



La Société Médicale a appris avec un vif plaisir et une grande joie l'honneur que le Gouvernement français vient de décerner à notre digne recteur, M. l'abbé Camille Roy, et à deux de ses membres les plus distingués, M.M. les docteurs Rousseau et Vallée.

La Croix de la Légion d'Honneur leur a été attribuée, et nous applaudissons à pleines mains à ce grand geste, par lequel la France a voulu reconnaître les services rendus par les trois nouveaux décorés à la cause française en notre pays.

Nous connaissons tous les hautes qualités intellectuelles et littéraires qui ont placé M. l'abbé Roy au premier rang dans le domaine de l'éducation et dans le monde des lettres. La décoration qu'il vient de recevoir est un tribut d'hommage à ses mérites éclatants. Le peu de temps, qu'il a passé à la tête de l'Université Laval, lui a permis, dans ce nouveau champ d'action, de faire preuve de rares aptitudes administratives, et d'en faire bénéficier toutes facultés.

Quant à nos collègues, M. le Doyen et le Secrétaire de la Faculté, nous sommes chaque jour les témoins de leur activité et de leur zèle pour l'avancement de la science médicale parmi nous. Tous deux se dévouent, avec toute l'énergie et l'intelligence qui les distinguent, à l'oeuvre dont s'occupe immédiatement notre Faculté, et aussi aux oeuvres connexes qui en sont l'extension et le rayonnement.

Nous avons donc des raisons spéciales de nous réjouir de l'inscription des trois noms, que nous acclamons ce soir, dans les fastes de la Légion d'Honneur française.

(1)—Paroles du Dr Albert Paquet, en ouvrant la séance de la Soc. Méd. de Québec (mars 1925).

BULLETIN MEDICAL

DE QUEBEC

AVRIL 1925

Nos décorés	A. Paquet	
Feu le Dr Esdras Poliquin.....	A. Jobin	125

ARTICLES ORIGINAUX

Trois observation d'osthéosynthèse	J. E. Verreault	127
La coxalgie	G. Audet	131

ANALYSES

Traitement des cancers inopérables		134
Accident de la dent de sagesse.....		138
Considérations sur le traitement de la pyorrhée		140
Procédé pour guérir la sciatique		137

PETITES CONSULTATIONS

A propos du lait condensé.—A. J.....		139
Contagion de l'encéphalite léthargique à la phase parkinsonnienne.....		141
A propos d'amygdales		141
La toux amygdalienne		142
Traitement des oxyures a) par le chloroforme.....		142
b) par l'ail		143
Formule contre la chute des cheveux.....		143
Du luminal dans certains cas d'asthme.....		144

DIVERS

Rapport du Professeur Sergent		145
Compte-rendu de la Soc. Méd. de Témiscouata.....		148
Compte-rendu de la Soc. Médicale de Québec.....		149
Nouvelles		153
Curieux préceptes d'hygiène		155
Livres à consulter		156

NOS ANNONCEURS

Rougier Frères, 210, rue Lemoine, Montréal.....		III
Rougier Frères, 210, rue Lemoine, Montréal.....		IV
L'Anglo-French Drug Co., Montréal.....		V
Rougier Frères, 210, rue Lemoine, Montréal.....		VI
Parke, Davis & Co., Walkerville, Ont.....		VII
J. I. Eddé, Montréal, Canada.....		VIII
Rougier Frères, 210, rue Lemoine, Montréal.....	{	IX
Bendages Herniaires de A. Clavierie.....		
Casgrain & Charbonneau, Ltée.....	{	X
P. Lebeault & Cie, 5 rue Bourg-l'Abbé, Paris		
Laboratoire Genevriar, Paris.....		
Rougier Frères, 210, rue Lemoine, Montréal.....		XI
Laboratoire Nadeau Limitée, Montréal.....		XII
Rougier Frères, 210, rue Lemoine, Montréal.....		XIII
J. I. Eddé, Montréal, Canada.....		XIV
Rougier Frères, 210, rue Lemoine, Montréal.....		XV
Rougier Frères, 210, rue Lemoine, Montréal.....	{	XVI
Laboratoire Fievet, Paris.....		
Rougier Frères, 210, rue Lemoine, Montréal.....		XVII
Rougier Frères, 210, rue Lemoine, Montréal.....		XVIII
A. Cholet, Montréal.....		XIX
Frank W. Horner Ltd, Montréal.....		XX
Rougier Frères, 210, rue Lemoine, Montréal.....	{	XXI
Scientific Supplies, Ltd, 204-206, McGill, Montréal.....		
La Cie d'Imprimerie Commerciale, Québec.....	{	XXII
Laboratoires Clin.....		
J. B. Giroux, Québec.....	{	XXIII
J. E. Livernois.....		
The Arlington Chemical Co., Yonkers, N.-Y.....	{	XXIV
Laboratoire Louvain, Lévis, Québec.....		
Od. Chem. Co., N.-Y.....	{	XXV
Ingram & Bell, Ltd.....		
Laboratoire Couturieux, Paris.....		
Cie de Pougues, Paris.....		couverture
Horlick's Malted Milk Co.....		"
J. I. Eddé, Montréal, Canada.....		"
J. I. Eddé, Montréal, Canada.....		"

DANS LE TEXTE

FEU LE DOCTEUR POLIQUIN.

La profession médicale du district de Québec vient de perdre un de ses membres les plus estimés dans la personne de M. le Dr Esdras Poliquin, de Portneuf, décédé, dans le cours du mois de mars, à l'âge de 49 ans.

Ce qui le recommandait à l'estime de ses confrères, c'est qu'il fut un vrai médecin, dans toute la force du terme, c'est-à-dire, aimant sa profession, et exerçant son art avec intelligence et dévouement.

Dévoué il le fut jusqu'à la fin. Il est mort en travaillant. Après une randonnée dans les paroisses environnantes à visiter ses malades,—randonnée qui a duré près de 24 heures,—il est rentré à son foyer, épuisé, malade. Quelques heures après, la maladie avait fait son oeuvre: le Dr Poliquin n'était plus.

On regrettera longtemps le Dr Poliquin dans son milieu. Car il laisse le souvenir non seulement d'un médecin instruit et habile, mais aussi d'un homme de coeur.

On cite de lui des actes de générosité vraiment admirables.

Lors de son enterrement, une femme nous disait en pleurant, qu'elle perdait un bon père. C'est lui, disait-elle, qui, à ses frais, la fit transporter à l'Hôtel-Dieu de Québec, et qui vit à la faire opérer.

Un cultivateur, tout ému, nous racontait que si, un printemps, il put ensemer sa terre, il le devait au Dr Poliquin, qui lui avait fourni toutes ses semences.

Un de ses clients, pauvre parce qu'il sacrifiait trop à Bacchus, ayant un jour quelque argent, donna \$25.00 au docteur. C'était la première fois que la chose arrivait. Le Dr Poliquin, en sortant de cette maison, donna les \$25.00 à la femme, à l'insu du mari.

Que de cas identiques nous pourrions citer.

Aussi il est mort relativement pauvre, mais riche de l'estime et de la considération de ses concitoyens.

Cette sorte de richesse, purement platonique, pourra sans doute faire sourire les gens au caractère plutôt pratique. Mais dans ces temps où l'égoïsme déforme la mentalité d'un si grand nombre des nôtres, il était bon de citer cet exemple d'altruisme, qui rappelle la figure du médecin d'autrefois.

Ses funérailles furent une belle manifestation de sympathie et de pitié reconnaissante. L'église de Portneuf,—pourtant spacieuse,—ne pouvait contenir la foule venue même des paroisses environnantes. Il a fallu tenir les portes de l'église ouvertes.

Et ce qui n'est pas banal du tout, au cours du service funèbre, le curé de la paroisse fit l'éloge du défunt, débutant à peu près en ces termes: "Je n'ai jamais, à l'église, fait l'éloge d'un citoyen décédé. Mais "celui, que nous pleurons tous, fut plus qu'un citoyen. Il fut le bon samaritain de notre canton. Son souvenir vivra longtemps dans la mémoire "de ceux qui l'ont connu, parce qu'il avait du coeur".

Nous demandons à nos confrères d'avoir un souvenir pieux pour l'âme du confrère charitable.

Le "Bulletin Médical" offre à Madame Poliquin et à ses nombreux enfants, dont l'aîné est étudiant en médecine, l'expression de ses sincères condoléances.

A. J.

* * *

Pensée: Il y a des âmes qu'on peut bénir comme le soleil qui répand avec prodigalité la chaleur et la joie sur tout ce qu'il éclaire—Remy de Gourmont.

Il y a peut-être un remède spécifique en traitant la Pneumonie, mais nous n'en avons jamais entendu parler. Malgré toutes les investigations et expériences scientifiques pour la recherche d'un tel remède, la Pneumonie est toujours "Le Capitaine du régiment de la Mort".

Il y a quelques années que certains médecins, essayant de combattre cette maladie, ont eu recours aux compresses froides, appliquées aux parois thoraciques. Le traitement n'a pu réduire la mortalité et on l'a rejeté. Le traitement par la chaleur humide est de nouveau en faveur. Selon les rapports des médecins l'application d'une chaleur humide et prolongée sur toutes les parois thoraciques est la plus prudente et efficace.

L'application d'ANTIPHLOGISTINE est la meilleure méthode, d'une habileté bien reconnue, pour le traitement par la chaleur humide et durable. Agissant sur le système vaso-motor, elle produit une dilatation des capillaires et vaisseaux superficiels, action qui est facilitée par les propriétés hydrophiles du produit. De cette manière normale le malade subit une saignée blanche; la congestion profonde est diminuée, la température réduite, la dyspnée et la cyanose disparaissent. Le coeur surmené est soulagé et la force du malade est restaurée par cette économie vraiment physiologique.

TROIS OBSERVATIONS D'OSTEOSYNTHESE. (1)

Dr J. E. VERREAULT,

Ass. à la clinique chirurgicale, Hôtel-Dieu.

Les hasards du service de chirurgie nous ont permis d'observer trois fractures dont les histoires et surtout les résultats obtenus, après réduction, nous ont semblé intéressants. C'est pourquoi, si vous le permettez, nous vous rapporterons ces trois observations en insistant davantage sur les traitements divers qui ont été essayés.

PREMIERE OBSERVATION.—Le malade T..., âgé de 9 ans, se présente le 10 juin 1924, à la consultation du Docteur Simard, parce qu'il boîtit beaucoup à la suite d'une fracture de cuisse, survenue plusieurs mois auparavant. Le malade n'a jamais été traité dans un milieu hospitalier, il n'a eu qu'un appareil faisant de l'extension continue pendant deux mois.

Nous n'avons pas de détails précis sur le mécanisme, sur la cause de cette fracture, mais à l'examen nous constatons un gros cal au tiers supérieur du fémur gauche. Ce cal est exhubérant, il tend la peau et le malade accuse un peu de douleur à la palpation.

En examinant le fémur, nous trouvons que le fragment inférieur est soudé en faisant un angle interne très marqué. Une radiographie prise le lendemain confirme l'examen clinique.

Nous étions donc en présence d'une fracture de cuisse au tiers supérieur, mal consolidée, avec un cal vicieux, sans aucune chance d'amélioration, et pour la longueur et pour l'utilité de ce membre.

Le 18 juin le malade est opéré par le Docteur Vézina que nous assistons. Après incision externe portant sur le milieu de la partie la plus saillante du cal, ce dernier est enlevé dans sa totalité, et les deux fragments sont avivés et mis bout à bout. Pour les maintenir en bonne position une plaque cannelée de Hallopeau est placée sur le côté externe du fémur, fixée solidement par trois lames de Putti-Parham encerclant le corps de l'os.

Le malade à la suite de cette intervention est immobilisé au lit dans une gouttière durant 60 jours. Après ce temps on lui permet de se lever et il retourne chez lui quelques jours après, marchant très bien sans aucune boiterie et sans aucune douleur. Les suites opératoires avaient été aseptiques.

(1)—Travail lu à la Soc. Méd. de Québec, séance de mars 1925.

A la fin de janvier 1925, le malade revient à l'hôpital, parce qu'il s'écoule un peu de pus au niveau de la partie inférieure de la cicatrice.

Cet état de chose dure depuis environ un mois, et durant tout ce temps, le malade a continué à marcher sans éprouver d'autre ennui que celui de porter un pansement. A ce moment la marche est parfaite, et le malade ne ressent qu'une légère douleur si on presse sur la cicatrice.

Le 4 février, la plaque est enlevée ainsi que les lames, et le jeune garçon quitte l'hôpital dix jours après, sans aucune suppuration et parfaitement guéri.

Dans ce premier cas les lames ont été mal tolérées, mais heureusement après consolidation parfaite de la fracture.

* * *

DEUXIEME OBSERVATION.—F. B., âgé de trente-cinq ans, entre à l'hôpital le 19 décembre 1924. Le matin même il était dans le bois en train de "bûcher", pour me servir de son expression, lorsque, par manque de précaution ou par malchance, l'arbre qu'il abattait a glissé sur sa souche, lui frappant la jambe gauche.

Le malade est alors projeté un peu plus loin, et il tombe assis sur une grosse pierre qui se trouvait là, et il est incapable de se relever.

D'autres bûcherons lui improvisent un brancard et le transportent au village situé à sept milles de là.

Dans l'après-midi il est amené à l'hôpital, et l'interne de service immobilise temporairement le membre, après avoir constaté une fracture de jambe au tiers moyen.

Le lendemain matin, la jambe est radiographiée et la plaque nous démontre une fracture de jambe au tiers moyen, avec fragments en biseau du côté du tibia. Le trait de fracture est oblique de dehors en dedans et d'avant en arrière. Le fragment tibial supérieur, par son extrémité inférieure, pointait sous la peau qu'il menaçait d'ulcérer. Il était de plus dévié en dedans et en avant, tandis que le fragment inférieur attiré en haut, était dévié en dehors et en arrière. Le raccourcissement à ce moment était d'environ un pouce et demi.

Comme le déplacement des fragments est très marqué et que les chances de maintien avec un appareil plâtré sont minimes, l'ostéosynthèse est décidée d'emblée.

Le 26 décembre 1924, c'est-à-dire sept jours après son arrivée, le malade est opéré par le Docteur Vézina qui remet les deux fragments tibiaux bout à bout en place. Pour maintenir la coaptation parfaite obtenue, il les encercle de trois lames métalliques de Putti-Parham.

Le malade est immobilisé dans une gouttière métallique, et les trois jours suivants il fait une légère réaction fébrile, due le plus probablement à un peu de résorption sanguine. Après ce temps tout rentre dans l'ordre.

Une radiographie de contrôle est prise et nous laisse voir une réduction aussi parfaite que possible sans aucun raccourcissement et sans aucune déviation dans l'axe du membre.

Le malade est revu le quarantième jour et son état est excellent; il n'accuse aucune douleur et il n'a jamais eu de suppuration.

Levé le 5 février, il quitte l'hôpital le 10, sans oedème, sans boiterie et sans douleur, démontrant ainsi une parfaite tolérance pour les lames restées en place.

Le malade a été revu de nouveau, le 28 mars et son état est toujours très satisfaisant. L'atrophie musculaire disparaît depuis qu'il marche.

* * *

TROISIEME OBSERVATION.—La dernière observation est celle d'un malade, qui, faisant une chute alors qu'il se rendait à son travail, ne peut se relever.

Il est amené à l'hôpital le 5 décembre dernier et l'examen clinique nous permet de constater une fracture de jambe au tiers inférieur.

Une radiographie prise le lendemain donne comme résultat, une fracture de jambe avec un trait de fracture à peu près transversal pour le tibia, et franchement oblique et en biseau pour le péroné.

Un appareil plâtré posé après tentative de réduction sous anesthésie donne, le lendemain, à la radiographie de contrôle, une reproduction de la fracture non améliorée. C'est pourquoi deux jours après le malade est opéré et on constate alors une interposition musculaire qui empêche toute réduction par manoeuvres externes.

Cet obstacle une fois enlevé, les deux fragments sont mis bout à bout et pour les maintenir en place, on visse une plaque de Sherman à la partie interne du tibia.

Le malade n'a eu qu'une légère réaction fébrile les deux jours suivant l'intervention. Sa température est restée normale jusqu'à son départ, le 15 janvier. A ce moment une dernière radiographie démontre un maintien parfait, sans aucune trace d'ostéite et sans aucun signe subjectif d'intolérance pour la plaque et les vis, de la part du malade.

Comme vous le voyez par les radiographies prises à diverses époques au cours de l'évolution, l'ostéosynthèse pratiquée dans de bonnes conditions, avec des indications précises, après des tentatives de réduction par

les moyens habituels, tentatives restées, infructueuses, donne des succès et des résultats parfaits.

Il ne faudrait pas cependant verser dans l'exagération en ne traitant les fractures que par l'ostéosynthèse, car celle-ci, tout en ayant ses avantages marqués, fait toujours courir un risque d'infection, et elle comporte aussi la possibilité de déformations secondaires dues au matériel de suture.

La cause de cet accident serait l'entretien de la malléabilité du cal par les plaques, les vis et surtout les lames de Parham.

D'autre part, certaines fractures pourront conserver durant des années ces appareils métalliques sans aucun signe d'intolérance.

Des trois observations précédentes il ressort que nous devons avoir recours à l'ostéosynthèse toutes les fois qu'un traitement non opératoire aura échoué, après des essais de réduction et de maintien par manoeuvres externes.

Les indications d'opérer d'emblée seront plus précises lorsque la fracture sera ouverte et non infectée.

Il sera aussi préférable d'intervenir lorsque la fracture sera à fragments multiples à cause du chevauchement très marqué des divers fragments.

On fera de même dans les fractures du tibia, de l'humérus et de l'avant-bras, où l'obliquité extrême des fragments ne laisse aucune chance d'espérer le maintien d'une réduction bien faite par les moyens habituels.

Quant au temps de l'intervention, on considère comme période idéale, les huit à dix premiers jours qui ont suivi l'accident.

**INFECTIONS ET TOUTES
SEPTICÉMIES**

(Académie des Sciences et Société
des Hôpitaux du 22 décembre
1911.)

....LABORATOIRE COUTURIEUX....

18, Avenue Hoche, Paris.

Traitement LANTOL
— PAR LE —

Rhodium B. Colloïdal
électrique

AMPOULES DE 3 C.M.

LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE OSTEO-ARTICULAIRE.

II

LA COXALGIE.

Par le **docteur GEORGE AUDET**,

Chirurgien-orthopédiste de l'Hôpital Laval,
Assistant à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.

L'arthrite tuberculeuse de la hanche ou coxalgie, est une des localisations les plus fréquentes de la tuberculose ostéo-articulaire, et il importe de la bien traiter, afin de réduire au minimum possible l'infirmité qu'elle entraîne presque inévitablement. En effet, la coxalgie, malgré un traitement précoce et suffisamment prolongé, guérit le plus souvent par l'ankylose de l'articulation. Et puisque l'ankylose est pratiquement fatale, l'idée dominante du traitement doit être de voir à ce que celle-ci se produise dans l'attitude la plus utile, tant au point de vue de la marche que de l'appui, c'est-à-dire, sans flexion et en abduction légère.

Voilà ce qu'il faut avoir en vue, dès le début du traitement, et ne pas faire comme font malheureusement plusieurs médecins, ne s'occuper uniquement du traitement médical de la maladie, quitte à confier plus tard au chirurgien, le soin de corriger la difformité acquise. Ces corrections tardives donnent souvent des résultats médiocres, ou tout au moins très inférieurs à ceux qu'aurait donnés un traitement bien appliqué tout le long de la maladie. En présence d'un coxalgique, certes, il faut avoir en vue son traitement médical, il faut avoir recours, à tous les moyens physiques et médicamenteux signalés dans un article précédent, mais, il faut aussi penser que cet enfant, que l'on va retirer pour plusieurs années de l'activité humaine, y retournera un jour, lorsqu'il sera sorti victorieux de la redoutable maladie qui l'en avait soustrait, et qu'il y retrouvera d'autant mieux et plus rapidement sa place, qu'il s'y présentera, avec une infirmité plus légère. L'ankylose de la hanche, est une infirmité grave, mais obtenue dans l'attitude plus haut mentionnée, l'enfant s'en accommode assez bien, voire même parfois, avec une boiterie très légère.

Il faut donc immobiliser l'articulation, en extension et en abduction légère, et quelque soit l'appareil utilisé, il n'atteint pas son but véritable, s'il ne maintient pas le membre dans cette attitude. Certains auteurs, se basant sur la grande tendance du membre coxalgique à revenir en adduction, soutiennent qu'il faut l'immobiliser en abduction maxima. Cette opinion n'est cependant pas admise par tous les orthopédistes, et en règle, le moyen terme, consistant à choisir l'abduction légère, donne, lorsque celle-ci est bien maintenue, d'excellents résultats.

Et comment maintenir le membre en abduction ? Par un appareil plâtré, remontant assez haut, c'est-à-dire, prenant un point d'appui latéral sur le thorax. C'est la condition indispensable au maintien de l'abduc-

tion. Les appareils qui ne réalisent pas cette condition, non seulement n'empêchent pas la cuisse de se mettre en adduction, mais ils rendent même possible un certain degré de flexion.

Il vaut aussi beaucoup mieux inclure le pied dans l'appareil, ce qui assure une immobilisation plus complète en s'opposant à la rotation, et prévient en même temps l'oedème du pied.

Cette immobilisation rigoureuse doit être maintenue durant deux années au moins. Ménard, qui a traité un très grand nombre de coxalgies, à l'Hôpital Maritime de Berck-sur-Mer, affirme qu'il n'en a jamais vu guérir avant deux ans, et, encore, s'agissait-il de coxalgies à évolution normale, c'est-à-dire sans complications.

Sur quels signes peut-on se baser pour affirmer la guérison? Puisqu'il s'agit ici d'une articulation profonde, la chaleur locale ne peut pas avoir la même valeur d'appréciation qu'au niveau des articulations superficielles, comme le genou, le coude, l'épaule, etc. Outre l'absence de douleurs, d'empatement de la région, de ganglions rétro-cruraux, le signe de guérison le plus sûr nous est ici fourni par la radiographie. A la période de réparation, "les extrémités articulaires commencent à s'éclaircir, et le long des surfaces ulcérées, se dessine un liséré de cicatrisation, de condensation, de sclérose, qui sur le cliché positif vient en noir."

L'apparition de ce liséré de sclérose est un excellent signe, et c'est sur sa présence que l'on pourra se baser pour affirmer que la lésion est en voie de guérison, et autoriser la marche avec un appareil orthopédique. On fait alors au malade un spica plâtré plus court, qui laisse libre l'articulation du genou, tout en immobilisant bien la hanche. Il ne serait pas prudent de laisser l'articulation complètement libre, dès l'apparition de ce liséré de sclérose, et l'immobilisation doit être poursuivie au moins jusqu'à la fin de la troisième année.

Voilà pour la coxalgie à évolution normale, c'est-à-dire, qui ne s'est pas accompagnée d'abcès, puisque, non seulement, ce dernier va retarder la guérison, mais il la rendra douteuse, en compromettant l'état général, par la fistulisation toujours possible.

L'abcès s'annonce généralement par des douleurs, qui surviennent tout à coup, sans cause apparente. L'appareil plâtré était jusqu'alors bien supporté, mais voilà que le malade se plaint de tension, d'élancements au niveau de sa hanche, et l'ablation du plâtre nous révèle la présence d'un abcès. On peut alors se contenter d'ouvrir une large fenêtre au niveau de la hanche, ou encore supprimer l'appareil en entier, pour n'avoir recours qu'à l'extension continue, ce qui laissera libre la région de la hanche, et facilitera les ponctions.

Le traitement de l'abcès tuberculeux, pour être mené à bonne fin, nécessite certaines précautions, sur lesquelles, il n'est certes pas inutile d'insister. La ponction, en effet, outre qu'elle exige des manipulations parfaitement aseptiques, demande à être pratiquée, suivant une technique

précise, dans le but d'empêcher, s'il est possible, la fistulation de se produire, mais surtout, pour que celle-ci, ne s'établisse pas au niveau même du trou de ponction.

Le premier but sera réalisé par des ponctions systématiques, d'autant plus fréquentes, qu'il y a menace de fistulisation. En règle, pour un abcès où ce danger n'est pas à craindre, on considère qu'une période d'attente de quinze jours est suffisante, à moins que l'abcès ne montre des signes manifestes de régression.

On prévient la fistulisation au niveau même du trou de ponction, en abordant l'abcès par les tissus sains, c'est-à-dire, en faisant suivre au trocart, un trajet sous cutané, jusqu'à l'abcès. Il faut qu'il y ait au moins un pouce de tissu sain, si l'on veut obtenir une fermeture rapide du trou de ponction, ce que l'on ne pourrait espérer, au niveau même de l'abcès, où la peau est tendue, amincie, mal nourrie, n'ayant que peu de tendance à se régénérer. A l'Hôpital Maritime de Berck-sur-Mer, on a l'habitude de répéter souvent aux élèves l'aphorisme suivant : il faut ponctionner un abcès, "là où il n'est pas, là où il n'a pas été, là où il ne sera pas," c'est-à-dire, en dehors de lui, par l'intermédiaire des tissus sains, dans des tissus encore indemnes, et jamais dans sa portion déclive, là où il peut progresser.

On attache de moins en moins d'importance, aujourd'hui, aux injections de liquides modificateurs. On tend à en limiter l'emploi, uniquement aux cas où le contenu de l'abcès est trop épais pour être aspiré par un trocart. Ces liquides n'ont d'ailleurs aucune action véritable sur la paroi de l'abcès, mais ont une action liquéfiant manifeste sur son contenu, ce qui facilite beaucoup les ponctions. Les liquides modificateurs qui semblent le mieux réaliser ce but, sont, le thymol camphré et l'éther iodoformé.

Si malgré toutes ces précautions, la fistulisation vient à se produire, et qu'elle s'éternise au point de menacer l'état général, il faut parfois, pour sauver la vie du malade, avoir recours à la résection de la hanche, opération heureusement exceptionnelle, parce que, le plus souvent, elle laisse l'articulation dans des conditions orthopédiques bien médiocres.

La désarticulation de la hanche demeure l'extrême ressource du chirurgien dans le cas d'une infection secondaire très étendue, où même la résection ne donnerait aucun résultat.

Enfin, la coxalgie une fois guérie, peut laisser après elle une difformité très gênante au point de vue fonctionnel, qui est l'attitude vicieuse, en flexion adduction et rotation interne. Cette difformité est extrêmement gênante, parce qu'elle peut entraîner un raccourcissement fonctionnel énorme, en plus du raccourcissement anatomique déjà créé par la maladie elle-même. Le moyen le plus courant et le plus simple d'y remédier, est l'ostéotomie oblique sous trochantérienne, qui en remettant le membre dans la rectitude ou l'abduction légère, corrige presque en entier le raccourcissement fonctionnel. Il ne reste qu'à remédier au raccourcissement anatomique par le port d'une semelle plus élevée du côté atteint.

REVUE ANALYTIQUE

TRAITEMENT DES CANCERS INOPERABLES. ⁽¹⁾

Dans les cas tout à fait désespérés où l'on ne peut compter ni sur la chirurgie, ni sur le radium, ni sur les rayons X, il reste encore quelques ressources qui permettent d'obtenir la diminution des douleurs, des écoulements, et qui procurent aux malades un soulagement plus ou moins prolongé.

Les *préparations colloïdales de cuivre, de sélénium*, ont été utilisées dans ces derniers temps, et ont donné quelques améliorations encourageantes. Thiraloix et Lancien avaient déjà fait connaître l'action très marquée du sélénium colloïdal sur les adénopathies du cancer. Plus récemment Touche (d'Orléans) a publié d'intéressantes observations de cancéreux traités par des injections hypodermiques de *sélénium colloïdal*, parmi lesquels figuraient quatre femmes atteintes de cancer utérin, arrivé à une période très avancée. Il a obtenu un apaisement marqué des douleurs, une notable diminution des écoulements, et les malades qui étaient à peu près immobilisées, ont pu reprendre quelque activité et beaucoup d'espoir. Ces résultats ne peuvent être considérés comme négligeables.

Je connais de très remarquables améliorations obtenues dans mon service, grâce à des pansements préparés suivant la formule suivante :

Magnésie (hydrate de)	20 grammes
Magnésie (silicate de)—(talc de Venise)	20 —
Cuivre (sulfate)	10 —
pour un paquet.	

à mélanger avec quantité suffisante de glycérine pour faire une pâte liquide pour bien imbiber une mèche de 0.60 centimètres.

On peut ajouter *pour les premiers pansements* une cuillerée à soupe d'une solution au sulfate de suivre à 10 p. 100, de façon à renforcer l'action caustique et astringente de la pâte. S'il y a de grosses hémorragies, on doit ajouter 30 gouttes d'adrénaline mélangée à chaque pansement.

Sous l'influence de cette médication, renouvelée, les premiers temps, tous les trois jours, les hémorragies s'arrêtent, les douleurs cèdent, les pertes mal odorantes sont atténuées, puis taries.

Il est bon de recommander en même temps à l'intérieur les cachets suivants :

(1)—Extraits du livre de Jean-Louis Faure—Cancer utérin.

Magnésie (hydrate de)	0 gr. 40 cgr.
Potasse } phosphate de	0 gr. 20 cgr.
Soude }	
Quinine (chorhydrate de)	0 gr. 20 cgr.
pour un cachet.	

à prendre deux par jour pendant 20 jours, dix jours de repos.

Assurément ces médications ne comptent à leur actif, *aucun cas de guérison définitive et incontestée*, mais elles atténuent momentanément quelques-uns des symptômes les plus pénibles de cette cruelle affection, elles apportent aux malades un précieux encouragement, et à ces multiples points de vue, elles méritent réellement d'entrer dans la pratique.

Lorsque le cancer évolue, en dépit de tout, on doit s'efforcer encore de chercher quelques moyens propres à soulager ces pauvres malades.

C'est alors que peuvent être utiles les cautérisations ignées, destinées à détruire les gros bourgeons cancéreux qui envahissent le vagin et qui sont le siège d'incessantes hémorragies, ou bien les cautérisations faites au moyen de chlorure de zinc en solutions aqueuses à 1/10e et 1/5e, dont on imbibe un tampon d'ouate hydrophile ou de gaze qu'on laisse 24 heures sur les parties malades, en protégeant les régions saines de lanières de gaze chargées d'une épaisse couche de vaseline.

On peut encore combattre les pertes de sang en appliquant sur le col, après lavage, de la gaze imbibée de sérum gélatiné à 7 p. 100, qu'on laisse en place 10 ou 12 heures et qu'on renouvelera à plusieurs reprises, à mesure que se produit l'hémorragie.

On aura recours une ou deux fois par jour à des injections faites très doucement, sous une faible pression, en enfonçant peu la canule. On se servira de solutions antiseptiques variées, destinées surtout à désodoriser le vagin: le permanganate de potasse à 1/4000e, l'aniiodol, la liqueur de Labarraque (1 à 2 cuillérées à soupe par litre), l'eau iodée à 1/1000e ou à 1/1500e, l'eau oxygénée (2 à 3 cuillérées à soupe par litre), constituent des préparations de choix. J. Récamier accorde la préférence à l'essence de térébenthine, à la dose de 15 grammes, associée à une cuillérée à soupe de magnésie, pour un litre d'eau.

Les érythèmes, les dermites que provoque aux plis inguinaux et à la face interne des cuisses le passage des liquides irritants qui proviennent des lésions génitales, seront traités par des onctions avec une pommade de zinc, puis soupoudrés, à profusion de talc et d'oxyde de zinc.

On s'efforcera de calmer les douleurs: des lavements laudanisés et chloralés (2 grammes de chloral et 20 à 25 gouttes de laudanum), des suppositoires à la morphine et à la belladone.

Il ne faut d'ailleurs pas hésiter, dans ces cas, à employer les injections hypodermiques de morphine, de pantapon, à dose suffisante: un ou deux

centigrammes, d'emblée pour une nuit, en évitant les injections plus faibles, mais plus fréquentes, qui conduisent plus rapidement à la morphomanie.

Quant aux moyens médicaux, maniés avec science et prudence, comme Renaud le montrait récemment (Paris Médical, 1924), ils nous permettent lutter utilement contre l'infection, les hémorragies, les troubles généraux, à telles enseignes que l'on peut prolonger la vie de ces malheureux cancéreux et que l'on doit dans cette tâche ingrate attendre de bons résultats des "qualités maîtresses qui font le vrai médecin: le savoir et "le coeur".

* * *

A propos de l'usage de la magnésie dans le cancer, je me rappelle avoir reproduit dans le "Bulletin Médical" de janvier 1924, un extrait du "Journal des Praticiens" de Paris. Dans cet article, l'auteur relate l'observation d'une femme opérée d'un épithélioma du sein. Quatre mois plus tard, des ganglions sus-claviculaires, de la grosseur d'un haricot, cèdent aux rayons X, mais la récurrence se fait très vite: sur place, sur le thorax et les bras, sous forme de "grains de plomb". Chirurgien et radiologiste estiment toute intervention inutile et la mort fatalement prochaine. L'auteur fait une série d'injections de cuprase. Mais les nodosités grossissent et se multiplient. L'état général devient mauvais. L'auteur conseille la magnésie calcinée à la dose de 3, puis de 4 cuillerées à café par jour. En huit mois, toute trace des nodosités a disparu. L'état général est devenu excellent. En 1923, cette malade était en parfaite santé. Et elle continue l'usage de la magnésie.

Cette reproduction eut pour effet, dans le temps, de faire sourire certains médecins, plus malins que.....

Une de mes clientes, âgée de 55 ans, fut opérée en novembre 1923, pour un cancer du sein. Le chirurgien lui fit une exérèse totale, ne lui laissant que la peau et les os, et encore pas toute la peau. Au cours de février 1924, la douleur revenait, et il y avait de l'oedème du bras correspondant au sein enlevé. Je crus à une récurrence. Je lui prescrivis de la magnésie calcinée qu'elle prend régulièrement depuis ce temps-là. Je l'ai revue au cours de février 1925: ma cliente est en parfait état de santé.

Ce qui m'encourage à avoir recours à ce médicament "faute de mieux", ce sont certains résultats obtenus, et surtout le témoignage de maître Regaud. Lorsque ce savant est passé à Québec, dans une de ses dernières leçons, il n'a pas manqué, de recommander l'usage du cuivre ou de la magnésie, dans les cas de cancer inopérables, soit pour une raison ou pour une autre.

Je suis donc en bonne compagnie.

A bon entendeur.....salut.

A. J.

UN PROCEDE POUR GUERIR INSTANTANEMENT LA SCIATIQUE

C'est M. Jacquerod (de Leysin) qui l'indique (Revue médicale de la Suisse Romane, avril 1924) parce qu'il lui a réussi.

Il y a une dizaine d'années, dit-il, j'ai été atteint de crises aiguës de sciatique, très douloureuses et très prolongées. Un jour, étant à cheval, au service militaire, je fus pris subitement d'une crise intense. Instinctivement, je fis quelques mouvements pour chercher à soulager ma douleur, et, tout à coup, comme par enchantement, le mal avait disparu.

Quelques jours plus tard, pris d'une nouvelle crise, un peu moins forte mais persistante, je me remis en selle, afin de chercher à reproduire le mouvement qui m'avait si bien réussi; immédiatement, le mal disparut. Dès lors, je suis resté plus de dix ans sans ressentir aucune douleur.

Dernièrement, à la suite d'une course de montagne, je ressentis, de nouveau, quelques crises de sciatique, assez désagréables. Je me souviens alors de mon merveilleux remède d'autrefois et je cherchais à reproduire le même mouvement; mais, n'ayant point de cheval à ma disposition, la chose me fut un peu plus difficile; cependant, j'y parvins et j'eus le loisir d'analyser les différents temps de la manoeuvre, que je vais tenter d'expliquer ici.

A cheval: 1°—Raidir la jambe malade, en appuyant l'avant du pied sur l'étrier; 2°—Abaissier autant que possible le talon, la jambe restant raidie; 3°—Faire un mouvement de supination, aussi prononcé que possible du pied et de la jambe entière, jusqu'à la hanche (en gardant toujours la jambe raide et le talon fortement abaissé); 4°—Relever autant que possible le haut du corps et les épaules, tout en tournant le torse en sens inverse du mouvement de la jambe, c'est-à-dire en regardant en arrière par dessus l'épaule du côté malade (toujours, bien entendu, en maintenant l'effort et la position de la jambe).

A pied: 1°—S'étendre sur un lit de bois; 2°—Raidir la jambe malade, en appliquant la plante du pied contre le fond du lit; 3°—Tourner le pied en même temps que toute la jambe, jusqu'à l'articulation fémorale, en supination forcée, tout en appuyant fortement avec le talon contre le fond du lit (comme si l'on voulait allonger la jambe par le talon); 4°—Faire un mouvement de torsion du haut du corps en sens inverse, tout en allongeant le torse et en élevant les épaules autant que possible.

La manoeuvre consiste donc en la combinaison de deux mouvements, ou plutôt de deux groupes de mouvements, en sens inverse. D'une part, un mouvement de torsion de toute la jambe, jusqu'à la hanche, dans un sens, et un mouvement de torsion du haut du corps dans le sens opposé, d'autre part, un effort d'allongement de la jambe dans une direction, com-

biné avec un effort d'allongement du haut du corps dans la direction opposée.

Le soulagement éprouvé est parfois si soudain que cela fait penser à la manoeuvre de la réduction d'une luxation d'épaule par le procédé de Koch.

Je sais qu'il y a sciatique et sciatique. Essayez tout de même! Si vous ne voulez pas laisser au confrère le meige* une chance de guérir votre malade.

(Le Progrès Médical, 3 mai 1924)

UN ACCIDENT MUQUEUX DE LA DENT DE SAGESSE: ABCES MIGRATEUR.

Au congrès français de Stomatologie, tenue à Paris (20 à 26 octobre 1924), MM. Chompret et L'Hirondel décrivent sous ce nom un abcès né du sac-péricoronaire et fusant très en avant et en dehors dans le vestibule.

Cette migration en avant et la fixation secondaire de l'abcès au niveau des prémolaires sont déterminées par diverses conditions anatomiques. La principale est la gouttière formée d'un côté par le maxillaire et de l'autre par le buccinateur qui vient s'insérer sur la ligne oblique externe; d'où le nom d'*abcès buccinato-maxillaire* donné par les auteurs à cette lésion inflammatoire.

Comme symptômes, cet accident muqueux reproduit au point de vue fonctionnel l'accident profond et osseux, l'intensité en moins. Mais les signes physiques sont complètement différents. Alors que le phlegmon osseux évolue en dedans et en arrière, derrière l'angle mandibulaire, l'abcès buccinato-maxillaire siège à la partie médio-latérale de la branche horizontale, où il soulève la joue; le menton et l'angle mandibulaire sont normaux. Du côté de la bouche, le vestibule est soulevé en face des prémolaires. Étant donné l'origine de l'abcès, la pression à son niveau fait sourdre du pus au niveau de la dent de sagesse (signe pathognomonique).

Si l'on n'intervient pas, l'abcès peut s'évacuer soit dans le vestibule, soit à l'extérieur (fistule cutanée), d'où l'existence de deux formes cliniques importantes à connaître pour éviter les erreurs de diagnostic et de traitement.

Le diagnostic doit être fait avec les accidents osseux de la dent de sagesse, l'ostéopériostite banale des prémolaires et molaires, la fistule alvéolo-dentaire, l'adénite génienne.

Comme traitement, les auteurs conseillent l'extraction immédiate de la dent de sagesse, qui leur a donné toujours une guérison radicale, même dans un cas où l'abcès buccinato-maxillaire avait produit une fistule cutanée datant d'une année, et dans un autre cas de 6 ans.

(*)—En Suisse, on désigne sous le nom de "meige" toute personne qui pratique la médecine sans l'avoir étudiée.

A PROPOS DE LAIT CONDENSE

Le lait condensé sucré est une excellente nourriture pour les enfants qui ne peuvent digérer le lait de vache. Cependant il y a certaines précautions à prendre, faute desquelles on fait courir des risques à l'enfant. Entre autres précautions, il y a celle-ci : on ne doit pas transvaser ce lait condensé. On doit le laisser dans son bocal, le garder couvert et dans un endroit frais.

A l'appui de cet énoncé, je rapporterai deux observations.

Au mois de novembre 1924, je fus appelé pour voir l'enfant de M. L. B..., qui digérait mal. Il n'était âgé que de deux mois et était nourri artificiellement. Jusque là la mère avait essayé différents laits, mais sans succès. L'enfant vomissait et dépérissait naturellement.

Je mis l'enfant au lait condensé. De suite l'enfant se mit à aller bien. Il ne vomissait plus, était de bonne humeur et profitait. Ceci durait depuis quinze jours, lorsque je fus appelé en tout hâte, l'enfant était en convulsions. Il mourut pendant ma visite. Les convulsions l'avaient tué en 4 heures.

Je me torturai l'esprit pour expliquer une mort aussi inattendue que prompte. A force de questionner, j'appris de la mère qu'elle avait vidé sa boîte de lait condensé dans un vaisseau non stérilisé.

J'avais l'explication de la mort de cet enfant. Un lait condensé, souvent assez vieux, transvasé dans un bocal non aseptique, s'altère très vite, et devient un véritable poison, d'excellente nourriture qu'il était quelques minutes auparavant.

Au commencement du mois de mars 1925, j'observai un autre cas semblable. Un nourrisson de 6 semaines, nourri au lait condensé, devient tout à coup malade, et tombe en convulsions, convulsions qui se répétèrent pendant plus de 12 heures. Je fis le traitement qu'on fait en pareil cas—, débarrassant l'estomac et l'intestin le plus vite possible, lui administrant du chloral en lavement, et même lui faisant respirer à 2 intervalles quelques bouffées de chloroforme.

Il eut la force de résister à cette double intoxication, alimentaire et médicamenteuse, et survécut.

J'ai revu cet enfant depuis, il va comme un charme.

Encore là, on avait transvasé le lait condensé, sans prendre la précaution de stériliser le bocal.

Que conclure ?

- 1°—On ne doit jamais vider une boîte de lait condensé. N'oublions pas que ce lait est dans un bocal stérilisé.
- 2°—Si, pour une cause ou pour une autre, on est obligé de vider une boîte, il vaut mieux ne pas employer ce lait pour l'enfant, mais l'employer pour des fins culinaires.
- 3°—Si l'on ne peut faire autrement, on aura soin au préalable de stériliser à la perfection le bocal dans lequel on transvasera le lait condensé.
- 4°—Le lait fraîchement préparé est le meilleur. Une boîte qui a une année d'existence, contient un produit dangereux.

A. J.

QUELQUES CONSIDERATIONS SUR LE TRAITEMENT DE LA PYORRHEE.

M. Béal (de Lille) considère la pyorrhée comme une affection microbienne, spécifique, causée par une variété spéciale de spirille. Il en résulte que le traitement doit être avant tout anti-spirillaire. Deux méthodes sont à envisager :

1°—La *vaccination*, telle qu'elle a été employée jusqu'à présent, ne peut pas avoir d'action spécifique, puisque l'agent n'a pas été trouvé. Les vaccins employés n'agissent qu'indirectement en activant la défense leucocytaire et, par suite, n'ont qu'une action passagère.

2°—La *chimiothérapie* est actuellement la méthode de choix, sous forme de salvarsanothérapie. M. Béal déconseille les injections ou applications locales et repousse les injections intraveineuses. Il préconise l'emploi du *stovarsol*, produit arsenical décrit par Ehrlich, et qu'il a étudié à l'Institut Pasteur avec M. Levaditi. C'est un sel stable, que l'on prend par la bouche, pendant plusieurs jours, à doses croissantes, en partant de 0 gr. 25; un repos d'une dizaine de jours est nécessaire entre deux séries. On peut également l'employer en applications locales, mélangé à 1 pour 10 avec de la glycérine.

L'action est assez rapide; il se produit une diminution durable, et quelquefois une disparition totale des spirilles dans les poches pyorrhéiques. M. Béal cite quelques cas de guérison pouvant être considérée comme complète, et il appelle l'attention du Congrès sur ce mode simple et efficace de traitement.

PETITES CONSULTATIONS

LA CONTAGION DE L'ENCEPHALITE EPIDEMIQUE
A SA PHASE PARKINSONNIENNE.

Dans "La Presse Médicale" (1er oct. 1924) M.M. Guillain, Alajouanine et Célice, rapportent l'observation d'un jeune homme de 22 ans, confiné au lit depuis plusieurs années, et se trouvant à l'hôpital entre deux cas d'encéphalite léthargique à la phase parkinsonienne, fut pris le 24 mars 1924 d'une encéphalite aiguë à type léthargique. Il n'y avait aucun autre cas de ce genre dans l'hôpital.

Ces auteurs concluent de la manière suivante :

"La contagion de l'encéphalite dans notre observation nous paraît d'une absolue évidence, il s'agit d'un fait presque expérimental.

"De ce fait nous croyons que l'on doit tirer des conclusions pratiques. Il nous paraît qu'il est nécessaire d'isoler dans les salles d'hôpital les parkinsoniens post-encéphalitiques, spécialement ces parkinsoniens avec phénomènes pseudo-bulbaires qui ont une sialorrhée incessante. Il faut que les familles connaissent la possibilité de la contagion des parkinsoniens ; le parkinsonien qui joue avec ses enfants, qui les embrasse, est incontestablement dangereux pour eux. Il est indispensable de prendre vis-à-vis des parkinsoniens post-encéphalitiques toutes les mesures d'hygiène, de prophylaxie, de désinfection qui, nous semble-t-il, ne sont actuellement jamais appliquées."

A PROPOS D'AMYGDALES.

Au 37ème congrès français d'Oto-rhinolaryngologie, tenu à Paris, en octobre 1924, il fut naturellement question de l'amygdalectomie, et de l'amygdalotomie.

A ce propos, M. Goulet (de Nancy) regrette une confusion de termes qu'il importerait de faire cesser. En Amérique comme en France, on vide entièrement la loge amygdalienne ; or cette opération reçoit indifféremment le nom d'amygdalotomie et d'amygdalectomie.

M. Pierre Sebileau est d'avis qu'il y aurait intérêt, en attendant que l'on s'entende sur les choses elles-mêmes, à ce qu'on se mette d'accord, au préalable, avec le langage médical usuel. Quand on pratique une ouverture de l'estomac, du rein, de la vessie, du poumon, on a l'habitude de dire que l'on pratique une gastrotomie, une néphrotomie, etc. Quand, au contraire, on résèque ces organes, on a l'habitude de dire que l'on pratique une gastrectomie, une néphrectomie, etc. Pourquoi ne pas faire de même en ce qui concerne l'amygdale ? L'amygdalotomie doit s'entendre de la simple incision de l'amygdale. L'amygdalectomie doit s'appliquer à l'exérèse de l'amygdale. Cette amygdalectomie, comme l'hystérectomie, peut être partielle, subtotale ou totale. Le mot "subtotale" est grammaticalement mauvais, mais il est clair et nous pourrions le conserver.

LA TOUX AMYGDALIENNE.

M. Iribarne (de Paris). La toux amygdalienne s'observe dans l'hypertrophie des amygdales, l'amygdalite lacunaire, les végétations adénoïdes du cavum, l'hypertrophie de l'amygdale linguale. Cette toux est généralement précédée d'une sensation de chatouillement, sèche, quinteuse par accès, quelquefois coqueluchoïde. Elle cesse par intervalles, surtout pendant les repas et le sommeil, pour revenir assez régulièrement au même moment de la journée ou de la nuit, alternant chez l'adulte avec des "raclements sonores". Elle est extrêmement tenace et rebelle aux moyens médicaux.

Elle disparaît par l'exérèse chirurgicale de la lésion causale.

UNE METHODE EFFICACE DE TRAITEMENT CONTRE LES OXYURES.

La résistance des oxyures aux différents traitements préconisée est bien connue. Elle est due aux caractères biologiques particuliers de leurs oeufs, au cycle vital spécial de ces vers, à la facilité de réinfection par le grattage et à la difficulté d'atteindre les oeufs profondément nichés dans la paroi intestinale et protégés par la muqueuse.

T. Luzzati a obtenu les meilleurs résultats avec le chloroforme dilué dans de l'huile de ricin, employé avec succès par Alesdrini contre l'ankylostome duodénal et le toenia. L'auteur prescrit 2 grammes de chloroforme pur pour anesthésie dans une quantité variable d'huile de ricin, et il administre cette dose à 3 reprises différentes en un mois, soit le 1er, le 15, et le 30 du mois. Ce traitement n'a jamais donné lieu au moindre accident toxique. Le chloroforme semble tuer ou paralyser le parasite en pénétrant dans les récessus de la muqueuse intestinale. L'huile produit ensuite l'expulsion de l'oxyure. La répétition des doses est nécessaire pour atteindre les nouvelles générations du parasite.

(Le Pediatría, 15 août 1924).

L'AIL DANS L'OXYURASE INVETEREE

Un homme d'une trentaine d'années, atteint d'oxyurase depuis son enfance et d'un prurit anal et péri-anal des plus violents, a été soumis à la cure suivante :

Lavement quotidien d'un litre et demi de décoction de 5 à 6 gousses d'ail dans l'eau (faire bouillir pendant 20 minutes ; passer) Un lavement par jour durant un mois en se couchant ; tous les 3 jours une cuillerée à soupe d'huile de ricin. Un nombre considérable (des milliers) d'oxyures furent ainsi évacués en juillet 1923 ; le prurit anal disparut. Six mois après quelque peu de prurit anal fit recommencer la cure pendant 3 jours, cure qui fut suivie de l'expulsion d'un petit nombre d'oxyures. Depuis lors la guérison se maintient.

Cette personne paraît avoir réussi de cette façon à se débarrasser des oxyures.

Il aurait été indiqué d'ajouter à cette prescription une tasse matin et soir de lait vermifuge :

Ail contusé	15 grammes
Lait écrémé bouillant	180 grammes

Après une heure d'infusion, passer et sucrer fortement.

FORMULE CONTRE LA CHUTE DES CHEVEUX

Sulfure de carbone	300 grammes
Soufre précipité lavé	6 grammes

(Très inflammable)

Loin de toute lumière, frotter la tête énergiquement avec une grosse boulette d'ouate hydrophile imbibée du mélange. Durée de la friction : 20 secondes.

La cuisson est vive, mais ne dure pas. Brosser lse cheveux. Recommencer chaque jour.

Le remède est surtout indiqué quand les cheveux sont clairsemés et que la calvitie menace.

(Sabouraud)

DU LUMINAL DANS CERTAINS CAS D'ASTHME

Devant la "Soc. Méd. des Hôpitaux", Paris, M. Ph. Pagueiez relate l'observation d'une malade atteinte d'asthme grave depuis 20 ans et qui, en octobre 1921, était en état de mal asthmatique depuis plusieurs semaines avec une dyspnée permanente, des crises subintrantes s'opposant à l'alimentation, rendant le sommeil à peu près impossible et ayant entraîné un amaigrissement considérable. On ne constatait aucun signe stéthoscopique ou radioscopique de tuberculose. L'enquête sur une origine anaphylactique possible des crises était absolument muette. Toutes les médications classiques de l'asthme avaient été essayées sans résultat.

L'auteur essaya l'effet de la médication calmante du gardénal (luminal). Dès les premiers jours, avec 0 gr. 10 du médicament, on constatait une sédation remarquable qui s'accrut encore quand la dose quotidienne fut portée à 0 gr. 05. En un peu plus d'un mois, toute crise d'asthme avait disparu, le sommeil était revenu, l'alimentation était facile. Au bout de 3 mois, le gardénal fut supprimé, et pendant 2 ans l'asthme ne reparut pas. Fait curieux, le gardénal était resté sans effet sur des crises d'hydrorrhée nasale qui coexistaient avec les crises d'asthme et qui persistèrent.

Dans un autre cas d'asthme, moins grave il est vrai, l'auteur a obtenu également un excellent résultat avec le gardénal, qui, par contre, échoua chez plusieurs autres malades.

Il y a donc des cas d'asthme, d'apparence essentielle, dont on ne peut encore indiquer la fréquence, qui sont particulièrement sensibles au gardénal. C'est là un fait intéressant à un double point de vue: en tant qu'acquisition thérapeutique nouvelle et aussi comme une nouvelle démonstration indirecte des relations qui existent entre l'épilepsie, la migraine et l'asthme, ou au moins entre certaines formes de ces maladies.

M. Cl. Vincent a eu le même succès avec le luminal dans un cas d'asthme, tandis que d'autres n'ont pas été influencés. Ces observations établissent la parenté avec l'épilepsie, l'asthme et l'urticaire, qui peut aussi être supprimé par le luminal, lequel par contre est quelquefois un facteur d'urticaire.

M. Sézary rapproche ces résultats de ceux qu'ils a obtenus chez des sujets atteints de crises d'angine de poitrine rebelles aux autres médications qui s'espacèrent et disparurent sous l'influence de petites doses de gardénal.

RAPPORT DU PROFESSEUR SERGENT.

M. le professeur E. Sergent, chef d'une délégation médicale de France, au VIII^e Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, de retour dans son pays, a présenté devant l'Académie de Médecine de Paris, une communication sur la mission qu'il présida avec tact et dignité. Nous en extrayons la partie essentielle suivante :

"De mon voyage au Canada je rapporte des *impressions profondes* ; elles sont en plein accord avec celles des collègues qui m'accompagnaient, aussi bien qu'avec celles d'autres collègues qui, avant moi, avaient été chargés de missions analogues, particulièrement de mon ami, le professeur Cl. Regaud.

"Je dois souligner la *cordialité émouvante de l'accueil* que réservent à leurs "parents" de France nos "cousins" les Canadiens français. On m'avait bien dit que je serais reçu là-bas avec une chaleur et un enthousiasme indescriptibles ; je dois avouer que la réalité a dépassé mon rêve.

"Je ne puis résister au désir de souligner trois manifestations particulièrement frappantes de cette cordialité.

"L'heure de notre arrivée à Québec nous avait été demandée de façon précise. Partis de Saranac Lake le matin, nous devions arriver à Québec à 10 heures du soir ; trois stations avant Québec, je vis entrer dans le wagon le professeur Leclerc, que j'avais vu à Paris au mois de juillet ; il était accompagné d'un monsieur que je ne connaissais point : c'était le professeur Lessard, directeur des Services d'Hygiène de la province ! Je ne sais pas si beaucoup d'entre nous, dans les mêmes circonstances, seraient enclins à une aussi courtoise et cordiale démarche.

"Lorsque nous rentrâmes en France, après la fin de nos conférences, nous nous embarquâmes à Montréal. Les Professeurs Lesage et Dubé, représentant le doyen empêché, vinrent nous saluer sur le bateau. Le soir même, en passant devant Québec, par une nuit noire et sous une pluie torrentielle, nous vîmes monter à bord, par les passerelles du transbordeur, tous nos bons amis de Québec, doyen en tête.

"Tout le long du trajet sur le Saint-Laurent, nous fûmes accompagnés par des marconigrammes, signés du secrétaire du Gouvernement de la province, du ministre Athanase David, du président du Congrès ; au moment même où nous sortions du St-Laurent, un dernier marconigramme, signé Lessard et Leclerc, souhaitait bonne traversée aux amis de France.

"Cette cordialité a sa base profonde et rationnelle dans l'*indéfectible attachement* que les Canadiens français gardent à la mère patrie. Ce sentiment est trop connu par tous ceux qui ne sont pas complètement étrangers à l'histoire du Canada pour que j'y insiste. Mais je ne puis m'empê-

cher de rappeler la réponse que tous les Canadiens français font aux hommes de France, lorsque ceux-ci témoignent leur joyeux étonnement de constater cet attachement indéfectible: "Vous nous découvrez pour la seconde fois!"

"Cet attachement ne se traduit pas seulement par les marques extérieures de la plus chaude cordialité; il se manifeste aussi par l'expression d'une volonté réfléchie; le Canada français n'est pas seulement attaché à la France par le coeur, mais aussi par la raison, par la persistance d'une même mentalité. Il veut *s'alimenter aux sources intellectuelles* de la France; il veut *continuer de suivre ses méthodes de formation et d'enseignement*. Et c'est pourquoi—pour ce qui est des sciences et des études médicales—le Gouvernement de la province de Québec veut faire appel aux professeurs de France.

"Le Canada français a la *claire notion de sa force en puissance*. Il perçoit nettement qu'il est en pleine période de croissance; il veut que sa jeunesse soit bien dirigée, afin que sa maturité récolte une riche moisson. Et il a la conviction que le *meilleur tonique sera pour lui la source de l'enseignement français*.

"J'ai, personnellement, la conviction—et, en cela, je suis, je le crois bien, en plein accord avec le professeur Regaud—qu'un avenir brillant est réservé au Canada français et qu'il sera, dans le courant de ce siècle, un *des grands centres du cerveau du monde*.

"Les Canadiens français ont, d'ailleurs, sur ce point, des vues très claires: "Dans vingt ou vingt-cinq ans, m'ont dit plusieurs de mes amis Canadiens, nous ne vous demanderons plus des professeurs, des instructeurs; nous aurons ceux que vous aurez aidés à former; et, alors, nous pourrons faire des échanges, envoyant chez vous vos savants et recevant les vôtres". Belle franchise, qui n'exclut pas la reconnaissance...: "ceux que vous nous aurez aidés à former!"

"Comment peut-on, d'accord avec les Canadiens français, escompter cet avenir brillant? Sur *quelles bases repose cette conviction* ou, simplement, — si on le préfère—ce pronostic?

"Je réponds sans hésiter: "Sur les *bases solides d'un passé fait du respect des traditions* et de l'*inlassable exercice d'une volonté tenace*". J'en veux pour preuve l'Histoire, témoin impartial.

"Lorsque le Canada, il y a plus de cent cinquante ans, cessa d'être politiquement français, il s'attacha jalousement à maintenir les traditions, les moeurs, la langue de ses pères, à cultiver, pure et sans mélange, la forte race de ses ancêtres. Lorsque ses nouveaux maîtres comprirent qu'ils n'abattraient pas cette volonté, ils composèrent avec elle et cédèrent sur les fameuses 92 propositions, dont le trépied essentiel est représenté par le droit accordé légalement aux Canadiens français de conserver la langue française, la religion catholique et les écoles de leur choix. Le pacte fut conclu par nécessité; il supposait, de part et d'autre, un engagement

moral; il fut observé loyalement. Dans le remarquable discours qu'il prononça au banquet du Congrès de Québec, l'Honorable Athanase David définit lumineusement l'état d'âme et d'esprit du Canadien français contemporain: français de race, de coeur et de mentalité; sujet britannique par loyalisme. "Dans cette loyauté vous trouverez, dit-il, l'une des marques indélébiles de notre caractère français." Les mêmes sentiments furent exprimés par M. le Dr Béland, ministre de l'Hygiène du Gouvernement fédéral.

"Un peuple qui, par son énergie et sa ténacité, a su inspirer ainsi au conquérant le respect de ses volontés, peut être assuré de triompher de tous les obstacles. Descendants des colons qui, au prix des luttes acharnées contre les éléments, les invasions, les peuplades sauvages, ont patiemment défriché un sol inculte et âpre et le voient aujourd'hui se couvrir de riches moissons et d'industries prospères, ces hommes, doués de l'énergie tenace de leurs pères, veulent aujourd'hui parfaire la culture de leurs jeunes cerveaux et s'élever au rang le plus élevé des sciences et des arts. Leur passé est un sûr garant de leur avenir. Leur effort peut escompter sa récompense. Il aura pour le servir les deux plus puissants leviers: *l'accroissement de la population et celui de la richesse*. La natalité est en incessant et constant progrès: au nombre de 60,000 au moment de la conquête, les Canadiens français sont aujourd'hui 4 millions et demi; dans vingt ans ils seront 6 millions. Le pays est en pleine prospérité; les moyens matériels sont suffisamment larges pour que les Universités disposent d'une organisation et d'un outillage que nous pouvons leur envier. "Nous avons la possibilité d'acheter les instruments nécessaires aux recherches scientifiques et à l'enseignement. Venez nous apprendre à les bien utiliser; venez nous aider à former nos futurs savants et nos futurs professeurs."

"Si la France entend cet appel, elle aura la récompense de son effort: elle entretiendra et développera de l'autre côté de l'Atlantique un majestueux réservoir de race et de culture françaises et verra s'épanouir, dans la splendeur d'un magnifique essor, une seconde "Nouvelle France" née sur les souvenirs et sur le sol de celle qu'elle a perdue en 1761.

* * *

"Répondre à l'appel du Corps médical canadien-français, c'est servir la France en constituant avec lui un front solide de résistance à l'influence étrangère.

"Pour constituer ce front solide canadien-français, dans l'ordre des sciences biologiques et médicales—le seul que je puisse envisager—trois moyens conjugués s'offrent à nous:

"1°—Favoriser l'organisation des cours spéciaux, du genre de ceux qui ont été demandés en 1923 au professeur Pautrier (de Strasbourg) sur la lutte contre la syphilis, en mai 1924 au professeur Cl. Regaud (de l'Institut Curie) sur la lutte contre le cancer, et en septembre 1924 au Dr Ribadeau-Dumas (des Hôpitaux de Paris) sur la lutte contre la morta-

lité infantile et à moi-même, avec la collaboration de mon chef de clinique, le Dr Francis Bordet, sur la lutte contre la tuberculose.

"2"—*Favoriser l'augmentation du nombre des bourses* accordées par les Gouvernements canadien et français aux jeunes médecins canadiens qui viennent en France se perfectionner dans les diverses branches des sciences médicales. Certes, sur ce point, les avis sont partagés; certains pensent qu'il est préférable "faire venir Mahomet" plutôt que "d'aller à la montagne"; ils préfèrent augmenter le nombre des cours faits au Canada par les professeurs français et supprimer les bourses, qui, disent-ils, sont quelquefois mal distribuées; d'autres admettent qu'il n'y a pas incompatibilité entre les deux idées; je me range de leur côté et j'estime qu'il est désirable d'accroître le champ d'action de ces deux moyens combinés.

"3"—*Favoriser les engagements à long terme* pour les spécialistes demandés au Canada, en vue d'y organiser certains centres spéciaux de recherches, d'enseignements ou d'hospitalisation.

ASSOCIATION MEDICO-CHIRURGICALE DES COMTES DE TEMISCOUATA ET MADAWASKA.

Assemblée régulière, à la Rivière-du-Loup, chez M. le docteur Ernest Pettitgrew, en janvier 1925.

Membres présents: MM. les docteurs Langlais de Trois-Pistoles, Drapeau de l'Isle-Verte, Landry de St-Hubert, Paradis, Saindon, Pettitgrew, Dumais, dentiste Lessard, dentiste Provencher, Benoît de Rivière-du-Loup; Côté de Cabano, Dubé de Notre-Dame-du-Lac, Laporte et Sormany d'Edmundston, N. B.

Après un magnifique souper, chez M. le docteur Pettitgrew, la séance est ouverte:

Président, Dr. Langlais.

Le docteur Dumais, D. H. P., donne un travail sur la statistique de la mortalité infantile dans le comté de Témiscouata. Prirent part à la discussion les docteurs Pettitgrew, Langlais, Dubé, Drapeau, Paradis.

La vaccination, le temps de la vaccination, la méthode et le vaccin à employer. Ce sujet fut traité avec non moins de science. Les membres furent unanimes à reconnaître que le vaccin de l'Institut vaccinogène de Sillery donnait de très bons résultats. Honneur au docteur Lavoie.

La question des gardes-malades qui outrepassent leurs devoirs et qui font de la médecine active de porte en porte, fut vivement discutée.

Après une belle et agréable soirée, on se retira sur les petites heures.

La prochaine réunion aura lieu à l'été, à N.-D.-du-Lac.

Par ordre.

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE QUÉBEC.

177^e SEANCE.

Séance du 27 février, 1925.

La séance est ouverte à 9 heures p.m.

M. le Dr. Jos. Vaillancourt, 1^{er} Vice-Président, remplace le Président retenu chez lui par la maladie.

M. le Dr. Henri Pichette, remplit les fonctions de secrétaire, celui-ci étant retenu à St-Roch par un engagement antérieur.

Sont présents Messieurs les Docteurs : A. Simard, Chs. Vézina, P. C. Dagneau, Jos. Leblond (Lévis), Jos. Vaillancourt, Geo. Audet, Dr. Lavergne, Henri Pichette, Henri Laliberté, Dr. Tousignant, J. E. Bélanger (Lauzon), Paul Dupré, Roméo Bourget (Lévis), Ed. Samson, Geo. Bissonnette, Achille Paquet, Dr. Verreault, Geo. Grégoire, Elz. Fortier, Dr. Parent, Willie Verge, J. P. Lavoie, Alex. Edge, Dr. Gagnon, Dr. Mercier, Roméo Roy (Lévis), E. Faucher, Théo. Robitaille.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté. Le Docteur Vaillancourt dit que le Président a reçu une lettre du Dr. Gendreau, de Montréal. Le Dr. désire venir faire une conférence sur la tuberculose devant la Société Médicale, mercredi soir prochain.

Le Dr. Simard fait remarquer que vu qu'il s'agit de propagande anti-tuberculeuse, il serait bon de consulter le Dr. Lessard.

M. le Dr. Vézina : *Trois cas d'obstruction intestinale*. Comme la séance est très chargée, le Dr. Vézina dit qu'il rapportera son cas de perforation d'ulcère de l'estomac, à une séance ultérieure.

Après quelques considérations générales sur l'obstruction intestinale, l'auteur cite le cas d'un malade présentant des signes d'obstruction. A l'ouverture du ventre il arrive sur une vésicule biliaire énorme qui comprimait l'intestin. La vésicule est enlevée, et le malade sort de l'hôpital guéri.

Le deuxième cas présentait encore des signes d'obstruction. A l'intervention il trouve une bride fibreuse qui étranglait l'intestin ; l'intervention est assez laborieuse, et le malade meurt le lendemain matin.

Enfin la troisième observation a trait à la hernie rétro-péritonéale, dont le diagnostic a été fait au moment de l'intervention. Le malade a bien guéri. La hernie rétro-péritonéale est une rareté ; c'est le premier cas que le Dr. observe et la littérature médicale ne nous en fournit que quelques exemples.

M. le Dr. Verreault rapporte un cas d'obstruction par le diverticule de Meckel.

Mr. le Dr. Achille Paquet, cite également 2 observations: 1°—Grosse hernie inguinale étranglée, et réduite; 2°—Hernie étranglée où les anses intestinales étaient soudées et anastomosées entre elles; le malade opéré depuis 48 heures va bien.

M. le Dr. Arthur Simard rapporte le cas d'une hernie obturatrice étranglée.

M. le Dr. P. C. Dagneau cite un cas rare où il a trouvé dans le sac herniaire le coecum et l'appendice, celui-ci était abcédé. Il ajoute quelques mots sur les fécalômes.

M. le Dr. Jos. Leblond demande s'il n'y a pas de traitement médical, dans un cas d'obstruction. Les Drs Simard et Paquet répondent que le traitement doit être chirurgical, et que le traitement médical est inefficace et même dangereux.

Les Drs. Laliberté, Dagneau, Vézina ajoutent quelques mots sur la pathogénie des brides.

M. le Docteur Arthur Simard: "Invagination intestinale".

L'invagination intestinale est fréquente chez l'enfant et la cause la plus fréquente est la contracture locale; la forme la plus fréquente est l'iléo-coecale.

Les symptômes sont: 1°—Douleur brusque dans le ventre. 2°—Tumeur dans le flanc droit sous forme de boudin. 3°—Selles muco-sanguinolentes.

Il cite l'observation d'un enfant de 5 mois opéré 9 heures après le début de la maladie; il s'agissait ici de la forme iléo-coecale. Il y avait à peu près un $\frac{1}{2}$ pied d'intestin d'invaginé. Cliniquement l'enfant était déjà dans de mauvaises conditions. Il a bien guéri.

Le traitement c'est l'intervention rapide. Si le malade ne peut être opéré on peut essayer dans les dix premières heures les lavements d'eau salée.

"Rétrécissement colique". — Le rétrécissement colique relève de plusieurs causes. Mais il faut souvent incriminer les foyers infectieux du colon pelvien, en particulier la colite et la sygmoïdite. Les causes habituelles sont les infections et les ulcérations locales.

Le diagnostic doit être fait avec la tuberculose, le cancer et toutes les affections abdominales.

Les symptômes sont vagues: douleurs, constipation, intoxication progressive.

Il cite l'observation d'un malade opéré trois ans auparavant pour appendicite. Pas de vomissements, pas de douleurs violentes, mais résistance à la palpation et douleur localisée. A l'examen à la baryte, rétrécissement localisé: on pense à un cancer ou à des brides. A l'opération on trouve des brides. Le malade va bien.

M. le Dr. Achille Paquet, cite un cas d'obstruction où il s'agissait d'une péri-sygmôidite phlegmoneuse.

Le Dr Simard ajoute quelques considérations sur les sygmôidites adhésives et suppurées.

Mr. le Dr. Achille Paquet "Observation de cancer du colon ascendant: Hémicolectomie".

Après quelques considérations sur l'étiologie du cancer, le Dr. dit que les causes qui semblent intervenir le plus souvent sont: l'irritation chronique de l'intestin, constipation, maladie de rein. Les signes cliniques sont bien connus; la radiologie est un adjuvant précieux. Le traitement dans tous les cas doit être chirurgical et la meilleure opération est la colectomie totale de Panchet; l'hémicolectomie a également donné de bons résultats.

I.—Malade de 48 ans: constipation; perte d'appétit, pas de vomissements, pas de sang dans les selles. A l'examen, tumeur dans l'hypochondre droit. Laparatomie latérale droite: on fait une hémicolectomie. Suites opératoires normales. Cinq mois plus tard, la malade fait une métastase, ses muscles abdominaux sont pris et elle meurt.

II.—Malade de 47 ans: douleurs dans le flanc droit. Le malade est opéré et on fait le diagnostic de typhlite tuberculeuse. Deux ans plus tard le malade est opéré par un autre chirurgien; au mois de septembre dernier le Dr. Paquet le revoit. Le malade est mis au lit: glace, purgatifs. Il s'améliore, puis au bout de 3 semaines la température monte et le malade présente tous les signes d'une péritonite. A l'intervention: pus dans le ventre, coecum induré. Lorsque le malade est remonté on lui fait une hémicolectomie: on lui enlève le coecum, le colon ascendant et une partie du transverse. Abouchement de l'iléon dans le transverse par deux plans de sutures. Les suites opératoires sont normales.

Mr. le Dr. Vézina rapporte l'observation d'un cancer ampoulaire et de l'anse sygmôide qu'il a opéré suivant la méthode de Mummerey et Hartmann. Le malade avait subi auparavant un anus artificiel. Il ajoute qu'il faut être prudent avant d'affirmer la guérison et qu'il est important de faire d'abord une dérivation qui permet d'opérer dans de bonnes conditions.

M. le Dr. Geo. Audet: Arthrodèse de l'épaule pour épaule ballante paralytique.—Il cite l'observation d'une malade qu'il a opérée et chez laquelle le résultat a été excellent. L'opération classique consiste à enlever le cartilage d'encroûtement, à mettre les deux surfaces avivées en contact à angle droit et à les maintenir ainsi au moyen d'un plâtre. Il dit quelques mots des autres méthodes: vis, fils d'acier, greffons. Dans le cas actuel, le Dr. Audet a employé une méthode qu'il dit nouvelle: il enlève une partie de la calotte de la tête humérale de façon à réaliser deux surfaces planes, obtenant un contact beaucoup plus intime. Il ne faut pas opérer les enfants avant 10 ans.

Le Dr. Ed. Samson dit qu'il faut toujours faire un examen des muscles au point de vue fonctionnel, et s'assurer que les muscles de la ceinture scapulaire soient sains. Il approuve la méthode du Dr. Audet et cite 5 observations personnelles.

M. le Dr. Paul Dupré: "Fibrôme et grossesse":

Le Fibrôme n'empêche pas la grossesse, et il est important chez une femme ayant un fibrôme de ne pas méconnaître la grossesse. Les symptômes habituels sont le développement exagéré du ventre, et les hémorragies fréquentes. Il cite l'observation d'une malade qui avait des douleurs violentes, de la pollakiurie; arrêt des règles depuis 2 mois, l'utérus est gros plus que pour 2 mois. A l'intervention: fibrôme interstitiel enchaîonné, qui est enlevé facilement. La malade est bien et la grossesse continue.

Pendant la grossesse s'il n'y a pas de troubles, il faut attendre pour opérer; dans le cas contraire il faut intervenir soit par la voie abdominale, soit par la voie vaginale. Les accidents possibles sont les hémorragies, et l'interruption de la grossesse.

M. le Dr. Leblond demande à quel moment il faut intervenir? Dans les premiers mois, répond le Dr. Dupré.

M. le Dr. Achille Paquet rapporte une observation, et le Dr. Dagneau dit quelques mots sur les devoirs et les obligations du médecin en pareil cas.

La séance est levée à 11.10 heures a.m.

Henri Pichette,

Secrétaire.

NOUVELLES

La remise des décorations françaises à nos nouveaux Chevaliers de la Légion d'Honneur : M. l'abbé Camille Roy, M.M. les Docteurs Rousseau et Vallée, a eu lieu, au Château Frontenac, le 28 avril, dans un grand banquet qui a réuni plus de deux cents convives.

Ce fut une fête mémorable où se trouvait réunie l'élite du monde universitaire, religieux et laïque.

A la table d'honneur figuraient les personnages suivants : M. le commandeur P.-C. Dagneau, M.D., présidait le banquet. A sa droite, on y voyait Son Excellence le lieutenant-gouverneur de la province, l'honorable M. Narcisse Pérodeau, et à sa gauche, M. le baron de Vitrolles, consul général de France au Canada. Autour de la table d'honneur, on remarquait : les trois nouveaux chevaliers de la Légion d'Honneur, M. l'abbé Camille Roy, MM. les docteurs Rousseau et Vallée, l'honorable M. L.-A. Taschereau, l'honorable M. Adélard Turgeon, l'hon. M. J.-E. Caron, l'honorable M. J.-E. Perrault, sir François Lemieux, l'honorable juge C.-E. Dorion, l'honorable juge Alphonse Bernier, l'honorable juge Isidore Belleau, l'honorable juge Blaise Letellier, l'honorable juge Pierre d'Auteuil, l'honorable juge Albert Sévigny, l'honorable juge Ernest Roy, l'honorable M. J.-N. Francoeur, l'honorable juge P.-A. Choquette, Son Honneur le maire Samson, Mgr E.-C. Laflamme, Mgr François Pelletier, M. le chanoine J.-R. Gignac, l'honorable M. G.-E. Amyot, C.L., l'honorable M. P.-J. Paradis, l'honorable M. J.-H. Kelly, C. L., M. le bâtonnier L.-Arthur Cannon, C.R., M. l'abbé Arthur Maheux, M. le commandeur Cyrille Tessier, M. le commandeur Onésime Pouliot, M. le commandeur F. Canac-Marquis, M. l'abbé Philéas Roy, de Rivière-du-Loup, et M. l'abbé Alexandre Roy, de Pintendre, * tous deux frères du recteur de l'Université Laval, le brigadier-général J.-P. Landry, M. Napoléon Lavoie, M. J.-Adhémar Gagnon, M. Georges Bellerive.

Naturellement il y eut des toast. On but à la santé de la France, de la Province de Québec, et des nouveaux décorés. Les convives eurent alors le plaisir d'entendre, tour à tour, M. le baron de Vitrolles, M.M. les docteurs Dagneau, Rousseau et Vallée, MM. les abbés Camille Roy et Arthur Maheux, Son Honneur le Juge Bernier, et l'hon. E. A. Taschereau.

Le "Bulletin Médical" joint son humble voix à ce concert d'éloges pour présenter à nos décorés l'hommage de ses félicitations et de ses meilleurs vœux.

* * *

Nous avons le regret d'annoncer le décès de M. le Dr Joseph Tremblay, de Ste-Anne de Beaupré. Il était âgé de 58 ans, et pratiquait la médecine depuis 32 ans.

* * *

Le "Bulletin Médical" présente ses plus sincères sympathies à M. le Dr Arthur Picard, de Québec, qui a eu le malheur de perdre son épouse, née Minette Beaulieu, décédée dans le cours du mois d'avril.

* * *

Aussi dans le cours du même mois est décédé, à Sainte-Anne de la Pocatière, M. Antoine Pageau, fils de M. le Dr Joseph Pageau. Nos condoléances au confrère et à sa famille.

* * *

Nous avons été chagrin d'apprendre l'accident d'automobile arrivé à M. le Dr Edge, de Québec. Nous sommes heureux par contre d'apprendre que l'accident n'aura aucune suite fâcheuse. Nous souhaitons au docteur Edge un prompt et complet rétablissement.

A VENDRE—Propriété occupée pendant 25 ans par un médecin.

S'adresser au Dr A. E. BÉDARD, 1039, rue St-Valier,
Québec. Téléphone 2-2017w.

Ingram & Bell, Ltd.

Articles pour les hôpitaux et médecins

TORONTO — MONTREAL — CALGARY

Assortiment pour pharmacies et laboratoires

SUCCURSALE A MONTREAL — 160, RUE STANLEY.

Représentant à Québec: GEORGE SAINT PIERRE.

Téléphone: 2-1647

AGENTS CANADIENS: WAPPLER X-RAY CO.—BURDICK CABINET CO.—
HOSPITAL SUPPLY CO., NEW YORK, BRANHALL DEANE CO.

Faculté de Médecine de Strasbourg
Association Alsacienne et Lorraine contre la Tuberculose

COURS DE PERFECTIONNEMENT SUR LA TUBERCULOSE

Organisé par le Dr Vaucher, Chargé de Cours à la Faculté, Secrétaire général de l'Association alsacienne et lorraine contre la tuberculose, avec la collaboration de: MM. Allenbach, Barré, Belin, Léon Blum, André Boeckel, Boez, Borrel, A. Brion, Canuyt, Dumarest, Fath, Gunsett, S. I. De Jong, Leriche, Masson, Merklen, Pauthier, Rieux, Rist, Rohmer, Schickelé, Woringer.

Ce cours aura lieu du vendredi 9 au samedi 24 octobre 1925. Les leçons seront accompagnées de présentations de malades, de projections de radiographies, de démonstrations bactériologiques. Les élèves seront exercés individuellement aux examens radiologiques, bactériologiques et aux examens de crachats ainsi qu'au pneumothorax artificiel. En dehors des heures de cours ils auront libre accès dans les cliniques et hôpitaux spécialisés de Strasbourg.

S'inscrire auprès du Dr Vaucher à l'Association Alsacienne et Lorraine contre la Tuberculose, Strasbourg, 22, rue de l'Université et 8, quai Finkwiller.

Un droit d'inscription: de 200 francs sera versé au Secrétariat de la Faculté de Médecine. Un certificat sera donné aux auditeurs à la fin du Cours. Le nombre des auditeurs est limité.

G. WEISS,

Dr HOLTZMANN,

Doyen de la Faculté de Méd.

Prés. de l'Association.

CURIEUX PRECEPTES D'HYGIENE.

J'ai connu un vieillard qui avait de curieux préceptes d'hygiène. Ainsi, se citant presque comme un exemple, il avait pour habitude de dire: "Besoin, pas besoin, je me baigne une fois par année". Guidé par cette maxime hygiénique, il avait une façon à lui d'expliquer la faiblesse des jeunes gens d'aujourd'hui... "Ça se lave trop", disait-il, "ça enlève toute la graisse".

Malgré son excellente maxime, notre vieillard finit, comme tout le monde, par mourir.

Avant de l'ensevelir, ses amis voulurent le "décrasser". Il fallut se servir du couteau sur certaines parties de ce personnage. En lui grattant les pieds, on lui découvrit une paire de bas.

"Pour copie conforme"...

BIBLIOGRAPHIE

La Leucopedese Gastrique, par G. Marchal, ancien Interne, Médaille l'Or des Hôpitaux de Paris. 1 volume de 204 pages avec figures dans le texte et 6 planches hors texte. Prix: 15 francs. (Gaston Doin, éditeur).

L'auteur étudie dans ce travail un chapitre nouveau de la leucocytologie.

Il montre l'existence d'afflux leucocytaires dans l'estomac et il analyse les causes de ces diapédèses dans l'estomac par les globules blancs; rôles digestif et antitoxique.

L'ouvrage se termine par des déductions pathologiques et thérapeutiques se rapportant surtout aux intoxications digestives et à l'anaphylaxie alimentaire.

Cet ouvrage se recommande à tous ceux qu'intéressent la biologie et la pathologie gastrique.

Les méningites syphilitiques, par le Dr E. Schulmann, chef de clinique de la Faculté, à l'Hôpital St-Louis et E. Terris, interne.
Etude clinique et thérapeutique.

Traité de Pathologie Médicale et de Thérapeutique Appliquée. Publié sous la direction de MM. Emile Sergent, Professeur de Clinique Médicale Propédeutique, membre de l'Académie de médecine, Médecin de la Charité; L. Ribadeau-Dumas, Médecin de la Maternité; L. Babonneix, Médecin de la Charité.

Tome XXVII—**Diagnostic de Laboratoire**—Fascicule I, par les Professeurs Letulle et P. Pruvot. In-8°, 168 figures, 12 planches en couleurs. Prix: 69 fr.

Les livres de laboratoire destinés aux praticiens ne manquent pas; cependant bien des détails n'étaient pas précisés pour les éclairer sur les indications de certaines méthodes, sur l'interprétation des résultats qui n'ont certes pas tous la même valeur. C'est le mérite de l'auteur d'avoir envisagé de cette manière la conception "des méthodes de laboratoires utiles au diagnostic des maladies."

Pierre PRUVOT dès le début montre bien que les méthodes diffèrent de valeurs, et cette différenciation sont de division générale au volume. Les unes ne sont pas spécifiques, elles ne traduisent que des lésions ou des vices de fonctionnement des organes; ce sont les analyses chimiques, physiques, hiptologiques, etc..., des crachats, des épanchements des séreuses du liquide céphalo-rachidien, du sang, des urines. Les autres sont plutôt spécifiques, c'est-à-dire qu'elles sont reliées à la nature même de la maladie, à son étiologie: c'est alors que l'auteur envisage le côté bactériologique, parasitologique du laboratoire, en décrivant en détail les notions indispensables à la technique, les caractères généraux et particuliers des germes qui sont envisagés chacun à leur tour par ordre alphabétique.

Malgré l'amplitude des sujets et leur nombre qui fait de ces pages un volume complet l'auteur a su se débarrasser de ce qui n'intéressait pas directement la pratique. Il s'est mis à la place de ceux qui, n'étant pas familiarisés avec ces questions si diverses et pourtant indispensables aujourd'hui se demandent quand doit être pratiqué "un sérodiagnostic par exemple, une hémoculture", quelle valeur il faut leur accorder suivant les cas, suivant les circonstances dans lesquelles le produit suspect a été examiné, ce qui a son importance.

Tout e n'envisageant la question sous cet aspect généralement peu traité dans la plupart des volumes de ce genre, il n'a négligé aucun point de technique, aucun procédé utile; il a enfin illustré le tout avec un très grand nombre de figures originales, soit en noir, soit en couleurs qui augmentent la valeur de cet important travail.

L'initiation à l'Art d'être Maman, par le Dr Stéphane Chauvet. 1 vol.
1924. Prix: 7 francs.

Dans notre pays si gravement menacé dans sa vitalité par la diminution progressive de la natalité, il importe de lutter efficacement contre la mortalité et la morbidité infantiles. A cet égard il faut tout d'abord apprendre aux futures mamans, et à celles qui le sont déjà, quelles sont les règles indispensables d'hygiène qu'elles doivent observer pour elles-mêmes pendant la grossesse, au cours de l'accouchement, et après la mise au monde, (qu'elles allaitent ou non) et celles qui doivent procéder à l'élevage du nourrisson et du jeune enfant. C'est là le premier but puissant dans le travail du Dr Stephen CHAUVET.

La première partie traite, en effet, des généralités: hygiène de la femme enceinte; danger de la constipation maternelle; analyse des urines; des calcifications maternelles; dangers de l'onathène générale et de forceps; unité de l'allaitement maternel; moyens réellement efficaces de développer la sécrétion mammaire insuffisante; constipation du jeune enfant; premières dents, premiers pas; soins des yeux et oreilles; culture physique de l'enfant; formation de son caractère et de son intelligence, etc.

Ce deuxième chapitre est consacré à l'allaitement maternel; le troisième à l'élevage au biberon; le quatrième à l'allaitement mixte. Le cinquième chapitre est consacré au sevrage; le sixième aux soins en attendant le médecin, le septième aux notions générales sur le développement normal de l'enfant; (poids, têtes, dents, fontanelles, premiers pas, premières dents, éveil du psychisme). Enfin le huitième chapitre renseigne sur la durée d'incubation des principales maladies infectieuses et celles de l'isolement scolaire pour chacune d'elles.

Mais ce livre vise aussi un autre but: constitue pour chaque enfant, une sorte de "curriculum vitae" depuis sa naissance, jusqu'au début de l'adolescence, période à partir de laquelle il peut se souvenir des incidents et maladies, dont il a pu être victime. Interrogés par un médecin, combien peu de malades, en l'absence de leurs parents, (parfois même alors que ceux-ci existent encore) peuvent renseigner sur ce qui s'est passé dans leur enfance, ou lors de leur naissance. Le livret personnel qui termine ce livre est destiné à combler cette lacune.

Un point important est encore à signaler: tout en étant fort complet, quoique des plus clair et précis; et peut en initiant les mamans "grosso modo" à ce qu'elles doivent savoir de l'anaphylaxie; de trembler de carence, de l'endocrinologie, etc., ce livre, loin de les pousser, comme tant d'autres, à soigner elles-mêmes leurs enfants, démontre aux mamans la nécessité d'appeler le médecin à la 1ère alerte. Il présente donc, du point de vue médical, l'intérêt d'aider les praticiens dans leur lourde tâche journalière, en ce sens qu'ils pourront y renvoyer les mamans pour maintes explications ou notions pour lesquelles elles posent habituellement d'interminables questions. Comme toute, c'est un guide pratique pour les mamans, et un précieux auxiliaire pour les médecins.

Il est à signaler enfin, qu'il se présente avec un souci de présentation au point de vue édition. (Adorné de bandeaux, de lettrines et de culs de lampe anciens) qui ne peut que séduire les gens de goût qui, se rappelant les éditions médicales des XVIIe et XVIIIe siècles, regrettent que les livres scientifiques soient habituellement présentés d façon si vulgaire.

Traité de Réflexothérapie, par le Dr A. Leprince. In-8°, 1924, 18 fig.
Prix: 10 francs.

Les études récentes sur le Sympathique ont mis en lumière le rôle des réflexes dans la thérapeutique. Ce traité vient donc à son heure: il résume et coordonne les diverses méthodes qui ont pour but de provoquer des réflexes thérapeutiques. L'auteur étudie successivement non pas seulement au point de vue théorique, mais principalement au point de vue pratique, les réflexes oculaire pituitaire, vertébraux, cutanés, etc., en indiquant pour chaque affection les résultats obtenus par les différentes méthodes et d'après les auteurs qui ont utilisé ces procédés depuis les Chinois jusqu'à nos jours. On trouvera dans ce livre une mise au point complète de la spondylothérapie d'ABRAMS, de l'ostéopathie, de la centrothérapie de BONNIER. En ce qui concerne la cautérisation nasale, le Dr LEPRINCE conclut nettement, à l'encontre de BONNIER, à une action directe sur le sympathique ce qui lui permet de préciser les indications de la mé-

thodé, et de porter un pronostic sur la guérison possible par les méthodes réflexes.

Des schémas nombreux illustrent ce volume et permettront aux praticiens de tenter chez leurs malades ces procédés peu connus.

Ce petit livre, qui est le premier et le seul traité de Réflexothérapie publié jusqu'à ce jour, est appelé, nous en sommes persuadés, au plus grand succès auprès du public médical.

L'Innervation Périphérique, par le **Dr E. Villiger**, Professeur E. O. à l'Université de Bâle. Exposé succinct de l'origine, du trajet et de la distribution des nerfs crâniens et rachidiens, ainsi que des nerfs du système sympathique, et aperçu des phénomènes pathologiques les plus importants. Traduction française de la 3e édition revue et corrigée par le Dr Pierre Hoff, chef de Travaux anatomiques à l'Université de Genève. 1925, 1 vol. in-8, 214 pages, avec 66 figures, 22 francs, en vente à la Librairie LE FRANÇOIS, 91, Bd St-Germain, Paris VIe.

Cette traduction est destinée à être utile, non seulement à l'étudiant, mais aussi au praticien; la parfaite ordonnance du texte, la clarté des tableaux synoptiques complétés par de nombreux schémas simplifiés, inciteront le Docteur Hoff à faire profiter les étudiants et médecins de langue française d'un ouvrage qui a non seulement pour but l'enseignement purement anatomique, mais aussi la mise en valeur des rapports intimes de l'anatomie nerveuse avec la pathologie. Les conséquences pratiques qu'il tire à chaque ligne expliquent d'une façon frappante les grands syndromes courants de la neurologie.

Les Maladies des Glandes Endocrines, par le **Prof. Knud H. Krabbe**. Préface du Dr Stephen Chauvet. 1925, 1 vol. in-8, 25 figures, 10 francs, en vente à la Librairie LE FRANÇOIS, 91, Bd St-Germain (6e).

Ce livre, d'une centaine de pages, est la traduction française de la 2e édition danoise de ce travail dû au Professeur Knud H. Krabbe, très distingué neurologue et endocrinologue danois. Essentiellement pratique, tout en tenant compte des plus récents travaux, ce livre est illustré de nombreuses figures, toutes particulièrement démonstratives.

Chaque syndrome ou affection endocrinienne est l'objet d'un chapitre qui ne comporte d'historique que ce qui est nécessaire pour résumer les étapes d'études et fixer les légitimes priorités d'auteur, et d'anatomie pathologique, que ce qui est indispensable pour comprendre l'enchaînement des phénomènes morbides et asseoir la symptomatologie; cette dernière fait ensuite l'objet d'une description sérieuse et étoffée, sans être trop complexe: puis vient le diagnostic, et enfin le traitement.

C'est en suivant ce plan logique que sont décrits, successivement: le goître exophtalmique; l'eunuchoïdisme; l'hyperorchitisme; l'insuffisance ovarienne; l'hyperovarie; l'hyperfonctionnement de l'hypophyse (acromégalie, gigantisme, céphalée de croissance); l'hypopituitarisme (infantilisme hypophysaire, dystrophie adiposo-génitale); la tétanie; la maladie d'Addison et le diabète; l'insuffisance surrénale; les troubles de la glande pinéale, du pancréas; l'insuffisance pluriglandulaire (crétinisme, sénilité précoce) et enfin, certains troubles de croissance et de métabolisme général, tels que: achondroplasie; nanisme vrai, primordial; mongolisme; infantilisme; ostéomalachie; myasthénie, etc.

En résumé, il s'agit d'un excellent travail, clair, complet et pratique qui, tout en faisant surtout état des travaux français, présente en outre, l'avantage de refléter, non seulement l'opinion de l'école danoise, mais aussi celle des savants des pays contigus que nous ne connaissons, souvent, pas assez. C'est dire que sa lecture intéressera tout autant ceux qui poursuivent des recherches sur les endocrines, que les médecins praticiens qui, de plus en plus, veulent se tenir au courant de cette branche de la pathologie appelée, bien vraisemblablement, à bouleverser les données et les cadres de la pathologie traditionnelle actuelle.