

QUEBEC, SEPTEMBRE 1935

No. 9

PER
B-142

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 QUEBEC, INC. (36^e ANNÉE)

P. LAROSE ENR., 331 RUE ST-JOSEPH QUÉBEC

NUPERCAINAL



(Connu auparavant sous le nom de Percainal "Ciba")

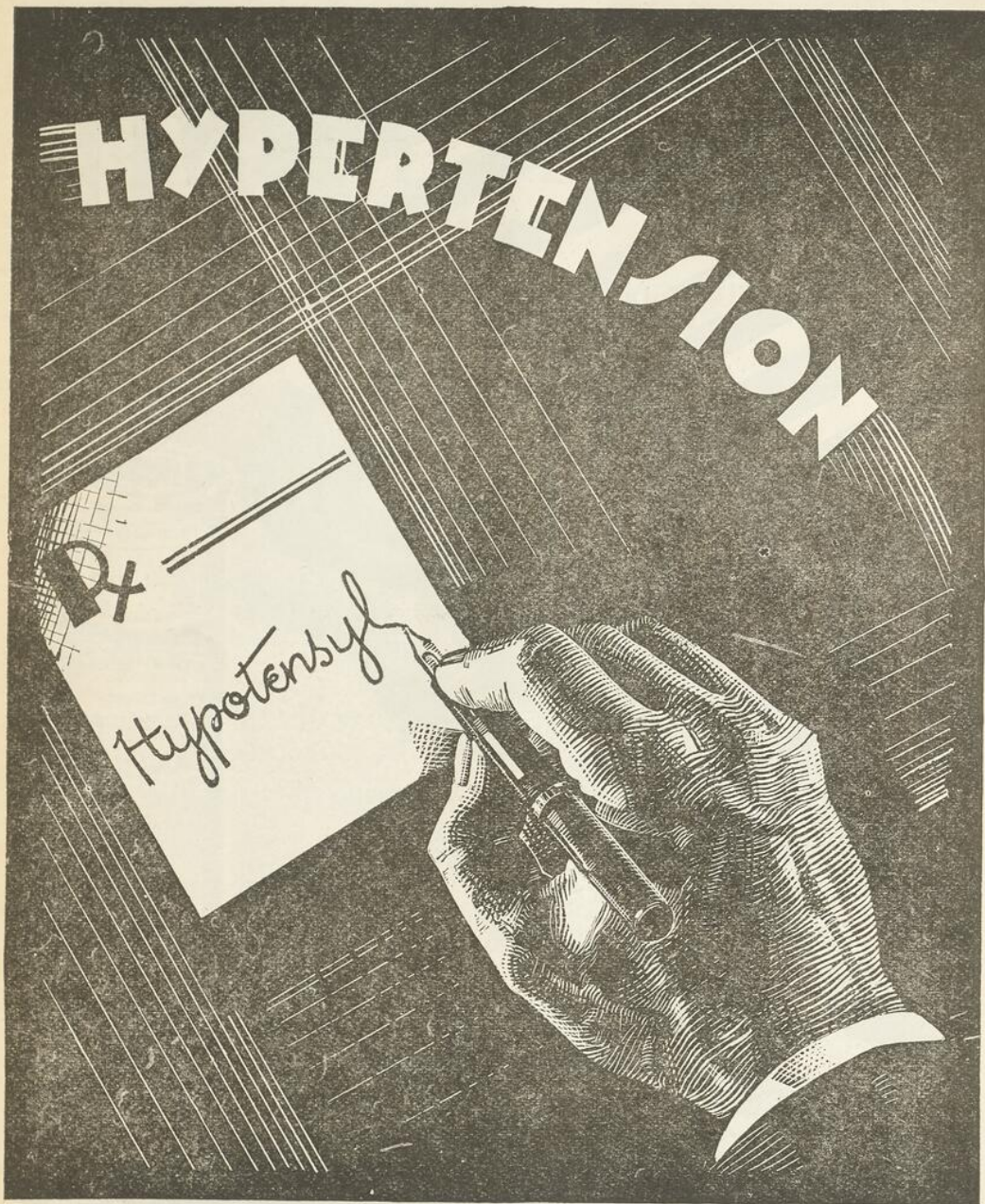
Le NUPERCAINAL réalise l'une des meilleures formules d'utilisation, dans les affections cutanées ou les plaies douloureuses, des propriétés anesthésiques intenses de la Nupercaine (1%), l'anesthésique local si remarquable dans le domaine de la chirurgie.

Le NUPERCAINAL trouve ses indications notamment dans les cas de brûlures, décubitus, eczémas, gerçures, ulcères, crevasses, prurit anal et vulvaire, fissures anales, hémorroïdes, etc.

En tubes d'une once avec canule rectale.

COMPAGNIE CIBA LIMITEE — MONTREAL.

A louer



EFFICACE DANS LES MAUX DE TÊTES, LES TROUBLES DE LA VUE
ET DE L'OUÏE DUS A LA "HAUTE TENSION ARTERIELLE."

HYPOTENSYL

Littérature et échantillon de:

L'ANGLO-FRENCH DRUG Cie. 354 Ste-Catherine E., Montréal.



Pour la FURONCULOSE, l'ANTHRAX, les ORGELETS
ET TOUTES LES MALADIES A STAPHYLOCOQUES.

Littérature et échantillon de:
L'ANGLO-FRENCH DRUG Cie. 354 Ste-Catherine E., Montréal.

LA
SOCIÉTÉ MÉDICALE
DES
HÔPITAUX UNIVERSITAIRES
DE QUÉBEC

BUREAU DE DIRECTION:

Président.....M. le Professeur J. GUERARD
Vice-Président.....M. le Professeur P-C. DAGNEAU
Doyen de la Faculté de Médecine.
Secrétaire.....M. le Docteur R. DESMEULES
Trésorier.....M. le Docteur G. DESROCHERS
Membres.....MM. les Professeurs A. VALLEE,
A-R. POTVIN et S. ROY.

RÉDACTION :

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

Septembre 1935

- MEMOIRES -

| | Pages |
|--|-------|
| FAUCHER E., TREMPE F. et LANGLOIS M.—Sténose hypertrophique du Pylore chez un Nourrisson mongolien. | 265 |
| PICHETTE H. et JULIEN P.-E.—Traumatisme du Globe oculaire: Arrachement total de l'Iris et Expulsion du Cristallin. | 271 |
| LACERTE Jean.—A propos de deux Cas de Névrite optique rétro-bulbaire aigue. | 273 |
| PETITCLERC J.-L. et JOBIN J.-B.—A propos du Traitement chirurgical du Cancer de l'Estomac. | 277 |
| ROGER J.-P.—Deux cas de Fracture de Greffon osseux. | 285 |

LIVRES NOUVEAUX.

290



OPOTHÉRAPIE SÉRIQUE

DÉCHÉANCES ORGANIQUES,
CONVALESCENCES,
ANÉMIES.

SÉRUM HÉMOPOIÉTIQUE FRAIS de CHEVAL
(Sirop)

Agent de Régénération Hématique, de Leucopoïese et de Phagocytose

2 à 4 cuillerées à potage par jour

19, rue Alain Chartier, Paris (XV^e)

Lit^r. Échantil^l :

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 Asciiatiques pour Salles d'Opérations et Dispensaires

Ultra-Violets — Electrodes de Quartz — Infra-Rouges

ETABLISSEMENTS G. BOULITTE, PARIS

Electrocardiographie, Pression Arterielle, Métabilisme Basal

Tous appareils de précision médicale pour hôpitaux et médecins.

COLLIN & CIE, PARIS

L'Instrumentation Chirurgicale par Excellence

PAUL CARDINAUX

Docteur es-Sciences

"PRECISION FRANÇAISE"

Catalogues, devis, Renseignements sur demande.

Service d'un Ingénieur électro-radiologiste

428, CHERRIER, MONTREAL.

Phone: HARbour 2357

OCREINE CREMY

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 précède 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 THYRENINE 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, Ltée, New Birks Bldg., Montréal

STENOSE HYPERTROPHIQUE DU PYLORE CHEZ UN NOURRISSON MONGOLIEN.

par

E. FAUCHER, F. TREMPE et M. LANGLOIS.

La sténose hypertrophique du pylore a été étudiée dans son ensemble pour la première fois, par Hirschprung, en 1888 (1).

Depuis, nombre d'auteurs en différents pays, ont étudié cette question sous tous ses angles, et le chapitre de la sténose du pylore peut maintenant être considéré comme complet.

En juillet 1925, (2) R. Bowling & Downes en rapportèrent 450 cas, et cette statistique impressionnante, parut exagérée aux Chirurgiens français Veau, Fredt, Ombredanne et A. Martin qui n'en rapportaient que 60.

Devant une si grande différence, dans les chiffres, une revue critique des cas rapportés s'imposait, et grâce à cette revue, la sténose du pylore prit une individualité clinique et radiologique bien définie. On cristallisa en quelque sorte les symptômes cliniques et radiologiques de l'affection et les signes sont restés pathognomoniques sinon de la variété clinique, tout au moins de la présence de sténose.

Notre contribution est beaucoup plus modeste, puisqu'il ne s'agit que d'un cas et c'est le seul cas classique que nous ayons rencontré depuis 6 ans. Nous avons fait opérer plusieurs nourrissons pour des sténoses pyloriques ou duodénales, mais dans aucun de ces cas il ne s'était encore agi de sténose dite hypertrophique.

(1) Le premier cas fut observé en 1788 par un médecin américain, Hezekiach Beardsly.

(2) Journal of The A.M.A. 4 juillet, 1925.

Voici l'observation résumée de notre malade :

P. R...., né le 17 février 1935, pèse à sa naissance 9 livres. L'accouchement et les suites de couches ont été normales. Il est le quatrième enfant et des trois autres, seule l'aînée âgée maintenant de 16 ans, vit en parfaite santé quoique prématurée au 7ème mois.

La deuxième gestation s'est terminée au 6ème mois par la naissance d'un débile prématuré qui n'a pas vécu.

Treize ans après une troisième gestation se termine à terme par la naissance d'un exencéphale.

Du côté maternel ou paternel on ne relève aucune tare ou intoxication et les preuves biologiques de spécificité font défaut.

Nous voyons l'enfant qui fait l'objet de cette communication pour la première fois 8 jours après sa naissance pour un état de somnolence tellement invincible qu'il rend toute prise d'aliments impossible.

Cette léthargie du nouveau-né s'associe à d'autres signes objectifs facilement constatables, au niveau de la face de la nuque, des deux mains et des deux pieds. Au niveau de la face, les yeux sont bridés et la racine du nez effrontrée. La langue n'est pas très grosse. Au niveau de la nuque et aux régions latérales du cou: une dermatoptose très marquée surtout dans le sens vertical, cette région est aussi le siège d'une hypotonie musculaire très accusée.

Au niveau des deux mains: une légère incurvation des phalanges des deux auriculaires et une hypotonie musculaire prononcée.

Au niveau des deux pieds: une laxité ligamentaire anormale.

L'examen des organes profonds et des cavités naturelles ne révèle rien de particulier.

En présence de cet ensemble de symptômes, apathie léthargique, altérations de la face, du cou, et des membres, malformation au niveau des deux mains, nous posons le diagnos-

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

ADRÉNALINE
STOVAINE
ANESTHÉSINE
EX¹ DE MARRONS
D'INDE FRAIS STABILISÉ

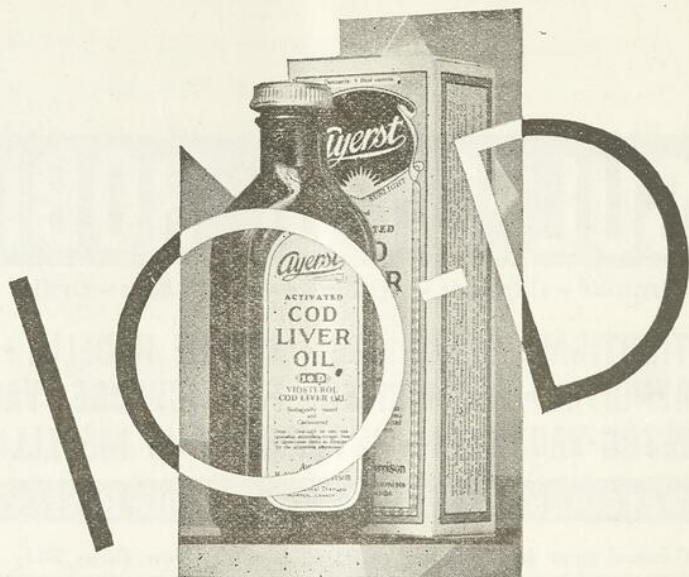


4
PRINCIPES
ACTIFS

HÉMORROÏDES

LABORATOIRES DE LA PIPÉRAZINE MIDY, New Birks Bldg., MONTRÉAL

"LABORATOIRES MIDY, 67 Avenue de Wagram, Paris.
J. EDDE, Limitée, Montréal, Agent Général.



HUILE de FOIE de MORUE
10 - D
Ayerst

Un mode pour la thérapeutique de l'huile de foie de morue, lors que la vitamine D — le facteur régulateur du calcium — s'impose comme traitement. La teneur en vitamine D de cette huile est dix fois supérieure à celle de l'huile de foie de morue adoptée par la Wisconsin Alumni Research Foundation.

L'Huile de Foie de Morue 10-D Ayerst est une huile de Terre-Neuve riche en vitamine A, et sa teneur en vitamine D est élevée par l'addition d'Ergostérol Irradié, d'après un procédé de la Wisconsin Alumni Research Foundation qui en contrôle la vente.

Les titrages biologiques des vitamines de l'huile de foie de morue Ayerst et des autres produits biologiques Ayerst sont scrupuleusement faits sous la surveillance du docteur A. Stanley Cook et de ses collaborateurs dans les laboratoires d'Ayerst, McKenna & Harrison, Limitée à Montréal.

Ayerst, McKenna & Harrison
Limited
Pharmaciens et Biologistes

MONTREAL

:::

CANADA.

tic de dystrophie pseudo-mongolienne justifiable d'un effort thérapeutique mais à un âge plus avancé.

Le régime de l'enfant est établi, et nous essayons de rassurer l'entourage sur cette léthargie qui en général ne dépasse pas la première semaine. En effet durant les jours qui ont suivi on réussit à faire prendre à l'enfant sa ration journalière qu'il tolérait très bien.

Dix jours après, nous sommes appelés à revoir l'enfant, mais cette fois pour une symptomatologie nouvelle. Il s'agissait de vomissements de lait caillé survenant 1½ à 2 heures après le boire, avec une constance quasi mathématique. Les évacuations intestinales devenaient de plus en plus rares, une tous les 3 ou 4 jours, et les selles avaient conservé le caractère méconial.

Déjà le diagnostic de sténose du pylore se présentait, mais avant de recourir au traitement chirurgical, nous avons soumis l'enfant à un traitement par les anti-spasmodiques, entrevoyant un pylorospasme possible. Devant l'insuccès de cette première tentative, l'enfant est hospitalisé pour compléter notre examen clinique par un examen radiologique. Il est entré dans le service le 15 mars 1935, et de cette date au 19 mars, nous reprenons encore le traitement par les anti-spasmodiques. Devant un deuxième échec, nous faisons faire le 19 mars une radiographie qui confirme l'hypothèse clinique de sténose du pylore, puisque 5 heures après l'absorption du baryum, aucune trace n'en est décelable, au-delà du pylore.

L'intervention chirurgicale est décidée et fixée pour le lendemain. Les suites opératoires immédiates furent très bonnes, et quant aux suites éloignées, à date elles sont excellentes. A son entrée à l'Hôpital le malade pesait 7.9 et il pèse maintenant 8.9.

Il vomissait 3 à 4 fois par jour et depuis douze jours il n'a pas vomi.

Il s'est donc agi d'un dystrophique mongolien, présentant une sténose hypertrophique du pylore.

Les signes objectifs du mongolisme sont suffisamment

développés chez notre malade pour que le diagnostic ne fasse pas de doute. En ce qui concerne la sténose du pylore l'ensemble des signes cliniques aurait suffi à poser ce diagnostic que devaient confirmer la radiologie et la chirurgie.

Nous avons en effet noté, ce que l'on appelle "l'intervalle libre" c'est-à-dire cette période de latence, pendant laquelle le sténosé vomit peu ou pas, qui a une durée variable, en semaines ou en mois et qui suit immédiatement la naissance. C'est un signe pratiquement constant et facilitant le diagnostic différentiel entre la sténose organique du pylore et le pylorospasme.

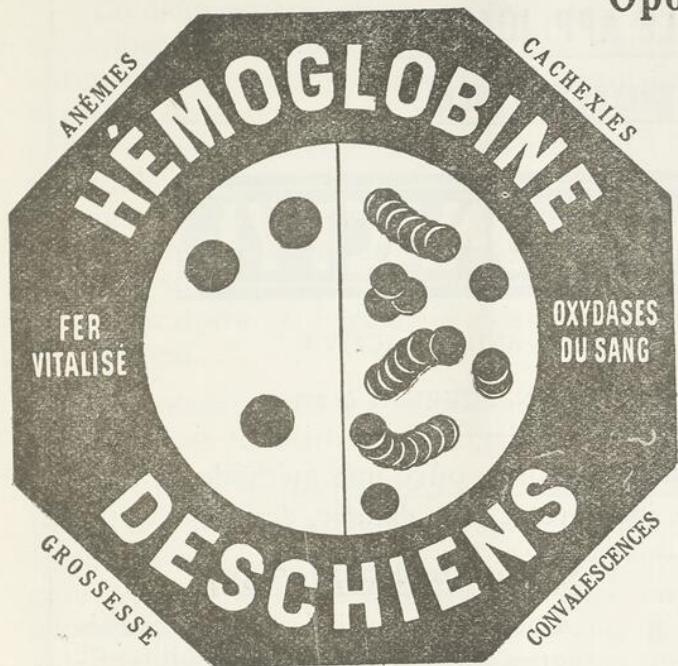
Nous avons aussi noté la constipation opiniâtre, ou tout au plus une évacuation alvine d'apparence méconiale tous les 4 ou 5 jours. Dans le pylorospasme cet élément ne se présente pas avec autant de rigueur. L'amaigrissement rapide et l'installation progressive d'un état hypothrepsique, ajoutés aux autres signes, réalisaient le syndrome classique de sténose du pylore.

Avant d'intervenir sur la foi de ces seules données cliniques, nous avons demandé un contrôle radiologique. Les signes constatés à l'écran n'apportent pas de précision sur la nature de la sténose, mais il est difficile de ne pas conclure à une sténose plutôt qu'à un pylorospasme lorsque cinq heures après, le baryum ingéré est resté en entier dans l'estomac. Nous croyons qu'il n'est pas exagéré d'ajouter que dans ces cas, l'examen radiologique est indispensable à l'obtention de renseignements suffisants, sur la légitimité d'un acte chirurgical curatif.

Cet acte chirurgical fut exécuté le 20 mars, et permit au Docteur Trempe de retrouver, le myôme en question, encore appelé l'olive pylorique qui mettait fin à tout doute sur la présence d'une sténose.

La pylorotomie extra-muqueuse, sous anesthésie à l'éther, fut pratiquée suivant la technique préconisée par Fredet en 1910 et modifiée par Rammstedt en 1913. C'est là à notre sens le seul traitement de la sténose du pylore confirmée.

Opothérapie Hématique



SIROP de
DESCHIENS

à l'Hémoglobine

Renferme Intactes les Substances
Minimales du Sang

Médication rationnelle des
SYNDROMES ANÉMIQUES
et des
DÉCHÉANCES ORGANIQUES

Une cuillerée à potage à chaque repas.

DESCHIENS, D^r en Ph^l, 9, Rue Paul-Baudry, Paris (8^e). — Agents Généraux : ROUGIER Frères, 350, Rue Le Moyne, Montréal.

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.

UNE NOUVELLE APPLICATION
Thérapeutique

CARBONACTYL

CARBONE ANIMAL ACTIVÉ
 EN
 SUSPENSION AQUEUSE à 2%

En injections intraveineuses, offre une méthode de traitement efficace, indolore et sans danger, des

Infections Aiguës

Pneumonies et infections bronchiques aiguës, phlébites, épидидymites et prostatites gonococciques, furonculoses à répétition, érysipèle, etc.

Bibliographie :

La Presse Médicale, No 95, 28 novembre 1934: "Le traitement des parotidites aiguës par les injections intraveineuses de carbone animal", par Dr Eugène St-Jacques.

La Presse Médicale, No 99, 12 décembre 1934: "Une nouvelle thérapeutique anti-infectieuse: le carbone intraveineux", par Drs A. Touraine et B. Ménétrel.

C. M. A. Journal, février 1934: "Charcoal intravenously in a case of severe septicaemia", par Drs B. F. Macnaughton et J. W. Gerrie.

C. M. A. Journal, août 1934: "Intravenous injections of Animal Charcoal in the treatment of varied infections: A clinical and experimental study", par Dr Eugène St-Jacques.

Medical Record, janvier 1935: "Intravenous injections of Animal Charcoal", by Dr Eugène St-Jacques.

Laboratoires Poulenc Frères du Canada, Ltée

Distributeurs: ROUGIER FRÈRES MONTREAL

Ce diagnostic n'est pas toujours aisé à porter, car entre un pylore imperméable, et un pylore qui se laisse franchir librement se placent divers états intermédiaires. Dans ces derniers états il ne faut pas que l'élément spasme vienne prêter à confusion et retarde indéfiniment l'intervention chirurgicale en diminuant d'autant les chances de succès. En présence de sténose confirmée nous dirons donc avec Pehu: (1) longtemps défenseur du traitement exclusivement médical: "Devant les résultats remarquables obtenus par le procédé opératoire de Fredet, je suis tout gagné à la cause de la chirurgie....".

La coexistence chez le même malade de ces deux affections soulève un autre problème intéressant.

Ces deux malformations sont-elles une localisation multiple d'une seule et même dystrophie, comme le voudrait Santillana de Tunis (2) qui fait du Mongolisme une dystrophie généralisée? ou bien coexisteraient-elles sans aucune interdépendance? En ce qui nous concerne nous nous rallions volontiers à la première hypothèse parce que:

Ces deux affections ont un caractère commun c'est d'être congénitales.

C'est un fait admis pour la sténose du pylore. Déant rapporta un cas de sténose à l'autopsie d'un fœtus de 7 mois, et Grawitz à l'autopsie d'un nouveau-né de 36 heures.

L'apparition des symptômes très tôt après la naissance plaide aussi fortement en faveur de cette hypothèse.

Si la sténose du pylore semble être une affection congénitale, cette pathogénie est plus facile à démontrer lorsqu'il s'agit du mongolisme. Et même plus cette dernière dystrophie, n'est pas simplement considérée comme congénitale, mais bien comme le résultat d'une viciation à l'origine même de la cellule germinale. Les rapports entre le mongolisme et la grossesse gémellaire illustrent bien cet avancé. En effet le mongolisme ne peut exister que chez un des jumeaux, dans ces cas il s'est agi de grossesse bi-vitelline,

(1) Gazette Médicale France - Juillet 1929.

(2) Oct. 1933 Arch. de M. des enfants (Page 615).

au contraire dans le cas des 2 jumeaux mongoliens, il s'est agi de grossesse uni-vitelline. (1) Une relation de cet ordre, évite tout compromis, et fixe à la cellule germinale, la responsabilité directe de la dystrophie.

Si nous tenons compte des constatations anatomo-pathologiques dans le mongolisme, nous pourrions dire avec Marfan (2) qu'il n'y en a qu'une qui soit constante et d'ordre essentiellement tératologique c'est "l'hypoplasie de l'écorce cérébrale" c'est une des plus fortes preuves, en faveur du caractère congénital du mongolisme.

Ces deux affections ont donc eu chez notre malade un caractère commun, celui d'être congénitales, et il est plus que logique, de considérer notre sténose comme une dystrophie localisée, faisant partie d'un ensemble dystrophique. Nous croyons avec Comby que la cause en a été chez notre malade, l'âge des parents, le père a en effet 55 ans et la mère 42.

Nous tenons à remercier, Monsieur le Docteur E. Faucher qui nous a fourni l'occasion d'observer ce malade.

(1) Mouriquand & Schoen: Arch. M. des enfants, Oct. 1933 (Page 620).

(2) Arch. M. des Enfants (déjà cité).

(Travail de l'Hôpital du St-Sacrement).

TRAUMATISME DU GLOBE: ARRACHEMENT TOTAL DE L'IRIS ET EXPULSION DU CRISTALLIN.

par

H. PICHETTE et P.-E. JULIEN.

L'intérêt du travail que nous vous présentons réside moins dans les données symptomatiques et thérapeutiques qu'il comporte que dans l'originalité des lésions qui en font le sujet. En effet la brutalité du traumatisme, l'importance du délabrement et la cicatrisation spontanée et parfaite qui a suivi tels sont les points saillants du cas que nous allons rapporter.

Le 5 février dernier M. E.-B....., âgé de 37 ans s'est présenté à la consultation dans le service de M. le Dr Pichette. Il nous a raconté l'histoire suivante :

Il y a dix jours il était à aiguïser une scie pliée en demi-cercle. Soudain l'acier lâche et une partie vient frapper notre homme sur l'œil gauche. Il ressentit une douleur excessivement vive accompagnée de phosphènes à "formes étoilées" suivie d'un larmolement intense à travers lequel le malade aurait différencié "un fluide épais". Il consulta huit jours plus tard; durant ce temps les lavages à l'eau boriquée, voire même la "graine de lin" firent les frais du traitement. Son médecin lui mit quelques gouttes d'atropine et un pansement. Trois jours après il vient consulter parce qu'il a de la difficulté à voir avec son œil gauche.

Voici le résultat de l'examen :

O. D.—Apparemment normal.

O. G.—Larmolement, photophobie intense conjonctive bulbaire et palpébrale très injectée.

Cornée: Section linéaire opalescente, voisine du limbe et s'étendant de huit heures à midi.

Iris: Totalement disparu.

Corps ciliaire: Nullement douloureux à la pression.

Cristallin: Absent. La vision de loin comme de près est impossible.

Tonus: Normal.

Tous les mouvements du globe sont conservés.

A.V.O.D.—10/10.

A.V.O.G.—1/10.

Fond d'œil: Visible avec "+10" laisse voir de l'hyperhémie et un léger "flou rétinien" vraisemblablement dû à l'œdème. Nulle hémorragie aucune trace de décollement rétinien.

A la lampe à fente de "Zeiss" on distingue des débris de la cristalloïde postérieure.

Dans le vitré quelques traces d'organisation sont visibles.

Diagnostic: Il s'agit d'un éclatement de la cornée ayant permis l'issue de l'iris et du cristallin.

Traitement: A permis de constater la particularité essentielle chez ce malade; aucune trace d'infection en dépit de l'importance de la plaie et du peu de soins qui ont suivi le traumatisme.

Nous avons laissé la cicatrisation se parfaire sans plus. Après quinze jours d'hospitalisation l'œil protégé par un verre coloré le malade nous quitte en parfaite condition de reprendre son travail.

La rareté de ce traumatisme et sa réparation aussi parfaite nous ont incités à vous présenter ce malade.

(Travail de l'H-pital du St-Sacrement).

METHODE DE WHIPPLE

HEPATHEMO

DESCHIENS



Extrait concentré hydrosoluble de foie de veau

Forme ampoule-forme sirop

**SYNDROMES
ANÉMIQUES**

DESCHIENS, 8, RUE PAUL BAUDRY - PARIS (VIII^e)
REPRÉSENTANT: ROUGIER, 190, RUE LENOIR MONTREAL (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.

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 à 49, rue COUILLARD
et 48-50, rue GARNEAU

QUEBEC
CANADA

MAGASIN et BUREAUX
RUE St-JEAN

A LOUER

5 Variétés

—Pour aider le médecin à adapter un traitement selon le besoin d'un chacun, il existe cinq préparations de Petrolagar qui répondent aux indications particuliers, nécessaires au succès du traitement.

Echantillon sur demande.

PETROLAGAR LABORATORIES
OF CANADA, Ltd
364 Argyle Road
Walkerville, Ontario.

Petrolagar 
POUR LA **CONSTIPATION**

—Consultez-nous pour la reliure
du Bulletin Médicale.
Prix spécial aux Médecins.

OUVRAGES

| | | | |
|----------------------------|---------------------------------|---|---|
| D E L U X E | D E V I L L E | R E L I G I E U X | L I T T É R A I R E S |
|----------------------------|---------------------------------|---|---|

° PPELEZ

3-0337

P. LAROSE

— ENR. —

IMPRIMEUR-RELIEUR

331, Rue St-Joseph, Québec.

A PROPOS DE DEUX CAS DE NEVRITE OPTIQUE RETRO-BULBAIRE AIGUE.

par

Jean LACERTE

Il existe des problèmes médicaux dont la solution dépend de la collaboration constante du médecin et du spécialiste; c'est le cas pour la névrite optique rétro-bulbaire aiguë que les uns mettent en rapport avec les sinusites tandis que les autres la considèrent comme un signe souvent précoce de la sclérose en plaques.

Deux observations récemment recueillis dans le service de M. le professeur Dussault nous illustrent bien l'ambiguïté du problème.

R. T....., 16 ans se présente pour la première fois à la consultation d'ophtalmologie de l'Hôtel-Dieu le 1er mai 1933 pour baisse assez brusque de la vision de l'œil gauche. Cet œil n'a qu'un dixième (1/10) d'acuité visuelle et il existe un large scotôme central dans le champ visuel. L'examen du fond de l'œil ne révèle qu'un léger œdème péri-papillaire. L'œil droit est absolument normal.

A l'examen rhinologique, on constate une grosse hypertrophie du cornet moyen et quelques mucosités dans le méat. Ponction du sinus négative. La radiographie n'indique aucune obscurité sinusienne. Résection d'une partie de la tête du cornet moyen polypoidal. Légère hémorragie ne nécessitant pas de tamponnement. Dans la suite, amélioration constante de l'acuité visuelle qui passe de (1/10 à 9/10). Le scotôme central n'existe plus. La région papillaire est d'apparence normale. Le malade retourne chez-lui. Nous le revoyons à différents intervalles et sa guérison se main-

tient jusqu'à il y a un an. Au mois février dernier, il est hospitalisé dans le service de M. le Professeur Guérard où on établit un diagnostic de sclérose en plaques. Revu en ophtalmologie, on constate un atrophie optique de l'œil gauche. En résumé: malade présentant il y a deux ans les symptômes d'une névrite optique rétro-bulbaire aiguë qui est guéri à la suite d'une résection partielle de la tête du cornet moyen. Deux ans après, ce malade est hospitalisé pour une sclérose en plaques.

L'observation suivante est celle de M. J. A. A....., âgé de 30 ans qui vient consulter le 16 janvier 1935 pour une perte de vision complète de l'œil gauche dont le début date de huit jours.

L'œil est d'apparence normale. Le malade accuse en outre des phénomènes douloureux tenaces ne cédant pas aux analgésiques. L'examen ophtalmologique montre:

O. D., Normal.

O. G., Papille légèrement trouble: œdème péri-papillaire. L'examen du champ visuel décèle un énorme scotôme central. Il n'existe pas de signe de suppuration nasale. La ponction des sinus maxillaires est négative. La radiographie ne permet pas de déceler des lésions des sinus. Les réactions de B. W. et de Kahn sont négatives tant dans le sang que dans le liquide céphalo-rachidien. Le benjoin colloïdal est normal.

Malgré l'absence de tout signe rhinologique, la vision continuant à baisser, nous faisons une légère résection de la tête du cornet moyen. Dans l'espace de 15 jours, la vision de 1/10 monte à 9/10. Le scotôme central disparaît et actuellement notre malade peut lire de son œil, les caractères d'imprimerie les plus fins.

Ce malade fera-t-il dans un avenir rapproché de la sclérose en plaques? Les reflexes tendineux, cutanés et muqueux ont donné une réponse normale. Les examens de laboratoire sont négatifs; seule la névrite optique rétro-bulbaire sera ici le symptôme précurseur de cette maladie.

Qu'est-ce que la névrite optique rétro-bulbaire? C'est



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 : 2ou 3 PILULES — CURATIF 4 à 8 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

VERONIDIA

PRINCIPES ACTIFS: Véronal pur
Extrait de Passiflora

FORMES : Solution - Comprimés

INDICATIONS: Antispasmodique
Hypnotique

Société Générale d'Applications Thérapeutiques
"THERAPLIX"

Distributeurs: ROUGIER FRERES - - MONTRÉAL

CAMPHOSOL CHOMEDY

Solution de Camphre soluble dans l'eau
Solution à 10% de Camphosulfonate de soude

Tonique de muscle cardiaque remplaçant avantageusement l'huile camphrée qui graisse les seringues, provoque des nodosités et parfois des abcès. Le CAMPHOSOL s'injecte facilement, n'est pas toxique, agit vite, est indolore, ne provoque jamais de réaction locale, et peut s'injecter par voie veineuse. Le CAMPHOSOL agit sur le myocarde en renforçant les contractions et sur le pneumo-gastrique en le régularisant.

INDICATIONS: Le CAMPHOSOL s'emploie dans tous les cas où il faut obtenir une action extrêmement rapide tonocardiaque: syncopes, adynamie, phénomènes de shock, gripes, pneumonie, fièvres infectieuses, septicémies, suites d'interventions chirurgicales ou obstétricales. Le CAMPHOSOL excite les centres respiratoires et s'emploie également dans les cas d'asphyxie plus ou moins prononcée des emphysémateux, pneumoniques, asthmatiques ou des noyés et intoxiqués par des gaz toxiques.

PRESENTATION: Le CAMPHOSOL est présenté en ampoules de 5 cc., 2 cc. et 1 cc.

Laboratoires **J. PLE, PARIS**

| | | | | |
|-----------|-------------|-----|--------|---------|
| Boîtes de | 12 ampoules | de | 1 c.c. | \$12.00 |
| " " | 6 " | " " | 2 c.c. | 7.50 |
| " " | 12 " | " " | 2 c.c. | 13.20 |
| " " | 50 " | " " | 2 c.c. | 39.00 |
| " " | 5 " | " " | 5 c.c. | 9.00 |
| " " | 10 " | " " | 5 c.c. | 18.00 |
| " " | 50 " | " " | 5 c.c. | 75.00 |

HERDT & CHARTON INC.

WINNIPEG
128 James St.

207 MCGILL COLLEGE AVE.
MONTREAL

TORONTO
11 King St. West



PEPTONE IODÉE SPÉCIALE

RICHE EN IODE ORGANIQUE, ASSIMILABLE, UTILISABLE

Iodogénol Pépin

**GOÛT
AGRÉABLE**

INDICATIONS DE L'IODE ET
DES IODURES MÉTALLIQUES

**GRANDE
TOLÉRANCE**

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.

Téléphone 2-5003

BRAIS & MENARD

“KIK”

—PURE
—SAINE
—AGREABLE
—RAFRAICHISSANTE

68, RUE ST-VALLIER

- - QUEBEC.

Pour SERVICE RAPIDE—

2-6818**TAXI FRONTENAC Enrg.**

— Voitures 5 et 7 Passagers —

Une ATTENTION spéciale est donné aux Médecins.

GARAGE CARRIER

Débossage — “Duco” — Mécanique.

— SERVICE RAPIDE. —

284½ DU ROI

- - QUEBEC.

Edouard Ratté

Electricien Licencié

Réparations d'appareils électriques — Service de Rayon X
Ultra Violets, Diathermie Etc.

- SATISFACTION GARANTIE -

109, rue Notre-Dame des Anges

une névrite optique aiguë généralement unilatérale qui se traduit par une diminution plus ou moins accentuée, plus ou moins brusque de l'acuité visuelle. Elle est rétro-bulbaire parce qu'à l'ophtalmoscope on ne découvre le plus souvent aucune lésion du nerf optique, tout au plus un léger trouble de la papille; ce qui fait dire à un certain auteur que "La névrite rétro-bulbaire est une affection où le malade et le médecin ne voient rien, sinon très peu".

L'absence des lésions ophtalmoscopiques franches s'explique par le fait que dans la névrite rétro-bulbaire, le segment postérieur du nerf qui est atteint, c'est-à-dire celui qui s'étend du chiasma au point de pénétration de l'artère centrale dans le nerf optique, situé à 1 centimètre en arrière de la papille. Dans ces conditions, une inflammation ou toute autre affection du tronc du nerf optique n'aura au début du moins aucun retentissement sur la région papillaire, l'aspect de la papille ne se modifiera pas.

Dans la névrite rétro-bulbaire, la diminution de la vision est déterminée par un stocôme central. Ce stocôme central au début, peut s'élargir plus ou moins rapidement et s'étendre à tout le champ visuel. Il en résulte une cécité complète.

Le stocôme central correspond à une lésion du faisceau nerveux provenant de la partie centrale de la rétine, c'est-à-dire de la macula.

L'expérience et l'observation clinique montrent que ces fibres sont les plus fragiles de toutes parmi les fibres du nerf optique. Elles sont les plus sensibles aux toxines, elles s'atrophient en tout premier lieu, au cours d'une compression du nerf optique. Dans la névrite rétro-bulbaire, l'agent nocif agit moins énergiquement, c'est pourquoi seules les fibres les plus délicates, les fibres maculaires sont atteintes. Au point de vue de son évolution clinique, on peut dire que malgré ses débuts brusques et alarmants, la grande majorité des névrites rétro-bulbaires guérissent complètement sans préjudice pour la vision.

La névrite rétro-bulbaire se développe relativement souvent chez des personnes jeunes. Au point de vue étiologique, elle peut être attribuée soit à une affection générale,

soint à une lésion du voisinage. Nous ne mentionnerons ici que les sinusites et la sclérose en plaques.

RAPPORTS ANATOMIQUES DES PAROIS SINUSIENNES.

Ces rapports ont été particulièrement étudiés par Canuyt et Terracol. Ces auteurs nous apprennent que c'est avant tout le sinus sphénoïdal qui entre en contact avec le canal du nerf optique. Plus la cavité est étendue, plus intime s'établiront les rapports entre le canal optique et les cavités sinusales.

C'est dans son trajet intra-canaliculaire que le nerf optique est exposé aux infections sinusiennes. Si nous étudions la coupe frontale passant par la cavité sphénoïdale, nous verrons que c'est la paroi supéro-externe qui est la plus importante au point de vue ophtalmologique, car c'est elle qui contribue à former la paroi interne du canal optique. Si l'on considère que cette paroi est tapissée d'une part de la muqueuse sinusienne, et d'autre part de la dure-mère représentant la gaine du nerf optique; l'intimité des rapports entre le nerf optique et le sinus sphénoïdal ne paraîtra que plus évidente.

Il y a une dizaine d'années, des auteurs américains ont publié toute une série de travaux dans lesquels ils insistent sur le rôle étiologique extrêmement important que joue pour certaines affections et entre autres pour la névrite rétro-bulbaire, l'existence non pas des sinusites franches suppurées mais latentes, difficilement décelables.

Au point de vue bactériologique Portmann de Bordeaux attribua aux anaérobies un rôle important. Ces germes provoquant de l'œdème, l'aération et le drainage du sinus apporteraient une amélioration rapide précisément parce que les anaérobies sont en jeu. L'intervention jouera le rôle d'une laparatomie exploratrice.

Alors, on a établi rapidement l'équation: névrite optique rétro-bulbaire = trépanation et curetage des sinus. Les uns conseillent une intervention radicale. Avec le temps certains auteurs ont procédé d'une façon moins énergique, quelquefois par crainte de léser les parois sinusiennes et le nerf optique,

d'autres fois parce que dans la suite on s'aperçut de l'efficacité d'une intervention même légère. Toute une série d'auteurs (Rollet Sargnon, Portmann) se bornent à réséquer une partie du cornet moyen en évitant tout délabrement inutile. C'est ainsi qu'une intervention minime (cornéctomie partielle, épérotomie), aboutit au même résultat thérapeutique qu'une large opération. Ces derniers temps en France comme en Allemagne certains auteurs (Canuyt et Herzog), ont préconisé au lieu de l'intervention chirurgicale la simple anémisation de la muqueuse nasale au moyen de tampons d'adrénaline. Mais comment expliquer le mécanisme de cette action bienfaisante de l'opération quand il y a intégrité parfaite des sinus et que d'autres facteurs, la sclérose en plaques entre autres, sont en jeu excluant complètement l'étiologie sinusienne.

Une première hypothèse est celle que la névrite est due non pas, à une inflammation de la muqueuse mais à un manque d'aération de la cavité sinusienne, au vacuum sinus de Sluder, c'est-à-dire l'obstruction du canal naso-frontal survenant en dehors de toute suppuration du sinus.

Les succès obtenus par l'ouverture du sinus, la résection du cornet moyen ou l'anémisation de la muqueuse par des tampons d'adrénaline parlent en faveur de cette théorie.

Une deuxième hypothèse est celle de l'action de l'hémorragie. Canuyt, Sargnon, Ramadier, Redslob ont plaidé pour cette hypothèse. L'évolution souvent brusque, la guérison presque certaine, l'effet bienfaisant d'une modification de la vaso-tonicité par une saignée, ont suggéré l'idée que ce sont des troubles de la circulation, en particulier des spasmes qui sont parfois à la base des symptômes caractéristiques de la névrite rétro-bulbaire.

La névrite rétro-bulbaire paraît être un symptôme extrêmement important de la sclérose en plaques. On la rencontre le plus souvent au début de cette maladie infectieuse, plus rarement pendant la période d'état. Ce qu'il ne faut pas oublier, c'est que la névrite rétro-bulbaire peut être le symptôme initial, très précoce, même précurseur de la sclérose en plaques. Weill de Starsbourg insiste, des chiffres

à l'appui, sur la fréquence de la sclérose en plaques comme facteur étiologique de la névrite rétrobulbaire. Meller de Vienne affirme que même dans le cas de sclérose en plaques les sinus gardent toute leur importance. C'est que l'affection des sinus créerait pour le nerf optique un lieu de moindre résistance.

- Bibliographie -

- Canuyt:** Les sinusites postérieures latentes et leurs complications oculaires. Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie 1922, No. 19.
- Portmann:** Quelques réflexions à propos d'un cas de N. Opt. Rétro-bulbaire. Revue d'O. R. L. 45 f9.
- Sargnon:** La part du sympathique dans les troubles oculaires d'origine nasale. Revue d'O. R. L. No. 10. 1934.
- Terracol:** Le Traitement d'urgence de la névrite optique rétro-bulbaire aigüe d'origine sinusienne. Revue d'Oto. N. Opht. Tome XII, No. 6.
- Weill:** Névrite rétro-bulbaire. Sinusite-sclérose en plaques. Revue d'Oto. N. Opht. Tome XII, No. 7.
- Redslob:** Les névrites optiques rétro-bulbaires d'origine nasale. Annales d'occulistiques. Tome C. L. XVII, No. 8.
- Benedict:** ..RETRO-BULBAR NEVRITIS and disease of the nasal accessory sinuses. Archives of Ophthalmology. Vol. 9, 1933, p. 892.

(Travail de L'Hôtel-Dieu).

iodo CINNAMATE CHOMEDY

L'iodo-CINNAMATE a une action chimiothérapique anti-infectieuse en général, et anti-infectieuse pulmonaire en particulier; il tend de plus à conférer à l'organisme une immunité artificielle vis-à-vis des bacilles.

Chaque ampoule contient :

| | | | |
|------------------------------|------|------------|------------|
| { Cholestérine | 0.03 | Goménol | } à 0.05 } |
| { Cinnamate de Benzyle | 0.05 | Gaiacol | |
| { Iode combiné | 0.01 | Eucalyptol | |

Huile d'arachide neutralisée stérilisée Q.S. pour 1 cc. ½

La CHOLESTERINE, pure, possède une propriété antitoxique, antihémolytique, et, d'après les travaux de Legout et d'Abderhalden, antigénétique fixatrice du complément; le professeur Lemoine en collaboration avec Gérard a souligné les propriétés curatives de la cholestérine à l'égard de l'infection bacillaire sous ses formes les plus diverses.

Le CINNAMATE de BENZYLE, un des éthers de la cinnaméine, qui est un composant du baume du Pérou, a donné expérimentalement et cliniquement, entre les mains de Jacobson, Barbary, Darier, Jeanselme, Spilmann, Dufourmental et Sébilleau, etc.... des résultats remarquables. "Le cinnamate de benzyle facilite ou provoque l'action de la forte main de la nature par formation du tissu conjonctif évoluant vers la cicatrisation, avec dilatation des capillaires, accumulation de leucocytes, rappelant le travail d'englobement cicatriciel d'une lésion par corps étranger". (A. Aimes).

L'IODE a toujours tenu une large part dans le traitement de la scrofule et du rachitisme. Dans l'**Iode-Cinnamate**, l'iode employé est de l'iode bi-sublimé chimiquement pur, que, par un procédé spécial, nous combinons intimement à l'huile végétale dans laquelle il se trouve fixé.

Le GOMENOL, le **GAIACOL** et l'**EUCALYPTOL** agissent synergiquement, grâce à leur qualité éminemment antiseptique, sur tous les microbes végétant dans les voies respiratoires; leur volatilité fait qu'ils sont éliminés en grande partie par les poumons, en effectuant ainsi une sorte d'inhalation à rebours. Ils ont de plus une action sclérogène sur les lésions et une action modificatrice des sécrétions bronchiques.

Dans les infections pulmonaires, les gripes et leurs séquelles on constate une diminution de la température, la disparition des symptômes alarmants; quand il y a abcès du poumon, bronchite fétide ou gangrène pulmonaire, l'**Iodo-Cinnamate** fait disparaître l'odeur repoussante des crachats. Dans les convalescences, des infections aiguës, l'**Iodo-Cinnamate** stérilise non seulement les voies respiratoires, mais protège l'organisme contre une poussée bacillaire évolutive.

La boîte contient DOUZE ampoules, \$1.65

J. PLÉ, Docteur en Pharmacie de l'Université de Paris

Licencié ès Sciences, Ancien Interne des Hôpitaux de Paris,
Ancien Elève de l'Institut Pasteur.

Distributeurs pour le Canada :

HERDT & CHARTON, INC.

2027, Avenue du Collège McGill — MONTREAL

Dr W. E. BRUNET, président PAUL BRUNET, vice-président

W. BRUNET & Cie. Ltée.

Fondée en 1855

| | |
|----------------------------|-----------------|
| PHARMACIENS EN GROS | IMPORTATEURS ET |
| INSTRUMENTS DE CHIRURGIE | MANUFACTURIERS |
| AMEUBLEMENTS D'HOPITAUX | DE PRODUITS |
| RAYONS X ET PHYSIOTHERAPIE | PHARMACEUTIQUES |

70, rue Laliberté 139, St-Joseph

QUÉBEC

CANADA

TRAITEMENT
DES
TUBERCULOSES CHIRURGICALES
PAR LA
METHODE DU D^R FINIKOFF

**HUILE IODÉE
INJECTABLE
DU D^R FINIKOFF
(MÉLANGE EXTEMPORANÉ)**

**CALCIUM
DU DOCTEUR
FINIKOFF
(INTRAVEINEUX)**

Littérature et échantillons à MM. les Docteurs
LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA
21-Rue Chaptal-Paris IX

HERDT & CHARTON Inc. 207, avenue McGill College, Montréal.
"Représentants exclusifs pour le Canada".

A PROPOS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DU CANCER DE L'ESTOMAC.

par

J.-L. PETITCLERC et J.-B. JOBIN

En novembre dernier, l'Académie de Médecine de New-York, à l'occasion de ses deux semaines annuelles de cours de perfectionnement, avait organisé une exposition du cancer. Sur l'un des vastes murs de la salle d'entrée de la bâtisse de l'Académie, on pouvait lire des phrases, en grosses lettres, destinées à frapper les yeux et l'imagination. La première phrase se lisait ainsi: "Traiter médicalement un cancer de l'estomac, c'est commettre un meurtre". Nous sommes loin de la remarque de Langenbeck qui disait qu'il ne connaissait pas de manière plus rapide pour expédier de ce monde un homme que rien ne peut sauver que de l'opérer, de son cancer d'estomac.

Plus près de nous cependant, Hartmann, et depuis longtemps, a enseigné que le meilleur traitement palliatif du cancer d'estomac, c'était la résection de cet organe.

Nous avons ce soir l'honneur de vous présenter un homme, opéré depuis seize mois, pour essayer de démontrer que, même si le cancer est déjà dans la dernière phase de son évolution, celle-ci peut encore être arrêtée.

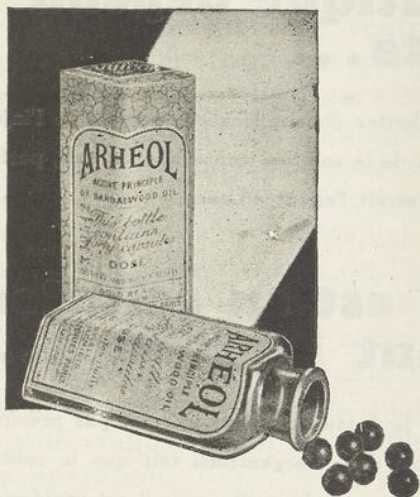
A l'occasion de la présentation de ce malade devant la Société Médicale des Hôpitaux Universitaires, nous avons fait une enquête sur tous les cas de cancer de l'estomac qui ont été hospitalisés à l'Hôtel-Dieu depuis trois ans. Nous avons envoyé un questionnaire à soixante-dix patients et nous avons reçu cinquante-deux réponses. Et c'est le résul-

tat de cette enquête que nous voulons vous soumettre ce soir, après vous avoir présenté le malade.

M. Georges C...., fut admis à l'hôpital le 15 novembre 1933 pour des vomissements, des douleurs épigastriques et un amaigrissement considérable. Interrogé sur ses antécédents héréditaires, le malade nous apprend que sa mère et son oncle sont morts de cancer de l'estomac, tous les deux à l'âge de 55 ans. Gros travailleur et gros mangeur, il a fait un usage modéré de boissons alcooliques et de tabac. Les troubles digestifs qui justifient son admission à l'hôpital ont commencé au début de l'année 1930. Après les repas, le malade se plaignait d'une plénitude douloureuse au creux épigastrique accompagnée de coliques. La douleur descendait peu à peu vers la fosse iliaque gauche, et après une demi-heure le malade avait la sensation d'un relâchement, d'un déblocage, et il passait une selle diarrhéique. Ces troubles se répétaient deux ou trois fois par jour et ils disparurent au printemps sans cause apparente. Le malade n'avait à peu près pas maigri pendant ce temps. Il passe ainsi deux mois très bien; puis des troubles digestifs réapparaissent sous forme de malaise au creux épigastrique dans l'heure qui suit les repas. Dès lors apparurent une perte considérable de l'appétit, une fatigue inusitée au travail, un amaigrissement très marqué et des alternatives de diarrhée et de constipation. De lui-même, il abandonne les viandes et les graisses et après un an, il ne mangeait plus que des pommes de terre, du lait et des œufs. Il vomit bien un peu de temps en temps, mais comme ce phénomène n'est pas nouveau chez lui, il n'y attache pas d'importance. Le malaise épigastrique est devenu une douleur d'autant plus forte que les repas sont plus copieux. Enfin, incapable de s'alimenter, ayant perdu 40 livres de son poids, et vomissant tous les jours, il arrive à l'hôpital. A son arrivée, le diagnostic de cancer de l'estomac est rapidement posé; rien n'y manque: troubles fonctionnels et généraux typiques, perception d'une masse dure à l'épigastre et image lacunaire évidente sur la radiographie, tout y est.

Le malade est mis au courant de son état de santé; nous lui proposons une intervention chirurgicale qu'il accepte fa-

ACTION ANTISEPTIQUE



prolongée

sur

L'APPAREIL URINAIRE

DANS l'inflammation aiguë de la vessie, de l'urètre postérieur et de l'appareil génito-urinaire — lorsqu'il existe de la douleur, du ténesme et de la pollakiurie — le principe actif de l'essence de santal, le santalol, constitue un des meilleurs adjuvants médicaux par voie interne.

Par la présence constante du santalol dans l'urine, toute la muqueuse de la vessie et de l'urètre postérieur se trouve continuellement lavée par un liquide cicatrisant, modificateur et antiseptique.

C'est exactement ce qui arrive quand vous prescrivez

ARHÉOL (Astier)

Car l'Arhéol (Astier) est le principe actif purifié de l'essence de santal, ne contenant jamais moins de 98% de santalol. Il ne contient pas de substances thérapeutiquement inertes mais irritantes, décelées dans l'essence de santal ordinaire.

Dans la période aiguë de la gonorrhée, l'Arhéol (Astier) soulage la douleur, réduit l'inflammation, atténue la gêne de l'urètre postérieur et diminue la fréquence des mictions. Lorsqu'il y a indication de traitement local, il agit comme adjuvant utile aux antiseptiques et aux astringents locaux. Il peut être employé, avec avantage, dans la Cystite, le Catarrhe vésical, la Prostatite, l'Urétrite postérieure. Dans la Pyélite, grâce à ses propriétés antiseptiques, l'Arhéol (Astier) constitue une aide précieuse pour subjuguer l'infection dans le rein et le bassin.

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

LABORATOIRES P. ASTIER, PARIS, FRANCE

Pour la Province de Québec:
ROUGIER FRÈRES
350, rue Le Moyne,
MONTREAL.

Pour les Provinces Maritimes,
de l'Ouest et de l'Ontario:
JOHN A. HUSTON Company, Ltd.
36-48 Caledonia Road,
TORONTO, ONT.

L'effet thérapeutique dépend de la solubilité...

Même si les spirochettes étaient localisés au site de l'injection, seule la partie de la solution contenant les sels, parfaitement solubilisés, serait l'agent efficace.

Le Thio-Bismol est en solution parfaite durant l'injection...

Etant soluble dans le fluide des tissus, il n'est pas précipité de façon appréciable dans l'organisme, tels que le sont la plupart des préparations de bismuth, mais il est rapidement diffusé dans le sang; produisant ainsi une haute concentration de sel bismuth spirochecticide dans les tissus.

Le Thio - Bismol (Thioglycollate de bismuth sodique) renferme 37.5% de bismuth métal.

Emballages...

Boîtes de 12 et 100 Ampoules de 2-cc (No. 156), chaque ampoule contient une dose moyenne (0.2 Gm. - 3 grains de Thio - Bismol). La solution est faite, au besoin, dans de l'eau distillée stérile fournie en quantité suffisante avec chaque emballage.

PARKE, DAVIS & CIE

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

cilement, sachant d'ailleurs tous les risques qu'une telle intervention pouvait lui faire courir.

Le 22 novembre, le ventre est ouvert sous anesthésie régionale. On trouve un gros cancer de la petite courbure, envahissant les parois antérieure et postérieure de l'estomac. Il y a en plus de gros ganglions dans le grand et le petit omentum. Nous faisons un décollement colo-épiploïque et nous avons une difficulté considérable à séparer l'estomac cancéreux du pancréas auquel il adhère. Nous faisons une résection presque totale de l'estomac; un Polya au catgut chromique et une anastomose duodéno-iléale au bouton de Murphy terminent l'opération. Les suites opératoires sont sans particularité; il élimine le bouton de Murphy le dix-septième jour, il se lève le quatorze décembre et quitte l'hôpital le vingt-cinq du même mois, c'est-à-dire un mois après son opération.

Aujourd'hui, le malade a repris son poids initial, il mange comme tout le monde et il se sent très bien. D'ailleurs, il a très bonne mine, comme chaque médecin présent peut le constater. Une radiographie, prise ce matin même, le 22 février 1935, montre un estomac réduit à une petite poche supérieure, mais à parois nettes et souples. Il n'y a pas d'image lacunaire évidente au niveau de la bouche anastomotique et l'estomac s'évacue très rapidement.

L'estomac enlevé sur la table d'opération a été examiné par le Dr A. Vallée, au laboratoire d'Anatomie Pathologique, et voici le rapport qui nous a été envoyé: "Épithélioma polymorphe généralement atypique, par places glandulaire, nécrosé en surface et parsemé de petits foyers purulents. Le néoplasme a détruit la majeure partie de la musculuse. Aux endroits où il a dépassé cette tunique, il est entouré d'un tissu conjonctivo-vasculaire abondamment infiltré de lymphocytes, mais ne présentant pas de lymphangite cancéreuse. Les ganglions prélevés sont tous caractérisés par une dilatation assez prononcée des sinus corticaux et médullaires, mais ils sont totalement exempts d'éléments néoplasiques métastatiques."

Nos cancéreux de l'estomac se divisent en deux catégories bien distinctes, à savoir les opérés et les non-opérés;

ceux-ci sont au nombre de 27, et ceux-là, au nombre de 25, soit un total de 52 malades que nous avons pu suivre jusqu'à aujourd'hui.

Sur les 27 malades non-opérés, il y en a 23 qui sont morts; et chez les quatre survivants, deux fois le diagnostic était douteux et vraisemblablement erroné, comme on peut s'en rendre compte aujourd'hui.

Sur les 25 malades opérés, treize n'ont subi qu'une simple laparatomie exploratrice, leur cancer étant inopérable. Ces treize malades sont morts. Un malade a subi une gastro-entéro-anastomose et il est encore vivant; à un autre on n'a pu faire qu'une gastrostomie et il est mort quelques semaines après son opération. Les dix autres malades ont subi une résection gastrique; de ces dix malades, cinq survivent respectivement 20 - 16 - 15 - 9 et 5 mois après leur opération. De ceux qui sont morts, l'un a succombé à une embolie pulmonaire, deux mois après son opération, alors qu'on l'avait déjà catalogué parmi les succès complets; un autre est mort, après 22 jours, de bronchopneumonie; un autre, après 13 jours, de fièvre urineuse; un autre, après sept mois, d'une récurrence d'un ulcéro-cancer; et enfin le dernier a succombé au choc opératoire au deuxième jour de son opération.

Chez les malades opérés, les troubles digestifs avaient débuté en moyenne 23 mois avant l'opération; leur âge variait de 26 à 73 ans et la mortalité opératoire fut seulement de 16%.

La chirurgie du cancer de l'estomac se divise en mesures curatives et en mesures palliatives qui sont l'une et l'autre au nombre de trois: A. Billroth No. 1.... B.: Billroth No. 11, et la gastrectomie totale qui sont des opérations curatives; et par ailleurs, la gastro-entérostomie, l'opération de Devine et la gastrotomie qui sont les opérations palliatives.

Le Billroth No. 1 consiste à rétablir la continuité de l'estomac avec le duodénum après la résection du cancer.

Le Billroth No. 11 consiste à rétablir la continuité du tube digestif en faisant une gastro-entéro-anastomose après la résection du cancer.

STANDARD

*depuis
plus de*
30 ans

sûr
économique
efficace en solutions
diluées

Il n'existe pas d'albuminate d'argent (concentré) qui soit chimiquement analogue au Protargol; c'est un albumose d'argent — ce n'est pas une albumine. Des expériences définitives ont démontré que, dans les solutions de Protargol, les ions d'argent actifs sont libérés beaucoup plus facilement et plus abondamment que dans les pseudo-albuminates d'argent dilués de teneur bien plus considérable en cet élément.

La remarquable efficacité du Protargol en solutions diluées a souvent été notée. Dans les cas aigus, une proportion de 14 % suffit au commencement du traitement, et on l'augmentera peu à peu à 1 % dans les phases subséquentes. Il est rare, même dans les cas chroniques, que les solutions doivent excéder 5%. Dans les traitements suivis, le Protargol s'atteste très économique.

PROTARGOL

Marque déposée

Variété d'ALBUMINATE D'ARGENT CONCENTRE, ALBUMOSE D'ARGENT

Le Protargol est présenté en poudre (flacons de 1 once) et en granules (flacons de 1 once) facilitant la préparation rapide des solutions.



WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Produits pharmaceutiques recommandés à la Faculté

907, OUEST, RUE ELLIOTT

WINDSOR, Ontario

Laboratoires et fabrication à Rensselaer, N. Y., et à Windsor, Ont.

Hémostyl

Du Dr.
ROUSSEL

Anémies Hémorragies

SÉRUM HÉMOPOÏÉTIQUE FRAIS DE CHEVAL

| | |
|--|---|
| Flacons-ampoules de 10 ^{cc} de Sérum pur | A) Sérothérapie spécifique des ANÉMIES (Carnot). B) Tous autres emplois du Sérum de Cheval : HÉMORRAGIES (P.E. Weill) PANSEMENTS (R. Petit) |
| Sirop ou Comprimés de sang hémopoïétique Létal | ANÉMIES CONVALESCENCES |

Echantillons, Littérature
97, RUE de VAUGIRARD, Paris

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

L'opération de Devine consiste à faire une gastro-entérostomie sans enlever le cancer, qu'on se contente de séparer de la portion supérieure de l'estomac et qu'on laisse en place.

De cette série de cancers de l'estomac personnellement traités et suivis, il est permis de dégager certaines conclusions, à savoir: La grande majorité de nos cancéreux de l'estomac sont venus consulter trop tard; d'où le corollaire nécessaire: les résultats sont proportionnels à la précocité du diagnostic.

Quelques cancers, ainsi étiquetés cliniquement, étaient des ulcères; par contre, de soi-disant ulcères étaient des cancers, comme le chirurgien et l'homme du laboratoire ont pu le constater.

Un autre fait, qui mérite de retenir l'attention, c'est que même un cancer d'estomac, qui a atteint un volume tel qu'on peut non seulement le sentir mais aussi le voir, doit être exploré et que malgré la présence de ganglions dans le grand et le petit omentum, il peut quelquefois, même si le fait est exceptionnel, être extirpé avec succès.

Quel est l'avenir de ces cinq malades dont l'estomac a été enlevé? Balfour affirme que 52% de ces cas vivent encore après trois ans, et 19%, après cinq ans.

Harry C. Saltzstein, du Bureau de santé de Détroit, affirme que sur 356 cas il y en a 351 de décédés après cinq ans.

A l'Hôpital Général de Cincinnati, on trouve que sur 154 malades, un seul survit après cinq ans.

Au "Mount Sinai Hospital", 647 cancéreux de l'estomac ont été admis depuis janvier 1922 à janvier 1932. De ces malades, 265 ont subi une simple laparotomie exploratrice, 93 ont eu une résection et 65% ont été considérés comme inopérables. La mortalité opératoire a été de 33%.

La différence considérable qui existe entre ces différentes statistiques tient peut-être au fait que, comme l'a rapporté le Dr A. A. Berg, du Mont Sinai, aucun effort quelconque n'a été fait, dans certaines cliniques, pour abaisser la mortalité opératoire du cancer de l'estomac, en refusant de soumettre à une résection radicale des patients que d'au-

tres chirurgiens considéraient comme inopérables. Pour notre compte, nous avons opéré tous ceux qui l'ont voulu.

Devant l'issue absolument fatale du cancer de l'estomac, il est opportun de rappeler la déclaration de Balfour au dernier congrès de Boston: Le traitement chirurgical du cancer de l'estomac par rapport à la guérison ou à l'amélioration des symptômes doit être jugé non seulement en vue des résultats actuels de ce traitement, mais aussi par rapport aux autres traitements.... qui sont inexistantes.

Il est permis d'ajouter que nous avons voulu suivre le conseil du président du congrès des chirurgiens américains, au dernier congrès de Boston, qui invite les médecins à publier leurs résultats heureux, ou favorables, pour contribuer à créer une mentalité qui permette de croire que le cancer peut être guéri.

Bibliographie:

Balfour D. C.
Hartmann
Horsley
Saltzstein Harry C.
Berg A. A.
Reid M. R. et Millar Will M.
Martin F. H.

(Travail de L'Hôtel-Dieu).

THYVACRINE No. 10 C & C

Chaque comprimé représente en glandes fraîches:-

Ovaire complet 10 grains, Thyroïde 1 grain.

INDICATIONS:- Aménorrhée soit occasionnelle causée par émotion vive, froid aux pieds, fatigues etc. ou générale tel que, chloro-anémie, tuberculose, changement de vie, convalescences etc. Troubles de la ménopause, etc. Ménorrhagie et dans les syndromes à prédominance ovarienne.**NEUROCRINE No. 5 C & C**Chaque comprimé représente: Teinture de Valériane 40 gouttes, Surrénale $\frac{1}{2}$ grain, Substance Cérébrale 10 grains, Thymus 3 grains.**INDICATIONS:-** Neurasthénie, Perte ou sommeil agité cause nerveuse, Surrénalites aiguës ou chroniques, Névroses, Hystéries Hyperexcitabilité psychique, Fatigues, Surmenage, Epuisement de l'énergie et tout autres troubles nerveux.**DIACRINE No. 6 C & C**

Chaque comprimé représente en glandes fraîches:-

Ilots du Pancréas 10 grains, Duodenum 1 grain, Amygdale 2 grains.

INDICATIONS:- Insuffisance intestinale, Pancréatite Chronique, Irritations du pancréas, Dyspepsies pancréatiques, Diabète.**PRIX:-** En bouteilles de 50 dozs. \$10.20

En bouteilles de 100 dozs. \$18.00

Echantillon sur demande.

CASGRAIN & CHARBONNEAU
LIMITEE

28-30 rue St-Paul Est

MONTREAL.

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

Téléphone

LANcaster 3292

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^o**, 5, Rue Bourg-l'Abbé, PARISDépôt Général pour le Canada:
ROUGIER FRERES, 350, rue I.e Moyne, Montréal, Canada.

Quand les fonctions digestives sont au ralenti.....

L \

NEO-GASTRICINE

Véritable extrait opothérapique des muqueuses
stomacales fraîches de porcs et de veaux de lait

activé
par l'action catalytique
de l'hypophosphite de Mn
additionné
de deux toniques amers:
Gentiane et Condurango

**TONIFIE LA MUQUEUSE GASTRIQUE
APPORTE UN SOULAGEMENT**

dans les

**GASTRALGIES - AIGREURS D'ESTOMAC
DIGESTIONS PENIBLES
ATONIES GASTRIQUES - DYSPEPSIES.**

Dose: 3 à 6 cuillerées à café par jour, avant, pendant ou
après les repas.

**Produits du Dr. E. DUHOURCAU
CAUTERETS (Hautes-Pyrénées) FRANCE.**

Concessionnaires pour le Canada:
ROUGIER FRÈRES, 350, rue Le Moyne, MONTRÉAL.

RHODAYA TREVIRANUS.

Médicament effectif et rapide contre l'hypertension artérielle et la sclérose des vaisseaux sanguins.

RHODAYA abaisse la tension artérielle, stimule la circulation dans les veines, soulage le cœur.

RHODAYA est aussi recommandé dans les cas de rhumatisme chronique déformant.

RHODAYA est facilement toléré par l'estomac. Il n'y a aucune contre indication à l'emploi de **RHODAYA**.

Les résultats obtenus par plusieurs médecins en clientèle et dans les hôpitaux sont probants. Dans certains cas **RHODAYA** peut être administré à la dose de une cuillerée à thé pour quelques jours. Repos de 5 à 6 jours et reprendre à une cuillerée à café.

RHODAYA est un médicament que nous recommandons fortement.

| | |
|--|---|
| <p>MODE D'EMPLOI :</p> <p>Une cuillerée à café 4 fois par 24 heures.</p> | <p>Chaque cuillerée à café contient :</p> <p>Rhodanate0.10 Sodium Pheny lb0.015 Bromure sodium0.20 Tr. Aubepine10 M</p> |
|--|---|

STRAND CHEMICAL Co.

Eug. Caouette, Pharmacien-propriétaire

Messieurs les médecins
sont cordialement invités
à venir visiter notre établissement.

Laiterie Laval Enrg.

237 - 4ième Avenue (Limoilou)

Tél: 4-3551

sans s'incorporer à l'os voisin; en d'autres termes, il agit comme une pièce de protèse.

A ce stade font suite la raréfaction et l'absorption du transplant. Les parois des canaux de Havers sont attaqués; ceux-ci s'agrandissent et il en résulte une raréfaction du greffon qu'on peut facilement contrôler à l'aide de radiographies prises en séries. Le greffon est alors très fragile; il est moins dur, il saigne plus facilement et parfois il se tasse ou se fracture spontanément. Cette raréfaction, qui commence vers le dixième jour et se poursuit pendant plusieurs semaines dépend entièrement de la richesse de la vascularisation; c'est pourquoi elle est plus marquée dans les transplants spongieux que dans les greffons durs.

Contrairement à une opinion trop souvent admise, les chances de succès de la greffe sont en proportion directe de l'intensité de la raréfaction; celle-ci est très marquée dans les greffons bien vascularisés, remplis de vitalité, alors qu'elle n'existe pas dans un transplant mal nourri.

Enfin on assiste à l'ossification du greffon. Les matériaux calcaires mis en liberté au cours de la période de décalcification vont bientôt provoquer dans le tissu conjonctif ambiant et interstitiel la formation d'os nouveau. Cette ossification se produit au pourtour du transplant et jusqu'à l'intérieur des canaux de Havers.

Graduellement, le greffon s'incorpore au squelette, non pas comme une vraie greffe, mais par substitution. Il sert de guide et fournit les matériaux calcaires, suivant l'expression de Leriche: "il est seulement le lieu d'une ossification nouvelle sur un terrain fourni par l'hôte."

Au bout de quelques années, l'os produit est beaucoup plus considérable que l'os greffé et il devient parfois impossible de l'identifier, tant il ressemble aux os sur lesquels il a été fixé. Cet accroissement et cette adaptation définitive du transplant seraient, d'après certains auteurs, dirigés par la fonction qu'il est appelé à remplir dans son nouveau milieu.

Ces quelques notions générales tirées en grande partie des travaux de Leriche et Policard nous feront mieux comprendre ce qui s'est passé chez nos deux malades.

Observation 1.

Mme G..., âgée de 26 ans subit le 14 février 1934 une arthrodèse de la hanche droite pour coxalgie guérie avec pseudarthrose intra cotyloïdienne. Un volet ostéo-périostique, à charnière inférieure, est rabattu sur le col fémoral et fixé sur le trochanter suivant la méthode de Mathieu. Les suites opératoires sont normales. La malade immobilisée dans un grand plâtre de Withman ne tarde pas, contrairement à nos recommandations, à se déplacer d'elle-même dans son lit.

Au cours d'un de ces exercices, deux mois après son opération, elle ressent une vive douleur dans sa hanche droite en même temps qu'elle perçoit nettement un petit craquement. La radiographie prise à cette époque nous permet de déceler une fracture du greffon, près de son insertion sur le grand trochanter.

Après quatre mois d'immobilisation sous plâtre le trait de fracture a pratiquement disparu et le greffon dans son ensemble s'est très hypertrophié, c'est-à-dire s'est adapté à ses nouvelles fonctions. La malade commence à marcher, d'abord avec son plâtre, puis sans aucun appareil et aujourd'hui le résultat est très satisfaisant.

Nous avons là un exemple de la fragilité du greffon pendant la période de raréfaction. En effet, le greffon s'est fracturé deux mois après l'opération et sous l'influence de mouvements de très faible amplitude puisque bassin et membre inférieur étaient solidement fixés dans un grand plâtre de Withman. Comme il était à prévoir, cet incident n'eut pas de suites fâcheuses. La consolidation s'est faite sans laisser de traces; nous sommes maintenant en présence d'un transplant plus gros, plus dense et qui possède cliniquement toutes les qualités d'un bon greffon. La notion de l'immobilisation prolongée pendant un minimum de trois mois n'a donc rien d'exagéré. D'un autre côté, si théoriquement la fonction joue un rôle important dans le maintien et l'adaptation de l'os néoformé, cette fonction doit se limiter pendant longtemps au plus strict minimum.

Observation II.

Melle Noella P..., 17 ans, subit le 23 novembre 1932, une greffe d'Albee pour mal de Pott lombaire. Un greffon rigide comprenant toute l'épaisseur de la corticale du tibia et large d'environ $\frac{1}{4}$ de pouce réunit les apophyses épineuses de 4 premières lombaires. Les suites opératoires sont normales. Une radiographie prise au bout de cinq mois montre un greffon d'apparence solide et intimement uni aux apophyses épineuses.

Au mois d'avril 1934, 18 mois après l'intervention, la malade tombe à la renverse du haut d'un escabeau et son dos vient donner brutalement contre le bord d'une table. Les fortes douleurs perçues au moment de l'accident et dans les jours suivants l'engagent à revenir à l'Hôpital. A l'examen clinique, ce qui frappe le plus c'est l'écartement entre L II et L III dans les mouvements de flexion, comme s'il n'existait aucun moyen d'union entre les deux apophyses. En outre, cet espace est particulièrement douloureux à la pression. Le diagnostic de fracture du greffon est immédiatement contrôlé et confirmé par l'examen radiographique. Nous voyons en effet que le greffon est fracturé en son milieu entre L II et L III et qu'il existe un léger écartement des fragments.

Après $2\frac{1}{2}$ mois d'immobilisation en gouttière plâtrée, une radio nous montre un début de consolidation; le trait de fracture encore visible s'est entouré d'un cal comparable à ceux que l'on observe à la suite des fractures des os longs. La malade est autorisée à marcher avec un bon corset et elle quitte l'Hôpital quelques semaines plus tard cliniquement guérie.

Dans ce dernier cas la fracture est survenue dans un greffon dont l'évolution était terminée et qui s'était intégré au squelette de la colonne vertébrale. En somme c'était une fracture dans un os devenu normal et qui ne présentait pas comme dans le premier cas de phénomènes de raréfaction. Aussi la consolidation s'est-elle faite dans les délais ordinaires et suivant un processus analogue à celui que l'on observe dans tout foyer de fracture.

En résumé, il faut retenir que le greffon subit dans l'espace de quelques mois de profondes modifications et qu'il est extrêmement fragile pendant les premières semaines. Au point de vue pratique cela veut dire que le malade doit être rigoureusement immobilisé pendant une période d'au moins trois mois après sa greffe.

Quant aux fractures des vieux greffons bien organisés, leur consolidation se fait comme dans les os normaux, lorsque les fragments sont immobilisés pendant un temps suffisamment long.

(Travail de l'Hôpital du Saint-Sacrement.)

LIVRES NOUVEAUX

LA RESECTION ENDOSCOPIQUE DE LA PROSTATE

PAR

Le Dr Ed. PAPIN

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph.

Un volume in-4° (24,5 × 18,5) de 66 pages, avec 47 figures. 30 fr.

**A la Librairie-Imprimerie GAUTHIER - VILLARS,
55, Quai des Grands-Augustins, Paris (6e).**

— NOTICE —

L'Auteur qui poursuit depuis deux ans l'application des méthodes endoscopiques au traitement de l'hypertrophie prostatique a donné dans cet Ouvrage les résultats de son expérience.

Il a utilisé une instrumentation personnelle et donne tous les détails de la technique qu'il préconise. Ceux qui voudront appliquer la méthode trouveront là des instructions et des conseils qui leur éviteront bien des déboires. L'Auteur est loin de croire que cette résection endoscopique remplacera totalement ou en grande partie la prostatectomie, mais il est persuadé qu'elle a des indications qu'il a cherché à préciser.

A l'aide de ce manuel, tous ceux qui ont une certaine expérience de l'endoscopie et de la chirurgie urinaire arriveront à pratiquer la résection.

L'Ouvrage est très abondamment illustré, ce qui facilite la compréhension du texte.

TABLE DES MATIERES.

Introduction anatomo-pathologique. — Rapports des tumeurs uréthro-prostatiques avec la vessie. — Les lésions du col et de l'urètre prostatique autres que l'hypertrophie. — Instrumentation. — Note concernant le fonctionnement de l'appareil "diahermo-chirurgical". — Technique de la cystostomie à l'anesthésie locale. — Anesthésie. — Préparation à l'opération. Technique opératoire. — Traitement post-opératoire. Accidents et complications.

LES FRACTURES A BOURBONNE-les-BAINS

Préface du Pr. LERICHE

Une brochure sur papier couché in-16 Jésus, illustré de 27 clichés dont 26 radiographies osseuses. 10 fr.

A l'Expansion Scientifique Française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe).

La Société Médicale de Bourbonne-les-Bains vient de réaliser à coup sûr un tour de force: réunir 2 documents radiographiques de 1er ordre, complétés d'observations sur des cas tout récents de fractures osseuses traitées dans la Station, représente un souci de probité et de précisions scientifiques dont on ne soupçonne pas la difficulté, et pour lequel il faut louer le corps médical de Bourbonne sans réserve.

Le Dr LERICHE, Professeur de clinique chirurgicale à la faculté de Médecine de STRASBOURG, a bien voulu préfacer ce petit ouvrage, son avis en la matière fait autorité. "Bourbonne recalcifie: vraiment cela vaut la peine qu'on le dise et qu'on le sache", et cette conclusion n'est-elle pas le plus précieux avis que l'on puisse donner au cours médical bien souvent perplexe sur le choix d'une cure dans tel ou tel cas touchant au métabolisme du calcium.

Il est de fait que les radiographies des cas de fractures pour la plupart rebelles, traités à Bourbonne, présentent une reminéralisation soudaine et puissante qu'accompagne dans tous les cas une importante amélioration fonctionnelle. La cure semble pratiquer une "Sympathectomie hydrominéralisable" selon l'heureuse expression du Pr. Leriche.

Les premières recherches expérimentales entreprises à la Station même, aux laboratoires d'hydrologie des facultés de NANCY et de LYON, sont brièvement exposées à la fin de l'ouvrage; elles démontrent d'une façon lumineuse l'action de l'eau de Bourbonne sur la croissance et la rachitisme. L'ensemble de ces travaux trace tout un programme de recherches nouvelles qui se poursuivent régulièrement aujourd'hui.

SANG ET ORGANES HEMOPOIETIQUES

Par A. TOURAINÉ

Médecin des Hôpitaux de Paris.

Un volume de 275 pages avec 21 figures et une planche double en couleurs (*Collection des Initiations médicales*) 30 fr.

Chez MASSON ET Cie, EDITEURS - Libraires de l'Académie de Médecine, 120 Boulevard Saint-Germain, Paris.

CE petit livre constitue un guide aussi simple que possible pour le débutant. Il permet de comprendre l'étude des grands syndromes sanguins. L'hématologie intervient, en effet, journellement en pathologie médicale et chirurgicale, et fait partie du bagage scientifique de tout médecin. Les maladies du sang et des organes hémopoïétiques sont de compréhension aisée dès que l'on a acquis une notion du sang normal et de sa formation. Presque toutes rentrent dans quelques grands syndromes fort simples, tels que l'anémie, la leucocytose. Les types pathologiques sont habituellement bien différenciés. Alors même que le médecin hésiterait devant la technique pourtant simplifiée de l'examen du sang, et qu'il en confierait le soin à un spécialiste, ce livre lui permettra de savoir quand le sang doit être examiné, comment il pourra tirer parti des résultats qui lui seront communiqués pour en déduire diagnostic, pronostic et traitement.

Première Partie.—Signes révélateurs d'une affection du sang (*indications de l'examen du sang*).

Deuxième Partie.—Le sang normal et pathologique.

Troisième Partie.—Les syndromes sanguins.

Quatrième Partie.—Les syndromes hémopoïétiques.

L'ANNEE PEDIATRIQUE

PREMIÈRE ANNÉE

Publiée en 1934

par

Robert BROCA et Julien MARIE

Anciens chefs de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

PRÉFACE DU PROFESSEUR ROBERT DEBRÉ.

Un volume de 168 pages avec 46 figures 25 fr.

Chez MASSON ET Cie, EDITEURS - Libraires de l'Académie de Médecine, 120 Boulevard Saint-Germain, Paris.

LES auteurs de ce livre y ont condensé en des pages clairement écrites et illustrées, des descriptions de quelques syndromes de maladies, de méthodes thérapeutiques ou prophylactiques, dont plusieurs ont été particulièrement étudiées par eux-mêmes. Ils ont fait une sélection parmi les innovations ou les perfectionnements de ces dernières années.

L'Année Pédiatrique dont un volume semblable paraîtra chaque année ne présente pas tous les faits nouveaux sous un aspect de nomenclature. Les auteurs apportent sur chacune des questions envisagées un exposé fidèle et pratique des seuls faits solidement établis, ils visent à faire connaître au médecin des notions précises et utiles.

La pratique de chaque jour, trouvera des précisions indispensables dans les dix-sept chapitres suivants :

I. Acrodynie. — II. Maladie de Still. — III. Lymphogranulomatose maligne. — IV. Méningococcémie — V. Néphrose lipéidique chez l'enfant — VI. Pyocéphalie du nourrisson. — VIII. La fièvre de lait sec. — IX. Du rôle des vitamines en clinique infantile. — X. Ulcère du diverticule de Meckel. — XI. Ethmoïdite aiguë de l'enfant. — XII. Apophysite tibiale antérieure. — XIII. Orchites aiguës et subaiguës primitives de l'enfance. — XIV. Traitement des pyélonéphrites à colibacilles. — XV. Les nouveaux progrès de la vaccination antidiphthérique. — XVI. Méthodes modernes de la prophylaxie de la rougeole. — XVII. La Radiographie du poumon dans l'érythème noueux.

QUESTIONS CLINIQUES D'ACTUALITE

LEÇONS PROFESSÉES A LA CHARITÉ

(Service du Professeur SERGENT)

Un volume de 280 pages avec 53 figures 45 fr.

Chez MASSON et Cie, EDITEURS, - Libraires de l'Académie de Médecine, 120 Boulevard Saint-Germain, Paris.

Les principales formes de début et le diagnostic de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant (*P. F. Armand-Delille*). — Le pneumothorax dans diverses formes cliniques de la tuberculose pulmonaire, selon les tempéraments (*F. Dieudonné*). — La forme pseudo-lithiasique du cancer de l'ampoule de Vater (*Noël Fiessinger*). — Techniques nouvelles d'intervention dans les suppurations pulmonaires (*Marc Iselin*). — Les hypothyroïdies à symptômes dissociés dans l'enfance (*H. Janet*). — Traitement des oblitérations artérielles des membres (*L. Langeron*). — Les purpuras infectieux aigus primitifs (*Clément Launay*). — La pression artérielle moyenne et son importance séméiologique (*Camille Lian*). Du danger des explications simplistes en biologie et en médecine (*Pierre Maurias*). — Sur un cas de granulomatose maligne avec syndrome médiastinal (*René Mignot*). — Périartérite noueuse (*M. Mouquin*). — Etudes anatomo-cliniques de la sclérose en plaques (*D. Paulian*). — La bactériophagie. Principes généraux de thérapeutique (*Jean Pignot*). Les hernies diaphragmatiques (*Jean Quénu*). — L'hyperthermie et la fièvre du nourrisson (*L. Ribadeau-Dumas*). — Quelques constatations cliniques sur le nerf phrénique (*Emile Sergent*). — La spirochétose méningée (*Jean Troisier*). — L'avenir des caractères acquis (*R. Turpin*).

LIBRAIRIE MEDICALE ET SCIENTIFIQUE

Grand choix de Livres Français (Dernières Editions)
Edités par: J. B. BAILLIERE & FILS,
G. DOIN & Cie, EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANCAISE,
GAUTHIER-VILLARS & Cie, A. LEGRAND,
MASSON & Cie, VIGOT Frères., N. MALOINE.

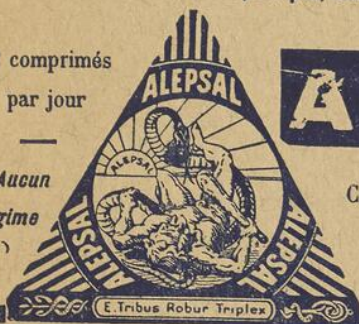
En Vente chez:

J. EDDE Ltée Edifice New Birks, MONTREAL.

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.

"Frosst"

KONDREMUL

L'émulsion d'huile minérale et de mousse d'Irlande.



Voici quelques unes des raisons pour lesquelles vous pouvez recommander cette préparation en toute confiance :

- 1° La balance scientifique de l'huile — 55% d'huile minérale de la plus haute qualité — favorise l'émulsionnement avec les fèces.
- 2° L'huile est en suspension sous forme de gouttelettes — les globules sont maintenues fermement dans une enveloppe émulsive.
- 3° Pas d'écoulement — ne dérange ni l'assimilation ni la digestion.
- 4° Donne des selles abondantes, molles, de la consistance du mastic.
- 5° Ne contient pas d'alcool.
- 6° Ne contient pas d'alcali.
- 7° Ne contient pas de sucre. Peut être prise par les personnes soumises, a un régime non-sucré.
- 8° Ne contient pas d'hydrates de carbone digestibles.
- 9° Un simple régulateur — ne cause pas d'accoutumance.
- 10° Crémeuse et agréable à prendre — aucun goût huileux.
- 11° Les fortes variations dans la température n'ont aucun effet sur cette émulsion.
- 12° Elle se verse facilement.
- 13° Elle se mélange rapidement à de l'eau chaude ou froide, à du lait ou du cacao.
- 14° Le contrôle de laboratoire assure l'uniformité du produit.
- 15° Simple ou avec de la Phénolphtaléine (2.2 grains pour chaque cuillerée à table.)

- EN BOUTEILLES DE 16 ONCES -

Charles E. Frosst & Co.

MONTREAL

CANADA.

BIBLIOTHEQUE NATIONALE
REÇU

4 DEC 1972

DU QUEBEC