

QUEBEC, MARS 1934

No. 3

BULLETIN
DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICALE
DES
HÔPITAUX UNIVERSITAIRES
DE QUÉBEC

Publication périodique mensuelle

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

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

Administrateur
M. GEO. RACINE
145, Boulevard Langelier.



LE BULLETIN MEDICAL DE QUEBEC, INC. (35^E ANNÉE)

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

PERCAINAL "CIBA"

Onguent analgésique et antiprurigineux.

Les applications du grand pouvoir analgésique superficiel du Percainal sont multiples; toutes les lésions douloureuses ou prurigineuses peuvent en bénéficier et, à ce point de vue, la durée particulièrement longue de son action analgésique est l'un de ses caractères les plus intéressants.

Il trouve ses indications notamment dans les cas de:

**BRULURES, ECZEMAS, ULCERES, FISSURES ANALES,
PRURIT ANAL ET VULVAIRE, etc.**

PRESENTATION :

en tubes de 1½ onces environ et pots d'une livre pour hôpitaux.

COMPAGNIE CIBA LIMITEE, MONTREAL.

Espace à Louer

Bactériophages

du Prof. d'HERELLE

Bacte-Intesti-Phage
Bacte-Pyo-Phage
Bacte-Dysenteri-Phage
Bacte-Coli-Phage
Bacte-Staphy-Phage
Bacte-Rhino-Phage

Dépositaire pour le Canada

Anglo-French Drug Cie

Montréal

ANGLO-FRENCH DRUG CO

354 rue Ste-Catherine Est.
MONTREAL

CYTO-SÉRUM CORBIÈRE
MÉDICATION CACODYLIQUE INTENSIVE ET INDOLORE

CACODYLATES
ALCALINS. 0.30
Sulfate
de Strychnine.
Un milligr.
Sérum spécial.
qs p^r 5 CC

Indications : LYMPHATISME. LEUCÉMIES,
ASTHÉNIE POST-GRIPPALE. NEURASTHÉNIE
BRONCHITES CHRONIQUES. EMPHYSÈME
TUBERCULOSE
CONVALESCENCES
PALUDISME

MODE d'EMPLOI
du CYTO-SÉRUM et de
l'HÉMO CYTO-SÉRUM CORBIÈRE

*Une injection intra-musculaire ou
sous-cutanée tous les jours ou tous les 2 jours*

HÉMO CYTO-SÉRUM
MÉDICATION FERRO CACODYLIQUE INTENSIVE ET INDOLORE

Fer
0.01
Cacodylates
alcalins anhydres
0.30
Sulfate de
Strychnine
0.01

AUGMENTE L'HÉMOGLOBINE ET LES HÉMATIES
ACCÉLÈRE LA NUTRITION CELLULAIRE
— COMBAT L'ASTHÉNIE —

INDICATIONS : ANÉMIES DE TOUTE ORIGINE - CHLOROSE
DÉNUTRITION - CONVALESCENCES POST-OPÉRATOIRES - HÉMORRAGIES

Agents pour le Canada:

ANGLO-FRENCH DRUG CIE

354 Est, rue STE-CATHERINE,

Montréal.

LA
SOCIÉTÉ MÉDICALE
DES
HÔPITAUX UNIVERSITAIRES
DE QUÉBEC

BUREAU DE DIRECTION :

Président.....M. le Professeur J. GUERARD

Vice-Président.....M. le Professeur P.-C. DAGNEAU
Doyen de la Faculté de Médecine.

Secrétaire.....M. le Docteur R. DESMEULES

Trésorier.....M. le Docteur G. DESROCHERS

Membres.....M.M. les Professeurs A. VALLEE,
A. R. POTVIN, et S. ROY.

RÉDACTION :

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

ADMINISTRATION ET PUBLICITÉ

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

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

LA
SOCIÉTÉ MÉDICALE

SOMMAIRE

—
Mars 1934
—

— MEMOIRES —

	Pages
CARON Sylvio et LESSARD Richard. — <i>Syndrome neuro-anémique.</i>	70
GAUMOND E. — <i>Xeroderma pigmentosum.</i>	79
ROUSSEAU Arthur et LEMIEUX Renaud. — <i>Ictère chronique et Fistule post-opératoire.</i>	84
PAINCHAUD Paul. — <i>Abcès périsinusien. Phlébite du Golfe de la Jugulaire; Ouverture. Guérison.</i>	90
CARON Sylvio et PAINCHAUD C-A. — <i>Quadriparésie par Polynévrite avec Argyll-Robertson.</i>	97



OPOTHÉRAPIE SÉRIQUE

DÉCHÉANCES ORGANIQUES,
CONVALESCENCES,
ANÉMIES.

SÉRUM HÉMOPOIÉTIQUE FRAIS de CHEVAL
(Sirov)

Agent de Régénération Hématique, de Leucopoïese et de Phagocytose

2 à 4 cuillerées à potage par jour

LANCOSME, 71, A. Vict.-Emmanuel-III, PARIS (8^e).

Lit., Échantil...

ROUGIER, 350 rue Le Moyna,
Montreal, Canada.

Compagnie Générale de Radiologie, Paris

autrefois

Gaiffe Gallot & Pilon et Ropiquet Hazard & Roycourt

Rayons X - Diathermie Electrotherapie

Installations ultra-modernes pour Hôpitaux, Cliniques, Cabinets médicaux

SOCIÉTÉ GALLOIS & CIE, LYON

Lampes Ascitiques pour Salles d'Opérations et Dispensaires
Ultra-Violets — Electrodes de Quartz — Infra-Rouges

ETABLISSEMENTS G. BOULITTE, PARIS

Electrocardiographie, Pression Arterielle, Métabolisme Basal
Tous appareils de précision médicale pour hôpitaux et médecins.

COLLIN & CIE, PARIS

L'Instrumentation Chirurgicale par Excellence

PAUL CARDINAUX

Docteur es-Sciences

"PRECISION FRANÇAISE"

Catalogues, devis, Renseignements sur demande.

Service d'un Ingénieur électro-radiologiste

428, CHERRIER, MONTREAL.

Phone: HArbour 2357

OCREINE CREMY

Principe actif du corps jaune de l'ovaire.

Traitement des Troubles menstruels
par Insuffisance ovarienne.

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

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

LABORATOIRES G. GREMY,

14, rue de Clichy, PARIS

STRYCHNAL LONGUET

Dérivé synthétique de la Strychnine
de toxicité dix fois moindre.

Toutes indications de la Strychnine

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

LABORATOIRES P. LONGUET, PARIS.

VULCASE BRISSON

Comprimés laxatifs-dépuratifs
Soufre organique et opothérapie biliaire.

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

Comme laxatif: 3 à 4 comprimés le soir au coucher.

Comme dépuratif: 2 comprimés le matin à jeun.

LABORATOIRES P. BRISSON & Cie, PARIS.

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

SYNDROME NEURO-ANEMIQUE

par

Sylvio CARON et Richard LESSARD

Nous désirons vous présenter aujourd'hui l'observation d'une malade que nous avons pu suivre, par intermittences, pendant plus de deux ans et demi. Traitée une première fois et avec succès pour une anémie pernicieuse à type Biermer, elle a vu plusieurs mois plus tard récidiver son syndrome anémique. Une seconde intervention thérapeutique ne fut pas couronnée d'un résultat aussi favorable que lors de la première hospitalisation. Et au cours de l'été dernier, elle nous revenait avec une anémie très accentuée, anémie du type perniciosus, mais anémie compliquée cette fois d'un syndrome neurologique sur lequel nous aurons plus tard l'occasion de nous étendre plus longuement.

Madame Paul R., ménagère âgée de 44 ans, fait dans le service du Professeur Guérard un premier séjour en 1931, du 8 avril au 26 juin, soit un peu plus de deux mois et demi.

On porte alors le diagnostic d'anémie pernicieuse.

Les antécédents personnels et familiaux ne révèlent rien de spécial. Elle n'aurait eu de maladies infectieuses qu'une pneumonie à l'âge de 39 ans et une crise de rhumatisme articulaire aigu à 14 ans.

Le début de ses troubles actuels remonte à juillet 1930. La symptomatologie est alors digestive: brûlements d'estomac, anorexie, vomissements alimentaires et bilieux de temps à autre avec, comme conséquence, amaigrissement marqué et asthénie. Cela va tel que tel jusqu'en janvier 1931, alors que tout le cortège symptomatique, bien que restant à peu près le même, s'accroît notablement jusqu'à ce jour, le 8 avril 1931.

A son arrivée à l'hôpital, la malade qui n'a pas quitté son lit depuis plus d'un mois se présente avec tous les signes d'une grande anémie.

Anorexie presque totale, bourdonnements d'oreille, amaigrissement marqué, constipation opiniâtre, pâleur cireuse des téguments et des muqueuses. On ne peut retrouver dans les anamnétiques aucune perte sanguine de quelque nature que ce soit. L'examen général à part les signes d'une grande anémie, ne révèle rien de spécial, la rate est normale de même que le foie, il n'y a pas d'adénopathie perceptible sauf peut-être une légère augmentation des ganglions sus-claviculaires. L'auscultation du cœur met en évidence un rythme de sténose mitrale.

Un examen du système nerveux fait à cette période ne décèle aucune anomalie, la malade d'ailleurs n'accuse aucun trouble de ce côté.

L'examen de sang pratiqué dès son arrivée, 10 avril 1933, donne une formule typique d'anémie pernicieuse.

Globules rouges:	740,000	Poly. neutrophiles:	73%
Hémoglobine:	17,0%	Lymphocytes:	24%
Valeur globulaire:	1,1	Grands mononucl.:	2%
Globules blancs:	2,500	Eosinophiles:	1%

Éléments anormaux; globules rouges très gros, poikilocytose marquée, normoblastes et quelques mégaloblastes.

Temps de coagulation: 3 minutes.

Temps de saignement: 3½ minutes.

Réaction de Bordet-Wassermann: négative.

Radiographie de l'estomac et du duodénum: négative.

Albuminurie transitoire.

Soumise à un traitement où l'on a associé la teinture de Belladone avant le repas à l'acide nitro-muriatique dilué après le repas, le foie de veau sous diverses formes (capsules, ampoules, solution et Néobovinine), et une transfusion: 200 c.c. et l'hétérohémothérapie: une série d'injections sous-cutanées de 20 c.c. la malade quittait le service très améliorée le 26 juin

1931. Son asthénie était disparue, elle pouvait marcher seule, et ses téguments de même que ses muqueuses étaient redevenus de coloration normale.

Un examen de sang pratiqué le 22 juin 1931 nous donne :

Globules rouges :	4,776,000	Poly. neutrophiles :	47%
Hémoglobine :	105 %	Lymphocytes :	23%
Valeur globulaire :	1,09	Grands mononucl. :	27%
Globules blancs :	3,400	Eosinophiles :	3%

Aucun élément anormal.

Second séjour du 30 avril 1932 au 11 août 1932.

Après avoir quitté l'hôpital au mois de juin 1931, la malade est retournée chez elle et s'est maintenue en bonne santé durant près de sept mois, mais en janvier 1932, elle recommença à perdre l'appétit, et graduellement ses forces déclinaient, depuis environ un mois, elle est alitée, très amaigrie et très pâle. Elle se présente avec les mêmes symptômes que lors de sa première admission dans le service.

L'examen somatique ne permet pas de déceler d'autre chose que ce qui a été noté lors de son hospitalisation antérieure. Le système nerveux est absolument normal, la réflexivité, la motilité et la sensibilité ne présentent aucune anomalie.

Un examen du sang le 3 mai 1932 donne :

Globules rouges :	980,000	Polynucl. neutrophiles :	52%
Hémoglobine :	29 %	Lymphocytes :	42%
Valeur globulaire :	1,47	Grands mononucl. :	5%
Globules blancs :	3,200	Eosinophiles :	1%

Éléments anormaux : poïkilocytose, hémocytoblastes, mégaloblastes, et de nombreux normoblastes.

Soumise à un traitement varié qui comprend le foie de veau, la Néobovinine, l'Hépatémo, le Ferro-Catalytic et une transfusion sanguine de 300 c.c., la malade paraît moins bien réagir que la première fois et ce n'est que tardivement que l'on constate une certaine amélioration. Au moment de son départ, son état général est meilleur et une formule sanguine pratiquée quelque temps auparavant nous donne :

Globules rouges:	2,840,000	Polynucl. neutrophiles:	63%
Hémoglobine:	50 %	Lymphocytes:	29%
Valeur globulaire:	0,88	Grands mononucl.:	3%
Globules blancs:	6,300	Eosinophiles:	5%

Éléments anormaux: quelques normoblastes.

Ainsi donc au moment de son départ de l'hôpital, notre malade, loin d'être guérie, pouvait être considérée comme "blanchie" suivant l'expression imaginée de **CHEVALIER**. Il persistait, il est vrai, quelques hématies nucléées dans son sang sous formes de normoblastes, mais d'hyperchrome qu'elle était au début, son anémie était devenue hypochrome. Sa rémission avait donc amené cette "hypochromie de régénération" qui, pour passagère qu'elle soit habituellement, n'en témoigne généralement pas moins d'une heureuse évolution. Mais vous verrez plus loin que cette amélioration n'a été que transitoire et que la maladie a continué à évoluer de façon lente mais progressive.

"C'est d'ailleurs, comme dit **LAUBRY**, une règle générale que tous les traitements dirigés contre l'anémie pernicieuse sont toujours moins actifs dans les rechutes que lors "d'une première atteinte".

La malade est admise une troisième fois dans le service de Médecine de l'Hôtel-Dieu le 12 septembre 1933.

Son anémie est aussi intense que lors de ses hospitalisations antérieures mais, cette fois, elle se plaint en plus d'un nouveau symptôme qui est une douleur dans les jambes.

Depuis son dernier départ de l'hôpital, elle a toujours conservé un certain engourdissement dans ses membres inférieurs. Durant sept mois, soit de septembre 1932 à mars 1933, elle n'en continua pas moins à vaquer à ses occupations. Depuis le mois de mars, elle est obligée de garder la chambre, et surtout depuis deux mois, elle doit demander de l'aide pour descendre de son lit. Cet engourdissement du début s'est, par la suite, transformé en une sensation de faiblesse, et depuis quelque temps des douleurs sont apparues dans ses deux membres inférieurs, douleurs siégeant tout le long du membre et remontant jusque dans l'aîne; il y a parfois même des irradiations jusque dans la région dorso-lombaire.

SULFOÏDOL ROBIN

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

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

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

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

POMMADE MIDY

SUPPOSITOIRES MIDY

ADRÉNALINE
STOVAINE
ANESTHÉSINE
EX¹ DE MARRONS
D'INDE FRAIS STABILISÉ

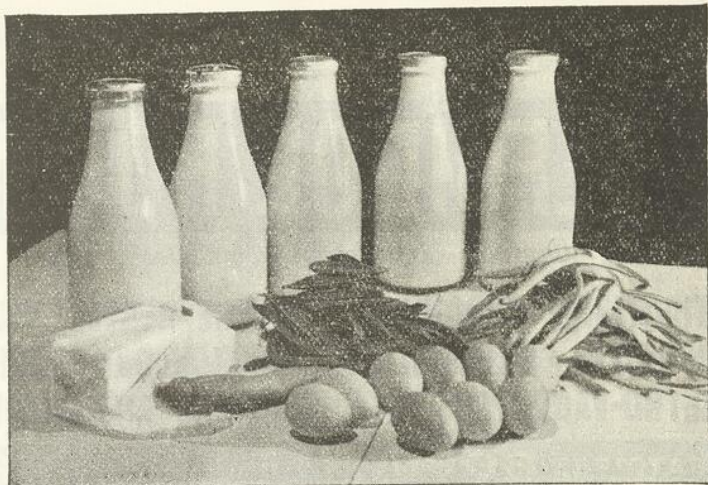


4
PRINCIPES
ACTIFS

HÉMORROÏDES

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

"J. EDDE, Limitée, Edifice New Birks, Agent Général pour le Canada."



*Pour simplifier les
régimes compliqués*

❖ ALPHAMETTES ❖

Cette illustration démontre la teneur équivalente en vitamines A et D d'une petite Alphamette. Une simple ordonnance que le patient suivra plus facilement que des régimes sévères et difficiles. Les capsules Alphamettes renferment un concentré rigoureusement standardisé de vitamines A et D. Elles offrent deux avantages très marqués; en premier lieu, elles contiennent ces vitamines sous une forme stable et hautement concentrée, et deuxièmement, elles les présentent dans des proportions naturelles, c'est-à-dire, dans les mêmes proportions dans lesquelles elles existent dans l'huile de foie de morue de la plus haute qualité. Elles s'emploient dans toutes les conditions où l'huile de foie de morue est indiquée — prophylaxie et traitement — et elles sont d'un usage facile et commode. Elles constituent, en plus, un mode idéal pour l'administration des vitamines A et D à doses massives; l'huile de foie de morue n'étant pas propice dans ce cas, à cause de la dilution de ses principes actifs — les vitamines.

Chaque capsule Alphamette renferme la même teneur vitaminique A et D que trois cuillerées à thé d'Huile de Foie de Morue Titree Biologiquement Ayerst. L'Alphamette Liquide est recommandé, lorsque la forme liquide est préférée, — six gouttes correspondent à une cuillerée à thé d'Huile de Foie de Morue Titree Biologiquement Ayerst.

AYERST, McKENNA & HARRISON LIMITED
PHARMACIENS ET BIOLOGISTES
MONTREAL

Examen:

Mêmes signes qu'antérieurement. Anémie intense. Foie et rate de dimensions normales. Pas d'hypertrophie ganglionnaire. Système nerveux:

1° Troubles moteurs:

Aux membres supérieurs, la force musculaire est normalement conservée, peut-être un peu diminuée à gauche, dans la flexion. Aucun tremblement soit intentionnel, soit au repos. Aucun incoordination des mouvements.

Aux membres inférieurs, la malade est incapable de se porter sur ses jambes et ne peut les lever au-dessus du plan du lit. La force musculaire est très diminuée également chez les fléchisseurs et chez les extenseurs. Contracture très marquée des adducteurs de la cuisse.

2° Troubles sensitifs:

Sensibilité subjective: engourdissement, sensation de faiblesse et douleurs dans ses membres inférieurs. Les douleurs montent jusqu'au pli de l'aîne et parfois irradient jusque dans la région dorso-lombaire.

Sensibilité objective: aucun trouble des diverses sensibilités; tact, douleur, température.

3° Troubles des reflexes:

Aux membres supérieurs: reflexes tendineux très vifs.

Aux membres inférieurs: reflexes très vifs. Clonus bilatéral du pied et de la rotule. Reflexes d'automatisme médullaire très nets.

Reflexes cutanés: abdominaux abolis, signe de Babinski bilatéral.

4° Troubles sensoriels:

Yeux: vision normale. Pupilles déformées réagissent bien à la lumière, convergence et accomodation. Pas de nystagmus.

Ouïe: normale.

Parole: difficile, voix un peu scandée.

5° Troubles sphinctériens:

Vagues troubles du sphincter vésical: mictions impérieuses avec de l'incontinence de temps à autre. Le sphincter anal ne semble pas touché.

6° Troubles psychiques: absents.

Examens de laboratoire:

Azotémie: 0.34.

Bordet-Wassermann: Sang: négatif.

Liquide Céphalo-Rachidien: négatif.

Antigène cholestériné: Sang: négatif.

Liquide Céphalo-Rachidien: négatif.

Benjoin Colloidal: négatif.

Urines: albuminurie transitoire.

Numération globulaire:

Globules rouges:	1,332,000	Polynucl. neutrophiles:	68%
Hémoglobine:	33 %	Lymphocytes:	28%
Valeur globulaire:	1,24	Grands mononucl.:	3%
Globules blancs:	3,175	Eosinophiles:	1%

Éléments anormaux: normoblastes.

Ponction lombaire:

Tension en position couchée, manomètre de Claude: 20.

Manœuvre de Queckenstedt: positive.

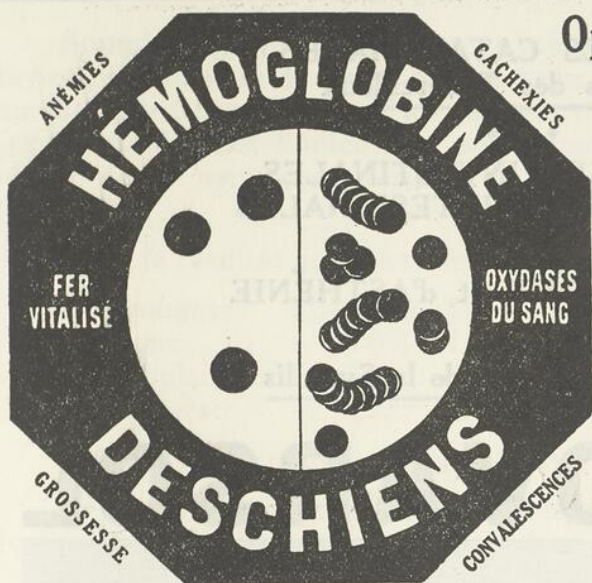
Aspect: limpide, couleur: normale, dépôt: nul, coagulation: nulle.

Examen cytologique: néant. Cellule de Nageotte: 1,6.

Electro-cardiogramme:

Aucun trouble du rythme, complexes normaux.

La température de la malade oscille continuellement entre 99° et 100°F.



Opothérapie
Hématique
Totale

SIROP de
DESCHIENS
à l'Hémoglobine vivante

Renferme intacts les Substances
Minimales du Sang total

Médication rationnelle des
SYNDROMES ANÉMIQUES
e des
DÉCHÉANCES ORGANIQUES

Une cuillerée à potage à chaque repas.

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

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

Le Meilleur Calmant de la Toux

LE PLUS PUISSANT ANTISEPTIQUE DES BRONCHES

SIROP FAMEL

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

DOSES : de deux à trois cuillerées par jour.

ADOPTÉ PAR LES HOPITAUX

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

DIARRHÉES CATARRHALES
Diarrhées des Tuberculeux

* o *

PARASITOSSES INTESTINALES
FERMENTATIONS INTESTINALES

* o *

ETATS D'ANÉMIE et d'ASTHÉNIE

* o *

Traitement "Per Os" de la Syphilis

STOVAR SOL

Action antiseptique et antifermentescible

Faible toxicité malgré la teneur élevée du
 Stovarsol en arsenic - - - - -

Propriétés reconstituantes - - - - -

Action spirochéticide démontrée par de
 nombreuses communications scientifiques

— Comprimés à 0 gr.01, 0 gr.05 et 0 gr.25 —

Le Sel de Sodium du Stovarsol (STOVAR SOL SODI-
 QUE) apparaît à l'heure présente comme le médicament
 de choix de la Paralyse Générale.

— S'administre en injections sous-cutanées ou intramusculaires —

Laboratoires Poulenc Frères du Canada, Limitée

(Licence Rhône - Poulenc)

Distributeurs: ROUGIER FRÈRES

— Montréal.

Soumise au même traitement; injections de novarséno-benzol, protoxalate de fer et foie de veau, la malade n'est pas améliorée le 31 octobre 1933 au moment où elle décide de laisser l'hôpital. Ses douleurs et son impotence persistent au niveau de ses membres inférieurs et son anémie est aussi intense.

Voici le résultat de la dernière numération globulaire:

Globules rouges:	1,316,000	Polynucl. neutrophiles:	60%
Hémoglobine:	28 0%	Lymphocytes:	33%
Valeur globulaire:	1,07	Grands mononucl.:	4%
Globules blancs:	6,375	Eosinophiles:	3%

Éléments anormaux: Mégaloblastes et normoblastes.

En résumé, l'affection dont souffre notre patiente a donc évolué en deux phases successives et bien distinctes.

Une première période longue d'un peu plus de deux années, (juillet 1930 à septembre 1932), où elle fut et demeurera, si l'on excepte les quelques mois dont elle bénéficia de la thérapeutique, une grande anémique.

Elle présentait en effet, tous les signes d'une anémie plastique, pernicieuse à type Biermer, avec hypoglobulie marquée, diminution mais moins importante du taux de l'hémoglobine, valeur globulaire au dessus de la normale, avec en plus apparition d'éléments anormaux dans son sang.

Mais depuis un an, le tableau clinique a changé et s'est enrichi en plus d'une symptomatologie nerveuse spéciale, l'anémie continuant d'évoluer pour son propre compte.

La malade qui fait le sujet de notre étude a fait une paralégie spasmodique dont on retrouve à la lecture de notre observation tous les caractères (exagération des reflexes tendineux, clonus du pied et de la rotule, signe de Babinski bilatéral, reflexes d'automatisme médullaire). Le tout greffé sur une grande anémie qui dure depuis plus de deux ans.

Si on lit la thèse de Pierre MATHIEU sur les Syndromes Neuro-Anémiques, on constate que les grands anémiques, qu'elle qu'ait été la cause de leur déficience sanguine, sont exposés à présenter au cours de leur affection, des signes du côté de leur système nerveux central ou périphérique.

On a décrit des polynévrites anémiques, des psychoses anémiques. On a surtout insisté sur les faits dans lesquels le neurone central était touché au cours des anémies. Nous croyons que l'observation de notre malade peut rentrer dans ce dernier cadre.

On range tous ces troubles sous le nom générique de syndrome de **LICHTHEIM**, encore appelé dégénérescence combinée subaiguë de la moëlle avec anémie. Nous avons donc ici affaire à une forme clinique du syndrome de **LICHTHEIM**, forme clinique à prédominance de troubles médullaires et sur laquelle **RISIEN RUSSEL**, **BATEN** et **COLLIER** avaient dès 1900 attiré l'attention.

Les lésions rencontrées à l'autopsie peuvent atteindre soit les cordons postérieurs, soit les cordons latéraux. Il semble bien que notre malade, bien que nous n'ayons pas eu la confirmation anatomique, ait lésé de façon élective ses cordons antérolatéraux; elle ne présente, en effet, aucun signe de la série ataxique ou du syndrome des fibres longues décrit par **DEJERINE**. Du point de vue anatomo-pathologique, il ne s'agit pas d'une sclérose névroglique primitive, mais on tend à admettre que la dégénérescence que l'on retrouve alors est secondaire à des foyers scléreux développés au niveau d'hémorragies capillaires.

Quelle relation faut-il établir entre cette localisation nerveuse et l'anémie dont souffrait la malade?

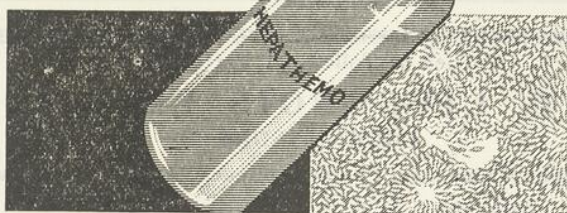
Tout d'abord, il est bien établi que ce syndrome neuro-anémique n'est pas particulier à l'anémie pernicieuse, mais qu'on peut le rencontrer dans toutes les grandes anémies, très rarement, il est vrai, dans l'anémie symptomatique d'un néoplasme, mais plus souvent dans celle qui est secondaire à une cause toxique ou infectieuse. Ce serait, dans ces cas, l'agent toxique ou infectieux qui engendre l'anémie, qui provoquerait aussi les lésions nerveuses.

Et bien que de nombreux auteurs croient que les anémies qui s'accompagnent d'une déglobulisation intense, puissent provoquer des accidents du côté du système nerveux central ou périphérique, il semble bien qu'ici il faille se ranger à la théorie émise par **AUBERTIN**, dont la grande expé-

METHODE DE WHIPPLE.

HEPATHEMO

DESCHIENS



Extrait concentré hydrosoluble de foie de veau

Forme ampoule • Forme sirop

SYNDROMES ANÉMIQUES

DESCHIENS, 6, RUE PAUL BAUDRY - PARIS (VIII^e)
REPRESENTANT : ROUGIER, 350, RUE LEMOINE MONTREAL (CANADA)

PEPTONATE DE FER ROBIN

GOUTTES VIN ELIXIR

ANÉMIE - CHLOROSE DÉBILITÉ

R. C. 221839

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

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

LES ETABLISSEMENTS M A. WOLLACKER

DU CANADA INC.

vous enverront échantillon de
G E L A G A R (gélatine, agar-agar, silicate de magnésie),
 nouvelle médication des gastropathies.

533, Bonsecours — — —

Montreal.

Articles de Toilette et Parfumerie.

J. E. LIVERNOIS Limitée.

FURNISSEURS

En Produits Chimiques, Pharmaceutiques et Photographiques

Instruments et Accessoires de Chirurgie

Remèdes Brevetés.

Entrepôts:
 43, RUE COUILLARD,
 Québec.

Magasin et Bureau:
 RUE ST-JEAN
 Canada.

REGYL

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

Echantillons gratuits à

MM. les Docteurs.

DYSPEPSIES

GASTRALGIES

Rebelles aux traitements ordinaires

8 fr. 50 LA BOITE POUR UN MOIS

Laboratoires FIEVET

53, rue Réaumer, PARIS

Dépôt: Montréal, 820, St-Laurent.

CONSULTEZ-NOUS pour la reliure du Bulletin Médicale.
 - Prix spécial aux médecins. -

P. LAROSE Enr.

IMPRIMEUR—RELIEUR—DOREUR

331, RUE ST-JOSEPH,

QUEBEC

Tél.: 3-0337

Tél.: 3-0337

Demandez nos prix pour tous ce qui concerne l'imprimerie

rience fait autorité en matière de maladies du sang, qui voit dans le syndrome neuro-anémique la conséquence "de modifications humorales qui toucheraient simultanément le système nerveux, les organes hématopoiétiques et le sang".

(Travail de l'Hôtel-Dieu.)

E. GAUMOND

Le Xeroderma pigmentosum (peau parcheminée ou pigmen-
teuse) affection très curieuse de la peau, individualisée et
décrite par Kaposi en 1870 sous le nom de Xeroderma pig-
mentosum, est une dermatose assez rare qui depuis 1884 une
étude d'ensemble des cas rapportés a été faite par le Dr. J. J.
Lévesque et dans le service de dermatologie de l'Hôtel-Dieu, Québec
depuis près de 30 ans par le Docteur E. Gaumond. On a pu
observer lors de ces malades souffrant de cette affection se
présentant, certains cas atteints de la forme dite
de la peau parcheminée et d'autres atteints de la forme dite
de la peau vitreuse. Ce malade que vous avez devant vous mesurant 1 m 45
et huit années de hauteur et pesant 84 livres à 23 ans n'a
pas une seule tache pigmentaire sur sa peau. On a pu observer
à son traitement aucune amélioration dans les choses dermatologiques.
Ce n'est cependant pas l'état de sa peau qui a permis de con-
statier cette tumeur de la tête inférieure qui s'est déve-
loppée depuis un mois.
Le père et la mère du malade qui d'après lui seraient une
bonne famille, sont cousins germains. Leur famille de 11
enfants trois filles et deux garçons présente la même affec-
tion cutanée, les filles ayant une peau normale. Le malade
a nacido tard — à 2 ans — et il est un peu débile au point
de vue intellectuel; il a commencé à 19 ans; il est très peu
à l'œuvre et écrit et examine généralement des lettres de patients.
Lors de son admission, exception faite de cette tumeur
il n'y avait rien de particulier, exception faite de cette tumeur
il n'y avait rien de particulier. Le H. W. est de Kahn sans autre
dans le sang.

XERODERMA PIGMENTOSUM

par

E. GAUMOND

Le Xeroderma pigmentosum (peau parcheminée et pigmentée) affection très curieuse de la peau, individualisée et décrite par Kaposi, en 1870, sous le nom de Xerodermie pigmentaire, est une dermatose assez rare puisqu'en 1924 une étude d'ensemble des cas rapportés n'en mentionne que 333 cas, et dans le service de dermatologie de l'Hôtel-Dieu, dirigé depuis près de 30 ans par le Docteur R. Mayrand, c'est la première fois qu'un malade souffrant de cette affection se présente.

Ce malade, que vous avez devant vous mesurant 4 pds et huit pouces de hauteur, et pesant 84 livres à 23 ans, n'a pas une stature en rapport avec son âge mais surtout son revêtement cutané présente quelque chose d'extraordinaire. Ce n'est toutefois pas l'état de sa peau qui l'a amené à consulter, mais cette tumeur de la lèvre inférieure qui s'est développée depuis un mois.

Le père du malade, grand alcoolique, est mort à 51 ans d'une pneumopathie aiguë. Sa mère, qui a 50 ans, est entrée à la Clinique Roy-Rousseau il y a une dizaine de jours.

Le père et la mère du malade, qui d'après lui avaient une peau normale, sont cousins germains. D'une famille de 11 enfants trois frères et deux sœurs présentent la même affection cutanée, les autres ayant une peau normale. Le malade a marché tard — à 5 ans — et il est un peu déficient au point de vue intelligence; il a communiqué à 19 ans; il sait très peu lire et écrire. L'examen général de tous ses systèmes ne révèle rien de particulier, exception faite de cette pigmentation du revêtement cutané. Le B. W. et le Kahn sont négatifs dans le sang.

Cette pigmentation noire a débuté vers l'âge de deux ans, et spontanément le malade nous dit qu'il était très sensible aux rayons du soleil, une courte exposition à ces rayons lui donnant de suite "un coup de soleil" avec pigmentation consécutive. Cette notion de sensibilité exagérée aux rayons lumineux est importante à rappeler, car elle fournit une explication sur la trop grande richesse en pigment de la peau de ce malade.

Dans ces dernières années, cette pigmentation lenticulaire a peu augmenté, mais c'est par contre modifiée, car elle n'est plus uniforme comme au début.

Actuellement on constate des taches pigmentaires, noires ou brunes, de la dimension d'une tête d'épingle à celle d'un pois, taches qui sont de niveau avec la peau et particulièrement nombreuses à la figure, aux oreilles, à la nuque, au cou, sur le devant de la poitrine et au dos, aux membres supérieurs comme inférieurs mais beaucoup moins marquées à la racine qu'à la périphérie des membres. Le tronc est d'une pigmentation bronzée uniforme avec çà et là de minuscules taches noires.

Sur le haut de la poitrine et surtout dans la partie supérieure du dos, il y a un mélange de taches pigmentaires et achromiques, ces dernières rappelant les disques de la sclérodémie ou encore des cicatrices.

La figure offre un aspect bariolé, tacheté, dû au mélange de taches brunes et blanches. Au pourtour de la bouche, l'absence de pigmentation est plus manifeste qu'ailleurs parce que plus étendue.

A un examen plus attentif de la peau du visage, on découvre qu'en plus des taches brunes et blanches il y a aussi par places des taches rosées, des points rouges, sortes de téléangiectasies minuscules, et enfin des points soulevés, légèrement squameux, rouges et hyperkératosiques.

Ces points hyperkératosiques sont le plus souvent le point de départ de tumeurs, et c'est précisément de cette façon que la tumeur de la lèvre inférieure a débuté, il y a à peine un mois.

Cette tumeur, de la grosseur d'un œuf de pigeon a donc poussé rapidement. Il s'agit d'une néoformation, de consistance molle, soulevée, irrégulière de surface, non douloureuse au toucher et saignant facilement. Il s'agit vraisemblablement d'un épithélioma spino-cellulaire.

Le pourtour de la bouche qui au début était pigmenté est devenu en bonne partie achromique et consécutivement il s'est produit une atrésie de la bouche due à la rétraction dermique qui s'est établie.

A la nuque, partie très exposée aux rayons solaires, les taches pigmentaires sont particulièrement nombreuses et dans le dos les taches blanches sont surtout apparentes.

Aux mains, la pigmentation est aussi très marquée à la face dorsale et à plusieurs endroits il y a de ces points rouges hyperkératosiques, que nous avons notés à la figure, points de départ possibles de néoplasmes.

La peau en général est sèche, rude, se plissant difficilement au visage, ce qui lui donne un aspect rétréci. Sur les mains la peau est plissée et aux endroits habituellement recouverts, sur les membres, on voit une légère desquamation, un peu comme chez un ichthyosique.

La fonction normale de la transpiration n'existe pas chez ce malade, sauf à la face palmaire des mains et à la face plantaire des pieds où la coloration de la peau est normale par rapport au reste du revêtement cutané.

Dans la région lombaire gauche se voit une élévation de la peau assez grande, plissée irrégulièrement, ressemblant de loin à une cicatrice mais tout probablement d'origine nævique puisqu'elle existait à la naissance.

L'ensemble des lésions cutanées constatées chez ce jeune sujet issu d'un père qui était cousin-germain de la mère, ensemble dermatologique constitué par un mélange de taches brunes, noires, de macules achromiques, de télangiectasies, de productions hyperkératosiques et d'une tumeur sur une peau parcheminée, amincie et sèche, justifie croyons-nous le diagnostic de Xéroderma pigmentosum. La seule affection qui pourrait lui ressembler est l'acanthosis nigricans.

Cette dernière maladie donne bien une pigmentation noire, mais régionale, uniforme et non pas lenticulaire comme chez notre malade.

Le pronostic du Xéroderma est très grave car ces malades ne dépassent que très rarement 20 ou 25 ans. Cette échéance fatale précoce n'est pas due à la maladie en elle-même mais aux tumeurs néoplasiques qui se développent invariablement et ont tendance à se multiplier rapidement en différents points du revêtement cutané.

Si l'on pouvait tenir ces infirmes cutanés à l'abri du soleil et de la lumière, on arriverait sans doute à prolonger leur existence, mais la chose est difficile pour ne pas dire impossible à réaliser.

Il est en effet admis aujourd'hui qu'il y a dans le Xéroderma un terrain nævique prédisposant, mais que la cause efficiente est la lumière. La lumière réaliserait en quelques années, donc dans le jeune âge, grâce à une peau fragile ce qu'elle n'arrive à créer qu'en de longues années sur une peau normale, ou encore les rayons lumineux réaliseraient sur ces peaux sensibles l'équivalent d'une radiodermite.

Au point de vue histo-pathologique le processus paraît commencer par la prolifération du tissu conjonctif des papilles et de l'endothélium des vaisseaux, à laquelle succède la rétraction des papilles et en partie leur atrophie. Consécutivement il se ferait une accumulation inégale de pigment avec ectasie des glandes et dégénérescence de leur épithélium.

C'est évidemment ce trouble dans les conditions de croissance des tissus épithéliaux qui amène le développement chez des individus aussi jeunes d'épithéliomas ou carcinomes.

Le traitement curatif de cette maladie n'existe pas. Comme préventif on conseille à ces malades d'éviter la lumière, le soleil, en leur fournissant au besoin des substances qui appliquées sur la peau diminuent l'intensité des rayons lumineux.

Les tumeurs sont détruites dès leur apparition par l'électrocoagulation, le rayon X, en dose massive, mais tous ces traitements ne peuvent empêcher l'issue fatale de se produire.

Nous avons l'intention de reprendre l'étude de cette maladie à l'aide d'examens histo-pathologiques actuellement en cours, et de la compléter par l'observation des autres membres de la famille atteints de la même affection.

- Bibliographie -

- Kaposi:** Traité des maladies de la peau.
Dürhing: Traité des maladies de la peau.
Gougerot: Dermatologie en clientèle.
Darier: Précis de dermatologie.

(Travail de l'Hôtel-Dieu.)

ICTERE CHRONIQUE ET FISTULE POST-OPERATOIRE.

par

Arthur ROUSSEAU et Renaud LEMIEUX

Nous avons pensé soumettre aujourd'hui à votre critique, le diagnostic que nous croyons devoir porter chez une de nos malades. Cette femme souffre d'un ictère depuis plusieurs mois et le mécanisme de cette jaunisse nous intrigue au point que nous avons demandé à la chirurgie de venir confirmer nos prétentions par une laparatomie exploratrice.

Mais jugez-en plutôt :

Notre patiente est mariée, elle a 35 ans et, depuis 1930, elle en est à son troisième stage à l'hôpital.

Ses antécédents familiaux n'offrent rien de particulier. Dans l'enfance notre malade fait quelques-unes des maladies contagieuses communes et jusqu'à l'âge de 15 ans elle accuse des hémorragies nasales fréquentes.

Vers l'âge de 15 ans surviennent des troubles digestifs : ce sont des gonflements, des sensations de pesanteur épigastrique à chaque fois qu'elle abuse d'aliments gras. La digestion semble cependant plus défectueuse encore à l'approche et pendant les époques menstruelles. Les règles sont douloureuses. La malade mange beaucoup et elle doit faire un usage immodéré des laxatifs.

Elle se marie à l'âge de 20 ans et à l'occasion de chaque menstrue elle éprouve de fortes douleurs au niveau de l'hypocondre droit avec irradiations vers l'épigastre et l'épaule droite ; ces crises s'accompagnent de nausées et parfois de vomissements. Dans l'intervalle des crises les digestions sont toujours pénibles avec état nauséux mais de peu de durée.

Elle devient mère de 7 enfants; les accouchements et les suites de couches nous semblent n'avoir rien présenté de particulier ou d'anormal.

En novembre 1930, notre malade fait un premier stage à l'hôpital où on l'accepte pour des troubles digestifs auxquels se sont ajoutées des ménorragies. Après un court séjour elle peut retourner chez elle apparemment guérie.

En mai 1931, on diagnostique, à la suite de nouveaux troubles génitaux, une métrite hémorragique pour laquelle elle subit une hystérectomie avec ovariectomie double. Les ovaires sont polykystiques et l'utérus en voie de dégénérescence. Après 23 jours d'hôpital, la malade retourne chez elle.

En mai 1932, elle vient consulter pour des douleurs au niveau de la partie abdominale inférieure apparues depuis quelques mois seulement. On croit à des adhérences post-opératoires; un régime et des laxatifs semblent l'améliorer.

Au début d'avril 1933 surviennent un état nauséux presque permanent, des douleurs lombaires persistantes et une constipation qui résiste aux purgatifs coutumiers. Les selles palissent légèrement et les urines deviennent fortes en couleur. Il ne paraît pas exister de température à ce moment.

Le 25 avril la malade accuse de violentes douleurs sous le rebord des fausses côtes droites, douleurs avec irradiations épigastriques et dorsales, des nausées et des vomissements; elle doit garder le lit 4 ou 5 jours et son entourage note à ce moment un ictère qui se généralise rapidement. Les selles sont décolorées, les urines foncées et il n'y a pas de température.

Pendant 2 mois cet ensemble symptomatique persiste sans grandes variations; l'ictère est toujours marqué, et cependant notre malade conserve son appétit; elle éprouve des nausées fréquentes, perd quelques livres de poids et comme elle est un peu souffrante elle entre à l'hôpital. Elle est admise le 23 juillet dans le service du Docteur Rousseau. Le long passé digestif de cette malade, les crises douloureuses caractéristiques d'une cholécystite dont elle a souffert, l'ictère apparu brusquement à la suite d'une de ces crises plus dramatique et plus longue que les précédentes, la décolora-



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

ÉLIXIR DUCRO

INSOMNIES — MENSTRUATIONS DOULOUREUSES
SIROP POUR TOUS TROUBLES NERVEUX

Chloral Bromuré du Dr. Dubois

ACTIVITÉ, INNOCUITÉ ÉPROUVÉES



INFLUENZA ANÉMIE ET NÉVRAL
GIES CONSÉCUTIVES

QUINOÏD

"QUINOÏDINE DURIEZ"

AUCUN DES INCONVÉNIENTS DE LA QUININE
CONTRAIREMENT AUX ARSENICAUX, AUCUNE TOXICITÉ
PRÉVENTIF: 2ou 3 PILULES — CURATIF 4 À 8 PILULES PAR JOUR
AU DÉBUT DES REPAS

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

IODALOSE GALBRUN

IODE PHYSIOLOGIQUE, SOLUBLE, ASSIMILABLE

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

DÉCOUVERTE EN 1896 PAR E. GALBRUN, DOCTEUR EN PHARMACIE

Remplace toujours Iode et Iodures sans Iodisme,

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

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

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

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

AGRIPPOL

CACHETS

Fébrifuge et analgésique

L'AGRIPPOL est un mélange de médicaments choisis, reconnus comme des plus actifs contre la grippe et constitue une synergie chimique et végétale et un analgésique puissant.

Formule.—Cryogénine 0.10, Salicine 0.02, Citrate de caféine 0.15, Quinquina rouge 0.05, Adonis 0.05, Piloselle 0.05, Acétanilide 0.10, Antipyrine 0.10, Carbonate de chaux 0.10.

Mode d'emploi — Prendre un à quatre cachets espacés des repas par vingt-quatre heures, aussi longtemps que la fièvre n'a pas complètement disparu.

Boîte de 6 cachets 0.25c.

LABORATOIRE CHOMEDY

31, Rue Caumartin, PARIS-FRANCE

Distributeurs pour le Canada:

HERDT & CHARTON Inc.

207 Mc Gill College Ave - MONTREAL



VERONIDIA

Le plus actif

Le plus agréable

Le plus maniable

des Sédatifs nerveux.

Dépôt Général pour le Canada:

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

tion des selles nous font porter le diagnostic d'obstruction des voies biliaires principales par un calcul en migration.

L'état morbide de cette malade relevant plutôt d'un traitement chirurgical, nous demandons au Docteur Dagneau de pratiquer une intervention quelques jours plus tard.

L'état de la malade s'étant subitement aggravé, le Docteur décide d'intervenir avec le minimum de choc possible en abouchant la vésicule à la peau sous anesthésie à la cocaïne.

La malade se sent très vite améliorée; la fistule donne abondamment, l'ictère s'atténue pour disparaître, les selles et les urines reprennent leur coloration normale. Elle demande à manger mais pour peu que l'alimentation soit riche en protéines, elle éprouve des nausées.

Comme le trajet fistuleux donne en abondance et qu'il ne semble pas vouloir se tarir de sitôt, la malade demande de retourner dans sa famille, elle devra souvent revenir faire voir sa plaie.

Pendant son séjour en chirurgie en aucun moment cette malade n'a présenté de température.

Elle nous revient de nouveau, un mois après son départ, avec un ictère des mieux conditionnés, apparu après quelques jours de nausées et de vomissements. Vous pouvez la voir aujourd'hui dans le même état qu'elle présentait lors de son entrée dans le service.

A l'examen nous constatons qu'elle n'a pas de température et son pouls bat à 80.

Son ictère est presque noir tant il est vert.

La peau ne présente pas de traces de grattage.

Le foie n'est pas gros et la palpation profonde sur le rebord des fausses côtes ne détermine pas de douleur.

La rate n'est pas perceptible.

Le reste de l'abdomen n'est ni douloureux ni déformé.

La fistule que l'on peut observer dans l'hypocondre droit donne tantôt un liquide clair tantôt un liquide franchement bilieux; son débit est intermittent.

Les selles sont abondantes et franchement pâles. Les différentes recherches des pigments biliaires qu'on y a fait sont toujours demeurées négatives.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine mais la réaction de Hay est fortement positive.

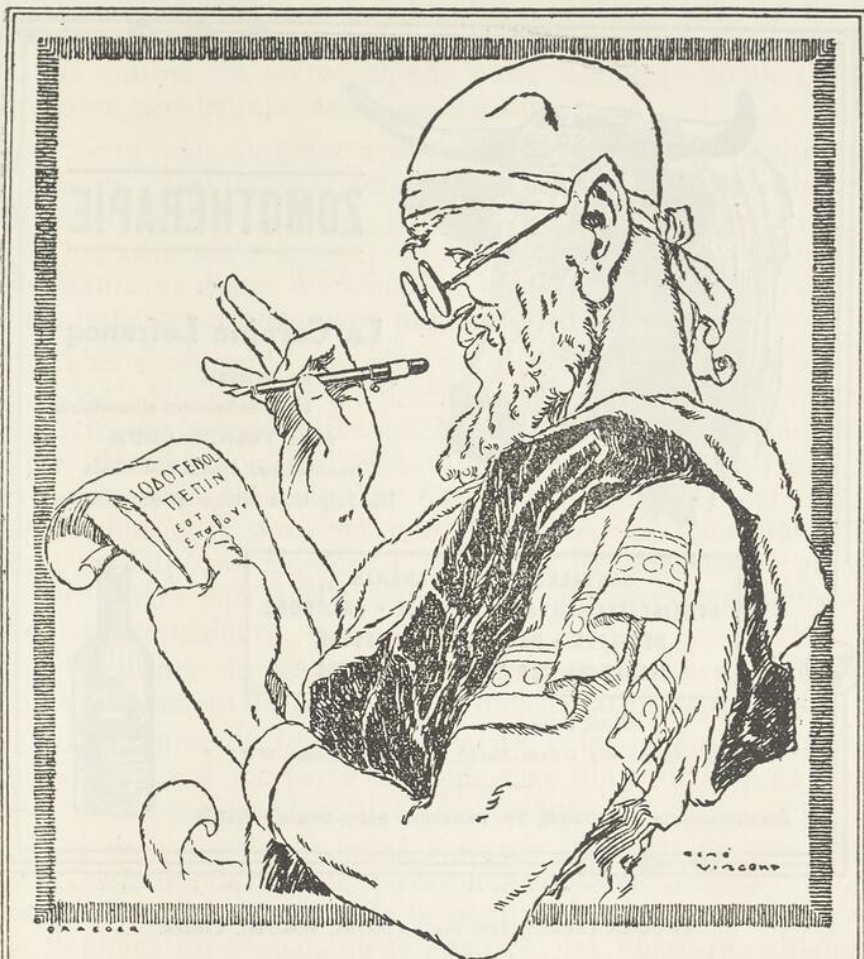
Notre malade n'est ni asthénique ni déprimée outre mesure et elle en est encore à déplorer que seul son ictère vienne mettre une entrave à ses occupations journalières.

En résumé, voici une malade qui après un long passé digestif caractérisé par des digestions lentes et difficiles, un état nauséux fréquent, présente, un jour, après une crise vésiculaire, un ictère classique par rétention. On fixe la vésicule à la peau et l'ictère de même que tous les signes de rétention biliaire s'amendent et disparaissent pour un temps très court. La malade nous revenant de nouveau ictérique nous nous demandons quel mécanisme et quelle pathogénie ont pu présider à ce retour offensif d'une jaunisse nouvelle.

Plusieurs hypothèses sont intervenues dans notre tentative pour établir un diagnostic qui n'ait rien des caractères d'une probabilité.

S'est-il agi chez cette malade d'une obstruction cholédocienne par un calcul migrateur? Lors de la première poussée d'ictère le fait nous a paru plus que probable; les crises de coliques ont été assez classiques pour qu'un diagnostic rétrospectif puisse être établi. L'ictère à ce moment avait sa raison d'être, et à la suite de la cholécystostomie tous les signes de rétention sont disparus. Lors de la deuxième poussée d'ictère un autre calcul est-il venu obstruer de nouveau les voies biliaires? ou la lumière du cholédoque, un moment à demi obstruée, s'est-elle de nouveau refermée à la faveur d'un processus endothélial réactionnel pendant que le cystique, devenant insuffisant, la tension biliaire s'est élevée? La fistule continue de donner mais d'une façon intermittente et insuffisante un liquide ou séreux ou bilieux.

Une angiocholite un peu étendue, intéressant le cholédoque, pourrait, avec une symptomatologie identique, nous expliquer pourquoi notre malade fait de la température depuis une quinzaine de jours. Toutefois la bile que nous



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 & LEBOUCC.
COURBEVOIE — PARIS

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



ZOMOTHÉRAPIE

La Carnine Lefrancq

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

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

Trois Grandeurs de Flacons :

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

Établissements FUMOUCHE, 78, Faubourg Saint-Denis - PARIS



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

PREMIÈRE DENTITION

SIROP DELABARRE

Sirop de Safran et Tamarin, sans aucun narcotique

Employé en douces frictions sur les gencives

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

Établissements FUMOUCHE, 78, Faubourg Saint-Denis - PARIS

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

sommes allés recueillir à la pipette à l'intérieur même de la vésicule ne contient pas de pus et le pseudo-diphthérique donné par la culture du même liquide nous semble provenir d'une infection accidentelle de manipulation.

Nous nous sommes arrêtés à l'hypothèse de l'existence d'une de ces cirrhoses ictérogènes encore mal définies où l'élément angiocholitique joue un rôle dans la production de l'hépatite chronique et où l'élément ictérique devient la résultante et d'une modification d'ordre parenchymateux et d'un hyperfonctionnement pigmentaire.

Une cirrhose de cet ordre pouvait-elle exister chez notre malade? Nous avons été portés à le croire. Un long passé digestif, l'existence d'une calculose, d'un ictère à répétition, d'une décoloration des selles avec pigmentation des urines sans ictère de même qu'un état hypoglycémique persistant depuis plusieurs semaines nous semblent des faits cliniques qu'il ne faut pas négliger. Mais une hépatite de ce genre ne rencontre pas, à elle seule, l'état que présente actuellement notre malade.

L'absence de réactions sérologiques positives, l'histoire clinique écartent la possibilité d'une hépatite syphilitique.

Le volume du foie, sa régularité, l'état général de même que l'absence d'une perte de poids chez notre malade ne sont pas en faveur d'une hépatite néoplasique.

Nous avons voulu nous enquérir de l'état du pancréas et la poursuite de nos recherches nous ont amenés à la constatation d'une insuffisance de la sécrétion externe. L'épreuve de Schmidt est franchement positive: les fibres musculaires de même que les noyaux cellulaires sont demeurés intacts. La coloration pratiquée sur les selles à l'aide du Soudan III laisse voir de nombreuses gouttelettes de graisses, et le dosage de la steapsine donne comme résultat 15.40cc. Les selles sont d'ailleurs pâteuses et abondantes sans être diarrhéiques.

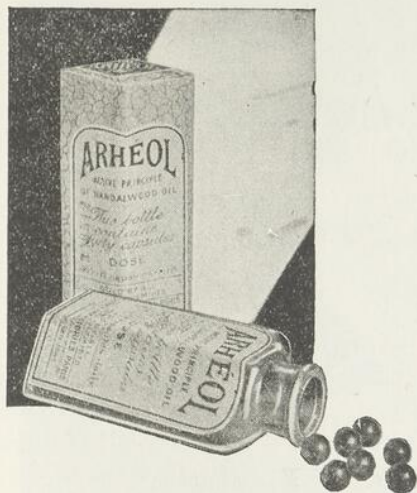
Nous n'avons pas pensé nous arrêter à la possibilité d'un néoplasme de l'ampoule de Water non plus qu'à la possibilité de l'évolution d'un cancer de la tête du Pancréas; notre malade n'est pas cachectique, l'ictère chez elle s'est installé brusquement à deux reprises, le foie est demeuré à son volume normal et la région pancréatico-duodénale n'est nullement douloureuse, jamais d'entéroragies.

Un seul fait à notre avis, peut être raisonnablement invoqué dans le mécanisme pathogénique des phénomènes hépato-pancréatiques sur lesquels nous nous sommes arrêtés: c'est l'obstruction des canaux biliaires avec des désordres pancréatiques consécutifs, par un calcul enclavé du cholédoque ou par un deuxième calcul qui est venu s'y arrêter après la descente d'un premier obstacle calculeux. La cholécystostomie a fait céder l'hypertension biliaire pour un temps; le flux biliaire a repris certainement son cours puisque les selles ont recouvré leur couleur normale. La seconde poussée d'ictère nous semble avoir été sous la dépendance non seulement du rétablissement d'un nouvel obstacle mais aussi d'une insuffisance de drainage manifeste du côté du canal cystique obstrué lui aussi secondairement mais d'une façon qui nous échappe jusqu'ici. Cette obstruction du canal cystique de drainage dans l'espèce, nous avons pu la mettre en lumière en introduisant par pression dans la vésicule une certaine quantité de lipiodol. Nous avons pu voir sous l'écran une vésicule biliaire parfaitement normale comme volume et comme forme mais nous n'avons pu retrouver aucune trace du canal cystique.

Messieurs l'observation de cette malade nous a paru intéressante par les quelques difficultés d'interprétation qu'elle pouvait présenter. Cette malade devait être opérée ce matin, mais des circonstances incontrôlables ont fait remettre l'opération à quelques jours. Nous aurions aimé cependant, avec l'aide des minutes opératoires et des constatations des chirurgiens, infirmer ou affirmer, avec vous, notre diagnostic.

(Travail de l'Hôpital du St-Sacrement)

ACTION ANTISEPTIQUE



prolongée

sur

L'APPAREIL URINAIRE

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

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

C'est exactement ce qui arrive quand vous prescrivez

ARHÉOL (Astier)

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

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

Pour renseignements et échantillons, écrivez à

ROUGIER FRÈRES

350, rue LeMoynes, Montréal

Dépositaires canadiens pour les produits des

LABORATOIRES P. ASTIER, PARIS, FRANCE



L'enfant récalcitrant.

QUAND de grands yeux se voilent de larmes et de petites lèvres encadrent un "non" obstiné, la mère est prise au dépourvu pour suivre vos instructions.

Parfois il faut se déclarer vaincu et laisser faire. Rendre le traitement plus facile à suivre peut compromettre son efficacité. Mais dans la thérapeutique des Vitamines, il en est heureusement autrement.

En prescrivant l'Huile Haliver Parke-Davis, vous obtiendrez des résultats thérapeutiques complets, avec quelques gouttes attrayantes; plutôt que de terribles cuillerées d'huile de foie de morue, ou autres préparations inspirant la sensation du supplice.

Les préparations d'Huile Haliver P.D. & Cie. (Huile de foie de flétan) simplifient agréablement l'administration scientifique des vitamines A et D. L'es-

prit de révolte n'est pas provoqué, chez vos jeunes patients, la maman peut alors suivre vos instructions à la lettre. Même les adultes, qui deviennent de grands enfants, quand il s'agit de "prendre des remèdes" seront très dociles si vous leur prescrivez l'Huile Haliver Parke-Davis, ils aimeront cette façon de se "vitaminiser".

Les préparations d'Huile Haliver, Parke-Davis (Simple ou avec Viostérol-250 D, en flacons ou capsules), sont en vente dans toutes les pharmacies du Canada.

Huile Haliver avec Viostérol-250 D Renferme 32,000 Unités Vitamine A (P.E.U.) et 3,333 Unités Vitamine D, (Steenbock) au gramme.

Huile Haliver Simple 32,000 Unités Vitamine A (P.E.U.) et 200 Unités Vitamine D (Steenbock) au gramme.

PARKE, DAVIS & CIE

Les plus grands fabricants de produits pharmaceutiques et biologiques de l'Univers.
1101 St. Alexandre, Montréal.

ABCES PERISINUSIEN, PHLEBITE DU GOLFE DE LA JUGULAIRE; OUVERTURE. GUERISON.

par

Paul PAINCHAUD

L'observation, dont j'ai à vous faire part, est intéressante non parce qu'elle est rare, en étant une fréquente dans notre spécialité, mais elle est intéressante par les conclusions pratiques que nous pouvons en tirer.

Le jeune...X, âgé de 8 ans, pensionnaire dans un collège, m'est amené à l'Hôtel-Dieu le 21 octobre, vers les 6 hrs du soir, par ses parents sur le conseil du médecin de famille, M. le docteur Beaudin, qui soupçonnait une mastoïdite droite.

L'enfant, en bonne santé jusqu'alors, se sent, le 17 octobre, mal en train, fébrile; il a des nausées soulagées par quelques vomissements alimentaires. Il se plaint au Frère Infirmier de douleurs abdominales indéterminées. On le fait coucher à l'infirmerie et un sac de glace est placé sur l'abdomen.

Les jours suivants même situation; température, frissons etc., mais les douleurs abdominales ont fait place à des douleurs auriculaires droites. La famille, alors avertie, fait voir l'enfant au médecin qui prescrit quelques gouttes dans l'oreille et un sac de glace sur la région mastoïdienne droite car il a remarqué un léger empatement sous-apexien douloureux à la palpation.

La température continue à présenter des élévations thermiques accompagnées de frissons et suivies de baisses atteignant 99° parfois; mais, voilà que le 21, dans l'avant-midi, l'enfant a un long frisson au cours duquel la température atteint 106° pour retomber au bout d'une heure.

En présence d'un tel état et connaissant la gravité des processus mastoïdiens, le médecin conseille alors de diriger le petit malade vers un centre hospitalier et de consulter un spécialiste. Je vois donc l'enfant vers les 6 hrs. p.m., le 21.

Il est affaîssé, d'un teint jaune pâle, il a le facies d'un intoxiqué. La température est de 101.3, le pouls de 97, la respiration de 20; l'enfant est un peu somnolent, il répond quelque peu évasivement aux questions.

L'examen otoscopique droit montre un tympan à peine rosé, légèrement bombé dans le cadran postéro-supérieur, i.e., au niveau de l'attique. Le conduit est normal. L'enfant éprouve quelques douleurs lancinantes mais tolérables. Il n'y a pas de douleur subjective ou objective de la région mastoïdienne; mais à l'angle du maxillaire inférieur droit, au tiers supérieur de la région carotidienne, on remarque un léger gonflement; cet empâtement est très douloureux à la palpation. L'enfant en effet, ne tolère pas la palpation des deux-tiers supérieurs de cette région mais tolère celle de la région mastoïdienne, tant au niveau de l'antre, tant au niveau de la veine mastoïdienne qu'à la pointe. J'insiste sur ce détail car il nous permet d'éliminer une mastoïdite du type apexien ou de Bézold, i.e., un processus destructif de la pointe osseuse de la mastoïde permettant à une collection purulente de fuser dans la gaine postérieure du sterno-cléido-mastoïdien. L'intégrité de la pointe et l'absence de sensibilité adéquate éliminèrent cette hypothèse, et comme nous le verrons d'ailleurs tout à l'heure, l'intervention le prouve.

Il y a latéro-flexion de la tête à droite avec contracture en quelque sorte dans cette position; réaction de défense des muscles due aux douleurs occasionnées par les mouvements. Pas de Kernig. Réflexes normaux. L'enfant se plaint de céphalées frontales. L'examen du fond de l'œil ne révèle rien.

L'appareil auriculaire gauche est normal.

Une paracentèse droite est faite et donne issu à une ou deux gouttelettes louches mais non purulentes. De la glace est placée sur la région et des stimulants sont donnés.

A 10 hrs p.m., la température est tombée à 98.3, le pouls à 90, la respiration à 20; l'enfant a reposé, la céphalée et les douleurs auriculaires ont cédé.

Le lendemain midi, l'état est meilleur; la nuit a été bonne, le facies est plus rassurant quoique pâle, la température est à 99.2, l'enfant n'éprouve aucune douleur. Pas d'écoulement appréciable par l'ouverture de la paracentèse. Le gonflement carotidien n'a pas diminué et est demeuré aussi douloureux.

Dans l'après-midi, l'enfant est fatigué, somnolent et fait à 5 hrs, un long frisson au cours duquel la température atteint 106,1, le pouls 120, la respiration 27; ce frisson dure près d'une heure, la température retombant à 103.4. Le gonflement semble avoir augmenté, l'enfant n'est pas bien. Il faut faire quelque chose.

La symptomatologie grippale du début; mal en train, état févreux, courbatures, douleurs abdominales indéterminées, et puis, les jours suivants, sa localisation plus précise au niveau de l'oreille droite., milieu favorable à cause d'atteinte antérieure d'otite moyenne; cette température à grandes oscillations accompagnées de frissons et cet empâtement douloureux de la région des vaisseaux du cou, ce facies d'intoxiqué, devaient nécessairement attirer mon attention vers le sinus latéral. Une indication opératoire s'imposait alors: ouverture large de la mastoïde, exploration de tous les groupements cellulaires, mise à nu du sinus, même si le massif osseux semblait normal, ouverture du sinus si nécessaire.

Dès 7 hrs., l'enfant est soumis à l'anesthésie générale par le Dr. Auger, et assisté du Dr. J. Lacerte, je trépane la mastoïde.

La corticale est épaisse et saine; les cellules superficielles sont très vascularisées mais sans pus; du côté de l'antre peu d'ostéite, la pointe est plus friable mais pas de pus; par contre, dans la profondeur, les cellules périsinusales sont nécrosées et remplies de pus. Un coup de gouge nous permet d'apercevoir par la petite brèche un sinus latéral, animé de battements, baignant dans le pus. Le foyer important est trouvé.

Il y a sans aucun doute périsinusite, ce qui est l'équivalent, en arrière et en avant du sinus, à l'abcès extra-dural. Je dénude alors le sinus sur sa majeure partie verticale. La nécrose osseuse ne semble pas s'étendre plus loin, soit posté-

rieurement vers sa portion horizontale, soit en avant et en bas vers le golfe de la jugulaire. Cependant, à cette extrémité il y a une infiltration intense. Le battement a cessé, le sinus étant de la sorte décomprimé. Il est jaune pâle mais n'est pas flasque; la circulation semble se faire encore. J'évite de le palper comme le font certains auteurs de crainte de mobiliser un petit thrombus pariétal. La ponction exploratrice recommandée par plusieurs grandes Ecoles me semble dangereuse, ayant à franchir d'une zone manifestement infectée vers l'intérieur du vaisseau où paraît exister un minimum de lésions. J'ai peut-être eu tort; je craignais que ce petit traumatisme, en étant l'amorce d'un thrombus, soit une menace d'infection de plus. Conservant l'espoir, après ces constatations opératoires, qu'il ne s'agit que d'un abcès péri-sinusien, avec réaction phlébitique de la paroi, réaction s'étendant au golfe de la jugulaire et à la portion toute supérieure de la jugulaire interne, avec présence même d'un petit thrombus infecté au niveau du sinus latéral, petit thrombus en voie de désintégration comme l'attestent les ascensions thermiques passagères accompagnées de frissons, je décide de limiter là mon intervention et d'attendre bien armé les événements. La plaie est irriguée avec du sérum physiologique chaud, une mèche est mise en place.

Injections sous-cutanées de sérum glucosé, stimulants, etc.

Le lendemain, la température est à 99°, l'enfant a bien dormi, il n'éprouve aucune douleur. La raideur de la nuque a cédé. En un mot, tout va bien.

Une hémoculture négative vient augmenter notre espoir.

Le mardi soir, cependant, le petit malade éprouve un frisson avec élévation de la température à 103.4. La région carotidienne est toujours empâtée quoique moins, la palpation y est douloureuse. La nuit est mauvaise.

Le mercredi matin, nouvelle ascension thermique, nouveau frisson.

Un léger œdème de la face s'est installé faisant supposer de la stase dans la veine faciale, secondaire à un ralentissement de la circulation dans la jugulaire interne. Le tableau clinique devient si inquiétant que je décide s'il ne change pas



TRICALCINE INJECTABLE

DIPROPANOÏLPHOSPHITE DE CHAUX INALTÉRABLE
CACODYLATE de SOUDE 0,05. SULFATE de STRYCHNINE 0,001

MEDICATION CALCIQUE INTENSIVE ET STIMULANTE

TUBERCULOSE
MISÈRE
PHYSIOLOGIQUE

CONVALESCENCE
ANÉMIE
SCROFULOSE

POSOLOGIE

Une ampoule par jour
pendant douze jours.
Dix jours de repos et
reprandre une série.

Laboratoire des Produits SCIENTIA, 21, rue Chaptal, Paris. 9^e

HERDT & CHARTON Inc. 2027, avenue McGill College, Montréal.
"Représentants exclusifs pour le Canada"

Dernière Création de la Prothèse

Légère, confortable, solide, élégante

—Une jambe artificielle en métal, presque "naturelle" grâce à son articulation sur billes du genou et de la cheville.

Plus solide et plus légère que les appareils de prothèse en bois, fibre ou cuir.

Cet appareil vaut d'être examiné par les chirurgiens qui s'intéressent au sort de leur patient après l'opération et désirent procurer à l'amputé tout le confort et la capacité possibles avec un appareil.

MECANICIEN ORTHOPÉDIQUE

Attitré auprès des hôpitaux

Children's Memorial, Shryner's, Montreal, General
Royal Victoria, Montreal Children's, Western.

J. A. DUCKETT

Membres artificiels, Appareils orthopédiques, Bandes herniaires, Ceintures abdominales, Bas élastique faits sur commande.

2014 RUE BLEURY

(angle Ontario)

Tél.: HARbour 0630

Montréal



Hémostyl

Du Dr. **ROUSSEL**

Anémies Hémorragies

SÉRUM HÉMOPOÏÉTIQUE FRAIS DE CHEVAL

<p>Flacons-ampoules de 10^{cc} de Sérum par</p>	<p>A) <i>Sérothérapie spécifique</i> des ANÉMIES (Carnot).</p>
<p>Sirap ou Comprimés de sang hémopoïétique total</p>	<p>B) <i>Tous autres emplois</i> du Sérum de Cheval : HÉMORRAGIES (P.E. Weill) PANSEMENTS (R. Petit)</p>
<p>ANÉMIES CONVALESCENCES</p>	

Echantillons, Littérature

97, RUE de VAUGIRARD, Paris

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

après injection de sérum antistreptococcique polyvalent de l'institut Pasteur d'intervenir de nouveau le lendemain, dénuder davantage le sinus, le ponctionner, et, s'il est thrombosé de l'inciser après ligature de la jugulaire interne.

Heureusement, l'effet du sérum semble avoir été merveilleux, la température revient vers la normale, la nuit est très bonne; le jeudi, pas de frisson et pas d'élévation thermique. 10cc. de sérum furent injectés le matin et répétés le soir.

L'œdème de la joue est disparu, l'empâtement douloureux de la région carotidienne aussi. La palpation rendue possible permet de sentir dans la profondeur un empâtement fusiforme correspondant vraisemblablement à la veine et déterminant une protestation du petit malade.

Le vendredi matin, nouvelle injection de 10cc. de sérum, suivie vers le midi de réactions sériques. De l'adrénaline est administrée à notre petit malade. Le sérum suspendu bien entendu.

A partir de ce moment, le processus infectieux semble contrôlé et comme vous le constatez l'enfant s'achemine vers la guérison.

Il quitte l'hôpital guéri le 11 novembre, exactement 21 jours après son intervention.

Bien qu'intéressante par elle-même, cette observation l'est encore plus par les conclusions qu'elle nous permet de tirer, conclusions intéressantes tant le praticien que le spécialiste.

Le cas présent joint à plusieurs autres traités ici à l'Hôtel-Dieu et l'expérience d'au delà d'une centaine de mastoïdectomies pratiquées à la Miséricorde et à la Crèche St-Vincent de Paul me permettent d'avoir une humble opinion personnelle sur la question mastoïdienne.

Messieurs, je crois que la plupart des méningites à strepto, à staphylo et même à pneumocoque, que la plupart des abcès extraduraux, des abcès du cerveau et du cervelet, des thrombo-phlébites du sinus latéral avec terminaison fatale sont dus, non seulement à des infections aiguës très virulentes de l'oreille et de la mastoïde mais aussi aux proces-

sus infectieux chroniques des mêmes régions; ces derniers étant d'autant, plus dangereux qu'ils évoluent insidieusement, offrant parfois de petites poussées fébriles auxquelles le malade n'attache pas d'importance. Ce sont là des complications tardives d'une infraction aiguë ou chronique de l'oreille moyenne ou de la mastoïde qu'il ne faut pas attendre; c'est déjà tard, souvent même trop tard pour intervenir.

Messieurs, je crois que nous devons être plus interventionnistes, et quand il s'agit de processus infectieux auriculaires et mastoïdiens, c'est plus à l'intervention chirurgicale qu'au traitement médical auquel il faut faire appel.

Le Spécialiste ne doit pas attendre, pour poser le diagnostic d'abcès de l'oreille moyenne, la perforation spontanée du tympan; non, plus sera précoce la paracentèse, plus sera rapide la guérison, moindres les séquelles et nulles les complications.

Le Spécialiste ne doit pas attendre pour poser le diagnostic de mastoïdite que l'extériorisation sous les téguments se soit produite, ni pour intervenir qu'une véritable septico-pyohémie atteste l'atteinte du sinus latéral; encore moins attendre le stade de la méningite purulente ou de l'abcès cérébral.

Le Spécialiste averti doit devancer ces complications; il doit savoir dépister les lésions insidieuses et non attendre un tableau clinique complet.

Je suis convaincu que bien des cas funestes sont dus à un traitement médical qui, en atténuant les symptômes réactionnels de surface (empâtement, douleurs objectives mêmes, température, etc.) est venu tromper notre surveillance, nous faisant croire à une guérison lorsque dans la profondeur le processus continuait insidieusement sa marche vers l'intérieur du crâne déterminant quinze jours, trois semaines, un mois plus tard un réveil tragique avec alors une intervention inefficace.

Je crois donc, Messieurs, qu'il faut de notre part une plus grande vigilance, un sens clinique plus délicat, une ferme conviction de l'intervention précoce ayant toujours à la mémoire ce principe: "qu'une intervention prudente, complète

THYVACRINE No. 10 C & C

Chaque comprimé représente en glandes fraîches:-

Ovaire complet 10 grains, Thyroïde 1 grain.

INDICATIONS:- Aménorrhée soit occasionnelle causée par émotion vive, froid aux pieds, fatigues etc., ou générale tel que, chloro-anémie, tuberculose, changement de vie, convalescences etc. Troubles de la ménopause, etc. Ménorrhagie et dans les syndromes à prédominance ovarienne.

NEUROCRINE No. 5 C & C

Chaque comprimé représente: Teinture de Valériane 40 gouttes, Surrénale ½ grain, Substance Cérébrale 10 grains, Thymus 3 grains.

INDICATIONS:- Neurasthénie, Perte ou sommeil agité cause nerveuse, Surrénalites aiguës ou chroniques, Névroses, Hystéries Hyperexcitabilité psychique, Fatigues, Surmenage, Epuisement de l'énergie et tout autres troubles nerveux.

DIACRINE No. 6 C & C

Chaque comprimé représente en glandes fraîches:-

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

INDICATIONS:- Insuffisance intestinale, Pancréatite Chronique, Irritations du pancréas, Dyspepsies pancréatiques, Diabète.

PRIX:- En bouteilles de 50 dozs. \$10.20 En bouteilles de 100 dozs. \$18.00

Echantillon sur demande.

CASGRAIN & CHARBONNEAU

LIMITÉE

28-30 rue St-Paul Est

MONTREAL.

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

Téléphone

LANcaster 3292

Traitement des AFFECTIONS VEINEUSES

Veinosine

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

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

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

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

LA

NÉO-GASTRICINE

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

activé

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

TONIFIE LA MUQUEUSE GASTRIQUE

APPORTE UN SOULAGEMENT

dans les

GASTRALGIES - AIGREURS D'ESTOMAC

DIGESTIONS PENIBLES

ATONIES GASTRIQUES - DYSPEPSIES.

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

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

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

sur la mastoïde pour trancher un doute est moins néfaste si elle est négative que sera la plus prudente, la plus complète, la plus habile des interventions faite trop tard."

De leur côté, les Praticiens nous seconderont en dirigeant hâtivement vers nous tous les maux d'oreille, le patient lui conservant plus de gratitude d'avoir su le diriger à temps au Spécialiste que de l'avoir fait trop tard.

(Travail de l'Hôtel-Dieu.)

QUADRIPARESIE PAR POLYNEVRITE AVEC ARGYLL-ROBERTSON.

par

Sylvio CARON et C. A. PAINCHAUD

Notre malade est âgé de 66 ans, s'est marié en seconde noces à 65 ans après deux ans de veuvage. Nous obtenons les renseignements de lui-même et avec beaucoup de difficultés, car il est légèrement sourd; de plus, sa compréhension n'est pas parfaite; et peu habitué aux précisions et illettré, il nage dans des détails inutiles et longs comme un pré-senile. Nous avons cependant réussi à connaître assez précisément ce qui suit:

Il y a longtemps (puisqu'il a fait des enfants depuis ce temps et que son plus jeune à 19 ans) il s'est déboîté le bras droit. Il présente en effet une légère ankylose du coude droit.: nous ne pouvons pas obtenir l'extension complète, il existe un blocage réalisant un angle obtus de flexion de l'avant-bras sur le bras. De plus, nous constatons une atrophie musculaire du biceps et des muscles de l'épaule. Il ne peut pas faire le signe de la croix, son bras ne pouvant s'élever à la hauteur de son épaule. Cette faiblesse dans le bras droit remonte à un temps inconnu; quelquefois il dit en souffrir depuis 20 ans et d'autres fois, depuis trois ans. Il n'a pas perdu connaissance à cette occasion, n'a pas fait de convulsions et ne s'est jamais alité. Il est affirmatif lorsqu'il nous explique qu'à la table il renversait les bols portés à sa bouche et que souvent son bras tombait lourdement sur la table; mais il est impossible d'obtenir aucun renseignement sur le mode du début et sur l'évolution. Faute de ces renseignements, il est difficile d'affirmer que cette atrophie musculaire et cette faiblesse ne font pas partie de la maladie actuelle. Voici donc pour les antécédents: une ankylose du coude. Nous ajoutons qu'il n'a jamais fait usage d'alcool

ADENITES AIGUES

FRÉQUENTE et parfois pernicieuse, chez les enfants en particulier, l'adénite se guérit, le plus souvent, sans intervention d'ordre chirurgical. ■ Hyperémie, teinture d'iode, chaleur humide prolongée résument le traitement. ■ L'Antiphlogistine réalise la meilleure thérapeutique à suivre puisqu'elle attire le sang à la surface, et maintient une chaleur humide prolongée, pendant 24 heures environ, avec une seule application. Son action se manifeste très rapidement. ■ Il faut appliquer ce glycéroplasma en couche épaisse et chaude.

**THE DENVER CHEMICAL Mfg Co.,
153 rue Lagauchetière Ouest, Montréal.**

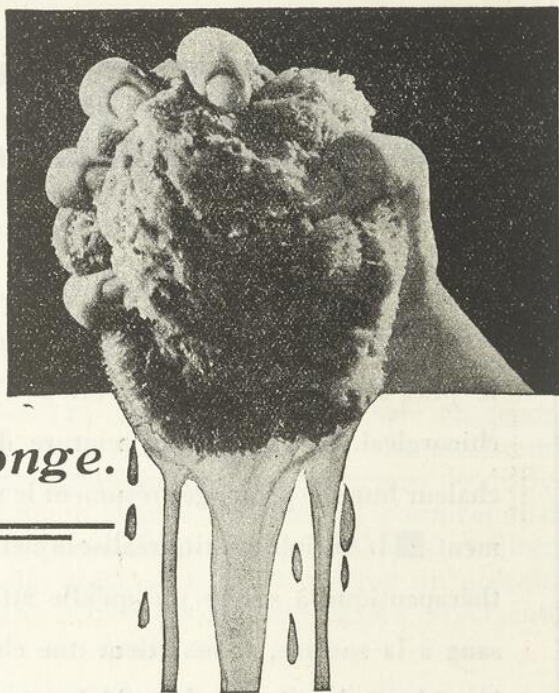
L'Antiphlogistine est fabriquée au Canada.

*Demander
échantillons
et
littérature:*



**R_x
ANTIPHLOGISTINE**

A la
façon de
l'eau que
l'on fait
sortir
d'une éponge.



La plupart des diurétiques agissent directement sur les reins et n'ont qu'une influence limitée sur l'état œdémateux des cellules des tissus.

Salyrgan produit une double action: il fait disparaître l'œdème en drainant les cellules, facilitant ainsi l'entrée des liquides dans la circulation et il stimule aussi l'élimination par les reins. L'effet de Salyrgan se fait sentir rapidement. Fréquemment, l'excrétion urinaire atteint 5000 c.c. par jour.

Salyrgan est donné aux doses de 0.5 à 2 c.c. par les voies intramusculaire et intraveineuse.

SALYRGAN

Non déposé de MERSALYL

Préparé en ampoules de 1 c.c. (boîtes de 5) et de 2 c.c. (boîtes de 10).

Littérature sur demande.

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

907 Elliott St., W., WINDSOR, ONT.

durant ces dernières années de disette et qu'il a eu onze enfants, dont deux seraient morts en bas-âge; et que sa première femme serait morte à 65 ans d'une maladie longue et inconnue.

Le début de la maladie actuelle, remonte a deux mois:

Il fit alors bombance et comme résultat une diarrhée s'établît qui persiste une dizaine de jours. Il continue son travail au froid. Pauvre et mal chauffé, il contracte au même moment un rhino-pharyngite au cours de laquelle il remarque des élancements dans les deux jambes, des fourmillements dans les pieds, un peu d'œdème puis de la faiblesse progressive. Je passerai sous silence ses courses chez des spécialistes avec balances et chez des charlatans malgré que c'est une partie très amusante de son histoire.

C'est moi qui le reçois à la Clinique Roy-Rousseau. Il arrive seul s'aidant d'une canne pour la marche car il trébuche et son équilibre est perturbé par faiblesse plus grande dans le membre inférieur droit. Je prends une heure à débrouiller très imprécisément son histoire. Je le renvoie dans le service avec le diagnostic probable de polynévrite-grippale ou d'encéphalite périphérique.

Examiné de nouveau dans le service, on note:

Démarche titubante.

ROMBERG.

ARGYLL-ROBERTSON.

Douleurs fulgurantes.

Achilléens abolis, donc tabès et on me signifie qu'une ponction lombaire sera pratiquée. Alors j'examine de nouveau le malade. Voici ce que j'ai constaté: démarche hésitante, les pointes des pieds accrochent; il ne peut se maintenir longtemps debout ayant tendance à tomber à droite, que ses yeux soient ouverts ou fermés; donc le signe de Romberg n'existe pas. Sa force musculaire est très diminuée aux quatre membres surtout aux mains et aux pieds, avec prédominance sur les extenseurs. Malgré cette faiblesse musculaire, il peut élever les deux jambes du plan du lit, peut élever le bras gauche à la hauteur de son épaule, ce qui est impossible d'u

côté droit. Il peut s'asseoir sans aide dans son lit mais s'assoit très lourdement sur une chaise: il tombe, et se relève assez difficilement. La force dans les muscles des épaules et du cou est conservée: sa tête est droite et solide. Il ne présente pas de tremblement.

Il y a atrophie musculaire surtout au bras et à l'épaule droits. Les reflexes tendineux rotuliens sont vifs, les achilléens très faibles, les radiaux vifs à l'examen du 31 octobre, 1933. Le 7 novembre, nous les trouvons tous abolis aux membres supérieurs et inférieurs comme actuellement. Il n'y a pas de Babinski.

Les pupilles égales en myosis ne réagissent pas à la lumière, mais à l'accomodation. Il ne présente pas de paralysie extrinsèque de l'œil, ni de paralysie faciale, ni de troubles de la parole, de la déglutition, du goût ou de l'odorat, de la respiration ou du pouls.

Les sphincters sont normaux.- Sensibilité: douleur subjective sous forme d'élançement, d'engourdissement, de fourmillement, douleur excessive à la pression des masses musculaires presque exclusivement aux mollets actuellement. Erreurs dans les perceptions.

La ponction lombaire est pratiquée le malade étant assis. La pression au début est de 42. Après compression des jugulaires elle remonte à 55 et tombe à 33 après avoir soutiré 12cc.

L'examen fait par le docteur C-A. Painchaud donne le résultat suivant:

Albumine 0. gr 28 par litre.

Cytologie 1.4 lymphocytes par mm³.

Réaction de Bordet-Wassermann négative.

Réaction du Benjoin colloïdal à 16 tubes:

00000 - 22210 - 00000-G

Examen du sang:

Azotémie 0. grm 40 par litre.

Glycémie 1.10 par litre.

Réaction de Bordet-Wassermann négative.

Examen des urines :

Albumine : néant.

Sucre : néant.

Urobiline : quantité supérieure à la normale.

La pression artérielle est de 11-6. I.O. : 3 avec l'appareil de Pachon.

En résumé : quadriparésie qui s'est installée sous nos yeux. Le 30 octobre le malade pouvait marcher, se tenir debout, manger difficilement. Du 30 octobre au 17 novembre, la force musculaire diminue graduellement plus dans les membres du côté droit que du côté gauche, il demeure constamment au lit et on le fait manger. Les reflexes tendineux sont tous abolis aux quatre membres lorsque le 30 octobre ils étaient présents et même vifs aux rotuléens et aux radiaux-cubitaux.

Le signe d'Argyll existe sans manifestations syphilitiques dans son histoire ni dans son sang ni dans son liquide céphalo-rachidien. L'atrophie musculaire est bien évidente au membre supérieur droit, sans paralysie véritable, mais plutôt avec une parésie longue à s'installer. Il y a absence de troubles sphinctériens. Il n'a pas d'idées délirantes, et n'aurait jamais eu d'épisodes confusionnels mais des souvenirs flous. Il n'y a pas de troubles visuels dans le genre de la diplopie pas d'amblyopie, de cécité transitoire, pas de tremblement ni de véritable ataxie, pas de température. En présence d'un tel tableau clinique, nous avons porté le diagnostic de polynévrite-grippale. Il est impossible de mettre en évidence des hétéro-intoxications par l'alcool, l'arsenic, le mercure; et il serait oiseux de penser à d'autres intoxications. Quant aux auto-intoxications, on ne trouve aucun symptôme de diabète, d'azotémie. Les infections qui engendrent les polynévrites sont en premier lieu : la diphtérie, mais le patient n'était pas dans un milieu de contagion, n'a pas présenté de paralysie du voile et de plus la polynévrite-diphtérique donne des manifestations paralytiques plutôt à caractères myélitiques, c'est-à-dire que la paralysie est flasque dès le début avec des réflexes abolis plus rapidement, la fièvre typhoïde, la pneumonie, le botulisme, la syphilis et enfin la grippe et chez notre malade, nous n'avons pu déceler à l'exception des troubles intestinaux non proba-

blement typhiques qu'une rhino-pharyngite au cours de laquelle il a toussé, craché et morvé selon son expression.

L'encéphalite à type périphérique, nous l'avons vite éliminée après un questionnaire plus serré: pas de céphalée, ni nausées, ni vertiges, ni diplopie, ni hypersomnie ou insomnie, pas de délire; aucun symptôme donc d'encéphalite. Nous pourrions passer en revue toutes les raisons qui nous justifient d'éliminer les myélites aiguës, poliomyélites, la syphilis (tabès) et le syndrome neuro-anémique, type polynévrite mais le motif de notre communication n'est pas de faire une leçon clinique mais bien de vous signaler la possibilité d'existence d'un Argyll au cours d'une polynévrite sans alcoolisme, sans diphtérie mais que d'origine grippale, tel que vous pouvez le lire dans le livre: **DISEASES OF THE NERVOUS SYSTEM PAR JELLIFE AND WHITE**, 5th edition, 1929.

Nous avons eu une malade, il y a quinze jours, qui est décédée d'une polynévrite éthylique avec syndrome de Landry. Pas d'autopsie.

DALLA FARE ET CHINAGES:

Ces deux auteurs ont fait l'étude histologique des nerfs périphériques d'un malade atteint d'une quadriplégie par polynévrite grippale. Ils n'ont pas trouvé de grosses lésions dégénératives des fibres nerveuses et ils confrontent leurs observations avec celles qui ont été publiées jusqu'ici dans la littérature.

REVUE NEUROLOGIQUE, Page 168, 1930.

(Travail de la Clinique Roy-Rousseau.)

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

Grand choix de Livres Français (Dernières Editions)

Édités par: J. B. BAILLIÈRE & FILS,
G. DOIN & Cie, EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE,
GAUTHIER-VILLARS & Cie, A. LEGRAND,
MASSON & Cie, VIGOT Frères.

En Vente chez:

J. EDDE Ltée Edifice New Birks, MONTREAL.

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

2 comprimés
par jour

Aucun
Régime



ALEPSAL

PHÉNYLÉTHYLMALONYLURÉE combinée
Communication à la Société Médico Psychologique
Paris, Août 1921.

Laborat. A. GÉNÉVRIER, 33, Bd du Château, Nouilly, Paris

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

"Frosst"

KONDREMUL

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



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

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

- EN BOUTEILLES DE 16 ONCES -

Charles E. Frosst & Co.

MONTREAL

CANADA.