

# L'Union Médicale du Canada

REVUE MENSUELLE

Fondée en 1872

## BULLETIN

|  |                         |     |
|--|-------------------------|-----|
| Un monument à Laënnec . . . . .        | LeSAGE . . . . .        | 805 |
| Laënnec clinicien et médecin . . . . . | Emile SERGENT . . . . . | 806 |

## MÉMOIRE

|  |                      |     |
|--|----------------------|-----|
| Rétinite pigmentaire, adipeuse, arriération mentale. Syndrome de Laurence-Bordet-Biedl . . . . . | Roma AMYOT . . . . . | 823 |
|--|----------------------|-----|

## RECUEIL DE FAITS

|  |                              |     |
|--|------------------------------|-----|
| Le syndrome de la grande sténose pylorique d'origine ulcéreuse. Azotémie consécutive par manque de sel. Opération. Guérison. . . . . | J.-Alfred MOUSSEAU . . . . . | 834 |
| Résultats obtenus avec la poudre de pommes dans les diarrhées . . . . .  | Henri BARIL . . . . .        | 841 |
| Rectification . . . . .  | Réal DORE . . . . .          | 845 |

## PETITE CLINIQUE

|  |                         |     |
|--|-------------------------|-----|
| Est-ce un ulcère de l'estomac? . . . . . | Albert LeSAGE . . . . . | 846 |
|--|-------------------------|-----|

## MOUVEMENT MÉDICAL

|                                  |                                |     |
|----------------------------------|--------------------------------|-----|
| Fractures de la rotule . . . . . | Eugène SAINT-JACQUES . . . . . | 850 |
|----------------------------------|--------------------------------|-----|

## REVUE GÉNÉRALE

|   |   |     |
|---|---|-----|
| Conduite à tenir en présence d'une glycosurie . . . . . | GILBERT-DREYFUS et André WINIPHEN . . . . . | 854 |
| La valeur pronostique de la formule d'Arneth . . . . .  | Eugène SAINT-JACQUES . . . . .              | 856 |

## ACTUALITÉS

|   |                             |     |
|---|-----------------------------|-----|
| Congrès de l'Association Médicale Canadienne à Ottawa . . . . . | Léon GERIN-LAJOIE . . . . . | 858 |
|---|-----------------------------|-----|

## TRIBUNE LIBRE

|                          |                     |     |
|--------------------------|---------------------|-----|
| Correspondance . . . . . | J.-N. ROY . . . . . | 861 |
|--------------------------|---------------------|-----|

## MÉDECINE PRATIQUE

|                             |                         |     |
|-----------------------------|-------------------------|-----|
| Angine de Vincent . . . . . | Henri GELINAS . . . . . | 864 |
|-----------------------------|-------------------------|-----|

(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

# SPARTOVAL

ISOVALERIANATE NEUTRE DE SPARTEINE

**SÉDATIF CARDIO-VASCULAIRE ANTISPASMODIQUE**

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

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

# SPARTO-CAMPBRE

CAMPHO-SULFONATE DE SPARTÉINE & CAMPHO-SULFONATE DE SODIUM

**VÉRITABLE SYNERGIE CARDIOTONIQUE**

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

•  
Diurétique et Cardiotonique d'Entretien

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

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

# GENISTENAL

ÉTHYLPHÉNYLBARBITURATE NEUTRE DE SPARTÉINE

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

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

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

Adultes: 1 à 6 dragées par jour.

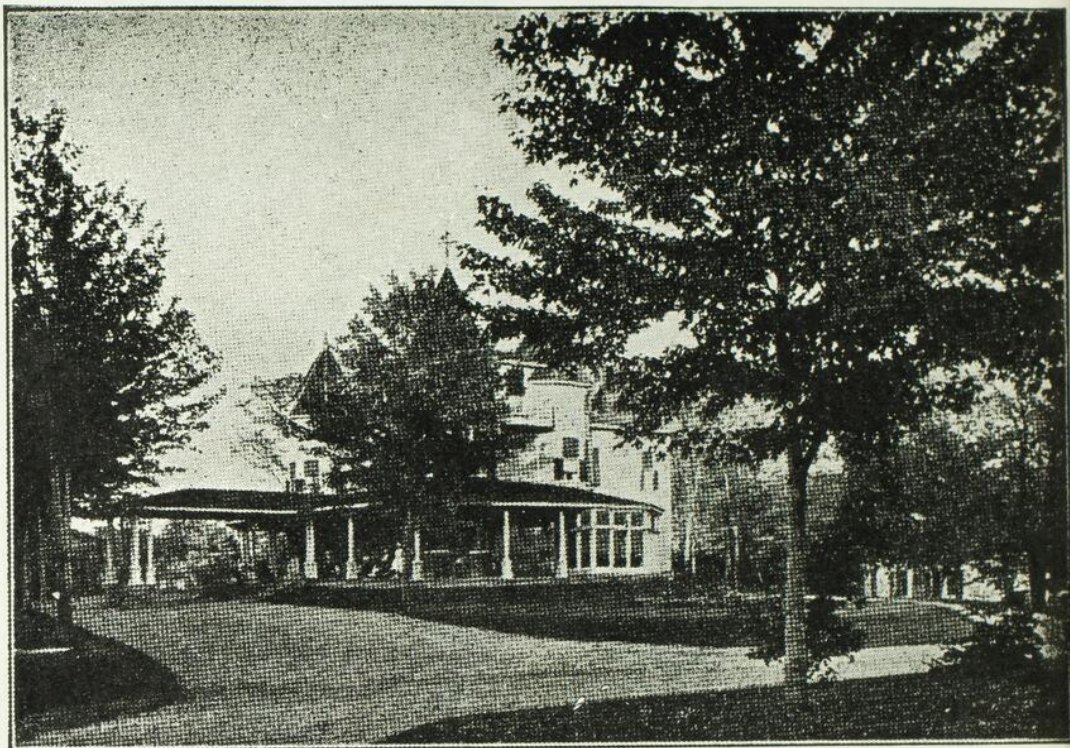
Enfants: ½ à 4 " "

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

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

# SANATORIUM PRÉVOST

INCORPORE



## ETABLISSEMENT DE PSYCHOTHERAPIE

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

## TRAITEMENT INDIVIDUEL DES AFFECTIONS DU SYSTEME NERVEUX

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

---

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

---

4455 Boulevard Gouin ouest,

Téléphone, BYwater 1240

# TRASENTINE

"CIBA"

(Chlorhydrate hydrosoluble de l'ester diéthylaminoéthylque  
de l'acide diphénylacétique)

ANTISPASMODIQUE

Agissant aussi bien sur la fibre nerveuse, comme l'atropine,  
que sur la musculature lisse, comme la papavérine.

Indiqué dans les états spasmodiques des organes végétatifs.  
Utilisable par voies orale et parentérale.

Comprimés

Ampoules



# PERANDREN

"CIBA"

(Première hormone orchitique synthétique, chimiquement pure)

L'essai du Perandren est recommandé dans les cas suivants:

*Affections prostatiques, eunuchisme,*

*Troubles du développement sexuel,*

*Phénomènes de carence de nature physique et psychique,*

*Affaiblissement ou cessation prématurés de la fonction sexuelle.*

Ampoules

COMPAGNIE CIBA LTÉE, 759 Carré Victoria, MONTREAL.

# 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.

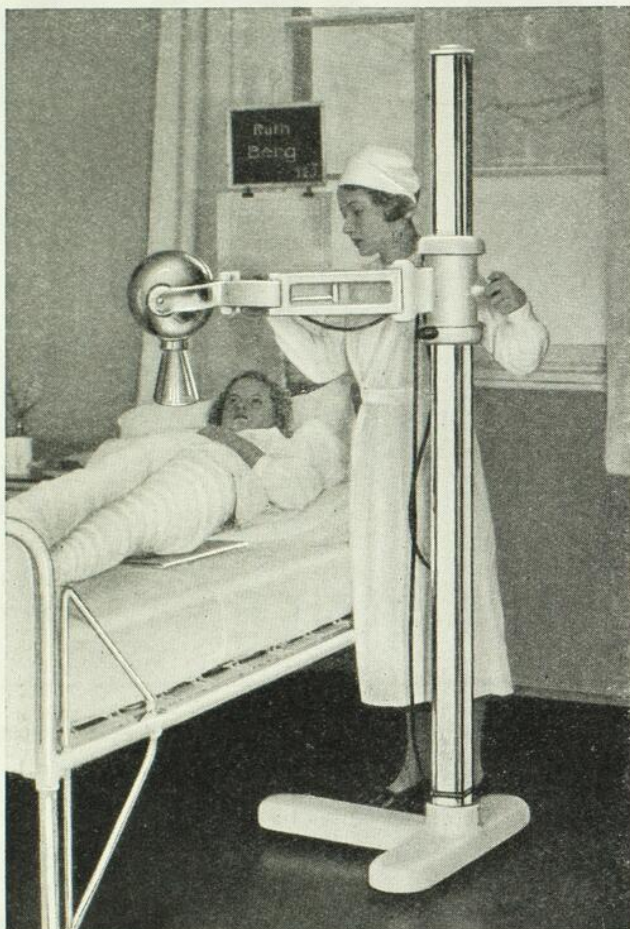
Les laboratoires de recherches de Parke, Davis et Cie ont soumis le Mapharsen à des épreuves sévères tant au point de vue chimique, pharmacologique que biologique. Le Mapharsen constitue un agent thérapeutique de tout premier ordre comparativement à d'autres produits du même genre dans le traitement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

## Le Sphérix "SIEMENS"



Appareil pour Rayons X entièrement nouveau.  
Complètement à l'abri de la haute tension et des rayonnements.

Livable en trois modèles: 1. Transportable.  
2. Sur colonne mobile.  
3. Sur colonne mobile simplifiée et  
démontable.

Pour graphies et scopies.

L'idéal pour le cabinet du médecin, les radiographies au domicile du patient et le redressement des fractures.

•  
**SIEMENS-REINIGER (Canada) LIMITED**

**Dominion Square Building**

**MONTREAL**

# TAXOL

LE  
RÉÉDUCATEUR  
TYPE  
DE L'INTESTIN  
SANS  
ACCOUTUMANCE

Laboratoires LOBICA  
PARIS

Agent: J. EDDÉ Ltée,  
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.

---

---

---

---

---

---

AMherst 8900-3733

## MONTY, GAGNON & MONTY

Ambulances de luxe, chauffées  
Transport des malades à la ville et à la campagne.  
Service prompt et sûr.

Pompes funèbres

Salons mortuaires

Salons mortuaires: 1926, rue Plessis  
4156, rue Adam.

Ambulanciers de l'Hôpital Notre-Dame

## GARDES-MALADES — STENO BILINGUE

### GARDE-MALADE DIPLOMEE

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

## HOPITAL PRIVE SAINTE-AGATHE-DES-MONTS

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

### HOSPITALISATION

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

### CONDITIONS D'ADMISSION

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

Heures de visite:

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

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

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

## NEUROTROPHOL BYLA

Tonique Nervin à base

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

**SURMENAGE — EPUISEMENT — NEURASTHENIE**

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

---

## SPLENARMONE BYLA

Reconstituant général, à base

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

**ANEMIES — CONVALESCENCE**

(AMPOULES et SIROP)

---

## Pelletiérine Tanret

**TŒNIA**

**98 EXPULSIONS SUR 100 TENTATIVES**

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

La Pelletiérine Tanret est le tœnifuge le plus sûr et le plus facile à prendre.

La Pelletiérine ne doit pas être donnée aux épileptiques.

---

## AMINO-SEL BYLA

Remplace le Sel

**Régimes Achloruré et Déchloruré**

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

---

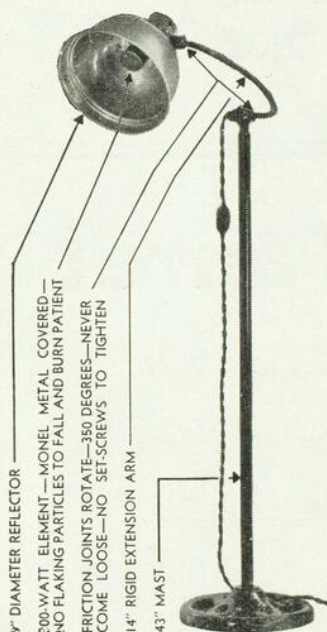
**LES ÉTABLISSEMENTS BYLA, - - PARIS**

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

SERVICE A DOUBLE RENDEMENT:  
 UNE LAMPE A RAYONS INFRA-ROUGES ET UNE LAMPE  
 A DIAGNOSTIC EN UNE SEULE UNITE  
 QUELQUE CHOSE DE TOUT A FAIT NOUVEAU OFFERT A LA  
 PROFESSION MEDICALE

Combinaison d'une lampe à rayons infra-rouges pouvant également servir comme lampe à diagnostic au coût supplémentaire de \$2.00.

LES PRIX AUGMENTENT!



Le prix régulier de cette lampe a toujours été de \$35.00, mais vu que nous avons acheté, en un seul lot, 200 de ces lampes à rayons infra-rouges, ceci nous permet d'offrir ces lampes maintenant combinées, à rayons infra-rouges et à diagnostic, au prix très spécial de \$20.00 chacune, en autant qu'il nous en restera encore à réception de votre commande, puisque le nombre actuel de ces lampes est très limité et qu'il y aura majoration de prix prochainement.

Nous vous conseillons de profiter de cette occasion tandis qu'elle se présente. En dépit du prix spécial offert sur ces lampes, la garantie reste la même, à savoir: 500 heures d'usage.

*Cloutier & Cloutier Cie, Ltée*

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

4338, rue Saint-Denis

MONTREAL, Qué.

BELAIR 1616

---

---

# L'Union Médicale du Canada

Fondée en 1872

## Bureau de Direction

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

Président: E. St-Jacques; Vice-Président: J.-A. Mousseau; Secrétaire-  
Trésorier: J.-A. Vidal. Membre d'honneur: Prof. Pierre Masson.

## Bureau de Collaboration

MM. Amyot, R.; Archambault, P.-R.; Baril, H.; Barry, G.; Bellerose, A.;  
Bertrand, A.; Bertrand, A.; Bourgeois, P.; Brault, J.; Desforges, A.;  
Desjardins, Ed.; Doré, R.; Dubé, Ed.; Fauteux, M.; Favreau, C.;  
Fontaine, R.; Fortier, L.; Gagnier, L.-A.; Gariépy, L.-H.; Gatién, R.;  
Gélinas, H.; Jutras, A.; Lafresnière, G.; Lapière, 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 COLLABORÉ AU VOLUME DE 1936:

Agricola, Dr., Amyot (R.), Archambault (P.-R.), Autotte (E.), Barbeau (A.), Baril (G.), Baril (H.), Barry (G.), Bellerose (A.), Bergeron (L.), Bernier (A.), Bertrand (A.), Bertrand (Albert), Binet (E.), Blagdon (L.), Bohémier (C.), Boucher (R.), Boulais (F.-L.), Bourgeois (B.-G.), Bourgeois (P.), Brault (J.), Cantero (A.), Cantin (Marie-E.), Comtois (A.), Cone (W.), Coutu (L.), Décarie (R.), DeGuise (A.), Delorme (L.-N.), DeMontigny (G.), Deshaies (G.), Desjardins (Ed.), Desloges (A.), Desrosiers (Saint-Jean), Dionne (L.-R.), Doré (R.), Dubé (J.-E.), Dufresne (O.), Duhamel (G.-H.), Dussault (G.), Ethier (A.), Fauteux (M.), Favreau (J.-C.), Ferron (M.), Fortier (J.), Fortier (L.), Fortier (L.-E.), Fournier (N.), Frappier (A.), Gagnier (L.), Gariépy (L.-H.), Gariépy (U.), Gélinas (H.), Gélinas (L.), Gendreau (J.-E.), Gérin-Lajoie (L.), Gratton (A.), Grignon (C.-E.), Guilbault (A.), Hébert (G.), Hoen (T.-I.), Jarry (J.-A.), Joan-

nette (A.), Jutras (A.), Laberge (J.-E.), Lafresnière (G.), Lapière (G.), Laquerrière (A.), Larichelière (R.), Laroche (A.), Lauzer (R.), Lebel (A.-B.), Lefebvre (R.), Lefrançois (C.), Léger (A.), LeSage (A.), LeSage (J.), Letondal (P.), Léveillé (J.-A.), Magnan (A.), Major (W.), Manseau (J.-A.), Manseau (O.), Marin (A.), Marion (D.), Martel (J.-A.), Martin (P.), Mercier (O.), Millet (J.-A.), Morin (P.), Mousseau (J.-A.), Nègre (L.), Panet (E. de B.), Panet-Raymond (J.), Panneton (P.), Paquette (J.-P.), Paré (L.), Patoine (L.), Pilon (A.), Poirier (P.), Pouliot (G.-E.), Prévost (J.), Provencher (G.), Ricard (J.-P.-M.), Riopelle (J.-L.), Robillard (E.), Roch (S.), Rolland (R.), Roux (R.), Roy (G.), Roy (J.-N.), Samson (J.-E.), Saucier (J.), St-Germain (J.-P.), St-Jacques (E.), Simard (L.-C.), Smith (P.), Tessier (L.-J.), Tétreault (H.-I.), Tétreault (Julien), Tremblay (J.), Vidal (J.-A.), Valiquette (Hugo).

---

---

# SUITE DU SOMMAIRE

## SOCIÉTÉS

|   |     |
|---|-----|
| La Société Médicale de Montréal . . . . .                   | 884 |
| La Société de Phtisiologie de Montréal . . . . .            | 890 |
| 52e Assemblée scientifique de l'hôpital Saint-Luc . . . . . | 894 |

## NOUVELLES

|   |     |
|---|-----|
| Le docteur Antoine La Cassagne, sous-directeur de l'Institut du Radium de Paris, en mission au Canada . . . . . | 897 |
| XXVe Congrès français de Médecine . . . . .   | 897 |
| La peau et le foie . . . . .  | 898 |
| Livres nouveaux . . . . .   | 899 |
| Bibliographie . . . . .   | 900 |

## ANALYSES

### MÉDECINE

Les éléments du pronostic dans la fièvre typhoïde (p. 866). Le para-amino-benzène-sulfonamide et ses dérivés (p. 867).

### PHTISIOLOGIE

Le foyer congestif tuberculeux rapidement curable (p. 868).

### NUTRITION

Rapports entre la rapidité de l'évacuation stomacale et la tolérance au glucose (p. 869). Exploration fonctionnelle du pancréas endocrine (p. 870).

### NEURO-PSYCHIATRIE

Pathogénie de l'hémorragie cérébrale (p. 871). Formes atypiques de la paralysie générale (p. 872). Les hyperidroses essentielles (p. 873).

### HYGIÈNE

Conditionnement de l'air (air conditioning) (p. 875). L'action bactéricide de foie de morue (p. 876). Lait évaporé irradié dans la prévention du rachitisme (p. 876). La méthode Rivers: nouvelle vaccination intradermique contre la variole (p. 877).

### CHIRURGIE

La cholécystite non calculuse. Analyse de cent cas traités par la cholécystectomie (p. 878).

### GYNÉCOLOGIE

Traitement des troubles gynécologiques d'origine endocrinienne (p. 879).

### ÉLECTRO-RADIOLOGIE

Note sur la radiothérapie de l'angine de poitrine (p. 881). Quelques résultats de radiokymographie du diaphragme (p. 882).

---

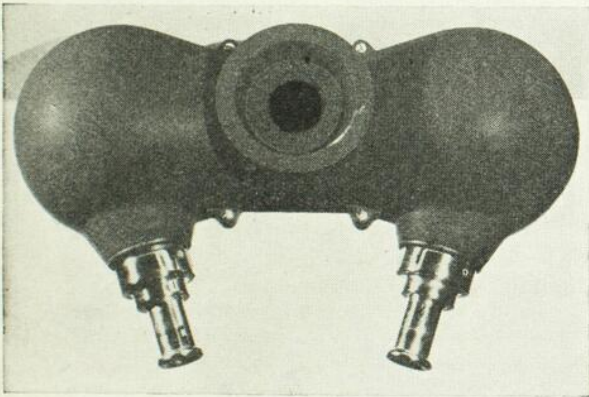
---

# PHILIPS METALIX ROTALIX

## TUBES À RAYONS-X

Connus et vendus dans  
le monde entier

### PROTECTION TOTALE



- à foyer simple
- à foyer double
- à anode rotative

**CANADIAN METALIX COMPANY  
LIMITED**

531, Sherbrooke Est,

PLateau 1555

MONTREAL, Qué.

---

---

# Sulfamidyl

SULFANILAMIDE ABBOTT

## UN AGENT SPÉCIFIQUE POUR COMBATTRE LES INFECTIONS DUES AU STREPTOCOQUE

Le traitement efficace des infections streptococciques avec des agents chimiothérapeutiques spécifiques, fut récemment l'objet de nombreuses études cliniques.

Au début, le traitement ne fut appliqué qu'aux souris — puis, ensuite, poursuivi efficacement sur les humains.

Bien que certains dérivés du para-amino-benzène-sulfonamide furent employés au début des recherches, l'on constata bientôt que la drogue de base était essentiellement responsable des effets thérapeutiques.

Le docteur G. W. Raiziss et ses collaborateurs des Laboratoires de Recherches Dermatologiques de Philadelphie, après deux années d'études suivies, présentent le para-amino-benzène-sulfonamide à la profession médicale sous le nom de Sulfamidyl.

**INDICATIONS:** Le Sulfamidyl est indiqué dans le traitement de l'érysipèle, septicémie puerpérale, septicémie en général; l'amygdalite et pharyngite streptococciques, arthrite purulente, otite moyenne, mastoïdite, fièvre scarlatine, péritonite streptococcique, endocardite aiguë, ainsi que dans nombre d'autres conditions infectieuses dues au streptocoque hémolytique et méningocoque.

De plus amples informations vous seront envoyées sur demande.

*Les comprimés de Sulfamidyl Abbott sont présentés  
en flacons de 25 et 100 comprimés de 5 grs.*

# LABORATOIRES ABBOTT

LIMITÉE

388 ouest, rue Saint-Paul - Montréal, Qué.

## BULLETIN

## UN MONUMENT À LAËNNEC,

Place Saint-Germain, à Paris.



Un comité, composé de professeurs, de savants et d'hommes politiques, a été constitué à Paris en vue d'élever un monument à Laënnec, le fondateur de la médecine anatomo-clinique et l'inventeur du stéthoscope qui lui a permis de formuler les règles de l'auscultation, dont il a posé les bases fondamentales.

Tous les médecins, sans distinction de race ou de nationalité, devraient contribuer, ne serait-ce qu'une somme minime, à l'érection de ce monument destiné à perpétuer le génie d'un Maître ancien dont les travaux cliniques, en particulier sur la tuberculose, n'ont jamais été dépassés.

Nous publions, dans ce numéro, un article remarquable, dû à la plume du professeur Sergent et communiqué à l'Académie de Médecine de Paris durant les fêtes du centenaire de Laënnec en décembre 1926.

Il convient de relire avec attention ce magnifique exposé de l'œuvre géniale accomplie par ce médecin illustre, car, en médecine, les découvertes scientifiques constituent un héritage dont nous sommes fiers et que nous devons proclamer avec fierté chaque fois qu'on nous en fournit l'occasion.

C'est dans ce but que nous attirons l'attention de nos lecteurs sur cette importante manifestation en l'honneur de la médecine.

LeSAGE.

Note: On est prié d'adresser le montant de sa contribution, 50 francs ou davantage, au Secrétaire-trésorier de l'Assemblée Générale de Médecine, pour le Monument Laënnec, le Docteur Doury, 4, rue de la Muette, Paris (14<sup>e</sup>), France. Cet avis a paru dans les principaux journaux français et américains.

## LAËNNEC CLINICIEN ET MÉDECIN<sup>(1)</sup>

Par Emile SERGENT,

Membre de l'Académie de Médecine,  
Professeur à la Faculté de Médecine,  
Médecin de l'Hôpital de la Charité-Broussais.

Lorsque, le 1er décembre 1839, dans la séance publique annuelle de cette Académie, Pariset, secrétaire perpétuel, prononça l'éloge de Laënnec, il rappela que de nombreux admirateurs du Maître avaient écrit sur l'homme et sur ses découvertes tout ce qui pouvait être dit. « Ils ne m'ont laissé, écrivait-il, que le stérile honneur de reproduire leur pensée dans un langage moins digne de vous et de l'homme que je dois célébrer. »

Souffrez, Messieurs, qu'à mon tour j'en appelle à votre indulgence. Depuis 1839 les biographies de Laënnec se sont accumulées et, dans ces temps derniers, de nombreuses cérémonies commémoratives ont encore ajouté à la riche documentation réunie dans les deux beaux volumes de Roux. Veuillez considérer que le recul du temps n'a fait qu'élever plus haut la grande figure dont nous célébrons aujourd'hui la mémoire et mesurer l'effroi qui peut assaillir celui à qui vous avez confié le redoutable honneur d'apporter l'hommage de l'Académie au plus grand clinicien et au plus noble médecin de France.

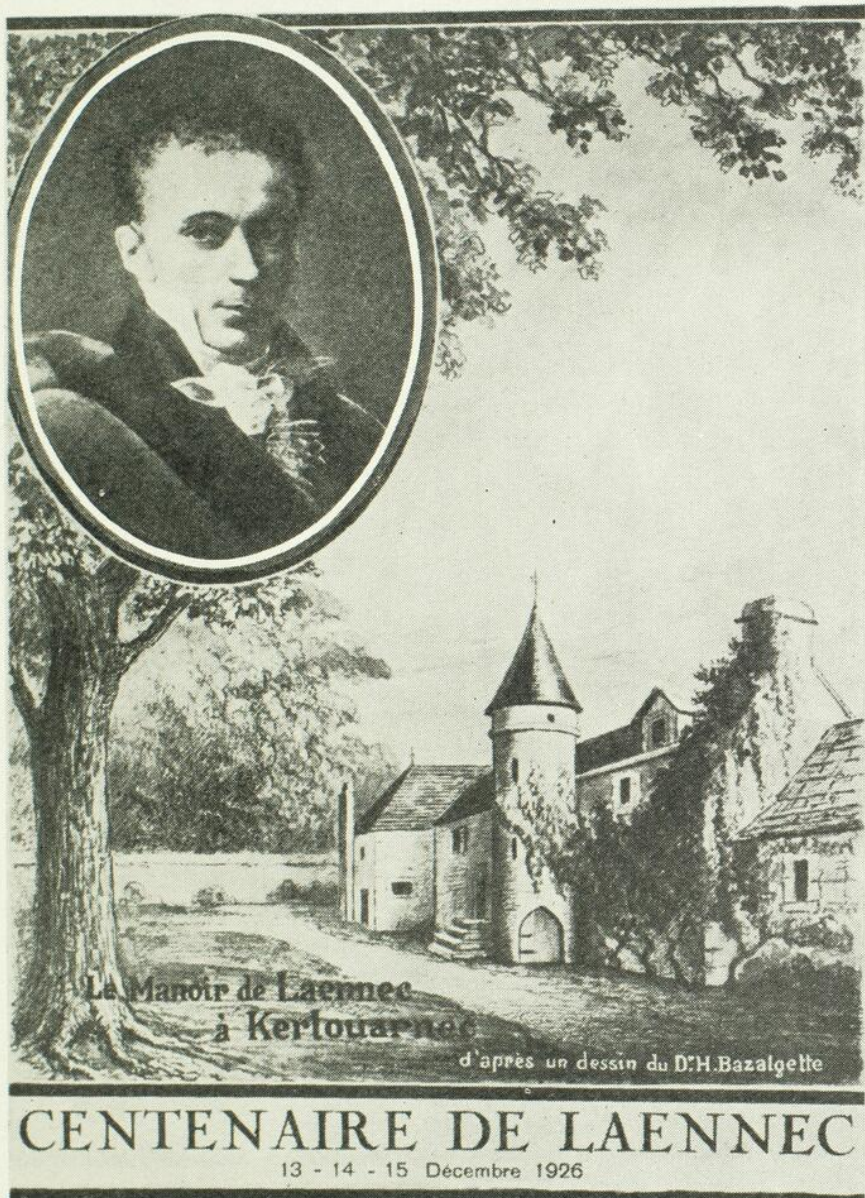
Laënnec! Nom que chacun de nous ne peut prononcer qu'en baissant la voix et en s'inclinant; souvenir que, chaque jour, je retrouve dans les salles de mon vieil hôpital de la Charité, dans l'amphithéâtre qui fut celui de son maître Corvisart, qui fut le sien, qui fut celui de Bouillaud, qui fut celui de Potain...

Vous êtes venus le visiter, Messieurs les Délégués, ce vieil amphithéâtre, inauguré en l'an VII, dans lequel Laënnec, arrivant de sa Bretagne, suivit les leçons de Corvisart sous la conduite de son ami Bayle, alors chef de clinique. Vous y avez accédé par un escalier dont les marches vermoulues enferment encore dans leurs fissures la poussière des « bottes du petit Laënnec ». Vous avez salué pieusement ces lieux vétustes, qui évoquent l'une des pages les plus glorieuses de la Médecine française. Dans cet amphithéâtre, assombri aujourd'hui par les constructions qui l'entourent, la demi-obscurité fut propice à

---

(1) Discours prononcé par M. Emile Sergent à l'Académie de Médecine à l'occasion du centenaire de Laënnec.

votre recueillement, qui vous permet de percevoir l'écho lointain de la voix de Laënnec. Les vieux murs, comme les vieux peuples, ont leur histoire et c'est ce qui les fait nobles et respectables.



\*

\* \*

Le professeur Letulle vous a dit l'œuvre grandiose de Laënnec dans le domaine de l'anatomie pathologique. Certes, il est malaisé de

séparer l'anatomo-pathologiste du clinicien, lorsqu'on a à discourir sur le fondateur de la méthode anatomo-clinique. Puissé-je cependant réussir à ébaucher les traits essentiels qui caractérisent le clinicien génial que fut Laënnec. Ces traits, je chercherai à les dégager de son ascendance, de son éducation et de sa formation scientifique.

\*

\* \*

La famille de Laënnec avait, depuis longtemps, franchi ses étapes, quand il naquit en 1781 : les Laënnec étaient de robe depuis le XVII<sup>e</sup> siècle.

A la mort de sa mère, Laënnec n'a que cinq ans. Son père égoïste et frivole, le confie, ainsi que son frère Michaud, à l'oncle Michel, curé d'Elliant ; trois ans après, les deux enfants quittent le presbytère et deviennent les fils adoptifs de l'oncle Guillaume, médecin à Nantes ; ils sont placés au collège de l'Oratoire dirigé par le Père Fouché de Ronzerolle, qui, l'année suivante, allait devenir le citoyen Fouché ; leurs années de jeunesse s'écoulaient dans la tourmente révolutionnaire ; ils assistent aux drames de la Terreur et voient tomber et retomber le couperet de Carrier.

Ainsi se mêlent, en une association frappante, les causes qui ont marqué de leur empreinte ineffaçable la formation d'esprit et de caractère de Laënnec : les traditions de famille, l'éducation religieuse première, l'exemple professionnel, le bouleversement des idées philosophiques et sociales. Ainsi s'expliquent les bases fondamentales du caractère et du génie de Laënnec, qui se résument en deux idées : *tradition et progrès*, dont la liaison intime ne paraît impossible qu'à ceux qui, prenant pour une marque de supériorité intellectuelle ce qui n'est que le signe d'un aveuglement étroit et borné, méconnaissent que le progrès se construit sur les enseignements du passé. Ainsi se précise l'origine première des principes directeurs auxquels obéit Laënnec durant toute sa vie : le respect des grands maîtres du passé, qui s'affirme dans sa vénération pour Hippocrate ; l'inlassable ardeur qu'il déploya à découvrir des faits nouveaux ; l'horreur qu'il montra toujours pour les théories et les doctrines, lorsqu'elles ne sont que des conceptions hypothétiques et non les conclusions d'observations rigoureuses.

Ce traditionnalisme, non exclusif de l'idée de progrès, est la caractéristique essentielle de son esprit scientifique, comme il l'est de sa morale et de sa tenue professionnelles. Il s'affirme, dès le début de sa carrière, lorsqu'il choisit comme sujet de thèse ses « *Proposi-*

tions sur la doctrine d'Hippocrate, relativement à la médecine pratique » ; si, ce faisant, Laënnec rend hommage au Père de la Médecine, il ne demeure pas cependant l'esclave servile de la doctrine ; il s'attache à montrer que le pronostic, basé sur une connaissance précise de la séméiotique, qui faisait le fond de la doctrine d'Hippocrate, doit être tempéré par l'importance donnée à la nosologie, c'est-à-dire à l'art du diagnostic. En exergue il inscrit une pensée d'Hippocrate : « Pouvoir explorer est, à mon avis, une grande partie de l'art ». Il part de ce principe et s'attache à montrer que la médecine ne doit s'appuyer que sur l'observation exacte et plusieurs fois renouvelée ; et, déjà, il annonce qu'il s'attachera à la recherche d'une méthode d'exploration précise et rigoureuse : la découverte de l'auscultation devait couronner son effort. Sa tendance directrice achève de s'affirmer par la citation qu'il fait de Klein en terminant son travail : « Je préfère la médecine indépendante et je n'appartiens ni aux anciens, ni aux modernes ; je suis les uns et les autres lorsqu'ils cultivent la vérité ; ce que j'estime le plus c'est l'expérience très souvent répétée. »

D'autres causes, Messieurs, ont exercé une puissante influence sur la carrière de Laënnec : les difficultés matérielles contre lesquelles il eut à se débattre durant toutes ses années d'études et pendant les débuts de sa pratique professionnelle, difficultés qui furent pour lui, comme elles le sont pour tout homme travailleur et honnêtement ambitieux, un puissant stimulant de volonté et d'énergie.

\*  
\*   \*  
\*

Pour achever de dégager les traits essentiels de la grande figure de Laënnec il faut encore les chercher dans sa culture générale, dans la clarté de son esprit scientifique, dans l'indépendance et la noblesse de son caractère, dans sa fidélité à ses collaborateurs et à ses amis.

Laënnec avait reçu dès sa jeunesse une forte instruction sous la direction successive de ses deux oncles et au collège de l'Oratoire. Son intelligence, vive et réfléchie, lui permettait de s'assimiler toutes les connaissances, et la curiosité de son esprit ne connaissait pas les bornes du savoir. C'est ainsi que, dès le début de ses études médicales, il utilise ses loisirs à collectionner avec ardeur plantes, insectes et minéraux. La littérature, la poésie, les arts l'attirent également. Il se prend d'une passion pour la flûte, passion qui restera durant toute sa vie le délassement de ses fatigues et qui, peut-être, le préparera à mieux distinguer les caractères des souffles respiratoires. A sa culture étendue, à ses fortes humanités il doit la pureté de sa langue, la clarté et

la précision d'un style qui le place comme écrivain scientifique à côté de Claude Bernard. « Il trouve, nous dit Rouxeau, que les livres contemporains ne brillent pas de ce côté et que la littérature médicale a bien perdu depuis l'époque où l'on croyait encore que les règles de la langue et du goût étaient les premières qu'on pût observer, même dans les ouvrages relatifs aux sciences... » Hélas ! quelles seraient ses critiques aujourd'hui !

Cette haute culture a singulièrement servi et développé les aptitudes de son esprit scientifique. Doué d'un sens affiné et sûr d'observation, il a réglé ses recherches selon une méthode rigoureuse et précise ; il a introduit dans les investigations de l'examen clinique le principe fondamental de l'observation répétée et du contrôle des moyens d'exploration les uns par les autres. Ouvrez la 2e édition du *Traité de l'auscultation médiate* et lisez, aux pages 13 et 14, la petite leçon qu'il donne à Andral, auquel il reproche, sur un ton quasi paternel et tout en rendant hommage à son talent, de ne l'avoir pas lu : « Il (M. Andral) eût vu que je n'ai jamais proposé de reconnaître les maladies du poumon et du cœur par la seule auscultation et que j'ai tiré beaucoup de signes nouveaux de la percussion et de diverses méthodes tout à fait oubliées, et il se fût dispensé de chercher à juger l'auscultation seule et dépouillée des lumières qu'elle reçoit et qu'elle rend par sa comparaison avec les autres signes et symptômes ». Si Laënnec a ainsi défini, avec la plus admirable clarté, les principes directeurs de l'examen clinique, à savoir la nécessité de confronter l'ensemble des résultats que peut fournir la mise en œuvres de tous les procédés et moyens d'exploration, quelle semonce adresserait-il aujourd'hui à ces néophytes que nous voyons s'évertuer à distinguer, sur l'écran radioscopique, les plus minimes différences des mouvements d'amplitude des deux hémidiaphragmes et n'avoir garde de constater, par la simple inspection à l'œil nu, une immobilisation complète de tout un hémithorax, qui frapperait immédiatement leurs regards s'ils savaient encore voir quelque chose autrement que dans l'obscurité ?

Laënnec établit, avec la même magistrale rigueur, les bases fondamentales de la méthode nosologique, lorsque, dans cette même préface, quelques pagés plus loin (p. 25), il répond, sur un ton certes plus fier et moins conciliant, aux acerbes critiques de Broussais : « M. Broussais et moi cultivons des sciences tout à fait différentes... Le but que je me suis constamment proposé... a été la solution des trois problèmes suivants : 1° distinguer sur le cadavre un cas pathologique aux caractères physiques que présente l'altération des organes ; 2° le reconnaître sur le vivant à des signes certains et, autant que possible,

physiques et indépendants des symptômes, c'est-à-dire du trouble variable des actions vitales qui l'accompagnent; 3° combattre la maladie par les moyens que l'expérience a montrés les plus efficaces... » Ainsi se trouve résumée la substance même de la méthode d'observation clinique dans la solidité de sa formule véritablement scientifique, opposée à la fragilité des doctrines qui échafaudent une conception hypothétique dans laquelle elles veulent ensuite enfermer et faire rentrer les faits. Or, termine Laënnec, « les efforts pour créer de nouvelles théories peuvent être loués comme des amusements de l'esprit, pourvu qu'ils ne servent qu'à railler les faits et qu'on soit prêt à les abandonner dès qu'un fait leur résiste ». La méthode de Laënnec a ouvert une ère nouvelle; son œuvre demeure impérissable; que reste-t-il de la doctrine de Broussais?

Si j'ai rappelé cette polémique célèbre c'est parce qu'elle marque un des traits les plus saillants de la personnalité scientifique de Laënnec. Il ne veut admettre que des faits bien contrôlés; quand une patiente et rigoureuse observation lui a démontré l'existence réelle d'un fait, il défend avec passion sa conviction; ne craint pas de descendre sur le terrain de la polémique et n'hésite pas à répondre aux attaques; mais, si sa riposte est parfois violente, jamais elle ne s'écarte des règles de la courtoisie, et, ici, nous voyons apparaître, à côté de la rigueur de son esprit scientifique, les notes dominantes de son caractère: la franchise et l'indépendance. Cette franchise dans la riposte, cette indépendance du caractère, cette fierté, nous les retrouvons, en traits fortement frappés, à toutes les étapes de la vie de Laënnec; elles donnent à ses actes et à sa correspondance un cachet de noblesse et de hauteur, que ses contemporains, méconnaissant la grandeur de son génie, ont dû bien souvent considérer comme un signe d'orgueil, mais qui ne peut que le grandir devant le jugement de la postérité.

Ces nobles qualités trouvent leur complément dans l'esprit de justice dont il était animé et qui s'affirme notamment dans le soin qu'il prit de toujours citer les noms de ses collaborateurs. Elles se doublent d'une autre vertu: la fidélité à ses amis, qui le porta à défendre vigoureusement la mémoire de Bayle et de Bichat, lorsque, après leur mort, certains contradicteurs tentèrent de combattre les conclusions de leurs travaux.

Tel fut l'homme, Messieurs. Je pourrais m'en tenir là; car, ayant cherché à dégager les traits dominants de sa personnalité scientifique et morale, j'ai, par là même, puisé la matière de mon analyse dans les étapes de sa carrière. Il me faut, cependant, par des exemples et par des faits, tenter de montrer comment ces qualités d'esprit, de

caractère et de cœur ont conduit Laënnec à être le plus grand clinicien des temps modernes et l'un des médecins qui ont le mieux honoré l'exercice de notre profession.

### Le clinicien

En septembre 1802 Laënnec s'inscrivit dans le service de Corvisart, à la Charité, où il se lia avec Bayle d'une amitié qui devait devenir la source d'une étroite et fructueuse collaboration. En même temps qu'il se perfectionnait à cette école dans l'art de l'observation clinique et des recherches nécropsiques, il suivait avec enthousiasme l'enseignement de Bichat et fréquentait avec assiduité le laboratoire de Dupuytren. Ainsi achevaient de se développer parallèlement les deux grandes tendances de sa formation première. Ainsi se précisaient les bases fondamentales sur lesquelles il allait définitivement ériger la méthode d'observation anatomo-clinique dont son maître Corvisart avait conçu l'ébauche. Ainsi commençaient à s'accumuler les documents qui devaient immortaliser la collaboration de Bayle et de Laënnec dans l'étude du tubercule et de la phtisie pulmonaire. Ainsi était ensemencé le champ sur lequel devait germer la riche moisson dont la découverte de l'auscultation allait permettre la récolte.

Laënnec a défini lui-même, dans sa fière réponse à Broussais, la méthode anatomo-clinique. Si ses recherches et ses travaux sur le terrain purement anatomo-pathologique ont permis de le considérer comme le « Bichat de l'anatomie pathologique », ses constatations nécropsiques, confrontées avec les signes et les symptômes observés pendant le cours de la maladie, ont donné à son œuvre la valeur puissante qui l'a faite immortelle.

La méthode anatomo-clinique demeure, en dépit des acquisitions de la science et des doctrines diverses qu'elles ont engendrées, l'assise la plus sûre et la plus solide de l'interprétation des signes morbides. Elle n'est pas incompatible avec les méthodes d'ordre physiologique, basées sur la constatation des troubles fonctionnels et des réactions humorales. Le clair génie de Laënnec avait parfaitement situé le problème. Mais, n'est-il pas intéressant de remarquer que la méthode anatomo-clinique ne pouvait trouver de plus sûre application que dans l'étude des maladies de l'appareil respiratoire? N'est-ce pas grâce à sa maîtrise dans la recherche des constatations nécropsiques et grâce à la rigueur de sa méthode d'observation clinique que Laënnec a pu, en moins de trois années, fournir la preuve anatomo-pathologique de la plupart des signes dont nous devons la connaissance à l'auscultation?

\*  
\*      \*

J'ai pensé, Messieurs, que la mission que vous m'avez fait l'honneur de me confier n'avait pas pour objectif de dresser une sorte de catalogue des travaux cliniques de Laënnec, mais que je devais tenter de discerner dans son œuvre les manifestations de son génie. Elles apparaissent, à mon sens, avec tout leur éclat, dans les acquisitions que nous lui devons sur la pathologie de l'appareil respiratoire et sur la tuberculose; c'est sur ce domaine que s'affirme, avec son relief le plus puissant, l'excellence de la méthode qu'il introduisit dans l'art de l'observation médicale.

Avant Laënnec le diagnostic des maladies thoraciques se limitait à la constatation des symptômes fonctionnels et généraux, auxquels, depuis Hippocrate, les médecins s'attachaient à trouver des caractères différentiels plus ou moins discutables. La recherche des signes physiques était encore rudimentaire; la palpation, qui avait conduit Hippocrate à découvrir la sensation de fluctuation, permettait d'apprécier la force, le rythme et le nombre des battements cardiaques, mais ne donnait aucun résultat capital dans l'exploration de l'appareil respiratoire; la percussion, seule, apportait d'utiles renseignements, dont Laënnec avait pu constater l'importance dans le service de Corvisart, qui, ayant lu et traduit Avenbrugger, l'employait avec maîtrise. Quant à l'auscultation, elle était, si j'ose dire, en germination; Bayle, se souvenant sans doute qu'Hippocrate avait eu recours à ce moyen d'exploration, avait pris l'habitude d'appliquer l'oreille sur la région précordiale pour apprécier l'état des battements cardiaques, lorsque la palpation ne permettait pas de les bien percevoir. Double, cependant, paraît avoir eu l'idée d'appliquer l'auscultation à l'examen des poumons; mais, en dépit des revendications qu'il présenta à la suite des premières publications de Laënnec, il est incontestable qu'il n'avait retiré de cette pratique aucun enseignement méthodique et précis.

On ne peut se soustraire à quelque étonnement rétrospectif lorsqu'on constate que des hommes comme Bayle n'ont pas songé à écouter le bruit de la respiration, alors qu'ils cherchaient à entendre les battements du cœur. On ne peut également, de nos jours, ne pas marquer quelque surprise lorsqu'on voit Laënnec écrire que l'auscultation *immédiate* lui paraît impraticable. « Aussi incommode pour le médecin que pour le malade, le dégoût seul la rend à peu près impraticable dans les hôpitaux; elle est à peine proposable chez la plupart des femmes, et, chez quelques-unes même, le volume des mamelles est

un obstacle physique à ce que l'on puisse l'employer... » Incommodité et sentiment de pudeur, ce dernier, sans doute, prenant le pas, à une époque où les mœurs étaient quelque peu différentes de ce qu'elles sont aujourd'hui ! Mais Laënnec ajoute : « Cependant, faute d'un moyen plus sûr, j'avais depuis longtemps l'habitude d'employer la méthode dont je viens de parler (l'auscultation immédiate), lorsque, dans un cas obscur, elle se trouvait praticable, et *ce fut elle qui me mit sur la voie pour en trouver une meilleure...* » Et voici énoncée l'idée en germe de la grande découverte ! Une circonstance fortuite allait en déclencher l'éclosion subite. L'histoire est classique et connue de tous. Un matin de septembre 1816, Laënnec, sortant de Necker, se rendait à pied auprès d'une jeune fille, atteinte d'une maladie de cœur, dont l'état le rendait perplexe ; le sexe et l'âge de la malade ne permettaient pas de songer à appliquer sur sa poitrine une oreille indiscreète ; au reste, l'embonpoint dont elle était affligée aurait rendu inutile cette tentative. Laënnec remuait ces pensées. Il passe par la cour du Louvre, et, là, il aperçoit un groupe de gamins dont le jeu attire son attention ; tandis que les uns grattent avec une épingle l'extrémité d'une longue poutre de bois, les autres appliquent l'oreille sur l'autre extrémité de la poutre et, à chaque grattement de l'épingle, poussent des cris de joie en entendant le bruit renforcé et musical que ne perçoivent pas leurs petits camarades qui manient l'épingle. C'est le trait de lumière ! Le souvenir du phénomène physique qui lui est bien connu est brusquement évoqué devant le regard songeur de Laënnec. Il hâte le pas ; il a trouvé la solution du problème qu'il s'est posé depuis si longtemps. Il arrive chez sa jeune malade, dans la fièvre des idées qui s'agitent en lui. Il avise sur une table, au pied du lit, une main de papier. Mais laissons-le parler : « Je pris un cahier de papier ; j'en formai un rouleau fortement serré, dont j'appliquai une extrémité sur la région précordiale, et, posant l'oreille à l'autre bout, je fus aussi surpris que satisfait d'entendre les battements du cœur d'une manière beaucoup plus nette et plus distincte que je ne l'avais fait par l'application immédiate de l'oreille. Je présimai dès lors que ce moyen pouvait devenir une méthode utile et applicable, non seulement à l'étude des battements du cœur, mais aussi à celle de tous les mouvements qui peuvent produire des bruits dans la cavité de la poitrine, et, par conséquent, à l'exploration de la respiration, de la voix, du râle et, peut-être même à la fluctuation d'un liquide épanché dans la plèvre et le péricarde. Dans cette conviction je commençai à l'hôpital Necker une série d'observations que je n'ai pas interrompues depuis. J'ai obtenu pour résultats des signes nouveaux, sûrs,

saillants, pour la plupart faciles à saisir et propres à rendre le diagnostic de presque toutes les maladies des poumons, des plèvres et du cœur, plus certain et plus circonstancié que les diagnostics chirurgicaux eux-mêmes... »

Voilà comment naquit le stéthoscope. Voilà comment fut découverte l'*auscultation médiate*. Voilà comment l'association d'un sentiment de décence professionnelle avec la rigueur méthodique d'un esprit scientifique conduisirent Laënnec à doter l'observation clinique du sens qui lui manquait encore, l'ouïe, et à faire taire le cri qu'avait poussé Baglivi: *O quantum difficile pulmonorum morbos curare! O quanto difficilius eosdem diagnoscere!*

Le point de départ de la découverte du stéthoscope et des premières applications de l'*auscultation médiate* fut l'idée d'une exploration directe des battements cardiaques. N'est-il pas intéressant de constater que les enseignements qu'en tira Laënnec pour l'étude des affections cardiaques n'aboutirent à aucune constatation précise? N'est-ce pas la preuve que la méthode anatomo-clinique s'adaptait merveilleusement au contrôle des signes d'*auscultation* de l'appareil respiratoire, alors qu'elle ne pouvait suffire à éclairer la pathologie du cœur, si étroitement liée aux notions physiologiques inconnues à l'époque de Laënnec?

C'est en 1816 que Laënnec inventa le stéthoscope. C'est en 1819 que fut publiée la première édition du *Traité de l'auscultation médiate*.

Le rouleau de papier, improvisé par Laënnec dans la fièvre de la découverte géniale, a passé par une série de formes et de dénominations successives avant de devenir le stéthoscope. Il a d'abord été le « cylindre », constitué par le cahier de visite de Necker, fortement roulé et ficelé; il est devenu le « bâton », formé par un cylindre de bois, d'abord plein et creusé ensuite d'un canal central sur toute sa longueur, lorsque Laënnec eut constaté que le bâton plein ne permettait plus d'entendre la pectoriloquie aphone, qui avait été une de ses premières et plus importantes acquisitions avec le rouleau de papier; il a pris ensuite une série de formes différentes, pleines ou creuses, voire même évasées à l'une des extrémités, chaque type étant approprié à la recherche de signes d'*auscultation* particuliers. Ne trouvons-nous pas dans ces transformations successives l'ingéniosité mise au service de la rigueur méthodique dans l'exploration clinique? Le merveilleux sens d'observation dont était doué Laënnec, l'art avec lequel il sut combiner, avec l'inspection, la palpation, la percussion et les autres moyens d'exploration connus avant lui, la méthode nouvelle

qu'il venait de découvrir, lui permirent de poser les principes fondamentaux de l'auscultation, en appliquant l'ouïe à l'exploration de l'appareil respiratoire, aussi bien dans l'état normal que dans les divers états pathologiques. Laënnec a défini, de façon intangible et définitive, les caractères du bruit respiratoire normal. Il a découvert la plupart des signes stéthoscopiques qui nous permettent aujourd'hui de localiser les lésions, et, dans une large mesure, d'en discerner la nature. Ceux qui l'ont suivi ont pu ajouter des détails à son œuvre; ils n'ont rien pu trouver à en retrancher. Que n'ont-ils toujours retenu son enseignement? Que n'ont-ils lu et relu ses pages immortelles, avant de chercher de nouvelles interprétations, qu'ils opposent, sans raison ni succès, aux siennes? Que faisons-nous, lorsque nous croyons, à la faveur de techniques et de moyens d'exploration nouveaux, ébranler l'inébranlable édifice qu'il a construit et lorsque nous proclamons que l'auscultation doit céder le pas à l'examen radiologique? Que faisons-nous, sinon méconnaître qu'un sens ne peut être substitué à un autre, que si la vue peut donner des renseignements que l'ouïe est incapable d'apporter, la réciproque demeure vraie? Que faisons-nous, sinon oublier que le progrès s'édifie sur les acquisitions du passé? Que faisons-nous, sinon nous laisser entraîner par une stérile vanité, au lieu de nous borner à reconnaître modestement que, plus heureux que l'immortel inventeur de l'auscultation et de la méthode d'observation en médecine, nous jouissons du privilège de posséder des moyens d'exploration qu'il n'avait pas à sa disposition et dont il aurait sans doute, plus rapidement et mieux que nous, su tirer des clartés plus lumineuses? Que faisons-nous, sinon ne pas nous apercevoir qu'en plus d'un quart de siècle nous ne sommes pas encore parvenus à nous mettre d'accord sur la valeur de certaines images radiologiques, alors qu'en moins de trois années Laënnec avait découvert et décrit la presque totalité des signes physiques décelables par l'auscultation de l'appareil respiratoire? Que faisons-nous, lorsque nous parlons de la supériorité de l'examen radiologique sur l'auscultation, sinon oublier que Laënnec avait scrupuleusement et explicitement noté, enseigné et écrit, que, parfois, les signes habituels peuvent être masqués, modifiés, voire même absents, alors que la lésion existe, ainsi que le démontre l'autopsie?

On a dit, et j'ai écrit moi-même, que l'examen radiologique permettait de réaliser « l'autopsie sur le vivant » et, par là même, multipliait le nombre des contrôles anatomo-pathologiques. Certes, cette idée est exacte, mais sous la réserve que les signes radiologiques soient incontestables; or, les images radiologiques sont loin d'avoir

toutes une signification absolue et l'impartialité nous oblige à admettre que la valeur de ces images ne peut être établie que par la réunion d'observations multiples, confrontées avec les résultats de l'examen stéthoscopique et de l'autopsie.

Ne touchons pas aux grands principes de la méthode anatomo-clinique. Restons fidèles aux enseignements du Maître qui a fondé la grande Ecole clinique de France et qui a fixé les règles et les principes suivant lesquels nous devons chercher la démonstration et la valeur de nos constatations. Soyons bien certains que, s'il avait eu à sa disposition l'exploration radiologique, il se serait bien gardé de proclamer la supériorité de ce moyen d'investigation sur l'auscultation, ni inversement, mais qu'il aurait tiré de la confrontation des résultats apportés par les deux méthodes une moisson plus ample et plus fructueuse encore.

Pour n'envisager que les cavernes, ne doutons pas qu'il aurait reconnu qu'elles peuvent se révéler par d'autres signes que le fameux trépiéd constitué par le souffle creux, le gargouillement et la pectoriloquie et qu'il aurait ainsi démontré qu'à côté des cavernes muettes, qu'il n'a pas méconnues et dont on abuse quelque peu aujourd'hui, il faut faire une place aux cavernes qui parlent un autre langage que le langage classique auquel est attaché son nom.

L'histoire de la découverte de l'auscultation contient, mieux que tout commentaire, la preuve de l'excellence de la méthode de Laënnec et de la grandeur de son génie. C'est cette maîtrise qui le conduisit à tant de solides et définitives acquisitions sur tous les domaines de la pathologie médicale. C'est elle qui l'amena, en collaboration avec Bayle, à jeter les premières clartés sur l'étude de la tuberculose et à reconnaître, sous les aspects les plus différents, l'unité des lésions de nature tuberculeuse, unité dont les découvertes de Villemin, puis de Koch, devaient consacrer la réalité. C'est elle qui lui permit d'isoler, du groupe confus des phtisies, le cadre de la phtisie pulmonaire, d'en décrire les signes, d'en constater les formes latentes, d'en démontrer la guérison possible, d'en pressentir la spécificité.

Cette œuvre clinique gigantesque a été accomplie en moins de vingt années, avec un matériel simple et rudimentaire, avec un champ d'observation parcimonieusement restreint: Laënnec, dans la clinique de la Charité, où il professa trois ans, de 1823 à 1826, avait 40 lits, soit 26 lits d'hommes et 14 lits de femmes, ainsi qu'en font foi les recueils semestriels de ses observations publiés par ses chefs de clinique, dont le premier fut son cousin Mériadee Laënnec.

Nous, qui, en de nombreuses années et en des services quatre à cinq fois plus vastes, ne parvenons à glaner que quelques faits plus ou moins discutables et intéressants, inclinons-nous devant de pareils souvenirs!

Tel fut, Messieurs, le clinicien. Voyons ce que fut le médecin praticien.

### Le médecin

Après six mois de doctorat, en 1805, Laënnec avait touché 158 francs d'honoraires! Dans les difficultés matérielles au milieu desquelles il luttait c'était bien peu encourageant; aussi prit-il la résolution de renoncer momentanément à la clientèle et de continuer à s'adonner au travail scientifique... « Il a trop cédé... à l'attrait que lui offre la partie scientifique de la médecine, écrivait son cousin Christophe, le 13 janvier 1805. Il ne consentira jamais à pratiquer, et, vu la modicité de sa fortune, il sera toujours aux expédients... Il se console dans l'espoir d'une place de professeur, qui, dans le fait, le mettrait assez à son aise. Dieu sait s'il l'obtiendra jamais, tout se donnant à la faveur et point au mérite... »

Ce cousin pessimiste se trompait, autant sur les aspirations de Laënnec que dans ses pronostics d'avenir. Laënnec ne répugnait pas à faire de la clientèle; il ne professait pas pour l'exercice de la médecine le dédain quelque peu condescendant que nous percevons chez certains savants contemporains. Un an après, le 19 mars 1806, il écrivait: « La carrière de la médecine pratique s'ouvrira peut-être devant moi avant l'âge auquel on y parvient d'ordinaire... »; une fois de plus s'affirmait ainsi, exprimée sans hésitation, la confiance qu'il avait dans l'avenir et qui fut toujours son plus solide soutien. Et le voilà lancé dans la pratique, avec la fougue qu'il apportait en toutes choses, quand il avait pris une décision.

Son ami Bayle vient de se marier et quitte son appartement de la rue du Jardin; Laënnec s'y installe; la clientèle ne tarde pas à venir et il doit se résoudre à suspendre momentanément la rédaction de son *Traité d'anatomie pathologique*. Le succès s'accroît d'année en année, si bien qu'en 1812 il peut écrire au cousin Christophe: « Je suis en ce moment encombré, c'est-à-dire enseveli sous les décombres d'une multitude de malades. Je vis au milieu des morts et des mourants; c'est ce qu'il y a de mieux pour un médecin; mais, quand cela dure trop longtemps, cela devient assommant. »

Plus d'un, parmi nous, acquiescera, j'en suis convaincu, à cette boutade!

Laënnec ne fut pas le médecin vénal; il fut tout le contraire d'un « homme d'argent ». Sa clientèle fut nombreuse et brillante. Il fut le médecin de personnages connus, parmi lesquels nous relevons le nom de Chateaubriand, qui se lia avec lui d'une amitié étroite; la plupart payaient mal; un grand nombre payaient en nature, tel le peintre Alexandre Dubois qui fit son portrait; tel un graveur en médailles qui lui fit don d'un superbe cachet aux armes de sa famille: le blason des Guesdon accolé à celui des Lohennec.

Le cousin Christophe en est réduit à reconnaître son erreur, et, dès 1807, constate que « la pratique est son lot », tout en remarquant qu'il manque « de ces avantages extérieurs qui sont pour les trois quarts dans le succès ». Il est « le petit Laënnec », au front large, aux pommettes saillantes, aux yeux creux, à l'incroyable maigreur, aux épaules étroites, à l'attitude modeste, non exempte d'une certaine timidité et d'un grain de gaucherie. Et, cependant, en dépit de cette disgrâce apparente de la nature, il inspire à ses malades une confiance aveugle; c'est qu'au fond de ses orbites, abrité sous des arcades sourcilières qui accentuent son acuité pénétrante, brille un regard profond et réfléchi; c'est que le pli de ses lèvres exprime l'intelligence et la bonté; c'est que cette fausse timidité, cette sorte de gaucherie, ne sont que le masque d'une supériorité qui ne vise pas à s'affirmer par des gestes calculés, mais qui se traduit par la réserve naturelle et non recherchée de la tenue et de l'attitude.

Il ignore le « savoir-faire » et le « faire-savoir »; il ne s'abaisse pas à d'obséquieuses flatteries; sans faire parade de son « savoir », il se borne à concentrer toute son attention sur le récit que le malade lui fait de ses douleurs, de ses malaises, des divers troubles qu'il éprouve; il se livre à un examen méthodique et prolongé, comme il le fait dans son service d'hôpital, au milieu des médecins et des élèves qui suivent son enseignement; il écarte les conversations mondaines et maintient l'entretien sur le terrain médical; c'est là tout ce qu'il a appelé sa « politique médicale ».

Et c'est ainsi que, tout naturellement, sans calcul ni sans recherche, il impose son autorité et gagne la confiance. L'histoire classique de « l'interminable » consultation qu'il donna à Chateaubriand, et dont celui-ci sortit complètement guéri d'une maladie mortelle dont il se croyait atteint, suffit à démontrer la valeur de cette « politique ».

A ces qualités de tenue professionnelle s'ajoutaient un complet désintéressement, une générosité sans bornes, une profonde commiseration. Il répondait à tout appel, traversant Paris pour se rendre au chevet d'un indigent aussi bien qu'à celui d'un riche client. Peu fortuné et toujours poursuivi par des embarras d'argent, il ouvrait

la plus décevante de nos préoccupations. Force nous est de reconnaître que, trop souvent, lorsque nous avons établi un diagnostic, notre rôle scientifique est terminé. Cependant, peu à peu, grâce aux progrès que les années accumulent, nous voyons se restreindre le champ de notre impuissance.

Au temps de Laënnec, la thérapeutique était encore empirique; il sut, dans quelques essais, procéder avec la méthode rigoureuse qu'il avait introduite en clinique et donner à ses recherches et à ses tentatives un caractère expérimental. Si son nom ne reste attaché à aucune découverte thérapeutique, du moins nous a-t-il légué sur ce terrain, comme sur celui de l'observation anatomo-clinique, des enseignements que nous pouvons prendre comme exemples.

« Impatient, écrit Pariset, de la faiblesse et de la timidité de la thérapeutique ordinaire, il embrassait les hardiesses de Rasori et se proposait de les mettre en expérience. » C'est ainsi que, dès qu'il fut nommé médecin de Necker, en 1816, il commença à administrer l'émétique à haute dose et annonça que cette pratique lui avait donné des guérisons inespérées dans l'apoplexie, dans la pneumonie, dans le rhumatisme articulaire aigu...

En dépit des divergences qui le séparaient de Broussais, il fut toujours un très chaud partisan des émissions sanguines, générales ou locales, et n'hésita pas à prescrire très souvent la diète, sans aller cependant jusqu'à risquer de faire mourir ses malades d'inanition.

C'est surtout sur le domaine de la tuberculose que ses tentatives thérapeutiques sont particulièrement intéressantes, en ce sens qu'elles contiennent les premières indications de la climatothérapie et de l'aérothérapie. On sait le rôle bienfaisant qu'il accordait au climat marin de certaines régions, et, particulièrement, des côtes méridionales de Bretagne. Il pensait pouvoir attribuer cette efficacité « à l'atmosphère particulière aux bords de la mer » et la rattacher aux émanations que dégagent les plantes marines fraîches. Partant de cette idée, il entreprit de soumettre les malades de son service à l'action de ces émanations, en recouvrant le plancher d'une couche de goémon et de varec globuleux et en faisant ingérer en même temps à ses phtisiques une infusion de varec desséché. Passons sur les discussions que soulève l'indication de la cure marine dans la tuberculose pulmonaire et retenons surtout que Laënnec a bien compris le rôle bienfaisant de l'aérothérapie; qu'il a fait, en somme, de la cure d'air le principal et le plus sûr remède de la phtisie; qu'il nous a donné un bel exemple, en exigeant que, durant la dernière phase de sa maladie, les fenêtres de sa chambre de Kerlouarnec restassent tou-

sa bourse et la vidait au logis d'un malade misérable. Lorsqu'un de ses clients succombait, il éprouvait une peine sincère et interrogeait longuement sa conscience, cherchant à s'assurer s'il avait bien fait tout ce qui était en son pouvoir pour combattre la maladie. Il avait pitié des malades et considérait comme un devoir professionnel de ménager scrupuleusement leur impressionnabilité. C'est ainsi qu'il conseillait de « ne jamais prononcer devant les malades et les personnes étrangères à la médecine les noms des signes stéthoscopiques » et de substituer « au nom de *râles* celui de *ronchus*, qui n'effraye personne ». Retenons cet excellent conseil et imitons cet exemple; lorsque, au chevet d'un cachectique, nous prescrivons la morphine, déguisons le précieux calmant du nom de *sérum tonique*.

Le sentiment élevé qu'avait Laënnec du rôle et des devoirs du médecin praticien s'alliait à l'indépendance qui était l'une des marques saillantes de son caractère. Il était de ces médecins qui pensent que ce sont eux qui rendent service aux malades en leur dispensant les secours de leur art et non pas les malades qui leur rendent service en leur apportant leur argent ou leur protection. N'est-ce pas en se conformant à ce principe que les médecins pourraient prétendre à s'assurer la considération qui, trop souvent, leur est aujourd'hui refusée?

Il ne voulut pas rechercher au début de sa carrière les places de « médecin des puissances ». Ces places, écrivait-il à son père, « n'ont presque jamais été occupées que par des hommes qui ne pouvaient pas faire autrement ». Certes, il n'entendait par là que les places subalternes, car il ajoutait: « La place de premier médecin du Roi et de la Reine était la seule autrefois qui donnât à un médecin de la considération parmi ses confrères; et, actuellement même, ces places sont les seules de leur genre qui soient occupées par des hommes de mérite. » C'est dans ce sentiment qu'il accepta, quinze ans plus tard, à l'apogée de sa renommée, d'être nommé médecin de la duchesse de Berry, sur la proposition de Hallé; c'était le premier honneur officiel qu'il recevait.

\*

\*   \*   \*

Dans sa réponse à Broussais, Laënnec avait indiqué que le troisième des problèmes dont il s'était constamment attaché à poursuivre la solution était de « combattre la maladie par les moyens que l'expérience a montrés être les plus efficaces ». N'est-ce pas là, en effet, le but final de la médecine? Certes, la thérapeutique est, peut-être, jours ouvertes, la nuit comme le jour. Il a fallu plus d'un demi-siècle

pour que les médecins consentissent à perdre la peur de l'air et à cesser de fermer hermétiquement les fenêtres des phtisiques.

\*

\* \* \*

Tant de prodigieuses découvertes, une si noble vie n'ont pas désarmé l'envie ni la jalousie des contemporains de Laënnec.

Laënnec, de son vivant, était impopulaire. Faut-il chercher la raison de cette impopularité dans la réserve sur laquelle il se tint toujours avec ses collègues, comme avec ses clients? Faut-il la chercher dans une timidité, qui, si souvent, est prise pour de la fierté? Faut-il la chercher dans l'ardeur qu'il apporta toujours à défendre ses travaux et ses découvertes? Faut-il la chercher dans ses opinions religieuses et politiques?

Il est incontestable que toutes ces conditions, en se réunissant, n'étaient pas faites pour attirer à lui la sympathie générale et qu'elles ne pouvaient que favoriser la médisance et la calomnie.

Mais il est bien certain aussi que les hommes de sa valeur ont plus de jaloux que d'admirateurs.

L'impopularité poursuivit Laënnec au delà de la mort. Ce fut la conspiration du silence! L'Académie de Médecine ne parut se souvenir de lui que lorsque Dupuytren eut rendu son dernier soupir, en 1835; elle décida, sur le rapport de Husson, le 28 octobre 1837, de placer son buste dans la salle des séances. Mais Broussais vivait encore et l'Académie s'en tint à cette manifestation. Broussais mourut en novembre 1838; dans la séance solennelle annuelle du 1er décembre 1839, Pariset, secrétaire perpétuel, prononça l'éloge de Laënnec.

Le jugement de la postérité, Messieurs, est plus sûr, plus impartial, plus précieux, que celui des contemporains. L'écho des querelles et des animosités personnelles s'éteint; l'œuvre, si elle est grande, solide et durable, demeure. L'oubli fait justice des critiques hâtives et intéressées; le temps consacre le génie.

Le nom de Laënnec a porté à travers le monde entier la gloire de la Clinique française. Nous, cliniciens français, qui nous efforçons en ce jour de rendre à sa mémoire le pieux hommage de notre admiration et de notre reconnaissance, honorons-le et remercions-le pour le prestige qui nous reste encore et que nous lui devons, prestige de clarté intellectuelle et de probité scientifique. Nous, médecins français, qui commémorons aujourd'hui le centenaire de la mort de Laënnec et de la deuxième édition du *Traité de l'auscultation médiate*, inclinons-nous avec gratitude devant nos collègues de tous les pays du monde, qui, chez eux déjà, nous ont devancés et qui, ici, sont venus, en si grand nombre, s'associer à notre fierté nationale.

# MÉMOIRE

---

## RÉTINITE PIGMENTAIRE, ADIPOSE, ARRIÈRATION MENTALE.

### SYNDROME DE LAURENCE-BARDET-BIEDL.

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

Parmi les syndromes d'adipose généralisée, celui qui a trait à la maladie dont l'observation est le sujet de ce travail se singularise par son étiologie héréditaire et par un ensemble de symptômes caractéristiques. Il mérite qu'on lui conserve son identité. Il comprend des éléments qui découlent d'une substratum pathologique débordant les cadres d'un simple trouble de la nutrition ou d'une viciation fonctionnelle de l'appareil endocrinien.

Laurence et Moon, en 1886, dans « *British Ophtalmic Review* », publièrent les observations de 4 enfants d'une même famille, qui présentaient une rétinite pigmentaire associée à des troubles du développement générale.

En 1920, Bardet consacra sa thèse (Paris) à l'étude des formes cliniques de l'obésité hypophysaire parmi lesquelles il signala tout particulièrement « un syndrome d'obésité infantile avec polydactylie et rétinite pigmentaire ».

Le premier, Bardet individualisa le syndrome que Laurence et Moon avaient décrit, en groupant et lui rattachant les trois éléments cliniques les plus importants et les plus caractéristiques: obésité, rétinite pigmentaire et polydactylie avec ou sans syndactylie.

Biedl, en 1922, nia le rôle de l'hypophyse dans l'apparition du syndrome. Il en attribua plutôt les phénomènes à un trouble du diencéphale. Cet auteur, en collaboration avec Elsching, avait d'ailleurs décrit un syndrome constitué par des malformations craniennes, de l'adiposité associée à de l'hypoplasie génitale, en l'absence de lésions hypophysaires et des signes d'hypertension intracrânienne. Il faisait de ce syndrome un type du complexe adiposo-génital d'origine cérébrale et le rapprochait de celui décrit par Laurence et Moon, individualisé par Bardet.

Depuis le travail de Biedl, plusieurs observations de cet ensemble symptomatique furent publiés. Reilly et Lisser, en 1932 purent, dans la littérature médicale, rassembler 35 cas du syndrome complet; 27

cas où le syndrome était incomplet et enfin 15 cas douteux. Arena, dans un travail récent (1937 — *Journ. of Pediatrics*), affirme que la littérature médicale en contient environ 100 cas. Le nôtre serait le premier de la littérature médicale canadienne. Voici quels sont les symptômes principaux du type pathologique que nous étudions :

1° Adipose à type hypophysaire, se montrant aux bras, aux seins, à l'abdomen, aux cuisses et aux hanches ;

2° Dystrophies nombreuses et variées dont les plus fréquentes se localisent aux extrémités des membres et se caractérisent par de la polydactylie, de la syndactylie, par des mains et pieds courts et larges, par des doigts courts avec ongles rayés et friables ;

3° Rétinite pigmentaire avec strabisme et nystagmus fréquents, cataracte occasionnelle ;

4° Arriération mentale ;

5° Retard et insuffisance du développement sexuel et des caractères sexuels secondaires ;

6° Certains accidents infundibulo-tubériens peuvent parfois se montrer : polydipsie, polyurie, hyperorexie, aménorrhée.

Il va sans dire que le syndrome n'est pas toujours au complet. Bien plus, certains de ses constituants qui forment, en quelque sorte, son armature nosologique peuvent faire défaut. Il existe des formes larvées, dissociées ou frustes. Cependant, il apparaît comme si la rétinite pigmentaire et l'adiposité étaient les deux composantes nécessaires et suffisantes à l'individualisation du syndrome.

L'adipose et les dystrophies des extrémités furent attribuées par Bardet à un dysfonctionnement ou une lésion de l'hypophyse. Biedl de son côté, rejeta la pathogénie hypophysaire. Cet auteur croyait plutôt avoir affaire à un syndrome adiposo-génital complexe d'origine cérébrale et probablement dû à un trouble de développement du diencéphale. Cette opinion semble actuellement prévaloir.

Cependant, tout récemment, Zondek tenta de démontrer que l'origine hypophysaire ne devait pas être rejetée. Et il fonda son postulat sur l'embryogénèse commune de la rétine et de l'hypophyse nerveuse, sur les fonctions importantes de cette dernière, concernant la répartition du pigment.

Le syndrome de Laurence-Bardet-Biedl, s'il ne l'est pas toujours en fait, est d'essence familial. S'il ne s'installe pas au complet sur les membres qui en sont affectés, ceux-ci sont au moins investis des formes frustes ou dissociées.

Il est transmis par hérédité qui est rarement similaire et qui est de caractère récessif. Les dystrophies sont congénitales.

L'adipose et les troubles de la vue apparaissent durant l'enfance. L'arriération mentale est habituellement du degré de la grosse débilité.

Plusieurs auteurs ont produit des travaux portant sur l'étiologie et la pathogénie de cette entité morbide. Ils se sont efforcés d'élucider le problème de sa genèse héréditaire. Ils ont donc dépassé en profondeur les recherches et les essais d'explications pathogéniques d'autres auteurs comme Bardet, Biedl, Raab, Zondek, etc., qui s'appliquèrent à découvrir la raison immédiate du phénomène.

La consanguinité parentale est assez fréquente chez les ascendants.

Il semble bien que l'hérédité soit à type récessif et qu'elle soit liée à des modifications portant sur les gènes des cellules germinales.

Certains auteurs, Ornsteen, Jenkins et Poncher, Cockayne, Grestin et Sorsby ont tenté de pénétrer plus intimement la question.

Ornsteen donna cette élégante solution: les gènes qui président au développement de la partie antérieure du cerveau, le prosencéphale, sont anormaux et sont transmis ainsi par les cellules germinales. D'autres auteurs font intervenir deux ou trois ordres de gènes qui après mutation ou croisement (« cross over ») de l'une et l'autre lignée, vont donner naissance aux éléments disparates de syndrome.

Le problème devient, à ce stage d'investigation, des plus ardues à résoudre. Il conduit les chercheurs vers la génétique, ce qu'elle comporte de mystère et de potentiel imperceptible par nos sens.

A tout événement, il semble admis que le syndrome de Laurence-Bardet-Biedl est une affection héréditaire, à caractère récessif, congénitale pour un groupe de ses phénomènes, d'origine partiellement cérébrale (en ce qui concerne l'adipose et la rétinite pigmentaire tout particulièrement) et probablement liée à un trouble du développement du cerveau antérieur, diencéphale compris.

L'observation qui suit est un exemple à peu près typique de ce syndrome.

Mme Jean-Baptiste M..., âgée de 37 ans, a été admise à l'hôpital Notre-Dame, le 6 mai 1937, pour douleurs et grosse diminution de la force musculaire étendues aux quatre membres, pour amaurose presque complète.

*Histoire familiale:*

Mère vivante et en bonne santé.

Père vivant; a été opéré en deux circonstances pour calculs rénaux.

Deux sœurs et 4 frères sont vivants et en bonne santé, ne présentant aucune dystrophie, ni aucune anomalie de la vue.

Quatre frères et sœurs sont morts en bas âge.

La grand'mère paternelle se plaignait de voir difficilement au crépuscule.

Une sœur de la grand'mère paternelle pesait environ 300 livres, une autre environ 260 livres.

Un frère du père de la malade aurait les doigts des mains sans articulations inter-phalangiennes ou encore avec des articulations anormales qui ne permettraient pas la flexion des phalanges les unes sur les autres. Les quatre filles de cet oncle auraient la même dystrophie.

Deux enfants d'une de ces filles présenteraient la même anomalie.

Il n'y aurait pas de syndactylie, polydactylie, arriération mentale dans la famille.

Ces renseignements sur la famille nous ont été fournis par la mère de la malade. Nous n'avons pu nous rendre compte *de visu* de cette dystrophie digitale qu'elle nous a mentionnée.

*Antécédents personnels:*

La malade a marché vers 18 mois. Elle a commencé à parler étant âgée d'environ 2 ans. Elle a été propre jeune. Elle ne sait pas lire. Elle a été menstruée à l'âge de 15 ans.

Les menstruations ont toujours été régulières et d'abondance normale. Période d'aménorrhée d'une durée de 5 mois, en 1936.

Elle a été trois fois enceinte; ces trois grossesses ont donné lieu à trois fausses couches. Durant l'enfance, elle a eu la coqueluche et la rougeole.

*Histoire de la maladie actuelle:*

La mère aurait remarqué que, dès l'âge de 3 ans, les yeux de sa fille étaient déviés. En tout cas, il demeure assuré qu'à 12 ans le strabisme existait. A quinze ans, la malade avait une vision défectueuse et elle nous affirme que, pendant de nombreuses années avant de devenir presque aveugle comme maintenant, elle voyait difficilement à l'heure du crépuscule.

A 15 ans, la malade était obèse; elle pesait 175 livres. Mais, c'est surtout à partir de 21 ans que l'adipose progressa, au tronc tout particulièrement. La vision baissa graduellement durant le cours des 8 dernières années. Depuis 3 ans et notamment depuis février 1937, la malade ne distingue pas les objets placés devant ses yeux, ne reconnaît pas les personnes et ne perçoit, à proprement parler, que la lumière.

Au début de mars 1935, elle ressentit des engourdissements aux extrémités des membres inférieurs, surtout du membre droit. Quinze jours plus tard, les engourdissements s'installèrent aux mains et aux doigts. La malade non seulement subissait ces sensations, mais elle éprouvait en plus de véritables douleurs. Vers le 18 mars, la faiblesse musculaire fut telle que la malade devint impotente et fut obligée à prendre le lit définitivement. L'état mental n'a pas varié.

D'autre part, il lui arrive de souiller son lit.

*Examen objectif:*

Malade grabataire, ne pouvant se maintenir sur ses membres inférieurs. Elle peut cependant mouvoir ses pieds, ses jambes et ses cuisses. La force segmentaire est également grandement diminuée aux membres supérieurs, surtout aux doigts et à la main. Les doigts sont maintenus en flexion. La malade ne peut pas se servir de ses mains.

Tous les réflexes tendineux sont abolis. La pression sur la face plantaire des pieds, la compression des mollets, l'extension des doigts, la mobilisation du poignet, celle des pieds et des doigts de pieds sont excessivement douloureuses. Le réflexe plantaire est normal des deux côtés.

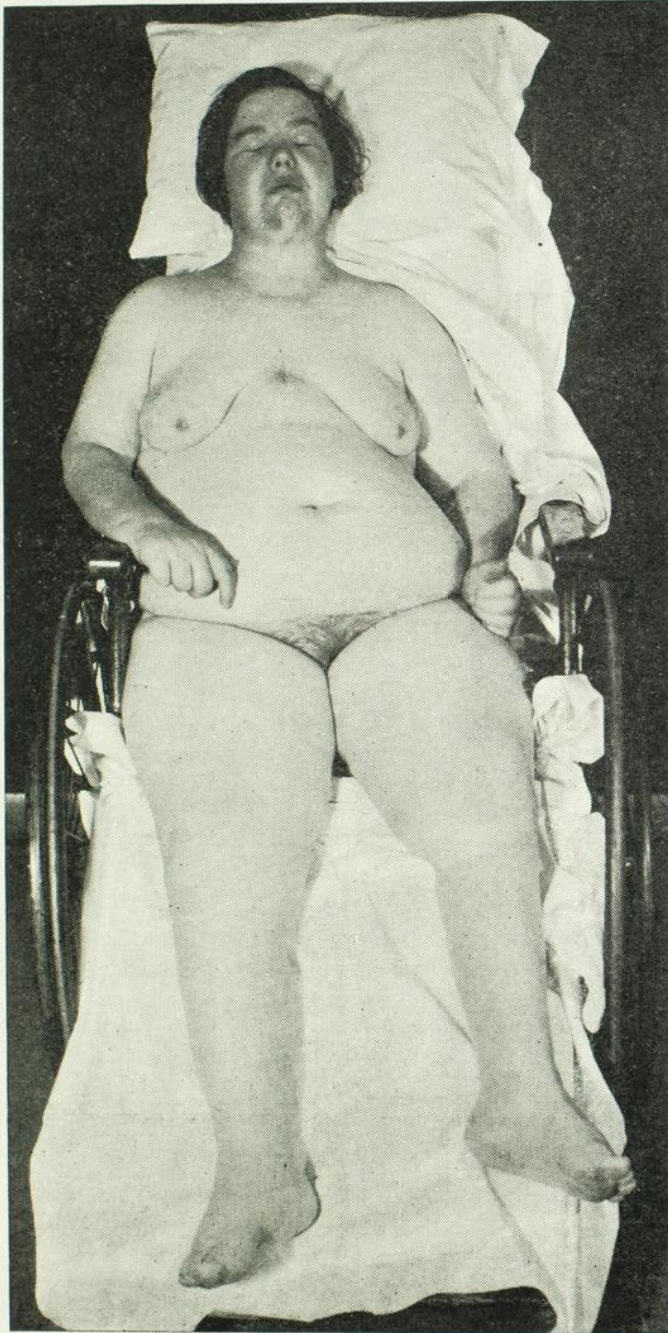


Fig. I. — Adiposité portant sur l'abdomen et les cuisses. Pilosité mentonnière sus-sternale et abdominale. Toison pubienne clairesemée.

Le tact et la piqure sont sentis aux quatre membres, peut-être moins facilement aux parties distales.

La notion de position est diminuée aux orteils.

Les réflexes cutanés abdominaux sont faibles.

Les fonctions des autres paires crâniennes sont conservées, sauf une hypoacousie gauche légère.

Strabisme divergent des deux yeux.

Instabilité des globes oculaires.

Convergence nulle. Limitation des mouvements associés de latéralité.

Paralysie des mouvements associés vers le haut.

Nystagmus vertical dans effort de regard en haut.

Insuffisance du regard en bas.

Dans effort du regard vers la gauche, le nystagmus vertical apparaît.

*Fond d'œil (ODG) :*

« Papille blanche d'atrophie. Vaisseaux artériels et veineux excessivement rétrécis, filiformes. Dégénérescence de la rétine. Pigment, en forme de cellules osseuses, péri-papillaire, surtout à la région temporale, au voisinage de la macula.

Rétinite pigmentaire avancée. »

(Lucien GELINAS)

Face ronde, double menton. Dents courtes et jaunâtres. Pilosité marquée au menton.

Masse graisseuse, mollassse à la face postérieure des bras.

Le thorax ne porte pas de graisse.

Les seins sont d'un volume réduit et ne sont pas infiltrés par du tissu adipeux. Il y a présence de poils abondants à la région sus-sternale.

L'abdomen, les hanches et les cuisses sont recouverts d'une couche adipeuse très épaisse.

Le pubis est garni de poils plus ou moins touffus, qui se continuent sans transition définie avec d'autres qui sont implantés sur l'abdomen.

Les mains sont courtes, larges et épaisses. Le tissu hypodermique de leur face dorsale est infiltré d'un tissu élastique. Les premières phalanges sont boudinées. Le cinquième doigt est court et n'atteint que l'articulation entre la 1ère et la 2ème phalange du quatrième doigt.

Les pieds sont courts, larges, « en bêche ». Ils sont épais. Les orteils sont courts et presque d'égale longueur.

Les ongles des orteils et des doigts des mains sont courts et striés transversalement.

*Liquide céphalo-rachidien :*

Pression (malade couchée) : 23 cent.

Compression des jugulaires : la pression monte à 40 cent.

Albumine : 01.10 centig. %c.

Lymphocytose : 1.2.

B. W. : négatif.

Réactions de Pandy, Lange, du benjoin : négatives.

B. W. du sang : négatif.

Azotémie: 0.33 centig. %cc.

Glycémie: 1 gramme 20%cc.

Cholestérinémie: 1 gramme 61%cc.

La radiographie du rachis montre des vertiges d'épiphyse vertébrale.

L'urine contient des traces d'albumine.

La radiographie du crâne fait voir une selle turcique non déformée, mais légèrement plus profonde que normalement.

Métabolisme basal: — 1%. Poids 190 livres.

La radiographie des mains décele le raccourcissement pathologique de la seconde phalange du petit doigt (Fig. 2).



Fig. II. — Raccourcissement anormal de la seconde phalange du cinquième doigt.

*Commentaires:*

Nous ne mentionnerons pas les arguments qui nous induisent à identifier un syndrome de Laurence-Bardet-Biedl dans celui de notre malade. Ils nous paraissent trop évidents et incontestables.

Il est vrai que la polydactylie et la syndactylie ne complètent pas le tableau clinique, mais ces dystrophies, quoique très fréquentes, sont loin d'être infailliblement partie constituante et, en plus, notre malade porte des extrémités dystrophiques par d'autres caractères. Comme nous l'avons dit, le cinquième doigt de chaque main est anormalement court et on peut voir sur le cliché (fig. 2) que ce raccourcissement porte surtout sur la seconde phalange. Enfin, les pieds sont courts, larges et les orteils, presque d'égale longueur, sont rangés de façon à former une extrémité antérieure des pieds à peu près rectiligne. L'expression « en bêche », en désignant l'aspect de ces pieds, fait admirablement image. La seconde phalange des quatre derniers orteils des deux pieds est absente (fig. 3).



Fig. III. — Absence de la seconde phalange des quatre derniers orteils.

Le nystagnus vertical et le strabisme de notre malade complète le syndrome.

D'autre part, les paralysies oculaires de fonction, paralysie d'élévation et de la convergence, parésie de latéralité et d'abaissement sont inhabituelles. La paralysie de la convergence a déjà été notée, les autres phénomènes moteurs des globes oculaires sont, à notre connaissance inédits dans les descriptions antérieurement faites.

On ne peut affirmer que notre malade est l'objet d'un syndrome adiposo-génital. Le système génital paraît être développé suffisamment et fonctionne assez bien. Sauf pendant 5 mois de 1936, les menstruations ont toujours été régulières et d'abondance normale; la malade est devenue pubère assez jeune et a été enceinte trois fois. Cependant, ce qu'on ne peut porter au détriment de l'appareil génital, on doit l'inscrire à celui des caractères sexuels secondaires.

La pilosité mentonnière, pectorale et abdominale, la répartition « particulière » de la toison pubienne ne démontrent pas peut-être une insuffisance de développement de ces caractères, mais une tendance à l'inversion virile.

Nous désirons attirer l'attention sur l'hérédité de cette malade.

Il apparaît évident que le caractère morbide vient de la lignée paternelle. La grand'mère paternelle a tout probablement souffert d'une rétinite pigmentaire, deux sœurs de cette grand'mère étaient obèses (200 et 300 livres); un frère du père de la malade avait des mains dystrophiques, il transmet cette malformation à ses quatre filles dont une eut deux enfants avec le même trouble de développement physique. Et peut-être y a-t-il plus. Car, nous ne connaissons l'hérédité de la malade que par le témoignage bien imparfait de sa mère. Il est plus que probable que les renseignements fournis furent incomplets, imprécis, parce que venant d'une personne fruste, aux moyens d'investigation très limités. Tels quels, toutefois, ils nous ont doté de cette précieuse notion du potentiel héréditaire du syndrome étudié, ce qui nous rassura davantage à l'égard du diagnostic.

Notre travail ne possède qu'un intérêt clinique. Nous ne pouvons rien ajouter à la pathogénie du syndrome. Nous pouvons, par ailleurs, confirmer la pathogénie de l'hérédité. Nous joignons aux précédentes notre observation et ce qu'elle comporte d'intérêt clinique concernant l'ensemble des symptômes et surtout eu égard aux phénomènes inusités de la motilité extrinsèque des yeux. Nous terminerons en déclarant que notre malade fut hospitalisée pour une affection surajoutée au syndrome que nous étudions dans ce travail.

Elle fut amenée dans un service de médecine pour affaiblissement de la force segmentaire des membres, associée à une hyperesthésie marquée des extrémités et à des algies localisées au même

niveau. Notre examen neurologique nous fit voir que cette affection était une polynévrite sensitivo-motrice entendue aux quatre membres. En l'absence de tout facteur d'intoxication exogène, nous croirions que cette polynévrite est plutôt la conséquence d'une avitaminose, par alimentation insuffisante et qualitativement viciée. Il s'agirait donc d'une polynévrite par carence. Notre diagnostic se confirme maintenant par le fait que l'alimentation équilibrée de l'hôpital et une cure par un extrait de vitamine B améliore graduellement et rapidement les troubles sensitivo-moteurs.

Aucun traitement, croyons-nous, ne pourra faire rétrocéder l'infirmité principale: l'amaurose. L'atrophie optique, probablement secondaire à la dégénérescence pigmentaire de la rétine, est définitive. Nous disons: « probablement secondaire », car le mécanisme de cette atrophie optique accompagnant la rétinite pigmentaire n'est pas clairement connu. A tel point, que certains auteurs renversant la proposition, croient que le processus de la dégénérescence pigmentaire est secondaire à une altération primitive du nerf.

Si le sujet était plus jeune, il est possible qu'un traitement par des extraits injectables d'hypophyse antérieure, contenant surtout les facteurs gonadotropes, accélérerait le développement sexuel, que ce traitement hypophysaire, associé à de la thyroïde, rectifierait le métabolisme de graisses et diminuerait l'adipose ou la préviendrait partiellement, qu'il améliorerait l'état mental.

Pesme et Hertz auraient obtenu un certain succès de cette thérapeutique chez un enfant. Ils suggèrent l'emploi de l'hypophyse postérieure sur la foi de la conception embryogénique de Zondek, concernant l'origine commune de la rétine et de l'hypophyse nerveuse, sur celle du rôle de cette partie de la glande et de la « pars intermedia » sur la répartition du pigment.

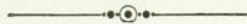
Nous avons tous les droits d'être sceptique jusqu'au jour où des faits concluants auront appuyé cette hypothèse.

Nous n'insistons pas sur la débilité mentale de la malade. Elle n'offre aucune particularité. Elle est grossière et fait brillamment sa part au sein des phénomènes du syndrome.

#### BIBLIOGRAPHIE

- BARDET. — « Sur un syndrome d'obésité infantile avec polydactylie et rétinite pigmentaire. Contribution à l'étude des formes cliniques de l'obésité hypophysaire. » *Thèse, Paris* 1920. (A. Legrand, édit.).
- A. BIEDL. — *Deutsche med. Wochenschr.* 48: 1630, 1922.

- J. LHERMITTE et J. BOLLACK. — « Un cas de rétinite pigmentaire avec syndrome adipo-génital et malformations corporelles (syndrome de Laurence-Moon-Bardet-Biedl). » *Revue neurologique*, 65:3, p. 678; mars 1936.
- P. PESME et Y. HIRTZ. — « Sur un cas de syndrome de Bardet-Laurence-Biedl. Syndrome adipo-génital et rétinite dite pigmentaire. » *Rev. d'oto-neuro-opht.*; XV; 4; p. 257; avril 1937.
- Ludo Van BOGAERT et Pierre BORREMANS. — « La forme familiale de la rétinite pigmentaire avec cécité et obésité dite cérébrale (première observation anatomique). » *Annales de médecine*, 39; 1; p. 54; janvier 1936.
- Ludo Van BOGAERT et A. DELHAYE. — « Observation d'un syndrome familial nouveau (Biémond) proche de la maladie de Laurence-Moon-Bardet. » *Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp.*, Paris: 52; 15; p. 683; 11 mai 1936.
- R. L. JENKINS et Henry G. PONCHER. — « Pathogenesis of the Laurence-Biedl syndrome. » *Amer. Journ. Dis. of Children*: 50; 1; p. 178, juillet 1935.
- H. G. BECK. — « Laurence-Biedl syndrome; report of two cases in one family; results of treatment. » *Endocrinology*: 13; p. 374 juillet-août 1929.
- W. A. REILLY et H. LISSER. — « Laurence-Moon-Biedl syndrome. » *Endocrinology*: 16, p. 337; juillet-août 1932.



## RECUEIL DE FAITS

### LE SYNDROME DE LA GRANDE STÉNOSE PYLORIQUE D'ORIGINE ULCÉREUSE. AZOTÉMIE CONSÉCUTIVE PAR MANQUE DE SEL. OPÉRATION. GUÉRISON.

Par J.-Alfred MOUSSEAU, F.R.C.P. (Canada)

Professeur agrégé à l'Université de Montréal,  
Chef de la consultation de gastro-entérologie à l'hôpital Notre-Dame.

Il arrive qu'une affection dont l'évolution se poursuit pendant plusieurs années fournisse des syndromes successifs et si différents que l'interprétation finale en devient difficile, surtout si le malade arrive à l'hôpital dans un état comateux.

L'observation que nous rapportons illustre bien ce fait.

Un homme de 47 ans, dirigé à l'hôpital par son médecin parce qu'il présente depuis une semaine des vomissements alimentaires impossibles à contrôler qui l'ont conduit à un état de maigreur excessif, tombe dans un état comateux grave et alarmant à son arrivée.

Les premiers examens de laboratoire nous mettent déjà sur la piste d'une azotémie grave (4 grm. 60) avec acétonurie. Pour savoir si cette azotémie peut être autre chose qu'une azotémie d'origine rénale pure, nous recherchons la valeur « chlore » des globules et du plasma. Une chlorémie s'avère très marquée. Le diagnostic, avec restriction cependant, s'impose alors d'une azotémie par manque de sel que nous essayons sans tarder de combattre par des injections intraveineuses de chlorure de sodium et de glucose alternativement.

L'état demeure stationnaire pendant trois jours au point de nous enlever tout espoir d'amélioration. Nous poursuivons tout de même le traitement, et le quatrième jour l'amélioration attendue se manifeste. Le malade reprend connaissance et nous demande: « Vous ne me reconnaissez pas, Docteur? C'est vous qui m'avez soigné il y a deux ans. » Son état de maigreur excessif nous avait empêché de reconnaître le malade, qui, en juillet 1935, avait fait à l'hôpital un séjour de trois semaines (22 juin au 16 juillet 1935). L'examen du dossier de cette époque nous apprend qu'il souffrait de troubles digestifs depuis environ une quinzaine d'années au cours desquelles étaient apparues des crises douloureuses épigastriques, avec nausées et vomissements acides dans les heures qui suivaient ses repas.

Le diagnostic, après examen clinique, avait été celui-ci: sténose pylorique d'origine ulcéreuse probable. L'azotémie était de 0.45, le B. W., négatif. L'examen radiologique rapportait que l'estomac contenait beaucoup de liquide à jeun, qu'il était très grand, en fond de cuvette. On ne voyait pas de pylore ni de bulbe. L'évacuation était pratiquement nulle. Conclusions: sténose de la région pylorique. (Dr Léonard.)

Etant donné le peu de signes radiologiques pathognomoniques de l'ulcère, nous n'avions pu en affirmer l'existence; et nous avons conclu à la possibilité d'un cancer de la région pylorique

Cette hypothèse devait bientôt s'évanouir puisque après un séjour de trois semaines à l'hôpital, où fut institué le traitement simple de l'ulcère comprenant des alcalins et une diète légère, le malade ayant repris dix livres

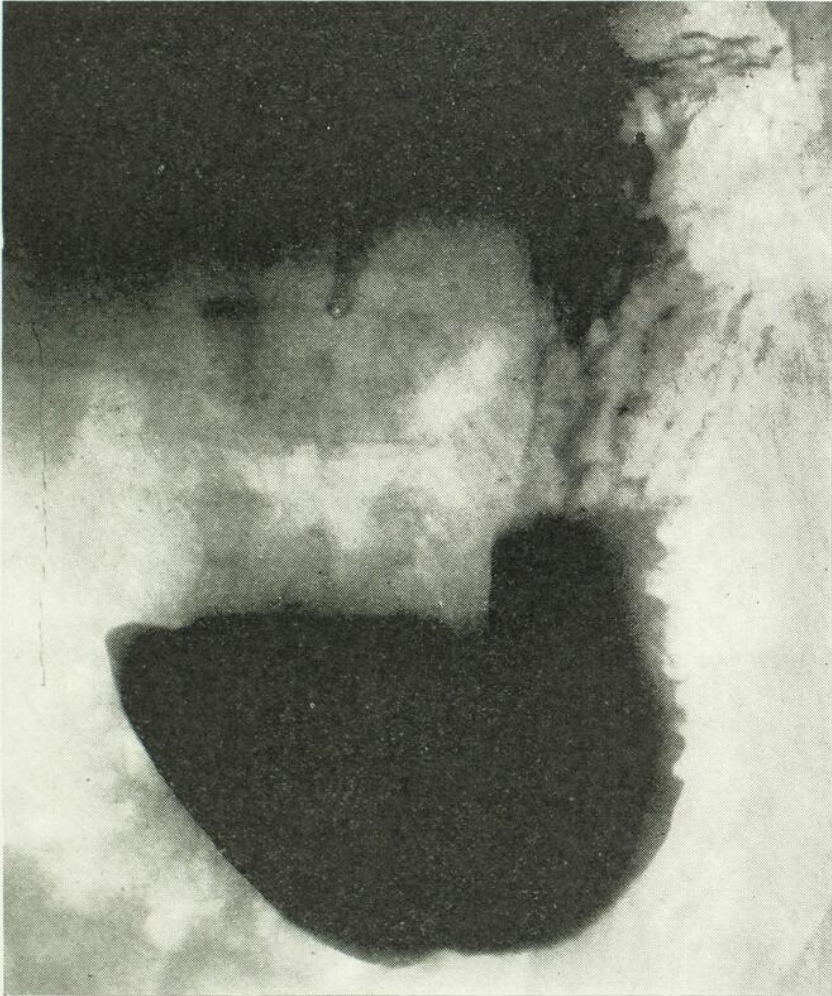


Fig. 1.  
L'estomac en juillet 1935.

de poids et vu ses douleurs et ses vomissements disparaître, nous demanda son *exeat* le 16 juillet 1935. Nos investigations sur la nature exacte de cette lésion sténosante du pylore se trouvaient donc forcément interrompues.

Dix-huit mois s'écoulèrent au cours desquels le malade se comporte très bien, à telle enseigne qu'il reprend quarante livres de poids (180 livres). Mais vers la fin de décembre 1936, ennuyé, dit-il, par des questions de

finances, il se plaint de manquer de sommeil; son appétit diminue; des vomissements réapparaissent qui le soulagent de ses crises d'hyperchlorhydrie. Pendant une semaine il se sent bien; la semaine suivante les mêmes ennuis réapparaissent, et ceci pendant trois mois au cours desquels il maigrit graduellement au point de perdre quatre-vingts livres. Il ne pèse plus alors que 95 livres. Et c'est à ce moment qu'il reparait dans notre service, le 27 mars 1937, dans l'état squelettique et comateux que nous avons relaté plus haut.

Les renseignements fournis par l'entourage nous apprennent qu'il a présenté chez lui des vomissements alimentaires abondants, avec douleurs abdominales intenses, pendant les quatre jours qui ont précédé son entrée à l'hôpital.

*Examen clinique:* Maigre squelettique. Etat comateux. Le malade répand par son haleine une odeur ammoniacale, la respiration est régulière mais superficielle. Au maxillaire inférieur des mouvements convulsifs avec contracture clonique des masséters, contracture clonique des membres supérieurs et relâchement complet des membres inférieurs. Les réflexes tendineux sont abolis: patellaire et achilléens. La face est recouverte de givre urémique. Langue saburrale, bouche édentée, gorge nette, raideur de la nuque. Les pupilles, en myosis, ne réagissent que très lentement à la lumière. Le cœur donne des bruits réguliers et assez bien frappés: aucune lésion valvulaire. Le pouls, à 88, est faible, régulier, dépressible. La P. A. 130/80. Absence de fièvre. Les poumons sont indemnes de tout bruit pathologique. Foie et rate normaux. L'abdomen est en bateau, «*Locus pro loco erat ventris*» (Ovide). On ne perçoit ni les côlons, ni tumeur, ni aucun point douloureux abdominal. On remarque une déshydratation tissulaire prononcée: la peau de l'abdomen, pincée entre deux doigts, conserve le pli durant plus de trois minutes. Absence de ganglions cervicaux, axillaires, inguinaux et sus-claviculaires.

Voici les renseignements fournis par le laboratoire:

1937. 29 mars: Azotémie 4 grm. 0.4 — Normal 0.15 à 0.50.  
1 avril: " 4 grm. 65.

29 mars: Chlore plasmatique: 1 gr. 87 — Normal 3 gr. 50 à 3 gr. 60.  
" globulaire: 1 gr. 27 — Normal 1 gr. 70 à 1 gr. 80.  
Glycémie: 1 gr. 78 — Normal 0.60 à 1.30

B. W.: Négatif.

Numération globulaire: Gl. R. 4,700,000  
Gl. B. 10,000

Hémoglobine: 70%.

V. G.: 0.7.

Formule leucocytaire: Polyn. 76  
G. Mono. 6  
Lymph. 18

Analyses d'urines: Présence d'albumine, de cylindres granuleux et de quelques leucocytes.

L'urgence d'une thérapeutique médicale s'imposait. Sérum salé hypertonique intraveineux; sérum physiologique et glucosé, combinés avec adrénaline, sont donnés au malade pendant plusieurs jours consécutifs. L'azotémie descend alors de 4 gr. 65 à 0.63, en même temps que le chlore plasmatique et globulaire reviennent à la normale et que le coma disparaît. A ce moment

la tolérance gastrique nous permet d'ajouter aux médications sus-mentionnées une alimentation légère composée d'œufs, de lait, de bouillon, de céréales, etc.

L'état général du malade s'améliore suffisamment pour permettre l'examen radiologique de l'estomac.

Le 14 avril 1937, examen radiologique avec repas baryté.

« L'estomac est très long, très grand, son fond descend à 13 centimètres sous les crêtes; la muqueuse gastrique paraît hypertrophiée. On ne voit ni pylore ni bulbe. Les parois sont assez souples. Il y a un grand retard d'évacuation. Après 24 heures, pas de selles. Le baryum est inégalement réparti dans les côlons et il en reste encore dans l'estomac. Le transverse est très bas. »

(Signé) Dr LEONARD.



Fig. 2. — L'estomac avril 1937:  
Après 24 heures, il reste encore du baryum dans l'estomac;  
le transverse est très bas.

Ces renseignements radiologiques obtenus, nous dirigeons notre malade, le 20 avril 1937, dans le service de chirurgie où l'on s'empresse de donner les soins préopératoires.

A la grande déception des chirurgiens, les vomissements réapparaissent. L'examen, pratiqué instantanément, de l'azotémie et du chlore plasmatique et globulaire, révèle une azotémie de 1 gr. 19, un chlore plasmatique à 2 gr. 69, un chlore globulaire à 1 gr. 44.

L'opération devenant impossible dans ces conditions, la thérapeutique médicale est de nouveau appliquée jusqu'au 8 mai. A ce moment-là une nouvelle amélioration dans l'état du malade permet d'entrevoir les possibilités d'une intervention chirurgicale. La date en est fixée. C'est alors qu'apparaissent deux graves complications: un ulcère nécrosant de l'amygdale droite et une furonculose cervicale bien conditionnée. Nouvelle déception des chirurgiens, nouveau retard d'un mois.

Ce n'est que le 9 juin qu'on peut pratiquer l'intervention exploratrice et libératrice sur un malade apparemment capable de la supporter, bien que son poids ne soit que de 97 livres, alors qu'il avait déjà pesé 180 livres.

Un dernier examen radiologique, pratiqué avant l'opération, fournit les renseignements suivants:

« Estomac atonique, étalé en fond de cuvette, et occupant le petit bassin. Contraction nulle; pylore, bulbe et duodénum invisibles. Quantité considérable de liquide à jeun. Aspect hypertrophique de la muqueuse. Evacuation presque nulle après 5 heures. Sténose presque complète du pylore. »

(Signé) Dr LEONARD

*Opération:* « Une incision médiane sus-ombilicale conduit sur un estomac immense, à paroi épaisse et œdématisée. Sur le versant antérieur duodénal du pylore on trouve une cicatrice d'ulcère en voie de guérison, ou guérie — gastro-entérostomie postérieure de Von Haeker. »

(Signé) Drs B.-G. BOURGEOIS et Charles HEBERT.

Semblable à ces lithiasiques dont les crises douloureuses ne sont jugulées que par une forte dose de morphine, capable, chez l'homme sain, de causer des accidents graves d'intoxication, notre patient a subi les fortes épreuves de l'anesthésie et les frais d'une gastro-entérostomie sans qu'on eût à enregistrer les accidents redoutables qu'on rencontre si souvent après les interventions de ce genre (dilatation aiguë, vomissements, etc.). Nous craignons ces accidents à cause de cette infériorité physique résultant d'une longue période de vomissements, compliquée de gangrène de l'amygdale et de furonculose. Notre malade est aujourd'hui guéri et paraît lui-même surpris de son état tout autant que ses médecins.



Fig. 3. — Après opération.

L'estomac est remonté de douze travers de doigts; fonctionnement normal de la bouche de gastro entérostomie.

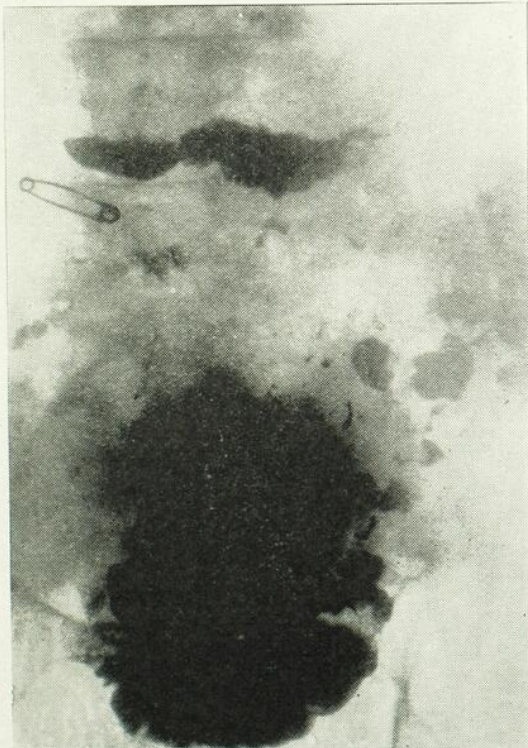


Fig. 4. — Après opération.

L'estomac 2 heures et demie après le repas baryté ne contient que peu de baryum.

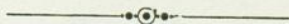
### Commentaires

L'observation que je viens de rapporter est indubitablement celle d'une grande sténose pylorique; le liquide à jeun et la morphologie gastrique en sont les preuves. Dans les formes frustes de la sténose pylorique on ne trouve jamais de liquide à jeun.

Il est évident que ce malade, examiné deux ans auparavant, et qui présentait alors une forme fruste de sténose pylorique, n'en serait jamais arrivé à la grande sténose avec grande dilatation gastrique et cachexie s'il avait consenti à l'opération. On ne rencontre aujourd'hui qu'exceptionnellement des cas de cette gravité parce que nous avons tous les moyens de faciliter un diagnostic précoce. Pour y arriver il faut vraiment rencontrer l'opposition d'un médecin trop attaché aux anciennes méthodes médicales pour être favorable à une intervention chirurgicale, ou, comme dans le cas qui nous intéresse, que ce soit le malade lui-même qui s'y refuse.

Ce syndrome pylorique, affection d'abord purement digestive, devient « une maladie générale » par ses retentissements secondaires sur les diverses fonctions de l'économie. Le foie, du fait d'un barrage pylorique et des vomissements, reçoit moins de sang et le débit des veines sus-hépatiques en est pour autant diminué. La concentration du sang augmente, et c'est alors qu'apparaissent une azotémie élevée ainsi que des troubles de l'élimination urinaire qui conduisent à la phase toxique de la maladie. C'est dans cet état que se trouvait notre malade lors de son entrée à l'hôpital.

Il serait fatalement allé vers la mort s'il n'avait pas eu l'avantage d'avoir un médecin éclairé et assez optimiste pour ne pas se laisser impressionner par la physionomie cancéreuse de l'affection. En dirigeant son malade vers l'hôpital, où les moyens d'investigations et les thérapeutiques compliquées qu'exigent ces états alarmants sont d'application plus facile, ce médecin a sauvé la vie de son malade, qui, 15 jours après l'opération, est retourné chez lui guéri, ayant déjà repris 20 livres de poids.



## RÉSULTATS OBTENUS AVEC LA POUDRE DE POMMES DANS LES DIARRHÉES

Par **Henri BARIL.**

Il est inutile de faire ici l'histoire de la cure de pommes crues dans les diarrhées. Les effets thérapeutiques sont observés depuis très longtemps puisque Hiéronymus Bock, auteur strasbourgeois de 1630, raconte « que les pommes servent dans la cuisine et dans la pharmacie. Elles resserrent l'estomac et sont bonnes pour la diarrhée. Les espèces aigrettes décomposent le « mucus » grossier et visqueux de l'estomac. La compote est très bonne pour la fièvre: elle apaise la soif et excite l'appétit. Certaines espèces resserrent les intestins, sont bonnes pour constiper, font uriner et combattent les vomissements et le hoquet. » Ce n'est qu'en 1928 qu'Heisler fit de nouveau la découverte de cette cure dite empirique, et deux ou trois ans plus tard Moro démontra que cette thérapeutique devait figurer dans les formulaires de la médecine moderne.

A l'automne 1932 je rapportais à une séance de la Société Médicale les résultats obtenus avec la pomme crue râpée dans les diarrhées des enfants. Je n'avais alors qu'une vingtaine d'observations, très concluantes, chez des nourrissons âgés de plus de 10 mois. Depuis, un nombre considérable de nos petits patients de cet âge ont été soumis à cette cure avec des résultats très encourageants.

La difficulté à cette époque était d'administrer le régime aux pommes crues à des nourrissons au-dessous de 10 mois.

Ce n'est qu'au printemps de 1933 que j'ai pu obtenir de très petites quantités de poudre de pommes. Cette poudre m'a alors été fournie par les laboratoires de l'Université de Montréal sous la direction du Dr Georges Baril. Jusqu'à l'automne 1936 les quantités de poudre étaient si minimes que je n'ai pu traiter — avec succès d'ailleurs — que sept ou huit cas. Ceci m'a tout de même permis de constater qu'il y avait beaucoup d'avantages à utiliser la poudre de pommes plutôt que la pomme crue râpée. La poudre est un produit stable qui s'émulsionne bien dans n'importe quel liquide, tandis que la pomme râpée noircit rapidement, inspirant souvent du dégoût aux petits malades et subissant probablement une altération chimique difficile à déterminer. J'ignore tout à fait les techniques employées

pour préparer cette poudre, mais je sais qu'elle est le résidu de la pomme entière moins les pépins. C'est exactement le même produit qu'on emploie en Allemagne sous le nom d'« Aplona ». Aux Etats-Unis on enlève la pelure de la pomme sous prétexte qu'elle contient de l'arsenic et du plomb.

Enfin, en septembre 1936, grâce à la direction du Dr Geo. Baril, on a pu obtenir du Bureau fédéral des Recherches, à Ottawa, une quantité suffisante de poudre de pommes pour nous permettre de continuer sur une plus grande échelle nos observations chez les diarrhéiques.

Dans mon service j'ai appliqué la cure à 37 nourrissons au-dessous de 10 mois. Ces petits patients présentaient à leur arrivée, ou ont présenté au cours de leur stage à l'hôpital, des diarrhées diverses souvent accompagnées de vomissements et de fièvre. Vingt-sept de ces petits malades ont guéri dans les 48 heures de traitement, c'est-à-dire que le nombre de selles qui était de 7 ou 8, ou plus, en 24 heures, est tombé à 2 ou 3, de consistance molle, présentant l'aspect de compote. Le traitement n'a pas semblé effectif chez 10 des 37 cas traités. Parmi ces 10 malades, 5 étaient des débiles congénitaux nés prématurément vers le 7 ou 8e mois de vie intra-utérine, dont le poids variait de 3 livres à 4½ livres et dont l'âge variait de 3 à 21 jours de vie extra-utérine. Ces petits moribonds ont tout de même bien accepté sans vomissement la poudre de pommes diluée soit dans du sérum physiologique, soit dans du babeurre, mais le nombre de selles n'a pas diminué et ils sont morts. A l'autopsie le tube digestif ne présentait aucune lésion particulière. Parmi les 5 autres insuccès il faut mentionner un nourrisson de 2½ mois qui souffrait de broncho-pneumonie et un autre de 9 mois qui a présenté des troubles gastro-intestinaux au cours d'une méningite à pneumocoques. Il n'y eut en définitive que 3 cas de gastro-entérite qui n'ont pas semblé bénéficier du traitement. Il faut ajouter que pour ces derniers cas la cure de pommes n'a pas été plus heureuse que les régimes et les médicaments qui leur avaient été imposés antérieurement.

Pour illustrer, voici un résumé de quelques observations :

*Dossier no 51628.* — Enfant né prématurément à 7½ mois, entre à l'hôpital le 17 sept. 1936. Pèse 3 livres 14 onces à son arrivée. Ce bébé pousse assez bien jusqu'au 20 octobre puisque alors son poids est à 5 livres 10 onces. A cette date l'enfant donne 8 selles liquides dans les 24 heures et il a vomi à trois reprises du lait caillé. La diète hydrique imposée le 21 oct. ne change rien ni au nombre des selles ni au nombre des vomissements. Le 22 oct. je lui prescriis 3 cuillerées à thé de poudre de pommes



# SONÉRYL

Hypnotique doux, de tolérance parfaite, destiné aux insomniaques et aux anxieux.

Ses propriétés analgésiques en font le médicament de choix dans toutes les insomnies douloureuses.

— En tubes de 20 comprimés à 0 gr. 10 —

Prescrit à  
doses faibles  
Fractionnées  
Répétées

**Gardenal**

exerce une puissante action

**antispasmodique**

sans que se manifeste d'effet hypnotique

Dose pour adultes: 1 à 4 comprimés à 0 gr. 01 plusieurs fois par jour,  
(dose max.: 30 comprimés).

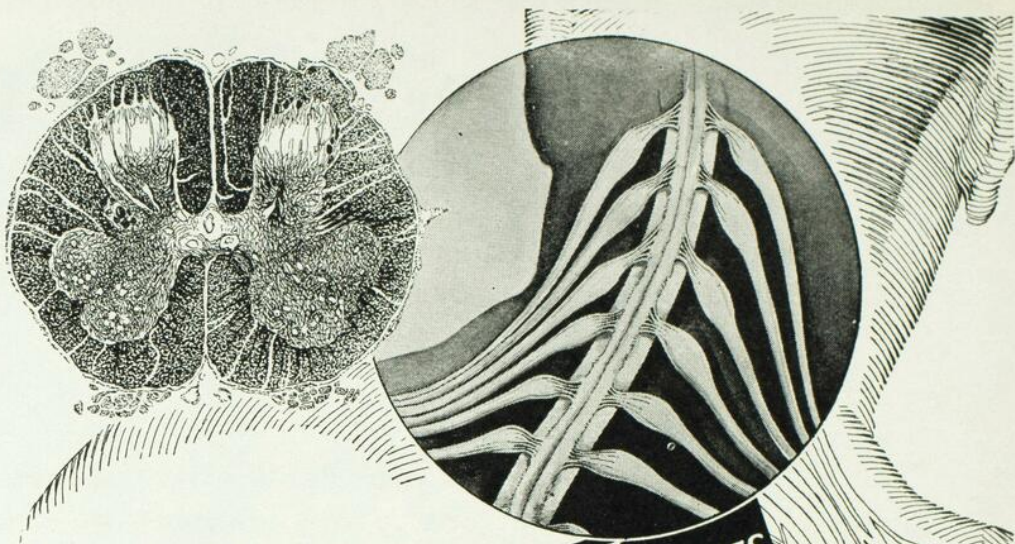
La dose utile sera fixée par progression lente.

Laboratoires POULENC FRÈRES du Canada, Ltée

Distributeurs:

ROUGIER FRÈRES

MONTRÉAL



# TABES DORSALIS

**CASE III**  
**ACETANILID-SERIES**  
A series of case types where the dominant  
symptom is pain of nerve origin.

## SYMPTÔME PRINCIPAL:

Douleur fulgurante, en coup de poignard, plus souvent dans les jambes ou les bras, mais pouvant aussi survenir dans d'autres régions.

## HISTOIRE DE LA MALADIE:

Douleurs subites, ressemblant parfois aux douleurs rhumatismales, non augmentées par le mouvement; engourdissement des pieds, picotements, etc.

## EXAMEN PHYSIQUE

L'épreuve de la piqûre d'épingle montre un ralentissement de la perception; la zone d'analgésie se trouve aux environs de la partie supérieure du thorax. Réflexe rotulien aboli.

## SYMPTÔMES:

Douleurs irrégulières dans les jambes, diminuées par la pression: puissance musculaire et nutrition générale conservées; la vessie se vide difficilement; appétit et puissance sexuels diminués; présence du signe de Romberg.

**DIAGNOSTIC:** Période ataxique du début de tabes dorsalis.

**TRAITEMENT:** (Symptomatique) « Acetanilid » et « Acetphenetidin ».

Williams soutient qu'« Acetanilid » soulagera les douleurs d'ataxie locomotrice lorsque rien autre chose n'aura pu le faire. (« Minor Maladies. »)

Bromo-Seltzer contient de l'« Acetanilid » et de l'« Acetphenetidin », avec, en plus, l'association de caféine et de bromure dans chaque dose de une cuillerée à thé. La caféine fortifie doucement le processus mental. Le bromure amène la détente des nerfs. Le citrate améliore la digestion, augmente la réserve alcaline et donne à Bromo-Seltzer son effervescence agréable.

*Bromo-Seltzer soulage la douleur efficacement  
et économiquement.*

*Les demandes pour échantillons et littérature sur Bromo-Seltzer  
reçoivent une attention immédiate.*

**BROMO-SELTZER LTD., Toronto, Can.**



**CAS N° III**  
**DE LA SERIE**  
**“ACETANILID”**

Une série de cas typiques où le symptôme dominant est la douleur d'origine nerveuse.

dans 3 onces de sérum physiologique, toutes les 3 heures, six boires en 24 heures. Le 23 oct. l'enfant rend 6 selles plus consistantes et ne vomit pas. Le 25 oct. la poudre de pommes est mise dans du babeurre, et le 26 oct. l'alimentation normale est reprise sans donner plus de 2 ou 3 selles par jour, et ainsi jusqu'à sa sortie de l'hôpital le 18 déc.

*Dossier n° 52050.* — Bébé de 5 mois, entre à l'hôpital le 18 oct. pour broncho-pneumonie. A la 16e journée de son hospitalisation, alors que la température est normale, l'enfant rend 7 selles liquides et vomit abondamment après chaque boire. Sa chute de poids est de 4 onces. Sa diète était: lait 5 onces, eau bouillie 1 once, sirop de maïs 1 cuillerée à thé, 6 boires en 24 heures. J'ajoute 3 cuillerées à thé de poudre de pommes à chaque biberon. Le lendemain, le poids est stationnaire; l'enfant a donné encore 5 selles, mais n'a pas vomi. Les jours suivants le bébé gagne du poids, ne donne que 4 selles et sort guéri le 30 du même mois.

*Dossier n° 51802.* — Bébé de 1 mois, entre à l'hôpital pour ictère le 30 sept. Du jour de son entrée au 12 déc., bien que l'ictère soit disparu rapidement, l'enfant donne de 4 à 7 selles liquides par 24 heures. Les diètes sont variées souvent et tout l'arsenal thérapeutique a été essayé: préparations bismuthées, ferments lactiques sous toutes ses formes. Le 12 déc. je supprime toute médication et je donne à ce nourrisson 1 cuillerée à thé de poudre de pommes dans 2 onces d'eau bouillie toutes les 3 heures. Le 13, le bébé donne 4 selles, le 14 il rend 2 selles. Le 15 déc. l'alimentation normale est reprise et tout va bien jusqu'à sa sortie, le 21 déc. 1936.

Plusieurs facteurs sont invoqués pour expliquer l'effet thérapeutique des pommes dans les diarrhées: 1° les acides tanniques et maliques, etc.; 2° les sucres et les amidons; 3° la cellulose; 4° les vitamines A, B, C; 5° la pectine.

Tous ces facteurs se retrouvent en partie dans d'autres fruits, telles les bananes, les poires, les pêches, les tomates, mais aucun de ces fruits ne présente un composé aussi complet que la pomme.

Les acides tanniques, maliques, etc., agiraient par leurs pouvoirs astringents et antiseptiques. Les sucres et les amidons augmenteraient les propriétés colloïdales de la pectine. La cellulose produirait un effet mécanique en formant un bol fécal plus considérable qui nettoierait la lumière intestinale, entraînant les glaires et la flore microbienne. La vitamine A contribue à maintenir la membrane muqueuse à son état normal et à la réformer; la vitamine B, à exciter l'appétit; la vitamine C jouerait le rôle de désintoxicant.

La pectine semble jouer le rôle le plus important. Cette dernière substance, qui entre avec la cellulose dans la composition des plantes et des fruits, se trouve spécialement dans les membranes cellulaires et la substance intercellulaire. Dans l'intestin, la pectine est soumise

à l'action d'un ferment: la pectinose; elle est décomposée et donne des produits caractérisés par un grand pouvoir hydrophile, c'est-à-dire d'absorber de l'eau, et par la propriété de former du mucus et de la gélatine.

Toutes ces propriétés sont plus concentrées dans la poudre de pommes que dans la pomme crue elle-même. C'est pourquoi je crois qu'il y a avantage à utiliser la poudre de pommes dans tous les cas où le traitement est indiqué. C'est une thérapeutique facile à appliquer, agréable pour les petits malades, et sans être une panacée elle rend de grands services là où souvent tout régime et toute médication auront échoué <sup>(1)</sup>.



---

(1) Communiqué à la Société de Gastro-entérologie, mai 1937.

## RECTIFICATION

A cause d'une omission regrettable, cette photographie n'a pas été reproduite au cours d'un recueil de faits intitulé « Exophtalmie sans goitre », paru dans *l'Union Médicale* de juillet 1937, page 731.



Cette photographie est celle de la malade dont l'état clinique est décrit à la page sus-mentionnée.

A remarquer, la présence d'une exophtalmie prononcée chez une patiente non goitreuse, ni hyperthyroïdienne.

Pour plus amples détails, voir *l'Union Médicale* de juillet 1937, page 731.

Réal DORE.

## PETITE CLINIQUE

---

### EST-CE UN ULCÈRE DE L'ESTOMAC ?

Par Albert LeSAGE.

Le 4 mars, nous recevions dans notre service, à l'hôpital Notre-Dame, une femme âgée de 66 ans se plaignant de douleurs au creux épigastrique ayant débuté 15 jours auparavant. A ce moment, elle nous raconte qu'à la suite d'un repas plus ou moins copieux elle éprouve des nausées bientôt suivies de vomissements qui se succèdent régulièrement une demie à une heure après chaque repas. Ces troubles ont débuté vraisemblablement un mois auparavant par de la toux, apparaissant surtout après les repas et suivie d'une expectoration muqueuse sans caractère spécial.

En l'interrogeant elle raconte que, jusqu'à il y a un mois, elle ne souffrait d'aucun malaise, que sa digestion était bonne et son appétit, normal. Elle n'a jamais souffert de sa digestion auparavant, ses malaises se sont aggravés peu à peu depuis un mois et sont devenus intolérables, surtout depuis 15 jours. Les douleurs apparaissent surtout une heure après les repas et ne disparaissent qu'après un vomissement plus ou moins abondant. Il n'y a aucune trace de sang provenant soit de l'estomac, soit de l'intestin.

Son aspect général est médiocre, son teint est plombé et elle a beaucoup maigri depuis un mois. Elle pesait 170 livres tandis qu'aujourd'hui elle en pèse à peine 120. Elle accuse aussi des malaises tels que vertiges et dyspnée d'effort. Sa pression artérielle est de 150/70.

A l'examen, on provoque une douleur à la pression de la région épigastrique et de l'hypocondre droit. Le foie n'est pas augmenté de volume, le point vésiculaire est neutre. La douleur à l'estomac se manifeste sous la forme d'une brûlure apparaissant après le repas, bientôt suivie d'une crampe, puis de vomissements.

Les examens de laboratoire ne révèlent rien d'important à retenir.

**Diagnostic.** La présence de ces signes : douleurs post-prandiales, sensation de brûlure au creux épigastrique, crampes, vomissements

---

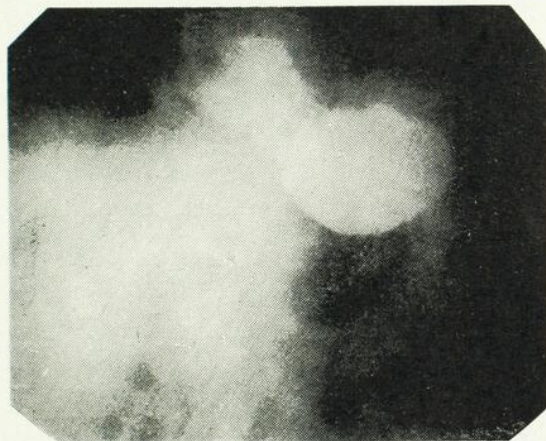
Communiqué à la séance de la Société de Gastro-entérologie, avril 1937.

alimentaires apparaissent après chaque repas, associés à un amaigrissement rapide chez une personne âgée, nous songeons à trois diagnostics possibles :

- 1° Cancer;
- 2° Sténose pylorique;
- 3° Ulcère de l'estomac;

1) *Cancer?* En faveur de cette hypothèse, nous avons le teint plombé, l'âge, l'inappétence, l'amaigrissement et une sensation de plastron perçue à la région épigastrique à gauche de la ligne médiane; mais ni cachexie ni anachlorhydrie.

2) *Sténose pylorique?* La nausées, les crampes, les vomissements, les douleurs dorso-lombaires, un bruit de succussion nous incitaient à opter en faveur de ce diagnostic; mais une sténose ne se constitue pas d'emblée. C'est un syndrome souvent fonctionnel du à une excitation



fréquente et prolongée du vague, ou à une lésion pathologique intéressant la muqueuse ou l'anneau pylorique. Nous avons cru qu'il y avait ici sténose, mais nous en avons recherché la cause initiale dans une affection souvent concomitante.

3° *Ulcère de l'estomac?* Les douleurs post-prandiales survenant une heure après, quelquefois plus tôt, suivant de près la prise d'aliments, accompagnées de nausées, de sensation de brûlure, de crampes irradiant dans le dos et l'hypocondre droit, et soulagées par un vomissement précédé d'une crise d'aérophagie, réalisaient le tableau de l'ulcère de la petite courbure dans le voisinage de l'antra pré-pylorique.

C'est le diagnostic auquel nous nous sommes arrêté en instituant le traitement habituel en pareil cas.

Au bout de quelques jours durant lesquels la malade éprouva un peu de soulagement, les mêmes douleurs réapparaissent associées à une dyspnée asthmatiforme.

En vue de préciser à laquelle de ces trois affections nous avons affaire, nous demandons une radiographie et voici ce que nous trouvons: *deux masses, l'une sus-diaphragmatique et l'autre, sous-diaphragmatique*, démontrent clairement qu'il s'agissait d'une *hernie de l'estomac dont les parois, d'ailleurs, ne révèlent aucune déformation*.

4) *Hernie de l'estomac?* Oui, il s'agissait bien d'une hernie de l'estomac; c'est la radiographie qui nous l'a démontrée, car la clinique ne saurait en faire le diagnostic.

Mais, ici, s'agissait-il d'une seule hernie de l'estomac? Nous croyons, après les signes énumérés plus haut, que cet étranglement diaphragmatique se doublait, en réalité, d'un ulcère de l'estomac situé au siège même de l'étranglement dont celui-ci a été la cause. Car cette femme, jusque-là, ne se plaignait pas de sa digestion. D'ailleurs, le traitement spécial que nous avons l'habitude d'instituer contre l'ulcère de l'estomac a fait disparaître rapidement ses malaises malgré l'existence de cette hernie diaphragmatique de l'estomac, et la malade a quitté l'hôpital guérie de ses malaises, mais conservant son infirmité.

*Que conclure de ce fait clinique?* Il est sage, dans les syndromes épigastriques, de compléter son examen clinique par une radiographie. On sera peut-être surpris de trouver des lésions semblables à celles-ci dans un plus grand nombre de cas, qu'il s'agisse soit d'une éventration diaphragmatique, soit d'une malformation du diaphragme secondaire à une lésion du nerf phrénique, accompagnée d'une atrophie du muscle. Le Dr Mercier Fauteux en a rapporté deux cas fort intéressants à l'une des dernières séances de la Société de Gastro-entérologie, de Montréal.

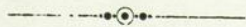
Les affections du diaphragme sont mieux connues depuis quelques années, grâce à la radiographie, mais nous devons établir une différence entre l'éventration due au refoulement du plafond diaphragmatique, sans rupture du muscle, accompagnée de la pénétration des organes abdominaux, et la rupture du diaphragme, où l'on constate une fissure à travers laquelle passe l'estomac. Dans le premier cas les troubles sont plutôt d'ordre mécanique, tandis que dans le second ils s'accompagnent de douleurs, de blocage avec ou sans occlusion gastrique ou intestinale.

Cette question mérite d'être étudiée plus longuement, mais nous n'avons pas l'intention de nous y arrêter aujourd'hui. Nous voulons simplement démontrer *l'utilité de la radiographie dans toutes les affections gastro-intestinales, afin de préciser la nature de la maladie* à laquelle nous avons affaire. Nous pouvons être facilement induits en erreur, car, chez notre malade, les accidents de bronchite, de troubles respiratoires, de dyspnée d'effort, de point de côté, pouvaient nous orienter vers le poumon ou le cœur. Ils peuvent exister quand même, associés à cette hernie diaphragmatique, mais ils sont secondaires.

Retenons, en terminant, qu'entre l'éventration diaphragmatique et la hernie il y a une différence essentielle: dans le premier cas, il y a dénivellation des deux coupes diaphragmatiques, tandis qu'elle n'existe pas dans la perforation du diaphragme avec hernie.

**Traitement.** Le traitement est purement chirurgical. Dans l'éventration on a publié des cas de guérison après abaissement des organes et plicature du diaphragme. (2 cas de M. Mercier Fauteux.)

Quant à la hernie de l'estomac, c'est une opération laborieuse qu'on ne doit tenter que chez des sujets jeunes, car la médecine n'y peut rien.



# MOUVEMENT MÉDICAL

---

## FRACTURES DE LA ROTULE

### Leur traitement ambulatoire

Par Eugène ST-JACQUES

Chirurgien de l'hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc.

*Sur quels signes* peut-on se baser pour en faire le diagnostic?

L'historique accidentel d'abord. Le blessé glissant sur le trottoir en hiver, ou mettant le pied sur une écorce de fruit, fait un faux pas, veut se garer et contracte *subitement* et *énergiquement* son quadriceps fémoral. La contraction est si subite et si forte que la rotule éclate en deux fragments, supérieur et inférieur: c'est la fracture par cause indirecte, la plus fréquente.

Plus rarement, c'est un traumatisme direct sur le genou qui fait éclater la rotule en plusieurs fragments.

Et le malade, dès l'instant du traumatisme, peut difficilement marcher, surtout avancer la jambe.

Que constatons-nous à l'examen, après l'avoir couché?

Un gros genou, un peu douloureux; généralement un sillon transversal est visible, où s'insère le doigt en déprimant la peau.

Avec ceci, nous en avons suffisamment pour le diagnostic de fracture de la rotule.

Vous pourriez rechercher encore le signe précis d'impotence fonctionnelle, *i. e.* d'impossibilité ou de difficulté à soulever le talon de la table d'examen; ne le faites pas: vous aggraveriez les dégâts déjà existants, car vous feriez forcer les ligaments latéraux déjà endommagés et feriez bâiller davantage l'écartement des fragments.

Il y a *fracture de la rotule*: que faire?

Si vous tenez à une rapide et complète guérison, dirigez votre malade vers un service hospitalier. Si vous désirez qu'il demeure avec un genou affaibli et lui souhaitez une longue convalescence, traitez-le par des moyens de fortune. Ce qu'il convient ici de rechercher pour

l'avenir, c'est un genou solide et une articulation libre et mobile: les deux grands desiderata.

Si vous dirigez le blessé vers un hôpital mettez votre malade en telle position qu'il ne souffre pas, d'abord, et, deuxièmement, qu'il ne puisse aggraver les déchirures déjà établies au genou.

Vous pouvez commencer par appliquer 2 bandelettes de diachylon — 2 par 14 à 15 pouces — en fer à cheval sur les fragments rotuliens, l'une de haut vers l'arrière de la jambe, l'autre du bas de la rotule vers l'arrière de la cuisse: vous immobiliserez ainsi assez bien les fragments.

Puis, une longue clisse postérieure, bien rembourrée de coton ou ouate, assujettie par des bandelettes de diachylon ou un bandage.

Le blessé est prêt à être transporté.

\*

\* \*

L'expérience a appris à tous les chirurgiens que les suites désagréables des fractures ne sont pas toujours au point fracturé, mais surtout et souvent aux articulations voisines, qui demeurent ankylosées du fait d'une trop longue immobilisation.

Trop fréquemment on perd de vue ce côté si important des suites des fractures, oubliant que ces demi-ankyloses retardent considérablement le retour *ad integrum* des fonctions du membre.

Roger Anderson y insistait il y a déjà quelque temps encore — au sujet des fractures de la rotule, dans un article des *Annals of Surgery* — en proposant un traitement ambulatoire. Mais l'appareil suggéré était de construction compliquée et fort pesant. On peut faire mieux.

Si l'on se décide pour l'intervention chirurgicale — et on le doit si l'on recherche une convalescence rapide — il faut une méthode de suture solide qui permette tôt la marche, et sans appareil, afin de favoriser les mouvements du genou.

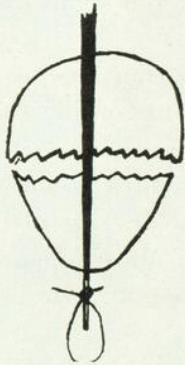
Il y a des chirurgiens qui emploient le catgut chromié ou le tendon de kangarou, suturant le périoste antérieur de la rotule et les ailerons latéraux rupturés. Mais il faut compléter cette suture par une clisse plâtrée d'immobilisation qu'il faut par prudence garder longtemps et qui conduit naturellement à des raideurs articulaires.

On peut faire mieux, et l'expérience de plusieurs années l'a confirmé.

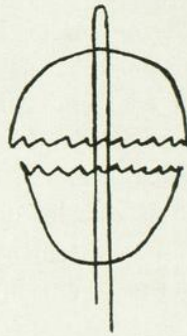
Delbet en a montré la voie, et avec certaines modifications de technique et de matériel nous mettons nos opérés sur pied au 10<sup>e</sup> jour, capables de marcher sans clisse de soutien. En voici la méthode :

Le matériel de suture est non pas un fil métallique solide, mais une « soie » métallique de bronze-aluminium, d'une souplesse absolue, qui se plie et se noue comme la soie naturelle.

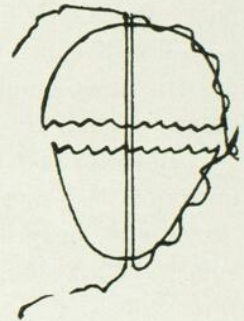
Après l'incision en fer à cheval, qui donne un bon accès à l'articulation — et son nettoyage des caillots accumulés — nous perforons successivement de haut en bas les deux fragments avec le perforateur-vilbrequin. Dans le chas du perforateur nous passons un double crin de Florence qui fera ganse ou tracteur et dans lequel nous passons à son tour la « soie métallique », longueur de 15 à 18 pouces pliée en deux. Lorsque cette soie doublée a été retirée vers le haut à travers les deux fragments rotuliens, nous la coupons en deux fils de même longueur qui serviront pour la gauche et la droite. Puis reprenant notre double crin de Florence — enfilé sur une aiguille courbe et forte, et qui servira de tracteur — nous faufileons chaque chef sur les côtés de la rotule, à gauche puis à droite.



Dans le chas du perforateur on passe un double crin de Florence qui servira de ganse tractrice.



La soie métallique double a été passée à travers les 2 fragments rotuliens.



Après section en deux de la soie métallique, chaque chef est faufile dans les ailerons latéraux.

Pendant qu'un assistant rapproche les deux fragments rotuliens avec le davier de Farabeuf, le chirurgien noue de chaque côté de la rotule — externe et interne — les chefs du même fil ou soie.

La malléabilité absolue de cette soie métallique permet ces manipulations avec la plus grande facilité.

METHODE DE WHIPPLE

# HEPATHERMO

DESCHIENS



Extrait concentré hydrosoluble de foie de veau

Forme ampoule • Forme sirop

**SYNDROMES  
ANÉMIQUES**

# PULMO-BAILLY

SA BASE ACTIVE DE COMPOSITION  
ET D'ACTION DÉFINIES ET CONSTANTES

Phospho-Gaïacolate de Codéïne

## ASSURE :

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

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

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

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

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



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

LABORATOIRES A. BAILLY - 15, RUE DE ROMÉ - PARIS-VIII<sup>e</sup>

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

Quelques points supplémentaires au n° 2 chromié sur le périoste antérieur de la rotule et les ailerons latéraux, un intradermique au crin pour terminer, et le pansement terminal.

Une clisse postérieure pour les premières quarante-huit heures; puis on l'enlève pour permettre de légers mouvements de la jambe. Au 10e jour l'opéré est mis debout avec permission de se servir de sa jambe à sa guise.

Les mouvements et la souplesse reviennent tôt. Pas d'ankylose tardive possible ni d'atrophie musculaire, et surtout pas de possibilité que les fils de soutien cèdent, comme lorsque le catgut est employé pour la suture.

L'expérience et la pratique nous ont appris la sécurité et les bienfaits de cette méthode, qui permet la marche hâtive, raccourcit la convalescence et prévient l'ankylose.



# REVUE GÉNÉRALE

## CONDUITE À TENIR EN PRÉSENCE D'UNE GLYCOSURIE.<sup>(1)</sup>

Par GILBERT-DREYFUS et André WIMPHEN.

En dehors même de l'interrogation et de l'examen complet qui s'imposent chez tout glycosurique, l'étude du seul symptôme *glycosurie* va fournir une orientation diagnostique précieuse.

Il faut distinguer trois cas :

### I. La glycosurie (généralement abondante) s'accompagne d'acétonurie notable.

Il s'agit d'un diabète avec dénutrition qui réclame formellement le régime strictement pesé et les injections d'insuline.

### II. La glycosurie ne s'accompagne pas d'acétonurie mais est abondante (supérieure à 30 gr. par jour).

Il s'agit très probablement d'un diabète vrai, diabète sans dénutrition, bien entendu.

La glycosurie diabétique a pour caractère essentiel de varier parallèlement à l'alimentation. Aussi d'un chiffre de glycosurie fortuite, chez un malade non soumis à un régime précis, ne pourra-t-on tirer aucune indication sur la gravité du diabète.

Il faut apprécier la *tolérance hydrocarbonée* individuelle. On soumettra le diabétique, pendant 3 à 5 jours, à un régime d'épreuve :

|                                    |                     |
|------------------------------------|---------------------|
| Légumes verts et salades . . . . . | 1,000 à 1,200 gr.   |
| Lait . . . . .                     | 120 gr.             |
| Bouillon de légumes . . . . .      | 1 lit.              |
| Crème fraîche . . . . .            | 60 gr.              |
| Beurre et huile . . . . .          | 60 gr.              |
| Vin non sucré . . . . .            | 2 verres à bordeaux |

Ce régime donne 60 gr. d'hydrate de carbone, 30 gr. de protéines, 80 gr. de graisse (soit 1,200 calories environ).

Le malade une fois désucré, on élargira son régime par paliers successifs, jusqu'à ce que le glucose réapparaisse dans les urines. Le régime définitif pourra comporter le maximum tolérable d'hydrates de carbone ; cependant, pour peu que la glycémie reste élevée, il y aura intérêt à rester en deçà du « plafond » de la tolérance.

### III. La glycosurie est faible et isolée (inférieure à 20 gr. par jour).

Avant de parler de diabète, il faut vérifier qu'on ne se trouve pas en présence d'une glycosurie non diabétique : soit *diabète rénal* avec

(1) Extrait de *l'Année Médicale Pratique*, 1937. René Lépine, éditeur, 39, rue d'Amsterdam, Paris, publié par le prof. agrégé C. Lian.

simple abaissement du seuil rénal; soit *état paradiabétique*, où le foie surtout est à incriminer. L'interrogatoire et l'examen clinique ne conduisent pas toujours à un diagnostic précis; l'étude de la glycosurie se montre alors d'un précieux secours.

a) Dans le *diabète sucré*, les urines sont un miroir fidèle de l'alimentation: la glycosurie disparaît pour un apport de glucides inférieur à la tolérance et s'accroît de façon parallèle aux hydrates de carbone ingérés.

b) La glycosurie *paradiabétique* revêt le type « alimentaire »; elle n'apparaît que de façon transitoire dans les heures qui suivent le repas.

c) La glycosurie du *diabète rénal* ne se plie à aucune loi et n'obéit guère au régime.

Il résulte que:

1° *L'épreuve du jeune*, faisant disparaître les glycosuries diabétique et paradiabétique, et parfois aussi la glycosurie du diabète rénal, sera sans intérêt pratique.

2° *L'épreuve de la suralimentation hydrocarbonée*, que nous avons proposée, permet au contraire une discrimination:

a) *Dans le diabète vrai, la glycosurie est d'autant plus abondante qu'est plus abondant l'apport hydrocarboné;*

b) *Dans les états paradiabétiques, la glycosurie fait généralement défaut le matin à jeun; elle apparaît après les repas, mais son taux n'est nullement parallèle à celui des hydrates de carbone ingérés;*

c) *Dans le diabète rénal, l'épreuve est pratiquement négative: par exemple une glycosurie de 8 gr. s'élève à 11 gr. lorsque la ration hydrocarbonée est portée de 120 à 500 gr. par jour.*

Les résultats de cette épreuve, fort simple, peuvent être contrôlés par ceux d'une *épreuve d'hyperglycémie provoquée au glucose* selon la technique de M. Labbé et Nepveux.

#### IV. Déductions thérapeutiques.

S'il s'agit d'un diabète vrai, un régime alimentaire sera nécessaire et suffisant.

Si l'on se trouve en présence d'un diabète rénal, on peut ou ne rien faire, ou prescrire du calcium.

Devant un état paradiabétique, on fera surtout appel à la thérapeutique hépatique (régime mettant le foie au repos, cholagogues, cure thermale). Savoir qu'ici la glycosurie se montre souvent très rebelle, mais ne possède aucune signification pronostique grave.



## LA VALEUR PRONOSTIQUE DE LA FORMULE D'ARNETH

Qu'est-ce donc d'abord que la formule d'Arneth?

C'est l'estimation relative des divers *polynucléaires par le comptage de leurs noyaux*.

Ces polynucléaires sont à 1, 2, 3, 4 ou 5 noyaux. Plus les polynucléaires à 1, 2 et 3 noyaux sont nombreux, moins le pronostic est bon; plus les polynucléaires à 3, 4 et 5 sont en grand nombre, plus le pronostic est favorable.

A l'état normal, les vieux polynucléaires leucocytes à noyaux multiples prédominent. Un état à peu près normal du sang donnerait pour 100 leucocytes:

|   |    |     |    |   |        |
|---|----|-----|----|---|--------|
| I | II | III | IV | V | noyaux |
| 4 | 22 | 50  | 20 | 4 |        |

Si un examen du sang fournissait le rapport suivant:

|   |    |     |    |   |        |
|---|----|-----|----|---|--------|
| I | II | III | IV | V |        |
| 7 | 56 | 20  | 7  | 0 | : - 90 |

il faudrait l'interpréter comme une déficience de résistance, surtout parce que la formule incline *vers la gauche*, suivant l'expression d'Arloing, de Lyon.

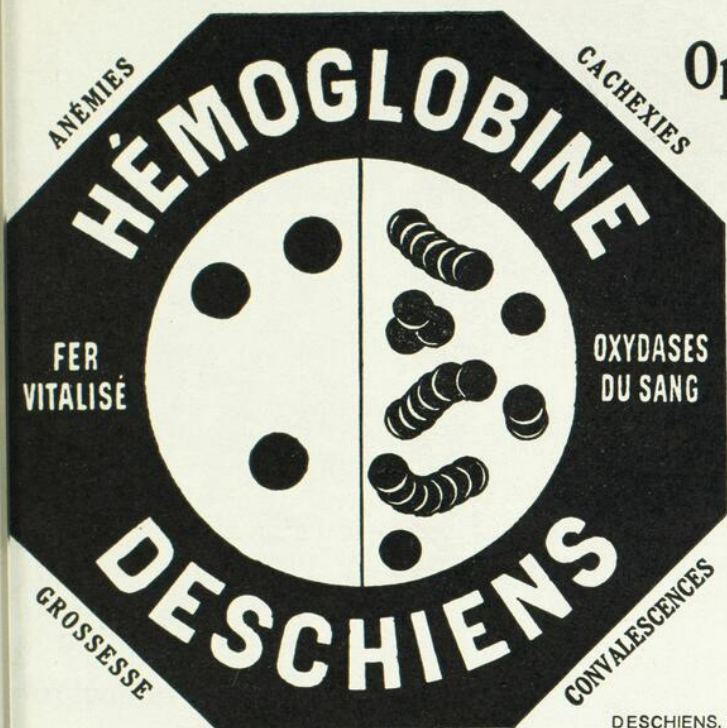
Les hauts chiffres se montreraient-ils de la IIIe, IVe et Ve variété que le pronostic serait favorable; c'est qu'alors la formule incline *vers la droite*.

Comment donc alors la recherche de la formule d'Arneth peut-elle nous aider dans notre pronostic en face d'un état pathologique?

Il semblerait, d'après une étude des Frs Stephani, de la station climatérique de Montana-la-Sierre, en Suisse — que nous lisons dans *l'Avenir Médical de Lyon*, que ce soit en *tuberculose* que la recherche de la formule d'Arneth nous soit utile, et de même, semble-t-il, dans les processus infectieux à allure sous-aiguë ou chronique.

L'Arneth refléterait la force des moyens de défense de l'organisme.

Si, sous l'effet d'un traitement approprié, la formule augmente, *i. e.* les polynucléaires, et que ceux-ci s'accusent plus nombreux vers la droite, *i. e.* des variétés à 3, 4 et 5 noyaux, le pronostic est meilleur.



**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<sup>4</sup>, 9, Rue Paul-Baudry. Paris (8<sup>e</sup>)

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



**PROVEINASE**

**MIDY**

“RÉGULATEUR DE LA  
CIRCULATION VEINEUSE”

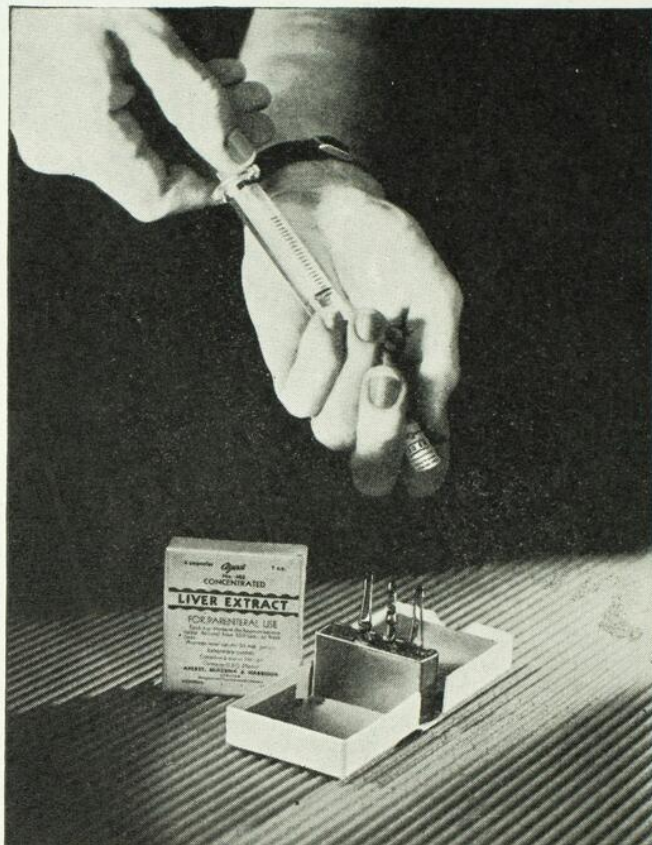
TRoubles de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE

LABORATOIRES DE LA PIPÉRAZINE MIDY  
New Birks Bldg. MONTREAL

2 à 4 comprimés par jour.



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



teneur élevée

déprotéiné...

aucune réaction

allergique

contenu en matières

solides faible...

injections indolores

## EXTRAIT DE FOIE CONCENTRÉ *Ayerst* par voie parentérale

Nous présentons aux membres du corps médical l'Extrait de Foie Concentré Ayerst pour usage intramusculaire (ou intraveineux) et nous croyons sincèrement que cet extrait constitue la forme la plus purifiée que les procédés de fabrication modernes puissent produire.

Cet extrait de foie ne provoque aucune réaction allergique, car il est déprotéiné et sa faible teneur en matières solides (10 milligrammes dans chaque c.c.) permet des injections indolores.

L'Extrait de Foie Concentré Ayerst (par voie parentérale) est fabriqué d'après un procédé spécial d'adsorption et de lavage qui élimine tous les dangers d'un fractionnement chimique complexe et donne un produit d'une grande pureté. Chaque quantité d'extrait fabriquée est soumise à un essai clinique avant d'être mise sur le marché.

Chaque c.c. renferme l'activité hématopoïétique provenant de 100 grammes de foie frais.

En boîtes de quatre ampoules d'un c.c.

**AYERST, McKENNA & HARRISON, Limitée**

Biologistes et Pharmaciens

MONTREAL

CANADA

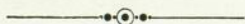
Et, chose intéressante à noter, l'augmentation de la valeur de l'Arneth se dessine-t-elle, que l'on constate de pair généralement une augmentation de poids de l'individu.

Et les auteurs de conclure en disant :

« La résistance du terrain paraît jouer le rôle le plus important dans la plupart des cas de Tbc. Pulmonaire — et la formule d'Arneth par son point de départ et sa courbe ultérieure — ascendante ou descendante — fournit les plus précieux renseignements sur l'évolution de la Tbc. Pulmonaire. »

Le recul du temps confirmerait les prévisions de la clinique.

EUGÈNE SAINT-JACQUES.



## ACTUALITÉS

### CONGRÈS DE L'ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE À OTTAWA.

21-25 juin 1937.

Par Léon GERIN-LAJOIE, F. R. C. S. (C.)

Le nom français de la *Canadian Medical Association* paraîtra nouveau pour plusieurs: ils n'auront pas reconnu la grande organisation nationale. Ils auront sans doute oublié qu'avec la refonte des règlements et statuts, nous avons fait adopter le terme officiellement par le Conseil. Dès le premier article nous y lisons: « The name of the Corporation shall be *The Canadian Medical Association*. When the French language is used, it shall be termed: *L'Association Médicale Canadienne* ». Je n'ai aucun mérite pour avoir fait adopter le nom, pas plus d'ailleurs que celui de *Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada* pour *The Royal College of Physicians and Surgeons*. Le français est reconnu comme langue officielle au Canada et la profession médicale l'admet volontiers: il m'a suffi de suggérer l'addition du terme français pour qu'il soit adopté d'emblée.

Mais ceci se passait il y a plusieurs années. J'espérais alors qu'un bon nombre de médecins se seraient joints à notre grand corps national. Il n'en fut rien. A Ottawa, cette année, j'avais escompté qu'un groupe imposant de Canadiens français seraient venus dans la Capitale pour prendre part aux assises annuelles. Une poignée à peine s'y trouvait; et pourtant il y avait quelques-uns des nôtres qui présentaient des travaux ou qui s'y étaient inscrits en discussion. Ils le firent avec honneur et avantage: M. le professeur Albert LeSage, M. J.-E. Gendreau, M. Ernest Couture, d'Ottawa, M. Jules Prévost, M. Jean LeSage, pour ne citer que ceux dont les noms apparaissent au programme.

Quant aux exhibits scientifiques, démonstrateurs silencieux du travail individuel ou collectif, ils furent admirés et commentés favorablement. Chez nous, MM. Armand Frappier et J.-A. Baudoin, sur le B.C.G., MM. Pierre Masson et L.-C. Simard avec des microphotographies d'une remarquable netteté, M. Paul Poirier avec des photographies d'hérédo-syphilis flagrantes, enfin, M. le professeur Albéric Marin, dont les quelque cent moulages faits par Mlle de Courville, de lésions cutanées et syphilitiques, valurent à ceux-ci un diplôme d'honneur et attirèrent des commentaires des plus élogieux. Nous ne saurions trop insister pour que tous comprennent combien

il est nécessaire que la profession médicale du Québec se fasse connaître parmi le reste de la profession du Canada. L'Université de Montréal et l'Université Laval seraient plus connues et plus appréciées: nous savons que l'une et l'autre peuvent se comparer, avec avantage même, à toutes les autres universités du Dominion. Il faudrait qu'un plus grand nombre de nous joignît les rangs de l'*Association Médicale Canadienne* et participât à son Congrès annuel.

L'an prochain, le Congrès aura lieu à Halifax, N.-E.

\*

\* \*

Au Congrès qui eut lieu en juin dernier, les invités extraordinaires furent sir Harold Beckwith Whitehouse, de Birmingham, M. Watson Jones, de Liverpool, et le Dr Antoine La Cassagne, de Paris. Ces messieurs présentèrent des travaux de leur spécialité respective en des séances générales et en des séances de section, et de plus ils adressèrent la parole à des déjeuners divers. C'était la première fois qu'un maître de la pensée française était invité officiellement à prendre part aux délibérations de l'*Association Médicale Canadienne*. Nous en étions très fiers, et M. La Cassagne sut faire honneur à la médecine française.

En dehors des séances générales, qui avaient lieu le matin, il y avait des sections qui siégeaient l'après-midi: l'anesthésie, la dermatologie, la médecine, la gynécologie et l'obstétrique, l'ophtalmologie, l'oto-laryngologie, la pédiatrie, la radiologie, les maladies rhumatismales, la chirurgie, l'urologie et l'histoire de la médecine étaient les spécialités pour lesquelles on avait élaboré des programmes scientifiques. Il serait fastidieux d'essayer de résumer même quelques-uns des travaux les plus intéressants. Je reporte ceux que ces questions intéressent particulièrement aux numéros prochains du *Canadian Medical Association Journal*, qui publie par tranches les travaux présentés à ses Congrès.

En plus des exhibits scientifiques dont j'ai dit un mot plus haut, il y avait 44 autres présentations sur des sujets divers: chacun avait été préparé avec soin, tant au point de vue scientifique qu'au point de vue disposition, éclairage et montage. Nous avons toujours été impressionné par l'attrait particulier de ces exhibits, et comme nous avons déjà fait un pas dans ce sens au dernier Congrès de l'*Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord*, nous ne pouvons faire autrement que d'encourager fortement les organisateurs de nos Congrès d'inciter les hôpitaux, les Universités, les laboratoires, les cliniques, les individus même, à préparer à l'avance et de longue main des présentations visuelles des travaux exécutés par eux.

Bref, le Congrès de l'*Association Médicale Canadienne* fut, à notre point de vue, un véritable succès. L'assistance, très nombreuse; les travaux, bien préparés; l'organisation, adéquate. Le côté social n'avait pas été négligé et les dames s'étaient divisées en deux groupes: l'un pour les femmes mariées, l'autre pour les jeunes filles de médecins. Ces dernières eurent l'avantage de participer à des tournois de golf, de tennis, de natation.

\*

\* \*

Le 18 et le 19 juin, l'Exécutif s'était réuni pour prendre connaissance des dernières activités du Secrétariat depuis sa réunion du printemps. Durant deux jours, de 9 hrs 30 du matin jusqu'à 11 hrs du soir, avec un répit d'une heure pour les repas du midi et du soir, des discussions à huis clos eurent lieu où la question des spécialistes, celle de l'assurance-maladie, le secours médical aux chômeurs, le cancer, l'annonce à la radio, l'utilisation du mot « docteur » pour la vente de certains objets, vêtements, etc., le contrôle et même l'interdiction de la vente de certains appareils électrodiagnostiques ou électro-thérapeutiques, etc., etc., et plusieurs autres questions furent débattues.

Les 21 et 22 juin, de 9 heures 30 du matin à 5 heures de l'après-midi, le Conseil composé de 110 membres s'est réuni pour entendre la lecture des différents rapports des comités, les discuter, les approuver, les modifier ou les rejeter. C'est ainsi que tour à tour furent appréciés les rapports des comités sur les Archives, Exécutif, Constitution et Règlements, Ethique, Questions économiques, journal, Département du Service hospitalier, Hospitalisation en groupe, Législation, Pharmacie, Publicité et Hygiène publique, Spécialistes, Éducation médicale (conjointement avec des représentants des universités), Cancer, Bien-être maternel, Programme.

C'est ainsi que l'organisme national, l'*Association Médicale Canadienne*, qui occupe une place importante dans le mouvement social du pays et qui est consulté fréquemment par nos dirigeants sur des questions d'ordre médical, brevets pharmaceutiques, formules, etc., s'occupe tout autant des intérêts scientifiques que des intérêts professionnels de ses membres, pour ne pas dire de toute la profession du Canada. Nous croyons qu'il est de notre devoir d'attirer à nouveau l'attention de nos lecteurs sur la nécessité et je pourrais même dire, l'obligation des médecins de s'enregistrer comme membres de cette organisation professionnelle, s'ils n'en font pas déjà partie.



## TRIBUNE LIBRE

### CORRESPONDANCE <sup>(1)</sup>

A propos du titre de mon mémoire analysé dans  
*La Presse Médicale* du 13 mars dernier

Monsieur le Secrétaire,

Je proteste énergiquement contre la liberté que vous avez prise de changer le titre du travail que je vous avais envoyé, le 2 nov. dernier, pour analyse dans *La Presse Médicale*. Ce titre était :

« Hypertrophie des tarses palpébraux, des téguments de la face et des extrémités des membres, associée à une ostéo-périostose presque généralisée: un syndrome nouveau ». — J.-N. ROY (Montréal). *Annales d'Oculistique*, août 1936.

Dans l'analyse que vous avez publiée le 13 mars, vous avez donné pour en-tête :

« A propos de la pachydermie plicaturée, avec pachypériostose des extrémités. »

Vous me concéderez, je l'espère, le privilège que j'avais, comme oculiste, de choisir d'abord le titre le plus approprié pour les lésions palpébrales observées dans mon cas, et ensuite pour les manifestations pathologiques de la peau et du périoste. Si j'avais été un dermatologiste ou un radiologiste, j'aurais naturellement intitulé ma communication d'une manière adéquate à ma spécialité.

Après avoir apprécié mon mémoire, si on avait tenu à faire une comparaison, on aurait pu ensuite citer le travail de MM. Touraine et Solante, publié dans le *Bulletin de la Société française de Dermatologie*, en fév. 1935, intitulé: « Pachydermie et pachypériostose de la face et des extrémités ». Et pour finir le parallèle, mentionner les observations contenues dans l'excellente thèse de M. Golé, ayant pour titre: « Un syndrome ostéo-dermopathique: La Pachydermie plicaturée avec pachypériostose des extrémités ».

---

(1) Cette « Correspondance », adressée à *La Presse Médicale* pour publication dans ses colonnes, a été refusée par M. Desfosses le 28 avril dernier; envoyée à la *Gazette Médicale de France et des Pays de Langue Française* pour publication, a été refusée par M. Chêne le 20 mai; et enfin adressée aux *Annales d'Oculistique* pour publication, a été refusée par M. Magitot le 16 juin. Je laisse à mes lecteurs le soin d'apprécier ce fait par eux-mêmes, sans commentaires de ma part.

Je déclare maintenant que vous avez donné à vos lecteurs une fausse impression, en écrivant que ce fut le travail de MM. Touraine, Solante et Golé, qui « m'incita à vous envoyer mon mémoire, terminé en 1934, et adressé à l'Académie de Médecine de Paris, le 30 janv. 1935 ».

De plus, M. le Secrétaire, si vous aviez lu la thèse de M. Golé, vous seriez forcément obligé d'admettre que le « remarquable article de MM. Touraine, Solante et Golé », n'est simplement que l'analyse de cette thèse. En effet, la phraséologie de ces deux travaux est pratiquement la même, et les 17 photographies qui les illustrent sont aussi les mêmes. Je suis d'ailleurs étonné que vous n'avez pas reconnu ce fait, car il est facile de se rendre compte que M. Golé a analysé lui-même sa thèse, en signant cet article de son nom, précédé de ceux de ses deux maîtres. Dans la lettre que je vous ai adressée le 2 nov. 1936, j'ai suffisamment attiré votre attention sur ce détail fort important.

Pour préciser davantage, je vous dirai que le 29 janv. 1936, je vous ai offert mon manuscrit pour impression dans *La Presse Médicale*, comme n'ayant encore jamais été publié. Le 5 mars suivant, vous m'avez répondu que vous le refusiez, mais que vous consentiez, toutefois, à insérer un article quelconque que vous m'avez soumis, et pour l'illustration duquel vous me demandiez la dernière de mes photographies. Je vous ferai remarquer que je ne vous ai jamais répondu, et qu'en conséquence vous n'avez pu recevoir l'autorisation de publier votre petite note, qui fait le sujet de cette correspondance. Le 2 nov. 1936, je vous ai simplement prié d'analyser mon travail paru dans les *Annales d'Oculistique*, et pour vous être agréable, je vous ai envoyé une photographie. Soit dit en passant, celle-ci, réduite de moitié dans vos colonnes, ne présente plus maintenant le même intérêt, puisque les détails de la peau et des paupières sont en grande partie effacés.

Je vous répète que ce n'est pas l'article de MM. Touraine et Solante, imprimé en 1935, ni la thèse de M. Golé en 1936, qui m'ont « incité », comme vous le dites, à vous offrir mon travail pour publication d'abord, et ensuite pour analyse. Mon mémoire remonte à 1934; donc il était antérieur à ceux de mes trois confrères.

Malgré les faibles connaissances que nous avons tous en endocrinologie, j'ai cru, toutefois, pouvoir émettre l'hypothèse que: « l'hyperthrophie des tarses palpébraux, des téguments de la face et des extrémités des membres, associée à une ostéo-périostose presque généralisée », chez mon malade, était due à un trouble des parathyroïdes; et que: « l'augmentation des diamètres externes du crâne, l'épaississement des parois de la voûte, et enfin, l'agrandissement considérable

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

PRIX ORFILA  
1872



PRIX DESPORTES  
1904

# DIGITALINE NATIVELLE

## CRISTALLISÉE

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

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

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

Draeger

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



ARMAND MERCIER

E.-E. DION

### FOURRURES DE HAUTE QUALITÉ

**Spécialité :**  
Fourrures exclusives  
pour le médecin et  
sa famille.

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

## MERCIER & DION

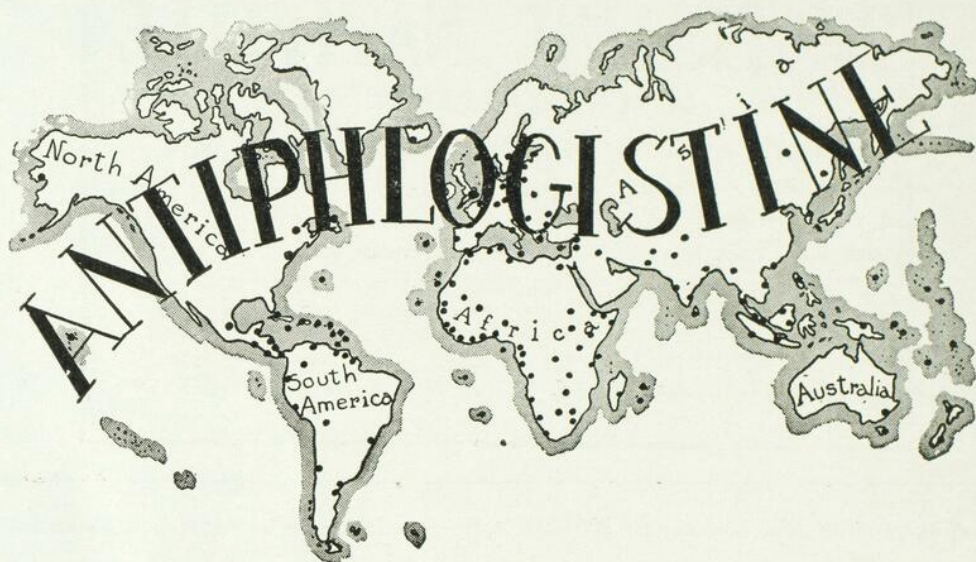
2117 est, Ave Mont-Royal près Delorimier

Tél.: FR. 2711

---

---

# PARTOUT DANS LE MONDE!



• LABORATOIRES ET AGENCES DANS  
181 Pays

Préparateurs et Représentants de l'  
**Antiphlogistine**

L'Antiphlogistine  
est fabriquée  
au  
Canada.

**THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING COMPANY**

153, LA GAUCHETIÈRE OUEST - MONTRÉAL

---

---

des sinus frontaux », étaient causés par un trouble des sécrétions de l'hypophyse.

Cette hypothèse, à ma connaissance, n'a jamais encore été émise d'une manière aussi précise. Je serais très heureux de connaître votre opinion à ce sujet.

La science est internationale.

Espérant pouvoir compter sur votre loyauté professionnelle, je vous offre mon article pour reproduction dans *La Presse Médicale*, afin de permettre à vos très nombreux et distingués lecteurs de le comparer au travail de MM. Touraine et Solante; à la thèse de M. Golé; et enfin, à l'analyse de cette thèse par l'auteur lui-même. Je m'engage, en plus, à vous fournir mes neuf illustrations à titre gracieux.

Vous remerciant à l'avance pour l'hospitalité de vos colonnes, je vous prie de vouloir bien agréer, M. le Secrétaire, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Prof. J.-N. ROY.



*Note de la Rédaction:* Cette correspondance réfère à un article publié dans *l'Union Médicale* de juin 1936 par l'auteur, un de nos directeurs et ancien président, sous le titre suivant: « Hypertrophie des tarses palpébraux, des téguments de la face et des extrémités des membres, associée à une ostéopériostose presque généralisée: un syndrome nouveau. »

# MÉDECINE PRATIQUE

---

## ANGINE DE VINCENT

Avant tout traitement il faut faire un diagnostic précis de cette affection. On la différenciera de la diphtérie, de la syphilis, du scorbut, de l'intoxication mercurielle, de l'angine avec agranulocytose, de la leucémie aiguë. Il est toujours bon alors de faire faire une numération globulaire pour éliminer l'agranulocytose ou la leucémie. Quand cet examen ne peut être fait on peut questionner le malade pour savoir s'il n'a pas absorbé un médicament quelconque susceptible de provoquer une agranulocytose: pyramidon, spécialités contenant du pyramidon ou un produit à formule chimique voisine: dénitro-phénol, sels d'or, etc.

N'oublions pas que la seule constatation de la présence de l'association fuso-spirillaire ne suffit pas à établir le diagnostic.

### *Prophylaxie.*

L'angine de Vincent est nettement une maladie contagieuse. Il faut donc nettoyer et stériliser les ustensiles du malade. L'entourage fera bien d'apporter la plus grande attention à l'hygiène buccale. Les dentifrices contenant du savon ont une action nettement spirillinales. Il faut conseiller une nourriture saine riche en vitamines comme moyen préventif aussi bien que comme adjuvant au traitement.

### *Traitement.*

#### 1° *Oxydants:*

Les antiseptiques oxydants sont efficaces contre l'association fuso-spirillaire essentiellement anaérobie.

a) On utilise un mélange à parties égales de peroxyde d'hydrogène et d'eau, pour l'enlèvement à l'aide d'un tampon, du tissu nécrosé recouvrant les ulcérations. Ce nettoyage doit être répété fréquemment, même toutes les deux heures.

b) On emploie également le borate de soude soit sous forme de pâte à l'eau épaisse appliquée directement sur les ulcérations, soit en gargarismes pour une solution aqueuse à 2%. Ces solutions doivent être fraîchement préparées.

c) Sont employés aussi le nitrate d'argent à 10%, l'acide chromique à 5 % en attouchements locaux; le bleu de méthylène à 5% ou le violet de gentiane paraissent moins efficaces.

2° Le novarsenobenzol en solution glycérinée à 10% est la médication locale de choix. On l'applique sur les lésions d'une à trois fois par jour. Le malade doit avoir soin de ne se laver la bouche ou de ne se gargariser que quelques minutes après ces attouchements. Il est bon de combiner ce traitement avec des nettoyages fréquents des lésions à l'aide du peroxyde d'hydrogène et des gargarismes répétés toutes les 2 heures d'une solution de borate de soude à 2%.

3° Il faut souvent recourir aux injections intraveineuses de 0.30 centig. de novarsénobenzol répétées à intervalles de 3 à 4 jour. Nous devons y recourir :

a) Quand après 2 jours, le traitement sus-mentionné est inefficace ou peu opérant.

b) Si d'emblée l'état général du malade est mauvais ou si les lésions locales sont étendues.

c) S'il existe des complications pulmonaires même d'apparence bénigne, ou s'il y a des lésions intestinales se traduisant par de la diarrhée.

Toute intervention chirurgicale locale, curettage ou extraction dentaire, doit être interdite de façon absolue.

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



# ANALYSES

---

## MÉDECINE

Prof. MARFAN. — **Les éléments du pronostic dans la fièvre typhoïde.**  
« Journal des Praticiens », 9 janv. 1937.

La fièvre typhoïde disparaît de plus en plus dans la clientèle de ville. C'est à la campagne que nos collègues la rencontrent encore plus fréquemment.

Peut-on pronostiquer son issue?

Le Prof. Marfan nous en indique les éléments symptomatologiques qui serviraient à établir le pronostic. Et ses réflexions, fruit d'une large expérience clinique, s'appliquent non seulement à l'infection éberthienne vraie mais aussi aux para typhoïdes A et B. Quels sont donc ces éléments?

1. D'abord *l'état de la langue*.

Elle porte généralement un enduit blanchâtre et épais, nous le savons: mais ce n'est pas de ceci qu'il s'agit. C'est son état d'*humidité* ou *sécheresse* qu'il importe de noter.

Si elle persiste humide: pronostic favorable — au contraire devient-elle sèche, fendillée et recouverte de croûtes brunâtres — comme les lèvres: ayons crainte d'une issue fatale.

2. Et le *pouls*?

On sait qu'il y a généralement discordance entre le pouls et la température, celle-ci pouvant atteindre 103-104 et le pouls ne pas dépasser 100.

Si au contraire les pulsations s'accroissent et montent vers 110-120 à la minute et qu'on y trouve associé un « assourdissement des bruits cardiaques », craignons pour le malade: son cœur est touché et peut céder facilement.

3. Notre attention a toujours été attirée vers la fosse iléo-cæcale et le gargouillement qu'elle peut présenter.

Plus important encore est le *météorisme généralisé de l'abdomen* avec sa légère sensibilité générale. Il serait dû, non pas aux gaz, mais à une hyperémie intense des anses intestinales, comme Marfan l'avait déjà signalé. Le Météorisme serait la conséquence d'une vive inflammation de l'intestin, et conséquemment il serait dangereux.

L'abondance des taches lenticulaires n'ajouterait pas à la sévérité de l'infection. Jaccoud voulait même que plus elles sont nombreuses, le meilleur était le pronostic. Certains cliniciens: entre autres Berquoy, ont établi qu'à chaque poussée éruptive correspondait une poussée éruptive sur la muqueuse intestinale.

4. Enfin les *urines*.

Quels éléments peuvent-elles nous fournir pour le pronostic? La moyenne d'élimination est de 1000. CC à 1200.

Quand on sait la somnolence et l'inappétence de ces malades on s'attend peu à ce qu'ils ingurgitent beaucoup de liquides: il convient même de les y inviter fréquemment.

Si le taux quotidien des urines tombe à moins de 1000. c.c. — près de 600 par 24 hrs — le pronostic s'assombrit considérablement.

Cette insuffisance d'élimination urinaire est généralement alliée à la sécheresse de la langue: le fait a été signalé ici même déjà.

Ainsi donc:

Sécheresse graduelle de la langue;

Insuffisance d'élimination quantitative des urines;

Météorisme abdominal généralisé

sont les éléments qui doivent nous guider pour établir notre pronostic « personnel » dans un cas de typhoïde ou de para-typhoïde A ou B, tout en restant sur une sage réserve vis-à-vis l'entourage du malade.

E. ST-JACQUES et MERCILLE.

**LONG & BLISS. — Le para amino benzène sulfonamide et ses dérivés: Prontosil, etc. « J. A. M. A. », 2 janv. 1937, 108-1, p. 32.**

Dans ce rapport, qui est le premier paru en Amérique sur l'emploi du corps plus haut nommé, qui a reçu le nom de Sulfanilamide, et dont le Prontosil est un dérivé, les auteurs apportent les résultats de leur propre expérience.

L'échantillon du produit pur leur a été fourni par la maison Dupont et les spécimens de Prontylin, de Prontosil en comprimés et en solution à 2½% par la maison Winthrop Chemical.

La solution de Prontosil, in vitro, n'a eu aucune action sur le Streptocoque hémolytique B, alors que le Para amino benzene sulfonamide atténuait la croissance des mêmes Streptos.

Après expériences chez le lapin, les auteurs croient que pour avoir une action du Prontosil, il faut que le lapin soit au préalable infecté par le Strepto hémolytique, la substance agissant après réduction, laquelle réduction serait opérée par le Streptocoque.

Ils ont remarqué que la phagocytose des Streptos par les polynucléaires joue un rôle important au début, puisque plus tard les Monocytes entrent en action: est-ce parce que la production par les Streptocoques de capsule protectrice est empêchée par les substances thérapeutiques employées, comme le croient Levaditi et Vaisman? les auteurs ne peuvent l'affirmer tout en admettant que c'est bien possible.

Avec les solutions du produit pur, ils ont obtenu des résultats un peu meilleurs qu'avec les solutions de Prontosil.

Quant à l'action chez les humains, les auteurs émettent une opinion encourageante, mais prudente: « Il est possible, disent-ils, que les bons résultats obtenus sont dus à la chance, mais nous recommandons de continuer les observations cliniques. »

Les agents employés sont relativement peu toxiques: nausées, vomissements, évacuations intestinales immédiates; l'administration intraveineuse est inutile, l'élimination débutant après 15 minutes.

La seule manifestation toxique est l'élévation de température produite par les fortes doses, et qu'on ne voit pas avec les doses fractionnées. (A noter que certains observateurs ont rencontré de la sulfhémoglobinurie et que plusieurs malades traités à Notre-Dame ont accusé de vives douleurs aux régions rénales.)

Pour la solution de Prontosil, on doit donner de fortes doses dans les premières heures du traitement, soit 1 c. c. de solution par livre jusqu'à 100 livres; de 100 à 150 livres, 100 c. c. en 24 heures; au-dessus de 150 livres, 0.75 c. c. par livre de poids. Après 24 heures, la dose quotidienne totale est de la moitié celle du premier jour.

Pour le Para amino benzene sulfonamide, on donnera par jour un gramme par 20 livres de poids.

La dose quotidienne sera divisée en quatre, une dose toutes les six heures; ne pas donner de purgatifs ni laxatifs salins durant toute la durée du traitement.

N. B. Le Para amino benzène sulfonamide est reconnu par le Conseil Américain de Pharmacie sous le nom de *Sulfanilamide*, et le Prontylin est une marque de commerce pour la même substance; le Prontosil est une substance brevetée ayant comme principe actif le Sulfanilamide.

C.-A. ATTENDU.

## PHTISIOLOGIE

Jean QUINET, H. WAREMBOURG et DELANNAY. — **Le foyer congestif tuberculeux rapidement curable.** « La Presse Médicale », 31 mars 1937.

Lors d'une primo-infection ou d'une phase de généralisation tuberculeuse, il existe des foyers congestifs siégeant autour d'une lésion ulcéro-caséuse ou en parenchyme antérieurement sain. C'est en somme l'infiltration péricaséuse, la congestion post-primaire, l'infiltration épituberculeuse, tous termes voulant dire la même chose.

Ce qui caractérise ces manifestations de tuberculose pulmonaire chronique de réinfection, c'est leur évolution fluxionnaire et rapidement curable. Chez un tuberculeux chronique il arrive assez souvent de constater des poussées congestives aiguës occasionnées par l'apparition de petits foyers de congestion aiguë qui siègent ou autour de lésions tuberculeuses anciennes, ou qui se produisent même à distance. Puis peu de temps après, l'allure chronique de la maladie apparaît.

Les mêmes phénomènes de réactivation passagère surviennent au cours du pneumothorax thérapeutique, d'une phrénicectomie, d'une thoracoplastie, d'une apicolyse; en effet, au cours de ces interventions, nous voyons trop souvent un foyer congestif homo ou contro-latéral apparaître. Ces phénomènes congestifs se traduisent par des signes cliniques et radiologiques évidents puis disparaissent plus ou moins rapidement. Cliniquement, ces signes congestifs débutent toujours subitement, faisant penser à une pneumonie tels que traduits par les signes suivants: point de côté parfois violent, frissonnements, hyperthermie, adynamie, dyspnée, toux, crachats purulents plus tard muqueux et abondants, souffle doux tubo-pleural à maximum respiratoire, râles

# APPETIT POIDS FORCE REALPHENE

# APPETIT POIDS FORCE

ETHER PHOSPHORÉ DE GLUCOSE  
ET ACÉTYLAMINO  
OXYPHENARSINATE DE CHAUX

Société  
Générale  
d'Applications  
Théra-  
peutiques.  
98, de Sèvres  
Paris (VIIe).

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

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. Psychothérapie, hydrothérapie, électrothérapie,  
rayons ultra-violets, etc.

DEUX MEDECINS RESIDENTS

---

PRIX MODERES

---

Pour prospectus illustré, s'adresser au

Directeur, DR C. DE BLOIS

Trois-Rivières, P. Q.

Téléphone, 932

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

sous-crépitants, bronchophonie et pectoriloquie aphone. A la radioscopie on voit un triangle pneumonique à limites nettes. Mais tout rentre dans l'ordre entre une à quatre semaines au maximum. Cependant il faut compter avec les formes frustes, latentes qui font moins de bruit. Tout dépend de l'état d'hypersensibilité, d'allergie, d'hyperergie qui caractérise chaque sujet.

Paul-René ARCHAMBAULT.

## NUTRITION

**E. M. WATSON. — Rapports entre la rapidité de l'évacuation stomacale et la tolérance au glucose.** « Can. Med. Ass. Journal », 36: 454, mai 1937.

Parmi les différents types de réponse glycémique à l'ingestion de glucose, on rencontre assez fréquemment une courbe caractérisée par une ascension rapide de la glycémie dépassant la limite admise comme normale et suivie d'un retour également rapide au niveau normal. Ce clocher hyperglycémique s'accompagne le plus souvent d'une glycosurie transitoire. Ces courbes particulières ont attiré l'attention des cliniciens qui les identifient sous différents noms: courbe élevée (Mosenthal); courbe transitoire (auteurs Scandinaves); oxyhyperglycémie (Lawrence); lag curve (courbe retardée?) (Maclean), appellation la plus courante, mais erronée.

Bien que l'accord ne soit pas encore fait pour expliquer cette particularité, l'opinion semble assez unanime qu'elle ne traduit pas un défaut du métabolisme du glucose, mais plutôt un retard de sa mise en réserve par le foie. L'auteur avait avancé en 1927 l'hypothèse que la trop grande rapidité à laquelle le glucose est absorbé au niveau de l'intestin encombrerait la circulation porte et que le pouvoir d'absorption du foie se trouvait momentanément débordé. Un rapport de cause à effet entre la rapidité de l'absorption du sucre et l'anomalie de la courbe a été exprimé par plusieurs autres auteurs.

Watson présente l'observation de 20 malades dont l'examen radiologique démontre le passage rapide du contenu gastrique dans l'intestin: gastroentérectomisés; insuffisance du sphincter pylorique de causes différentes; hypermotilité, etc., et chez lesquels une courbe d'hyperglycémie provoquée fut exécutée. Elle fut toujours anormale. Dans un premier groupe de dix cas elle était nettement du type « lag curve ». Dans les dix autres elle présentait plus ou moins les caractères de la courbe du diabète.

Sans pouvoir conclure définitivement que la rapidité de l'absorption soit la cause unique de l'anomalie de la courbe il admet qu'elle semble l'influencer. L'étude des courbes du second groupe (courbe diabétique) semblerait appuyer l'opinion émise par certains, que la durée prolongée de cette condition anormale d'absorption entraîne à la longue une insuffisance permanente de la fonction glycogénique, et peut-être le diabète vrai.

L.-Henri GARIEPY.

**René SARIC. — Exploration fonctionnelle du pancréas endocrine.** « *Biologie Médicale* », vol. 27, page 407, juin 1937.

On peut diviser en trois catégories les épreuves d'exploration fonctionnelle du pancréas endocrine. Un premier groupe qui cherche à apprécier l'insulinémie de base par: mesure de la glycémie basale; indice chromique résiduel; quotient respiratoire; écart glycémique capillaire veineux; dosage de l'insuline circulant dans le sang.

Un second groupe provoque une réponse insulinique par excitation biochimique ou physiologique du tissu insulaire. L'hyperglycémie provoquée est la plus en cours dans ce groupe. Une dernière catégorie comprend diverses épreuves à principes particuliers: examen séro-interférométrique; épreuve de saturation (Woodyatt); épreuve d'hypoglycémie insulinique; épreuve d'hyper-hypoglycémie provoquée.

Les chiffres trouvés au cours de ces différents tests traduisent pour la plupart l'état de glyco régulation dans son ensemble plutôt qu'ils n'apprécient le comportement pancréatique en particulier.

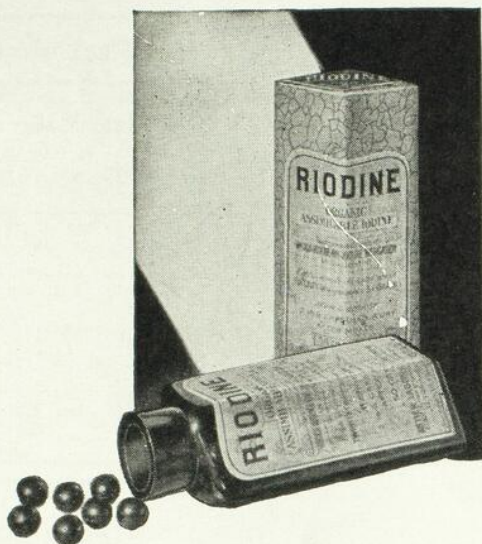
L'auteur prétend tout de même avoir serré le problème de plus près en analysant l'influence du facteur pancréatique dans le déterminisme de la courbe d'hyperglycémie provoquée, pour tâcher de mettre en évidence ce qui lui revient en propre. L'expérimentation aurait permis de constater que deux systèmes hypoglycémiant interviennent dans la glyco-régulation: l'insuline et le système extra-insulinien, avec prédominance du premier, à l'état normal. Les notions générales suivantes peuvent être dégagées des observations de l'auteur et des résultats antérieurement acquis: a) L'action du facteur pancréatique se fait sentir sur la totalité de la courbe et celle-ci demande à être interprétée dans son ensemble, mais b) à l'état normal tout au moins, la production de l'hypoglycémie posthyperglycémique serait de nature spécifiquement insulinienne et l'on ne peut parler de phase hypoglycémique qu'en autant que la courbe remonte ensuite et se stabilise au taux d'équilibre, condition indispensable et pas souvent remplie.

Ces dernières notions appliquées à l'étude du diabète humain à l'aide de variantes de l'épreuve classique de tolérance au glucose, ont permis de reconnaître des pancréas très gravement lésés avec hypoglycémie posthyperglycémique toujours absente après un traitement, régime-insuline, de trois à cinq semaines; et d'autres pancréas capables de restaurer leur fonction insulinienne, comme en témoignait la modification vers la normale de la courbe, après traitement.

Ces déductions se basent sur des recherches expérimentales ayant trait à l'action sur l'état anatomique et fonctionnel du pancréas endocrine, des injections répétées d'insuline d'une part, et du jeûne, d'autre part.

Dans les deux cas l'auteur a retrouvé l'hyperplasie insulaire, hyperinsularisme correspondant bien à un hyperinsulinisme (richesse du pancréas en insuline) mais sans hyperinsulinémie. Donc, « stockage » par défaut d'utilisation, dans les deux expériences: insuline et jeûne. Et l'on est ainsi conduit à accorder plus d'importance qu'on ne le fait, à la dissociation des deux phases de toute sécrétion glandulaire: l'élaboration du produit et son exportation, qui peuvent être en réalité dissociées, dans certains cas pathologiques, puisque, théoriquement, il est permis de penser que certains facteurs

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 lipoïdique 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 D<sup>r</sup> 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 FRÈRES. Montréal**

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

peuvent influencer séparément sur l'une ou sur l'autre de ces deux phases sécrétaires.

Roger-R. DUFRESNE.

## NEURO-PSYCHIATRIE

J. LHERMITTE. — **Pathogénie de l'hémorragie cérébrale.** « Presse Médicale », 14 novembre 1936.

Les travaux récents mettent en doute la théorie de l'anévrisme miliaire défendue par Charcot et Bouchard. On se demande si ces anévrismes ne sont pas la conséquence plutôt que l'origine de l'encéphalorragie.

Pour concevoir exactement la genèse de l'apoplexie cérébrale, L. est d'avis qu'il faut examiner attentivement toutes les conditions étiologiques, cliniques, anatomiques et expérimentales.

Du point de vue étiologique, la sclérose vasculaire est loin d'avoir la valeur que lui ont assignée les anciens. L'hérédité similaire, l'hypertension artérielle et le mal de Bright sont des facteurs plus importants, et encore, à eux seuls, ils sont probablement insuffisants pour déclencher l'encéphalorragie. Il faut davantage.

La constitution apoplectique de Morgagni, le type picnique de Kretchmer, les petits angiomes cérébraux diffus sont des éléments cliniques assez discutables, car les caractéristiques cliniques de ces substrata sont encore assez mal définies et que par ailleurs il n'est pas rare de rencontrer des hémangiomes cérébraux parfaitement tolérés. Ce qui est à noter chez les hypertoniques du type dit apoplectique, c'est surtout l'instabilité vaso-motrice. Ces sujets sont les candidats habituels des petits accidents signalés par Pierre Marie et liés à la formation de foyers lacunaires de désintégration. Chez de tels sujets il est manifeste que l'hypertonie est un facteur étiopathogénique important de l'H. C. en raison même des petits foyers lésionnels préalables.

Admettant cette hypothèse de la lésion préalable, Rosenblath invoque un facteur chimique découlant de l'hyperglycémie, de l'hyperuricémie, de l'hypercholestérolémie souvent concomitantes de ces maladies, mais encore, ces explications ne sont pas entièrement satisfaisantes, car elles ne rendent pas compte du mécanisme intime de la production d'hémorragies chez les jeunes sujets, en apparence indemnes de toute tare pathologique, et de l'apoplexie post-traumatique.

L'H. C. liée à une rupture vasculaire est mise en doute; l'éclatement d'un anévrisme miliaire n'est rien moins que démontré, et Bouchard lui-même admet « une altération du tissu ambiant (périvasculaire) primitivement malade, qui ne fournit plus aux vaisseaux qu'un appui insuffisant. » Les anévrismes miliaires de Charcot ne seraient plus que des hématomes intramuraux ou extra-muraux résultant de la fusée du sang dans les gaines vasculaires. L'apoplexie commune ne résulte pas de la rupture simple d'un vaisseau; ce qui saigne, ce n'est pas une artère déchirée, mais des artérioles, des veinules, des capillaires appartenant à un même arbre vasculaire. L'apoplexie n'est pas monocentrique mais pluricentrique.

La doctrine de la lésion préalable ne peut plus être mise en doute. On sait que le ramollissement cérébral est fréquemment hémorragipare. On sait cependant aussi que le ramollissement n'est pas l'unique cause de l'H. C. et que l'altération parenchymateuse en général ne rend pas compte de toutes les H. C.

Un trouble de la circulation locale devient fréquemment hémorragipare par les désordres vasculaires et parenchymateux qu'il entraîne. Schwartz a supposé que l'H. C. banale est précédée par un désordre circulatoire local dont les différents termes s'enchaîneraient ainsi: spasme, préstase, stase. A cette théorie on demande de prouver la durée de ce trouble vasculaire primitif et de démontrer si à lui seul le spasme peut provoquer l'angéionécrose.

L'association d'un trouble circulatoire local et de modifications du parenchyme est plus plausible. Les expériences de Ruhl et de Deelman laissent croire que l'H. C. de l'homme peut être due aussi bien à une rupture qu'à une stase vasculaire et qu'il demeure acquis que les hémorragies punctiformes autour des foyers principaux sont secondaires à l'apoplexie et non pas contemporains de celle-ci.

Si l'on ligature chez le chat les vaisseaux nourriciers de l'encéphale et qu'ensuite on permette le retour de la circulation, on constate des multitudes d'hémorragies intra et extra-murales tout comme dans l'encéphalomalacie, preuve de l'altération chimique du parenchyme. Westphal a trouvé dans les territoires de mortifications des quantités appréciables d'acide lactique. Westphal a même réalisé l'angéionécrose cérébrale par l'injection dans la carotide du lapin d'une solution d'acide lactique correspondant à celle de l'autolysat cérébral. Il semble démontré que la nécrose parenchymateuse est antérieure à l'H. C. L'étape ultime est marquée par une double atteinte portée à la constitution physico-chimique du parenchyme et au régime circulatoire local.

En réalité, le mécanisme de l'H. C. est plus complexe que ne le croyaient nos devanciers, et les faits cliniques, anatomiques et expérimentaux actuels permettent d'admettre et jusqu'à un certain point de comprendre que l'H. C. peut être causée aussi bien par une thrombose veineuse que par une oblitération artérielle, un traumatisme même léger, ou encore par un désordre local probablement d'ordre vaso-moteur. La rupture vasculaire n'est pas tout dans l'H. C.; elle n'est que la traduction d'un désordre vasculaire étendu à un large territoire cérébral dont le foyer apoplectique apparaît le témoin le plus grossièrement apparent.

Jean SAUCIER.

Jacques DELMOND. — **Formes atypiques de la paralysie générale.** « Gazette des Hôpitaux », 9 juin 1937.

La P. G. avec son syndrome neurologique propre, ses signes oculaires et son syndrome mental est devenue classique. Beaucoup de praticiens ont tort de ne s'arrêter qu'à la forme expansive mégalomane pour considérer là une véritable P. G. Les statistiques de Kraepelin, Junius, Arndt et Bostroem ont depuis longtemps démontré que cette forme est loin d'être la plus fréquente. Les formes dites démentielles, allant du simple fléchissement

**Hémo styl II**

Anémies Du Dr. **ROUSSEL** Hémorragies

**SÉRUM HÉMOPOÏÉTIQUE FRAIS DE CHEVAL**

|  |   |  |
|--|---|--|
| Flacons-ampoules<br>de 10 <sup>cc</sup> de Sérum pur | } | A) <i>Sérothérapie spécifique</i><br>des <b>ANÉMIES</b> (Carnot)   |
|  |   | B) <i>Tous autres emplois</i><br><i>du sérum de Cheval:</i><br><b>HÉMORRAGIES</b> (P.E. Weill)<br><b>PANSEMENTS</b> (R. Petit) |
| Sirop ou Comprimés<br>de sang hémopoïétique<br>total | } | <b>ANÉMIES</b><br><b>CONVALESCENCES</b><br><b>TUBERCULOSE, etc.</b>  |

*Echantillons, Littérature*

97, RUE DE VAUGIRARD — Paris.



D'ABORD VOUS ÉCOUTEZ—  
PUIS VOUS PARLEZ!

ANGLAIS  
ESPAGNOL  
ITALIEN  
ALLEMAND

ou toute autre langue

SANS EFFORT  
CHEZ VOUS  
QUAND VOUS VOULEZ!

PAR LA NOUVELLE ET FACILE MÉTHODE  
**LINGUAPHONE**

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

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

DEMANDEZ  
AUJOURD'HUI  
NOTRE BROCHURE  
GRATUITE



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

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

Nom.....

Adresse.....

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

Quelle langue vous intéresse?.....

des facultés intellectuelles jusqu'à l'affaiblissement le plus profond et global s'observent avec une bien plus grande fréquence.

Analysons 141 paralytiques généraux observés à l'Hôpital Psychiatrique Sainte-Anne et nous constaterons la faible proportion de la forme expansive mégalomaniaque en rapport avec toutes les autres formes présentées.

1. Formes démentielles, 57, comprenant les formes avec affaiblissement simple, profond, dâmenence euphorique.

2. Formes expansives, 27, comprenant les formes mégalomaniaques, hypomaniaques et formes avec agitation.

3. Formes confusionnelles 7.

4 Formes dépressives 8. Etats dépressifs avec idée de suicide, atonie générale et marasme terminal avec parfois délire mélancolique.

5 Formes délirantes 10. Syndromes paranoïdes et délire de jalousie.

6) Formes de Lissaner 3. Hémiplégié-Paraplégié.

7) Tabo-paralysies 16. Formes mentales observées conjointement aux signes tabétiques.

8) P. G. juvéniles 2.

9) Formes mentales avec symptômes de localisation 19. Ces quelques chiffres illustrent bien la grande fréquence des formes mentales de la P. G. en dehors de la forme expansive mégalomaniaque.

L'étude des dossiers de ces mêmes malades, du point de vue des traitements antérieurs de la P. G. nous montre le côté négatif de la question; elle nous enseigne également le grand nombre de P. G. résultant de la syphilis non traitées ou bien irrégulièrement ou insuffisamment traitées. Des examens suivis auraient pu montrer chez ces malades, bien avant l'apparition des troubles mentaux et des symptômes neurologiques de la P. G. une augmentation de la lymphocytose et de l'albuminose rachidiennes, avec des réactions biologiques positives. Ces constatations auraient alors pu guider le praticien vers le choix d'antisyphilitiques appropriés, en l'occurrence les arsénicaux pentavalents dont MM. Sezary, Barbé et Marchand ont démontré l'action si efficace dans la neuro-syphilis car de véritables « récupérations sociales » sont possibles sous l'influence d'un traitement bien choisi et régulièrement poursuivi.

J.-Edouard LEMIEUX.

Louis CAILLOU.—**Les hyperidroses essentielles.** «Gazette des Hôpitaux», 2 juin 1937.

L'hyperidrose est l'exagération de la sécrétion sudorale.

L'éphidrose, c'est l'hyperidrose localisée (palmaire, plantaire, axillaire).

La bromidrose, c'est l'éphidrose plantaire accompagnée de fétidité.

Les osmidroses sont les sueurs odorantes.

Il faut distinguer les hyperidroses essentielles des hyperidroses symptomatiques, c'est-à-dire que l'on peut rattacher à un état pathologique quelconque tel que: état lipothymique (sueurs froides); toute chute thermique brusque ou profonde au cours ou au déclin de maladies infectieuses fébriles; sueurs médicamenteuses (aspirine, antipyrine, pyramidon, etc.); sueurs de certains endocriniens (basedowiens, insuffisances ovariennes, ménopause); sueurs de certaines maladies nerveuses organiques ou essentielles.

Au cours de cette étude, l'auteur laisse de côté toutes ces dernières pour ne s'occuper que des hyperidroses essentielles.

L'hyperidrose essentielle se rencontre surtout chez les sympathico-toniques, les obèses, les intoxiqués et les arthritiques. Sans en connaître le mécanisme, dans ces cas on est conduit à soupçonner une origine nerveuse à cette affection.

Les principales complications sont: l'apparition des sudamina, la macération de l'épiderme déterminant des crevasses, des intertrigos voire même des furoncles. Voilà pour l'hyperidrose généralisée.

Pour ce qui est de l'éphidrose, il faut retenir ceci: au cuir chevelu, il peut se compliquer de séborrhée; à la face, on rencontrera des éphidroses paroxystiques (mastication, oignons, vinaigre, moutarde, chocolat, etc.); aux creux axillaires, il prédispose aux intertrigos et aux abcès tubéreux; aux mains il pourra rendre difficile sinon impossible l'exercice de certaines professions; aux pieds, il se compliquera de bromidrose; pour terminer, signalons l'éphidrose nudorum.

Le traitement est:

#### I. Général.

Il se résumera à des mesures d'hygiène propres au neuro-arthritisme: vie au grand air, exercice régulier, éviter les soucis le surmenage moral et intellectuel, repas réguliers, bonne mastication, combattre la constipation, favoriser la diurèse, éviter les condiments et les aliments faisandés ou conservés. L'hydrothérapie et l'électrothérapie (électricité statique et franklinisation) pourront être jointes à ces mesures d'hygiène.

#### II. Médicamenteux interne.

- 1) Traitement tonique: Phosphates, arsénic.
- 2) Traitement antinerveux: Bromures, valériane.
- 3) Traitement opothérapique: Extraits thyroïdiens à petites doses ou hypophysaires totaux et pancréas.
- 4) Traitement anhydrotique: Sulfate d'atropine, belladone, agaric, ergotine, sulfate de cuivre, cachet anhydrotique de Siguret:

|                          |   |              |
|--------------------------|---|--------------|
| Poudre de digitale       | } | àà 0.01 ctg. |
| Poudre de noix vomique   |   |              |
| Poudre d'agaric          | } | àà 0.10 ctg. |
| Poudre d'ergot de seigle |   |              |
| Chlorhydrate de quinine  |   |              |

Le traitement médicamenteux a une valeur très restreinte dans les éphidroses qui bénéficient beaucoup plus du traitement local ou externe.

#### III. Local.

S'il s'agit d'hyperidrose, le traitement local consistera en des bains, frictions (alcool, alcool camphrée, solution aqueuse de tannin à 5%, solution de formol à 2%) suivies de poudrages abondants avec poudres inertes (talc, amidon, minéraline, alun ou tannin 1%).

S'il s'agit d'éphidrose, le traitement local sera tout indiqué et donnera des résultats souvent parfaits. Son but sera d'obtenir un véritable tannage cutané par épaissement des téguments.

#### Conduite du traitement.

- 1) Pendant quelques secondes onctionner l'endroit de sudation avec sol. formolée à 2% ou du lusoforme.

## LES PROBLÈMES DE LA MALNUTRITION



Les enfants qui refusent le lait et autres aliments sains et fortifiants posent un problème, tant pour les parents que pour les médecins. L'Ovaltine s'est révélée inappréciable en pareils cas. Sa saveur est appétissante et agréable. L'Ovaltine est un concentré bien balancé de nutriments de première valeur. On la sert aux repas, entre les repas et au coucher, brassée dans du lait chaud ou froid. Aliment-tonique-liquide nutritif en elle-même, l'Ovaltine a de plus le mérite de stimuler l'appétit et de le remettre à la normale.

# OVALTINE

Aliment - Tonique - Liquide



## L'ELIXIR DUCRO

ANTIANOREXIQUE • EUPEPTIQUE

- soutient et augmente les forces du malade, stimule l'énergie musculaire.
- produit chez les malades une sensation de défatigue, de réfection, de bien-être général, d'exaltation des forces physiques.
- réveille l'appétit, soutient l'organisme, même à défaut de nourriture.
- est d'un goût agréable et d'une tolérance parfaite.

—♦♦—  
 ASTHÉNIE • ANOREXIE • CONVALESCENCE • GRIPPE • FAIBLESSE  
 LANGUEUR PHYSIOLOGIQUE • ASTHÉNIE POST-GRIPPALE

—♦♦—  
 DURIEZ, successeur de DUCRO & Cie — Paris, 20, Place des Vosges

Dépôt Général pour le Canada: ROUGIER FRÈRES — Montréal, P. Q.

Nouvelle Médication du Salicylate de Soude.

# SODIOSAL

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

—♦♦—  
**LABORATOIRE NADEAU LIMITÉE**

100 ouest, rue SAINT-PAUL

MONTRÉAL

## NUCLÉARSITOL ROBIN

**GRANULÉ - COMPRIMÉS - INJECTABLE**

**TUBERCULOSE - FIÈVRES PALUDÉENNES  
LYMPHATISME - SCROFULE**

R. C. 221639

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

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

- 2) Lavages ou bains locaux à l'eau tiède pendant quelques minutes.  
 3) Séchage et poudrage abondant surtout dans les plis:

|                       |       |
|-----------------------|-------|
| Talc                  | } à à |
| Oxyde de zinc         |       |
| Salicylate de bismuth |       |

Si intolérance il y a au formol on pourra recourir à la lotion suivante:

|                              |    |
|------------------------------|----|
| Tanin sol. alc.              | 1% |
| Sulf-quinine sol.            | 1% |
| Permanganate de potasse sol. | 5% |

Contre l'épithidrose plantaire: semelle de papier buvard imprégnée d'une sol. permanganate de potasse à 1%; les changer 2 fois par jour et y adjoindre le port de chaussures d'étoffes pendant l'été.

Contre l'épithidrose axillaire peu accusée: lotion à l'eau vinaigrée à 1%. Éviter le port de sous-bras imperméables (hors de propos de nos jours). Dans les cas plus sévères: traitement habituel. Dans les cas rebelles aux traitements ci-haut mentionnés, on aura recours aux agents physiques; ultra-violet et radiothérapie.

#### Rayons ultra-violet:

Action traumatisante et tannante. Les doses doivent être fortes, érythémateuses sauf au creux axillaire.

D'action nulle aux mains, l'ultra-violet agit utilement aux pieds et aux aisselles où l'un de ses inconvénients est de laisser une pigmentation visible et d'assez longue durée.

#### Radiothérapie.

Traitement parfait auquel il est indispensable de recourir en cas d'échec des méthodes précédentes. La technique nous en est indiquée par M. Gireandeau (La Médecine, juin 1932).

Première cure de 1500 R filtrés sur 2 millimètres d'aluminium divisée en 6 séances hebdomadaires de 250 R suivie d'un mois de repos.

Puis, selon les cas, une ou deux nouvelles cures de 750 R en 3 séances hebdomadaires séparées par un mois de repos.

Ce traitement est délicat et ne doit pas assécher la peau, ce qui traduirait la destruction de nombreux acini auxquels la vitalité ne saurait être rendue. Il faut ramener la sécrétion sudorale à son degré normal sans aucune atteinte visible des téguments. Si l'épithidrose est accompagnée d'infection, il convient de n'administrer qu'une dose faible par exemple 1000 R en 4 séances de 250 R suivant la technique indiquée.

Bien entendu les traitements antiseptiques et chirurgicaux ne seront pas négligés en temps et lieu.

J.-Edouard LEMIEUX.

## HYGIÈNE

### G. D. MACKINNON. — Conditionnement de l'air (Air conditioning) « Heat & Power Review », April 19, 1933.

Le conditionnement de l'air consiste dans le nettoyage, la température, la distribution et l'humidification de l'air. Au point de vue hygiène, les appareils doivent remplir ces quatre conditions pour être efficaces.

Durant l'hiver, dans nos maisons, il serait nécessaire d'évaporer un gallon d'eau, afin d'obtenir un degré d'humidité relative de 40 à 45%, zone de bien-être.

Un air filtré, lavé et humidifié à ce degré, prévient les affections pulmonaires et la sécheresse de la peau, chez les habitants vivant dans cette atmosphère.

Dans les hôpitaux où ce système est installé, la convalescence des malades est de durée moindre.

En général la zone de bien-être dans les maisons est obtenue quand la température ambiante oscille entre 68 à 78 F. avec une humidité relative de 40 à 45%. Au contraire, il y a malaise quand bien même la température serait de 75 à 85 c. F. si le degré d'humidité relative est insuffisant. De sorte que pour contrôler cette zone de bien-être, des appareils remplissant les conditions énumérées plus haut devraient être installés et surveillés dans nos maisons et à plus forte raison dans les usines.

L'auteur cite le fait que dans une usine où travaillaient 600 à 800 employés, une partie de l'usine est pourvue d'un système de conditionnement de l'air, l'autre partie est ventilée par les fenêtres. Durant une épidémie d'influenza, aucun employé travaillant dans cette partie où l'air était conditionné, ne fut malade, tandis que dans l'autre partie, où l'air n'était pas conditionné, un grand nombre d'employés furent malades.

Sylvio ROCH.

**TUMANSKY et YATSEIRCH. — L'action bactéricide de l'huile de foie de morue.** « Journal American Medical Association », no 106, page 260, 18 janvier 1936.

Les observations des auteurs démontrent que le développement de streptocoques dans l'huile de foie de morue stérilisée ou non stérilisée cessa après une heure et dans les mêmes conditions le développement de staphylocoques cessa après six heures; ils présentent une statistique de 53 cas de blessures infectées, traitées avec guérison, par l'emploi de pansements à l'huile de foie de morue. L'huile de foie de morue pénètre dans les tissus, liquéfie rapidement les tissus nécrosés et stimule la croissance de tous les tissus et de l'épiderme.

Les expériences de W. Lohr de Leipsig ont démontré que les bactéries telles que streptocoques, staphylocoques et colibacilles ne peuvent survivre dans l'huile de foie de morue.

Il attribue les excellents résultats à la teneur en vitamine A et B de l'huile de foie de morue. La vitamine D agit en faisant apparaître une membrane de granulation et en réparant l'épithélium. On explique l'action des vitamines A et D du fait que les tissus traumatisés présentent une carence en vitamines causée par un apport insuffisant de vitamines aux régions blessées ou à un besoin vitaminique plus prononcé.

Sylvio ROCH.

**T. G. DRAKE, M. D., F. TISDALE, M. D., Allan BROWN, M. D. — Lait évaporé irradié dans la prévention du rachitisme,** « The Journal of Pediatrics », vol. 8, no 2, février 1936.

D'après une série d'observations sur la valeur antirachitique du lait évaporé irradié, les auteurs déduisent les conclusions suivantes:

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.



## 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.

1ère. La valeur anti-rachitique du lait évaporé irradié fut observée chez 103 enfants en croissance âgés de six mois; d'origine anglaise; l'observation dura pendant cinq mois de l'hiver. L'alimentation fut exclusivement composée de lait évaporé irradié, sans addition d'autres sources de vitamines D. Aucun cas de rachitisme, même léger, ne se développa chez ces enfants.

2ème. Un autre groupe de 52 enfants du même âge furent soumis à une alimentation exclusive de lait simplement évaporé; l'observation se fit en même temps et durant la même période climatique parmi ceux-ci, 10% développèrent les signes de rachitisme authentique et 29% du rachitisme léger; ces constatations furent faites par la radiographie.

3ème. Un autre groupe de 52 enfants du même âge et dans des conditions identiques, furent soumis à une alimentation exclusive de lait pasteurisé. Parmi ceux-ci 23% développèrent des signes de rachitisme authentique et 25% du rachitisme léger.

4ème. Chez les enfants recevant une alimentation de lait évaporé irradié, qui présentèrent à la radiographie des signes de rachitisme léger, des dépôts de chaux furent décelés et le rachitisme guéri.

Au contraire, chez les enfants des deux groupes alimentés au lait évaporé et au lait pasteurisé, chez qui existaient du rachitisme, il n'y eut aucune évidence de guérison ou d'amélioration.

Sylvio ROCH.

**T. M. RIVERS (de Rockefeller Institute). — La méthode Rivers: nouvelle vaccination intradermique contre la variole.** « Bulletin des Laboratoires Lederle », vol. 5 no 1, page 3, février 1937.

Après plusieurs tentatives, Rivers en 1931 réussit à cultiver un virus vaccin pour vaccination antivariolique. Cette vaccination fut pratiquée la première fois en 1933 par Rivers et Ward sur 118 enfants et nourrissons. Cette vaccination se fit par scarification. Le résultat fut positif chez 100 enfants, dont 4 enfants vaccinés par voie intradermique. Ces enfants vaccinés par le vaccin-virus cultivé furent réfractaires à la vaccination usuelle classique.

Au cours de cette vaccination, l'auteur observa que les prises étaient plus légères que celles de la vaccination usuelle. Constatant que le vaccin-virus cultivé, était vierge de microbes étrangers et que cette culture avait atténué le virus, il pensa que la méthode intradermique était logique et sans danger pour la vaccination humaine.

Il entreprit donc de vacciner par la voie intradermique 29 enfants; tous ces enfants firent une réaction vaccinante. Plus tard, il fut constaté que ces enfants étaient réfractaires à la vaccination usuelle. 33 enfants vaccinés par la méthode classique usuelle furent réfractaires à la vaccination intradermique de Rivers, excepté deux qui firent une réaction de vaccination intradermique. D'après un rapport fait au Deuxième Congrès de Microbiologie à Londres en 1936, 10,000 individus avaient été vaccinés par cette méthode intradermique sans réactions défavorables. 95% de ces vaccinations furent immunisantes.

Rivers donne les instructions suivantes pour vacciner selon sa méthode intradermique:

0.1 c.c. d'une culture glycérolée de virus diluée dans 5 à 10 c.c. d'une solution saline est injectée sous la peau sur la partie supérieure du bras ou de la cuisse à l'aide d'une petite aiguille à tuberculine. Cette injection se fait de la même manière que celle du Schick. Aussitôt l'injection donnée, il faut nettoyer le site de l'injection avec de l'alcool afin d'empêcher la formation d'une vésicule à la surface de la peau. Aucun pansement n'est nécessaire.

Entre le 4<sup>ième</sup> et le 9<sup>ième</sup> jour, apparaît au site de l'injection une petite papule suivie d'un érythème et d'une induration de 2 à 3 cm. en diamètre. Quatre à six jours après le début de la réaction initiale, apparaît une seconde zone d'érythème moins intense que la première autour de la lésion, puis disparaît rapidement dans un ou deux jours. Il ne se produit pas de cicatrice.

Les revaccinations produisent des réactions plus légères que la vaccination primaire; la réaction apparaît de 6 heures à 3 jours après l'injection et consiste en l'apparition de petites papules accompagnées de démangeaison, puis une légère desquamation de la peau environnante.

La durée de la vaccination par la méthode de Rivers n'est pas déterminée. L'Auteur recommande de revacciner plus fréquemment qu'avec la méthode usuelle classique.

Sylvio ROCH.

## CHIRURGIE

Carl A. KUNATH. — **La cholécystite non calculeuse. Analyse de cent cas traités par la cholécystectomie.** « J. Am. M. Ass. », 1937, 109, n° 3, 183-187.

De nombreux articles ont paru depuis quelques années sur les résultats plus ou moins satisfaisants de la cholécystectomie comme traitement de la cholécystite non calculeuse. L'étude actuelle porte sur cent cas opérés en huit ans, soit du 1<sup>er</sup> mars 1927 au 1<sup>er</sup> mars 1935. Ce sont tous des cas, non compliqués, où l'ablation de la vésicule biliaire a été l'unique manœuvre opératoire.

Un questionnaire a été adressé aux malades ainsi traités et l'analyse de leurs réponses fait l'objet de ce travail.

L'âge moyen des opérés est 42.3 ans; les hommes sont plus nombreux dans la catégorie non calculeuse que les femmes.

Les signes cliniques sont évidemment plus marqués dans les cas où il y a calculs que dans les autres. Mais, fait intéressant à noter, 56 pour cent des non-lithiasiques ont présenté une histoire de colique hépatique: douleur très vive à l'épigastre ou à l'hypocondre droit avec irradiations dorsale ou scapulaire, douleur nécessitant même une injection calmante. Les suites post-opératoires ont été moins bonnes chez les malades non calculeux que chez les lithiasiques. Les suppurations de la plaie opératoire y ont été plus fréquentes aussi, s'accompagnant même d'éventration, et on compte chez les premiers six décès contre un seul dans l'autre groupe. La même proportion se rencontre pour ce qui regarde les gaz intestinaux, les nausées et les vomissements post-opératoires.

## 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.

**Tout Déprimé**  
» **Surmené**

**Tout Cérébral**  
» **Intellectuel**

**Tout Convalescent**  
» **Neurasthénique**



est justiciable  
de la :

**NEVROSTHENINE FREYSSINGE**

**6, Rue Abel  
PARIS (12<sup>e</sup>)**

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

**CHLORAMINE FREYSSINGE**

Pil. glut. titrées à 0.06 - 1 à 3 à chaq. repas - 6, R. Abel, Paris  
DÉSINFECTION INTESTINALE PORTEURS DE GERMES

**CAPSULES DARTOIS**

0,05 Créosote titrée en Galacok. 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.

---



---

# SULFOCIDÉ

---

« PARA-AMINO-BENZENE-SULFAMIDE »

à l'usage exclusif du médecin.

---



---

## INFECTIONS STREPTOCOCCIQUES & GONOCOCCIQUES

Infections puerpérales

Scarlatine

Septicémie

Erysipèle

Arthrites suppurées

Amygdalite aiguë

Impetigo chronique

Méningite

Otite moyenne

Gonorrhée

---

*Littérature et échantillons sur demande.*

---

CONDITIONNEMENT :

|                  |          |           |        |       |
|------------------|----------|-----------|--------|-------|
| En bouteilles de | 25 tabs. | de 5 grs. | - doz. | 4.80  |
| " "              | " 100    | " " "     | - ch.  | 1.25  |
| " "              | " 500    | " " "     | - ch.  | 5.75  |
| " "              | " 1000   | " " "     | - ch.  | 11.00 |

---

**CASGRAIN & CHARBONNEAU LIMITÉE**  
MONTREAL

---



---

Enfin les résultats éloignés sont connus dans 85 pour cent des cas non lithiasiques, et de ceux-ci, seuls 26.1 pour cent des patients peuvent être comptés comme guéris; 69.6 pour cent de ces malades ont été améliorés.

La physiologie pathologique de la vésicule biliaire est mieux connue maintenant et l'on hésite à dire que la vésicule puisse être sacrifiée sans dommages pour la santé de l'individu. Bien plus, Eiss et Waley déclarent, après avoir analysé les changements anatomiques et physiologiques consécutifs à la cholécystectomie, que cette opération peut amener une nouvelle série de troubles cliniques, car elle prive le foie de son réservoir biliaire.

En résumé, l'auteur trouve que la cholécystectomie chez les patients non lithiasiques est plus grave et plus souvent mortelle que chez les calculeux.

Edouard DESJARDINS.

## GYNÉCOLOGIE

### R. ROGE. — **Traitement des troubles gynécologiques d'origine endocrinienne.** « Gazette Médicale de France », 1er juillet 1937.

Nous envisageons séparément la thérapeutique des troubles généraux, la thérapeutique des troubles locaux.

*Troubles généraux et fonctionnels.* — Dans l'ensemble tous les troubles neuro-végétatifs et psychiques réagissent remarquablement à la *folliculine*.

Une nouvelle hormone a été employée avec d'excellents résultats (Mocquot et Moricard), c'est *l'hormone mâle ou testostérone*.

*La Folliculine.* — En général des doses faibles suffisent; c'est la seule indication de la folliculine-thérapie par voie buccale. On commencera par des doses quotidiennes de 1/10 de milligramme soit 1.000 unités (par exemple L gouttes de Gynœstryl). Cependant si l'administration per os ne donne pas de résultats satisfaisants, il faudra recourir à l'administration par voie parentérale. On injectera deux fois par mois *un milligramme* de benzoate de folliculine en solution huileuse. Il est rare que ces doses ne suffisent pas et que l'on soit obligé de les augmenter, en pratiquant par exemple 1 injection par semaine. Ce traitement devra être renouvelé *chaque mois*, pendant un semestre environ. Il va sans dire qu'on le reprendra si les troubles reparaissent, même après un intervalle de plusieurs années.

*Hormone mâle.* — La testostérone ou hormone mâle a été également employée avec succès contre les troubles neuro-végétatifs et psychiques de la ménopause (Mocquot-Moricard) on peut l'utiliser sous la forme de ses deux principaux éthers: l'acétate ou le propionate de testostérone (Roussel).

Là encore les doses et le rythme des injections seront variables suivant les résultats obtenus. On pourra commencer par *une injection hebdomadaire de cinq milligrammes*. Cette dose pourra être *doublée* sans inconvénient si l'on n'obtient pas de résultats.

Les conclusions des auteurs que nous avons cités, conclusions que nous avons nous-mêmes vérifiées, sont que la testostérone:

« Modifie et en général améliore les troubles fonctionnels neuro-végétatifs de la castration chez la femme. »

« Modifie l'état psychique, avec en particulier sensation d'euphonie et d'activité plus grande. Cet effet est inconstant. On peut avoir au contraire une augmentation de l'instabilité nerveuse. »

Nous avons envisagé en bloc le traitement des troubles généraux de la ménopause. Nous voulons insister particulièrement sur le traitement de certains troubles: l'obésité, l'acné, les prurit, les troubles fonctionnels urinaires.

*Obésité.* — L'expérience montre que l'on obtient dans le traitement de l'obésité, de meilleurs résultats avec des préparations thyroïdiennes qu'avec la folliculine. Après examen soigneux de la malade, après avoir tâté la susceptibilité, on prescrira des doses quotidiennes de cinq centigrammes, une dizaine de jours par mois. On réduira ou augmentera ces doses suivant le résultat obtenu. Il est fréquent que l'on n'obtienne aucun résultat avec cinq centigrammes. On pourra dans ce cas augmenter jusqu'à 10-15 et même dans certains cas 20 centigrammes, car la tolérance des femmes à la ménopause est parfois extraordinaire, bien supérieure à celle des femmes jeunes. Il est bien entendu que si l'on utilise des doses aussi considérables, il faudra suivre de très près les malades. Dès que l'on commence à obtenir un résultat, il est bon de diminuer les doses, et même de les suspendre pendant un certain temps pour ne pas obtenir d'amaigrissement trop intense ou trop rapide.

Comme nous le reverrons, l'hygiène générale et alimentaire doit être strictement imposée.

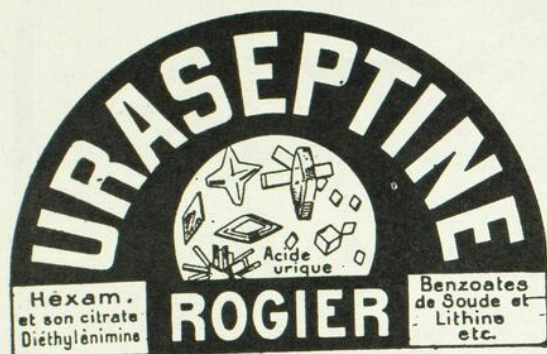
*Acné de la ménopause.* — Contre l'acné, qui peut se présenter comme un trouble isolé, on emploie depuis longtemps la folliculine en applications locales. Soit au moyen de pommades à la folliculine, soit plus simplement en frictionnant chaque jour les régions atteintes avec une ampoule de folliculine. On emploiera des doses fortes 5 milligrammes (soit 50.000 unités) de solution huileuse. Dans quelques cas, la dose de 2 milligrammes serait suffisante. L'amélioration débute au bout de quelques jours, les éléments acnéiques se décongestionnent puis s'effacent. La guérison s'obtiendrait en peu de semaines.

*Prurit.* — Le prurit vulvaire est un accident assez fréquent et particulièrement pénible, de la ménopause. On peut utiliser là encore la folliculine en injections ou en applications locales.

En injection on utilisera 3 fois par semaine 10.000 unités de folliculine en solution huileuse. Dès les premières injections on observe une amélioration très nette. Il faut parfois des doses plus considérables, 50.000 unités. Cependant des doses trop fortes peuvent provoquer des hémorragies utérines parfois très abondantes. Il est préférable d'utiliser des doses moyennes. La méthode des onctions locales est peu pratique car elle nécessite des doses infiniment plus fortes, on peut néanmoins la combiner à la méthode des injections.

Les prurits extra-génitaux pourraient de même être influencés par la folliculine et de très beaux résultats en ont été rapportés (Kaufmann).

*Troubles fonctionnels urinaires.* — Ces troubles sont relativement fréquents, particulièrement chez la femme castrée; ténesme vésical, mictions impérieuses, brûlure, sans aucune lésion locale. On a signalé leur amélioration et leur disparition après injection d'hormone mâle ou testostérone. Comme nous l'avons dit plus haut, on utilisera des doses de 5 à 10 milligrammes toutes les semaines, et il est fréquent de voir disparaître tous les troubles après quelques injections seulement.

**ANTISEPTIQUE URINAIRE ET BILIAIRE par excellence**

Se méfier des similitudes de noms

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

**INDICATIONS:** Pyérites — Pyélo-néphrites — Bactériuries — Cystites — Prostatites — Urétrites — Pyuries — Blennorrhagies — Abscess urinaux — 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.**

**MODÉRATEUR CARDIAQUE**

**SÉDATIF NERVEUX**

**ANTI-SPASMODIQUE**

# CARDIOSÉDINE

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

**INDICATIONS:**

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

**ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE**

**Importations Européennes Ltée**

637, rue Craig ouest

Tél. LA. 0315

**MONTREAL**

**NEURINASE**

*amorce le  
sommeil naturel*

**Insomnie**  
Troubles nerveux

*Ech<sup>ons</sup> & 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

Après avoir passé en revue les différents troubles généraux de la ménopause et leur traitement, il convient de faire encore deux remarques particulièrement importantes :

1<sup>o</sup> Ce traitement, s'il est appliqué préventivement, ou très précocement, donne d'excellents résultats, ils seront moins bons s'il est appliqué après l'apparition des troubles.

Il est nécessaire de le poursuivre longtemps, et de le reprendre si les troubles réapparaissent même fort longtemps après arrêt du traitement.

2 Lors de la ménopause plus que dans n'importe quel cas, un traitement d'ordre général s'impose, les règles d'hygiène de vie, d'hygiène alimentaire surtout ont à cette époque une importance primordiale.

*Traitement des métrorragies.* — Nous serons bref sur ce point que nous avons déjà traité, au chapitre des troubles menstruels de la femme adulte.

Nous rappellerons simplement que ces métrorragies, lorsqu'elles sont dues à une hyperplasie fonctionnelle de l'endomètre — relèvent d'un traitement par le prolan B — et la lutéine — Prolan B pour corriger l'insuffisance de gonado-stimuline B, lutéine pour suppléer à l'insuffisance du corps jaune.

On les prescrira dans la 2<sup>e</sup> partie du cycle menstruel du 20<sup>e</sup> au 25<sup>e</sup> jour pour prévenir, immédiatement pour guérir (si l'on peut !)

Lorsque l'hémorragie est due à une métrite déцидуiforme, que provoque une sécrétion exagérée de gonado-stimuline B et, partant, de lutéine, — on essaiera l'insuline. — Bien souvent on sera obligé de recourir à l'application intra-utérine d'un crayon de radium. Le traitement ne peut en être endocrinien, car nous ne savons pas encore neutraliser la lutéine.

Nous ne voudrions terminer ce chapitre de traitement des troubles de la ménopause sans rappeler à nouveau :

— la difficulté du classement des hémorragies, ménopausiques et post ménopausiques.

— la fréquence à cet âge, et particulièrement pour les hémorragies post-ménopausiques des lésions locales utérines, bénignes ou plus souvent malignes, et sans insister sur ce fait que l'on ne doit absolument pas poser le diagnostic d'hémorragies fonctionnelles, avant d'avoir mis en œuvre tous les moyens d'exploration que nous possédons actuellement, curetage explorateur, hystérogaphie et au besoin hystéroscopie, permettant la biopsie de la muqueuse ou d'un fragment suspect.

## ÉLECTRO-RADIOLOGIE

Henri BEAU et M. BASCOUNET. — **Note sur la radiothérapie de l'angine de poitrine.** « Bull. de la Soc. franç. d'El. et de Rad. », p. 175, mai 1937.

Les A. soumettent de très encourageants résultats obtenus par la radiothérapie dans l'angine de poitrine; ils s'étonnent que, vu le peu de résultats des autres thérapeutiques, celle-là n'ait pas gagné davantage, depuis les dix années de son introduction, la faveur du public médical. Il est depuis longtemps connu que les rayons X sont d'une innocuité absolue sur des tissus évolués comme le muscle cardiaque. Les travaux d'Audiat (1935) ont prouvé

que les irradiations diminuent l'excitabilité et la conductibilité nerveuses. Delherm, Bienvenue, Zimmern ont depuis longtemps montré l'action bienfaisante des radiations sur les spasmes vasculaires, l'artérite oblitérante, l'érythisme cardiaque, voire la tension oculaire des glaucomateux.

En ce qui regarde l'angine de poitrine, la méthode consiste, à utiliser deux larges champs, antérieur et postérieur, celui-ci incluant D4 et le ganglion étoilé. 140 KV, 5mm Alm., dist. 25 à 40 cm. séances de 150 à 200 r, deux ou trois séances par semaine.

Sont justifiables de radiothérapie, par ordre d'efficacité: l'angor d'effort pur; l'angor avec insuffisance cardiaque et hypertension, l'une et l'autre bénéficiant du traitement d'une façon notable, l'angor dit réflexe, l'angor des névropathes.

A remarquer cependant que le traitement ne modifie jamais le tracé électrocardiographique.

La statistique des A. porte sur 39 malades, dont 36 ont été améliorés.

Le degré de cette amélioration va de l'atténuation légère à la disparition complète pour six mois ou un an, de crises sévères et répétées.

Les contre-indications ne portent que sur les angineux dont le tracé électrocardiographique comporte d'importantes déformations, et ceux dont les crises sub-intrantes laissent soupçonner l'imminence de la mort.

Louis-Philippe BELISLE.

**DELHERN, THOYER-ROZAT, J. BERNARD. — Quelques résultats de radiokymographie du diaphragme.** « Bull. et Mém. Soc. de Radiol. Méd. de France », no 237, mars 1937.

Les auteurs présentent des clichés recueillis depuis 2 ans au Service central d'électro-radiologie de l'hôpital de la Pitié.

La radio-kymographie permet d'enregistrer les contractions du diaphragme. Cette méthode employée déjà par plusieurs, a fait l'objet de nombreuses publications. Les A. ont adopté le procédé de la grille mobile. Le déplacement horizontal imprimé à la grille dure sept secondes et la disposition verticale des fentes favorise l'analyse du jeu diaphragmatique qui se fait surtout dans ce sens.

La lecture des kymogrammes se fait de droite à gauche. Le diaphragme est représenté par une ligne brisée ou ondulée, formée de segments descendants (inspiration) et ascendants (expiration).

Le retentissement diaphragmatique de certains actes physiologiques comme la toux et le rire peut être aussi étudié par la radiokymographie. L'excitation du nerf phrénique au cou suivant la technique de Duchenne de Boulogne produit chez le sujet n apnée une contraction qui s'inscrit sur le film.

Quant aux affections qui retentissent sur le diaphragme elles peuvent être classées en trois groupes:

*A. Affections de l'appareil diaphragmatique.*

a) *Atteintes du nerf phrénique.*

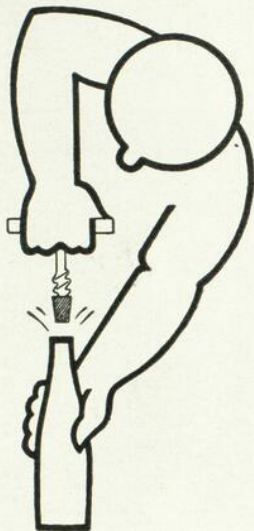
Les atteintes du nerf phrénique comprennent les paralysies et les états d'excitation pathologique (hoquet). L'hémidiaphragme paralysé est presque immobile et les très faibles déplacements observés sont complexes et irréguliers.

# STOVÉDRINE

POMMADE NASALE  
SOLUTION POUR  
PULVERISATIONS

**CORYZA, ASTHME,  
RHUME DES FOINS**  
SÉDATION IMMÉDIATE

STOVOCAÏNE  
EPHÉDRINE  
NATURELLE



**DÉBOUCHE LE NEZ**

LABORATOIRES LICARDY. 38, Boulevard Bourdon Neuilly s/Seine

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

## LIQUEUR LAVILLE

### “L'ANTIGOUTTEUX”

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

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

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

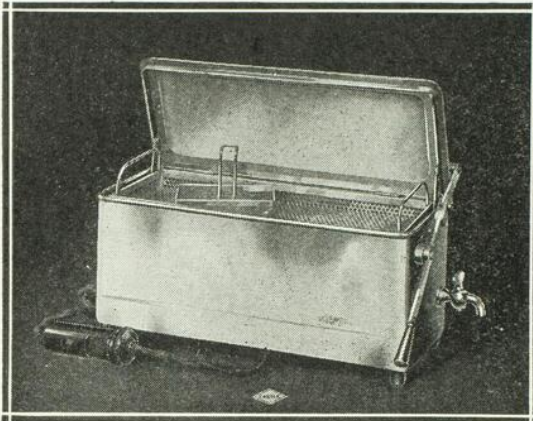
La LIQUEUR du Dr LAVILLE se présente aussi en flacon de 150 pilules.

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

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

## STERILISATION

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



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

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

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

Vous ne pouvez endommager le Stérilisateur par négligence.

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

WILMOT CASTLE COMPANY  
 Rochester, N. Y.

**"CASTLE"**

**CASGRAIN & CHARBONNEAU LIMITÉE, MONTRÉAL**

*Représentants Exclusifs*

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

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

Générateurs à Thérapie Profonde 200 - 400 K. V.

Générateurs Combinés ( Diagnostique - Thérapie )

Générateurs à Diagnostique (Haut Milliampérage)

Générateur à Diagnostique (Condensateurs)

Générateurs à Diagnostique pour Praticien

Tables à Rayons-X (modèles de tous genres)

Fluoroscopes verticaux. Stéréoscope

Civière Radiographique Spéciale

Appareils à Haute-Fréquence

Escamoteurs de Cassettes

Ampoules à Rayons-X

Electro-Cardiographe

Accessoires.



*Littérature descriptive gracieusement fournie*

**CASGRAIN & CHARBONNEAU**  
 Limitée

*Représentants Exclusifs*

LAncaster 3292

MONTREAL

30 est, rue St-Paul

L'excitation pathologique du nerf phrénique détermine le hoquet. Selon les A. la contraction est unilatérale: elle s'exprime sur le radiokymogramme par un crochet très bref et très aigu auquel correspond un mouvement inverse du côté opposé.

b) *Atteintes du muscle diaphragmatique.*

Un cas de relâchement diaphragmatique observé par les A. ne s'accompagnait ni d'altération de la forme de la contraction respiratoire ni de phénomène de bascule; tandis qu'un cliché pris au cours de la toux chez un patient atteint de hernie a permis d'enregistrer un mouvement de bascule. Ce qui est caractéristique c'est que le mouvement paradoxal n'apparaît que sur le segment du diaphragme avoisinant l'orifice de la hernie.

B. *Affections sus-phréniques.*

a) *Hydropneumothorax.*

La radiokymographie permet de préciser l'asynchronisme entre le niveau liquide et la coupole diaphragmatique du côté opposé (phénomène de Kienback). Le déplacement du médiastin peut être enregistré en utilisant le déplacement vertical de la grillé.

b) *Pleurésies.*

Au bout de quelques mois lorsque l'épanchement est en voie de résorption, la coupole se dessine et la radiokymographie permet d'enregistrer les très faibles mouvements qui l'animent. La courbe est très aplatie, très irrégulière, crochetée; cependant il n'y a pas d'asynchronisme.

c) *Pneumopathies.*

Dans les pneumopathies, la radiokymographie révèle des altérations de la respiration du diaphragme que le seul examen radioscopique ne permet pas d'identifier nettement.

C. *Affections sous-phréniques.*

Les auteurs ont observé un seul cas d'affection sous-phrénique, chirurgicalement vérifié. Il s'agissait en l'occurrence d'un abcès périnéphrétique droit. La radiokymographie a objectivé l'immobilité presque complète de l'hémi-diaphragme sus-jacent.

La radiokymographie permet avec cette technique de choix des A. d'étudier la physiologie et la physiopathologie de l'appareil diaphragmatique.

L. GAGNIER.

# SOCIÉTÉS

---

## LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL

### Rapport de la troisième séance

Tenue à l'Université, le 9 mars 1937

#### Travaux scientifiques:

#### 1. Radiodiagnostic du noyau osseux supplémentaire des apophyses transverse de la 1ère vertèbre dorsale.—M. L.-A. GAGNIER, père.

Il ne faut pas confondre ce noyau osseux avec une fracture fragmentaire de l'apophyse transverse de la 1ère vertèbre dorsale. C'est un os surnuméraire de forme et d'aspect variables, que l'on peut identifier à la radiographie, surtout en variant les angles; cependant, cette anomalie est sujette à de nombreuses erreurs d'interprétation, même par des experts. Et, à ce sujet, M. Gagnier cite cette phrase de Bécélère: « Les Rayons de Roentgen ne trompent point; c'est nous qui nous trompons en leur demandant plus qu'ils ne peuvent nous donner, ou en interprétant mal leur langage ».

*En discussion:* M. JUTRAS est aussi d'opinion que ce ne sont pas des nodules calcifiés, mais bien de véritables formations osseuses.

#### 2. Trichobezoar ou Aegagropile. — M. P. BRODEUR.

C'est la présence d'une masse de cheveux ou d'une tumeur pileuse dans un organe creux, et surtout dans le tube digestif. Chez ces malades, vomissant après les repas, la radioscopie montre un estomac dont les mouvements sont normaux, qui se vide bien, mais on note la persistance d'une lacune, d'une masse inamovible que l'on peut prendre pour une tumeur.

*En discussion:* M. DUFRESNE dit lui avoir trouvé dans l'intestin une tumeur pileuse, formée de crins. M. DeBELLEFEUILLE rapporte avoir trouvé une souris morte dans le vagin d'une démente précoce.

#### 3. La révulsion physiothérapique. — M. A. LAQUERRIERE.

Deux procédés de physiothérapie révulsive sont le plus couramment employés: 1) les étincelles de haute fréquence, soit à l'air libre, soit avec le manchon de verre de Houdin; 2) la révulsion faradique par le rateau de Tripier. Avantages: possibilité de renouveler souvent les applications locales, même deux ou trois fois par jour; vasodilatation superficielle intense, augmentation de la trophicité locale, régularisation de la circulation locale. Indication: engelures, gangrène sénile, syndrome de Raynaud, algies, lumbago, torticolis, myalgies diverses, névralgies légères et même graves et tenaces. Excellent dans les affections pythiatiques.



**Q**UAND 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.

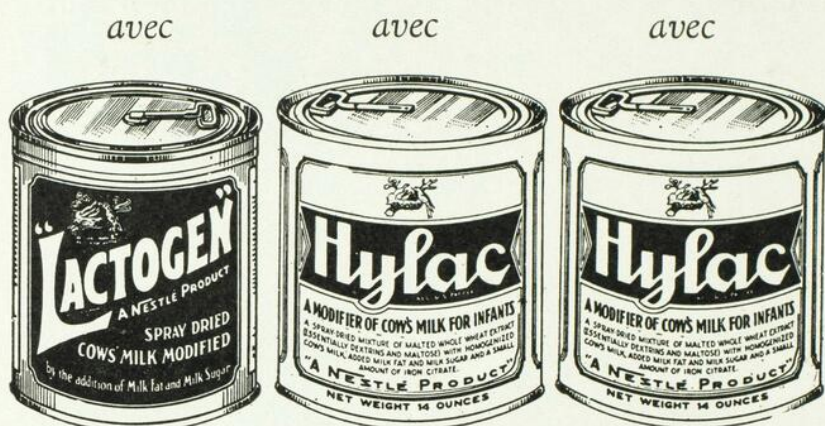
# ELIXIR GABAIL

VALÉRO-BROMURÉ

Littérature et échantillon de:

L'ANGLO-FRENCH DRUG CIE, 354 Sainte-Catherine Est, MONTRÉAL

Une ration bien proportionnée—c'est-à-dire un mélange alimentaire contenant les éléments alimentaires, notamment graisse, hydrates de carbone et protéine, approximativement dans les mêmes proportions que dans le lait de femme,—peut être facilement réalisée



COMPARÉS  
AVEC  
LE LAIT  
HUMAIN  
NORMAL

dans de l'eau

dans du lait  
frais dilué

dans du lait  
évaporé dilué

**VOTRE  
PRESCRIPTION**

Rx \_\_\_\_\_  
Lactogen . . . 1 partie  
Eau . . . . . 7 parties

2½ oz par livre du  
poids du bébé

**RÉSULTAT**

GRAISSE . . . . 3.1%  
SUCRE . . . . . 6.7  
PROTÉINE . . . . 2.0  
SELS (cendres) .4  
CALORIES  
Par once . . . . 20  
Par livre du }  
poids du bébé } 50

**VOTRE  
PRESCRIPTION**

Rx \_\_\_\_\_  
Lait frais . . . 1.5 oz  
Eau . . . . . 1 oz  
Hylac . . . . 1 mesure

Par livre du  
poids du bébé

**RÉSULTAT**

. . . . . 3.0%  
. . . . . 6.1  
. . . . . 2.1  
. . . . . .4  
. . . . . 20  
. . . . . 50

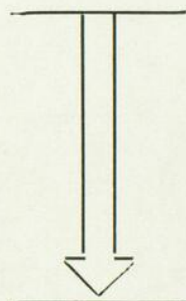
**VOTRE  
PRESCRIPTION**

Rx \_\_\_\_\_  
Lait évaporé . .75 oz  
Eau . . . . . 1.75 oz  
Hylac . . . . 1 mesure

Par livre du  
poids du bébé

**RÉSULTAT**

. . . . . 3.4%  
. . . . . 6.4  
. . . . . 2.3  
. . . . . .5  
. . . . . 21  
. . . . . 53



Pour imprimés et échantillons, veuillez adresser votre formule professionnelle à :

**NESTLÉ'S MILK PRODUCTS (Canada) LTD.**  
TORONTO METROPOLITAN BLDG. CANADA

**4. Le problème du cancer en 1937. — M. E. GENDREAU.**

Au cours des différents Congrès Internationaux qui ont été tenus depuis 1926, on fait une part de plus en plus grande à la physique médicale dans la découverte de la cause du cancer. Au dernier Congrès de 1936, tenu à Bruxelles, on a tenu à honorer les savants qui ont trouvé des substances cancérigènes dans le goudron, et isolé des corps qui peuvent reproduire le cancer en séries. Et le rapporteur donne une explication détaillée des découvertes les plus récentes, et termine en disant qu'il y a là une voie toute tracée vers la solution du problème du cancer.

**5. Exploration radiologique de l'oesophage. — M. A. JUTRAS.**

M. Jutras montre la technique qu'il suit pour explorer l'oesophage, et particulièrement pour ce qui concerne le cancer de cet organe, à la partie inférieure du conduit, près du cardia. Il se sert soit de la sonde d'Einhorn, ou plus simplement d'un petit sac en baudruche (un condom dans l'espèce), attaché à une ficelle, et rempli de thorium, un corps très opaque. La technique est très simple et l'instrumentation, rudimentaire.

**6. La téléroentgenthérapie dans les affections sanguines.**

M. O. DUFRESNE.

Son but est de faire absorber par la totalité du corps la dose maxima de rayons tant en profondeur qu'en surface. La distance optima est de deux mètres. Les éléments cellulaires jeunes des organes hématopoïétiques sont les plus susceptibles d'être influencés par les irradiations; celles-ci agissent différemment suivant qu'elles portent sur l'un des trois systèmes: lymphoïde, médullaire ou réticulo-endothélial. Indications: leucémies lymphoïdes (lympho-sarcomes, grandes hémorragies), myéloïdes (myélomes, maladie de Hodgkin), et leucémies à monocytes. Résultats: excellents dans l'érythémie de Vaquez; bons dans la moitié des cas dans la maladie de Hodgkin. Les résultats sont remarquables, et les rémissions prolongées dans les leucémies lymphoïdes, moins cependant dans les myéloïdes.

**7. Enorme dilatation gastrique par sténose pylorique.**

M. R. GRONDIN.

Le rapporteur présente une radiographie qui montre une image lacunaire divisant l'estomac en deux portions, et pouvant faire penser à une fistule gastro-colique. Six heures après l'ingestion barytée, on note une stase considérable, tout le baryum restant dans l'estomac. Il s'agissait d'une sténose du pylore par un cancer.

*En discussion:* M. LeSAGE insiste sur l'importance de la radioscopie de l'estomac comme moyen excellent de diagnostic précoce.

Albéric MARIN, M. D.,  
Président.

G.-A. SEGUIN, M. D.,  
Secrétaire-trésorier général.

### Rapport de la quatrième séance

Tenue à l'hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc, le 18 mars 1937.

#### Travaux scientifiques:

##### 1. Les diverticules de la vessie. — M. E. DESJARDINS.

C'est la hernie ou l'issue d'une partie de la paroi de la vessie en dehors de sa voie naturelle. Elle apparaît le plus souvent aux points de faiblesse congénitale de la musculature vésicale, ordinairement entre 50 et 60 ans, peut être unique ou multiple. Complications: cystite, formation de calculs et de néoplasmes, hémorragie, affections rénales. Il n'y a pas de symptômes pathognomoniques, ceux de la cystite, et surtout la miction en deux temps. Le diagnostic se fait uniquement par la cystoscopie et la cystographie. Le traitement consiste à pratiquer la diverticulectomie; parfois la prostatectomie ou l'urethrotomie, deux procédés de soulagement.

##### 2. Les ictériques. Ceux à opérer et quand.

M. C.-A. BOHEMIER.

Le rapporteur distingue les ictères par rétention, que l'obstacle soit intra ou extra canaliculaire, et les ictères sans rétention, ou ictères médicaux. Dans les premiers cas, les indications opératoires sont toujours nettes. Dans le second, l'indication d'intervenir s'impose souvent, même si on ne voit pas de calculs à la radiographie; car le drainage de la vésicule agit toujours favorablement sur la cellule hépatique, quelle que soit la lésion ou sa cause. La tendance actuelle est de soumettre à la chirurgie les ictères médicaux, de ne pas attendre que la cellule hépatique soit irrémédiablement lésée, et d'opérer avant les 2 ou 3 mois d'usage.

*En discussion:* MM. NOVE-JOSSERAND et A. BOHEMIER sont d'accord pour noter les bons effets de l'intervention sur l'amélioration de la fonction hépatique. M. GERIN-LAJOIE demande comment il se fait qu'on trouve parfois de la bile dans le ventre, même lorsque la vésicule est intacte.

M. Bohémier répond qu'il y a des péritonites biliaires.

##### 3. Les dyspepsies en clientèle. — M. A. BOHEMIER.

Gutmann recommande d'écouter le dyspeptique qui raconte toujours la même petite histoire, car celle-ci varie habituellement suivant la lésion qui la conditionne. Le diagnostic le plus facile à faire est celui de l'ulcère de l'estomac, à cause de l'évolution cyclique, du rythme habituel des trois semaines; il y a là un élément de certitude, beaucoup plus probant que les caractères de la douleur. Caroli insiste aussi sur l'atténuation de la douleur par le simple décubitus dorsal. Le diagnostic de la gastrite n'est guère possible que par la gastroscopie, sauf chez l'alcoolique. Quant au cancer, il est opportun de pratiquer une radiographie chez tout patient qui, étant dyspeptique, voit ses troubles changer; c'est le seul moyen d'affirmer le cancer à son début, et d'opérer efficacement. Et puis, il y a les dyspepsies réflexes, hypo ou hypersthéniques, conditionnées par l'état de la vésicule biliaire, l'intestin,

# HISTIDIN - IFAH

Au point de vue thérapeutique les propriétés caractéristiques sont:

- 1° **L'action analgésique** de l'histidine, due à son affinité neurotrope.
- 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 cm<sup>3</sup> 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 cm<sup>3</sup> 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 cm<sup>3</sup>.

" 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

les organes génitaux. C'est dire qu'il faut songer à des affections les plus diverses: la cholécystite calculuse ou infectieuse, l'hépatite anaphylactique, l'appendicite aiguë ou chronique d'emblée, la colite, les troubles utéro-ovariens, pour ne mentionner que les plus fréquents.

#### 4. L'estomac normal à la gastroscopie. — M. St-Jean DESROSIERS.

Après avoir donné la description de l'estomac normal, quant à la couleur, qui est d'un rouge orange brillant, quant à ses parois, l'antérieure lisse et luisante, la postérieure anfractueuse et à gros plis, et quant à ses mouvements de rythme et d'amplitude variable, M. Desrosiers nous fait voir un estomac normal à la gastroscopie. Il insiste sur ce fait que le pylore doit être visible dans 95 p. 100 des cas, sans quoi l'examen est incomplet. L'avantage de la méthode consiste dans le dépistage précoce du cancer.

*En discussion:* M. NOVE-JOSSERAND demande dans quelle proportion des cas il est possible de dépister de petites ulcérations autres que l'ulcère? R.: Très peu ou pas du tout. Est-il possible de voir un ulcère à la radiographie, et non à la gastroscopie? Oui, parfois, à cause des mouvements continuels de l'estomac. M. Lacharité insiste sur l'intérêt qu'il y a de faire précéder la gastroscopie d'une œsophagoscopie.

#### 5. La réaction de Meinicke pour le diagnostic de la syphilis.

M. G. PEARSON.

Cette réaction est plus simple que la réaction de Wassermann, tandis que la réaction de Kahn est trois fois plus compliquée. Elle est très utile pour faire un diagnostic rapide de la syphilis, en cas d'urgence, dans les transfusions sanguines notamment, car elle peut s'effectuer en une heure et quart seulement. Le rapporteur dit en avoir pratiqué 408 jusqu'à date, conjointement avec un B. W. avec un résultat identique dans chaque cas. C'est une épreuve d'éclaircissement, la solution, de laiteuse qu'elle est, devient de plus en plus éclaircie en présence du tréponème. Il y a deux sortes de réaction de floculation: la macroscopique, c'est d'elle qu'il s'agit; et la microscopique, où la présence de flocculats constitue un indice de syphilis.

Albérie MARIN, M. D.,  
Président.

G.-A. SEGUIN, M. D.,  
Secrétaire-trésorier général.

### Rapport de la cinquième séance

Tenue à l'Hôpital Général de Verdun, le 13 avril 1937.

Travaux scientifiques:

#### 1. Malariathérapie. Nouvelles applications. — M. Y. LEFEBVRE.

Le rapporteur dit avoir impaludé avec succès un camionneur syphilitique et atteint d'une hémiplegie droite. Le malade supporta admirablement le traitement et vit son hypotonie musculaire retrocéder rapidement; la guérison fut complète. Il cite encore un cas d'urétrite gonococcique traitée et

guérie par la malariathérapie, la température montant à 104 et 105 degrés au cours de traitement. Le Neisser devint négatif après 3 semaines.

*En discussion:* M. BOULAIS croit que c'est la première fois que la gonorrhée est traitée ici de pareille façon. Il doute cependant qu'il soit opportun de conférer la malaria pour cette affection. M. Lefebvre rapporte que plus de mille cas de gono ont été ainsi traités à Berlin, et ce avec les plus grands succès.

## 2. De l'anesthésie générale chez le dentiste. — M. J.-A. SEGUIN.

La préparation à l'anesthésie chez le dentiste exige: 1° d'être à jeun depuis 3 heures, d'évacuer l'intestin quelque temps auparavant, d'éviter la constriction par le vêtement, et d'examiner le cœur et les poumons. Quant au choix de l'anesthésique, le rapporteur est d'opinion que le protoxyde d'azote doit être considéré comme le meilleur à cause de sa rapidité d'action et de son manque de toxicité. Le chlorure d'éthyle est d'un contrôle difficile; l'éther, peu recommandable; l'avertine par voie rectale exige l'hospitalisation; le cyclopropane donne une meilleure résolution musculaire que le gaz mais son prix est prohibitif; et enfin l'évipal, à la dose de 5 c.c., devient d'un usage de plus en plus courant.

*En discussion:* M. RACICOT recommande lui aussi l'évipal; il ajoute cependant que l'excellence des résultats tient davantage à l'habileté de l'opérateur qu'à l'anesthésique lui-même.

## 3. Traitement des pneumonies en clientèle. — M. E. THIBAUT.

L'endroit idéal pour le traitement des pneumonies, c'est l'hôpital. Cependant, il peut aussi se faire très bien à domicile. Sur 106 cas de pneumonies, le Dr Thibault rapporte 5 cas de morts à la suite de lésions cardiaques chez des vieillards, et 3 cas de pleurésies purulentes. Traitement: repos au lit; il doit être très complet, avec défense expresse au malade de se lever pour aucune considération. Température de la pièce: 60-65 degrés F. Une bonne aération; mais elle est difficile à obtenir à la maison. Diète: liquide tant qu'il y a de la température; et c'est une erreur d'alimenter les premiers jours. Enveloppements sinapisés, cataplasmes de graine de lin dans les cas sérieux. Ventouses en cas de douleurs ou de congestions persistantes. Médicaments: huile camphrée au début; coramine par la bouche, à doses fortes et souvent répétées. Caféine, strophanthus; la digitale dans les cas de lésions cardiaques pré-existantes seulement. Adrénaline chez les vieillards. De l'alcool que pour les alcooliques. Créosote sous forme de suppositoires. Saignée chez les pléthoriques. Jamais de médications antithermiques, ni de morphine. Et enfin des vaccins, et en particulier le Vaccin de Minet, qui donnent tous, suivant l'avis de l'auteur, de bons résultats.

*En discussion:* M. LEBEL est d'accord avec le rapporteur, surtout pour ce qui concerne la vaccinothérapie. M. RACICOT demande si l'on peut obtenir d'aussi bons résultats sans les vaccins. M. THIBAUT ne le croit pas, et il n'a aucun doute qu'ils ont une influence heureuse sur l'évolution de la maladie et qu'ils abrègent la convalescence. M. GERIN-LAJOIE recommande la coramine par voie intraveineuse, surtout dans les congestions pulmonaires chez les opérés.



LE SCAPHANDRIER :

"C'est loin d'être aussi agréable qu'une Sweet Caporal."

**CIGARETTES SWEET CAPORAL**

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



# Bronchites

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

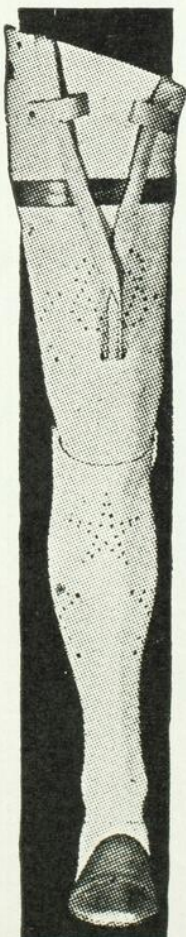
MATIN, MIDI et SOIR  
une cuillerée à soupe de

FERRAND.

# SIROP FAMEL

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

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

**4. De l'alimentation dans les syndromes dysentériques de l'enfant.**

M. P. LETONDAL.

La dysentérie se reconnaît aux diarrhées muco-hémorragiques et au ténesme rectal, et aux lésions ulcératives du gros intestin, portion rectocolique. Elle peut être soit primitive, et alors d'origine alimentaire: lait de vache, viandes ou fruits, soit secondaire à la rougeole, à la grippe et aux infections respiratoires. Le traitement, dans son principe, consiste à nourrir l'enfant d'abord, et à traiter sa diarrhée ensuite. Pour les 3 premiers jours: diète hydrique (avec la théobromine dans les cas de déshydratation pour éviter les complications rénales), puis la cure de pommes, et enfin la diète hydro-carbonée avec babeurre, qui est une diète de transition entre la cure de pommes et le régime normal. Il importe de ne jamais donner de lait, mais des céréales, du jus de fruits, des pâtes alimentaires, de la purée de pommes de terre, du babeurre avec sirop. Quant à la quantité requise, M. Letondal recommande de se baser sur l'appétit de l'enfant et surtout sur la courbe de poids.

*En discussion:* M. LUSSIER s'informe de la valeur de tous les médicaments qui ont été préconisés pour le traitement de la dysentérie + R.: A l'exception de l'élixir parégorique dans le cas de douleurs abdominales trop fortes, la cure de pommes et la diète hydro-carbonée rendent parfaitement inutile toute autre médication.

**5. Exophtalmie sans goitre. — M. R. DORE.**

M. Doré rapporte l'histoire d'une malade présentant une exophtalmie sans goitre ni hyperthyroïdie, sans aucun signe de Basedow et avec un métabolisme normal; hypersympathicotonique, cardio-rénale et ptosique abdominale. Il profite de cette occasion pour insister sur ce fait que l'exophtalmie n'est pas toujours la signature de la maladie de Basedow. Comme cause d'exophtalmie, on peut reconnaître soit un excès de tissu graisseux au fond de l'orbite, soit un volume exagéré des veines de l'œil; dans tous les cas on croit qu'elle est due à l'existence d'une gaine conique à fibres circulaires qui entoure l'œil et qui, en se contractant, provoque l'exophtalmie. Celle-ci, dans le cas de la malade, tiendrait à une surexcitation du sympathique, l'épine provenant soit de la glande thyroïde ou de la surrénale.

*En discussion:* M. LETONDAL dit avoir vu 2 cas d'exophtalmie unilatérale à la suite de scorbut. M. Pouliot demande s'il y a des signes cliniques qui différencient l'exophtalmie sympathique de celle de la maladie de Basedow. R.: Non, car l'hypersympathicotomie et l'hyperthyroïdie sont le plus souvent associées chez un même sujet, et que l'ensemble de leurs signes constitue la maladie de Basedow.

Albéric MARIN, M. D.,  
Président.

G.-A. SEGUIN, M. D.,  
Secrétaire-trésorier général.

**LA SOCIÉTÉ DE PHTISIOLOGIE DE MONTREAL****Procès-verbal de la cinquante-huitième assemblée régulière**

Tenue à l'Institut Bruchési, le 16 avril 1937.

Sous la présidence du Dr Verschelden.

Lecture des minutes de l'avant-dernière assemblée qui sont adoptées telles que lues.

L'on procède à l'ordre du jour.

Le Dr Verschelden suggère que la question qui avait été soumise à la Société de Phtisiologie quant au mode de vénération des reliques dans la province de Québec soit référée de préférence aux centres de prophylaxie de la tuberculose tel que l'Institut Bruchési et Royal Edward. Adopté à l'unanimité.

La première communication est celle des Drs BERTRAND et LENOIR: «Suppurations broncho-pulmonaires.»

A la dernière réunion le Dr Bertrand dit qu'il avait été inscrit au programme pour un travail qui s'intitulait: «Suppurations broncho-pulmonaires traitées par P N X.» Aujourd'hui il voit que le titre de sa communication a été changé pour celui de: «Suppurations broncho-pulmonaires.» C'est un sujet trop vaste pour qu'il prétende le traiter en entier. Il mentionne les derniers travaux parus à ce sujet, notamment le compte rendu du dernier congrès à Montréal, et un travail de Durant publié dans les Archives Médico-Chirurgicales. Autrefois, cette affection semblait rare. Aujourd'hui elle est beaucoup plus fréquente, mais ceci s'explique du fait que l'on sait la dépister.

Le terme «suppuration» est un terme très vague. On les a donc divisées, d'après Sergent, en abcès simple et abcès compliqué. Les premiers reconnaîtraient pour cause les maladies ordinaires, les corps étrangers. Les seconds seraient de causes externes: septicémies, bronchiectasies.

Quant au traitement, celui-ci est bien difficile à établir. Les cliniciens, en général, ne voient ces malades que tardivement, alors qu'il s'agit d'abcès compliqués. C'est pourquoi le Dr Archibald ne veut pas admettre la classification de Sergent. Pour lui, il y a deux voies d'infection: sanguine et bronchique.

Dans les cas que le Dr Bertrand a observés, ceux qui l'ont le plus frappé, ce sont des cas d'enfants qui ont fait des broncho-pneumonies et qui ultérieurement ont fait des abcès à répétition. Dans les cas heureux il a remarqué qu'au cours de la thoracentèse à la suite de laquelle s'était introduit de l'air dans la plèvre, ce P N X a eu pour effet d'améliorer l'état de la plèvre et du poumon.

Il montre une série de radiographies de malades chez qui un P N X, ou non, a été institué.

Il passe ensuite au traitement des abcès.

La bronchoscopie peut rendre certains services. Mais comme l'a dit Chevalier-Jackson, la bronchoscopie n'est pas faite pour guérir les malades, mais pour les examiner.

Les traitements médicaux semblent ne rien donner.

# 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<sup>e</sup> Congrès international de Médecine, Paris 1900.*

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

Vingt gouttes IODALOSE agissent comme un gramme Iodure alcalin.  
DOSES MOYENNES : cinq à vingt gouttes pour Enfants ; dix à cinquante gouttes pour Adultes.

Demander Brochure sur l'Iodothérapie physiologique par le Peptoniode.  
LABORATOIRE GALBRUN, 8 et 10 r. du Petit-Musc, Paris

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

# PROSTHÉNASE GALBRUN

SOLUTION ORGANIQUE TITRÉE DE FER ET DE MANGANÈSE  
*Combinés à la Peptone & entièrement assimilables*

**NE DONNE PAS DE CONSTIPATION**

**ANÉMIE: — CHLOROSE — DÉBILITÉ — CONVALESCENCE**

DOSES QUOTIDIENNES : 5 à 20 gouttes pour les enfants ; 20 à 40 gouttes pour les Adultes

Échantillons et Littérature : Laboratoire GALBRUN, 8 et 10, r. du Petit-Musc, PARIS.

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

# UROPAZINE

ÉLIMINE L'ACIDE URIQUE



Pipérazine

Héxaméthylentétramine

Soufre colloïdal

Formiate de lithine

Goutte, rhumatisme, sciatique

GRANULÉ EFFERVESCENT

BOUTEILLES DE 150 et 270 GRAMMES

LABORATOIRE SPARTOL

PARIS, FRANCE

HERDT & CHARTON INC.

2027, Ave McGill College, Montréal, Canada.

---

**A VENDRE**  
**INSTRUMENTS DE CHIRURGIE**

Madame Docteur O.-A. Gagnon offre, à de très bonnes conditions, des instruments de chirurgie, bibliothèque à rayons, etc. S'adresser à 1324 ouest, rue Saint-Viateur, CRescent 3454.

---

**A VENDRE**  
**Toge de professeur de médecine**  
**Conditions avantageuses.**  
**S'adresser à l'Union Médicale du Canada, MARquette 7334.**

---

**AIDES-MALADES**  
Sont qualifiées par l'Association des Aides-malades (enregistrée), pour soins à donner dans les convalescences, dans tout cas de maladies bénignes ainsi que dans les accouchements. S'adresser à Mme G. St-Germain, 4027 Harvard Ave. N.-D.-G. Tél.: DEXter 0433.

---

**POSTE VACANT**  
Poste vacant pour un interne. Rémunération convenable. S'adresser au Surintendant à l'Hôpital Ste-Jeanne d'Arc, 110 ouest, rue Prince-Arthur. PLateau 5201.

---

**BUREAUX À LOUER POUR MÉDECINS OU DENTISTES**  
Meubles, chaise et instruments. Salle d'attente, service de téléphone et gardes-malades. S'adresser à: Papineau-Couture, Notaire, 418 est, rue Sherbrooke, MARquette 7334.

---

**EMPLOI DEMANDÉ**  
Jeune médecin désire emploi comme assistant d'un spécialiste. Ecrire à l'« Union Médicale du Canada », 418 est, rue Sherbrooke, Montréal.

---

Le traitement de choix, si après 8 semaines il n'y a pas guérison, est chirurgical. Si abcès simple — ouverture et drainage. Si abcès compliqué — soit lobectomie ou pneumectomie.

Le Dr LENOIR présente ensuite l'histoire de cas d'une malade qui opérée dans la gorge sous anesthésie générale, fut prise une semaine après d'un point de côté, T<sub>0</sub>, expectoration de sang et de pus. Une radiographie montre un abcès de la base. Un P N X fut fait, et aujourd'hui, quoiqu'il soit continué, la guérison semble apparente.

La discussion est déclarée ouverte.

Le Dr O. MANSEAU demande si la guérison est bien due au P N X, ou bien s'il ne s'agissait pas d'un de ces abcès qui évoluent spontanément vers la guérison, et qui aurait guéri sans P N X.

Le Dr BERTRAND dit qu'il croit que ce cas était justiciable d'être traité par le P N X.

Le rapporteur suivant est le Dr BEAUDRY qui rapporte le cas d'un P N X bilatéral alterné devenu simultané. Il se demande quelle peut en être l'explication.

Le Dr ROLLAND demande quelles étaient les pressions. Il demande s'il n'aurait pas pu se faire un P N X spontané du côté opposé.

Le Dr BERTRAND dit que cela est bien possible, mais que la perforation s'est faite du côté où se faisaient les insufflations, et que dans la suite la plèvre médiastine s'est perforée et l'air a fusé du côté opposé.

La dernière communication est celle du Dr Rolland qui rapporte un cas de hernie du médiastin.

Celles-ci peuvent être soit antérieures, soit postérieures.

Dans le cas présent il s'agit d'une hernie du médiastin antérieur, survenue à la suite d'un P N X. Il décrit la technique qu'il a faite pour la mettre en évidence, à savoir injection de lipiodol dans la plèvre. Il montre une série de radiographies prises dans des positions diverses. Il emprunte ensuite les conclusions des Drs Pruvost et Hubois qui ont eu un cas identique.

Le Dr BERTRAND demande s'il a laissé le lipiodol dans la plèvre.

Le Dr ROLLAND dit oui car il n'y a aucun inconvénient à cela.

Le Dr BERTRAND le félicite de son travail et loue son esprit imaginaire.

Il propose, secondé par le Dr Cholette, un vote de sympathie au Dr Rolland à l'occasion de la mort de son père.

La séance est levée à 11 hrs 30.

Omer MANSEAU,  
Secrétaire des séances.

### Procès-verbal de la cinquante-neuvième assemblée régulière

Tenu à l'Institut Bruchési, le 14 mai 1937.

Sous la présidence du Dr Lamarche.

En l'absence du Dr Verschelden, le Dr Lamarche est nommé président d'office.

Lecture des minutes de la dernière assemblée qui sont adoptées telles que lues.

La Société de Phthisiologie a reçu une lettre du National Research Council qui lui demande des renseignements à son sujet afin de les faire paraître dans leur Handbook qui est envoyé aux différentes sociétés sur réception de \$2.00. Il est adopté à l'unanimité que cette contribution soit envoyée.

Le premier travail est celui du Dr J.-A. MILLETTE qui traite de: « Menstruation et tuberculose. »

Les troubles de menstruation chez les tuberculeux ont toujours retenu l'attention des chirurgiens. Diverses hypothèses ont donné lieu à des recherches. Les lésions annexielles tuberculeuses sont rares. Ces lésions peuvent-elles expliquer les troubles de la menstruation? Non, vu leur rareté.

Gamieson, de Saranac, étudiant l'influence heureuse du PNX sur la menstruation est d'avis qu'on doit traiter ces troubles menstruels comme des dystocies endocrinienne non tuberculeuses.

Dans le service du Dr Laurier les patientes ont été traitées par de l'agomensine et la sistomensine avec les résultats suivants: 20 patientes ont accusé une amélioration. Il y a donc intérêt à utiliser cette thérapeutique.

*En discussion:* Le Dr DUBE demande comment se poursuit le traitement et à quelle époque?

Le Dr MILLETTE dit qu'il commence le traitement par des injections hypodermiques, puis termine oralement. Une injection tous les 2 jours, 15 jours avant les menstruations.

Le Dr BERTRAND dit que l'on observe de la T<sup>o</sup> surtout au moment de la ponte de l'ovule. Parle d'une thèse présentée à Strasbourg où l'auteur préconise l'injection de folliculine avec une contre-épreuve à la lutéine. Il dit que le système endocrinien doit certainement également présenter un grand intérêt chez l'homme.

Le second rapporteur est le Prof. A. LeSage, qui parle de « Odyssee d'une typho-bacillose. »

Il rapporte l'histoire d'un malade qui succomba à une granulie. Il s'agit d'un jeune homme de 16 ans admis en chirurgie et chez qui l'on pensa au début à une injection intestinale, une typhoïde. Le malade est transféré en médecine où le Dr Geo. Hébert pense alors qu'il puisse s'agir d'une typho-bacillose. Hémoculture, séro-diagnostic, Koch et von Pirquet négatifs. Une inoculation au cobaye est demandée et une radiographie pulmonaire. Après quelques temps des râles se font entendre aux poumons, mais il n'y a pas d'expectoration; l'hématose se fait de plus en plus difficilement et le malade succombe peu après.

ET ALORS.. RACONTE-  
NOUS COMMENT TU  
FUS MISE À LA PORTE  
PAR BORDEN'S



**SEULEMENT LES VACHES SAINES** — celles qui ne contractent aucune maladie contagieuse, celles qui absorbent leurs vitamines sans récrimination — peuvent fournir du lait à Borden's. Les vétérinaires de Borden surveillent attentivement — ils défendent absolument de traire les vaches malades ou celles qui donnent peu de lait.

C'est là une des raisons de la qualité supérieure et du minimum de bactéries du lait Borden's — celui que vous obtenez dans tout le Lait Borden's St. Charles Evaporé et Irradié.

#### Les Pédiatres inscrivent "BORDEN'S"

sur les formules de lait évaporé lorsqu'ils veulent s'assurer que les mères se servent d'une marque de lait qu'ils approuvent. Le Lait Evaporé Borden's, a été approuvé par le Comité de l'Association Médicale Américaine sur les Aliments.

Si vous ne connaissez pas le Lait Borden's St. Charles Evaporé, non sucré, écrivez à The Borden Company, Limited, Yardley House, Toronto, Ontario, pour recevoir des échantillons et de la documentation professionnelle.



## 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

L'autopsie montre que tous les organes sont criblés de granulations tuberculeuses, avec présence d'un ganglion caséux au hile.

La diagnostic différentiel était à faire avec la grippe, la typhoïde, l'endocardite infectieuse.

Le Dr LeSAGE conclut que l'intérêt de cette observation réside dans la confusion du début. La granulie rappelle par ses allures cliniques une septicémie. Quant au traitement, celui-ci est seul.

Autre chose — ce jeune homme avait des frères et des sœurs. Y a-t-il chez eux des lésions tuberculeuses discrètes qui peuvent évoluer de la même façon? Une enquête complète est positive sur ce point.

Le professeur LeSAGE rapporte ensuite un autre cas. Il s'agit d'un jeune homme qui a travaillé 4 ans en compagnie d'un tuberculeux qui tousait, crachait et qui se servait du même téléphone. Que faire au sujet de celui qui a été en contact si prolongé avec un tuberculeux? Doit-il se mettre au repos ou continuer à travailler.

Le Dr LAURIER félicite le professeur LeSage et demande si l'examen des ascendants et collatéraux du premier cas a mis en évidence des lésions tuberculeuses.

Le professeur LeSAGE dit que non.

Le Dr JARRY dit qu'il a été impressionné par la façon dont les enquêtes furent faites. S'il était possible d'examiner tous les contacts, on trouverait une forte proportion de contaminés. Il croit que le ganglion caséux a été le point de départ de la dissémination tuberculeuse.

Le Dr DUBE croit aussi que ce ganglion a pu se ramollir et demande quelle put être la cause de ce ramollissement? Peut-être est-ce une grippe? Il rapporte un cas personnel où une typhoïde fut la cause d'un réveil tuberculeux.

Le Dr DUMONTIER croit qu'il serait bon d'attirer l'attention des médecins sur ces fièvres élevées et persistantes, et qu'un RX devrait être fait afin d'éliminer le côté pulmonaire.

Le Dr Lasalle LABERGE insiste sur l'importance des enquêtes dans les familles où il y a un tuberculeux.

Le Dr BERTRAND établit une distinction entre typho-bacillose et granulie. Il demande si l'autopsie a montré quelque chose à l'intestin.

Le Prof. LeSAGE dit qu'il y avait un iléus paralytique à gauche.

Le Dr CHOLETTE est de la même opinion que ses confrères. Il se félicite d'avoir demandé au Dr LeSage de présenter sa communication.

Le travail suivant est celui du Dr Jules Prévost: «Le traitement de la tuberculose après 40 ans.»

Après 40 ans, le traitement de la tuberculose peut comprendre des indications thérapeutiques particulières. Il existe deux grands types: 1<sup>o</sup> Ceux qui présentent des poussées fébriles sans que dans leurs antécédents on ne puisse mettre en évidence aucun épisode pulmonaire; 2<sup>o</sup> Ceux qui présentent des lésions tuberculeuses et qui au cours de leur vie ont déjà fait des poussées.

Le Dr PREVOST donne la conduite du traitement selon les cas. Son travail doit être publié ultérieurement.

Le Dr DUBE félicite le Dr Prévost et demande s'il s'agit de la première phase pulmonaire survenant après 40 ans, ou s'il s'agit d'une vieille

lésion qui se réveille. Pour sa part la plupart des malades qu'il a vus étaient des malades qui présentaient de nouvelles poussées sur d'anciennes lésions après 40 ans.

Le Dr PREVOST dit qu'il y a 2 types: 1<sup>o</sup> Malades qui au cours de leur vie avaient fait une pneumonie ou une congestion pulmonaire; 2<sup>o</sup> Malades qui avaient déjà fait des poussées reconnues dans l'adolescence.

Le Dr BERTRAND dit que le relevé a été fait à Bruchési des malades de plus de 40 ans il y a 3 ans. Il est d'avis que tout dépend de l'allure du sujet. Pour lui le PNX agira tout aussi bien chez les vieux que chez les jeunes. Il est entendu que si un malade a fait des poussées tuberculeuses répétées, on aura un sujet chez qui le PNX sera ineffectif.

Le Dr LAMARCHE présente ensuite le Dr Robertson, de l'hôpital Victoria. Il souhaite la bienvenue à ce confrère de langue anglaise et espère qu'il reviendra encore.

Le Dr Robertson parle du «Gardner's coin test in PNX.» Il dit ses regrets de ne pouvoir s'exprimer en français.

A Dalhousie, un médecin a prétendu que le «Gardner's coin test» était un signe pathognomonique d'une fistule broncho-pleurale. Le signe fut décrit pour la première fois par Sir James Gardner en 1864 dans le *Glasgow Medical Journal*.

Depuis on en a parlé souvent dans le diagnostic du PNX.

Pour sa part il a été frappé par la fréquence de l'absence de ce signe au cours du PNX, ce qui lui fait croire qu'il n'existe que lorsqu'il y a une grande quantité d'air dans la cavité pleurale. Il conclut que le «coin test» n'est positif que lorsque certaines conditions physiques sont remplies.

Le Dr LAURIER dit qu'il est difficile de trouver un signe pathognomonique du PNX spontané. Il se souvient que Rist a dit que le seul signe sûr était le changement de son de percussion lorsque le malade se taisait.

La séance est levée à 11 hrs 30 p.m.

Omer MANSEAU,  
Secrétaire des séances.

---

## 52<sup>e</sup> ASSEMBLEE SCIENTIFIQUE DE L'HOPITAL SAINT-LUC

Tenue le 20 mai 1937

Président: M. Roméo BOUCHER.

### 1. Dr J. PANET-RAYMOND: **Syndrome paralytique unilatéral global des nerfs crâniens.**

Le rapporteur rappelle brièvement l'anatomie des nerfs crâniens et énumère les différents trous par où ceux-ci sortent du crâne. Puis il rapporte l'histoire de sa malade, une femme de 36 ans, qui se présente à l'hôpital en avril pour différents troubles nerveux dont le début remonte à un an. Le Dr Panet-Raymond recherche et trouve sur la malade, présente à l'assem-

# Un utile adjuvant dans le régime des diabétiques

## La GELATINE KNOX (B.P.)

La monotonie des régimes diabétiques peut disparaître par l'emploi de la Gélatine Knox (B. P.). Le diabétique regrettera moins les aliments défendus lorsqu'on lui offrira un régime varié comprenant des desserts et des salades appétissants et agréables. La Gélatine Knox contient 85% de protéine,

ce qui facilite le calcul de la composition de n'importe quel plat gélatineux. Comme la Gélatine Knox ne contient ni sucre ni essence, lorsque vous préparez un régime ne la confondez pas avec une poudre de gélatine manufacturée. Spécifiez la Gélatine Knox et vous ne ferez pas d'erreur.



## LA GELATINE KNOX . . .

Est scientifiquement préparée avec les os longs et durs de pattes de bœuf; — elle surpasse le minimum requis par B. P. — ne contient pas d'hydrate de carbone; — contient moins de 0.1% de matières grasses — est sans odeur — sans goût — et bactériologiquement neutre.

*Envoyez-nous le coupon ci-dessous et vous recevrez de la littérature utile et d'autres bonnes recettes dans le genre de celle ci-dessous.*



### GELÉE DE TOMATES AVEC LÉGUMES (six portions)

|   | Grms | Prot. | Gras | Hydrates<br>de C. | Cal. |
|---|------|-------|------|-------------------|------|
| 1/2 tasse d'eau chaude                                |      |       |      |                   |      |
| 1/2 cuillère à thé de sel                             |      |       |      |                   |      |
| 1/2 cuillère à thé d'épices<br>mêlées entières        |      |       |      |                   |      |
| 1 env. de Gélatine Knox<br>mousseuse . . . . .        | 7    | 6     |      |                   |      |
| 1/4 de tasse d'eau froide                             |      |       |      |                   |      |
| 3/4 de tasse de tomates<br>tamisées . . . . .         | 150  | 2     |      | 6                 |      |
| 2 cuil. à soupe de vinaigre                           |      |       |      |                   |      |
| 1/2 tasse de choux râpé . .                           | 50   | 1     |      | 3                 |      |
| 1/2 tasse de céleri râpé . .                          | 60   | 1     |      | 2                 |      |
| 1/4 de tasse de petits pois en<br>conserves . . . . . | 40   | 1     |      | 4                 |      |
| 1/2 tasse de carottes cuites<br>coupées en cubes . .  | 40   |       |      | 4                 |      |
| Total . . . . .                                       |      | 11    |      | 19                | 120  |
| Une portion . . . . .                                 |      | 2     |      | 3                 | 20   |

\* \*

Amenez à ébullition l'eau chaude, le sel et les épices. Versez l'eau froide dans le bol et la gélatine mousseuse au-dessus. Ajoutez le liquide chaud en agitant jusqu'à ce que le tout soit dissous. Coulez dans les tomates et ajoutez le vinaigre en agitant. Refroidissez jusqu'à consistance assez épaisse, ajoutez alors les légumes. Moulez et refroidissez jusqu'à consistance dure. Servez sur laitue avec ou sans mayonnaise.

**KNOX**  
SPARKLING  
GELATINE

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

Veillez m'envoyer des cahiers de prescription de régimes — aussi de la littérature sur l'alimentation de l'enfant.

Nom .....

Adresse .....

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

---

---

## Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

EXAMENS POUR LE DIPLÔME DE « FELLOW » (membre actif)  
1937

---

Nous attirons l'attention sur le changement de dates, antérieurement annoncées comme suit :

Les examens écrits, sur tous les sujets des examens primaires et finals, auront lieu à Halifax, Québec, Montréal, Toronto, Winnipeg, Saskatoon, Edmonton et Vancouver (au choix du candidat) les

**JEUDI, 23 SEPT. — VENDREDI, 24 SEPT. — SAMEDI, 25 SEPT.**

Les examens oraux et cliniques, sur tous les sujets, auront lieu à Montréal, le lundi, 25 octobre et les jours suivants.

Les demandes pour examens doivent être faites au Secrétaire Honoraire avant le 1er septembre.

Les candidats, gradués en 1930, ou antérieurement, d'une École de Médecine ou d'une Université approuvées par le Conseil, ne seront pas tenus de passer l'examen primaire, mais devront, à l'examen final, faire preuve d'une connaissance générale et pratique de l'application clinique de l'anatomie et de la physiologie. Ce privilège prendra fin en décembre 1940.

Des cours de révision en anatomie et en physiologie seront donnés à l'Université McGill et à l'Université de Toronto, à partir de jeudi, le 26 août, au mercredi, le 22 septembre inclusivement. — Contribution: \$25.00.

Pour renseignements, s'adresser à

Des renseignements supplémentaires apparaîtront dans chaque numéro de ce journal.

Warren S. Lyman, M.D., Secrétaire Honoraire,  
292, rue Somerset, Ottawa, Canada.

---

---

blée, les troubles paralytiques correspondant à l'atteinte en bloc de tous les nerfs crâniens du côté gauche: surdité, troubles de l'œphaction, chute de la paupière, midriase paralytique, déviation de la bouche, absence de plis frontaux, etc. Les troubles anesthésiques et douloureux de la face et la dyspnée démontrent que le trijumeau et le pneumogastrique sont touchés comme les autres nerfs crâniens. L'amaigrissement et un gros ganglion qu'on sent sous le trapèze aident le rapporteur à faire le diagnostic de lésion néoplasique (probablement lympho-sarcomateuse) englobant tous les nerfs crâniens du côté gauche.

## 2. M. R. LALLEMAND: Radiothérapie dans les arthrites gonococciques.

La polyarthrite gono. est une maladie redoutable à cause de sa fréquence et à cause des dégâts qu'elle occasionne. Son diagnostic est quelquefois difficile et on peut la confondre avec l'arthrite déformante, la maladie de Bouillaud, etc. Comme traitement, il semble que les vaccins et le lait stérile soient d'une efficacité douteuse. L'immobilisation n'est pas toujours bonne et indiquée. Par contre, le repos au lit, l'immobilisation partielle associée à la radiothérapie ont donné au rapporteur le plus de satisfaction en attendant peut-être que la pyrétothérapie soit complètement au point.

*Discussion:* Le Dr FRAPPIER parle brièvement de la spermo-culture et de la gono-réaction pour laquelle il faut avoir un personnel bien entraîné. Le Dr LeSAGE demande si les insuccès dans le traitement de l'urétrite sont dus à des solutions trop concentrées. Le Dr LALLEMAND répond que, règle générale, il vaut mieux faire au début de l'urétrite un traitement d'attente. Quant aux solutions faibles, c'est affaire d'individus.

Le Dr GRONDIN pense que la radiothérapie est efficace dans l'arthrite, surtout à la période aiguë. Le Dr FRAPPIER demande ce qu'il faut penser des autovaccins et des lysats. Le Dr VIGNAL demande au Dr Lallemand s'il a l'expérience de l'huile soufrée en injection pour faire de la pyrétothérapie. Le Dr LALLEMAND répond dans la négative. Il pense que les insuccès du traitement antigono. sont dus au manque de contrôle bactériologique. Le Dr GRONDIN, à propos des rayons X, pense qu'ils ne sont pas dangereux pour la femme, à la condition qu'ils soient donnés à petite dose.

## 3. M. E. GARCEAU: Deux cas de dermatose.

Le rapporteur présente une malade de 35 ans atteinte d'acné rosacé et d'érythème chronique. L'acné rosacé a habituellement pour cause le surmenage, les troubles digestifs et ovariens, la chaleur, le froid, le vent, etc. Chez la patiente présentée on a essayé avec succès la lotion soufrée, l'auto-hémothérapie et quelques séances de neige carbonique.

Le Dr Garceau présente un deuxième cas de lupus érythémateux qu'il a traité par la neige carbonique.

## 4. M. Jean LeSAGE: Considérations sur 130 gastroscopies.

Le rapporteur tait d'abord l'historique de la gastroscopie et il décrit en détail le gastroscopie flexible de Schindler, dont on se sert aujourd'hui.

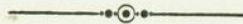
La grande difficulté du gastroscopiste est de bien s'orienter à l'intérieur de l'estomac. Il faut repérer les trois parties: supérieure (poche à air), moyenne et antrale.

*Statistiques du rapporteur:*

|    |                                     |
|----|-------------------------------------|
| 31 | cas de gastrite hypertrophique.     |
| 12 | “ de gastrite atrophique.           |
| 9  | “ de gastrite mixte.                |
| 3  | “ de néo.                           |
| 3  | “ de bouche de gastro-entérostomie. |
| 6  | “ d'inflammation.                   |
| 28 | “ de dislocation gastrique.         |
| 5  | “ de périgastrite.                  |
| 4  | “ de gastrite érosive.              |
| 2  | “ de penduodénite.                  |
| 8  | “ d'ulcus.                          |
| 17 | examens négatifs.                   |

Et la séance est levée.

Dr Charles LEFRANÇOIS,  
*Secrétaire.*





« Il est de plus en plus évident, d'après un point de vue commun, que la meilleure méthode de prévenir le rachitisme comporte l'emploi d'une forme quelconque de lait antirachitique, et, de plus, que nous devons établir une distinction entre les mesures les mieux appropriées à prévenir le rachitisme et celles qui sont le mieux appropriées à le guérir. — HESS, Alfred F.: *Am. J. Pub. Health*, 22-1215, déc. 1932.

## Un facteur de sécurité

QUAND des formules d'alimentation comprennent du Lait Carnation Irradié, toute négligence de la part de la mère ne privera pas le bébé de vitamine D qui, quoiqu'elle ne soit pas considérée curative, a été choisie à la suite de recherches cliniques pour constituer un facteur de protection important dans la moyenne des cas normaux. Quelles que soient les conditions et quel que soit l'endroit où le lait est acheté, son potentiel soigneusement contrôlé en fait une source fiable de vitamine D. Les Quintuplettes Dionne prennent du Lait Carnation depuis le mois de novembre 1934.

ÉCRIVEZ et demandez le livret intitulé:  
« Alimentation Simplifiée pour Bébés », publié  
tout particulièrement pour les médecins.

Carnation Company Limited,  
85 Star Bldg., Toronto, Ont.

UN PRODUIT CANADIEN



# CARNATION MILK

## IRRADIÉ

« PROVENANT DE VACHES BIEN NOURRIES »



(I. O. G.)

# DIA - TOSAN



LE MEILLEUR ET EFFICACE  
TRAITEMENT DU DIABÈTE  
PAR VOIE BUCCALE.



Ce produit n'a été mis à la disposition  
du Corps Médical Français qu'après  
trois années de travaux de laboratoire  
de la Faculté de Médecine de Paris.

9 à 12 comprimés par jour en 3 fois,  
au début des repas.

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



## NOUVELLES

---

### LE DOCTEUR ANTOINE LACASSAGNE, SOUS-DIRECTEUR DE L'INSTITUT DU RADIUM DE PARIS, EN MISSION AU CANADA

Le docteur Antoine Lacassagne, sous-directeur de l'Institut du Radium de Paris, a pris part, sur invitation de l'Ontario Medical Association, à la réunion annuelle de la Canadian Medical Association tenue à Ottawa du 21 au 26 juin.

A cette occasion monsieur Lacassagne a visité quelques villes de l'est canadien: Québec, Trois-Rivières, Toronto, Niagara Falls, Montréal, etc. Il a séjourné un peu plus longtemps en notre ville comme hôte de la Société Médicale de Montréal et de l'ACFAS. Il a visité la plupart de nos hôpitaux notamment Notre-Dame, Sainte-Jeanne-d'Arc et l'Institut du Radium de Montréal qui, comme l'on sait, est une filiale de l'Institut du Radium de Paris.

Le vendredi 18 juin, monsieur Lacassagne a prononcé à l'Université de Montréal, devant la Société Médicale de Montréal, une conférence intitulée « Le traitement des cancers à l'Institut du Radium de Paris. » Présenté par le docteur O. Dufresne, le conférencier fut remercié par le docteur A. Jutras..

Le samedi 19 juin, le savant Français fut reçu à dîner au Cercle Universitaire par la Société C.-F. de Radiologie.

A Ottawa monsieur Lacassagne a présenté deux travaux: *Les rapports des hormones et du cancer*; *La place du radium dans le traitement du cancer*.

De retour à Montréal, en route pour la France, notre distingué visiteur déjeuna le 29 juin au Cercle Universitaire avec quelques représentants officiels de l'Institut Scientifique Franco-Canadien.

Le passage de l'éminent collaborateur du professeur Regaud inscrit un événement important dans le cœur et l'esprit d'un grand nombre de médecins canadiens-français. En effet, le docteur Lacassagne compte parmi ceux-ci plusieurs anciens élèves qui lui sont restés fidèles. Ses conférences et ses allocutions resteront dans la mémoire de tous ses auditeurs.

---

### XXVème CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

Le XXVème Congrès français de Médecine se tiendra à Marseille, du 26 au 28 septembre 1938.

Le bureau est constitué de la façon suivante:

*Président*: Prof. OLMER; *secrétaire général*: Prof. ROGER.

Les rapports suivants ont été mis à l'ordre du jour :

- 1<sup>o</sup> Les spirochétoses ictérogènes,
- 2<sup>o</sup> Les hypochlorémies,
- 3<sup>o</sup> La thérapeutique actuelle des avitaminoses de l'adulte.

---

## LA PEAU ET LE FOIE

« La réaction cutanée est l'image même de la vie, le reflet à la peau de la constitution et des dispositions du moment de l'individu. » Cette phrase de Brocq résume en quelques mots la conception actuelle des dermatoses, considérées non pas comme une affection locale, purement morphologique, mais comme le retentissement d'un élément morbide lié au chimisme cellulaire des organes profonds, aux glandes endocrines, au foie, au tube digestif.

Nombreux sont les facteurs qui, dans l'organisme, permettent de réaliser le terrain propice à l'éclosion des manifestations cutanées. Dans le jeu complexe de la nutrition cellulaire et de ses réactions interviennent tous les systèmes appelés, normalement, à maintenir son équilibre. Le système nerveux, les glandes à sécrétions internes, l'équilibre acido-basique du sang, les ferments digestifs, l'infection, les lésions locales antérieures jouent chacun leur rôle, mais dans ce complexe c'est certainement *au foie* que revient la part prépondérante. En effet, quelle que soit la fonction hépatique envisagée, sa déficience peut avoir une répercussion sur un des constituants chimiques de la peau. La fonction glycogénique dont on connaît l'importance se retrouve également dans la peau (Ludwig), où une partie de glucose est utilisée immédiatement dans les téguments et une autre transformée, sur place, en glycogène, tandis qu'une partie infime est utilisée, immédiatement, par la cellule pour la constitution de ses complexes lipoprotéiques qui contiennent un noyau hydrocarboné.

D'autres exemples pourraient être donnés pour le métabolisme du soufre fixé et oxydé dans le foie, utilisé dans les téguments et aussi bien pour la fonction lipoidique. Le territoire cutané forme un système glandulaire étendu dont l'homologue interne est le foie, celui-ci est le relai profond du revêtement cutané.

Ces considérations ouvrent un champ intéressant d'étude qui trouvera son complet développement dans le rapport très documenté du Prof. Urbach, de Vienne, rapport qui sera présenté au Congrès International de l'Insuffisance Hépatique qui tiendra ses assises à Vichy du 16 au 18 septembre 1937, sous la présidence de M. le Prof. Loeper, membre de l'Académie.

---

---

---

---

# AGOCHOLINE



Médication rationnelle pour le drainage  
des voies biliaires.



## **Cholécystites chroniques, Congestion du Foie**

**Lithiase biliaire, Ictère et Cholémie**

**Forme:** Granulé soluble agréablement aromatisé.

**Présentation:** Boîtes de 120 grammes.

“ 250 ”

**LABORATOIRES du Dr ZIZINE, rue de Fécamp, PARIS**



**Agents généraux:**

**MILLET, ROUX & CIE, Limitée**

1215, rue Saint-Denis

-

-

**MONTREAL**



La Pharmacie d'Ordonnances**ARTHUR HIRBOUR**

se spécialise depuis 35 ans dans  
l'exécution des ordonnances de  
MM. les Médecins et n'emploie que  
les produits chimiques supérieurs.



angle Saint-Denis et De Montigny

MONTREAL

Tél. LA. 7356

# GELOTANIN •

MÉDICATION ANTIDIARRHÉIQUE

**Indications: TOUS LES CAS DE DIARRHÉES**

Particulièrement recommandé { DIARRHÉES DES TUBERCULEUX  
dans les { DIARRHÉES DES NOURRISSONS

Présenté en cachets de 0.50 pour adultes  
paquets de 0.25 pour enfants et nourrissons.

•  
LABORATOIRES E. CHOAY, 48, rue Théophile-Gautier, Paris

•  
Agents exclusifs: **HERDT & CHARTON, Inc.**

Montréal.

*Echantillons et littérature sur demande.*

## LIVRES NOUVEAUX

---

### LIVRES REÇUS EN JUILLET

- La Thérapeutique du Nourrisson en clientèle.** Par P. NOBECOURT et Marcel MAILLET. Volume de 1020 pages. En vente à la Librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, France.
- Précis d'Urologie.** Par F. LEGUEU et E. PAPIN. Volume de 746 pages. En vente à la Librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, France.
- La Blennorragie. Méthodes actuelles de diagnostic et de traitement.** Par Pierre BARBELLION. Préface du Prof. Legueu. Volume de 380 pages. En vente à la Librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, France.
- L'Anaphylaxie expérimentale et humaine.** Par Pasteur VALLERY-RADOT. Volume de 130 pages avec 25 figures: 36 francs. En vente chez Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain, Paris, France.
- La Diététique.** Ouvrage écrit en collaboration et publié par l'Hôtel-Dieu de Montréal. Volume de 307 pages. En vente à l'Hôtel-Dieu et au « Devoir », 430, rue Notre-Dame est, Montréal.
- Archivas da Servico de Dias Urinarias de la Policlínica Geral do Rio de Janeiro.** Volume de 245 pages. Par Belmiro VALVERDE, chef de service.
- Les feuillets médicaux.** Novembre 1936 à mai 1937. Publiés par la Librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, France.
- Maladie hypertensive et Syndromes d'hypertension.** Par A. DUMAS, médecin des hôpitaux de Lyon, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon. Un volume de 136 pages. En vente chez Masson et Cie, éditeurs, 120 boulevard Saint-Germain, Paris, France: 22 francs.
- Humanisme et Médecine.** Par le Dr Joseph OKINCZYC, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris. En vente chez Labergerie, 11, rue Cujas, Paris, France.
-

## BIBLIOGRAPHIE

---

**Maladie hypertensive et syndromes d'hypertension.** Par A. DUMAS, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon, médecin des hôpitaux de Lyon. Un volume de 136 pages (Collection « Médecine et Chirurgie »: recherches et applications N° 6). 22 fr. Masson et Cie, éditeurs, libraires de l'Académie de Médecine, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Dans ce petit volume, l'auteur apporte un peu de clarté dans le lot compact des affections hypertensives. Il montre la place prépondérante qu'occupe la maladie hypertensive au milieu des autres syndromes tensionnels. L'ouvrage est divisé en trois parties: hypertensions symptomatiques, syndromes hypertensifs et enfin hypertension chronique progressive ou maladie hypertensive.

L'élimination préalable des hypertensions symptomatiques et des syndromes hypertensifs permet à l'auteur de préciser mieux le caractère si spécial de la maladie hypertensive et de la différencier des autres états hypertensifs qui peuvent parfois la simuler. Elle est caractérisée cliniquement par ses trois phases successives d'évolution: phase solitaire, phase troublée, phase d'involution. Il importe essentiellement de la distinguer des autres états tensionnels dont l'évolution est régie par la maladie qui les commande. Comme l'auteur le dit dans l'introduction, « l'importance de cette distinction est très grande aussi bien au point de vue clinique que thérapeutique. Ce n'est pas parce que la maladie hypertensive manque encore d'une sanction pathogénique précise, ni parce qu'on ne lui a pas encore reconnu une formule humorale caractéristique et constante, qu'il faut lui refuser une individualité clinique dans le chapitre des maladies diathésiques. »

Grâce à ce petit ouvrage, la distinction entre l'hypertension essentielle et les hypertensions symptomatiques devient facile pour la plus grande commodité et du malade et de celui qui est appelé à le soigner.

**L'anaphylaxie expérimentale et humaine.** Par Pasteur VALLERY-RADOT, G. MAURIC et Mme HOLTZER (ex Hugo). Un volume de 130 pages avec 25 figures: 36 fr. Masson et Cie, éditeurs, libraires de l'Académie de Médecine, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Les travaux publiés sur l'anaphylaxie sont innombrables. Les auteurs n'en ont fait ni la bibliographie ni la critique; ils ont voulu apporter seulement le résultat de leurs expériences personnelles.

La première partie de ce volume est consacrée à l'anaphylaxie de l'animal. Les auteurs précisent les conditions d'expériences et le mode d'étude

d'un phénomène anaphylactique, depuis l'injection sensibilisante jusqu'à la période de désensibilisation. Leur but a été d'établir une méthode de travail qui pût servir de guide dans les recherches sur les différents problèmes de l'anaphylaxie expérimentale. Aussi ce livre devra-t-il être consulté chaque fois que l'on voudra étudier une question ayant trait à l'anaphylaxie de l'animal. On y trouvera les données essentielles sur les antigènes et leurs voies d'introduction, sur la date d'apparition de l'état anaphylactique, sur le choc anaphylactique et les phénomènes qui l'accompagnent, sur la protection temporaire et la désensibilisation.

Dans la seconde partie du volume les auteurs ont étudié l'anaphylaxie humaine. Ils se sont efforcés de déterminer la limite de cette anaphylaxie en montrant quelles devaient être les bases du diagnostic biologique d'un phénomène anaphylactique. Les critères cliniques et biologiques sont étudiés en détail; puis ce sont les traitements spécifiques dont les auteurs font l'exposé et la critique.

Ce livre sera donc utile à tout biologiste qui veut faire une étude de l'anaphylaxie expérimentale et à tout médecin qui veut connaître les cadres de l'anaphylaxie humaine. Ce travail était nécessaire étant donnée la confusion qui s'était établie dans les esprits pour tout ce qui concerne l'anaphylaxie. Cette étude, très serrée, permet de remettre les choses au point avec toute la précision désirable.

**Humanisme et Médecine.** Par le Dr Joseph OKINCZYC, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris. Premier volume de la collection publiée avec la collaboration de: Olivier LACOMBE, Jacques MARTAIN, le Dr Joseph OKINCZYC, etc. Labergerie, 11, rue Cujas, Paris (Ve).

La Médecine n'a pas échappé aux déviations désastreuses issues d'idéologies faussées ou de pratiques mal ordonnées, et qui méconnaissent sa raison d'être, ses moyens et sa fin. Au service de l'homme, c'est dans l'homme qu'elle doit trouver les règles de son action et le sens de sa mission.

Si l'homme changeait, évoluait, la Médecine devrait se modifier avec lui, s'adapter à cette évolution, se plier aux nouvelles exigences d'une nature qui serait instable dans ses réactions, ses besoins, ses fins.

Mais si l'homme à travers les âges n'a pas changé substantiellement, s'il est aujourd'hui ce qu'il était il y a quatre mille ans, quelle raison aurions-nous d'intervenir pour modifier ce « colloque singulier », commencé aux origines du monde et qui répond aux besoins permanents d'une immuable nature? Il n'est pas question, cependant, de méconnaître les virtualités qui sont dans l'homme et dont l'histoire nous offre la révélation progressive et le développement, non plus que les modalités diverses que peut affecter « le colloque singulier ». Un juste examen est réservé à cet aspect du problème.

C'est au service de cet être constant, mais complexe, dont les pieds touchent à la terre, dont les mains et les yeux sont tournés vers le ciel, que la médecine est née, quand il se couche pour souffrir ou mourir.

Ni ange, ni bête, il est homme, composé d'une âme et d'un corps, et à ce titre, tout s'ordonne selon les exigences de l'une et de l'autre. A son

service, la Médecine, pour demeurer dans l'ordre de sa nature, doit s'inspirer de l'une et de l'autre, et rester *humaine* au sens profond et entier du mot.

A nos yeux de médecin, l'homme malade restera ce qu'il est réellement, une âme vivante dans un corps souffrant et c'est à la lumière de cette vérité élémentaire et première que dans le présent ouvrage se trouve posé le problème de la Médecine dans les temps modernes.

**Fiches de pratique médicale.** Direction scientifique: Dr DESFOUR, Montpellier. Administration: 46, Rue aux Laines, Bruxelles.

Les éditeurs de cette originale publication continuent à faire paraître des fiches complémentaires qui enrichissent et rajeunissent l'importante collection de base parue en 1935.

C'est ainsi que nous venons de recevoir quelques centaines de pages de *Fiches* mises à jour 1936 et 1937. Ces dernières viennent s'ajouter aux fiches déjà parues pour former à l'heure qu'il est une masse de près de 4,000 pages de renseignements modernes et pratiques embrassant les neuf dixièmes des questions médicales mises à jour intéressant l'omnipraticien.

Nous n'avons pas besoin de revenir sur la grande valeur de ces *Fiches*, toutes rédigées par des maîtres éminents de diverses Facultés françaises et étrangères. Nous avons fait récemment l'éloge mérité de cet ouvrage. Les nombreuses imitations qu'il a suscitées sous des formes diverses attestent déjà à elles seules son originalité et son incontestable utilité. Mais ce qui restera, nous semble-t-il, toujours à l'avantage des *Fiches de Pratique médicale*, c'est leur avance considérable sur toutes les publications similaires, car la collection actuelle de ces *Fiches* constitue déjà une masse imposante de document sclassés que le praticien consultera toujours avec intérêt.

La Collection des *Fiches de Pratique médicale* ne peut qu'être recommandée à tout praticien qui veut posséder à portée de sa main un instrument de travail moderne tenu à jour qu'il pourra consulter rapidement et utilement à n'importe quel moment et pour n'importe quel cas qui se présentera à lui au cours de sa pratique; c'est le véritable *livre permanent* de la *pratique médicale*.



## TABLE ALPHABÉTIQUE DES ANNONCES

|   |        |
|---|--------|
| <b>Abbott Laboratories Ltd,</b> ( <i>Sulfamidyl</i> ) . . . . .   | XII    |
| <b>Anglo-French Drug Cie,</b> ( <i>Elixir Gabail</i> ) . . . . .  | XLIX   |
| <b>Antiphlogistine,</b> ( <i>Partout dans le monde</i> ) . . . . .  | XXII   |
| <b>Ayerst, McKenna &amp; Harrison, Limited,</b> ( <i>Extrait de Foie<br/>concentré Ayerst</i> ) . . . . . | XX     |
| <b>Banque Canadienne Nationale,</b> ( <i>À votre disposition</i> ) . .                                    | XLVI   |
| <b>Borden Company Limited, The,</b> ( <i>Lait Borden's St. Charles,<br/>Evaporé</i> ) . . . . .           | LVII   |
| <b>Boudot, L.,</b> ( <i>Dia-Tosan</i> ) . . . . .   | LXII   |
| <b>Bromo-Seltzer Ltd.,</b> ( <i>Acetanilid</i> ) . . . . .  | LXVIII |
| <b>Canada Drug Company,</b> ( <i>Paveral</i> ) . . . . .  | LVIII  |
| <b>Canadian Metalix Co. Ltd.,</b> ( <i>Philips Metalix Rotalix</i> ) . .                                  | XI     |
| <b>Carnation Company Limited,</b> ( <i>Un facteur de sécurité</i> ) . .                                   | LXI    |
| <b>Casgrain &amp; Charbonneau, Ltée,</b> ( <i>Sulfocide</i> ) . . . . .                                   | XXXVI  |
| <b>Casgrain &amp; Charbonneau, Ltée,</b> ( <i>Stérilisateur "Castle"</i> )                                | XLVIII |
| <b>Casgrain &amp; Charbonneau, Ltée,</b> ( <i>Ray. X Westinghouse</i> )                                   | XLVIII |
| <b>Ciba, Compagnie, Limitée,</b> ( <i>Trasentine et le Perandren<br/>"Ciba"</i> ) . . . . .               | III    |
| <b>Cloutier &amp; Cloutier Cie Ltée,</b> ( <i>Service à double rende-<br/>ment</i> ) . . . . .            | X      |
| <b>Collège Royal des Médecins et Chirugiens du Canada,</b>  | LXVI   |
| <b>Denver Chemical Manufacturing Co.,</b> ( <i>Antiphlogistine</i> )                                      | XXII   |
| <b>Duckett J. A.,</b> ( <i>Dernière Création de la Prothèse</i> ) . . . .                                 | LIV    |
| <b>Eddé, J., Limitée,</b> ( <i>Taxol</i> ) . . . . .  | VI     |
| <b>Eddé, J., Limitée,</b> ( <i>Elixir complexe de Pancrinol</i> ) . .                                     | VI     |
| <b>Eddé, J., Limitée,</b> ( <i>Proveinase Midy</i> ) . . . . .  | XIX    |
| <b>Eddé, J., Limitée,</b> ( <i>Hémostyl</i> ) . . . . .   | XXVII  |

|   |        |
|---|--------|
| <b>Eddé, J., Limitée,</b> ( <i>Nucléarsitol Robin</i> ) . . . . .   | XXX    |
| <b>Eddé, J., Limitée,</b> ( <i>Phospho-Strychnal</i> ) . . . . .  | XXXIII |
| <b>Eddé, J., Limitée,</b> ( <i>Ocréine Grémy</i> ) . . . . .  | XXXIII |
| <b>Eddé, J., Limitée,</b> ( <i>Peptonate de Fer Robin</i> ) . . . . .   | XXXIII |
| <b>Eddé, J., Limitée,</b> ( <i>Iodogénol Pépin</i> ) . . . . .  | XXXIV  |
| <b>Eddé, J., Limitée,</b> ( <i>Neurinase</i> ) . . . . .  | XLVI   |
| <b>Etablissements Byla, Les,</b> ( <i>Neurotrophol Byla</i> ) . . . . .                                       | IX     |
| <b>Etablissements Byla, Les,</b> ( <i>Splenarmonie Byla</i> ) . . . . .                                       | IX     |
| <b>Etablissements Byla, Les,</b> ( <i>Pelletiérine Tanret</i> ) . . . . .                                     | IX     |
| <b>Etablissements Byla, Les,</b> ( <i>Amino-Sel Byla</i> ) . . . . .  | IX     |
| <b>Frosst, Charles E. &amp; Co.</b> ( <i>Kondremul</i> )<br><i>Deuxième page intérieure de la couverture.</i> |        |
| <b>Herdt &amp; Charton, Inc.,</b> ( <i>Uroprazine</i> ) . . . . .   | LV     |
| <b>Herdt &amp; Charton, Inc.,</b> ( <i>Gélotonin</i> ) . . . . .  | LXIV   |
| <b>Hirbour, Arthur,</b> ( <i>Pharmacie d'Ordonnances</i> ) . . . . .  | LXIV   |
| <b>Horner Limited, Frank W.,</b> ( <i>Malllevol</i> ) . . . . .   | XXIII  |
| <b>"Ifah", Pharm. Products,</b> ( <i>Histidin-Ifah</i> ) . . . . .  | LI     |
| <b>Imperial Tobacco Co. of Canada,</b> ( <i>Sweet Caporal</i> ) . . . . .                                     | LIII   |
| <b>Importations Européennes Limitée,</b> ( <i>Cardiosédine</i> ) . . . . .                                    | XLV    |
| <b>Joubert, J. J., Limitée,</b> ( <i>Santéine</i> ) . . . . .   | LII    |
| <b>Kellogg,</b> ( <i>Kellogg's All Bran</i> ) . . <i>Troisième page de la couverture.</i>                     |        |
| <b>Knox Gelatine Laboratories,</b> ( <i>La gélatine Knox — B. P.</i> )  | LIX    |
| <b>Laboratoires Licardy,</b> ( <i>Stovédrine</i> ) . . . . .  | XLVII  |
| <b>Laboratoires A. Bailly,</b> ( <i>Pulmo-Bailly</i> ) . . . . .  | XVIII  |
| <b>Laboratoire du Bismol,</b> ( <i>Agobyl</i> ) <i>Quatrième page de la couverture.</i>                       |        |
| <b>Laboratoires Clin, Comar &amp; Cie,</b> ( <i>Spartoval</i> ) . . . . .                                     | I      |
| <b>Laboratoires Clin, Comar &amp; Cie,</b> ( <i>Sparto-Camphre</i> ) . . . . .                                | I      |
| <b>Laboratoires Clin, Comar &amp; Cie,</b> ( <i>Genistéнал</i> ) . . . . .                                    | I      |
| <b>Laboratoires Clin, Comar &amp; Cie,</b> ( <i>Liqueur Laville</i> ) . . . . .                               | XLVII  |
| <b>Laboratoires Lobica,</b> ( <i>Taxol</i> ) . . . . .  | VI     |
| <b>Laboratoire Nadeau Limitée,</b> ( <i>Sodiosal</i> ) . . . . .  | XXX    |

|  |        |
|--|--------|
| <b>Laboratoires Poulenc Frères du Canada, Ltée, (Sonéryl)</b>                              | XIII   |
| <b>Laboratoires Poulenc Frères du Canada, Ltée, (Gardénal)</b>                             | XIII   |
| <b>Laboratoires du Dr P. Astier, (Riodine Astier) . . . . .</b>                            | XXV    |
| <b>Laboratoires Soudan de Paris, (Dia-Tosan) . . . . .</b>                                 | LX     |
| <b>Laboratoires Midy, (Proveinase Midy) . . . . .</b>                                      | XIX    |
| <b>Librairie Beauchemin Limitée, (Linguaphone) . . . . .</b>                               | XXVIII |
| <b>La Cie Canadienne des Agences Modernes, (Les Lithi-<br/>nés du Dr Gustin) . . . . .</b> | LII    |
| <b>La Cie Canadienne des Agences Modernes, (Magnésie du<br/>Dr Gustin) . . . . .</b>       | LII    |
| <b>Listers Limited, (Listers) . . . . .</b>  | LVIII  |
| <b>Mercier &amp; Dion, (Fourrures) . . . . .</b>   | XXI    |
| <b>Millet, Roux &amp; Cie, Ltée, (Agocholine) . . . . .</b>                                | LXIII  |
| <b>Monty, Gagnon &amp; Monty . . . . .</b>   | VIII   |
| <b>Nestlé's Milk Products (Canada) Ltd, (Lactogen —<br/>Hylac) . . . . .</b>               | L      |
| <b>Parke, Davis &amp; Cie, (Le Mapharsen) . . . . .</b>                                    | IV     |
| <b>Ranniger, W.-E., (Histidin-Ifah) . . . . .</b>  | LI     |
| <b>Rougier Frères, (Hepathemo) . . . . .</b>   | XVII   |
| <b>Rougier Frères, (Hémoglobine Deschiens) . . . . .</b>                                   | XIX    |
| <b>Rougier Frères, (Digitaline Nativelle) . . . . .</b>                                    | XXI    |
| <b>Rougier Frères, (Realphène) . . . . .</b>   | XXIII  |
| <b>Rougier Frères, (Spectrol) . . . . .</b>  | XXXV   |
| <b>Rougier Frères, (Sedlitz Chanteaud) . . . . .</b>                                       | XXVI   |
| <b>Rougier Frères, (Sténol Chanteaud) . . . . .</b>  | XXVI   |
| <b>Rougier Frères, (Rami) . . . . .</b>  | XXVI   |
| <b>Rougier Frères, (Elixir Ducro) . . . . .</b>  | XXIX   |
| <b>Rougier Frères, (Névrosthénine Freyssinge) . . . . .</b>                                | XXXV   |
| <b>Rougier Frères, (Chloramine Freyssinge) . . . . .</b>                                   | XXXV   |
| <b>Rougier Frères, (Capsules Dartois) . . . . .</b>  | XXXV   |
| <b>Rougier Frères, (Uruseptine Rogier) . . . . .</b>                                       | XLV    |
| <b>Rougier Frères, (Sirop Famel) . . . . .</b>   | LIV    |

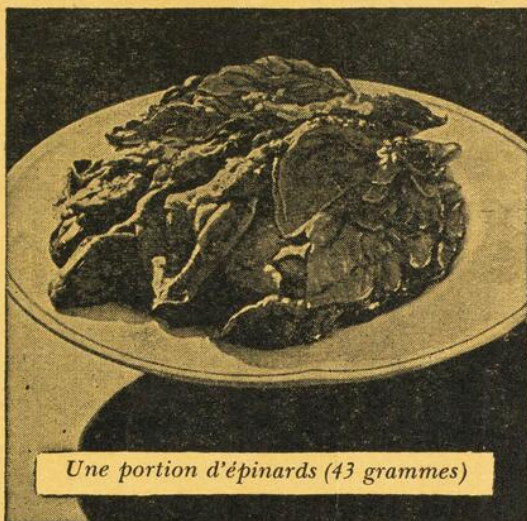
|  |       |
|--|-------|
| <b>Rougier Frères, (Iodalose Galbrun)</b> . . . . .                            | LV    |
| <b>Rougier Frères, (Prosthénase)</b> . . . . .                                 | LV    |
| <b>Sanatorium de Blois</b> . . . . .   | XXIV  |
| <b>Sanatorium Prévost</b> . . . . .  | II    |
| <b>Siemens-Reiniger (Canada) Limited, (Le Spherix<br/>"Siemens")</b> . . . . . | V     |
| <b>Vinant Ltée, (Spartoval)</b> . . . . .                                      | I     |
| <b>Vinant Ltée, (Sparto-Camphre)</b> . . . . .                                 | I     |
| <b>Vinant Ltée, (Genistéнал)</b> . . . . .                                     | I     |
| <b>Vinant Ltée, (Neurotrophol Byla)</b> . . . . .                              | IX    |
| <b>Vinant Ltée, (Splenarmonie Byla)</b> . . . . .                              | IX    |
| <b>Vinant Ltée, (Pelletierine Tanret)</b> . . . . .                            | IX    |
| <b>Vinant Ltée, (Amino-Sel Byla)</b> . . . . .                                 | IX    |
| <b>Vinant Ltée, (Stovédrine)</b> . . . . .                                     | XLVII |
| <b>Vinant Ltée, (Liqueur Laville)</b> . . . . .                                | XLVII |
| <b>Vinant Ltée, (Pulmo-Bailly)</b> . . . . .                                   | XVIII |
| <b>Wander, A., Limited, (Ovaltine)</b> . . . . .                               | XXIX  |

# Kellogg's ALL-BRAN

## fournit du fer pour le sang



Deux cuillerées à soupe (14 grammes) contiennent environ autant de fer que dans les aliments ordinaires suivants:



Une portion d'épinards (43 grammes)



Un œuf (51 grammes)



ou quatre tranches de pain de blé complet (91 grammes)

LE FER est un des éléments importants du sang. Les analyses de laboratoire montrent que Kellogg's ALL-BRAN est une excellente source de fer, sous une forme facilement assimilable. Il fournit une quantité substantielle de fer nécessaire quotidiennement.

Cette céréale laxative fournit également de la vitamine B, qui contribue au maintien du tonus

musculaire de l'intestin. ALL-BRAN fournit aussi un volume de déchets considérable. Dans l'organisme, ALL-BRAN absorbe deux fois son volume d'eau, et nettoie le système.

ALL-BRAN peut être servi comme céréale avec du lait ou des fruits, ou transformé par la cuisson en d'excellents plats. En vente chez tous les épiciers. Fabriqué par Kellogg, à London, Ontario.

# BIS MIX

## HYPERCHLORHYDRIE



*Excepté  
les cas où  
l'intervention  
chirurgicale est  
nécessaire toutes les  
maladies du foie sont  
justiciables de l'Agobyl*



DÉSENSIBILISATEUR DES ÉTATS HÉPATIQUES

*Le Laboratoire du Bismol*  
*Spécialités Thérapeutiques*

945 rue Côté

Montréal