

PER
L-38

VOL. 3

No 1

JANVIER 1938

LAVAL MÉDICAL

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE
DES
HÔPITAUX UNIVERSITAIRES
DE QUÉBEC

FACULTÉ DE MÉDECINE
UNIVERSITÉ LAVAL
QUÉBEC

The **PRUDENTIAL**
ASSURANCE COMPANY, LTD.
de
LONDRES, ANGLETERRE

LA PLUS PUISSANTE ORGANISATION D'ASSURANCE DE L'EMPIRE BRITANNIQUE

*LE MEDECIN plus que tout autre professionnel
DOIT ECONOMISER durant ses années de pratique
afin de se garantir une PENSION pour son VIEIL AGE.*

*Désirez-vous que votre programme d'assurance
prévoit une TELLE PENSION tout en PROTEGEANT votre FAMILLE?*

*CONSULTEZ des maintenant un représentant de la
PRUDENTIAL DE LONDRES..*



PAUL AUDET, B.A., Gérant

SUCCURSALE DE L'EST DE LA PROVINCE DE QUÉBEC
QUÉBEC

TÉL. 2-4051-2

EDIFICE PRICE

REPRÉSENTANTS VILLE DE QUÉBEC

HENRI LALIBERTÉ, B.A.
GUY GAUVREAU
G.-J. ERNEST CÔTÉ
HENRI LAPOINTE

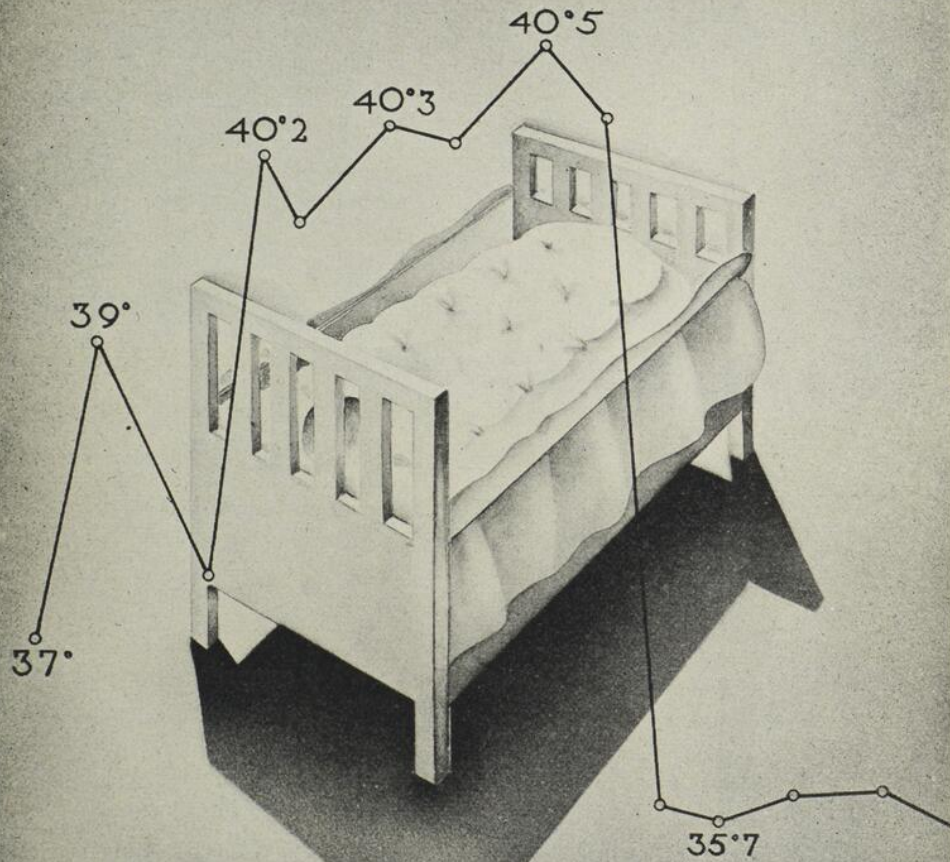
GUY PAQUET, B.S.C.
ARMAND LAJEUNESSE
ROLLAND CÔTÉ
ADÉLARD CÔTÉ

TROIS-RIVIÈRES
PIERRE GRENIER, B.A., GÉRANT

ARTHABASKA
ANTONIN BELLEAU, B. S., GÉRANT

PER
L-38
150

BRONCHO - PNEUMONIES



VACCIN

PNEUMO-ENTERO-STAPHYLOCOCCIQUE
WEILL ET DUFOURT

Dépositaire pour le Canada : ANGLO-FRENCH DRUG CIE., 354 Est, rue Ste-Catherine, Montréal.



FURONCULOSE

ANTHRAX

ACNE

ORGELETS

et Maladies à Staphylocoque.



Le produit original à base d'oxyde
d'étain et d'étain métallique exempts
de plomb. Préparé d'après les travaux
scientifiques de A. FROUIN.



Dose moyenne : 6 à 8 comprimés par jour.

Dépositaire pour le Canada :

Anglo-French Drug Cie., Montréal.

tannoxyll

METAPHEDRINE

N^o 99

Combat l'infection

soulage la congestion

Utilisée en pulvérisations ou en gouttes, la Métaphedrine N^o 99 produit, dans les fosses nasales, dans les sinus et dans la gorge, un soulagement rapide de la congestion des muqueuses et une puissante antiseptie, sans danger d'irritation.

Cette « double action » de la Métaphedrine N^o 99 permet d'étendre les applications thérapeutiques de l'Ephédrine au traitement préventif de toutes les infections qui peuvent prendre naissance dans les organes supérieurs de la respiration.



Echantillon médical et littérature détaillée fournis sur demande.



LABORATOIRES ABBOTT

388, Ouest, rue St-Paul : - MONTRÉAL

Indiqué dans les troubles et les maladies des

NERFS

NÉVROPATHES

MÉNOPAUSE

CARDIOPATHES

PALPITATIONS

NERVEUX EXCESSIFS

NÉVROSES (insomnie)

“SPASMOLINE”

Sédatif nerveux antispasmodique (*purement végétal*)

Chaque once contient :

Passiflore incarnée physiologiquement stabilisée	15 grs.
Valériane fraîche physiologiquement stabilisée	15 “
Aubépine physiologiquement stabilisée	15 “
Saule Blanc physiologiquement stabilisé	15 “
Tilleul physiologiquement stabilisé	15 “

Médication de choix, hypnotique, hypotensive et antispasmodique composée de substances médicinales végétales physiologiquement stabilisées.

**Ralentit, renforce et régularise les mouvements du cœur,
diminue la tension artérielle.**

Ne laisse au réveil ni céphalée ni aucune sensation désagréable.

— — — — —
POSOLOGIE : 2 à 6 cuillerées à thé en 24 heures, pure ou dans de l'eau chaude curée ou non.
ENFANTS : la moitié de la dose suivant l'avis du médecin.

— — — — —
Littérature et échantillons sur demande

Laboratoires Desautels Limitée, 1180, rue Benoit, Montréal

Représentant à Québec :

PAUL LAMONDE, 4, RUE HEBERT — Tél. : 2-7987

PRÉVENTION
ET TRAITEMENT
par voie buccale
DES INFECTIONS
À STREPTOCOQUES

SEPTAZINE



(Benzyl-amino - benzène-sulfamide)
46. R.P.

PRODUIT INCOLORE
INODORE INSIPIDE

Comprimés à 0,5g (Cubes de 20)

MÉDICATION NON TOXIQUE
BIEN TOLÉRÉE PAR L'APPAREIL DIGESTIF

LABORATOIRES POULENC FRÈRES DU CANADA, LTÉE
350 RUE LE MOYNE MONTRÉAL

RÉFRIGÉRATION AIR CONDITIONNÉ

Dans la RÉFRIGÉRATION on doit obtenir plus qu'une basse température. Confiez votre installation à l'organisation qui a le mérite de tous les derniers développements dans cette industrie.

La découverte et la production industrielle du "FRÉON" par "FRIGIDAIRE" ont marqué la naissance de l'art de l'AIR CONDITIONNÉ.

Placez vos malades dans des conditions atmosphériques idéales.

Confiez-vous aux pionniers de cette industrie.

FRIGIDAIRE

Produit de General Motors

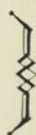
Quels que soient vos besoins en RÉFRIGÉRATION, le produit "FRIGIDAIRE" est indiqué spécialement pour répondre à vos désirs. Le choix d'une installation frigorifique, marque "FRIGIDAIRE", se fait dans un assortiment de 58 modèles, soit un modèle approprié pour chaque besoin particulier.

Il y a un système approprié d'AIR CONDITIONNÉ pour BUREAU, SALLE D'OPÉRATION, SALLE D'ATTENTE, CHAMBRE À ANESTHÉSIE.

Il y a en plus, pour chambre de malade, un système portatif portant le nom "FRIGIDAIRE".



Avez-vous besoin de REFRIGERATION ou d'AIR CONDITIONNÉ ? De la plus petite à la plus considérable des installations "FRIGIDAIRE", toutes peuvent vous satisfaire. Tous les vendeurs qui offrent les produits "FRIGIDAIRE" sont des spécialistes car, au préalable, ils ont eu à passer les examens requis par FRIGIDAIRE CORPORATION, division de GENERAL MOTORS SALES.



Toute vente, avant installation, est approuvée par les manufacturiers.

Pour vos besoins, adressez-vous à :

VANDRY INC.

● **155, rue St-Paul,
QUEBEC.**

N. B.— "Frigidaire" est un nom de commerce désignant une marque de réfrigérateur, il n'est pas "FRIGIDAIRE" s'il n'en porte pas le nom.

LAVAL MÉDICAL

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL

(10 Numéros par an)

Canada et États-Unis	\$3.00
Autres pays	\$3.50
Prix du numéro	\$0.40

Rédaction : S'adresser, pour tout ce qui concerne la Rédaction, à Monsieur le Professeur Roméo Blanchet, Faculté de Médecine, Université Laval, Québec.

Publicité et abonnements : LAVAL MEDICAL, Faculté de Médecine, Université Laval, Québec.— **Administrateurs :** M. le Docteur J.-R. Gingras et M. le Professeur J.-Edouard Morin. (Tél. 2-6953).

Bureau de direction : MM. les Professeurs P.-C. Dagneau, Président; A. Vallée, Vice-président; A.-R. Potvin, Directeur; le Rédacteur et les Administrateurs.

Tirés à part : Ils seront fournis sur demande au prix de revient. Le nombre des exemplaires devra être indiqué en tête de la copie.

SOMMAIRE DU No 1

(Janvier 1938)

MÉMOIRES ORIGINAUX

Renaud LEMIEUX, Sylvio LEBLOND et Honoré NADEAU — Diabète et xanthome.....	5
Louis ROUSSEAU — Deux observations de pleurésies cancéreuses.....	14
Roland DESMEULES — Kyste congénital suppuré du poumon.....	22
Henri MARCOUX — Métabolisme basal, hyperthyroïdie et tuberculose pulmonaire.....	28
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	35

Ce numéro contient la liste des membres



TRASENTINE " CIBA "

(Chlorhydrate hydrosoluble de l'ester diéthylaminoéthylique de l'acide diphénylacétique).

ANTISPASMODIQUE

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

Tolérance parfaite.

Utilisable par voie orale et parentérale.

Supprime les spasmes de l'appareil gastro-intestinal, du système urogénital et des autres organes à musculature lisse.

POSOLOGIE :

Par voie orale : Avaler, sans les croquer, 1 à 2 dragées 2 à 3 fois par jour avec un liquide quelconque.

Par voie parentérale : 1 à 2 ampoules par jour.

PRÉSENTATION :

Dragées en flacons de 20 et 100, et ampoules en boîtes de 5 et 20 à 0.075 grm. (1 dragée = 1 ampoule)

Compagnie CIBA Limitée

MONTRÉAL

LAVAL MÉDICAL

VOL. 3

N° 1

JANVIER 1938

LAVAL MÉDICAL

1938

COMPOSITION du BUREAU de DIRECTION

PRÉSIDENT

M. le docteur P.-C. Dagneau
Professeur de Pathologie chirurgicale

VICE-PRÉSIDENT

M. le docteur A. Vallée
Professeur d'Anatomie pathologique

SECRÉTAIRE

M. le docteur Roméo Blanchet
Professeur de Physiologie

TRÉSORIER

M. le docteur R. Gingras
Professeur agrégé, chargé du cours de Chimie générale

MEMBRES

M. le docteur A.-R. Potvin
Professeur de Biologie et d'Histologie

M. le docteur J.-Edouard Morin
Professeur de Bactériologie

RÉDACTION et ADMINISTRATION

M. le docteur Roméo BLANCHET, *Rédacteur*

M. le docteur R. GINGRAS, *Administrateur*

M. le docteur J.-Edouard MORIN, *Administrateur adjoint*

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE QUÉBEC

1938

COMPOSITION DU BUREAU

Président : M. P.-C. DAGNEAU, Doyen de la Faculté de Médecine.

Vice-Président : M. S. ROY.

Secrétaire général : M. R. DESMEULES.

Trésorier : M. G. DESROCHERS.

MM. A. VALLÉE, A.-R. POTVIN et Chs VÉZINA.

LISTE DES MEMBRES

MM. BÉDARD, Arthur,	à l'Hôtel-Dieu.
BERGER, Louis,	à la Faculté de Médecine.
BLANCHET, Roméo,	à la Faculté de Médecine.
BOUCHARD, Jean,	à l'Hôtel-Dieu.
CAOUCETTE, J.,	à l'Hôtel-Dieu.
CARON, S.,	à la Clinique Roy-Rousseau.
COUILLARD, Ed.,	à la Faculté de Médecine.
DAGNEAU, P.-C.,	à l'Hôpital du St-Sacrement.
DEMERS, F.-X.,	à l'Hôpital de la Maternité.
DESMEULES, R.,	à l'Hôpital Laval.
DESROCHERS, G.,	à la Clinique Roy-Rousseau.
DUSSAULT, N.-A.,	à l'Hôtel-Dieu.
DUGAL, J.-P.,	à l'Hôtel-Dieu.
FORTIER, Émile,	à la Faculté de Médecine.
FORTIER, De la Broq.	à l'Hôtel-Dieu.
FRENETTE, Olivier,	à l'Hôpital du St-Sacrement.
GAGNON, Fabien,	à l'Hôpital de la Maternité.
GARANT, O.,	à l'Hôtel-Dieu.
GARNEAU, Paul,	à l'Hôtel-Dieu.
GAUMOND, E.,	à l'Hôtel-Dieu.

COLLO-IODE

"DUBOIS"

GOUTTE, RHUMATISME



Société d'Expansion Pharmaceutique Inc. — 917, rue Cherrier, Montréal

Messieurs les médecins, la Laiterie
"LAVAL" est la seule laiterie à
Québec où vous pouvez obtenir
le "Yoghourt"

Laiterie "LAVAL" enr'g

pourvoyeurs de la "Goutte de lait" et de
la Crèche St-Vincent-de-Paul.

237, 4ième Avenue, Limoilou

Téléphone 4-3551

GIGUÈRE, Alp.,	à l'Hôtel-Dieu.
GINGRAS, R.,	à la Faculté de Médecine.
GIROUX, M.,	à l'Hôtel-Dieu.
GOSSELIN, Jules,	à l'Hôpital du St-Sacrement.
GRÉGOIRE, Georges,	au Dispensaire Anti-Tuberculeux.
HUARD, J.-A.,	à l'Hôpital St-Michel-Archange.
HUDON, Fernando,	à l'Hôtel-Dieu.
JOBIN, Albert,	à l'Hôtel-Dieu.
JOBIN, J.-B.,	à l'Hôtel-Dieu.
JOBIN, Joachim,	à l'Hôtel-Dieu.
LACERTE, J.,	à l'Hôtel-Dieu.
LANGLOIS, M.,	à l'Hôpital du St-Sacrement.
LAPOINTE, D.,	à l'Hôpital de la Maternité.
LAROCHELLE, Nap.,	à l'Hôtel-Dieu.
LAROCHELLE, Paul,	à l'Hôpital St-Michel-Archange.
LARUE, Lucien,	à l'Hôpital St-Michel-Archange.
LARUE, G.-H.,	à l'Hôpital St-Michel-Archange.
LAVERGNE, N.,	à l'Hôpital du St-Sacrement.
LECLERC, L.-P.,	à l'Hôpital du St-Sacrement.
LEBLOND, S.,	à l'Hôpital du St-Sacrement.
LEMIEUX, Renaud,	à l'Hôpital du St-Sacrement.
LESSARD, Richard,	à l'Hôtel-Dieu.
MARCOUX, Henri,	à l'Hôpital Laval.
MAYRAND, Robert,	à l'Hôtel-Dieu.
MILLER, J.-C.,	à l'Hôpital St-Michel-Archange.
MORIN, J.-Édouard,	à l'Hôpital du St-Sacrement.
NADEAU, H.,	à l'Hôpital du St-Sacrement.
PAINCHAUD, Paul,	à l'Hôtel-Dieu.
PAINCHAUD, C.-A.,	à l'Hôpital St-Michel-Archange.
PAQUET, Achille,	à la Faculté de Médecine.

PAQUET, Albert,	à la Faculté de Médecine.
PAQUET, Berchmans,	à l'Hôtel-Dieu.
PATRY, Laurent,	à l'Hôpital St-Michel-Archange.
PAYEUR, Léo,	à l'Hôtel-Dieu.
PELLETIER, Alphonse,	à l'Hôpital St-Michel-Archange.
PERRON, Edmour,	à l'Hôpital du St-Sacrement.
PETITCLERC, J.-L.,	à l'Hôtel-Dieu.
PICHETTE, Henri,	à l'Hôpital du St-Sacrement.
POTVIN, A.-R.,	à l'Hôtel-Dieu.
RACINE, Georges,	à l'Hôtel-Dieu.
ROGER, J.-Paul,	à l'Hôpital du St-Sacrement.
ROUSSEAU, Louis,	à l'Hôpital Laval.
ROY, F.-J.,	à l'Hôtel-Dieu.
ROY, L.-P.,	à l'Hôtel-Dieu.
ROY, Saluste,	à l'Hôpital St-Michel-Archange.
SAMSON, Mathieu,	à l'Hôpital St-Michel-Archange.
SIMARD, André,	à l'Hôtel-Dieu.
TREMPE, Florian,	à l'Hôpital du St-Sacrement.
VAILLANCOURT, J.,	à l'Hôpital St-Michel-Archange.
VALLÉE, Arthur,	à l'Hôtel-Dieu.
VERREAULT, J.-E.,	à la Faculté de Médecine.
VÉZINA, Charles,	à l'Hôtel-Dieu.

NEUROTROPHOL BYLA

Tonique Nervin à base d'acide nucléinique, d'hormones orchitiques et de glycéro-phospharsinate disodique

SURMÉNAGE — ÉPUISEMENT — NEURASTHÉNIE

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



SPLENARMONE BYLA

Reconstituant général, à base d'hormones hépatique et splénique, d'extrait de muqueuse gastrique et d'extrait surrénal.

ANÉMIES — CONVALESCENCE

(AMPOULES et SIROP)

LES ÉTABLISSEMENTS BYLA, - - - PARIS

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

GÉLOGASTRINE LICARDY



COMMODE

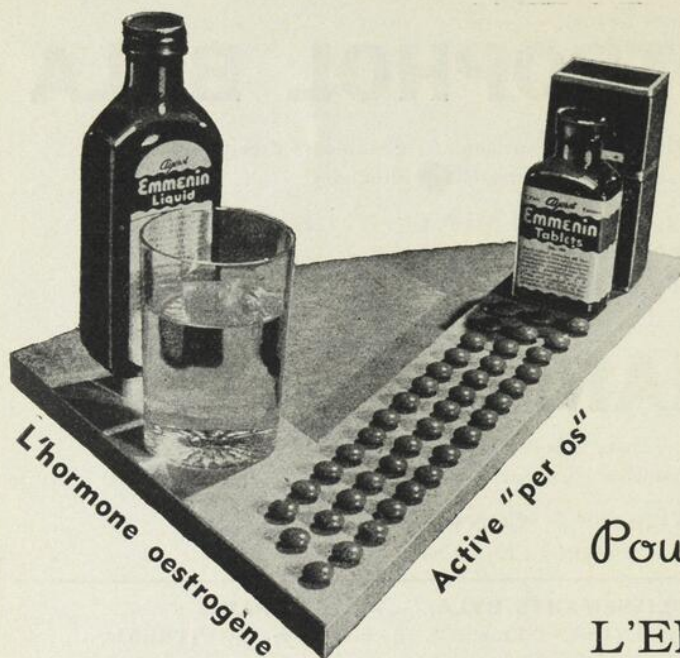
1 cuillerée à bouche
avant chaque repas
ou au moment des crises

EFFICACE

2 tablettes avant
chaque repas
ou au moment des crises

LABORATOIRES LICARDY - 38, Brd Bourdon, NEUILLY-PARIS

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



Pourquoi L'EMMÉNINE ?

Parce que l'Emménine s'est montrée efficace dans le traitement des symptômes subjectifs et objectifs de la ménopause.¹

Parce que l'activité "per os" de l'Emménine permet une administration plus facile et plus commode.²

Parce que des expériences de laboratoire et des observations cliniques d'une grande portée ont prouvé la valeur de l'Emménine.³

L'Emménine est un produit de choix et les médecins qui sont appelés à instituer un traitement pour le soulagement des symptômes ménopausiques peuvent le préconiser avec confiance.

La dose habituelle est une cuillerée à thé bien diluée dans de l'eau froide, ou un comprimé, trois ou quatre fois par jour. Dans les cas de ménopause chirurgicale, des doses plus fortes sont souvent nécessaires.

1. Salmon, U. J., Frank, R. T., Endocrinology, 21 : 476, 1937.
2. Ibid. Endocrinology, 21 : 476, 1937.
3. Un exemplaire de "La Bibliographie de l'Emménine, 1930-1937" sera envoyé sur demande.

AYERST, McKENNA & HARRISON

LIMITÉE

Biologistes et Pharmaciens

MONTREAL

CANADA

MÉMOIRES ORIGINAUX

DIABÈTE ET XANTHOME

par

Renaud LEMIEUX

Chef de service à l'Hôpital du St-Sacrement

Sylvio LEBLOND

Chef de clinique à l'Hôpital du St-Sacrement

et

Honoré NADEAU

Assistant à l'Hôpital du St-Sacrement

Le cholestérol a donné lieu, dans ces dernières années, à de nombreux travaux, à de savantes recherches et à des découvertes intéressantes. On connaît une bonne partie de ses origines ; on connaît bien aussi ses voies d'élimination, mais on erre encore quand il s'agit d'expliquer les causes intimes de ses précipitations tissulaires.

Le diabète qui s'accompagne de xanthomatose est une de ces énigmes métaboliques. Ces deux affections peuvent exister indépendamment chez des individus différents, mais voilà qu'à certains moments elles s'associent chez un même individu, et ce trouble du métabolisme du cholestérol marche de pair avec le diabète, maladie que caractérise un trouble du métabolisme des hydrates de carbone. On régularise, ou on remet en marche les trans-

formations hydrocarbonées et du même coup les éliminations cholestérolées reprennent et les dépôts de ce corps lipoïde dans les tissus disparaissent.

Il nous a été donné d'observer un malade présentant le plus typiquement possible cette association pathologique.

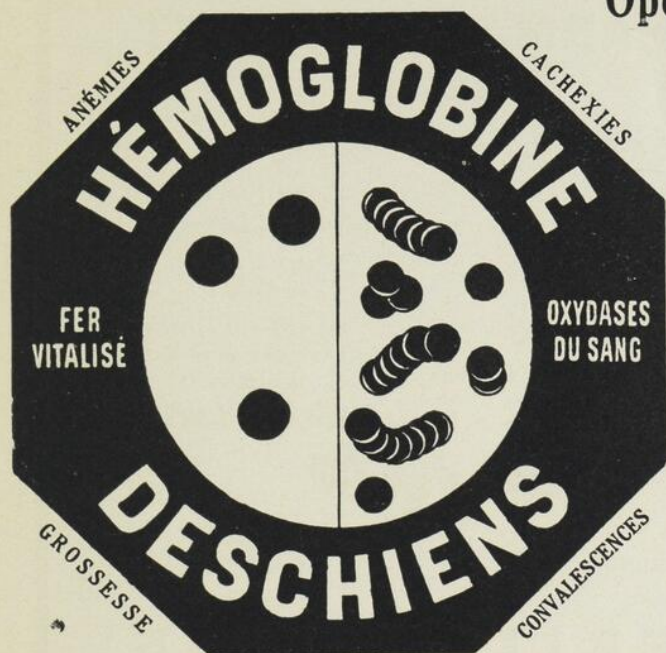
M. G., âgé de 33 ans, est marié et père de 4 enfants. Il n'y a pas de maladie intéressante à signaler pas plus dans son passé que dans celui de sa famille. Il est colon et doit travailler arduement. Tout va bien jusqu'en octobre 1935. A cette époque son appétit augmente. Il se met à manger et surtout il présente une faim et une soif qu'il réussit mal à satisfaire. Au début il prend du poids et s'en réjouit, croyant voir là les signes d'une santé florissante. Mais bientôt il maigrit et son appétit, loin de diminuer, augmente encore : la soif devient inaltérable, et un besoin d'uriner toutes les 20 ou 30 minutes des quantités considérables commence à l'inquiéter.

En mai ou juin 1936, des éruptions apparaissent sur la face dorsale des poignets, aux coudes, sur les genoux, éruptions qui se multiplient rapidement, dépassent assez loin les régions articulaires où elles sont nées, atteignent les jambes, les mains, les doigts, les avant-bras, la face et la verge.

Ce sont, au début, des lésions papuleuses plus ou moins rouges, plus ou moins violacées, ne créant aucune douleur ni aucun prurit. Leur consistance est à peu près celle de la peau normale. La pression sur cette lésion papuleuse fait disparaître la rougeur qui en recouvre le contenu lequel présente une coloration de beurre ou de fromage. A certains endroits, aux poignets et aux mains, ces éruptions se sont réunies pour former une masse tumorale violacée assez protubérante. A la face et à la verge elles sont plus discrètes, de même que sur la voûte palatine. Ces lésions ne lui donnent aucun malaise mais leur prolifération l'inquiète.

Pendant ce temps la polyphagie, la polydypsie et la polyurie persistent malgré qu'il perde du poids et des forces. De temps à autre sa vue s'embrouille et il se sent faiblir brusquement : il doit se reposer.

En décembre 1936, l'appétit disparaît ; il ne mange plus, ne boit plus, urine moins, maigrit toujours et devient de plus en plus asthénique. Seuls ses placards xanthomateux augmentent de nombre et de volume. Il doit bientôt quitter son travail et décide de se faire traiter. Il a perdu 40 livres de poids.



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^a, 9, Rue Paul-Baudry, Paris (8^e). — Agents Généraux : ROUGIER Frères, 350, Rue Le Moyne, Montréal.

TRAITEMENT POLYVALENT DES ÉTATS INFECTUEUX

par la

LIPOSEPTINE

(médication polyvalente des agents pathogènes)

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES : — La Liposeptine agit dans : des affections contre lesquelles il n'y a jusqu'à présent ni sérum, ni vaccin, telles : les FIÈVRES ÉRUPTIVES, ROUGEOLE, OREILLONS, la FIÈVRE PUERPÉRALE, les PHLÉBITES :

affections plus banales, mais souvent graves par leurs complications : TRACHÉITES, BRONCHITES, etc...

affections purulentes : OTITES, MASTOIDITES, ABCÈS DIVERS au début.

EN CAS D'ÉPIDÉMIE SON ACTION PRÉVENTIVE EST RECHERCHÉE

*Laboratoires de la Liposeptine,
2, Place des Vosges, Paris, France.
Agence exclusive pour le Canada :*

MM. HERDT & CHARTON, INC.,

2027, avenue Mc Gill College,

MONTRÉAL.

R

PHARMACIE BRUNET

Etablie en 1851

GROS et DETAIL

Chimistes - Fabricants - Manufacturiers - Importateurs de produits pharmaceutiques, d'accessoires pour hôpitaux, laboratoires et bureaux de médecins.

Agent :

des instruments de chirurgie de la maison

JETTER SCHEERER

Agent :

des appareils de stérilisation pour bureaux de docteurs et d'hôpitaux.

WILMOT CASTLE



Corsets de maternité
Bandes herniaires

Supports Sacro-iliaque
Supports abdominaux

STERILISATION Efficace, Automatique, Economique pour MEDECINS et HOPITAUX

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

Installez un CASTLE "Full Automatic" entièrement automatique.

Ils ne sont jamais en bas du point bouillant.

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

Vous ne pouvez endommager le Stérilisateur par négligence.

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

WILMOT CASTLE COMPANY

Rochester, N. Y.

" CASTLE "

SERVICE SANS ÉGAL — OUTILLAGE LE PLUS MODERNE.

W. BRUNET & CIE, LTEE

PHARMACIENS

139-141, RUE ST-JOSEPH

70, RUE LALIBERTÉ

Appel du soir

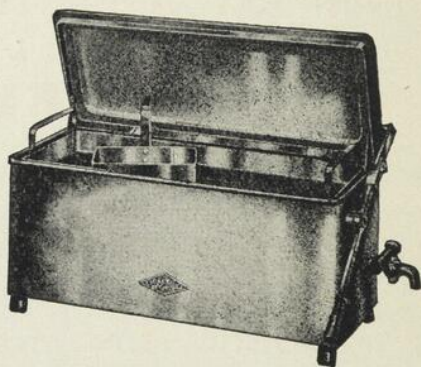
TÉLÉPHONE

Dim. et fêtes

2-2617

8141

3-2385



Il nous arrive le 2 février dernier. Il ne pèse plus que 104 livres. Il se perd littéralement dans ses habits et il paraît plus vieux que son âge : on lui donnerait facilement 45 ans.

On constate l'existence de lésions cutanées, entourées d'un halo rosé, et très variables de dimensions allant de celle d'un grain de mil jusqu'à celle d'une pièce de 25 sous. Elles sont plus petites, plus discrètes et plus blanches à la face, sur le palais et sur la verge. Il n'existe pas de xanthélasma. Le malade n'accuse pas de troubles de la vue, pas de mouches volantes ni de feuilles qui tombent devant ses yeux. Pas de troubles hépatiques ni vésiculaires. Pas d'histoire de lithiase apparente.

L'examen somatique, outre le diabète et la xanthomastose, ne révèle rien qui soit digne d'être noté.

Les urines contiennent 55 grammes de sucre au litre et le malade passe un litre d'urine dans les 24 heures. Les réactions de Gerhardt et de Légal sont fortement positives.

Le lendemain de son arrivée, on lui fait une prise de sang. Après 10 minutes à peine de séjour dans le tube la partie supérieure de la masse sanguine prend une teinte opalescente et le sérum qui se sépare de la masse rouge a un aspect laiteux absolument semblable à une émulsion grasseuse. La glycémie dans ce sang était de 2 gr. 42.

Il était aussi intéressant de connaître l'état des lipides du sang et, en particulier, de la cholestérine.

On trouvait 15 grammes de cholestérine par litre dans ce sérum laiteux, quand normalement on n'en trouve que 1 gr. 60 à 1 gr. 80. Les acides gras totaux atteignaient le chiffre énorme de 75 gr. 40 au litre : les lipides totaux ne dépassent pas 10 grammes au litre après un repas copieux chez un individu normal.

La mesure du pouvoir cholestérolitique du sérum de notre malade, d'après la technique décrite par Loeper et Lemaire et reprise par Edgard-Rosa, n'a montré aucune variation dans le chiffre du cholestérol sanguin.

Si après avoir dosé le cholestérol d'un sérum donné on ajoute 0 gr. 02 de cholestérol cristallisé et purifié par centimètre cube de sérum examiné et qu'on porte à l'étuve pendant 72 heures avant de redoser la cholestérine de ce sérum, on constate des variations en plus ou en moins suivant que ce sérum a une tendance à précipiter ou à dissoudre la cholestérine. S'il dissout la

cholestérine le deuxième dosage donnera un chiffre plus élevé que le premier car la cholestérine ajoutée aura précipité celle qu'un premier dosage n'aura pas mis en évidence. Par contre si le deuxième dosage est plus faible que le premier c'est que le sérum du malade a une tendance à précipiter la cholestérine et l'apport artificiel de ce lipoïde et l'étuve auront ramené le sérum à ses propriétés normales. Dans le premier cas on dit que le sérum a un pouvoir cholestérolytique positif, dans le second cas il est négatif.

Chez notre malade la mesure de ce pouvoir n'a donné aucun changement dans le chiffre de la cholestérolémie. La tendance précipitante de la cholestérine ne fait pas de doute cependant. Le xanthome est là pour l'affirmer et une biopsie faite le 11 février la confirme.

Faut-il battre en brèche l'épreuve de Loeper et Lemaire, ou bien admettre que le sérum sanguin a été sidéré devant cette affluence de cholestérol ? Nous verrons qu'avec l'amélioration de la maladie le sérum s'est repris et a retrouvé ses pouvoirs lytiques.

Le malade est immédiatement soumis à un traitement actif. Il reçoit un régime de 100 grammes d'hydrates de carbone et peu de corps gras. Il reçoit, en outre, 50 unités d'insuline qu'il faut porter rapidement à 150 unités par jour pour le rendre aglycosurique. On peut par la suite faire descendre la quantité d'insuline requise jusqu'à 40 unités par jour et le maintenir aglycosurique. Chose remarquable, à mesure que le métabolisme hydrocarboné s'équilibrait, la xanthomatose régressait. Aujourd'hui il ne reste plus, comme vous pouvez le constater, que des taches violacées ici et là sur les membres. Il n'y a plus rien à la figure ni sur la voûte palatine. Le malade a repris du poids, des forces et de l'appétit.

Le 18 février, le sérum sanguin avait perdu cet aspect laiteux qu'il avait au début, et la cholestérinémie était tombée à 5 gr. 70. Le cholestérol artificiel donnait 5 gr. 50. Le sérum reprenait ses pouvoirs : on retrouvait un pouvoir cholestérolytique négatif puisque le sérum précipite de la cholestérine. Ce pouvoir se calcule en soustrayant les chiffres des deux dosages et en divisant cette différentielle par le chiffre du premier dosage. Cette fois-ci le pouvoir cholestérolytique était faiblement négatif à 0. 03.

Le 13 mars, le cholestérol sanguin donnait 3 gr. 85, le cholestérol artificiel 3 gr. 20 et le pouvoir cholestérolytique était encore négatif à 0. 18.

METHODE DE WHIPPLE

HEPATHEMO

DESCHIENS



Extrait concentré hydrosoluble de foie de veau
Forme ampoule • Forme sirop

**SYNDROMES
ANÉMIQUES**

DESCHIENS, 9, RUE PAUL BAUDRY - PARIS (VIII^e)
REPRÉSENTANT : ROUGIER, 350, RUE LEMOINE MONTREAL (CANADA)



Tubes à RAYON-X

Connus et
vendus dans le
monde entier

**Canadian Metalix
Co. Ltd.**

531 Sherbrooke St E.
Montreal, P. Q.

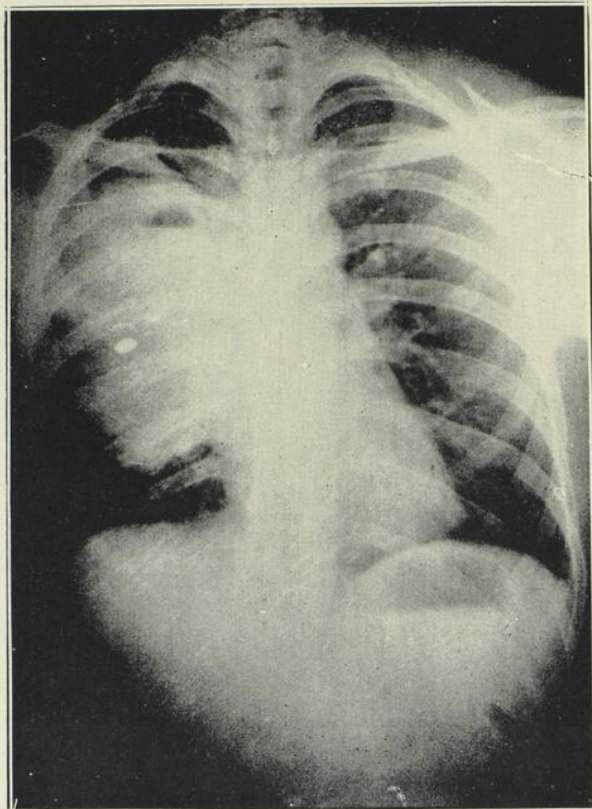


Fig. I.— Radiographie prise à l'arrivé du malade à l'Hôpital Laval.

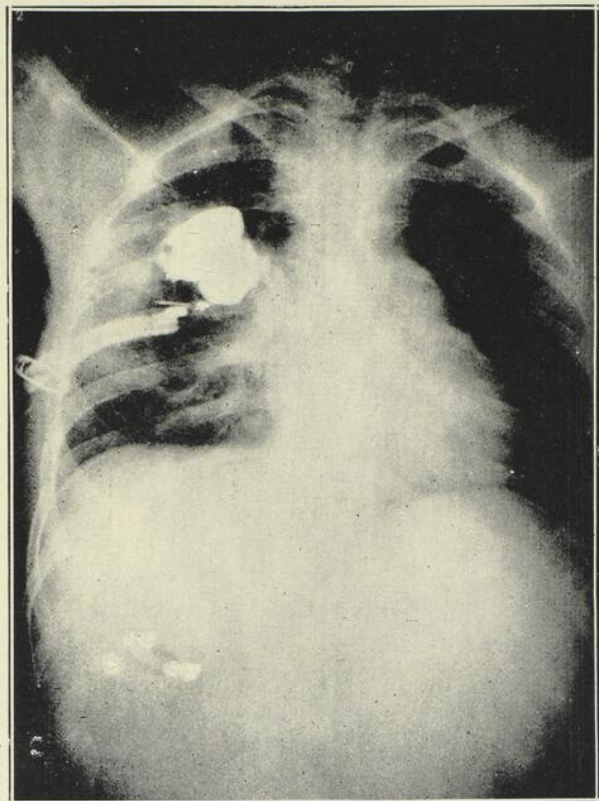
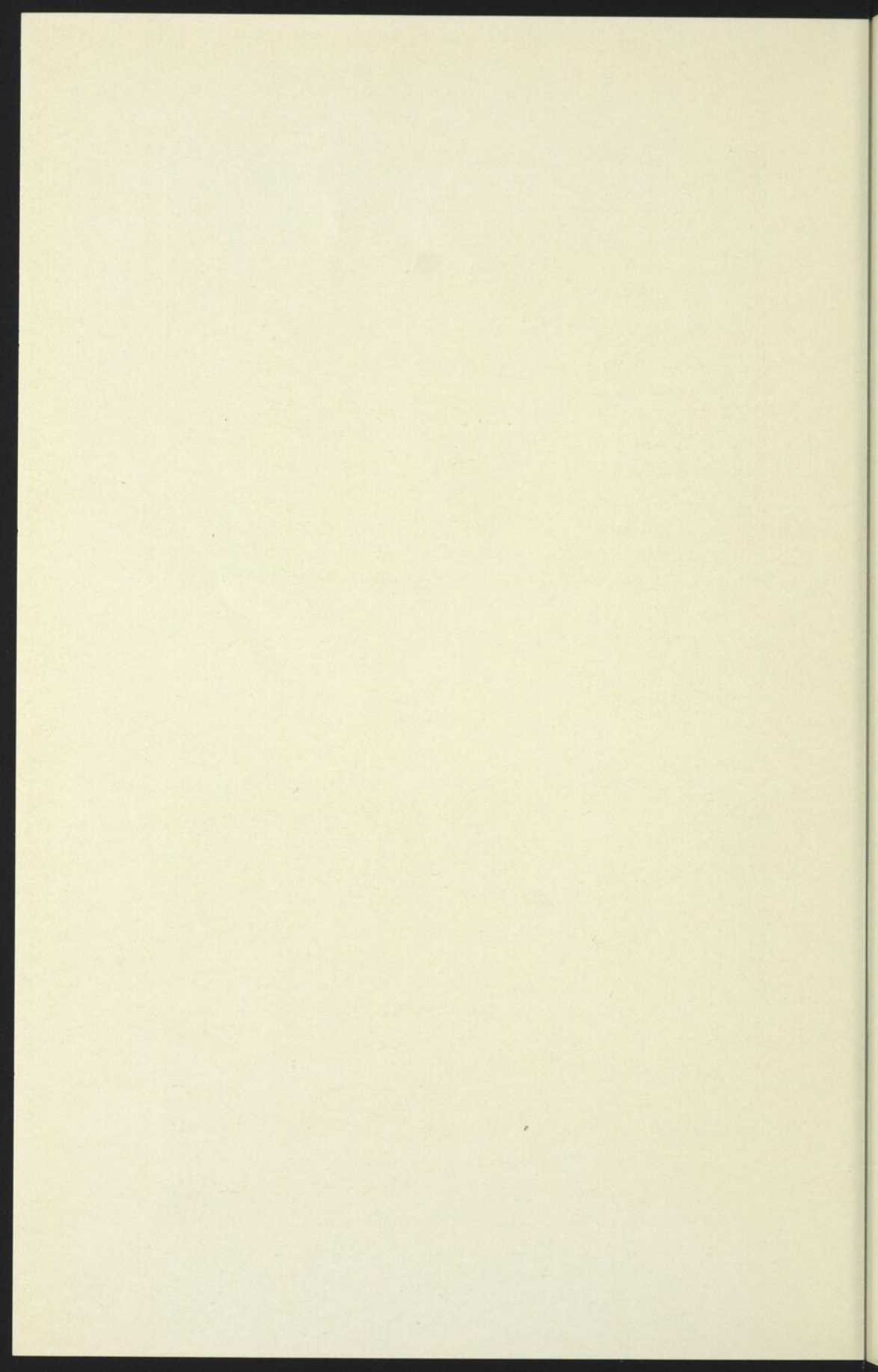


Fig. II.— Radiographie prise après pneumotomie et injection de lipiodol.



Au 20 avril, le sérum perdait ses pouvoirs précipitants pour retrouver des propriétés lytiques. Le cholestérol sanguin était de 3 gr. 04, le cholestérol artificiel de 4 gr. 04 et le pouvoir cholestérolitique était positif à 0. 33.

Au dernier dosage, fait le 30 avril, on retrouvait un pouvoir positif à 0. 15, le cholestérol sanguin était à 2 gr. 72 et le cholestérol artificiel à 3. 14.

Les lipoides totaux, dosés par le docteur E. Cliche, et comprenant les graisses neutres, les acides gras, les lipoides phosphorés, le cholestérol, libre et combiné, ont donné 6 gr. 82 pour mille c. c. de sang, quand en février les acides gras seuls avaient donné 75 gr. 40 pour mille.

Nous avons tenté de lui administrer l'insuline-retard fournie par les Laboratoires Connaught sous le nom de Protamine-Zinc-Insuline. Nous avons commencé en lui donnant, suivant les instructions indiquées par les fabricants, les deux tiers de la dose d'insuline ordinaire nécessaire. Le malade recevait une seule injection par jour, le matin, tel que le requiert l'absorption lente et retardée de cette nouvelle insuline. Cette insuline s'est montrée inférieure à l'insuline ordinaire chez notre malade. Et pourtant chez plusieurs diabétiques elle s'est montrée très efficace.

Chez M. G., la glycosurie s'exagérait avec la Protamine-Insuline et le dosage du sucre dans les urines fait à différentes époques de la journée a démontré que la glycosurie augmentait à partir de 5 heures de l'après-midi jusqu'à 11 heures du soir.

Pendant les 15 jours où le malade a été soumis à ce nouveau traitement insulinique le sérum a de nouveau repris une teinte légèrement opalescente, sans cependant que, pour cela, la cholestérinémie se soit exagérée comme le prouve le dernier dosage fait le 30 avril. Il n'y avait donc pas de relation directe entre le taux de la cholestérine de ce sérum et son opalescence. Et d'ailleurs Guy Laroche a signalé dans le xanthome une augmentation qui n'est pas toujours parallèle de la cholestérine et des autres lipoides, en particulier de la lécithine.

Notre malade s'est considérablement amélioré tant au point de vue diabète qu'au point de vue xanthomatose par le simple traitement du diabète.

C'est encore Guy Laroche qui dit que « pour comprendre les relations qui peuvent exister entre la cholestérine, les lécithines, le glucose et les gras-

ses, il faut se rappeler que la cholestérine est un alcool polycyclique non saturé du groupe des stérines, c'est-à-dire un corps comprenant un certain nombre de groupes CH₂ plus une fonction alcool et une fonction éthylénique. Il y a donc de par cette structure des relations possibles entre la cholestérine, les graisses et les glucides. Ces points de contact entre ces différents corps sont encore mal précisés mais l'hypothèse est probablement basée sur la réalité, et elle explique bien certains faits. »

La xanthomatose, comme le diabète, constitue une maladie de la nutrition portant sur un trouble dans le métabolisme des lipides, et la mise en évidence de la cholestérine dans les placards xanthomateux par Chauffard et Laroche, en 1910, en fut la preuve expérimentale.

Quinquaud, en 1878, l'avait pressenti. Il avait dit « que les matières grasses forment avec les sels du sang un savon qui se dépose dans les éléments anatomiques du derme, les irrite, et détermine leur prolifération. » Sa théorie avait fait peu d'adeptes.

Jusqu'à la découverte de Chauffard et Guy Laroche, on croyait généralement avec Virchow, Torok et d'autres que la xanthomatose était une néoplasie conjonctive avec dépôt de graisse ou dégénérescence graisseuse des cellules.

D'après Schaaf et Werner, « la distribution anormale des lipides du sang indique une instabilité relative de l'émulsion sanguine qui favorise la formation des dépôts xanthomateux. » (R. Burnier.)

Hans Fisher, à l'occasion d'une observation de xanthome avec diabète et artério-sclérose, chez un boucher, endosse l'opinion de Leary qui considère « le trouble des échanges lipoïdiques comme l'élément primitif responsable dans bien des cas à la fois du diabète et de l'artério-sclérose. Il y aurait une insuffisance acquise ou héréditaire de l'appareil cholestérinique qui favoriserait l'artério-sclérose tantôt plus spécialement du pancréas, tantôt plus spécialement des coronaires ». (Morhardt.)

Ces données explicatives s'accordent mal avec notre sujet qui est jeune, et chez qui le diabète a précédé le xanthome d'au moins huit mois. Le xanthome diabétique s'observe habituellement chez des gens plus âgés, et naît en même temps que le diabète ou à peu près. Moore, cependant l'a observé chez une enfant de 14 ans. L'évolution a été fatale et a duré 2 mois. Moreland et Darlinski ont rapporté une observation semblable chez un jeune

THERAPEUTIQUE ANTALGIQUE
TRAITEMENT IODÉ
RADIODIAGNOSTIC
LIPIODOL

HUILE IODÉE À 40%
540 MILLIGr d'IODE par C.C.

AMPOULES
CAPSULES
EMULSION
COMPRIMÉS

LAB^{OR} A GUERBET & C^{IE}
22, RUE DU LANDY
ST OUEEN - PARIS

LAFAY

TENEBRYL GUERBET

(Di-iodo-méthane sulfonate de sodium)
(68,6% d'iode)

Moyen de contraste pour Urographie Intraveineuse

LABORATOIRES A. GUERBET & CIE - PARIS

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



PIPÉRAZINE

MIDY

"ANTI-URIQUE TYPE"



LABORATOIRES MIDY - - - PARIS

Agents pour le Canada :

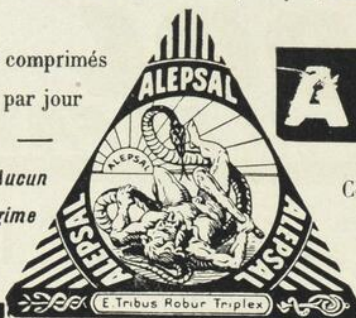
VINANT Ltée, 533, rue Bonsecours, Montréal.

2 à 4 cuillerées à café par jour.

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.

PEPTONATE DE FER ROBIN

GOUTTES VIN ELIXIR

**ANÉMIE - CHLOROSE
DÉBILITÉ**

R. C. 221839

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

J. EDDÉ, Agent Général, New Birks Building, Montréal

homme de 24 ans, qui s'est amélioré considérablement par le seul régime de restriction hydrocarbonée sans insuline.

Une autre particularité intéressante à noter chez notre malade, c'est l'existence d'une sédimentation globulaire très accélérée.

On sait que cette épreuve indique habituellement l'intensité d'une réaction inflammatoire existante, et que les grandes accélérations se rencontrent au cours des processus infectieux. Il est vrai, cependant, que tout processus impliquant la résorption d'albumines étrangères en milieu plasmatique, comme un foyer de nécrose qui se résorbe, un cancer qui se développe, etc., peut accélérer la sédimentation globulaire, mais dans des conditions réduites. Car, la sédimentation globulaire est due, au moins pour une bonne part, à des troubles dans la composition et l'équilibre colloïdal des albumines plasmatiques.

Forestier, Cade et Lacapère en ont fait un élément important dans la classification des rhumatismes chroniques. Ils classaient comme arthrites les lésions rhumatoïdes qui s'accompagnaient d'une exagération de la sédimentation globulaire et comme arthroses celles où la sédimentation restait normale.

On sait cependant que cette réaction s'accélère dans la grossesse. Farheus avait cru trouver là une façon de mettre en évidence précocément une grossesse. Un état anémique plus ou moins marqué peut accélérer une sédimentation globulaire. Mais toutes ces exagérations de la sédimentation sont minimes.

Chez notre malade la sédimentation globulaire est massive comme on la trouve au cours d'une poussée de rhumatisme articulaire aigu ou d'une pneumonie.

Nous avons pratiqué la même réaction chez des malades présentant des hypercholestérolémies à 5 et 6 grammes au litre et elle s'est montrée normale. Nous l'avons pratiquée aussi chez plusieurs diabétiques non compliqués et elle est encore restée normale.

Nous utilisons la méthode de Westergreen dont les chiffres normaux sont les suivants : 10 millm, au bout de la 1ère heure, 20 millm, au bout de la 2ème heure et 100 millm, au bout de 24 heures.

Chez notre malade elle se lisait comme suit :

5 février :	1ère heure.....	35
	2ème heure.....	65
	24 heures.....	142
21 février :	1ère heure.....	30
	2ème heure.....	65
	24 heures.....	125
17 avril :	1ère heure.....	21
	2ème heure.....	41
	24 heures.....	123

Elle devenait moins rapide à mesure que le malade s'améliorait.

Y a-t-il des albumines étrangères qui se résorbent dans le plasma de notre sujet ? Nous ne les avons pas recherchées, mais nous nous demandons d'où elles pourraient provenir : M. G. n'est pas en état de dénutrition azotée, les troubles qu'il présente portent sur le métabolisme des glucides et des lipides. A moins que des troubles du métabolisme protidique existent dont la sédimentation globulaire serait le témoin. Peut-être aussi sommes-nous en présence d'un fait qui prouve que la sédimentation globulaire dépasse les bornes des phénomènes inflammatoires et des processus de résorption protidique. Nous continuons actuellement nos observations sur ce sujet.

Nous avons pensé que cette observation clinique pouvait offrir de l'intérêt. C'est pourquoi nous l'avons présentée.

La xanthomatose associée au diabète n'est pas une affection rare ; mais le jeune âge de notre malade, l'opalescence de son sérum, la très grande richesse de celui-ci en lipoides et surtout en cholestérol constituent des particularités dignes à noter.

Deux problèmes restent à résoudre que nous vous soumettons.

Pourquoi la Protamine-Zinc-Insuline n'a pas d'effet chez lui et raccourcit-elle son temps d'action et d'absorption quand chez le diabétique normal elle s'est montré efficace ?

Et pourquoi la sédimentation globulaire est-elle aussi accélérée ?

BIBLIOGRAPHIE

- LAROCHE, Guy. Xanthélasma et Xanthome. *Arch. de Dermato-Syphil.*, 2, fasc. III, 1930.

- CHAUFFARD et LAROCHE, Guy. Pathogénie du Xanthome. *Presse Médicale*, 1910.
- FISHER, Mans. Un cas de diabète sucré et de xanthomatose. *Die Medizinische Welt*. 1-10, pp. 887-890, n° 25, 20 janvier 1936.
- LEVY, Georges. Xanthélasma et Xanthome. *Annales d'Anatomie Pathologique*, 2, 1925, p. 247.
- MICHAEL et NICOLAS. Les lipides du sang dans le xanthome. *Archives of Dermato. and Syphil*, 29, n° 2, fév. 1934.
- EDGARD-ROSA, G. Le pouvoir cholestérolytique. *Esprit Médical*, 20 mai 1935.
- MORELAND, R.-B., et DARDINSKI, V.-J. Xanthoma Diabeticorum : an early case. *J. of the Amer. Med. Ass.*, 1933, p. 491.
- DOUMER, Ed., CUVELIER, R., et CARON, A. La Sédimentation Globulaire en Pathologie Digestive. *Arch. des Mal. du Tube Dig. et de la Nut.* Juin 1935.
- GRODNITZKY, B. Sédimentation Globulaire. *Monde Médical*, 1er octobre 1932, p. 877.
- FORESTIER, J. L'épreuve de la Sédimentation Globulaire suivant la méthode de Westergreen. *Monde Médical*. 794, 14 juillet 1931.
-

DEUX OBSERVATIONS DE PLEURÉSIES CANCÉREUSES

par

Louis ROUSSEAU

Chef de service à l'Hôpital Laval

Parmi les malades qui nous sont confiés, il arrive souvent que nous observions des affections non tuberculeuses des voies respiratoires. Il n'est pas d'années que nous n'ayons l'occasion de suivre quelques cas de cancer pulmonaire.

Le diagnostic de cette affection, lorsqu'elle est accompagnée d'un épanchement pleural, est devenu relativement facile dans les centres hospitaliers munis de laboratoires bactériologiques et radiologiques. En effet, en éliminant les différentes affections pulmonaires, il suffit de penser à la possibilité d'un cancer pour ne pas omettre d'utiliser les moyens d'investigation propres à le mettre en évidence.

Nous ne saurions assez insister sur la valeur de la méthode du docteur Édouard Morin, de l'Hôpital du St-Sacrement, qui permet de retrouver des cellules cancéreuses dans les produits émanant des organes cancérisés. Depuis plusieurs années, à l'Hôpital du St-Sacrement et à l'Hôpital Laval, ce procédé nous a donné des résultats positifs dans un pourcentage élevé de cas de cancer.

Il y a longtemps, Walshe (1) constata la présence de cellules tumorales dans les crachats de malades atteints de cancer pulmonaire et plusieurs auteurs reconnurent la valeur de cet examen (Ehrlick, Troisier, Hampeln) mais d'autres expérimentateurs cherchèrent en vain des éléments cancéreux dans les expectorations. Sachs dans 46 cas ne put constater une seule fois des cellules néoplasiques. Il faut ajouter que cette recherche de cellules cancéreuses se faisait directement sur une lame, après simple étalage du produit suspect, tandis que la technique du docteur Édouard Morin comprend des manipulations plus délicates.

(1) *Le cancer primitif du poumon*. René HUGUENIN, (page 113).

Cette mise au point d'une technique pratique est extrêmement précieuse puisqu'elle permet de faire un diagnostic relativement précoce d'une affection dont le pronostic est fatal.

Le tableau clinique des cancers pulmonaires est des plus variables et ne répond à aucune description classique. Ces néoplasmes fournissent parfois une riche symptomatologie ; ils peuvent aussi évoluer insidieusement et n'être reconnus qu'à l'autopsie.

René Huguenin a publié, en 1928, une étude complète sur le cancer primitif du poumon. On trouve dans cet ouvrage les modalités les plus variées de cancer pulmonaire. Nous y remarquons une symptomatologie différente suivant les localisations tumorales, la forme anatomo-pathologique, etc.

Les deux observations que nous rapportons appartiennent à des sujets chez qui le hasard nous a permis d'assister aux premières manifestations néoplasiques ; tous deux firent des épanchements pleuraux de nature cancéreuse. L'évolution clinique de ces deux cancers fut différente ; chez l'un, la cachexie fut lente, entraînant la mort après plusieurs mois tandis que l'autre eut une marche rapide à forme toxique.

Obs. 1.— Omer T., boucher, âgé de 39 ans, est marié depuis 11 ans, et père de huit enfants tous bien portants. Aucun antécédent tuberculeux. Il aurait eu avant son mariage une maladie vénérienne pour laquelle il reçut plusieurs injections intraveineuses. Actuellement, nous ne trouvons aucun stigmate de spécificité. La réaction de Bordet-Wassermann est négative dans le sang.

Au mois de décembre 1936, il perd du poids en même temps qu'apparaît un peu de toux. Au mois de janvier 1937, il éprouve des douleurs thoraciques, la toux persiste et son médecin lui conseille d'aller consulter au dispensaire antituberculeux où, en l'absence de signes évidents de tuberculose l'on fit le diagnostic hypothétique de cancer médiastinal. Des examens radioscopiques répétés montrèrent l'apparition d'une petite opacité arrondie à la région hilare gauche. Graduellement cette image augmenta pour envahir le parenchyme.

Durant les 2 mois et demi qu'il fut observé au dispensaire, il eut une toux quinteuse donnant peu d'expectorations, des douleurs thoraciques surtout intenses à gauche où elles s'irradiaient vers le bras. Ce ne fut que peu de

temps avant son admission à l'Hôpital Laval qu'apparurent à la base gauche des crépitations superficielles.

A l'Hôpital Laval, le 24 mars 1937, l'image pulmonaire fait suspecter une réaction ganglionnaire du médiastin ; une opacité homogène coiffe la base de l'image cardiaque ; la moitié inférieure et interne du parenchyme gauche est voilée. En position transverse, il y a obstruction de l'espace rétro-cardiaque à la région moyenne. Il n'y avait alors aucun ganglion cervical sus-claviculaire ou axillaire important. De nombreux crachats, du liquide gastrique et une inoculation au cobaye ne montrèrent pas de bacilles de Koch.

Comme ces tumeurs d'apparence ganglio-pulmonaire sont souvent secondaires, nous cherchâmes à déceler une autre localisation organique sans pouvoir y parvenir. Nous ne pouvons cependant affirmer sans réserves, l'intégrité des autres organes puisqu'il n'y eut pas de contrôle post-mortem.

Le syndrome subjectif dominant fut toujours des douleurs thoraciques. Le 5 avril 1937, c'est-à-dire plus de quatre mois après le début de la maladie, nous constatons des frottements pleuraux qui précédèrent de quelques jours l'apparition d'un épanchement. Cet envahissement de la plèvre coïncida avec une atteinte ganglionnaire ; un gros ganglion axillaire droit et un autre à la région maxillaire gauche augmentèrent rapidement de volume.

L'épanchement pleural ne fut pas très abondant ni récidivant comme c'est souvent le cas dans les pleurésies cancéreuses. Du mois d'avril à son départ de l'hôpital, moins de 1,000 c.c. furent retirés et, le 9 juillet, une dernière ponction ne ramena pas de liquide. Le liquide fut toujours jaune verdâtre, jamais sanguinolent.

L'examen de ce liquide suivant la technique du docteur Morin, nous permit de conclure à la nature néoplasique de l'épanchement.

Cytologie : Nombreux globules rouges et polynucléaires neutrophiles. Lymphocytes. Mononucléaires. Grandes cellules endothéliales à protoplasme très basophile, vacuolaire, contenant un grand noyau. Quelques cellules binucléées à protoplasme basophile et vacuolaire. Cellules en mitose avec protoplasme basophile. Lymphoblaste.

S'il nous fut possible de conclure à la nature cancéreuse de la pleurésie, il fallut l'examen des ganglions pour en établir l'origine. Le docteur Morin,

que nous remercions de sa collaboration, reconnu à l'examen de coupes des ganglions axillaire et maxillaire, des cellules indiquant le point de départ alvéolaire de l'épithélioma.

Cette notion devient d'autant plus intéressante que l'affection s'est comportée cliniquement beaucoup plus comme une tumeur ganglionnaire que comme un néoplasme du poumon. Jamais nous n'avons constaté les expectorations considérées caractéristiques du cancer, et des examens spéciaux des crachats en vue d'établir ce diagnostic, furent négatifs.

Un cliché radiographique du début du mois de mai, alors qu'il n'y avait que peu ou pas de liquide, ne permet pas de juger de l'état du poumon ; la plèvre probablement épaisse voile tout l'hémithorax gauche ; nous constatons une légère attraction de la trachée et de l'image cardiaque ainsi qu'une élévation de l'hémidiaphragme gauche. Cette rétraction s'est considérablement accentuée dans la suite comme nous avons pu le vérifier par des examens radioscopiques mais malheureusement nous avons négligé de tirer de nouveaux clichés.

Durant quatre mois, nous avons assisté à une cachexie lente et progressive. L'état fébrile fut constant sans être très élevé, les expectorations négligeables. Les douleurs thoraciques furent très pénibles pour le malade.

Il fut dirigé vers l'Hôpital du St-Sacrement pour traitements radiothérapiques. Il y mourut quelques semaines plus tard et nous apprenons des médecins de cet hôpital qu'une opposition de la famille a empêché un contrôle nécropsique.

Le syndrome douloureux est un des plus importants dans le cancer pleuro-pulmonaire ; il est parfois le seul à attirer l'attention sur l'existence d'un néoplasme. Guillaïn et J. Sterne (1) rapportent le cas d'un cancer de l'apex pulmonaire qui se manifesta par un syndrome neurologique : douleurs paroxystiques au membre supérieur gauche, de l'atrophie musculaire et aussi un syndrome de Claude Bernard Horner. Ces signes neurologiques constatés fréquemment par les américains seraient surtout fréquents dans le cancer apical.

Notre deuxième observation appartient à un cancer dont l'évolution fut beaucoup plus rapide que la précédente. Il s'agit encore d'un cancer primitif

(1) *Annales de Médecine*, juillet 1936.

du poumon se présentant sous l'apparence d'un cancer primitif de la plèvre. Il fallut l'examen microscopique des nodules cancéreux pour en établir l'origine alvéolaire.

A. A., 57 ans, n'a aucun antécédent pathologique important, il est employé comme journalier dans les mines d'amiante et n'a jamais dû abandonner son travail pour maladie. Il a fait des abus éthyliques durant des années. Aucun antécédent tuberculeux.

Le 17 septembre 1936, il se présente à mon bureau pour de vives douleurs thoraciques apparues quelques jours auparavant. A l'examen, je constate de nombreux frottements pleuraux à gauche. Un examen radioscopique montre une image thoracique normale. Étant donné l'âge du malade, l'absence d'antécédents tuberculeux, je m'arrête au diagnostic hypothétique de cancer pleuro-pulmonaire. Il refuse alors l'Hôpital mais accepte de revenir me consulter dans une semaine.

Le 24 septembre, c'est-à-dire sept jours plus tard, je revois ce malade. Il est très dyspnéique, cyanosé, a un pouls rapide. L'examen physique de l'appareil respiratoire indique un épanchement pleural occupant tout l'hémithorax gauche. Le cœur est refoulé à droite. Il fut hospitalisé le jour même.

Cet épanchement fut récidivant et nécessita plusieurs ponctions évacuatrices. Durant trois semaines, huit ponctions permirent de retirer 12,050 c.c. de liquide d'abord séro-fibrineux puis séro-sanguinolent.

L'examen des crachats après inclusion et fixation ne montra pas de cellules cancéreuses.

La recherche du bacille de Koch fut toujours négative si ce n'est à un examen où un bacille fut décelé : cette constatation ne saurait avoir aucun sens pathologique. La formule sanguine n'offrait rien de particulier, sauf une augmentation des globules blancs dont le chiffre était à 25,088 ; le nombre des globules rouges dépassait 5 millions et l'hémoglobine était à un taux de 114%.

Ce rapport anatomo-pathologique du liquide pleural, fait par le docteur Morin, se lit comme suit : — Le liquide, après fixation et inclusion dans la paraffine, nous révèle la présence d'amas épithéliaux enchassés dans de la fibrine avec des hématies et des polynucléaires. Ces cellules épithéliales, de nature néoplasique, ont un noyau très volumineux, irrégulier, occupant presque toute la cellule, avec de multiples nucléoles. Le reste du noyau est moucheté de granulations basophiles. Le protoplasme est réduit à un fin

halo qui prend pauvrement le colorant. Les amas se composent, les uns d'une cinquantaine de cellules, les autres de 8 ou 10 éléments ; ces éléments sont polyédriques ou cubiques par tassement réciproque.

L'évolution de cette pleurésie cancéreuse offre quelques particularités. Contrairement au cas précédent, le liquide se reproduisit rapidement, nécessitant plusieurs ponctions. Durant la courte évolution de la maladie (un mois), il ressentit de fortes douleurs thoraciques, fut très dyspnéique et incommodé par une toux incessante sans expectorations caractéristiques. Les ponctions ne soulageait que très peu sa dyspnée. Des symptômes d'ordre nerveux, que nous avons attribués à la toxicité de ce cancer, apparurent dès le début de l'affection. Il devint insouciant, aucunement préoccupé des progrès de la maladie. Une agitation extrême fit rapidement place à du délire qui persista jusqu'au jour de sa mort.

Les jours qui précédèrent la mort, l'azotémie était à 1 gr. 66%, la respiration était du type Cheyne-Stokes, il était tout à fait inconscient. Il mourut le 19 octobre, après un mois deux jours de maladie.

AUTOPSIE

Poumon gauche : Dans la cavité pleurale gauche, on trouve deux litres de liquide séro-sanguinolent. Le poumon est en partie collabé.

Adhérences du poumon au sommet et à la base. La plèvre, (feuillet viscéral et feuillet pariétal) est de couleur rosée, brillante, cartonnée, et farcie de petits bourgeons rouges très vascularisés, non sessiles ayant la grosseur d'un petit pois à une cerise. Ces bourgeons tapissent toute la plèvre du haut en bas du thorax et essaient sur le péricarde.

Le parenchyme du poumon gauche est très friable et hépatisé ; il paraît indemne de lésions cancéreuses.

Les bronches sont normales et leur lumière n'est aucunement obstruée.

Poumon droit : Libre dans la cavité pleurale. Plèvre normale. Hépatisation du parenchyme.

Foie : Aspect normal. 1170 grs. Coupe normale. Grosse vésicule, distendue, adhérente au foie (face inférieure).

Rate : Aspect normal. Organe petit, 80 grs. A la coupe : sclérose.

Rein gauche : Aspect normal, 165 grs. Coupe normale.

Rein droit : Aspect normal. 160 grs. Coupe normale.

Intestin : Il est ouvert sur toute sa longueur. Rien d'anormal.

Estomac : Normal.

Péritoine : Normal.

Examen microscopique de fragments du parenchyme pulmonaire et de la plèvre.

La tumeur qui siège à la périphérie du parenchyme et qui se propage vers le feuillet pleural, est constituée uniquement par des cellules toutes petites, cubiques ; leur noyau volumineux, occupe les 4/5 de la cellule. Ces éléments cellulaires sont superposables à ceux du revêtement alvéolaire. La disposition des boyaux néoplasiques n'a pas d'agencement régulier ; elle est tantôt en amas, tantôt en long cordon. Par suite du caractère de ces cellules, nous croyons qu'il faille rattacher le cancer à une origine alvéolaire plutôt qu'à bronchique ou pleurale. La tumeur aurait par conséquent pris naissance à la périphérie du parenchyme pulmonaire et gagné ensuite la cavité pleurale qu'elle aurait ensemencée.

Il s'agit en somme de deux cancers primitifs du poumon dont l'origine fut cliniquement masquée, chez l'un, par une symptomatologie pleuro-ganglionnaire, chez l'autre, par le tableau clinique d'un cancer primitif de la plèvre. Comme nous avons pu le vérifier dans un cas, le cancer initial est à peine perceptible macroscopiquement, ne produit que peu de destruction sur place. Comme il n'y a pas effondrement des bronches, la recherche des cellules cancéreuses dans les expectorations ne saurait donner de renseignements et c'est souvent dans les liquides d'épanchements pleuraux que l'on pourra établir un diagnostic.

Les pleurésies cancéreuses ne sont pas toujours hémorragiques ou le sont seulement à un moment de leur évolution ; comme par ailleurs, la tuberculose peut réaliser ces épanchements hémorragiques, ce symptôme n'a pas, lorsqu'il est isolé, une valeur absolue.

On a considéré longtemps comme signe classique de pleurésie cancéreuse, l'absence de granulations éosinophiles dans les leucocytes de l'épanchement pleural. Léon Bernard et Julien Marie ont publié en 1933, dans les *Annales de Médecine*, une étude de l'éosinophilie au cours des épanchements pleuraux. Ces auteurs rapportent une observation personnelle de cancer primitif du

poumon, accompagné d'une réaction pleurale avec forte éosinophilie ; leurs recherches bibliographiques leur ont permis de trouver trois cas analogues (obs. Vedel et Jambon ; obs. Erben ; obs. Rieux et Savy) dans lesquels une éosinophilie élevée a été constatée dans des liquides pleuraux de nature cancéreuse.

Léon Bernard a remarqué ce caractère cytologique au cours d'épanchements insidieux de nature variée auxquels il a donné le nom de micro-pleurésie.

Nous pouvons admettre qu'il n'existe pas de formule cytologique caractéristique du cancer pleural primitif ou secondaire ; seule la constatation des cellules cancéreuses constitue un signe certain.

KYSTE CONGÉNITAL SUPPURÉ DU POUMON

par

Roland DESMEULES

Directeur médical à l'Hôpital Laval

De nombreuses publications faites, durant ces dernières années, en divers pays, mais surtout en France, ont attiré l'attention des médecins sur les kystes aériens du poumon.

Pruvost, Leblanc, Delort et Coletsos, divisent les kystes pulmonaires congénitaux en cinq variétés : 1° Le kyste latent, découvert lors d'exploration radiographique. 2° Les kystes compliqués d'hémoptysies ; forme à connaître permettant d'attribuer une cause aux hémoptysies qui ne font pas leur preuve. 3° Les kystes non suppurés mais infectés. Ici, la confusion est la règle avec la tuberculose : le malade tousse, crache un peu, pendant une période de temps prolongée. C'est la radiographie qui montre au médecin averti, des images arrondies, à caractères distinctifs. C'est en plus, une analyse soigneuse du patient, l'absence des bacilles de Koch dans les crachats, qui permettent d'affirmer le diagnostic de kystes congénitaux. 4° Les kystes aériens associés aux dilatations bronchiques. Cette forme me paraît difficile à séparer des bronchectasies ordinaires. 5° Les kystes suppurés et abcédés. Dans cette variété, qui donne des symptômes de suppuration pulmonaire, on peut rencontrer, soit plusieurs kystes congénitaux ou encore un seul kyste suppuré. C'est cette dernière forme qui va nous arrêter. Elle a été surtout étudiée par M. Sergent et ses collaborateurs Durand, Kourilsky et Patalanu. Il est juste d'ajouter que le kyste isolé et suppuré a été l'objet de travaux de plusieurs autres médecins français, et aussi de médecins étrangers comme Sauerbruch, Raimundi et Wood.

Trois observations illustrent un mémoire du Professeur Sergent, dans les *Archives Médico-Chirurgicales de l'Appareil Respiratoire*.

La première observation est celle d'une jeune fille de 26 ans atteinte de dilatations bronchiques et présentant une image radiographique ressemblant à celle d'un pyo-pneumothorax enkysté. C'est l'intervention qui permit d'établir un diagnostic précis.

La seconde observation concerne un homme de 28 ans qui, pendant 15 ans, eut des hémotypsies, sans que la cause de ces accidents puisse être établie. Subitement il eut des symptômes de pyo-pneumothorax qui, malgré les traitements chirurgicaux, conduisirent le malade à la mort. L'autopsie mit en évidence un kyste pulmonaire.

Le troisième patient, âgé de 10 ans, présentait un syndrome clinique de suppuration bronchique. La radiographie montra un niveau liquide à la base gauche. On pensa à un abcès ou à une pleurésie purulente. La patient fut opéré et, dans le cours de l'intervention, on constata un poche lisse : le diagnostic de kyste congénital fut porté. L'enfant retrouva la santé après une simple pneumotomie.

Le cas que je rapporte vient, après ces trois observations, illustrer le kyste congénital, isolé, latent, dont les premiers symptômes sont ceux d'une suppuration pulmonaire.

W. C., Dossier R-972, âgé de 22 ans, entre à l'Hôpital Laval le 1er février 1934. Il n'a pas d'antécédents personnels ni familiaux de tuberculose. Pendant l'automne de 1929, le malade commence à tousser et à expectorer. Il continue cependant son travail. Mais, durant l'hiver de 1930, il a de violentes douleurs thoraciques avec accès de suffocation. Ces accidents fatiguent le patient mais ne l'obligent pas à prendre le lit. Le 31 mai 1930, à cause de la persistance de la toux, et, surtout en raison d'expectorations purulentes, abondantes, il est admis dans le service de médecine de l'Hôtel-Dieu. Là, on porte le diagnostic d'abcès du poumon droit et on tente sans succès une thérapeutique médicale. Devant l'échec du traitement, on conseille une pneumotomie. L'opération est faite le 17 juillet 1930. Elle permet de drainer facilement la cavité suppurante. Le malade quitte l'hôpital le 28 août de la même année. Quelques semaines plus tard, l'ouverture thoracique se ferme. Mais, la toux, les expectorations persistent et le patient entre à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus. Il y demeure jusqu'au 27 janvier 1931. Le diagnostic porté est celui d'abcès pulmonaire droit avec coque fibreuse. Aucune intervention chirurgicale nouvelle n'est accomplie. Lors du départ

du malade, l'état général et pulmonaire sont améliorés d'une façon si marquée, qu'il peut rapidement reprendre son travail ordinaire. Ce n'est qu'en janvier 1934, que des douleurs thoraciques droites font leur apparition. Elles sont accompagnées de toux, de crachats abondants et de faiblesse générale. Le patient consulte au Dispensaire anti-tuberculeux et il est dirigé à l'Hôpital Laval.

A son arrivée, je constate, à la région antérieure droite, une matité franche qui s'étend de la région sous-claviculaire à la base. En arrière, il existe de la submatité de la région sus-épineuse à la région sous-scapulaire. Un fait important à noter, c'est la présence de gonflement, de rougeur et de fluctuation, à la région antéro-latérale droite, au-dessus de la ligne mamelonnaire, autour de la cicatrice de l'ancienne opération. Le malade rejette quelques crachats de pus, non fétide, qui ne contient pas de bacilles de Koch mais des microbes d'infection ordinaire. La radiographie montre une opacité dense, avec image hydro-aérique, occupant la quasi-totalité de la plage droite. Cette opacité, vue en position transverse, paraît plus postérieure qu'antérieure et suit assez bien le trajet de la grande scissure.

L'ensemble des faits me paraît justifier le diagnostic d'abcès pulmonaire en voie d'ouverture à la paroi thoracique, et je conseille une pneumotomie.

Après avoir incisé des tissus assez superficiels, très épaissis, le docteur Paul Roger introduit un tube dans ce qu'il croit être la cavité de l'abcès. Le pus qui s'écoule est jaune-verdâtre, sans odeur. Il contient des staphylocoques dorés et des coccis en tétrades. Des radiographies sont prises, après introduction de lipiodol par l'ouverture thoracique. Ces examens permettent d'étudier la forme et la situation de la cavité suppurante. Les contours sont bien dessinés ; la cavité paraît se diriger de haut en bas, d'arrière en avant, et occuper presque la région médiane.

Pendant les mois qui suivent l'opération, l'état général du patient s'améliore, mais l'écoulement de pus par le trajet fistuleux demeure aussi abondant. Une injection de violet de gentiane démontre l'existence d'une communication entre les bronches et la cavité.

Le 13 août, le docteur Roger et moi, décidons une nouvelle intervention, pour élargir la fistule thoracique vers le bas et obtenir ainsi un meilleur drainage. L'intervention est faite sans accident, mais elle ne modifie

pas favorablement la quantité de pus qui s'écoule chaque jour par la fistule thoracique.

Les caractères étranges de l'affection m'intriguent fortement. Après une observation prolongée, j'en arrive à rejeter le diagnostic d'abcès pulmonaire et je m'arrête à l'idée d'une pleurésie purulente, enkystée ou interlobaire.

C'est ce diagnostic que je soutiens devant le Professeur Sergent lorsque j'ai l'avantage de lui présenter mon malade, en septembre 1934.

M. Sergent, à cause des caractères mal définis de la suppuration, de l'existence de l'image hydro-aérique, et surtout en raison de la netteté des contours de la cavité, affirme le diagnostic de kyste pulmonaire suppuré.

Le malade est envoyé au Professeur Archibald pour intervention chirurgicale. L'opération montre l'existence d'un kyste situé à peu près dans le trajet de la grande scissure. Avec grande difficulté, le chirurgien enlève les parois du sac, excepté la partie la plus haute qui est cautérisée à l'acide phénique et à l'alcool. L'examen histo-pathologique, fait à l'Hôpital Royal-Victoria, permet de poser, d'une façon certaine, le diagnostic de kyste congénital.

Lorsque le patient revient à l'Hôpital Laval, en février 1935, il existe une petite fistule thoracique qui communique avec une cavité pouvant contenir 25 c.c. de sérum artificiel. Une injection de violet de gentiane met en évidence la persistance de la fistule bronchique.

Malgré tous les soins, l'état demeure stationnaire, et, en septembre 1935, le malade est envoyé de nouveau au Professeur Archibald, pour compléter la première intervention. Des hémorragies faciles et abondantes empêchent de détacher le reste de la membrane kystique ; on se contente de cautériser. Le chirurgien cherche à fermer la fistule bronchique par des agrafes métalliques. La cavité pulmonaire est comblée par un lambeau du grand pectoral et une partie de muscle intercostal.

Durant les mois qui suivent, l'écoulement de pus diminue de plus en plus. Mais, l'ouverture thoracique ne se ferme pas complètement.

La radiographie fait voir la disparition des contours opaques, visibles, sur les premiers films. Cependant, la fistule bronchique persiste encore.

Une lettre que je viens de recevoir de mon patient m'apprend que l'état clinique est toujours le même.

Cette observation me fournit l'occasion d'insister sur quelques points importants soulignés par M. Sergent et ses collaborateurs.

Le diagnostic de kyste isolé, pulmonaire, est difficile à établir. Lorsqu'il est gazeux, il peut se révéler par des crises de dyspnée, telles que celles présentées par mon malade, ou encore par des hémoptysies presque constantes durant l'évolution de la maladie.

Lorsqu'il est suppuré, la confusion est la règle avec l'abcès pulmonaire, la pleurésie interlobaire ou enkystée ou le pyo-pneumothorax. Les signes cliniques n'ont pas de caractères permettant de séparer le kyste des suppurations pleurales ou pulmonaires. Seule la radiographie apporte des renseignements de haute valeur. Le kyste suppuré se présente sous l'aspect d'une image hydro-aérique, à contours réguliers, nets et permanents, avec image supérieure en dôme. On ne trouve pas cette netteté, cette permanence de contours, ou l'apparence particulière de la limite supérieure, dans l'abcès du poumon, la pleurésie interlobaire ou enkystée.

De plus, l'intervention chirurgicale permet de constater une poche à parois lisses et régulières : ceci n'existe pas dans les abcès ou les pleurésies purulentes.

Le kyste suppuré reconnu comment faut-il le traiter ? Le chirurgien peut tenter la lobectomie ou la pneumectomie. Mais, ces interventions demeurent encore très dangereuses, même entre les mains de chirurgiens experts.

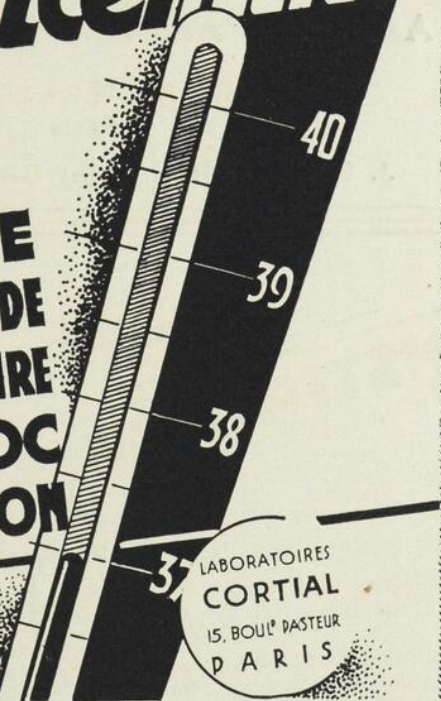
L'accord semble unanime sur la nécessité d'une pneumotomie faite au point le plus déclive. Là où il n'y a pas d'entente, c'est sur la façon de traiter la poche kystique. M. Sergent est contre l'ablation de la paroi, à cause du danger d'hémorragies mortelles. Sauerbruch a fait plusieurs extirpations avec résultats partiels. Mon malade, opéré par Archibald, a subi, à deux reprises, des opérations pour ablation du sac kystique. C'est avec beaucoup de difficultés que le chirurgien réussit à enlever la quasi-totalité du kyste.

La cavité pulmonaire pourra être comblée par un plombage paraffiné que je crois dangereux, ou encore, ce qui paraît préférable, par une greffe musculaire, suivant la technique d'Archibald.

Dans
les grandes
infections
aigues la..

Septicémine

**ENTRAINE
UNE CHUTE DE
TEMPÉRATURE
SANS CHOC
NI RÉACTION**



LABORATOIRES
CORTIAL
15, BOUL' PASTEUR
PARIS

Agents généraux pour le Canada,
Millet, Roux & Cie Limitée
1215, rue St-Denis, Montréal.

Représentant pour le district de Québec
Monsieur Ernest Blanchette
185, rue St-Jean, Québec.
TEL : 2-6079

Une formule nouvelle

PHOSPHO-STRYCHNAL

groupe en un seul produit

La médication **strychnique**
La médication **phosphorée**
La médication **polyphosphatée**

Gouttes 20 à 40 par jour.

Asthénie — Anorexie — Convalescences.

LABORATOIRES LONGUET
Paris

J. EDDÉ Limitée, Agent Général, Montréal.

CONSTIPATION
AUCUNE ACCOUTUMANCE

ACTION RÉGULIÈRE
ET CONSTANTE

1 à 6 comprimés par jour.
aux repas ou au coucher
Commencer par deux comprimés

LABORATOIRES
LOBICA
25, RUE JASMIN — PARIS

Agent: J. EDDÉ Liée, MONTRÉAL



à base de :

- Poudre de muqueuse intestinale
- Extrait biliaire
- Ferments lactiques
- Agar-agar

TAXOL

En résumé, le kyste congénital suppuré du poumon est rare. Mais nous devons y penser en présence d'une suppuration pulmonaire ou pleurale mal définie.

Retenons l'importance de l'étude attentive des caractères radiographiques des opacités.

Le traitement sera la résultante d'une collaboration médico-chirurgicale, étroite, réfléchie, sachant écarter tout acte chirurgical qui pourrait faire courir au malade des risques opératoires trop considérables.

BIBLIOGRAPHIE

- SERGENT, DURAND, KOURILSKY. Trois cas de kystes congénitaux isolés du poumon. *B. et M. Soc. Méd. des Hôp. Paris* n° 7, mars 1935.
- PRUVOST, P., LEBLANC, DELORT et CALETSOS. Formes cliniques et radiologiques des kystes aériens du poumon. *Presse Médicale*, N° 59, juillet 1935.
- SERGENT, DURAND, KOURILSKY et PATALANU. Les kystes congénitaux et suppurés du poumon. *Arch. Méd. Chir.* 10, n° 2, 1935.
- SERGENT et KOURILSKY. Kystes congénitaux isolés et suppurés du poumon. *B. et M. Soc. Méd. des Hôp. de Pris*, n° 13, avril 1937.
- DEBRÉ, R., MARIE, J. et MIGNON, M. Kystes congénitaux des poumons. *B. et M. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, n° 14, 1937.
-

MÉTABOLISME BASAL, HYPERTHYROIDIE ET TUBERCULOSE PULMONAIRE

par

Henri MARCOUX

Chef du Laboratoire de l'Hôpital Laval

« Un certain degré de suractivité thyroïdienne, physiologique ou non, est susceptible de diminuer la résistance organique à l'infection tuberculeuse. »

COULAUD

Parmi les causes qui affaiblissent l'organisme et y permettent l'essaimage et la prolifération du bacille de Koch, « germination qui se traduira par un processus de tuberculose évolutive », on a souvent mentionné l'hyperthyroïdie.

Cette hypothèse a été vérifiée expérimentalement et de diverses manières. COULAUD, par exemple, en irradiant la thyroïde du lapin, a constaté que cet animal devenait moins sensible à la tuberculose. On sait aussi par l'expérience clinique que les extraits thyroïdiens, quand on ne prend pas soin d'en régler soigneusement l'administration, peuvent provoquer l'éclosion de la tuberculose. De nombreux médecins ont rapporté que la bacillose paraissait évoluer plus rapidement et plus facilement chez les hyperthyroïdiens, et l'on a cherché à établir exactement la relation qui existe entre l'hyperthyroïdie et la tuberculose. Ce rôle de la thyroïde n'apparaît pas clairement. Les uns tiennent pour certain que le bacille de Koch cause l'hyperthyroïdie tandis que d'autres ne voient dans la tuberculose que l'effet d'une suractivité glandulaire.

Quoi qu'il en soit, il est certain que le goître toxique, surtout dans les cas frustes, et la tuberculose pulmonaire peuvent commencer avec les mêmes symptômes.

UROPRAZINE

GRANULÉ EFFERVESCENT

ÉLIMINE L'ACIDE URIQUE.

~

Pipérazine
Hexaméthylenetétramine
Soufre colloïdal
Formiate de lithine.

Indications : GOUTTE, RHUMATISME, SCIATIQUE.

Laboratoire Spartol, Paris, France.

HERDT & CHARTON, INC.,

2027, avenue McGill College

Montréal, Canada

APPAREILS DE LABORATOIRE

●
Verrerie, quincaillerie, papier à filtrer et tous autres articles en usage dans les laboratoires d'hôpitaux.

●
Assortiment complet de lames et lamelles à microscopie, de toutes dimensions.

Demandez nos prix.

FISHER SCIENTIFIC CO., Limited

898 rue St-Jacques,

Montréal, Qué.

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)

Sirap ou Comprimés
de sang hémopoïétique
total

ANÉMIES
CONVALESCENCES

Echantillons, Littérature

97, RUE de VAUGIRARD, Paris

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

Le goître exophtalmique, suivant l'expression de Noel FIESSINGER, est «une hypersympathicotomie avec hyperthyroïdie». La tuberculose, maladie infectieuse, trouble le système neuro-endocrinien et produit des symptômes assimilables à ceux du basedowisme : tachycardie, émotivité, amaigrissement, dénivellement de la température, asthénie, troubles vasomoteurs et sécrétoires, toux et essoufflement. Ces phénomènes morbides appartenant à deux maladies différentes posent au médecin un problème souvent difficile à résoudre. Il n'est pas douteux que la mesure du métabolisme basal, si elle apportait un élément de diagnostic évident, permettrait d'instituer immédiatement la thérapeutique nécessaire dans chaque cas. Il ne paraît pas en être ainsi et le diagnostic différentiel est plus compliqué qu'on ne le croirait à première vue.

Il est donc important de connaître l'influence de l'hyperthyroïdie sur la tuberculose et les effets de la toxine tuberculeuse sur la thyroïde et le métabolisme de base.

Nous savons déjà que l'hyperthyroïdie semble favoriser l'activité du bacille de Koch en rendant l'organisme tuberculisable et en accentuant la gravité de la tuberculose évolutive.

Quant au métabolisme basal, on sait « qu'il représente les résultats combinés de toutes les activités du corps ». (Benedict). Quelques auteurs ont prétendu que, au cours des infections comme des réinfections tuberculeuses, ce sont les troubles des échanges gazeux respiratoires liés à la nature et à l'étendue des lésions qui influent le plus sur le métabolisme basal. D'autres affirment que seul le comportement de l'état général retentit sur la nutrition générale de l'organisme. Cette dernière opinion implique que le métabolisme de base s'abaisse quand s'aggrave l'état général, parce que, disent OLIVIER et SKLABAL, il y a un « ralentissement des échanges nutritifs dans les organismes en état de déchéance organique ou de cachexie ».

La pleurésie élèverait le chiffre du métabolisme basal. Le pneumothorax agit de même façon et l'on croit généralement qu'au début du traitement le métabolisme basal s'élève pour revenir graduellement à la normale quand les insufflations ont une action favorable sur l'évolution de la tuberculose et sur l'état général.

On ajoute que la tuberculose peut atteindre la thyroïde et on a des preuves histologiques de cette dissémination bacillaire, ce qui prouve que la dispersion

du bacille de Koch dans la thyroïde est possible dans un certain nombre de cas.

J'ai essayé de vérifier une partie de ces données cliniques en dosant le métabolisme de base de cinquante-deux tuberculeux. Les malades qui m'ont fait penser à vous parler d'hyperthyroïdie n'ont pas été choisis au hasard dans la clientèle de notre hôpital. Dix-sept avaient une hypertrophie de la thyroïde et des troubles apparemment d'origine endocrinienne ; chez les trente-six autres il n'existait que des troubles d'hypersympathicotomie et des troubles cardiaques que l'évolution de la tuberculose n'expliquait pas entièrement.

I. LE MÉTABOLISME BASAL CHEZ LES TUBERCULEUX PORTEURS D'UNE GROSSE THYROÏDE

Les dix-sept tuberculeux que je rassemble dans ce groupe présentèrent, à un moment donné, des troubles angio-neurotiques, de la tachycardie ou une émotivité en discordance avec l'allure générale de leur bacillose. L'apparition plus ou moins insidieuse de ces symptômes aurait pu s'expliquer par un certain degré d'hyperthyroïdie (grosse thyroïde) ou par l'activité des lésions, l'établissement d'un pneumothorax artificiel et l'apparition d'un épanchement pleural. On pouvait aussi penser à une tuberculisation secondaire de la thyroïde et une hyperthyroïdie consécutive à une excitation anormale de la glande par la réaction inflammatoire.

Chez onze, le métabolisme basal était normal indépendamment de toutes les modalités de l'évolution ou de l'activité des lésions, indépendamment aussi de la thérapeutique employée (chrysothérapie, pneumothorax, cure d'air).

Les six autres malades avaient un métabolisme basal variant entre + 19 et + 40.

1.— Dans le premier cas, il s'agit d'une jeune fille très nerveuse (A. McC, 1049) ayant une tuberculose active traitée par pneumothorax. Les insufflations avaient provoqué l'apparition d'une pleurésie séro-fibrineuse. Métabolisme basal + 33. Cette demoiselle vient de quitter l'hôpital, sa tuberculose semblant complètement arrêtée après cinq ans de cure. Le métabolisme basal élevé peut s'expliquer par l'existence d'une pleurésie, par le pneumothorax thérapeutique et le tempérament nerveux de la malade.

**L'efficacité de la
MÉDICATION IODÉE
avec le danger
d'IODISME
réduit au minimum.**



L'utilité de la thérapie iodée est bien reconnue quoique pendant longtemps ce fût un problème d'obtenir des résultats sans iodisme.

En général, la thérapie iodée est inséparable de l'iodisme, mais en dehors de

l'idiosyncrasie, la sévérité des symptômes de l'iodisme est en raison directe de la quantité d'iode retenue dans le sang. Cette quantité, en retour, dépend de la quantité administrée.

RIODINE (Astier)

Iode organique assimilable

Dans la Riodine (Astier) qui est une solution huileuse à 66% d'éther glycérique iodé de l'acide ricinoléique renfermant environ 17% d'iode, l'iode ne subit aucune modification dans l'estomac mais est émulsionné dans l'intestin puis absorbé. En conséquence, il se fixe dans les cellules sous une forme soluble lipodique et demeure dans l'organisme pendant longtemps, éliminant la nécessité de doses élevées fréquemment répétées d'iode, cause d'iodisme.

La Riodine (Astier) se prescrit de préférence dans les cas où l'on désire une action prolongée de petites quantités d'iode, par exemple les affections cardiorénales, l'Artério-Sclérose, l'Asthme, l'Arthrite rhumatismale chronique, l'Emphysème pulmonaire, la Bronchite chronique, la Syphilis latente, l'Empoisonnement par le plomb, l'Hypothyroïdisme, le Goitre simple et l'Obésité.

Pour renseignements et échantillons, écrivez aux

Dépositaires canadiens pour les produits des

LABORATOIRES DU Dr P. ASTIER

**350, Rue Le Moyne,
Montréal.**

**36-48, Caledonia Road,
Toronto, Ont.**

SULFOCIDE

(Para - Amino - Benzene - Sulfamide)

à l'usage exclusif du médecin.

INFECTIONS STREPTOCOCCIQUES & GONOCOCCIQUES

Infections Puerpérales
Scarlatine
Septicémie
Erysipèle
Arthrites suppurées

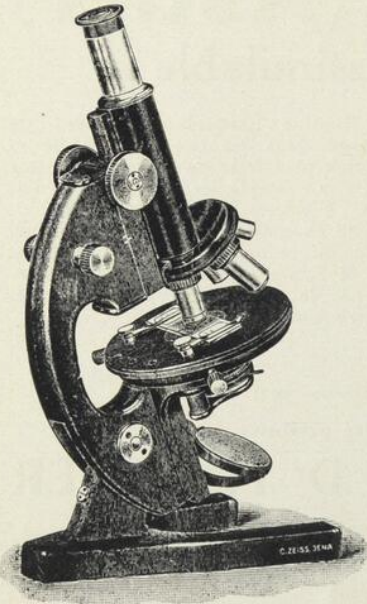
Amygdalite aiguë
Impetigo Chronique
Méningite
Otite moyenne
Gonorrhée

LITTÉRATURE et ECHANTILLONS SUR DEMANDE

CONDITIONNEMENT :

En bouteilles de	25 tabs. de 5 grs. —	doz.	\$ 3.60
“ “ “	100 “ “ “	ch.	.75
“ “ “	500 “ “ “	ch.	3.25
“ “ “	1000 “ “ “	ch.	6.00

Casgrain & Charbonneau Limitée
MONTREAL



CARL ZEISS
JENA

Des instruments d'optique d'excellente qualité sont aussi indispensables à l'homme de recherche qu'au médecin.

Les microscopes ZEISS sont les meilleurs que l'art de l'optique ait produits, et donnent toujours une entière satisfaction.

Demandez notre littérature

THE HUGHES OWENS Co. Limited
1440 McGill College Ave., Montreal, P. Q.

2.— D. R. 1527. Tuberculose fibreuse localisée peu évolutive, réagissant bien à la cure hygiéno-diététique. Grosse thyroïde, éréthisme cardiaque et métabolisme basal à + 23. A la réflexion, après avoir bien étudié le dossier de ce malade, je poserais volontiers le diagnostic de maladie de Basedow fruste.

3.— G. T. 2218. Jeune fille souffrant de tuberculose ulcéro-caséuse active et évolutive. Cachexie après 21 mois de maladie. Le métabolisme basal à + 19 peut représenter l'activité des lésions et la pleurésie.

4.— A. C. 2232. Jeune fille de 18 ans atteinte de tuberculose pulmonaire ulcéro-caséuse. Les lésions sont très actives, comme en témoignent l'expectoration toujours bacillifère, la fièvre presque constante, l'amaigrissement considérable et la sédimentation globulaire à 125 mm. Un pneumothorax artificiel fut institué qui ne retarda aucunement l'extension rapide des lésions dans les deux poumons. Puis apparurent la cachexie et une diarrhée rebelle, et la mort survint un peu plus d'un an après le début de la tuberculose. Le métabolisme (+ 40) ne peut être la conséquence de la tachycardie et d'une légère hypertrophie thyroïdienne. Il répond plutôt, à mon sens, à une variation transitoire des échanges gazeux respiratoires. Un mois après, alors qu'un pneumothorax affaissant suffisamment le poumon droit s'avérait totalement inefficace, le métabolisme basal n'était plus que —15. Ce dernier chiffre est plus en harmonie avec l'état général très altéré de la malade.

5.— DeB, 2432. Tuberculose pulmonaire ulcéro-caséuse active et en évolution régressive qui semble se stabiliser graduellement, sous l'influence de la simple cure d'air et de repos. Lors de la mesure du métabolisme basal (+ 21), cette malade était très nerveuse et présentait un léger tremblement des extrémités. Depuis, la tuberculose pulmonaire s'est très améliorée. Je ne trouve rien dans son histoire clinique ultérieure qui puisse démontrer l'existence d'une véritable hyperthyroïdie.

6.— L. D. R-779. Tuberculose pulmonaire ulcéro-caséuse bilatérale en activité. L'évolution, entrecoupée de courtes rémissions, a en dix-sept mois conduit cette malade à la tuberculose intestinale, à la cachexie et à la mort. Neuf mois après le début de la tuberculose pulmonaire, on nota une grosse thyroïde, du tremblement des extrémités et de la tachycardie. Métabolisme + 21. Les faits cliniques observés ici me font croire que nous

avons eu affaire à une tuberculose qui a dispersé ses bacilles dans presque tout l'organisme et tuberculisé la thyroïde.

II. LE MÉTABOLISME BASAL DES TUBERCULEUX AYANT UNE GLANDE THYROÏDE NORMALE

Trente-cinq malades entrent dans ce deuxième groupe. Trente ont un métabolisme basal normal. Neuf de ces derniers, cliniquement guéris, ont quitté l'hôpital ; trois ont fait une tuberculose pulmonaire grave rapidement évolutive.

J'ai étudié attentivement l'histoire de ceux qui avaient un métabolisme basal élevé (+ 17 à + 39). J'ai remarqué qu'il y avait presque toujours de la tachycardie, de la dyspnée et une grande émotivité. Ces gens donnaient l'impression d'être des nerveux par tempérament ou par imprégnation toxinique. Le métabolisme basal, mesurant le « dynamisme organique » (LABBÉ et NEPVEUX), on pouvait s'attendre à trouver un chiffre au-dessus de la normale. La notion du tempérament nerveux de certains tuberculeux ne doit cependant pas nous faire oublier que bien d'autres causes peuvent diminuer ou augmenter les échanges gazeux de l'organisme. La fièvre, la dyspnée, la compression des organes du médiastin au cours des scléroses rétractiles et le tassement du tissu pulmonaire entraînent des modifications respiratoires et des troubles du rythme cardiaque que j'ai constatés chez au moins deux malades. Il ne faut pas, d'autre part, se fier aveuglément au chiffre du métabolisme de base pris fortuitement et non contrôlé ultérieurement. Je désire insister sur le fait que l'on constate, chez quelques tuberculeux chroniques, une variabilité assez déconcertante du métabolisme de base, variations qui sont liées, je crois, à la qualité de la respiration au moment de l'épreuve, et à une certaine instabilité humorale et nerveuse. J'ai l'impression, sans pouvoir rien affirmer, que l'hyperthyroïdie n'a pas joué un rôle bien important dans l'évolution de la tuberculose des malades qui font l'objet de cette communication.

Un garçon de 13 ans, obèse et porteur d'une tuberculose caséuse cavitaires en activité, nous a fourni un métabolisme basal de — 20, chiffre qui représente évidemment un ralentissement de la nutrition.

DIGESTIF · APÉRITIF · ANTI-ANÉMIQUE
PAR EXCELLENCE

**DÉFICIENCES
GASTRIQUES**



NÉO-GASTRICINE

Concessionnaires au Canada : ROUGIER FRÈRES, 350, rue Le Moyne, Montréal.

— XXV —

Le Meilleur Calmant de la Toux

LE PLUS PUISSANT ANTISEPTIQUE DES BRONCHES

SIROP FAMEL

au LACTO-CRÉOSOTE soluble
Phosphate de Chaux, Océline, 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.

Traitement des AFFECTIONS VEINEUSES

Veinosine

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

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

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, 2 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.

III. GOÎTRE EXOPHTALMIQUE ET TUBERCULOSE PULMONAIRE

Il semble paradoxal après ce que nous venons de voir d'ajouter qu'un basedowien fait rarement de la tuberculose. C'est cependant un fait souventes fois vérifié et qui fait dire à Sergent et Migot : « L'association du syndrome de Basedow franc, complet, avec la tuberculose est exceptionnelle. Beaucoup plus fréquente, au contraire, est l'association de la tuberculose avec l'hyperthyroïdie plus ou moins fruste. »

On dit parfois que les exceptions confirment la règle. Depuis que nous mesurons le métabolisme basal, à l'Hôpital Laval, nous avons eu l'occasion de suivre deux malades chez qui il y avait association de tuberculose et de maladie de Basedow. L'intérêt de ces observations est que chez les deux malades le goître toxique et la bacillose ont évolué pour ainsi dire séparément et se sont heureusement terminés.

Voici l'histoire résumée de chacun de ces malades.

1.— R. P. R-121. Il s'agit d'un jeune homme qui entre à l'hôpital en 1932 parce qu'il tousse, crache et maigrit depuis un an. L'examen clinique révèle une tuberculose pulmonaire bilatérale avec caverne à gauche. Un an plus tard, apparaissent au sommet droit des signes cavitaires, et, jusqu'en janvier 1934, la tuberculose évolue torpidement. L'état général finit par s'améliorer, et se dessine bientôt une tendance nette à la fibrose. Ce monsieur n'avait, à son entrée, d'autre signe d'hyperthyroïdie qu'une hypertrophie de la thyroïde. En mars 1934, tableau complet de goître toxique avec métabolisme basal à + 62. La médication iodée améliora graduellement le goître et le métabolisme baissa jusqu'à + 19. Pendant ce temps la tuberculose pulmonaire resta stationnaire. En janvier 1935 on put constater un arrêt apparent de la tuberculose pulmonaire avec disparition radiologique des cavernes et en avril 1936 tous les signes de goître disparurent.

2.— Mme J. E. T. 2359, entre à l'hôpital pour toux, dyspnée, expectoration et douleurs thoraciques. Le début de cet état pathologique semble remonter à 1920. Depuis 1927, la malade constate que sa thyroïde augmente de volume et elle ressent quelques troubles d'hyperthyroïdie. Un mois après l'arrivée de la malade, en octobre 1936, on constate des signes évidents de goître exophtalmique avec métabolisme basal à + 51. Amélioration légère du goître par le Lugol et la radiothérapie. La tuberculose pulmonaire reste

stationnaire. En juin 1937, l'hyperthyroïdie paraît nettement améliorée et le processus pulmonaire tuberculeux est cliniquement arrêté.

CONCLUSIONS

Je me garderai bien, devant les quelques faits que je vous apporte ce soir, d'en venir à des déductions qui pourraient être bientôt démenties par une observation plus attentive d'autres malades.

Tout ce que je puis dire, c'est que la tuberculose pulmonaire ne modifie pas nécessairement le chiffre du métabolisme basal. L'exagération des échanges gazeux respiratoires peut faire croire à une hyperthyroïdie, mais souvent on peut expliquer autrement le chiffre élevé du métabolisme basal. La tuberculose pulmonaire peut s'associer à la maladie de Basedow sans que l'hyperthyroïdie aggrave l'affection pulmonaire.

BIBLIOGRAPHIE

- SERGENT, E. et MIGNOT, R. Tuberculose pulmonaire et glandes endocrines. *Annales de thérapie biologique*, 15 juillet 1933.
- SERGENT, E. et MIGNOT, R. Hyperthyroïdie et tuberculose pulmonaire. *Revue de la Tuberculose*, 3e série, 6, p. 561, 1925.
- SERGENT, E. Glande thyroïde et tuberculose, in *Nouvelles études cliniques et radiologiques sur la tuberculose et les maladies de l'appareil respiratoire*, p. 160. Norbert Maloine, Paris, 1926.
- LABBÉ, M. et STEVENS, H. Le métabolisme basal, *Masson et Cie*, Paris, 1929.
- OLIVIER, H. R. et SKLABAL, J. Étude du métabolisme basal dans 30 cas de tuberculose pulmonaire. *Annales de Médecine*, 34, n° 3, p. 307, 1933.
- BENEDICT, FRANCIS-G. Le métabolisme basal chez l'homme d'après les dernières recherches. *Annales de Médecine*, 35, n° 2, p. 81, 1934.
- FISSINGER, N. Corps thyroïde, in *Physio-pathologie des syndromes endocriniens*, p. 51. *Masson et Cie*, Paris, 1933.
- LABBÉ, Marcel. La valeur diagnostique du métabolisme basal au cours des affections thyroïdiennes. *La Presse Médicale*, n° 17, 317, 27 février 1932.

MEMENTO MEDICE!

Toutes les affections
pulmonaires
bronchites, grippe

SIROP
"ROCHE"
au thiocol
orexique, eupeptique

HOFFMANN-LA ROCHE
LIMITÉE
Montréal



*La maison Hoffmann-La Roche Limitée
adresse au Corps Médical Canadien ses
meilleurs voeux de Nouvel An.*

WILSON et LAFLEUR limitée

477, boulevard Saint-Laurent
Edifice Métropole Montréal

LIVRES DE MÉDECINE, LITTÉRATURE, DICTIONNAIRES.

Attention spéciale à toutes demandes de renseignements par lettre ou téléphone.

Nous accordons des facilités de paiement.

LUSALDOL

COMBINAISON MOLÉCULAIRE STABLE
de l'ALDEHYDE FORMIQUE
Bactéricide énergique éprouvé
et du RICINOLEATE DE SOUDE
Savon immunisant doué de propriétés
détoxicante et antigénique.
Absence de toxicité et de causticité.

C'est le seul désinfectant qui détruit et fasse disparaître les mauvaises odeurs sans y substituer une autre odeur plus ou moins agréable.

Pansement des plaies -- Accouchements
Solution à 1%
Douches vaginales -- leucorrhées --
vaginites Solution 1/2 " 1%
Stérilisation des instruments --
Désinfection. Solution 1 " 3%
Deux cuillerées à thé dans une pinte
d'eau = Solution à 1%

M. CARTERET, Pharmacien
15, rue d'Argenteuil, - - Paris, France
Concessionnaires pour le Canada :
ROUGIER FRERES,
350, rue Le Moyne - - - MONTREAL

ANTISEPTIQUE
DÉSINFECTANT
DÉSODORISANT



ANÉMIES CONVALESCENCES



Agent Général J. EDDÉ Ltée MONTREAL

BIBLIOGRAPHIE

PRÉCIS DE PARASITOLOGIE, par E. BRUMPT, membre de l'Académie de Médecine, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, secrétaire général de l'Institut de Médecine coloniale, directeur de l'École de Malariologie de l'Université de Paris. 5^e édition entièrement remaniée. Deux volumes formant 2,140 pages avec 1,085 figures et 4 planches en couleurs (Coll. des Précis médicaux). *Masson et Cie, Editeurs*, libraires de l'Académie de Médecine, 120, Boulevard Saint-Germain, Paris.

Les études parasitologiques ont été nombreuses et des plus importantes au cours de ces dernières années. Aussi la nouvelle édition du *Précis* de M. Brumpt qui manquait depuis plusieurs années et était constamment demandée se présente-t-elle comme un livre nouveau, mise au point élaborée après un tri minutieux de l'immense accumulation des documents récemment publiés.

Le plan d'exposition est resté le même : une *étude morphologique* permet d'identifier les parasites et de les classer en suivant les règles de la nomenclature scientifique. Une *étude biologique* permet de préciser leur habitat, leurs fonctions de nutrition et de relation, leurs tropismes, leur mode de reproduction, les modalités de leur évolution, enfin l'action du milieu ambiant qui permet de connaître leur distribution géographique actuelle et de prévoir leur dissémination future.

Les parasites étant connus ainsi que leurs voies de sortie et d'accès, *leur rôle pathogène est étudié*, ainsi que les conditions étiologiques générales et individuelles qui favorisent les infections et déterminent leur symptomatologie plus ou moins complexe.

Enfin la parasitologie poursuivant surtout un but pratique, qui est la *destruction*, des paragraphes spéciaux sont consacrés au *diagnostic*, au *traitement*, à la *prophylaxie*.

Les progrès réalisés dans le domaine de la parasitologie depuis 1927 sont d'une importance dont le nouvel état de ce volume témoigne. On a

établi le mode de transmission de certains spirochètes, décelé les animaux réservoir de virus de plusieurs fièvres récurrentes de l'homme. Le mode de transmission des leishmanioses viscérales et cutanées a été définitivement élucidé. Les Trypanosomes se sont avérés un parasite de l'homme plus fréquent qu'on ne le croyait. L'étude du paludisme humain et en particulier l'organisation de sa prophylaxie ont progressé par la découverte de nouveaux médicaments antipaludiques. Les agents déterminants de quatre maladies du groupe des rickettsioses ont été découverts. La réceptivité de nombreux Mammifères à la fièvre jaune a été prouvée, parmi lesquels la souris a permis d'obtenir un virus fixe neurotrope utilisable comme vaccin.

D'autre part, la partie de cet ouvrage consacrée à l'étude de la mycologie a été entièrement remaniée. Un chapitre de généralités a été rédigé, pour permettre de mieux comparer les parasites végétaux aux parasites animaux. Les recherches les plus importantes à signaler ici portent sur les Champignons levuriformes qu'il a été possible de classer. De nombreuses espèces nouvelles sont signalées, ainsi que de nouveaux procédés pour leur identification.

L'auteur estime que l'étiologie de toutes les infections abordées dans ce livre est acutellement connue.

Accrue d'environ 500 pages, la nouvelle édition est illustrée de nombreuses figures nouvelles et originales, provenant des collections constituées : par l'auteur en parasitologie animale, par le Dr Maurice Langeron en mycologie. Une table alphabétique très complète rend aisé l'usage d'un ouvrage remarquable que seront heureux de retrouver, ainsi rénové, aussi bien les médecins métropolitains que les médecins coloniaux, les zoologistes et les étudiants.



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, Montréal, Agent Général.

SÉDOL



Association judicieuse de
Morphine, Scopolamine, Spartéine
SUPPRIME LA DOULEUR
CALME LE SYSTÈME NERVEUX

~ S'emploie en chirurgie, en obstétrique et en médecine générale. ~
(Boîte de 12 ampoules)

Forme buccale

PERO-SÉDOL

Boîte de
12 comprimés

Produits de marque
"THÉRAPLIX"

Forme rectale

SUPPO-SÉDOL

Boîtes de
10 suppositoires

Distributeurs :
ROUGIER FRERES, Montréal

NUCLÉARSITOL ROBIN

GRANULÉ - COMPRIMÉS - INJECTABLE

TUBERCULOSE - FIÈVRES PALUDÉENNES
LYMPHATISME - SCROFULE

R. C. 211839

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

J Eddé, Limitée, Agent général, Montréal.

LE MAPHARSEN

“ LE RAFFINEMENT DE LA THÉRAPEUTIQUE
ARSÉNICALE.”



La Compagnie Parke, Davis présente à la profession médicale une nouvelle préparation arsénicale anti-syphilitique : le Mapharsen. C'est le résultat d'actives recherches menées en collaboration dans les laboratoires de deux grandes Universités et le département des recherches de Parke, Davis et Cie.

Différentes épreuves de laboratoire ainsi que de multiples observations cliniques ont prouvé que le Mapharsen, (oxyde de méta, amino, para, hydroxy, phénylarsine), est un spirochéticide de première valeur. Il n'a jamais provoqué de ces réactions graves observées à la suite d'injections des autres arsénicaux employés actuellement.

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

Le Mapharsen est approuvé par le Comité de Pharmacie et de Chimie de l'American Medical Association.



PARKE, DAVIS & COMPANY - MONTRÉAL

Ministère de la Santé

Hôtel du Gouvernement

QUEBEC



Administration générale

Toutes les communications concernant l'administration générale doivent être adressées au Ministère de la Santé, Hôtel du Gouvernement, Québec.

Dans les cités et villes qui jouissent d'une organisation de santé publique et dans les comtés organisés en unités sanitaires, le bureau local est l'office compétent pour répondre aux demandes de la population.

Maladies contagieuses

La déclaration des cas de maladies contagieuses est obligatoire. Le médecin, ou le chef de famille ou d'établissement, qui néglige ou refuse d'accomplir son devoir assume une grave responsabilité sociale, en plus de la pénalité légale qui peut être imposée.

La déclaration doit être faite :

- 1.—Dans les cités et villes : au médecin municipal ;
- 2.—Dans les municipalités faisant partie d'une Unité Sanitaire : à l'Unité Sanitaire du Comté ;
- 3.—Dans toutes les autres municipalités de la province : au secrétaire-trésorier de la municipalité ;
- 4.—Dans les territoires non organisés : au Ministère de la Santé, Québec.

Laboratoires

Tous les examens du laboratoire sont faits gratuitement. On doit se servir des contenants stérilisés fournis, sur demande, par les Laboratoires, Ministère de la Santé, 89 Est, rue Notre-Dame, Montréal.

Tél. 4-2421

9, rue Buade

J.-A.-Y. Bouchard Limitée

CHAUFFAGE — RÉFRIGÉRATION — ÉLECTRICITÉ
CLIMATISATION DE L'AIR — VENTILATION

→ **DEPARTEMENT SPECIAL** ←
MEUBLES DE BUREAUX, EN BOIS ET EN ACIER

Réfrigérateurs

General Electric
Frigidaire
Hostess

Chargeurs mécaniques

Whiting

Chauffage à l'huile

General Electric
Timken
Ray (au mazout)

THALASSOL

CHOMEDY

Nucléinate de soude
Glycérophosphate de soude
Cacodylate de soude
Sulfate de strychnine
EAU DE MER ISOTONIQUE

Boîtes de 10 ou 50 ampoules de 5 cc.

NEURASTHÉNIE, DÉFICIENCES CELLULAIRES, ATONIES

Distributeurs :

HERDT & CHARTON, INC.,

TORONTO

MONTREAL.

WINNIPEG

TONIQUE DE L'ORGANISME

REMINÉRALISANT

RECALCIFIANT



GAUROL

AMPOULES

COMPRIMÉS

GRANULÉ

AGENT GÉNÉRAL : J. EDDÉ L^{td} - MONTRÉAL

Syndicat National du Combustible Inc.

▲
*Sachons nous reconnaître
Encourageons les nôtres*
▼

PATRICK GINGRAS

Président

67, BUADE

Téls. : 7111-7112

L'ASSURANCE est votre meilleure protection

P. A. BOUTIN

ASSUREUR-UNDERWRITER

80, rue St-Pierre, : : Québec.

ASSURANCES DE TOUTES SORTES

Tél. 2-3884 — 2-6033

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

ALTHEOD TREMBLAY, A.G., I.C.

J.-ELZEAR DION, Gérant

TREMBLAY & DION

Blue Print, Photostat, Photo-Litho,

TEL. 2-5024

147, COTE DE LA MONTAGNE QUÉBEC.



(fabriquée au Canada)


Echantillon et littérature

envoyés sur demande :

The Denver Chemical Mfg Company Montréal

SERVICE D'AMBULANCE

POUR LA VILLE ET L'EXTÉRIEUR

Jour et Nuit —  Téléphone 2-2119

GERMAIN LÉPINE, Ltée

283, rue ST-VALLIER, QUÉBEC.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES ANNONCEURS

Ayerst, McKenna & Harrison	XII
Bouchard, J.-A.-Y., Ltée	XXXIII
Boutin, P.-A.	XXXV
Brunet, W.	XIV
Canadian Metalix Co.	XVI
Casgrain & Charbonneau, Ltée	XXIV
Ciba, Compagnie, Ltée	VIII
Eddé, J., Ltée	XVIII, XX, XXII, XXVIII, XXIX, XXX, XXXIV
Fisher Scientific Co., Ltd	XXI
Frosst, Charles E. & Co.	Couv. IV
Herdt & Charton, Inc.	XIII, XV, XXI, XXXIII
Hoffmann-La Roche, Ltée	XXVII
Laboratoire Nadeau Limitée	Couv. III
Laboratoires Poulenc Frères du Canada	V, XXX
Laboratoires Abbott	III
Laboratoires Desautels Limitée	IV
Laiterie Laval Enrg.	X
L'Anglo-French Drug, Co.	I, II
Livernois, J.-E.	XXXV
Milet & Roux, Limitée	XIX
Ministère de la Santé	XXXII
Parke, Davis & Cie	XXXI
Prudential assurance Co. Ltd	Couv. II
Rougier Frères	XIII, XV, XVI, XXIII, XXV, XXVI, XXVIII
Société d'Expansion Pharmaceutique, SEP	IX
Syndicat National du Combustible Inc.	XXXIV
The Denver Chemical, Co.	XXXV
The Hughes Owens, Co.	XXIV
Tremblay & Dion	XXXV
Vandry, Inc.	VI
Vinant Ltée	XI, XVII
Wilson Lafleur, Limitée	XXVII

A NOS LECTEURS

Ce Bulletin est édité avec le généreux concours de ses Annonceurs.

Aidez donc ceux qui vous aident, en prescrivant de préférence à toutes les autres, les spécialités qui se rappellent régulièrement ici à votre bienveillante attention.

●

Si vous préconisez l'emploi d'une pâte plastique pour provoquer une action sédative, thermique et résolutive,

Utilisez

PYROPLASTINE

Cataplasme kaoliné antiseptique et antiphlogistique ; condensateur de la chaleur par excellence ; d'une plasticité constante.

Pyroplastine est un produit canadien.

Pyroplastine est conditionné en boîtes de $\frac{1}{2}$ lb, 1 lb et 5 lbs.

Échantillons distribués aux hôpitaux

Laboratoire Nadeau Limitée

MONTRÉAL

●

Représentant à Québec : M. MAGELLA PLANTE

Edifice Brodrique, 385, Boulevard Charest

Chambre 4, Tél. : 2-7733 - 3-1932

Un spécifique pendant
LA GROSSESSE
pour prévenir
LA CARIE DENTAIRE
et maintenir la
PROVISION NÉCESSAIRE
DE CALCIUM

"Il est donc évident que la quantité nécessaire de Vitamine D ne nous est pas fournie par notre mode actuel d'alimentation".

"Il est aussi évident que notre manière moderne de vivre tend à diminuer en nous la quantité de Vitamine D fournie par la lumière solaire".

Tisdall, Frederick F.

C.M.A.J., Vol. 33; No. 6. Dec. 1935, page 625



OSTOGEN

Bouteilles de 15 c.c. et de 6 c.c.
avec compte-gouttes à précision

DOSE

2 à 6 gouttes par jour.

REÇU LE

2 MARS 1976

BIBLIOTHÈQUE NATIONALE
DU QUÉBEC

Charles E. Frosst & Co.

FABRICANTS DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES DEPUIS 1899

CANADA