

516/H/212/6 C.2

32e Année

QUEBEC, NOVEMBRE 1931

No. 11

LE BULLETIN MÉDICAL DE QUÉBEC

*REVUE FONDÉE EN 1900 ET PUBLIÉE
TOUS LES MOIS.*

ANNÉE 1931



Charles VEZINA, Rédacteur en chef

J. B. JOBIN et N. LAVERGNE, Secrétaires de la rédaction

Bibliothécaire :
P. GARNEAU
79, rue d'Auteuil,

Administrateur
G. RACINE
145, Boulevard Langelier

Publication périodique mensuelle

Imp. Laflamme, 34 rue Garneau, Québec

Dans toutes les observations apparaît la même succession de phénomènes :

Exagération de l'appétit, rapide et très remarquée, régularisation du sommeil, élévation du taux des globules rouges, augmentation du poids; consécutivement, accroissement fort net de l'énergie physique et morale.

*Docteurs
Gilbert et Lippmann,
La Presse Médicale.*

Principe organique phosphoré extrait
de semences végétales, la

PHYTINE "CIBA"

contient 3 éléments indispensables à
la vitalité de l'organisme, à l'activité
du système nerveux et glandulaire :

Phosphore	Calcium	Magnésium
22%	12%	1.5%

INDICATIONS :

Surmenage cérébral, Fatigue physique
et nerveuse, Anémie, Neurasthénie, Con-
valescence. Spécialement utile pendant
la grossesse et l'allaitement.

Comprimés — Granulés

COMPAGNIE CIBA LIMITEE

146 Rue St-Pierre, MONTREAL

PRODUITS GLANDULAIRES C & C HORMOCRINE "F" C & C

Chaque comprimé représente en glandes fraîches :—

Hypophyse $\frac{1}{2}$ grain, Ovaire complet $7\frac{1}{2}$ grains, Thymus $3\frac{3}{4}$ grains,
Substance Cérébrale $7\frac{1}{2}$ grains, Surrénale $\frac{1}{2}$ gran, Thyroïde 5-16 grain.

INDICATIONS :—Insuffisance ovarienne, Dysménorrhée, Ménorragie, Désordres de la
ménopause, Obésité, Insuffisance glandulaire.

Conditionnés en bouteilles de 50 et 100 comprimés.

MODE D'EMPLOI:—Un à deux comprimés trois fois par jour. Suspendre la médication pen-
dant trois jours après quinze jours de traitement, ainsi que pendant la
période de la menstruation.

OVACRINE C & C

Chaque comprimé représente en glandes fraîches :—

Hypophyse $\frac{3}{4}$ gr., Thyroïde 1-6 gr., Ovaire complet $7\frac{1}{2}$ grs., Surrénale $\frac{1}{2}$ gr., Foie 9 grains.

INDICATIONS :—Arrêt de croissance, Développement du système osseux, Infantilisme féminin,
Impuissance, Sénilité prématurée, Insuffisance glandulaire, musculaire ou
génitale, Troubles de la ménopause.

Conditionnés en bouteilles de 50 et 100 comprimés.

MODE D'EMPLOI :—Un à deux comprimés trois fois par jour.

Echantillon sur demande.

ASGRAIN & CARBONNEAU
Limitée

28-30 rue St-Paul Est
MONTREAL

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

Téléphone
LANcaster 3292

Le Bulletin Médical de Québec

Comité de Direction :

MM. Berger, Brousseau, Couillard, Dagneau, Dussault, Faucher, Fiset, Fortier(E.), Caouette(J.), Guérard, Jobin(A.) Lacroix, Lessard, Marois, Mayrand, Paquet (Alb.), Paulin, Potvin, Roy, Vallée, Vézina.

Comité de Rédaction :

MM. Brochu (R.), Caron, Desrochers, Desmeules, Frenette, Gagnon, Garneau, Gaudreau, Grégoire, Jobin (J. B.), Langlois, Larue, Lavergne, Leclerc, Lemieux (E.) Lemieux (R.), L'Espérance, Miller, Morin, Painchaud, Paquet (Ach.), Paquin (Raymond), Perron, Pichette, Rousseau (L.), Trempe, Vaillancourt, Verreault.

Conditions de Publication :

Le Bulletin Médical paraît tous les mois. Le prix de l'abonnement est de trois dollars.

Chaque numéro contient des mémoires originaux, une petite clinique, des notes de médecine pratique, des recueils de faits, des analyses et une chronique.

La Rédaction accepte des articles de tous les médecins à condition qu'ils n'aient pas déjà été publiés dans un autre journal. Mais il est entendu que ces articles y sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé au Docteur Charles Vézina, Rédacteur en chef, 31 rue Charlevoix, Québec.

Adresser ce qui concerne l'administration au Docteur Georges Racine, 145 Boulevard Langelier, Québec.

SOMMAIRE

MEMOIRES

	Pages
Un corps étranger de la vessie PAUL GARNEAU.	343
Un cas d'hémo-pyo-pneumothorax traumatique J. B. JOBIN.	347
Sympathectomie péri-artérielle dans l'ostéoporose douloureuse post-traumatique RAYMOND D'AUTEUIL.	359
Le sérum hypertonique dans les obstructions et les parésies intestinales ANDRE SIMARD.	362

REVUE DES JOURNAUX

Livres reçus	368
Analyses	371

Première séance de la Société Médicale des Hôpitaux Universitaires,
tenue à l'Hôtel-Dieu, le 8 janvier 1932.

UN CORPS ETRANGER DE LA VESSIE

Paul Garneau,

Assistant à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.

Il nous a été donné de voir dernièrement dans le service le M. le Professeur C. Vézina, un malade qui présentait un corps étranger dans sa vessie.

Si je vous présente ce soir l'observation de ce malade, ce n'est pas dans le but de vous laisser sous l'impression qu'un corps étranger de la vessie est une rareté, mais bien pour l'intérêt que peut présenter ce cas en particulier et à cause de l'originalité du mode de cathétérisme dont s'est servi un malade qui se voit faire une rétention aiguë et complète avec distension de sa vessie et qui se trouve à vingt cinq milles de toute civilisation.

Voici ce dont il s'agit :

Monsieur D....R..., 45 ans, garde chasse de son métier, entre à l'hôpital le 13 décembre 1931 pour troubles urinaires ; antécédents collatéraux, rien à signaler ; antécédents personnels nous donne aucune histoire de troubles urinaires antérieurs. Le 19 novembre alors qu'il était en fonction à vingt-cinq milles dans le bois, seul, il tombe dans une eau très froide, il se relève, continue sa marche et voit son linge lui sécher sur le dos, ce soir-là il se couche sous un abris très rudimentaire. Dans la nuit il est réveillé par une forte douleur dans la région hypogastrique et il se trouve dans l'impossibilité d'uriner : il est en rétention aiguë et complète ; la distension de sa vessie augmente et les douleurs deviennent intolérables. Le malade pris d'une angoisse terrible et ayant peur de mourir seul en plein bois, décide de se ponctionner la vessie avec son couteau de chasse. Au moment où il allait tenter cette intervention chirurgicale, n'ayant

jamais lui-même eu recours à l'usage de la sonde, il se souvient d'un oncle qui, comme l'on voit hélas trop souvent, se promenait avec dans ses poches une sonde dont il se servait pour se cathétériser de temps en temps. Il lui vint alors l'idée de tenter un cathétérisme. La question se pose : à savoir quoi employer. Il trouve dans son sac une vieille chandelle de cire et décide d'en tirer profit. Après avoir enlevé la mèche il modèle cette cire de façon à lui donner la forme d'une tige cylindrique quelconque, qu'il introduit dans son urètre. A son grand désappointement sa tige est trop courte et il n'atteint pas sa vessie; il y ajoute alors un autre bout de cire et fait une nouvelle tentative qui cette fois est couronnée de succès; ce qui a pour effet de provoquer l'expulsion d'urine le long de cette sonde originale. Le malade garde cette tige dans son urètre pendant vingt ou trente minutes et voit sa vessie se vider. Mais comme cette sonde était faite de deux parties collées l'une à l'autre, la chaleur de l'urètre et de l'urine ayant ramolli la cire, il y a eu pendant l'extraction rupture et séparation des deux bouts collés; seul le bout extérieur a pu être extrait, l'autre est resté dans sa vessie.

Le malade après ce cathétérisme de fortune du rester au camp pendant cinq jours ayant de douleurs vésicales très fortes, des mictions douloureuses et difficiles. Tant que le corps étranger a gardé sa forme cylindrique il venait buter dans le col vésical au moment des mictions et l'interrompait. Il devait alors se coucher pendant un certain temps pour permettre au corps étranger de se déplacer et il pouvait alors recommencer sa miction. Lorsque le corps étranger s'est ramolli et a perdu sa forme cylindrique le malade a vu ses douleurs diminuées et ses mictions se produire avec plus de facilité; ce qui lui permit de reprendre la marche qui le ramènerait à la civilisation.

Après cette marche les douleurs reprennent sourdes et continuelles en même temps que l'urine contient du pus et du sang. Les douleurs sont ressenties surtout à la fin de la miction.



OPOTHÉRAPIE SÉRIQUE

DÉCHÉANCES ORGANIQUES.
CONVALESCENCES.
ANÉMIES.

SÉRUM HÉMOPOIÉTIQUE FRAIS de CHEVAL
(Sirop)

Agent de Régénération Hématique, de Leucopoïèse et de Phagocytose

2 à 4 cuillerées à potage par jour

LANCOSME, 71, Av. Victor-Emmanuel-III, PARIS (8^e).

Lit^r. Échantillon

ROUGIER, 350 rue Le Moine,

Montreal, Canada.

Compagnie Générale de Radiologie, Paris

autrefois

Gaiffe Gallot & Pilon et Ropiquet Hazard & Roycourt
RAYONS X - DIATHERMIE - ELECTROTHERAPIE

Installations ultra-modernes pour Hôpitaux, Cliniques, Cabinets médicaux

SOCIÉTÉ GALLOIS & CIE, LYON

LAMPES ASCIATIQUES pour SALLES D'OPÉRATIONS ET DISPENSAIRES

Ultra-Violets — Electrodes de Quartz — Infra-Rouges

ETABLISSEMENTS G. BOULITTE, PARIS

ELECTROCARDIOGRAPHIE, PRESSION ARTÉRIELLE, MÉTABOLISME BASAL

Tous appareils de précision médicale pour hôpitaux et médecins

ETABLISSEMENTS R. LEQUEUX, PARIS

STERILISATION — DESINFECTION

pour Hôpitaux, Dispensaires et Cabinets médicaux

PAUL CARDINAUX

Docteur es-Sciences

"PRECISION FRANÇAISE"

3458, ST-DENIS Catalogues, devis, Renseignements sur demande. **Phone**

MONTREAL

Service d'un Ingénieur électro-radiologiste **HARBOUR 2357**

*Dans les cas de pneumonie
le traitement doit être
commencé dès le début*

Optochin Base

(Base d'Ethylhydrocupréine)

Lorsque l'on combat la pneumonie par le traitement à **Optochin Base** chaque heure de retard est au préjudice du patient. Le médecin peut, en apportant dans sa trousse une petite fiole de **Optochin Base** (en poudre ou en tablettes) gagner du temps très précieux et être ainsi prêt à commencer le traitement immédiatement après le diagnostic.

Littérature envoyée sur demande

MERCK & CO. LTD.

412, rue St-Sulpice,

Montréal

et au niveau de l'urètre postérieur. Ces douleurs durent depuis son accident de rétention aiguë jusqu'à son entrée à l'hôpital le 14 décembre 1931. Il n'y a jamais eu de rétention aiguë depuis l'accident primitif.

Examen des urines: pus et sang.

Radiographie négative.

Toucher rectal: petite prostate légèrement augmentée de volume du côté du lobe droit.

N'ayant aucun intérêt à nous cacher ce qui s'était passé, le malade nous raconte son histoire au long et il est facile de conclure que nous sommes en présence d'un individu qui présente un corps étranger de sa vessie. Trois jours après son entrée à l'hôpital le malade subit une cystoscopie dont voici le rapport: Capacité vésicale 400 c.c.; vessie congestionnée dans son ensemble, orifices urétéraux normaux et normalement situés, éjaculations limpides des deux côtés. On n'aperçoit pas de corps étranger dans le bas fond vésical, mais en examinant le haut de sa vessie on aperçoit un corps étranger gris jaunâtre surnageant sur le liquide que contient la vessie. Sa légèreté lui permettant de flotter à la partie supérieure du liquide. Ceci vient ajouter foi à l'histoire du malade.

Le 19 décembre 1931, à l'anesthésie locale on fait une taille sus pubienne et on extrait le corps étranger: morceau de cire de la grosseur d'un jaune d'oeuf, qui déjà commençait à se recouvrir de phosphates. Etant en présence d'un malade dont les urines sont infectées nous faisons un drainage sus pubien avec une sonde de Pedzer qui est enlevée le 6ème jour. Le malade est maintenant en voie de guérison complète.

Les corps étrangers de la vessie sont d'une très grande variété. Ils sont souvent très bien tolérés par la vessie même quelquefois pendant des années; ils sont quelquefois accidentels, le plus souvent ils sont introduits dans un but inavouable. Dans le cas où le corps étranger est accidentel le malade se présente à vous beaucoup plus tôt et même il n'attend pas généralement l'apparition de la cystite; tandis que le corps étranger

introduit dans un but inavouable est toléré en général jusqu'aux limites du possible.

Dans le cas actuel, le malade n'ayant aucun intérêt à cacher son accident il y a eu aveu sincère et le diagnostic n'offrait aucune difficulté. Mais lorsqu'une malade (car c'est plus souvent une femme) se présente à vous pour des troubles de cystite et qu'elle a intérêt à cacher la cause de sa cystite, méfiez-vous car c'est derrière cette cystite qu'il faut penser au corps étranger, qui se présentera sous forme de calcul secondaire. "La femme est d'ailleurs pourvue d'une telle aptitude au mensonge qu'il faut être armé pour vaincre ces difficultés et faire le diagnostic malgré elle".—F. Legueu.

Pensez au corps étranger chez toute femme jeune qui a un calcul vésical; 3o. lorsque vous découvrez un calcul fixe qui à toutes explorations se retrouve haut et fixe; 3o. tout calcul qui s'accompagne de pericystite doit aussi faire penser au corps étranger. Pour nous aider dans ce diagnostic nous avons à notre disposition deux grands moyens qui sont: la radiographie et la cystoscopie.

J'ai cru qu'il était intéressant de présenter devant la Société Médicale des Hôpitaux de Québec, cette observation qui nous montre jusqu'où peut nous pousser la souffrance, voir même: aller jusqu'à suggérer, à un individu, dépourvu de toute connaissances médicales et qui se trouve, seul, à vingt-cinq milles de toute civilisation, de se cathétériser avec une sonde de fortune et s'en tirer sans embêtement plus sérieux que celui qu'il a présenté.

Extraits de Foie, Rate Rein et Surrénale

Méthode de Whipple

SIROP

PANCRINOL

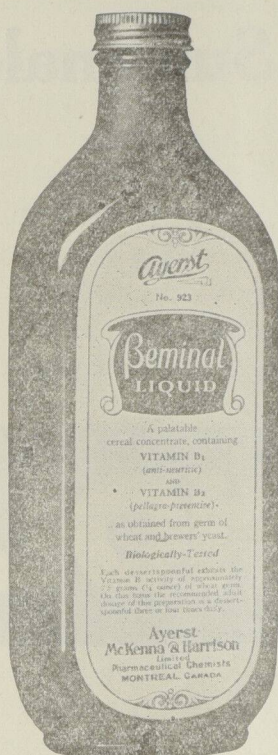
du D^r DEBAT

Anémies
Convalescences
Etats dépressifs

Laboratoires du D^r DEBAT, 60, Rue de Prony - PARIS (France)

J. EDDÉ, Limitée - New Birks BLGD - MONTRÉAL

Tel. LA 4913-2421



Un produit
distinctement
canadien

GERME DE BLÉ
ET LEVURE SOUS
FORME LIQUIDE
AGREABLE AU
GOUT

BEMINA LIQUIDE

Ce concentré agréable au goût, préparé avec le germe de blé et de la levure de bière, présente, sous forme liquide, un moyen idéal pour la thérapeutique de la vitamine B. Il établit la motilité et le degré normal de l'élasticité des tissus de l'intestin, résultant dans une amélioration apparente de la digestion et de l'appétit. L'effet antinévritique du Beminal Liquide est particulièrement de valeur dans les désordres nerveux dûs directement à une carence en vitamine B1 ou indirectement à une fonction alimentaire dérangée. En contenants de seize onces, d'un demi-gallon et d'un gallon.

Ayerst, McKenna & Harrison Limited

Pharmaciens et Biologistes

781, rue William — MONTREAL, CANADA

UN CAS D'HEMO-PYO-PNEUMOTHORAX TRAUMATIQUE ¹

Travail du service médical de l'Hôtel-Dieu.

J. B. Jobin

Assistant à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Observation de M. W. T. âgé de 29 ans.

Ce malade, que je vous présente, indemne de tout antécédent pathologique, fait, le 25 du mois d'août dernier, la rencontre inopportune d'une balle qui venait justement de sortir du canon d'un fusil. Cette balle fait son entrée dans le deuxième espace intercostal gauche, à un pouce du sternum, traverse le thorax de part en part et va s'arrêter sous la peau, derrière l'omoplate gauche.

Au moment de l'accident, il est un peu surpris, surtout de constater qu'un coup de fusil fait si peu de mal. Puis, au bout de 15 à 20 minutes, il se sent faiblir et s'écroule, mais il reste conscient. On le transporte dans son lit. A ce moment, il se plaint d'une vive douleur dans l'hémithorax gauche. Son médecin arrive, l'examine et découvre la balle sous la peau derrière l'omoplate du côté gauche. Croyant que la douleur est causée par la présence de cette balle, il incise la peau et l'enlève séance tenante. Puis on l'immobilise au lit après avoir pansé à plat les plaies cutanées.

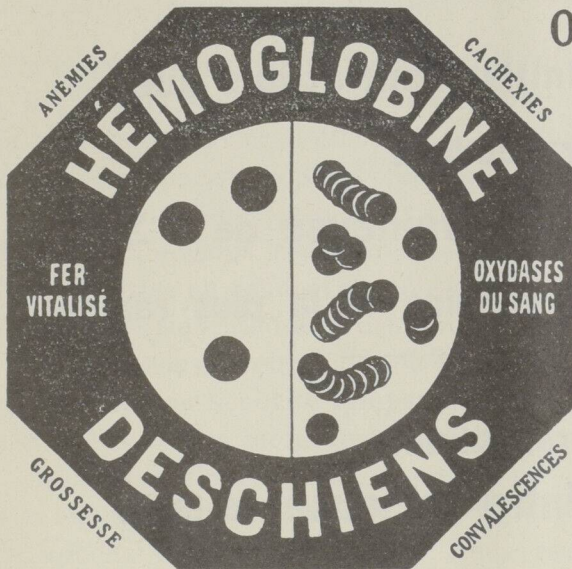
Pendant les deux ou trois jours qui suivent l'accident, il crache quatre ou cinq caillots de sang, chacun ayant le volume

1. Première séance de la Société Médicale des Hôpitaux d'Enseignement de l'Université Laval.

d'un jaune d'œuf. Il passe un mois au lit. Pendant ce temps, il ne tousse pas, il ne crache pas, il n'est pas oppressé et sa température, qui est prise régulièrement, reste constamment normale. Malgré cette absence de troubles fonctionnels respiratoires, il maigrit, il perd 20-25 livres pendant ce mois; ses vêtements se décolorent petit à petit; il se sent fatigué, il n'a pas faim, il dort mal et son côté gauche le fait toujours souffrir, à tel point qu'il ne peut se coucher sur ce côté. Au bout d'un mois, il se lève; mais il se sent faible et le moindre effort musculaire s'accompagne d'oppression et d'une petite toux agaçante mais complètement sèche.

Quinze jours après s'être levé du lit, il fait une marche d'une dizaine d'arpents pendant laquelle il est exposé au froid et à un grand vent: il fatigue, il transpire, il prend froid, rentre chez lui épuisé et prend le lit. Le soir, il fait un gros frisson et sa température monte à 104 F; la toux augmente beaucoup au point de devenir émétisante, mais il ne crache toujours pas. Au bout de huit jours, la température restant toujours élevée et l'état général s'étant fortement altéré, on décide le transport du malade à l'hôpital. Il arrive à l'Hôtel-Dieu le 19 octobre, c'est-à-dire presque deux mois après son accident. Nous le voyons peu de temps après son arrivée à l'hôpital: sa température est à 103, son pouls à 110, sa respiration à 40. Son état général est mauvais, il est maigre, pâle, anxieux et couvert de sueurs. Son pouls est rapide mou, dépressible, sa pression artérielle est basse. A tout moment, il est pris d'une quinte de toux, particulièrement quand il veut se mouvoir ou parler; à tel point que nous apprenons son histoire beaucoup plus des gens qui l'accompagnent que de lui-même. Il ne crache pas du tout, j'insiste de nouveau sur cette particularité.

Disons que l'interrogatoire et l'examen systématique des organes ne nous révèlent rien de notable, sauf du côté du thorax où l'on trouve facilement les signes d'une hydro-pneumothorax gauche avec forte déviation du cœur et de la trachée vers la droite.



**Opothérapie
Hématique
Totale**

SIROP de
DESCHIENS
à l'Hémoglobine vivante

Renferme intactes les Substances
Minérales du Sang total

Médication rationnelle des
SYNDROMES ANÉMIQUES
e des
DÉCHÉANCES ORGANIQUES

Une cuillerée à potage à chaque repas.

DESCHIENS, D' en Ph^l, 9, Rue Paul-Baudry Paris (8^e). — Représentant: POUGIER, 210, Rue Lemoine, Montréal (Canada).

ROUGIER FRERES, 350, rue Le Moyne, Montréal, Canada.

Le Meilleur Calmant de la Toux

LE PLUS PUISSANT ANTISEPTIQUE DES BRONCHES

SIROP FAMEL

au LACTO-CRÉOSOTE soluble
Phosphate de Chaux, Codéine, Aconit, etc.

DOSES : de deux à trois cuillerées par jour.

ADOPTÉ PAR LES HOPITAUX

Envoi gratuit d'échantillons à MM. les Docteurs sur demande
à MM. ROUGIER Frères, Agents Généraux à Montréal
ou à Paris, 20-22, Rue des Orteaux.

Il est définitivement acquis que :
la thérapeutique
intra-veineuse de la Σ
est la plus certaine et la plus rapide.

La thérapeutique
intra-veineuse de la Σ
par le

NOVARSENOBENZOL

“BILLON”

présente toutes les garanties désirables.

LABORATOIRES POULENC FRERES (Canada) Limitée

Dépôt général :

ROUGIER FRERES, seuls distributeurs au Canada.

350, rue Le Moyne, MONTREAL.

A l'inspection, on trouve facilement l'orifice d'entrée de la balle, ici près du sternum, sous la clavicule; et son orifice de sortie, en arrière derrière l'omoplate. De plus on note que son hémithorax gauche est bombé et immobilisé, même quand le malade fait une forte inspiration.

La palpation nous révèle que les vibrations locales sont abolies de la base au sommet du côté gauche. Il existe une matité franche hydrique de tout l'hémithorax gauche, sauf au sommet en avant, sous la clavicule, où la matité est brusquement remplacée par une sonorité tympanique. A l'auscultation, silence complet, pas le moindre bruit adventice, même après la toux. Sous la clavicule gauche, on entend un souffle amphorique et de la succussion hippocratique. Il y a en plus de la pectoriloquie aphone et de l'égophonie. Nous avons recherché le signe du poulx, mais nous l'avons trouvé négatif. L'espace de Traube est mat. Le cœur est fortement dévié vers la droite: sa matité déborde de trois ou quatre travers de doigt le bord droit du sternum et nous sentons la pointe du cœur battre tout près du bord gauche du sternum. Les bruits cardiaques sont rapides et assourdis, mais il n'y a pas de souffle orificiel.

Une radiographie prise le lendemain nous montre une image hydro-aérique gauche avec forte déviation du cœur et de la trachée. Mais nous notons vers la partie moyenne de l'opacité gauche quelques petites taches claires sur la nature desquelles nous nous gardons bien de nous prononcer pour le moment.

Nous faisons alors une ponction exploratrice qui ramène facilement un liquide inodore, brun-gris, qui donne l'impression d'un épanchement sanguin en voie de transformation purulente; ce n'est pas du pus franc. Un examen bactériologique fait par M. le Dr Vallée y révèle la présence du streptocoque.

Voilà le malade tel qu'il se présentait à nous au moment de son entrée à l'hôpital. Qu'allions-nous faire pour lui? Le traiter médicalement, ou le confier au chirurgien. J'avoue que cette dernière solution nous a hanté pendant plusieurs jours. Mais à cause du mauvais état général du malade, de la forte déviation

du cœur et de la trachée de l'abondance du liquide et de la défaillance cardiaque, nous avons pris le parti de le traiter médicalement, au moins pour un temps.

Nous avons donc fait une première ponction évacuatrice qui a donné issue très facilement à 450 cc d'un liquide mi-sanglant, mi-purulent. Et par l'aiguille de la ponction, nous avons injecté 300 cc d'air avec l'intention d'éviter une décompression trop brusque et surtout pour inciter la plèvre à réagir et à se défendre.

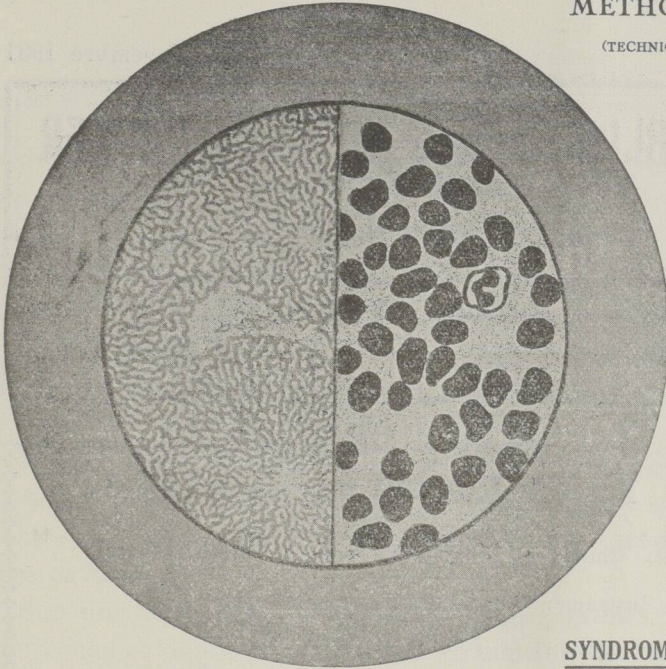
A quelques jours d'intervalle, nous faisons deux autres ponctions qui amènent bien une petite chute de la température; mais les troubles fonctionnels n'en sont que peu amendés. Cherchant alors la cause de cet échec, nous fumes amenés à nous demander si le pneumothorax qu'avait notre malade n'était pas en pression positive. Une ponction faite dans la région du pneumothorax nous révéla en effet que l'air y était sous tension. Nous avons alors évacué tout l'air qui voulait sortir spontanément; et nous avons fait suivre cette évacuation d'air d'une nouvelle évacuation de 700 cc de liquide. A partir de ce moment, l'amélioration fut rapide et progressive.

Dans l'espace de sept semaines nous avons fait neuf ponctions qui ont donné une quantité totale de quatre litres de liquide. Pendant le même temps, le malade a été soumis à un traitement visant à soutenir son cœur, stimuler son état général et réparer son anémie. On voit, en suivant sa courbe de température, que chaque ponction évacuatrice est suivie d'une chute de la température et qu'à la fin, celle-ci se maintient aux environs de la normale.

Pendant ce temps, le malade s'améliore d'une façon très notable: il reprend des forces, ses téguments se recolorent, son appétit renaît, il dort mieux, il engraisse de 20 livres et sa toux disparaît ou presque. Tout à la fin de cette phase de sa maladie, notre malade qui n'avait pas craché jusque-là nous fait une petite vomique de 40 à 50 cc d'un pus rouge-brun non fétide. Les

MÉTHODE DE WHIPPLE

(TECHNIQUE DE MINOT & MURPHY)



HEPATHEMO

*Extrait hépatique
concentré hydrosoluble
de Bovides jeunes*

*Fer globulaire
(Hémoglobine)*

Deux présentations { Sirop
Ampoules
buvables

Saveur agréable

ANÉMIES GRAVES

SYNDROMES ANÉMIQUES

DESCHIENS, D' en Ph⁴, 9, Rue Paul-Baudry, Paris (8^e). — Représentant : ROUGIER 350, rue Lemoine, Montréal (Canada)



PEPTONATE DE FER ROBIN

GOUTTES

VIN

ELIXIR

ANÉMIE - CHLOROSE DÉBILITÉ

R.C. 221839

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

Agent Général pour le Canada, J. I. EDDE, Limitée, New Birks Bldg., Montréal.



LES ETABLISSEMENTS M. A. WOLLACKER

DU CANADA INC.

vous enverront échantillon de

GELAGAR (gélatine, azar-azar, silicate de magnésie),
nouvelle médication des gastropathies.

533, Bonsecours

MONTREAL

J. E. LIVERNOIS Limitée.

FOURNISSEURS

En Produits Chimiques, Pharmaceutiques et Photographiques

Instruments et Accessoires de Chirurgie
Remèdes Brevetés

Articles de Toilette et Parfumerie

Entrepôts :
43, RUE COUILLARD,
Québec.

Magasin et Bureau :
RUE ST-JEAN
Canada.

REGYL

à base de peroxyde de magnésium et
de chlorure de sodium organique

Echantillons gratuits à

MM. les Docteurs.

DYSPEPSIES

GASTRALGIES

Rebelles aux traitements ordinaires

8 fr. 50 LA BOITE POUR UN MOIS

Laboratoires FIEVRET

53, rue Réaumur, PARIS

Dépôt : MONTREAL, 820, St-Laurent.

Imprimerie J.-A. K.-LAFLAMME

IMPRESSIONS DE LUXE ET DE COMMERCE

Une simple commande vous convaincra de la qualité des ouvrages
qui sortent de nos Ateliers.

○ ——— UNE VISITE EST SOLLICITEE ——— ○

Téléphone 2-1602

34, RUE GARNEAU, QUEBEC

quelques jours qui suivent il crache un peu de pus, puis tout cesse.

Suivons maintenant sur les radiographies l'évolution de cette maladie. Je vous rappelle que sur la première radiographie le niveau liquide atteignait presque la clavicule, et que le cœur et la trachée étaient fortement déviés vers la droite; enfin, l'on voyait dans la région moyenne de l'opacité quelques petites taches claires. Sur une deuxième radiographie, prise huit jours après la première, on constate que le niveau liquide est beaucoup plus bas et que le sommet du poumon commence à surnager au-dessus du liquide. Et dans ce sommet: une trouvaille: une image cavitaires.

Sur une troisième radiographie, prise quinze jours après la deuxième et douze jours après l'évacuation de l'air du pneumothorax, on ne voit plus de niveau liquide dans la cavité pleurale; le poumon a repris son expansion, il a comblé la cavité pleurale, et l'image cavitaires, que l'on voyait sur la radiographie précédente, est remontée avec le poumon sous la clavicule.

Les ponctions que nous faisons à ce moment sont beaucoup plus difficiles à réaliser parce qu'il nous faut traverser une zone épaisse et dure avant d'arriver dans la cavité pleurale; et la quantité de liquide que l'on peut retirer diminue à chaque ponction. La dernière, faite le 15 décembre, n'a ramené que 75cc de liquide et elle a été suivie d'une injection de lipiodol. On voit sur la radiographie qui fut prise le lendemain, que le lipiodol est allé se déposer dans le cul-de-sac pleural. Nous avons regardé le malade à la scopie en le mettant en position renversée, dans le but de nous rendre compte de la profondeur de la cavité, et nous avons été surpris de constater que le lipiodol restait fixé dans le cul-de-sac. Je dois vous dire, pour être franc, qu'entre le moment où j'ai retiré du liquide et celui où j'ai injecté du lipiodol, je me suis égaré: je ne savais plus où était mon aiguille. Au moment de l'injection des premiers cc de lipiodol, le malade a accusé une douleur dans la région de l'injection: on voit par cette image étoilée que je n'étais pas dans une cavité, mais dans

un tissu solide. J'ai alors poussé mon aiguille un peu plus loin et j'ai pu injecter le reste du contenu de la seringue sans que le malade ne souffrit. Cette deuxième portion était dans la cavité pleurale. Mais ce qu'il y a de plus curieux c'est que je venais d'injecter mon lipiodol non pas dans la cavité d'où j'avais retiré du pus, mais dans une autre cavité. Le fait nous a été révélé par l'intervention. Le lipiodol est dans le cul-de-sac pleural et le pus est dans une cavité cloisonnée et séparée du cul-de-sac par une paroi très épaisse. L'image de cette cavité est perdue dans l'opacité de la base.

Notons que l'image cavitaire du sommet que nous voyions sur les premières radiographies n'est plus représentée que par cette petite zone opaque, sans trace de niveau et sans image cavitaire: L'abcès a guéri spontanément.

Le cœur et la trachée sont partiellement revenus vers la gauche, et l'hémi-diaphragme est remonté de quelques travers de doigt.

Voilà donc quel était l'état de notre malade après un mois et demi de traitement médical. Que nous restait-il à faire? Le renvoyer chez lui et compter sur le temps et la bonne nature pour compléter la guérison; ou intervenir chirurgicalement?

Après avoir longuement discuté le cas avec M. le Dr J. Guérard qui nous a, à plusieurs reprises, aidé de ses conseils dans la conduite du traitement de ce malade, nous en sommes venus à la conclusion qu'il y avait là quelque chose qui ne disparaîtrait pas spontanément.

Nous avons donc montré le malade à M. le Dr Vézina, en lui demandant d'intervenir s'il était de notre avis. Non seulement il était de notre avis, mais il croyait même que nous avions attendu trop longtemps avant de confier notre malade aux mains d'un chirurgien.

L'intervention est donc décidée, et notre malade est opéré le deux janvier, à l'anesthésie locale, par les Drs Vézina et Garneau. On fait une costotomie qui porte sur la neuvième côte et l'on tombe alors dans une cavité remplie d'adhérences



OPÉRÉS, CONVALESCENTS, DÉPRIMÉS
RETROUVENT APPÉTIT, FORCES, ENTRAIN
PAR LE DÉLICIEUX

ÉLIXIR DUCRO

INSOMNIES — MENSTRUATIONS DOULOUREUSES
SIROP POUR TOUS TROUBLES NERVEUX

Chloral Bromuré du Dr. Dubois
ACTIVITÉ, INNOCUITÉ ÉPROUVÉES



INFLUENZA ANÉMIE ET NÉVRAL-
GIES CONSÉCUTIVES

QUINOÏD

"QUINOÏDINE DURIEZ"

AUCUN DES INCONVÉNIENTS DE LA QUININE
CONTRAIREMENT AUX ARSENICAUX, AUCUNE TOXICITÉ
PRÉVENTIF : 20U3 PILULES—CURATIF 4À8 PILULES PAR JOUR
AU DÉBUT DES REPAS

LABORATOIRE DURIEZ, 20 PLACE DES VOSGES, PARIS
DÉPOT GÉNÉRAL : ROUGIER FRÈRES. MONTRÉAL.



IODALOSE GALBRUN

IODE PHYSIOLOGIQUE, SOLUBLE, ASSIMILABLE

Première Combinaison directe et entièrement stable de l'Iode avec la Peptone

DÉCOUVERTE EN 1896 PAR E. GALBRUN, DOCTEUR EN PHARMACIE

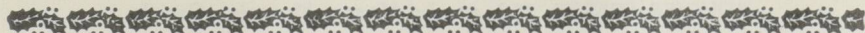
Remplace toujours Iode et Iodures sans Iodisme,

Vingt gouttes d'Iodalose agissent comme un gramme d'Iodure alcalin

Echantillons et Littérature : Laboratoire GALBRUN, 8 et 10, r. du Petit-Musc, PARIS

**Ne pas confondre l'Iodalose, produit original, avec les nombreux similaires
parus depuis notre communication au Congrès International de Médecine de Paris 1900.**

Dépôt général : ROUGIER FRERES, 350, rue Le Moyne, Montréal, Canada.



Lipiodol

Adopté dans les Hôpitaux

Huile iodée française à 40%

soit 0 gr. 54 d'iode pur par centimètre cube, sans aucune trace de chlore. L'intégralité de la combinaison est telle que l'iode s'y trouve complètement dissimulé, de là une tolérance presque illimitée du produit.

INDICATIONS : Toutes celles de l'iode, des dérivés iodés organiques et des iodures, **sans les inconvénients.**

Pas d'iodisme, pas d'action congestive sur le poulmon.

Artério et Présclérose, Asthme, Emphysème, Rhumatismes chroniques déformant, Goutte, Lymphatisme, Adénoïdisme, Syphilis tertiaire et Hérédo-Syphilis.

FORMES PHARMACEUTIQUES :

INJECTION : Ampoules de 1, 2, 3 et 5 cc. — Flacon Aluminium de 20 cc. soit 30 gr. (Un centimètre cube contient 0 gr. 54 d'iode)

CAPSULES : 0 gr. 20 d'iode pur par capsule (2 à 3 en moyenne par 24 heures). — **DRAGÉES.**

EMULSION : 0 gr. 20 par cuillerée à bouche

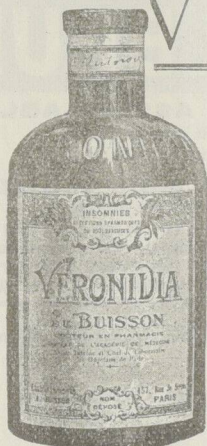
Concessionnaires exclusifs pour l'Exportation :
LECZINSKI & C^e, 67, Rue de la Victoire, PARIS

Exiger l'Etiquette bleue

**LIPIODOL
LAFAY**

Dépôt Général pour le Canada :

ROUGIER FRERES, 350, rue Le Moyne, Montréal, Canada.



VERONIDIA

Le plus actif

Le plus agréable

Le plus maniable

des Sédatifs nerveux.

Dépôt Général pour le Canada :

ROUGIER FRERES, 350, rue Le Moyne, Montréal, Canada.

lâches, mais vide de liquide. En explorant cette cavité, le doigt sent à la partie supérieure une grosse masse très dure. On ponctionne dans cette masse et on en retire du pus. On résèque alors une partie de la huitième côte afin de se donner plus d'espace, et en passant à travers une plèvre pariétale excessivement dure, d'une dureté de cuir tanné, et épaisse de un à deux centimètres, on tombe dans une grande cavité dont il s'écoule 100 à 200 cc d'un liquide purulent jaune-brun et non fétide. En explorant cette cavité, on en retire plusieurs vieux caillots organisés dont quelques-uns sont de la grosseur d'un œuf de poule.

La cavité est lavée au sérum artificiel, on y met un gros drain et quelques gazes; on met un petit drain dans le cul-de-sac pleural, on ferme et on panse à plat. Les suites opératoires sont des plus simples. Le malade a supporté cette intervention, qui a duré une heure et plus, beaucoup plus facilement qu'il ne l'aurait cru lui-même.

Pendant un à deux à jours il a fait un tout petit peu de fièvre puis tout est rentré dans l'ordre. Au bout de huit jours, tous les drains étaient enlevés et la plaie ne laissait écouler qu'un peu de liquide séro-sanguinolant.

Le malade fait de la gymnastique respiratoire depuis le deuxième jour qui a suivi son opération. Il sent un petit tiraillement, une certaine gêne à la base de son hémithorax gauche. Par ailleurs il est très bien. La cavité se comble petit à petit et chaque jour le pansement est moins souillé. L'auscultation nous permet d'entendre du murmure vésiculaire dans presque tout son hémithorax gauche, jusqu'au voisinage de la plaie opératoire; c'en est même quelque peu paradoxal.

Voici maintenant une radiographie qui fut prise hier, le 14 janvier. Vous voyez que l'opacité de la base a considérablement diminué. Il y reste bien un voile et quelques trainées fibreuses, mais ce n'est rien de comparable à ce qu'il avait avant l'opération. Au sommet, le poumon a une transparence à peu près normale et il n'y a plus trace de l'ancienne image cavitaire. A la base, le lipiodol qui était dans le cul-de-sac est disparu, mais

on voit encore l'image étalée qui est due au lipiodol injecté en tissu solide.

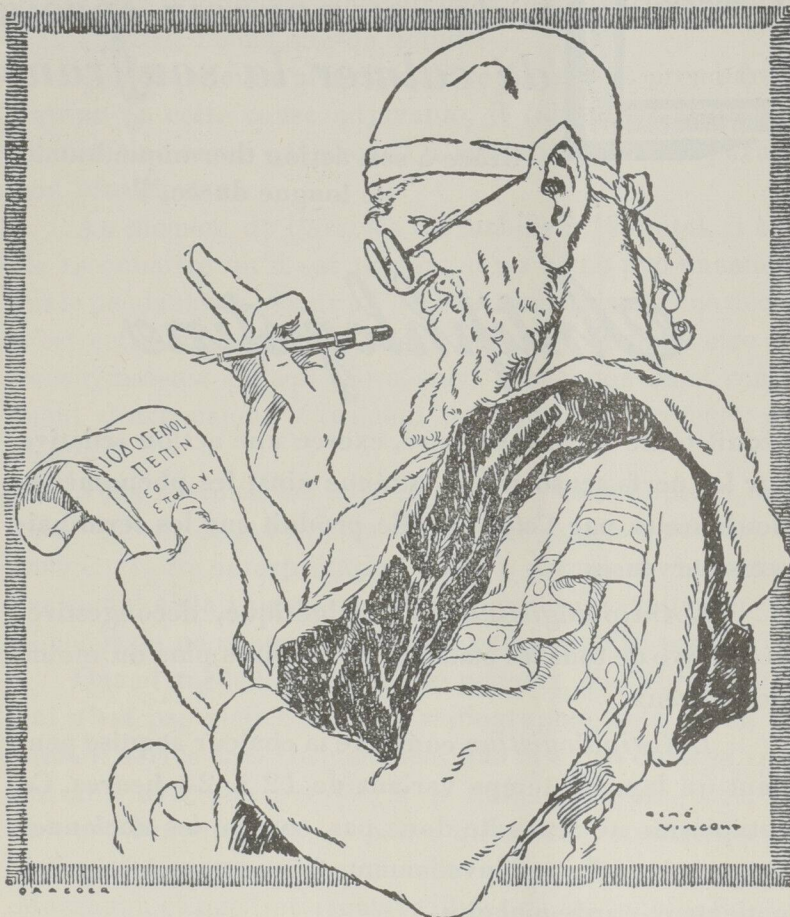
A la lumière de ces renseignements, essayons de reconstituer les faits et de les interpréter.

Le 25 août dernier, il est frappé par une balle. Dans les minutes qui suivent, il ressent une violente douleur dans son hémithorax gauche. Cette douleur peut être due à une lésion de la cage thoracique, à une hémorragie intrapulmonaire ou à la formation d'un pneumothorax traumatique. Nous croyons que la dernière hypothèse est la bonne, parce que la première hypothèse peut s'éliminer du fait que la douleur ne siégeait pas dans la région du traumatisme, mais dans tout l'hémithorax et qu'elle n'a débuté que plusieurs minutes après l'accident.

La deuxième hypothèse est-elle aussi mise de côté parce que le malade n'a pas eu de fièvre dans les jours qui ont suivi son accident et surtout parce qu'il n'a pas craché de sang pendant des jours comme il l'aurait fait s'il avait été porteur d'un kyste hématique du poumon. Nous nous arrêtons à l'hypothèse de pneumothorax traumatique parce que la douleur que le malade a ressentie est survenue quelques minutes après le traumatisme, au moment d'un effort musculaire et qu'elle a été ressentie dans toute la région externe de l'hémithorax gauche. Mais ce qui nous conduit surtout au diagnostic de pneumothorax traumatique, c'est que nous ne pouvons pas expliquer autrement le pneumothorax que nous trouvons actuellement chez notre malade. Admettons donc qu'au moment de l'accident, il se produit un pneumothorax.

Les jours passent, le malade est apyrétique, il ne crache pas mais il faiblit et surtout il s'anémie progressivement: il fait une hémorragie interne, il saigne dans sa plèvre. Nous savons en effet que le sang se coagule difficilement dans la cavité pleurale, et qu'une petite plaie pulmonaire peut saigner pendant des jours et des jours, jusqu'à remplir complètement la cavité pleurale.

Quand il se lève au bout d'un mois, sa toux sèche et quin-



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

J. EDDE, Limitée, Agent Général pour le Canada.

*Sedare dolorem
opus divinum est.
—HIPPOCRATE*

La Thermothérapie possède un pouvoir spécial de calmer la souffrance

Grâce à son action thermique humide
de longue durée, l'

Antiphlogistine

réduit toute stase vasculaire, exerce une action sédative sur les nerfs sensoriels et atténue ainsi les phénomènes douloureux par l'effet qu'elle produit sur les terminaisons nerveuses.

L'Antiphlogistine est analgésique, décongestive, résolutive de tous les états inflammatoires plus ou moins douloureux.

L'Antiphlogistine conserve la chaleur acquise pendant un laps de temps variant de 12 à 24 heures. Ce cataplasme ne nécessite donc pas, comme les anciennes préparations, les renouvellements fréquents qui fatiguent patients et garde-malades.

THE DENVER CHEMICAL MFG. Co.

153 Lagauchetière St., W., MONTREAL

Veuillez m'adresser littérature et échantillon d'Antiphlogistine
pour essai clinique.

Dr.

Rue.

Ville. Pays.

L'Antiphlogistine est fabriquée au Canada.

"Quiconque a pu constater le soulagement qui suit l'application d'un bon cataplasme . . . ne pourra jamais se douter de la valeur de la thermothérapie."

"The Lancet", LONDRES

teuse, son oppression nous prouvent qu'il porte dans sa plèvre une quantité abondante de liquide.

Quelques jours plus tard, il se fatigue et prend froid; à la faveur de cette cause adjuvante, il fait une infection pleuro-pulmonaire aiguë qui aboutit à la transformation purulente de son hémothorax.

Au moment de l'arrivée du malade à l'hôpital, il est facile de reconnaître qu'il est porteur d'un hémopyo-pneumothorax. Mais pendant son séjour à l'hôpital, nous faisons une découverte, c'est cette image hydro-aérique que nous croyons être intraparenchymateuse puisqu'elle a suivi le poumon dans son mouvement d'expansion. Comment expliquer la présence de cette image ?

Nous n'avons pas la prétention de vous imposer notre manière de voir dans l'interprétation que nous avons faite de cette image. Cette interprétation nous a permis de nous représenter ce qui s'était passé, et de comprendre les faits, ou tout simplement de nous amuser et de satisfaire notre esprit.

Quand une balle traverse un poumon, elle y creuse un tunnel qui n'est pas visible sur une radiographie, soit dit en passant. Mais il arrive très fréquemment que la balle, dans sa traversée, entraîne avec elle des débris de tissus, de peau, d'os, etc. Le fait est démontré par les balles qui restent incluses et que l'on enlève des poumons au moment d'une intervention ou chez Morgagni, et que l'on trouve coffiées de ces débris. Par ailleurs, la balle qui traverse un poumon de part en part peut semer, chemin faisant, quelques-uns de ces débris. Ces débris constituent des corps étrangers souillés qui sont une des causes les plus fréquentes des abcès du poumon qui compliquent les plaies pénétrantes de la poitrine.

Ces abcès, une fois formés, peuvent s'évacuer soit par les bronches et révéler leur présence par une vomique, soit par le chemin artificiel créé par le passage de la balle et aller infecter la cavité pleurale ou son contenu.

Nous croyons que c'est justement ce qui est arrivé chez notre malade: à la faveur d'un refroidissement il a développé un abcès autour d'un corps étranger qu'il avait dans son poumon. Cet abcès s'est ouvert vers la plèvre et a infecté l'hémithorax.

Donc plaie pénétrante de la poitrine qui cause un pneumothorax, puis un hémithorax, puis un abcès du poumon qui s'ouvre dans la plèvre et infecte l'hémithorax.

Nous instituons un traitement médical qui amène une très grosse amélioration. Mais il reste quelque chose qui nous conduit chez le chirurgien. On trouve dans la plèvre de vieux caillots organisés qui n'auraient certainement jamais disparu spontanément.

Nous avons raison de croire que l'intervention chirurgicale a rendu un grand service à notre malade et qu'elle lui permettra d'éviter la sclérose pleuro-pulmonaire de la base gauche qui l'attendait si on avait laissé en place ces gros caillots qui jouaient le rôle de corps étrangers.

Il aurait été intéressant, à l'occasion de ce malade, de faire une revue générale des plaies pénétrantes de la poitrine, de leurs séquelles et de la conduite à tenir en pareil cas; mais le temps qui nous est alloué et que nous nous excusons d'avoir déjà dépassé, ne nous le permet pas.

DISCUSSION

Le Dr Louis Rousseau se demande si après une attente aussi prolongée pour intervenir on aurait pas assisté à une guérison médicale sans l'opération. Il rapporte l'observation d'une malade qui atteinte d'un pyo-hémithorax, probablement non tuberculeux, fut traitée par lui-même, à l'hôpital Laval, à l'aide de ponctions répétées qui amenèrent une guérison complète après quelques mois.

Il trouve discutable en l'absence de symptômes plus évidents

2 VACCINS

dont le succès s'affirme
- de jour en jour -

Double supériorité } Action directe sur le microbe
Pas de réaction fébrile . .

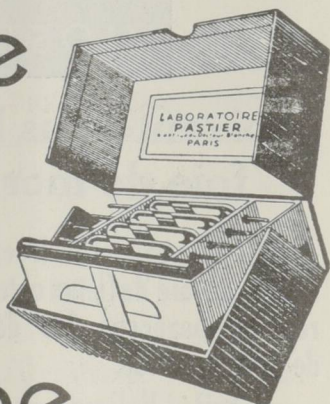
Le Colitique

Vaccin curatif anti-colibacillaire

Adopté par les Hopitaux de Paris

FORME BUCCALE : LA PLUS ACTIVE

Autres formes } Injectable.
Filtrat pour applications locales.



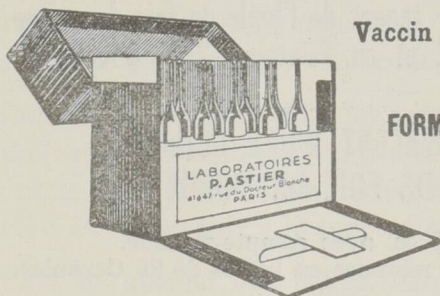
La Stalysine

Vaccin curatif anti-staphylococcique

FORME BUCCALE : LA PLUS PRATIQUE

FORME INJECTABLE :

LA PLUS RAPIDE, LA PLUS SURE



Autre forme : Filtrat pour pansements sur foyers ouverts.

Boîtes de 50 ampoules avec une réduction de prix de 50 % pour MM les Docteurs,
les Cliniques et les Hôpitaux

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS

LABORATOIRES ASTIER, 41 à 47, rue du Docteur-Blanche, PARIS

Dépôt général : ROUGIER FRERES, 350, rue Le Moyne, Montréal, Canada.

DU NOUVEAU ! !

PARKE-DAVIS
HALIVER OIL
" " WITH " "
VIOSTEROL - 250 D

**Soixante fois la teneur de l'huile de
foie de morue en vitamine "A"**

Ce nouveau produit est le fruit de la récente découverte que l'huile de foie de flétan obtenu d'après certains procédés d'extraction, renferme beaucoup plus de vitamines "A" qu'en contient l'huile de foie de morue.

L'huile "Haliver" avec Viostérol, 250 D, P. D. est de l'huile de foie de flétan combinée avec de l'ergostérol irradié en proportions titrées à soixante fois la teneur de l'huile de foie de morue Standardisée en Vitamine "A" et en Vitamine "D" à celle du Viostérol 250 D.

**1 MINIME EST L'EQUIVALENT D'UNE CUILLEREE
A THE D'HUILE DE FOIE DE MORUE**

Présentation :—Bouteilles de 5 cc. avec compte-minime.

Capsules de 3 minimes en boîtes de 25 Capsules.

Le nom breveté "Haliver" est dérivé du mot anglais
"Halibut pour flétan

PARKE, DAVIS & COMPANY

Les plus grands fabricants de produits Pharmaceutiques et
Biologiques de l'Univers.

le diagnostic d'ombres anulaires en rapport avec l'existence d'abcès pulmonaires.

* * *

Le Dr Desmeules crois qu'il aurait mieux valu ouvrir et drainer dès le diagnostic posé de pyo-pneumothorax à streptocoque.

* * *

Le Dr Vézina se demande si en présence d'un cas d'hémithorax fermé il n'y aurait pas avantage à ouvrir après quelques semaines, pour enlever le sang et les caillots.

Il rapportera à une prochaine séance l'observation d'un malade qu'il a ainsi traité.

* * *

Le Dr Dagneau est de l'opinion du Dr Vézina, à savoir: qu'il y aurait avantage à vider aseptiquement un hémithorax dans lequel peuvent se trouver des caillots non réabsorbables. Il y aurait aussi avantage marqué à drainer la plèvre dès que le diagnostic de pleurésie à streptocoque est posé.

Dans le cas du Dr Jobin, les ponctions ont servi à soulager le malade en diminuant la quantité de liquide épanché, ce qui est bien, mais sans faire disparaître l'air ni l'infection pour lesquels il a fallu recourir à l'intervention chirurgicale.

Pour ce qui est des balles, elles ne causent pas toujours autant de dégâts, et nous pouvons montrer à l'hôpital une radiographie sur laquelle on peut encore voir le passage à travers le poumon d'une balle explosive qui a laissé sa trace sous forme de petits fragments de plomb. Cette blessure n'a pas été suivie d'aucune réaction pulmonaire ni pleurale.

* * *

Le Dr J. Jobin : Au Dr Louis Rousseau qui met en doute le diagnostic d'abcès du poumon, il répond que la petite vomique du malade et l'image, non pas annulaire, mais cavitaire avec niveau liquide ne laissent pas de doute sur la présence d'abcès du poumon. Le Dr L. Rousseau prétend par ailleurs que la guérison aurait pu être obtenue sans opération : Les gros caillots qui ont été trouvés au moment de l'opération laissent croire qu'une guérison complète était impossible sans l'évacuation de ces corps étrangers.

La principale objection vient des Drs Dagneau, Vézina et Desmeules qui croient qu'on aurait dû intervenir dès que le diagnostic de suppuration pleurale à streptocoque a été fait.

Le Dr Jobin affirme de nouveau qu'une intervention chirurgicale, faite au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, aurait mis sa vie en danger, à cause de son mauvais état général et de son fléchissement cardiaque. Il admet avoir attendu trop longtemps, mais il explique son retard par la découverte de l'abcès du poumon et l'amélioration vraiment encourageante que produisait le traitement médical. Une intervention plus hative aurait laissé une plèvre moins épaissie.

Enfin, le Dr Jobin est d'avis qu'on ne peut pas affirmer que le diagnostic de pleurésie purulente à streptocoque impose une intervention immédiate. Les auteurs modernes ont modifié leur manière d'agir dans ces cas et il y aurait grand intérêt à revenir sur cette question du traitement chirurgical des pleurésies purulentes à pyogènes.

SYMPATHECTOMIE PERI-ARTERIELLE DANS L'OSTEOPOROSE DOULOUREUSE POST-TRAUMATIQUE

Raymond D'Auteuil,

Assistant-Chirurgien de l'Hôtel-Dieu et Chirurgien-en-Chef
de l'Hôpital Laval.

Madame C. B., 50 ans, est entrée à l'Hôtel-Dieu dans le service de Monsieur le Dr Marois, le 26 novembre 1930, avec une fracture sous-trochantérienne du fémur gauche, cliniquement diagnostiquée et contrôlée par la radiographie.

En voulant traverser la rue, la malade sent tout à coup son genou gauche se bloquer, et après deux ou trois sauts sur la jambe saine, elle tombe sur la chaussée et se fracture la cuisse gauche. Un questionnaire serré nous porte à croire qu'une luxation d'un ménisque du genou fut responsable de l'accident, mais il nous fut impossible de relever aucune lésion de ce côté.

Un Tilleaux est appliqué aussitôt, mais sous l'action de la traction continue la malade se plaint de douleurs dans le coup de pied sans qu'à l'examen l'appareil puisse être incriminé.

Devant la progression des douleurs, nous décidons, le 4 mai, de remplacer la traction continue par la pose d'un grand appareil plâtré après rachi-anesthésie et traction en abduction forte au moyen de la table de Hawley.

Le lendemain nous sommes forcés d'échancrer le plâtre sur le coup de pied dont la malade continue à souffrir en dépit de tous les topiques et médications internes. Soucieux d'obtenir, malgré tout, une consolidation de la fracture sous-trochantérienne, nous temporisons en employant même les hypnotiques à faible dose; et cela jusqu'au 22 janvier suivant alors que la malade accuse une douleur forte dans la région du genou. Nous

pratiquons une fenêtre pour inspecter la région:—les téguments péri-articulaires sont chauds, un peu rouges, présentant un œdème dur et douloureux. De même que pour le pied, les douleurs ne cèdent pas aux applications glacées.

C'est alors que, jugeant qu'après deux mois au-delà d'immobilisation, le cal devait être assez solide, nous libérons complètement le membre de son appareil le 3 février 1931, ce qui nous permet de procéder à un examen méthodique: le tissu péri-articulaire du genou et du coup de pied sont toujours oédématiés du même œdème dur et les moindres mouvements de ces articulations sont affreusement douloureux. Le foyer de fracture, par contre, semble solide et conserve à peine une légère sensibilité à la palpation.

Nous attendons ainsi durant trois mois et demie utilisant tour à tour toutes les ressources pharmaceutiques et physio-thérapeutiques à notre disposition; et malgré une légère amélioration le malade souffre toujours et ne peut mobiliser son genou ni son pied.

Au début de mai 1931, en repassant et réétudiant les uns après les autres tous les clichés radiographiques pris depuis le début, et à force de voir et revoir la décalcification intense et progressive du squelette de tout le membre malade, et en rapprochant les symptômes cliniques relevés depuis longtemps: œdèmes, chaleur locale, douleurs fortes, spontanées et provoquées entraînant l'impotence totale de tout le membre, et rapportant enfin tous ces signes au traumatisme initial, nous pensons au diagnostic d'ostéoporose douloureuse post-traumatique, si bien décrite en plusieurs circonstances par le Professeur Leriche de Strasbourg. Et tout naturellement, nous vient en même temps à l'esprit le traitement dont Monsieur Leriche s'est fait le défenseur depuis plusieurs années et sur lequel il a publié de magnifiques travaux.

Nous proposons donc à notre malade une sympathectomie péri-artérielle de la fémorale. Prête à tous les sacrifices pour obtenir sa guérison, elle accepte immédiatement et nous l'opé-

rons le 12 mai 1931 sous anesthésie locale. L'artère fémorale est découverte à la base du triangle de Scarpa et la dénudation de l'artère se fait aisément sur une longueur de deux pouces.

Et c'est ici que nous assistons aux merveilleux effets de cette opération. L'intervention eut lieu à 11 heures du matin, et dès l'après-midi, vers 3 heures, toute douleur avait complètement disparue. Et dans les quelques jours qui suivent, nous assistons à une véritable résurrection: l'indolence absolue se maintient, les œdèmes disparaissent, en même temps que les mouvements deviennent de plus en plus faciles. Le 24 mai, donc, douze jours après l'intervention, la malade se lève pour la première fois et l'amélioration se continue rapidement. La marche se fait par prudence avec deux bequilles durant quelques jours, mais bientôt une seule canne suffit.

Aujourd'hui, 15 janvier 1932, huit mois après la sympathectomie, la malade semble définitivement guérie, conservant cependant une boîterie due à un raccourcissement d'un pouce à cause d'une angulation des fragments facilement explicable si l'on se rappelle la peine que nous avons eue à maintenir la réduction. Elle garde aussi une limitation de mouvement de son genou équivalente à 45 degrés environ. Mais Madame B. affirme qu'elle n'a plus la moindre douleur, et qu'elle "ne sent même pas les temps". Elle en est même rendue à oublier très souvent sa canne.

Les dernières radiographies montrent une récalcification presque complète de tous les os du membre inférieur gauche.

LE SERUM HYPERTONIQUE

DANS LES OBSTRUCTIONS ET LES PARESIES INTESTINALES

André Simard,

Assistant Chirurgical de l'Hôtel-Dieu.

Les travaux d'Albarran et de Caussade au treizième congrès de Médecine, 1900, les premières recherches d'Henri Roger et de Marcel Garnier en 1906 établissent l'origine auto-toxique des accidents engendrés par l'occlusion intestinale. Ils montrent le non-fondé des théories reflexes et infectieuses, pour soutenir l'auto-intoxication d'origine duodénale à la base de l'occlusion intestinale.

Draper et G. H. Whipple s'efforcent de préciser la nature du poison né au niveau du duodénum. Il s'agit bien de l'intoxication par porthéoses qu'avait supposé Henri Roger en 1906. Léon Binet dit qu'on doit aujourd'hui insister sur un syndrome humoral au cours de l'occlusion intestinale. Les examens biochimiques effectués sur le sang d'animaux dont l'intestin a été expérimentalement oclus montrent des modifications importantes de la concentration sanguine portant sur sa teneur en sucre, en azote non-protéique et surtout en chlorure qui est déversé dans le sang. L'entéro-toxine est une substance protéolytique.

Des recherches précises entreprises par Hayden et Thomas G. Orr ont démontré l'existence d'une hypochlorurémie au cours de l'occlusion. Cette hypochlorurémie semble avoir une importance pratique considérable, puisque l'administration de chlorure permet de lutter efficacement contre l'intoxication dans les occlusions du tube digestif. Binet a ajouté aux travaux de Hayden et Orr une série d'expériences personnelles portant sur les

réactions humorales des chiens, auxquels on avait fait une occlusion intestinale expérimentale. Il a noté que plus la ligature était haute, plus la survie était courte. Survie de 24 à 48 heures quand on ferme le duodénum, de cinq à six jours quand on obstrue la partie moyenne de l'iléon et de dix à douze jours quand on jette la ligature tout près du cœcum. En un mot, plus la ligature est bas située, plus la survie est longue, et ceci, à cause de la plus grande dilution des substances protéolitiques dans une aire intestinale plus importante. Léon Binet et Petit-Duttaillis ont montré que la pilocarpine accélérerait considérablement les accidents, en exagérant les sécrétions intestinales et pancréatiques.

Les récentes recherches de R. L. Hayden et Thomas G. Orr ont montré que chez le chien, après obstruction expérimentale, on observait une chute du taux des chlorures dans le sang, coïncidant avec une élévation de la réserve alcaline. Leurs observations soulignent la haute valeur thérapeutique des solutions salines hypertoniques contre les accidents toxiques, son utilisation précoce permettant des survies de durée considérable.

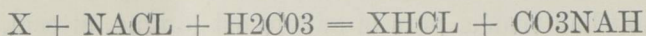
Trois facteurs favorisent la résorption des produits toxiques des liquides intestinaux. La distension, les mouvements de l'intestin; et en plus selon certains auteurs, l'altération de la vitalité intestinale.

L. Binet et R. Fabre après bien des expériences ont émis le principe suivant: la chute des chlorures dans le sang après occlusion intestinale serait bien le fait fondamental dans les perturbations humorales car elles précéderaient l'ascension de l'urée et de l'azote résiduel.

Hayden, Orr, L. Binet et R. Fabre ont observé que l'abaissement du taux des chlorures dans le sang ne s'expliquait pas par une élimination des chlorures. On n'en trouve pour ainsi dire pas dans les urines, et même chez les animaux qui ne vomissent pas, le taux s'abaisse aussi vite. Tout se passe donc dans l'occlusion intestinale comme si les chlorures étaient fixés quelque part. D'où l'hypothèse émise par Hayden et Orr

que les chlorures se combineraient avec les produits toxiques; cette combinaison ayant pour conséquence une élévation de la réserve alcaline du sang.

Le taux s'explique de la façon suivante :



Produit toxique non toxique

Il faut donc s'efforcer de compenser ce déficit du sang en NaCl par une thérapeutique chlorurée intensive et suivre l'effet par des dosages répétés.

Des chiens porteurs d'une obstruction intestinale auxquels on a donné du sérum hypertonique ont survécu aussi longtemps que des chiens normaux soumis au jeûne. Il semble donc que l'intoxication due à l'occlusion ait été supprimée chez eux par l'usage du chlorure de sodium à haute dose et en solution concentrée. La conclusion que Léon Binet, Gosset et Petit-Dutailis tirent de ces faits expérimentaux est la suivante: à côté du traitement chirurgical qui garde tous ces droits, il existe un traitement médical qui doit avoir pour objet de pallier aux accidents auto-toxiques déterminés par les modifications de la crase sanguine, en tentant de rétablir l'équilibre humoral normal. Donc, premièrement, l'hydratation pour lutter contre l'hyperconcentration en urée, azote résiduel et en sucre. En second lieu, rechloruration compensatrice du sang. De ceci il résulte que les injections glucosées n'ont aucune indication, puisque le sucre sanguin est déjà un taux supérieur à la normale.

Une telle pratique semble être couronnée de succès dans bon nombre de cas.

Statistiques de E. P. Coleman, Canton, Ill. Sur 38 cas d'interventions sur l'intestin, pour occlusion ou hernie étranglée, les 20 premiers n'ont pas eu de sérum hypertonique; mortalité de 10, soit 50%.

Sur les 18 autres qui ont tous reçu un sérum hypertonique

W. BRUNET & Cie. Ltée.

PHARMACIENS

QUEBEC.

Instruments de Chirurgie,
Ameublements d'Hôpitaux,
Rayons X et Physiothérapie,
Importateurs et Manufacturiers
de Produits Pharmaceutiques.

Laboratoire Moderne
pour Ordonnances Médicales ;
sous la surveillance de
cinq Pharmaciens licenciés
et d'un Médecin.

GROS, 70 rue Laliberté QUEBEC DETAIL, 139 rue St-Joseph.

SOLUTION SCHOUM

Adoptée dans les Hôpitaux de la Marine Française

TRAITEMENT HYDROMINERALE

CALMANT et DECONGESTIF

DANS LES

Coliques HEPATIQUES, NEPHRETIQUES, MENSTRUELLES

Et Dans Toutes les Affections Cellulaires

du FOIE du REIN et de la VESSIE

"Il est sage de dire que le régime, les traitements hydrominérales... et qu'on me permet, quoique chirurgien, d'insister sur l'emploi de la SOLUTION SCHOUM, ont une grande valeur chez les malades qui présentent... des troubles hépatiques."

M. A. GOSSET (Paris)

Président de la Société Nationale de Chirurgie.

Séance du 21 Mai, 1930.

Agent pour le Canada :

PERFUMES LIMITED

2114 Blvd St. Laurent

— Montréal P. Q.

Hémostyl

DU Dr. **ROUSSEL**

Anémies Hémorragies

SÉRUM HÉMOPOÏÉTIQUE FRAIS DE CHEVAL

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

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

Sirap ou Comprimés
de sang hémo-poïétique
total

ANÉMIES
CONVALESCENCES
TUBERCULOSE, etc.

Echantillons, Littérature
97, RUE de VAUGIRARD, Paris

Agent pour le Canada : J. EDDE, Limitée, Edifice New Birks, Montreal, P. Q.

intravéneux, il n'y a eu que 3 morts, soit 11.1% de mortalité. Il est à noter que Coleman emploie la solution hypertonique à 3%.

A Paris, A. Gosset, Léon Binet, Petit-Dutailils et Jeannerez à Bordeaux, ont observé dans plusieurs cas similaires les résultats étonnants d'une telle thérapeutique.

On a d'abord injecté par voie intraveineuse des solutions à 20%, et l'on avait pas d'accidents si l'on injectait lentement, mais la concentration montait trop vite.

On emploie aujourd'hui presque partout, même aux Etats-Unis, une solution à 10%, dont on injecte 20 cc. à la dose que l'on répète toutes les quatre heures.

Dans le Service Chirurgical de l'Hôtel-Dieu, nous employons depuis quelques années cette méthode. Jusqu'en 1931 on employait les solutions à 20%.

Mais maintenant dans tous les cas de vomissements post-opératoires, avec ballonnement, parésie ou paralysie intestinale, nous donnons d'abord un lavement au sérum hypertonique à 15% et si l'effet attendu n'est pas suffisant, nous ajoutons une ou plusieurs injections intraveineuses de sérum chloruré à 10% à la dose de 20 cc.

Les lavements sont donnés profondément avec une canule, goutte à goutte, à raison de deux gouttes à la seconde, 500 cc.

Souvent, avant la fin du lavement les gaz commencent déjà à filtrer à travers la canule de verre.

Je vais maintenant vous présenter quelques observations recueillies dans le service dont une que le Dr Charles Vézina m'a obligeamment communiquée.

1.—M. R. A. est opéré dès son arrivée à l'hôpital, le 14 octobre, pour hernie étranglée. Cure chirurgicale et parésie intestinale subséquente. Le malade est très ballonné et vomit plusieurs fois dans la journée qui suit l'opération. A 19 hrs on lui donne 20 cc. de sérum hypertonique à 10% intraveineux. Léger amendement des symptômes. Le malade semble moins intoxiqué, mais vomit toujours. Le lendemain matin nouvelle in-

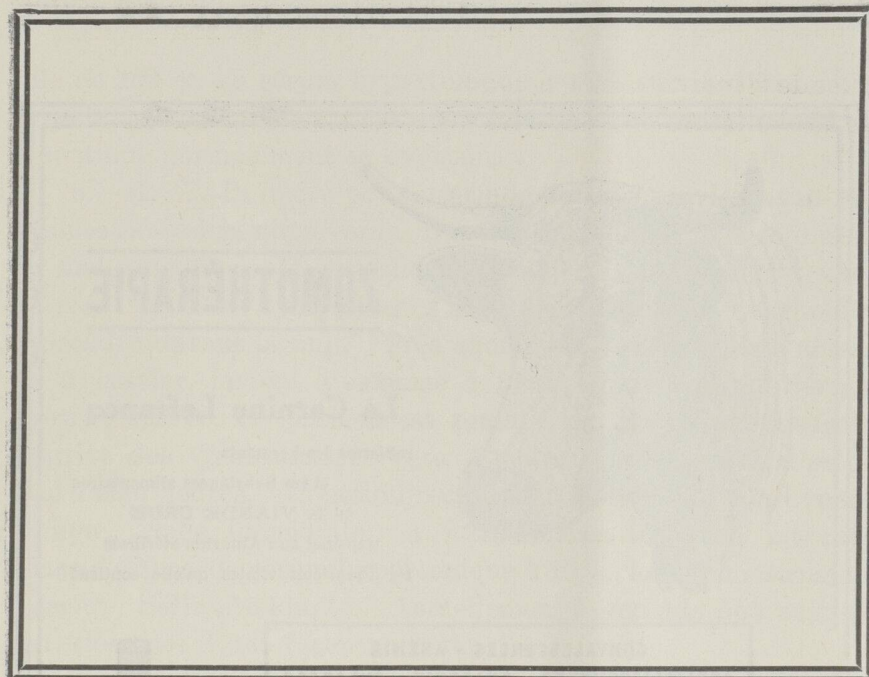
jection de 20 cc. de sérum hypertonique intraveineux à 10%. Les vomissements cessent, mais on est obligé dans l'après midi de donner une injection locale de sérum hypertonique pour vider l'intestin. Le malade s'est rétabli quoique sa convalescence ait été sensiblement prolongé par une petite complication pulmonaire.

2.—A. L. admis à l'hôpital le 28 novembre pour péritonite appendiculaire. Température 103 et 1/5, pouls 140. Opéré quelques heures après son entrée; l'intervention consiste en une appendicectomie sans enfouissement, avec drainage et sérum anti-gangréneux. Le lendemain le malade est très intoxiqué. On remarque une distention caractéristique de l'estomac. A 20 heures sérum hypertonique sans effet. A 22 heures sérum hypertonique à 10 20 cc. intraveineux. Une heure après selle abondante et émission de gaz. Les symptômes continuent à s'amender. La malade part guéri 13 jours après son arrivée.

3.—M. R. L. Appendicite sub-aiguë opérée le 28 décembre 1931. Le malade accuse de la distention et du ballonnement par les gaz. Il se met à vomir et à 22 heures on lui donne 100 cc. de sérum hypertonique à 15% en lavement, sans effet. Le 30, deux nouvelles injections de 100 cc. à cause du ballonnement qui va croissant. La seconde est suivie d'une selle abondante et de l'amendement des symptômes. On répète le 31 et le 1er janvier avec même succès. Le malade se rétablit normalement et part guéri, 11 jours après l'opération.

4.—Mlle R. G. Salle des Enfants, opérée le 30 décembre pour appendicite aiguë gangrenée, a présenté deux jours après l'intervention une température élevée, du ballonnement abdominal et des vomissements. On lui donne 10 cc. de sérum hypertonique rectal. Deux heures après, la malade a une selle abondante. Ses vomissements cessent et depuis elle s'améliore.

5.—Mlle S. D. est opérée pour appendicite chronique le 2 janvier. Traumatisme du cœcum à cause d'adhérences multiples. Le 3 janvier injection de glycérine sans effet. Le 4 janvier lavement encore sans effet. Le 5 janvier injection rec-



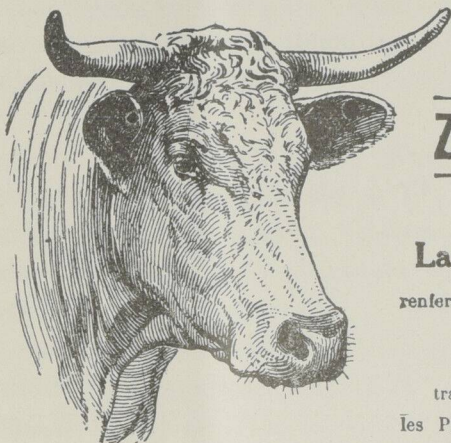
Traitement des **AFFECTIONS VEINEUSES**

Veinosine

Comprimés à base d'*Hypophyse* et de *Thyroïde* en proportions judicieuses
d'*Hamamélis*, de *Marron d'Inde* et de *Citrate de Soude*.

DÉPOT GÉNÉRAL : **P. LEBEAULT & C^{ie}**, 5, Rue Bourg-l'Abbé, PARIS

Dépôt Général pour le Canada :
ROUGIER FRERES, 350, rue Le Moyne, Montréal, Canada.



ZOMOTHÉRAPIE

La Carnine Lefrancq

renferme les Ferments
et les Substances alimentaires
de la **VIANDE CRUE**
transmet aux Aliments stérilisés
les Propriétés vitales qu'elle contient

CONVALESCENCES - ANÉMIE
AFFAIBLISSEMENTS - ANOREXIE - CHLOROSE
DÉBILITÉ - DÉCHÉANCE PHYSIQUE
MALADIES DES VOIES DIGESTIVES

Trois Grandeurs de Flacons :

Grand Flacon, N° 1 - Demi-Flacon, N° 2 - Petit Flacon, N° 3

Établissements FUMOUEZ, 78, Faubourg Saint-Denis - PARIS



ROUGIER FRERES, 350, rue Le Moyne, Montréal, Canada.

PREMIÈRE DENTITION



SIROP DELABARRE



Sirop de Safran et Tamarin, sans aucun narcotique
Employé en douces frictions sur les gencives

FACILITE la Sortie des Dents, PRÉVIENT ou GUÉRIT les Accidents de la Première Dentition

Établissements FUMOUEZ, 78, Faubourg Saint-Denis - PARIS

ROUGIER FRERES, 350, rue Le Moyne, Montréal, Canada.

tale de 100 cc. de sérum hypertonique à 15% suivie d'une selle abondante. La malade s'est alors tout de suite sentie mieux et a continué normalement sa guérison.

6.—M. W. P. opéré pour appendicite le 4 janvier avec rachianesthésie à la nupercaïne. Dans la soirée le malade se plaint de maux de tête. Il est pâle et fatigué. Vomissements verdâtres. Le 5 les symptômes s'amendent durant le jour pour reprendre durant la nuit. Très abondants vomissements noirs. Le 6 janvier, lavage d'estomac à l'eau bicarbonatée. Sérum Normet 500 cc. Le patient est soulagé pour quelques heures. Reprise des vomissements vers le soir. Deux lavages d'estomac à cinq heures. Injection rectale de 100 cc. de sérum hypertonique. Selle immédiate. A neuf heures injection intravéneuse de 20 cc. de sérum hypertonique à 10%. Les vomissements cessent. Selle abondante. Actuellement le malade poursuit sa convalescence d'une façon normale.

7.—Un malade du Dr Charles Vézina a présenté après une opération d'appendicite gangréneuse une dilatation d'estomac avec symptômes d'intoxication grave. On lui a fait deux injections intravéneuses de sérum hypertonique à 20% cc. chacune à quatre heures d'intervalle. Une selle abondante s'en est suivie et tous les symptômes inquiétants ont rétrocedé.

8, 9.—Deux malades du service de chirurgie ont eu chacun avant d'être opérés un lavement de 100 cc. de sérum hypertonique à 15% afin de vider l'intestin parfaitement. Dans chaque cas il y a eu émission de gaz à travers la canule de verre avant que le goutte à goutte fut terminé et pour chacun d'eux la thérapeutique a été suivie d'une abondante selle.

CONCLUSION

Les recherches expérimentales ont bien démontré la nature auto-toxique de l'occlusion intestinale. Cette auto-intoxication se manifeste dans le sang, par une chute de chlorures, qui se trouve atténuée par le relèvement du taux des chlorures.

Précis d'Ophtalmologie, par V. Morax, Ophtalmologiste des hôpitaux. Quatrième édition refondue. Un volume de 896 pages avec 453 figures et 4 planches en couleurs. Broché, 75 fr. Cartonné toile 90 fr. **Masson et Cie, Editeurs**, Libraires de l'Académie de Médecine, 120 Boulevard Saint-Germain, Paris.

La quatrième édition de cet ouvrage classique bien connu a été l'objet d'une refonte des plus attentives sans que le plan initial et la classification des affections oculaires suivant leur étiologie aient été modifiés. Mains chapitres ont été complétés par la description des techniques nouvelles (Dacryocystorhinostomie, opération du ptosis, lampe à fente, etc.) qui depuis dix ans ont fait la preuve de leur utilité. Un certain nombre de figures ont remplacé celles qui paraissent les moins démonstratives aux auteurs.

Cette nouvelle édition, comme les précédentes, s'adresse à la fois à l'étudiant et au médecin, auxquels elle servira de guide, et au spécialiste qui se trouvera condensé et méthodiquement exposés tous les renseignements qui pourraient lui être nécessaires au point de vue du diagnostic et du traitement, tant médical que chirurgical.

DIVISIONS DE L'OUVRAGE

- 1.—Introduction.
- 2.—Symptômes et maladies de la région sourcillière.
- 3.—Symptômes et maladies de la région palpébrale.
- 4.—Maladies de l'appareil lacrymal.
- 5.—Maladies de la conjonctivite.
- 6.—Maladies de la cornée.
- 7.—Maladies de la sclérotique.
- 8.—Maladies de l'iris.
- 9.—Maladies du corps ciliaire.
- 10.—Maladies du cristallin.
- 11.—Procédés d'examen du fond de l'oeil.
- 12.—Maladies du corps vitré.
- 13.—Maladies de la choroïde.
- 14.—Maladies de la rétine.

- 15.—Affections du globe oculaire.
 - 16.—Procédés d'examen de la réfraction.
 - 17.—Troubles de la réfraction.
 - 18.—Troubles de l'accommodation.
 - 19.—Affections du nerf optique.
 - 20.—Troubles de l'appareil nerveux intracranien de la vision.
 - 21.—Affections de l'appareil neuro-moteur du globe oculaire.
 - 22.—Symptômes oculaires dans les affections du système nerveux central.
 - 23.—Maladie de l'orbite.
 - 24.—Complications oculaires des sinusites.
 - 25.—L'ophtalmologie dans les rapports avec les administrations.
-

La Maladie de Hodgkin — Lymphogranulomatose maligne, par Paul Chevallier, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin de l'hôpital Cochin, et Jean Bernard, Interne des Hôpitaux de Paris. Un volume de 294 pages avec 69 figures. 75 fr. **Masson et Cie, Editeurs**, Libraires de l'Académie de Médecine, 120, Boulevard Saint-Germain, Paris.

La maladie de Hodgkin est aujourd'hui très fréquente. C'est la plus fréquente de beaucoup des maladies caractérisées par une éruption de grosses adénopathies dans les différents territoires ganglionnaires.

D'une remarquable diversité sont les nombreuses formes anatomo-cliniques sous lesquelles elle se présente. Les problèmes qu'elle soulève ne se posent pas seulement en hématologie et en pathologie générale, mais aussi en dermatologie, en neurologie, comme en phtisiologie et à propos du cancer. On conçoit l'intérêt toujours grandissant de l'étude de cette maladie et la richesse de la littérature médicale qu'elle suscite en ces dernières années. En France aucun travail d'ensemble ne lui avait été consacré jusqu'à ce jour. Le livre de MM. Paul Chevallier et Jean Bernard est écrit dans une langue ferme et claire, il est conçu dans un esprit essentiellement critique, émaillé de faits et d'observations personnelles, c'est un ouvrage indispensable à tous ceux qui poursuivent l'étude de la lymphogranulomatose.

Les notions établies sont classées, soumises à un contrôle rigoureux, les problèmes cliniques et thérapeutiques sont envisagés sous un angle original.

Ce livre sera nécessaire aussi bien au chercheur qui essaie de découvrir les causes de la maladie, qu'au praticien qu'inquiètent surtout le diagnostic et le traitement.

CHAPITRE DE L'OUVRAGE

Historique.
Étiologie clinique.
Anatomie pathologique.
Bactériologie.
Étude physico-chimique et biologique.
Pathogénie.
Aperçu clinique d'ensemble de la maladie.
Les symptômes.
Symptômes cliniques capitaux.
Autres manifestations cliniques.
Les infections surajoutées. — La tuberculose des granulomateux.
Marche. — Durée. — Terminaison.
Les aspects cliniques et évolutifs.
Diagnostic.
Pronostic.
Traitement.
Bibliographie. — Index analytique.
Table des figures. — Table des matières.

Données actuelles sur l'Hormone Testiculaire — Modes d'obtention et de caractérisation, par L. Cuny, Chef de Travaux au Laboratoire de Physiologie pathologique de l'Ecole des Hautes-Etudes (Collège de France), et D. Quivy, Assistante. Un volume de 76 pages. 16 fr. **Masson et Cie, Editeurs**, Libraires de l'Académie de Médecine, 129, Boulevard Saint-Germain, Paris.

L'importance physiologique de la fonction endocrine du testicule est depuis longtemps manifeste. Bien qu'ayant fourni l'un des premiers exemples de sécrétion interne, la sécrétion du testicule est restée moins bien connue, quant aux propriétés de son principe actif, que certaines autres, moins anciennement explorées, telles que les sécrétions de la thyroïde, des surrénales, du pancréas et même de l'ovaire. Il faut sans doute en chercher la raison dans l'imprécision des résultats obtenus au début de son étude et dans les déceptions qu'avait données, après un engouement excessif, l'opothérapie orchitique, telle que l'avait inaugurée Brown-Séquard.

La netteté des acquisitions, d'ordre physiologique et chimique, qu'a faites de bonne heure l'endocrinologie dans d'autres domaines, y attira et retint un grand nombre de chercheurs; des hormones bien

AVIS. — Réduction de Prix du

Marque de **PYRIDIDIUM** Commerce

Mono-chlorhydrate de phenyl-azo-alpha-alpha-diamino-pyridine

(Fabriqué par The Pyridium Corporation)

Pour rendre les avantages du traitement du Pyridium accessibles à toutes les classes de patients nous avons réduit de près de la moitié le prix du Pyridium.

Le Pyridium est un produit chimique défini et est le seul composé de teinture Azo offert comme antiseptique urinaire étant "Accepté par par le Conseil de l'A. M. A."

Scrutez minutieusement la formule chimique et les réclamations d'autres produits offerts comme substituts au Pyridium.

Pour obtenir les résultats du Pyridium il est important d'employer le Pyridium lui-même et non une préparation quelconque.

MERCK & CO. Limited

MONTRÉAL, P. Q.

SPÉCIALITÉS A. BAILLY

15 . 17-Rue de Rome PARIS (8^e)
2-4-6 Rue du Rocher

DÉNOMINATION	COMPOSITION	INDICATIONS	MODE D'EMPLOI
FORXOL (Solution)	Acide glycéro-phosphorique. Nucéinates de Manganèse et de Fer. Méthylarsinates de soude et potasse.	États de dépression. Faiblesse générale. Troubles de croissance et de formation. Néarasthénie. Anémie. Débilité sénile. Convalescences.	Une à deux cuillerées à café, suivant l'âge, au milieu des deux principaux repas, dans un peu d'eau, de vin ou un liquide quelconque.
MÉNATOL (Dragées)	Ovarine. Hydrastis. Hamamelis. Capsicum. Rhamnus. Vitburnum. Genista. Marron d'Inde.	Aménorrhée. Dysménorrhée. Métrites. Salpingites. Ovarites. Troubles de la Ménopause.	Deux à six dragées par jour, au début des repas.
OPOBYL (Dragées)	Extrait hépatique. Sels biliaires. Boldo et Combretum.	Hépatites. Ictères. Cholécystites. Lithiase biliaire. Entérocolites. Constipation chronique. Dyspepsie gastro-intestinale.	Une à deux dragées après les repas.
PULMOSERUM (Solution)	Phospho-Galacolate de Chaux, de Soude et de Codéine.	Toux catarrhale. Laryngites. Bronchites. Congestions pulmonaires. Sequelles de Coqueluche et Rougeole. Bacillose.	Une cuillerée à café matin et soir au milieu des repas, dans un peu d'eau.
PHAGURYL (Dragées)	Santalol β , Cédrol. Térébenthinol. Salicylate de Phényle. Lupuline. Formine.	Blennorrhagie. Rétrecissements. Urétrites. Cystites. Prostatites.	Six à douze dragées par 24 heures.
QUERGEMOL (Dragées)	Cérébrine. Splénine. Bromhydrate de Quinine. Méthylarsinate disodique. Nucéinate de Manganèse.	Infection paludéenne. Paludisme chronique. Anémie pelustre.	Adultes: Deux à quatre dragées par jour, au début de chaque repas.
THEÏNOL (Élixir)	Théine en combinaison salicylique. Salicylate d'Antipyrine.	Migraines. Névralgies. Douleurs rhumatoïdes. Crises gastro-intestinales. Dysménorrhée.	Deux cuillerées à dessert à 1 heure d'intervalle l'une de l'autre.
UROPHILE (Granulé Effervescent)	Hexaméthylène Tétramine. Lithine en combinaison benzoïque. Acide Thyminique.	Diabète arthritique. Goutte aiguë et chronique. Gravelle urique. Lithiase biliaire. Rhumatismes. Cystites.	Une cuillerée à café dans un peu d'eau, deux fois par jour, entre les repas.

ECHANTILLONS & BROCHURES SUR DEMANDE

caractérisées s'y découvrirent, des méthodes variées d'expérimentation s'y élaborèrent.

L'étude de la sécrétion testiculaire bénéficie aujourd'hui de l'expérience acquise. On s'en rend compte à la lecture des travaux récents demeurés jusqu'ici épars dans des publications étrangères.

Les auteurs de ce petit livre, après avoir poursuivi une enquête comparative sur ces travaux récents et sur les données qui en sont découlées donnent une mise au point très documentée de cette question qui leur est devenue familière.

DANIELOPOLU, DIMITSIU, etc., de Burarest.—**La méthode salicylo-alkaline massive.** "Presse Médicale", 10 juin 1931.

Le seul traitement du rhumatisme polyarticulaire aigu que l'on puisse considérer comme spécifique est le traitement salicylé.

Le traitement salicylé, appliqué selon les méthodes classiques est mal toléré et insuffisant.

Le salicylate de soude, même à petites doses, provoque des phénomènes d'intolérance caractérisés par de forts bourdonnements d'oreille, intolérance gastrique, mauvais état général, agitation, quelquefois tachycardie, dyspnée, subdélire. Nous pouvons dans des recherches faites sur 9 sujets, en mesurant la réserve alcaline et le PH sanguin et urinaire, que ces phénomènes d'intolérance sont dus à un état d'acidose prononcé de l'organisme. Nous prouvons ensuite que tous ces phénomènes disparaissent au bout de 24 heures, si l'on administre chez les mêmes sujets les mêmes doses et même des doses plus grandes de salicylate, en ayant soin d'ajouter pour chaque gramme de salicylate, deux grammes de bicarbonate de soude. Si nous donnons une dose égale de salicylate et de bicarbonate, le médicament est mieux supporté que si nous donnons du salicylate seul; mais nous n'avons une tolérance parfaite que lorsque la dose de bicarbonate est double de celle de salicylate. En même temps que les phénomènes d'intolérance disparaissent, l'acidose diminue rapidement et la réserve alcaline du sang peut même dépasser le chiffre qu'elle avait avant le traitement.

Les doses habituelles de salicylates (4-6-8 grammes) sont insuffisantes. Avec ces doses, les phénomènes articulaires et la fièvre durent plus longtemps et la détermination cardiaque est presque certaine. Le rhumatisme touche souvent l'endocarde et constamment le myocarde lorsqu'il est insuffisamment traité par le salicylate. L'atteinte du myocarde se manifeste cliniquement beaucoup plus tard, par différentes formes d'arythmies et une dégénérescence progressive du myocarde pouvant aboutir à l'asystolie.

Nous rappelons que la méthode salicylo-alkaline massive est une méthode de traitement du rhumatisme articulaire aigu que nous appli-

quons d'après les indications de Lees et Mackenzie et qui est basée sur les règles suivantes :

A) Doses massives de salicylate arrivant jusqu'à 25 grammes par jour. Dose plus élevée chez l'enfant que chez l'adulte, par kilogramme de poids corporel.

B) Traitement précoce, très rapidement progressif pour arriver à la dose maximale, continuation avec la dose maximale jusqu'à la disparition de tous les phénomènes; diminution très lentement progressive une fois que les phénomènes rhumatismaux ont disparu.

C) La dose maxima par jour, pour les formes moyennes, est de 15 grammes; pour les formes intenses, de 25 grammes.

D) Continuation du traitement pendant des semaines et des mois tant que ce traitement est nécessaire.

E) Fractionnement des doses environ toutes les deux heures le jour, toutes les 4 heures la nuit.

F) Dilution de chaque dose dans 100 grammes d'eau, chaque dose étant suivie d'un petit repas.

G) Régime anti-cétogène (Farineux et sucreries).

H) Alcalinisation massive de l'organisme, en administrant à chaque dose de salicylate une dose double de bicarbonate.

La méthode salicylo-alkaline massive offre une tolérance parfaite malgré les fortes doses quotidiennes et malgré la prolongation du traitement pendant des semaines et des mois. Nous avons administré, comme dose globale pendant tout le traitement jusqu'à un kilogramme. Le cœur supporte admirablement bien le traitement; pas d'altération rénale, même lorsque cet organe est profondément touché. Ces fortes doses peuvent être administrées même chez les rhumatisants avec lésion récente ou ancienne du cœur, même s'ils sont en asystolie. Très rarement note-t-on quelques extrasystoles. Il n'y a pas de véritable phénomène d'intolérance gastrique, l'appétit est conservé, l'état général est bon, il ne se produit jamais de phénomènes nerveux.

La méthode est d'une efficacité très évidente sur la fièvre et les phénomènes articulaires; elle a une action curative sur les lésions cardiaques récentes, tant que cette lésion est limitée à l'infiltration œdémateuse et embryonnaire et tant que la sclérose n'a pas commencé. Comme les lésions rhumatismales continuent à évoluer dans le cœur même après la disparition des phénomènes articulaires et de la fièvre, il faut continuer ce traitement pendant de longs mois, et d'une manière périodique, à la dose de 4 à 6 grammes par jour, chez les rhumatisants qui, traités insuffisamment par le salicylate, présentent déjà une lésion cardiaque. La méthode salicylo-alkaline est la seule méthode qui prévient la production de lésions cardiaques à évolution chronique. Le rhumatisme polyarticulaire aigu touche en même temps les articulations et le cœur. Le salicylate guérit les deux lésions tant qu'elles sont au début.



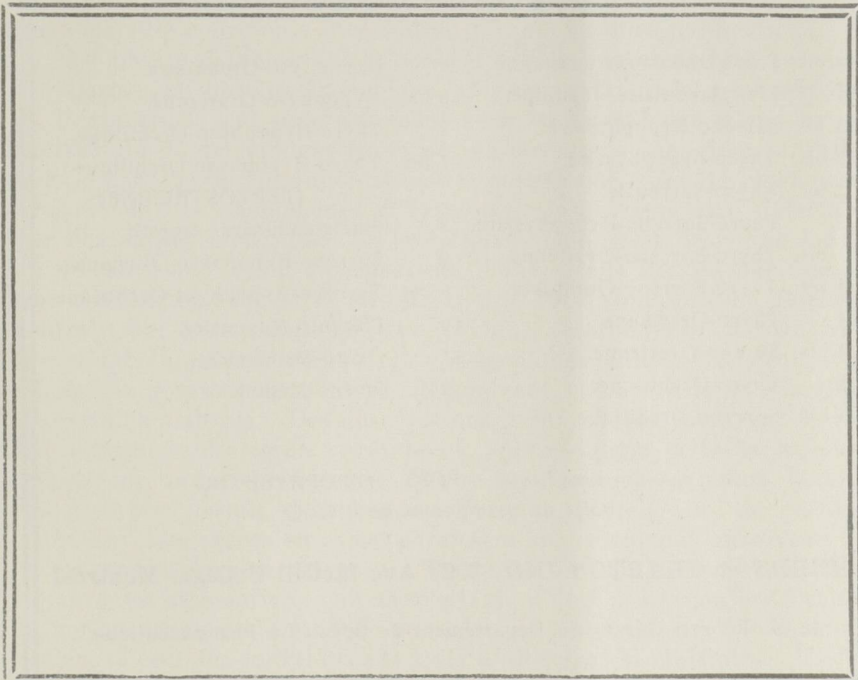
SULFOÏDOL ROBIN

Granulé - Capsules - Injectable - Pommades - Ovules ' R.C. 221839

**ARTHRITISME CHRONIQUE - ANEMIE REBELLE - ACNÉ
PHARYNGITES - BRONCHITES - FURONCULOSE - VAGINITES
URÉTRO-VAGINITES - INTOXICATIONS MÉTALLIQUES**

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

Agent Général pour le Canada, J. EDDE, Limitée, New Birks Bldg., Montréal.



Produits Opothérapiques Choay

EXTRAITS TOTAUX

Comprimés et ampoules

Bile.	Moëlle osseuse (foetale).	Placenta.
Corps jaune.	Muqueuse entérique.	Rate.
Foie.	Muqueuse gastrique.	Rein.
Grande mammaire.	Ovaire.	Surrénale.
Hypophyse (glande entière). Pancréas.		Testicule.
Hypophyse (lobe postérieur) Parathyroïde.		Thyroïde.

SYNCRINES

Formules pluriglandulaires

Comprimés et ampoules

1 bis. Pluriglandulaire masculine.	6	Hypophyso-Orchitique.
1 Pluriglandulaire féminine.	6 bis.	Hypophyso-Ovarienn.
2 Surréno-Hypophysaire.	7	Thyro-Hypophyso-Orchitique.
2 bis. Thyro-hypophysaire.	7 bis.	Thyro-Hypophyso-Orchitique.
2 ter. Thyro-Surrénale.		(PEPTOSTHENINE).
3 Thyro-Surréno-Hypophysaire.	8	Pluriglandulaire digestif.
3 bis. Thyro-Surréno-Ovarienn.	9	Surréno-Hypophyso-Ovarienn.
3 ter. Thyro-Surréno-Orchitict.	9 bis.	Surréno-Hypophyso-Orchitique.
4 Thyro-Ovarienn.	10	Placento-Mammaire.
4 bis. Suréno-Ovarienn.	11	Ovaro-Mammaire.
5 Thyro-Orchitique.	12	Spléno-Médullaire
5 bis. Surréno-Orchitique.		

N. B.—En obstétrique POST HYPOPHYSE NO 4
Boîte de 6 ampoules de I. C. C.

HERDT et CHARTON INC., 2027 Ave McGill College, Montréal

de M. Robert, Gérant du Département de Spécialité Pharmaceutique.

Cette méthode doit être employée aussi dans les pseudo-rhumatismes infectieux, elle est inefficace, mais elle entraîne une amélioration.

La même méthode salicylo-alkaline (4 à 8 grammes par jour) peut être utilisée dans les accidents anaphylactiques séro-thérapeutiques.

J. F. LANGLAIS.

PH. PAGNIEZ.—L'évolution des idées sur l'asthme. "Presse Médicale", 4 mars 1931.

L'étude de l'asthme est intéressante pour le médecin. Elle conserve l'attrait de l'inconnu et du mystère, car sa nature intime, malgré les progrès accomplis en un monde de publications, reste pleine d'imprécision. Le nombre des asthmatiques reste aussi fort grand en tout pays, malgré la multiplication quotidienne des thérapeutiques, au grand désespoir de leurs médecins successifs. Et ces malades continuent à ne pas guérir au sens complet du mot. Qui de nous n'en connaît ?

Tant au point de vue de l'étude qu'à celui de la pratique, l'intérêt suscité par l'asthme se conçoit donc fort bien, et on s'explique que cette maladie continue à être l'objet d'innombrables publications.

La physio-pathologie de l'accès d'asthme est assez bien précisée. Le spasme de muscles bronchique, l'hypersecrétion, la gêne extrême de l'expiration sont manifestement sous la dépendance d'une hyperexcitabilité du pneumogastrique qui se développe sans être contrebalancée par l'action antagoniste du sympathique. Le déclenchement brusque de ces phénomènes d'hyperexcitabilité peut être déterminé par des causes multiples. Celles-ci sont quelquefois d'origine locale, au niveau d'une lésion qui constitue l'épine irritative, ou par une action mécanique, congestive ou infectieuse. Elles sont souvent d'origine centrale, par choc anaphylactique, toxique, émotionnel ou par un trouble métabolique indéterminé. Il y a quelques années, on eut avoir dégagé la notion essentielle en démontrant la nature anaphylactique de certains asthmes. Les observations publiées alors, montrant le rôle des allergènes d'origine végétale ou animale dans certains asthmes, conservent toute leur valeur. Des recherches un peu moins démonstratives ont permis d'incriminer l'origine bactérienne de certains asthmes. Les agents en cause paraissent siéger surtout au niveau des voies respiratoires supérieures. Mais bien vite on s'est aperçu que le nombre des asthmatiques par anaphylaxie n'était pas la majorité et que la notion primordiale était de connaître le pourquoi de cette sensibilisation de certains individus vis à vis d'allergènes si multiples. Ce fait que les sensibilisations spécifiques étaient relativement rares et que

fréquemment l'asthmatique témoignait d'un caractère capricieux conduisant à envisager avant tout le terrain de l'asthmatique.

Il y a quelque chose chez lui qui en fait un individu différent des autres. Quelque chose qui lui confère cette particularité de pouvoir devenir sensible à l'introduction dans son organisme de telle ou telle substance. Et encore ceci est-il commun à l'asthmatique et aux autres "anaphylactisables", à l'urticarien, à l'eczémateux, à certains migraineux. Mais il y a aussi quelque chose qui individualise d'avantage l'asthmatique qui fait qu'il réagisse à maintes conditions, parmi les quelles ces conditions allergéniques, par le déséquilibre vago-sympathique qui est à l'origine de la crise d'asthme. Ce quelque chose qui est l'essence de la maladie et que l'observation clinique a depuis longtemps reconnu en disant: Tout individu n'est pas capable de faire de l'asthme. C'est ce que tout médecin qui s'intéresse à l'asthme cherche aujourd'hui à dégager. Dans cette question nodale les développements plus ou moins ingénieux et trop souvent obscurs sur la pathogénie sont sans intérêt et seuls des faits nouveaux compteront. Peut-être se dégageront-ils des données nouvelles que réunissent les observateurs qui ont repris ou n'ont pas abandonné l'étude clinique du problème en s'abstenant de toute vue théorique.

Ces idées résumées sont celles qui se dégagent des publications et des communications faites en France dans ces dernières années.

Dans un article récent du Journal Médical de Lyon, MM. Pélu et Valin ont longuement détaillé les connues et les inconnues de cette question du terrain dans l'asthme essentiel et insiste sur l'importance fondamentale de cette notion dans la pathogénie de cette maladie.

A l'étranger comme en France l'étude anaphylactique ou allergique de l'asthme a cessé d'être au premier plan pour s'effacer devant d'autres recherches qui toutes ont pour objet plus ou moins immédiat l'étude du terrain.

De ce fait il faudrait se garder de conclure, comme on le voit faire quelquefois, à une faillite des conceptions basées sur l'anaphylaxie. Les idées certes évoluent, mais tout compte fait, le progrès dû à la notion de sensibilisation dans l'asthme est immense et on saluerait comme un homme de génie celui qui nous apporterait aujourd'hui une donnée aussi nouvelle, aussi révolutionnaire, aussi riche de conséquence que l'a été celle d'anaphylaxie dans cette maladie.

Dût semblable évolution par bond ne jamais se réaliser, et peut-être n'est-elle pas dans l'ordre des possibilités, les efforts tentés de tout côté pour dégager des faits touchant la nature exacte de l'asthme en fonction du terrain donnent déjà des résultats intéressants et on peut attendre beaucoup de l'activité avec laquelle ils sont poussés.

J. F. LANGLAIS.

La Cure de Raisins par le **JUVIGOR**

Pur jus de raisins frais
des célèbres vignobles de la Bourgogne.
Garanti sans alcool et sans antiseptique.

Chaque bouteille de 0 lit. 75
contient le jus de 11 livres de raisins frais.

Dépuratif idéal.
Nutritif et fortifiant sans fatigue pour l'estomac.

HENRI DE BAHEZRE

Maison fondée en 1808.

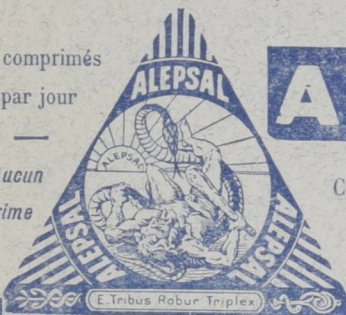
Nuits Saint Georges, Côte d'Or, FRANCE.

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

Nouveau Traitement Sûr, Simple, Sans Danger, de l'**ÉPILEPSIE**

2 comprimés
par jour

Aucun
Régime



ALEPSAL

PHÉNYLÉTHYLMALONYLURÉE combinée

Communication à la Société Médico Psychologique
Paris, Août 1921.

Laborat. A. GÉNÉVRIER, 33, Bd du Chateau, Neuilly, Paris

J. EDDE, Limitée, New Birks Bldg., Montréal, Agent Général pour le Canada.

NATIONAL LIBRARY
CANADA
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE

GARDE LA PRÉÉMINENCE COMME ANTISEPTIQUE URINAIRE

CHAQUE cuillerée à thé, bien pleine, contient $7\frac{1}{2}$ grains d'Urosine (Hexamine) en combinaison avec de l'acide Benzoïque.

L'Urosine se dissout immédiatement et avec effervescence dès qu'il est mis dans l'eau et constitue un breuvage carbonaté agréable au goût.

Le fait qu'il est associé à l'acide Benzoïque rend inutile l'administration séparée d'un sel acide.

La valeur de cette préparation dépend de la présence d'une réaction acide dans l'urine. Dans de telles conditions l'aldéhyde formique est libérée de l'Urosine, en quantités suffisantes pour arrêter le développement et effectuer la destruction des bactéries.

Malgré les antiseptiques urinaires plus nouveaux et tant vantés, l'Urosine occupe toujours la première place comme antiseptique.

L'Urosine produit ces conditions.

Il est dispensé en bouteilles de huit onces contenant quatre onces d'Urosine granulé effervescent, munies d'une capsule-mesure ayant une capacité de deux pleines cuillerées à thé.

UROSINE

(HEXAMINE)

G. E. S. No. 15 "Frosst"

Charles E. Frosst & Co.

MONTREAL

CANADA