

L'Union Médicale du Canada

REVUE MENSUELLE

Fondée en 1872

MÉMOIRES

- Chirurgie algo-sympathique, maladie de
Raynaud Urgel GARIEPY 1139
- Groupes sanguins et transfusions chez
les nouveau-nés Albert BERTRAND 1157

RECUEIL DE FAITS

- Méningite syphilitique aiguë. Sur cer-
tains de ses éléments cliniques qui,
associés à une otite suppurée chroni-
que, pourraient suggérer le diagnostic
d'un abcès cérébral Roma AMYOT 1161
- Un cas de diabète rénal Armand GRATTON 1169

MOUVEMENT MÉDICAL

- La trichinose Henri GELINAS 1172

REVUE DES LIVRES

- La médecine à travers le temps et l'espace. — Techniques moder-
nes en Physiothérapie. — Applications nouvelles en physiothé-
rapie. — Livres reçus 1176

MÉDECINE PRATIQUE

- Traitement des vomissements habituels
du nourrisson Paul LETONDAL 1178

SOCIÉTÉS

- Assemblée scientifique du bureau médical de l'Hôpital Notre-Dame 1195
- Assemblée scientifique de l'Hôpital St-
Luc Charles LEFRANÇOIS 1210

NOUVELLES

- Association des agrégés à la faculté de Médecine de l'Université de
Montréal 1212
- Bulletin-Programme de la Société Médicale de Montréal 1212
- M. Albert Laquerrière, officier de la Légion d'Honneur 1212

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

MONTREAL
CANADA

RICHMOND
VIRGINIE

ÉNÉSOL

(Salicylarsinate de Mercure)

38,46% de Mercure métal et 14,4% d'Arsenic.

70 fois moins toxique que HgI²

Traitement *Arsenico-Mercuriel*
de la **SYPHILIS** et du **PSORIASIS**

**Traitement de choix des malades fatigués, de la femme enceinte,
des enfants.**

DOSES:

Injections intramusculaires indolores (2 à 8 cc.)
Injections intraveineuses (4 à 10 cc.)

FORMES:

Ampoules d'ÉNÉSOL, de 2 et 5 cc., titrées à 0 gr. 03 d'Énésol par cc.

MÉDICATION ARRHÉNIQUE

CACODYLATE DE SOUDE CLIN

GLOBULES CLIN, 0 gr. 01 par globule, enrobés au gluten;

GOUTTES CLIN, 0 gr. 01 par 5 gouttes;

TUBES STÉRILISÉS CLIN, à 0 gr. 05 et 0 gr. 10 par cc.
par ampoule.

MÉTHARSINATE CLIN

GLOBULES CLIN, 0 gr. 01 par globule, enrobés au gluten;

GOUTTES CLIN, 0 gr. 01 par 5 gouttes;

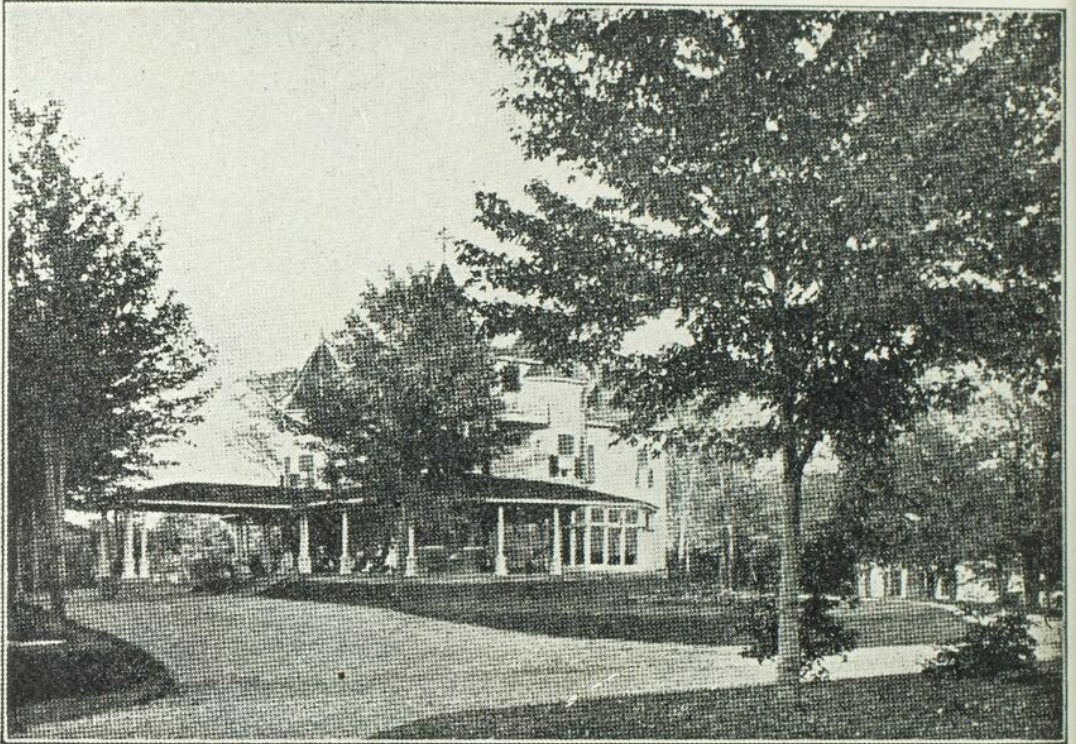
TUBES STÉRILISÉS CLIN, à 0 gr. 05 par cc. par ampoule.

LABORATOIRES CLIN, COMAR & CIE, PARIS

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

SANATORIUM PRÉVOST

INCORP.É



ETABLISSEMENT DE PSYCHOTHERAPIE

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

TRAITEMENT INDIVIDUEL DES AFFECTIONS DU SYSTEME NERVEUX

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

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

4455 Boulevard Gouin ouest,

Téléphone, BYwater 1240



Considérez les avantages de

NAVITOL

L'Huile Squibb contenant des Vitamines Naturelles

Il fournit les Vitamines A et D sous leur forme naturelle exclusivement. Navitol est un mélange d'huiles de foie de poissons spécialement choisies et raffinées.

Puissamment efficace, Navitol contient 50,000 unités de Vitamine A et 10,000 unités de Vitamine D (unités internationales) par gramme.

Très économique — Bien qu'il soit aussi efficace que l'huile de foie de flétan avec Viostérol, il coûte 40% moins cher.

Commode — Navitol est fourni sous deux formes de dosage: dosage à la goutte pour jeunes enfants; capsules pour enfants plus âgés et pour adultes.

Faible volume du dosage — La dose prophylactique quotidienne moyenne est de dix gouttes où une capsule — fournissant 8,500 unités de Vitamine A et 1,700 unités de Vitamine D (unités internationales).

*Pour imprimés, écrire au Professional Service Department,
36 Caledonia Road, Toronto, Ont.*

E. R. SQUIBB & SONS OF CANADA, LTD.

Fabricants de Produits Chimiques pour le Corps Médical depuis 1858

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.

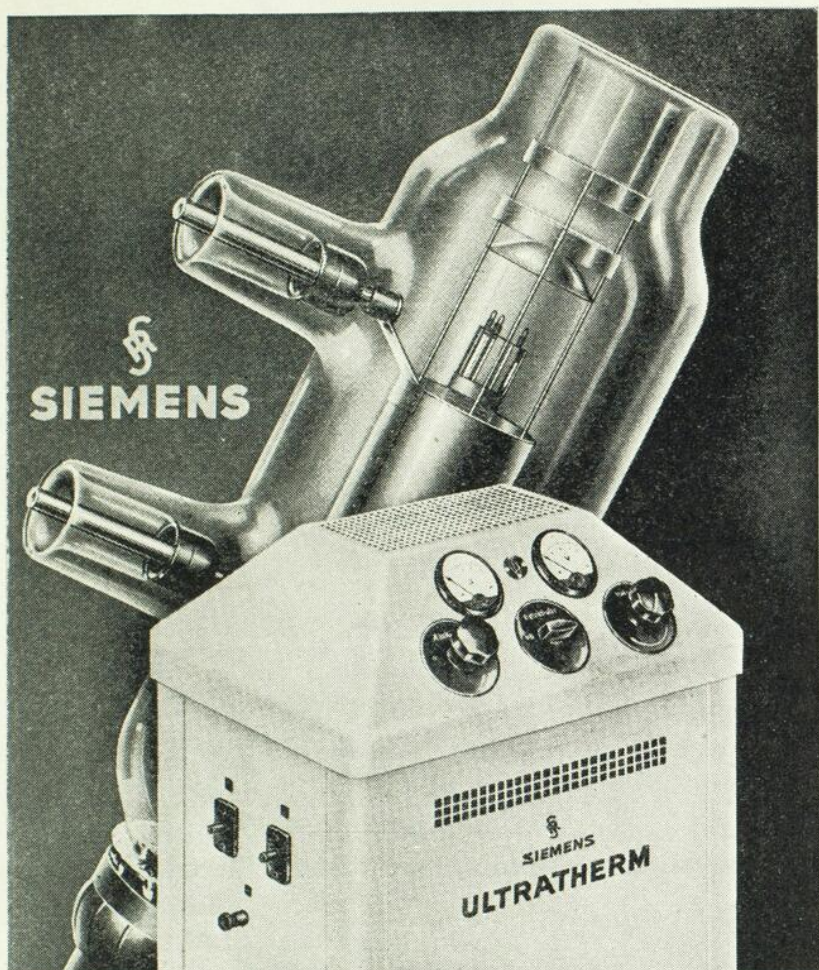
Différentes épreuves de laboratoire ainsi que de multiples observations cliniques ont prouvé que le Mapharsen, (oxyde de méta, amino, para, hydroxy, phénylarsine), est un spirochéticide de première valeur. Il n'a jamais provoqué de ces réactions graves observées à la suite d'injections des autres arsenicaux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

Efficacité — Sécurité

LANTOL

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

Isotonique - Non Toxique - Indolore

Injections intraveineuses, intramusculaires ou hypodermiques
1 à 4 ampoules de 3 c.c. par jour

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

LABORATOIRES COUTURIEUX
18 Ave. Hoche, PARIS.

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



Elixir complexe de Pancrinol

Tonique neuro-organique
associant l'opothérapie et la chimiothérapie

**ASTHÉNIES
ANOREXIE
DEFICIENCES
ORGANIQUES**

Agent Général J. EDDÉ Ltée MONTRÉAL

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.

POSTES DE MEDECINS

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.

SUITE DE 7 BUREAUX MODERNES

Planchers en tuile de liège. Eau chaude à l'année. Salles d'examen et salles d'attente. Voisin du Cercle Universitaire. Centre des hôpitaux. S'adresser au surintendant: M. Sauvé, 525 est, rue Sherbrooke, appt 14.

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.

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

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

COMPRIMÉS
RESYL "CIBA"

Ether glycéro-gaïacologique soluble.

ANTISEPTIQUE PULMONAIRE - ANTICATARRHAL



Toutes les affections des voies respiratoires.

Antiseptique, non caustique, le Résyl est dégradé dans l'organisme avec production lente de gaïacol naissant qui s'élimine en majeure partie par la voie pulmonaire.

Il diminue la toux, réduit l'expectoration.

Par son action désinfectante des muqueuses de l'arbre respiratoire, il est particulièrement indiqué au début de l'hiver pour prévenir leurs réactions inflammatoires et infectieuses.

Dans les bronchites et affections catarrhales,

le Résyl abrège la durée de coction et exerce une action cicatrisante.

En flacons de 30 comprimés (également
en flacons de 500 pour hôpitaux)



COMPAGNIE CIBA LIMITÉE - 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 $\frac{1}{2}$ grain, Substance Cérébrale 10 grains, Thymus 3 grains.

INDICATIONS:—

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

DIACRINE No 6 C & C

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

INDICATIONS:—

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

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

Echantillon sur demande.

CASGRAIN & CHARBONNEAU LIMITEE

28-30, rue St-Paul Est
MONTRÉAL

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

Téléphone:
LANcaster *3292.

L'Union Médicale du Canada

Fondée en 1872

Bureau de Direction

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

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

Bureau de Collaboration

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

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 1935:

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

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

SUITE DU SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Index alphabétique des articles publiés en 1936	1215
Index alphabétique des auteurs qui ont publié en 1936	1240

ANALYSES

MÉDECINE

L'emploi des cathartiques (p. 1180).

ENDOCRINOLOGIE

La pathogénie et la prévention du goitre simple ou endémique (p. 1181). Traitement des affections thyroïdiennes. Thérapeutique thyroïdienne (p. 1183).

NUTRITION

Diabète grave insulino-résistant. Réduction brusque et massive de l'insulino-résistance par irradiation de la région hypophysaire (p. 1185).

HYGIÈNE

La silicose (p. 1186). Pourquoi à la régression de la syphilis ne correspond-il pas une régression de la blennorragie? (p. 1186). Effets de la chaleur sur le lait (p. 1188). Taux de mortalité par tuberculose en 1935 (p. 1188).

CHIRURGIE

A propos des contusions de l'abdomen avec lésions multiples des mésos d'insertion intestinale (mésentère et méso-sigmoïde) (p. 1189).

PÉDIATRIE

Les diarrhées de fermentation des enfants au sein (p. 1190). Le lait calcique (p. 1191).

LABORATOIRE

Les recherches du tréponème par la ponction des ganglions. Méthode de Hoffmann modifiée par Gougerot (p. 1192). Nature et signification des altérations structurales du poumon au cours de la sténose mitrale (p. 1193).

ÉLECTRO-RADIOLOGIE

L'électro-diagnostic chez les petits enfants (p. 1193). Les applications de la haute fréquence sans exception ne sont que des formes de la d'Arsonvalisation (p. 1194).

Compagnie Générale de Radiologie,

PARIS

autrefois

Gaiffe, Gallot & Pilon et Ropiquet, Hazard & Roycourt

Installations ultra-modernes pour Hôpitaux, Cabinets médicaux.

Protection Anti-X
intégrale

RAYONS X

Sécurité électrique
absolue

DIATHERMIE

ELECTROLOGIE

SOCIÉTÉ GALLOIS & CIE, LYON

LAMPES ASCIATIQUES POUR SALLES D'OPÉRATIONS ET DISPENSAIRES

Ultra-Violets — Electrodes de Quartz — Infra-Rouges

ETABLISSEMENTS G. BOULITTE, PARIS

ELECTROCARDIOGRAPHIE, PRESSION ARTERIELLE,

METABOLISME BASAL

Tous appareils de précision médicale pour hôpitaux et médecins

ETABLISSEMENTS R. LEQUEUX, PARIS

STÉRILISATION — DÉSINFECTION

pour Hôpitaux, Dispensaires et Cabinets médicaux

COLLIN & CIE, PARIS

L'INSTRUMENTATION CHIRURGICALE PAR EXCELLENCE

PAUL CARDINAUX

Docteur es-Sciences

"PRECISION FRANÇAISE"

428, CHERRIER
MONTREAL

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

Phone
HARBOUR 2357



TEINTURE DE

METAPHÈNE

ANTISEPTIQUE

Très puissant — Non-irritant

Au laboratoire comme en clinique, le Métaphène s'est montré un agent de stérilisation extrêmement puissant, son pouvoir germicide dépassant de loin celui de la plupart des antiseptiques communément employés, y compris le bichlorure de mercure. En présence même des spores résistantes du bacille Subtilis, la Teinture de Métaphène exerce son pouvoir destructeur en moins de cinq minutes.

De plus, fait particulièrement important, il n'est pas irritant. Dans tous les cas où une stérilisation complète de la peau est nécessaire, le Métaphène est indiqué et peut s'employer à des concentrations beaucoup plus fortes que tout autre composé mercuriel en usage.

Présentation: Flacons de 1, 4, 16 et 80 oz. (Colorée et non colorée).

Echantillon et littérature sur demande

LABORATOIRES ABBOTT
LIMITÉE

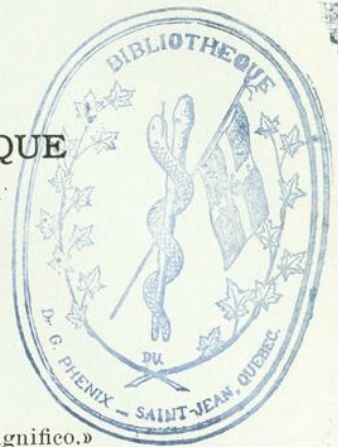
388 OUEST, RUE ST-PAUL,

MONTREAL, Qué.

MÉMOIRES

CHIRURGIE ALGO-SYMPATHIQUE
MALADIE DE RAYNAUD⁽¹⁾

Par Urgel GARIEPY, F.R.C.S. (C.),
Chirurgien de l'hôpital Notre-Dame.



« Omne ignotum pro magnifico. »
(TACITE, *Vie d'Agricola*, 30)

« La contraction tonique des artérioles des extrémités des membres est à la base de la perturbation vasculaire périphérique caractérisant la maladie de Raynaud englobant habituellement des zones symétriques des mains et des pieds, suscitant des crises alternées de syncope blanche et bleue, allant dans les cas sérieux jusqu'à la gangrène des phalanges. Le spasme est intermittent et surgit par exposition au froid ou sous le coup d'émotions vives; il n'intéresse que les artères terminales; les gros troncs vasculaires conservent leurs battements normaux. Fréquemment, il y a hyperhydrose concomitante, mais aux extrémités des membres seulement. Ce sont les personnes jeunes et hyper-émotives qui en sont le plus souvent frappées. »

Nous posons tout de suite que l'acrocyanose, état vaso-spastique, fait partie du domaine raynaudien. L'asphyxie et la froidure revêtent la première d'un gant bleu permanent tandis que la syncope blanche alterne avec la cyanose dans la seconde. Elles ont, toutes deux, une commune origine prouvée par l'amélioration ou la guérison après section des voies vaso-constrictives. Ce ne sont donc pas deux classes séparées de la nosologie.

Certaines personnes présentent des mains et des pieds glacés, hyperhydrosiques, bleuissant au froid; elles sont forcées de se couvrir abondamment, même au lit, par température abaissée. Cette disposition

(1) Pour la description de la maladie de Raynaud, nous avons fait de larges emprunts au beau et scientifique livre de James C. White: *The Autonomic Nervous System*, 1935, The MacMillan Company, éditeurs, N.-York.

s'atténue souvent avec l'âge, mais peut parfois prendre le type du Raynaud. La mort, les embarras financiers, le surmenage, l'agitation nerveuse vive peuvent accentuer cette circulation chétive. *Cette condition constitue une forme prodromique de la maladie de Raynaud.*

Plus commune chez la femme que chez l'homme, dans la proportion de 10 à 1, son apparition se situe entre la puberté et la ménopause. L'enfance et la vieillesse en sont rarement atteintes.

Les artères périphériques radiales, pédieuses, tibiales postérieures sont facilement perçues. La constriction est confinée aux pieds et aux mains avec très grande réduction du courant sanguin aux doigts et aux orteils.

Chaque cas a une température critique qui déclenche le spasme et qui se synchronise avec l'intensité du mal. A 65° F., certains patients se comportent très bien dans une pièce bien chauffée ou avec des gants appropriés au dehors. A 80° F. ou par les journées chaudes, les cas avancés ressentent toujours le même malaise et le réchauffement subséquent est lent et incomplet.

Les changements cycliques de coloration talonnent la chute de la température locale au-dessous du niveau-limite. Débutant d'abord par la cyanose qui varie du gris-ardoisé au violet, l'affection se complique plus tard de syncope blanche, symétrique aux pulpes digitales des deux mains, et s'étend ensuite à toute la hauteur des doigts avec ou sans participation des pouces. L'aspect de main morte s'accompagne d'engourdissement ou de douleur modérée locaux: la cessation de l'attaque laisse une sensation de brûlure ou de picotements. La circulation redevient normale dans les cas moins sérieux, sans oblitération artérielle, tandis qu'il persiste une teinte violacée au stade avancé. Celui-ci requiert des températures si élevées que la patiente vit dans un état de malaise permanent et d'asphyxie digitale partielle. Une anoxémie aussi prononcée amène l'ulcération des phalanges avec fibrose de la peau et du tissu sous-cutané et se termine par la gangrène sèche ou la sclérodémie. Ce qui singularise le Raynaud, c'est la parfaite symétrie des lésions. Les doigts et les orteils similaires sont pris, plus communément tous les orteils et tous les doigts, à part les pouces.

Dans la phase active de la maladie, contrairement à la période sclérodémique terminale, une sudation excessive apparaît aux pieds et aux mains, constamment humides et parfois dégouttant de sueur.

Physiologie pathologique

L'équilibre thermique et la distribution adéquate du sang dans les muscles et les organes internes sont contrôlés par le système vaso-moteur qui, comme thermo-régulateur, induit la vaso-constriction au froid et la vaso-dilatation à la chaleur. L'expansion vasculaire cutanée sert aussi à éliminer l'excès de calorification due aux exercices musculaires ou à d'autres facteurs qui augmentent le taux du métabolisme. Au repos, 76% de la déperdition calorifique filent par radiation et conduction de la peau, les 24% restants, par évaporation cutanéopulmonaire. A part le froid, la douleur, l'épouvante, la colère produisent une vaso-constriction réflexe; la timidité, la honte ou l'embarras engendrent la vaso-dilatation. Mais c'est la vaso-constriction qui joue un rôle prédominant en pathologie.

Les membres représentent 65% de la surface corporelle et le tonus vaso-constricteur s'y réfléchit, surtout aux bras où par mètre carré l'élimination calorifique est plus active, ensuite aux jambes et moins au tronc, occasionnant ainsi un transport de sang plus grand à la périphérie qu'à la tête et au torse. Ces faits semblent justifier l'idée qu'une *névrose vaso-motrice* doit affecter *primordialement les mains et les pieds*.

Depuis Raynaud, on admet qu'aux premiers stades de la maladie la lumière artérielle n'est pas obstruée. Le vaso-spasme frappe les artérioles sans toucher aux gros vaisseaux qui continuent leurs pulsations pendant les crises. On prouve que la striction est localisée sur les artères et non sur les veines du réseau capillaire en apposant un tourniquet: pendant son application, la pression périphérique monte lentement, et à la levée de l'obstacle la circulation veineuse se rétablit rapidement.

Anatomie pathologique

A) *Vasculaire*. Au début, la maladie de Raynaud ne comporte pas, confirmé par des artériographies, de rétrécissement permanent des vaisseaux périphériques, contrairement à la prolongation de l'asphyxie digitale et à l'acrocyanose où l'on trouve des altérations pathologiques définies.

Les cas avancés se confondent, sans distinction possible, avec l'endartérite oblitérante, suivant Spurling, Jelsma et Rogers (1932), Leriche et Fontaine, qui ont publié des microphotographies des artères digitales.

Au stade âgé du Raynaud, les capillaires offrent une élongation frappante, des tortuosités et une dilatation des boucles constatables dans le lit de l'ongle. Les treillis variqueux, pendant les crises, fourmillent d'érythrocytes stagnants. Après l'énerivation sympathique, tous ces constats pathologiques disparaissent.

B) *Peau et tissu cellulaire.* A la phase première du Raynaud, la peau ne s'altère pas, mais aux poussées répétées d'asphyxie succèdent, aux bouts des doigts, des ulcères superficiels que les temps chauds poussent à guérir vite. Le sphacèle peut plus tard s'étendre au tissu osseux. La croissance des ongles se fait paresseusement, ils s'épaississent énormément, subissent des troubles trophiques et sont sujets à des infections paronychiales. A la fin, la peau des doigts de la main ou du pied devient luisante et atrophique. Tout se termine par la sclérodémie, dissemblable du type diffus de la face et des régions proximales. Cette sclérodémie résulte de la mauvaise nutrition des tissus par une irrigation sanguine déficiente dérivant du spasme réitéré et de l'atteinte des parois vasculo-capillaires.

L'injection-diagnostic paravertébrale de nupercaïne dans la « sclérodactylie » ne provoque aucune augmentation notable du courant sanguin, et la sympathectomie ne donnera aucune amélioration.

C) *Os.* Une maladie de Raynaud sérieuse peut occasionner des dégâts osseux bien déterminés, une ostéoporose ou une hypercalcification osseuse des doigts.

D) *Système nerveux.* Leriche et Fontaine (1932) ont décrit, dans les ganglions sympathiques latéro-vertébraux, des modifications caractérisées par le rétrécissement des vaisseaux nourriciers, l'œdème du tissu conjonctif, l'infiltration lymphocytaire et des troubles dégénératifs dans les cellules ganglionnaires démontrés par la chromatolyse, la vacuolisation et la pigmentation anormale. Craig et Kernohan (1933), après avoir étudié spécialement la neuro-histologie des ganglions sympathiques dans le Raynaud et autres lésions similaires, concluent, dans les 208 pièces qu'ils ont examinées, à la non-spécificité des altérations intra-ganglionnaires. Ils ont trouvé des perturbations identiques dans 40 spécimens de contrôle chez des patients emportés par d'autres maladies. L'augmentation de la pigmentation semble coïncider avec l'avance de l'âge. C. Kubik a tiré les mêmes conclusions. Gagel et Watts (1932), de la clinique Foerster, rapportent qu'à l'examen microscopique d'une moelle épinière dans un cas de Raynaud, ils ont constaté une dégénérescence des neurones moteurs sympathiques dans les cellules du tractus inter-médio-latéral.

Etiologie

Raynaud (1862 et 1874) rapportait la gangrène sèche et symétrique des doigts et des orteils, sans occlusion vasculaire, à *une névrose concrétisée par une exagération énorme de l'énergie excitomotrice de la moelle grise qui contrôle l'innervation vaso-motrice*, théorie généralement admise et incontestée par tous les auteurs pendant un demi-siècle.

Mais sir Thomas Lewis (1929) s'oppose à cette conception en essayant de prouver, par la réfrigération locale, que le Raynaud consiste dans une plus grande susceptibilité au froid des muscles lisses des artérioles digitales, laquelle donnerait lieu à un spasme se limitant en ce point et excluant par conséquent le sympathique du processus. Si la constriction produisait la syncope, celle-ci occuperait le doigt tout entier au lieu de l'envahir progressivement.

Nous croyons personnellement que ce premier avancé est faux parce qu'il en est du spasme vasculo-sympathique comme des autres spasmes organiques, il procède par une série d'ondes progressives au lieu d'une vague générale totale comme essaie de l'étayer Lewis.

Lewis prétend aussi avoir pu déterminer du vaso-spasme après ganglionnectomie, donc déficience locale. Mais on sait aussi que l'énerivation est incomplète après certaines sympathectomies, et même totales, il y a parfois un vaso-spasme résiduel (Smithwick, Freeman et White, 1934) dû à la sensibilisation du muscle artériolaire vis-à-vis de la sécrétion adrénalique, phénomène plus frappant à la main qu'au pied, par la suite de la dégénérescence plus complète des fibres vaso-constrictrices post-ganglionnaires après résection cervico-thoracique.

Lewis a admis avoir conclu d'après des cas avancés de Raynaud atteints de troubles oblitératifs des artérioles. Par contre, il lui a été impossible d'amorcer, par réfrigération, le vaso-spasme résiduel après sympathectomie lombaire qui entraîne une paralysie vaso-motrice uniformément plus complète qu'au membre supérieur. En outre, il n'a jamais pu expliquer l'activité désordonnée concomitante des glandes sudoripares, conséquence certaine d'une hyper-sympathicotomie ni la prédilection marquée de l'affection pour les jeunes femmes hyper-émotives.

Enfin une autre preuve de l'anormalité du système nerveux comme cause fondamentale du vaso-spasme réside dans l'analogie de la maladie de Raynaud à la côte cervicale irritant le plexus brachial: toutes deux suscitent une déficience circulatoire dans la main. Le

syndrome de la côte cervicale a été décrit par Telford et Stopford (1931), Leriche et Fontaine (1932).

Conséquemment, il ressort de cette contradiction unilatérale que le spasme est primaire et que les altérations pariéto-artérielles s'installeront comme corollaire forcé des constrictions successives répétées étreignant les vasa-vasorum et occasionnant une dénutrition consécutive des tuniques vasculaires, d'où artérite. Mais il n'en faut pas moins rendre grâce à sir Thomas Lewis d'avoir attiré l'attention générale sur les changements anatomo-pathologiques qui surviennent dans les vaisseaux digitaux au stade quelquefois assez jeune de la maladie de Raynaud.

Traitement

Il n'existe pas de traitement médical satisfaisant de la maladie de Raynaud. Les climats chauds ne conviennent pas à l'indigente qui n'y peut trouver du travail pour vivre et il est sans bénéfice pour les cas avancés dont les ennuis y persistent quand même. Les extraits glandulaires n'ont nullement prouvé leur efficacité et la radiothérapie des centres vaso-moteurs spinaux n'a amené aucun résultat. Allen et Smithwick ont guéri des ulcérations digitales par la protéinothérapie, mais la méthode est désagréable d'application, ses effets sont courts et son usage généralisé n'est pas recommandable. Le dinitro-phénol augmente le flot sanguin périphérique et par là favorise la guérison de la gangrène parcellaire, mais cette drogue est trop toxique pour l'employer couramment.

Le seul et unique traitement de la maladie de Raynaud, c'est la sympathectomie ⁽²⁾ ganglionnaire, qui ne doit pas être une opération univoque pour toutes ses différentes phases. *Seule en relève la première période.* A la phase prodromique des mains froides et hyper-hydrosiques, sans spasticité vasculaire, les sujettes devront être suivies et examinées chaque hiver pour vérifier l'évolution et ne pas manquer la possibilité opératoire avant l'endarterite secondaire et la sclérodémie qui empêchent toute réponse vaso-dilatatrice et où l'intervention est inutile, inefficace.

Par contre, tous les auteurs sont unanimes à prôner les avantages de la résection au cycle premier, après laquelle le spasme pourra encore survenir au froid, mais il frappera surtout les gros vaisseaux qui fourniront malgré tout une circulation adéquate.

(2) Nous décrirons notre technique opératoire dans un article ultérieur.

Dans la sélection des patients en vue de l'opération, l'essentiel est de faire un diagnostic correct. Les malades au-dessus de 50 ans seront suspects d'artério-sclérose, même avec des artères perceptibles, des phénomènes vaso-moteurs et des ulcères terminaux de parfaite symétrie. La radiographie interviendra alors pour déceler la calcification des artères périphériques. Les sujets mâles jeunes doivent appartenir à la thrombo-angéite oblitérante qui est l'apanage de leur sexe, tandis que le Raynaud s'y rencontre rarement. La faiblesse ou l'absence de pulsations artérielles avec implication unilatérale signe presque la maladie de Buerger chez un moins de 40 ans, exempt de diabète.

Une côte cervicale peut simuler le Raynaud par irritation des fibres vaso-motrices du plexus brachial. Les rayons X élimineront cette éventualité.

Il faut aussi un métabolisme basal qui peut descendre parfois jusqu'à -30 , déficience à laquelle remédiera l'extrait thyroïdien.

Enfin, les patients justiciables de la sympathectomie devront subir une ou plusieurs des épreuves que nous signalons ici : oscillogrammétrie, capillaroscopie, artériographie, estimation de l'élimination calorifique, évaluation directe du courant sanguin, protéinothérapie, blocage paravertébral ou périphérique à la nupercaine, anesthésie générale ou spinale, vaso-dilatation périphérique provoquée par chauffage du corps.

L'oblitération artérielle et la sclérodémie trop accentuée seront, par ces tests, éliminées de l'indication opératoire vaine, et les succès chirurgicaux seront réduits d'autant. Même une nupercainisation-diagnostic ganglionnaire bien faite peut manquer de prédire la libération permanente du vaso-spasme parce que les terminaisons des nerfs vaso-moteurs dégénérés, après sympathectomie, se sensibilisent progressivement à l'adrénaline circulante et peuvent encore engendrer des crises de vaso-contriction sous l'effet du froid et de l'émotion. Ce phénomène est surtout remarqué au membre supérieur.

Au bas, pour obtenir une interruption complète et finale du tonus vaso-moteur, il faut réséquer le ganglion cervical inférieur en même temps que le 1er et 2e dorsaux.

Durant la première semaine qui suit la ganglionnectomie sympathique, tous les signes d'énergie vaso-motrice disparaissent. La main est injectée, les veines cutanées sont distendues, le sang circule au maximum. Après cette période initiale, la peau devient pâle et la circulation se ralentit comme dans une extrémité normale en chambre chaude. Après sympathectomie unilatérale, la main ne se refroidit pas

aussi vite et autant que le côté opposé. Elle réagit plus tôt après réfrigération, mais la calorification du corps ne le rend pas aussi brûlante que dans une partie normalement innervée. Lewis et Pickering (1931) et Freeman attribuent ce processus à la paralysie des fibres tant vaso-dilatatrices que vaso-constrictrices. Leriche et Fontaine (1933) astreignent la réduction secondaire et les altérations résiduelles du courant sanguin à une innervation intrinsèque dans les parois artérielles. La découverte récente de l'importance de l'hormone médullo-surrénalienne circulante devra amener la révision du champ entier des réponses vasculaires après sympathectomie.

Langley, Allen et White (1931-1932), après résection des 1er et 2e ganglions thoraciques seulement, ont observé que les bons résultats post-opératoires ne se maintenaient que six mois et que ré-apparaissaient ensuite tous les symptômes antérieurs. Depuis, White inclut le ganglion cervical inférieur dans la technique opératoire.

Mécanisme du vaso-spasme résiduel post-opératoire

Après exérèse des voies cervico-thoraciques, les conclusions sont moins satisfaisantes qu'au membre inférieur où la réussite est la règle, parce que, même avec un découplage nerveux apparemment total, il persiste un degré parfois frappant de vaso-spasme.

White et O'Kelberry ont prouvé par l'expérimentation que l'*inactivation* de la sécrétion surrénalienne enraye une grande partie de l'activité vaso-motrice résiduelle dans les artères éternées. Ils pensent qu'un grand nombre d'insuccès d'énervation sympathique complète dans le Raynaud du membre supérieur est dû à des *hormones sympathomimétiques circulantes*. Puisque la sensibilisation à l'adrénaline dépend de la dégénérescence des neurones post-ganglionnaires, il est logique de tenter seule la résection des fibres pré-ganglionnaires ou R. C. blancs que l'on obtient dans une sympathectomie lombaire seulement, car les deuto-neurones originent dans les ganglions sacrés supérieurs qui restent par conséquent inviolés, tandis qu'au membre supérieur l'opération sectionne tous les filets tant pré que post-ganglionnaires. Ici, pour ne toucher que les protoneurones, il faudrait couper les racines antéro-supérieures de la moelle. Sur des oreilles de lapins, White a noté, après rhizotomie antérieure, que les vaisseaux sont en dilatation permanente et non influencés par le froid, la peur, la douleur ou autre stimulus. Il est évident que l'expérimentation

animale devra être poussée plus loin avant d'en appliquer la technique à l'homme.

Aux membres inférieurs, après ganglionnectomie lombaire, on ne peut faire pointer aucun signe de vaso-spasme résiduel et les opérés ne montrent aucune tendance à rétablir les marques extrinsèques du tonus sympathique. L'intervention est uniformément heureuse parce que les artères éternées sont infiniment moins sensibilisées à l'adrénaline⁽³⁾ et que les racines sympathiques post-ganglionnaires sont demeurées vierges de tout contact chirurgical.

Voici maintenant deux cas de maladie de Raynaud que nous avons suivis et opérés par résection cervico-thoracique sympathique bilatérale.

CAS I. — Berthe H..., 23 ans, servante. Admise à l'hôpital Notre-Dame le 15 mars 1936. Il y a trois ans, en juillet, froidure des mains, asphyxie et syncope blanche. Froid excessif aux mains et aux doigts. Symétrie des phénomènes locaux. En août, douleurs aux doigts avec suintement séreux à leurs extrémités. Acrocyanose se déclenche par immersion dans l'eau. Depuis six mois, sudation profuse des paumes et des doigts. Traitée autrefois pour Basedow.

Examen clinique: Cyanose des mains augmentant en déclivité et disparaissant en élévation. Faibles battements dans les pédieuses et tibiales postérieures. Pulsations diminuées à la radiale gauche par rapport à la droite. Doigts épaissis, empâtés: apparence succulente. Transpiration marquée des paumes des mains et des faces palmaires des doigts. Cicatrices terminales des quatre derniers doigts de la main droite et des quatre premiers doigts de la main gauche. Les phalanges médiales sont hypertrophiées. Lésions trophocutanées de la face dorsale de l'auriculaire et de l'annulaire droits, du pli dorsal distal de l'index droit.

Laboratoire et Rayons X: Calcium ionisé 0 gr. 0197 (normal 0 gr. 022 à 0 gr. 025).

Azotémie et glycémie: normales.

Pas d'ostéoporose ni d'arthrite. Amputation spontanée d'origine X de toutes les phalangettes, sauf celle de l'annulaire des deux mains. (D. Léonard.)

Oscillométrie: peu modifiée.

Diagnostic: Maladie de Raynaud à la phase d'endartérite.

3 avril 1936. — Résection cervico-thoracique droite incluant le deuxième ganglion. Technique de White. Suites normales.

(3) Nous publierons ultérieurement les différentes théories et faits expérimentaux concernant le mécanisme complet du vaso-spasme résiduel, car un tel exposé allongerait démesurément un article qui a déjà pris trop d'ampleur.

28 avril 1936. — Prise de la température périphérique droite et gauche.

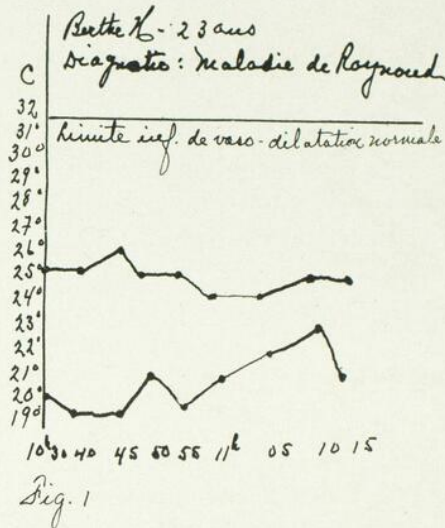


FIG. 1. — Température périphérique, prise le 28 avril 1936 à la pulpe du pouce droit (côté opéré), ligne pleine, et à la pulpe du pouce gauche (non opéré), ligne pointillée.

Le graphique du pouce droit semble démontrer que l'intervention n'a pas modifié la situation pathologique. L'index vaso-moteur est franchement mauvais.

Température de la salle d'examen 68° F.

Température orale de la malade 98° 3/5 F.

Exposition des mains à l'air, 30 minutes.

30 avril 1936. — Stellectomie gauche. Convalescence sans incidents.

Après les deux opérations, nous notons un syndrome de Bernard-Horner typique. Les douleurs disparaissent dans les poignets et les doigts. Extension plus complète des doigts, flexion plus facile à l'exception de l'index encore raide. L'hyperthermie du début se maintient et l'hyperhydrose s'est éclip­sée totalement.

Nous reprenons la température du pouce gauche le 4 mai et des deux pouces le 15 mai. Dans l'ensemble, nous pouvons écrire que la malade a manifestement bénéficié de la ganglionnectomie, comme le démontrent les figures 2 et 3.

Le 16 mai, congé. Tous les phénomènes vaso-moteurs ont vidé les lieux. Les douleurs dans les mains et les doigts se sont esquivées, à part quelques algies intermittentes dans les poignets.

Revue le 28 octobre 1936, six mois après la sympatlectomie bilatérale, nous constatons que la cyanose antérieure des mains est très considérablement atténuée, légère en déclivité. En élévation, il ne survient qu'une faible pâleur. Nous notons que les doigts conservent leur aspect « succulent » et que l'extension n'est pas complète pour quelques-uns.

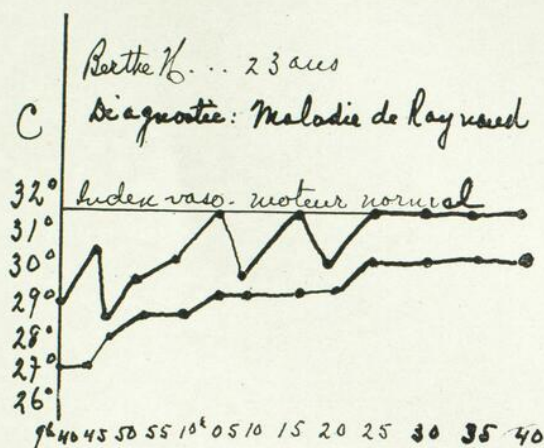


Fig. 2 -

FIG. 2. — Le graphique supérieur donne la température périphérique de la pulpe du pouce droit, le graphique inférieur celle du pouce gauche. Ces tracés ont été pris le 15 mai 1936, après la résection cervico-thoracique bilatérale qui a nettement amendé la chaleur périphérique déficiente, constatable lors de l'examen du 28 avril précédent. Le vasospasme a lâché et l'index vaso-moteur est remonté.

Température orale 97° F.

Température de la salle d'examen 68° F.

Exposition des mains à l'air, 30 minutes.

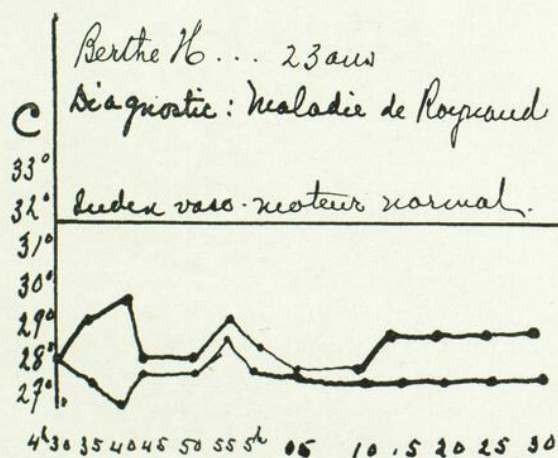


Fig. 3

FIG. 3. — Thermopériphérie, le 30 octobre 1936, de la pulpe des deux pouces, six mois après la stlectomie bilatérale. L'index vaso-moteur s'est élevé de plusieurs degrés comparativement à l'état pré-opératoire.

Température orale 97.4° F.

Température de la salle d'examen 68° F.

Température du Dermatherme 30.5° C.

Exposition des mains à l'air, 30 minutes.

L'opérée déclare que la douleur des doigts a baissé de 75% au moins, que la syncope blanche n'est jamais revenue depuis les interventions. Elle sort, sans ressentir aucun ennui, sans gants, geste qu'elle ne pouvait faire auparavant. Il lui fallait se ganter à l'intérieur avant de se risquer au dehors par température froide. Elle dit persister encore quelque sensibilité aux doigts, surtout ceux de droite. Au repos, si elle bouge les doigts et les coudes, elle a remarqué des douleurs articulaires assez marquées.

Nous avons refait une périphérométrie, le 30 octobre 1936, dont voici le tracé et l'interprétation.

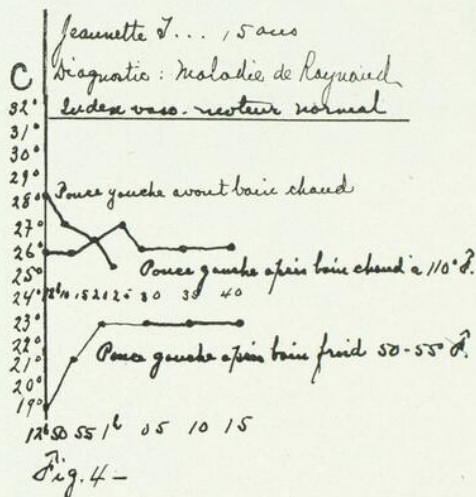


FIG. 4. — Périphérométrie du pouce gauche. Vaso-spasme très marqué puisqu'il ne cède guère à un bain chaud de 15 minutes de durée. Le bain froid a produit une contraction extrême des vaisseaux, mais 10 minutes après la fin du bain, la température s'élève pour demeurer stationnaire. Dans ces deux épreuves, il y a constriction artérielle indubitable.

Température orale 98° F.

Température de la salle d'examen 72-74-73 et 70° F.

Exposition des mains à l'air, 30 minutes avant le test.

Epreuve le 27 avril 1936.

Malgré que l'index vaso-moteur n'atteigne pas le niveau normal, l'on peut noter qu'il n'est pas loin de la limite régulière. Si cet index ne s'est pas maintenu à la hauteur des épreuves du 4 mai et du 15 mai 1936 (voir Fig. 2 et 3), il faut en chercher la cause dans l'endarterite chronique d'un Raynaud avancé. Quoiqu'on soit en face d'un vaso-spasme résiduel, nous croyons avoir lieu d'être content d'avoir réséqué les ganglions cervico-thoraciques de cette malade, puisque les résultats post-opératoires prouvent une amélioration considérable évidente sur l'état antérieur.

CAS II. — Jeannette T..., 15 ans. Maladies antérieures: rougeole, variole, T. B. évolutive arrêtée depuis trois ans, trois curettages de la mastoïde gauche, appendicectomie et amygdalectomie bilatérale en 1934. Donc gros passé infectieux. A toujours toussé et transpiré la nuit.

Admise une première fois à l'hôpital Notre-Dame le 18 février 1936, pour douleurs scapulo-dorsales ayant débuté cinq mois plus tôt le soir de la 3e mastoïdectomie et durant depuis. Soupçonnant du pithiatisme, nous tentons, le 21 février 1936, une infiltration novocaïnique de l'étoilé gauche, du 2e, 3e et 4e ganglions sympathiques thoraciques gauches. Hyperthermie immédiate du membre supérieur, sécheresse de la main et syndrome de Bernard-Horner. Disparition complète de la douleur durant quinze jours. Sortie le 7 mars suivant, elle revient dans notre service le 13 avril avec la même symptomatologie. Nous faisons un examen très serré et nous découvrons une cyanose des doigts et des mains alternant avec des crises de syncope blanche absolument typiques, une transpiration profuse des extrémités. L'asphyxie blanche va de la pulpe des doigts jusqu'aux poignets. La malade a l'impression de ne pouvoir fermer ses mains. Elle se plaint de picotements, de sensation de défaillance et de frilosité extrême des quatre membres.

Examen clinique: Doigts succulents. Sudation excessive: un film d'eau couvre l'épiderme des paumes. Marbrures et violacement des mains en déclivité, blancheur d'albâtre en élévation. Troubles trophiques des ongles des pieds. Pendant notre inspection, la patiente fait une attaque caractéristique que nous cataloguons immédiatement: maladie de Raynaud.

Azotémie, glycémie et formule sanguine, normales.

Oscillométrie: deux examens, pris à intervalles, montrent dans l'un des courbes normales, dans le second des graphiques presque horizontaux. Le dernier fut certainement exécuté pendant une période de spasme.

Avant de pratiquer la résection, acceptée par la malade et sa famille, nous essayons une périphéromie gauche dont voici le tracé:

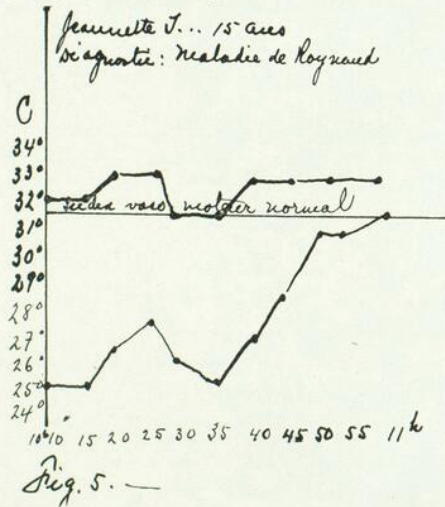


FIG. 5. — Le graphique sup. représente la température périphérique du pouce gauche après résection cervico-thoracique gauche. Le vaso-spasme a lâché complètement. Par contre, le pouce droit du membre non opéré présente des oscillations inégales, caractéristiques de l'instabilité de la spasticité artério-sympathique.

Température orale 98° F.

Température de la salle d'examen 69° F - 68° F.

Exposition des mains à l'air, 30 minutes.

Epreuve le 14 mai 1936.

Ayant dûment constaté la vaso-constriction aux extrémités digitales de la main gauche, nous sommes à l'aise pour intervenir par sympathectomie cervico-thoracique qui est suivie des signes habituels post-opératoires. Suites sans incident.

Le 14 mai, température périphérique suivante des deux côtés:

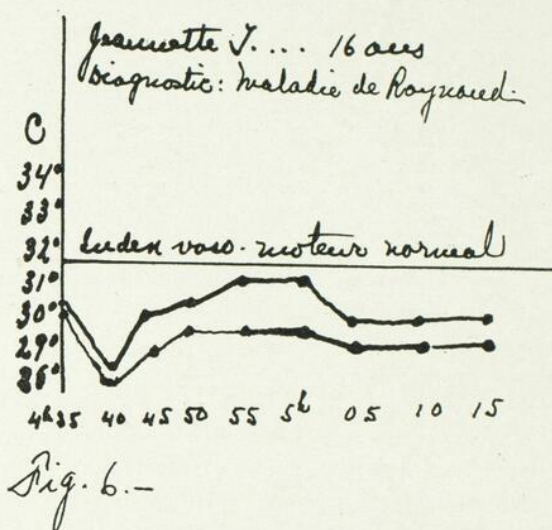


FIG. 6. — Périphérométrie de la pulpe des deux pouces, le 2 novembre 1936, six mois après résection cervico-thoracique bilatérale. Quoique l'index vaso-moteur soit un peu descendu, comparé à l'épreuve du 14 mai 1936, il n'est pas éloigné du niveau normal.

Température orale 98.2° F.

Température de la salle d'examen 68° F.

Exposition des mains à l'air, 60 minutes.

Température du Dermatherme, 30° C.

Consécutivement à cette épreuve, nous pratiquons la résection cervico-thoracique droite, troublée par un incident au moment du clivage de la plèvre à l'articulation costo-transversaire. Par suite d'adhérences serrées de pleurésie ancienne, elle se déchire durant sa libération, d'où pneumo-thorax. Insertion immédiate intrapleurale d'un cathéter Nélaton que nous relient à la pompe aspiratrice et que nous laissons fonctionner tout le temps que nous terminons tranquillement la fermeture des différents plans. La convalescence fut un peu mouvementée par l'hémo-pneumothorax, mais tout rentra dans l'ordre assez rapidement.

Au départ, tous les phénomènes vaso-moteurs, l'asphyxie blanche et bleue, les douleurs avaient totalement disparu. Les ennuis algo-circulatoires avaient pris le chemin de l'oubli.

Revue à deux reprises depuis sa sortie de l'hôpital, la guérison se maintient.

Le 31 octobre 1936, nous la convoquons à notre bureau où notre examen signale des mains chaudes et roses, sans aucune hyperhydrose. L'opérée relate la disparition totale des crises de syncope blanche et de

cyanose et des douleurs. Elle est dans des dispositions d'euphorie inexprimable.

Le 2 novembre suivant, nous prenons la température périphérique de la pulpe des deux pouces, résultat consigné ci-dessous :

La périphérothermie ci-dessus est plus modeste que les signes extérieurs de la convalescence actuelle. Alors que l'index vaso-moteur s'est quelque peu abaissé en regard du test pratiqué le 14 mai dernier, la réponse post-opératoire clinique prend une allure d'exultation triomphante qui fait fi de toutes les épreuves de laboratoire ou autres. Dans le cas de Jeannette T..., peut-être ne pouvons-nous pas crier à la guérison trop tôt, mais, tout de même, nous sommes heureux d'avoir constaté l'évanouissement entier de tous les phénomènes algo-vaso-moteurs.

Après les quatre opérations que nous avons pratiquées chez les deux malades qui font le sujet de cet article, nous avons remis à M. Pierre Masson la chaîne et les ganglions sympathiques que nous avons réséqués. Nous avons été assez heureux de lui livrer des pièces chirurgicales indemnes de tout trauma manipulatoire, où sa haute technique et ses connaissances hors-pair lui ont permis de découvrir et de situer des lésions, dont quelques-unes avaient été vues par Leriche et Fontaine en 1932. Mais à lui revient l'honneur et le mérite d'affirmer et de préciser les altérations qui surviennent au sein des ganglions sympathiques que l'on incriminait timidement comme facteurs de la maladie de Raynaud.

Voici le rapport et les figures que M. Masson a mis très aimablement à notre disposition :

Examen histologique.

Nos investigations ont porté sur trois ganglions étoilés, traités par la méthode de Cajal au chloral. Les coupes sériées au 1/50 de mm. ont été virées à l'or. Cette méthode a donné des résultats remarquablement uniformes et constants.

Les lésions observées ont été les mêmes dans tous les cas.

Elles sont de deux ordres: *foyers d'infiltration histiocytaire* autour de quelques vaisseaux et *figures de dégénérescence des cellules ganglionnaires*.

Toutes ces lésions sont discrètes, très limitées, séparées par de vastes étendues de tissu ganglionnaire d'aspect normal.

Les *foyers histiocytaires* sont souvent réduits à une mince gaine de cellules rondes qui entoure un capillaire sur un court trajet sans empiéter sur le tissu nerveux. Ailleurs la gaine inflammatoire, épaissie en fuseau, infiltre le tissu nerveux adjacent et pénètre entre les prolongements des cellules ganglionnaires. Ailleurs enfin, elle siège à une ramification vasculaire et accompagne ses branches sur un court trajet (fig. 8).

On trouve 3 ou 4 de ces foyers dans chaque coupe et l'on peut les suivre dans 3 ou 4 coupes successives, après quoi ils disparaissent. C'est dire que leurs dimensions maxima n'excèdent guère 200 μ .

Les *lésions dégénératives* atteignent isolément les cellules ganglionnaires. Elles sont peu abondantes et très clairsemées: on en rencontre au plus 3 par coupe totale de ganglion, le plus souvent moins ou pas du tout. Habituellement elles sont sans rapport avec un foyer inflammatoire. La pré-

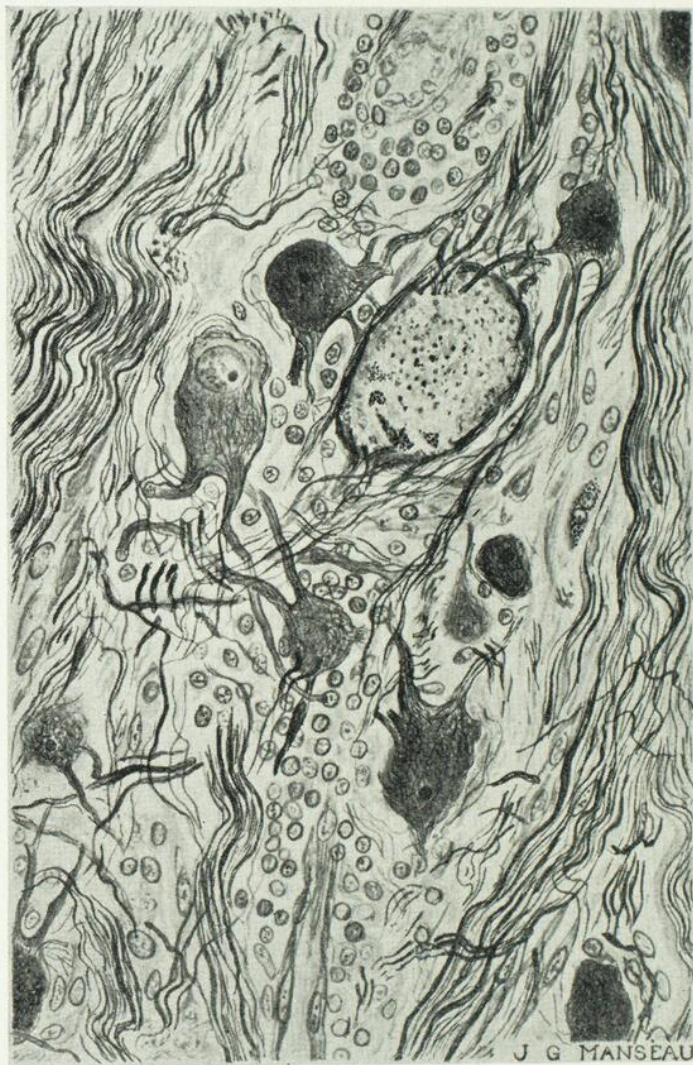


Fig. 8

sence d'une cellule dégénérée au voisinage d'un tel foyer (fig. 9) est une rareté et semble fortuite.

Ces lésions dégénératives peuvent être rangées dans le groupe classique des dégénérescences hydropiques. Toutes les cellules atteintes sont gonflées et sphériques.

Si l'on range les altérations observées dans un ordre logique — lequel est peut-être chronologique — on peut distinguer un premier type caractérisé par un état aphérique de la cellule, qui a perdu ses dendrites.

Dans un second type les neurofibrilles, rassemblées autour du noyau, forment autour de lui un réseau dense et opaque qui l'enserme et le masque. Ce réseau est en continuité avec un fin faisceau fibrillaire qui sort de la

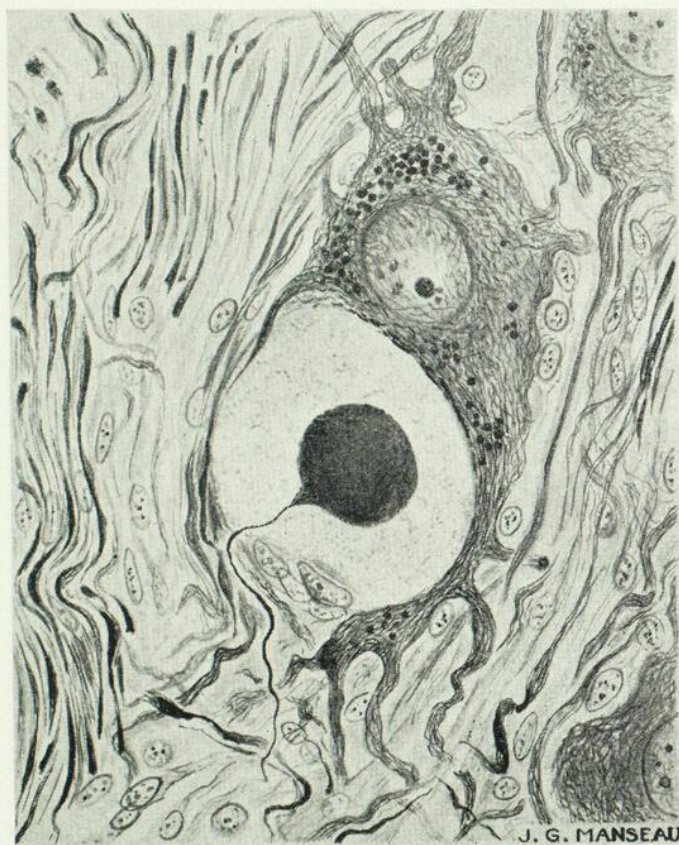


Fig. 9

cellule et représente sans doute l'axone. Le cytoplasme de la cellule est parfaitement incolore. Sa turgidité est telle qu'il déforme les éléments environnants (fig. 8).

Dans un troisième type, la cellule, gonflée au maximum, est convertie en une masse sphérique ou ovoïde, granuleuse et finement vacuolaire. On n'y trouve ni fibrilles ni noyau. Tout autour d'elle les cellules capsulaires contiennent des granulations argyrophiles — sans doute pigmentaires (fig. 1).

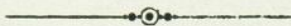
PIERRE MASSON.

Conclusions

De cet ample exposé et des preuves à l'appui, nous déduisons que la maladie de Raynaud est une affection des ganglions sympathiques dont le mécanisme thermo-vasculo-régulateur troublé réagit sur les capillaires périphériques des extrémités des membres pour y déterminer des phénomènes vaso-algo-moteurs dont le principal est le spasme artériel, qui produit des crises alternées de syncope bleue et blanche. L'évolution peut indéfiniment se confirmer à la constriction dans un grand nombre de cas, mais peut aussi parfois, par le resserrement spasmodique répété des parois artérielles, amener une oblitération des vasa-vasorum avec dégénérescence secondaire des tuniques des vaisseaux et créer une endartérite oblitérante qui se terminera par des ulcérations parcellaires de la pulpe des doigts.

Les traitements médical et physiothérapique ne peuvent rien pour améliorer ou guérir un mal dont la thérapeutique est essentiellement chirurgicale, prouvée par les résultats que nous avons obtenus dans les observations plus haut citées.

Conséquemment, il importe énormément de faire un examen clinique serré de toutes les jeunes personnes à mains moites et froides ou se plaignant de douleurs dans les doigts. Un dépistage systématique révélera qu'en notre climat humide plus nombreux qu'on ne le croit sont les cas qui relèvent de la maladie de Raynaud ou de son acolyte l'acrocyanose. Un esprit médical attentif et toujours en éveil découvrira les troubles circulatoires périphériques à la période primaire du spasme et évitera d'attendre l'apparition des signes probants caractérisés par les menues plaques de sphacèle cutanée qui compromettront l'acte chirurgical bienfaisant et curateur.



GROUPES SANGUINS ET TRANSFUSIONS CHEZ LES NOUVEAU-NÉS

Par **Albert BERTRAND**,
Professeur agrégé à l'Université de Montréal,
Chef adjoint au laboratoire de l'hôpital Notre-Dame.

Bien que les indications de la transfusion sanguine soient moins nombreuses et moins variées chez le nouveau-né que chez l'adulte ou le nourrisson, il faut savoir cependant qu'elles existent et que l'enfant peut tirer profit de ce mode de thérapeutique.

Il ne nous appartient pas de déterminer le moment de l'intervention ni les voies à prendre pour obtenir un bon résultat. Nous désirons simplement éclairer certains points de technique en rapport avec l'établissement des groupes sanguins chez les nouveau-nés ou avec le choix des donneurs, en attirant tout particulièrement l'attention sur le moment de l'apparition des agglutinines et des agglutinogènes dans le sang de l'enfant.

On sait en effet que si les agglutinogènes des globules sont différenciés suffisamment dès le troisième mois de la vie intra-utérine, les agglutinines du sérum, au contraire, se manifestent beaucoup plus tardivement et n'existent habituellement en quantité suffisante qu'au cours des deux premières années après la naissance.

Il nous a semblé intéressant de vérifier pour nous-même cette assertion et de rechercher ces deux substances dans le sang des nouveau-nés en nous arrêtant tout particulièrement sur les agglutinines.

Dans ce but, le sang des nouveau-nés a été prélevé au moment de la section du cordon; les groupes sanguins ont été établis par la méthode indirecte des sérums titrés II, III et IV; et la recherche des agglutinines dans le sérum des enfants a été pratiquée en utilisant la technique de Beth-Vincent inversée.

Nous avons à date examiné le sang de 30 nouveau-nés. Les résultats de nos recherches sont contenus dans le tableau ci-contre :

No	Groupe sanguin	Agglutinines théoriques	Agglutinines trouvées
1	III	a	a - - - -
2	IV	a, b	a lent b - - xx
3	IV	a, b	a lent b - - xx
4	II	b	b - - xx
5	IV	a, b	a - xxx b - xxx
6	II	b	b - - - x
7	II	b	b lent
8	II	b	b lent
9	II	b	b - - - x
10	IV	a, b	a xxxx b xxxx
11	IV	a, b	a xxxx b - - - x
12	II	b	b - - - -
13	II	b	b - - - x
14	II	b	b - - xx
15	II	b	b - - - -
16	III	a	a - - - -
17	II	b	b - - - -
18	III	a	a - - - -
19	III	a	a - - - -
20	IV	a, b	a - xxx b - - - -
21	II	b	b - - - -
22	II	b	b - - - -
23	IV	a, b	a xxxx b xxxx
24	IV	a, b	a - - - - b - - - -
25	II	b	b - - - -
26	II	b	b - - - -
27	II	b	b - - - -
28	III	a	a - - - -
29	II	b	b - - - -
30	IV	a, b	a - - - - b - - - -

Note: "a", "b" = agglutinines.
 - - - - = absence d'agglutinine.
 xxxx = présence d'agglutinines.

L'examen du tableau permet les constatations suivantes:

- 1° Dans 16 cas (53.3%), absence d'agglutinine;
- 2° Dans 7 cas (23.3%), agglutinines en quantité faible; agglutination lente et peu marquée des globules rouges;
- 3° Dans 5 cas du type IV (16.6%), absence des agglutinines "a" ou "b", ou diminution de leur taux;

4° Dans 2 cas (6.6%), présence d'agglutinines en quantité normale, donnant une agglutination rapide et marquée des globules rouges.

Les faits que nous avons observés correspondent donc parfaitement avec ceux signalés par divers auteurs, savoir: apparition tardive des agglutinines dans les sérums sanguins après la naissance.

Un autre point nous a également frappé lorsque nous avons établi le groupe sanguin de certains nouveau-nés: la lenteur de l'agglutination des hématies de l'enfant par certains sérums titrés très actifs par ailleurs. Cette lenteur a souvent été telle que si nous n'avions pas utilisé un sérum type IV comme contrôle, il nous eût été impossible d'établir le véritable groupe sanguin du sujet. Ceci est également conforme aux observations faites par certains auteurs qui ont noté quelquefois l'apparition tardive et l'augmentation progressive des agglutinogènes après la naissance.

Quelles conclusions pratiques pouvons-nous tirer de ces observations?

Il faut envisager deux possibilités:

A) Détermination du groupe sanguin par la méthode indirecte des sérums titrés:

1) L'absence d'agglutinine dans le sérum de l'enfant ne présente pas d'inconvénient dans ce cas puisque nous travaillons sur les hématies qui portent les agglutinogènes.

2) La lenteur de l'agglutination peut nous faire prendre pour un IV un sujet appartenant au type II ou III. Il n'en résulte pas de conséquence grave pour l'enfant si ce n'est de limiter le nombre possible de ses donneurs aux sujets du groupe IV.

B) Détermination du groupe sanguin par la méthode directe (sérum de l'enfant mis en présence des globules du donneur), seule méthode utilisable par le médecin éloigné ou ne possédant pas de sérums titrés:

1) L'absence d'agglutination, conséquence du manque d'agglutinine dans le sérum de l'enfant, peut laisser croire à une compatibilité des deux sangs. De fait, dans de telles circonstances nous croyons la transfusion possible. Il faudra se rappeler cependant que cette épreuve directe ne vaut que pour une transfusion; qu'entre une première et une seconde intervention, les agglutinines de l'enfant

peuvent faire leur apparition et nécessiter le choix d'un donneur appartenant à une autre catégorie.

2) La lenteur dans l'agglutination des hématies du donneur par le sérum de l'enfant nous semble devoir être un danger beaucoup plus grand. En effet, une observation trop courte du phénomène d'agglutination ne permet pas de constater l'incompatibilité qui existe entre les sangs mis en présence. Une interprétation fautive de la réaction autoriserait ainsi la transfusion alors que celle-ci doit être évitée avec un tel donneur.

En résumé, la transfusion chez le nouveau-né requiert les mêmes précautions que chez l'adulte. De plus, avant chaque transfusion, on devra vérifier le groupe sanguin du receveur afin de choisir un donneur approprié.



RECUEIL DE FAITS

MÉNINGITE SYPHILITIQUE AIGÜE.

Sur certains de ses éléments cliniques qui, associés à une otite suppurée chronique, pourraient suggérer le diagnostic d'un abcès cérébral.

Par Roma AMYOT,
Service de neurologie de l'hôpital Notre-Dame.

La méningite aiguë due au tréponème de Schaudin est rare. Ce constat peut étonner, eu égard à l'extension considérable de l'infection syphilitique.

Même dans les services de syphiligraphie et de neurologie des hôpitaux, on n'a pas souvent l'occasion de découvrir et d'étudier des malades qui en sont atteints. A tel point, que, si le clinicien n'est pas renseigné par l'anamnèse d'une infection syphilitique antérieure ou d'un traitement d'un type suggestif, et s'il est mis en présence d'un syndrome de méningite aiguë avec réaction lymphocytaire du liquide céphalo-rachidien, le malade ne présentant par ailleurs aucun signe extérieur caractéristique de la syphilis, il n'est pas porté d'emblée à formuler le diagnostic de méningite syphilitique aiguë.

Il pense plutôt à une méningite tuberculeuse plus fréquente ou encore à une méningite lymphocytaire dite curable. Il sera même tenté de croire à la présence d'un abcès encéphalique, comme cela nous est arrivé, si les signes cliniques de méningite sont très frustes et submergés par le syndrome d'hypertension intracrânienne, et si, d'autre part, son examen neurologique lui révèle des signes de localisation lésionnelle cérébrale.

La relative rareté de la méningite luétique aiguë est d'autant plus surprenante que l'infection syphilitique, dès les premiers mois de son évolution, s'accompagne de modifications biologiques du liquide céphalo-rachidien. Les nombreuses observations de Ravaut attestent que les méninges sont envahies par l'infection, à une période précoce, à celle du chancre même dans quelques cas, chez 68% des syphilitisés.

Un nombre important de ces infections méningées et nerveuses sont latentes, asymptomatiques et rétrocedent, en l'absence même de tout traitement, sans laisser de traces de leur passage.

Chez d'autres malades, ces réactions du liquide céphalo-rachidien signalent une syphilis méningée et nerveuse biologique et pré-clinique, annonçant des accidents neurologiques ultérieurs qui dépendent de lésions méningo-vasculaires tenaces et du type tertiaire, ou d'un processus à prédominance parenchymateuse comme ceux du tabès et de la paralysie générale.

Il est possible que le dépistage précoce de la syphilis, associé à la facilité, la précocité et l'efficacité de la thérapeutique anti-syphilitique actuelle, explique la rareté de la réalisation brutale et méningitique de cette syphilis méningée, biologique, de la période secondaire dont parle Ravaut.

Le traitement anti-syphilitique, durant la période septicémique de la syphilis, même insuffisant, s'il ne prévient pas toujours l'atteinte méningée, peut empêcher l'essaimage tréponémique massif vers les méninges et, conséquemment, chez la plupart des malades, prévient l'apparition de la méningite syphilitique aiguë.

Au surplus, la création d'anticorps par les lésions tégumentaires étendues *des sujets non traités*, l'insuffisance tréponémicide d'une thérapeutique qui aurait cependant privé *certaines sujets traités* de ces avantages immunisants des lésions cutané-muqueuses, nous feraient comprendre l'absence chez les premiers, et l'apparition chez les seconds, de la méningite dont il s'agit.

Nous illustrerons ces quelques considérations par l'étude de deux observations cliniques.

Première observation.

Emile S., âgé de 23 ans, est entré à l'hôpital Notre-Dame, le 9 sept. 1936, dans le service d'oto-rhino-laryngologie, *pour céphalée violente*.

La maladie actuelle s'est installée le 1er août. Dès le début, le malade fut pris d'une céphalée localisée à la région occipitale, irradiant vers les deux tempes. Depuis, cette céphalée n'a pas cessé de s'intensifier; elle constitue actuellement une véritable torture. Tout repos et tout sommeil sont impossibles. La douleur est constante avec exacerbations brutales et ressentie surtout aux régions fronto-temporales.

D'autre part, depuis deux ans, les deux oreilles suppuraient et l'ouïe était diminuée du côté gauche. L'hypoacousie s'était particulièrement accentuée depuis l'apparition de la céphalée. Aussi, le malade n'eut rien de plus pressé que d'aller d'abord consulter un otologiste, vers le 25 août, pour être débarrassé au plus tôt de son mal de tête. Le médecin consulté retira du conduit auditif externe droit les débris d'un tampon d'ouate qui y séjournait

depuis assez longtemps, et pratiqua une paracentèse gauche. Mais, aucun soulagement ne se montra.

Et le malade, en définitive, vint occuper un lit de l'hôpital Notre-Dame, dans un service auquel semblaient l'avoir destiné la suppuration chronique de ses oreilles et l'intervention chirurgicale préalablement effectuée; ces éléments étaient associés à la céphalée qui réalisait le motif primordial du placement.

Une radiographie, faite dès l'arrivée du malade, montra que les *mastoïdes* ne s'éclairaient pas normalement, que le sinus maxillaire gauche s'éclairait mieux que le droit.

Nous examinâmes ce malade, à la demande du service d'otologie, le 11 septembre 1936.

Il était somnolent et obnubilé. Il se plaignait, suppliait de le soulager de sa céphalée qui semblait surtout occipitale.

La nuque était légèrement enraidie.

Les deux papilles du fond de l'œil étaient fortement œdématisées.

La bouche était déviée vers la gauche.

L'occlusion de l'œil droit se faisait plus énergiquement.

La force segmentaire était diminuée au membre supérieur gauche avec hyperréflexivité tendineuse.

Les réflexes cut.-abdominaux étaient abolis à gauche.

Les réflexes rotuliens et achilléens gauches étaient exagérés.

Le signe de Babinski était présent à gauche.

Il n'y avait pratiquement pas de signe de Kernig.

Pas d'hyperesthésie tégumentaire, pas de rétractions abdominales.

Le pouls oscillait entre 48 et 60 de fréquence.

La température axillaire était, en moyenne, de 99.6 Far.

Ponction lombaire: tension, 35 cent. (malade couché).

Liquide céphalo-rachidien: albuminose, 0 gr. 80;

lymphocytose, 264 (présence de poly.);

gomme d'épinette, négative;

chlorures, 5 grs 88;

examen microscopique, aucune bactérie.

Dans le but de rapporter cette observation dans l'ordre chronologique selon lequel nous étudiâmes le malade, nous donnerons plus loin le résultat des réactions colloïdales et du B. W.

L'urine contenait des phosphates.

Vu l'anamnèse de suppuration auriculaire chronique, la réaction méningée considérable à type lymphocytaire, sans les signes cliniques typiques de méningite, mais avec les critères d'une hypertension intracranienne marquée; vu l'état précaire du malade et les signes de localisation lésionnelle cérébrale (hémiplegie gauche fruste), nous soupçonnâmes la présence d'un abcès cérébral, à situation temporale droite et d'origine otique.

Nous décidâmes de confier le malade au Dr W. Cone du *Montreal Neurological Institute*, afin de connaître son opinion sur le cas et qu'il pût compléter l'examen par une ventriculographie.

Une ventriculographie fut faite le 14 septembre par le Dr W. Cone. Le ventriculogramme montra des ventricules *très dilatés*, le gauche plus que le droit, la déviation du septum lucidum vers le côté droit de 4 millimètres, la dilatation du 3e ventricule en position médiane. La radiographie suggérait, en plus, l'impression d'un blocage de la circulation de l'oxygène, injecté, au niveau des lacs de la base. (Dr Childe.)

Un nouvel examen auriculaire, fait par le Dr McNally, permit de constater une perforation du tympan gauche avec légère réaction inflammatoire; une diminution de l'audition gauche; une otite moyenne suppurée droite; une mastoïde gauche plus douloureuse à la pression que la droite; des cellules de la mastoïde droite légèrement plus voilées, à la radiographie.

A cette phase de l'étude de notre malade la ventriculographie nous ayant convaincu de l'absence d'un abcès, en accord d'ailleurs avec les médecins du *Montreal Neurological Institute*, nous croyions avoir affaire à une méningite tuberculeuse.

Sur ces entrefaites, nous reçûmes le rapport «une semaine après l'examen neurologique et la ponction lombaire» des réactions biologiques du liquide céphalo-rachidien. *Il montrait que la réaction de B. W. était fortement positive aux deux antigènes et que celles du benjoin et de l'or colloïdaux offraient des courbes du type pégétique avec Pandy positif.*

Après son retour à l'hôpital Notre-Dame, l'état du malade était considérablement amélioré. Complètement lucide, il nous apprit qu'en décembre 1935, une petite tuméfaction, du volume d'un pois, était apparue sur le gland. Simultanément, il remarqua que se développait à chaque aine une tuméfaction indolore, sans rougeur tégumentaire, de la dimension d'une cerise de jardin. Aucune éruption cutanée ne fut remarquée par le malade. D'autre part, il a reçu, à partir de décembre, durant huit mois, 3 séries d'injections intraveineuses hebdomadaires (probablement de Novar).

Lorsque les signes de méningite débutèrent, il y avait précisément 3 semaines qu'une série avait été cessée.

On pourra objecter que l'erreur de diagnostic du début aurait pu être évitée, si on avait attendu le résultat des réactions biologiques du liquide céphalo-rachidien, avant de prendre la moindre initiative thérapeutique étiologique et si on avait interrogé le malade sur ces antécédents syphilitiques.

Chez l'adulte.

une heure avant le coucher,

la prise d'un ou deux comprimés de

SONERYL

(Butyl-éthyl-malonylurée)

suivie d'une infusion chaude,

permet un sommeil

calme, réparateur,

assure un

réveil euphorique.

Le SONERYL est présenté
en tubes de 20 comprimés dosés à 0 gr. 10
de produit actif par comprimé.

LABORATOIRES POULENC FRÈRES DU CANADA,
LIMITÉE

SÉDOSINE

**PASSIFLORE
JUSQUIAME
CRATAEGUS**

SÉDATIF DU SYSTÈME
NEURO-VÉGÉTATIF

**ASSOCIATION SYNERGIQUE
HYPERACTIVE**

LABORATOIRES LICARDY 38, B° BOURDON - NEUILLY - PARIS

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

PHYLACTONE BYLA

Peptone spéciale à polyvalence protidique, hautement différenciée, résultant d'un mélange de peptones de: **viande, poisson, lait, œufs.**

Anti-anaphylactique par excellence, recommandé dans : migraines, céphalées, urticaires, intoxications alimentaires d'origine anaphylactique.

CACHETS — GRANULÉ

PHYTOGENINE BYLA

Association de PHYTOPHOSPHINE, de fluorure de sodium, de nucléinate de manganèse et d'un complexe endocrinien (thymus, rate, surrénales, parathyroïdes, foie, moelle osseuse embryonnaire, os épiphysaire),

Réminéraliseur intensif, indiqué dans les troubles de la croissance, la tuberculose et toutes les déficiences du métabolisme.

COMPRIMÉS — GRANULÉ

Etablissements BYLA, Paris

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

L'état précaire du malade ne permettait pas d'attendre; il fallait agir rapidement.

Et même si nous avions su que le liquide présentait les réactions propres à l'infection syphilitique, nous nous demandons encore si nous n'aurions pas confié, malgré tout, le malade au neuro-chirurgien.

Rien, en effet, n'empêche un malade syphilitique d'héberger un abcès cérébral.

La coïncidence d'une infection otique chronique droite avec les signes d'une hypertension intracrânienne et d'une réaction méningée lymphocytaire, associée à des signes neurologiques de localisation, obligeait à prendre les moyens pour éliminer catégoriquement la possibilité d'un abcès cérébral. Seule, une ventriculographie (l'hypertension intracrânienne contre indiquant l'encéphalographie) pouvait nous éclairer à ce sujet.

Au surplus, rappelons que le rapport des examens biologiques du liquide céphalo-rachidien, indiquant indubitablement la syphilis méningée, ne nous est parvenu que 7 jours après notre premier examen; ce qui excuse l'erreur du début et a permis de nous rendre cette observation plus intéressante.

En ce qui concerne l'anamnèse de l'accident primaire et du traitement reçu, l'obnubilation du malade ne permettait pas de nous renseigner sur son passé même récent.

Nous soulignons, en passant, le désaccord entre les courbes colloïdales au benjoin et à l'or franchement positives et en plateau et la réponse négative de la gomme d'épinette de Bertrand. Nous ne pouvons le comprendre.

L'étude de ce malade se compare très étroitement à celle d'une autre malade que nous avons eu l'occasion d'examiner en septembre 1935 et dont nous rapportons brièvement l'observation.

Deuxième observation.

Mme Henri S..., 47 ans, est admise à l'hôpital Notre-Dame, le 27 septembre 1935, pour céphalée violente.

En août de la même année, elle eut 3 crises nerveuses, dont une avec perte de conscience, convulsions toniques et bleuissement des lèvres; dont les deux autres, avec obnubilation psychique et sensations d'accablement physique.

Céphalée depuis trois semaines, au vertex.

Pas d'histoire de coryza, d'infection pharyngée, de sinusite, d'otite ou d'amygdalite. Toux depuis quelques jours.

A l'examen:

Céphalée lancinante avec violents paroxysmes.
 Plaintes constantes de la malade.
 Pas de raideur de la nuque, ni Kernig évident.
 Hyperréflexivité tendineuse aux membres gauches.
 Légère parésie des membres gauches.
 Réflexe plantaire normal.
 Stase papillaire bilatérale.
 Température buccale de 99 Far. à 101°. Pouls, 80.
 B. W. et Kahn du sang fortement positifs.

Liquide céphalo-rachidien:

Pression non enregistrée.
 Lymphocytose: 188 (assez nombreux polynucléaires).
 Albuminose: 0 gr. 90.
 Absence de bactéries.
 Pandy positif.
 B. W. fortement positif.
 Réactions colloïdales à l'or et au benjoin: positives en plateau.

Nous ne pûmes préciser la date de l'infection chez cette malade. Elle ne remarqua aucune éruption cutanée, ni lésion génitale. Elle ne reçut aucun traitement. La contagion se fit probablement par voie maritale.

Au premier examen, vu l'hypertension intracrânienne avec céphalée et stase papillaire bilatérale, l'absence de signes typiques de méningite, les critères liquidiens d'inflammation méningée à lymphocytes sans bactéries, et les symptômes neurologiques de localisation lésionnelle au cerveau droit (hémiplégie gauche fruste), l'hypothèse d'un abcès cérébral effleura notre esprit.

Mais, cette fois, l'état relativement bon de la malade, et l'amélioration de son syndrome d'hypertension sous l'effet des injections intraveineuses de sérum glycosé hypertonique (50%), nous permirent d'attendre. Les réactions de B. W. et colloïdales fortement positives firent lever tout doute étiologique et nous imposèrent le diagnostic de méningite syphilitique aiguë.

Commentaires

La syphilis, dans 70% des cas, durant la période secondaire de son évolution, infecterait les méninges et le système nerveux. Heureusement, le plus souvent, cette infection, que seule l'étude du liquide céphalo-rachidien peut déceler, est latente et fugace. Elle s'efface même sans l'intervention d'un traitement.

METHODE DE WHIPPLE

HEPATHEMO

DESCHIENS



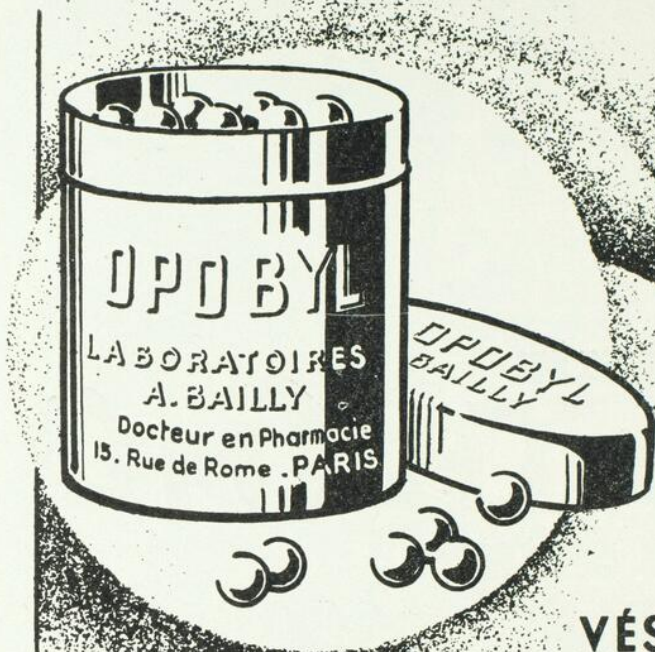
Extrait concentré hydrosoluble de foie de veau

Forme ampoule • Forme sirop

**SYNDROMES
ANÉMIQUES**

DESCHIENS, 9, RUE PAUL BAUDRY - PARIS (VIII^e)
REPRESENTANT : ROUGIER, 350, RUE LENOIX MONTREAL (CANADA)

OPOBYL



Pour vos
VÉSICULAIRES
Pour vos
HÉPATIQUES

OPOBYL

associe

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

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

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

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

Chez certains malades, syphilis méningo-parenchymateuse latente et pré-clinique, elle est suivie, à une échéance plus ou moins lointaine, d'accidents méningés et nerveux à processus pathologique de la période tertiaire. Ces phénomènes méningo-vasculaires de la période tertiaire, à manifestation neurologique, sont habituellement tenaces.

Assez rarement, l'extension de l'infection aux méninges, durant la période septicémique, se fait brutalement et s'accompagne d'une réaction violente des méninges molles: c'est la méningite syphilitique aiguë, syndrome propre à la période secondaire.

Cette méningite crée de l'hypertension intracrânienne avec céphalée et stase papillaire.

Les symptômes typiques de méningite aiguë (Kernig, raideur de la nuque, photophobie, hyperesthésie cutanée, rétraction abdominale), contrairement aux épisodes aigus de cette autre méningite lymphocytaire, la méningite tuberculeuse, sont très peu marqués.

Nos deux malades sont très démonstratifs à ce sujet.

A l'encontre de ce qu'on affirme dans certains traités et manuels, où d'ailleurs on traite peu de la méningite syphilitique aiguë, la température du malade peut s'élever assez considérablement durant le cours de l'affection.

La ponction lombaire fait recueillir un liquide céphalo-rachidien limpide et hypertendu, contenant de nombreux lymphocytes (264-188) et des polynucléaires; il est hyperalbumineux (0 gr. 80, 0 gr. 90) et ses réactions de B. W., colloïdales et de la globuline sont habituellement franchement positives; il est amicrobien.

Le B. W. du sang est également positif.

Les méninges molles (pie-mère et arachnoïde) sont envahies par une infiltration leucocytaire qui prédomine autour des vaisseaux; elles sont congestionnées; elles ont perdu leur transparence normale; un exsudat gélatineux se dépose à leur surface.

Ces lésions méningées, en troublant la circulation et la résorption du liquide céphalo-rachidien, font apparaître l'hydrocéphalie et l'hypertension intracrânienne.

Troublant la nutrition du tissu parenchymateux sous-jacent et même s'étendant jusqu'à lui, elles font naître des signes neurologiques irritatifs et déficitaires sensitivo-moteurs.

Sous l'influence du traitement anti-syphilitique (cure mercurielle ou bismuthique suivie du traitement arsenical trivalent), la méningite syphilitique régresse assez rapidement. Du moins, les signes cliniques disparaissent. Il arrive, malheureusement, trop souvent que les altéra-

tions liquidiennes tenaces témoignent de la persistance de lésions méningo-parenchymateuses qui ont passé à l'état de chronicité et qui, malgré la continuité d'un traitement énergique, pourront évoluer vers le tertiarisme et peut-être vers la paralysie générale.

C'est pourquoi on est autorisé à soumettre ces malades, dont le liquide résiste aux traitements anti-syphilitiques, à une cure pyrétothérapique et tout particulièrement à la malariathérapie. C'est faire œuvre prophylactique; c'est guérir facilement et complètement une paralysie générale qui n'existe pas encore, mais qui est possible et dont le traitement, durant l'évolution active des lésions, n'est jamais radicale; c'est prévenir aussi la syphilis cérébrale dont le cours est souvent marqué d'accidents dramatiques à pathogénie vasculaire.

Retenons qu'à l'esprit du neurologue et de l'otologiste, certains aspects cliniques de la méningite syphilitique aiguë peuvent évoquer l'hypothèse d'un abcès cérébral. Le rapprochement se fera automatiquement, si le malade étudié est l'objet d'une suppuration auriculaire chronique du côté où des signes neurologiques de localisation situent la prédominance des lésions.

Par ailleurs, si on trouve habituellement, par un examen microscopiquement appliqué, le bacille de Koch dans le liquide, on ne peut déceler le spirochète. Ces deux microbes pouvant causer une méningite lymphocytaire à allure aiguë, cet élément de différenciation possède une certaine importance.

Nous terminons ce travail en conseillant fortement de toujours enquêter, en présence d'une méningite lymphocytaire, sur la possibilité d'une infection syphilitique antérieure, sur l'anamnèse des signes cliniques qui pourraient l'attester et sur la mise en œuvre fortuite d'un traitement antisiphilitique.



UN CAS DE DIABÈTE RÉNAL⁽¹⁾

Par Armand GRATTON,

du Service des Maladies de la Nutrition de l'hôpital Notre-Dame

En présence d'un malade qui urine du sucre, il est aussi important d'en connaître la cause et de faire un diagnostic précis que s'il s'agissait d'un malade qui tousse. Car glycosurie ne veut pas nécessairement dire diabète, bien que celui-ci en soit la cause dans la majorité des cas. En effet, la grossesse, le goitre toxique, certains médicaments et poisons (morphine, adrénaline, sels métalliques), les blessures du rein, certaines lésions du cerveau (fracture du crâne, méningites, tumeurs cérébrales), des écarts alimentaires, l'anesthésie à l'éther et enfin le diabète rénal peuvent provoquer une glycosurie passagère ou continue, et le traitement dans ces cas ne sera pas celui du diabète sucré, surtout lorsqu'il s'agit du diabète rénal. Au contraire, on expose même le diabétique rénal à des accidents de dénutrition, d'acidose ou d'hypoglycémie si on le soumet à un traitement antidiabétique. L'histoire du malade suivant prouve bien les conséquences d'un diagnostic incomplet.

Il s'agit d'un jeune homme de 26 ans, tailleur de cuir, qui nous est envoyé par son médecin pour diabète et phlegmon de l'amygdale gauche. La glycosurie, qu'on croyait d'origine diabétique, a été découverté il y a 8 ans, lors d'un examen d'assurance. Il a même été refusé par la compagnie à cause de cette glycosurie. Inquiet, ce jeune homme a consulté plusieurs médecins à différents intervalles, avec toujours les mêmes résultats, *i.e.*, Glycosurie = Diabète = Diète hypohydrocarbonée, sans cependant avoir jamais fait une glycémie à ce jeune homme. On a toujours posé le même diagnostic en dépit du fait que ce malade n'avait pas d'antécédents familiaux de diabète et n'avait jamais présenté aucun signe clinique de diabète, c'est-à-dire polyphagie, polydypsie et polyurie. Atteint d'amygdalites à répétition, on a refusé de lui faire une amygdalectomie à cause de son prétendu diabète. Pris d'un violent mal de gorge, il consulte son médecin, qui, en présence d'un mauvais état général et d'une glycosurie abondante décide immédiatement de le diriger à notre service à l'hôpital.

(1) Travail présenté à la Séance scientifique d'octobre 1936, du Bureau médical de l'hôpital Notre-Dame.



PLUS RICHE

en VITAMINE D

L'Huile de Foie de Morue 10-D est plus riche en vitamine D que notre huile de foie de morue ordinaire, marque « Soleil en Bouteille ». Ce terme « 10-D » est employé pour désigner cette huile, car sa teneur en vitamine D est dix fois supérieure à celle d'un échantillon d'huile de foie de morue que la Wisconsin Alumni Research Foundation a adopté comme son standard.

L'Huile de Foie de Morue 10-D Ayerst, en plus de sa teneur en vitamine D élevée, est titrée biologiquement et est carbonatée d'après un procédé spécial qui lui donne une saveur délicate et qui la protège contre la détérioration.

*Huile de Foie
de Morue*

10-D Ayerst — une source certaine de la
vitamine D.

10-D *Ayerst*

AYERST, McKENNA & HARRISON, LIMITÉE

Biologistes et Pharmaciens

MONTREAL

CANADA

il aurait fallu des doses d'insuline beaucoup plus fortes pour contrôler sa glycémie, étant donné la sévérité de son infection.

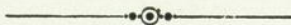
Comme conclusion, que serait-il arrivé ici, si on avait fait un bon diagnostic, dès la découverte de la glycosurie?

Au point de vue social: 1° Ce jeune homme aurait pu bénéficier d'une assurance-vie, car les compagnies d'assurance, à date en médecine, acceptent ces cas;

2° Il aurait pu être traité à domicile sans avoir à encourir les frais toujours dispendieux d'une hospitalisation.

Au point de vue médical: 1° Le malade aurait pu être opéré sans danger pour ses amygdales et aurait ainsi échappé à l'amygdalite suraiguë qui l'a emporté;

2° Il a suivi pendant huit ans une diète inutile, non suffisante pour le métier qu'il exerçait, et qui l'a mis en état de moindre défense devant une infection de la gorge à laquelle il n'a pu résister.



MOUVEMENT MÉDICAL

LA TRICHINOSE

Par **Henri GÉLINAS,**

Du service de Médecine de l'hôpital Notre-Dame.

Dernièrement, nous avons pu observer, dans le service du professeur E.-P. Benoît, deux cas de trichinose. L'un de ces malades fut assez gravement atteint, pendant que sa femme était traitée pour le même mal dans un autre service de l'hôpital Notre-Dame. Notre second cas fut beaucoup plus bénin. Les symptômes se résumèrent à une fièvre de quelques jours avec malaises généraux imprécis et infection conjonctivale intense. La présence d'une éosinophilie atteignant 50% avec symptômes oculaires tels qu'hémorragies sous-conjonctivales (et œdème palpébral chez notre premier malade) nous fit porter le diagnostic de trichinose. Ajoutons à cela l'ingestion de charcuterie ayant précédé de quelques jours l'apparition des troubles de nos patients. Il ne fut pas possible de confirmer notre diagnostic par une cuti-réaction. Il y a quelques mois, le professeur Masson a eu l'occasion de faire l'autopsie d'un cas de trichinose à l'hôpital Sainte-Justine.

La trichinose est une maladie moins grave et infiniment plus répandue qu'on ne le croyait. On peut admettre qu'elle est endémique et atteint une forte partie de la population. James B. McNaught et E. V. Anderson (1) ont trouvé récemment 24% de leurs 200 sujets autopsiés infestés de la trichine. Ils prélèvent 50 grammes du diaphragme, qu'ils font digérer par une solution d'acide chlorhydrique et de pepsine. Après quelques heures le muscle est complètement dissous et les trichines peuvent être facilement récupérées dans le culot de centrifugation.

D'autres auteurs américains ont également trouvé un pourcentage de sujets infestés variant de 14 à 27%, en utilisant diverses méthodes d'examen, broyage, digestion du muscle, coupes sériées. Seul E. H. Hinman (2) a trouvé une proportion de 3.5%. Ce résultat est sans doute

dû à l'emploi pour examen d'une quantité de muscle trop faible, 10 grammes. James B. McNaught et E. V. Anderson ont trouvé moins de 20 larves dans le matériel examiné dans 79% des cas. Une fois, ils ont pu en compter 3,800. Rien dans les antécédents des cas positifs ne pouvait faire présumer l'existence d'une infestation par la trichine. L'éosinophilie n'a jamais dépassé 4%. Il faut sans doute expliquer ceci et par une infection bénigne et par l'ancienneté plus ou moins grande de cette infestation. On sait que les embryons de *Trichina spiralis* ont pu subsister jusqu'à 30 ans enkystés dans les muscles. Notre second patient aurait sans doute vu son affection qualifiée « grippe » sans la constatation d'une éosinophilie aussi extraordinaire. De 1931 à 1935, les statistiques vitales de San Francisco montrent une morbidité par trichinose de 0.0016 à 0.0044%. Ce fait démontre bien jusqu'à quel point les cas sporadiques ou bénins de trichinose sont méconnus.

Etiologie

La trichinose est causée par la *Trichina* ou *Trichinella spiralis*, petit nematode atteignant 1 mm. pour le mâle et 4 mm. pour la femelle. Le porc est l'hôte habituel. Presque tous les mammifères peuvent être infestés. Le rat l'est fréquemment.

Albert T. Walker (3) rapporte une petite épidémie due à l'ingestion de viande d'ours en 1932. Un de ses malades en mourut.

L'embryon de *Trichina spiralis* enkysté dans le muscle de porc est libéré dans l'estomac. Deux jours après son absorption, il y a copulation dans l'intestin. Après 6 à 8 jours, la femelle fertilisée enfouit sa partie antérieure sous la muqueuse intestinale. La ponte des larves dure environ 6 semaines. Ces larves sont disséminées par le torrent sanguin à tous les organes, surtout les muscles. Le cerveau peut être infesté; on a pu trouver des larves vivantes dans le liquide céphalo-rachidien. L'enkystement des larves dans le muscle se fait dans les douze semaines suivant leur ponte.

Le porc paraît fortement infesté. Seule la cuisson peut mettre à l'abri de cette maladie. La salaison ou le fumage ne réussissent pas à débarrasser la viande de porc de ses larves. La congélation prolongée est cependant effective. La charcuterie domestique est généralement cause des épidémies constatées aux Etats-Unis. Ce fait s'explique sans doute par sa consommation hâtive non précédée d'une congélation suffisante.

Symptômes

Période d'invasion.

C'est la phase intestinale. Elle dure huit jours et il peut y avoir diarrhée banale ou même cholériforme. L'état général alarmant peut présenter l'aspect typhique. La fièvre peut atteindre 105°. La mort peut être rapide.

Période de dissémination.

Cette période est marquée par une attitude plus ou moins grave de l'état général. Les muscles sont douloureux. Il peut y avoir des rétractions musculaires. Tous les muscles peuvent être touchés, muscles de l'œil, du larynx, masticateurs. Si les muscles inspirateurs ou expirateurs sont pris, il peut se produire des accidents asphyxiques graves. A cette période on voit apparaître des œdèmes parfois volumineux, notamment de l'œdème palpébral assez fréquent.

Période d'enkystement.

Le malade meurt cachectisé, ou beaucoup plus souvent les symptômes s'amendent petit à petit.

La réalité, cependant, est loin de se conformer à ce tableau schématique. Beaucoup plus souvent le malade paraît atteint d'un vague état grippal, peu alarmant. Au cours d'une épidémie, bon nombre de sujets ne ressentent aucun malaise, et seules une éosinophilie excessive ou une cuti-réaction peuvent permettre l'identification de ces cas.

La trichinose peut parfois simuler la méningite, l'encéphalite. H. Merritt et Milton Rosenbaum (4) ont observé une jeune fille de 17 ans atteinte de confusion mentale, hémiplegie spasmodique gauche et paralysie flaccide de l'épaule gauche, résultats d'une infestation par la trichine. E. R. Pund et Ralph Mosteller (5) ont retrouvé ce parasite dans le cerveau. Le myocarde peut être atteint. Les muscles de la paroi abdominale sont parfois douloureux au point de faire croire à une grave affection abdominale.

Diagnostic

La notion d'épidémie est souvent bien importante et fait soupçonner le diagnostic. On ne saurait trop souligner l'importance de l'éosinophilie. Celle-ci est parfois absente même en présence de signes

OPOTHÉRAPIE SÉRIQUE

DÉCHÉANCES ORGANIQUES,
CONVALESCENCES,
ANÉMIES.



SÉRUM HÉMOPOÏÉTIQUE FRAIS de CHEVAL
(Sirop)

Agent de Régénération Hématique, de Leucopoïèse et de Phagocytose,

2 à 4 cuillerées à potage par jour.

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

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

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

PRIX ORFILA
1872



PRIX DESPORTES
1904

DIGITALINE NATIVELLE

CRISTALLISÉE

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

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

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

Draeger

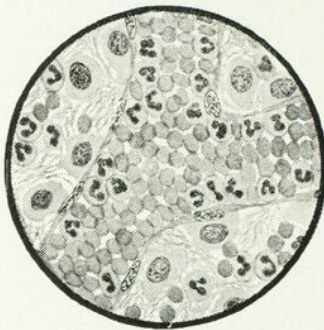
Dépôt général pour le Canada: ROUGIER Frères, 350, rue Le Moyne, à Montréal.

LES ÉTATS PATHOLOGIQUES

— les types exsudatif ou congestif, en particulier, si manifestes dans la

PNEUMONIE

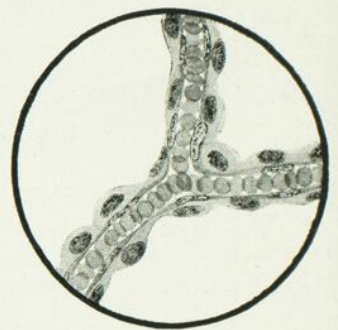
intéressent les capillaires pulmonaires.



1



2



3

Croquis schématiques des altérations, au cours du processus curatif de la pneumonie, des capillaires et des voies aériennes.

- 1) Etat de forte congestion (hépatisation).
- 2) Hyperémie active. Période de début du retour à l'état normal de la circulation capillaire, et résorption des exsudats.
- 3) Poumon sain et circulation capillaire.

Antiphlogistine

(fabriquée au Canada).

Grâce à sa chaleur humide prolongée, et à ses propriétés hygroscopiques, l'Antiphlogistine tend à rétablir la circulation capillaire; à provoquer une active hyperémie qu'elle oppose à la congestion; à éliminer les produits toxiques, et à stimuler le débit des échanges gazeux à travers l'épithélium respiratoire.

Employez l'Antiphlogistine copieusement et précocement.

Echantillon et littérature sur demande:

THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING COMPANY,

153 OUEST, LAGAUCHETIÈRE

MONTRÉAL

cliniques évidents au cours d'une épidémie. Son apparition est seulement retardée parfois. Elle peut atteindre 50% pour disparaître bien lentement. Il arrive même qu'elle soit le seul témoin d'une infestation ne troublant pas du tout le sujet. La biopsie d'un muscle peut évidemment permettre le diagnostic d'une façon certaine. Le parasite a pu être trouvé dans les selles à l'extrême début de la maladie, ou très exceptionnellement dans le liquide céphalo-rachidien à la suite d'une ponction lombaire faite pour symptômes méningés. L'intradermo-réaction de Bachman est d'une grande utilité surtout pour le diagnostic des cas sporadiques. Cependant, Robert A. Kilduffe (6), qui a observé une épidémie dans le New-Jersey en 1933, croit qu'au cours d'une épidémie prouvée la recherche de l'éosinophilie est beaucoup plus simple et tout aussi précise.

Ajoutons que l'antigène nécessaire n'existe pas dans le commerce et qu'il est difficile à préparer, au dire de R. A. Kilduffe. Pour s'en procurer il faut s'adresser au Bureau d'Agriculture de Washington.

Traitement

Le traitement est surtout préventif.

Comme la viande de porc est fréquemment infestée et que ceci est impossible à prévenir, il faut insister pour qu'elle soit consommée bien cuite. Le traitement de la maladie est purement symptomatique. Tout au plus peut-on conseiller des laxatifs à l'extrême début pour favoriser l'évacuation des larves habitant encore l'intestin.

BIBLIOGRAPHIE

1. James B. McNAUGHT et Eugene V. ANDERSON: « La trichinose à San Francisco », *J. A. M. A.*, 107, p. 1446, 31 octobre 1936.
2. E. H. HINMAN: « La trichinose en Louisiane », *New Orleans M. and S. J.*, 88, 445, janvier 1936.
3. Albert T. WALKER: « La trichinose. Epidémie causée par l'ingestion de viande d'ours. » *J. A. M. A.*, 98, 2051, 11 juin 1932.
4. H. MERRITT et Milton ROSENBAUM: « Atteinte du système nerveux par la trichinose », *J. A. M. A.*, 106, 1646, 9 mai 1936.
5. E. R. PUND et Ralph MOSTELLER: « La trichinose. Présence de parasites dans le cerveau. » *J. A. M. A.*, 102, 1220, 14 avril 1934.
6. R. A. KILDUFFE: « L'intradermo-réaction de Bachman dans la trichinose ». *American Journal of the Med. Sciences*, vol. 186, 802, décembre 1933.



REVUE DES LIVRES

La médecine à travers le temps et l'espace. Collection publiée sous la direction du Docteur STEPHEN-CHAUVET, ancien interne lauréat (médaille d'or) des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Institut, lauréat de l'Académie de Médecine, lauréat de la Faculté de Médecine, lauréat de la Soc. d'Anthropologie, lauréat de la Soc. de Géographie. Librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

L'intérêt de l'histoire de la médecine, que L. Barbillion soulignait si bien en 1885 s'est accru encore du fait que la préhistoire, et l'ethnographie (inexistantes il y a quelque 70 ans), la protohistoire, et l'histoire, non seulement se sont enrichies considérablement, mais sont devenues des sciences de plus en plus précises. Aussi, à l'heure actuelle, comportant un mélange de médecine, de préhistoire, d'histoire, d'ethnographie, de religions, de folklore, etc..., présente-t-elle un intérêt prodigieux. Et cet intérêt est encore accru par ce fait que les progrès des procédés de reproduction permettent de lui adjoindre une iconographie très abondante, reproduisant tous les documents découverts au cours du dernier demi-siècle! C'était là une première raison d'éditer une nouvelle « histoire de la médecine »!

Mais, il se trouve, en outre que, par suite des conditions d'existence actuelles, l'homme cultivé, après ses journées de labeur et de soucis, désire une lecture lui apportant détente et évasion! et, à cet égard, les goûts ayant évolué, ce ne sont plus les romans qu'il recherche, mais les récits de voyages ou d'explorations, et, aussi, la petite histoire romancée!

Or, de par ses matières, l'histoire de la médecine est une sorte d'histoire romancée, mais dans un climat scientifique, puisqu'à propos de l'art médical, toutes les sciences ayant l'homme pour objet sont mises à contribution.

Et voilà pourquoi la collection de « la médecine à travers le temps et l'espace » a été décidée.

Mais on l'a voulue: 1^o complète certes, mais sans excès, c'est-à-dire sans fatras inutile, comme sans chapitres philosophico-hypothétiques; 2^o excluant la médecine des temps modernes car il ne s'agit pas d'un traité de médecine mais d'une histoire de médecine! (sans compter que, sur la médecine contemporaine, les livres pullulent); 3^o homogène et d'une valeur de documentation inégalable; or, un seul auteur ne peut être compétent en tout, et, par contre, il fallait éviter, contrairement à certaines collections (parues, ou à paraître) les collaborateurs trop nombreux et non qualifiés! Aussi la collection sera-t-elle complète en une dizaine de volumes, chacun d'eux étant écrit par le savant le plus éminent pour le sujet traité; 4^o avec une illustration très abondante, mais ne comportant que des documents ayant rigoureusement leur raison d'être du fait du texte; 5^o d'un format commode, et, aussi, d'un prix modique — malgré une présentation parfaite.

TRAITEMENT DE LA BLENNORRAGIE

par le

VACCIN DEMONCHY

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

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

Renseignements plus complets sur demande

à

MM. ROUGIER FRÈRES,
MONTRÉAL

Distributeurs



UROPRAZINE

ÉLIMINE L'ACIDE URIQUE



Pipérazine
Héxaméthylentétramine
Soufre colloïdal
Formiate de lithine
Goutte, rhumatisme, sciatique

Une cuillerée à thé 2 à 4 fois par jour dans un demi-verre
d'eau tiède, selon l'avis du médecin.

BOUTEILLES DE 150 et 270 GRAMMES

LABORATOIRE SPARTOL
PARIS, FRANCE

HERDT & CHARTON INC.
2027, Ave McGill College, Montréal, Canada.



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.

Ainsi paraîtront, successivement, en volumes comportant de 150 à 200 pages et de 50 à 100 figures: 1^o La Médecine des peuples primitifs (préhistoriques et contemporains) par le Dr. Stéphen-Chauvet; 2^o La Médecine précolombienne (en Amérique du Sud) par R. d'Harcourt; 3^o La Médecine en Mésopotamie, par le Dr G. Conteneau; 4^o puis: La Médecine égyptienne; La Médecine dans la Grèce antique; La Médecine romaine; La Médecine arabe, etc...

En résumé, écrites en langage simple et clair, sans terminologie spéciale, ces petites fresques sont aussi passionnantes pour les: historiens, romanciers, artistes et tous esprits cultivés, que pour les: médecins, préhistoriens et ethnologues!!

Techniques modernes en Physiothérapie, par LABORDERIE (Sarlot).
Un volume, de la collection des « Petits Précis », Paris, Librairie Maloine.

Cet excellent petit livre, écrit, comme tous ceux du même auteur, avec clarté et précision, traite des modalités électriques modernes, et de leurs appareils de production: ionothérapie, ondes courtes, ondes galvaniques alternatives à longues périodes de Laquerrière, courants progressifs, de Lapicque, chromaxie, courant exponentiel de basse fréquence, diathermo-galvano-faradisation, radiothérapie du sympathique, etc. Il sera donc consulté avec fruit par les omnipraticiens désirant se mettre au courant des progrès de la spécialité et même par certains spécialistes voulant se remettre rapidement "à la page".

Applications nouvelles en Physiothérapie, par LABORDERIE (Sarlot).
Un volume, de la collection des « Petits Précis », Paris, Librairie Maloine.

Cet ouvrage, qui fait suite au précédent, a été écrit pour servir de guide au praticien qui n'a pas le temps de lire et désire cependant diriger son malade en connaissance de cause. Il y trouvera, sans détail de technique ou de posologie, en tableaux résumés, les indications principales (et les contre-indications) de l'électrothérapie, de la radiothérapie et de la physiothérapie, surtout dans leurs applications les plus modernes, depuis les algies jusqu'aux applications gynécologiques, depuis la maladie de Basedow jusqu'aux rhumatismes, depuis les maladies hépatiques jusqu'aux affections inflammatoires, etc.

A. LAQUERRIERE.

LIVRES REÇUS EN NOVEMBRE

La Médecine chez les peuples primitifs, par le Dr STEPHEN-CHAUVET.
Volume de 140 pages, en vente chez Maloine, Paris.

« Cuisine diététique » dans les affections du tube digestif, par le Dr LEON-MEUNIER. Volume de 180 pages, en vente aux Editions Oliven, 65, avenue de la Bourdonnais, Paris.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DES VOMISSEMENTS HABITUELS DU NOURRISSON

Les vomissements habituels du nourrisson sont fréquents; dans certains cas, ils présentent par leur répétition et leur ténacité une gravité particulière, au point de mettre la vie de l'enfant en danger. Leur étude offre donc pour le praticien un réel intérêt. Le traitement de ces vomissements, pour être efficace, doit être, autant que possible, étiologique, ou tout au moins pathogénique. Aussi diviserons-nous les vomissements habituels du nourrisson en vomissements:

- I. *d'origine alimentaire;*
- II. *d'origine nerveuse;*
- III. *d'origine organique.*

I. — Vomissements d'origine alimentaire

Ce sont de beaucoup les plus fréquents. Ils peuvent dépendre: a) de la quantité des aliments; b) de la qualité des aliments; c) d'erreurs de technique dans l'alimentation.

a) *La quantité* des aliments est souvent en cause: ce sont les vomissements par sur-alimentation ou par sous-alimentation. La balance nous dira si le nourrisson est sur ou sous-alimenté.

b) *La qualité* des aliments intervient plus rarement chez l'enfant au biberon de nos jours, grâce au contrôle sanitaire du lait par nos services d'hygiène. Chez l'enfant au sein, on peut observer des vomissements, lorsque la mère fait abus de certains aliments, de certains médicaments, ou, à titre plus exceptionnel, de boissons alcooliques.

c) *Les erreurs de technique* dans l'alimentation peuvent donner lieu à des vomissements: repas trop rapprochés ou administrés à heures irrégulières, emploi d'aliments mal préparés, donnés à la fois trop tôt et en trop grande quantité. Le fait de faire boire l'enfant couché sur le dos, en tenant le biberon horizontalement, détermine une aérophagie excessive, et partant peut être une cause de vomissements.

Pour le traitement de cette catégorie de vomissements habituels, il suffit de prescrire à l'enfant un régime approprié, en particulier des repas toutes les 4 heures, et de remédier aux erreurs de technique pour faire disparaître les vomissements.

II. — Vomissements d'origine nerveuse

Ils sont liés à un spasme total de l'estomac et correspondent à ce que le professeur Marfan a décrit sous le nom de « maladie des vomissements habituels ». Il s'agit d'une gastro-névrose émétisante, survenant chez des nourrissons correctement alimentés, mais issus de souche névropathique. Il faut rechercher avec soin chez ces malades les stigmates de la syphilis congénitale et les signes de la tétanie, car souvent ces vomisseurs sont des spasmophiles ou des hérédos.

Les vomissements n'ont pas de caractères particuliers, en dehors de leur répétition après chaque repas et de leur durée. On en fait le diagnostic par élimination et par l'épreuve thérapeutique à la *belladone*, que l'on administre de la façon suivante :

Teinture de belladone	Vingt gouttes
Julep gommeux	100 c.c.
1 c. à thé = I goutte.	

On commence par donner une cuillerée à thé, trois fois par jour, 15 minutes avant les repas. Si avec cette dose les vomissements persistent, on augmente d'une cuillerée à thé par jour, jusqu'à deux cuillerées à thé, trois fois par jour, en surveillant attentivement la pupille.

Bien que l'alimentation ne soit pas en cause ici, on se trouvera bien de donner des repas toutes les quatre heures, et dans les formes graves, de prescrire le régime sec, sous forme de bouillies épaisses.

III. — Vomissements d'origine organique

Ce sont les vomissements qu'on observe dans la sténose congénitale du pylore: ils sont abondants, explosifs, incoercibles, n'apparaissant qu'à partir du dixième jour après la naissance, s'accompagnant de constipation opiniâtre, d'amaigrissement rapide et marqué. L'examen radiologique révèle un retard considérable de l'évacuation gastrique: vingt-quatre heures après l'ingestion de bouillie barytée, il existe encore dans l'estomac une quantité appréciable de substance opaque.

Le traitement des vomissements de la sténose congénitale du pylore est essentiellement chirurgical. Il consiste dans la *pylorotomie extra-muqueuse* ou opération de Fredet-Rammstedt. C'est une intervention de courte durée, qui est faite avec un minimum d'anesthésie, et qui comporte habituellement un bon pronostic, lorsqu'elle est pratiquée en temps opportun et dans de bonnes conditions.

Paul LETONDAL.



ANALYSES

MÉDECINE

Oscar W. BETHEA. — **L'emploi des cathartiques (The use of cathartics).**
« J. A. M. A. », 17 octobre 1936.

La saignée, la scarification, les ventouses, les lavements, la diaphorèse, la diurèse et la purgation ont eu une vogue enthousiaste durant une longue période de l'histoire de la médecine. Ils furent employés avec un certain abandon gai, si l'on peut s'exprimer ainsi de nos jours. — La tendance actuelle est d'en restreindre l'emploi aux cas présentant une indication définie — Si le public a un si grand penchant pour les purgatifs, la vraie et grande cause se trouve dans les annonces commerciales, et l'exploitation des gens est une disgrâce pour notre civilisation moderne; on ne donne qu'une considération secondaire à l'humanité souffrante et peut-être aucune.

Comme exemple l'auteur cite qu'à l'hôpital « Charity » New Orleans, dans les cas d'appendicite aiguë, il y eut 1 mort sur 96 cas ayant pris aucune purgation; 1 mort sur 11 des cas ayant pris une purgation avant l'opération et 1 mort sur 4 des cas ayant été victimes de purgation répétée.

La classification des cathartiques se fait en 7 groupes:

- 1) Ceux qui agissent mécaniquement par leur consistance. (Petrolatum.)
- 2) Ceux qui absorbent et retiennent l'eau et préviennent leur absorption de l'intestin. (Agar.)
- 3) Les salins qui préviennent partiellement l'absorption de l'eau et agissent partiellement sur la paroi de l'intestin. (Sulfate de magnésie.)
- 4) Ceux qui agissent sur le côlon. (Cascara sagrada.)
- 5) Ceux qui soulagent d'un agent irritant. (Podophyllum.)
- 6) Ceux qui contiennent des corps gras non saturés. (Huile de ricin.)
- 7) Les médicaments inorganiques. (Soufre, mercure.)

La subdivision s'exprimerait ainsi: les médicaments requis par un état aigu et ceux à employer dans la constipation chronique ou l'œdème:

Le sulfate de magnésium serait le plus employé des purgatifs, seulement il a un goût désagréable.

Le magnésia magna ou lait de magnésie est bien présenté pour tous et facile à donner aux petits; cependant son usage fréquent peut amener une sensation de brûlement de la région rectale.

Les poudres Seidlitz sont de bons laxatifs.

L'huile de ricin qui est la plus employée après le sulfate de magnésium trouve un emploi très plausible dans les indigestions aiguës ou les nausées, ajoutons-y 4 c.c. de teinture d'Opium camphrée, mélangeons bien dans un verre et avalons d'un trait.

L'usage du calomel jadis en vogue tombe en désuétude.

Le Pétrolatum liquide est valable pour les hémorroïdes et les fissures anales.

Pour terminer l'auteur nous annonce que 85% des constipations sont fonctionnelles et dues à des habitudes fautives. Cet article nous démontre des faits que la plupart d'entre nous connaissons, mais qu'il est bon et utile de remettre en mémoire.

Aleide PILON.

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



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

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

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

RIODINE (Astier)

Iode organique assimilable

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

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

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

LABORATOIRES 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.

ENDOCRINOLOGIE

David MARINE. — **La pathogénie et la prévention du goitre simple ou endémique.** « Journ. Am. Med. Ass. », 104; 26; pp. 2334-2341; 29 juin 1935.

Les connaissances étiologiques actuelles concernant le goitre simple ou endémique permettent de recourir plus efficacement à sa prévention. Elles se sont acquises, surtout depuis une trentaine d'années, grâce aux études portant sur la chimie de la thyroïde, sur les rapports entre les modifications anatomiques de la glande et celles de son contenu en iode, sur les corrélations entre la thyroïde et les autres glandes endocrines, surtout la pituitaire et les gonades, sur l'action pharmacologique de l'extrait thyroïdien et de la thyroxine.

Le goitre colloïde, selon l'auteur, est le résultat d'une involution thyroïdienne succédant à une phase d'hypertrophie et d'hyperplasie actives. La thyroïde qui, pour une raison ou une autre (insuffisance sécrétoire du tissu thyroïdien; ingestion d'iode insuffisante; besoin accru de l'organisme en sécrétion thyroïdienne; réaction de compensation à une thyroïdectomie partielle) et sous l'effet de la stimuline thyrotrope de la pituitaire antérieure, avait accentué son activité (diminution de la colloïde et de l'iode du contenu folliculaire; congestion de la glande; haussement des cellules cuboïdales), revient à son fonctionnement normal. Cette mutation rétrograde, sous l'effet de la disparition des causes qui avaient amené son hyperplasie, s'accompagne de modifications anatomiques: consistance plus ferme de la glande, la congestion s'évanouit, la colloïde s'accumule dans les follicules qui contiennent plus d'iode, l'épithélium s'amincit. Le goitre colloïde est créé par augmentation du volume global de la glande.

L'atrophie thyroïdienne.

Elle serait la conséquence de l'épuisement de la glande résultant d'une hyperplasie et d'une hyperactivité plus ou moins prolongées. Cet épuisement s'accompagnerait de la mort des cellules cuboïdales des follicules thyroïdiens. Certaines expériences d'Allen et de Smith suggéreraient que l'atrophie dépend en dernier ressort d'une déficience du facteur thyrotrope de la pituitaire.

Le goitre adénomateux.

Les îlots adénomateux sont, dans une minorité de cas, congénitaux. Ils sont presque toujours la conséquence d'une hyperplasie et d'une hypertrophie partielles ou circonscrites. Ils sont isolés au sein d'un goitre colloïde à activité ralentie. Ils se développent dans des thyroïdes qui ont passé successivement et alternativement par des phases d'hyperactivité et d'involution.

L'auteur croit que *le goitre toxique* qui anatomiquement est peu différentiable du goitre parenchymateux simple, se constitue sous l'effet de facteurs associés: stimulation hypophysaire, déficience de la corticale surrénalienne et des glandes sexuelles.

Goitre simple endémique et crétinisme.

Ces deux états découlent d'un même processus. Comme disait Morel: « le goitre est la première station sur la voie qui conduit au crétinisme ». En somme, ils manifestent une faiblesse de la thyroïde.

Le goitre simple peut apparaître sur tout animal à thyroïde vivant dans l'eau douce et sur quelque territoire que ce soit. Les animaux vivant dans l'eau de mer ne sont pas sujets au goitre. Il est endémique dans cer-

taines régions qui sont pour la plupart, quoique non exclusivement, montagneuses. Chez des groupes d'humains récemment arrivés dans des zones goitreuses, s'installent des poussées de goitre à allure épidémique. Ces poussées disparaissent aussitôt que ces personnes retournent vers des régions non goitreuses. Le goitre se développe surtout durant la vie fœtale (congénital), à la puberté, durant la grossesse et la période de lactation, au déclin de la vie sexuelle. Avant de mentionner les facteurs étiologiques qui provoquent le goitre simple et d'en résumer les éléments pathogéniques, disons que Chatin, en 1852, fut le premier à établir que le goitre endémique était dû à une concentration anormalement basse en iode des eaux, aliments et terres des territoires habités. Cette opinion fut combattue par de nombreux auteurs, dont Virchow. Ce n'est qu'en 1898, lorsque Bauman démontra que l'iode faisait partie intégrante de la thyroïde, que la conception de Chatin fut acceptée.

Le goitre simple est un processus de compensation fonctionnelle, sous l'effet de la stimulation du facteur thyrotrope de la pituitaire, aux exigences normales ou anormales de l'organisme à l'égard de la sécrétion thyroïdienne. La thyroïde s'hyperplasia pour satisfaire à la demande de thyroxine exigée.

Ainsi donc insuffisance d'iode dans la thyroïde parce que: 1) l'organisme requiert plus de thyroxine à la puberté, durant la grossesse, à la ménopause; lors de certaines infections (tuberculose, syphilis) et intoxications; sous l'effet du froid; à la suite d'ingestion excessive de graisse, d'albumine et de calcium; à l'occasion d'une baisse dans les oxydations (anémie, altitude élevée); 2) l'absorption et l'utilisation d'une quantité normale d'iode ingérée sont troublées; 3) il se fait une ingestion insuffisante d'iode.

Donc, insuffisance relative ou absolue d'iode au sein de la thyroïde provoque l'apparition du goitre simple.

Prophylaxie.

Si les idées de Chatin avaient été admises à l'époque où il les a émises, déjà depuis longtemps cette prophylaxie du goitre simple et surtout du goitre endémique serait du domaine de l'histoire et bien mise au point. Alors qu'elle n'a été pratiquement établie sur une base importante que depuis 1917. Kimball l'institua aux écoliers d'Akron en leur prescrivant 2 grammes d'iodure de sodium pendant 15 jours de chaque printemps et automne, par dose de 0. gr. 20.

On recourut ultérieurement à la même mesure prophylactique dans plusieurs contrées.

La seule contre-indication à cette mesure prophylactique serait le goitre adénomateux qui est très sensible à l'action de l'iode et évolue rapidement, sous son influence, vers le goitre toxique.

L'auteur est d'avis que la prophylaxie du goitre simple devrait se réaliser en ajoutant, au sel de table, de l'iodure de potasse selon une proportion de 1 pour 100.000 (10 milligrammes par kilo. de sel). Il est raisonnable de croire que la prophylaxie systématique du goitre obtiendra ces résultats essentiels: 1) élimination du goitre congénital et du crétinisme; 2) réduction du nombre des malades nécessitant une thyroïdectomie partielle. Déjà, en 1934, McClure rapportait que dans sept hôpitaux du sud du Michigan, la moyenne de thyroïdectomies avait baissé, de 1927 à 1933, de 60%, la diminution des opérations de toute nature étant de 17%; 3) diminution de fréquence des tumeurs épithéliales bénignes et malignes de la thyroïde.

Roma AMYOT.

Hémostyl

Anémies Du Dr. ROUSSEL Hémorragies

SÉRUM HÉMOPOÏÉTIQUE FRAIS DE CHEVAL

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

Sirop ou Comprimés
de sang hémopoïétique
total

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

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

ANÉMIES
CONVALESCENCES
TUBERCULOSE, etc.

Echantillons, Littérature

97, RUE DE VAUGIRARD — Paris.



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

ANGLAIS
 ESPAGNOL
 ITALIEN
 ALLEMAND

ou toute autre langue

SANS EFFORT
 CHEZ VOUS
 QUAND VOUS VOULEZ!

PAR LA NOUVELLE ET FACILE MÉTHODE
LINGUAPHONE

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

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

DEMANDEZ
AUJOURD'HUI
 NOTRE BROCHURE
 GRATUITE



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

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

Nom.....

Adresse.....

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

Quelle langue vous intéresse?.....

J. H. MEANS. — **Traitement des affections thyroïdiennes. Thérapeutique thyroïdienne.** « Journ. Am. Med. Ass. », 105; I; pp. 24-29; 6 juillet 1935.

I. *Traitement des affections thyroïdiennes.*

Rappelons que ces affections peuvent troubler l'état de santé du malade par excès ou déficience de l'activité thyroïdienne, qu'elles causent aussi parfois, tout particulièrement par le volume exagéré de la glande, des désordres locaux.

A) *Goitre toxique.*

But du traitement: abolir l'hyperactivité de la thyroïde. La thyroïdectomie, la radiothérapie et la radiumthérapie sont seules capables d'atteindre ce but.

L'administration d'iode ne guérit pas le goitre toxique; elle diminue l'intensité de l'intoxication par la thyroxine et des symptômes consécutifs; elle n'abrège pas le cours de la maladie et sa suspension est suivie de la reprise des symptômes. Tous les goitres toxiques réagissent favorablement à l'iode, à moins qu'ils aient été préalablement soumis à l'action iodée. Et, à ce propos, il est important que tout médecin devant traiter un goitre toxique, sache si la personne qui en est l'objet a subi un traitement à l'iode et une cure à la digitale.

Selon l'auteur, l'irradiation de la thyroïde serait susceptible de guérir peut-être un tiers des cas; mais la thyroïdectomie sub-totale, après saturation du sujet à l'iode, serait le traitement idéal.

L'emploi systématique de l'iode (depuis Plummer, 1923), avant l'opération, diminue grandement le risque opératoire; il en est de même du repos absolu.

Les sujets chez lesquels l'usage de l'iode n'abaisse pas sensiblement le métabolisme basal, ceux qui éprouve une véritable névrose d'angoisse avant l'opération, les malades âgés, les cardiaques, courent un certain danger de l'intervention chirurgicale.

On doit, comme mesure pré-opératoire, accroître la réserve en glycogène par l'administration de sucre, prescrire des sédatifs (bromure, paraldéhyde, morphine, amytal). Les malades cardiaques devront être soumis à une cure digitalique. Toute infection imposera un délai opératoire.

Après l'opération, on devra continuer l'iode pendant la période de séjour à l'hôpital, on recourra, pour certains malades, à l'administration de glucose dans les veines ou par le rectum en association avec du bromure, et on fera inhaler de la vapeur d'eau parfumée de teinture de benjoin dans le but de calmer l'irritation trachéale.

La tétanie post-opératoire sera traitée par du calcium.

Le malade devra être suivi pendant deux ans après son opération, dans le but de découvrir immédiatement des récidives de toxicité thyroïdienne, l'installation d'un myxœdème ou de tétanie.

Si, après une thyroïdectomie, le métabolisme basal se maintient pendant deux mois à un taux normal, on peut parler de guérison.

Un métabolisme basal se montrant normal après deux semaines d'iode post-opératoire ne signifie pas guérison. Un métabolisme basal + 15 ou plus,

15 jours après administration d'iode post-opératoire, démontre que la maladie n'a pas été complètement enrayée par l'opération.

B) *Myxœdème et crétinisme.*

La thérapeutique est ici substitutive.

Contre le myxœdème de l'adulte, on emploiera de l'extrait thyroïdien à une dose suffisante à faire disparaître les symptômes cliniques de déficience thyroïdienne. Pour l'auteur, cette dose ne devra pas chercher à établir le métabolisme à un taux normal. Son expérience lui a démontré que la plupart des myxœdémateux étaient libérés de leurs troubles alors que leur métabolisme se maintenait au taux d'environ moins 20.

La poudre de thyroïde (Pharmacopée américaine) pourra être administrée à la dose de 0. gr. 016 à 0. gr. 12 par jour.

Il sera possible d'augmenter ces doses durant les mois d'hiver.

L'emploi de poudre de thyroïde dans le myxœdème a un effet rapide et radical.

Se méfier des doses trop fortes qui créeront des accidents plus dangereux encore que le myxœdème.

Le traitement du crétinisme est basé sur les mêmes directives, sauf que les doses devront être d'intensité suffisante à déclencher et stimuler la croissance.

A partir de 2 et 4 mois jusqu'à 4 et 12 ans, les doses passeront de 0. gr. 0065 (1/10 de grain) à 0. gr. 065 (1 grain) et 0. gr. 13 (2 grains) par jour.

C) *Goitre endémique et goitre colloïde.*

L'extrait thyroïdien peut être employé, si le métabolisme basal est abaissé. En définitive, le traitement médical demeure inefficace sur le goitre lui-même. La chirurgie seule peut le faire disparaître.

D) *Goitre nodulaire.*

Que ce soit pour des ennuis mécaniques, des symptômes de goitre toxique ou encore la prévention de la dégénérescence maligne, la chirurgie seule se rendra utile.

E) *Goitre malin.*

La chirurgie encore doit faire l'ablation de tout goitre malin à une période précoce. Elle en guérira un grand nombre, surtout si elle intervient avant que le processus tumoral ait dépassé les limites de la capsule.

On fera l'irradiation de la région après l'intervention.

On traitera également les goitres non opérés, par les rayons X ou le radium.

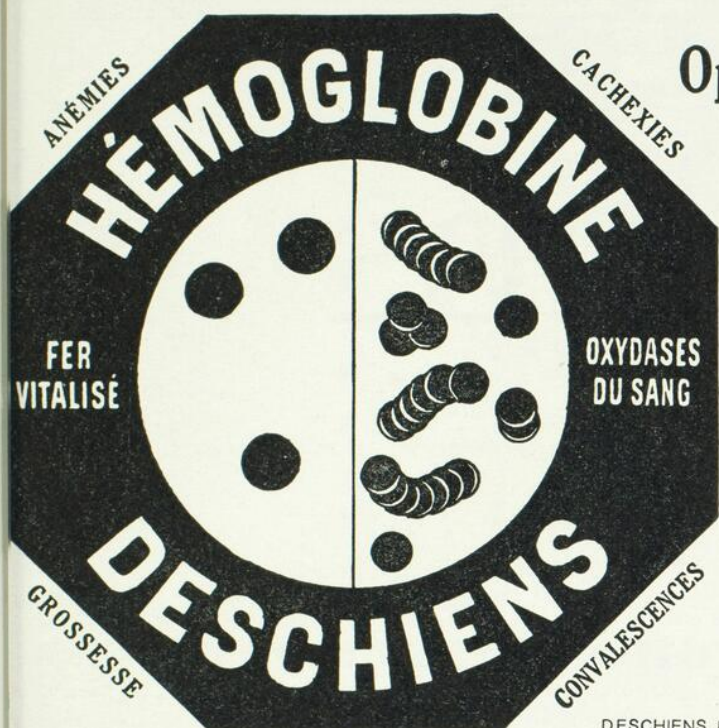
Les lymphosarcomes réagissent mieux à ce traitement que les carcinomes, les tumeurs primitives que les métastases.

F) *Inflammation de la thyroïde.*

Technique de tout processus inflammatoire. Si suppuration, ponction exploratrice et drainage antérieur. Si le processus est chronique, le myœdème consécutif sera traité comme on sait, les troubles mécaniques seront éliminés par la chirurgie.

G) *Anomalies de la thyroïde.*

Interventions chirurgicales appropriées.



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, D' en Ph^{le}, 9, Rue Paul-Baudry, Paris (8^e)

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

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

MONTREAL

NUCLÉARSITOL ROBIN

GRANULÉ - COMPRIMÉS - INJECTABLE

**TUBERCULOSE - FIÈVRES PALUDÉENNES
LYMPHATISME - SCROFULE**

R. C. 221839

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS.

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

II. *Thérapeutique thyroïdienne.*

L'action physiologique et pharmacodynamique de l'extrait thyroïdien peut être utilisée pour ses fonctions calorigène, diurétique, diaphorétique, pour son influence sur le muscle cardiaque, pour son pouvoir stimulant sur le système neuro-végétatif et pour ses corrélations avec les autres endocrines.

Ainsi, l'extrait est indiqué dans les cas de métabolisme abaissé sans myxœdème chez des sujets qui souffrent les uns ou les autres de dépression nerveuse, de mauvaise nutrition, d'arthritisme, de vertige de Ménière, d'ulcère récidivant de la cornée, de rhinite spasmodique ou de phénomènes anapylactiques, de constipation, de neurasthénie, etc. On donne alors l'extrait à une dose qui ne dépassera pas 0 gr. 20 par jour et pendant une courte période. Si cette thérapeutique doit être efficace, elle manifesterá son action rapidement.

Elle obtient des succès variables contre certains troubles de la grossesse, la stérilité des femmes, certaines dermatoses, le syndrome de Stokes-Adams, les néphroses.

Roma AMYOT.

NUTRITION

E. MERLE. — **Diabète grave insulino-résistant. Réduction brusque et massive de l'insulino-résistance par irradiation de la région hypophysaire.** « Bull. et Mém. de la Société médicale des hôpitaux de Paris », n° 1, jan. 1935.

L'hypophyse « glande maîtresse de l'organisme » selon l'expression de Cushing, joue un rôle que l'on découvre tous les jours de plus en plus important dans le métabolisme des hydrates de carbone. Ce rôle, l'hypophyse le remplit par son hormone pure ou par intervention des centres infundibulo-tubériens et dans le sens d'un antagonisme régulateur de la fonction insulinienne du pancréas.

L'auteur rapporte une observation de diabète insulino-résistant (dans le sens clinique de résistance au traitement par l'insuline) transformé par l'irradiation de l'hypophyse, ce qui permet de croire que cette dernière joue un rôle peut-être plus important qu'on ne l'a cru jusqu'à présent.

Une femme de trente ans en état de pré-coma avec une glycémie de 2 grammes 38 et une glycosurie de 140 grammes pour mille et présentant de l'acétone est soumise à un régime de 120 grammes d'hydrates de carbone et à 120 unités d'insuline par jour. Mais au bout de huit jours si l'acétone a disparu, la glycémie est encore de 2 grammes 20 et la glycosurie oscille encore entre 80 et 60 grammes. En augmentant l'insuline jusqu'à 150 unités par jour, la malade faisait des réactions, cependant que la glycosurie persistait d'une manière irréductible. Comme à chaque époque menstruelle, la glycosurie augmentait toujours et que de ce fait il semblait y avoir un facteur endocrinien antagoniste de l'action de l'insuline, on commença l'irradiation de l'hypophyse. Dès les premières irradiations, la glycosurie tombe

à 10 grammes cependant que l'insuline est diminuée progressivement jusqu'à 60 unités par jour. Trois semaines plus tard, la malade part grandement améliorée, quoique la glycémie se maintienne à 2 grammes 70. Et cette réduction de l'insulino-résistance persiste encore plus de huit mois après les irradiations.

Gabriel LAFRESNIERE.

HYGIÈNE

RIST et DOUBROW. — **La silicose.** « Off. Int. Hyg. pub. », vol. XXV, p. 2167, juillet 1933.

Dans cette étude critique, les auteurs mettent en relief la précarité de l'autonomie nosologique de la silicose. Ils rappellent les études faites en France, dès 1898, sur la silicose, dénommée chalicose, à l'époque, par Boulland (de Limoges), à propos de la phtisie des faïenciers et les constatations des auteurs français, parmi lesquels Marfan, Rist et Doubrow contestent les arguments radiologiques et anatomo-pathologiques indiqués en faveur de l'autonomie nosologique de la silicose. Ils montrent l'analogie du cliché de la granulie froide à ceux de la silicose, et leur statistique de 28.8 p. 100 d'images miliaires chez les tuberculeux banaux se rapproche des statistiques du Rand. De plus, à leur avis, toute tuberculose pulmonaire peut présenter des images sensiblement analogues aux trois stades évolutifs décrits dans la silicose. Les auteurs n'ont aucune inclination à suivre les principes adoptés par le « Miners Phtisis Bureau » pour la classification des clichés. Ils ne pensent pas que l'on puisse doser le tissu scléreux sur un cliché et ils ne peuvent pas davantage accepter la distinction faite sur l'aspect d'un cliché radiographique entre sclérose silicotique et sclérose du type infectieux.

Les auteurs contestent également les arguments anatomo-pathologiques donnés en faveur de l'autonomie nosologique de la silicose et concernant la faible dimension du nodule silicotique, ses caractères et l'absence de cellules géantes dans les lésions silicotiques. Rist et Doubrow concluent qu'ils n'ont pas pu trouver de caractère radiologique anatomique ou clinique permettant d'individualiser la silicose, maladie autonome, et sa lésion élémentaire. Sur le terrain expérimental et démographique, les résultats sont contradictoires et la base qu'ils peuvent apporter à des mesures législatives est fragile.

Sylvio ROCH.

Karl ZIELER. — **Pourquoi à la régression de la syphilis ne correspond-il pas une régression de la blennorrhagie?** « Off. Int. Hyg. pub. », vol. XXV, p. 2175, juillet 1933.

Presque partout on constate une diminution de la syphilis récente, alors que la courbe de la blennorrhagie reste la même. Les maladies infectieuses subissent certaines variations spontanées. On pourrait donc se demander si la diminution de la syphilis, constatée depuis 1920, est un phénomène de ce genre. Mais l'étude des courbes, notamment à Würzburg, a

tonikum "roche"

2 c. à café 2 fois par jour

toni-stimulant complet

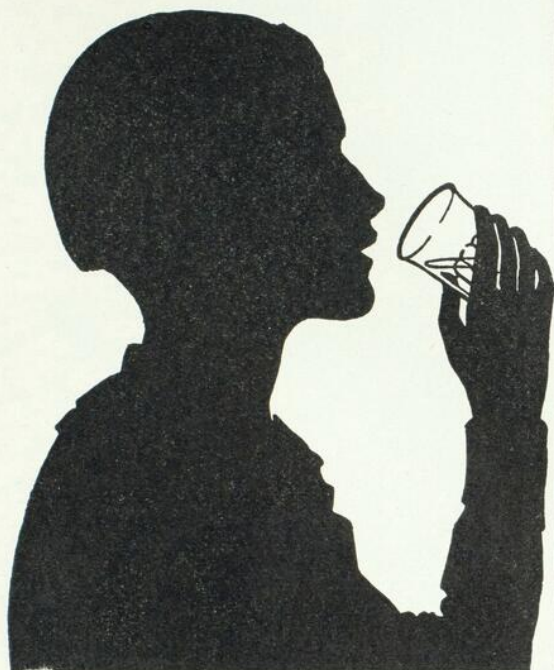
phosphore — strychnine

arsylène — manganèse

flacon de 175 cc.

HOFFMANN-LA ROCHE LIMITÉE

286 ouest, rue St-Paul, Montréal



MALTLEVOL

(MARQUE DÉPOSÉE)

Cette préparation contient de la Levure (Vitamine B), Extrait de Foie Frais concentré (Vitamines A et D), Lécithine (Vitamines A, B, C et D), Fer Organique, Moelle d'Os (Vitamine A), avec de l'Extrait de Malt (Vitamines B-1, B-2, et E), dans un bon vin.

Recommandée où il y a indication d'un traitement contre l'Anémie, Débilité, Rachitisme et dans toutes les maladies de carence.

Évitez les substituts en spécifiant MALTLEVOL en flacons originaux cachetés de 12 onces.

POSOLOGIE

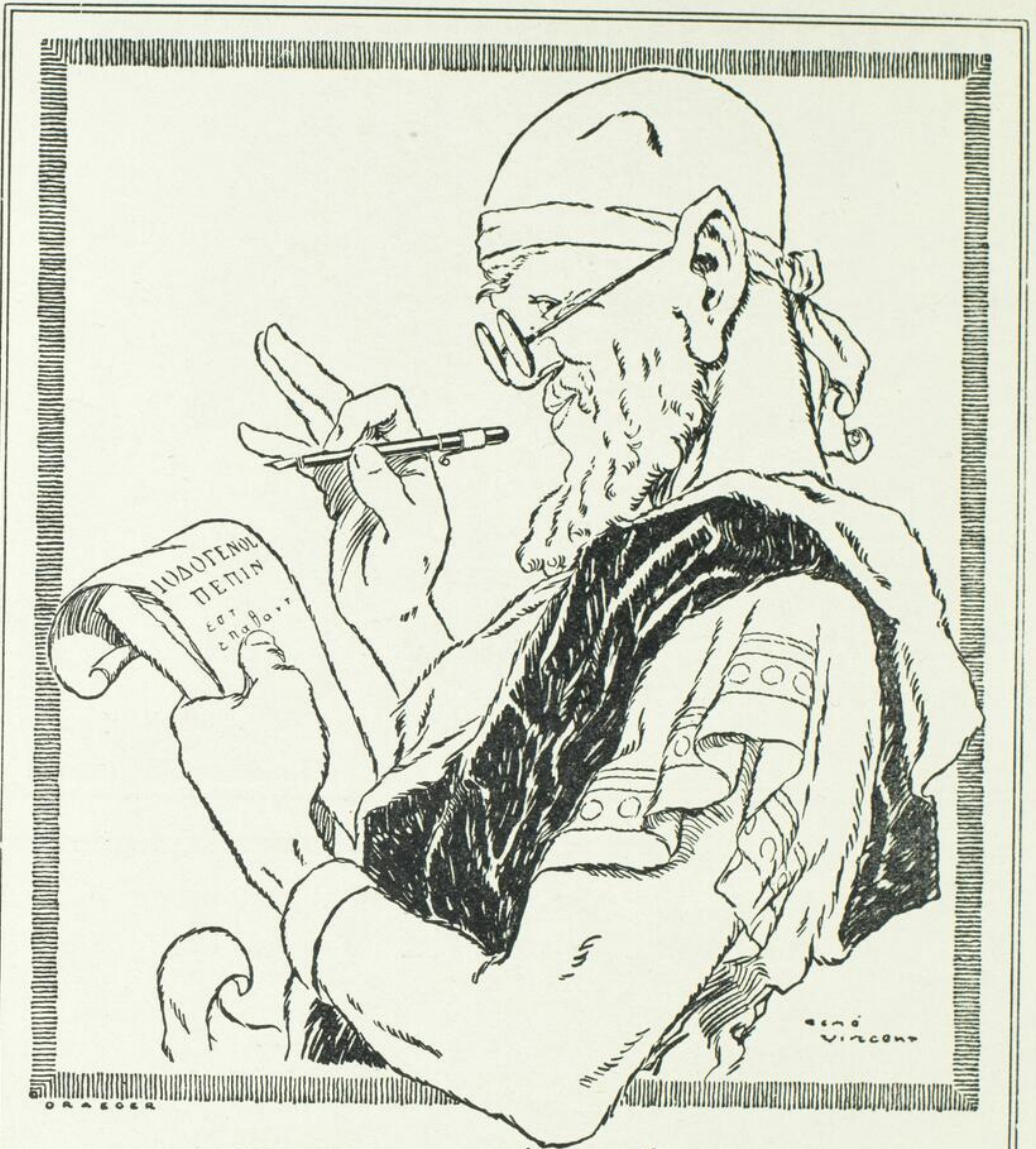
Adultes: Une cuillerée à soupe deux ou trois fois par jour, ou selon l'avis du médecin.

Enfants: Doses proportionnelles.

Manufacturée par

FRANK W. HORNER LIMITED

MONTREAL - 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 & LÉBOUCQ,
COURBEVOIE — PARIS

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

montré que les circonstances locales ont peu d'influence. En particulier, la fermeture, en 1890-1891, de maisons de prostitution et leur réouverture en 1899-1900 n'a eu aucune influence. Il est probable, par contre, comme le pense Jadassohn, que la lutte contre la syphilis est pour quelque chose dans cette diminution. Les constatations faites à la clinique de Zieler montrent également qu'une diminution, à la fois absolue et relative au nombre total des autres malades, a été constatée aussi bien avant qu'après la guerre, en ce qui concerne la syphilis. Par contre, la courbe de la blennorragie ne se modifie pas. La raison en est que le spirochète de la syphilis est principalement un parasite tissulaire et que le traitement quel qu'il soit, fait rapidement disparaître toutes les manifestations externes et contagieuses de cette maladie.

Pour la blennorragie, il en est autrement, car le gonocoque est un parasite surtout des muqueuses et les résultats d'un traitement général sont très insuffisants. Les possibilités de contamination sont donc continues. En outre, tandis que le traitement a des effets identiques chez l'homme et chez la femme quand il s'agit de syphilis, par contre, quand il s'agit de blennorragie, on arrive beaucoup plus rarement chez la femme que chez l'homme à faire disparaître la contagiosité. En outre, chez la femme, un traitement suffisant est beaucoup plus rarement appliqué que chez l'homme: 50 p. 100 des femmes atteintes de blennorragie récente ne sont l'objet d'aucun soin. La blennorragie de la femme est donc plus importante que celle de l'homme du point de vue de la transmission.

Cependant, le diagnostic de la blennorragie ne fait pas de difficultés. Il est possible que des gonocoques persistent indéfiniment dans l'organisme, mais ces faits sont rares, surtout en ce qui concerne la blennorragie de l'homme, et n'ont pas d'influence sur les courbes de morbidité. On a prétendu que l'examen par culture est supérieur à l'examen microscopique. Mais, d'après les recherches de Zieler, il y a là une erreur. Jamais la culture ne réussit quand l'examen microscopique est négatif. Dans les cas douteux et, notamment, pour permettre le mariage, on pourra cependant recourir à la culture. La méthode de fixation du complément donne toujours des résultats négatifs dans la blennorragie récente. A la longue, elle devient le plus souvent positive quand des organes comme la prostate, l'épididyme et l'utérus sont envahis, et cette réaction peut rester positive alors que la blennorragie est guérie depuis un certain temps. De plus, le traitement par des vaccins anti-gonococciques peut la rendre positive pendant neuf mois après la guérison.

En somme, un examen microscopique est ce qu'il y a de plus important pour savoir si un malade est, ou non, encore contagieux. Par contre, il n'y a rien à attendre de la méthode de fixation du complément dans la lutte contre la blennorragie dans son ensemble.

Pour Zieler, si on arrivait à traiter tous les syphilitiques contagieux, cette maladie disparaîtrait. En matière de blennorragie, il faut, pour arriver à un résultat, chez la femme, une technique médicale très soignée, que tous les médecins ne connaissent pas suffisamment. Il n'est d'ailleurs pas nécessaire de créer des Instituts spéciaux pour la blennorragie. Les cliniques existantes suffisent pour procéder aux recherches nécessaires. Ce qui empêche d'arriver à un résultat, c'est que la moitié des femmes blennorragiques ne se font pas soigner.

Sylvio ROCH.

W. H. HASKELL. — **Effets de la chaleur sur le lait.** « Abstracts d'Hygiène publique », Angleterre, 2 décembre 1935.

Une opinion erronée dans le public, veut que quand le lait est chauffé, toutes les vitamines sont détruites et la composition chimique altérée; enfin que ce lait chauffé n'a aucune valeur nutritive.

La pasteurisation n'a que peu d'effet sur les vitamines du lait.

- 1) Les vitamines A et B, étant résistantes à la chaleur, ne sont pas affectées.
- 2) La vitamine C est en partie détruite, mais les jus d'oranges et de tomates la remplacent avantageusement et est plus abondante dans ces jus que dans le lait même.
- 3) L'addition d'huile de foie de morue est une meilleure source de vitamine D que le lait.
- 4) La composition chimique en sels de chaux et de phosphore n'est pas altérée.
- 5) La Pasteurisation détruit tous les germes pathogènes.
Les changements suivants s'opèrent quand le lait est bouilli:
 - 1) La chaux et le phosphore sont diminués, cependant il en reste assez dans le lait bouilli pour les besoins de l'alimentation.
 - 2) La protéine est coagulée, ce qui la rend plus digestible.
 - 3) Les globules de gras sont homogénéisés.
 - 4) Les vitamines sont détruites partiellement ou totalement suivant la durée de l'ébullition.
 - 5) La pasteurisation détruit tous les germes pathogènes.
 - 6) Le sucre est caramélisé.

Sylvio ROCH.

Taux de mortalité par tuberculose en 1935. — Rapport préliminaire annuel des statistiques vitales du Canada pour 1935, publié par le Bureau fédéral de la Statistique.

Le rapport annuel préliminaire de la division des Etats civils du Bureau fédéral de la statistique a été publié récemment. Le rapport sur la tuberculose par province paraît, comme d'habitude, dans ce Bulletin. Les faits suivants sont particulièrement intéressants:

Le taux de mortalité par tuberculose au Canada révèle, pour la première fois, une augmentation depuis 1930, puisqu'il y a eu 6,591 mortalités rapportées contre 6,431 en 1934; le taux pour 100,000 s'est accru de 59.6 à 60.3. Cette augmentation n'a pas été générale dans tout le Canada, car l'Île du Prince-Edouard, l'Ontario, la Saskatchewan et la Colombie-Britannique ont toutes rapporté une diminution, et leurs rapports indiquent un affaïssement plus marqué que pour toute année précédente. Les provinces qui révèlent une augmentation sont la Nouvelle-Ecosse, le Nouveau-Brunswick, le Québec, le Manitoba et l'Alberta. Cette augmentation, si légère soit-elle, est un avertissement d'avoir à déployer tous les efforts possibles, surtout dans les provinces où le taux de mortalité est élevé, pour renverser cette augmentation temporaire. Il est intéressant de noter que les deux provinces, Saskatchewan et Ontario, qui possèdent la plus forte proportion de lits pour le traitement des tuberculeux, continuent de révéler le taux de mortalité par tuberculose le plus faible qui soit au Canada, et révèlent aussi une autre réduction du taux de mortalité.

Sylvio ROCH.

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 (12^e)

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

CHLORAMINE FREYSSINGE

11. giut. titrées à 0.05 - 1 à 3 à chaq. repas - 6, R. Abel, Paris
DÉSINFECTION INTESTINALE PORTEURS DE GERMES

CAPSULES DARTOIS

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

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

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

PEPTONATE DE FER ROBIN

GOUTTES VIN ELIXIR

**ANÉMIE - CHLOROSE
DÉBILITÉ**

R.C. 221839

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

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

CHIRURGIE

G. MANDILLON et J. POINET. — A propos des contusions de l'abdomen avec lésions multiples des mésos d'insertion intestinale (mésentère et méso-sigmoïde). « Rev. Chir. », n° 8, octobre 1936, pp. 578-594.

Les A. relatent 3 observations inédites, dont une personnelle, de contusionnés de l'abdomen avec lésion des mésos; sur ces trois opérés, deux morts post-opératoires. Dans le chapitre, *Historique*, les A. font remarquer qu'à l'heure actuelle, il n'y a que 70 cas analogues publiés. Dans un tableau d'ensemble de ces cas, ils mettent en évidence: a) la cause efficiente, b) la nature du traumatisme, c) les conditions du choc, d) les lésions constatées à l'intervention et à la nécropsie, e) la thérapeutique employée avec l'heure de l'intervention dont on sait l'importance dans les contusions de l'abdomen.

Suivent les chapitres: A) Définition, B) Etiologie, C) Anatomie pathologique, E) Symptomatologie, F) Pronostic, G) Traitement.

Définition: « Sous le nom de désinsertion traumatique des mésos, qu'il s'agisse du mésentère ou des méso-coliques, on désigne une lésion caractérisée: par une solution de continuité complète ou incomplète siégeant de préférence au niveau du bord intestinal des mésos avec ou non, irradiation vers la base de ceux-ci, lésion qui survient à l'occasion d'une contusion de l'abdomen et qui entraîne d'une façon générale: immédiatement, une hémorragie intrapéritonéale importante par rupture vasculaire; dans les jours qui suivent, une gangrène par ischémie de la partie devitalisée de l'anse. »

Etiologie: modes d'action traumatiques variables; les A., les schématisant, les divisent en choc direct et en choc indirect.

Anatomie pathologique: les A. énumèrent les lésions rencontrées, leur siège, leur étendue, leur conséquence, et formulent une hypothèse pour expliquer les désinsertions des mésos.

Symptomatologie: 3 modalités cliniques: 1) type hémorragie interne, 50% des cas; 2) type perforation, 20% des cas à peu près; 3) type latent, 20 à 30% des cas. Pour conclure à une lésion des mésos, il faut s'aider de: a) l'interrogatoire du blessé; b) l'examen clinique et radiologique, et la recherche de multiples signes que les A. énumèrent. Ce qui prédomine, c'est un diagnostic d'intervention. Les signes sont-ils douteux? Observer le blessé d'heure en heure, et intervenir dès l'apparition d'un symptôme précis: contracture abdominale, vomissements incessants, signe d'hémorragie interne, tension effondrée ou même seulement douleur fixe et persistante.

Pronostic: sur 70 cas, 40 décès, 30 guérisons; le pronostic doit varier suivant la gravité des lésions, l'heure de l'intervention, l'état de choc.

Traitement: les A. indiquent la conduite à tenir suivant la nature des lésions, et l'heure de l'intervention.

Complications post-opératoires: les principales sont: l'infarctus, la thrombose mésentérique, la péritonite, la sténose post-traumatique.

Conclusion: les lésions dans nombre de cas relèvent de l'acte chirurgical précoce. La vue des lésions permettra de porter un diagnostic. Lésions graves,

si elles atteignent des vaisseaux intestinaux nourriciers; lésions dangereuses en raison des hémorragies, et en raison des conséquences intestinales, déchirure immédiate, sphacèle secondaire.

L'intervention précoce, une résection large dans la majorité des cas, peuvent garantir un bon pronostic.

Pour terminer, les A. dressent une bibliographie élaborée.

Pierre SMITH.

PÉDIATRIE

Jean CATHALA. — **Les diarrhées de fermentation des enfants au sein.**
« Revue Médico-Sociale de l'Enfance », juillet, 1936, n° 4.

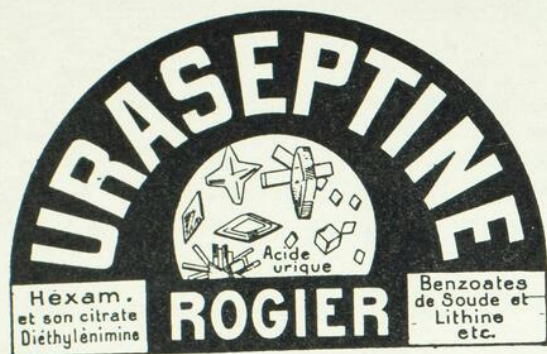
Les médecins, les infirmières, les jeunes mères averties par quelque manuel de puériculture sont convaincus de la supériorité de l'allaitement naturel sur tous les autres systèmes d'alimentation artificielle. Tout de même après cet assentiment, de pure courtoisie, au dogme... on est heureux de trouver une justification au sevrage précoce dès les premiers troubles digestifs. Il est exact que les premiers stades de l'allaitement naturel sont assez souvent compliqués de troubles digestifs et que ces troubles disparaissent comme par enchantement le jour où l'on donne au bébé du lait de vache naturel ou artificiel. C'est toujours chose grave que de renoncer à l'allaitement naturel, car on ne peut pas certifier que même avec la plus belle réussite de l'allaitement artificiel, telle infection, telle grippe ne mettra pas la vie du bébé en danger alors qu'il aurait été plus en état de triompher s'il eût été élevé à l'allaitement naturel qui confère cette immunité solide aux bébés nourris au sein.

Sans doute, la diarrhée commune des enfants au sein, existe; et il faut la connaître non pas pour en tirer un argument contre l'allaitement naturel, mais pour savoir y parer par des techniques simples. Cette diarrhée commune comprend plusieurs espèces morbides. Les diarrhées alimentaires par erreurs de réglage, par hyper ou hypoalimentation sont faciles à corriger quand on prend soin de peser toutes les tétées.

Les diarrhées infectieuses dans lesquelles la diarrhée n'est que le symptôme voyant qui retient l'attention alors que la maladie siège en dehors du tube digestif. Quand un bébé au sein se développe bien depuis quelques semaines, si une diarrhée s'installe assez brusquement il y a tout à présumer qu'elle ne relève ni du régime ni de la constitution du bébé lui-même, mais que quelque circonstance étrangère à la mère et à l'enfant est intervenue, et la plus fréquente est l'infection.

Il y a aussi des diarrhées alimentaires dysergiques commandées par une adaptation imparfaite des actes digestifs du nourrisson. Il faut alors essayer de décomposer le mécanisme physiopathologique de ce désordre pour y parer par des moyens physiologiques.

Il y a encore des diarrhées constitutionnelles accompagnées de différents désordres du système nerveux. Ces enfants sont héréditairement prédisposés aux troubles digestifs et ne supportent pas mieux les autres régimes que l'alimentation maternelle.

ANTISEPTIQUE URINAIRE ET BILIAIRE par excellence

Se méfier des similitudes de noms

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

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

**Diathèse Urique
Arthritisme**

dissout et chasse
l'acide urique

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

DOSE: 2 à 6 cuillerées
à café par jour.

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

LACTOLAXINE FYDAU

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

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

DOSE : 1 à 3 Comprimés le soir au Coucher.

LABORATOIRES BIOLOGIQUES ANDRÉ PÂRIS

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

4, Rue de La Motte-Picquet, PARIS (France).
 Echantillons et Dépôt Général : **ROUGIER Frères, Montréal.**

NEURINASE

*Amorce le
sommeil naturel*

Insomnie
Troubles nerveux

Ech^{es} & Littérature
LABORATOIRES GÉNÉVRIER
2 Rue du Débarcadère PARIS

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

A VOTRE DISPOSITION

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

BANQUE CANADIENNE NATIONALE

Toutes opérations de banque et de placement

553 bureaux au Canada

Filiale à Paris

Banque Canadienne Nationale (France)

37, rue de Caumartin

La diarrhée présente deux caractères majeurs: 1° l'excès de liquide, qui commande l'aspect et la consistance des selles; 2° ce qui est beaucoup plus important, l'évacuation précipitée et l'accélération de la traversée digestive. Dans toute diarrhée il y a un facteur mécanique, un excès de péristaltisme digestif. Les causes de cette hyperactivité sont le réflexe gastro-colique et les acides organiques de fermentation des sucres. L'acidité excessive est due à la teneur élevée du lait de femme en lactose et que les substances dites tampon pouvant neutraliser la fermentation, sont en quantité beaucoup moindres dans le lait de femme que dans le lait de vache.

Que la fermentation normale du lactose excède légèrement les moyennes physiologiques, que la sensibilité de l'intestin à l'excitant physiologique soit légèrement accrue, l'organisme répond par une crise de péristaltisme, c'est la diarrhée qui exceptionnellement peut être sévère. Les conséquences de cette diarrhée sont: une partie de la ration échappe à l'absorption; le bébé est soumis à une inanition relative; la progression se ralentit ou s'arrête. Par contre, le bébé souffre de la faim, s'agite, crie, tous signes qui témoignent d'une exaltation de la sensibilité. Même chez un bébé au sein et en dehors de toute infection, la dyspepsie fermentative peut déclencher des accidents de forme toxique prenant les allures de la diarrhée cholériforme. Tout ceci est dit pour faire connaître les troubles d'apparence sévère chez l'enfant au sein, afin de bien le traiter sans lui faire perdre le bénéfice inappréciable de l'allaitement naturel.

Il faut admettre que nos connaissances étiologiques des diarrhées communes sont beaucoup moindres que nos connaissances physio-pathologiques. Peu importe, dans la pratique, ces connaissances physio-pathologiques nous suffisent pour faire disparaître le symptôme.

Deux indications dominent; neutraliser les fermentations excessives, en introduisant dans le tube digestif des substances pouvant jouer le rôle de tampons; accessoirement, apaiser la sensibilité excessive de l'intestin et modérer le péristaltisme avec de petites doses d'opiacés.

La première indication est remplie par des poudres inertes et qui ne sont pas absorbées; charbon animal, sels de bismuth et avant tout carbonate de chaux précipité léger. Les larges doses sont réglées sur la réaction des selles, contrôlée au papier de tournesol.

La deuxième indication est simplement remplie par la prise de quelques gouttes d'élixir parégorique ou de faibles doses de sirop diacode.

Henri BARIL.

Raymond ROGÉ. — Le lait calcique. « Gazette Médicale de France et des Pays de langue française », t. 43, n° 14, p. 707, 1er-15 septembre 1936.

L'A., dans une page concise et claire, présente le lait calcique que Moll a introduit dans la diététique des nourrissons malades.

Lesné et Dreyfus-Sée en sont venus au mode de préparation suivante:

« Dans un litre de lait écrémé bouillant, ajouter un paquet de 3 grammes de lactate de chaux, en retirant du feu. Laisser en contact 30 secondes

et passer rapidement sur un grand tamis fin (le temps de filtrage ne doit pas dépasser 30 secondes) ».

Les nourrissons débiles et hypothyroïdiques, les vomisseurs, les diarrhéiques et même les eczémateux acceptent très bien ce lait calcique pur et sucré et cela pendant plusieurs semaines.

La caséine du lait calcique est finement divisée. De plus le lactate de chaux est converti en acide lactique par les acides de l'estomac et ainsi le lait calcique possède les propriétés du babeurre sans en avoir le goût acide.

Albert GUILBEAULT.

LABORATOIRE

Prof. agrégé Panagiotis PHOTINOS. — **La recherche du tréponème par la ponction des ganglions. Méthode de Hoffmann modifiée par Gougerot.** « *Annales des maladies vénériennes* », juillet 1936, p. 481.

En plus des symptômes cliniques qui imposent le diagnostic de syphilis, l'auteur exige toujours la preuve bactériologique.

Cette preuve est quelquefois difficile à établir: le malade a appliqué des antiseptiques sur la surface du chancre; il existe une association microbienne au niveau de la lésion; l'ulcération est cachée ou située dans un endroit dont l'accès est impossible ou difficile; etc. Dans de telles circonstances la ponction des ganglions est indiquée et rend de grands services.

Ce procédé est connu depuis longtemps et remonte à 1905 alors qu'Hoffmann, le premier, en a publié les bons résultats.

Depuis, la méthode a été mise à l'essai par de nombreux auteurs avec des succès plus ou moins marqués. Le pourcentage de cas positifs rapportés varie de 0% à 96%.

« La diversité des résultats obtenus, d'après Levaditi et ses collaborateurs, tient sans aucun doute à la plus ou moins grande perfection de la technique utilisée et à la période de la maladie où les examens ont été pratiqués. »

La technique suivie par l'auteur est celle préconisée par Gougerot en 1921 et consiste surtout à injecter quelques gouttes de sérum physiologique stérile dans le ganglion, à masser légèrement celui-ci autour de l'aiguille laissée en place et à aspirer le suc ganglionnaire.

C'est surtout à la première et à la seconde période de la syphilis que la ponction des ganglions donne les meilleurs résultats.

En procédant de la sorte et en choisissant des sujets atteints de syphilis primaire ou secondaire l'auteur a obtenu satisfaction complète et maintes fois a pu poser un diagnostic précoce.

Chez 104 malades ponctionnés, 104 fois le tréponème a été mis en évidence dans le suc ganglionnaire.

Fréquemment la présence du tréponème dans le suc ganglionnaire a coïncidé avec la mise en évidence du tréponème dans la sérosité des accidents primitifs ou des plaques muqueuses.

Dans d'autres cas où la recherche directe du tréponème était difficile, la ponction des ganglions a permis de poser le diagnostic de syphilis.

Dans quelques cas enfin, en l'absence complète d'autres symptômes cliniques que l'adénite, la ponction seule a imposé le diagnostic de syphilis.

« Cette méthode est donc à généraliser. » selon Gougerot.

L'auteur fait sienne cette conclusion.

Albert BERTRAND.

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

AMIDAL

Amidon paraffiné

*poudre — cachets — comprimés
dragées.*

ENTÉRITES

—♦—
ENTÉROCOLITES

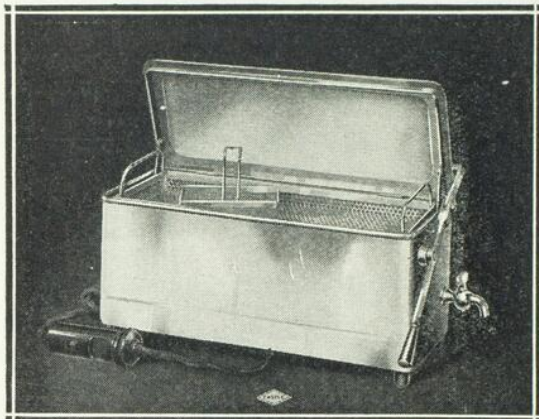
—♦—
DIARRHÉES

Laboratoires AMIDO, A. Beaugonin, Pharmacien, PARIS

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

STERILISATION

EFFICACE AUTOMATIQUE ECONOMIQUE
POUR
MEDECINS ET HOPITAUX



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

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

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

Vous ne pouvez endommager le Stérilisateur par négligence.

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

WILMOT CASTLE COMPANY
 Rochester, N. Y.

"CASTLE"

CASGRAIN & CHARBONNEAU LIMITÉE, MONTRÉAL

Représentants Exclusifs

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

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

Générateurs à Thérapie Profonde 200 - 400 K. V.

Générateurs Combinés (Diagnostique - Thérapie)

Générateurs à Diagnostique (Haut Milliampéragé)

Générateur à Diagnostique (Condensateurs)

Générateurs à Diagnostique pour Praticien

Tables à Rayons-X (modèles de tous genres)

Fluoroscopes verticaux. Stéréoscope

Civière Radiographique Spéciale

Appareils à Haute-Fréquence

Escamoteurs de Cassettes

Ampoules à Rayons-X

Electro-Cardiographe

Accessoires.



Littérature descriptive gracieusement fournie

CASGRAIN & CHARBONNEAU
 Limitée

Représentants Exclusifs

Lancaster 3292

MONTREAL

30 est, rue St-Paul

F. PARKER et S. WEISS. — **Nature et signification des altérations structurales du poumon au cours de la sténose mitrale (The nature and significance of the structural changes in the lungs, in mitral stenosis).**
« Am. Journ. Path. », 12; 573-598; 1936.

Les auteurs étudient les lésions vasculaires et alvéolaires du poumon, survenant au cours de sténoses de la mitrale avec insuffisance de la petite circulation.

Les lésions vasculaires consistent en une endartérite végétante des artères, ainsi qu'en une sclérose hyperplasique des artérioles, avec, parfois, nécrose artériolulaire.

Du côté des parois alvéolaires, on note une dilatation marquée des capillaires, un épaissement de leur basale, de la sclérose et de l'œdème interstiels ainsi qu'une tendance à l'état cubique des revêtements alvéolaires. L'épaisseur de la paroi à travers laquelle doivent diffuser les gaz, normalement de 1 à 3 μ , s'élève jusqu'à 30 à 50 μ .

L'œdème interstitiel peut survenir indépendamment de l'œdème alvéolaire et rendrait compte de certaines crises de dyspnée et d'orthopnée, en l'absence de signes cliniques comme les râles.

Les signes cliniques de la décompensation dans le domaine de la petite circulation ne s'expliquent pas simplement par une altération dynamique du débit sanguin. Les lésions permanentes que provoque cette dernière, gêne à son tour l'hématose.

Les altérations vasculaires relèvent du concours de trois facteurs, hypertension vasculaire, ralentissement circulatoire et œdème. Elles peuvent se développer dans un délai de deux mois. Elles offrent d'étroites similitudes avec les lésions vasculaires rénales des patients atteints d'hypertension maligne. Elles se limitent toutefois à la petite circulation, et respectent la grande, à l'inverse de l'hypertension maligne. Elles ont pour conséquence une perturbation fonctionnelle accusée, de même que l'hypertension maligne aboutit à une sclérose rénale accompagnée de déchéance fonctionnelle de cet organe. Les auteurs soulignent longuement ces analogies.

J.-L. RIOPELLE.

ÉLECTRO-RADIOLOGIE

DELHERM et FISCHGOLD. — **L'électro-diagnostic chez les petits enfants.**
« Journ. de Radiol. et d'Elect. », t. 20, juillet 1936.

L'électrodiagnostic chez les tous petits est difficile et même pratiquement impossible; car les muscles sont courts et peu épais et noyés dans une couche de tissu adipeux.

Le professeur Bergonié avait enseigné il y a déjà bien longtemps un moyen élégant de tourner la difficulté. Il plaçait une électrode à la nuque, une autre à la main, et il faisait des interruptions voltaïques à la clef de Courtade; ce qui déterminait des contractions très nettes sur les muscles les plus dégénérés, par exemple sur le deltoïde, le biceps, le long supinateur dans le cas d'une paralysie radiculaire supérieure du plexus brachial. Cette contraction se détachait nettement de la contraction brusque des muscles sains.

Delherm a modernisé la méthode de Bergonié, en utilisant le condensateur de Lopicque, intercalé dans le circuit. Dans un cas de paralysie obstétricale par exemple, il intercale dans le circuit, le Lopicque, en plaçant une électrode à la nuque et une autre au poignet. En intercalant 50 microfarads, il éteint la contraction brusque des muscles normaux et obtient une belle contraction lente du deltoïde, du biceps et du triceps qui se détachent nettement sur le membre qui demeure immobile. De cette manière la contraction n'est pas douloureuse surtout si on la compare avec celle du galvanique simple.

L. GAGNIER.

Louis DELHERM. — Les applications de la haute fréquence sans exception ne sont que des formes de la d'Arsonvalisation. « Journal de Radiol. et d'Elect. », t. 20, août 1936.

Au Congrès International de physiothérapie de Berlin en 1913, il était universellement admis que toutes les applications de la haute fréquence étaient réunies sous le nom de d'arsonvalisation.

Il a semblé tout naturel à l'Ecole française, malgré l'avis contraire de certains auteurs, de comprendre les ondes courtes dans la d'arsonvalisation. Elles sont à côté de la diathermie un procédé souvent plus commode d'application et elles ont permis d'étendre le champ déjà si vaste de la d'arsonvalisation.

L'auteur après une étude très sérieuse conclut que, ni au point de vue physique, ni au point de vue biologique, ni au point de vue thérapeutique, les ondes courtes ne constituent une innovation transcendante.

Les ondes courtes et ultra-courtes, produites dans le champ du condensateur ne représentent qu'un perfectionnement technique, une nouvelle et plus commode modalité d'application de la haute Fréquence. Les résultats de cette dernière modalité pourront être améliorés, ses indications pourront être étendues; mais la physiothérapie ne sera pas révolutionnée comme elle l'a été par d'Arsonval vers 1890.

L. GAGNIER.



LES TOUX REBELLES

sont vaincues par le

CODOFORME

— BOTTU —



Véritable potion sèche et économique.

Tandis que sirops et potions représentent souvent, pour un prix similaire, 2 jours de traitement, l'étui de Codoforme en assure le double au minimum.



Aucune intolérance gastrique.

Les comprimés de Codoforme étant enrobés, ne sont dissous que dans le milieu intestinal; c'est là un avantage précieux pour de nombreux malades.



Agents généraux pour le Canada

Millet, Roux & Cie, Limitée

1215, rue Saint-Denis, - - Montréal



QUAND les nerfs sont irrités, que le sommeil paraît impossible, calmez votre malade avec le sédatif préminent, 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

SOCIÉTÉS

ASSEMBLEE SCIENTIFIQUE DU BUREAU MEDICAL DE L'HOPITAL NOTRE-DAME

(Médecine)

Le 9 septembre 1936 (1)

Traitement du diabète non compliqué. — L.-Henri GARIEPY.

L'observation des statistiques, l'examen clinique et radiologique, les autopsies, démontrent la fréquence des lésions cardio-vasculaires chez les diabétiques.

Il est prouvé que 100% des diabétiques dont la maladie remonte à plus de cinq ans présentent à différents degrés des altérations de leurs artères et que le jeune âge n'en exclut pas l'éventualité.

Les causes les plus fréquemment responsables de la mort des diabétiques depuis l'ère de l'insuline sont: l'hémorragie cérébrale, l'artérite et la gangrène des extrémités, l'angine de poitrine, les diverses formes de néphrite.

Ces dégénérescences vasculaires sont donc un effet constant de la maladie diabétique.

Le mécanisme relève d'une viciation du métabolisme des graisses qui fait que leur accumulation dans le sang entraîne dans les différentes couches des artères des dépôts de cholestérol puis de calcium. Travaux de Virchow, d'Aschoff.

Opinion de Joslin: « I believe the chief cause of premature development of arteriosclerosis in diabetes... is due to an excess of fat in the body (obesity), in the diet, and in the blood. With an excess of fat diabetes begins, and from an excess of fat diabetics die, formerly of coma, recently of arteriosclerosis. »

Ces faits doivent diriger le médecin et inspirer le traitement.

Réduire le poids, maintenir la glycémie normale en tout temps par un régime pauvre en calories et en graisses sont beaucoup plus importants que de rechercher uniquement à faire disparaître le sucre des urines en supprimant tous les hydrates de carbone du régime et en permettant sans mesure les graisses et les viandes.

(1) Pour des raisons incontrôlables, nous ne pouvons publier les très intéressantes discussions aux communications suivantes. Nous nous en excusons auprès de nos lecteurs et des rapporteurs.

Il est surprenant de constater combien la plupart de ces malades consomment de calories en excès de leurs besoins, et la facilité avec laquelle l'organisme peut s'adapter à une ration moindre, sans malaises, pourvu qu'elle soit bien équilibrée.

Dans l'application, calculer les besoins caloriques sur un poids inférieur de 5 à 10 livres au poids normal et non sur le poids actuel du malade, en allouant 25 à 30 calories par kilo.

Permettre 1 gramme de protéines par kilo; 50 à 100 grammes de graisses par 24 heures, plutôt moins que plus, et une quantité d'hydrates de carbone habituellement comprise entre 150 et 250 grammes.

Si le traitement diététique établi suivant ces données est impuissant à contrôler la glycosurie et la glycémie dans un temps raisonnable, il faut recourir à l'insuline.

On peut augmenter d'une façon souvent surprenante la tolérance aux hydrocarbonés en ne les introduisant que graduellement dans la diète. L'exercice a également une action des plus favorables.

La plupart des mécomptes imputés à l'insuline proviennent, non du médicament, mais du régime qui est mal suivi ou mal prescrit. Il est préférable de s'en abstenir lorsque le malade pour quelque raison ne peut suivre strictement une diète pesée bien équilibrée.

L'effet de l'insuline est d'autant meilleur que la dose totale est administrée fractionnée dans les 24 heures.

L'administration avant les repas n'est pas toujours la meilleure; par exemple, 10 unités à 7 a. m., 3 p. m. et 11 p. m. agiront souvent beaucoup mieux que 15 unités avant chaque repas.

Il existe des manuels où sont décrites des méthodes simplifiées pour traiter le diabète suivant ces données nouvelles qui doivent faire partie des connaissances du praticien.

Traitement des complications du diabète. — Armand GRATTON.

Il est assez rare de rencontrer un diabète simple, sans aucune complication. Au contraire, il est de règle d'avoir chez un diabétique une association morbide des plus variées et des plus graves parfois. Il serait trop long d'énumérer ici toutes ces complications. Je me contenterai de vous parler du traitement des complications propres au diabète et du traitement des principales maladies concomitantes chez les diabétiques.

La première et la plus grave, c'est le coma diabétique. Mon temps étant limité, je ne m'attarderai pas à vous parler des symptômes du coma diabétique ni du diagnostic différentiel. Donc, en présence d'un coma diabétique, la première arme dont il faut se saisir, c'est l'insuline qu'on doit employer immédiatement et dont la dose variera avec l'intensité et la durée du coma. En pratique, on donnera 25 unités d'insuline chez un malade adulte et simplement somnolent, 50 unités s'il est semi conscient, 75 unités s'il est inconscient mais qu'il présente encore des réflexes à la douleur et 100 unités s'il est complètement inconscient. On doit répéter l'insuline toutes les heures, sans hésitation, jusqu'à ce que le malade soit complètement conscient, et

HISTIDIN - IFAH

Au point de vue thérapeutique les propriétés caractéristiques sont:

- 1° **L'action analgésique** de l'histidine, due à son affinité neurotrophe.
- 2° La retrogradation des déformations anatomiques des muqueuses atteintes, constatée à l'aide des rayons X.

L'histidine semble donc jouer un rôle dans la régénération des tissus ne fonctionnant 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 périoduodénales 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 Humboldtstrasse

Renseignements fournis sur demande:

" IFAH ", Pharm. Products — (W. E. Ranniger)
MARquette 9824

1231 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. Joubert
LIMITÉE

la dose d'insuline employée sera basée sur l'état clinique du malade d'après le schéma donné plus haut. *Il ne faut pas hésiter à donner de hautes doses d'insuline. Le danger de mort par coma est beaucoup plus grand que par hypoglycémie.* Après l'insuline, viennent les toniques cardiaques, car il faut à tout prix éviter la défaillance cardiaque qui est de règle dans le coma diabétique. On donnera donc une ampoule de benzoate de caféine, sous-cutanée, toutes les deux heures, et l'on continuera l'emploi de ce médicament aussi longtemps qu'il en sera besoin en se guidant toujours sur l'état clinique. Il faudra aussi donner des injections d'adrénaline en injection sous-cutanée et pour les raisons mentionnées plus haut. En plus, il est important de mettre le malade confortable et de le réchauffer avec des couvertures de laine et des sacs d'eau chaude. Un lavement évacuant libérera les intestins au besoin. Il faudra aussi alimenter ce malade. S'il est inconscient, on aura recours aux injections intraveineuses de sérum glucosé et salé, dont la concentration variera avec les besoins du malade. S'il ne vomit pas et qu'il est suffisamment conscient, on lui donnera alternativement et par petites cuillérées, fréquemment répétées pour éviter les vomissements, du jus d'orange et du bouillon bien salé pour l'hydrater au plus tôt. Cette alimentation sera maintenue pendant 48 heures, et au fur et à mesure que le malade s'améliorera on le traitera comme un diabétique ordinaire en se basant surtout sur la glycémie et sur la présence ou l'absence d'acétone dans les urines. Le coma chez les enfants sera traité de la même façon, à l'exception des doses d'insuline qui devront être de moitié, car l'enfant réagit particulièrement bien à l'insuline, surtout s'il n'en a jamais eu auparavant.

Après le coma, comme grande complication, vient la gangrène diabétique. Ici deux alternatives: ou il y a menace seulement de gangrène très prochaine, soit par plaie infectée, ulcère trophique, mal perforant, etc., alors nous faisons faire, au plus tôt, par le docteur Urgel Gariépy, un blocage alcoolique du sympathique qui jusqu'ici nous a donné des résultats merveilleux; ou il y a gangrène bien établie, et alors nous avons recours à une chirurgie rapide et radicale dans le plus bref délai possible, car l'expectative a toujours mené le malade à la mort. Quant au traitement du diabète lui-même, nous en parlerons un peu plus loin en traitant de la chirurgie chez les diabétiques.

Arrivons maintenant au traitement des principales maladies concomitantes chez les diabétiques. Celles-ci sont nombreuses, puisque en fait un diabétique peut avoir n'importe quelle autre maladie comme un simple mortel. Cependant, on peut les diviser en deux classes, les maladies infectieuses et les non-infectieuses. Dans la première catégorie on aura, par ordre de fréquence, les anthrax, furoncles, plaies par traumatisme, ulcères trophiques, dermatites, tuberculose, syphilis, pneumonie, emphysème, appendicite. Dans la seconde catégorie, on aura l'artério-sclérose, l'hypertension artérielle, insuffisances cardiaques, néphrites chroniques, cataractes, etc.

Comment devons-nous nous comporter vis-à-vis de ces malades? Au point de vue général, *i. e.*, médicaments, opérations, diète liquide ou solide, etc., exactement comme si notre diabétique n'en était pas un, mais en ce qui regarde le diabète, ceci m'amène à parler de la chirurgie chez les diabétiques. Si nous avons affaire à un cas urgent, tel qu'appendicite, anthrax, etc., nous laissons opérer immédiatement le malade et nous tâchons de baisser sa

glycémie le plus tôt possible par de hautes doses d'insuline que nous donnons toutes les 6 ou 8 heures selon le taux de glycémies quotidiennes. Nous donnons en même temps des hydrates de carbone, sous forme de sérum glucosé intraveineux, selon l'état du malade. S'il n'y a pas urgence, nous traitons alors le cas comme un diabète ordinaire, et lorsqu'il est aglycosurique et que sa glycémie est normale nous avertissons le chirurgien qu'il peut intervenir. Mais il faut toujours avoir en vue ceci: que pour qu'un diabétique guérisse rapidement et sans danger d'une infection quelconque, tout comme un malade ordinaire, il ne faut jamais perdre de vue sa glycémie qu'on doit toujours maintenir par des doses appropriées d'insuline au niveau d'une glycémie normale, *i.e.*, 1 gramme à 1 gramme 20.

Avant l'ère de l'insuline, la chirurgie chez le diabétique était synonyme de mort. Maintenant, grâce à l'insuline et à la ligne de conduite adoptée plus haut, les diabétiques peuvent aller en toute confiance vers la chirurgie libératrice.

L'intoxication post-opératoire. — L. PATOINE.

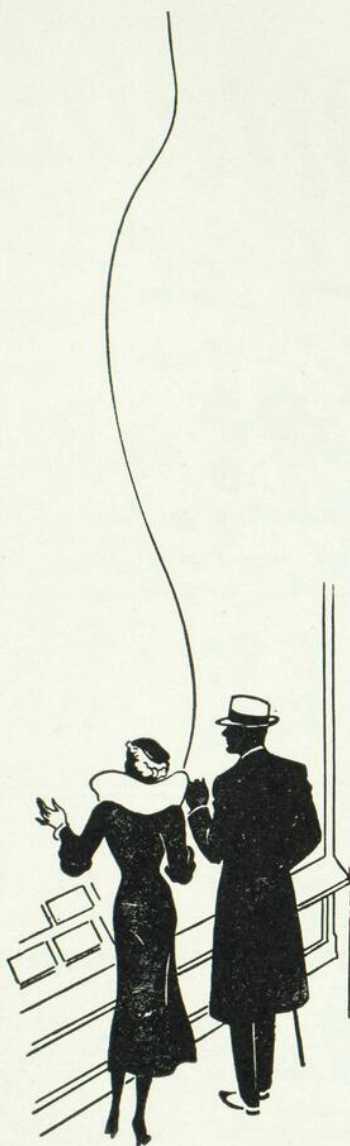
L'intoxication post-opératoire est l'ensemble des signes cliniques et des signes de laboratoire que manifestent des malades après une intervention chirurgicale.

Les signes cliniques sont habituellement peu marqués: nausées, vomissements, ballonnement, mais peuvent accidentellement être très graves: obstruction intestinale, délire et même mort. Les signes de laboratoire consistent en une diminution de la réserve alcaline du plasma et une diminution du rapport $\frac{\text{chlore globulaire}}{\text{chlore plasmatique}}$ d'où l'on dit alcalose gazeuse.

L'intoxication post-opératoire est très fréquente dans sa forme atténuée: tellement fréquente que la grand public et même le petit public médical la croient indispensable: les statistiques sont très rares et très difficiles. Quant au choc post-opératoire grave, il est rare, mais pas suffisamment. En 1935, à l'hôpital Notre-Dame, des 2,659 opérés, 144 sont morts dont 21 ayant succombé à la maladie post-opératoire. La proportion est de 14.5% des décès et environ 8% des opérés.

Contrairement à ce qu'on disait autrefois, l'anesthésie n'est pas la cause de l'intoxication post-opératoire. Le premier fait est l'acte chirurgical qui met en circulation une quantité plus ou moins grande de polypeptides. Ces polypeptides pour se transformer en peptides et en urée nécessitent la présence de chlore, d'où — et sur un même pied — hypochlorémie, vomissements, troubles moteurs gastro-intestinaux, circulatoires, urinaires et respiratoires.

Traitements. Il y en a de trois sortes: préventif avant l'opération, il consiste dans l'administration de sucre et d'insuline: les diabétiques traités avant l'opération ne manifestent habituellement aucun signe d'intoxication post-opératoire. Préventif après l'opération: hautes doses de NaCl sous forme de sérum chloruré hypertonique. Curatif: très fortes et fréquentes quantités de sérum chloruré hypertonique: jusqu'à 50, 60 et 100 grammes de NaCl.



“Que donnez-vous aux employés du bureau?”

“Ce qu'ils désirent exactement—500 Sweet Caporals à chacun!”

CIGARETTES SWEET CAPORAL

“La forme la plus pure sous laquelle le tabac peut être fumé.”—Lancet



Bronchites

MATIN, MIDI et SOIR
une cuillerée à soupe de

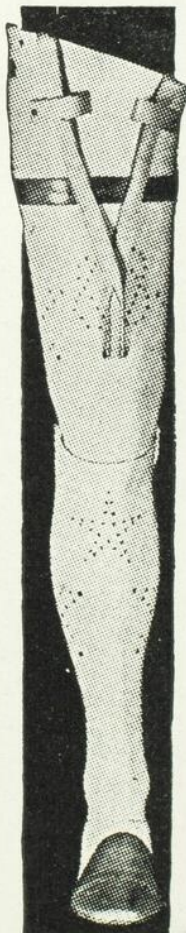
« Éliminé par les Bronches,
« Le "Lacto-Croosote Famel"
« détermine un processus inflam-
« matoire simjle, qui fait réagir cet
« organe contre le catarrhe chronique. »
FERRAND.

SIROP FAMEL

Echantillons gratuits sur simple demande adressée à

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

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



Dernière Création de la Prothèse

Prodige de la mécanique moderne.

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

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



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

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

J. A. DUCKETT

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

2014, RUE BLEURY, angle Ontario
MONTREAL

Téléphone HARbour 0630

Troubles du métabolisme hydrocarboné dans les goitres toxiques.
C.-E. GRIGNON.

Le métabolisme des hydrocarbonés est probablement celui qui dépend le plus des diverses interactions glandulaires. Un schéma familial à Beaudoin nous montre, d'un côté de la balance: le pancréas, les glandes salivaires, parathyroïdes, etc.; de l'autre côté: l'hypophyse, la surrénale et la thyroïde, etc. Ces deux groupes agirait en sens inverse; de l'équilibre de leur fonction résulterait l'équilibre glycémique. La thyroïde pour sa part a peut-être été accusée de bien des méfaits dont elle n'est pas coupable. On a dit que la thyroxine avait un effet neutralisant, antagoniste de l'insuline. Ceci a amené certains auteurs à restreindre la ration hydrocarbonée dans les goitres toxiques. C'est ce qui nous a amené à étudier partiellement le métabolisme du glucose dans cet état pathologique. Nous donnons ici le sommaire de notre travail.

1° Sur 30 cas étudiés nous n'avons pas trouvé un plus grand pourcentage de diabétique que normalement.

2° L'étude de l'hyperglycémie provoquée nous a donné les résultats suivants:

- a) Glycémie à jeun voisine de la normale;
- b) Flèche hyperglycémique précoce et assez prononcée;
- c) Retour à la normale dans un temps normal;
- d) Présence parfois d'une glycosurie ne dépassant pas 10 grammes;
- e) Corrélation entre le chiffre du métabolisme basal et l'aire d'hyperglycémie (ceci, bien entendu, chez une même malade).

Exemple. Mme L.

1 août 1936.	Métabolisme basal X 55%.		<i>Sucre-urinaire</i>
	Glycémie à jeun	1.20	Absence
	1/2 heure après glucose	1.62	"
	1 1/2 " " "	1.90	3 gr. 72%
	2 1/2 " " "	1.28	3 grammes
	3 " " "	1.18	Absence
10 août 1936.	Métabolisme basal X 36%.		<i>Sucre urinaire</i>
	Glycémie à jeun	1.18	Absence
	1/2 heure après glucose	1.54	"
	1 1/2 " " "	1.80	1 gr. 70%
	2 1/2 " " "	1.18	Absence
	3 " " "	1.12	"
18 août 1936.	Métabolisme basal X 7%.		<i>Sucre urinaire</i>
	Glycémie à jeun	1.14	Absence
	1/2 heure après glucose	1.32	"
	1 1/2 " " "	1.34	"
	2 1/2 " " "	1.66	"
	3 " " "	1.08	"

Comme on peut le voir, l'aire d'hyperglycémie thyroïdienne diffère de celle des diabétiques. Chez ces derniers la flèche est prononcée et le retour à la normale est différé. Chez les thyroïdiens, tout indique que l'utilisation des sucres est bonne, mais qu'il y a une fuite de glucose au début, probablement au niveau du foie.

3° Deux diabétiques thyroïdiens ont été étudiés avant et après la thyroïdectomie. L'étude de leur tolérance n'a pas montré d'amélioration chez une malade, et chez l'autre malade, une aggravation du diabète.

Physio-pathogénie et conclusions.

Il existe chez les thyroïdiens toxiques un trouble du mécanisme glyco-régulateur, mais qu'on ne doit pas interpréter comme l'effet de l'action neutralisante ou antagoniste de la sécrétion thyroïdienne sur l'insuline. Nous croyons que ce trouble n'est pas non plus un trouble d'utilisation des hydrocarbonés, comme le démontre le retour rapide à la normale de la flèche glycémique. L'amplitude précoce et accentuée de la flèche glycémique est probablement due à une déplétion du foie en glycogène. Cette déplétion peut être due soit: *a)* à une utilisation rapide du glucose par les tissus comme en témoigne le taux élevé de l'acide lactique sanguin des hyperthyroïdiens; soit, *b)* à une action de l'adrénaline circulante qui est en excès chez ces malades.

Au point de vue doctrinal, nous pensons qu'il faut donner une grande quantité d'hydrocarbonés aux hyperthyroïdiens, et spécialement dans la phase pré-opératoire. C'est cette catégorie d'aliments qui doit fournir le plus de calories à ces malades, pour deux raisons: 1^o les protides élèvent le métabolisme basal à cause de leur action dynamique spécifique élevée; 2^o les graisses sont acidifiantes et ils ne faut pas ajouter cette action à l'action acidifiante de toute anesthésie et intervention chirurgicale.

**Sympatricotropine neuro-tropho-tissulaire dans les accidents du diabète.
Blocage du sympathique à l'alcool. — J.-U. GARIEPY.**

Dans les troubles neuro-tropho-tissulaires qui caractérisent les accidents du diabète, il faut accorder une part importante au système sympathique, lui qui commande le tonus artériel. Le diabète intéresse intensément cette partie du plan neuro-végétatif par le fait de ses inter-relations intimes avec le pancréas et les surrénales. D'où irritation retentissant sur le tonus vasculaire qui se traduit par une vaso-constriction accentuée et partant une irrigation déficiente des tissus qui en trouble le métabolisme. Cette perturbation cellulaire amène des troubles neuro-trophiques se traduisant par des ulcérations cutané-osseuses infiniment douloureuses, atones et sans aucune tendance à la guérison.

D'autre part, les tissus, imprégnés de sucre, ne peuvent réagir parce que ce sucre transforme le milieu intime en tenant lieu du milieu marin qui est la constante habituelle et physiologique. Les cellules ne peuvent se renouveler, car l'élément principal leur manque, ce qui entraîne une déchéance de la nutrition cellulaire et fréquemment la gangrène, surtout aux membres inférieurs.

Pour remédier à ces avatars, nous avons pensé y obvier par un blocage du sympathique à l'alcool à 95%, nous proposant: 1^o de couper le courant pathologique dont la sympathie est l'expression immédiate et par là desserrer l'hypertonus artérioso-capillaire, 2^o par la vaso-dilatation consécutive amener un arrosage tissulaire à plein rendement qui remonte la fonction cellulaire en lui apportant des matériaux de reconstruction, une augmentation de la phagocytose et une réminéralisation humorale.

IODALOSE GALBRUN

IODE PHYSIOLOGIQUE, SOLUBLE, ASSIMILABLE

L'IODALOSE EST LA SEULE SOLUTION TITRÉE DU PEPTONIODE
 Combinaison directe et entièrement stable de l'Iode avec la Peptone
 DÉCOUVERTE EN 1896 PAR E. GALBRUN, DOCTEUR EN PHARMACIE
 Communication au XIII^e Congrès international de Médecine, Paris 1900.

**Remplace Iode et Iodures dans toutes leurs applications,
 sans Iodisme.**

Vingt gouttes IODALOSE agissent comme un gramme Iodure alcalin.

DOSES MOYENNES : cinq à vingt gouttes pour Enfants ; dix à cinquante gouttes pour Adultes.

Demandez Brochure sur l'Iodothérapie physiologique par le Peptoniodé
 LABORATOIRE GALBRUN, 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.

DÉSENSIBILISATION AUX CHOCS

PEPTALMINE

MÉDICATION ANTIANAPHYLACTIQUE POLYVALENTE

PEPTONES de VIANDE et de POISSON - EXTRAITS d'ŒUFS et de LAIT
 FARINE DE BLÉ

INDICATIONS

MIGRAINES. URTICAIRE
STROPHULUS. ECZEMAS. PRURITS
TROUBLES DIGESTIFS PAR ASSIMILATION DÉFECTUEUSE

POSOLOGIE

DEUX DRAGÉES OU DEUX CUILLERS
 À CAFÉ DE GRANULÉS UNE HEURE
 AVANT CHACUN DES 3 REPAS.

Laboratoire des Produits SCIENTIA, 21, rue Chaptal, Paris 9^e



Représentants exclusifs pour le Canada: HERDT & CHARTON, Inc., 2027, McGill College Ave, Montréal.

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

MONTREAL

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.

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.

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.

INFIRMIER DIPLOME

—♦♦—
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.

Furoncle de la lèvre supérieure, traité par Rayons X.

A. MARIN et F. BOULAIS.

Histoire du malade: Louis G., âgé de 48 ans, a eu la rougeole en bas âge. Influenza en 1918. Pneumonie à 20 ans, et il y a 6 ans il aurait fait de la pneumokoniose (Cartierville). Il est travailleur en fer de son métier.

Histoire de famille: Père et mère encore vivants en bonne santé; 4 frères et sœurs en bonne santé.

Examen: Vers le 20 août, le patient a remarqué une petite lésion légèrement inflammatoire à l'orifice de la narine gauche à la jonction de l'aile du nez et de la lèvre supérieure, puis s'est écoulé un peu de pus et la lésion s'est infiltrée en profondeur et en étendue.

A son arrivée le 27 août: œdème et congestion intéressant toute la lèvre supérieure gauche, remontant vers le masseter et la paupière inférieure et même commençant à gagner le côté droit de la face.

Léger écoulement nasal. Dents en mauvais état.

Laboratoire: B. W. négatif. Azotémie: 0 gr. 48. Glycémie: 1 gr. 28. Urines: nil.

Traitement: Administration le jour même d'une dose de R. X de 10 minutes à une distance de 10 pouces sous une tension de 113 K. V. avec une intensité de 5 MA. et filtrée sur 3 MM. AL. On fit en plus des pansements humides au sérum physiologique sans aucunes manipulations. On injecta tous les jours de l'immunogène strepto-staphylococcique. Il n'y a pratiquement pas eu de température, et la douleur, qui était exquise à l'entrée, a cédé complètement 2 jours après le traitement au R. X.

Considérations: Ce malade est présenté afin de bien insister sur l'effet heureux de la radiothérapie dans les furoncles de la lèvre supérieure, lesquels sont presque toujours mortels s'ils sont traités par les méthodes ordinaires.

Rapport entre l'urée des liquides séreux et l'urée sanguine.

A. LEGER et G. HEBERT.

Il y a une notion de chimie physiologique qui a attiré notre attention dernièrement et sur laquelle nous voulons insister aujourd'hui: la diffusibilité de l'urée. Guy Laroche nous dit, en effet, que l'urée est éminemment diffusible et que les dosages de l'urée du sang, du liquide céphalo-rachidien ou des sérosités pleurales, ascitiques, etc., donnent le même chiffre.

Nous avons voulu contrôler ces données et avons comparé chez quelques malades, pris au hasard, le taux d'urée d'une de leurs sérosités avec celui

de leur urée sanguine. Les prélèvements furent faits simultanément. Voici les résultats que nous avons obtenus :

Malades	Dossier	Diagnostic clinique	Date	Urée des liquides séreux	Urée sang.
I		Insuff. ventriculaire aiguë	10-1-36	Liquide pleural 3 gr. 63	1 gr. 39
II	15	Arythmie			
		complète	20-1-36	" "	0 gr. 49 0 gr. 51
			23-1-36	" "	0 gr. 29 0 gr. 31
			31-1-36	" "	0 gr. 34 0 gr. 37
			4-2-36	" "	0 gr. 34 0 gr. 39
III	741	Insuff. cardiaque	24-2-36	" "	0 gr. 65 0 gr. 55
IV	1408	Pleurésie séro-fibrineuse	28-2-36	" "	0 gr. 30 0 gr. 29
V		Insuff. cardiaque	18-3-36	" "	0 gr. 39 0 gr. 44
		Septicémie à staphylos			
VI	25	Insuff. cardiaque	27-1-36	Liquide d'ascite	0 gr. 35 0 gr. 36
			10-2-36	" "	0 gr. 44 0 gr. 47
VII	195	Maladie mitrale	12-2-36	" "	2 gr. 34 2 gr. 30
VIII	1713	Méningite tuberculeuse	4-3-36	L. C. R.	0 gr. 55 0 gr. 64
IX	328	Polyarthrite (à Neisser?)	18-2-36	Liquide synovial (genou)	0 gr. 37 0 gr. 40
X	3928	Hydrocèle bilatérale	27-5-36	Liquide d'hydrocèle	
				à droite	0 gr. 54 0 gr. 49
				à gauche	0 gr. 54

A part l'observation n° 1, où la différence est énorme entre l'urée du liquide séreux et celle du sang, tous les autres dosages sont assez superposables puisque l'écart ne dépasse pas dix centigrammes. Nous sommes persuadés que dans l'obs. n° 1, il y a eu erreur de laboratoire. Nous croyons qu'au lieu de doser l'urée, on a dû faire le dosage plus routinier de l'albumine. Le taux d'ailleurs cadre bien avec l'albumine qu'on observe dans les hydrothorax chez des cardiaques.

Conclusions. Nous constatons donc que l'urée est à un taux identique dans les liquides séreux et dans le sang. Cette notion mérite d'être retenue : 1° elle évitera des ponctions veineuses inutiles chez des malades auxquels on est forcé de faire des ponctions de séreuse; 2° elle permettra de pouvoir faire le dosage de l'urée chez certains malades dont la prise de sang par ponction veineuse est impossible. Ce sont des avantages qui valent la peine d'être signalés et dont nous avons nous-mêmes profité. Citons seulement cet exemple d'obésité monstrueuse en état d'insuffisance cardio-rénale. Cette malade n'avait pas de veines visibles ni palpables, mais faisait de l'ascite. Le dosage de l'urée de ce liquide fut de 0 gramme 73, et nous pûmes diriger notre traitement en conséquence.

N. B. — Toutes ces analyses ont été faites sur des liquides séreux non purulents (la plupart des transsudats). Nous nous proposons de poursuivre ces dosages dans les cas de liquides purulents.

Constitue pour les bébés le plus excellent mélange lacté.

Ces sirops de Maïs, uniques par leur pureté, constituent la forme idéale sous laquelle les hydrates de carbone peuvent être utilisés dans le régime alimentaire des bébés.

Dans le régime alimentaire des enfants normalement constitués, les sirops de Maïs "CROWN BRAND" ou "LILY WHITE" peuvent être mélangés au lait; en quantités plus grandes que les autres sucres sans crainte de provoquer des troubles gastro-intestinaux.

Ces sirops de Maïs sont en vente dans toutes les épiceries et sont véritablement économiques. Des méthodes de fabrication strictement hygiéniques assurent une pureté sans égal, et vous pouvez utiliser ces sirops de Maïs en toute sécurité.



POUR LES MÉDECINS SEULEMENT

Un petit calculateur de poche contenant les différentes diètes d'enfants dans lesquelles rentrent ces deux célèbres sirops de blé d'Inde (Maïs) en plus d'un traité scientifique sous forme de livret pour la nutrition des bébés et des tablettes de prescriptions peuvent être obtenues sur demande. Découpez le coupon ci-dessous et ces imprimés utiles vous seront envoyés immédiatement.

Découpez ici.

The CANADA STARCH CO., Ltd,
Montréal

Veuillez m'envoyer

CALCULATEUR

Livret: "LES SIROPS DE MAÏS
DANS L'ALIMENTATION DES
ENFANTS"

TABLETTES DE PRESCRIPTIONS

Nom

Adresse

SIROPS de MAÏS EDWARDSBURG "CROWN BRAND" et "LILY WHITE"

Manufacturés par THE CANADA STARCH COMPANY, Limited

ILS ONT RÉSISTÉ À L'ÉPREUVE!

Deux produits scientifiquement sains, soigneusement préparés pour les enfants en bas âge, conçus et fabriqués pour l'usage des médecins, et mis à leur disposition pour être jugés seulement qu'à la barre de l'opinion professionnelle.



Matière descriptive et échantillons de Lactogen et de Hylac adressés avec plaisir aux médecins. Envoyez-nous votre bulletin professionnel par la poste, à:



NESTLÉ'S MILK PRODUCTS (Canada) LTD

Toronto - Metropolitan Bldg - Canada

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.****À VENDRE À SACRIFICE**

les appareils très peu usagés suivants:

- a) Un cabinet de Diatermie Super-Hogan;
- b) Un Polysine presque neuf, avec des accessoires non usagés;
- c) Une lampe Alpine en parfaite condition;
- d) Une table avec coussin pour les traitements usuels.

Venez vous rendre compte par vous-même.

Dr SÉVILLE CHEFF,**3864 Parc Lafontaine, Montréal.**

Deux cas d'abcès du poumon. — Jules PREVOST.

PREMIER CAS

Histoire: William S. (42 ans, épicier), se présente pour douleur à l'hémi-thorax droit, toux émétisante rebelle, expectoration très abondante et fétide (300 c.c. par 24 heures), anorexie. Début il y a cinq semaines à la suite d'une broncho-pneumonie. Rien de particulier à noter dans son histoire antérieure.

Histoire de famille: Rien à noter.

Examen: Etat général mauvais. Polypnée. Cyanose. Tachycardie. P. A. 120/60. Température 102°. Expectoration verdâtre d'une fétidité repoussante.

Poumons: gauche: sibilances à la base;

droit: matité suspendue, au niveau du 1/3 moyen, avec bruits adventices nombreux (gargouillement) à la région antérieure.

Cœur: nil. Abdomen: nil.

Laboratoire et Rayons X: Radio: gros abcès 1/3 moyen poumon droit. Pus de l'abcès: flore microbienne abondante comprenant surtout de gros bacilles, — gram: négatif, quelques spirilles et fusiformes. B. W.: négatif.

Diagnostic: Abcès putride du poumon.

Considérations: a) Dix semaines après le début de la maladie, aucune amélioration par le traitement médical, alcool intraveineux, émétine, Novar., vaccins, etc.;

b) Drainage bronchique nettement insuffisant;

c) Abcès présentant un triple processus de nécrose, de suppuration et de sclérose;

d) Ponction et injection d'huile d'olive goménolée à 10%.

Arrêt du processus nécrotique et guérison.

SECOND CAS

Histoire du malade: Alfred C. (25 ans, débardeur), se présente pour a) toux improductive rebelle, anorexie, amaigrissement, température, douleur para-vertébrale droite, b) douleur et tuméfaction de la face dorsale de la main gauche. Début il y a un mois à la suite d'une pneumonie lobaire. Rougeole en bas âge.

Histoire de famille: Rien à noter.

Examen: Etat général médiocre. Dyspnée de décubitus. Stupeur. Température, 103°. Tachycardie. Amaigrissement.

Poumons: gauche: rien à noter.

droit: matité suspendue, au niveau du 1/3 inférieur, avec nombreux bruits adventices et bronchophonie.

Arthrite suppurée main gauche. Cœur: nil. Abdomen: nil.

Laboratoire et Rayons X: Radio: abcès juxta-hilaire droit.

Crachats et liquide pleural: streptocoques.

Diagnostic: Abcès simple du poumon.

Considérations: Affection monomicrobienne due à un germe spécifique (streptocoque) aboutissant à une suppuration pulmonaire.

Guérison par vomique, six semaines après le début de la maladie.

Ectopie testiculaire guérie par opothérapie. — C.-E. GRIGNON.

F. N., 11 ans 3 mois.

Histoire personnelle: Aucun antécédent pathologique.

Histoire familiale: Père pèse 205 livres.

Examen: Poids 96 livres, taille 54 pouces. Obésité générale surtout localisée aux seins, abdomen, fesses, racines des membres et pubis. Système pileux normal pour l'âge. Mains petites et grasses du type hypophysaire. P. A. 12/7.

Organes génitaux: Pénis très petit (3 cms.). Phimosis. Absence de testicules dans le scrotum et les canaux inguinaux qui sont perméables. Quelques vergetures pourpres sur les fesses.

Champ visuel: Léger rétrécissement bi-temporal.

Fond d'œil: normal. *Selle turcique:* normale.

Wassermann: négatif. *Glycémie et azotémie:* normale.

Urines: normales. *Métabolisme basal:* normal.

Diagnostic: Syndrome adipo-génital. Ectopie testiculaire bilatérale.

Traitements: Le malade a reçu tous les jours, durant 6 semaines, 2 c.c. Antuitrin « S ». Dès la 15^e injection les testicules sont apparus dans le canal inguinal, puis dans le scrotum après 30 injections. D'abord petits comme un pois et très mous, les testicules augmentent graduellement de volume et de fermeté pour atteindre un volume et une consistance normale pour l'âge. Depuis, nous avons traité ce malade avec l'extrait hypophysaire « Maturity Factors », et la puberté est en train de s'établir.

Considérations: Chez ce malade il existe une insuffisance hypophysaire. Le bon fonctionnement de l'hypophyse est nécessaire pour la descente et le bon fonctionnement des testicules. L'Antuitrin « S » a agi ici probablement comme stimulant de la fonction hypophysaire.

P. S. — Nous avons traité depuis ce temps un bon nombre de cas d'ectopie testiculaire, avec des succès et des échecs. Nous dirons dans une communication ultérieure les raisons de ces succès ou échecs.

Lipiodol par voie endo-nasale. — Georges HEBERT.

Technique simple pour l'introduction du lipiodol dans les bronches:

A) Anesthésie des voies respiratoires supérieures;

B) Introduction du lipiodol.

A) *Anesthésie.*

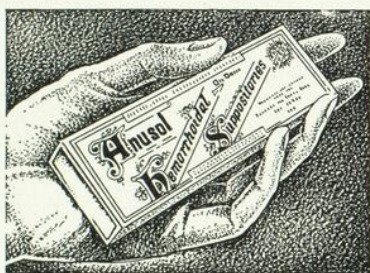
Elle se fait au moyen d'une solution à base de cocaïne:

1) On vaporise la solution dans les deux narines: à deux ou trois reprises, séparées chacune par une minute d'intervalle, on presse 3 ou 4 fois sur la poire du vaporisateur, dans chaque narine. Chaque coup de poire doit être en synchronisme avec l'inspiration.

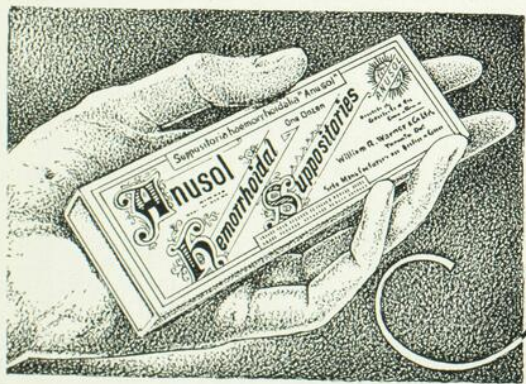
Defecalgésiophobie



La crainte de la défécation, à cause des douleurs qu'elle peut occasionner, est le point de départ du cercle vicieux des hémorroïdes, c'est-à-dire qu'elle provoque la constipation et que celle-ci, à son tour, favorise la formation des hémorroïdes. L'usage des Suppositoires Anusol permet de vaincre cette constipation causée par la "crainte de la douleur". En amollissant les matières contenues dans le rectum et en lubrifiant le canal par où elles doivent passer, ces suppositoires en facilitent l'évacuation et éliminent la douleur.



Mais ce n'est pas là le seul effet bienfaisant des Suppositoires Anusol dans le traitement des hémorroïdes. Ils aident aussi à réduire la congestion qui cause la douleur et les malaises. La circulation dans les parties affectées se trouve ainsi améliorée et les pertes de sang plus facilement contrôlées. Tout ceci est accompli sans l'aide de narcotiques, d'analgésiques ou d'anesthésiques, sans belladone, éphédrine ou épinéphrine.



Anusol

Les Suppositoires Anusol sont présentés en boîtes de 12. Demandez la boîte d'essai gratuite.

WILLIAM R. WARNER & CO., LTD., 727 King St., West, Toronto, Ont.

La diète du Diabétique



ALIMENTS DEPOURVUS D'AMIDON

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

Grande boîte pour 30 cuissons
\$4.85

Petite boîte pour 15 cuissons
\$2.75

En vente chez tous les pharmaciens ou directement chez

LISTERS Limited

Huntingdon, Quebec

CANADA

PAVERAL

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

COQUELUCHE

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

Ne cause ni intolérance, ni complication.

Littérature sur demande

Agents : CANADA DRUG COMPANY
Pharmaciens en Gros

857, rue Saint-Maurice,

MONTREAL

2) On introduit dans la narine la plus perméable un *spéculum auri* mis en communication avec un tube de caoutchouc de 4 à 5 centimètres de longueur.

3) On verse alors lentement cinq centimètres cubes de la même solution. On attend cinq minutes. On verse ensuite cinq autres centimètres cubes. Le patient crache cette solution.

B) *Introduction du lipiodol.*

On penche le corps du malade, du côté que l'on veut opacifier, la tête légèrement inclinée en arrière. On demande au patient de tirer sa langue hors de sa bouche au moyen d'une compresse et de la tenir ainsi tout le temps que durera l'introduction du lipiodol. On verse alors dans le spéculum le lipiodol préalablement tiédi.

Considérations.

La technique est très simple.

Elle ne nécessite pas l'intervention de personnes spécialisées.

Elle ne provoque pas de réflexe de toux.

Elle n'est pas traumatisante.

Elle n'expose pas l'opérateur aux sécrétions du malade.

Elle permet une médication intrabronchique des plus faciles.

Forme bulbaire de la maladie de Charcot. — Jean SAUCIER.

Histoire de la malade: Mme Alfred R., 40 ans, dossier n° 6334 (1936). Admission le 25 août 1936. Il y a 5 ans, engourdissements du petit doigt et de l'annulaire de la main gauche; ces paresthésies durèrent 4 ou 5 mois puis disparurent. Deux ans plus tard, les engourdissements revinrent dans tous les doigts de la main gauche, puis, graduellement, dans tout le côté gauche, respectant toutefois la face jusqu'en ces derniers temps. Depuis un an, la malade sent que les muscles de son cou sont attirés à gauche. Sa langue est engourdie depuis un an et elle est moins mobile depuis 3 mois. Elle n'avale pas les solides depuis 6 mois. Les liquides reviennent par le nez depuis 3 mois. Les doigts de la main droite sont engourdis depuis 2 mois. Il existe de l'hypoesthésie dans le domaine du trijumeau gauche depuis 2 mois. La démarche révèle de l'hésitation et une légère spasmodicité du membre inférieur gauche. Il existe des vertiges avec latéropulsion gauche depuis 1½ mois. La malade avale à gauche et penche la tête de ce côté pour favoriser l'écoulement des liquides. Par ailleurs, aucun rapport anamnestique avec la maladie actuelle.

Histoire de famille: Sans intérêt.

Examen: (Signes positifs seulement.) Légère spasmodicité gauche de la démarche. Légère diminution de la force musculaire dans les segments gauches. Hypoesthésie aux modes superficiels de la sensibilité à gauche, face incluse. Réflexivité tendineuse un peu plus marquée à gauche. Signe de Babinski gauche inconstant. Réflexes cornéens émoussés bilatéralement, le

gauche plus que le droit. Le facial gauche est un peu plus actif que le droit; la malade siffle péniblement, elle fait une moue incomplète et gonfle mollement ses joues. Le pharynx et le voile du palais ne se contractent qu'à gauche. La réflexivité muqueuse du pharynx et du voile est très émoussée à droite; elle est plus active à gauche. La malade ramène difficilement sa tête vers la ligne médiane lorsqu'on lui demande de la tourner à gauche et que l'on s'oppose au mouvement de retour. La langue est un peu atrophiée et est le siège d'actives et incessantes fibrillations; ses mouvements sont très limités.

Laboratoire et Rayons X: Les résultats de la ponction lombaire furent normaux à tous égards.

Diagnostic: Paralyse glosso-labio-pharyngée.

Considérations: La question du diagnostic différentiel ne se pose pas. Il s'agit d'un cas assez typique que nous avons voulu présenter à cause de sa rareté relative. C'est à Duchenne que nous devons la première description de cette paralysie bulbaire progressive, mais on sait aujourd'hui que celle-ci comporte les mêmes destructions anatomiques que la sclérose latérale amyotrophique ou maladie de Charcot. Nous savons également que la S. L. A. peut débiter par l'envahissement bulbaire, comme c'est le cas ici, mais l'examen attentif révèle toujours l'atteinte pyramidale composante « latérale » de la maladie de Charcot. L'amyotrophie chez notre malade est absente aux membres, notamment aux mains où elle débute habituellement, mais nous la retrouvons dans les muscles tributaires des noyaux bulbaires. En somme, que l'atteinte nucléaire siège au bulbe ou à la moelle, l'amyotrophie existe toujours; quant aux signes pyramidaux, les lésions de la voie pyramidale les provoquent toujours quelle que soit la région de son parcours qui est touchée. Maladie de Charcot et maladie de Duchenne sont deux topographies différentes d'une même entité anatomo-pathologique. Les considérations pronostiques et thérapeutiques seraient superflues.

La cause la plus fréquente de la mort chez les nourrissons.

L.-C. SIMARD.

La question de l'otite chez l'enfant a donné lieu à de nombreuses publications partagées en deux camps. Certains pédiatres prétendent que l'otite moyenne est une complication survenant chez des enfants souffrant déjà de gastro-entérite; d'autres, que l'otite est souvent la cause de troubles digestifs. Depuis janvier 1935, nous avons pratiqué 49 autopsies d'enfants chez lesquels nous avons rencontré de l'otite suppurée dans 34 cas.

L'otite a-t-elle été primitive ou secondaire? La question est importante et mérite d'être étudiée sérieusement; car si l'otite a été la cause des complications, la cause éloignée de la mort, tout doit être fait pour la prévenir et la traiter le plus tôt possible.

(I. O. G.)

DIA - TOSAN

du Dr H. LABBÉ, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,
et de E. DONARD.

— COMPRIMÉS —

Préparés dans les Laboratoires Soudan de Paris

DIABÈTES LÉGERS :

6 à 8 comprimés par jour

en 3 fois, au début des
repas.

DIABÈTES MOYENS :

9 à 12 comprimés par jour.

DIABÈTES GRAVES :

avec dénutrition.

En adjuvant de l'insuline: supprimer au début 1/5 à 1/3 des unités.

12 comprimés par jour.

Insulino-résistance :

Conserver les mêmes doses d'insuline et donner 12 comprimés par jour.

DERMATOSES :

acné, eczéma, furonculose, prurit, urticaire: 9 comprimés par jour.

Eczéma des bébés: (4 comprimés) déposer la veille les comprimés dans une cuillère à thé d'eau, le lendemain matin, ils sont facilement solubles en les écrasant et se mélangent au lait du biberon (2 biberons: matin et soir).

ENFANTS: Demi-doses

CURES D'ENGRAISSEMENT :

Tuberculose : en activité, sans évolution: 6 comprimés par jour.

INNOCUITÉ ABSOLUE
TOLÉRANCE INDEFINIE

Agent général pour le Canada: L. BOUDOT, 8955, rue Routhier, Montréal, P. Q.

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 Potas-
sium, Sodium et Ammonium, associés à des
Teintures amères et toniques.)

La pharmacie d'ordonnances **ARTHUR HIRBOUR** ci-devant Bisailon-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

MONTREAL



Ry —

Le calme dans
le bureau.

Soulagement pour les
nerfs de vos clients et
pour vos propres nerfs;
meilleure dactylographie
par l'usage d'un

“Remington” Portatif Silencieux

Tous les points essentiels d'un “gros” clavigraphie sur un modèle portatif à bas prix. Cylindre grandeur à correspondance; ruban pleine-longueur; mallette indépendante.

Renseignements fournis sur demande.

REMINGTON RAND LIMITED

Bureau-chef: Toronto, Ont.

Succursales dans toutes les principales villes

Deux cas de cancer du poumon, avec atélectasie pulmonaire.

Henri GELINAS.

Obs. n° 1. — M. A., âgé de 47 ans, chauffeur de camion, se présente le 5 février 1936 dans le service du professeur Benoit. Depuis le mois de juin 1935 il souffre de troubles digestifs, d'une toux quinteuse accompagnée d'expectoration assez abondante, parfois d'hémoptysies. Dernièrement, la déglutition des solides est devenue de plus en plus difficile. Notre malade se plaint maintenant de douleurs thoraciques bilatérales violentes et presque continues. Il a maigri de 45 lbs.

Examen objectif: Malade amaigri, manifestement souffrant. Son crachoir est rempli d'une expectoration sanglante. Quelques ganglions hypertrophiés dans la fosse sus-claviculaire gauche et le creux axillaire gauche. La pointe du cœur est fortement déviée à droite. L'hémithorax droit est rétracté. Il est mat dans ses deux tiers inférieurs. Les vibrations vocales sont diminuées à ce niveau. La respiration n'est entendue qu'à la partie supérieure du poumon. Frottement pleuraux, quelques sons crépitants. Le foie est hypertrophié et déborde les fausses côtes d'un travers de doigt. B.W.: négatif. B. K.: négatif.

Le 7 février 1936, ponction pleurale. On retire une petite quantité d'un liquide séro-fibrineux contenant comme éléments cellulaires surtout des lymphocytes. Le 4 avril le malade meurt. Il a toujours été pratiquement apyrétique.

Radiographies: 1er février: sur cette radio le cœur est fortement déplacé vers la droite. La trachée décrit une grande courbe dans l'aire du poumon droit. Toute la moitié inférieure du poumon droit est sombre et rétractée.

Biopsie: Le 18 février, première biopsie — non concluante. Le 24 mars, seconde biopsie d'un ganglion sus-claviculaire. Réponse: épithélioma probable d'origine difficile à préciser.

Traiment: Radiothérapie: 6 séances du 16 mars au 2 avril.

Diagnostic: Il y avait lieu de suspecter un cancer du poumon pour les raisons suivantes:

1° Les douleurs violentes dont se plaignait notre malade sont plutôt le fait du cancer que de la tuberculose pulmonaire.

2° Le déplacement du cœur vers la droite et la forte rétraction de l'hémithorax droit auraient pu s'expliquer par une pachypleurite adhésive. Une atélectasie plus ou moins complète du poumon peut donner la même image. L'obstruction d'une bronche par un corps étranger ou par un néoplasme bénin ou malin, etc., amène un collapsus du poumon par résorption de l'air alvéolaire. A noter l'absence de bacilles de Koch dans les crachats et l'intégrité du sommet du poumon gauche.

3° La biopsie nous a permis de trancher le diagnostic. A l'autopsie: néo d'origine bronchique avec nombreuses métastases.

Obs. n° 2. — M. E. R., âgé de 58 ans, est admis dans le service du professeur Benoit le 10 août 1936. C'est un alcoolique avéré, qui a souffert au début de l'année de polynévrite alcoolique. Il est excessivement amaigri.

Il tousse, crache. Son expectoration aurait été sanguinolente à certains moments. Il n'a pas de douleurs thoraciques.

Examen objectif: Amaigrissement extrême. Obnubilation mentale. La figure est œdématisée.

Cœur: Bruits assourdis.

Poumons: Matité à la partie moyenne du poumon droit. Respiration diminuée, soufflante, sibilances sous-crépitanes. La toux est rauque, aboyante, comme s'il y avait une compression bronchique.

Foie: Il ne déborde pas les fausses côtes.

Abdomen: Circulation collatérale du type cave. Grosse veine dilatée au point de départ inguinal. Le ventre est excavé. Pas d'ascite.

Rate: Non perceptible.

Examens de laboratoire: B. W.: négatif. Pas de bacilles de Koch dans l'expectoration. Urée sanguine et glycémie normales. P. A. 100/70.

Rayons X: Radiographie faite le 12 août 1936. Le cœur est gros. Ombre diffuse à contours irréguliers au niveau de la partie moyenne de la plage pulmonaire droite.

Lipiodol et adiographie: Le 21 août. Les 2/3 inférieurs du poumon droit sont devenus complètement obscurs. Le lipiodol ne pénètre pas dans les arborisations bronchiques droites. Le poumon droit est manifestement réduit de volume.

Diagnostic: La présence d'une circulation collatérale du type cave inférieur, sans ascite, nous fit admettre l'existence d'une compression siégeant probablement dans le thorax. La figure du malade était œdématisée. Il n'y avait pas de B. K. dans ses crachats.

L'arrêt du lipiodol au niveau de la région hilare droite devait nous permettre d'affirmer la présence d'une néoplasie pulmonaire d'origine endobronchique.

Mort le 26 août 1936.

Autopsie: Néoplasme endobronchique avec métastases du foie, des reins et des capsules surrénales. La plèvre droite contenait 1200 c.c. de liquide. Le péricarde en partie adhérent était rempli de 100 c.c. de pus. Absès sous-diaphragmatique.

Algie lombo-crurale d'origine traumatique. — Roma AMYOT.

Renato D..., âgé de 40 ans, manœuvre, a été admis à l'hôpital Notre-Dame, le 28 juillet 1936, pour *une douleur violente siégeant à la région lombaire droite et à la cuisse droite.*

Histoire de la maladie actuelle: Cette douleur lombaire est apparue subitement huit jours avant l'entrée du malade à l'hôpital, à l'occasion d'un effort musculaire. Il était à son travail; il avait fléchi et porté en rotation vers la gauche son tronc, dans le but de soulever et de déplacer une lourde pierre. Au moment même où il produisit l'effort, *le tronc ayant été tordu et incliné vers la gauche*, il ressentit une sensation de dé clic à la région lombaire. C'est quand il voulut se redresser qu'il éprouva la douleur aiguë. Il ne put alors étendre son tronc qu'avec la plus grande difficulté et la plus grande délicatesse. Il abandonna son travail. Le soir, une douleur lancinante

s'installa dans les muscles de la loge antérieure de la cuisse droite. Ce n'est que 3 semaines plus tard que la douleur, sous forme de cuisson durant la nuit surtout, se répandit à la face int. du tiers inf. de la jambe droite et sur le bord int. du pied droit. A cette date, la douleur avait quitté la région lombaire et la cuisse.

Histoire de famille: Rien à noter. Blennorrhagie à l'âge de 18 ans.

Examen (lors de l'hospitalisation): Muscles para-vertébraux droits saillants, contracturés de la 5e lombaire jusqu'au niveau de la pointe de l'omoplate. L'extension, la rotation vers la gauche, l'inclinaison latérale vers la droite du tronc sont douloureuses. La pression sur les vertèbres est indolore, sur les masses para-vertébrales (vis-à-vis les 4e et 5e lombaires) déclenche de la douleur. Aucune déformation vertébrale. La pression sur le nerf crural à l'aîne est très douloureuse. Le Lasègue provoque douleur à l'aîne et à la face ant. de la cuisse droite. L'extension du quadriceps droit fait naître une forte douleur au sein des adducteurs droits. Aucune douleur aux points de Valleix du sciatique. Les adducteurs de la cuisse droite sont douloureux à la compression. Le quadriceps et les adducteurs droits sont atrophiés, flasques et affaiblis. Démarche claudicante par douleur à la cuisse droite. R. rotulien droit aboli; R. rotulien gauche normal. R. achilléens faibles. R. cutanés abdominaux, plantaires et crémastériens normaux. Il existe actuellement une hypoesthésie à la piqure et à la température sur le bord interne du pied droit. Hyperesthésie au frôlement sur la face interne de la jambe, tiers inf.

Laboratoire et Rayons X: B. W. sanguin est négatif. Urine normale.

Radiographie de la colonne vertébrale ne décèle aucune anomalie.

Diagnostic: Vulgairement, «tour de rein», soit *entorse vertébrale lombaire*. Funiculite traumatique faisant naître la lombalgie et la cruralgie.

Considérations: Les douleurs lombo-sacrées avec irradiation aux membres inférieurs constituent des syndromes qui sont la conséquence d'un processus pathologique lésant les racines lombaires et sacrées, soit dans le canal rachidien, soit à leur passage par les trous de conjugaison, où elles prennent le nom de *funicules*, soit à leur sortie de ces trous. La lésion intéresse aussi bien les fibres motrices que les fibres sensitives. Selon le niveau du processus, l'algie et les accidents moteurs se manifestent soit dans le domaine du sciatique (sciatalgie), soit dans le domaine du crural (cruralgie). La nature du processus varie d'un cas à l'autre: lepto-méningite, tumeur intrarachidienne ou vertébrale, mal de Pott, lésion traumatique du rachis avec ou sans fracture ou luxation, rhumatisme vertébral chronique, dystrophie vertébrale (lombalisation, sacralisation, spondylolisthésis, etc.).

Chaque cas doit être envisagé et traité à son propre mérite après anamnèse précise et examen méticuleux (clinique, radiographique, liquidien, lipiodolé sous-arachnoïdien même parfois).

L'étiologie de la douleur de notre malade fut le traumatisme ayant déterminé une entorse vertébrale. Cette lésion amena la souffrance des funicules lombaires.

Le repos, des injections paravertébrales de novocaïne à 1% (30 c.c. en deux circonstances), la radiothérapie lombaire, ont amélioré presque radicalement le syndrome algique lombaire et crural.



ASSEMBLÉE SCIENTIFIQUE DE L'HÔPITAL SAINT-LUC

Judi, le 19 novembre 1936.

Président: M. A. LABELLE

1. Enucléation de l'oeil. Point de vue esthétique.

Dr C.-T. MATHIEU.

Dans les plaies pénétrantes graves de l'œil, on enlevait autrefois l'œil en entier et on employait un œil artificiel qui restait immobile. Récemment, Richet, Fisher et d'autres se contentèrent d'enlever la cornée et après avoir vider l'œil, introduisirent dans le sac une sphère osseuse, une boule de celluloid ou une sphère de paraffine.

Actuellement à la suite d'Adams-Frost et de Poulard on emploie pour former le moignon, une sphère creuse de verre qui est en général bien tolérée. Au moignon on ajoute une prothèse façonnée par des artistes spécialisés. Cette prothèse se mobilise avec le moignon qui a conservé ses muscles et on obtient ainsi un résultat esthétique excellent. Le Dr Mathieu présente un des quatre malades qu'il a opérés.

2. Diphtérie trachéo-bronchique. — Dr H. CHARBONNEAU.

A côté de la diphtérie laryngée qui est une complication banale de la diphtérie, à côté du croup avec envahissement consécutif de la trachée et des bronches, il existe une forme rare de diphtérie à localisation primitive trachéo-bronchique. Le diagnostic en est très difficile. Début par fièvre, puis dyspnée, polypnée, lésions pulmonaires: le tirage s'installe, mais toujours avec polypnée. Il n'y a rien à la gorge. Pour établir le diagnostic, il faut recourir au laryngoscope et au début de la maladie faire la culture des sécrétions nasales. Comme traitement, en plus de la sérothérapie, il faut aspirer au bronchoscope la fausse membrane quelquefois à toutes les 12 heures.

Le Dr Charbonneau rapporte l'histoire d'un enfant atteint de cette forme rare de la diphtérie. La succion bronchique fut sans résultat. Présentation de la pièce d'autopsie où la fausse membrane tapisse la trachée et les bronches.

Présentation de deux autres pièces où les membranes se sont reformées 24 heures après leur ablation.

Discussion:

Dr OSTIGUY demande si le patient avait eu du sérum à domicile.

Dr CHARBONNEAU: Non, mais s'il en avait eu, la membrane aurait pu être aspirée plus facilement.

3. Un cas de tumeur cérébrale. Diagnostic différentiel.

Drs CHARBONNEAU, HOEN, PANET-RAYMOND.

Le Dr Charbonneau présente d'abord brièvement l'histoire de la jeune patiente de 12 ans envoyée à l'hôpital Pasteur avec le diagnostic de méningite cérébro-spinale. Début de la maladie, quelques jours auparavant, par de la céphalée à droite. Aucun trouble de la démarche. Peu de fièvre. A son entrée, état demi-comateux. Culture du liquide c.r. négative.

Le Dr Panet-Raymond étudie le diagnostic différentiel. Examen neurologique: Etat semi-comateux, signe de Babinski positif à gauche, stase papillaire. On élimine la méningite c.s.; le liquide rachidien est clair et la fièvre est peu élevée. On élimine la méningite T.B.: aucun bacille, pas de d'hypoglycorachie, pas d'antécédents. On élimine la polyomyélite ant. aiguë: pas de paralysie. On élimine l'abcès cérébral: pas d'antécédents infectieux. On pense à l'encéphalite aiguë à virus inconnu et à une tumeur cérébrale. Mais l'évolution est trop rapide pour une tumeur; il n'y a pas eu de céphalée ni aucun trouble moteur ou sensitif.

Sans diagnostic précis et devant l'état désespéré de l'enfant, le Dr Hoen fait une trépanation à droite et trouve une tumeur envahissant tout le lobe frontal. A la curette il l'enlève le plus complètement possible. Histologiquement tumeur bénigne. Présentation de la patiente qui ne présente actuellement aucun trouble nerveux.

Discussion:

Dr P. R. ARCHAMBAULT demande quel est ici le pronostic.

Dr PANET-RAYMOND répond qu'il est bon à cause de la lente évolution de ces tumeurs bénignes.

Dr DEROME demande si la radiothérapie est indiquée. Réponse négative.

4. Un cas de grossesse à terme avec oblitération fibreuse du col.

Dr A. LEROY.

Il s'agit d'une multipare ayant déjà eu 4 grossesses normales à terme. L'été dernier, la patiente fait un avortement de 3 mois avec rétention. Un mois plus tard, curettage dans un autre hôpital avec réparation du col qui devait être déchiré. La patiente est menstruée une fois après son curettage et devient enceinte pour poursuivre une grossesse normale jusqu'à son entrée à l'hôpital Saint-Luc. La malade à ce moment est en travail. Au toucher le fond du vagin est lisse, aucune ouverture, aucune trace du col. Même constatation au spéculum. On garde la patiente sous observation 48 heures; aucun résultat et on craint la rupture utérine. Consultation avec le Dr Lefrançois. On décide avant de faire la césarienne, d'aller inciser le fond du vagin. On y réussit sans crever la poche des eaux. Dilatation manuelle de l'orifice et accouchement au bout de quelques heures.

Dans les suites de couches on s'aperçut que l'orifice artificiel par où s'était fait l'accouchement était situé à un pouce au-dessus de l'orifice du col maintenant refermé.

Le Dr Leroy insiste sur les dangers d'interventions sur le col chez des patientes pouvant devenir immédiatement enceintes.

5. Présentation d'une pièce importante de chéloïde développée chez un patient opéré de hernie il y a 15 ans.

Dr A. LABELLE.

Secrétaire:

Charles LEFRANÇOIS.

NOUVELLES

ASSOCIATION DES AGRÉGÉS À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Les Agrégés à la Faculté de Médecine se sont constitués en Association durant le cours du mois d'octobre 1936. Ils se sont choisis les officiers suivants: Président: Albert De Guise; Vice-président: Philippe Panneton; Conseillers: Gaston Lapierre, Hector Sanche, Oscar Mercier; Secrétaire-trésorier: Antonio Barbeau.

BULLETIN-PROGRAMME DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Nous souscrivons entièrement à la nouvelle initiative de la Société Médicale et nous l'en félicitons. Ainsi, ses nombreux membres pourront, au début de chaque mois, être dûment renseignés sur les activités scientifiques de nos sociétés savantes et de nos hôpitaux.

M. ALBERT LAQUERRIÈRE, OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Nous félicitons bien cordialement monsieur Laquerrière, radiologiste à l'hôpital Notre-Dame, qui vient d'être promu au grade d'Officier de la Légion d'Honneur. Ses nombreuses années de service en radiologie et ses importants travaux scientifiques lui ont valu, à bon droit, cette insigne promotion.

L'Union Médicale du Canada

La plus ancienne revue française de Médecine et de Chirurgie
au Canada

FONDÉE EN 1872

Rédacteur en chef
Albert LeSAGE

Secrétaire de la rédaction
Léon GÉRIN-LAJOIE

Secrétaire-Trésorier
J.-A. VIDAL

Membres:

Roma AMYOT, Édouard DESJARDINS, Jean SAUCIER.

♦♦
(Tome 65ième)

ONT COLLABORÉ À CE VOLUME:

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.), Bohemier (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.), DeGuisse (A.), Délorme (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.), Guibault (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.), Léveillè (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.), Pou'iot (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.), Tétréault (H.-I.), Tétréault (Julien), Tremblay (J.), Vidal (J.-A.), Valiquette (Hugo).

NOUVELLES

ASSOCIATION DES AGRÉGÉS À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Les Agrégés à la Faculté de Médecine se sont constitués en Association durant le cours du mois d'octobre 1936. Ils se sont choisi les officiers suivants: Président: Albert De Guise; Vice-président: Philippe Panneton; Conseillers: Gaston Lapierre, Hector Sanche, Oscar Mercier; Secrétaire-trésorier: Antonio Barbeau.

BULLETIN-PROGRAMME DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Nous souscrivons entièrement à la nouvelle initiative de la Société Médicale et nous l'en félicitons. Ainsi, ses nombreux membres pourront, au début de chaque mois, être dûment renseignés sur les activités scientifiques de nos sociétés savantes et de nos hôpitaux.

M. ALBERT LAQUERRIÈRE, OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Nous félicitons bien cordialement monsieur Laquerrière, radiologiste à l'hôpital Notre-Dame, qui vient d'être promu au grade d'Officier de la Légion d'Honneur. Ses nombreuses années de service en radiologie et ses importants travaux scientifiques lui ont valu, à bon droit, cette insigne promotion.

L'Union Médicale du Canada

La plus ancienne revue française de Médecine et de Chirurgie
au Canada

FONDÉE EN 1872

Rédacteur en chef
Albert LeSAGE

Secrétaire de la rédaction
Léon GÉRIN-LAJOIE

Secrétaire-Trésorier
J.-A. VIDAL

Membres:

Roma AMYOT, Édouard DESJARDINS, Jean SAUCIER.

(Tome 65ième)

ONT COLLABORÉ À CE VOLUME:

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.), Bohemier (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.), DeGuisse (A.), Délorme (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.), Léveillè (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.), Pou'iot (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).

L'Union Médicale du Canada

Fondée en 1872

Comité de Direction

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

Président: Parizeau (T.); Vice-président: St-Jacques (E.);
Secrétaire-trésorier: Vidal (J.-A.). Membre d'honneur:
Professeur Pierre Masson.

Bureau de Collaboration

MM. Amyot, Roma; Archambault, P.-R.; Baril, Henri; Barry, Gaétan; Bellerose, A.; Bertrand, Albert (Hôp. de la Miséricorde); Bertrand, Albert (Hôp. N.-D.); Bourgeois, Paul; Breault, Jules; Desforges, Aimé; Desjardins, Ed.; Doré, Réal; Dubé, Edmond; Fauteux, Mercier; Favreau, Calixte; Fontaine, Rosario; Fortier, Louis; Gagnier, L.-A.; Gariépy, L.-H.; Gatien, R.; Gélinas, Henri; Jutras, Albert; Lafresnière, Gabriel; Lapierre, Gaston; Lefebvre, R.; Legrand, Emile; LeSage, Jean; Letondal, Paul; Magnan, L.-A.; Manseau, A.; Mathieu, Emile; Morin, Paul; Paquette, J.-P.; Poirier, Paul; Riopelle, J.-L.; Saucier, Jean; Simard, L.-C.; Smith, Pierre.

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

Prix de l'abonnement pour 1937

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

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

Conditions de Publication

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

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

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

TABLE DES MATIÈRES⁽¹⁾

A

<p>Abcès. Traitement des abcès et des gangrènes du poumon par injections intraveineuses de benzoate de soude</p>	179	<p>Adénopathies cervicales. Importance et difficulté du diagnostic des, (A. Jutras, G.-E. Pouliot)</p>	52
<p>Abcès appendiculaire. Considérations radiologiques se rapportant surtout aux difficultés diagnostiques et au diagnostic différentiel</p>	809	<p>Adénopathie épitrochléenne dans la syphilis secondaire</p>	193
<p>Abcès cérébral. Méningite syphilitique aiguë. Sur certains de ses éléments cliniques qui, associés à une otite suppurée chronique, pourraient suggérer le diagnostic d'un (R. Amyot)</p>	1161	<p>Adieu aux nouveaux médecins. Le cinquantenaire du Prof. Delorme. Réponse du jubilaire. (L.-E. Fortier, L.-N. Delorme)</p>	557
<p>Abcès du cervelet. Complication d'un kyste épidermoïde infecté, extra et intracranien (G. Lapierre, P. Martin)</p>	962	<p>Affections thyroïdiennes. Traitement des. Thérapeutique thyroïdienne</p>	1183
<p>Abcès du médiastin postérieur. Pyopneumothorax secondaire à un (P.-R. Archambault)</p>	225	<p>Agranulocytose. Contribution à l'étude de l', (J.-P. St-Germain)</p>	858
<p>Abcès pulmonaire. Un pseudo, (P.-R. Archambault)</p>	1060	<p>Alcoolisation périmusculaire dans les hypertonies. L'</p>	689
<p>Abouchement extra-vésical. Uretere ectopique avec</p>	391	<p>Algie rebelle chez une opérée de pseudo-cancer du rectum. Guérison par la révulsion faradique</p>	286
<p>Action antiseptique et bactéricide de l'urée</p>	290	<p>Alimentation et Hygiène publique</p>	905
<p>Action de la théophylline éthylenediamine dans l'infarctus expérimental du coeur chez le chien</p>	276	<p>Allergie au lait et désensibilisation</p>	79
<p>Action du cobalt comme agent hématopoïétique. De l'</p>	382	<p>Ampoule de Vater. Traitement du cancer de l'</p>	78
<p>Actualités</p>	363	<p>Amygdales. Les interventions faites en bas âge sur les</p>	590
<p>Adénites tuberculeuses. Traitement des adénites tuberculeuses par le lymphoschlérol</p>	673	<p>Amygdales. Variation de technique dans l'amygdalectomie dite « à l'Américaine » (P. Panneton)</p>	16
		<p>Amygdalectomie. Variation de technique dans l' (P. Panneton)</p>	16
		<p>Anastomose bilio-intestinale. Les chances de survie après</p>	183

(1) Les titres en caractères gras indiquent les articles originaux.

Anatomie pathologique de la maladie de Nicolas-Favre. L' (L.-C. Simard)	129	A propos des contusions de l'abdomen avec lésions multiples des mésos d'insertion intestinale (mésentère et méso-sigmoïde)	1189
Anatomie pathologique et pathogénie du mal de Pott	601	A propos de deux méthodes personnelles de traitement des cholécystites chroniques	76
Anatomie radiologique des angles coliques et du recto-sigmoïde dans les positions transverses. L'	397	A propos de la radiographie abdominale sans préparation dans un cas d'occlusion aiguë	1029
Anatoxine Ramon. Ozène et son traitement par l'	1114	A propos de la substance d'Oriel	494
Anatoxine staphylococcique dans le traitement des infections staphylococciques. L'	795	A propos du rhumatisme scarlatin	594
Anatoxine tétanique. Prophylaxie du tétanos par l'	901	Aqueduc de Sylvius. Gliome de L' (W. V. Cone)	450
Anesthésiques. Les solutions anesthésiques alcalines (G. Demontigny)	974	Artères coronaires. La théophylline dans le traitement des maladies des	277
Angiocholécystite chronique, affection locale ou maladie générale? L' (E. Binet)	616	Artère pulmonaire. Rupture spontanée d'	86
Angiome du cerveau. Un cas d'	86	Artères pulmonaires. Sur la thrombo-endarterite oblitérante des	288
Angiome plan traité par la cryothérapie et le radium (A. Marin)	446	Artériographie. Indications de l'	194
Anthraco-thérapie. Au sujet de l' (E. St-Jacques)	877	Arthropathies tabétiques. Origine des. Résultats qu'on peut attendre de leur traitement	192
Aorte en situation droite. Un cas d'	1030	Aseptie fictive et stérilisation locale	586
Aorte. L'examen radiologique de l'aorte en position frontale	691	Assistance publique. A propos de l' (A. LeSage)	201
Appareil pour les fractures de la clavicule	594	Asthme. Bronchite aiguë. Bronchite chronique. L'	671
Appendicite aiguë. Le syndrome d'	797	Asthme. Les germes microbiens dans l'asthme. Indications de la vaccinothérapie	674
Applications de la haute fréquence sans exception ne sont que des formes de la d'Arsonvalisation. Les	1194	Asthme. Le rôle des germes microbiens dans l'asthme. Indications de la vaccinothérapie	900
Application thérapeutique des hormones du lobe antérieur de l'hypophyse et des substances à action similaire à celle de ces hormones	279	Asystolie basedowienne et son traitement. L'	675
Après dix ans de malariathérapie. Contributions cliniques et anatomopathologiques à l'étude de la syphilis du système nerveux	1020	Asystolie basedowienne. Traitement chirurgical de l'	172
		Atélectasie pulmonaire. Le diagnostic de l'	791
		Autour d'un congrès pour l'étude du goitre (R. Doré)	994
		Azotémie non-urémique et son traitement par l'urée et les extraits de foie. L'	180

B

Bactériologie de la maladie de Nicolas-Favre. Le (Albert Bertrand)	126	Brides du cholédoque: cholédochoduodénostomie; implantation d'une fistule biliaire externe à l'estomac. Les	380
Bains publics. Entretien des	681	Brightiques hypertendus. Les injections intraveineuses de solutions glucosées hypertoniques. Leur action et leur emploi chez les	784
Barbiturisme, Intoxication barbiturique (R. Boucher, G. Provencher)	48	Bronchite aiguë. Bronchite chronique. Asthme	671
Basedowisme iodique. Le . . .	675	Bronchite aiguë. Vitamine A et	486
B. C. G. en thérapeutique. Le	579	Broncho-pneumonie du jeune enfant. Traitement de la . .	165
Beaubien, Madame L. de G., diplôme. « Honoris Causa » de l'Université de Montréal (A. LeSage)	505	Bronchopneumonies du premier âge. Le traitement des bronchopneumonies du premier âge par la transfusion de sang	492
Biceps brachial. Rupture et désinsertion du tendon distal du	85	Bronchoscopie, Ablation. Prothèse dentaire dans la bronche gauche (J.-N. Roy) . .	844
Binet. Le Docteur J.-E. (J. LeSage)	257		
Blépharo-Chalazis A propos de 51 cas dans une même famille. Mémoire sur le (P. Panneton)	725		

C

Caecum. Péritonite généralisée et cancer du (E. Desjardins)	333	Cardio-rénaux. Méthodes nouvelles d'exploration rénale chez les	1030
Calculs de la vessie en nombre inusité	801	Carie dentaire. Prévention de la carie dentaire par l'alimentation	486
Calculs de l'urètre. Les	589	Cas d'aorte en situation droite. Un	1030
Calculs vésicaux. Contribution à l'étude de la genèse des	1118	Cas de diarrhée acide particulièrement grave et rebelle à la thérapeutique usuelle. Sur un	591
Canal pylorique. Ulcère du .	274	Cas d'embolie gazeuse mortelle à la suite d'une injection intraveineuse pratiquée au niveau du pli du coude	87
Cancer de l'ampoule de Vater. Traitement du	78	Cas de lymphome splénique aleucémique reconnu par ponction de la rate	66
Cancer des lèvres supérieures et inférieures. Du (A. Marin)	42	Cas de radiculo-névrite avec hyper-albuminose du liquide céphalo-rachidien sans réaction cellulaire. Guérison complète, mais persistance de l'abolition des réflexes tendineux; ses conséquences pour les diagnostics d'avenir. Sur un . .	795
Cancer du rectum. Algie rebelle chez une opérée de pseudo-cancer du rectum. Guérison par la révulsion faradique	286		
Cancer et ulcère chronique d'estomac	185		
Cancer. Le problème du . . .	1114		
Cancer traumatique du sein	184		
Carbone intraveineux. Danger des réactions histologiques suscitées par le	272		

Cas de rate animée de pulsations au cours d'une maladie mitrale avec insuffisance tricuspïdienne	173	Cholédoque. Les brides du Cholédochooduodénostomie; implantation d'une fistule biliaire externe à l'estomac	380
Cas de troubles atypiques de la puberté. Un (J. P. Paquette)	145	Cholestérolémie. Etude de la, chez les enfants hypothyroïdiens	189
Cas d'osteogenesis imperfecta. Un (J. Tétreault, L. Gagnier)	969	Chômeurs assistés. Le secours médical aux (Gérim-Lajoie)	410
Cas d'ostéo-chondromatose du coude. Un	1029	Chorée. Dangers éventuels du vaccin antityphique dans le traitement de la	182
Cas d'ulcère du canal pylorique (J.-A. Mousseau)	438	Chorée de Sydenham. Le traitement de la chorée de Sydenham par les injections intramusculaire de sulfate de magnésie	483
Cathartiques. L'emploi des	1180	Clavicule. Appareil pour les fractures de la	594
Cathétérisme gastrique et rectoscopie. Table pour (J.-E. Gendreau, A. Jutras)	1103	Claquements péricardiques. Les	270
1636-1936 — Célébration, à l'Hôtel-Dieu de Montréal, du tricentenaire de la fondation de l'Institut des Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph, à la Flèche, France (J.-E. Dubé)	547	Clerc. Le Professeur (A. Le Sage)	157
Cerveau. Un cas d'angiome du	86	Cobalt. De l'action du cobalt comme agent hématopoïétique	382
Cervelet. Complication d'un kyste épidermoïde infecté, extra et intra-cranien. Abscès du (G. Lapierre, P. Martin)	962	Coeur de l'Hypertendu. Le	77
Chiray, le professeur Maurice (J.-A. Mousseau)	1050	Col. Les troubles digestifs secondaires aux métrocérvicites et l'influence de l'électrocoagulation du (J.-E. Gendreau, A. Jutras)	839
« Chiros ». Quelques commentaires sur une tentative de « chiros » de faire adopter un bill par la législature provinciale de Québec (J.-E. Laberge)	359	Colibacilloles urinaires. Les	1024
Chiropraticiens. Les	710	Colites de l'adulte et de l'enfant. Les	688
Chirurgie algo-sympathique. Maladie de Raynaud (U. Gariépy)	1139	Colites de l'adulte et de l'enfant. Quelques remarques sur	68
Chirurgie du sympathique. Neuro-trophoses et algies post-traumatiques de l'ouvrier (U. Gariépy)	630	Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada. Le	93
Cholécystendèse ou cholécystotomie. A propos de 9 cas personnels (P. Smith, G. Roy)	29	Côlon. La supériorité des images en relief dans l'exploration radiologique du côlon	599
Cholécystites chroniques. A propos de deux méthodes personnelles de traitement des	76	Commentaires sur les affections de la glande thyroïde (R. Doré)	338
Cholécystotomie ou cholécystendèse (P. Smith, G. Roy)	29	Comment donner au tubage duodénal son rendement maximum	170
		Comment donner au tubage duodénal son rendement maximum	382
		Comment, quand et où faut-il pratiquer la saignée	266

Complications chirurgicales de la grossesse	805	Contribution expérimentale à l'étude d'une température de 63° C. sur le bacille tuberculeux bovin dans le lait	485
Complications névritiques méningées et médullaires de la maladie de Bouillaud. Les .	785	Contrôle des ictères par des tests hépatiques répétés (J. LeSage)	649
Complications pulmonaires de la maladie de Bouillaud . .	1012	Contusions de l'abdomen avec lésions multiples des mésos d'insertion intestinale (mésentère et méso-sigmoïde)	1189
Conceptions actuelles sur l'étiologie de la scarlatine . .	392	Coqueluche. Immunisation contre la	904
Condoléances	1033	Corps étrangers dans le tractus urinaire. Les	685
Congrès (Voir Sociétés et Congrès).		Corps jaune. Thérapeutique par l'extrait de	896
Considérations sur le diagnostic et le traitement des hernies obturatrices étranglées	1116	Cortex de la surrénale. Le . .	1107
Considérations sur le mécanisme des accidents dits d'hypoglycémie	385	Cours de perfectionnement et de technique chirurgicale concernant l'appareil moteur	932
Considérations sur les ulcères de la valvule et du canal pylorique et les bases de leur radiodiagnostic (A. Jutras)	660	Cratère en pessaire du cancer ulcéreux de l'estomac	186
Constatations de tréponèmes sous la muqueuse génitale pendant la période d'incubation du chancre	598	Crise de l'enseignement médical (A. Léger)	514
Contribution à l'étude de l'agranulocytose. (J.-P. Saint-Germain)	858	Crises épileptiformes dans le gliôme cérébral. Localisation et histologie du gliôme. Les	585
Contribution à l'étude de la genèse des calculs vésicaux	1118	Critères d'efficacité dans le traitement médical des ulcères	381
Contribution à l'étude des hématomes sous-duraux post traumatiques, (T. I. Hoen, J. Panet-Raymond)	430	Cryothérapie et radium. Angiome plan traité par la (A. Marin)	446
Contribution à l'étude du terrain et du diagnostic au cours de la tuberculose pulmonaire chronique: l'indice Glutathio-cholestérolémique	481	Cure sanatoriale. Doit rester la base fondamentale du traitement de la tuberculose pulmonaire. La	265
Contribution à l'histologie de la maladie de Kaposi . . .	289	Cysto-urétrographie descendante. Technique et indications de la	282

D

Danger des réactions histologiques suscitées par le carbone intraveineux	272	Déchirures dues à un accouchement. La réparation tardive des	488
Débuts de la lutte contre la mortalité infantile à Montréal. Fondation de la première « goutte de lait ». Les (J.-E. Dubé) . . 879, 986,	1088	De la tolérance de l'os aux corps étrangers métalliques. Contribution à l'étude de l'ostéosynthèse	1119

Delorme. Le cinquantenaire du professeur (L.-E. Fortier)	557	Diagnostic de l'atélectasie pulmonaire. Le	791
Réponse du jubilaire L.-N. Delorme	564	Diagnostic des plaques eczématoides à bords nets. Le	494
Démence paralytique. Les résultats du traitement par la diathermie de la	583	Diagnostic différentiel entre les ictères par obstruction cholédocienne et les ictères par hépatite. Quelques éléments de	76
Déplacements	96	Diagnostic différentiel entre l'empoisonnement par les salicylates et l'acidose diabétique. Le	1017
Déplacement	1032	Diagnostic et traitement de la méningite tuberculeuse	268
De quelques dermatoses inesthétiques (A. Marin)	719	Diagnostic. Importance et difficulté du, des adénopathies cervicales (A. Jutras, G.-E. Pouliot)	52
Dermatologie. Directives générales du régime alimentaire et de la conduite à tenir en (P. Poirier)	239	Diarrhée acide particulièrement grave et rebelle à la thérapeutique usuelle. Sur un cas de	591
Dermatoses inesthétiques. De quelques (A. Marin)	719	Diarrhées de fermentation des enfants au sein Les	1190
Désensibilisation. Allergie au lait et	79	Diététiques. Directives au cours de la grossesse (A. Bertrand)	248
Déshydratation et acidose dans un cas de méningo-encéphalite basale aiguë	490	Diphthérie et scarlatine. Immunisation combinée contre la	903
Deux cas de rhinolithé (L.-J. Tessier)	658	Diplôme Docteur de l'Université « Honoris causa » à la révérende Mère Allaire	606
Deux observations de diabète sucré consécutif à un traumatisme crânien (L.-H. Gariépy)	455	Disparition des niches et images diverticulaires gastriques après traitement médical de l'ulcère d'estomac	475
Développement de la sténose mitrale chez les sujets jeunes	174	Disparition des niches et images diverticulaires gastriques après traitement médical des ulcères de l'estomac. La	379
Diabète rénal. Glycémie et glycosurie; leurs rapports. Le	792	Dispensaire. Le médecin praticien. Le médecin des hôpitaux. Les (O. Mercier)	152
Diabète sucré consécutif à un traumatisme crânien. Deux observations de (L.-H. Gariépy)	455	Distinction honorifique. Le professeur J.-N. Roy	930
Diabète sucré. Expériences cliniques avec l'insuline-protamine-zinc et autres composés de zinc et d'insuline dans le	1016	Dix années de consultation de proctologie	388
Diabète sucré. Sa distinction en types sensible et insensible à l'insuline	679	Dolico-sygmöide. L'opération (du) Résection extra-péritonéale, anastomose immédiate subtotale	280
Diabète grave insulino-résistant. Réduction brusque et massive de l'insulino-résistance par irradiation de la région hypophysaire	1185	Douleurs abdominales chroniques chez les enfants. Syndromes gastriques chez l'enfant	393
Diabète rénal. Un cas de (A. Gratton)	1169		
Diagnostic biologique de la grossesse. Etat actuel du	86		

Douleurs fulgurantes du tabès. Les	483	Duodénum. L'effet de l'exclusion de la sécrétion pancréatique sur la réaction du contenu du, après ablation des canaux pancréatiques	273
Douze années de roentgentherapie de la maladie de Basedow	286	Duodénum. Pouvoir de neutralisation du, son action comme substance-tampon et pour diluer des acides	171
Drainage en radiothérapie glandulaire. Importance du	285	Dysentérie bacillaire à Matane, Qué. Une épidémie de	1020
Duodénum isolé. Réaction du contenu d'un	171		
Duodénum. La réaction de contenu duodénal après dérivation de la bile hors du	172		

E

Eaux de boisson. Procédés d'élimination du plomb et du cuivre contenus éventuellement dans les eaux de . . .	1019	Empyèmes tuberculeux. La thoracectomie à ciel ouvert dans le traitement des . .	384
Ecole d'hygiène sociale appliquée de l'Université de Montréal (M.-E. Cantin)	1134a	Encéphalites aiguës infantiles. Sur l'étiologie des	71
Effets de la chaleur sur le lait	1188	Encéphalographie dans les lésions extra-pyramidales. L'	584
Effets de la dépression sur la nutrition	903	Enfants hypothyroïdiens. Etude de la cholestérolémie chez les	189
Effets de la sympathectomie lombaire sur la croissance des membres atteints de poliomyélite. Les	282	Enfant l'. Rapports de la coqueluche et de la tuberculose chez l'	491
Effet de l'exclusion de la sécrétion pancréatique sur la réaction du contenu du duodénum après ablation des canaux pancréatiques. L'	273	Enseignement supérieur chez nous. Détails inédits sur quelques fondations universitaires récentes en faveur de la faculté de médecine. Crise de l'enseignement médical. Le problème de l' (J.-E. Dubé)	506
Effets de l'insuline ordinaire, de l'insuline-protamine et de l'insuline cristalline sur la glycémie	1017	Entretien des bains publics	681
Electro-diagnostic chez les petits enfants. L'	1193	Epidémie de dysentérie bacillaire à Matane, Qué. Une	1020
Electrolyse intra-utérine. Les indications actuelles de l'	692	Epilepsie et son traitement chirurgical. L'	1113
Embolie de tissu caséux tuberculeux. Infarctus cardiaque causé par une	288	Epithélioma des îlots de Langerhans avec hypoglycémie: préparation d'un extrait insulinoïde avec les noyaux métastatiques du foie	482
Embolie gazeuse mortelle à la suite d'une injection intraveineuse pratiquée au niveau du pli du coude. Un cas d'	87	Epithélioma gastrique à forme végétante. Anémie. Etude par la diagnothorine et la gastroscopie pérorale (J. LeSage, Saint-Jean Desrosiers)	107
Empoisonnement par les salicylates et l'acidose diabétique. Le diagnostic différentiel entre l'	1017	Epreuves de tolérance sanguine aux graisses dans la dénutrition et l'obésité	385
Emploi des cathartiques (The use of cathartics)	1180		

Eruption due à une robe teinte au noir d'aniline	597	Etiologie des oreillons	485
Erythème noueux dans une école. Une série de cas d'	597	Etiologie générale de la tuberculose. Hérité et contagion (L. Nègre)	825
Erythème noueux et syphilis secondaire cutanéomuqueuse floride associés	690	Etude radiologique de la pneumonie franche aiguë chez l'enfant, précédée de quelques remarques cliniques	1025
Erythème noueux et tuberculose	1016	Etude sur le pouls alternant à la suite d'une circulation coronarienne diminuée	479
Essais de transmission de la rougeole au lapin (L. Paré)	10	Evipan-sodique en obstétrique. Etude sur l'emploi de l'	1023
Estomac. Cancer et ulcère chronique d'	185	Examen radiologique de l'aorte en position frontale. L'	691
Estomac. Cratère en pessaire du cancer ulcérimforme de l'	186	Exophtalmie expérimentale. Mécanisme de l'	588
Estomac des fumeurs. L'	674	Expériences cliniques avec l'insuline-protamine-zinc et autres composés de zinc et d'insuline dans le diabète sucré	1016
Estomac. Observations cliniques et expérimentales de la fonction excrétrice de l'	72	Extrait splénique dans les ulcères gastro-duodénaux. L'	786
Estomac. Ulcère perforé de l' Diagnostic et traitement (A. Bellerose)	307		
Etapes génitales de la lithiase biliaire chez la femme. Les	799		
		F	
Facteurs diabétogène, thyrotrope, adrénotrope et parathyrotrope de la pituitaire	176	Foetus mort: réaction de Ascheim-Zondek négative. Ré-tention de (L. Gérin-Lajoie)	848
Facteurs diabétogène, thyrotrope, adrénotrope et parathyrotrope de la pituitaire	277	Fondations universitaires récentes en faveur de la faculté de médecine. Le problème de l'enseignement supérieur chez-nous (J.-E. Dubé)	506
Facteurs duodénaux de neutralisation du chyme acide. Revue sur les	170	Forme dysphagique de la syphilis du tronc encéphalique. La	70
Facteurs influençant le pronostic du pouls alternant	382	Formulaire (Voir Médecine Pratique)	
Facteur lactogène de la pituitaire antérieure. Le	73	Fractures du fémur. Les	595
Faculté de médecine (A. Le-Sage)	158	Fractures obliques. Un procédé simple d'ostéosynthèse temporaire dans les	394
Fertilité et stérilité dans le cycle menstruel. Période de	390	Fractures obliques. Un procédé simple d'ostéosynthèse temporaire dans les	689
Fièvre rhumatismale. Lésions du système auriculo-ventriculaire de conduction au cours de la	383	Fréquence de la syphilis. Sur la	283
Filtrat gonococcique (corbus ferry) chez les enfants. Le (A.-B. Lebel)	983	Fumeurs. L'estomac des	674
		G	
Gangrène de la verge avec fenestration du prépuce	192	Gangrène gazeuse, et les infections gazeuses. La	80
Gangrènes diabétiques. Le traitement des	581	Gastrites aiguës. Ulcère et cancer	787

GastroscoPie et ses rapports avec la radiologie. Réflexions sur la (A. Jutras)	997	Gonocoque. Qu'est-ce que le gonocoque. Conclusions	695
Germes microbiens dans l'asthme. Indications de la vaccinothérapie. Les	674	« Goutte de lait ». Les débuts de la lutte contre la mortalité infantile à Montréal. Fondation de la première « goutte de lait » (J.-E. Dubé)	879, 986, 1088
Gingivites de la grossesse. Des (J. Fortier)	545	Grands problèmes de l'Hygiène Publique. Les	904
Glandes parathyroïdes. Les interventions sur les. Quelques documents personnels	270	Grefte osseuse dans le traitement de la sciatique (J.-E. Samson)	321
Glande thyroïde. Commentaires sur les affections de la (R. Doré)	338	Grippe épidémique, maladie à virus. La	794
Gliôme cérébral. Crises épileptiformes dans le. Localisation et histologie du	585	Grossesse. Complications chirurgicales de la	805
Gliôme de l'aqueduc de Sylvius (W. V. Cone, J. Saucier)	450	Grossesse. Des gingivites de la (J. Fortier)	545
Glucose, dans le traitement des processus toxiques chez les enfants. Le	70	Grossesse. Directives diététiques au cours de la (A. Bertrand)	248
Glucosuries et diabètes en pratique obstétricale	801	Grossesse. Etat actuel du diagnostic biologique de la	186
Glycémie. Effets de l'insuline ordinaire, de l'insuline-protamine et de l'insuline cristalline sur la	1017	Grossesse extra-utérine: études cliniques de 500 cas	806
Glycémie et glycosurie; leurs rapports. Le diabète rénal	792	Grossesse. Tests biologiques de	475
Goître. Autour d'un congrès pour l'étude du (R. Doré)	994	Grossesse tubaire: études et statistiques basées sur 309 cas	805
Goître simple ou endémique. La pathogénie du	1181	Grossesses tubaire et utérine concomitantes. Un cas de (C. Lefrançois)	542
Gonocoque. Morphologie du gonocoque. Les porteurs de germes	496	Groupes sanguins et transfusions chez les nouveaux-nés (Albert Bertrand)	1157

H

Hallux Valgus. L'opération conservatrice des	191	Hémorragie. Traitement de l'	1009
Hématomes sous-duraux post traumatiques. Contribution à l'étude des (T. I. Hoen, J. Panet-Raymond)	430	Hérédo-syphilis et tubercule de la face postérieure des incisives latérales	284
Hémicolectomie. Pseudo-appendicite-cancer du caecum (C. Bohémier)	759	Hernie diaphragmatique droite	276
Hémo-réaction de Ravaut dans la maladie de Nicolas-Favre. L'	690	Hernies obturatrices étranglées. Considérations sur le diagnostic et le traitement des	1116
Hémorragies gastro-duodénales d'origine ulcéreuse. Traitement des	81	Histamines et l'inflammation. Intoxication chronique par les	693
		Historique des progrès accomplis durant les vingt dernières années	681

Hôpital Notre-Dame. Bureau d'administration de l'	932	Hypertendu. Le coeur de l'	77
Hormone de croissance de la pituitaire antérieure. L'	477	Hypertension artérielle chez un enfant de 2 ans	383
Hormones du lobe antérieur de l'hypophyse et des substances à action similaire à celle de ces hormones. Application thérapeutique des	279	Hypertension artérielle paroxystique	474
Hormones oestrogènes et carcinogénèse	676	Hypertension artérielle permanente. Surrénalectomie pour	67
Hormones sexuelles dans le sang et l'urine à l'état normal et durant la maladie. Les	1014	Hypertension intracrânienne avec syndrome cérébelleux. Intervention. Guérison. Varicelle compliquée d' (J. Saucier)	229
Hormone testiculaire. L'	577	Hypertension paroxystique et tumeur surrénalienne	574
Hôtel-Dieu de Montréal. 1636-1936. Célébration, à l'Hôtel-Dieu de Montréal, du tricentenaire de la fondation de l'Institut des Religieuses Hospitalières de St-Joseph, à la Flèche, France (J.-E. Dubé)	547	Hypersympathicotomie. Thyroïdectomie (R. Doré)	101
Hydrocèle vaginale; son traitement par les injections. L'	683	Hyperthyroïdie. Test de l'histamine dans l' (R. Doré)	765
Hygiène mentale. Strabisme et (A. Desloges)	312	Hyperthyroïdisme. Recherches nouvelles sur l'	581
Hygiène publique. Alimentation et	905	Hypertonies musculaires. L'allocoolisation périmusculaire dans les	689
Hygiène publique. Les grands problèmes de l'	904	Hypertrophie des tarses palpébraux, des téguments de la face et des extrémités des membres, associée à une ostéopériostose presque généralisée; un syndrome nouveau (J.-N. Roy)	517
Hyperazotémie camouflée au cours des néphrites chroniques urémigènes et hypertensives. L'	1010	Hypoglycémie. Considérations sur le mécanisme des accidents dits d'	385
Hyperglycémie et glycosurie associées à des maladies du tractus biliaire	181	Hypoglycémie. Epithélioma des îlots de Langerhans avec, préparation d'un extrait insulinoïde avec les noyaux métastatiques du foie	482
Hyperparathyroïdie	1117	Hypophyse postérieure	177

I

Ictère interthérapeutique	690	Immunité conférée par l'extrait placentaire contre la rougeole	901
Ictères. Quelques éléments de diagnostic différentiel entre les ictères par obstruction cholédocienne et les ictères par hépatite	76	Immunsation combinée contre la diphtérie et la scarlatine	903
Immunité anti-staphylococcique conférée par l'anatoxine spécifique chez des sujets souffrant d'infections staphylococciques. L'	901	Immunsation contre la coqueluche	904
		Impétigo. Le traitement de l' (P. Poirier)	62

Importance du drainage en radiothérapie glandulaire. L'	285	Infections gazeuses. La gangrène gazeuse et les	80
Importance du traitement de la syphilis à ses débuts. L' (P. Poirier)	412	Infection post-opératoire non reconnue. L'	682
Importance et difficultés du diagnostic des adénopathies cervicales (A. Jutras, G.-E. Pouliot)	52	Infections staphylococciques. Immunité anti-staphylococcique conférée par l'anatoxine spécifique chez des sujets souffrant d'	901
Incisives. Hérédo-syphilis et tubercule de la face postérieure des	284	Infections staphylococciques. L'anatoxine staphylococcique dans le traitement des	795
Incontinence d'urine essentielle des enfants. Traitement de, par l'infiltration du périnée à l'aide d'une solution physiologique de NaCl	189	Injection intracrânienne d'air dans le traitement des céphalées, vertiges et changements de caractères consécutifs aux traumatismes crâniens	182
Indemnités. La question des (P. Panneton)	59	Injections intraveineuses de solutions glucosées hypertoniques. Leur action et leur emploi chez les brightiques hypertendus. Les	784
Indications actuelles de l'électrolyse intra-utérine. Les	692	Injections intraveineuses d'ouabaïne quotidiennes et prolongées. Les	790
Indications de l'artériographie	194	Injection intraveineuse. Un cas d'embolie gazeuse mortelle à la suite d'une	87
Indications d'opérer sur le système nerveux sympathique. Les	386	Inondations sont un danger pour la santé. Les	1019
Indications du traitement chirurgical des ulcères d'estomac et du duodénum. Les	487	Institut Bruchési. Vingt-cinquième anniversaire de l' (J.-E. Dubé)	345
Indications et techniques de la ponction évacuatrice au cours des pleurésies séro-fibrineuses du pneumothorax thérapeutique	74	Insuline. Diabète sucré. Sa distinction en types sensible et insensible à l'	679
Indice Glutathio-cholestérolémique. L'. Contribution à l'étude du terrain et du diagnostic au cours de la tuberculose pulmonaire chronique	481	Insuline-protamine. L'	582
Indiens au Canada. La santé des	681	Insulino-résistance. L'	75
Infarctus cardiaque causé par une embolie de tissu caséeux tuberculeux	288	Interférométrie dans un cas d'ostéopsathyrose	69
Infarctus de l'intestin par choc d'intolérance	1021	Interventions faites en bas âge sur les amygdales. Les	590
Infarctus expérimental du coeur chez le chien. L'action de la théophylline éthylènediamine dans l'	276	Interventions faites en bas âge sur les amygdales. Les	687
		Interventions sur les glandes para-thyroides. Quelques documents personnels. Les	270
		Intoxication barbiturique (R. Boucher, G. Provencher)	48
		Intoxication chronique par les histamines et l'inflammation	693

J

Jéjunum. Ulcère du	82	Juvénile. Ostéochondrite déformante juvénile (A. Comtois, J.-C. Favreau)	37
Jeune adulte. La primo-infection du	273		

K

Kyste chyleux rétro-péritonéal	82	Kyste. Maladie de Hodgkin. Localisation primitive de la glande thyroïde et simulant un	786
Kystes pulmonaires congénitaux	1122		

L

Lacunes congénitales de la voûte crânienne: Les trous pariétaux anormalement très agrandis (R. Amyot) .	955	Leucodermie. Etat de la muqueuse gastrique. Prurit anal avec	1028
Lait. Allergie au, et désensibilisation	79	Lèvres. Du cancer des lèvres supérieures et inférieures (A. Marin)	42
Lait calcique. Le	1191	Lichen plan gastrique	808
Lait. Contribution expérimentale à l'étude d'une température de 63° C. sur le bacille tuberculeux bovin dans le	485	Lithiase biliaire chez la femme. Les étapes génitales de la	799
Lait en tant que source de vitamine C. Le	1118	Lithiase uréthro-vésicale (P. Bourgeois)	227
Lait. Effets de la chaleur sur le	1188	Lutéine. La	482
« Laval »	709	Lutte simultanée contre la diphtérie et la scarlatine, par la vaccination préventive, avec les toxines formolées. L'efficacité de la réaction de Moloney dans la vaccination contre la diphtérie. La	793
Lésions cutanées inflammatoires. Résorption des colorants par les	809	Luxation récidivante de l'épaule. Résultat de la téno-suspension pour la	190
Lésions du système auriculo-ventriculaire de conduction au cours de la fièvre rhumatismale	383	Luxation traumatique du testicule. Orchidopexie (P. Bourgeois)	1063
Lésions extra-pyramidales. L'encéphalographie dans les	584	Lymphome splénique et aleucémique. Un cas de, reconnu par ponction de la rate	66
Lésions viscérales par injection de thyroxine	694	Lyon médical — Visite à l'Institut d'Auguste Lumière et du Professeur Bérard (E. St-Jacques)	460
Letondal, Dr Paul, à la Crèche de la Miséricorde. Le	195		
Lettre ouverte sur les sels d'or en tuberculose (A. Joannette)	147		
Leucémie lymphoïde. A propos de quelques cas de	264		

M

Mal de Pott. Anatomie pathologique et pathogénie du	601	Maladie de Hodgkin. Localisation primitive de la glande thyroïde et simulant un kyste	786
Maladies causées par les virus	904	Maladie de Kaposi. Contribution à l'histologie de la	289
Maladie de Basedow. Douze années de roentgenthérapie de la	286	Maladie de Nicolas-Favre. La bactériologie de la (A. Bertrand)	126
Maladie de Bouillaud. Complications pulmonaires de la	1012	Maladie de Nicolas-Favre. L'hémo-réaction de Ravaut dans la	690
Maladie de Bouillaud. Les complications névritiques méningées et médullaires de la	785		

Maladie de Nicolas-Favre. L'anatomie pathologique de la (L.-C. Simard) 129

Maladie de Nicolas-Favre. La quatrième maladie vénérienne (A. Marin) 117

Maladie de Raynaud. Chirurgie algo-sympathique (U. Gariépy) 287

Maladie polykystique des reins 287

Maladie vénérienne. Maladie de Nicolas-Favre (A. Marin) 117

Malariathérapie. Contributions cliniques et anatomo-pathologiques à l'étude de la syphilis du système nerveux. Après dix ans de 1020

Méat. Ulcération tuberculeuse du 1027

Mécanisme de l'exophtalmie expérimentale 588

Médecine pratique et formulaire:

Diarrhées infantiles. Les (Henri Baril) 365

Lait acidifié dans l'alimentation des nourrissons. Le (P. Letondal) 1105

Sciatique et lumbago (A. Lesage) 573

Traitement de l'impetigo. Le (P. Poirier) 62

Vulvite - Leucorrhée (L. Gérin-Lajoie) 782

Traitement des vomissements du nourrisson (P. Letondal) 1178

Médecins des hôpitaux. Bilan médical de Notre-Dame pour 1935. — Rêve et réalité. Les (A. Lesage) 407

Médecins et chômeurs. Allocations pour services professionnels (A. Lesage) 613

Mélano-sarcome du lobe temporo-occipital droit. Atrophie musculaire du membre supérieur gauche. Problème de l'amyotrophie précoce dans les lésions du lobe pariétal (R. Amyot) 750

Mémoire sur le Blepharo-Chalazis. A propos de 51 cas dans une même famille (P. Panneton) 725

Méningite syphilitique aiguë. Sur certains de ses éléments qui, associés à une otite suppurée chronique, pourraient suggérer le diagnostic d'un abcès cérébral (R. Amyot) 1161

Méningite tuberculeuse. Diagnostic et traitement de la 268

Méningo-encéphalite basale aiguë. Déshydratation et acidose dans un cas de 490

Menstruation 897

Méthodes nouvelles d'exploration rénale appliquées chez les cardio-rénaux 1030

Morphologie du gonocoque. Les porteurs de germes 496

Mortalité infantile à Montréal. Les débuts de la lutte contre la. Fondation de la première « goutte de lait » (J.-E. Dubé) 879, 986, 1088

Mortalité par tuberculose en 1935. Taux de 1188

Mycosis fongoïde. La pyrétothérapie du 396

Myxoedème — Thyroïdectomie — Radiothérapie (R. Doré) 1057

N

Nature de la syringomyélie. La 694

Nature et signification des altérations structurales du poumon au cours de la sténose mitrale 1193

Nécrologie:

Le Docteur Honoré-Ovide Normandin (J.-E. Dubé) 1

Le Professeur Charles Richet (Albert LeSage) 149

Le Professeur O.-A. Gagnon (B.-G. Bourgeois) 305

Le Docteur Arthur Ricard (Paul Letondal) 467

Le Docteur Ernest Gariépy (J.-A. Jarry) 570

M. Henri Gérin-Lajoie 606

Le Professeur Amédée Marrien (J.-E. Dubé) 937

Le Professeur Amédée Marrien « Un Souvenir » (Albert LeSage) 944

Nègre Léopold (A. LeSage)	253	Nomination	499
Néphrectomie. Les séquelles de la tuberculose urinaire après la	377	Nominations	1032
Néphrites chroniques urémigènes et hypertensives. L'hyperazotémie camouflée au cours des	1010	Notions récentes sur la surrénale. Les	68
Neuro-psychiatrie. Le traitement des agités en	679	Nourrissons et jeunes enfants. Sur la scoliose des	1121
Neuro-trophoses et algies post-traumatiques de l'ouvrier. Chirurgie du sympathique (U. Gariépy)	630	Nourrisson. Quelques bases et règles de l'alimentation du nourrisson après le sixième mois	806
Névrite gravidique traitée avec succès par la vitamine B	580	Nouveau directeur (A. LeSage)	157
Nez, gorge et oreilles. Quelques traitements employés dans les maladies du (L.-J. Tessier)	243	Nouveau signe de syphilis héréditaire: l'augmentation de volume d'une articulation sternoclaviculaire	493
Noir d'aniline. Eruption due à une robe teinte au	597	Nouveau traitement des plaies atones (G. Lafresnière)	104
Nomination (A. LeSage)	157	Nucleus pulposus calcifié (J.-E. Gendreau, A. Jutras, O. Dufresne)	207
		Nutrition. Effets de la dépression sur la	903

O

Obésité. Epreuves de tolérance sanguine aux graisses dans la dénutrition et l'	385	Ostéochondrite déformante juvénile. (A. Comtois, J.-C. Favreau)	37
Oblitérations artérielles organiques des membres inférieurs. La thérapeutique chirurgicale des	797	Ostéo-chondromatose du coude. Un cas d'	1029
Observations cliniques et expérimentales de la fonction excrétrice de l'estomac	72	Osteogenesis imperfecta. Un cas d' (J. Tétréault, L. Gagnier)	969
Obstétrique. Etude sur l'emploi de l'évipan-sodique en	1023	Ostéopériostose presque généralisée; un syndrome nouveau. Hypertrophie des tarses palpébraux, des téguments de la face et des extrémités des membres, associée à une (J.-N. Roy)	517
Occlusion aiguë. A propos de la radiographie abdominale sans préparation dans un cas d'	1029	Ostéopsathyrose. Interférométrie dans un cas d'	69
Opération conservatrice des hallux valgus	191	Ostéosynthèse. De la tolérance de l'os aux corps étrangers métalliques. Contribution à l'étude de	1119
Opération du dolicho-sygmöïde en un temps. Résection extra-péritonéale, anastomose immédiate subtotale. L'	280	Otoérythrie, signe de l'oreille rouge, en pédiatrie. L'	1026
Oreille rouge en pédiatrie. L'otoérythrie, signe de l'	1026	Otite moyenne aiguë suppurée chez l'enfant. Sur la fréquence de l' (L.-C. Simard)	1085
Oreillons. Etiologie des	485	Ouabaïne. Les injections intraveineuses quotidiennes et prolongées d'	790
Origine des arthropaties tabétiques, résultats qu'on peut attendre de leur traitement	192		

Où en est la thérapeutique de La poliomyélite (J. Saucier)	1071
Ovulation chez la femme. Recherche sur les signes directs de l'	390

P

Paludisme chez les toxicomanes par l'emploi de la seringue ordinaire	1115
Pancréatectomie gauche. La	798
Paralysie des dilatateurs laryngés de nature grippale (J.-N. Roy)	220
Paralysie faciale périphérique dite « a frigore » est fonction d'une atteinte artérielle des vasa-nervorum. La	907
Pathogénie et la prévention du goître simple ou endémique. La	1181
Pensée médicale. La	161
Perforations gastriques et duodénales au cours du traitement à l'hôpital	586
Période de fertilité et de stérilité dans le cycle menstruel	390
Péripancréatite secondaire aux infections périrénales	490
Péritonite généralisée et cancer du caecum (E. Desjardins)	333
Péritonite pneumococcique primitive généralisée et suraiguë chez l'adulte	70
Petite histoire du journalisme médical au Canada français (J. Saucier)	1039
Physiologie de la thyroïde et ses plus importantes corrélations	1109
Physiologie des principes oestrogènes. La	575
Piscines. Le problème hygiénique des	484
Pituitaire (antérieure). L'hormone de croissance de la	477
Pituitaire antérieure. Facteur lactogène de la	73
Pituitaire. Facteurs diabétogène, thyrotrope, adrénotropique et parathyrotrope de la	277
Pituitaire. Facteurs diabétogène, thyrotrope, adrénotropique et parathyrotrope de la	176

Oxyurose L' (A. Guilbeault)	250
Ozène et son traitement par l'anatoxine Ramon	1114

Pituitaire. Principe chromotrophotrope de la « pars intermedia » de la	73
Plaies atones. Un nouveau traitement des (G. Lafrenière)	104
Plaies digitales des tendons fléchisseurs. Le traitement des	488
Plaques eczématoïdes à bords nets. Le diagnostic des	494
Plâtres à extension. Les	1120
Pleurésies purulentes. Le traitement économique des	262
Pleurésies séro-fibrineuses du pneumothorax thérapeutique. Indications et techniques de la ponction évacuatrice au cours des	74
Pneumonie franche aiguë chez l'enfant précédée de quelques remarques cliniques. Étude radiologique de la	1025
Pneumonie franche aiguë dans la première année de la vie. La	592
Pneumothorax contro-latéral	178
Pneumothorax dangereux. Les	384
Pneumothorax partiel électif par symphyse lobaire provoquée	480
Pneumothorax thérapeutique. Indications et technique de la ponction évacuatrice au cours des pleurésies séro-fibrineuses du	74
Poliomyélite: Histoire et recherches épidémiologiques récentes	902
Poliomyélite. Les effets de la sympathectomie lombaire sur la croissance des membres inférieurs atteints de	282
Poliomyélite. Où en est la thérapeutique de la (J. Saucier)	1071
Ponction évacuatrice au cours des pleurésies séro-fibrineuses du pneumothorax thérapeutique. Indication et technique de la	74

Posologie en médecine. La . . .	1012	Proctologie. Dix années de consultation de	388
Pouls alternant à la suite d'une circulation coronarienne diminuée. Etude sur le	479	Profession Médicale. La (A. LeSage)	7
Pouls alternant. Facteurs influençant le pronostic du	382	Prophylaxie du tétanos par l'anatoxine tétanique	901
Poumon. Traitement des abcès et des gangrènes du, par injections intraveineuses de benzoate de soude	179	Prophylaxie vaccinale des complications broncho-pulmonaires de la coqueluche et de la rougeole en milieu hospitalier	905
Pourquoi à la régression de la syphilis ne correspond-il pas une régression de la blennorragie?	1186	Prostatique âgé. Le	489
Pouvoir de neutralisation du duodénum, son action comme substance-tampon et pour diluer des acides	171	Prothèse dentaire dans la bronche gauche: Bronchoscopie, Ablation (J.-N. Roy)	844
Pouvoir-tampon du suc pancréatique le	274	Prothèse palatine de soutien, consécutive à l'ablation des tumeurs bénignes du palais (J.-N. Roy)	1052
Prévention de la carie dentaire par l'alimentation	486	Prurit anal avec leucodermie. Etat de la muqueuse gastrique	1028
Primo-infection du jeune adulte. La	273	Pseudo-abcès pulmonaire. Un (P.-R. Archambault)	1060
Principe chromatophorotrope de la « pars intermedia » de la pituitaire	73	Pseudo - appendicite, cancer du caecum - hémicolectomie (C. Bohémier)	759
Principes oestrogènes. La physiologie des	575	Psychophysiologie du rire. La	263
Problème actuel de la scarlatine. Le	680	Puberté. Un cas de troubles atypiques de la (J.-P. Paquette)	145
Problème de la symphise rénale. Le	800	Purpura thrombo-cytopénique. La valeur pronostique de la réaction au venin au cours du	673
Problème du cancer. Le	1114	Pyélonéphrite gonococcique. La	685
Problème hygiénique des piscines. Le	484	Pyopneumothorax secondaire à un abcès du médiastin postérieur (P.-R. Archambault)	225
Procédés d'élimination du plomb et du cuivre contenus éventuellement dans les eaux de boisson	1019	Pyrétothérapie du Mycosis fongoïde. La	396
Procédé simple d'ostéosynthèse temporaire dans les fractures obliques. Un	394	« Pityriasis versicolor » biotrope	396
Procédé simple d'ostéosynthèse temporaire dans les fractures obliques. Un	689		
		Q	
Quand faut-il irradier un zona	495	Quelques bases et règles de l'alimentation du nourrisson après le sixième mois	806
Quand l'Etat fait son métier d'hygiéniste (La Presse Médicale)	161	Quelques commentaires sur une tentative des « chiros » de faire adopter un bill par la Législature Provinciale de Québec (J. E. Laberge)	359
Que faut-il penser de l'ulcère-cancer	268		

Quelques éléments de diagnostic différentiels entre les ic- tères par obstruction cho- lédociennes et les ic- tères par hépatite	76	Quelques remarques sur notre « Syndrome de Radiculo- névrite avec Hyperalbumi- nose du liquide cephalo- rachidien sans réaction cel- lulaire »,	795
Quelques remarques sur les côlites de l'adulte et de l'enfant	68	Qu'est-ce que le gonocoque? Conclusions	695
		Question des indemnités. La, (P. Panneton)	59

R

Rachitisme. Sur le. Les dé- couvertes récentes et leur interprétation	375	Recherches sur les signes di- rects de l'ovulation chez la femme	390
Rachitisme. Sur le	491	Rectum. Algie rebelle chez une opérée de pseudo can- cer du rectum. Guérison par la révulsion faradique .	286
Radiculo-névrite avec hyper- albuminose du liquide cé- phalo-rachidien sans réac- tion cellulaire. Guérison complète, mais persistance de l'abolition des réflexes tendineux; ses conséquen- ces pour les diagnostics d'avenir. Sur un cas de . .	795	Réflexions sur la gastroscopie et ses rapports avec la radiologie (A. Jutras) . . .	997
Radiothérapie des sinusites . .	396	Réflexions sur 218 observa- tions de cancers du sein . .	600
Radiothérapie — Thyroïdec- tomie — Myxoédème (R. Doré)	1057	Régime alimentaire. Directi- ves générales du, et con- duite à tenir en dermatolo- gie (P. Poirier)	239
Rapports de la coqueluche et de la tuberculose chez l'en- fant. Les	491	Reins. Maladie polykystique des	287
Rate. Un cas de lymphome splénique aleucémique re- connu par ponction de la . .	66	Rein polykystique et tubercu- leux. Le,	281
Rate. Un cas de rate animée de pulsations au cours d'une maladie mitrale avec insuffisance tricuspidiennne .	173	Réparation tardive des déch- rures dues à un accouche- ment. La	488
Réaction de Moloney dans la vaccination contre la diph- térie. L'efficacité de la . . .	793	Réponse à une lettre ouverte sur les sels d'or en tuber- culose (P. R. Archambault)	343
Réaction du contenu d'un duodénum isolé	171	Représentant de l'« Union Mé- dicale du Canada » à Ve- nise	930
Réaction du contenu duodé- nal après dérivation de la bile hors du duodénum. La	172	Résorption des colorants par les lésions cutanées inflam- matoires	809
Réactions observées au cours du traitement des staphylo- cocques cutanées par l'ana- toxine. Leur prophylaxie .	598	Résultats du traitement à l'hô- pital Saint-Louis de mille cas d'urétrites gonococci- ques	83
Recherche du tréponème par la ponction des ganglions. Méthode de Hoffmann mo- difiée par Gougerot. La . .	1192	Résultats du traitement par la diathermie de la démen- ce paralytique. Les	583
Recherches nouvelles sur l'hy- perthyroïdisme	581	Rétention de fœtus mort: Réaction de Ascheim-Zon- dek négative. (L. Gérin- Lajoie)	848

REVUE DES LIVRES ET THESES	
Abcès du foie. Les (P. Huard)	783
Abrégé de pathologie expérimentale (René Franquet)	65
Année hydroclimatologique 1934 (Maurice Uzan)	471
Année médicale pratique. L' (C. Lian)	607
Applications nouvelles en physiothérapie. Par Laborderie	1177
Boletim. Endoscopia em Laryngologie. No. 3, da Secretaria Geral de Saude e Assistencia. Rio de Janeiro	1008
Bronchografia. La, (Raul Piaggio Blanco)	672
Calcaires du Canada. Les, (F. Goudge)	471
« Chirurgie du cancer du poumon » (O. Lambert, H. Malatray, J. Driessens)	1006
« Chirurgie du pancréas (P. Brocq)	1033
Chirurgie d'urgence (F. Lejars)	370
« Clinical concept of tuberculosis (Dr. R. Play Y Armengol)	1008
« Clinique médicale des enfants » (P. Nobecourt)	572
Coeurs périphériques. Les, (A. Mougeot)	370
Comment se servir de la méthode Coue (Jean D'Orge-mont)	370
Conférences cliniques de médecine infantile (Dr H. Grenet)	672
« Cuisine diététique dans les affections du tube digestif » (Dr Léon-Meunier). Volume de 180 pages, en vente aux Editions Oliven, 65 avenue de la Bourbonnais, Paris	1177
Dernier rempart de l'esclavage. Le, (G. C. Baravelli)	471
Deviens un chef (Jean des Vignes Rouges)	672
Dilatation des bronches. Le traitement (S. Kourilsky)	370
Disability evaluation - Principles of Treatment of Compensable Injuries. (Earl D. McBride, B.S., M.D., F.A.C.S.)	783
Données anatomiques en vue de la chirurgie réparatrice mammaire (Dr Claque et I. Bernard)	471
Enfermedades de las arterias (Dr. Jose Pedro Migliaro)	1008
Enfermedades de las coronarias (Dr. Duran Arrom)	608
Etudes expérimentales récentes sur les maladies infectieuses (Jean Troisier)	299
Formulaire de l'Hôpital Ste-Justine (J. C. Bernard)	368
Groupes sanguins. Les. (R. Dujarric de la Rivière et N. Kossovitch)	608
Goutte larvée. La, (H. Boulommier)	471
Heart Diseases and Tuberculosis (S. Adolphus Knoff)	783
Hérédité (par le P. Louis-Marie, O.C.R.)	468
Histochimie animale. Méthodes et problèmes (A. Lison)	368
Histoire de la Médecine (Eugène St-Jacques)	166
Influence des variations météorologiques sur l'organisme. Comment y remédier. (Dr. Giraud)	672
Introduction à la chirurgie thoracique.. (E... E... Lauwers)	197
Lait concentré sucré. Le (G. Paiseau)	471
La Médecine à travers le temps et l'espace (Dr Stephen-Chauvet)	1176
« La Médecine chez les peuples primitifs » (Dr Stephen-Chauvet.) Volume de 140 pages, en vente chez Maloine, Paris	1177
Maladies de l'intestin (Paul Carnot)	471
Manuel pratique d'anesthésie chirurgicale (J. Maissonnet)	471
Médecin comme chef, comme organisateur. Le, (Paul Chavigny)	64
Ne fumez plus (Georges Roux)	471
Néodiathermie à ondes courtes (Dr Henry Bordier)	64

Ostéotomies sous-trochantériennes dans le traitement des luxations congénitales invétérées de la hanche. Les (P.-M. Lance)	608	Thérapeutique chirurgicale de la lithiase biliaire (Paul Banzet)	783
Passive Vascular Exercises (Louis G. Hermann)	672	Thérapeutique de l'ulcère gastro-duodénal (J. Gatellier et F. Moutier)	471
Petites règles de la chirurgie parfaite. Les, (J. Okinczyc)	368	Thérapeutique O. R. L. homéopathique (Paul Chavannon)	169
Physiopathologie des syndromes endocriniens (Noël Fiessinger)	196	Traité de chirurgie d'urgence (Félix Lejars)	260
Prophylaxie de la syphilis. Prophylaxie locale, préservation per os, métallopénétration. (C. Levaditi)	366	Traité d'endocrinologie (Parhon et Goldstein)	370
Pseudonymes canadiens (Francis-J. Audet et Gérard Malchelosse)	608	Traitement chirurgicale de la maladie de Basedow et des goîtres toxiques (L. Bérard et R. Peycelon)	608
Radiothérapie des syndromes organo-végétatifs (L. Delherm et Henri Beau)	370	Revue sur les facteurs duodénaux de neutralisation du chyme acide	170
Rajeunissement par l'amélioration des fonctions de l'estomac et de l'intestin. Le (Arnold Lorand)	367	Rhinolithe. Deux cas de, (L. J. Tessier)	658
Rapport Congrès Int. de Gastro-Entérologie de Bruxelles, procès verbaux et discussions. 8-11 août, 1935	370	Rhumatisme articulaire aigu. (H. Gelin)	232
Régimes (René Fau)	366	Rhumatisme goutteux. Le,	386
Relations et réciprocité d'actions pathologiques existant entre la peau et le tube digestif de l'adulte (Desaux et Antoine)	63	Rhumatisme scarlatin. A propos du	594
Roentgentherapie des fibromyomes de l'utérus et des métropathies hémorragiques. La (Paul Gibert)	713	Rire. La psychophysiologie du	263
Shakespeare et la folie (André Adnes)	370	Roentgentherapie de certaines infections	495
Silicose. La	1183	Roentgentherapie de la maladie de Basedow. Douze années de	286
Sténose mitrale. Nature et signification des altérations structurales du poumon au cours de la	1193	Rôle des germes microbiens dans l'asthme. Indications de la vaccinothérapie. Le	900
Techniques modernes en Physiothérapie. Par Laborderie	1177	Roséole de retour et lésions secondaires après une période de latence clinique et sérologique de 7 ans	193
Tachycardies et leur traitement (Dr Antonin Clerc)	893	Rougeole. Essais de transmission de (la) au lapin (L. Paré)	10
Techniques chirurgicales (A. Gosset)	892	Rougeole. Immunité conférée par l'extrait placentaire contre la	901
Thérapeutique cardiovasculaire (P. Schruppf-Pieron)	169	Rupture et désinsertion du tendon distal du biceps brachial	85
		Rupture spontanée d'artère pulmonaire	86
		Rupture spontanée de la vessie	392

S

Saignée. Comment, quand et où faut-il pratiquer la . . .	266	Sinus carotidien. Syncope et convulsions dues à une hypersensibilité du sinus carotidien. Diagnostic et traitement	1107
Santé des animaux et ses rapports avec la santé publique. La	682	Sinusites. Radiothérapie des, .	396
Santé des Indiens au Canada. La	681	SOCIÉTÉS ET CONGRÈS:	
Santé publique La santé des animaux et ses rapports avec la	682	Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord. (Congrès) .	710
Scarlatine. Conceptions actuelles sur l'étiologie de la .	392	Assemblée scientifique du bureau médical de l'Hôpital Notre-Dame	1195
Scarlatine. Le problème actuel de la	680	Assemblée scientifique de l'hôpital Saint-Luc	1210
Sciaticque et anomalies de transition lombo-sacrée. Sacralisation de la cinquième vertèbre lombaire et résistance diminuée de la statique vertébrale. (R. Amyot)	135	Programme	816
Sciaticque et sacralisation de la cinquième vertèbre lombaire (R. Amyot)	326	Congrès (XIVe)	947
Sciaticque. Greffe osseuse dans le traitement de la (J. E. Samson)	321	Association française de pédiatrie (neuvième congrès) Sixième assemblée annuelle de l'Académie Américaine de pédiatrie à Kansas City, Mo.,	501
Scoliose des nourrissons et des jeunes enfants. Sur la, . . .	1121	Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada . .	930
Secours médical aux chômeurs assistés. Le (Gérin-Lajoie)	410	Congrès de la Société Internationale de Chirurgie en Egypte. Le	352
Secours médical aux chômeurs assistés. Le (Gérin-Lajoie)	717	Congrès Français de Médecine (XXIVe)	398
Sécrétion pancréatique par fistule. De l'ulcère peptique par suite de la dérivation de la	274	Congrès International de la Presse Médicale Latine à Venise	499
Sein. Cancer traumatique du	184	Congrès International de l'insuffisance hépatique . . .	499
Sein. Réflexions sur 218 observations de cancers du	600	Congrès International du Paludisme (IIIe)	1032
Sels d'or en tuberculose. Lettre ouverte sur les (A. Joannette)	147	Congrès International des sanatoriums et des établissements de cure privées (Ier)	500
Sels d'or en tuberculose. Réponse à une lettre ouverte sur les (P.-R. Archambault)	343	Cours de laryngo-phoniatry	398
Séquelles de la tuberculose urinaire après la néphrectomie. Les	377	Journées internationales périodiques de cardiologie à Royat	400
Sergent, le professeur (A. Lesage)	157	Journées Médicales de Bruxelles	300
Services professionnels. Médecins et chômeurs. Allocations pour services professionnels (A. Lesage)	613	Journées Médicales de Paris (IIIe session)	605
		Montreal Dermatological Society: Procès-verbaux . .	91, 374
		Réunion scientifique mensuelle de l'Hôpital Notre-Dame	696, 908, 1123

Société Belge de gastro-entérologie (Dr J. E. Dubé, admis membre honoraire de cette association)	300	Sueurs chez les tuberculeux. (J. A. Millet)	895
Société de Biologie: procès-verbaux	91	Sur la fréquence de l'otite moyenne aiguë suppurée chez l'enfant (L. C. Simard)	1085
Société de Chirurgie de Montréal: Elections	96	Sur l'étiologie des encéphalites aiguës infantiles	71
Procès-verbaux	96	Superfoetation est-elle possible chez la femme? La	686
Eloge du Prof. P. Z. Rhéaume par le Secrétaire-Général de la Société	295	Supériorité des images en relief dans l'exploration radiologique du côlon. La	599
Société de Phtisiologie de Montréal	371, 811	Surrénale. La substance médullaire de la	1013
Société Médicale de Montréal: Procès-verbaux	89	Surrénale. Le cortex de la	1107
Elections	96	Surrénale. Les notions récentes sur la	68
Rapport annuel du Sec.-Trésorier pour 1935	291	Surrénalectomie pour hypertension artérielle permanente	67
Solutions anesthésiques alcalines. Les (G. DeMontigny)	974	Surrénalite méningococcique aiguë	497
Sort du « treponema pallidum » sous l'influence thérapeutique de l'arsenic et du bismuth	395	Sympathectomie complète; observation de certaines réactions vasculaires au cours et après l'exclusion complète du système nerveux sympathique chez le chien	586
Spirochétogène syphilitique. Syphilis tardive, formes minuscules du spirochaeta pallida	289	Symphise lobaire provoquée. Pneumothorax partiel électif par	480
Splénomégalie hépatolytique et ictérogène	66	Symphise rénale. Le problème de la	800
Staphylococcies cutanées. Réactions observées au cours du traitement des staphylococcies cutanées par l'anatoxine. Leur prophylaxie	598	Syncope et convulsions dues à une hypersensibilité du sinus carotidien. Diagnostique et traitement	1107
Sténose mitrale. Développement de la, chez les sujets jeunes	174	Syndrome d'appendicite aiguë. Le	797
Strabisme et hygiène mentale. (A. Desloges)	312	« Syndrome de radioculo-névrite avec hyperalbuminurie du liquide céphalo-rachidien sans réaction cellulaire ». Quelques remarques sur notre	795
Structure des vaisseaux lymphatiques de la capsule de Glisson dans ses rapports avec la structure du tissu conjonctif et la circulation. La	1030	Syndrome de Volkmann. Le	1120
Substance d'Oriel. A propos de la	494	Syndromes gastriques chez l'enfant. Douleurs abdominales chroniques chez les enfants	393
Substances oestrogènes. L'usage thérapeutique des	787	Syphilis à ses débuts. L'importance du traitement de la (P. Poirier)	412
Substance médullaire de la surrénale. Le	1013	Syphilis acquise chez l'enfant. La	79
Suc pancréatique. Le pouvoir-tampon du	274		

Syphilis acquise chez l'enfant. La	394	Syphilis secondaire. L'adéno- pathie épitrochléenne dans la	193
Syphilis chez les tuberculeux pulmonaires. La	179	Syphilis. Sur la fréquence de la	283
Syphilis de troisième généra- tion	493	Syphilis tardive, formes mi- nuscules du spirochaeta pallida. Spirochétogène sy- philitique	289
Syphilis du foie	1028	Syringomyélie. La nature de la	694
Syphilis du système nerveux. Après dix ans de malaria- thérapie. Contributions cli- niques et anatomo-patho- logiques à l'étude de la	1020	Système nerveux sympathi- que chez le chien. Sympa- thectomie complète; obser- vation de certaines réac- tions vasculaires au cours et après l'exclusion complè- te du	586
Syphilis du tronc encéphali- que. La forme dysphagi- que de la	70	Système nerveux sympathi- que. Les indications d'opé- rer sur le,	386
Syphilis héréditaire: l'aug- mentation de volume d'une articulation sternoclavicu- laire. Un nouveau signe de	493		
Syphilis héréditaire	595		

T

Tabès. Les douleurs fulguran- tes du	483	Test palpébral. Le	808
Table pour cathétérisme gas- trique et rectoscopie (J. E. Gendreau, A. Jutras)	1103	Testicule. Orchidopexie. Luxation traumatique du (P. Bourgeois)	1063
Taux de la mortalité par tu- berculose en 1935	1188	Théophylline dans le traite- ment des maladies des ar- tères coronaires. La	277
Technique et indications de la cysto-urétrographie des- cendante	282	Thérapeutique chirurgicale des oblitérations artérielles organiques des membres in- férieures. La,	797
Technique. Variation de, dans l'amygdalectomie dite « à l'Américaine » (P. Panne- ton)	16	Thérapeutique par l'extrait de corps jaune	896
Temps nouveaux... La méde- cine en adjudication... Au moins offrant!!	401	Thérien, le professeur (A. Le- sage)	157
Ténosuspension. Résultat de la, pour la luxation réci- dante de l'épaule	190	Thoracectomie à ciel ouvert dans le traitement des em- pyèmes tuberculeux. La	384
Tension artérielle chez le vieillard. Importance de la tension comparée au mem- bre supérieur et au mem- bre inférieur	67	Thoracoplastie dans la tuber- culose pulmonaire. La,	89
Tests biologiques de grossesse	475	Thoracoplastie dans la tuber- culose pulmonaire. La	479
Tests de la fonction hépati- que. Valeur comparative des (G. H. Baril)	771	Thrombo-endarterite oblité- rante des artères pulmo- naires. Sur la	288
Test de l'histamine dans l'hy- perthyroïdie (R. Doré)	765	Thyroïde. Physiologie de la thyroïde et ses plus impor- tantes corrélations.	1109
Tests hépatiques répétés. Con- trôle des ictères par des (J. Lesage)	649	Thyroïdectomie — Myxoedè- me — Radiothérapie (R. Doré)	1057
		Thyroïdites aiguës. Des (E. St- Jacques, G. H. Duhamel)	949

Thyroxine. Lésions viscérales par injection de	694	Traitement des hémorragies gastro-duodénales d'origine ulcéreuse	81
Tintement métallique, signe acoustique de l'ulcus gastrique perforé. Le (A. Bellerose)	540	Traitement des plaies atones. Un nouveau (G. Lafresnière)	104
Toxicomanes. Paludisme chez les toxicomanes par l'emploi de la seringue ordinaire	1115	Traitement des plaies digitales des tendons fléchisseurs. Le	488
Tractus biliaire. Hyperglycémie et glycosurie associées à des maladies du . .	181	Traitement du cancer de l'ampoule de Vater	78
Tractus urinaire. Les corps étrangers dans le	685	Traitement économique des pleurésies purulentes. Le . .	262
Traitement à l'Hôpital St-Louis de mille cas d'urétrites gonococciques. Résultat du	83	Traitements (quelques) employés dans les maladies du nez, de la gorge et des oreilles (L. J. Tessier) . . .	243
Traitement chirurgical de l'asystolie basedowienne . .	172	Traitement médical des ulcères gastriques et duodénaux	787
Traitement chirurgical des ulcères de jambe par la sympathectomie periartérielle et les greffes (C. Lefrançois)	214	Transfusions chez les nouveau-nés. Groupes sanguins et (Albert Bertrand) . . .	1157
Traitement de la bronchopneumonie du jeune enfant	165	Traumatisme crânien. Deux observations de diabète sucré consécutif à un (L. H. Gariépy)	455
Traitement de la chorée de Sydenham, par les injections intramusculaires de sulfate de magnésie. Le . .	483	Traumatismes crâniens. L'injection intracrânienne d'air dans le traitement des céphalées, vertiges et changements de caractères consécutifs aux	182
Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections intraveineuses de benzoate de soude	1112	Tréponème. La recherche (du) par la ponction des ganglions. Méthode de Hoffmann modifiée par Gougeot	1192
Traitement de l'hémorragie . .	1009	« Treponema pallidum » sous l'influence thérapeutique de l'arsenic et du bismuth. Sort du	395
Traitement de l'incontinence d'urine essentielle des enfants par l'infiltration du périnée à l'aide d'une solution physiologique . . .	189	Tréponèmes. Constatation de tréponèmes sous la muqueuse génitale pendant la période d'incubation du chancre	598
Traitement des abcès et des gangrènes du poumon par injections intraveineuses de benzoate de soude	179	Trichinose. La (Henri Gélinais)	1172
Traitement des adénites tuberculeuses par le lymphosclérol	673	Trichophytie de la main et éruptions secondaires à distance. Pathogénie	1027
Traitement des agités en neuro-psychiatrie. Le . . .	679	Troubles digestifs secondaires aux métrocérvicites et l'influence de l'électrocoagulation du col. Les (J. E. Gendreau, A. Jutras) . . .	839
Traitement des affections thyroïdiennes. Thérapeutique thyroïdienne	1183		
Traitement des bronchopneumonies du premier âge par la transfusion de sang. Le	492		
Traitement des gangrènes diabétiques. Le	581		

Tubage duodéal. Comment donner au, son rendement maximum	170	Tuberculose pulmonaire. La thoracoplastie dans la	479
Tubage duodéal. Comment donner au tubage duodéal son rendement maximum	382	Tuberculose pulmonaire. La thoracoplastie dans la	899
Tubera verucosa	191	Tuberculose pulmonaire. Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections intraveineuses de benzoate de soude	1112
Tuberculeux pulmonaire. La syphilis chez les	179	Tuberculose rénale compliquée avec anomalie. Un cas de (R. Lauzer)	1066
Tuberculeux. Sueur chez les (J. A. Millet)	895	Tuberculose urinaire après néphrectomie. Les séquelles de la	377
Tuberculose chirurgicale	796	Tuberculose verriqueuse (A. Marin)	1081
Tuberculose épидидymaire et tuberculose rénale (A. Laroché)	851	Tuméfaction inguinale de cause éloignée (L. C. Simard, J. Tremblay)	131
T u b e r c u l o s e . Erythème noueux et	1016	Tumeurs bénignes du palais. Prothèse palatine de soutien consécutive à l'ablation des (J. N. Roy)	1052
Tuberculose — Hérité et Contagion. Etiologie générale de la (L. Nègre)	825		
Tuberculose, maladie sociale et son diagnostic. La	265		

U

Ulcération tuberculeuse du méat	1027	Ulcère du canal pylorique. Un cas d' (J. A. Mousseau)	438
Ulcères. Critères d'efficacité dans le traitement des	381	Ulcère du jéjunum	82
Ulcère d'estomac. La disparition des niches et images diverticulaires gastriques après traitement médical de l'	475	Ulcère et cancer. Gastrites aiguës	787
Ulcères d'estomac et du duodénum. Les indications du traitement chirurgical des	487	Ulcères gastriques et duodénaux. Traitement médical des	787
Ulcères de l'estomac. La disparition des niches et images diverticulaires gastriques après traitement médical des	379	U l c è r e s gastro-duodénaux. L'extrait splénique dans les	786
Ulcères de jambe. Le traitement chirurgical des, par la sympathectomie periartérielle et les greffes (C. Lefrançois)	214	Ulcère peptique. Etude expérimentale sur l'	72
Ulcères de la valvule et du canal pylorique et les bases de leur radiodiagnostic. Considérations sur les (A. Jutras)	660	Ulcère « peptique » par suite de la dérivation de la sécrétion pancréatique par fistule. Etude expérimentale. De l'	274
Ulcère du canal pylorique	274	Ulcère perforé de l'estomac. Diagnostic et traitement (A. Bellerose)	307
		Ulcéro-cancer. Que faut-il penser de l'	268
		Ulcus gastrique. Le tinte-ment métallique, signe acoustique de l' (A. Bellerose)	540

Un cas de diabète rénal (A. Gratton)		Urétrites gonococciques. Résultat du traitement à l'hôpital Saint-Louis de mille cas d'	83
Urée. Action antiseptique et bactéricide de l'	290	Urographie d'élimination et exploration fonctionnelle pyélo-urétrale	187
Uretère ectopique avec abouchement extravésical	391	Usage thérapeutique des substances oestrogènes. L'	787
Urètre. Les calculs de l'	589		

V

Vaccin antityphique dans le traitement de la chorée: ses dangers éventuels	182	Vessie. Calculs de la vessie en nombre inusité	801
Valeur comparative des tests de la fonction hépatique (G. H. Baril)	771	Vessie. Rupture spontanée de la	392
Valeur pronostique de la réaction au venin au cours du purpura thrombo-cytopenique. La	673	Vingt-cinquième anniversaire de l'Institut Bruchési (J. E. Dubé)	345
Varicelle compliquée d'hypertension intracrânienne avec syndrome cérébelleux. Intervention. Guérison (J. Saucier)	229	Virus. Maladies causées par les	904
Vasa-nervorum. La paralysie faciale périphérique dite « a frigore » est fonction d'une atteinte artérielle des	907	Vitamine A et bronchite aiguë	486
Verge. Gangrène de la, avec fenestration du prépuce	192	Vitamine B. Névrite gravidique traitée avec succès par la	580
		Vitamine C. Le lait en tant que source de	1118
		Volkman. Le syndrome de	1120
		Voûte crânienne: les trous pariétaux anormalement très agrandis. Lacunes congénitales de la (R. Amyot)	955

X

Xanthomatose La 1018

Z

Zona. Quand faut-il irradier un 495

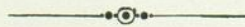


TABLE DES AUTEURS⁽¹⁾

A	D
AGRICOLA, Dr 401	DECARIE, Roland, 487, 488, 908, 909
AMYOT, Roma . . . 73, 74, 135 , 175, 177, 277, 279, 326 , 575, 577, 676, 750 , 787, 922, 955 , 1013, 1014, 1107, 1109, 1161 , 1181, 1183.	DeGUISE, A. 924
ARCHAMBAULT, P. R. . . . 75, 179, 225 , 343 , 900, 1016, 1060	DELORME, L. N. 564
AUTOTTE, Esdras-E. 492	DeMONTIGNY, Gérard, 867, 974
B	DESHAIES, Georges 1006
BARBEAU, Antonio 468	DESJARDINS, Ed., 81, 183, 281, 333 , 388, 682, 799, 1023.
BARIL, Georges-H. 771	DESLOGES, Alfred 312
BARIL, Henri . . . 190, 365 , 392, 393, 591, 807, 1190.	DESROSIERS, Saint-Jean . . 107
BARRY, Gaétan, 173, 382, 479, 917	DIONNE, L.-R. 911, 1134
BELLEROSE, Antonio 307 , 540 , 797, 1127	DORE, R. . . 101, 338 , 588, 675, 765 , 994 , 1057 , 1117.
BERGERON, L., 85, 190, 191, 394	DUBE, J.-E. . . 1, 345 , 506 , 547 , 879-891 , 937 , 986 , 1088 .
BERNIER, Alph. . . 289, 694, 1030	DUFRESNE, Origène 207
BERTRAND, A., 496, 695, 927, 1009	DUHAMEL, G.-H. 949
BERTRAND, Albert, 126, 248 , 290, 1023, 1157 , 1192	DUSSAULT, Gérard . . . 1120, 1121
BINET, E. 616	E
BLAGDON, L. 912, 1123	ETHIER, A. 925
BOHEMIER, Charles 759	F
BOUCHER, Roméo . . . 48, 66-70	FAUTEUX, Mercier, 81, 82, 185, 586
BOULAIS, F. L. 919	FAVREAU, J. C. . . 37, 192, 283
BOURGEOIS, B. G. 305	FERRON, Maurice . . 63, 79, 192 193, 284, 285, 395, 396, 493, 494, 597, 598, 690, 691, 808, 809, 1027, 1028.
BOURGEOIS, Paul, 83, 188, 189, 227 , 282, 391, 392, 489, 490, 589, 683, 685, 696 , 800, 1025, 1063 , 1118, 1124, 1129.	FORTIER, Jacques 545
BRAULT, Jules 472	FORTIER, Louis, . . 89, 474, 917
C	FORTIER, L. E. 557
CANTERO, Ant., 72, 786, 787, 1028	FOURNIER, N. 920
CANTIN, Marie E. 1134a	FRAPPIER, A. 91
COMTOIS, Albert 37	G
CONE, William V. 450	GAGNIER, L., 86, 195, 285, 396, 397, 495, 599, 969, 1029, 1030, 1122, 1193.
COUTU, L., 594	GARIEPY, L. Henri, 455 , 482, 582, 1018

(1) Les chiffres en caractères gras indiquent la page des articles originaux; les chiffres en caractères maigres indiquent les analyses.

GARIEPY, Urgel **630, 1132, 1139**
 GELINAS, Henri . **232, 580, 673,**
 785, 786, 918, 1013, **1172.**
 GELINAS, L. 925
 GENDREAU, J.-E. **207, 839, 1103**
 GERIN-LAJOIE, Léon, . 186, **410,**
 717, 782, **848, 947, 1126.**
 GRATTON, Armand **1169**
 GRIGNON, C. E., 909, 910, 1128
 GUILBAULT, Albert . . **250, 1191**

H

HEBERT, GEORGES . . . 273, 924
 HOEN, Thomas I. **430**

J

JARRY, J.-A. **570**
 JOANNETTE, Albert **147**
 JUTRAS, Albert . . , **52, 186, 207,**
 276, 286, 287, 475, 495, **660,**
 691, 693, **839, 997, 1103.**

L

LABERGE, J.-E. **359**
 LAFRESNIERE, Gabriel, . . 75-76,
104, 385, 474, 674, 675, 1016,
 1111, 1186.
 LAPIERRE, G. **165, 590, 592, 687,**
 688, **962, 1026.**
 LAQUERRIERE, A. **1133**
 LARICHELIERE, Raymond,
 689, 1119, 1120
 LAROCHE, Albert **851**
 LAUZER, Rosaire **1066**
 LEBEL, A.-B. **983**
 LEFEBVRE, Rodrigue,
 174, 175, 791, 1005, 1010
 LEFRANÇOIS, Chs . . . **214, 542**
 LEGER, A. **514, 924**
 LESAGE, Albert . . . **7, 149, 157,**
160, 201, 253, 262, 263 264,
 265, 267, 268, 269, 270, 271,
 375, 377, **407, 505, 573, 613,**
671, 915, 944.
 LESAGE, Jean . . . **107, 170, 171,**
 172, **257, 273, 274, 379, 380,**
 381, **649.**
 LETONDAL, Paul . . 70, 71, **467,**
 490, **572, 1105, 1118, 1178.**
 LEVEILLE, J.-A. 1025

M

MAGNAN, A. . . . 390, 805, 806
 MAJOR, Willie 595
 MANSEAU, J. A.
 488, 686, 801, 805
 MANSEAU, Omer 371, 811
 MARIN, Albéric,
 42, **117, 446, 719, 1081**
 MARION, D. 921
 MARTEL, J. Alcide 579
 MARTIN, Paul **962**
 MERCIER, Oscar **152**
 MILLET, J. A. **895**
 MORIN, Paul 276, 1107
 MOUSSEAU, J.-Alfred . **438, 1050**

N

NEGRE, Léopold **825**

P

PANET, E. de B. **602**
 PANET-RAYMOND, J.,
 430, 584, 585
 PANNETON, Philippe, 16, 59, 725
 PAQUETTE, Jean Philippe, 145,
 179, 384, 480, 673, 791, 1112.
 PARE, Louis **10**
 PATOINE, Lionel, 76-78, 181, 277,
 290, 382, 386, 481, 482, 581,
 674, 679, 1017.
 PILON, Alcide 583, 795, 907, 1180
 POIRIER, Paul,
 62, 91, **239, 374, 412**
 POULIOT, G. E. **52**
 PREVOST, Jules
 PROVENCHER, Gustave . . . 48

R

RICARD, J. P. M. . . . 928, 1130
 RIOPELLE, J. L. . . . 86-88, 287,
 288, 383, 497, 600, 601, 694,
 1030, 1193.
 ROBILLARD, Eugène 491
 ROCH, Sylvio . . . 484, 485, 486,
 680, 681, 682, 793, 794, 795,
 901, 902, 903, 904, 905, 1019,
 1020, 1021, 1114, 1115, 1116,
 1186, 1188.
 ROLLAND, R. . . . 908, 909, 914
 ROUX, Rolland 78, 185
 ROY, Gustave **29**
 ROY, J. N. . . **220, 517, 844, 1052**

S

SAMSON, J. E. 321
 SAUCIER, Jean . . 182, 183, 229,
 386, 450, 483, 679, 923, 1012,
 1018, 1039, 1071, 1113.
 ST-GERMAIN, J. P. 858
 ST-JACQUES, Eugène . . . 383,
 394, 460, 787, 792, 797, 877,
 949.
 SIMARD, L. C.,
 129, 131, 1085, 1129
 SMITH, Pierre, 29, 586, 798, 1116,
 1189.

T

TESSIER, L.-J. 243, 658
 TETREAUULT, H. I., 594, 595, 689
 TETREAUULT, Julien 969
 TREMBLAY, J.,
 131, 915, 1126, 1133

V

VIDAL, J. A. 384
 VALIQUETTE, Hugo 907

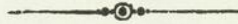


TABLE ALPHABÉTIQUE DES ANNONCES

Abbott Laboratories Ltd, (<i>Teinture de Metaphene</i>) ..	XII
Anglo-French Drug Cie, (<i>Elixir Gabail</i>)	L
Antiphlogistine, (<i>Pneumonie</i>)	XXII
Ayerst, McKenna & Harrison, Limited, (<i>Huile de foie de Morue 10-D</i>)	XX
Banque Canadienne Nationale, (<i>À votre disposition</i>) ..	XLVI
Boudot, L., (<i>Dia-Tosan</i>)	LXIV
Canada Drug Company, (<i>Paveral</i>)	LXII
Canada Starch Company, Limited, (<i>Sirop de Blé d'Inde (Maïs) Edwardsburg</i>)	LVII
Cardinaux, Paul, (<i>Gaiffe, Gallot & Pilon et Ropiquet, Hazard & Roycourt</i>). <i>Diathermie, Rayons X, Electrologie</i>	XI
Casgrain & Charbonneau, Ltée, (<i>Thyvacrine No 10 C & C</i>)	X
Casgrain & Charbonneau, Ltée, (<i>Neurocrine No 5 C & C</i>)	X
Casgrain & Charbonneau, Ltée, (<i>Diacrine No 6 C & C</i>)	X
Casgrain & Charbonneau, Ltée, (<i>Stérilisateur "Castle"</i>)	XLVIII
Casgrain & Charbonneau, Ltée, (<i>Ray. X Westinghouse</i>)	XLVIII
Ciba, Compagnie, Limitée, (<i>Resyl « Ciba »</i>)	IX
Denver Chemical Manufacturing Co., (<i>Antiphlogistine</i>)	XXII
Duckett J. A., (<i>Dernière Création de la Prothèse</i>)	LIV
Eddé, J., Limitée, (<i>Lantol</i>)	VI
Eddé, J., Limitée, (<i>Elixir complexe de Pancrinol</i>) ..	VI
Eddé, J., Limitée, (<i>Pommade Midy</i>)	XIX
Eddé, J., Limitée, (<i>Hémostyl</i>)	XXVII
Eddé, J., Limitée, (<i>Nucléarsitol Robin</i>)	XXX
Eddé, J., Limitée, (<i>Iodogénol Pépin</i>)	XXXIV
Eddé, J., Limitée, (<i>Phospho-Strychnal</i>)	XXXVI
Eddé, J., Limitée, (<i>Ocréine Grémy</i>)	XXXVI
Eddé, J., Limitée, (<i>Peptonate de Fer Robin</i>)	XXXVI

BIBLIOTHÈQUE
 SAINT-SUÏCE

Eddé, J., Limitée, (Neurinase)	XLVI
Etablissements Byla, Les, (Phylactone Byla)	XIV
Etablissements Byla, Les, (Phytogenine Byla)	XIV
Fellows Medical Mfg. Co., Ltd., (Sirop Fellows)	XXXV
Frosst, Charles E. & Co. (Kondremul) <i>Deuxième page intérieure de la couverture.</i>	
Herd & Charton, Inc., (Uroprazine)	XXIII
Herd & Charton, Inc., (Peptalmine)	LV
Hirbour, Arthur, (Biscamine)	LXVI
Hirbour, Arthur, (Elixir Polybromure)	LXVI
Hoffmann-LaRoche Limitée, (Tonikum « roche »)	XXXIII
Horner Limited, Frank W., (Maltlevol)	XXXIII
"Ifah", Pharm. Products, (Histidin-Ifah)	LI
Imperial Tobacco Co. of Canada, (Sweet Caporal)	LIII
Joubert, J. J., Limitée, (Santéine)	LII
Kellogg, (Kellogg's All Bran) <i>Troisième page de la couverture.</i>	
Laboratoires AMIDO, A. Beaugonin, (Geneserine)	XLVII
Laboratoires AMIDO, A. Beaugonin, (Genatropine)	XLVII
Laboratoires AMIDO, A. Beaugonin, (Genoscopamine)	XLVII
Laboratoires AMIDO, A. Beaugonin, (Genosthéniques)	XLVII
Laboratoires AMIDO, A. Beaugonin, (Amidal)	XLVII
Laboratoires A. Bailly, (Opobyl)	XVIII
Laboratoire du Bismol, (Anogel) <i>Quatrième page de la couverture.</i>	
Laboratoires Clin, Comar & Cie, (Cacodylate de soude Clin)	I
Laboratoires Clin, Comar & Cie, (Métharsinate Clin)	I
Laboratoires Clin, Comar & Cie, (Enésol)	I
Laboratoires Couturieux, (Lantol)	VI
Laboratoires Licardy, (Sédosine)	XIV
Laboratoire Nadeau Limitée, (Sodiosal)	XXX
Laboratoires Poulenc Frères du Canada, Ltée, (Soneryl)	XIII
Laboratoires du Dr P. Astier, (Rioquine Astier)	XXV
Laboratoires Soudan de Paris, (Dia-Tosan)	LXIV
Laboratoires Midy, (Pommade Midy)	XIX

ALPHABÉTIQUE
DES AUTEURS

Librairie Beauchemin Limitée, (<i>Linguaphone</i>)	XXVIII
La Cie Canadienne des Agences Modernes, (<i>Les Lithinés du Dr Gustin</i>)	LII
La Cie Canadienne des Agences Modernes, (<i>Magnésie du Dr Gustin</i>)	LII
Listers Limited, (<i>Listers</i>)	LXII
Millet, Roux & Cie, Ltée, (<i>Codoforme</i>)	XLIX
Nestlé's Milk Products (Canada) Ltd., (<i>Lactogen</i>)	LVII
Nestlé's Milk Products (Canada) Ltd., (<i>Hylac</i>)	LVII
Parke, Davis & Cie, (<i>Le Mapharsen</i>)	IV
Ranniger, W.-E., (<i>Histidin-Ifah</i>)	LI
Remington Rand Limited, (<i>Clavigraphe</i>)	LXVI
Rougier Frères, (<i>Hepathemo</i>)	XVII
Rougier Frères, (<i>Opobyl</i>)	XVIII
Rougier Frères, (<i>Spectrol</i>)	XXI
Rougier Frères, (<i>Digitaline Nativelle</i>)	XXI
Rougier Frères, (<i>Vaccin Demonchy</i>)	XXIII
Rougier Frères, (<i>Sedlitz Chanteaud</i>)	XXVI
Rougier Frères, (<i>Sténol Chanteaud</i>)	XXVI
Rougier Frères, (<i>Rami</i>)	XXVI
Rougier Frères, (<i>Hémoglobine Deschiens</i>)	XXIX
Rougier Frères, (<i>Elixir Ducro</i>)	XXIX
Rougier Frères, (<i>Névrosthénine Freyssinge</i>)	XXXV
Rougier Frères, (<i>Chloramine Freyssinge</i>)	XXXV
Rougier Frères, (<i>Capsules Dartois</i>)	XXXV
Rougier Frères, (<i>Uraseptine Rogier</i>)	XLV
Rougier Frères, (<i>Lactolaxine Fydau</i>)	XLV
Rougier Frères, (<i>Sirop Famel</i>)	LIV
Rougier Frères, (<i>Iodalose Galbrun</i>)	LV
Rougier Frères, (<i>Prosthénase</i>)	LV
Sanatorium de Blois	XXIV
Sanatorium Prévost	II
Siemens-Reiniger (Canada) Limited, (<i>Ultratherm</i>)	V
Squibb & Sons of Canada, Ltd., E.R., (<i>Navitol</i>)	III
Vinant Ltée, (<i>Cacodylate de Soude Clin</i>)	I
Vinant Ltée, (<i>Métharsinate Clin</i>)	I

Vinant Ltée, (<i>Enésol</i>)	I
Vinant Ltée, (<i>Sédosine</i>)	XIV
Vinant Ltée, (<i>Phylactone Byla</i>)	XIV
Vinant Ltée, (<i>Phytogenine Byla</i>)	XIV
Vinant Ltée, (<i>Geneserine</i>)	XLVII
Vinant Ltée, (<i>Génatropine</i>)	XLVII
Vinant Ltée, (<i>Genoscopolamine</i>)	XLVII
Vinant Ltée, (<i>Genosthéniques</i>)	XLVII
Vinant Ltée, (<i>Amidal</i>)	XLVII
Wander, A., Limited, (<i>Ovalline</i>)	XIX
Warner, William R., Co. Ltd., (<i>Anusol</i>)	LXI





Il a également besoin D'EXERCICE INTERNE

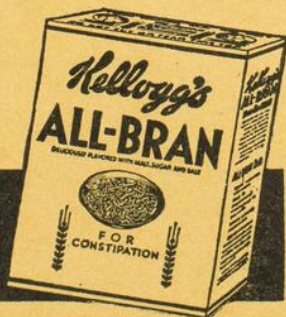
Des milliers d'hommes ont l'habitude journalière du golf, de l'équitation ou autres exercices. Cependant, ces mêmes individus prennent une nourriture qui ne donne pas à leur organisme l'exercice voulu; des repas qui conduisent à la constipation due à l'insuffisance de cellulose.

Les fruits, les légumes et le son sont les meilleures sources de cellulose. Cependant, des expériences ont démontré que, chez ces mêmes individus, la cellulose des fruits et des légumes est en partie détruite dans l'intestin. Ainsi le son est souvent plus efficace.

Kellogg's ALL-BRAN fournit une bonne quantité de cellulose. Des ex-

périences scientifiques ont démontré qu'il est sûr et efficace. Dans l'organisme cette cellulose absorbe le liquide et forme une masse molle qui stimule et renforce les muscles intestinaux et débarrasse le système.

Cette nourriture laxative naturelle peut être servie comme céréale avec du lait ou de la crème, ou être employée à la préparation de mets appétissants. On peut se procurer le Kellogg's ALL-BRAN chez tous les épiciers. Fabriqué par Kellogg, London, Ont.



**L'aliment naturel qui
CORRIGE LA CONSTIPATION**



Granulé oléo-gélatineux, modificateur du résidu intestinal, indiqué là où les défécations sont irrégulières et incomplètes.

Notice explicative et échantillons sur demande.

C'est un nouveau produit du

LABORATOIRE du BISMOL

Société de Pharmaciens-Chimistes licenciés, spécialisés dans la fabrication de produits thérapeutiques.

945, rue CÔTÉ,

- - - - -

MONTREAL, Canada.