Nous croyons qu'il est avantageux d'éviter tous ces inconvénients à l'opérateur et au patient.

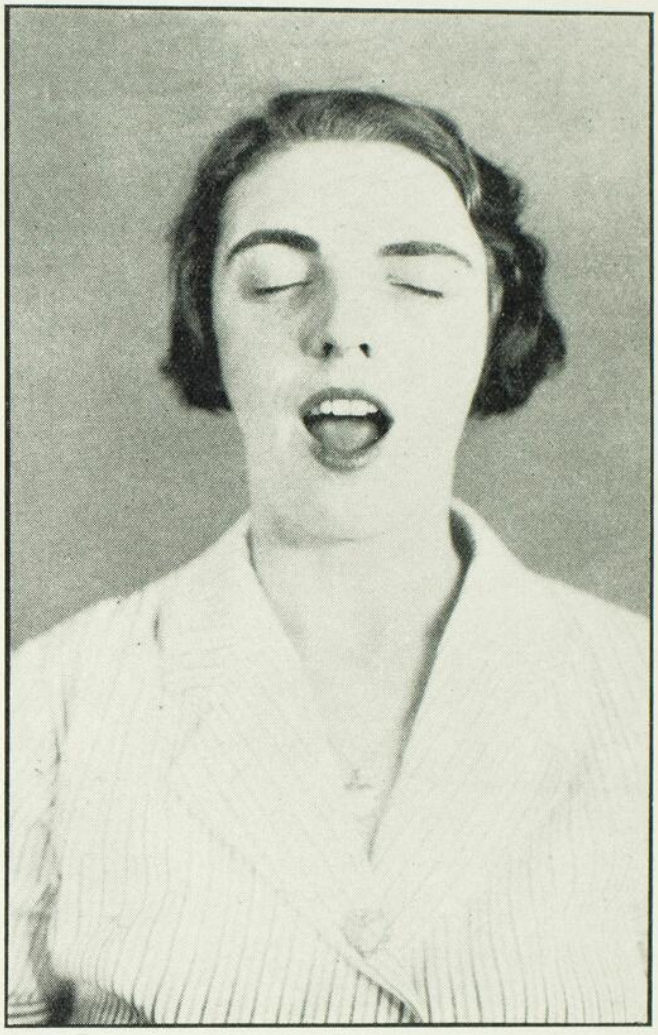


Photographie nº 1:
Cette photographie de profil montre la bonne position du maxillaire inférieur et la cicatrice à peine visible de la région temporo-maxillaire.

Une fois l'opération terminée, le maxillaire inférieur est immobilisé par un simple bandage qui prend solidement la tête et le menton. Pendant cinq à six semaines, les aliments liquides et semi-solides sont les seuls permis.

Nous avons opéré avec un succès complet la malade dont l'observation suit.

Observation: Mlle Lucienne L..., 24 ans, vient nous consulter le 25 mars 1936 parce que sa mâchoire inférieure se « décroche » du côté droit et parce que ce trouble la gêne considérablement. Le mal est apparu pour la



Photographie nº 2:
Photographie de face démontrant que la bouche s'ouvre normalement.
N.B.—Toutes ces photographies ont été prises huit mois après l'opération.

première fois vers le mois de novembre 1934. Un médecin appelé réduisit assez facilement la luxation. Quelques semaines plus tard, même accident et même traitement. Graduellement, les accidents se multiplient et l'articulation devient lâche au point que la malade réduit elle-même sa luxation. Au mo-

ment où elle vient nous consulter, elle nous raconte que sa mâchoire se « décroche » jusqu'à 15 fois par jour. Elle est incapable de rire, de bâiller ou même de manger des substances solides sans appuyer sur son menton pour prévenir la luxation.

Pendant que nous l'examinons, nous reproduisons la luxation à volonté. Cependant, la sortie et la rentrée du condyle dans la cavité glénoïde cause toujours une douleur assez vive.

La malade entre à l'hôpital le 19 avril et l'opération est pratiquée le 24 avril 1936. Nous suivons rigoureusement la technique que nous avons décrite plus haut. Aucune complication opératoire ou post-opératoire. Immobilisation partielle du maxillaire inférieur pendant 2 semaines. Pendant trois autres semaines, la malade prend bien soin de ne pas forcer son articulation.

Deux mois après l'opération, elle ouvre la bouche à la grandeur d'un pouce. Trois mois après, l'ouverture de la bouche est facile et de grandeur normale.

Nous avons revu notre opérée ces jours derniers et voici nos constatations: le jeu de l'articulation temporo-maxillaire droit est normal et indolore; il persiste une petite zone d'hyperesthésie cutanée au niveau de la temporo-maxillaire; la cicatrice cutanée est à peine visible; la luxation ne s'est pas reproduite depuis l'opération c'est-à-dire depuis près de dix mois.

Conclusion

La luxation récidivante du maxillaire inférieur est une entité morbide bien définie qui ne doit pas être confondue avec une lésion du ménisque de l'articulation temporo-maxillaire. L'affection cause à celui qui en est atteint une infirmité grave mais facilement curable par un traitement chirurgical relativement simple et sûrement efficace qui ne compromet ni l'esthétique ni la fonction. Nous croyons donc que la butée ostéo-plastique de l'articulation temporo-maxillaire est une excellente opération et qu'elle mérite l'attention de ceux qui s'intéressent à la chirurgie orthopédique.

MOUVEMENT MÉDICAL

DES ARSENICAUX. EXAGÉRATION DE LEUR TOXICITÉ

Par Paul POIRIER,
Chef du Service de Dermato-Syphiligraphie à l'Hôtel-Dieu,
Assistant à la Clinique de l'Université de Montréal.

Nous [1] avons insisté ici même, à la suite de notre maître le professeur Marin [2], sur la « *therapia sterilisans magna* » d'Ehrlich par les arsenicaux; et ce n'est pas sans raison que nous revenons sur le même sujet.

Il nous arrive encore trop souvent en effet d'entendre dire par nos collègues : « Moi, je ne prends pas de chance », et par nos malades : « Moi, j'ai déjà eu un chancre; je suis allé consulter un médecin qui m'a donné des injections intramusculaires; j'ai fait analyser mon sang dernièrement et voici le rapport. » Nous y lisons toujours la fatidique et décevante inscription : Wassermann ++++ ++++ Kahn ++++. Dans cette condition, médecin et malade ont tous deux perdu toutes les chances de guérir une infection bénigne à ses débuts, et de prévenir pour l'avenir une infirmité grave, comme une cardiopathie, une ataxie locomotrice, une paralysie générale ou une atrophie optique, etc., dont nous sommes les témoins chaque jour.

Médicalement parlant, nous sommes armés jusqu'aux dents contre le tréponème pâle de Schaudinn. Pourquoi alors se retenir, se retrancher sous des prétextes comme ceux-ci : « Mes malades ne reviennent plus, ils sont plus malades après qu'avant » ?

Un médecin n'a pas le choix dans l'arsenal antispécifique arsenical (Novarsenobenzol français 32% d'arsenic, Novarsphénamine américain, Néosalvarsan allemand, Mapharsen 29%, ou Sulfarsenol 20%), bismuthique ou mercuriel.

---

(1) Paul Poirier : « De l'importance du traitement de la syphilis à ses débuts. » *Union Médicale*, mai 1936.

(2) Albéric Marin : « Des traitements insuffisants en syphilis. » *Union Médicale*, février et mai 1931.

Il doit savoir que l'arsenic est le roi des médicaments, ayant une valeur thérapeutique de 10 sur 10, alors que le bismuth a une valeur de 7 à 8 et le mercure de 4 à 5. Les *contre-indications* absolues aux arsenicaux sont fort réduites; elles doivent se limiter aux cachectiques, aux sujets atteints d'une lésion cardiaque mal compensée, d'une insuffisance hépatique grave, de néphrite chronique avec forte imperméabilité rénale.

C'est sans doute pour les avoir ignorées ou ne pas en avoir tenu compte que des accidents, peu nombreux il est vrai, mais pourtant trop regrettables, ont été signalés. Car de sa *toxicité,* il est clair qu'elle a été exagérée: les faits sont là pour le démontrer, aussi bien expérimentaux que cliniques.

Les recherches chimiothérapiques d'Ehrlich [3], et de ses savants collaborateurs Bertheim et Hata, ont prouvé hors de tout doute, l'action nettement *parasitotrope* (tréponémicide) des arsénobenzènes, et très peu *organotrope.*

Les syphiligraphes sont venus à la suite, confirmer ce que l'expérimentation avait démontré.

« L'arsenic paraît *le moins toxique* des antisyphilitiques pour le rein. » Gougerot.

« L'arsenic est toxique pour un foie insuffisant. » Idem.

La méthode des doses massives stérilisantes (0.90 ctgrs — 8 grammes par série — congé 2 à 3 semaines — 2 ans de traitement après négativité), ne peut être employée chez l'homme qu'avec les arsénobenzènes. Avec le bismuth et le mercure, la dose tolérée est inférieure à la dose stérilisante.

En résumé, expérimentalement, les arsénobenzènes sont donc les *moins toxiques* des trois médicaments, mais chez l'homme, il faut compter avec des *intolérances* et *sensibilisations imprévues* qui rendent toxiques des doses faibles, habituellement tolérées (par exemple 0.15, 0.30, 0.45 de 914). « Les réactions post-arsénobenzoliques ne sont pas en rapport avec la posologie, mais avec l'idiosyncrasie particulière du patient. » Marin.

D'où l'on voit que ce n'est pas tant la toxicité, mais bien l'intolérance; mais on a aussi exagéré cette dernière.

Les principaux petits *signes d'intolérance* sont: vertiges, frissons, nausées, vomissements, céphalées, qui recommandent la prudence. Weil prétend, grâce à ces signes d'intolérance, avoir pu prédire l'apparition de réactions sérieuses.

---

(3) Paul Gagnon: « La chimiothérapie arsenicale de la syphilis. » *Union Médicale,* septembre et octobre 1934.

La pratique courante nous a appris que la plupart des malades, ayant présenté ces petits signes d'intolérance avec des petites doses, ont bien supporté les plus grosses doses dans la suite.

Depuis neuf ans, je me suis appliqué à dresser un relevé des accidents arsénobenzoliques dans les périodiques et revues, dans les hôpitaux et chez mes confrères.

Voici un tableau, qui, pour ne pas être complet, ne s'éloigne pas néanmoins, j'en suis sûr, de la réalité des faits:

Albert Bertrand et **Ls-Chs Simard:**	« Anémie aplastique mortelle post-arsénobenzolique. » *Union Médicale du Canada*, déc. 1933.
Henri Gélinas **Antonio Godin** **Lucien Gélinas:**	« Deux cas d'agranulocytose. » *Union Médicale du Canada*, déc. 1933.
Hôpital Notre-Dame:	En 10 ans: pas un seul cas d'apoplexie séreuse. En 1930, sur 9,304 injections arsenicales: 5 érythrodermies graves sans dénouement fatal; 3 crises nitritoïdes contrôlées par l'adrénaline.
Dans les autres milieux:	Un cas d'apoplexie séreuse. Quatre autres cas graves rapportés.
Hôtel-Dieu:	En 3 ans, sur 15,000 injections arsenicales, une seule crise nitritoïde, sans suite.

En se basant sur cette dernière statistique, nous aurions eu un accident sérieux sur 15,000 injections, semblable à ce qui arrive avec la ponction lombaire, qui est considérée par tous comme une intervention ne comportant presque aucun danger.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS EXPÉRIMENTALES SUR LA NUPERCAÏNE

Par Gérard De MONTIGNY, D.D.S., M.S.D., B.A.

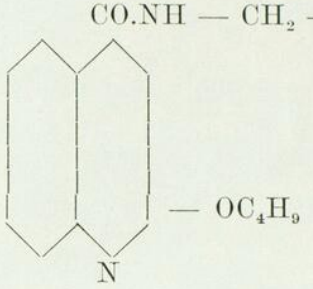
Dans les numéros de juillet, août et septembre 1936 du *Journal de l'Association Dentaire Canadienne* et dans *l'Union Médicale du Canada* des mois de septembre et octobre 1936, nous avons discuté le côté chimico-physiologique des solutions anesthésiques employées dans le domaine dentaire. Nous nous sommes également référé dans ces travaux aux principales substances anesthésiques locales couramment utilisées, et brièvement à la Nupercaïne. Depuis, nous avons fait quelques recherches supplémentaires surtout au point de vue, non pas de la solution, mais de l'agent propre qui détermine l'anesthésie locale. Dans la littérature récente européenne principalement et dans les traités d'anesthésie nous remarquons que la Nupercaïne est, de la part des pharmacologues et des chirurgiens, le produit le plus étudié. Employée avec une technique judicieuse et en concentrations convenables, la Nupercaïne semble devenir en chirurgie l'anesthésique de choix ; conséquemment, nous considérons qu'elle est digne d'une courte étude en ce qui concerne notre partie de la médecine. Quelques travaux ont été publiés jusqu'à ce jour sur la Nupercaïne en odontologie, peu nombreux il est vrai, parce que sans doute la plupart des produits que nous employons sont présentés sous forme de capsules, ce qui n'est pas le cas pour la Nupercaïne.

Chimie

Pour la synthèse de la Nupercaïne, la méthode classique qui, il y a 25 ans, conduisit Einhorn à la synthèse de la procaïne, fut abandonnée. Einhorn, en effet, en réunissant les éléments essentiels de la cocaïne en un corps plus simple, a découvert la procaïne (nom de la U. S. P. pour la novocaïne) et le même procédé a conduit depuis à la découverte des produits analogues et homologues. Par contre, la synthèse de cette nouvelle substance non narcotique (nupercaïne) s'est faite à partir d'un produit naturel différent, la quinine, qui, à part ses nombreuses propriétés, possède une action anesthésique locale prononcée. Cette substance est un dérivé de la quinoléine, c'est-

à-dire du groupe auquel appartiennent non seulement la quinine, mais aussi d'autres agents thérapeutiques de valeur, tels que l'Atophan, le Vioforme, etc.

La nupercaïne est le chlorhydrate de la diéthyléthylène-diamide de l'acide-a-butyloxycinchoninique.



Propriétés pharmacologiques

Uhlmann, Lipschitz et Laubender ont publié sur la Nupercaïne des travaux pharmacologiques très fouillés. Ces auteurs ont démontré que la Nupercaïne possède une puissance anesthésique remarquable; une solution à 1/125,000 exerce encore un effet très net sur la cornée du lapin alors que, pour la cocaïne, la concentration minima est de 1/10,000.

Uhlmann a pratiqué sur l'homme des injections intracutanées (bouton anesthésique) et a contrôlé, au moyen d'une aiguille, la suppression de la sensibilité à la douleur. Avec une aiguille fine il a injecté dans le tissu cutané lui-même 0,1 cmc de solution à 1/100 ou 1/1000 de façon à produire un petit bouton. Il a fait les constatations suivantes:

1° *Procaïne* à 1/100. La sensibilité à la douleur ne disparaît jamais complètement, sauf peut-être sur une surface de 6 à 7 mm. de diamètre, c'est-à-dire dans la région de la papule initiale. En dehors de cette zone très petite, la sensibilité diminue fortement, sans toutefois disparaître complètement. Au bout de 10 minutes l'anesthésie disparaît complètement. La solution à 1/1000 n'a pas d'effet notable.

2° *Cocaïne à* 1/100. Le bouton est insensible pour ainsi dire immédiatement après l'injection, et, dans l'espace de 5 minutes, il se forme tout autour une zone anesthésiée plus grande, ayant à peu près la surface d'une pièce de deux francs. L'anesthésie dans la grande zone dure environ 20 minutes, au centre environ 40 minutes. La solution à 1/1000 ne supprime la sensibilité que dans la région de la papule initiale.

DEUX DIURÉTIQUES D'UNE GRANDE EFFICACITÉ

La

TÉCARINE

Diurétique déchlorurant très actif, toujours bien toléré.

S'administre par voie buccale ou parentérale.
Obvie aux nombreux inconvénients de la Théobromine.

Le

NEPTAL

Diurétique mercuriel extrêmement puissant.

Agira là où les médications habituelles auront échoué.

Indications particulières: ŒDÈMES, ASCITES, HYDROTHORAX et OLIGURIE.

TÉCARINE

Tube de 20 comprimés à 0 gr. 25
Boîte de 5 ampoules de 1 c.c. à 0 gr. 25

NEPTAL

Boîte de 5 ampoules de 1½ c.c.
pour injections intramusculaires

Littérature franco sur demande

Laboratoires Poulenc Frères
DU CANADA LIMITÉE — MONTRÉAL

Distributeurs: ROUGIER FRÈRES MONTRÉAL

(2e d'une SÉRIE

Salines

LES SELS DANS LA CONSTIPATION DES ADOLESCENT

La constipation qui survient d'habitude comme u symptôme de maladie, surtout durant l'adolescence, produit un élément préjudiciable, tel que dans chlorose, est rapidement soulagée par les sels.

Sal Hepatica

fournit deux points de grande valeur dans le traitement de la constipation symptomatique. Il provoque une osmose parfaite qui contribue à débarrasser l'organisme des déchets intestinaux — sûrement et parfaitement. Il contribue également à augmenter la résistance en maintenant le taux alcalin du tissu plasmatique.

De nouvelles expériences indiquent que Sal Hepatica stimule l'écoulement de la bile de la vésicule biliai au duodénum.

Sal Hepatica agit d'une façon an logue à celle d'eaux minérales sources réputées. Son effervescen mousseuse lui donne un go agréable.

Nous nous ferons un plaisir d'e voyer des échantillons et de la litt rature sur demande.

Sal Hepatica nettoie le tube digestif et est un adjuva pour combattre l'acidité.



BRISTOL-MYERS CO.
1241-F, rue BENOIT
MONTRÉAL, Canada.

3° *Nupercaïne.* Là encore la Nupercaïne se montre supérieure. Uhlmann a obtenu avec une solution à 1/1000 à peu près le même effet qu'avec une solution de cocaïne à 1/100. L'anesthésie même avec la solution à 1/1000 dure encore 50 minutes. Si, à une solution de Nupercaïne à 0.5/1000, on ajoute de l'adrénaline (2 gouttes de la solution à 1/1000 dans 100 c.c. de Nupercaïne), comme on le fait pour la novocaïne, l'anesthésie est encore quelque peu prolongée.

Toxicité

Selon le grand travail de Braun, qui s'exprime si clairement sur la question, la toxicité des anesthésiques locaux est en relation constante avec la concentration à laquelle ils parviennent aux vaisseaux sanguins capillaires du cerveau à un moment donné. Il en résulte qu'il faut tenir compte dans la détermination expérimentale de la dose mortelle minima de différents facteurs: du mode d'administration (sous-cutanée, intramusculaire ou intraveineuse), de la méthode d'injection (ininterrompue, à intervalles, rapide ou lente), de la pression osmotique et surtout de la concentration des solutions employées.

En se basant sur ces considérations, il est clair que les expériences comparatives sur les différents anesthésiques locaux n'ont pas de valeur réelle, si elles ne sont pas faites dans des conditions identiques et avec des solutions de concentration telles qu'elles peuvent être considérées comme équivalentes au point de vue de l'anesthésie. En plus, des animaux d'espèces diverses réagissent parfois différemment. Selon les essais d'Uhlmann, le chien par exemple n'est pas aussi sensible à l'empoisonnement par la Nupercaïne que le lapin. Tous les anesthésiques locaux sont toxiques; le Dr Graham Brown, d'après l'échelle du British Medical Association Committee, établit la toxicité des différents agents comme suit: nupercaïne 4.0; cocaïne 1.0; stovaïne 0.625; procaïne 0.49; B-eucaïne 0.414. De cette étude il ressort clairement que la Nupercaïne est à poids égal plus toxique que les autres substances mentionnées, mais il est aussi à faire remarquer, point capital, qu'elle s'emploie en concentrations de 10 à 20 fois plus faibles. Par exemple la Nupercaïne est utilisée en solutions 10 fois plus diluées que la cocaïne, et conséquemment, selon cette même échelle, elle est de la moitié moins toxique que la cocaïne. Pour l'anesthésie par infiltration en chirurgie, la procaïne s'emploie généralement en solution à 2/100; on utilise la Nupercaïne à 1/1000 ou 20 fois plus diluée. En se basant de nouveau sur l'échelle plus

haut mentionnée, la Nupercaïne est à peu près 10 fois plus toxique que la novocaïne, mais comme on s'en sert en moyenne 20 fois plus diluée, sa toxicité pratique n'est que de la moitié de celle de la procaïne.

En résumé, de l'étude des effets d'ensemble de la Nupercaïne en pharmacologie et toxicologie — aussi près que l'on puisse le préciser — on peut conclure en gros que du point de vue de l'intensité et de la durée de l'anesthésie, elle est environ une dizaine de fois plus active que la cocaïne et ses succédanés. A poids égal elle est cependant incontestablement plus toxique que ces derniers, dans la proportion de 1 à 5 environ. Mais comme on l'emploie approximativement à doses dix fois plus faibles, sa toxicité absolue est en fin de compte moindre. Comme la Nupercaïne s'utilise aussi bien pour l'anesthésie par infiltration que de surface et comme elle peut être stérilisée par la chaleur, elle semble digne d'investigations cliniques en pratique dentaire.

BIBLIOGRAPHIE

1. UHLMANN. — *Archives Int. de Pharmacodynamie et de Thérapie,* nº 3, 1929.
2. BRAUN. — *L'anesthésie locale,* Leipzig, 1913.
3. LAUBENDER. — *Deutsche med. Woc.,* nº 39, 1930.
4. PAYNJON. — *La Presse Médicale,* nº 60, 1931.
5 QUARELLA. — *Minerva Medica,* nº 49, 1929.

REVUE GÉNÉRALE

HYGIÈNE MUNICIPALE[1]
(Fin)

Par Sylvio ROCH.

Hygiène industrielle

Cette division pourvoit à l'inspection des bâtiments industriels en coopération avec les inspecteurs des établissements industriels nommés en vertu de la Loi des Etablissements industriels, ch. 182, et la Ligue de Sécurité de la province de Québec.

Cette inspection fait réaliser aux employeurs l'importance de la santé des employés comme facteur de production; aussi portent-ils à l'hygiène un intérêt spécial.

La surveillance exercée par un service de santé porte sur les points suivants:

1) La ventilation;
2) L'éclairage;
3) La salubrité;
4) Les heures de travail;
5) Les maladies professionnelles;
6) Intoxications, silicose, etc;
7) Les dangers d'accidents;
8) Soins d'urgence aux accidentés;
9) Examen médical périodique annuel des employés;
10) Traitement à domicile des malades par les médecins et infirmières.

Inspection des aliments

L'inspection des aliments comprend les mesures d'hygiène employées pour empêcher la falsification des aliments; de plus, elle contrôle les conditions dans lesquelles les aliments sont conservés et

(1) Voir le numéro précédent pour la première partie de cet article.

mis en vente. Les principales catégories de falsifications sont les suivantes:

1) Si une substance a été ajoutée aux aliments qui en dénature la qualité ou en diminue la valeur nutritive;

2) S'il y a eu substitution d'aliments;

3) Si l'un des constituants a été enlevé;

4) Si les aliments sont en décomposition, tel que viande d'animaux malades, etc;

5) Si les aliments sont colorés ou adultérés par quelque substance qui cache leur mauvaise qualité;

6) Si les aliments contiennent des antiseptiques, tels que acide borique, salicylate de soude, formaline, pour leur conservation.

En résumé, l'inspection des aliments comprend deux phases: 1) la protection de la santé des habitants; 2) la protection des habitants contre les falsifications. Aussi l'inspection doit porter sur les locaux; des règlements sont formulés à cet effet par l'autorité municipale.

Tous les manipulateurs d'aliments doivent subir un examen au bureau de santé pour constater qu'ils ne souffrent d'aucune maladie contagieuse, maladies de peau; ils doivent être propres et vaccinés contre la variole tous les sept ans. Une carte de santé leur est octroyée s'ils remplissent les conditions de l'examen physique. L'inspection doit porter sur les établissements d'aliments, les marchés, les aliments aux gares, bateaux, les colporteurs d'aliments, les hôtelleries, les maisons de pension, les restaurants, abattoirs, etc.

Tous les animaux abattus dans la municipalité doivent l'être en présence d'un médecin-vétérinaire qui condamne les animaux impropres à la consommation. Les abattoirs en dehors de la municipalité doivent être conformes aux règlements d'hygiène et inspectés. Les aliments impropres à la consommation sont confisqués et détruits.

L'inspection proprement dite se divise en deux parties:

a) Inspection des aliments;
b) Inspection du lait.

Inspection du lait. Tout le lait vendu dans une municipalité doit provenir de fournisseurs dont les étables et le personnel ont été approuvés; les résultats sont consignés sur une fiche à cet effet.

METHODE DE WHIPPLE

HEPATHEMO

DESCHIENS



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

SYNDROMES ANÉMIQUES

DESCHIENS, 3, RUE PAUL BAUDRY - PARIS (VIII^e)
REPRÉSENTANT : ROUGIER, 350, RUE LEMOINE MONTRÉAL (CANADA)

PULMO-BAILLY

SA BASE ACTIVE DE COMPOSITION
ET D'ACTION DÉFINIES ET CONSTANTES
Phospho-Gaïacolate de Codéïne

ASSURE :



1° **PAR L'IMPRÉGNATION ANTISEPTIQUE** de la muqueuse de l'appareil pulmonaire :

L'ÉLIMINATION des éléments infectants, la SUPPRESSION progressive de la toux et de l'expectoration.

2° **PAR SON PHOSPHORE ORGANIQUE** directement assimilable :

LE RENFORCEMENT de la capacité de défense de l'organisme. LA STIMULATION puissante du tonus nerveux, de l'appétit et des fonctions digestives.

●

Toutes les affections des voies respiratoires, préventif et curatif des complications broncho-pulmonaires de la grippe et des maladies infectieuses, toux.

●

1 cuillerée à café au milieu de chacun des repas. — **Aucune contre indication**

LABORATOIRES A. BAILLY - 15, RUE DE ROME - PARIS-VIII°

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

Les laitiers doivent subir un examen de santé; en plus des analyses de fécès et des urines sont faites en vue de rechercher s'ils sont porteurs de bacilles de la typhoïde; leurs laiteries sont sous la surveillance d'inspecteurs de lait et doivent être conformes aux règlements édictés par la municipalité en question. Les inspecteurs de laiteries prennent des échantillons de lait régulièrement; ceux-ci sont analysés quant à la qualité et au point de vue bactériologique.

Les usines de pasteurisation sont soumises à l'inspection du Service Provincial d'Hygiène et de la municipalité. Les permis pour opérer une usine de pasteurisation sont émis par le Service Provincial d'Hygiène.

Hygiène de l'enfance

Dans aucune division des activités d'un service de santé, la dépense encourue pour la protection de l'enfance ne produit plus de résultats appréciés par le public que dans cette organisation. Ce n'est que depuis un quart de siècle que l'importance de l'hygiène de l'enfance est reconnue. L'hygiène de l'enfance s'étend de la période prénatale jusqu'à la sortie de l'école.

Elle pourvoit à la protection de la mère expectante, de la nouvelle mère, du nourrisson, de l'enfant d'âge préscolaire et de l'écolier.

Les consultations sont les suivantes et sont établies dans divers endroits de la municipalité:

a) Consultations prénatales;

b) Consultations de nourrissons;

c) Consultations des préscolaires;

d) Inspection des écoliers et du bâtiment scolaire; cette inspection se fait à l'école par des médecins inspecteurs.

Aux consultations de nourrissons sont reçues les mères et les enfants en bonne santé; le rôle de ces consultations est de donner des conseils quant à la diète, et les conseils d'hygiène nécessaires à la mère pour conserver son enfant en bonne santé.

Aux consultations il ne se donne aucun traitement; quand un enfant est malade il est référé à son médecin de famille.

Les infirmières visiteuses visitent ces enfants régulièrement et donnent les conseils aux mères quant à la préparation des aliments du nourrisson, des soins généraux à donner à l'enfant pour l'empêcher d'être malade.

Consultations prénatales. Les mères viennent dès les premiers jours de leur grossesse; des conseils quant à leur état leur sont donnés: diète, vêtements, exercice, analyse d'urine. Elles sont ensuite dirigées chez leur médecin de famille pour traitement quand il en est nécessaire.

Inspection médicale des écoliers. Le médecin fait une visite hebdomadaire; il fait un examen complet de chaque écolier et en consigne les résultats sur une fiche dite scolaire. Les écoliers ayant besoin de soins médicaux sont dirigés vers leur médecin de famille. La vaccination est contrôlée à ces visites.

Des causeries sur divers sujets d'hygiène leur sont donnés.

Le médecin fait aussi l'inspection du local scolaire au point de vue propreté, éclairage, chauffage, ventilation; il avise le directeur de l'école, au besoin, s'il trouve des défectuosités et des manquements aux règlements d'hygiène.

Maladies contagieuses

La prévention des maladies contagieuses est une responsabilité du gouvernement et des municipalités.

Cette division reçoit la déclaration des cas, procède à l'enquête épidémiologique dans chaque cas, fait l'affichage quand il y a lieu, contrôle l'isolement des malades, et l'éviction des contacts des écoles, de même que la désinfection en cours de maladie et la désinfection terminale. Elle se tient en relations avec la division des maladies contagieuses du service provincial d'hygiène.

Les municipalités établissent des centres de vaccination anti-variolique, anti-diphtérique, contre la typhoïde, etc.

Certaines municipalités possèdent un dispensaire pour le diagnostic et le service social de la tuberculose, et des hôpitaux pour contagieux.

Procédure des maladies contagieuses:

1) Enregistrement des maladies; les médecins, les chefs de de famille, le directeur d'une institution doivent rapporter les cas de maladies contagieuses ou douteuses, au service de santé, sous peine de sanction pénale;

2) Identification de la maladie; vérification de la maladie par le médecin du bureau de santé; analyses de laboratoire si nécessaire;

3) Isolement et surveillance du patient;

4) Quarantaine des contacts;

5) Immunisation des personnes exposées;

6) Enquête épidémiologique;

7) L'enlèvement de la quarantaine et contrôle de la terminaison de la maladie par des analyses de laboratoire;

8) Désinfection terminale;

9) Nettoyage du logis.

Les règlements suivis sont les règlements du Service Provincial d'Hygiène, ch. 1-2-3.

Les dispensaires des maladies vénériennes sont sous le contrôle du Service Provincial d'Hygiène qui les établit dans divers endroits de la province où les patients sont traités gratuitement.

Laboratoires

Le laboratoire est une unité indispensable d'un département d'hygiène. Les fonctions d'un laboratoire municipal sont:

1) Examens de tissus pathologiques, sécrétions et excrétions de personnes malades ou soupçonnées être atteintes de maladies contagieuses, examens de crachats, sang, urine, pus, etc;

2) Examens de l'eau, du lait, viande et autres aliments pour déterminer leur degré de contamination ou de falsification; examens de médicaments, désinfectants, air, égouts, etc.

La laboratoire municipal est un laboratoire de diagnostic.

Le laboratoire est chargé de la distribution aux médecins de sérums (diphtérique, tétanique, sol. nitrate d'argent, de vaccins antidiphtérique, antiscarlatineux, antivariolique, antirabique, typhique.)

Assistance publique

Créée par la « Loi de l'Assistance publique », 11 Geo. V, c. 79, sec. 1. S'occupe du soin des malades indigents.

Art. 21. — Peuvent être admis dans les institutions d'assistance publique aux frais du gouvernement, des municipalités et des institutions d'assistance publique:

Les indigents qui fournissent aux autorités d'une institution d'assistance publique, la preuve de leur indigence, tel que prévu dans la présente section.

Art. 22. — Nulle institution d'assistance publique ne peut recevoir un indigent, aux frais du gouvernement et des municipalités, aux conditions de paiement ci-après édictées, s'il n'est remis aux autorités de l'institution d'assistance publique où l'on veut le faire admettre;

1) Une demande d'admission faite par l'indigent lui-même, ou un de ses parents, amis ou protecteurs, contenant le nom, les prénoms, l'âge, la profession et le domicile de l'indigent, rédigée conformément à la formule 1;

2) Un certificat suivant la formule 2, signé par le maire de la municipalité locale où le malade a son domicile, ou en l'absence du maire, par un conseiller ou toute autre personne dûment autorisée par le conseil à émettre ce certificat;

3) La municipalité et le gouvernement paient pour l'hospitalisation de ses indigents.

Les grandes municipalités ont une organisation indépendante du service d'hygiène pour administrer cette division. Dans les petites municipalités, c'est le bureau d'hygiène, par ses officiers, qui administre cette division.

Les fonds disponibles pour solder les dépenses de l'assistance publique sont pris, dans notre province, à même les fonds de la taxe imposée sur les lieux d'amusements et des repas pris dans les restaurants: cette taxe est divisée également entre les municipalités et le gouvernement.

Les gouvernements maintiennent des institutions pour le traitement des malades à même les deniers publics. Les villes maintiennent des hôpitaux, dispensaires, sanatoria, hospices pour le traitement de malades, tels que dispensaires antituberculeux, du cancer, hôpitaux pour contagieux.

C'est une responsabilité qui incombe à une ville de prendre soin de ses malades: infirmes, aliénés, orphelins, contagieux.

Les villes subventionnent les organisations philanthropiques qui prennent soin des malades, des infirmes, les orphelinats, hospices, etc.

Les responsabilités qu'une ville doit assumer dans les soins de ses malades sont les suivantes:

1) Le soin et le traitement des malades pauvres qui ne peuvent payer pour ces soins;

2) Le coût des soins et traitement de certains patients souffrant de maladies contagieuses dans un hôpital d'isolement;

3) Le coût partiel des malades capables de payer partiellement leurs soins.

Ainsi, à Montréal, la ville maintient un hôpital pour contagieux, un hôpital pour varioleux et subventionne les hôpitaux et les institutions et les organisations qui sont de nature à promouvoir les intérêts d'hygiène dans la municipalité.

Les hôpitaux d'aliénés, dans notre province, sont entièrement sous le contrôle du gouvernement provincial.



Opothérapie Hématique *Totale*

SIROP de
DESCHIENS
à l'Hémoglobine vivante

Renferme intactes les Substances Minimales du Sang total

Médication rationnelle des
SYNDROMES ANÉMIQUES
et des
DÉCHÉANCES ORGANIQUES

Une cuillerée à potage à chaque repas.

DESCHIENS, Dr en Phie, 9, Rue Paul-Baudry, Paris (8e)

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

POMMADE MIDY

SUPPOSITOIRES MIDY

EPINEPHRINE
STOVAINE
ANESTHÉSINE
EXt DE MARRONS
D'INDE FRAIS STABILISÉ

MIDY
LABORATOIRES MIDY
PARIS-FRANCE
MARQUE DÉPOSÉE

4
PRINCIPES ACTIFS

HÉMORROÏDES

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

LABORATOIRES MIDY, 67 Avenue de Wagram, Paris, 17e. J. EDDE, Ltée, Montréal, Agent.

huile de foie de morue — agent curatif

AYERST, McKENNA & HARRISON
LIMITÉE

Biologistes et Pharmaciens

Montréal **Canada**

POMMADE
ALPHAMEL

UNE POMMADE ANTISEPTIQUE ET CURATIVE CONTENANT DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE PURE, UN EXTRAIT CONCENTRÉ D'HUILE DE FOIE DE MORUE ET DU MIEL PURIFIÉ.

Après une année de recherches sur l'usage de l'huile de foie de morue dans le traitement de blessures, de brûlures, etc., nous présentons maintenant au corps médical une pommade à l'huile de foie de morue préparée suivant des expériences basées sur les travaux poursuivis au Canada, aux Etats-Unis et en Europe. Les nombreux rapports publiés sur cette thérapeutique semblent indiquer que l'usage de l'huile de foie de morue dans le traitement de plaies purulentes et infectées, de brûlures, d'engelures, de l'eczéma et d'autres affections cutanées sera aussi répandu que l'emploi de l'huile de foie de morue dans la prophylaxie du rachitisme.

La pommade Alphamel renferme la même teneur en vitamines A et D qu'un poids égal d'huile de foie de morue dont chaque gramme contient 2,000 unités internationales de vitamine A et 250 de vitamine D.

Sur demande, il nous fera plaisir de vous envoyer un exemplaire d'un dépliant sur la thérapeutique par l'huile de foie de morue et renfermant un résumé de certaines observations publiées sur ce sujet dans diverses revues de médecine.

La pommade Alphamel est présentée en tubes d'une once et demie et en contenants d'une livre.

Statistiques vitales

La statistique vitale est la tenue de livres de la santé publique. De même qu'une maison d'affaire fait un inventaire et compile les opérations de son commerce pour la bonne administration, ainsi une bonne organisation sanitaire doit compiler et analyser certains faits concernant la santé et la mortalité d'une population. La statistique vitale s'occupe de compiler les naissances, les maladies contagieuses, les décès, les mariages, pour en tirer des conclusions et organiser les activités nécessaires pour la conservation de la santé et la prévention des maladies évitables.

Dans cette province, ce sont les ministres du culte qui compilent et transmettent au Bureau de la Statistique de la province les naissances, les mariages; la Division de la Statistique Vitale de la province transmet ces statistiques à la municipalité intéressée par des rapports mensuels.

Le service de santé compile les statistiques des décès et des maladies contagieuses.

Dans certaines grandes villes, comme Montréal, les naissances sont rapportées directement au bureau de santé.

Tous les certificats sont uniformes dans la province.

Associations volontaires d'hygiène

Dans les dernières vingt années, ces associations ont pris un essor considérable; elles s'occupent surtout de l'hygiène de l'enfance, prévention de la tuberculose, des maladies vénériennes et du soin des malades. Ces associations rendent de grands services et sont d'un grand avantage à l'avancement de la cause d'hygiène publique.

A côté du service officiel, on constate la présence de ces associations volontaires d'hygiène. C'est qu'elles présentent des avantages considérables qui ont motivé leur organisation et leur maintien.

1) L'association volontaire est plus libre de ses mouvements que le service officiel. Elle peut s'engager dans des voies nouvelles, alors que le service officiel n'accepte que des moyens reconnus et admis comme efficaces. Les démonstrations entreprises par les associations volontaires ne se comptent plus. Mentionnons les consultations de nourrissons inaugurées par le Prof. Budin, de Paris, le dispensaire antituberculeux réalisé pour la première fois par le Dr Philipp, d'Edimbourg, la démonstration de Framingham contre la tuberculose poursuivie par l'*American Tuberculosis Association,* la démonstration de Thetford Mines dirigée contre la mortalité infantile, réalisée par

la compagnie d'assurance-vie *Metropolitan,* la démonstration antituberculeuse de Trois-Rivières entreprise par *l'Association Canadienne de Tuberculose* avec le concours de la Croix-Rouge, des autorités provinciales et municipales.

2) L'association volontaire est moins gênée que le service officiel dans le recrutement de son personnel. Les membres du bureau de direction subissent ici moins de pression.

3) L'association volontaire peut compter sur des concours financiers absolument fermés au service officiel.

C'est ainsi que, dans les démonstrations citées plus haut, les charges ont été supportées, en grande partie, sinon en totalité, par des contributions privées.

Les nombreuses associations relevant de la *Federated Charities* de Montréal font, dans le domaine de l'hygiène, un excellent travail, et cela, en majeure partie, avec les fonds qui proviennent de la campagne annuelle de souscriptions entreprise par la Fédération. Il en est ainsi de l'*Œuvre des Gouttes de lait de Québec,* de l'*Institut Bruchési,* du *Royal Edward,* des associations qui font partie de la *Fédération des Œuvres sociales de Montréal.*

4) Formée de personnes intéressées à l'avancement de la cause de l'hygiène, l'association volontaire est éminemment capable de former l'opinion publique en faveur des mesures édictées par les pouvoirs publics. Son action, pour seconder le travail exécuté par le service officiel, peut être des plus précieuses.

De nombreux exemples pourraient être cités. Contentons-nous de mentionner celui de l'enquête sur les activités en hygiène publique préparée à Montréal, en 1928, par un groupe de citoyens sur une invitation qui leur fut adressée par sir Arthur Currie, président de la *Ligue Antituberculeuse et de Santé publique.* L'association s'est ainsi démontrée une puissante alliée du service officiel.

L'association volontaire est nécessaire et par le fait même a droit de cité. Mais entre cette multiplicité d'œuvres travaillant côte à côte et toutes vers le même but, ne surviendra-t-il pas fatalement des difficultés ou des doubles emplois?

Pour éviter cet état de choses, il conviendrait d'élaborer un programme qui pourra être réalisé dans chacune des municipalités, par lequel toutes les œuvres d'hygiène, officielles et volontaires, pourraient travailler dans la plus grande harmonie, réalisant ainsi le maximum de bénéfice à donner à la population.

Ce programme doit reposer sur la division logique suivante: confier au service officiel toutes les activités qui exigent l'intervention de la loi; à l'association volontaire, celles que la loi ne couvre pas mais qui reposent sur l'éducation, la persuasion; unifier tous les efforts par la création d'un bureau central formé de représentants de toutes les œuvres intéressées.

Ce programme est déjà réalisé dans maints endroits, et il fonctionne à merveille.

Voilà, en résumé, les desiderata qu'un service d'hygiène municipal doit posséder pour être efficace à la conservation de la santé de ses administrés.

BIBLIOGRAPHIE

L'Hygiène dans la cité par le Dr J.-A. Beaudoin, D.P.H.
City Health Administration par Carl E. McCombs, M.D., 1927.
Rapport du Département d'Hygiène de la Cité de Lachine, 1935.

ACTUALITÉS

LES SCIENCES DANS L'ENSEIGNEMENT DE LA MÉDECINE.

Par Roma AMYOT,

Notre Faculté de Médecine n'est pas la seule à chercher la bonne voie qui la conduise vers un enseignement de la médecine, équilibré, juste, adéquat et surtout d'un rendement utile et pratique pour le *futur médecin praticien.*

Au tournant où, avec inquiétude, le docteur A. Léger [1] la voit prête à s'engager dans une impasse, elle rencontre des compagnes.

Ses soucis, ses problèmes, ses besoins actuels de réforme y sont partagés.

Elle juge qu'elle doit adapter, extemporanément et avec souplesse, le programme de son enseignement à l'évolution incessante de la Médecine.

Celle-ci participe de plus en plus aux sciences biologiques et physico-chimiques.

Elle se voit donc dans l'obligation de fournir à ses étudiants une instruction scientifique éclairée.

D'autre part, cette instruction ne doit pas dépasser la mesure. Elle ne doit pas devenir proportionnellement excessive ni prépondérante dans son application, au point de renverser complètement les valeurs.

Il ne faut pas oublier que son rôle est auxiliaire et ne constitue pas une fin : elle doit aider le futur médecin à poser des diagnostics précis et à traiter efficacement ses malades. On ne peut donc lui laisser le pouvoir de supplanter l'étude de l'anatomie, de la physiologie normales et pathologiques, l'enseignement de la clinique.

---

(1) Crise de l'enseignement médical. *L'Union Médicale du Canada*; LXV; 6; p. 514; juin 1936.

Le médecin applique son art et sa science sur l'organisme humain. Il faut donc, en toute logique, que la base de ses études repose sur la connaissance de la constitution et du fonctionnement de cet organisme, sur l'observation dirigée, conseillée, assidue et prolongée des malades.

Tout, dans l'enseignement de la médecine, doit concourir à éclairer la clinique et à rendre son étude plus pénétrante.

La connaissance de l'homme sain, celle de l'homme malade s'acquiert au contact de l'homme, au lit du malade, en y appliquant d'abord les lois traditionnelles de la séméiologie et de la pathologie et ensuite celles de la physico-chimie.

C'est là, situer à leurs justes positions les éléments de l'enseignement médical.

Mais, il paraît que cette conception n'est pas celle de tous les protagonistes de l'enseignement de la médecine moderne.

La lecture que nous faisions de deux chroniques, parues récemment dans le « Journal des Praticiens », nous le confirmerait et nous ont éclairé sur certains avatars ou problèmes pédagogiques des facultés de Médecine de France. Où il est prouvé que nous ne sommes pas isolés à ce tournant périlleux.

De la seconde, intitulée « La formation médicale » [2], et écrite par un homme de science qui n'est pas médecin, nous reproduisons ces alinéas:

Je vous demanderai de me permettre de ne point me placer au point de vue des intérêts professionnels qui ne sont pas de ma compétence, mais seulement à celui du bon sens et de la logique qui, jamais, ne perdent leurs droits.

Les Facultés de Médecine sont, je l'ai rappelé en 1930, des Ecoles professionnelles, d'un ordre extrêmement élevé sans doute, mais des écoles professionnelles néanmoins. L'enseignement qui s'y donne ne peut par conséquent être confié qu'*aux gens de la profession, c'est-à-dire aux médecins* [3].

En ce qui concerne les matières d'ordre purement médical, c'est à priori indiscutable: on ne conçoit pas que la Clinique puisse être enseignée par quelqu'un qui n'est pas médecin. Mais, en ce qui concerne les Sciences, dites quelquefois annexes ou accessoires, et, qui sont en réalité les bases premières et fondamentales de l'Art médical, certains peuvent se demander s'il ne serait pas tout aussi bon, ou même peut-être préférable, d'en confier l'enseignement à des Docteurs ès Sciences.

Si l'on réfléchit si peu que ce soit, il ne me paraît pas qu'on puisse hésiter à répondre par la négative.

Excusez-moi de choisir l'exemple que je connais le mieux, celui de l'Anatomie au sens le plus large (Anatomie proprement dite, Histologie, Embryo-

(2) R. Anthony, Professeur au Muséum National d'Hisoire Naturelle; *Journal des Praticiens*; 11; p. 547; 14 mars 1936.

(3) Les italiques sont de nous.

logie). Son enseignement doit être, et est, en fait, compris d'une manière très différente à la Faculté des Sciences et à la Faculté de Médecine. Dans la première, ce qu'il faut enseigner, ce sont les grandes lois de l'Anatomie à travers tous les groupes animaux, les vertébrés ne tenant, comme il convient, par rapport aux invertébrés, qu'une place relativement peu importante, et l'homme n'étant l'objet d'aucun traitement de faveur. Dans la seconde, c'est au contraire, l'Anatomie humaine dans ses plus infimes détails, en ne retenant de l'Anatomie comparée générale que ce qui peut servir à l'éclairer.

Certes, est-il presque indispensable à celui qui veut travailler aux progrès de la science anatomique (en prenant le mot science dans sa véritable acception) d'avoir été formé à cette double école. Mais, n'oublions pas que la Faculté de Médecine a surtout pour rôle *de faire des médecins qui se destinent à la pratique*. Comment un Docteur ès Sciences, chargé d'enseigner dans une Faculté de Médecine, pourra-t-il se rendre un compte exact, *s'il n'est pas médecin, des véritables besoins de ses élèves?*

D'autre part, il ne faut perdre de vue que l'éducation médicale exige quelque chose de plus que l'enseignement des connaissances physiques, chimiques et biologiques dont la Médecine est une application. Elle comporte une formation intellectuelle essentiellement différente de celle qui s'acquiert dans les Facultés des Sciences. Le mathématicien, le physicien, le chimiste sont, en quelque sorte, élevés dans cette idée que les lois de la Géométrie, de la Physique et de la Chimie ont un caractère absolu. Mais la grande complexité de la Biologie fait déjà qu'il serait préjudiciable aux progrès d'une science encore si loin d'être faite de vouloir imposer, à celui qui commence l'étude de l'une quelconque de ses branches, la même confiance au même degré.

C'est dans cet esprit de doute et d'incertitude que doit être formé le médecin. S'il estimait qu'on sait tout et que ses maîtres lui ont tout appris, s'il était persuadé que les lois de la Biologie sont parfaitement connues et doivent être comprises dans un sens aussi absolu que les lois de la Géométrie et de la Physique, mis en présence d'un malade, il penserait n'avoir qu'à appliquer des formules, comme l'ingénieur qui construit un pont. Nous en arriverons rapidement alors à la médecine de Molière, ou pour mieux dire la Médecine n'existerait plus. On poserait un diagnostic tenu à priori pour certain et indiscutable. Et de deux choses l'une, ou on condamnerait immédiatement le malade, ou, sans plus le regarder, on lui appliquerait le traitement adéquat, c'est-à-dire la formule, sans lui reconnaître le droit de ne point guérir.

C'est sans doute parce qu'on a jugé que ce sens du relatif était indispensable au Médecin qu'on a toujours exigé de lui une culture préliminaire étendue, littéraire et philosophique, qu'on n'exige pas, au contraire, pour la préparation aux diplômes que délivrent les Facultés des Sciences.

Nous n'avons pas à commenter cette opinion qui voudrait que l'on confiât exclusivement à des docteurs ès sciences l'enseignement des sciences aux futurs médecins.

Elle ne présente aucun intérêt intrinsèque eu égard à nous. Sauf, qu'elle indique une malheureuse tendance à déséquilibrer l'enseignement de la Médecine, en dépit de toute logique et au détriment des élèves des Facultés. Sauf, que la pratique de la Médecine, par une

erreur psychologique évidente et par un engouement intempestif pour les Sciences, y perdrait en souplesse et en humanitarisme; que les médecins n'y gagneraient sûrement pas en humanisme et en sagesse conseillère.

Nous ne commenterons pas non plus, ce serait tautologie inutile et encombrante, les idées raisonnables de R. Anthony concernant la hiérarchie des éléments de formation du médecin, formation de son esprit et instruction médicale proprement dite, et l'application équilibrée, selectionnée de ces éléments de l'enseignement.

Et, à ce propos, il nous fait plaisir d'affirmer qu'à notre Faculté de Médecine, ce sont des médecins cliniciens qui se chargent de choisir, de partager et de fournir aux étudiants la somme des connaissances scientifiques indispensables à l'étude et à la pratique judicieuse et efficiente de la Médecine.

Le clinicien, seul, parce qu'il pratique la Médecine et parce qu'il l'enseigne, peut juger adéquatement de la proportion relative des matières que l'élève doit assimiler, pour devenir un bon médecin praticien de l'époque où il exerce son art et applique sa science. Il est, en effet logique, que la Faculté de Médecine conserve le contrôle absolu de tout son enseignement et qu'un Conseil de professeurs, constitué en majorité de cliniciens, se charge lui-même de produire le programme de l'enseignement scientifique et désigne des professeurs de carrière à réaliser, sous sa juridiction, ce programme.

Il nous apparaît clairement que cette façon de procéder permet d'atteindre ce but qui est d'établir, selon la hiérarchie des valeurs, un enseignement médical au sein duquel l'étude des sciences est proportionnée, en qualité et en quantité, au but auquel il est destiné: *l'étude et la pratique de la médecine.*

L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL EN FRANCE[1]

Par Henri HARTMANN,
Professeur honoraire à la Faculté de Médecine de Paris,
Président de l'Association pour le Développement des Relations médicales.

Au cours des 50 dernières années, les sciences de laboratoire d'une part, les spécialités d'autre part, ont pris, en médecine, une place de plus en plus grande. La médecine, en même temps, de simplement curative, a eu tendance à devenir de plus en plus préventive. Aussi a-t-il paru nécessaire de modifier le programme des études, c'est ce qu'a fait en France un décret paru en mars 1934.

Etudes prémédicales. — Pour avoir le droit de s'inscrire dans une Faculté de Médecine, l'étudiant doit produire, avec le certificat d'études physiques, chimiques et biologiques, le *diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire*[2].

Les examens de ce baccalauréat comprennent deux parties, une première latin-grec, ou latin-langues, ou sciences-langues, une deuxième portant sur la philosophie ou les sciences mathématiques. L'élève a le choix entre ces divers baccalauréats, qui tous lui permettent de se faire, plus tard, inscrire dans une Faculté de Médecine. Il n'est donc plus astreint, comme autrefois, à une étude spéciale des humanités. C'est là une modification qui n'a pas été reçue avec faveur par beaucoup de médecins. Ce qui importe, ce n'est pas d'accumuler le plus de connaissances possibles, c'est de former son cerveau, de le mettre en état de comprendre et de s'assimiler facilement les connaissances scientifiques qui lui seront nécessaires, c'est aussi, comme l'a dit excellemment le professeur MARFAN, « d'imprimer à son âme les grandes notions d'altruisme et de morale » sans lesquelles le médecin ne sera plus digne d'occuper la place qu'il doit tenir dans la société. A tous ces points de vue les humanités gréco-latines sont excellentes. Il semble qu'imprégner l'esprit des enfants des idées contenues dans les écrivains et les moralistes latins est plus important que de leur apprendre qu'un ver de terre s'appelle un lombric.

La réforme apportée aux études secondaires est l'indice de préoccupations en apparence plus utilitaires, elle est, en réalité, moins bonne pour celui qui veut passer de l'enseignement secondaire à l'enseignement supérieur.

L'*ancien certificat d'études physiques, chimiques et naturelles* vient aussi d'être modifié. Les cours qui y préparent restent, comme par le passé, à la Faculté des Sciences, mais l'esprit de son programme est changé. Les détails de morphologie, de classification, en zoologie et en botanique, ont été réduits au profit des questions de physiologie, de fonctionnement et de biologie géné-

---

(1) Communication au Congrès de Venise, oct. 1936. Ce travail est tout d'actualité. L.

(2) A défaut de baccalauréat de l'enseignement secondaire, on admet le diplôme d'Etat de docteur ès sciences, ou de docteur en droit, ou le titre d'agrégé de l'enseignement secondaire.

rales. Pour bien indiquer cette tendance, on a modifié son nom et, au lieu de dire P. C. N., on dit P. C. B. physique, chimie, biologie.

Etudes médicales. — Comme par le passé, la clinique occupe une place prépondérante dans notre pays. Pour la renforcer, on a prolongé d'un an la durée des études avec l'idée de permettre aux élèves, qui ne passent pas par l'externat et l'internat des hôpitaux des grandes villes, sièges de Facultés ou d'Ecoles de médecine, de faire une année complète de stage en médecine, en chirurgie, en accouchement ou en spécialités, résidant si possible dans un hôpital, le choix entre ces stages étant laissé aux étudiants, dont les uns désirent se perfectionner en médecine ou en chirurgie, dont les autres désirent se spécialiser.

Les études peuvent être faites en totalité dans une quelconque des Facultés de médecine françaises: Alger, Bordeaux, Lille, Lyon, Marseille, Montpellier, Nancy, Paris, Strasbourg, Toulouse. Elles peuvent être poursuivies jusqu'au 4e examen inclusivement dans les Ecoles de plein exercice: Clermont-Ferrand, Nantes, Rennes, Tours. Dans les Ecoles préparatoires: Amiens, Angers, Besançon, Caen, Dijon, Grenoble, Limoges, Poitiers, Reims, Rouen, les étudiants ne peuvent passer que les trois premiers examens.

La première et la deuxième années sont consacrées à l'enseignement théorique et pratique de l'anatomie, de l'histologie et de l'embryologie, à la physiologie, à la physique médicale et à la chimie médicale. Les matinées restent, comme autrefois, affectées à l'enseignement clinique, comportant des stages de médecine générale et de chirurgie générale. Cette entrée immédiate de l'étudiant dans les hôpitaux, dès son inscription à la Faculté, rentre dans la conception générale de l'éducation médicale en France, qui met, ainsi que nous l'avons déjà dit, au premier rang les études cliniques, alors qu'à l'étranger on consacre entièrement les deux premières années à l'étude des sciences dites fondamentales.

Certes il semble *à priori* rationnel, quand on se place à un point de vue purement théorique, de n'aborder le malade que lorsqu'on connaît l'état de l'individu normal, sa structure, la manière dont fonctionnent ses divers organes. Pratiquement l'élève s'intéresse beaucoup plus à ses études lorsqu'il est mis en présence du malade. L'examen de celui-ci l'amène à préciser des points d'anatomie et de physiologie auxquels souvent il n'aurait pas prêté une attention suffisante, parce qu'il n'en voyait pas l'intérêt. La conception française générale de l'enseignement, après avoir été très critiquée commence à l'être moins, et aujourd'hui, à l'étranger, beaucoup de voix se font entendre demandant qu'on n'attende pas la troisième année pour mettre l'étudiant en contact avec le malade.

Pendant la troisième et la quatrième années a lieu l'enseignement théorique de la pathologie chirurgicale et de la pathologie médicale, l'enseignement à la fois théorique et pratique de l'anatomie pathologique, de la bactériologie, de la parasitologie, de l'obstétrique, de l'anatomie médico-chirurgicale et de la médecine opératoire, de la médecine expérimentale.

Pendant la cinquième année a lieu l'enseignement théorique et pratique de l'hygiène, de la médecine légale et de la déontologie, de la thérapeutique et de l'hydrologie, de la pharmacologie.

Des stages de médecine et de chirurgie générale, d'accouchement, de dermato-syphiligraphie, de psychiatrie, de neurologie, de médecine infantile,

de maladies contagieuses, d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie ont lieu pendant les troisième, quatrième et cinquième années. Ces stages ont une durée de deux à trois mois. Quelques-uns d'entre eux pourraient être réduits, d'autres auraient, au contraire, avantage à être prolongés si l'on envisage l'intérêt de l'omnipraticien, et c'est lui qu'on doit avoir en vue lorsqu'on dresse le programme général des études médicales. Il est certain que, pour lui, un stage prolongé en ophtalmologie, en oto-rhino-laryngologie, en maladies mentales n'est d'aucune utilité. Il doit avoir de ces spécialités des notions élémentaires, mais il n'a à bien connaître que les cas qu'il peut être appelé à soigner, le plus grand nombre ayant été envoyé au spécialiste. Au contraire il y a des stages fondamentaux: ceux de médecine infantile, de syphiligraphie, parce que l'omnipraticien aura beaucoup de cas de ces spécialités à soigner.

A tous ces stages s'ajoutent ceux de la sixième année, portant sur la médecine et la chirurgie générale, sur l'obstétrique ou sur une ou deux spécialités au choix des élèves. Ils se feront dans les services hospitaliers des villes de Faculté ou Ecole de médecine, ou encore dans les hôpitaux des villes du ressort académique, dont les services auront été habilités par les conseils de Faculté.

Les stages obligatoires peuvent, à partir de la cinquième année, être faits dans un établissement étranger; il suffit que l'étudiant indique le service où il désire se rendre et demande une autorisation qui est donnée par la commission scolaire.

Les études sont sanctionnées par des examens: en juin-juillet de chaque année, tout étudiant doit subir l'examen correspondant à son année d'études. En cas d'ajournement, il est autorisé à se présenter à la section d'octobre-novembre. A partir du quatrième échec, le délai d'ajournement est de deux ans; à partir du sixième, le candidat ne peut plus être admis à se présenter. Pour le premier et le second examens de fin d'année il y a à la fois une épreuve écrite anonyme et une épreuve orale, qui doivent constituer une sorte de barrage et arrêter dès le début les mauvais sujets. De plus, des épreuves pratiques sont subies à l'expiration de chaque période d'exercices pratiques.

A la fin de la sixième année ont lieu trois examens de clinique, médicale, chirurgicale, obstétricale, puis la soutenance d'une thèse.

Le programme actuel des études est très complet, nous serions tenté de dire trop complet, les chaires ont été multipliées. Chaque professeur a tenu à faire faire aux étudiants des travaux pratiques dont quelques-uns sont, pour le plus grand nombre, inutiles et prennent un temps qui pourrait être mieux employé. Les Facultés de Médecine ont un double but: assurer l'instruction du futur médecin praticien, faire progresser la science. Dans une grande Faculté, il y a des chaires de haut enseignement et de recherches; on ne devrait pas imposer aux étudiants l'obligation de passer dans leurs laboratoires: ce qu'ils y apprennent ne servira à rien à la plupart d'entre eux et ils prennent la place de chercheurs auxquels ces laboratoires devraient être réservés, d'où perte de temps pour les uns, perte d'instruments de travail pour les autres. Nous avons la conviction que, dans une époque plus ou moins prochaine, on simplifiera les programmes et l'on cherchera à inculquer au futur médecin, d'une manière complète, les connaissances absolument nécessaires à l'exercice de sa profession, au lieu de le surcharger d'une véritable

LABORATOIRE NATIVELLE
27, Rue de la Procession, PARIS (15e)

NATIBAÏNE

ASSOCIATION DE
1/3 de **DIGITALINE NATIVELLE**
ET DE
2/3 d'**OUABAÏNE ARNAUD**
Draeger

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



ARMAND MERCIER E.-E. DION

FOURRURES DE HAUTE QUALITÉ

Spécialité :
Fourrures exclusives pour le médecin et sa famille.

Manteaux.
Renards argentés.
Parures de cou.
Réparations.
Remodelage.
Entreposage.

MERCIER & DION

2117 est, Ave Mont-Royal près Delorimier
Tél.: FR. 2711

LA CHALEUR PROLONGÉE

est un facteur primordial dans le traitement des

AFFECTIONS GÉNITO-URINAIRES.



Prostate hypertrophiée

1. Concrétions (cristaux prostatiques).
2. Développement anormal du tissu conjonctif.

Antiphlogistine

procure une chaleur durable et autres éléments thérapeutiques utiles dans le traitement des:

EPIDIDYMITES	PROSTATITES
ORCHITES	CYSTITES
URÉTHRITES	ADÉNITES

surtout, lorsque ces cas sont d'origine blennorragique, alors que l'application d'une chaleur prolongée, en conjonction avec le traitement classique, est d'une importance capitale.

Echantillon médical et littérature sur demande.

THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING COMPANY

153, Lagauchetière ouest,
MONTRÉAL

L'Antiphlogistine est fabriquée au Canada.

encyclopédie médicale au milieu de laquelle il arrive à ne pas discerner les points fondamentaux.

Le personnel enseignant des Facultés et Ecoles de médecine est recruté à la suite de concours. Après des épreuves théoriques et pratiques (de clinique ou de laboratoire) et un exposé de titres et de travaux personnels, le docteur en médecine peut acquérir le titre d'agrégé. Celui-ci reste 9 ans en fonction; seuls les agrégés de sciences fondamentales et ne faisant pas de clientèle peuvent être prorogés jusqu'au professorat ou jusqu'à l'âge de la retraite.

Les professeurs sont nommés à l'élection, après remise d'un simple exposé de titres; ils restent en fonction jusqu'à 70 ans.

Enseignement des spécialités. — Une question, qui fait l'objet de nombreuses discussions, est celle des diplômes de spécialités. D'une manière générale, les médecins sont opposés à la création de ces diplômes, craignant qu'elle restreigne les prérogatives de l'omnipraticien, qui n'aurait plus le droit de pratiquer un certain nombre d'interventions courantes ou présentant un caractère d'urgence. Il est toutefois évident que des enseignements post-scolaires sont nécessaires aux médecins qui veulent se spécialiser et que ces enseignements peuvent aboutir à la délivrance de certificats permettant de postuler certaines places où la nécessité d'un spécialiste se trouve indiquée. Bordeaux délivre un diplôme de médecin colonial et un certificat d'études supérieures médicales d'éducation physique; Lyon, un diplôme d'hygiène, un certificat de bactériologie, un diplôme de médecin électroradiologiste, un diplôme de médecine légale et de psychiatrie médico-légale, un certificat d'hydrologie thérapeutique et climatologie; Montpellier, un diplôme d'hygiène et d'études médicales d'éducation physique et de médecine scolaire; Nancy, des attestations d'études médicales spéciales comprenant les mentions suivantes: chirurgie, gynécologie, médecine infantile, chirurgie infantile et orthopédie, oto-rhino-laryngologie, urologie, dermatologie et syphiligraphie, maladies tuberculeuses, ophtalmologie, électroradiologie et obstétrique. Pour avoir une de ces attestations, les candidats sont astreints à un stage d'un an dans une clinique de la Faculté, avec participation effective et assidue au fonctionnement du service. Strasbourg délivre un diplôme universitaire de médecin légiste; Toulouse, un diplôme de médecine légale et un d'hydrologie thérapeutique et médicale.

A Paris, l'enseignement post-scolaire fait l'objet de nombreux cours. Les uns, suivis d'un examen, donnent lieu à la remise d'un diplôme (hygiène, malariologie, puériculture, médecine légale, radiologie et électricité médicales, sérologie, médecine coloniale), les autres sont de simples cours de perfectionnement d'une valeur très inégale et ne permettent que la délivrance d'un certificat.

Il est actuellement question, tout en ne décernant qu'un seul diplôme, celui de Docteur en médecine, d'y joindre une mention indiquant que le docteur a plus spécialement étudié telle ou telle partie des sciences médicales; il y aurait des docteurs, mention médecine générale, mention chirurgie, mention stomatologie, mention ophtalmologie, etc.; rien n'est encore décidé.

Enseignement de la clinique, Externat et Internat. — Actuellement, à Paris tout au moins, les étudiants de première année sont obligatoirement attachés à un des services de clinique. Il y a à cette obligation des avantages. Les services de clinique sont des services où l'enseignement peut être orga-

nisé. A côté du professeur, on trouve à Paris, 2 chirurgiens ou 2 médecins des hôpitaux, agrégés ou non, 2 ou 3 chefs de clinique, 4 ou 5 internes, 1 ou 2 chefs de laboratoire, soit plus d'une douzaine de personnes pouvant assister le professeur dans son enseignement.

Comme il y a 13 cliniques (6 médicales, 7 chirurgicales) et 500 étudiants de première année (en 1935-1936), en les répartissant régulièrement, il y a de 35 à 42 étudiants par clinique; comme chacune compte en moyenne 200 lits, il y a possibilité d'affecter à chaque stagiaire un minimum de 5 lits, ce chiffre pouvant monter jusqu'à 8 ou 10, si des stagiaires sont, comme il y a lieu de le faire, affectés à la consultation des malades externes et s'il existe des lits supplémentaires, des brancards pour employer le terme courant, comme c'est constant dans nos services de clinique. Il y a donc possibilité de mettre, dès la première année, l'étudiant en contact direct avec le malade en ne le laissant pas errer sans direction dans divers hôpitaux.

Pendant 12 ans, j'ai dirigé la Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu et ai pu constater que le nombre de malades affectés à chaque stagiaire était suffisant pour lui permettre de voir et d'observer lui-même, directement. Durant les six premières semaines du stage, chaque matin, à 8 h. 30, une leçon était faite pour donner aux élèves commençant leurs études des notions élémentaires sur l'antisepsie, l'asepsie, les pansements et les bandages, les principales infections, avec leurs manifestations les plus fréquentes, streptococcie (érysipèle, lymphangite, adénites, abcès), staphylococcie (furoncles, anthrax), etc., les fractures et les luxations en général, l'exploration des principales articulations (anatomie des formes extérieures, radiographies, etc.), enfin et surtout sur la manière de conduire un interrogatoire, d'examiner un malade et de prendre une observation. A partir de la sixième semaine, chaque stagiaire était tenu de prendre l'observation de tous les malades qui lui étaient confiés. Je ne crois pas qu'en dehors d'une clinique où se trouvent de nombreux malades, un professeur et des assistants dont l'enseignement constitue la principale occupation, il soit possible de réaliser un pareil enseignement.

A partir de la deuxième année, l'étudiant se rend, comme stagiaire, dans un service des hôpitaux de son choix. Les médecins ou les chirurgiens, dirigeant ces services, ont été nommés au concours et sont qualifiés pour donner un excellent enseignement. Il y a, dans leurs services, d'importantes ressources au point de vue de l'enseignement clinique. Un très grand nombre d'élèves sont, du reste, dès ce moment nommés externes et, comme tels, attachés à divers hôpitaux, ce qui leur tient lieu de stage. Les conditions du concours de l'externat sont les suivantes:

Tout étudiant justifiant de 4 inscriptions (1) au moins peut se présenter au concours pour une place d'externe. Les épreuves sont anonymes, elles portent sur l'anatomie, la pathologie médicale et la pathologie chirurgicale.

Les externes, munis de 11 inscriptions au moins, peuvent se présenter au concours de l'internat, qui comporte trois compositions anonymes (anatomie, pathologie médicale et pathologie chirurgicale), puis une épreuve orale portant sur deux sujets, un de pathologie médicale, un de pathologie chirurgicale ou d'obstétrique.

---

(1) L'étudiant prend 4 inscriptions par an.

NEOTONINE BUISSON

Accélérateur de la nutrition

MÉDICATION RECONSTITUANTE

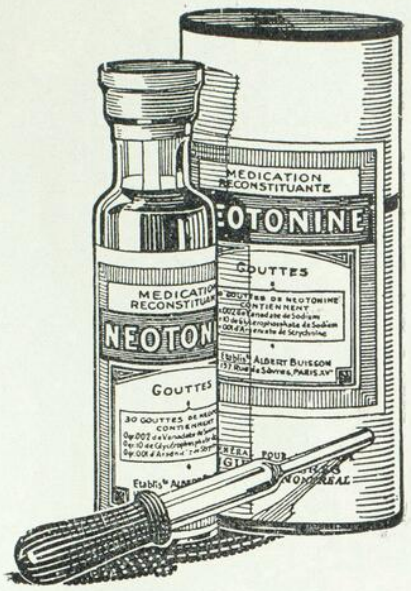
Vanadium Phosphore — Phosphore
Arsenic — Strychnine.

AMPOULES
ET
GOUTTES

Société Générale d'Applications Thérapeutiques

THÉRAPLIX

Distributeurs : Rougier Frères, Montréal



Comme on s'assure sur la vie, Docteur, ainsi convient-il de s'assurer contre les **risques post-opératoires** par l'emploi prophylactique de la

PROSTIGMINE "ROCHE"

en ampoules à 1 c.c.

ATONIE INTESTINALE POST-OPÉRATOIRE
ADHÉRENCES POST-OPÉRATOIRES
RÉTENTION URINAIRE POST-OPÉRATOIRE
MÉTÉORISME POST-OPÉRATOIRE

Prophylaxie post-opératoire :

½ ampoule de Prostigmine « Roche » sitôt après l'intervention et toutes les 6 heures.

Tous renseignements par

HOFFMANN-LA ROCHE LIMITÉE, 286 ouest, rue Saint-Paul, Montréal
Téléphone: PLateau 1566



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.

Les internes aident le chef de service, peuvent faire certaines opérations, assurent la garde de l'hôpital la nuit comme le jour. Les externes, tenus obligatoirement d'assister le matin le chef de service, peuvent concourir au service de garde. Cette institution de l'externat et de l'internat constitue au point de vue clinique la meilleure des écoles.

Bourses en vue des études médicales. — Des bourses, d'un montant variable de 1.000 à 4.000 francs, sont octroyées sans concours aux élèves de première année, pupilles de la nation, aux élèves ayant obtenu 75 points aux examens du P. C. B. et la mention bien au baccalauréat, ou 80 points au P. C. B. et la mention assez bien au baccalauréat. Pour obtenir une bourse les années suivantes, il faut avoir eu la moyenne 7 à l'examen de fin d'année et passer un concours.

Des dispenses de droits, partielles ou totales, sont accordées, au début de l'année scolaire, aux étudiants faisant partie d'une famille d'au moins trois enfants, ou ayant un frère ou une sœur étudiant.

La Faculté de Médecine ne possède pas de bourses pouvant être données à des étudiants français désireux de travailler dans un pays étranger, mais l'Université a la disposition de bourses créées dans ce but par M. Nathan et par M. David Weil, bourses qu'elle peut donner à un élève en médecine sur la demande du Doyen.

Il existe enfin une institution qui a rendu de réels services à des étudiants temporairement nécessiteux, c'est celle des prêts d'honneur. Les prêts sont faits pour dix ans au taux de 1%.

Facilités d'études accordées à des étrangers. — A côté du diplôme d'Etat on a créé en France un diplôme universitaire pour les étrangers qui veulent faire leurs études médicales dans nos Facultés, mais n'ont pas l'intention de pratiquer en France. Les études poursuivies en vue de l'obtention de ce diplôme, sont identiques à celles du diplôme d'Etat, mais on n'exige pas, pour s'inscrire en vue de ce titre, le baccalauréat; il suffit que l'étranger désireux de s'inscrire en vue de l'obtention du diplôme d'Université possède tous les titres initiaux lui permettant de s'inscrire régulièrement à une Faculté de médecine de son pays d'origine.

Les titulaires d'un diplôme étranger de docteur en médecine, qui postuleront le diplôme d'Etat français, devront:

1° Justifier des titres initiaux requis pour l'inscription au doctorat d'Etat français, y compris le diplôme du P. C. B.;

2° Satisfaire à tous les examens. Ils pourront être dispensés de trois années de scolarité au maximum.

Les concours de l'externat et de l'internat sont ouverts aux étrangers dans les mêmes conditions qu'aux étudiants français. Toutefois, pour satisfaire aux réclamations des Français, qui craignent de se voir enlever un certain nombre de nominations, on a, dans ces dernières années, spécifié que les étrangers seraient nommés dans le rang obtenu au concours, mais en surnombre.

Diplôme d'Université, concours d'externat et d'internat ne concernent que les étudiants poursuivant en France la totalité de leurs études. Les étudiants en cours d'études dans une Faculté étrangère qui veulent passer en France 6 mois ou 1 an, sont admis pour une période de temps variable dans les Facultés françaises au titre d'étudiants libres.

De plus, des places d'assistant sont octroyées à des docteurs en médecine étrangers. Le candidat au titre d'assistant étranger doit faire une demande au Doyen de la Faculté de Médecine, accompagnée d'une lettre d'acceptation du professeur, dans le service ou dans le laboratoire duquel il désire faire son stage, et de pièces justificatives indiquant sa scolarité, ses fonctions universitaires ou hospitalières, ses publications scientifiques, les appréciations personnelles de ses maîtres, et, de façon générale, tous documents sur sa valeur scientifique et morale. Ces pièces sont soumises à l'examen d'une commission. A la fin du stage, d'une durée minima d'un semestre, le professeur fait à la Commission un rapport sur le candidat, qui doit remettre un travail personnel fait dans le service pendant la période de stage. C'est alors seulement que le Conseil vote sur l'obtention du titre d'assistant étranger.

Echanges de professeurs pour des conférences. — Il n'y a pas d'échange régulier de professeurs entre les Facultés françaises et les Ecoles de médecine étrangères. En fait ces échanges existent toutefois, dans une certaine mesure. Tous les ans des professeurs français se rendent à l'étranger pour y faire des conférences. D'autre part, la Faculté de Paris invite chaque année un professeur étranger, auquel elle verse une petite indemnité (3.000 francs) pour ses frais de voyage et de séjour.

Equivalence des diplômes d'études médicales. — Il n'y a plus d'équivalence de diplôme. Seule la possession du diplôme d'Etat permet l'exercice de la médecine aux Français. Elle ne le permet pas aux étrangers. Même après avoir obtenu la naturalisation française, ceux-ci ne sont autorisés à exercer la médecine que s'ils ont accompli en France le temps légal de service militaire actif ou s'ils ont servi dans l'armée française en qualité d'engagés volontaires au cours d'opérations militaires depuis 1914, après un délai égal à la durée du service militaire, qu'ils n'auront pas accompli, s'ils ont été exemptés des obligations militaires par un conseil de révision.

Toutefois les pays étrangers où les médecins de nationalité française sont autorisés à exercer leur art pourront demander au Gouvernement français des conventions diplomatiques dispensant, en certains cas, de la nationalité française. Mais une parité devra être établie entre le nombre des médecins originaires des pays avec lesquels les conventions ont été passées, venant exercer en France, et celui des médecins français exerçant, effectivement, la médecine dans ces pays.

LE PROFESSEUR ALBERT LeSAGE

Élu membre correspondant de l'Académie de Médecine de Paris

Les amis du professeur Albert LeSage ont appris avec plaisir son élection à l'Académie de Médecine de Paris comme membre correspondant. C'est une grande distinction pour mon cher ami LeSage, mais c'est également un honneur pour ses confrères canadiens-français et ses compatriotes. Si la Faculté de Médecine et l'hôpital Notre-Dame sont particulièrement à l'honneur, ses collègues des autres hôpitaux et tous les praticiens, dont bon nombre sont ses anciens élèves, se réjouissent de la bonne nouvelle.

Deux fois l'Académie de Médecine de Paris a nommé, au Canada, un membre correspondant canadien-français. Ce fut d'abord le regretté professeur Arthur Rousseau, doyen de la Faculté de Médecine de Québec, qui fit son entrée à l'Académie de Médecine, sous le haut patronage du professeur Pierre Teissier, en 1927, alors qu'il était délégué à Paris aux fêtes du centenaire de Laënnec.

Nous avons eu, d'autre part, en 1935, la joie de participer au bonheur de notre collègue, le professeur Pierre Masson, que l'Académie de Médecine avait nommé membre correspondant, mais à titre de savant français.

C'est aujourd'hui le tour de mon ami LeSage, que le professeur Emile Sergent a proposé, avec le succès que nous savons, aux suffrages de ses collègues académiciens. Notre ami Sergent a su profiter de la présence de LeSage à Paris, au Congrès des Médecins de Langue française, ainsi qu'au Congrès International de Thérapeutique, pour mettre le Canada français à l'honneur, et nous lui en sommes très reconnaissants. LeSage avait assisté, quelques jours auparavant, au Congrès International de la Fédération de la Presse Médicale Latine, tenu à Venise, où son rapport sur l' « Influence Sociale de la Presse Médicale au Canada » fut fort remarqué.

Les contemporains de LeSage connaissent les étapes les plus importantes de sa longue carrière professionnelle. Pour moi, je sais mon LeSage par cœur puisque notre vie s'est passée tout près l'un de l'autre.

LeSage a gradué à la Faculté de Médecine de Paris, en 1896, avec les privilèges de l'ancienne loi française, c'est-à-dire avec le droit

d'exercer sa profession en France et dans ses colonies. Ceux-là sont plutôt rares au Canada maintenant, puisque l'Université de Paris n'accorde plus que des diplômes de docteur en médecine « honoris causa » aux médecins étrangers.

LeSage est au nombre des « Vieux Anciens d'Europe », dont les cadres se rétrécissent un peu chaque année. Il était déjà de retour de Paris en 1896, au moment précis où il y avait tant de choses à faire dans l'organisation de notre Faculté de Médecine et dans nos hôpitaux. Une énumération, même en raccourci, des œuvres médico-sociales que LeSage a organisées, ainsi que les travaux scientifiques qu'il a publiés de 1896 à 1937, serait tout à son honneur et étonnerait, j'en suis sûr, ceux-là même qui pensent le bien connaître. Je ne voudrais mentionner aujourd'hui que son enseignement à la chaire de médecine à la Faculté et son enseignement clinique à Notre-Dame.

Que dire maintenant de LeSage comme rédacteur en chef de *l'Union Médicale du Canada* qu'il dirige avec tant de compétence et de dévouement depuis 37 ans? C'est peut-être encore à la rédaction de cette plus ancienne Revue médicale du Canada que LeSage a mis le plus de lui-même. Je me rappelle fort bien les débuts de la réorganisation de *l'Union Médicale,* en 1901, avec LeSage et quelques-uns de ses amis, et ce qu'il lui en coûtait de travail et de longues veillées pour envoyer son journal à l'imprimerie tous les mois. LeSage a su, il y a quelques années, au cours d'une nouvelle réorganisation, s'entourer, à la direction, d'un grand nombre de ses collègues professeurs à la Faculté de Médecine et aux hôpitaux. Puis est venue la récente réorganisation où LeSage a entouré ses co-directeurs de *l'Union médicale* du groupe intéressant de nos jeunes collègues, professeurs agrégés ou assistants de notre enseignement universitaire; constituant ainsi le bureau actuel des collaborateurs, si pleins d'activité et de promesses pour l'avenir. Ce sont ceux-là, d'ailleurs, qui ne tarderont pas à succéder aux anciens qui n'ont peut-être pas trahi leur devoir en tenant bien haut le flambeau reçu des mains de leurs devanciers avant de le leur remettre.

Notre ami LeSage assista à la fondation de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, en 1902, par le Dr Brochu, professeur à la Faculté de Médecine de Québec. Il fut le secrétaire du deuxième Congrès de cette Association, tenu à Montréal sous la présidence du professeur A.-A. Foucher, et il présida lui-même le Congrès des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord à Montréal en 1926.

Il fut nommé Officier d'Académie de France en 1904, Officier de l'Instruction Publique en 1925 et Chevalier de la Légion d'honneur en 1927.

LeSage est un des Directeurs de l'Association des Médecins de Langue Française de France de 1927 à 1934. Il avait été délégué par le Canada, notre province et notre Université au Congrès de cette association, tenu à Nancy en 1925.

Il est un des membres fondateurs du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada. Membre correspondant de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris et de Lyon.

LeSage a joué un rôle des plus prépondérants à l'hôpital Notre-Dame par son enseignement clinique à plusieurs générations de médecins et dans la direction matérielle de cette grande institution. Il sut, plus d'une fois, donner, au bon moment, le vigoureux coup de barre et empêcher plus d'un malentendu qui peut-être auraient pu avoir de graves conséquences. Il est actuellement, et depuis plusieurs années, président du Conseil médical de cette institution.

Je suis heureux, au nom de mes collègues de la direction, de la collaboration et des lecteurs de *l'Union Médicale du Canada,* d'offrir à notre nouvel Académicien leurs félicitations les plus sincères.

J.-E. DUBÉ.

TRIBUNE LIBRE

RADIOTHÉRAPIE — THYROÏDECTOMIE — MYXŒDÈME[1]

Par Albert JUTRAS,
Radiologiste à l'Institut du Radium de l'Université de Montréal.

Sous le titre que nous lui empruntons, le Dr Réal Doré relatait dans *l'Union Médicale* de novembre 1936, l'histoire d'une hyperthyroïdienne devenue myxœdémateuse après une sub-totale en deux temps. Comme cette malade avait subi, avec un succès purement transitoire, quelques séances de rayons X, plusieurs mois au préalable, notre collègue s'est cru autorisé à charger la radiothérapie des mécomptes post-opératoires. L'habitude de rendre la radiologie responsable de toutes les fautes et de tous les malheurs d'Israël ne paraît donc pas en train de se perdre.

Dans ses commentaires, notre ami stipule que « *malheureusement la radiothérapie est mise en œuvre d'une façon un peu empirique.* » Cette seule phrase pourrait faire l'objet d'un long article. Pour éviter une fastidieuse revue de la radiophysiologie normale et pathologique de la thyroïde, nous concéderons que l'unanimité n'est pas réalisée quant au mode d'action des rayons X sur cette glande en hyperactivité; mais, nous osons prétendre qu'on n'est guère mieux fixé en ce qui concerne la suppression sanglante. La part du corps thyroïde dans la pathogénie du syndrome communément appelé *goitre toxique* reste à définir. L'affection représente un déséquilibre endocrinien, sympathique et psychique très complexe. L'hypophyse, les surrénales et les ovaires, pour ne faire allusion qu'aux faits les mieux connus, y participent d'une façon encore imprécise mais certaine. Si la thyroïde était seule en cause, son extirpation devrait toujours déterminer la guérison. Or, les statistiques les plus favorables accusent non seulement un fort pourcentage d'insuccès et de récidive, mais même des aggravations. L'hyperfonction thyroïdienne n'explique donc pas tout. Nous en avons une autre preuve dans les guérisons authentiques obtenues par rayons X ou par intervention sur les surrénales. Par conséquent, l'empirisme de la radiothérapie diffère peu de l'empirisme chirurgical. Pour ceux qui le pratiquent, celui-ci a l'énorme avantage de reposer sur une idée sinon forcément juste, du moins plus accessible

(1) Doré, Réal: « Radiothérapie — Thyroïdectomie — myxœdème, l'*Union Médicale du Canada*, Tome LXV, No 11, p. 1057-1060, nov. 1936.

à la compréhension populaire: le traitement de la maladie par l'enlèvement de l'organe.

Le Dr Doré reproche aussi au radiologiste « *de ne pouvoir affirmer que telle région du parenchyme thyroïdien irradié est sclérosée et jusqu'à quel degré la chose existe, et que telle autre conserve sa fonction physiologique.* » Le commentateur exige des autres plus que de lui-même, puisqu'il avoue qu'au cours de l'opération, la pièce nue sous les yeux et dans la main, il n'a su distinguer: au lieu de choisir des moignons sains, il a laissé en place ce qu'il estime, après coup, être du *tissu thyroïdien sclérosé.* Nous admettons avec lui que c'est là *l'explication du myxœdème consécutif*; mais, nous ne comprenons pas pourquoi il ajoute aussitôt et à brûle-pourpoint: « *La radiothérapie est une arme à deux tranchants.* » C'est apparemment avec le dessein d'insinuer que les quelques séances de rayons X dans le cas présent, sont la cause de la soi-disant sclérose des moignons et des difficultés rencontrées au cours de l'opération.

Les erreurs favorables à certaines causes ont la vie dure. Von Eiselberg, qui le premier prétendit que les radiations pouvaient provoquer des adhérences autour de la thyroïde rendant son ablation difficile et longue, et aussi été le premier à reconnaître la fausseté de son impression initiale, à la suite d'une plus grande expérience. Pour lui comme pour Kocher, Sébileau, Schwartz, Crile, Lenormant et tous ceux qui ont des statistiques concluantes, les goitres irradiés ne se montrent ni plus adhérents, ni plus scléreux, ni plus hémorragiques que les autres.

Certes, des doses massives, mal filtrées, mal distribuées dans le temps et frappant brutalement la peau et l'hypoderme, pourraient modifier aussi les tissus profonds; mais, ces modes d'irradiation dans l'hyperthyroïdie sont trop contraires aux habitudes pour entrer en ligne de compte dans une critique du procédé. Les doses employées par la plupart des radiologistes correspondent sensiblement à celles préconisées avec succès contre les adhérences abdominales et l'on comprendrait avec peine, qu'elles fussent sclérolytiques dans un cas et sclérogènes dans l'autre.

Comme toutes les médications efficaces, la radiothérapie *est une arme à deux tranchants*; il faut en convenir. Si l'on s'en sert sans suivre les changements cliniques et le métabolisme basal, on risque le myxœdème. Cependant, les statistiques démontrent que le myxœdème post-radiothérapique ne dépasse pas 1% des cas traités; par contre, on évalue à une moyenne de 15% les complications strumiprives post-opératoires. Donc, comparativement, le danger du myxœdème rœnt-

genien paraît infime, et les chirurgiens, les premiers, devraient se garder d'en faire un épouvantail.

Au propre, le bistouri n'a qu'un tranchant; mais au figuré il en a plusieurs. La chirurgie du goitre a fait des progrès considérables, nous le reconnaissons avec joie et gratitude. Cependant, qui oserait la dire sans inconvénient.

La mortalité opératoire pour abaissée qu'elle soit, existe encore.

La tétanie, les lésions récurrentielles, les complications cardiaques et pulmonaires, les cicatrices chéloïdiennes, etc., constitueraient des arguments très sérieux contre l'intervention, si l'on ne devait regarder que le mauvais côté de la méthode.

Nous nous inclinons devant les guérisons de la chirurgie: elles sont parfois complètes.

Les chirurgiens devraient manifester quelque respect pour la radiothérapie, dont l'ensemble des résultats, malgré la mode du présent et la différence des conditions d'application, supporte encore très bien la mise en parallèle.

Le gros facteur, dans l'amélioration des statistiques chirurgicales dont on fait état, se trouve dans la préparation des malades. Les soins pré-opératoires sont poussés à l'extrême de la minutie dans des institutions ultra-spécialisées. Les radiologistes n'ont jamais bénéficié, à date, d'autant d'avantages. Très probablement, les succès radiologiques seront bien supérieurs encore à ce qu'ils ont été jusqu'à maintenant, le jour où, au lieu d'irradier des ambulants, on manipulera les hyperthyroïdiens soumis aux rayons X avec des précautions analogues à celles qu'on exige pour ceux qu'on destine à la chirurgie.

Au fond, le seul grief sincère que les interventionnistes voudraient, mais n'osent ouvertement dresser contre la radiothérapie, c'est le retard à l'opération, comme si cette dernière était d'emblée la seule thérapeutique rationnelle.

Même quand les chirurgiens seront parvenus à supprimer dans la thyroïdectomie tout risque de mort immédiate, paralysie récurrentielle, hémorragie profuse, myxœdème, tétanie, etc., il y aura toujours des patients qui, pour un motif ou un autre, *devront* recourir à la radiothérapie.

Les radiologistes témoignent beaucoup de déférence aux chirurgiens. Ils demandent en retour à ces derniers, par pur esprit humanitaire, de ne pas calomnier systématiquement la physiothérapie.

En conclusion, nous répétons le vœu de Delherm et Morel-Kahn, *de voir entre chirurgiens et électroradiologistes, se substituer à la période de critiques réciproques, une juste et objective appréciation des faits, prélude souhaitable d'une collaboration confiante.*

RADIOTHÉRAPIE — THYROÏDECTOMIE — MYXŒDÈME — COMMENTAIRES

Par Réal DORÉ.

L'amabilité coutumière de mon ami Albert Jutras m'a permis de prendre connaissance de la communication qu'il publie dans ce numéro-ci de *l'Union Médicale,* puis, dans cette même édition, de commenter quelque peu l'observation que je publiais en novembre dernier, observation qui fait l'objet du présent travail de M. Jutras, dont je me suis attiré les foudres.

La thérapeutique du goitre doit être avant tout médicale. Les très nombreux facteurs qui viennent en cause dans l'étiologie du goitre prouvent que la lésion causale ne siège pas au niveau de la glande thyroïde, mais à distance.

Je crois que sur ce terrain mon ami Jutras partage mon humble opinion.

Si quelquefois le radiothérapeute ou le chirurgien viennent en cause dans le traitement du goitre, ceux-ci ne sont que des auxiliaires, et leur rôle respectif ne représente qu'un temps du traitement auquel doit être soumis tout goitreux.

Chaque méthode thérapeutique, médicale, physique ou chirurgicale, a à son crédit des succès, comme chacune a ses déboires. Ici encore, je crois que tout va bien entre nous.

Je laisse de côté la discussion des indications de la radiothérapie et de la chirurgie du goitre; sinon, ce serait abuser de l'hospitalité que nous offre *l'Union Médicale.*

Je m'en tiendrai donc à ce qui semble être la cause du litige actuel.

La divergence d'opinion réside, je crois, dans l'emploi de certaines expressions que je reconnais être blessantes, scientifiquement parlant, mais exactes à mon avis.

Les mots allégoriques dont je me suis servi en novembre dernier expriment très bien ma pensée, celle du chirurgien. Je m'explique.

Avec des années d'expérience (c'est une opinion que je seconde, prise sur place, à différentes cliniques réputées), le chirurgien acquiert la notion, à très peu de chose près, de la quantité de tissu thyroïdien qui doit être laissé dans la région thyroïdienne, suivant l'état clinique que présente le goitreux en cause, afin d'enrayer l'hyperthyroïdie, s'il s'agit d'un goitre toxique, de ne pas faire de celui-ci un hypothyroïdien

grave et définitif ou de ne pas être cause du myxœdème chez un porteur de goitre simple.

Un radiothérapeute peut-il affirmer, après une irradiation jugée suffisante, que telle fraction de la glande (⅕, ¼, ½) conserve sa fonction physiologique?

A cette question l'on répondra, à coup sûr, que le comportement clinique du patient, avec le concours de l'examen du métabolisme de base, permet de connaître le moment précis de cesser toute irradiation.

Il y a dans le travail du chirurgien de la précision acquise, non sans quelques heures sombres, au cours d'années d'observation chirurgicale, précision prouvée, d'ailleurs, dans la grande majorité des cas, par les résultats heureux post-opératoires.

Du point de vue chirurgical le mot empirisme, s'il n'est pas très courtois ou aimable, est un terme propre qui exprime bien ma pensée.

Le chirurgien sait aussi, parfois à la lumière d'une malheureuse expérience personnelle, qu'il n'est pas prudent, je dirai même qu'il lui est défendu, de s'aventurer, au cours de la thyroïdectomie, dans la région qu'on est convenu d'appeler dangereuse, région où il faut s'attendre de rencontrer le nerf récurrent et les glandes parathyroïdes. Comme il y a là danger de léser des organes très importants, pour le bien-être futur du patient, le technicien laisse au niveau de cette zone dangereuse un moignon de tissu thyroïdien dont la fonction sera conservée.

Qu'advient-il d'un goitreux irradié malheureusement sans succès? Le cas se présente, je vous l'assure.

Comme il est impossible au cours d'une thyroïdectomie de se rendre compte de la valeur fonctionnelle d'un segment quelconque des lobes thyroïdiens irradiés, le chirurgien, par principe technique, — je dirai même qu'il est légalement obligé d'agir ainsi, contourne la zone que le bistouri doit respecter. Si le tissu respecté n'a plus aucune fonction organique, ou si celle-ci est un tant soit peu diminuée, d'emblée un myxœdème s'établit définitivement.

Quand la radiothérapie de la glande thyroïde est inefficace — ce fait constitue une tranche du couteau qui a blessé profondément mon ami Jutras — une thyroïdectomie subtotale court de grands risques de créer le myxœdème, — voilà l'autre tranche.

J'admets, et j'ai des preuves à l'appui, qu'une collaboration étroite, intelligente et non jalouse, doit exister ou devrait exister entre le médecin, le radiothérapeute et le chirurgien dans le traitement du goitre.

C'est l'idéal qui préside à mes efforts.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DU SCORBUT INFANTILE PAR L'ACIDE ASCORBIQUE

Il est entendu que le scorbut infantile ou maladie de Barlow est devenu une affection exceptionnelle. Le diagnostic en est facile à condition d'y penser lorsqu'un enfant a des douleurs dans les membres inférieurs et de la gingivite hémorragique. Dans certains cas, on peut observer des œdèmes parfois considérables prédominant d'ordinaire au niveau des membres ou de la face; d'autrefois, la maladie débute par des hémorragies de la peau (purpura) ou des muqueuses (épistaxis).

Bien que le fait n'ait pas été souligné par de nombreux auteurs, les infections répétées sont des causes prédisposantes non négligeables, et c'est souvent à l'occasion d'une poussée dentaire qu'éclate le scorbut. Dans tous les cas, la cause déterminante est la privation de vitamine C dans l'alimentation.

Jusqu'à ces dernières années nous ignorions la nature chimique de la vitamine C. Grâce à Szent-Gyorgyi, nous savons depuis 1932 que cette vitamine est essentiellement constituée par de l'acide ascorbique; grâce à Reichstein, il est possible aujourd'hui d'en faire la synthèse et d'administrer la vitamine C sous forme de comprimés.

Nous avons pu nous rendre compte par nous-mêmes de la réelle valeur de l'acide ascorbique dans le traitement du scorbut infantile (1). Nous nous croyons donc autorisés à en préconiser l'emploi non seulement dans le traitement mais également dans la prophylaxie de la maladie de Barlow.

On trouve dans le commerce des comprimés dosés à 1 centigramme, à 25 milligrammes et à 5 centigrammes.

Ce que le praticien doit savoir, c'est que un comprimé de 5 centigrammes d'acide ascorbique correspond à 75 c.c. de jus de citron pur.

Dans le *traitement* du scorbut infantile, il faut donner 5 centigrammes en moyenne d'acide ascorbique par jour.

Pour la *prophylaxie*, il convient d'administrer suivant l'âge la dose de 1 centigramme (de 3 à 6 mois) ou de 25 milligrammes (de 6 à 24 mois).

PAUL LETONDAL,
Professeur agrégé à l'Université de Montréal,
Chef de service à la Crèche de la Miséricorde.

(1) Paul LETONDAL. — The Treatment of Infantile Scurvy with Ascorbic Acid. *The Canadian Medical Association Journal*, 35, 646-647, 1936.

REVUE DES LIVRES

Les dents humaines — Morphologie, par E. MARSEILLIER. Un volume in-8 de 140 pages, illustré de 68 planches dont 8 en couleurs. Paris, Librairie Gauthier-Villars.

Cet ouvrage très important est un complément aux traités d'anatomie dentaire qui ne consacrent en général que peu de place à la morphologie des dents.

Dans une première partie sont exposés les caractères communs à toutes les dents et les caractères différentiels par groupe et par unité.

Dans la deuxième, chaque dent, droite ou gauche, est décrite en détail séparément sous toutes ses faces, avec des dessins précis et de nombreuses coupes.

La troisième est réservée à l'étude des dents temporaires.

Ce travail se recommande par la précision du dessin des planches exécuté par l'auteur lui-même.

A. LAQUERRIERE.

Ultra-sons et Biologie, par A. DOGNON, F. et H. BIANCANI. Un volume, de la collection des « Actualités radiobiologiques », in-8 de 80 pages avec 22 figures. Paris, Librairie Gauthier-Villars.

Les ultra-sons, vibrations de la matière trop rapides pour être perçus par notre oreille, étaient à peu près inconnus jusqu'à ces dernières années. Les auteurs ont longuement expérimenté leurs actions sur les cellules et les organismes. Ils nous donnent dans le présent livre le résultat de leurs recherches et des travaux qu'ils ont trouvés dans la littérature.

Ces agents ont une action particulière sur le vivant, mettant en jeu des mécanismes, encore incomplètement élucidés, mais permettant de voir sous un jour nouveau certaines réactions de la matière vivante.

Dans un premier chapitre, les ultra-sons sont étudiés au point de vue physique; on y passe en revue leur production, leur amplitude, leur propagation, leur amortissement; les phénomènes physiques qui se manifestent dans les milieux vibrants, etc.

Le chapitre deuxième s'occupe des effets biologiques: mouvements tourbillonnaires et remaniements protoplasmiques. Réactions des organismes au stimulant ultra-sonore. Altérations cellulaires irréversibles, et mort par les ultra-sons. Mécanisme des actions biologiques des ultra-sons.

En somme, excellente monographie sur un sujet dont l'étude n'était jusqu'ici qu'ébauchée. En terminant, les auteurs examinent les possibilités d'emploi des ultra-sons en médecine et en biologie, et se demandent si les insectes ne peuvent communiquer entre eux grâce aux ultra-sons.

A. LAQUERRIERE.

LIVRES REÇUS EN JANVIER

Traité de Thérapeutique clinique, par Paul SAVY, Lyon. Volume de 2716 pages, en vente chez Masson et Cie, éditeurs, Paris. Ouvrage complet en 3 volumes. Prix: 360 francs. Une revue plus élaborée en sera faite prochainement.

En vente à la Maison J. Eddé, Limitée, New Birks Building, Montréal.

ANALYSES

MÉDECINE

J. H. MEANS. — **A propos de la pathogénie de la maladie de Graves (On the Pathogenesis of Graves' Disease).** « Proceedings of the Staff Meeting of the Mayo Clinic », 6 janvier 1937, n° 1.

Lors d'une conférence qu'il donnait, en octobre 1936, devant le corps médical de la Clinique Mayo, Means, de Boston, discutait de la pathogénie des nombreux cas de goitres exophtalmiques qu'il a observés depuis plusieurs années. Voici quelques-unes de ses constatations et de ses impressions.

Dans la maladie de Graves-Basedow la glande thyroïde est en état d'hyperfonction. Cette hyperfonction peut se manifester non seulement par une augmentation de la sécrétion glandulaire, il s'agit ici d'hyperthyroïdie, mais aussi par une viciation de la sécrétion, ce qui constitue la dysthyroïdie.

La modification pathologique que subit la cellule thyroïdienne peut donner naissance à une hormone plus active.

La théorie de l'hyperfonction de la cellule thyroïdienne étant acceptée, Means en recherche la nature par l'étude de l'action de l'iode.

Chez le basedowien l'iode:

1) Favorise l'emmagasinage de la thyroglobuline;
2) Son administration est suivie de la chute de la courbe du métabolisme;
3) Améliore les symptômes toxiques.

L'action de l'iode présente trois phases: anatomique, métabolique et symptomatique. Elle est d'une constance étonnante. L'iodothérapie baisse de 3.5 points par jour le métabolisme basal, quel que soit l'état du patient lors du début du traitement, mais n'a aucun effet sur la thyrotoxicose expérimentale.

L'iode semble agir sur la glande et non sur l'hormone en circulation.

La courbe produite par des examens du métabolisme pratiqués en série, au cours de l'iodothérapie, est identique à celle qui existe chez un thyroïdectomisé non traité par l'iode antérieurement à l'intervention.

Apparemment l'iode crée momentanément un blocage de la vésicule thyroïdienne, blocage qui empêche l'hormone de se déverser dans la circulation.

L'iodothérapie améliore sensiblement les symptômes hyperthyroïdiens mais ne guérit pas la maladie de Graves. Elle n'a aucune influence sur le stimulus morbide qui se propage vers la glande thyroïde.

L'augmentation de la substance colloïde due au blocage que crée l'iode est cause d'une hypertension intravésiculaire, pression qui finalement a raison de cette barrière. Ce fait explique la répétition successive de crise de thyrotoxicose.

La nature du stimulus morbide, cause de l'hyperfonction de la glande thyroïde, est attribuée actuellement à la présence d'une sécrétion excessive de l'hormone thyrotropique sécrétée par le lobe antérieur de l'hypophyse. Cette hormone peut reproduire chez les animaux le tableau clinique de la maladie de Basedow mais il n'est pas prouvé, dit Means, que chez l'humain, la maladie de Basedow soit causée par un excès de sécrétion de cette hormone.

La nature du stimulus morbide en question reste inconnue, dit-il.

Means propose de diriger les recherches de l'étiologie du goitre du côté de l'hérédité, des régions habitées par les goitreux et suggère une étude plus approfondie de l'action de l'iode.

Il croit que la connaissance de la concentration hormonale dans les humeurs et les tissus promet plus de résultat.

Réal DORE.

ENDOCRINOLOGIE

C. H. BEST. — **La sécrétion interne du pancréas.** « Jour. Amer. Med. Ass'n. »: 105; 4; 270-275; 27 juillet 1935.

L'ablation du pancréas du chien permit aux expérimentateurs d'étudier à loisir les effets que produit l'absence de l'hormone sécrétée par les îlots de Langerhans. Si le chien reçoit suffisamment d'insuline, il survit en utilisant normalement la diète alimentaire rationnelle qu'on lui permet. Il meurt rapidement, si on ne lui fournit pas artificiellement de l'insuline et rapidement, durant le cours de 24 heures, le sucre sanguin est de 2 à 4 grammes par litre. L'urine contient du sucre dès que le taux du sucre sanguin se chiffre à 1 gramme 60 par litre, le seuil d'excrétion étant alors atteint. Le métabolisme des substances protéiques est troublé; elles sont excrétées en abondance dans l'urine et il semble que certains acides aminés contribuent à la formation du sucre sanguin et que ce sucre protéique se forme dans le foie.

Toujours chez le chien privé de pancréas, le métabolisme des graisses est perturbé et il s'ensuit une accumulation progressive de corps cétoniques dans le sang et l'accroissement de leur élimination dans l'urine.

D'autre part, on ne peut actuellement se prononcer sur la formation de sucre aux dépens des acides gras et il semble que le diabète pancréatique s'accompagne d'une production accrue et d'une utilisation plus grande de sucre.

Un certain nombre de faits expérimentaux suggère que l'état diabétique est en rapport avec une hyperglycémie: 1° par insuffisance d'insuline; 2° par l'action excessive du facteur diabétogène de la pituitaire antérieure et peut-être aussi par un fonctionnement exagéré de la surrénale ou de la thyroïde; 3° résultant de l'action de différents facteurs (infections, équilibre acido-basique etc.) qui altèrent le cellule hépatique et créent des perturbations endocriniennes.

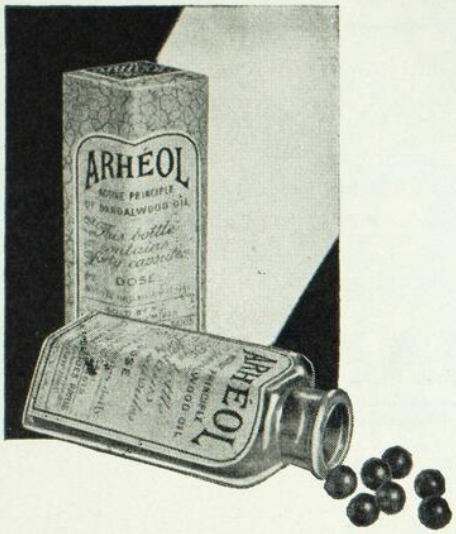
Encore une fois l'administration d'insuline à un chien privé de pancréas entretient l'animal dans un état à peu près normal. Chez les mammifères cette insuline est un produit exclusif du pancréas. Elle est déversée directement dans le sang et passe dans la circulation générale après avoir traversé le foie.

ACTION ANTISEPTIQUE

prolongée

sur

l'APPAREIL URINAIRE



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

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

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

ARHÉOL (Astier)

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

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

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

LABORATOIRES DU Dr P. ASTIER

350, rue Le Moyne
Montréal.

36-48 Caledonia Road
Toronto.

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.

Il semble que la libération d'insuline par le pancréas est réglée par l'action directe du glucose sanguin sur les cellules pancréatiques, quoiqu'on ne puisse nier l'influence nerveuse s'opérant par le vague et dont l'impulsion primordiale viendrait de l'hypothalamus.

L'insuline abaisse le sucre sanguin en favorisant l'oxidation du glucose et en activant l'emmagasinement du glycogène hépatique et musculaire; elle suspend la formation du glycose protéique.

L'adrénaline, l'extrait thyroïdien, l'extrait de pituitaire postérieure, le facteur diabétogène de la pituitaire antérieure agissant par l'intermédiaire du foie, sont des antagonistes de l'insuline.

Il ne faut pas attribuer exclusivement toute hypoglycémie spontanée à une hyperproduction d'insuline. Car elle peut être due aussi bien à une lésion hépatique, à une déficience de la pituitaire antérieure, de la surrénale ou à d'autres causes qu'à une libération excessive d'insuline. La preuve absolue qu'une hypoglycémie dépend de l'hyperinsulinisme est faite quand l'ablation d'un processus tumoral des îlots de Langerhans amène la disparition des accès hypoglycémiques.

La substance active de l'insuline n'a pas encore été isolée à l'état pur et cristallisé. L'extrait dont on se sert actuellement et dont la forme cristallisée semble la plus efficiente contient de nombreux acides aminés, il est dosé en unités physiologiques et sous forme cristalline, il possède un potentiel de 25 unités par milligramme de poids.

Il faut ajouter que la synthaline, succédanée de l'insuline, contrairement à l'insuline qui respecte le foie et pourtant diminue la glycogénèse, atteint ce même but par un moyen différent et antiphysiologique, c'est-à-dire en lésant ou altérant les cellules hépatiques.

Roma AMYOT.

Elliott P. JOSLIN, Howard F. ROOT, Priscilla WHITE et Alexander MARBLE. — **Application thérapeutique de l'insuline.** « Journ. Amer. Med. Ass'n. »: 105; 5; 359-368; 3 août 1935.

Il y va de soi que les auteurs étudient particulièrement l'action de l'insuline eu égard au diabète. L'emploi de l'insuline constitue une thérapeutique substitutive ou plutôt complémentaire qui s'efforce de pourvoir à l'organisme la quantité d'insuline dont il manque pour favoriser le métabolisme complet de ces hydrates de carbone. Aussi, doit-on admettre que l'administration de l'insuline gagne grandement à se faire en plus qu'une seule dose durant les 24 heures. Habituellement, une dose d'insuline exerce son action durant huit heures. Dans certains cas de coma, il faudra recourir à des injections de l'hormone toutes les 30 minutes. En définitive, la fréquence des doses varie avec chaque cas particulier.

L'insuline abaisse le taux du sucre dans le sang, elle en favorise son emmagasinement et son utilisation dans le foie, les muscles et la peau sous forme de glycogène. Ainsi, le métabolisme troublé est rectifié, les calories ne sont plus perdues et l'acidose est prévenue.

D'autre part, un excès d'insuline produit le choc hypoglycémique relié à un dérèglement opposé du métabolisme par excès de consommation de glycose et de glycogène.

Il est impossible d'établir mathématiquement la quantité de glycose métabolisé par une unité d'insuline. Toutefois, théoriquement on peut dire qu'une unité d'insuline consume 1 à 2 grammes de glycose, peut-être 3 à 6 grammes.

Les auteurs sont partisans de la voie hypodermique, même dans le cas de coma où cependant la voie intraveineuse peut être employée concomitamment. Ils conseillent l'administration de l'insuline (chez les diabétiques) 30 minutes environ avant le déjeuner, 15 minutes avant les autres repas.

Les réactions anaphylactiques locales n'apparaissent plus après deux semaines environ d'usage, sinon il faudrait se servir d'une insuline extraite d'un autre animal ou simplement fabriquée par un autre laboratoire. Elles sont souvent dues à des impuretés entraînées dans l'extraction.

Les tuméfactions locales insuliniques sont de peu d'importance, alors que les atrophies tégumentaires (disparition des tissus cellulo-adipeux et même musculaires) topiques et à distance constituent un problème troublant.

Le coma hypoglycémique doit être reconnu d'urgence et distingué du coma diabétique; certains signes cliniques permettent de le faire. Le traitement est évidemment tout à fait opposé et les accidents hypoglycémiques seront traités par l'administration de glucose, au pis aller par du sucre ordinaire, par l'usage de l'adrénaline.

L'observance fidèle de la diète alimentaire et de l'exercice conseillé, de l'hygiène de vie prescrite et de l'usage intelligent de l'insuline par le malade lui-même sont des facteurs qui lui assurent une existence heureuse. Ce résultat peut être atteint à peu près parfaitement et simultanément par un grand nombre de diabétiques grâce à l'institution de classes où l'instruction est donnée de vive voix aux malades.

Rappelons que l'emploi de l'insuline semble avoir prolongé la vie moyenne des diabétiques de quatre fois ce qu'elle était durant les 15 premières années de ce siècle. Elle a aussi réduit la mortalité, chez les diabétiques, par le coma de 60 pour cent (1898-1914) à 5 pour cent (1930-1933).

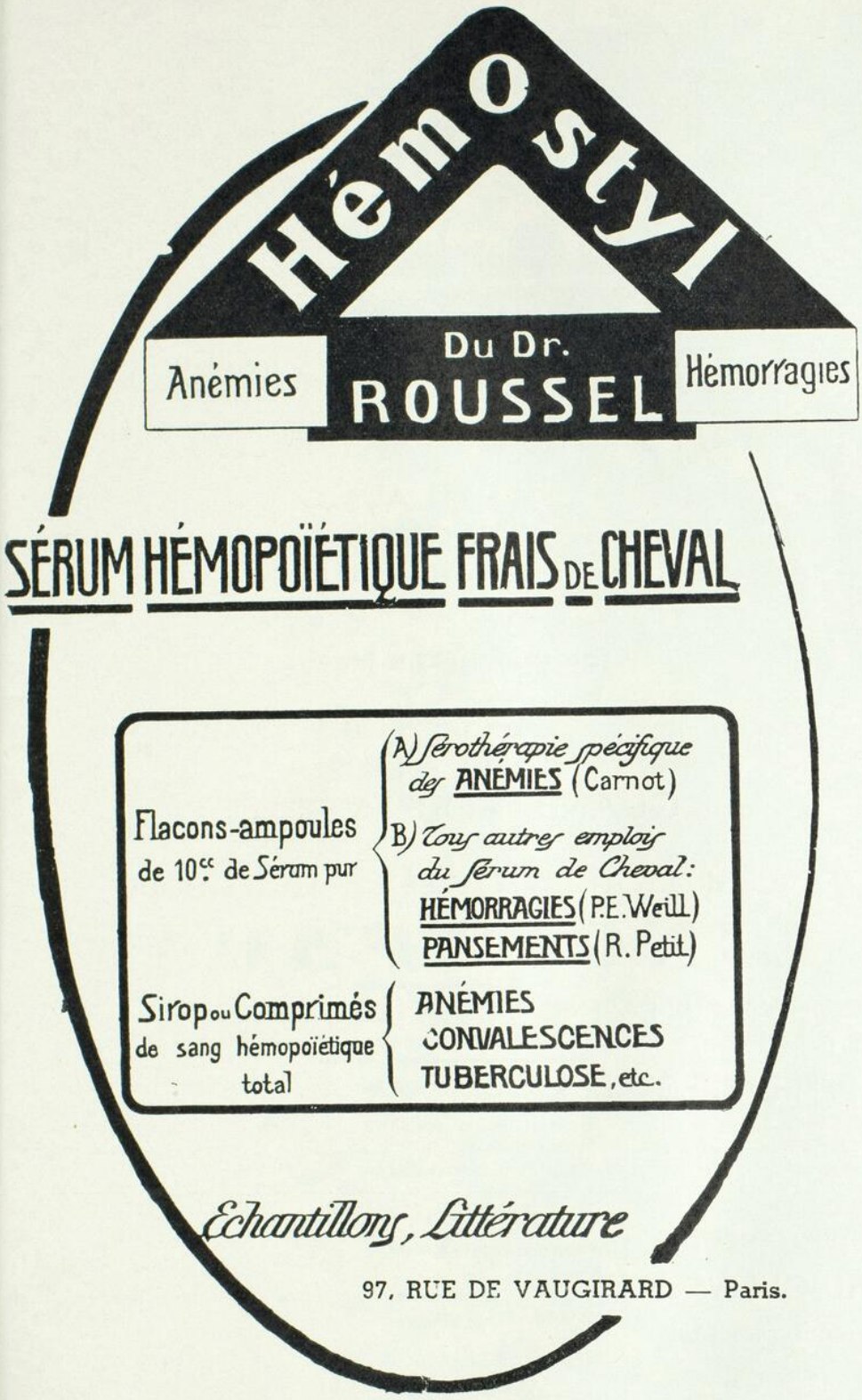
La question importante et assez ardue du coma diabétique est traitée longuement par les auteurs. Sa thérapeutique est basée sur les principes suivants: 1° utilisation des hydrates de carbone, par l'emploi de l'insuline, luttant contre l'acidose; 2° hydratation du malade habituellement déshydraté; 3° stimulation de la circulation par glycogénisation du cœur sous l'effet de l'insuline et des hydrates de carbone administrés, par l'hydratation et réminéralisation sous l'effet de l'emploi de sérum physiologique hypodermique et intraveineux; 4° traitement de la dilatation de l'estomac et de la constipation par lavages d'estomac et lavements.

Il nous est impossible de détailler outre mesure les constituants nombreux de ce traitement.

Les jeunes et les vieux requièrent des doses prudentes d'insuline, du moins au début.

Les maladies du cœur ne contre-indiquent pas l'emploi de l'insuline. Au contraire, les cœurs malades semblent bénéficier d'un traitement insulinique et hydrocarboné associé et prudent.

La véritable résistance à l'insuline n'existe pratiquement pas. Si on exclut les infections, l'acidose, l'hyperactivité de la thyroïde, de la surrénale



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



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

ANGLAIS
ESPAGNOL
ITALIEN
ALLEMAND

ou toute autre langue

SANS EFFORT CHEZ VOUS QUAND VOUS VOULEZ!

PAR LA NOUVELLE ET FACILE MÉTHODE

LINGUAPHONE

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

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

DEMANDEZ
AUJOURD'HUI
NOTRE BROCHURE
GRATUITE

→

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

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

Nom.....

Adresse.....

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

Quelle langue vous intéresse?.....

ou de la pituitaire, si l'exercice physique est pratiqué et si la peau est saine la résistance disparaît.

Les auteurs rappellent brièvement qu'en dehors du diabète l'insuline peut être indiquée. En fait, on l'administre à des anorexiques très amaigris. Elle stimule alors la nutrition et l'appétit, fait manger et développe l'énergie des malades. Allen a conseillé d'utiliser l'insuline à cet effet en employant progressivement les doses de 5 unités à 40 unités trois fois par jour.

Il faut savoir que certaines personnes sont sujettes à des crises d'hypoglycémie spontanées, dénommées par certains auteurs: maladie de la faim, et dues à de l'hyperinsulinisme. Ces crises s'accompagnent de sensation de faim, de transpiration, de nervosité, de faiblesse, même de convulsions et de perte de la conscience, selon le degré de sévérité. Elles sont abolies par l'absorption d'aliments ou de glycose. Elles sont la conséquence d'une activité exagérée du pancréas au sein duquel on pourrait trouver soit des nodules adénomateux d'îlots de Langerhans, soit une hyperplasie de ce tissu, parfois même un processus carcinomateux. Elles peuvent aussi dépendre de lésions hépatiques, de lésions de la pituitaire, de la thyroïde et de la surrénale comme au cours de la maladie d'Addison.

Roma AMYOT.

PHTISIOLOGIE

R. BURNAND (Lausanne). — **Le rôle de la tuberculose chez les « patraques ».** «Revue de la Tuberculose », t. 2, n° 6, p. 674, juin 1936.

Au sens propre, la patraque, c'est un instrument au mécanisme défectueux. Au sens figuré, c'est une personne faible ou malade.

La pratraquerie n'existe pas comme entité pathologique. Les traités médicaux n'en font aucune mention. C'est Burnand qui aura le mérite d'ouvrir les horizons sur un chapitre nouveau de la pathologie interne par le présent mémoire.

Les sujets atteints de patraquerie, généralement des femmes, se plaignent de déficiences de plusieurs systèmes à la fois. Cependant, un examen somatique sérieux ne révèle aucune altération organique franche. A tel point que nombreux sont les cliniciens qui, harassés de la ténacité de ces malades aux consultations les étiquettent imaginaires et ce, bien à tort. Ce sont des malades chroniques, les plus chroniques qui soient. Ils traînent leur état valétudinaire toute leur vie. Ils sont d'une grande maigreur, asthéniques, sans appétit, avec troubles gastriques et intestinaux, etc. Les symptômes subjectifs peuvent être rapportés tous à la fois ou isolés. Par ailleurs, ils auront presque toujours résisté aux traitements les plus adéquats.

Que sont ces malades? Des intoxiqués ou des infectés? Tout porte à croire, par la lenteur du processus, à une infection lente comme substratum pathologique. La tuberculose-infection se révèle indéniablement comme la source de tous les maux du patraque.

Pour Burnand, le patraque n'est pas un pré-tuberculeux. C'est un tuberculisé. Le B. de Koch est-il en cause? Avons-nous affaire avec ses

descendants hôtes occultes des filtres ou des milieux de culture? Il semble que voilà un domaine bien à point pour les nouvelles théories du virus filtrant et des bacilles à virulence diminuée.

L'auteur base un diagnostic de patraquerie sur l'anamnèse jointe à l'examen radiologique et au résultat des réactions tuberculiniques.

Ses constatations radiologiques sont celles de vielles lésions non évolutives plus ou moins étendues, plutôt moins que plus: ganglions trachéo-bronchiques, ou para-hilaires, nodules calcifiés, etc.

Le traitement: symptomatique, rééducation graduelle à la vie normale, antigène méthylique et tuberculine en certains cas, surtout chez les sujets jeunes.

Jean-Philippe PAQUETTE.

CHIRURGIE

F. W. BANCROFT. — **La mortalité dans l'appendicite aiguë.** « Annals of Surgery », 1937, 105, 56.

Au début de son article l'A. reconnaît qu'il y a sûrement une augmentation de la mortalité dans l'appendicite aiguë. Si l'on compare, dit-il, les statistiques du Gouvernement américain avec celles des cliniques chirurgicales, il apparaît que l'augmentation des décès consignés dans les statistiques gouvernementales est due à la chirurgie appendiculaire qui est faite dans les cliniques privées, les petits hôpitaux des grandes villes ainsi qu'à la chirurgie pratiquée à travers le pays dans les petits centres et les districts éloignés.

Quoi qu'il en soit des causes exactes de cette augmentation, l'A. recommande que l'on doit continuer à éduquer le public à ne pas se servir de laxatifs dans les cas de douleurs abdominales et à appeler immédiatement le médecin. L'on doit aussi rappeler à la profession médicale en général l'importance d'hospitaliser les cas d'appendicite aiguë aussitôt qu'ils sont reconnus. Enfin ces interventions ne devraient être entreprises que par des chirurgiens entraînés et même ces derniers doivent tendre à améliorer constamment les méthodes de traitement afin d'avoir de meilleurs résultats dans les cas compliqués d'abcès appendiculaires et de péritonite généralisée.

Mercier FAUTEUX.

J. E. THOMPSON. — **Ulcère peptique perforé d'un diverticule de Meckel.** « Annals of Surgery », 1937, 105, 44.

L'A., à l'occasion d'une observation personnelle d'ulcère peptique perforé d'un diverticule de Meckel chez un enfant âgé de 14 ans qui fut opéré et guéri, fait une étude de cette question intéressante se basant sur 35 cas rapportés dans la littérature et sur celui qu'il a eu l'avantage d'opérer. Les hémorragies rectales et la perforation intestinale au niveau d'une ulcération peptique sont les deux principaux symptômes que présentent les diverticules de Meckel. La perforation est évidemment très grave et donne une mortalité de 31 p. 100. Il n'en faut pas davantage pour montrer qu'il ne faut pas attendre une telle éventualité pour opérer et qu'en présence d'hémorragies

LES CONVALESCENTS LA TROUVENT DE LEUR GOÛT.



Les patients qui relèvent de maladie, qui demandent une nourriture qui se digère facilement et promptement, et sous une forme qui sera acceptée par l'appétit le plus délicat, prendront toujours avec plaisir

OVALTINE

Aliment - Tonique - Liquide

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.

Nouvelle Médication du Salicylate de Soude.

SODIOSAL

Granulé effervescent à base de Salicylate de Sodium naissant et d'Iode organique.

LABORATOIRE NADEAU LIMITÉE

100 ouest, rue SAINT-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.

rectales que l'on peut rattacher à la présence d'un diverticule il est indiqué d'intervenir. Le diagnostic exact de la perforation d'un ulcère siégeant au niveau d'un diverticule de Meckel est rarement fait. Le diagnostic d'appendicite suppurée avec perforation est celui qui est posé dans la plupart des cas.

Mercier FAUTEUX.

A. M. SNELL. — **Les effets de l'obstruction par calcul biliaire sur la structure et les fonctions hépatiques.** « Surg., Gyn., Obst. », 1936, 63, 596.

Il n'est pas toujours facile d'évaluer les dommages entraînés au niveau du foie par l'obstruction cholédocienne par calcul biliaire; trop de facteurs modifient le tableau clinique, ce qui n'est pas sans augmenter les difficultés d'interprétation. Ainsi bien des calculs peuvent demeurer latents, silencieux dans la voie biliaire principale durant de longues périodes, causant des lésions du parenchyme hépatique et de l'arbre biliaire, sans déterminer cependant de symptômes très évidents. D'autre part l'aptitude du foie à supporter l'obstruction biliaire diffère d'un individu à l'autre; il en est de même de son pouvoir de réparation structurale et fonctionnelle.

L'A. de ce travail, revisant 63 cas d'ictériques présentant un calcul du cholédoque reconnu soit à l'opération soit à l'autopsie, groupe les lésions observées en quatre classes: a) les lésions hépatiques très minimes macroscopiquement et au microscope s'accompagnant seulement de légers troubles des fonctions hépatiques; b) les lésions graves biliaires d'origine infectieuse entraînant une destruction du parenchyme hépatique; c) les lésions de dégénérescence hépatique et d'atrophie aiguë ou subaiguë du foie; d) les lésions soit d'hépatite chronique avec début de sclérose soit de cirrhose progressive.

Dans à peu près deux tiers des cas observés, les lésions étaient du premier type; l'autre tiers comprenait des lésions plus sérieuses des trois autres groupes.

L'A. décrit ensuite quels sont les tests de laboratoire pouvant aider à dépister les lésions hépatiques au cours de l'obstruction par calcul.

Mercier FAUTEUX.

PÉDIATRIE

Dr A. BOHN. — **L'anorexie des jeunes enfants.** « Le Journal de Thérapeutique », décembre 1936, Paris.

L'anorexie est fréquente au cours de la première enfance. On peut rencontrer tous les degrés et toutes les variétés dans le manque d'appétit: l'anorexie est souvent légère, transitoire, et sans importance, mais elle peut aussi prendre une intensité extrême, se prolonger et entraîner une hypotrophie plus ou moins marquée; il est à noter, à ce point de vue, que beaucoup d'anorexiques ont un poids relativement peu affecté par l'insuffisance de l'alimentation, mais il n'en est pas toujours ainsi.

Un nourrisson anorexique refuse une partie de ses repas, parfois un repas entier, mais il accepte tout de même de s'alimenter un peu; l'appétit

peut d'ailleurs varier beaucoup d'un jour, ou même d'une heure à l'autre; rien n'est plus capricieux que l'appétit d'un enfant anorexique.

Les causes sont nombreuses et variées, de même que les aspects cliniques, et souvent, plusieurs d'entre elles s'associent et s'intriquent pour compliquer le tableau.

La cause la plus banale est l'infection (simple rhino-pharyngite, grippe, bronchite, broncho-pneumonie, maladie éruptive, otite, etc.).

Une autre cause fréquente est fournie par les troubles digestifs si fréquents à cet âge (vomissements, diarrhée, dyspepsie au lait de vache, constipation, acétonémie).

Parfois, il s'agit d'un simple changement d'alimentation; d'autre fois, c'est un déséquilibre alimentaire (horaire, quantité, qualité de l'alimentation).

L'éruption dentaire, une glossite, une stomatite, l'augmentation de la température ambiante peuvent aussi provoquer de l'anorexie.

Toutes les causes organiques que nous venons d'énumérer ne suffisent pas toujours à expliquer une anorexie prolongée chez certains sujets qui sont ainsi atteints, parce que surtout ce sont des neuro-arthritiques, des nerveux, des agités, des fils de nerveux, victimes à la fois de leur hérédité et de leur milieu. L'existence d'un élément nerveux ou mental chez un nourrisson sans appétit est un indice important, qui doit faire prévoir une certaine durée à l'anorexie.

Le traitement sera avant tout étiologique. Il sera aussi symptomatique (anémie, déséquilibre nerveux, etc.).

Parfois, dans les cas graves, il faudra pratiquer le gavage à la sonde aussi souvent qu'il est nécessaire, donner des injections de sérum glucosé, établir des mesures d'hygiène générale, recourir à l'actinothérapie, etc. Il faut enfin s'adresser au terrain, et surtout au milieu: dans certains cas, il faut confier ces enfants à des étrangers.

Gaston LAPIERRE.

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE

Meier G. KARP, M.D. (Boston, Massachusetts). — **La maladie de Kohler et la scaphoïdite du tarse.** « The Journal of Bone and Joint Surgery », janvier 1937.

Des statistiques portant sur quarante-cinq cas de maladie de Kohler, tant garçonnets que fillettes d'âge variant entre deux ans et demi et sept ans et demi, démontrent que cette affection atteint surtout les enfants du sexe masculin dans une proportion de six et demi pour un.

En plus d'être le plus souvent unilatérale cette maladie présente des symptômes bien définis et identiques dans presque tous les cas; ce sont: de la douleur, du gonflement de la face dorsale du pied, de la boiterie, de la déformation et parfois de la rougeur accompagnée de chaleur locale.

Le facteur traumatisme ne semble pas intervenir comme cause puisque dans plus de la moitié des cas il n'en est pas question.

La date d'apparition des troubles s'étend sur une période de quelques jours à un an parfois et n'est nullement en rapport avec ce que la radiographie peut démontrer.

Une formule nouvelle

PHOSPHO-STRYCHNAL

groupe en un seul produit

La médication strychnique
La médication phosphorée
La médication polyphosphatée

Gouttes 20 à 40 par jour.

Asthénie - Anorexie - Convalescence

Laboratoires Longuet
Paris

J. Eddé Limitée, Agent Général
Montréal

Une Médication fidèle

OCREINE GREMY

Principe actif du Corps jaune de l'ovaire

Traitement des troubles menstruels par insuffisance ovarienne

2 à 5 Pilules

pendant les huit jours qui précèdent les règles et pendant leur durée

Laboratoires Gremy
Paris

J. Eddé Limitée, Agent Général
Montréal

IODONE ROBIN

GOUTTES INJECTABLE R.C. 12183

ARTHRITISME - ARTÉRIO-SCLEROSE

ASTHME, EMPHYSÈME, RHUMATISME, GOUTTE

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

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



PEPTONE IODÉE SPÉCIALE

LA PLUS RICHE EN IODE ORGANIQUE, ASSIMILABLE, UTILISABLE

Iodogénol Pépin

GOÛT AGRÉABLE

TOUTES LES INDICATIONS DE L'IODE ET DES IODURES MÉTALLIQUES

TOLÉRANCE PARFAITE

Bien supérieur aux Sirops et Vins Iodés ou Iodotanniques.

PRESCRIRE

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

Échantillons sur demande à MM. les Docteurs.

Laboratoires PÉPIN & LEBOUCQ, COURBEVOIE — PARIS

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

Le choix du traitement est laissé à l'initiative du chirurgien et comporte bien des moyens qui tout en procurant un certain soulagement au patient ne peuvent modifier l'évolution de la maladie ni hâter la guérison.

Partant de ces constatations, l'auteur étudie le développement du scaphoïde chez cinquante enfants normaux (vingt-cinq garçonnets et vingt-cinq fillettes) au moyen de radiographies prises au moment de l'apparition du noyau d'ossification jusqu'à son développement complet: soit de neuf mois à quatre ans et demi environ.

De cela il conclut que normalement ce noyau d'ossification apparaît bien avant chez les fillettes que chez les garçonnets. Il établit comme moyenne d'agir pour la date d'apparition du noyau d'ossification la période de dix-huit mois à deux ans pour les fillettes et de deux ans et demi à trois ans pour les garçonnets.

Ce serait donc, d'après l'auteur, ce retard dans l'apparition de ce noyau d'ossification chez les garçonnets, qui modifierait les contours, la densité et par là même la conformation du scaphoïde d'où la prédominance de cette maladie de Kohler chez les enfants de sexe masculin plutôt que chez ceux de sexe féminin.

Léon MONGEON.

ÉLECTRO-RADIOLOGIE

R. LEDOUX-LEBARD. — **L'épine du premier métatarsien.** « Journal de Radiol. et d'Elect. », déc. 1936, p. 667.

L'épine de l'olécrâne, l'épine du calcanéum sont des anomalies osseuses bien connues des radiologistes et qui ont été l'objet de nombreuses publications. Quant à l'épine du premier métatarsien, elle n'est mentionnée que dans Koehler et dans le travail de Preiser. Le plus souvent cette anomalie est bilatérale et d'une trouvaille radiographique. Lorsqu'elle est assez développée et présente une pointe aiguë elle peut devenir une cause de douleurs intolérables et même un obstacle à la marche.

L'auteur a noté dans un des cas qu'il mentionne, la coexistence d'une petite formation épineuse au niveau des extrémités proximales des deuxièmes métacarpiens.

Il ne faudra pas méconnaître cette anomalie et toujours la rechercher surtout chez des sujets présentant des phénomènes douloureux. Car en cas d'impotence fonctionnelle, l'ablation chirurgicale peut être conseillée.

L. GAGNIER.

Stevens S. SANDERSON (Détroit). — **Pneumonie chronique chez les petits enfants.** « The American Journ. of Roentg. and Radium Therapy », déc. 1936, vol. 36.

L'auteur, dans cet article, parle de tuberculose pulmonaire en général et de pneumonie chronique. Il relate six observations cliniques et radiologiques, chez des enfants au-dessous de trois mois.

Le processus pneumonique développé chez ces malades a persisté, pendans plusieurs mois, se résorbant lentement et étant accompagné d'adéno-

pathie médiastinale. La cuti-réaction, répétée à plusieurs reprises, fut toujours négative.

Etant donné l'inhalation d'huile pratiquée chez ces petits enfants à la suite de coryza, Sanderson se demande s'il ne s'agirait pas, en cette occurrence, de pneumonie lipoïdique.

L. GAGNIER.

THÉRAPEUTIQUE

L. BABONNEIX (de Paris). — **En présence d'un choléra infantile, que doit-on faire?** « Le Concours Médical », 17 janvier 1937, n° 3, p. 143-146.

L'auteur, médecin du service d'enfants de l'hôpital Saint-Louis, à Paris, résume les données récentes du traitement du choléra infantile. Il étudie successivement: 1° le régime alimentaire; 2° le traitement médical; 3° le traitement chirurgical.

La symptomatologie clinique de la diarrhée cholériforme des enfants du premier âge est bien connue: vomissements, diarrhée à selles liquides et nombreuses, altération profonde de l'état général avec phénomènes de déshydratation. Du point de vue biologique, ce syndrome répond à une diminution de volume du sang par diminution d'eau dans le sang (Marriott), et se complique le plus souvent d'acidose et d'azotémie. La réserve alcaline tombe de 50 à 39, 30, 19, 12, 8, 7; le rapport $\frac{\text{Cl. globulaire}}{\text{Cl. plasmatique}}$ s'élève de 0,48, chiffre normal, à 0,58 ou même à 0.60. Quant à l'azotémie, elle passe de 0 gr, 10 à 0 gr, 16, chiffres normaux, à 0 gr, 90, 1 gr, 40, 2 grammes et plus.

I. — *Le régime alimentaire* comprend *trois périodes*: 1° période aiguë; 2° période de transition; 3° période de remise au lait de vache.

1° *Période aiguë.* — La diète hydrique est ici formellement indiquée. Elle consiste à donner de l'eau bouillie pure, à la dose d'au moins 150 grammes par kilo, par petites quantités à la fois et à intervalles rapprochés. En cas de vomissements, on administre l'eau bouillie glacée, à cuillère ou au compte-gouttes.

On peut remplacer l'eau bouillie pure par une infusion très légère, non sucrée, de thé ou de tilleul, ou par une eau minérale indifférente, comme l'eau d'Evian, ou encore par de l'eau de riz; mais on rejettera l'emploi des solutions salines et sucrées, de l'eau albumineuse, des solutions alcoolisées, et surtout du bouillon de légumes, beaucoup trop riche en sels.

Pour l'auteur, la diète hydrique ne doit pas dépasser 24 heures. Nous ne partageons pas cette opinion. Sauf chez les enfants très maigres, nous estimons que dans le choléra infantile véritable la diète hydrique *doit durer trois jours.* Le premier jour, nous donnons de l'eau bouillie pure, le deuxième et le troisième jour, de l'eau de riz. Si dans ces conditions la diète hydrique est complétée par des injections à doses massives de sérums artificiels, elle ne présente pas les inconvénients dont parle l'auteur, et les cas de guérison sont plus nombreux en pareil cas.

2° *Période de transition.* — La réalimentation doit être prudente et progressive. On se servira de laits modifiés: lait en poudre ou babeurre, et,

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

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

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

ECHANTILLONS SUR DEMANDE

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

SIROP FELLOWS
AUX HYPOPHOSPHITES

Tout Déprimé
» Surmené

Tout Cérébral
» Intellectuel

Tout Convalescent
» Neurasthénique



est justiciable de la :

NEVROSTHENINE FREYSSINGE

6, Rue Abel
PARIS (12e)

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

LORAMINE FREYSSINGE
gt. titrées à 0,06 - 1 à 3 à chaq. repas - 6, R. Abel, Paris
FECTION INTESTINALE PORTEURS DE GERMES

CAPSULES DARTOIS
0,05 Créosote titrée en Gaiacol. 1 à 3 à chaque repas.
CATARRHES et BRONCHITES CHRONIQUES, 6, R. Abel, Paris

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

THYVACRINE No 10 C & C

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

INDICATIONS:—

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

NEUROCRINE No 5 C & C

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

INDICATIONS:—

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

DIACRINE No 6 C & C

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

INDICATIONS:—

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

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

Echantillon sur demande.

CASGRAIN & CHARBONNEAU

LIMITEE

28-30, rue St-Paul Est
MONTRÉAL

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

Téléphone:
LAncaster *3292.

dans certains cas exceptionnels, de lait de femme ou de lait d'ânesse, s'il est possible de s'en procurer. Lorsqu'on donne du lait sec, on doit le diluer largement et tenir compte des moindres élévations de température, qui indiquent d'ordinaire qu'il n'est pas assez coupé.

3o *Période de remise au lait de vache.* — La substitution du lait de vache aux laits modifiés doit être faite également avec la plus grande prudence. On administrera au début un lait bouilli, coupé et à petites doses.

II. — *Le traitement médical* comprend les bains chauds, les toni-cardiaques et les injections à doses massives de sérums artificiels: sérum glucosé ou bicarbonaté, s'il y a acidose, sérum physiologique, s'il y a alcalose, ce qui est plus rare.

III. — *Le traitement chirurgical* semble au premier abord quelque peu paradoxal, mais les travaux récents ont montré que très souvent le choléra infantile est secondaire à une otite ou à une mastoïdite latente. Voici comment à ce sujet s'exprime Ribadeau-Dumas: « Un état général grave avec déshydration et acidose dont on ne trouve pas la cause effective après examens multiples, infection déterminée ou trouble alimentaire, doit faire soupçonner une mastoïdite latente... et lorsque, dans les deux ou trois jours, le traitement médical ne laisse aucun espoir, on est autorisé à pratiquer une antrotomie. »

D'autre part, les oto-rhino-laryngologistes qui ont étudié la question (Le Mée en particulier) nous donnent les précisions suivantes:

« 1o A l'autopsie de tels sujets, on trouve généralement du pus ou du muco-pus sous-pression dans l'antre mastoïdien: il ne vient pas du voisinage, mais est bien sécrété par l'antre lui-même;

« 2o La symptomatologie de cette antrite est très atténuée, se réduisant « souvent à des modifications inflammatoires du tympan, difficiles à apprécier et parfois minimes » (Le Mée). Si, en effet, le tympan est, le plus souvent, le siège de lésions inflammatoires, la paracentèse ne donne lieu qu'à une issue de sang pur, sans la moindre trace de pus;

« 3o Il serait d'autant plus fâcheux de passer à côté de ces lésions qu'elles sont habituellement bilatérales, et que le foyer, étant en rétention, ne se draîne pas spontanément;

« 4o L'antrotomie consiste uniquement à faire sauter le couvercle de la cavité antrale et à ruginer au minimum le périoste. Ainsi conduite, l'intervention dure environ cinq minutes de chaque côté et ne nécessite pas l'anesthésie générale. C'est donc une intervention bénigne qu'on doit « considérer comme un *moyen de diagnostic complémentaire* en même temps que de traitement, lorsque l'examen otoscopique laisse des doutes sur l'intégrité du tympan et quelles que *soient les données de la paracentèse* ».

En réalité, les indications de l'intervention chirurgicale dans le choléra infantile ne sont pas faciles à préciser dans la pratique; aussi le médecin, dans tous les cas, devra se montrer prudent, tenir compte de la résistance du malade et ne conclure à l'opération qu'après avoir consulté un oto-rhino-laryngologiste entraîné à examiner les oreilles des nourrissons et capable d'effectuer l'antrotomie avec le minimum de choc pour l'enfant.

Paul LETONDAL.

LABORATOIRE

J.-L. NICOD. — **Un cas de chloromyélose aleucémique leucopénique chez un enfant.** « Ann. d'Anat. Path. », 13; 1085-1092; 1936.

Fillette de 8 ans, sans antécédents pathologiques, ayant présenté les symptômes d'une affection septique avec anémie: hyperthermie (100-103 F.), somnolence, stomatite grave, pâleur cireuse.

L'examen hématologique révèle une anémie extrême, avec leucopénie (1000-900 G.B.)., sans formes anormales, sans globules rouges nucléés.

Diagnostic clinique: agranulocytose, septicémie.

L'autopsie montre une coloration verte diffuse de la moelle osseuse, généralisée à tout le squelette. A l'examen histologique, hyperplasie myélopoiétique diffuse de la moelle osseuse, et petits foyers extra-médullaires de leucopoièse (rate, ganglions lymphoïdes). Hémosidérose splénique.

Une seule observation antérieure, celle de Strasser, cadre avec celle de N., car dans tous les autres cas la chloromyélose coïncide avec une leucémie myéloïde vraie. Aussi l'auteur adopte-t-il la dénomination de "chloromyélose aleucémique leucopénique", proposée par son prédécesseur.

J.-L. RIOPELLE.

P. ISIDOR. — **Note sur certaines modifications du revêtement épithélial des kystes hématiques de l'ovaire.** « Ann. d'Anat. Path. », 13; 1025-1028; 1936.

D'après un cas favorable, l'A. tend à admettre l'origine folliculaire ou lutéinique de certains endométries de l'ovaire, déjà proposée par King, sans nier les théories de la greffe endométriale et de la métaplasie péritonéale, qui semblent indiscutables dans un certain nombre de cas.

D'autre part, l'évolution caliciforme du revêtement de ces kystes montre que certains kystes mucoïdes (entéroïdes) de l'ovaire peuvent avoir une origine autochtone, et ne résultent pas nécessairement d'une dysembryoplasie.

J.-L. RIOPELLE.

M. SZOUR et C. BERGENBAUM. — **Sur l'importance pratique de l'examen des réticulocytes dans le sang périphérique pour l'étude clinique de la tuberculose pulmonaire.** « Presse Médicale », 16 janvier 1937, p. 79.

La réaction réticulocytaire est le témoin de l'état immunobiologique du sujet tuberculeux et sa recherche dans la tuberculose pulmonaire permet d'obtenir d'importants renseignements tant au point de vue diagnostic que pronostic. Les variations de cette réaction traduisent l'attitude de l'organisme envers l'infection et illustrent le jeu des forces défensives du sujet.

Normalement le nombre des réticulocytes varie entre 2 et 8 pour 1000.

Dans la tuberculose pulmonaire fibreuse torpide, sans fièvre ni bacille de Koch dans les crachats ce nombre reste à peu près normal.

Au cours d'une tuberculose pulmonaire subaiguë faiblement évolutive avec signes d'intoxication peu marqués les réticulocytes oscillent entre 6 et 12 pour 1000.

Dans la tuberculose pulmonaire aiguë au contraire, pendant les poussées évolutives les réticulocytes atteignent quelquefois 70 pour 1000. A une exacerbation de la maladie correspond une augmentation des réticulocytes; à une rémission du processus tuberculeux correspond inversement une diminution des réticulocytes.

En général sous l'influence du traitement par la collapsothérapie, l'aurothérapie, la diminution de l'intoxication s'accompagne d'une diminution du nombre des réticulocytes.

Dans les cas de tuberculose pulmonaire compliqués de lésions aux autres organes et accompagnés d'anergie secondaire les réticulocytes reviennent au taux normal de 2 à 8 pour 1000.

D'après les auteurs la courbe des réticulocytes traduit la résultante de l'acuité du processus tuberculeux et l'intensité des forces défensives de l'organisme. Les progrès de l'infection tuberculeuse suivis d'un accroissement des forces défensives produisent une augmentation des réticulocytes. L'aggravation de la maladie supprimant l'état allergique aboutit à la chute numérique des réticulocytes.

Les auteurs illustrent ces faits de graphiques démonstratifs et prétendent que la courbe réticulocytaire suivie périodiquement fournit des renseignements plus précis que ceux obtenus par la formule leucocytaire, la sédimentation sanguine ou la réaction à la tuberculine. Cette réaction mériterait donc d'être utilisée plus fréquemment surtout dans les sanatoriums et les centres hospitaliers.

A. BERTRAND.

NEUROLOGIE

Abraham MYERSON. — **Les effets du sulfate de benzédrine sur l'humeur et la fatigue, chez les individus normaux et chez les névropathes.** « Arch. of Neurol. & Psych. » 36: pp. 816-22, oct. 1936.

Les médicaments qui agissent sur l'humeur sont peu nombreux. L'auteur a observé que le sulfate de benzédrine, à la dose de 5 à 20 mg., a une action très nette chez les individus normaux simplement fatigués, et chez les déprimés de la série mélancolique. Chez les normaux qui sont fatigués par un sommeil insuffisant ou un surmenage récent, la dose sus-mentionnée, parfois moindre, prise le matin, au lever, procure à peu près immédiatement une sensation de repos et de douce euphorie. M. attire l'attention sur l'importance de prendre ce médicament le matin, du moins durant la première partie du jour, car pris le soir, il provoque une insomnie certaine. Ces propriétés ont, du reste, récemment été utilisées pour combattre le sommeil invincible des encéphalitiques. Chez les normaux cette mesure est un procédé occasionnel, d'urgence, et qui peut rendre de bons services.

Les névropathes soumis à ce traitement sont des déprimés mélancoliques. Comme chez les normaux, la benzédrine a une influence réconfortante et soulage les pénibles déclanchements matinaux d'un simple adjuvant. L'effet dure de une heure à plusieurs heures. Chez les quelques malades observés par M. les symptômes *apathie* et *dépression* ont été considérablement influencés.

Cette médication est intéressante à retenir chez tous les petits déprimés de clientèle courante. Il convient d'ajouter que chez les déprimés autres que les mélancoliques, le médicament échoue invariablement. M. a soumis 18 schizophrènes aux doses déjà mentionnées et ils sont tous demeurés inertes et apathiques.

Ce traitement comporte un danger s'il doit être administré assez longtemps, et ce danger est l'hypertension artérielle. On devra par conséquent y songer si l'on veut traiter de la sorte une dépression qui dure assez longtemps.

Jean SAUCIER.

GASTRO-ENTEROLOGIE

J. A BASTIONY. — **Lymphosarcome de l'estomac. (Linfosarcoma del Estomago.)** « Revista de Medicina y Cirurgia del Habana », 30 nov. 1935, t. XV, pp. 980-990.

Chez un homme de 41 ans, soumis à une gastrectomie partielle, pour un ulcère perforant dans la région moyenne de la petite courbure, l'on découvre, à l'examen anatamopathologique des ganglions et de la pièce; un lymphosarcome de l'estomac associé à l'ulcère perforant.

En conclusion l'auteur fait remarquer:

1. La rareté d'un sarcome primitif de l'estomac et la symptomatologie atyphique de la lésion.
2. Notons — Le sarcome envahit rarement le pylore et contraire au carcinome, ne conduit pas à la sténose.
3. Généralement la tumeur est plutôt située dans la grande courbure.
4. Il est souvent difficile au point de vue histologique de faire la distinction entre le sarcome et la maladie de Hodgkins.
5. Le signe de Kundrat (hypertrophie des follicules de la langue) n'est d'aucune valeur diagnostic.

A. CANTERO.

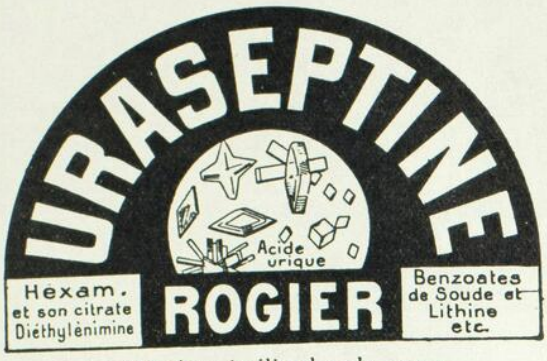
SPANGERBERG, MARQUEZ et FALCO. — **Tétanie gastrique. (Tetania gastrica.)** « Revista Assoc. Medica. Argentina », mai 1936, t. XLIX, pp. 727-34.

Les auteurs, présentent une étude clinique d'un sujet souffrant d'un état d'hyperexcitabilité nerveuse, prenant la forme de mouvements convulsifs, douloureux, des membres inférieurs et supérieurs, et associée à une dyspepsie causée par une cholecystite lithiasique.

Par les données radiologiques et biochimiques, les auteurs posèrent un diagnostic de tétanie gastrique. Nombreuses sont les considérations pour expliquer l'origine de ce processus encore très obscur. Ils font la revue de plusieurs théories émises pour l'expliquer.

Notons celle de Rudinger et Jonas, où l'affection gastrique (tétanie) n'est autre qu'une partie du cadre de spasmophilie, pouvant affecter les systémies circulatoire, pulmonaire et digestif.

ANTISEPTIQUE URINAIRE ET BILIAIRE par excellence



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.

De mener des similitudes de noms

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

INDICATIONS: Pyélites — Pyélo-néphrites — Bactériuries — Cystites — Prostatites — Urétrites — Pyuries — Blennorrhagies — Abcès urineux — Phosphaturie — Catarrhe de la Vessie — Goutte — Gravelle — Coliques hépatiques et néphrétiques — Rhumatismes — Calculs — Sables, etc., etc.

Echantillon et Littérature: **HENRY ROGIER, Pharmacien, Ancien interne des Hôpitaux de Paris.**
56, Boulevard PEREIRE, PARIS

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

MODÉRATEUR CARDIAQUE
SÉDATIF NERVEUX
ANTI-SPASMODIQUE

CARDIOSÉDINE

Action combinée de l'Aubépine, du Saule Blanc et de l'Isovalérianate de Quinine jointe à celle du Phényl-éthyl-malonylurée.

•

INDICATIONS :

Arythmie, instabilité cardiaque, extrasystoles, troubles dus aux spasmes vasculaires de l'hypertension, angine de poitrine, etc.

•

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE

•

Importations Européennes Ltée

637, rue Craig ouest MONTRÉAL

Tél. LA. 0315



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

Cette tétanie par ailleurs peut-être une conséquence de procédés multiples gastro-intestinaux, ayant pour cause, soit une appendicite aiguë, une compression duodénale par une tumeur ou kyste du pancréas, une cholecystite calculeuse, tension de l'estomac, bref, toutes ces conditions peuvent, par réflexe, déclancher une tétanie gastrique.

Ils font remarquer, que la plupart de ces cas rapportés dans leur pays, (Amérique du Sud) cette tétanie semble plutôt être associée d'un syndrome pylorique, causée soit par un ulcère ou un néoplasme.

Dans le cas rapporté, les auteurs sont portés à croire à une origine cholelithiasique de la tétanie gastrique.

En conclusion, deux facteurs semblent être responsables:

a) Cause tonique, révélée dans le cas rapporté par une augmentation dans le taux de la créatinine, guodinine, et l'alcalose.

b) Par un réflexe d'origine extra gastrique i.e. une cholecystite calculeuse de longue durée.

A. CANTERO.

SOCIÉTÉS

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL À L'HÔPITAL NOTRE-DAME

Le 7 décembre 1936

Hypofonctionnement hypophysaire-thyroïdien avec épistaxis et gonflement des 2 parotides pendant la menstruation. — E. MENARD.

Histoire du malade: Mlle Y. F..., commis épicière, 30 ans. Subitement, à l'âge de 20 ans, après une déception sentimentale, gonflement des deux parotides, mais surtout de la droite, avec sialorrhée, trismus, douleur à la mastication et sensation de craie et parésie des maxillaires droits. Ces tuméfactions surviennent par crises, commencent avec le début et se terminent par la fin de la menstruation, laquelle dure de 6 à 9 jours et survient toutes les 2 semaines. Epistaxis à gauche, 5 à 10 fois par jour débutant et finissant avec les règles. Accentuation il y a deux ans lors de l'éclosion d'une dent de sagesse du côté gauche.

Née à terme, première dentition un peu retardée, marche à une époque normale, attentive aux classes, succès satisfaisants aux écoles, éducation satisfaisante. Coqueluche, influenza, migraines débutant la veille et finissant à la fin du 1er jour des règles. Irrégularités, douleurs, leucorrhée, caillots. Conservation de la membrane hymen laquelle est un peu dilatée, onanisme (2 à 3 fois par jour) sans homosexualité ni hétérosexualité. Grande affectivité mais platonique. Grandes lèvres, petites lèvres et clitoris très développés et turgescents.

Histoire de famille: Père éthylique, mauvais caractère, diabétique. Mère a déjà été traitée pour hémophilie, 2 frères v, b. s. et de taille normale, 4 sœurs de taille petite, dysménorrhéiques, très nerveuses, l'une souffre de ménorragies.

Examen: Cheveux noirs, crêpelés et très serrés, système pileux très fourni, type viril, Bassin à conformation masculine, seins proportionnés à la taille, obésité type hypophysaire classique, peau brune, légère exophtalmie, petit goitre avec très léger tremblement. Réflexes, cœur et poumons normaux. Légère constipation, urines normales, cælialgie, dermographisme.

Tuméfaction régions parotidiennes représentant un triangle dont la base post. verticale est située à 1 cent. en arrière du pavillon de l'oreille, descend parallèlement au bord post. du maxillaire jusqu'à l'angle de la mâchoire; le côté inférieur remonte l'angle de la mâchoire; l'angle ant. correspond à l'angle ant. de la pommette; le côté sup. suit l'arcade zygomatique. Crises de gonflement de la parotide après efforts de mastication, bâillement.

Troubles de la déglutition, douleurs à la base de la mastoïde. Audition à droite diminuée au cours des crises. La glande droite se vide au massage *fait à la main et mieux* au courant galvano-sinusoïdal.

Mensurations: Hauteur 56¼ pouces (½ supérieur 27½ et ½ inférieur 28¾ pouces) bras en croix 59½, occipito-frontal 21 pouces, cou 12, diamètre des épaules 35½, thorax (aisselle 27 pouces, seins 29, taille 24) transtrochantérien 36½, poignets 5½, cheville 8 pouces.

Pouls 78. P. A. 120/80. Rate légèrement hypertrophiée. Muqueuses du nez et sinus normaux, sauf congestion intense et périodique des cornets moyens et inf. coïncident avec le début des menstruations, mais sans hypertrophie ni déviation des cloisons, sans varicosités et sans tuméfactions, polypeuse ou autre. Audition normale. Champ visuel et fond de l'œil normaux. Le rayon S montre absence de calcul des parotides. Denture parfaite et très bien implantée. Réflexe oculo- cardiaque: 102. Hématologie: rien de pathologique, sauf globulins: 160,000, signe du lacet positif, temps du saignement: 10 minutes.

Joues: Rougeur de la papille conduisant aux canaux de Stenon et gonflement de la saillie dont il coiffe la pointe. Massage amène écoulement abondant de salive sans hémorragie et sans sécrétion purulente.

Laboratoire et Rayons X: La selle turcique est sensiblement normale. Les clinoies post. et ant. sont peut-être légèrement décalfiées. Absence de calcul à la région parotidienne. B. W. Négatif. Métabolisme basal = — 9.

Diagnostic: Hypofonctionnement thyroïdien secondaire à une hypofonction de l'hypophyse se manifestant par insuffisance de l'hormone luteinisante avec réaction d'hyperfonctionnement compensateur des surrénales et des ovaires.

Traitements: Malade difficile à traiter à cause de craintes de piqûres, de répulsion pour les médicaments glandulaires per os et pour les sédatifs, refuse de cesser ses activités exagérées au travail et semble avoir un goût particulier pour les gymnases de lutte et de boxe (préfère combattants brutaux).

Localement sur les parotides, *ondes courtes* (amélioration appréciable mais non complète). Extraction d'une dent incluse du côté droit max. sup. (Dr Reeves). Coagulen Ciba: résultat fugace et incomplet au premier essai mais nul au deuxième. Antuitrine S 18 injections de 2 c.c. tous les jours; insuccès complet. Amélioration rapide et constante par les injections de 1 c.c. de Proluten qui font cesser les hémorragies utérines et nasales et améliorent le gonflement des parotides dès la première injection. L'amélioration n'est que passagère et le traitement ne semble pas améliorer la cause des troubles. Gain de 9 livres de poids au cours d'une série d'injections de 5 ampoules de 1 c.c. (une u.i. par 1 c.c.). Extraits Thyroïdiens Parke & Davis ½ grain 3 fois par jour. Nous ne faisons que commencer ce traitement et la malade n'a pas eu de règles depuis 20 jours, mais se plaint de céphalée. Si insuccès, nous tenterons des injections de fortes doses d'hormones gonadotropiques en vue de formation d'antihormones par l'organisme lui-même.

Considérations:

Fait à signaler: 1. Coïncidence du gonflement des parotides simultanément à celui des cornets des muqueuses nasales au cours des menstruations. Ceci n'a jamais été rapporté à notre connaissance. Il est possible qu'un dosage

de thelin dans le sang et dans les urines et qu'une réaction d'Aaron très fortement positive puisse expliquer l'intensité de la réaction et de la muqueuse nasale et de celle des parotides.

2. La parotide a peut-être une sécrétion interne.

3. Aurions-nous à soupçonner un adénome surrénalien?

4. Efficacité très démonstrative du Proluton contre le gonflement des parotides, les épistaxis et les ménorragies.

5. Possibilité de Reticulo-endothéliome du carrefour pharyngé spléno-parotidien. *a*) jeune âge, *b*) début par rate et parotide, *c*) formule sanguine par transformation de la trame amygdalienne en trame reticulaire ????

Pas de discussion.

Hémorragie sous-arachnoïdienne spontanée, diffuse. — R. ROLLAND.

Histoire du malade: Cf. dossier no 5320. Le 16 juillet 1936, Marguerite M..., âgé de 24 ans, couturière de son métier, était à son travail, lorsqu'elle perdit soudainement connaissance. Un médecin, appelé auprès de la malade, lui fit une piqûre, et on la transporta chez elle. La jeune fille ne reprit pas conscience, elle semblait dormir mais d'un sommeil agité. La famille ne s'en inquiétait pas croyant qu'on lui avait fait une injection calmante. Après renseignements il ne s'agissait que d'adrénaline. Ce n'est que le lendemain que nous fûmes appelé auprès de la malade qui demeurait inconsciente et devenait agitée, et que nous demandions son transport à l'hôpital.

Histoire de famille: Rien à noter.

Ant. personnels: Aurait déjà fait une méningite il y a plusieurs années.

Examen: Malade inconsciente et très agitée. Inégalité pupillaire, dilatation à droite, réaction à la lumière. Paralysie faciale droite. Raideur de la nuque. Opisthotonos. Cœur: légère tachycardie, aucun souffle orificiel. Poumons: rien à noter. Abdomen, flasque. Foie, non hypertrophié. Rate, non percutable. Membres: Signe de Kernig: positif. Abolition des réflexes rotuliens, Babinsky à droite. Hémiplégie droite avec contracture.

Laboratoire et Rayons X: Ponction lombaire: Pression couchée 25. Liquide uniformément teinté de sang. Absence de pus et de microbes. Présence de sang. B. W. Négatifs dans sang et L.C.R. Urines: rien à noter.

Diagnostic: Hémorragie méningée, sous-arachnoïdienne. Hémiplégie droite.

Considérations:

Nous aurions voulu présenter la petite malade mais il s'agit d'un cas privé, et d'ailleurs, elle est en ce moment à la campagne, en convalescence dans sa famille.

Ce qui nous a paru intéressant chez elle c'est:

1° Qu'elle quitta d'abord l'hôpital, le 29 août 1936, guérie, ne conservant qu'une légère aphasie pour la mémoire des mots. Son hémiplégie ayant complètement régressé. Notons que la malade fut huit jours inconsciente. Le traitement consista en ponctions lombaires répétées, sous anesthésie, et faites très lentement (20 c.c. par dix minutes) hémostatiques, sérum glucosé en petites quantités, pour ne pas augmenter la tension intra-rachidienne.

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

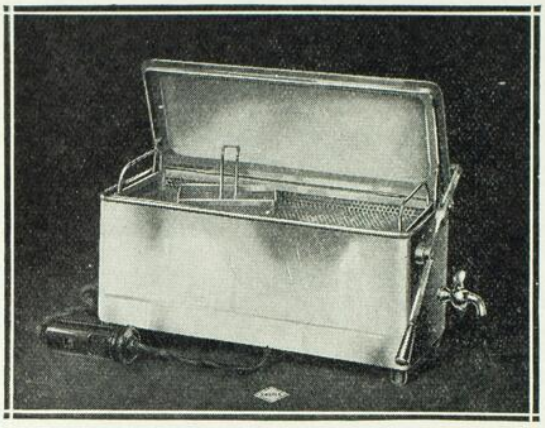
Agents pour le Canada: **VINANT Ltée,** 533, rue Bonsecours, **MONTRÉAL**

STERILISATION

EFFICACE AUTOMATIQUE ECONOMIQUE

POUR

MEDECINS ET HOPITAUX



Les Stérilisateurs 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.

W Westinghouse X-Ray

Littérature descriptive gracieusement fournie

CASGRAIN & CHARBONNEAU Limitée

Représentants Exclusifs

LAncaster 3292 **MONTREAL** 30 est, rue St-Paul

2° La malade aurait déjà fait une méningite, se serait-il agi d'une première hémorragie qui serait passée inaperçue et aurait guéri?

3° Etant donné le début foudroyant de la maladie nous sommes en droit de croire qu'il s'agirait de malformations vasculaires ou de petits anévrysmes ayant éclaté sous l'arachnoïde et ayant inondé les centres nerveux. D'ailleurs plusieurs auteurs, tels que Cushing, Fearvsides et Dowling, aux Etats-Unis, en ont rapporté plusieurs cas.

4° La récidive possible et l'avenir peu intéressant pour ces malades doivent également retenir l'attention.

5° La ponction lombaire, enfin, peut seule donner la clef du diagnostic.

Pas de discussion.

Anémie pernicieuse. Récidive par hémorragies à la suite d'intoxication par gaz d'éclairage. — Geo. HEBERT.

Histoire du malade: Le 28 octobre 1936 Mlle D. L... entre à l'hôpital Notre-Dame. Quelques jours auparavant elle a été victime d'un accident par le gaz d'éclairage. Elle a alors présenté tous les symptômes habituels de l'intoxication par ce gaz (malaises généraux, bourdonnements d'oreille, sons de cloche, céphalée, etc.). et, de plus, des hémorragies nasales, utérines et intestinales.

Examen: A l'examen les signes d'anémie sont très marqués; ses globules rouges sont à 1,100,000 avec 38% d'hémoglobine. Cette malade a d'ailleurs été hospitalisée à trois reprises depuis 1934 pour maladie de Biermer. Depuis sa dernière hospitalisation (de janvier 1936 à mars 1936) son état général s'était maintenu excellent grâce aux injections régulières de foie de veau. C'est à la suite de ses hémorragies que les signes d'anémie sont réapparus.

Considérations:

Voici une malade atteinte de maladie de Biermer depuis deux ans et qui n'a jamais présenté d'hémorragie. A la suite d'intoxication par le gaz d'éclairage, elle présente un syndrome hémorragique: épistaxis, métrorragies, hémorragies intestinales. Il semble bien qu'on puisse établir un rapport direct entre ses hémorragies et son intoxication. Nous pouvons dès lors conclure que les hémorragies peuvent être rangées parmi les symptômes exceptionnels de l'intoxication par le gaz d'éclairage.

Discussion:

M. Guy HAMEL: J'aimerais à demander à M. Louis Fortier, qui s'occupe maintenant des cas de la Montreal Light, Heat & Power s'il a remarqué plusieurs cas d'épistaxis dans les cas d'empoisonnement par le gaz d'éclairage.

M. Louis FORTIER: Depuis un an que je m'occupe de ces cas, je n'ai rencontré l'épistaxis qu'une seule fois; j'ai observé plus fréquemment de la céphalée intense.

M. Georges HEBERT: Il me fait plaisir de savoir que l'épistaxis a été rencontrée, car les auteurs français sont de cette opinion contrairement aux Allemands et aux Américains.

Un cas de recto-colite ulcéreuse. — C.-E. HEBERT.

Histoire du malade: Madame R.-A. F..., âgée de 31 ans, est admise dans le service de chirurgie le 25 septembre 1935, souffrant d'un syndrome abdominal. Depuis trois mois elle présente de la diarrhée et depuis un mois elle accuse de fortes douleurs avec crampes de tout l'abdomen accompagnées de selles liquides, jusqu'à 15 fois par jour, contenant du sang, du mucus et du pus. La patiente accuse une asthénie profonde avec perte de poids, de 135 à 100 livres, et elle « n'ose plus s'éloigner de la chambre de toilette. »

Antécédents: Nil.

Examen: Apparence générale médiocre, teint de cancéreuse; bouche: pyorrhée, dents cariées et prothèse dentaire inamovible. Pouls 100, P. A. 90/60, T. 98. Thorax; nil, abdomen, balloné, la palpation révèle un état cartonné de la paroi avec sensibilité généralisée et impossibilité de localiser le point maximum de la douleur. Le foie et la rate ne sont pas augmentés de volume. Toucher vaginal: très douloureux, paroi postérieure cartonnée, col conique, utérus peu mobile, en position rétrocœcale, culs-de-sac douloureux, annexes non perçus. Toucher rectal: pas d'hémorroïdes, végétations sur la paroi gauche et postérieure du rectum avec épaississement de toute la muqueuse rectale.

Rectoscopie: 19 septembre, jusqu'à 9 pouces: mucus, pus, sang. Zone ecchymotique sur muqueuse inflammée, épaissie, friable avec petits ulcères miliaires de 2-3 millim. de diamètre.

Biopsie: 14 décembre. Le vagin est souple, l'infection est à peu près disparue.

Rectoscopie: amélioration notable mais la paroi rectale est encore très friable et saigne facilement.

Biopsie: 19 septembre. Fragments d'intestin comportant une petite ulcération sans caractère spécifique, limitée d'un côté par un épithélium déplacé, sans doute, par le prélèvement, sans différenciation et peut être suspect. On ne peut, cependant, affirmer qu'il s'agit d'un épithélioma étant donné la petitesse des éléments et l'artéfact de la biopsie. (L.-C. Simard).

14 décembre. Débris de muqueuse intestinale dans du mucus. En un point il existe un bloc constitué par du pus. (L.-C. Simard).

Lavement baryté: Le remplissage est facile sans arrêt ni douleur. A droite du transverse il y a une forte coudure en V. Les contours du transverse et du descendant sont quelque peu irréguliers. L'évacuation immédiate est bonne. (Dr Léonard).

Examen des selles: sang, pus, pas d'amibes, ni Koch, ni parasites. Séro: Para A. et B. Eberth négatif. Hémoculture négative. B. W. Négatif.

Cytologie: g. r. 2,750,000; g. b. 6000; poly.: 66; Mono: 6
g. r. 2,800,000; g. b. 7000; poly.: 56; Mono: 9
(Dr Bertrand).

Diagnostic: Rectocolite ulcéreuse.

Traitement: Extraction dentaire, désinfection de la bouche. Sérum antistreptococcique de Bargen, douches et lavements, Violet de Gentiane, 2 gouttes, 3 fois par jour, bactéintestiphage, ventriculin.

Considérations:

La maladie origine ordinairement dans un foyer infectieux, i.e. dents, amygdales, appendice, vésicule (streptocoques). Les complications sont la

polypose rectosigmoïdienne, la polypose diffuse étendue à tout le côlon, la sténose du sigmoïde, la dégénérescence uroplasique et la perforation. Le diagnostic repose sur l'anamnèse: diarrhée avec sang, mucus, pus, l'anémie, la rectoscopie et l'image radiologique. Le traitement d'essai a confirmé le diagnostic.

Discussion:

M. J.-A. MOUSSEAU: Je demanderais à M. Hébert s'il a pensé à faire faire un lavement baryté, pour mettre en relief les plis de la muqueuse. De plus, quel était le taux d'acidité gastrique et le taux d'anémie correspondante?

M. DESROSIERS: Les Rayons X donnent l'image de l'ombre, tandis que la rectoscopie donne l'image de la réalité.

M. BLAGDON: Pourquoi n'a-t-on pas fait l'examen du pus, afin de savoir quel était le microbe en cause? C'est habituellement un diplo-streptocoque contre lequel on donne du sérum.

Le malade est amélioré, mais il y a souvent des récidives et des complications. Dans l'abcès périrectal, il faut drainer.

A-t-on donné d'autres médicaments?

M. Georges HEBERT: Le sérum de Bargen est un sérum anti-streptococcique. Nous avons eu dans le service un cas où le Sérum de Bargen nous a donné de très bons résultats.

M. Charles HEBERT: Pour répondre à M. Mousseau, je n'ai pas fait faire de lavement baryté, parce que j'étais satisfait de la rectoscopie. Ce malade a vu son anémie s'améliorer et les globules rouges de 2,700,000 qu'ils étaient, venir à plus de 4,000,000. Ce malade avait une diète spéciale; il n'avait rien entre les repas pour ne pas activer le péristaltisme intestinal.

M. Blagdon me demande si j'ai fait la culture. Non, et l'examen que le docteur Bertrand a fait n'a pas pu indiquer le microbe spécifique. La culture diplostreptococcique est très compliquée et comme j'avais institué le traitement et que le malade s'améliorait, je n'ai pas demandé davantage. Ce malade n'est pas guéri, je crois. Je l'ai encore observé dernièrement, il est très sensiblement amélioré. Son intestin fonctionne à peu près normalement, sans diarrhée; il a engraissé de 50 livres. Toutefois, il persiste encore dans le rectum de l'œdème et quelques petits ulcères qui saignent très facilement. La rectoscopie est très douloureuse et il faut s'armer de patience dans ces cas. Il ne faut jamais faire de rectoscopie sous anesthésie générale, car on blesserait l'intestin. Le malade ayant guéri nous n'avons pas eu à enregistrer d'abcès.

J'ai donné trois séries de sérum anti-streptococcique et je compte bien lui en donner une autre de 30 c.c. encore ces jours-ci.

Granulie froide. — J. PREVOST.

Histoire du malade: J. B..., 34 ans, journalier, se présente pour la première fois en septembre 1934. Il accuse une fatigue générale qui persiste en s'accentuant depuis le début de l'année. Il perd l'appétit, maigrit (57 lbs), il tousse et expectore peu, il est apyrétique. Il fit une bronchite, sans complication, vers l'âge de 10 ans et une pleurésie droite, avec épanchement, en 1932. Il fume peu et ne boit pas.

Histoire de famille: Son père est mort de tuberculose à 35 ans; sa mère est morte d'une affection fébrile de nature X à 39 ans; un frère est mort en bas âge; il a une sœur et 3 frères en bonne santé.

Examen: Etat général médiocre, malade très amaigri. Pouls à 100, P. A. basse 95/60, aucune lésion cardiaque. Rien de particulier à noter aux dents, à la gorge et au nez.

Poumons: on constate une sub-matité diffuse bi-latérale, une respiration obscure avec des râles secs et des bouffées de râles humides disséminés aux sommets et aux bases.

B. W. négatif, formule sanguine normale, traces d'albumine dans les urines. Absence de BK dans les crachats. (8 analyses).

Radio: Aspect micro-nodulaire aux deux plages, opacité du sinus costo-diaphragmatique droit, exagération des A.B.V., hiles très chargés.

Evolution (18 mois plus tard).

Amélioration de l'état général, meilleur appétit, toux sèche improductive; le poids est le même. L'auscultation révèle quelques bruits adventices aux bases. La radio montre un effacement des micro-nodules et une évolution vers la sclérose.

Diagnostic: Granulie froide.

Considérations:

La granulie froide est une maladie assez rarement rencontrée. Il s'agit d'une affection chronique et froide qui conserve pendant des mois la même signature radiologique; affection de nature tuberculeuse. Dans le cas actuel, en l'absence de test bactériologique ou anatomique certain, il existe des antécédents familiaux et personnels nets de tuberculose, des signes d'imprégnation bacillaire ainsi que des clichés montrant un aspect micro-nodulaire aux deux plages, le tout évoluant chez un sujet apyrétique, (absence d'hémoptysie et de tout élément professionnel permettant de soupçonner une étiologie non bacillaire).

Pas de discussion.

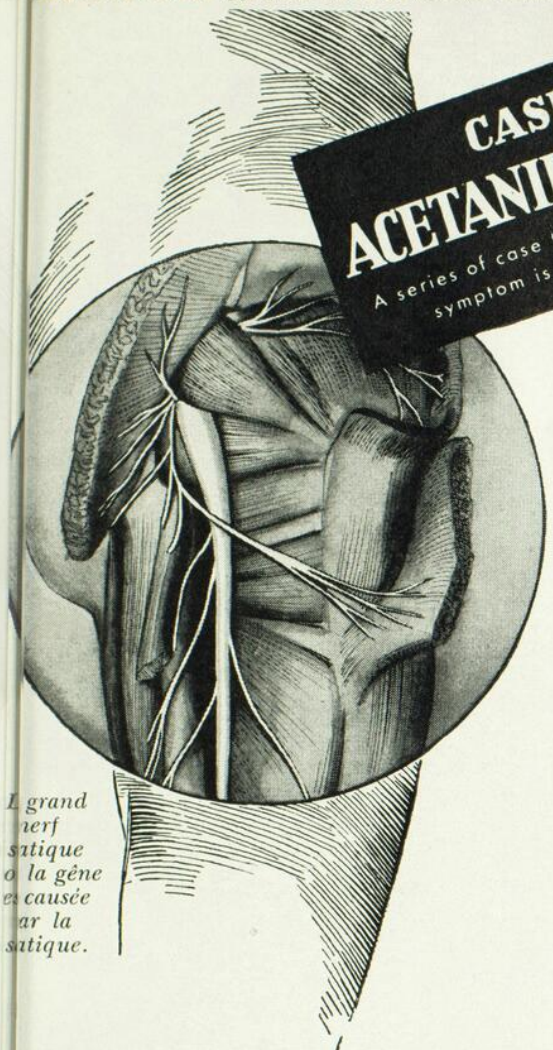
Présentation d'un nouvel appareil pour surdité. Toniphone. — G. BARRY.

L'appareil que nous présentons n'a pas la prétention d'être universel. Il a été construit par nous pour les besoins bien précisés de deux patients sourds auxquels nous pensions rendre service autant qu'à nous dans nos relations professionnelles. Les résultats obtenus ont été assez satisfaisants pour penser qu'il pourrait peut-être rendre service à d'autres.

En partant de principes électriques que nous avons appliqués dans d'autres domaines physiologiques, nous avons réalisé cet appareil, assez fidèle, pratiquement exempt de bourdonnement («hum») et chez lequel il est possible d'augmenter la sensibilité ou la fidélité suivant les indications demandées. C'est un appareil stable, d'intérieur, difficle à réduire de volume sans affaiblir certaines de ses caractéristiques; quoique pour quelques-uns il n'y aurait pas d'inconvénients. Jusqu'à quinze (15) pieds de distance la parole est fidèlement reproduite avec un volume suffisant pour nos besoins actuels. Pour un autre cas il serait possible de faire mieux.

CAS No II DE LA SERIE « ACETANILID »

Une série de cas typiques où le symptôme dominant est la douleur d'origine nerveuse.



Le grand nerf sciatique où la gêne est causée par la sciatique.

SCIATICA

SYMPTÔME PRINCIPAL : Douleur intense en arrière de la cuisse, descendant dans la jambe. Sensibilité à divers endroits.

HISTOIRE DE LA MALADIE : Douleurs arthritiques de temps en temps; mauvais état de la dentition et des amygdales; les douleurs dans la cuisse sont légères au début.

EXAMEN PHYSIQUE : Nutrition bonne; légère élévation de la température.

SYMPTÔMES : Douleur lancinante, plus intense la nuit; réflexe rotulien augmenté; le patient marche en fléchissant le genou.

DIAGNOSTIC: Sciatique secondaire à une infection orale et aux toxines dans l'organisme.

TRAITEMENT: (Symptomatique) « Acetanilid » et « Acetphenetidin ».

Solis-Cohen et Githens considèrent le soulagement des douleurs névralgiques obtenu par l' « Acetanilid » comme l'une des manifestations les plus frappantes. (Pharmaco-Thérapeutiques.)

Bromo-Seltzer contient de l' « Acetanilid » et de l' « Acetphenetidin », plus l'association de caféine et de bromure dans chaque dose de une cuillerée à thé. La caféine fortifie doucement le processus mental. Le bromure amène la détente des nerfs surmenés. Le citrate améliore la digestion, augmente la réserve alcaline et donne à Bromo-Seltzer son effervescence agréable.

Bromo-Seltzer soulage la douleur efficacement et économiquement.



Les demandes d'échantillons et de littérature sur Bromo-Seltzer reçoivent une attention immédiate.

BROMO-SELTZER LTD. - - Toronto, Can.



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

ELIXIR GABAIL

VALÉRO-BROMURÉ

Littérature et échantillon de:

L'ANGLO-FRENCH DRUG CIE, 354 Sainte-Catherine Est, MONTRÉAL

Le téléphone et microphone présents sont des appareils de laboratoire qui ne sont là que pour la démonstration. Il y en a de très réduits comme volume qui seraient plus pratiques et moins apparents pour l'usage courant.

Pas de discussion.

Diabète infantile. Une observation. — L.-H. GARIEPY.

Histoire du malade: Cas no 499. Fillette de 4 ans et demi, vue pour la première fois en octobre 1936. Enfant née à terme, s'est développée normalement jusqu'à trois ans et demi a'ors que la croissance s'arrêta. Environ six mois plus tard ses parents remarquèrent qu'elle buvait d'une façon exagérée et qu'elle s'éveillait plusieurs fois la nuit pour uriner. Un pédiâtre consulté fit le diagnostic de diabète. Les différents régimes prescrits n'amenèrent pas d'amélioration. On ne donna pas d'insuline.

Histoire de famille: Le grand-père et le grand grand-père maternels sont morts de diabète. Le père et la mère en sont indemnes et bien portants. Un petit frère de la malade, d'un an plus jeune qu'elle, est normal en tous points pour un enfant de son âge et ne présente ni glycosurie ni hyperglycémie.

Examen clinique: Négatif, sauf que l'enfant est abattue et pâle. Taille: 41 pouces ½.

Evolution et traitement: (à l'hôpital).

Date 1936	*Glyco-surie*	*Acet. & diacet.*	*Glycé-mie.*	*Diète*			*Insuline*			*Poids*
				H.	*G.*	*P.*	*Ma.*	*Mi.*	*So.*	
14 oct.	xx	xx — xx	2.00	164	45	60	10	0	10	35¼
15 "	xx	x — 0		182	45	63	10	0	10	35¼
17 "	x	0 — 0	1.85	"	"	"	10	5	10	37¼
20 "	x	0 — 0	1.63	"	"	"	10	10	10	38¼
23 "	lt.	0 — 0	1.11	182	55	63	10	10	10	37½
26 "	0	0 — 0	1.20	"	"	"	"	"	"	39½
28 "	lt.	0 — 0	1.25 (chez elle)	200	60	66	"	"	"	38½
4 nov.	0	0 — 0	1.00	200	60	66	10	0	10	37¾
18 "	0	0 — 0	0.89	"	"	"	8	0	8	40½
25 "	0	0 — 0	0.96	"	"	"	6	0	6	41¼

Comme traitement accessoire, une préparation concentrée de vitamine A et D a été le seul médicament administré. Repos au lit pendant les dix premiers jours.

Considérations:

Cette observation est présentée pour illustrer la mise en pratique du traitement et son efficacité dans le diabète infantile. Noter l'amélioration de la tolérance.

D'après une statistique publiée récemment (*Jour. Can. Med. Ass.* nov. 1936) par Jeslin, la probabilité de vie d'un diabétique de 10 ans, pendant la période comprise entre 1897 et 1914 était de *un an et demi*. L'observation des cas traités de 1926 à 1929, avec l'insuline, permet d'espérer une survie de 30.7, pour la même catégorie de malades.

Discussion:

M. C.-E. GRIGNON: J'ai l'impression qu'en diminuant la ration hydrocarbonée et en augmentant la ration graisseuse sans déséquilibrer le régime, il y aurait moyen de supprimer les injections d'insuline ce qui est un grand avantage au point de vue social et je profite de l'occasion pour répéter qu'il ne faut pas avoir tellement la phobie des graisses dans le régime des diabétiques.

M. L.-H. GARIEPY: Je suis tout à fait de l'avis de M. Grignon, puisque le 4 novembre nous avons baissé l'insuline de 10 unités, le 18 novembre de 4 unités et le 25 novembre de 4 unités et je crois que si cela continue nous atteindrons le but prochainement.

Clou de tapissier dans la bronche droite. Ablation. — J.-N. ROY.

Histoire du malade: L'enfant E. R..., âgé de 15 ans, raconte que pendant son travail, il a aspiré un clou de tapissier qu'il avait dans la bouche.

Examen: Rien de particulièrement intéressant à noter au pharyngo-larynx. Le malade se plaint seulement d'un léger malaise au thorax du côté droit. La toux est insignifiante. Il n'y avait pas de température lors de l'examen. L'auscultation est négative.

Laboratoire et Rayons X: Les rayons X permettent de constater un clou logé dans la bronche droite principale, la pointe en haut.

Diagnostic: Clou de tapissier dans la bronche droite.

Considérations:

En présence d'un corps étranger des bronches, ou de l'œsophage, l'endoscopiste a, à sa disposition, quatre sortes de tubes principaux, et de multiples pinces pour en faire l'ablation. Dans le cas présent, nous nous sommes servi de l'instrumentation de Chevalier Jackson qui est sûrement la meilleure. Sous anesthésie locale nous avons réussi à enlever le corps étranger en quelques minutes. Les suites opératoires se sont passées normalement, et le malade est retourné chez lui guéri.

Discussion:

M. A. MARIN: Quels sont les tubes usuels susceptibles de permettre l'extraction d'un corps étranger des bronches?

M. J.-N. ROY: En réponse le conférencier faisant une démonstration instrumentale, dit qu'il existe en effet quatre principaux endoscopes pour l'examen, et l'ablation des corps étrangers des bronches et de l'œsophage.

Tout d'abord, Brunings de Berlin a présenté, vers 1900, une instrumentation dont la lumière, localisée dans le manche, est projetée dans les tubes.

Guisez de Paris, se sert d'un tube, qu'il éclaire à son extrémité distale avec un miroir de Clar, muni d'une seule ouverture.

Haslinger de Vienne a modifié légèrement les instruments endoscopiques de Brunings, sans toutefois y apporter beaucoup d'amélioration.

Et enfin, Chevalier Jackson, de Philadelphie, a mis cette instrumentation parfaitement au point avec des tubes, dont l'éclairage, fourni par une batterie, se trouve à leur extrémité distale. Avec les endoscopes de Brunings, de Guisez

et de Haslinger, l'opérateur, pour ses manœuvres d'extraction d'un corps étranger ou de biopsie, se servant d'un instrument quelconque, se trouve à avoir très peu de lumière à l'endroit qui doit être éclairé. Il est facile de concevoir ce fait, puisque le volume de la pince empêche la lumière, venant de l'embouchure du tube, de pénétrer dans son intérieur. Et si le diamètre de l'endoscope doit être très petit, suivant l'âge du malade, et la distance à laquelle on doit l'introduire, la vision à son extrémité est forcément mauvaise. L'instrumentation de Chevalier Jackson réalise, en effet, une modification idéale, puisque la partie examinée ou traitée, est directement et parfaitement éclairée.

L'ablation des clous de tapissier dans les bronches, présente quelquefois un problème assez difficile à résoudre. Si la pointe se trouve dans l'axe du tube, il est alors facile de l'extraire. Mais si au contraire ce corps étranger occupe une position transversale, il faut alors le repousser légèrement et amener ensuite la pointe dans le bronchoscope ou encore faire subir à celle-ci une certaine rotation avant l'ablation finale. Chevalier Jackson dit avoir observé de nombreux malades, morts d'emphysème du médiastin ou de pneumothorax à la suite de la rupture d'une bronche, lors de tentatives d'extraction de clous de tapissier, par des endoscopistes insuffisamment expérimentés.

Il faut aussi se rappeler que, pendant ces manœuvres, la tête hémisphérique du clou doit toujours être en contact avec l'extrémité du bronchoscope, afin d'éviter une lésion des cordes vocales ou de la sousglotte, lors du passage du corps étranger dans cette région, accident qui pourrait peut-être nécessiter ensuite une trachéotomie pour empêcher le malade d'étouffer.

La radiographie simple (sans préparation) dans les obstructions intestinales et les perforations. — LAQUERRIERE, LEONARD et BELISLE.

En cas *d'obstruction* ou *d'occlusion* intestinale, la radiographie, sans ingestion de substance opaque et sans lavement opaque ou insufflation, ne cause aucun retard, n'expose à aucune aggravation des troubles et n'est pas fatigante pour le patient. Elle montre alors, presque toujours, un tympanisme considérable du grêle et des colons comme dans le simple tympanisme gazeux; mais elle montre de plus, en plaçant le malade dans une situation se rapprochant de la verticale, ce qui est possible, même chez des sujets très choqués, avec les tables basculantes, des niveaux liquides qui deviennent opaques par opposition aux clartés gazeuses. Ces niveaux irrégulièrement répartis et siégeant à des niveaux différents permettent de poser le diagnostic. Ce même examen peut, au moins en certains cas, préciser le siège de la lésion; si le côlon ne participe pas au tympanisme, il est infiniment probable que l'obstacle est situé sur le grêle ou à la valvule iléo-cœcale, si le côlon est tympanisé dans sa partie droite, l'obstacle est sur le côlon; enfin, si le côlon est en entier tympanisé il y a bien des chances pour que l'obstruction soit terminale.

L'examen sans préparation, en position relativement verticale, permet de porter à peu près à coup sur le diagnostic de *perforation*. Il y a du gaz dans le péritoine et ce gaz vient donner une clarté plus ou moins large, en

bande, séparant le diaphragme droit du foie et s'accompagnant souvent d'une bande semblable (plus difficile à voir en raison de la poche à air gastrique) s'interposant entre la grosse tubérosité de l'estomac et la rate d'une part et le diaphragme gauche d'autre part. Il faut d'ailleurs savoir: 1° que la perforation se produisant au milieu d'adhérences peut ne pas permettre l'issue d'une quantité de gaz suffisante pour donner cette image pathognomonique, 2° qu'on ne doit pas confondre le pneumopéritoine dû à la perforation avec: *a*) une interposition d'une anse intestinale, on n'a pas alors une bande régulière, mais une clarté en boudin présentant des scissures, *b*) une suppuration avec gaz ou l'insufflation de gaz au cours d'une exploration de la plèvre diaphragmatique; les symptômes cliniques sont alors tous différents et évitent l'erreur.

Il nous est arrivé à plusieurs reprises, grâce à cet examen très simple et nous le répétons non fatigant pour le malade, d'établir un diagnostic qui restait hésitant par les procédés cliniques.

Radio. I. Simple tympanisme gazeux (au cours d'une fièvre typhoïde). Pas de niveau liquide.

Radio. II. Homme de 50 ans admis le 3 décembre 1935 pour douleurs périombilicales depuis 7 mois, (amaigrissement, anorexie, asthénie) et, depuis quelques jours, occlusion intestinale avec vomissements fécaloïdes. *Radio.*: tympanisme, niveaux liquides sur le grêle et le cœcum; le côlon descendant contient de l'air mais n'est pas tympanisé. *Opération*: grosse tumeur du côlon transverse.

Radio. III. Femme de 45 ans admise le 22 janvier 1936 pour douleur épigastrique, constipation opiniâtre, vomissement. Le 31 janvier, *Radio.*: tympanisme généralisé, niveaux liquides au cœcum et sur le grêle, le descendant n'est pas tympanisé. *Opération*: tumeur transverse près de l'angle splénique.

Radio. IV. Homme de 72 ans admis le 15 novembre 1935 pour constipation habituelle et occlusion depuis 6 jours. *Radio.*: tympanisme gazeux formidable du grêle et de tout le côlon, descendant compris, avec niveaux liquides dans le grêle, dans le transverse et en bas du descendant. *Opération*: volvulus de l'S iliaque.

Radio. V. Homme de 47 ans, ayant depuis longtemps pyrosis et éructations, admis le 14 mai 1934, pour douleur subite, atroce de la région épigastrique avec vomissements. *Radio.*: image claire semi-lunaire régulière entre le dôme hépatique et le diaphragme droit. *Diagnostic*: pneumopéritoine par perforation. *Opération*: perforation à la face postérieure de la région pyloroduodénale.

Radio. VI. Homme de 40 ans, ayant un passé digestif, admis le 16 juillet 1936, pour douleur, en coup de poignard, au creux épigastrique, avec perte de connaissance et état syncopal. *Radio.*: large décollement en bande régulière des deux diaphragmes. *Diagnostic*: pneumopéritoine par perforation. *Opération*: ulcère juxtapylorique perforé.

Radio. VII. Femme de 58 ans admise le 24 septembre. La veille a entendu une explosion, a eu un sursaut et a été prise de douleurs en coup de poignard au creux épigastrique. *Radio.*: à gauche et à droite, large bande gazeuse régulière décollant le diaphragme. *Diagnostic*: pneumopéritoine par perforation. *Opération*: ulcère perforé de la région pylorique.

Radio. VIII et IX. Homme de 26 ans, admis le 11 février 1936 pour douleurs abdominales et thoraciques droites avec fièvre depuis 8 jours. *Radio.*: (12 février) côlons gonflés, pneumopéritoine sous-diaphragmatique droit léger, sous-diaphragmatique gauche très marqué. *Diagnostic*: en raison de la symptomatologie on écarte le diagnostic de perforation, une ponction pleurale donne un pus chargé de « strepto, staphylo, fusiforme ». *Nouvelle radio*: (13 mars) aspect de pleurésie de la base droite. Il n'y a plus de pneumopéritoine. *Opération*, le 21 mars: Evacuation de pus fétide de la plèvre et d'une collection sous phrénique de un litre.

N. B. — La suppuration sus-hépatique peut expliquer le décollement du diaphragme droit, mais ne nous paraît pas rendre compte du pneumopéritoine gauche. Nous ne pouvons qu'en suggérer une explication: le malade aurait subi une ponction avec introduction gazeuse dans le péritoine avant son entrée à l'hôpital. Autrement, il faudrait admettre ou que l'abcès sous-hépatique était consécutif à une perforation (guérie spontanément) ou que le gaz de l'abcès ait pu passer dans le péritoine sans être accompagné de pus.

Diagnostic de la typhoïde et des para-typhoïdes par la méthode de Welch et Stuart. — A. BERTRAND.

(Cette communication paraîtra ultérieurement comme article original dans l'« *Union Médicale du Canada* ».

Pas de discussion.

Ulcus gastrique. Gastro-entérostomie. (2 observations) — A. BELLEROSE.

(Cette communication paraîtra ultérieurement comme article original dans l'« *Union Médicale du Canada* ».

Discussion:

M. MOUSSEAU: On nous a demandé de faire nos observations très rapidement, mais je vois que dans le cas de ces deux malades, il n'est pas fait mention de la perforation. Je comprends que certains ouvriers faisant depuis longtemps des lésions gastriques n'ont pas le moyen de suivre des traitements longs et qu'ayant recours à un chirurgien, ils ont recours à l'opération. Je vois qu'on a donné comme traitement médical la diète Sippy, etc... Je ne sais pas si l'on a fait autre chose. On doit tenter un traitement à base d'histidine. Je demanderais à M. Bellerose, si ce traitement a été institué.

M. BLAGDON: Nous ne faisons pas assez de différence entre le traitement de l'ulcère gastrique et celui du duodénum. C'est un point important. Je crois que dans l'ulcère gastrique, la résection est indiquée quand elle est possible. La résection prévient la récidive. Dans le cas d'ulcère du duodénum, comme semble le dire M. Mousseau, le traitement médical peut en venir à bout.

M. BELLEROSE: La forme de traitement médical à laquelle j'ai été gagné par Lahey, de Boston, se résume à la diète de Sippy, qui consiste à

alcaliniser l'acidité de l'estomac et à neutraliser le suc gastrique. Les 2 malades présentés ont une situation sociale qui leur permet heureusement un séjour prolongé dans les services publics. On peut intervenir lorsqu'un traitement médical suivi pendant six mois ne donne pas de résultats. Je crois que la résection gastrique est beaucoup plus grave que la gastro-entérostomie, malgré qu'elle ne donne pas plus de résultats. Quoique la Clinique Mayo soit partisane de la résection, chez 100 médecins opérés pour ulcus gastriques, elle a fait la résection seulement dans 8% des cas.

L'ulcère dégénère souvent en cancer.

Forme bulbo-protubérantielle de la sclérose en plaques. — R. AMYOT.

Histoire de la maladie actuelle: Ida A..., âgée de 18 ans, fille de table dans un café, a été hospitalisée dans le service de neurologie, le 11 nov. 1936, pour asthénie profonde, impossibilité de la marche et différents phénomènes neurologiques particulièrement confinés au segment céphalique et dépendant du domaine d'innervation des nerfs craniens. Trois semaines avant l'hospitalisation, paralysie du moteur oculaire externe gauche avec diplopie. Deux semaines plus tard: déviation de la bouche vers la gauche, dysarthrie avec sensation de raideur des lèvres et viscosité de la langue. Trois jours avant l'hospitalisation: dysphagie, rire spasmodique irrésistible et continu, engourdissement et parésie au membre sup. gauche, parole nasonnée et accablement physique profond. Incontinence d'urine nocturne, depuis trois semaines. Effort pour uriner.

Histoire de famille et antécédents personnels: Père et mère vivants et b.s. Une sœur et 5 frères vivants et b.s. Un frère mort en naissant.

Rougeole à 7 ans, scarlatine à 12 ans. Certain usage de boissons alcooliques.

Examen (12 novembre 1936): Rire spasmodique, irrésistible, continu durant l'examen.

Paralysie, à droite; parésie, à gauche, des muscles de la face, à type périphérique. Langue saburrale, parésiée. Voile du palais dévie vers la gauche; son réflexe est aboli. Pharynx se contracte à peine; son réflexe est aboli. Limitation marquée des mouvements associés des globes oculaires vers la gauche et la droite. Nystagmus vertical dans le regard en haut et en bas. Nystagmus à secousses amples dans effort des globes à se maintenir en position latérale gauche. Pupilles égales, régulières et réagissant normalement à la lumière. Papilles normales.

Membres sup.: Parésie du membre gauche avec réflexes ostéo-tendineux et périostés plus forts. Sensibilités superficielles et profondes normales. Adiadococinésie bilatérale. Index-nez et index-oreille: dysmétrie manifeste. Stewart-Holmes: Positif des deux côtés. Réflexes cut-abdominaux absents.

Membres inf.: Parésie gauche. Signe de Babinski à gauche. Réflexes achilléens faibles. R. rotuliens d'intensité normale, le gauche étant plus fort que le droit. Talon-genou: amplitude légèrement augmentée.

Laboratoire: Urine: albumine, fortes traces; phosphates ammoniaco-magnésiens. B. W. du sang négatif. Liquide céphalo-rachidien: pression (cou-

HISTIDIN - IFAH

u point de vue thérapeutique les pro-iétés caractéristiques sont:

L'action analgésique de l'histidine, due à son affinité neurotrope.

La retrogradation des déformations anatomiques des muqueuses atteintes, constatée à l'aide des rayons X.

histidine semble donc jouer un rôle ns la régénération des tissus ne fonc-nnant plus.

Sous la désignation HISTIDIN - IFAH nous vendons une solution à 4% de chlorhydrate d'histidine en ampoules de 5 cm³ pour injections intramusculaires et intraveineuses.

INDICATIONS: **Ulcus ventriculi** et **duodeni**, notamment dans les **cas récents.** Dans le cas d'ulcères chroniques, récidivants, avec des adhésions périgastriques et périduodénales on constate une amélioration.

DOSES: 5 cm³ par jour par voie intramusculaire ou intraveineuse. En tout 18 à 25 injections.

Il y a avantage à répéter les injections après 6 semaines ou trois mois, pour consolider la guérison.

PRESENTATION: 5 et 20 ampoules à 5 cm³.

" IFAH ", G.m.b.H. Hambourg 21 (Allemagne) 56 Humboldstrasse

enseignements fournis sur demande:

" IFAH ", Pharm. Products — (W. E. Ranniger)
MArquette 9824

231 ouest, rue Ste-Catherine, - - - Montréal, Qué.

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**

LAIT DE BEURRE

"SANTÉINE"

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

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

J. J. Joubert LIMITÉE

chée) 14 cent. Albumine, 0 gr. 10, Lymphocytose, 7.2. Gomme négative. B. W. négatif. Benjoin, Pandy et Lange négatifs.

Diagnostic: Poussée aiguë d'une sclérose en plaques à forme bulbo-protubérantielle.

Considérations:

Actuellement, (26/11/36) 15 jours après la date de l'hospitalisation, les phénomènes bulbo-protubérantiels ont regressé presque complètement, et nous pouvons ajouter: spontanément. En présence d'un tel syndrome neurologique, s'installant brusquement régressant aussi rapidement, telle une brutale flambée, évoluant chez un jeune sujet, sans modifications importantes du liquide céphalo-rachidien, nous croyons que le diagnostic de sclérose en plaques est vraisemblable. Retenons l'évolution par poussées avec rémissions subséquentes, qui constitue un élément anamnestique important en vue du diagnostic. Chaque poussée ajoute de nouveaux signes cliniques au syndrome permanent interparoxystique, les phénomènes passagers des périodes de poussées étant la conséquence de l'accès congestif étendu dans le parenchyme avoisinant la lésion inflammatoire. C'est cette lésion qui laissera sa séquelle scléreuse et ses symptômes permanents. La forme bulbo-protubérantielle est assez fréquente. Elle est, d'autre part, rarement aussi marquée et surtout à disposition aussi franchement bilatérale. Jamais nous n'avons rencontré ce phénomène particulier du rire spasmodique au cours de cette maladie si protéiforme. Lésions de la calotte bulbo-protubérantielle, atteignant irrégulièrement et bilatéralement plusieurs paires craniennes, la bandelette longitudinale postérieure et les fibres spino-cérébelleuses des corps restiformes.

Traitement: Nous soumettrons cette malade à la pyrétothérapie par le vaccin antityphique et à l'aurothérapie.

Discussion:

M. SAUCIER: Je n'ai que deux remarques à faire: 1° La lymphocytose à 7.2 n'est pas très élevée dans ce cas de sclérose en plaques. Il faut croire que cette maladie évolue de façon bien spéciale, non seulement au point de vue clinique, mais aussi au point de vue humoral. Les poussées lymphocytaires seraient-elles un signe à associer aux poussées cliniques?

2° Chez cette malade en plein état évolutif, on s'attendrait à trouver les réactions colloïdales du liquide céphalo-rachidien positives. Cette exception à la règle proposée par Guillain ne doit pas nous surprendre car cette dissociation ne se rencontre pas plus souvent que dans environ un tiers des cas.

M. AMYOT: La lymphocytose est loin d'être constante dans la sclérose en plaques. Quand elle s'y trouve, elle est de moyenne intensité. Au point de vue liquidien, c'est la dissociation entre le B. W. négatif et les réactions colloïdales subpositives, qui est importante à retenir. Cette dissociation est loin d'être également constante; quand elle existe, elle constitue un élément diagnostique. En ce qui concerne la clinique, retenons que la sclérose en plaques est une maladie chronique, qui évolue très souvent par poussées aiguës ou subaiguës suivies de rémissions plus ou moins complètes. Chaque poussée ajoutant des signes nouveaux ou accentuant les phénomènes neurologiques du syndrome résiduel intervallaire. Cette notion amnestique des poussées évolutives constitue un important agent clinique de diagnostic.

Volumineux abcès solitaire du foie, rupture dans l'abdomen, avec péritonite généralisée. — L-C. SIMARD.

B. M..., 61 ans, est hospitalisé le 13 octobre 1936 pour troubles digestifs et grande faiblesse. Ses troubles digestifs ont débuté en avril 1936 par des régurgitations acides, amères, suivies de pyrosis et de vomissements alimentaires faciles. En mars survinrent des selles liquides, abondantes, et noires. Il est hospitalisé en avril 1936 à Sainte-Jeanne-d'Arc qui, bien aimablement nous a fait tenir les notes suivantes.

Antécédents personnels: coqueluche, typhoïde, asthme.

Antécédents héréditaires: père décédé à 55 ans, cardiopathie. Frères et sœurs en bonne santé.

Examen: Aspect général passable, teint pâle. Vision défectueuse; conjonctivite légère à droite; mauvaise dentition.

Thorax: petits ganglions sus-claviculaires gauches.

Cœur: rythme régulier, pas de bruits adventices.

Poumon: souffle bronchique rude.

Abdomen: aucune zone douloureuse. Ballonnement marqué à l'hypogastre mais existant aussi dans les deux flancs et dans la fosse iliaque droite, donnant l'impression d'un estomac fortement dilaté et abaissé. Tympanisme. Clapotement gastrique. Cicatrice d'herniotomie droite avec pointe de récidive à l'angle inférieur. Foie, rate, reins: Nil.

Laboratoire: Analyse d'urine (15 juillet 1936): albumine; traces cylindres granuleux, hyalins rares. Globules rouges rares. Phosphates rares. Densité: 1020. Réaction: acide.

Sang: 15 juillet 1936, Urée: 1 gr. 50; glycémie: 1 gr. 50
20 " " " 0 gr. 50; " 0 gr. 92
18 août " " 0 gr. 45;

Groupe sanguin no 4: Donneur universel. (21 juillet 1936).

Radiographie du tube digestif: (23 avril 1936). L'absorption d'un repas opaque sous le contrôle radioscopique ne montre pas de lésion œsophagienne. Le baryte met en évidence un estomac fortement dilaté (en cuvette). Il n'existe plus de contractions ni de passage pyloro-duodénal. L'examen des 24 heures montre un résidu gastrique considérable.

Conclusions: Sténose pylorique.

Traitement: Minute opératoire (22 juillet 1936). Gastro-entérostomie sans drainage. Anesthésie locale de la paroi et des splanchniques; suffisante.

L'épiploon adhère à la paroi antérieure. Libération. Le pylore adhère au foie, adhérences serrées. On tente une libération. Il existe un noyau dur au pylore. Vu l'état général (urée antérieure) on juge qu'une opération palliative est plus indiquée que la gastrectomie, donc gastro-entérostomie postérieure en 3 plans. Catgut 0 chromique.

Diagnostic post-opératoire: Néo-probable du pylore.

Etat du malade après l'opération: satisfaisant.

Evolution de la maladie: Du 25 juillet au 4 août 1936.

L'état du malade inspire des craintes en raison de la température toujours élevée et de l'intolérance gastrique presque complète. Du 15 au 17 août: une légère amélioration se fait sentir et les symptômes sus-mentionnés régressent graduellement. Le malade se lève le 18 août. Tout va pour le mieux

jusqu'au 7 septembre alors que la fièvre s'allume de nouveau pour 48 heures. Le 10 septembre, le malade quitte l'hôpital sans autorisation médicale.

A son entrée à Notre-Dame, le malade est très amaigri, asthénique. On perçoit au cœur un souffle systolique avec dédoublement du 2e bruit. Le foie est volumineux et déborde les fausses côtes de trois travers de doigt. L'abdomen est distendu, sonore au sommet, mat dans les flancs. Les membres inférieurs sont très œdématiés. La pression artérielle est 75/50. Le dosage de l'urée dans le sang se chiffre à 1 gr. 11; le sucre à 1 gr. 40. Les urines contiennent de l'albumine et des cylindres granuleux. La température oscille entre 96° et 99° F. On administre au patient des stimulants cardiaques, du sérum glucosé et une ampoule de carbone animal. L'état général fléchit rapidement et le patient succombe après 7 jours d'hospitalisation.

Protocole d'autopsie (A-1648). L'autopsie est pratiquée le 19 octobre 1936, à 10.15 heures de l'avant-midi, dix heures après la mort.

Il s'agit d'un homme âgé d'environ 60 ans, très amaigri, avec un ballonnement abdominal considérable. Au creux épigastrique, sur la ligne médiane on note une cicatrice récente de laparotomie allant de l'apophyse xyphoïde à l'ombilic; et une autre cicatrice (herniotomie?) ancienne de la région inguinale droite.

Le cœur pèse 300 grammes, il est mou et arrêté en diastole. L'oreillette droite est fortement dilatée. Le myocarde est criblé de petits points jaunes pâles. Athérosclérose des valves mitrales et de l'aorte.

Symphyse pleurale totale à gauche; symphyse de la plèvre droite sur le bord postérieur du poumon, du sommet à la base. On recueille 300 c.c. de liquide citrin dans la plèvre droite. Les poumons pèsent, le droit 775 grammes, le gauche 650, ils sont fortement œdémateux, et présentent de nombreux petits foyers de broncho-pneumonie dans les lobes inférieurs.

Péritoine. On retire de la cavité abdominale 1000 c.c. de liquide purulent contenant des lambeaux fibrino-purulents. L'épiploon est fortement adhérent à la cicatrice médiane et forme en plus une bride allant du fond de l'estomac jusqu'à la rate.

Rate: celle-ci pèse 200 grammes, elle est cadavérique.

Reins: droit 140 grammes, gauche 135 grammes; pâles, œdémateux, la corticale est épaissie et bigarrée.

L'estomac renferme une grande quantité de liquide muqueux et vert. La bouche de gastro-entérostomie est située à 6 centimètres du pylore, son diamètre est d'un centimètre et demi; ses lèvres sont souples et lisses. Le pylore attiré vers le haut, adhère au foie ainsi que la paroi postérieure de l'estomac. Le côlon transverse, à l'angle hépatique, est fortement adhérent au pylore.

A l'ouverture de l'estomac, la muqueuse paraît normale. Le pylore est complètement sténosé. Immédiatement après le pylore, dans la région adhérente du foie existe une ulcération de deux centimètres de diamètre à bords saillants et très durs, se creusant dans un bloc fibreux qui occupe la place de la vésicule. Celle-ci ne peut être reconnue. Au fond de l'ulcère, un pertuis laisse passer un mandrin qui s'enfonce dans la glande par un trajet tortueux jusqu'à l'abcès intrahépatique.

Foie: Le foie est très augmenté de volume, (2300 grammes), ramolli dans son lobe droit. Les manœuvres, pourtant bien délicates, qui tendent à le sortir de sa loge font sourdre par un point de sa surface diaphragmatique

un pus ichoreux, verdâtre, nauséabond. Cet orifice donne accès à une poche énorme qui occupe tout le lobe droit, dont il ne reste plus que la capsule de Glisson, doublée d'une mince couche de tissu hépatique.

Veine cave inférieure: La veine cave inférieure près de sa bifurcation, et l'origine des veines iliaques sont occupées par un thrombus. Celui-ci remonte sur une longueur de 5 centimètres dans la veine cave, s'engage dans la veine iliaque externe à droite et dans la veine iliaque interne à gauche. Il n'adhère qu'à la veine cave inférieure, sur sa paroi postérieure, près de la bifurcation; ls trois queues du thrombus sont libres dans les lumières. Dans la veine iliaque interne gauche, le thrombus est creux et renferme du pus.

Diagnostic anatomique: Ulcère du duodénum adhérent au foie et creusé dans la glande hépatique. Abcès volumineux du foie, rupturé sous le dôme diaphragmatique et en relation avec l'ulcère duodénal par un trajet tortueux. Sténose pylorique par sclérose d'origine inflammatoire. Péritonite suppurée généralisée. Dilatation de l'oreillette droite. Dégénérescence graisseuse du myocarde. Néphrite toxique. Athérosclérose de la mitrale et de l'aorte. Thrombo-phlébite de la veine cave et des veines iliaques. Symphyse fibreuse des plèvres. Broncho-pneumonie dans le lobe inférieur.

L'observation clinique et les constatations anatomiques nous permettent d'exposer les considérations suivantes. Il paraît évident que la lésion initiale a débuté dans le carrefour vésiculo-duodénal. S'agit-il d'une cholécystite primitive, avec adhérences au pylore, s'ulcérant dans le duodénum? S'agit-il au contraire d'un ulcère duodénal, juxtapylorique adhérent à la vésicule, détruisant celle-ci et se creusant ensuite dans le foie?

Il est logique de croire d'après les renseignements cliniques que la lésion initiale fut un ulcère duodénal juxtapylorique avec une sténose du pylore. Secondairement l'ulcère a contracté des adhérences avec la vésicule qui a été prise dans le bloc scléreux du fond de l'ulcère. Celui-ci s'est creusé jusqu'en pleine glande hépatique déterminant un abcès volumineux qui s'est ouvert dans la cavité péritonéale. La péritonite suppurée généralisée a emporté le malade.

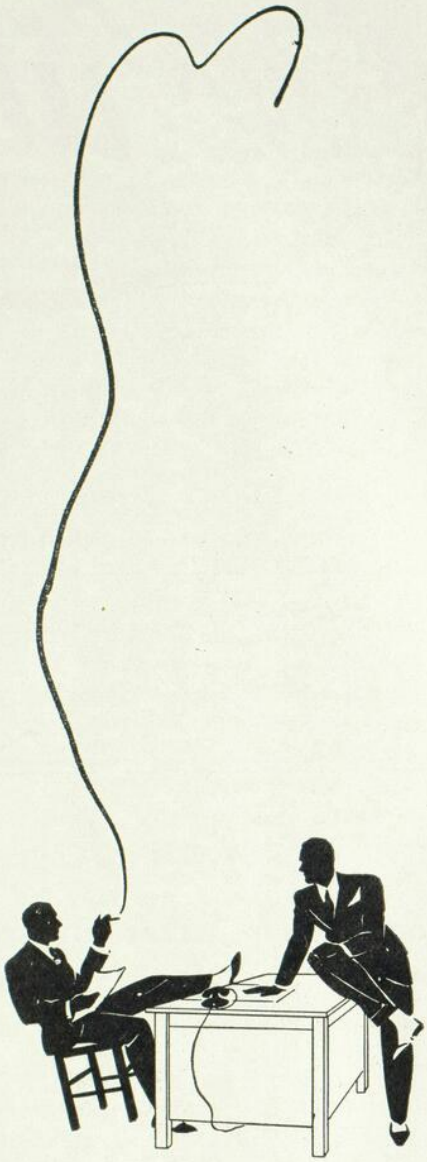
Une telle évolution d'un ulcère duodénal nous a paru assez singulière et rare pour être relatée.

Discussion:

M. BERNIER: Je veux souligner l'avenir aléatoire de l'ulcère du duodénum. Cet ulcère souvent se fistulise. Ce cas montre l'ulcère fistulisé au foie. C'est pourquoi dans ces abcès du foie et ces abcès du pancréas, il faut toujours chercher dans le carrefour duodénal, pour voir s'il n'y a pas un ulcère.

M. BLAGDON: Dans ce cas, ne pensez-vous pas qu'il puisse s'agir d'un abcès secondaire à une cholécystite. Le fait que la vésicule est très petite, atrophiée, malade depuis longtemps me laisse penser que la vésicule pourrait être en cause.

M. SIMARD: Je suis heureux que M. Blagdon soit d'avis contraire. Je n'affirme pas que la lésion primitive fut un ulcère du duodénum, mais il m'a paru logique de croire à un ulcère primitif à cause des symptômes et de l'aspect des lésions.



"Assurément — le bon tabac constitue le meilleur filtre de la fumée."
"Oui, et c'est pourquoi je m'en tiens aux 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

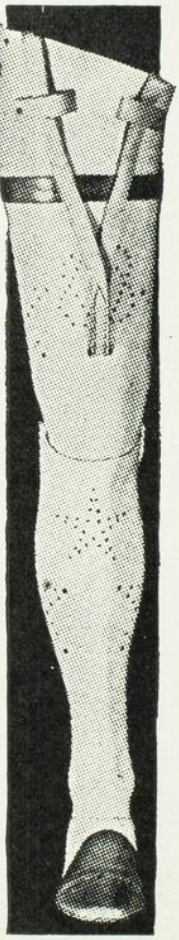
« Eliminé par les Bronches,
« le "Lacto-Creosote Famel"
« détermine un processus inflam-
« matoire similé, qui fait réagir cet
« organe contre le catarrhe cronique. »
FERRAND.

SIROP FAMEL

Echantillons gratuits sur simple demande adressée à

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

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



Dernière Création de la Prothèse

Prodige de la mécanique moderne.

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

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

DUCKETT

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

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

J. A. DUCKETT

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

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

Grossesse tubaire, non rupturée, avec pièce montée.

A. ETHIER et H. AUBRY.

Histoire du malade: Mme L. S..., âgée de 36 ans (malade service Prof. Ethier), est admise dans le service de médecine le 25 août 1936, à 9 hrs du soir; elle arrive en ambulance. Elle est envoyée pour intoxication alimentaire probable. Elle accuse des douleurs abdominales, de la diarrhée (selles verdâtres et très infectées) et des vomissements alimentaires; les douleurs ont débuté brusquement il y a 2 jours par une sensation de constriction puis de douleurs paroxystiques transversales de toute la région sous-ombilicale. Il y a cinq jours la patiente fit une crise semblable qui dura une journée mais sans vomissements ni diarrhée.

Histoire de famille: A. Pers: Rougeole, scarlatine, diphtérie, typhoïde en bas âge.

A. Fam: Père mort d'appendicite. Mère, 2 frères, 2 sœurs, vivants en b.s.

Examen: A son arrivée l'état général est mauvais, le teint est sub-ictérique, la température est à 96.3, le pouls à 120, la P.A. 110/70. L'abdomen est ballonné avec vergetures nombreuses; il y a de la défense musculaire généralisée avec douleurs à tout l'abdomen. Puberté à 16 ans, mariée à 26 ans, règles régulières, non douloureuses, durée de 3 jours avant le mariage et de 6 à 7 jours depuis. Deux accouchements à terme dont le dernier en septembre 1927, aucune fausse couche, dernières règles datant du 15 août. Le 12 septembre, la patiente commence à perdre en rouge et perd un peu jusqu'au 26 septembre. Le 16 septembre, l'examen révèle une masse dure arrondie un peu douloureuse de la grosseur d'une tête d'enfant, occupant la fosse iliaque gauche. La patiente vue en requête le 18 septembre est admise en gynécologie le 22 septembre avec diagnostic de fibrome utérin. Opération conseillée.

Laboratoires et Rayons X: L'analyse des urines, faite le 27 août montre traces d'albumine, leucocytes, bactéries. Urée 0.86, glycémie 1.88; 5 sept., Urée 0.19. B. W. Négatif. Pas de sang dans les selles. 22 sept., glycémie 1.30.

Formule sanguine	*27 août*	*15 sept.*	*21 sept.*
Gl. rouges	2,200,000	3,000,000	4,000,000
Gl. blancs	6,000	6,000	6,000
Hémoglobine	38%	58%	58%
Gr. mono.	9%	13%	7%
Polynu.		58%	65%

Considérations:

L'opération est pratiquée le 27 septembre avec le diagnostic pré-opératoire de fibrome. A l'ouverture de l'abdomen on constate des adhérences épiploïques du côté gauche avec la paroi et une masse kystique bleutée. Libération de ce gros kyste qui semble un kyste hématique de la trompe. L'ovaire droit est aussi kystique avec trompe oblitérée, le tout adhérant dans le cul-de-sac. Libération des adhérences. Hystérectomie sub-totale. Suture de la paroi en trois plans avec drainage. Le diagnostic post-opératoire est kyste hématique ou grossesse ectopique de la trompe gauche. Annexite droite adhérente.

La pièce est envoyée au laboratoire pour examen. Voici le rapport de l'examen macroscopique.

A l'ouverture de la trompe, grossesse certaine avec présence d'un fœtus de 2 cm. environ.

Les suites opératoires furent normales. La malade se lève le 15e jour et laisse l'hôpital le 21 octobre, guérie.

L'intérêt de cette observation consiste dans la difficulté d'un diagnostic précis et dans la beauté de la pièce montée. Si la trompe ne s'est pas rupturée, ceci est dû aux adhérences épiploïques nombreuses et solides.

Les chefs de service devraient, croyons-nous, demander plus souvent l'avis ou l'opinion des gynécologues dans les cas d'anémie pour éliminer le système génital. Dans le cas présent le traitement médical a été efficace et a préparé la malade à subir l'intervention avec succès.

Syndrome de la fente sphénoïdale. — J. SAUCIER.

Histoire du malade: Ch. Ts..., grec, 30 ans, cel. Au début de juillet 1936 le malade consulta le Dr L. Gélinas pour obstruction partielle du passage de l'air au niveau de la narine gauche. Le docteur Gélinas constata une tumeur polypoïde à point d'attache ethmoïdal et il en préleva un fragment pour examen histologique. Le docteur A. Bernier posa le diagnostic de lympho-épithéliome. Le malade fut soumis par la suite à une série de séances radiothérapiques à l'Institut du radium (Dr Jutras) et les choses prenaient bonne tournure lorsque soudain, vers la mi-octobre, le malade fit une otite aiguë du même côté, infection favorisée, semble-t-il, par l'imperméabilité passagère de la trompe d'Eustache homolatérale. L'otite se complique rapidement de mastoïdite et, le 21 octobre, le Dr L. Gélinas pratiqua la mastoïdectomie. Les suites furent normales. A la fin d'octobre, assez brusquement apparut une paralysie totale de toute la musculature extrinsèque de l'œil gauche avec exophtalmie marquée. L'œil gauche était complètement immobile. Admis en neurologie, après 2 séances de radiothérapie, on nota une disparition presque complète du syndrome oculaire. Il ne reste aujourd'hui qu'un peu d'exophtalmie et une parésie minime du droit inférieur et du releveur de la paupière. Le malade qui avait beaucoup maigri a repris 12 livres.

Examen: A l'examen, on note actuellement les légères parésies déjà mentionnées, l'exophtalmie, de l'hypoesthésie dans le domaine de la branche ophtalmique du trijumeau gauche et l'abolition du réflexe cornéen gauche. Il existe également un léger endolorissement sus-orbitaire et nasal gauche. Le trijumeau moteur est respecté. Le nerf optique nous paraît indemne. La musculature intrinsèque de l'œil n'est pas intéressée. Il existe des métastases ganglionnaires discrètes au niveau du cou.

Laboratoire et Rayons X: Les résultats de la biopsie sont déjà connus. La radio des orbites révèle une ombre contradictoire au niveau de l'orbite droite, et une image normale de l'orbite gauche. Les examens de sang et du l.c.r. sont sans intérêt.

Considérations:

Le voisinage si rapproché des deux foyers néoplasiques nous fait croire qu'il ne s'agit peut-être pas d'une métastase, mais plutôt d'envahissement de la fente sphénoïdale par le foyer initial qui est tout adjacent. La récente série de séances radiothérapiques a eu des effets quasi-miraculeux, mais on

IODALOSE GALBRUN

IODE PHYSIOLOGIQUE, SOLUBLE, ASSIMILABLE

L'IODALOSE EST LA SEULE SOLUTION TITRÉE DU PEPTONIODE
Combinaison directe et entièrement stable de l'*Iode* avec la *Peptone*
DÉCOUVERTE EN 1896 PAR E. GALBRUN, DOCTEUR EN PHARMACIE
Communication au XIII^e Congrès International de Médecine, Paris 1900.

Remplace Iode et Iodures dans toutes leurs applications, sans Iodisme.

Vingt gouttes **IODALOSE** agissent comme un gramme Iodure alcalin.
DOSES MOYENNES : cinq à vingt gouttes pour Enfants ; dix à cinquante gouttes pour Adultes.

*Demander Brochure sur l'*Iodothérapie physiologique *par le* Peptoniode.
LABORATOIRE GALBRUN, 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.

Avis du docteur



LE CORPS MÉDICAL RECOMMANDE L'

INVALID STOUT

« J'ai pu me rendre compte personnellement des propriétés toniques et stimulantes de votre PORTER », écrit un médecin, et il ajoute: « Je vous complimente d'avoir su allier en lui des propriétés fortifiantes à un goût excellent. »

A contenance élevée d'extrait de malt, l'INVALID STOUT exerce une étonnante action revitalisante, excite un appétit salutaire, apporte une joyeuse énergie.

le PORTER *tonique*

INVALID STOUT

Téléphone: PLateau 7221

Heures de Bureau:
De 9 A.M. à 6 P.M.

Mlle J. FAUBERT, G.M.E.
PÉDICURE

a transporté son bureau de l'Hôtel Windsor
à la Maison Robt. Simpson Co. Ltd.

977 ouest, rue Sainte-Catherine **MONTRÉAL**

A VENDRE
INSTRUMENTS DE CHIRURGIE

Madame Docteur O.-A. Gagnon offre, à de très bonnes conditions, des instruments de chirurgie, bibliothèque à rayons, etc. S'adresser à 1324 ouest, rue Saint-Viateur, CRescent 3454.

A VENDRE

Toge de professeur de médecine
Conditions avantageuses.
S'adresser à l'Union Médicale du Canada, MArquette 7334.

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. St-Germain, 4027 Harvard Ave. N.-D.-G. Tél.: DExter 0433.

POSTE VACANT

Poste vacant pour un interne. Rémunération convenable. S'adresser au Surintendant à l'Hôpital Ste-Jeanne d'Arc, 110 ouest, rue Prince-Arthur. PLateau 5201.

POSTE OFFERT

Poste offert, à l'Institut Bruchési, à un médecin désirant se spécialiser en oto-rhino-laryngologie.

S'adresser au Dr P.-S. Bohémier, 922, rue Cherrier.

---

sait l'extrême sensibilité des tumeurs lymphoïdes à l'action des rayons. L'état général s'est singulièrement relevé. Cette présentation tire son intérêt de la rareté relative de semblables syndromes et de son étiologie néoplasique, car dans la majorité des cas, ces manifestations sont de nature syphilitique. Ces atteintes simultanées de plusieurs nerfs craniens sont intéressantes parce qu'elles imposent un rappel anatomique toujours facile, et un rappel physiologique parfois délicat. On se demande ainsi, dans notre cas, pourquoi la musculature intrinsèque de l'œil a été respectée. Cette particularité, assez difficile d'interprétation exacte, se retrouve dans plus de la moitié des cas. La fente sphénoïdale est un carrefour où s'engagent tous les nerfs moteurs du globe oculaire. Son exiguité relative conditionne la massivité des dégâts fonctionnels. En somme, les preuves histologiques expliquent la marche des événements en même temps qu'elles établissent le pronostic.

Discussion:

M. AMYOT: L'observation de M. Saucier présente un exemple concret de la précision avec laquelle on peut en Neurologie situer la lésion dans bien des cas. Par la fente sphénoïdale on sait que passent les trois nerfs moteurs de l'œil. Toute lésion importante de ce carrefour détermine le syndrome de la fente sphénoïdale.

M. Saucier fait remarquer que les cas les plus fréquents sont syphilitiques, mais il ne faut pas oublier qu'un grand nombre de ces syndromes sont dus à un traumatisme de la région ou à une lésion tumorale. Dans l'observation présentée ce soir, on remarque l'absence de mydriase. Ce malade présentait une paralysie assez complète des nerfs moteurs oculaire commun, moteur oculaire externe, du pathétique et de la branche ophtalmique du trijumeau. On ne mentionne pas qu'il y avait une paralysie intrinsèque de l'œil. Ce petit fait n'est pas très important, mais mérite d'être remarqué. J'ai pris la peine de repasser plusieurs observations de syndrome de la fente sphénoïdale publiées ces dernières années et elles mentionnaient la paralysie des fibres du moteur oculaire commun qui innervent le sphincter irien.

M. SAUCIER: Mon malade, comme celui de M. Amyot a perdu beaucoup de la richesse initiale de sa symptomatologie. Au début, il offrait une ophtalmoplégie complète de la musculature extrinsèque. On explique mal que l'innervation des petits muscles pupillaires ait été respectée. L'observation a été faite par d'autres auteurs. L'explication de cette anomalie est impossible. Tout au plus pouvons-nous offrir des hypothèses. Nous aurons bientôt le témoignage Morgagnien qui satisfera beaucoup plus que les remarques de probabilité que je pourrais offrir.

Deux cas de migraine traités par opothérapie ovarienne.
C.-E. GRIGNON.

Lorsqu'on étudie un syndrome aussi complexe que la migraine il est assez difficile d'arriver à des conclusions précises quant à sa cause, sa physiopathologie et son traitement. Jusqu'à ces dernières années on invoquait soit 1° un trouble du psychisme et de l'émotivité et on en faisait une névrose,

2° soit un dérèglement du système végétatif causé par une substance toxique ou anaphylactisante. Le traitement était soit symptômatique: tartrate d'ergotamine, soit causal: désensibilisation spécifique ou non spécifique. Et l'on sait les résultats trop souvent insuffisants donnés par ces deux méthodes. C'est ce qui m'a porté à rapporter les deux observations suivantes.

Observation no 1.

Histoire du malade: Mme X..., 52 ans, ne présente aucun antécédent héréditaire, familial ou personnel particulier. Ménopause il y a 5 ans. Se présente pour des crises de migraine qui durent depuis 4 ans. Ces crises surviennent sans cause connue, coïncidant souvent avec des bouffées de chaleur, vertiges, palpitations, engourdissements des extrémités et parfois des vomissements. Divers médecins consultés ont ordonné successivement: adrénaline, ergotamine, agobyl, régime pour hépatiques. Un « allergiste » l'a trouvé sensibilisée à une infinité d'aliments; la désensibilisation spécifique et non spécifique n'a donné aucun résultat.

Examen: Patiente bien émotive présente suivant les questions posées des alternatives de rougeur et de pâleur de la face et du cou, les extrémités sont froides, moites et tremblotantes. Le réflexe oculo-cardiaque est normal. Pouls 82, cœur normal, P.A. 138/78. Le foie est normal à la pression. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. La glycémie est normale de même que le métabolisme basal. Pas de dermographisme.

Traitement: A cause de la coïncidence d'apparition de cette migraine et des autres symptômes de la ménopause nous conseillons un traitement substitutif d'hormone ovarienne. Nous débutons avec les injections intra-musculaires de « Theelin » 2000 unités à 3 jours d'intervalle; nous augmentons jusqu'à 1000 unités 2 fois par semaine, puis 1 fois par semaine. Après un mois de traitement la malade a remarqué que les crises de migraine et les bouffées de chaleur devenaient moins intenses et s'espaçaient. Trois mois après le début du traitement la malade se considère comme guérie. Nous lui conseillons de continuer pendant un an les injections à raison de 1000 unités tous les 10 jours.

Observation no 2. — 8 pts Chelt noir —

Histoire du malade: Mlle X..., 19 ans, se présente pour des troubles menstruels particuliers. Depuis la puberté qui a été tardive (16 ans), les règles sont espacées, toutes les 5 ou 6 semaines, peu abondantes. Cinq ou six jours avant leur apparition la malade présente une migraine très douloureuse, à type fronto-temporale avec battements des tempes et photophobie. Cette céphalée s'accompagne de vertige, tachycardie, nausées et parfois de vomissements bilieux. Un médecin aurait, prétend-il, trouvé durant ces crises une vésicule douloureuse, et donné le traitement approprié sans résultat. La veille des règles la malade ressent des douleurs abdominales sous forme de coliques et de crampes qui disparaissent avec l'établissement du flux menstruel.

Examen: La patiente est plutôt grande et mince et présente un aspect particulier. Les seins sont peu développés, de même que les hanches. Les poils pubiens affectent le type masculin. Le segment inférieur du corps dépasse le segment supérieur par 3 pouces: type eunuchoïde. Les organes génitaux



VRAIMENT... dans une ferme approuvée par Borden, une vache a des examens bien rigoureux à passer. Mais, à part cela, elle a une belle vie — nourrie de pâturages sélectionnés, logée dans une étable propre et bien aérée, et recevant souvent la visite des inspecteurs et des vétérinaires des fermes Borden.

Tout ce qu'elle a à faire en retour, c'est de donner un lait pur, extra-bon — le genre de lait qui sert à préparer le Lait Borden's St. Charles Evaporé et Irradié.

Des milliers de Médecins écrivent "BORDEN'S"...

quand ils prescrivent du lait évaporé irradié pour les bébés. Les médecins connaissent — et beaucoup de mères ignorent — les moyens supplémentaires de protection qui entourent TOUS les produits Borden.

Si vous ne connaissez pas le Lait Borden's St. Charles Evaporé, écrivez à The Borden Company Limited, Yardley House, Toronto 2, Ont., pour recevoir des échantillons et de la documentation professionnelle.



La diète du Diabétique

Listers

ALIMENTS DEPOURVUS D'AMIDON

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

Grande boîte pour 30 cuissons **$4.85**

Petite boîte pour 15 cuissons **$2.75**

En vente chez tous les pharmaciens ou directement chez

LISTERS Limited Huntingdon, Quebec CANADA

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

externes sont peu développés, la muqueuse semble lisse et atrophique. Au toucher rectal il est difficile de palper l'utérus et les annexes qui ne sont pas douloureuses. Le reste de l'examen somatique est négatif. Le M. B. est — 7%.

Selle turcique apparemment normale. Glycémie normale.

Diagnostic: Hypoovarie.

Traitement: Nous débutons par une série de substance gonadotropique 14 jours avant le début présumé des menstruations. Cette thérapeutique n'a eu pour effet que d'accentuer et d'avancer les crises de migraines, et d'atténuer la crampe menstruelle. Nous décidons alors d'injecter une substance estrogénique « Theelin », à raison de 2000 unités tous les 2 jours, à débuter 6 jours avant les règles. Après la 3ième période menstruelle la migraine a commencé à s'atténuer et actuellement après 6 périodes menstruelles elle est complètement disparue et les menstruations se rapprochent les unes des autres. A noter ici spécialement l'influence néfaste de l'injection de substance gonadotropique.

Considérations:

On sait fort bien aujourd'hui que l'hypoovarie provoque une augmentation de sécrétion de substance gonadotropique par l'hypophyse; des dosages de « Prolan » dans le sang et dans l'urine de femmes castrées ou ménopausées l'ont démontré. On sait aussi qu'il y a une certaine corrélation entre l'intensité des troubles de la ménopause et la quantité de prolan, excrété dans l'urine. La substance estrogénique provoque une diminution de sécrétion de « prolan », et une diminution des troubles ménopausiques. Ces troubles ménopausiques sont donc causés par une sécrétion exagérée de « prolan », due à une sécrétion déficiente de substance estrogénique par l'ovaire.

Quel est le mécanisme de la migraine dans l'hypoovarie? Le prolan excrété en excès agit-il comme substance toxique ou anaphylactisante? Y a-t-il à certain moment congestion hypophysaire et compression des centres végétatifs avoisinants? C'est un autre des problèmes à résoudre en endocrinologie.

Discussion:

M. Ls FORTIER: Il est évident que toute la médecine s'intéresse de plus en plus à l'endocrinologie. J'ai eu l'occasion d'observer une jeune femme de 25 ans, affligée de migraines très fréquentes. Ces migraines disparaissaient pendant la grossesse pour réapparaître après la lactation. J'ai tenté divers traitements par glandes endocrines. Finalement, avec des extraits de glandes mammaires, j'ai obtenu de très bons résultats et qui ont persisté. Je demanderais à M. Grignon, quelles relations peuvent exister entre les glandes mammaires et les glandes endocrines?

M. MENARD: J'ai observé dernièrement une malade dont les migraines dépendaient en somme de troubles oculaires.

M. MOUSSEAU: Je félicite M. Grignon de présenter des malades présentant des troubles dus à des troubles ovariens. Dans l'insuffisance ovarienne, il arrive que le système vagosympathique ait une répercussion sur le foie. Nous avons traité une jeune fille présentant les mêmes symptômes avec de la pituitrine. De cette façon en traitant le foie nous avons fait disparaître la migraine due à la constipation.

M. AMYOT: Qu'il s'agisse de migraine d'origine endocrinienne, hépatique, viscérale, ophtalmologique on ne doit pas perdre de vue le rôle que joue le système neuro-végétatif.

Ce déséquilibre vagosympathique, cette hyperexcitabilité neurovégétative (ou neurotonie), qui créent l'instabilité vasomotrice (on sait que la crise migraineuse possède une pathogénie vasomotrice), et habituellement coexistent avec une hyperémotivité des sujets, constitue le substratum basal de la migraine. Les autres causes, comme les troubles endocriniens, sont des facteurs adjuvants et déclenchants. Il faut traiter les migrainiens en s'adressant d'abord au terrain neurotonique et ensuite en redressant les viciations endocriniennes, digestives, hépatiques ou autres.

M. PANNETON: Est-ce que les examens du fond de l'œil ont été faits? Nous avons vu des cas de migraine, chez lesquels un examen du fond de l'œil a révélé l'étiologie.

M. GRIGNON: A M. Fortier je dirai que les relations physiologiques entre les glandes mammaires et les autres glandes endocrines ne sont pas encore exactement connues. L'on sait que l'hypophyse antérieure sécrète une hormone « Galactine », qui excite la lactation. Durant la grossesse, à la puberté et à la phase prémenstruelle, les hormones sexuelles (la folliculine et la lutéine) commandent la prolifération du système alvéolaire mammaire, mais sans provoquer la lactation; au contraire, il semble que les hormones sexuelles ont une action inhibitrice directe ou indirecte sur la lactation. Ainsi durant la grossesse normale, la glande mammaire qui a proliféré sous l'effet des hormones sexuelles sécrétées en partie par l'ovaire et le placenta, ne peut sécréter du lait sous l'effet de la galactine à cause de l'action inhibitrice de la folliculine placentaire. Après la délivrance, l'action de la folliculine ne se fait plus sentir et la lactation se produit. Il est aussi probable que la thyroïde et les parathyroïdes exercent une action sur les glandes mammaires. Quant à l'action de la glande mammaire sur les glandes endocrinines c'est encore plus compliqué. La glande mammaire en activité inhibe l'hypophyse et probablement par ce mécanisme inhibe l'ovulation et amène l'atrophie de l'utérus.

La guérison, rapportée par M. L. Fortier, d'une migraine par de l'extrait mammaire administré par voie buccale ne reconnaît pas à mon avis un mécanisme endocrinien. Il s'agit probablement d'une désensibilisation non spécifique par les protéïnes contenues dans cet extrait mammaire.

A M. Ménard: Je n'ai aucune expérience dans les cas de migraine oculaire.

A M. Mousseau: Bien entendu la migraine peut être due à des troubles hépatiques ou intestinaux qu'il faut traiter. Mais quand il y a des troubles de sécrétion glandulaire interne il faut aussi les traiter.

A M. Amyot: Je suis du même avis quant au mécanisme de la crise migraineuse, un dérèglement vagosympathique dont les causes peuvent être multiples.

A M. Panneton: Le fond de l'œil n'a pas été examiné.

Syndrome de Volkmann. — J. TREMBLAY.

Histoire du malade: Léo B..., se présente à l'hôpital le 9 juillet 1936, à la suite d'une chute d'un 3e étage. Il a du gonflement de la douleur et de la déformation des deux poignets.

R.X. Poignet gauche. « Il y a décollement épiphysaire accompagné de fracture avec chevauchement antéro-postérieur. »

Poignet droit. « Il y a fracture dans le cartillage de conjugaison avec fort déplacement antéro-postérieur et latéral et éminence de chevauchement complet. »

Le lendemain réduction et plâtres. Poignet droit: bonne réduction. Poignet gauche: « Il persiste un fort déplacement postérieur de l'épiphyse radiale. »

16-7 Nouvelle réduction et plâtre. Le malade commence à souffrir.

17-7 R.X. « Il persiste encore un fort déplacement postérieur et latéral de l'épiphyse radiale. »

21-7 Nous enlevons le plâtre pour tenter une nouvelle réduction. Nous nous trouvons en présence d'un œdème dur de l'avant-bras gauche. Nous immobilisons l'avant-bras sur une gouttière métallique et nous appliquons des pansements humides, les doigts commencent à se rétracter. Nous sommes en présence d'un syndrome de Volkmann au début.

22-7 Une oscillométrie des membres supérieurs montre une diminution des oscillations du côté gauche.

Alors nous prescrivons des bains chauds et des massages du membre gauche. Nous essayons des appareils d'extension. Le syndrome a continué à évoluer pour donner la griffe rétractile des doigts. Le patient a présenté de la paralysie des inter-osseux et de l'insensibilité des espaces interdigitaux.

Anatomie Pathologique: C'est une lésion des muscles fléchisseurs et pronateurs avec constance de paralysie de certains muscles de la main consécutive à des lésions nerveuses. Il y a sclérose musculaire par plaques. Dans les fragments musculaires on trouve des fibres musculaires manifestement vivantes à côté de fibres profondément altérées. Les fibres musculaires détruites sont remplacées par du tissu de sclérose.

Considérations:

Maladie dont la pathogénie est inconnue. Le syndrome de Volkmann est caractérisé non seulement par des lésions des muscles fléchisseurs (nécrose suivie de rétraction) mais par des lésions nerveuses primitives qui atteignent parfois les nerfs de l'avant-bras. Ces lésions se traduisent par des troubles moteurs (muscles de la main) sensitifs et trophiques qui donnent au syndrome de Volkmann cette diversité qui a dérouté tant d'observateurs. (Leveuf).

L'explication de Jorge est la suivante: « La fracture détermine un volumineux hématome dans les gaines musculaires, la circulation est gênée mécaniquement, les faisceaux musculaires se désagrègent, du tissu fibreux se forme. »

D'après Sorrel, il n'en est pas toujours ainsi. Dans quatre observations Sorrel a prélevé des fragments musculaires; ni macroscopiquement ni microscopiquement il n'y avait d'épanchement sanguin. Il ne lui paraît pas possible qu'un hématome assez important pour déterminer une sclérose considérable

ait disparu en quelques semaines, sans laisser de traces dans la région intra-fasciculaire ou dans le tissu interstitiel.

Voici l'opinion de Sorrel sur les théories vaso-motrices et vasculaires. « L'opinion médicale s'est emballée un peu vite sur la valeur du facteur vasculaire et vaso-moteur dans la production du Volkmann, une réaction assez vive se produit en ce moment, et la fréquence pour ne pas dire plus, des lésions nerveuses du médian et du cubital en particulier, font penser qu'on ne leur a pas accordé jusqu'ici la valeur suffisante dans la genèse du syndrome. »

Leveuf croit à un spasme des petites artériolles chez des sujets prédisposés qu'il appellerait « accidents d'ordre spasmophilique ».

Traitement: Il y a des traitements qu'on pourrait appeler préventifs, ce sont la sympaticectomie péri-humérale, l'artériectomie et l'aponévrotomie. Tous les chirurgiens ont observé des fractures, des hématomes post-opératoires de l'avant-bras où les impotences ont disparu spontanément sans laisser de traces (Leveuf). Par contre dans le véritable Volkmann, on voit se produire au bout de quelques semaines l'attitude vicieuse, la griffe et cela même dans les cas où une opération précoce (incision de l'aponévrose, sympaticectomie ou artériectomie) avait été faite à un stade initial de la maladie.

Si les interventions orthopédiques sont faites avant que l'évolution régulière des lésions des muscles ne soit terminé, on observe une récidive de la maladie. L'artériectomie est indiquée quand l'artère est oblitérée. La sympaticectomie, ses indications sont rares et peu évidentes.

Opérations orthopédiques: Le raccourcissement du squelette et les désinsertions musculaires des fléchisseurs superficiels et profonds avec section ou désinsertion du rond et du carré pronateur. Résection en chevron technique de Sorrel, ostéotomie de 5 cent. des deux os de l'avant-bras.

Discussion:

M. Charles HEBERT: M. Tremblay nous a suggéré plusieurs traitements. Lequel de ces traitements se propose-t-il d'instituer et après combien de temps?

M. LAQUERRIERE: Bourguignon rapporte un certain nombre d'observations où l'ionisation fut non seulement déterminante de contractures, mais amena une disparition de la névrite concomitante. Ce traitement est facile à appliquer. Le malade de M. Tremblay a reçu 15 séances et je souhaite qu'il nous le confie de nouveau pour que nous lui en fassions subir une autre série de 15.

M. BLAGDON: Je suis surpris de constater que l'on n'a pas fait un électro-diagnostic.

M. DUBE: J'ai opéré un grand nombre de ces cas avec un résultat absolument nul. Je fais actuellement un traitement orthopédique, une aponévrotomie pour diminuer le syndrome.

M. TREMBLAY: Pour répondre à M. Hébert, nous proposons de faire une résection des deux os de l'avant-bras tel que conseillé par Sorrel, qui a déjà fait quatre opérations de ce genre avec un résultat excellent. On complète cette opération avec une désinsertion des muscles fléchisseurs de l'avant-bras. Le traitement d'ionisations de M. Laquerrière les améliore au point de vue nerveux. Je n'ai pas d'objection à attendre que le syndrome se fixe. J'ai l'intention d'attendre quatre ou cinq mois.



Dans les anémies

Non pas des "Livres de Fer"

Mais du fer facilement assimilable.

Trois Plastules hématiniques Wyeth, ordinaires, contenant 15 grains de sulphate ferrugineux facilement assimilable, associé aux vitamines B_1 et B_2, équivalent à l'action hématinique de 90 grains par jour de citrate de fer ammoniacal, ou à 60 grains de composé de Blaud.

Les Plastules sont aussi fournies avec de l'extrait de foie.

RESULTATS POSITIFS . . . MEDICATION ECONOMIQUE

Plastules Hématiniques

JOHN WYETH & BRO. INC., Ottawa Street, Walkerville, Ontario.

Messieurs,

Veuillez m'envoyer des échantillons et de la littérature concernant les Plastules hématiniques de Wyeth pour le traitement des anémies.

Dr .....

Adresse .....

(I. O. G.)

DIA - TOSAN

du Dr H. LABBÉ, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, et de E. DONARD.

Les plus hautes références scientifiques

—COMPRIMÉS—

Préparés dans les Laboratoires Soudan de Paris

TRAITEMENT RATIONNEL DU DIABÈTE
RÉTABLISSEMENT DE L'ÉQUILIBRE NUTRITIF

Sous l'influence des comprimés « DIA-TOSAN » l'hyperglycémie diminue, la glycosurie s'abaisse jusqu'à disparition totale; **tous les troubles secondaires du diabète disparaissent:** polyurie, polydipsie, polyphagie, prurit, suppurations, vertiges, asthénie, etc.

On constate une **amélioration très marquée de l'état général,** l'amaigrissement cesse, les forces réapparaissent.

Le DIA-TOSAN, **à part les diabètes graves avec dénutrition,** donne à la maladie une allure de **bénignité,** en fait disparaître, ou en atténue les symptômes, **en écarte les graves complications.** Il a le mérite de n'être **aucunement toxique,** de n'exposer à aucun effet secondaire fâcheux, bref de présenter **toutes garanties d'innocuité.**

Ce produit n'a été mis à la disposition du Corps Médical Français qu'après **trois années de travaux de laboratoire de la Faculté de Médecine de Paris.**

9 à 12 comprimés par jour **en 3 fois,** au **début des repas.**

Agent général pour le Canada: L. BOUDOT, 8955, rue Routhier, Montréal, P. Q.

L'électro-diagnostic sera fait en fin de traitement pour savoir où nous allons.

La sympathectomie empêche d'évoluer, mais c'est un traitement préventif qui ne guérira pas un syndrome de Volkman constitué.

Fracture pathologique de l'humérus envahi par une tumeur métastatique secondaire à un épithélioma primitif du sein. — L. BLAGDON.

Histoire du malade: Une femme âgée de 45 ans, hystérectomisée depuis 15 ans, est admise à l'hôpital le 7 novembre 1933, pour une fracture spontanée de son bras gauche. Cette fracture est la deuxième depuis deux mois. La première se produisit à la suite d'une chute et après 40 jours d'immobilisation, elle avait repris son travail, lorsqu'elle fut atteinte d'une seconde fracture au même bras et sans traumatisme cette fois. Elle ne ressent qu'une légère douleur et elle prétend jouir d'une excellente santé par ailleurs. Elle réclame un appareil plâtré qui puisse lui permettre de retourner chez elle le plus tôt possible.

Histoire de famille: Rien à noter.

Examen: La radiographie montre une fracture au tiers moyen du bras gauche ainsi qu'une véritable fonte de l'humérus à ce niveau.

Sein gauche: Présence d'une masse non douloureuse, dure, adhérente à la peau et aux plans profonds. Ganglions axillaires nombreux. La tumeur a évolué à l'insu de la malade qui est toute surprise d'en constater l'existence.

Examen: Les poumons, le cœur, le foie, le tube digestif et le système urinaire apparaissent normaux.

Opération: Ablation du sein, évidement de l'aisselle et désarticulation scapulo-humérale.

Traitement post-opératoire: Radiothérapie.

Elle quitte l'hôpital apparemment guérie au début de 1934.

La patiente nous revient au mois d'août 1936, soit près de trois ans après son opération, avec un état général très grave. Elle est atteinte de métastases multiples: poumons, foie et colonne vertébrale (4e et 5e lombaire). Elle retourne chez elle sans avoir été traitée, et pour cause.

Laboratoire: Examen histologique des pièces enlevées.

Sein: Epithélioma tantôt atypique, tantôt glandulaire, squirreux en son centre. Les ganglions axillaires sont envahis et dépassés.

Bras: Tumeur de même nature. Epithélioma tantôt atypique, tantôt glandulaire. Le périoste est dépassé et les muscles envahis.

Diagnostic: Fracture pathologique de l'humérus gauche envahi par une tumeur métastatique secondaire à un épithélioma primitif du sein gauche.

Considérations:

Cette observation me paraît intéressante à trois points de vue surtout.

1° L'évolution *insoupçonnée* d'un cancer du sein avec métastase à l'humérus du même côté.

2° La survie de trois ans après l'opération, malgré le stade avancé, et l'action du traitement radiothérapique post-opératoire.

3° Puisqu'il est admis par certains (L. Gally), que des métastases osseuses sont radio-sensibles alors que la tumeur primitive ne l'est pas, la radiothérapie, dans notre cas comme dans bien d'autres du même genre, aurait-elle pu éviter à la malade une intervention aussi mutilante qu'une désarticulation scapulo-humérale, tout en lui assurant la même chance de survie?

Discussion:

M. LAQUERRIERE: M. Blagdon rapporte l'opinion d'un radiologiste de Paris qui démontre que la métastase d'un cancer du sein est moins résistante. Je suis extrêmement surpris de cette observation, parce que la tumeur métastatique est de même nature que la tumeur primitive. Mais je m'incline s'il y a des faits.

M. BLAGDON: Gally rapporte quatre cas de métastases osseuses dues au cancer de la glande surrénale. La radiothérapie amena la disparition des douleurs.

Avant les interventions qui laissent de grands délabrements, ne devrait-on pas essayer le traitement radiothérapique?

Volvulus d'un méga-sigmoïde. — B.-G. BOURGEOIS.

(Cette communication paraîtra ultérieurement comme article original dans l'« *Union Médicale du Canada* »).

Discussion:

M. BELLEROSE: Comme chirurgiens nous avons une certaine sympathie pour le sympathique. Je demanderais à M. B.-G. Bourgeois en faisant exception du syndrome aigu, si dans les cas ordinaires la sympathectomie lombaire bilatérale n'aurait pas donné d'excellents résultats?

M. DUBE: Est-il dangereux d'opérer un mégacôlon chez les enfants?

M. BLAGDON: Je demanderais qui a opéré ce malade et s'il n'y avait pas lieu de faire une sympathectomie lombaire préventive?

M. FORTIER: A titre de médecin traitant, je m'opposerais à une sympathectomie lombaire préventive.

M. BOURGEOIS: Le mégacôlon n'est pas une maladie très fréquente; mon expérience est limitée. J'en ai vu trois cas chez les enfants alors que j'étais chirurgien à Ste-Justine. Dans ces cas j'avais fait une colostomie afin de faire évacuer l'intestin et prévenir l'infection. C'est la seule expérience que j'ai eue chez les enfants.

A M. Blagdon, je dirai que la sympathectomie en effet a été soulignée, il y a quelques années comme devant donner des résultats dans le mégacôlon et on a proposé de s'en tenir au traitement du dolichocôlon. Les autres cas présentent des coudures qui gênent le transit et sont accompagnés de crises douloureuses et qui semblent ne pas avoir profité beaucoup de la sympathectomie. Le mégacôlon est une affection sur la pathogénie de laquelle on n'est pas encore très fixé mais il semble bien qu'elle soit d'origine congénitale.

RAPPORT DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE MONTRÉAL

Pour l'année 1936

Notre Société a été profondément affectée, en l'année 1936, par la perte de deux de ses membres que la maladie avait éloignés de nos séances depuis plusieurs années, les Docteurs Amédée Marien et O. Adhémar Gagnon. Malgré leur absence prolongée, leurs noms se mentionnaient souvent au cours de nos réunions, et nos espérances de les revoir, un jour, assis au milieu de nous, sont disparues avec leur départ pour un monde meilleur. Ce sont deux personnalités qu'il nous sera difficile de remplacer complètement; il ne nous est pas possible de brosser dans le court espace de temps qui nous est alloué un portrait qui rendrait justice à ces deux chirurgiens dont la sphère et le champ d'action étaient si différents.

Aussi en parcourant les archives de notre Société, il nous est apparu qu'avant notre élection au secrétariat général de la Société de Chirurgie, notre prédécesseur n'avait pas couché dans les minutes l'éloge de l'un de nos plus éminents chirurgiens, et aujourd'hui nous voulons réparer cet oubli. Il nous semble que ce geste permettra à plusieurs d'entre nous, les aînés tout au moins, de revivre certains moments en compagnie de celui qui fut l'un des initiateurs de la fondation de cette Société et son premier président, le professeur Oscar-Félix Mercier. Il permettra aux plus jeunes, quelques-uns, qui ne l'ont connu autrement qu'en entendant parler de lui par leurs professeurs, de comprendre l'énergie et la volonté de ces pionniers de la chirurgie canadienne.

Dans la dernière décade du siècle dernier, un groupe imposant de jeunes médecins fraîchement diplômés de nos universités québécoises et montréalaises, traversaient l'Atlantique pour compléter des études médicales qu'ils savaient insuffisantes. A la lueur de la Ville-Lumière ils accumulèrent les données alors relativement récentes de l'asepsie et de l'antisepsie et la somme de toutes ces sciences qui surgirent de l'ère Pastorienne et Listerienne; Oscar Mercier était l'un d'eux.

Né le 2 décembre 1866, d'une famille d'ouvriers — son père était maître-voiturier — il fit ses humanités au collège de Montréal et au Collège Sainte-Marie.

Après de brillantes études à l'Université Laval de Montréal, il recevait son diplôme de docteur en médecine en 1890. La chirurgie l'attirait particulièrement, et c'est dans le service du professeur Reclus, à Paris, qu'il se dirigea après l'obtention de son diplôme. Il s'imprégna des données de ce grand maître; son habileté manuelle lui permit de perfectionner des techniques opératoires qu'il possédait déjà à un haut degré; aussi, deux ans plus tard, il revenait à Montréal et prenait place à côté du chirurgien Brosseau, son maître, à titre d'assistant, à l'hôpital Notre-Dame.

Nous sommes en 1893, et la conviction des aînés en la nécessité de l'asepsie et de l'antisepsie n'est pas générale. La lutte est difficile, âpre parfois et souvent déconcertante: toutefois il semble que le travail de Mercier a été moins dur que celui de Marien à l'Hôtel-Dieu, revenu vers le même temps. La comparaison des cas opérés et traités selon les nouvelles données, avec ceux avoisinants où la propreté seule était recommandée, et pour lesquels

la présence de pus dans les plaies était une évolution naturelle et louable dont on attendait l'apparition avec anxiété, était alors courante. C'est une lutte continuelle où Mercier finit par conquérir la confiance de ses collègues un à un avec l'appui d'autres jeunes chirurgiens qui viennent grossir les rangs des retours d'Europe d'alors.

Mais c'est grâce à la conviction dans les principes et à la connaissance parfaite des données de cette époque que le triomphe s'accomplit.

L'Université, reconnaissant ses qualités, le nomme bientôt professeur agrégé en chirurgie en 1898, et en 1902 il devient professeur titulaire de clinique chirurgicale à l'âge de 35 ans seulement. L'année précédente il devenait chirurgien en chef de l'hôpital Notre-Dame, succédant à son maître Brosseau, décédé. Ce fut dans la suite une succession de grades qu'il escalada avec élégance et sûreté pour atteindre les hauteurs les plus belles que l'on puisse espérer dans notre profession, toujours quelque peu limitées.

Il fut l'un des fondateurs de la Société Médicale de Montréal, dont il devint le président en 1903-1904; il est membre de la Medico-Chirurgical Society of Montreal; Fellow of the American College of Surgeons; Membre fondateur de la Canadian Association of Surgeons; Membre de l'Association Médicale de la province de Québec; Correspondant de la Société Nationale de Chirurgie de Paris; Président du Bureau des directeurs de *l'Union Médicale du Canada* et, ce qui nous touche de plus près, membre fondateur et premier président de la Société de Chirurgie de Montréal. Il fut même l'un des six qui signèrent la requête en demande d'incorporation de notre Société auprès du gouvernement de Québec.

Tel que nous l'avons connu, il était petit, son poids proportionné à sa taille, le crâne légèrement dégarni et grisonnant, l'œil vif, il esquissait un léger sourire dès que quelqu'un l'abordait, donnant une impression d'être accueilli favorablement par cet homme qui avait gardé de l'ancienne époque, avec une moustache assez abondante, la petite barbiche que l'on rencontre assez fréquemment en France mais dont les Américains nous ont déshabitués.

Il se tenait toujours très droit, et cette attitude semblait le faire paraître plus grand qu'il ne l'était en réalité. Il avait des mouvements très doux, mais d'une fermeté certaine qui révélait toute l'énergie de cet homme d'action.

Son habileté opératoire a été reconnue par ceux de sa génération qui ont eu l'occasion d'assister à quelques-unes de ses opérations; dans les cas d'urgence ses décisions étaient rapides et basées sur un jugement sûr. Il affectionnait particulièrement la chirurgie osseuse; on attribuait à l'atavisme son art à fabriquer certains appareils pour la réparation de la chirurgie des os.

Nous ne saurions dire qu'il excellait dans les exposés théoriques, mais il savait donner à ses cours pratiques, et à ses leçons cliniques, un réalisme si vivant que les élèves gardaient un souvenir imagé des leçons qu'il se plaisait à enseigner.

Mais l'œuvre véritable de Mercier, c'est l'hôpital Notre-Dame, dont il fut le surintendant de 1909 à 1925.

Les plus anciens parmi nous qui avons travaillé dans l'ancienne bâtisse, rue Notre-Dame, suite de maisons privées dont les murs furent ouverts pour les faire communiquer, se rappellent l'espoir toujours grandissant de trans-

porter dans un édifice moderne, sis en une localité plus propice avec une disposition et un matériel plus adéquats, l'institution qui même à cette époque avait su se créer, grâce aux médecins qui y avaient consacré leur vie, une réputation enviable; notre rêve se réalisa en 1922 lorsque, après des déboires et des arrêts dans une construction qui resta inachevée, on vit surgir l'aile gauche et la bâtisse centrale de ce qui est aujourd'hui l'hôpital Notre-Dame, rue Sherbrooke.

Mercier s'est dépensé sans compter, dans la direction de la construction de l'hôpital. Sur le chantier presque tous les matins, il a vu pour ainsi dire la pose de chacune des pierres, et plus particulièrement aux détails de la division intérieure et de chacun des objets qui font aujourd'hui corps avec la bâtisse.

De l'observation journalière de la croissance de l'édifice et des choses utilisées, il y a mis un soin et un doigté qu'une mère apporte aux soins de son enfant. Critiqué en bien des milieux (il ne saurait en être autrement), en butte à toutes sortes d'attaques, il n'en poursuit pas moins son travail au meilleur de sa connaissance, prenant conseils à droite, à gauche, sacrifiant parfois ses soirées et ses nuits en compagnie des architectes pour l'étude et l'amélioration des plans afin de tirer bénéfice de tout l'espace qui est accordé.

Aussi, est-ce avec une bien grande satisfaction que, le jour de l'inauguration à l'automne de 1924, il voit les portes s'ouvrir toutes grandes pour laisser pénétrer dans cette institution, dont il est l'artisan principal, cette foule avide de voir la dernière création en fait d'institutions hospitalières à Montréal, à cette époque. Il se fit alors dans la suite une nouvelle série de critiques sur le matériel choisi, sur la disposition de certaines salles, sur le choix de certains accessoires, etc., etc. Bref, ce fut la série de mécontentements de la part de ceux qui sont toujours prêts à critiquer sans être capables souvent de faire aussi bien et surtout de sacrifier leur temps, leurs forces, leur énergie pour le bénéfice non pas d'eux-mêmes, mais de ceux qui souffrent, qui sont pauvres et qui bénéficient aujourd'hui du désintéressement de Mercier pour lui-même.

Malgré toutes les objections présentées, malgré toutes les critiques faites, peu de modifications ont été apportées, sauf dans certains détails; rien n'a changé de cette disposition malgré le progrès des institutions de ce genre.

En faisant l'éloge de notre regretté maître, nous faisons en quelque sorte l'éloge de l'hôpital Notre-Dame; les deux restent inséparables, l'un ne se départit pas de l'autre. Il n'aura pas vu, il est vrai, son œuvre terminée, puisque ce n'est qu'en 1931 que l'on complète la construction de l'aile droite, qui avait sa place dans les plans originaux.

Le 26 juillet 1929, il est soudainement frappé, dans la journée, par une crise d'angine dont il se remit quelque peu. Sitôt revenu à lui il projette déjà de l'ouvrage pour le lendemain, mais le soir du même jour, il est emporté par une nouvelle crise, en léguant à son fils, que nous sommes heureux de saluer ici ce soir, avec son nom, ses qualités de cœur et d'esprit.

Nous savons que le fils n'a pas démenti le père. Oscar Mercier vivra parmi nous, tant que l'hôpital Notre-Dame restera ce qu'il est, car ne sont vraiment morts que ceux dont on oublie le visage. Celui de Mercier reste imprégné dans les murs du monument qu'il a érigé pour le bénéfice de la profession médicale, au service du peuple de la province de Québec.

Léon GERIN-LAJOIE,
Secrétaire général, S. C. M.

Le 21 janvier 1937.

QUARANTE-HUITIÈME ASSEMBLÉE SCIENTIFIQUE DE L'HÔPITAL SAINT-LUC

Tenue le 21 janvier 1937.

Président: M. R. BOUCHER.

Rupture de l'urètre membraneux. — M. LAROCHE.

Parmi les traumatismes de l'urètre, plaies, fausses routes, etc., les ruptures sont les plus graves. Anatomiquement l'urètre membraneux est bien protégé et sa rupture ne survient qu'à la suite d'une chute violente à califourchon ou le plus souvent à la suite d'une fracture du bassin. Les principaux symptômes de la rupture sont la rétention d'urine, les urétrorragies et l'hématome périnéal. Comme traitement d'urgence de la rétention, on doit faire la cystostomie ou la ponction vésicale, quelquefois un cathétérisme très prudent. Plus tard on s'occupe de l'urètre. S'il s'est cicatrisé en partie, dilatation ou urétrotomie interne. S'il existe un bloc fibreux entre les deux bouts sectionnés, on le résèque et on fait l'urétrorraphie circulaire. Les résultats opératoires sont satisfaisants, mais il faut surveiller les rétrécissements futurs.

En discussion, le Dr BERNARD demande la technique de la ponction vésicale.

M. LAROCHE: Il faut attendre que la vessie soit bien distendue pour ponctionner.

M. LABELLE demande si on peut laisser le trocart en place. Réponse affirmative.

Une variété spéciale de fracture de l'extrémité inférieure de l'avant-bras. M. COUTURIER.

Il s'agit d'un malade de 18 ans qui, en juillet 1936, à la suite d'une chute, s'est fracturé l'extrémité inf. de l'avant-bras. Contrairement à ce qui se passe d'habitude, la main est déviée en dedans. Il existe une fracture en bois vert du radius et un décollement épiphysaire du cubitus. Le carpe est luxé du côté cubital. Il fallut compléter la fracture avant de réduire et d'immobiliser par un plâtre circulaire. Présentation des radios et du malade qui a conservé tous ses mouvements.

En discussion, le Dr LABELLE demande si la question d'âge a de l'importance.

Le Dr COUTURIER: Plus le patient est jeune, plus l'adaptation future est facile. Il faut dans ces cas éviter le massage, qui favorise les exostoses.

Le Dr MATHIEU demande combien de temps fut immobilisé le malade.

Le Dr COUTURIER: 5 semaines.

ANACLASINE

RANSON

VINGT PEPTONES
+
HYPOSULFITE
DE MAGNÉSIUM
ET DE SODIUM
+
SELS HALOGÈNES
DE MAGNÉSIUM

ACTION. - **Elle évite le choc anaphylactique, désensibilise l'organisme, stimule la fonction cellulaire, améliore l'état hépato-biliaire, entrave l'apparition et l'évolution du cancer.**

COMPOSITION. - L'**ANACLASINE** comprend d'une part de l'HYPOSULFITE DE MAGNESIUM et des composés halogénés du Magnésium associés à l'HYPOSULFITE DE SOUDE, et d'autre part de MULTIPLES POLYPEPTIDES SPECIFIQUES de bœuf, de cheval, de mouton, de porc, de gibier, de cabillaud, de merlan, de rouget, de crustacés, d'œuf total, de lait, de pois, de haricots, de lentilles, de céréales, de gélatine animale. (**Vingt peptones différentes.**)

INDICATIONS. - **Anaphylaxie alimentaire, intolérance digestive, déficience hépatique, intoxication alimentaire, migraines, insomnies, vertiges, eczéma, urticaire, maladie de Quincke, asthme, dyspnée, rhume des foins, coryzas spasmodiques, tachycardies, arythmies, arthritisme, tumeurs bénignes, cancer.**

Présentation: Granulé et Comprimés

•

A. RANSON, Docteur en Pharmacie
PARIS

•

Concessionnaires pour le Canada:

MILLET, ROUX & CIE, Limitée

1215, rue Saint-Denis **MONTRÉAL**

SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES

BISCAMINE

Bismuth, Kaolin colloïdal, Mucilage, Magnésie paraffinée.

PANSEMENT DU TUBE DIGESTIF

Mode d'emploi. — Estomac: Une cuillerée à thé dans un peu d'eau, avant ou après les repas ou au moment des douleurs.

ELIXIR POLYBROMURE

(Une cuillerée à bouche de 20 grammes renferme 3 grammes de Bromure de Potassium, Sodium et Ammonium, associés à des Teintures amères et toniques.)

La pharmacie d'ordonnances **ARTHUR HIRBOUR** ci-devant Bisaillon-Hirbour

35 ans d'expérience dans l'exécution exclusive d'ordonnances de Médecins.
Nous n'employons que les produits chimiques supérieurs.

Angle Saint-Denis et De Montigny — Téls: LA. 7356 — PL. 0305

MONTRÉAL

MAISON ET BUREAUX POUR MÉDECIN

3447, rue SAINT-HUBERT

3 ÉTAGES

19 pieds 8 pouces de largeur en avant.

18 pieds 10 pouces de largeur en arrière.

Terrain 129 pieds de profondeur et superficie totale 2,491 pieds
(mesure anglaise)

Étage du salon: 10 pieds 3 pouces de hauteur.
Étage des chambres: 9 pieds 5 pouces de hauteur.
Étage salle à manger: 9 pieds de hauteur.
Étage du bas: salle à manger, cuisine, office, chambre de bonne, salle de bain.
2ième étage: living-room, bibliothèque, boudoir.
3ième étage: 4 chambres à coucher, salle de bain.
Plancher en bois dur.
Garage à l'épreuve du feu, construit il y a deux ans, au coût de $1,000.00, chambre (débarras).

Pour prix et conditions, s'adresser à

GUY MONTPETIT, ingénieur,

513 est, rue Rachel — Tél. AMherst 3983.

Considérations sur l'outillage radiumthérapique de l'hôpital.
M. GRONDIN.

Le Dr Grondin nous parle d'abord de son stage à l'Institut du Cancer de l'Université de Paris dans le service de Curiethérapie de Mme Laborde.

A Saint-Luc, il dispose de 200 milligrammes de radium répartis dans des aiguilles et des tubes de différents calibres. La curiepuncture avec les aiguilles servira pour les cancers de la peau, des lèvres et de la langue.

Les tubes de platine avec leurs différents supports en plomb, en aluminium, en liège et en pâte Colombia serviront pour les néoplasmes profonds comme les néo des ganglions et des cavités naturelles.

Le Dr Grondin termine en insistant sur les bienfaits du diagnostic précoce du cancer et de l'association heureuse de la chirurgie, du rayon X et du radium.

Un cas de pyosalpinx compliqué d'anurie mortelle.
M. C. LEFRANÇOIS.

Le rapporteur relate brièvement l'histoire d'une patiente de 20 ans hospitalisée le 22 décembre 1936 pour douleurs au bas-ventre. Début par une douleur brusque dans la fosse iliaque gauche deux jours auparavant. Le lendemain la douleur est à droite, vomissements, diarrhées. A l'examen, douleur vive au niveau de la fosse iliaque droite. Au toucher vaginal, cul-de-sac gauche rempli par une masse douloureuse. Nous éliminons l'appendicite et nous pensons à la salpingite bilatérale. Mais nous découvrons que la patiente fait de l'anurie depuis le début de sa crise. Quelle est la cause de cette anurie? L'exploration urinaire révèle que l'anurie est sécrétoire. Aucune histoire d'intoxication. S'agit-il d'une anurie réflexe? Traitement médical. La salpingite se refroidit, mais l'anurie continue en dépit des diurétiques, etc., pendant 19 jours pour se terminer par la mort avec une urémie de 4 grammes. A l'autopsie on trouve des pyosalpinx bilatéraux et une néphrite aiguë corticale d'origine probablement embolique.

En discussion le Dr FARMER explique le mécanisme de l'embolie.

Le Dr BERNARD pense qu'on a bien fait ici de ne pas intervenir, et le Dr LAUZER parle des interventions qu'on peut faire dans certains cas de néphrite aiguë.

Le Secrétaire:
Charles LEFRANÇOIS.

LA VINGT-DEUXIÈME RÉUNION ANNUELLE DE THE RADIOLOGICAL SOCIETY OF NORTH AMERICA

Cincinnati, Ohio, du 30 novembre au 4 décembre 1936.

The Radiological Society of North America, qui groupe près de 1200 radiologistes, a tenu sa 22e réunion annuelle à Cincinnati, Ohio, du 30 novembre au 4 décembre 1936 inclusivement.

Selon la formule américaine, le congrès siège dans un splendide hôtel, nommément le Netherland Plaza, gratte-ciel énorme et luxueux dont les quarante étages dominent la ville. La direction fait des efforts évidents pour assurer le maximum du confort aux congressistes.

Pour tout observateur, il est facile de se rendre compte que les médecins participent à ces réunions pour s'instruire. Le côté social, sans souffrir négligence, n'obtient que la petite part. Certes, les réceptions officielles et mondaines de rigueur ne sont pas omises; mais, peut-être à cause de la saison avancée, le tourisme et les amusements paraissent restreints.

Une courte allocution par le président, T. A. Burcham, et une adresse de bienvenue par A. Friedland, doyen du *Medical College* de l'Université de Cincinnati, préludent au programme des travaux scientifiques qui doivent se succéder sans relâche du lundi matin au vendredi soir.

Le nombre des communications atteint cinquante-huit et chacune dure en moyenne vingt minutes. Le temps alloué aux orateurs est strictement observé. Après chaque travail, un ou plusieurs spécialistes, désignés d'avance, ouvrent la discussion. Haut-parleurs, appareils à projection, cinéma, sténodactylographes, systèmes avertisseurs, etc., tout entre en œuvre pour donner aux activités la meilleure diffusion immédiate et médiate.

Toutes les communications paraîtront à tour de rôle dans le périodique *Radiology*, l'organe officiel de la Société. Il n'y a donc pas lieu de commenter, même sommairement, chacune d'elles en particulier. Des parts équitables sont faites au radiodiagnostic, à la radiothérapie et à la radiophysique.

En ce qui concerne le diagnostic, la gastro-entérologie obtient, pour le moins, la majorité du nombre. Citons tout spécialement la conférence sur « Le domaine de la Radiologie dans le diagnostic et traitement des troubles coliques », prononcée par J. T. Case au cours de la traditionnelle soirée à la mémoire de Carman (Carman Night). Il convient aussi de signaler le *symposium* sur « Les rapports de la gastroscopie et du radiodiagnostic ». Quelques gastroscopistes de renom (Schindler, Benedict, Borland, Schiff), sur invitation spéciale, discutent les mérites de leur méthode, comparativement aux données de la radiologie dont Kirklin, Schatzki, Rigler et Templeton prennent la défense. La conclusion s'impose: la gastroscopie et la radiologie se complètent mutuellement dans les cadres de la clinique.

Les poumons, le cœur, les reins et le squelette ne sont pas négligés. Il convient de mentionner: « Evidence radiographique des métastases malignes de l'os » (Snure et Maner), « Urographie excrétoire » (Priestley), « Cancer des bronches » (Clerf), « Le diagnostic des dysfonctions parathyroïdiennes » (Baker), « Comparaison entre l'insufflation tubaire et l'hystéro-salpingographie » (Randall), « Silicose » (Garland), etc.

Du point de vue radiothérapie, les cancers occupent naturellement la première place. Les Américains reconnaissent la supériorité des principes préconisés par l'Ecole française et conservent leur enthousiasme pour la *méthode Coutard*. Chamberlain fait à ce sujet une mise au point lucide.

Lawrence et Aebersold étudient l'action biologique des neutrons. D'excellents travaux sur la mesure des radiations marquent la fin de ces journées laborieuses.

Comme dans tout congrès américain, il y a une *exposition scientifique*. Nous devons à la vérité d'ajouter qu'elle est du plus haut intérêt. Un comité spécial, considérant les exhibits dans l'originalité de leur conception, les qualités techniques de leur présentation, la nouveauté du sujet, décerne des récompenses aux médecins suivants: H. Snure, G. D. Maner, E. B. Benedict, R. Schatzki, R. Schindler, F. Templeton, E. H. Quimby, W. S. McComb.

L'*exposition commerciale* démontre de nombreux progrès dans le matériel radiologique. La dernière nouveauté est un appareil à 200 k.v. avec transformateur et tube enfermés dans la même cuve à l'huile et sans ampoule rectificatrice.

La Société accorde des médailles d'or à E. E. Ernst et à Otto Glaser, pour leurs recherches remarquables en vue de rendre pratique la mesure des rayons X.

Au banquet de clôture, le président de la Société, M. T. A. Burcham, fait une revue des grands événements radiologiques de l'année écoulée. Il en profite pour signaler qu'aucune méthode de diagnostic ou de traitement des maladies humaines n'a progressé aussi rapidement que les rayons X, depuis la date de leur découverte.

« Avec un esprit soutenu de coopération, de solidarité, dit-il, on peut espérer des avancements plus grands encore pour le futur. Des changements révolutionnaires s'opèrent en vue des traitements aux malades et l'on doit s'attendre à ce que, dans l'avenir, les services de radiodiagnostic soient appliqués à un nombre plus important d'individus incapables de payer leurs soins médicaux. Si les radiologistes ambitionnent de se dévouer au bien-être du peuple, il ne faut pas, d'autre part, que leur situation devienne bureaucratique et que leur noble et grande spécialité soit compromise par une domination indue. »

On ne pouvait plus dignement exprimer les inquiétudes et les vœux des radiologistes américains.

John D. Camp est élu président de R. S. N. A. pour 1937.

Albert JUTRAS.

NOUVELLES

LE DOCTEUR ALBÉRIC MARIN

Nous sommes heureux d'annoncer que le Dr Marin, un de nos Directeurs, vient de publier un article important intitulé: « Diagnostic des Dermatoses d'après l'Age du Sujet », dans le deuxième volume du « Traité de Dermatologie de l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale Française ».

Cet article fait honneur à la dermatologie canadienne, car ce Traité est répandu dans le monde entier sous la forme de feuilles mobiles. On s'adresse dans chaque pays aux auteurs qui connaissent le mieux chacune des questions mises à l'étude.

Ce n'est pas la première fois que le Dr Marin collabore dans les publications françaises. Son nom paraît comme auteur, en particulier: 1° Dans un petit Précis de physiothérapie dermatologique, publié par Mayer & Saidman, chez Doin, en 1931, sur l'« Electro-dessication »; 2° Dans le « Manuel Pratique de Dermatologie » en 2 volumes, publié par Dessaux & Boutelier, en 1932, sur « Un Nouveau Traitement de l'Acnée »; 3° Dans « La Nouvelle Pratique Dermatologique », en 8 volumes, sur l'« Electro-dessication », chez Masson & Cie., en 1936.

Nous sommes heureux de signaler ces faits à l'attention de nos lecteurs, et nous en félicitons l'auteur. Rien ne contribue mieux à démontrer la prévalence d'une fonction sur un titre!...

NOMINATION

Nous venons d'apprendre avec un vif plaisir la nomination du Professeur Eugène Saint-Jacques, chirurgien de Montréal, et Président de l'« Union Médicale du Canada », comme membre honoraire de la Société Belge de Chirurgie. Cette nomination, digne à tous points de vue, nous réjouit tous et nous en félicitons le titulaire.

Sur présentation du professeur Laignel-Levastine, professeur d'histoire de la médecine à la Faculté de Paris, le Dr Eugène Saint-Jacques, professeur d'histoire de la médecine à l'Université de Montréal, a été admis membre de la Société Internationale d'Histoire de la Médecine; et sur proposition du professeur Giordano, de Venise, le Dr Saint-Jacques, en appréciation de son *Histoire de la Médecine*, a été élu membre honoraire de la Société Italienne d'Histoire de la Médecine.

BIBLIOGRAPHIE

L'infection bacillaire et la tuberculose chez l'homme et chez les animaux. Etude biologique et expérimentale, vaccination préventive, par A. CALMETTE. Quatrième édition entièrement revue et complétée par A. BOQUET et L. NEGRE, chefs de service à l'Institut Pasteur. Un volume de 1025 pages, avec 70 figures et 24 planches en couleurs. Broché: 150 fr.; cartonné toile: 175 fr. Masson et Cie, éditeurs, libraires de l'Académie de Médecine, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Trois éditions successives de ce livre ont été rapidement épuisées bien qu'il eût été traduit en plusieurs langues et publié aux Etats-Unis presque en même temps qu'en France. MM. Boquet et Nègre ont donc accepté d'en préparer une quatrième, pour répondre au désir exprimé par leur Maître, le professeur Calmette, dans les dernières années de sa vie.

Sans rien changer aux dispositions essentielles de l'œuvre, ils ont dû, après le long intervalle de neuf années qui sépare cette nouvelle édition de la précédente, modifier l'ordre de certains chapitres qui ont pris une importance de plus en plus grande ou en ajouter de nouveaux comme ceux de la dissociation des bacilles tuberculeux et de l'infection tuberculeuse spontanée du cobaye et du lapin.

D'autres, comme ceux qui traitent de la culture et de l'isolement des bacilles tuberculeux, de la composition chimique et de la nutrition des bacilles tuberculeux, de l'élimination des bacilles tuberculeux par les diverses voies d'excrétion, de l'action physiologique des tuberculines, du diagnostic de l'infection tuberculeuse par les réactions tuberculiniques, des anticorps tuberculeux et de la prémunition par le B. C. G., ont reçu des compléments très étendus.

La première partie de l'ouvrage, intitulée « L'ultra-virus et le bacille tuberculeux. Les processus d'infection bacillaire », réunit ce qui a trait au bacille, à ses toxines, aux types anatomo-pathologiques de l'infection tuberculeuse, à ses localisations, à ses voies d'accès.

Sous le titre « Tuberculose expérimentale et infection tuberculeuse chez les animaux », la deuxième partie comprend l'étude des différents modes d'inoculation ou d'infection tuberculeuse, de la tuberculose des animaux, en particulier de la tuberculose bovine; le rôle du lait et de la viande des bovidés tuberculeux dans la contamination de l'homme, etc.

Dans une troisième partie, riche en faits nouveaux dont les recherches personnelles de l'auteur ont enrichi nos connaissances, sont étudiés: « Les processus de défense et le diagnostic de l'infection tuberculeuse », ferments

cellulaires, réactions humorales, examen des produits d'expectoration ou de sécrétion, réaction tuberculinique et anticorps, avec les meilleures techniques pour leur recherche et pour leur titrage précis.

La dernière partie du livre expose les idées de l'auteur sur l'immunité antituberculeuse, relate les résultats de ses enquêtes personnelles sur la distribution géographique de l'infection bacillaire à travers le monde, les tentatives fécondes du traitement de la tuberculose-maladie par l'Antigénothérapie de A. Boquet et L. Nègre, résume toutes les tentatives effectuées pour réaliser soit la séro-thérapie, soit la vaccination de l'homme et des animaux jusqu'au jour où la nouvelle méthode de vaccination préventive contre la tuberculose par le B. C. G. est entrée dans la pratique médicale et vétérinaire pour la préservation des jeunes sujets, enfants ou animaux.

MM. Nègre et Boquet ont donc conservé, sauf dans quelques détails, le plan original de M. Calmette et les idées fondamentales qui ont orienté ses recherches fécondes. Ils ont tenu d'autre part à compléter ce livre devenu classique par l'exposé de toutes les acquisitions récentes capables de modifier les doctrines courantes sur la bactériologie, la pathogénie et l'immunologie de la tuberculose, de rectifier maintes hypothèses, et d'élargir le champ des recherches expérimentales.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES ANNONCES

Abbott Laboratories Ltd, (*Sirop d'Amdelate*) XII

Anglo-French Drug Cie, (*Elixir Gabail*) L

Antiphlogistine, (*Chaleur prolongée*) XXII

Ayerst, McKenna & Harrison, Limited, (*Pommade Alphamel*) XX

Banque Canadienne Nationale, (*À votre disposition*) . . XLVI

Borden Company Limited, The, (*Lait Borden's St. Charles, Evaporé*) LVII

Boudot, L., (*Dia-Tosan*) LX

Bristol-Myers Co., (*Sal Hepatica*) XIV

Bromo-Seltzer Ltd., (*Acetanilid*) XLIX

Canada Drug Company, (*Paveral*) LVIII

Canadian Canners Limited, (*Aliments Aylmer pour enfants*) *Troisième page de la couverture.*

Cardinaux, Paul, (*Diathermie, Rayons X, Electrologie*) XI

Carling Breweries Limited, (*Invalid Stout*) LV

Carnation Company Limited, (*Lait Carnation Irradié*) . . LXVI

Casgrain & Charbonneau, Ltée, (*Thyvacrine No 10 C & C*) XXXVI

Casgrain & Charbonneau, Ltée, (*Neuvocrine No 5 C & C*) XXXVI

Casgrain & Charbonneau, Ltée, (*Diacrine No 6 C & C*) XXXVI

Casgrain & Charbonneau, Ltée, (*Stérilisateur "Castle"*) XLVIII

Casgrain & Charbonneau, Ltée, (*Ray. X Westinghouse*) XLVIII

Ciba, Compagnie, Limitée, (*Le Resyl*) III

Ciba, Compagnie, Limitée, (*La Coramine*) III

Cloutier & Cloutier Cie Ltée, (*Modèle pour clinique*) . . X

Denver Chemical Manufacturing Co., (*Antiphlogistine*) XXII

Duckett J. A., (*Dernière Création de la Prothèse*) LIV

Eddé, J., Limitée, (*Taxol*) VI

Eddé, J., Limitée, (*Inotyol*) VI

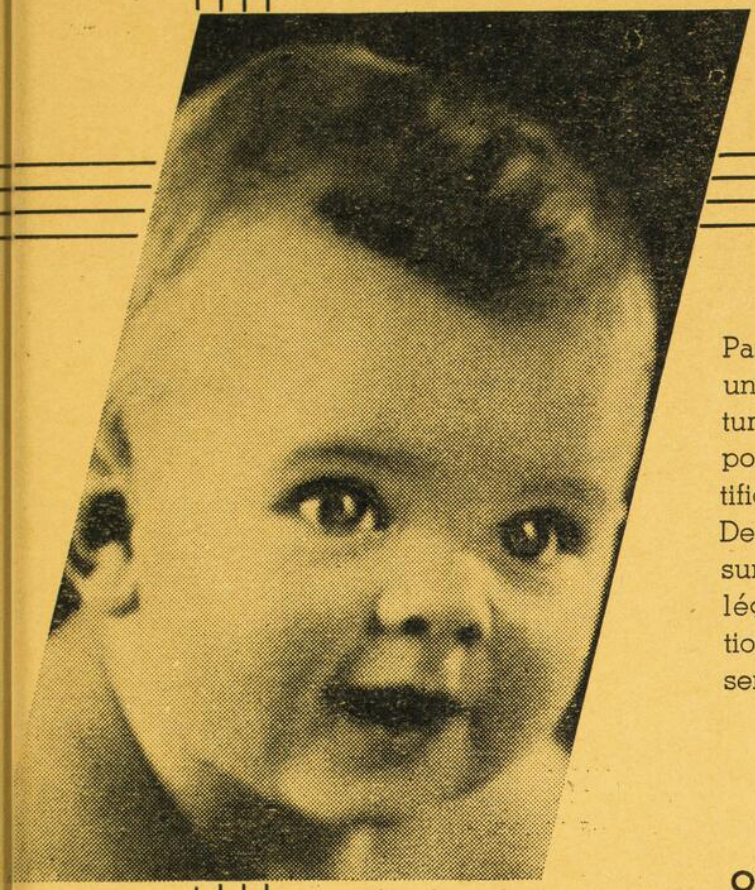
Eddé, J., Limitée, (*Pommade Midy*) XIX

Eddé, J., Limitée, (*Hémostyl*) XXVII
Eddé, J., Limitée, (*Bismuthoïdol*) XXX
Eddé, J., Limitée, (*Phospho-Strychnal*) XXXIII
Eddé, J., Limitée, (*Ocréine Grémy*) XXXIII
Eddé, J., Limitée, (*Iodone Robin*) XXXIII
Eddé, J., Limitée, (*Iodogénol Pépin*) XXXIV
Eddé, J., Limitée, (*Epilepsie Alepsal*) XLVI
Etablissements Byla, Les, (*Neurotrophol Byla*) IX
Etablissements Byla, Les, (*Splenarmone Byla*) IX
Fellows Medical Mfg. Co., Ltd., (*Sirop Fellows*) XXXV
Frosst, Charles E. & Co. (*Kondremul*) *Deuxième page intérieure de la couverture.*
Herdt & Charton, Inc., (*Peptalmine*) LV
Hirbour, Arthur, (*Biscamine*) LXII
Hirbour, Arthur, (*Elixir Polybromure*) LXII
Hoffmann-LaRoche Limitée, (*Prostigmine "Roche"*) . . XXIII
"Ifah", Pharm. Products, (*Histidin-Ifah*) LI
Imperial Tobacco Co. of Canada, (*Sweet Caporal*) LIII
Importations Européennes Limitée, (*Cardiosédine*) XLV
Joubert, J. J., Limitée, (*Santéine*) LII
Laboratoires AMIDO, A. Beaugonin, (*Glycobyl*) XLVII
Laboratoires AMIDO, A. Beaugonin, (*Geneserine*) XLVII
Laboratoires AMIDO, A. Beaugonin, (*Genatropine*) . . XLVII
Laboratoires AMIDO, A. Beaugonin, (*Genoscopolamine*) XLVII
Laboratoires AMIDO, A. Beaugonin, (*Genosthéniques*) XLVII
Laboratoires A. Bailly, (*Pulmo-Bailly*) XVIII
Laboratoire du Bismol, (*Agobyl*) *Quatrième page de la couverture.*
Laboratoires Clin, Comar & Cie, (*Sérum Clin Anticolibacillaire*) I
Laboratoires Clin, Comar & Cie, (*Sérum Clin Antistreptococcique*) I
Laboratoires Licardy, (*Sédosine*) IX
Laboratoires Lobica, (*Taxol*) VI
Laboratoire Nadeau Limitée, (*Sodiosal*) XXX
Laboratoires Poulenc Frères du Canada, Ltée, (*La Técarine*) XIII
Laboratoires Poulenc Frères du Canada, Ltée, (*Le Neptal*) XIII

Laboratoires du Dr P. Astier, (*Arhéol Astier*) XXV
Laboratoires Soudan de Paris, (*Dia-Tosan*) LX
Laboratoires Midy, (*Pommade Midy*) XIX
Librairie Beauchemin Limitée, (*Linguaphone*) XXVIII
La Cie Canadienne des Agences Modernes, (*Les Lithinés du Dr Gustin*) LII
La Cie Canadienne des Agences Modernes, (*Magnésie du Dr Gustin*) LII
Listers Limited, (*Listers*) LVIII
Mercier & Dion, (*Fourrures*) XXI
Millet, Roux & Cie, Ltée, (*Anaclasine*) LXI
Parke, Davis & Cie, (*Le Mapharsen*) IV
Ranniger, W.-E., (*Histidin-Ifah*) LI
Rougier Frères, (*Hepathemo*) XVII
Rougier Frères, (*Pulmo-Bailly*) XVIII
Rougier Frères, (*Hémoglobine Deschiens*) XIX
Rougier Frères, (*Natibaïne*) XXI
Rougier Frères, (*Néotonine*) XXIII
Rougier Frères, (*Sedlitz Chanteaud*) XXVI
Rougier Frères, (*Sténol Chanteaud*) XXVI
Rougier Frères, (*Rami*) XXVI
Rougier Frères, (*Elixir Ducro*) XXIX
Rougier Frères, (*Névrosthénine Freyssinge*) XXXV
Rougier Frères, (*Chloramine Freyssinge*) XXXV
Rougier Frères, (*Capsules Dartois*) XXXV
Rougier Frères, (*Uraseptine Rogier*) XLV
Rougier Frères, (*Sirop Famel*) LIV
Rougier Frères, (*Iodalose Galbrun*) LV
Rougier Frères, (*Prosthénase*) LV
Sanatorium de Blois XXIV
Sanatorium Prévost II
Siemens-Reiniger (Canada) Limited, (*Ultratherm*) V
Vinant Ltée, (*Sérum Clin Anticolibacillaire*) I
Vinant Ltée, (*Sérum Clin Antistreptococcique*) 1
Vinant Ltée, (*Neurotrophol Byla*) IX
Vinant Ltée, (*Splenarmone Byla*) IX

Vinant Ltée, (*Sédosine*) IX
Vinant Ltée, (*Glycobyl*) XLVII
Vinant Ltée, (*Geneserine*) XLVII
Vinant Ltée, (*Génatropine*) XLVII
Vinant Ltée, (*Genoscopolamine*) XLVII
Vinant Ltée, (*Genosthéniques*) XLVII
Wander, A., Limited, (*Ovaltine*) XXIX
Wyeth & Brother, Inc., John, (*Plastules Hématiniques*) LIX

Il peut avoir confiance en nous...



Parce que la qualité uniforme des nourritures tamisées Aylmer pour enfants est scientifiquement maintenue. Des chimistes licenciés surveillent le choix des légumes, la préparation et la mise en conserve.



ONZE VARIÉTÉS

Pois tamisés, betteraves, fèves, pruneaux, épinards, carottes, abricots, tomates, asperges, compote de pommes, soupes pour enfants. Echantillons envoyés aux médecins.

•

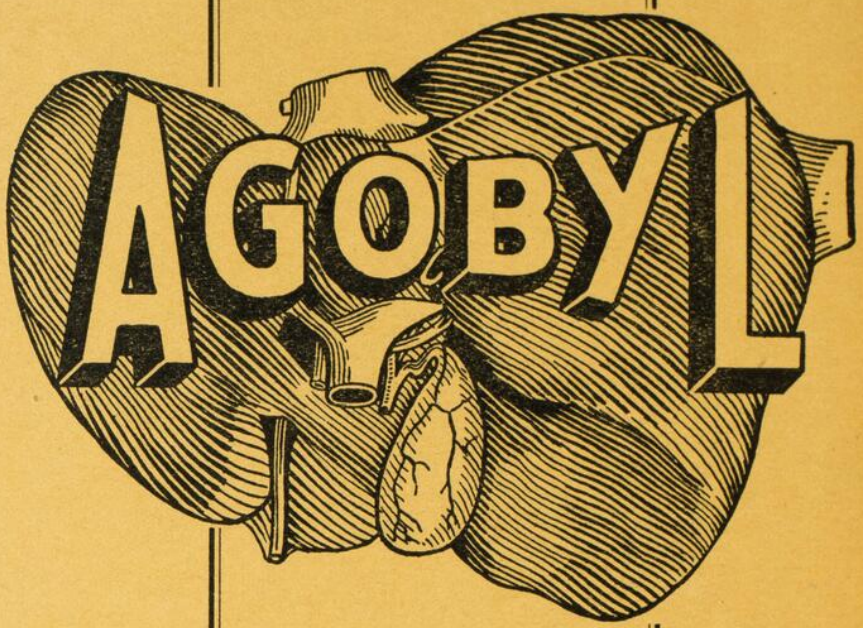
Aylmer Research Laboratory

CANADIAN CANNERS LIMITED

HAMILTON, CANADA

ALIMENTS AYLMER POUR ENFANTS

LE DRAINAGE MÉDICAL DES VOIES BILIAIRES
LE PLUS COMPLET ET LE PLUS EFFECTIF



Médication des troubles de la fonction antitoxique et troubles réflexes.

Tout spécialement indiqué dans la **CONVALESCENCE DES MALADIES INFECTIEUSES.**

•

Deux formes

Granulé soluble
boîtes de 125 grms

Elixir Aromatisé
Flacons de 180 c.c.
" de 360 "

LE LABORATOIRE DU BISMOL

Société de Pharmaciens chimistes licenciés, spécialisés dans la fabrication de produits thérapeutiques

945 rue Côté - - - - - - - -	Montréal, P. Q.
99 Harbour - - - - - - - -	Kingston, Jamaïque
153 Waverly Place - - - - - -	New-York, E.-U.

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