

QUEBEC, MARS 1932

No 3

BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ MÉDICALE

DES

HÔPITAUX UNIVERSITAIRES

DE QUÉBEC

Publication périodique mensuelle

Secrétaire Général, M. R. Desmeules.
167, Grande Allée

Secrétaire de la rédaction
M. R. BLANCHET
Ecole de Médecine

Administrateur
M. GEO. RACINE
145, Boulevard Langelier

LE BULLETIN MEDICAL DE QUÉBEC, INC. (33e Année)

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 $3\frac{1}{4}$ 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 & HARBONNEAU
Limitée

28-30 rue St-Paul Est
MONTREAL

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

Téléphone
LANcaster 3292

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE QUÉBEC

BUREAU DE DIRECTION:

Président M. le Professeur A. ROUSSEAU
Doyen de la Faculté de Médecine
Vice-Président . . M. le Professeur J. GUERARD
Secrétaire M. le Docteur R. DESMEULES
Trésorier M. le Docteur G. DESROCHERS

REDACTION:

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé au secrétaire, le Dr R. Blanchet, Ecole de Médecine, Université Laval, Québec.

ADMINISTRATION ET PUBLICITÉ

Le Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux Universitaires de Québec paraît tous les mois. Il est publié par "Le Bulletin Médical de Québec Inc." Le prix de l'abonnement annuel est de trois dollars.

Pour ce qui relève de l'administration et de la publicité on doit correspondre avec le Docteur Geo. Racine, 145 Boulevard Langelier, Québec.

SOMMAIRE

Séance du 4 mars 1932

Présidence de M. le Prof. A. ROUSSEAU, Président

MEMOIRES

	Pages
Un cas de méningite curable A. ROUSSEAU.	71
“SpinaBifida” Dorsal inférieur.... R. D'AUTEUIL.	76
Guérison après costotomie d'une pleurésie purulente tuberculeuse L. ROUSSEAU.	79
Etude sur le lobe azygos J. GOSSELIN.	83
Le début brusque de la tuberculeuse pulmonaire chronique.... .. R. DESMEULES.	88
A propos d'une observation anatomo-clinique, quelques brèves considérations sur l'entérite tuberculeuse A. ROUSSEAU.	94

REVUE DES JOURNAUX

Communication..	98
----------------------	----

UN CAS DE MENINGITE CURABLE

par le Docteur A. Rousseau.

de l'Hôpital du St-Sacrement.

Il existe de nombreux cas de processus méningés qui, après des manifestations sévères, évoluent vers la guérison. De fait dans les diverses variétés étiologiques de méningites, et même dans la méningite tuberculeuse, on a observé des terminaisons heureuses. Le simple qualificatif de curable, appliqué à la méningite n'implique donc pas par lui-même aucun caractère qui mérite l'attention.

J'ai cru cependant qu'il n'était pas sans intérêt de vous signaler un cas que je viens d'observer, non pas parce qu'il a guéri, mais parce qu'il se rattache au groupe de méningites lymphocytaires bénignes, de nature indéterminée, dont il a été question dans les sociétés savantes en ces dernières années.

Mon observation ne nous apporte aucune donnée propre à jeter de la lumière sur l'origine et la nature de ces méningites. Vous voudrez bien la considérer comme une simple contribution à l'étude de l'aspect clinique de ce type morbide.

Le 27 janvier 1932, j'étais appelé par une collègue, ami de la famille, auprès d'une jeune fille de 16 ans, qui présentait depuis deux jours des signes de méningite. Deux semaines auparavant elle avait été prise d'une fièvre de 103 3/5 que n'accompagnaient aucun autre signe d'infection, aucunes souffrances que celles se rapportant à l'hyperthermie.

La fièvre avait diminué progressivement, si bien que le cinquième jour il n'en restait plus qu'un léger dénivellement thermique du type inverse: 100° le matin, 98° le soir. A partir du 7ième jour, soit du 20 au 25 janvier, la malade n'accusant aucune sorte de malaise en dépit de son déséquilibre thermique, avait obtenu la permission de se lever. Elle menait à la mai-

son son existence habituelle; elle s'alimentait à peu près normalement.

Dans la nuit du 25 au 26 janvier survinrent, tout à fait inopinément, des maux de tête violents, des nausées, des vomissements répétés qui devaient se continuer sans répit les jours suivants. Lorsque je la vis, deux jours après, l'intensité du mal de tête lui donnait une expression presque hostile. Elle avait de la photophobie et se prêtait avec peine et mauvaise grâce à la recherche des réactions pupillaires qui ne me paraissaient d'ailleurs avoir aucun caractère anormal. Le moindre bruit, les mouvements, l'attention provoquaient une exacerbation des souffrances. La langue était chargée. Les essais d'alimentation se heurtaient à une répugnance difficile à vaincre. La malade était accablée par ses nausées et ses efforts de vomissement. Il existait une raideur prononcée de la nuque avec, cependant, absence du signe de Kernig.

Le coeur et la respiration étaient irréguliers. Il y avait quelques troubles vaso-moteurs. La température ne s'élevait que par poussées transitoires au dessus de la normale.

Ce même jour, une ponction lombaire donne, sous pression, 20 à 25 c. c. d'un liquide que le Chef du Laboratoire du Saint-Sacrement veut bien examiner.

Voici le résultat de son examen:—

32/7 éléments lymphocyte et plasmocyte par mm. c.

ALBUMINE 0.60%

Glycose 0.65%

Urée 0.42%

Chlorure 7.19%

Pas de formes microbiennes dans le culot de centrifugation.

Jusqu'au 1er février les manifestations méningées ne se manifestèrent pas, n'augmentant pas ni ne rétrocedant.

Le 1er février, après une bonne nuit, la malade accusa du goût pour un bifteck qu'on s'empressa de lui servir. Elle cessa de présenter des troubles digestifs. Elle était clinique-



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. Vict.-Emmanuel-III, PARIS (8^e).

Lit^r. Échantil^l :

ROUGIER, 350 rue Le Moine,
Montréal, 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 & C^{IE}, LYON

LAMPES ASCIATIQUES pour SALLES D'OPÉRATIONS ET DISPENSAIRES

Ultra-Violets — Electrodes de Quartz — Infra-Rouges

ETABLISSEMENTS G. BOULITTE, PARIS

ELECTROCARDIOGRAPHIE, PRESSION ARTERIELLE, METABOLISME BASAL

Tous appareils de précision médicale pour hôpitaux et médecins

ETABLISSEMENTS R. LEQUEUX, PARIS

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**



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.



POMMADE MIDY SUPPOSITOIRES MIDY

4

PRINCIPES ACTIFS
D'OÙ EFFICACITÉ
CERTAINE



ADRÉNALINE
STOVAÏNE
ANESTHÉSINE
EX¹ DE MARRONS D'INDE
FRAIS-STABILISÉ

MIDY, 4, Rue du Colonel-Moll, PARIS

HEMORROÏDES

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

ment guérie. Je n'ai malheureusement pas pu répéter la ponction lombaire et établir les rapports entre les réactions biologiques et la guérison clinique. La guérison fut rapide et même apparemment complète d'emblée.

Le 8 février, la malade avait ses menstruations dont la grave maladie qu'elle venait de subir n'avait influencé ni la date d'apparition, ni la qualité.

Cette jeune fille, bien que délicate, a toujours joui d'une santé satisfaisante. Je ne relève dans ses antécédants personnels qu'une rougeole et une diphtérie qui n'ont pas eu de suites. Mais sa grand-mère maternelle est morte d'une forme aiguë de tuberculose; son grand-père paternel a souffert de bronchite asthmatique. Elle n'a d'ailleurs eu aucun contact ni avec l'un, ni avec l'autre, et ne semble, en aucune façon, avoir été exposée à la contagion tuberculeuse.

Au cours de l'évolution de la maladie, le diagnostic de méningite tuberculeuse ressortait naturellement de l'ensemble symptomatique. Survint l'arrêt brusque du processus qui, avec le résultat négatif de la recherche de B. K. dans le liquide céphalo-rachidien, fit abandonner cette première hypothèse.

D'autre part aucun signe ne permettait d'identifier l'une quelconque des autres infections dans lesquelles on est accoutumé de relever des états méningés lymphocytaires; encéphalite épidémique, polio-myélite, méningite cérébro-spinale, syphilis et autres spirochétoses, herpès, varicelle, vaccine, rougeole, oreillons.

Il ne s'agissait pas d'une réaction de voisinage autour d'un foyer d'infection rhino-pharyngée, auriculaire ou oculaire. De la façon la plus explicite, la malade, sa famille et le médecin affirmaient qu'il n'y avait pas eu d'infection locale.

Au mois de janvier aucune maladie épidémique ne sévissait à Québec à laquelle on pouvait rapporter ce cas de méningite, sauf la grippe que je suis enclin à incriminer. Car on a déjà signalé plusieurs fois la coïncidence d'épidémies de grippe et de méningite lymphocytaire.

Mais si la méningite lymphocytaire n'est souvent que la complication de diverses infections bien définies, elle est apparue, dans quelques épidémies, comme constituant le seul processus infectieux et, même, aux yeux de certains auteurs, comme une entité distincte.

Y a-t-il lieu dans mon cas, qui à ma connaissance est resté isolé, d'invoquer une entité infectieuse distincte? Je ne le crois pas. Son origine grippale est vraisemblable. Cependant des réserves sont à faire sur la possibilité, chez une petite fille ²⁴ tuberculeuse, d'une méningite bénigne imputable au virus tuberculeux filtrable.

Malheureusement des hypothèses ne sont pas des démonstrations. L'origine et la nature de la méningite que je viens d'observer restent obscures. Mon observation ne peut prouver qu'une chose: c'est que, en présence d'une méningite lymphocytaire qu'il est impossible de rapporter à une maladie infectieuse déterminée, il ne faut pas trop s'empresse de conclure à la tuberculose.

Pouvons-nous pressentir, à certains caractères, la bénignité d'une méningite lymphocytaire? Je signale comme particularités dans mon cas: l'apparition de l'hyperthermie sans manifestations inflammatoires, méningées ou autres et son peu de durée; l'accalmie complète de 10 jours; le début et la disparition brusque de tous les symptômes de la méningite; le passage sans transition des grandes souffrances à un parfait bien-être.

Ces particularités, d'ordre évolutif, distinguent nettement, après coup, la méningite lymphocytaire bénigne de la méningite tuberculeuse. Elles sont insuffisantes, au cours de la maladie, pour éliminer, sinon la forme commune, du moins la forme atypique de la tuberculose méningée.

Le diagnostic étiologique ne sera facile et sûr que dans les états épidémiques.

OCREINE GREMY

Principe actif du corps jaune de l'ovaire.

Traitement des Troubles menstruels
par Insuffisance ovarienne.

*2 à 5 pillules par jour pendant les 8 jours qui précèdent les règles
et pendant leur durée.*

P. S. — Dans le cas de troubles menstruels par insuffisance ovarienne associée à de l'insuffisance thyroïdienne, employer de préférence la THYROCREINE (Association de THYRENE et d'OCREINE).

LABORATOIRES G. GREMY, 14, rue de Clichy, PARIS.

STRYCHNAL LONGUET

Dérivé synthétique de la Strychnine
de toxicité dix fois moindre

Toutes indications de la Strychnine

*Granules dosées à 1 ctgr.
Ampoules de 1 cc. à 1 ctgr.*

LABORATOIRES P. LONGUET, PARIS.

VULCASE BRISSON

Comprimés laxatifs-dépuratifs
Soufre organique et opothérapie biliaire.

Constipation. — Affections du Foie et de l'Intestin.
Dermatoses.

*Comme laxatif: 3 à 4 comprimés le soir au coucher.
Comme dépuratif: 2 comprimés le matin à jeun.*

LABORATOIRES P. BRISSON & Cie, PARIS.

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



Un produit
distinctement
canadien

GERME DE BLÉ
ET LEVURE SOUS
FORME LIQUIDE
AGREABLE AU
GOUT

BEMINAL 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

DISCUSSION

Dr. A. Brousseau.

A propos de l'intéressante observation de M. le Professeur A. Brousseau, j'aimerais à signaler quelques réflexions. Dans le tableau clinique il y a quelque chose qui pourrait faire penser à la méningite tuberculeuse, c'est le côté hostile et difficile de la malade qui se rebelle à l'examen.

Il a été signalé par un certain nombre d'auteurs et dans les Sociétés Savantes qu'un des arguments en faveur de la méningite lymphocytaire c'est que les malades ne présentent pas cette hostilité qu'on est habitué à rencontrer dans les méningites tuberculeuses.

Dans le liquide céphalo rachidien on n'a pas constaté d'abaissement des chlorures, et je crois que l'expérience montre à tous que dans les méningites tuberculeuses les chlorures sont très largement abaissés.

"SPINA BIFIDA" DORSAL INFÉRIEUR

Raymond d'Auteuil, de l'Hôpital Laval.

Le 25 Février, le Dr Louis Rousseau me demande d'examiner une malade de son service, 23 ans, Garde-Malade diplômée, entrée à Laval le 19 février 1932.

Elle lui avait raconté une histoire d'hémoptysies répétées du 16 Janvier au 17 Février, et représentant la quantité globale de 3 litres environ!

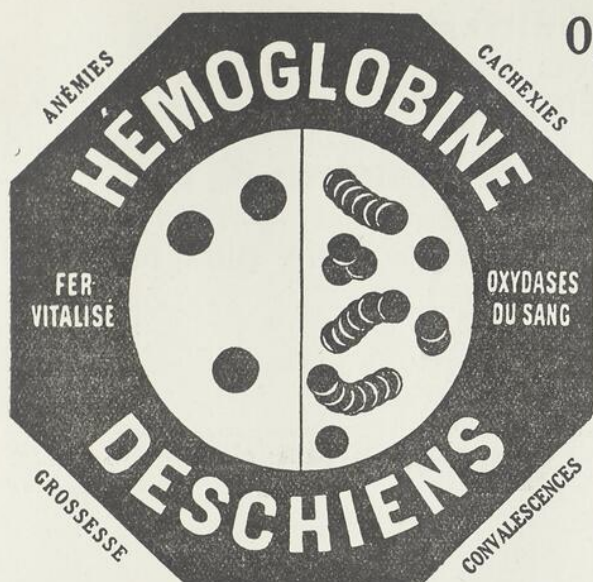
Après des examens cliniques répétés, le Dr Rousseau, n'ayant pu relever aucun indice de lésion pulmonaire, et tenant compte de l'état psychique spécial de la malade, en était venu à la conclusion qu'il s'agissait ici d'hystérie.

Cependant au cours de ses examens, il avait noté l'existence de certains troubles des réflexes au niveau des membres inférieurs pouvant fort bien, il est vrai, faire partie du syndrome névropathique, mais pouvant aussi simuler une compression ou une irritation médullaire qu'il convenait de contrôler.

Je la vois une première fois et je trouve des réflexes rotuliens exagérés des deux côtés, de même que les achilléens. Pas de trépidation épileptoïde de la rotule, mais par contre il existe un clonus léger du pied gauche et un clonus très marqué du pied droit. Babinski négatif.

La malade accuse aussi une faiblesse des membres inférieurs et de vagues douleurs dans les deux genoux à la marche, dont il est assez délicat de contrôler l'exactitude, vu l'état mental de la patiente contre lequel j'étais prévenu. Pas d'atrophie musculaire.

Pensant tout de même à la possibilité d'une affection vertébrale, je me reporte de ce côté et je suis surpris de constater l'absence totale des 11ème et 12ème apophyses épineuses dorsales, avec conformation absolument normale des segments sus et



**Opothérapie
Hématique
Totale**

SIROP de
DESCHIENS
à l'Hémoglobine vivante

Renferme intactes les Substances
Minérales du Sang total

Médication rationnelle des
SYNDROMES ANÉMIQUES
et des
DÉCHÉANCES ORGANIQUES

Une cuillerée à potage à chaque repas

DESCHIENS, D' en Ph^{re}, 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, Codéïne, 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.

sous-jacents. Aucune déviation; aucune contracture; aucune douleur locale. Les doigts qui explorent ont tout simplement l'impression de tomber dans un trou.

La malade, ignorant sans doute ce détail anormal de son anatomie, dit n'avoir jamais souffert de son dos..... Et je n'insiste pas davantage afin de ne pas aiguiller dans ce sens l'attention de la patiente.

Rien d'autre qu'un "Spina bifida occulta" ne pouvait présenter ces caractères. C'est à ce diagnostic que je me suis arrêté, et la radiographie l'a confirmé: Absence complète des 11ème et 12ème apophyses épineuses dorsales, avec fissure complète de l'arc postérieur de la 12ième, s'étendant sur la moitié inférieure de l'arc de la 11ème dorsale.

Ce "Spina bifida" intéresse d'abord par sa localisation peu fréquente. Broca dit même qu'elle est d'une rareté extrême, cette malformation se situant toujours aux régions sacrée ou lombo-sacrée, ou encore, quoique plus rarement, à la région cervicale supérieure. Certains classiques admettent cependant la possibilité de localisation dorsale, mais n'en disent pas plus. J'ai pu relever une observation de MM. Mouchet et Roederer d'un "Spina bifida occulta" dorsal inférieur ayant donné des symptômes pottiques avec scoliose, laquelle observation fut présentée devant la Société de Pédiatrie de Paris le 25 Avril 1922.

Il me fait plaisir de citer ici, avec sa permission, un cas observé par M. le Dr Perron, Radiologiste de l'hôpital du St-Sacrement, il y a un an et demi environ. Mais le malade, cette fois, ce qui est assez amusant, connaissait cette malformation dont il était porteur et s'en prévalait dans le but d'obtenir une indemnité substantielle devant la Commission des Accidents de Travail!

Un second point qui intrigue c'est la possibilité d'un arrêt de développement des arcs postérieurs d'une partie intermé-

diaire de la colonne avec conformation absolument normale des segments sus et sous-jacents.

Habituellement, le "Spina bifida" peut remonter à un niveau quelconque de la colonne, mais doit intéresser en même temps tout le segment sous-jacent, pour respecter la logique des théories embryologiques en cours.

Enfin cette situation anormale du "Spina bifida" doit être connue afin d'éviter certaines erreurs de diagnostic.

En ce qui concerne notre malade, je me suis demandé au début si les troubles réflexes observés pouvaient être imputables à la compression ou à l'irritation médullaire due à l'atrésie des arcs postérieurs, ou bien s'ils devaient être mis sur le compte de la névrose dont souffrait notre malade.

Nous avons réexaminé à deux reprises la malade et l'inconstance des troubles observés tout d'abord nous a fait adopter la dernière solution. D'autant plus que le "Spina bifida", avec des arcs postérieurs aussi peu atrophiés, ne pouvait justifier des signes réflexes aussi intenses.

DISCUSSION

Dr. A. Brousseau,

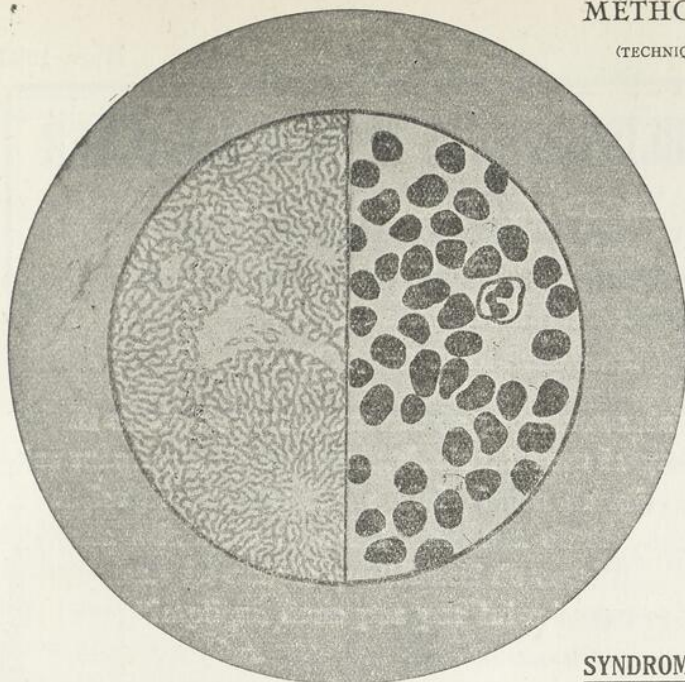
Demande s'il existait des troubles de la miction?

Dr. L. Rousseau, (réponse au Dr Brousseau)

Cette malade prétendait n'avoir pas uriné depuis 48 heures. Impossible de trouver des troubles de la miction et un contrôle sévère a permis d'établir la non existence de ces troubles.

MÉTHODE DE WHIPPLE

(TECHNIQUE DE MINOT & MURPHY)



HEPATHEMO

*Extrait hépatique
concentré hydrosoluble
de Bovidés jeunes*

*Fer globulaire
(Hémoglobine)*

Deux présentations { Sirop
Ampoules
buvables
Saveur agréable

ANÉMIES GRAVES

SYNDROMES ANÉMIQUES

DESCHIENS, D' en Ph^a, 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, agar-agar, 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

DYSPEPSIES

GASTRALGIES

Rebelles aux traitements ordinaires

8 fr. 50 LA BOITE POUR UN MOIS

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

Laboratoires FIEVRET

Echantillons gratuits à

53, rue Réaumur, PARIS

MM. les Docteurs. 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

GUERISON APRES COSTOTOMIE D'UNE PLEURESIE PURULENTE TUBERCULEUSE.

Par le Dr. Louis Rousseau.

Le 30 mai 1931, j'étais demandé au Sanatorium Notre-Dame, auprès d'une femme présentant une grande gêne respiratoire qui invoquait l'idée d'une compression pulmonaire soit par grand épanchement ou par pneumothorax total. La respiration était de 45 à la minute et le pouls faible, battant à 135; une cyanose prononcée témoignait de troubles circulatoires importants. La température était de 105° Fahrenheit et la prostration de cette malade rendait difficile un interrogatoire qui lui était excessivement pénible.

Les renseignements fournis par son entourage reportaient à une semaine environ l'apparition de phénomènes aigus, caractérisés par un violent point de côté à l'hémithorax gauche, frissons répétés et dyspnée qui a toujours augmenté depuis, sans modification des expectorations qui préexistaient antérieurement à cette affection.

En effet, il y a 3½ mois, cette personne dut s'aliter, présentant alors des douleurs thoraciques en même temps qu'apparaissait une expectoration abondante, sanguinolente durant quelques jours.

Dans la suite elle a toujours toussé et craché, perdu du poids graduellement, pour atteindre un état de faiblesse qui ne lui permettait plus de quitter le lit.

Aucun diagnostic précis de cette phlegmasie pulmonaire ne fut posé avant que viennent se greffer sur ces manifestations, des signes de participation pleurale secondaire. Jamais d'expectoration fétide, pas de vomiques.

Cette femme, âgée de 48 ans, est mère de quatre enfants apparemment en bonne santé, et elle-même sauf une typhoïde à

l'âge de 22 ans, jouissait d'une santé parfaite. Pas d'antécédents tuberculeux.

L'examen clinique indique la présence d'une grande quantité de liquide dans la cavité pleurale. Voussure et immobilisation de l'hémithorax gauche. Matité complète du sommet à la base, abolition des vibrations, absence de la respiration et refoulement du cœur à droite du sternum.

Sur la radiographie existe une opacité homogène voilant toute la plage pulmonaire gauche: le cœur est refoulé à droite du sternum.

Par ponction exploratrice on retire un liquide purulent, verdâtre, bien lié qui pourrait appartenir à une infection pneumococcique plutôt qu'au bacille de Kock.

En l'absence d'examen bactériologique nous hésitons à conclure sur la nature de la pleurésie; cet épanchement remonte à quelques jours seulement mais reconnaît comme cause une affection pulmonaire dont les caractères rappellent les débuts brusques de la tuberculose pulmonaire chronique.

Une thoracentèse doit être abandonnée après soustraction de 100 c. c. de pus seulement, en raison de défaillance cardiaque.

Devant les dangers immédiats auxquels est exposée cette malade par le refoulement des organes du médiastin, je demande au chirurgien de l'Hôpital, le Dr D'Auteuil, d'établir un drainage après costotomie.

Une résection de un pouce est faite sur la IX côte et après ouverture de la plèvre pariétale une grande quantité de pus jaillit sous pression libérant complètement la cavité pleurale.

Quelques heures après, tout danger immédiat est disparu, la température subit une chute, le pouls devient plus ferme, il n'y a plus de dyspnée.

Les jours suivants l'amélioration continue: il existe un léger état sub-fébrile, mais à peine quelques gouttes de pus viennent souiller le pansement. Pas de toux, pas d'expectoration. Le tube, qui avait été laissé dans la plaie pour faciliter le drainage est enlevé 15 jours après l'intervention.



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 : 2 ou 3 PILULES — CURATIF 4 À 8 PILULES PAR JOUR
AU DÉBUT DES REPAS

LABORATOIRE DURIEZ, 20 PLACE DES VOSGES, PARIS
DÉPÔT 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 FRÈRES, 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, Goulte, 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.

Entre temps le résultat de l'examen bactériologique du pus établissait la présence de bacilles de Koch avec en plus quelques streptocoques.

Je ne crois pas cependant que ces rares streptocoques aient une part à jouer dans la suppuration, mais doivent être le résultat de manipulations peu aseptiques.

Le diagnostic de la nature de l'épanchement ne laisse plus d'illusions sur les résultats que l'on doit espérer de la thérapeutique. J'attends avec résignation la montée du pus dans ce vase clos qui, devenu comble viendra trouver une issue à l'endroit de la plaie opératoire, établissant la fistule intarissable promise par les phthisiologues.

Un cliché radiographique tiré trois semaines après l'intervention établit la présence d'un pneumothorax avec petit niveau horizontal dans le cul de sac pleural. Malgré que le poumon soit collabé il est facile de distinguer un aspect flou de la moitié inférieure de ce parenchyme, vestige de la pneumopathie primitive.

Un mois plus tard tout le liquide est disparu cependant que persiste toujours le pneumothorax.

Deux mois et demi après son admission, cette malade quitte le Sanatorium apparemment guérie de sa pleurésie purulente; son poids a augmenté, il n'y a ni toux, ni expectoration, pas de fistule pariétale.

J'ai eu l'occasion d'observer cette malade depuis, de faire quelques contrôles radiologiques qu'il est important de signaler.

Le pneumothorax existe encore 4½ mois après l'intervention, mais le collapsus est moins marqué et il s'est fait un nettoyage radiologique du parenchyme pulmonaire, vraisemblablement favorisé par la compression due à la présence de l'air dans la plèvre.

Après 7 mois, l'examen clinique ne donne aucun signe évident de pneumothorax mais la radiographie indique que l'état du poumon est sensiblement le même.

Le 24 janvier 1932, c'est-à-dire environ 9 mois après ouverture de cette pleurésie purulente tuberculeuse, il n'y a plus de trace de pneumothorax, la guérison est complète.

Cette personne qui s'est conformée aux exigences du traitement durant plusieurs mois est maintenant parfaitement rétablie et reprend graduellement ses occupations journalières.

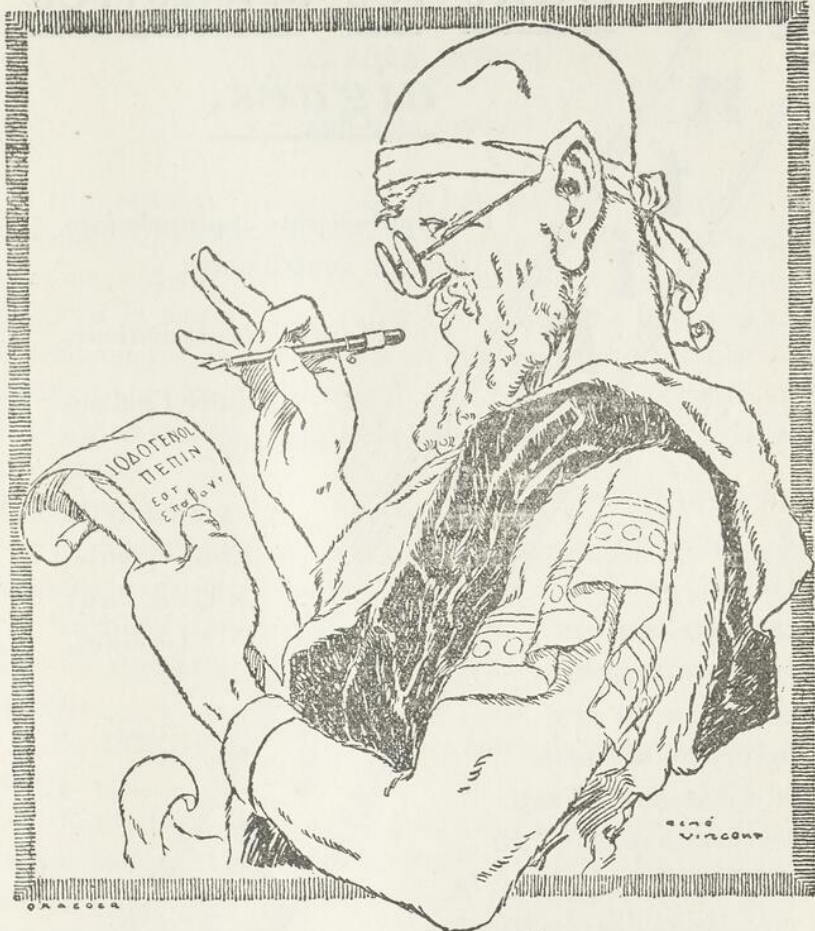
Cette observation peut présenter de l'intérêt du fait qu'il est exceptionnel de constater une guérison de pleurésie purulente tuberculeuse après costotomie.

Les publications de Maurice Renaud à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris et particulièrement celle de la séance du 27 avril 1928, dans laquelle il rapporte plusieurs observations de malades ayant eu pleumotomie pour pleurésies purulentes tuberculeuses, montrent des résultats qui ne sont pas de nature à enthousiasmer les phthisiologues.

Dans le même temps, Sergent, Rist, Léon Bernard, Kindberg, de Massarey mirent en lumière les dangers du traitement chirurgical et donnaient la préférence aux ponctions répétées suivies ou non d'injections modificatrices.

Loin de moi l'idée de considérer ce traitement chirurgical qui m'a réussi en une occasion, comme la ligne de conduite à suivre devant les pleurésies purulentes tuberculeuses, mais je voudrais attirer l'attention sur la difficulté qui existe, de poser des indications précises dans le traitement des suppurations pleurales, tuberculeuses ou non. La vomique, redoutable en elle-même, a peut-être protégé son malade contre des manoeuvres chirurgicales dont les résultats auraient probablement été inférieurs; de même des épanchements purulents non bacillaires ont disparu après quelques ponctions.

Les pleurésies purulentes tuberculeuses ne guérissent pas après ouverture et drainage, mais cette suppuration pleurale avec présence de bacilles de Koch dans le pus a complètement disparu après costotomie.



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.

Antiphlogistine

Dans les sinusites aiguës,

l'Antiphlogistine appliquée *loco dolente*, contribuera:

1° à soulager la douleur,

2° à réduire l'inflammation,

3° à rétablir la libre circulation dans les sinus.

En vertu de son action hyperémiant, active et prolongée; en vertu de ses propriétés d'osmose et d'exosmose, d'antiseptie rationnelle, l'Antiphlogistine favorise la circulation dans les lymphatiques, tend à réduire l'enflure avec la congestion.

Littérature et échantillon:

THE DENVER CHEMICAL MFG. CO.

153 Lagauchetière St., W., MONTREAL

L'Antiphlogistine est fabriquée au Canada.

LE LOBE AZYGOS.

par Jules Gosselin.

Une seconde observation de lobe azygos nous incite à vous présenter un aperçu général de cette question. Depuis que nous vous avons présenté notre première observation, nous avons eu la curiosité de faire des recherches bibliographiques plus complètes et nous avons eu la chance d'avoir une seconde observation plus intéressante que la première, parce qu'elle nous a présenté des détails pathologiques au niveau de la scissure azygos.

Historique:—

Testut est le premier à rapporter quelques-uns de ces cas, découvertes nécropsiques.

En 1928, Hjelm, Hulten, Bendick, Wessler, Mather, Coope, sont les premiers à interpréter radiologiquement des lobes azygos.

En 1929, l'école française se lance dans les mêmes découvertes.

Ce n'est que dans les derniers mois de 1931, que les observations sont dirigées vers la discussion possible d'états pathologiques de la scissure azygos et du lobe azygos.

Description:—

Le lobe azygos ou lobule de la veine azygos (lobule de Wrisberg), est une portion du lobe supérieur du poumon droit, séparé à la partie supérieure et interne de celui-ci par le passage anormal de la grande veine azygos au travers de l'apex pulmonaire. Habituellement, la veine azygos, après avoir traversé le diaphragme, monte dans le médiastin postérieur, adossée contre les corps vertébraux, près de la ligne médiane; arrivée au niveau de la 4^e dorsale, elle se porte en avant, en décrivant une crosse au-dessus du pédicule pulmonaire et va se terminer dans la paroi postérieure de la veine cave supérieure.

Ainsi elle longe toute la face interne du poumon droit au-dessus du pédicule pulmonaire droit; parfois, par anomalie embryonnaire, elle naît plus à droite, chevauche et embroche en creusant le lobe supérieur pulmonaire droit. Elle creuse alors un sillon dans lequel elle entraîne avec un peu de tissu cellulaire, les deux plèvres pariétale et viscérale, donnant une scissure anormale formée de quatre épaisseurs de plèvre; cette scissure prend le nom de scissure azygos.

Fréquence:—

Tous les auteurs arrivent à une statistique de 5 lobes azygos pour 1000 poumons examinés soit dans les hôpitaux, soit dans les centres de triage militaires ou médicaux. Il semble que nous conservons les mêmes résultats car nous avons deux observations sur 600 nouveaux malades examinés en 1931.

Les lobes azygos sont trois fois plus fréquents chez les hommes que chez les femmes; nos deux seuls cas se rapportent au sexe masculin.

Pathogénie:—

Pour la plupart des auteurs, cette anormalité serait d'origine embryonnaire.

Aspect radiologique:—

La scissure azygos, en radioscopie comme en radiographie, se présente par une ombre linéaire très fine qui traverse le sommet pulmonaire droit en commençant dans sa partie supérieure, décrit une légère courbe à convexité extérieure, se prolonge en bas, juste au-dessous de la clavicule et finit par un renflement petit au-dessus de la partie supéro-interne du hile pulmonaire droit.

La visibilité radiologique spéciale à cette scissure, plus dense que les autres scissures, peut être due au fait des quatre feuillets pleuraux formant méso. Le petit renflement terminal est l'image de la crosse de la veine azygos.

Les lobes azygos peuvent varier considérablement de dimensions et Stilne en a fait trois divisions se décrivant par les

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.



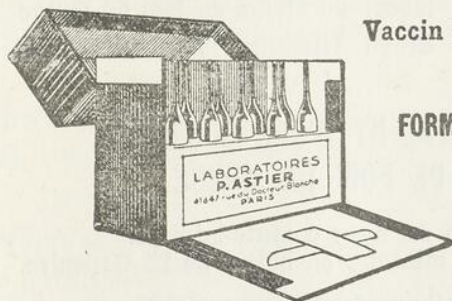
La Stalysine

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.

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

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS.

LABORATOIRES PASTIER, 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 CUEILLEREE
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.

trois lettres A, B et C; nous ferons mieux de les décrire par ces trois dénominations: pariétale, apexienne, et médiastinale.

Quelques-uns donnent à cet aspect de la scissure azygos, l'ombre d'une virgule inversée.

Beaucoup d'auteurs présentent de ces cas comme parfaitement normaux; c'est notre opinion pour notre premier cas que nous avons déjà présenté, cas chez lequel il a été impossible de trouver une affection pulmonaire tuberculeuse ou autre.

Quelques cas rares ont été considérés comme pathologiques et notre deuxième observation nous permet d'affirmer que la scissure azygos peut subir toutes les réactions pathologiques scissurales comme les autres scissures; nous avons alors, comme sur ces radiographies, une augmentation d'opacité et un élargissement de cette scissure. Ce deuxième cas nous fait bien voir l'évolution d'une scissurite azygos en corrélation avec des réactions de la plèvre et des autres scissures.

Le lobe azygos peut être le siège de plusieurs affections pulmonaires tuberculeuses ou autres.

Les discussions sont ouvertes pour prouver la valeur pathologique de ces images et il est bien possible que toute scissure azygos visible radiologiquement soit la conséquence d'une ancienne réaction scissurale; par contre, le caractère héréditaire, déjà observé dans certaines familles, à poumons considérés normaux, remet l'opinion d'une scissure azygos dont la visibilité n'est due qu'à l'accolement des quatre feuillets pleuraux.

La question prend une grande importance et l'étude radiologique des sommets droits devra être faite avec beaucoup plus de soin que jamais; ces images scissurales peuvent être masquées par des lésions parenchymateuses ou par un pneumothorax. Il faudra surveiller en plus les demandes de Jacoboens pour cette région afin d'éviter les sections de la veine azygos.

Nos recherches se porteront alors de ce côté afin de vérifier l'existence physiologique ou pathologique de cette scissure; nous étudierons aussi spécialement ces bandes cicatricielles si

fréquentes au sommet droit lors de pneumothorax et nous essaierons de déterminer d'autres faits qui pourraient vous intéresser sur cette question.

Dr. Jules Gosselin.

BIBLIOGRAPHIE

- Testut.—Anatomie humaine, (*tome II*).
- Hjelm und Hulten.—Roentgenologishe studien uber den lobus der vena azygos, (*Acta Radiologica*, 15 IV, 1928).
- Bendick and Wessler.—The azygos lobe of the lung, (*American Journal of Roentgenology*, XX, July, 1928).
- Mather and Coope.—The accessory lobe of the venae azygos, (*British Journal of Radiology*, December, 1928).
- Stoloff.—The azygos lobe of the lung, (*American Journal of Roentgenology*, November, 1929).
- Jalet.—A propos de quelques cas de "lobe accessoire de la veine azygos, (*Bulletins et Mémoires de la Société de Radiologie Médicale de France*, décembre, 1929).
- Jalet.—Lobe accessoire de la veine azygos, (*La Presse Médicale*, mai, 1930.)
- Meisels et Schutz.—Le lobule de la veine azygos, (*Archives d'Electricité Médicale*, mai 1930).
- Zawadowski.—Le lobule de la veine azygos (*lobule de Wrisberg*), sa visibilité sur les radiographies pulmonaires, (*Journal de Radiologie et d'Electrologie*, mai, 1930).
- Jalet.—Le lobe azygos, (*Cahiers de Radiologie*, janvier, 1931).
- Vollmar.—Le lobe azygos du poumon droit et son importance clinique, (*Fort-schr. as. G. der Roentgenstrahlen*, Bd XLI HFT 5).
- Gianturco.—Examen radiologique du lobe de la veine azygos, (*Archivio di Radiologica*, année V, fasc. 4).

Gilbert.—Fréquence du lobe azygos, (*Bulletins et Mémoires de la Société de Radiologie Médicale de France*, mars, 1931).

Lamarque et Bétoulières.—Quelques cas nouveaux de lobe azygos découverts par les rayons X, (*Archives d'Electricité Médicale*, juin, 1931).

Jalet.—Quelques cas de lobes azygos pathologiques, (*Bulletins et Mémoires de la Société de Radiologie Médicale de France*, juillet, 1931).

Lamarque et Bétoulières.—Quelques images de lobe azygos dont un cas à caractère héréditaire, (*Bulletins et Mémoires de la Société de Radiologie Médicale de France*, juillet, 1931).

Le Bourdellès et Jalet.—Les aspects radiologiques de la scissure et du lobe azygos dans la tuberculose pulmonaire, (*La Presse Médicale*, novembre, 1931.)

Brulé et Lièvre.—Lobite et scissurite tuberculeuses du lobe azygos, (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, octobre, 1931).

Debré et Mignon.—Sur les images radiologiques du lobe azygos et de la scissure azygos, (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, octobre, 1931).

“LE DEBUT BRUSQUE DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE CHRONIQUE.”

—
par le Docteur Roland Desmeules.
de l'Hôpital Laval.

Durant des années, on a enseigné que la tuberculose pulmonaire chronique débutait toujours d'une manière insidieuse. Le malade, pendant une période de temps souvent prolongée, perdait du poids et des forces, transpirait, puis la toux, l'expectoration apparaissaient, la fièvre s'allumait. Le tuberculisé devenait lentement tuberculeux.

Il faut reconnaître que nous rencontrons très souvent ce début insidieux, classique. Mais il existe un autre mode fréquent de devenir tuberculeux c'est de passer brusquement de l'état de santé à l'état de maladie en quelques jours et même en quelques heures.

Certains auteurs ont étudié ce début brusque. C'est surtout M. Rist qui, en janvier 1930, publia dans la “Revue de la Tuberculose” le mémoire original le plus important sur cette question.

Depuis deux ans, j'ai étudié, dans l'ordre de leur entrée à l'Hôpital, le mode de début des tuberculeux chroniques adultes que j'ai eus sous mes soins. C'est le résultat de cette enquête portant sur 231 patients que je désire vous communiquer.

Débuts insidieux 154 soit 66.6%

Débuts brusques 77 soit 33.3%

Ce pourcentage est inférieur à ce qu'ont trouvé Blanche et Dudan en France, Douglas, Pinner et Walepor aux Etats-Unis. Ces auteurs ont constaté le début aigu dans 48% à 52% des bacilloles pulmonaires chroniques.

Il m'a paru intéressant de diviser, comme l'a fait M. Blanche, le début soudain en quatre variétés.

10—*DEBUT PAR SYNDROME PULMONAIRE OU PLEURO-PULMONAIRE.*

Il s'agit de malades qui ont souffert d'affections appelées pneumonie, congestions pulmonaires; types Woillez, Grancher ou Potain, mais chez lesquels le tableau, à y bien regarder, n'a pas celui de la pneumonie de Sydenham, ni des congestions idiopathiques. La phlegmasie a trainé en longueur, l'état général s'est rapidement altéré.

J'ai rencontré ce mode de début dans 50.6% des cas.

20—*DEBUT PAR SYNDROME INFECTIEUX MAL DEFINI.*

Il existe du malaise général, de l'anorexie, de la fièvre, une sensation accentuée de fatigue. Quelques jours plus tard, le malade tousse, expectore, parfois crache du sang: l'attention est attirée vers l'appareil respiratoire.

J'ai observé cette variété de début brusque chez 28.5% des 77 patients.

30—*DEBUT PAR SYNDROME PSEUDO-GRIPPAL.*

Le malade se plaint de douleurs généralisées, frissons, coriza, laryngite. Mais ce cortège symptomatique dure trop longtemps, il persiste de la fièvre et des troubles respiratoires.

19.4% ont débuté ainsi soudainement dans la tuberculose chronique.

40—*DEBUT PAR SYNDROME GASTRO-INTESTINAL*

On constate de la fièvre, de la diarrhée, des vomissements qui durent quelques jours. Puis apparaissent des symptômes fonctionnels qui obligent le médecin à faire un examen attentif des poumons.

1.5% de mes patients ont commencé ainsi brusquement leur évolution tuberculeuse.

Quels processus pathologiques se passent dans les poumons, lors de ce début soudain?

Il s'agit presque toujours de pneumonie tuberculeuse. En 1911, Bezançon et Braun ont attiré l'attention sur le fait que

l'évolution de la tuberculose pulmonaire se caractérisait par des poussées pneumoniques séparées par des périodes de repos. Rist et Ameuille, en 1922, ont insisté sur la fréquence de la poussée pneumonique initiale.

Il ne faut pas croire cependant qu'on rencontre souvent le tableau symptomatique de la pneumonie caséuse. C'est un fait exceptionnel. Quelquefois, l'alvéolite disparaît complètement, mais le plus souvent elle évolue vers des lésions ulcéro-caséuses ou ulcéro-fibreuses, vers des excavations qui, dans le plus grand nombre des cas, se font rapidement. Nous devons éloigner de notre esprit l'idée qu'une tuberculose cavitaires étendue, correspond nécessairement à des lésions évoluant depuis longtemps. De grandes cavernes peuvent s'installer en quelques semaines ou même en quelques jours.

Quel est le siège de ces condensations pneumoniques?

Dans la grande majorité des cas, il s'agit de lésions lobaires si bien étudiées et décrites par M. Sergent, L. Bernard et Rist.

J'ai cherché la fréquence des lobites chez mes tuberculeux à début brusque. 50 de mes 77 malades, c'est-à-dire, 64.8% présentaient des condensations lobaires.

31 étaient porteurs de lobite supérieure droite.

17 étaient porteurs de lobite supérieure gauche.

1 était porteur de lobite moyenne.

1 était porteur de lobite inférieure droite.

Voici trois observations qui peuvent servir à illustrer les faits que je viens d'exposer.

OBSERVATION—I—Germaine L. âgée de 21 ans, employée de bureau, est en parfaite santé lorsqu'elle prend froid le 30 septembre 1931. Le lendemain elle se sent fatiguée, éprouve des frissons répétés mais surtout de la difficulté à parler. Une semaine plus tard, elle commence à tousser. Un médecin consulté porte le diagnostic de laryngite aiguë et conseille un traitement par un laryngologiste. Il n'y a pas d'amélioration;

la malade tousse, fait de la fièvre, perd du poids et des forces. Intrigué, le médecin de famille fait prendre, le 3 décembre dernier, à l'Hôpital du Saint-Sacrement, une radiographie qui indique une image annulaire à la base droite. Il y a des bacilles de Koch dans les crachats. Le 10 décembre, la patiente entre à l'Hôpital Laval. Cinq jours plus tard nous commençons un pneumothorax artificiel qui rend plus évidente une lobite inférieure droite excavée.

OBSERVATION—11—Marie-Ange H. agée de 18 ans, a quatre soeurs mortes de tuberculose. Elle jouit d'une bonne santé lorsqu'en septembre 1930, elle entre pensionnaire dans un couvent. Le 15 du même mois, elle tombe subitement malade, fait une température qui atteint 103 degrés. Elle tousse un peu. Un médecin appelé trouve des signes pulmonaires et renvoie la malade à son foyer. De retour chez elle, elle voit le médecin de famille qui conseille un séjour à l'Hôpital Laval. A l'entrée, le 15 octobre, deux mois après le début, je constate de la condensation et du ramolissement dans le 1/3 supérieur du poumon droit. La radiographie indique une infiltration du lobe supérieur droit avec image annulaire en formation à la région supéro-externe. L'apex apparaît indemne. Cette image correspond à ce qu'Assmann, en Allemagne, a décrit en 1925, sous le nom d'infiltrat ou foyer infra-claviculaire. Cette dénomination allemande très répandue dans les pays Anglo-Saxons signifie en réalité l'infiltration lobaire décrite plusieurs années auparavant par l'école française.

Trois jours après l'arrivée, nous commençons un pneumothorax artificiel qui met en évidence une spéléonque dans la lobite supérieure droite.

OBSERVATION—III—Mme L. P. H. agée de 27 ans, dont le père est mort de tuberculose pulmonaire, tombe subitement malade le 24 juin 1930; elle éprouve une vive douleur à l'hémithorax gauche et devient fiévreuse. Le lendemain elle fait une petite hémoptysie qui se renouvelle deux ou trois fois pen-

dant les jours qui suivent. Un médecin appelé porte le diagnostic de tuberculose pulmonaire et nous envoie la malade. Elle entre dans le service le 29 juin, cinq jours après le début. Nous constatons les signes d'une condensation massive de tout le poumon gauche. La radiographie indique une opacité totale dans l'hémithorax gauche avec images de tramite et de péri-lobulite à droite. Il y a des bacilles de Koch dans les crochats. L'ensemble nous permet de croire à une spléno-pneumonie tuberculeuse.

La température demeure élevée pendant douze jours puis devient normale. Une radiographie faite le 23 août, donne des images d'opacité avec zones d'hypertransparence dans les deux-tiers supérieurs gauches.

La spléno-pneumonie s'est transformée en forme ulcéro-caséuse. Le 8 octobre, mon confrère le Docteur Louis Rousseau, qui a la malade sous ses soins depuis quelques jours, tente un pneumothorax artificiel. Le décollement est très difficile à cause d'adhérences; les essais de collapsothérapie sont abandonnés.

L'évolution s'accroît, c'est le cortège symptomatique habituel de la tuberculose commune. La malade meurt de phthisie le 24 septembre 1931, 15 mois après le début aigu de la bacillose pulmonaire.

Quelles sont les conséquences de cette notion de fréquence du début soudain de la tuberculose pulmonaire chronique?

C'est qu'en présence de syndromes pulmonaires, pleuro-pulmonaire, grippal, infectieux, gastro-intestinal à caractères mal définis, il faut penser à la possibilité d'un début de tuberculose pulmonaire.

Recherchons avec soin les antécédents personnels, le contact familial, les signes stéthoscopiques n'hésitons pas à faire prendre de bonne heure une radiographie des poumons, demandons au laboratoire l'examen des expectorations. En résumé, cherchons à faire, le plus tôt possible, le diagnostic de tubercu-

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	<i>A) Sérothérapie spécifique des ANÉMIES (Carnot).</i> <i>B) Tous autres emplois du Sérum de Cheval :</i> HÉMORRAGIES (P.E. Weill) PANSEMENTS (R. Petit.)
Sirop 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.

lose pulmonaire. Le malade pourra bénéficier le plus souvent du pneumothorax artificiel. M. Rist l'a écrit et les faits le démontrent: "les tuberculoses bilatérales d'emblée sont exceptionnelles."

Bibliographie

BEZANCON F. et BRAUN. P. "Foyers pneumoniques tuberculeux curables" Bull. et Mem. des Hôpitaux de Paris 34: 409, 1912.

M. BLANCHE. "Les débuts cliniques de la tuberculose pulmonaire chronique de l'adulte". Legaud, Paris, 1927.

A. DUDAN. "Début soudain de la tuberculose chronique" "Annales de Médecine" 17: 363, 1925.

DOUGLAS A. PINNER & WALEPOR. "Acute subapical versus insidious apical tuberculosis" Am. Rev. Tuber. 21: 305, 326, 1930.

RIST, F. ET AMEUILLE P. "Pneumonie Tuberculeuse" Paris Médical. 7: 1, 1922.

RIST, E. "Le début brusque de la tuberculose pulmonaire de l'adulte et sa localisation lobaire" "Revue de la Tuberculose" janvier 1930.

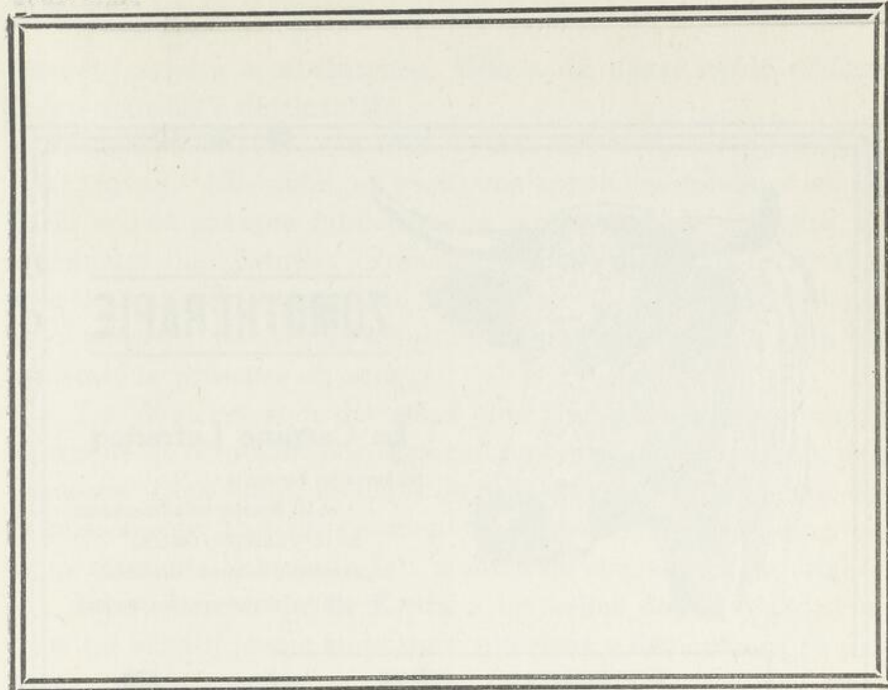
A PROPOS D'UNE OBSERVATION ANATOMO-CLINIQUE,
QUELQUES BREVES CONSIDERATIONS SUR
L'ENTERITE TUBERCULEUSE

Par le D^octeur **A. ROUSSEAU.**

C. M. a 22 ans. Son père et sa mère sont bien portants. De ses 9 frères et soeurs, trois petits sont morts avant l'âge de 2 ans; deux grands frères ont succombé à la tuberculose, l'un de méningite, à l'âge de 18 ans, l'autre de localisations pulmonaire et intestinale, à 29 ans. Quatre soeurs sont bien portantes.

Elle-même n'a eu qu'un antécédent pathologique méritant d'être souligné; un érythème noueux, à l'âge de 15 ans. Ses menstruations se sont établies cette même année. Elles avaient toujours été régulières et normales lorsqu'elles se sont interrompues il y a 9 mois. En somme elle a joui d'une bonne santé jusqu'à l'apparition insidieuse de la maladie actuelle.

Depuis 3 ans, elle souffre de douleurs abdominales, mais elle a continué de mener une vie active, faisant la classe, s'occupant du magasin de son père ou des travaux de ménage jusqu'à février 1931. Son mal a commencé par une sensation de plénitude et de gêne respiratoire qui la forçaient, sous peine de vomir, à interrompre ses repas et qui étaient suivies de douleurs abdominales mal caractérisées. Ces souffrances se répétaient à peu près tous les jours, et, à des intervalles d'une couple de semaines, elles s'exacerbaient pour constituer une véritable crise. La malade restait alors 2 à 3 jours dans un état nauséux et renvoyait une partie de ses repas, une heure après les avoir pris. Elle continuait néanmoins son travail quotidien. Pendant les deux premières années de son affection, elle n'a



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*.

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

Dépôt Général pour le Canada :
ROUGIER FRÈRES, 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 FUMOUE, 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 FUMOUE, 78, Faubourg Saint-Denis - PARIS

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

pas été sujette à la diarrhée. Elle a dû même avoir recours assez souvent à des laxatifs.

En février 1931, son état s'étant aggravé, elle abandonna tout travail. Elle subit, en avril, une appendicectomie, à laquelle la vouait presque fatalement la persistance de douleurs abdominales inexpliquées. L'opération n'eut pas d'autre résultat que de marquer l'apparition d'une diarrhée qui a persisté jusqu'à présent. Elle a une à huit selles par jour, jamais on n'y a constaté le présence de sang.

Les douleurs sont devenues plus vives; les crises de maux de coeur et d'intolérance apparaissent plus fréquentes et plus intenses. Cependant, en dépit de la diarrhée, de l'anorexie, des vomissements, l'amaigrissement n'est pas extrême, et, dans ses bons moments la malade fait montre de courage et de vitalité.

La recherche du B. K. dans les selles donne d'abord un résultat négatif; mais un examen ultérieur y démontrera sa présence, confirmant le diagnostic d'entérite tuberculeuse déjà porté.

L'examen radiologique donne lieu à une constatation importante: stase barytée dans divers segments du petit intestin. Au cours de cet examen l'aspect radioscopique des poumons semble normal. La malade d'ailleurs n'a pas toussé, n'a pas craché, elle ne présente aucun signe stétacoustique caractéristique de la tuberculose pulmonaire. Ce n'est que 3 à 4 semaines après cet examen radioscopique qu'une radiographie révèle un léger tacheté des sommets, attribué par le radiologiste à une infiltration récente.

Nous sommes donc très vraisemblablement en présence d'une forme primitive de l'entérite tuberculeuse. Nous devons en chercher l'origine. Une circonstance étiologique nous en rend parfaitement compte. Il y a 20 ans, lorsque la malade avait deux ans, des vaches tuberculeuses ont dû être abattues dans l'étable de son père.

Sous l'influence d'un traitement approprié, il se produit, dans l'état de notre malade une amélioration telle que nous

avons un moment l'espoir de l'améliorer ou de la guérir par des moyens médicaux. Mais aux périodes de bien-être succèdent des crises d'intolérance gastro-intestinale. Des résorptions toxiques, que nous ne pouvons pas empêcher, se font évidemment dans les foyers de stase. Nous conseillons une intervention chirurgicale qui est acceptée. Sous l'anesthésie rachidienne à la nupercaine, le Dr Dagneau fait une exploration: l'intestin est libre de toute adhérence; mais il existe sur le petit intestin un grand nombre d'infiltrations annulaires d'une largeur de $\frac{1}{2}$ à 1 centimètre, rétrécissant son calibre, rapprochées les unes des autres. Ces infiltrations couvrent une telle longueur de l'intestin qu'une résection des parties malades est impossible.

Cette observation est un bel exemple de la forme fibreuse ou plutôt fibro-caséuse sténosante de l'entérite tuberculeuse. L'affection a évolué pendant 2 ans, sans diarrhée et sans les signes caractéristiques de l'imprégnation tuberculeuse, si bien qu'un grand chirurgien a cru avoir affaire, en avril dernier, à une simple appendicite.

On est trop habitué à ne chercher que dans des signes pulmonaires la démonstration de la nature tuberculeuse d'une entérite. L'entérite tuberculeuse secondaire peut apparaître au cours d'une tuberculose pulmonaire insidieuse; d'autre part, pour n'être pas très fréquente, la forme primitive n'est vraiment pas exceptionnelle.

L'absence d'hérédité et de contacts tuberculeux chez un sujet indemne des poumons, n'infirmes, en aucune façon, l'hypothèse d'une tuberculose abdominale. La cause habituelle de l'entérite tuberculeuse primitive est la consommation d'un lait bacillifère. En présence d'un syndrome abdominal suspect il faut rechercher la contamination du troupeau laitier.

L'examen radiologique apporte au diagnostic un appoint de première importance. Dans mon cas, il a fourni un dessin des lésions correspondant d'une façon saisissante aux constatations opératoires.

Mais souvent ce sont, plutôt, les circonstances dans lesquelles l'affection s'est développée et son retentissement sur l'état général qui fournissent les principaux éléments du diagnostic.

Pour confirmer un diagnostic ou pour préciser l'importance des lésions il ne faut pas hésiter devant une intervention chirurgicale. L'exploration n'est d'ailleurs parfois que le premier temps d'une opération curative. La résection des parties suffisamment circonscrite.

Le diagnostic d'une entérite tuberculeuse abandonnée à elle-même ne comporte pas nécessairement un pronostic fatal. L'évolution fibreuse des lésions représente un processus de guérison lorsqu'elle ne constitue pas un obstacle aux fonctions intestinales.

Cette curabilité de l'entérite tuberculeuse nous fait un devoir de ne négliger aucun des moyens clinique, bactériologique, radiologique ou chirurgical propres à établir, d'une façon sûre et complète, un diagnostic précoce, afin de répondre à toutes les indications médico-chirurgicales qui peuvent s'imposer dès le début de l'affection.

J'ai cru que le rappel de ces règles de pratique n'était pas inutile.

L'observation, qui m'en fournit l'occasion, ressemble à beaucoup d'autres, elle est même banale. J'ai pensé cependant qu'elle valait la peine de vous être communiquée parce qu'elle fait bien ressortir des notions, sans doute bien connues, mais de fait, souvent oubliées, relatives à l'étiologie, à la pathogénie, au diagnostic et au traitement d'une maladie dont l'étude est particulièrement difficile.

REVUE DES JOURNAUX

**CORPS ETRANGER LARYNGO-TRACHEAL, TRACHEOTOMIE
ABLATION⁽¹⁾.**

Par le Dr. **J. N. ROY**, F. A. C. S.

Professeur à l'Université de Montréal,
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.
Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris.

Observation. Le 22 février 1931, nous sommes appelé d'urgence à l'Hôpital Notre-Dame auprès d'un malade qui étouffait. Arrivé au dispensaire, nous trouvons un enfant cyanosé et inconscient, qui respirait avec la plus grande difficulté. La vie n'avait été prolongée que grâce à des inhalations d'oxygène. La mère nous apprend que son fils, âgé de 12 ans, avait aspiré un "golf tee" ⁽²⁾ une heure précédemment. Alors qu'il se trouvait entre deux portes, avec cet objet dans la bouche, une de celles-ci lui ayant frappé la figure, produisit un mouvement réflexe d'inspiration qui faillit lui être fatal. Nous faisons immédiatement transporter le malade à la salle d'opération pour la trachéotomie, et demandons en même temps l'instrumentation pour la laryngo-trachéoscopie. Le Dr Racicot, anesthésiste de garde à l'hôpital, crut pouvoir donner quelques inhalations de chloroforme-éther-oxygène, qui permirent l'intervention relativement facile. Toutefois, le champ opératoire rendu aseptique, et la trachée dénudée, nous éprouvons une certaine résistance en ponctionnant le tube trachéal, ce qui nous engagea à changer immédiatement la direction de notre bistouri. Lorsque les deux premiers anneaux furent sectionnés, et les lèvres de l'incision écartées, nous apercevons alors le "golf tee" au fond de la plaie. L'ayant immobilisé, nous en enlevons d'abord un petit morceau, et au moyen d'un mouvement de rotation, nous réussissons à sortir ensuite la dernière partie en entier. Ce corps

Produits Opothérapiques Choay

EXTRAITS TOTAUX

Comprimés et ampoules

Bile.	Moëlle osseuse (foetale).	Placenta.
Corps jaune.	Muqueuse entérique.	Rate.
Foie.	Muqueuse gastrique.	Rein.
Glande 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-Ovariennne.
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-Ovariennne.	9 Surréno-Hypophyso-Ovariennne.
3 ter. Thyro-Surréno-Orchiticté.	9 bis. Surréno-Hypophyso-Orchitique.
4 Thyro-Ovariennne.	10 Placento-Mammaire.
4 bis. Suréno-Ovariennne.	11 Ovaro-Mammaire.
5 Thyro-Orchitique.	12 Spléno-Médullaire
5 bis. Surréno-Orchitique.	

N. B.—En obstétique. 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.

FORXOL

MÉDICATION DYNAMOGÉNIQUE

pour la cure de tous états de

FAIBLESSE ORGANIQUE

Association Synergique, Organo-Minérale
sous la Forme Concentrée des Principes Médicamenteux les plus efficaces

FER, MANGANÈSE, CALCIUM

*en combinaison nucléinique,
hexoso-hexaphosphorique et monométhylarsénique vitaminée*

ADYNAMIE DES CONVALESCENTS

ÉTATS AIGUS DE DEPRESSION ET SURMENAGE

ANÉMIES et NÉVROSES TROUBLES de CROISSANCE FAIBLESSE GÉNÉRALE

MODE D'EMPLOI { *Enfants (à partir de 5 ans) 1 à 2 demi-cuillerées à café par jour.
Adultes, 2 à 3 cuillerées à café par jour.
À prendre au milieu des repas, dans de l'eau, du vin ou un
liquide quelconque (autre que le lait).*

ÉCHANTILLONS & BROCHURES SUR DEMANDE

Laboratoires A.BAILLY
15. 17 Rue de Rome . PARIS (8^e)

Agents pour le Canada :

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

PULMOSERUM BAILLY

Combinaison Organo-Minérale

à base de

Phospho-Gaïacolates.

SÉDATIF des

Toux Trachéo - Bronchiques

MÉDICATION la plus active pour le traitement des affections

BRONCHO PULMONAIRES

GRIPPES, CATARRHES, LARYNGITES, BRONCHITES, CONGESTIONS

COMPLICATIONS PULMONAIRES

de la COQUELUCHE - ROUGEOLE - SCARLATINE

CURE RESPIRATOIRE *Antiseptique et Réminéralisatrice* **ÉTATS BACILLAIRES**
de tous les

MODE D'EMPLOI *Une cuillerée à café dans un peu de liquide au milieu des deux
principaux repas.*

ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

Laboratoires A.BAILLY
15 & 17, Rue de Rome . PARIS (8^e)

étranger, de forme relativement conique, était retenu par les cordes vocales dans son diamètre le plus large, et n'avait pu en conséquence franchir la glotte. Après l'avoir examiné, nous trouvons qu'il avait été légèrement entamé par le bistouri, lors de la ponction de la trachée. Bien que tout danger d'asphyxie fut maintenant disparu, et que la respiration eut repris sa fonction normale, en présence des sécrétions trachéo-bronchiques nous jugeons prudent de placer une canule. L'intervention est terminée par deux points de suture au bas de l'incision, et le pansement ordinaire de trachéotomie est ensuite appliqué.

Pendant la première semaine qui suivit l'opération le malade eut, comme toujours dans ces cas, un peu de température qui diminua graduellement avec les sécrétions. Aussi le 2 mars, après avivement de la plaie trachéale, nous la refermons en plaçant quelques points profonds, ce qui permit d'obtenir une réunion par première intention. En même temps nous prescrivons des inhalations, car le larynx avait légèrement souffert au contact du corps étranger. Trois semaines plus tard le patient laissait l'hôpital absolument guéri ⁽²⁾.

(1) Communication au **Congrès de la Société française d'oto-rhino-laryngologie**, Paris, oct. 1931.

(2) Nous nous excusons de ne pouvoir traduire en français cette expression sportive d'origine écossaise.

(3) Ce malade a été présenté à la **Société Médicale de Montréal**, séance du 7 avril 1931.

Ce "golf tee" mesure 3 centimètres de longueur sur 15 millimètres de largeur dans son plus grand diamètre (voir photographie).

En présence d'un sujet ayant aspiré un corps étranger, que doit faire le laryngologiste? Nous n'émettrons naturellement, dans ce court travail que des hypothèses susceptibles d'être comparées aux symptômes observés dans notre cas. En effet, si un corps étranger quelconque de cet organe peut impressionner une plaque radiographique, et qu'il n'y a pas de phénomènes immédiats d'asphyxie, il faut tout d'abord avoir recours aux rayons X pour le localiser. Si cet examen électrique ne fournit aucun renseignement, on doit alors procéder de suite à la laryngo-trachéo-bronchoscopie. D'un autre côté, si le malade est moribond, c'est-à-dire arrivé à la période extrême



“Golf tee”, grandeur naturelle.

de suffocation, — tel était notre patient — la trachéotomie doit être pratiquée le plus tôt possible. Après cette opération il se présentera une des deux choses suivantes. La respiration, par l'entremise de la canule trachéale, sera rétablie. Alors il faudra penser à un obstacle physique siégeant à la région glottique, et recourir à la laryngoscopie pour extraire le corps étranger, par les voies naturelles. Mais si, au contraire, la trachée étant ouverte, le malade continue à étouffer, on devra conclure que la cause de ce symptôme siège en dessous de la canule, et tout probablement à la bifurcation bronchique. Dans ce cas, le traitement le plus rationnel consiste à pratiquer la bronchoscopie inférieure c'est-à-dire à passer un tube par la plaie trachéale pour enlever l'obstruction. Cependant, certaines écoles préconisent, pour ce genre de manoeuvres endoscopiques, l'usage de la voie laryngée. Lorsqu'un corps étranger siège dans une bronche, la difficulté respiratoire est ordinairement nulle ou peu prononcée ce qui donne aux intéressés une moins grande anxiété.

Chez notre malade, nous étions au courant par la mère de la forme et de la consistance du corps étranger, et avons pris alors les précautions nécessaires pour son ablation. Comme nous avons des raisons de penser que ce “golf tee” était retenu par les cordes vo-

cales, — car s'il avait franchi la glotte la respiration aurait été moins pénible — nous avons immédiatement changé la direction du bistouri, en sentant une certaine résistance, dès la ponction de la trachée. En effet, une section un peu rapide, et forte, pour ne pas dire brutale, l'aurait certainement rendu libre par son abaissement dans le tube trachéal, et ensuite les manoeuvres endoscopiques pour l'extraire seraient peut-être devenues assez laborieuses, vu sa largeur de 15 millimètres dans son plus grand diamètre, placé en haut. Aussi comme l'intérieur d'un bronchoscope servant à l'ablation d'un corps étranger de la trachée, chez un enfant de 12 ans, n'est que de 8 millimètres environ, nous aurions été forcé d'enlever par morceaux, le "golf tee" en question après fragmentation, et peut-être même d'aller chercher la partie la plus effilée, glissée dans une bronche. Au point de vue des rayons X, il était intéressant de savoir si ce "golf tee" fait en somme d'une mince feuille de celluloïde, ayant la forme d'un cornet, pouvait être décelé dans le larynx ou la trachée. Or l'expérience a montré qu'il est impossible de le radiographier, puisqu'il n'a que la densité de la peau.

Les corps étrangers des voies respiratoires présentent toujours un problème assez difficile à résoudre et le laryngologiste doit s'inspirer de chaque cas particulier. Avant que la laryngoscopie fut mise en pratique, il y a une trentaine d'années environ, le spécialiste devait parfois recourir à la thyrotomie. Lorsque le corps étranger avait franchi les cordes vocales, et qu'il s'était localisé dans une bronche, il se déclarait ensuite des complications qui tôt ou tard devenaient mortelles. Actuellement, l'instrumentation endoscopique étant si perfectionnée, il est presque toujours possible de procéder à l'extraction par les voies naturelles.

Dans le même ordre d'idées, nous ajouterons qu'en présence d'un malade qui étouffe, un examen laryngoscopique et général très minutieux doit être fait pour pouvoir reconnaître l'étiologie de l'affection. Ce serait sortir de notre sujet que d'insister davantage; d'ailleurs dans un travail antérieur (1) nous avons eu l'occasion d'exposer assez

(1) J.-N. ROY, Quelques réflexions sur le diagnostic et le traitement des affections du larynx. *Annales des maladies de l'Oreille, du Larynx, du Nez et du Pharynx*. Paris, janv. 1929.

longuement toutes les causes susceptibles de produire l'asphyxie.

En résumé nous dirons qu'un patient qui a un corps étranger dans les voies respiratoires doit être traité suivant la symptomatologie qu'il présente. Quelle que soit la nature de ce corps étranger, si la suffocation est arrivée à une période extrême, il faut sans retard recourir à la trachéotomie, pour rétablir si possible la respiration. Ensuite, s'il est nécessaire, les différentes méthodes endoscopiques seront employées pour son extraction. Toutefois, lorsque le malade n'est pas en danger immédiat d'asphyxie, on doit faire usage simplement de la laryngo-trachéo-bronchoscopie.

***Espace
à jouer***

330983
19101 b

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.

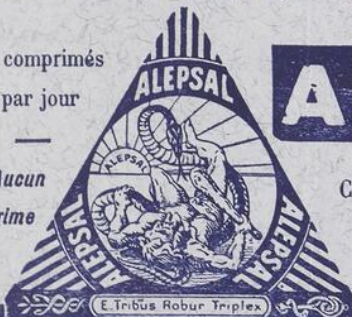
Nuits Saint Georges, Côte d'Or, FRANCE.

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 Château, Neuilly, Paris

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

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 urinaux 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