

VOL. 2

No 7

SEPTEMBRE 1937

PER
L-38

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

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

EDIFICE PRICE

REPRÉSENTANTS VILLE DE QUÉBEC

TÉL. 2-4051-2

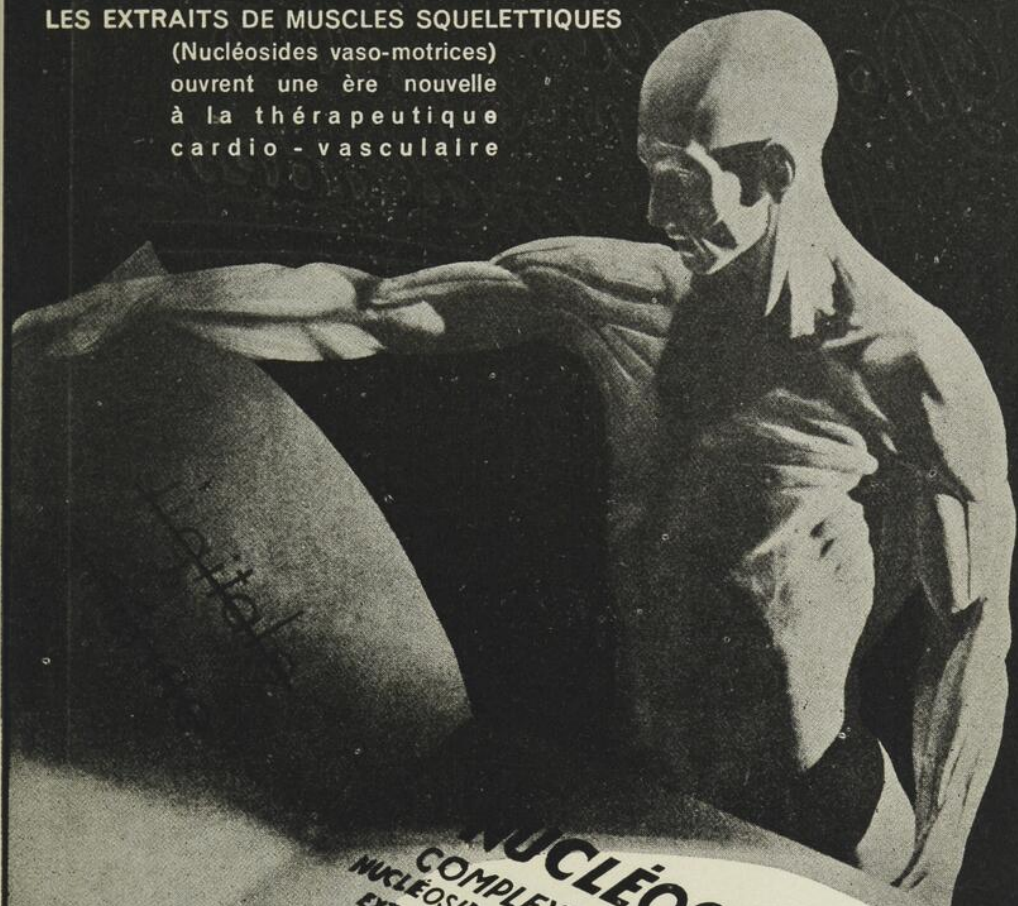
HENRI LALIBERTÉ, B.A.
GUY GAUVREAU
G.-J. ERNEST CÔTÉ
HENRI LAPOINTE

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

GUY PAQUET, B.S.D.
ARMAND LAJEUNESSE
ROLLAND CÔTÉ
ADÉLARD CÔTÉ
RIVIÈRE-DU-LOUP
PAUL THIBAUT, GÉRANT

LES EXTRAITS DE MUSCLES SQUELETTIQUES

(Nucléosides vaso-motrices)
ouvrent une ère nouvelle
à la thérapeutique
cardio - vasculaire



NUCLÉOCARDYL
COMPLEXE TONI-CARDIAQUE
NUCLÉOSIDES VASO-MOTRICES-CHLOROPHYLLE
EXTRAITS DE CŒUR-CHLORURE DE CALCIUM
HYPOTENSEUR-RÉGULATEUR
SPÉCIFIQUE DES ÉTATS ANGINEUX
MÉDICATION D'ENTRETIEN
DES CARDIAQUES
2,4 ou 6 comprimés
par jour

NUCLÉOCARDYL

Dépositaire général pour le Canada:
L'ANGLO-FRENCH DRUG CIE,

354, rue Ste-Catherine Est - - - Montréal.

Docteur, pour vos petits malades...



HEMOSTERINE IRRADIÉE

COMPOSITION : VITAMINE D. 12,000 unités standard internationales.

Hématies (extrait désalbuminé).....	8 gm.
Thymus (correspondant en organes frais a).....	20 gm.
Surrénales (correspondant en organe frais a).....	4 gm.
Chlorure de Calcium.....	0.4 gm.
Glycérophosphate de Fer.....	0.2 gm.
Excipient Q. S. P.	150 cc.

POSOLOGIE : Adultes : 3 cuillerées à dessert par 24 heures.
 Enfants : 1 à 3 cuillerées à café par 24 heures.

Littérature et échantillons sur demande à :
 L'ANGLO-FRENCH DRUG CIE, MONTREAL.

Chez l'adulte.
une heure avant le coucher,
la prise d'un ou deux comprimés de

SONERYL

(Butyl-éthyl-malonylurée)

suivie d'une infusion chaude,
permet un sommeil

calme, réparateur,
assure un
réveil euphorique.

Le SONERYL est présenté
en tubes de 20 comprimés dosés à 0 gr. 10
de produit actif par comprimé.

Laboratoires Poulenc Frères
du Canada, Limitée

350, rue Le Moyne

-

-

Montréal

RÉFRIGÉRATION

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.

AIR CONDITIONNÉ

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 MÉDICAL, Faculté de Médecine, Université Laval, Québec.— **Administrateurs :** MM. les Docteurs J.-R. Gingras et 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 7

(Septembre 1937)

MÉMOIRES ORIGINAUX

Sylvio CARON — Neuromyéélite optique, benjoin colloïdal subpositif, lymphocytose marquée dans le liquide céphalo-rachidien.....	193
Renand LEMIEUX, Sylvio LEBLOND et Honoré NADEAU — Du traitement des myopathies et des myasthénies. A propos de deux cas.....	202
Mathieu SAMSON et G.-H. LARUE — Considérations sur l'entérite chronique cicatricielle à l'occasion d'une observation anatomo-clinique d'iléite terminale	212
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	221



TRASENTINE "CIBA"

(Chlorhydrate hydrosoluble de l'ester diéthylaminoéthylque 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 gm. (1 dragée = 1 ampoule)

Compagnie CIBA Limitée

MONTRÉAL

LAVAL MÉDICAL

VOL. 2

N° 7

SEPTEMBRE 1937

MÉMOIRES ORIGINAUX

NEUROMYÉLITE OPTIQUE, BENJOIN COLLOIDAL SUB- POSITIF, LYMPHOCYTOSE MARQUÉE DANS LE LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

par

Sylvio CARON

Chef du Service médical à la Clinique Roy-Rousseau

Une des fins de la Société Médicale des Hôpitaux Universitaires de Québec étant l'enseignement clinique pour la profession médicale régionale, je me permettrai pour une seconde fois, pendant cette année universitaire, de discuter devant vous le diagnostic étiologique d'un syndrome neurologique, tout en vous rappelant la symptomatologie propre à cette maladie.

Monsieur E. L. . . , âgé de 51 ans, est admis à la Clinique Roy-Rousseau le 8 janvier 1937, envoyé par un hôpital de la ville avec le diagnostic « Sclérose en plaques ».

Voici son histoire : Il ne travaille pas depuis deux ans, ne se sentant pas bien. Sa famille et lui-même ne peuvent davantage préciser son malaise.

Les précisions datent d'un an : céphalée intermittente, intense, sus-orbitaire, accompagnée de nausées ; pas de vomissements.

En mars 1936, hémiplégie gauche directe et proportionnelle, à début apoplectiforme ; régression de celle-ci dans quelques jours. Persistance de la céphalée durant 3 mois, puis cessation de cette céphalée, mais apparition d'une douleur, type radiculaire, dans le domaine du sciatique droit avec dysurie et pollakiurie.

A l'hôpital où il fut hospitalisé trois mois avant de nous être transféré à la Clinique, il a subi trois ponctions lombaires dont voici les dates et les résultats :

22 sept. 1936 :	Albumine	3 gr. pour mille
	Chlorures	7 gr. 02
	Glycorachie	0 gr. 42
	Cytologie	116 éléments
7 oct. 1936 :	Albumine	1 gr. 80 pour mille
	NaCl	6 gr. 96
	Cytologie	103 éléments
19 nov. 1936 :	Albumine	1 gr. 60 pour mille
	Glycorachie	0 gr. 45
	Urée	0 gr. 35
	NaCl	7 gr. 19
	Cytologie	60 éléments
	Benjoin colloïdal	$\frac{1}{2}$ 2222, 22222, 22100.0

Un examen du fond de l'œil n'indique ni stase ni œdème, mais un rétrécissement concentrique du champ visuel. On note de plus un nystagmus inconstant dans son rythme, un nystagmus s'épuisant.

Quinze jours avant son admission à la Clinique, donc vers la fin de décembre 1936, apparurent des troubles oculaires, une baisse de la vue de l'œil droit (brouillard), puis de l'œil gauche. Enfin des troubles psychiques : mémoire et orientation défectueuses.

A l'arrivée du malade dans notre service, nous décelons :

1° Cécité bilatérale et transitoire, celle-ci devient stable et permanente quelques semaines plus tard.

2° Hémiparésie gauche avec hyperréflexivité tendineuse, tendance au clonus du pied et de la rotule, et réflexe cutané plantaire en extension d'une



BISMUTH TULASNE

PANSEMENT GASTRO-INTESTINAL

Toutes les propriétés du sous-nitrate de bismuth avec la garantie d'une innocuité absolue

Un sachet dans un verre d'eau le matin à jeun

BOÎTE DE 10 SACHETS ET DE 30 SACHETS



LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS:

**SOCIÉTÉ D'EXPANSION
PHARMACEUTIQUE**
917, RUE CHARRIER • 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

façon intermittente : ébauche du réflexe à certains jours, indifférence à certains autres, et souvent le réflexe se fait en flexion ; la face tire légèrement à gauche ; la pupille gauche est plus grande que la droite et elle réagit plus paresseusement à la lumière que cette dernière. Le réflexe du voile à peine ébauché, le nauséux est présent, la langue n'est pas déviée ni tremblante, le patient avale facilement les solides et les liquides, sa parole est lente et hésitante, pas de nystagmus.

3° Névralgie sciatique droite, irradiation dans l'aîne et dans la partie interne de la cuisse droite, ténésme rectal, dysurie, pollakiurie, sans attitude antalgique.

4° Troubles psychiques : orientation souvent inexacte dans le temps et le lieu, l'espace ; attention spontanée souvent inexistante.

Malgré les troubles de l'attention, un examen des sensibilités fut pratiqué, dénotant quelques retards dans la discrimination des sensibilités profondes. La station debout est instable, mais nous ferons remarquer que le patient n'avait pas quitté le lit depuis 3 mois. Aucun tremblement intentionnel et au repos.

Tension artérielle, 140-90.

Examen d'urine, le 8 janv. 1937.

Réaction : acide. Densité : 1015.

Albumine : lég. traces. Sucre : néant.

Examen microscopique : quelques leucocytes désagrégés, rares cellules rénales.

Examen du sang, le 12 janvier 1937.

Réaction de Bordet-Wassermann : négative, (sérum chauffé et non chauffé).

Glycémie : 0 gr. 92 par litre.

Azotémie : 0 gr. 38 par litre.

Liquide céphalo-rachidien, le 12 janvier 1937.

Tension position assise : 58 au début, 48 à la fin.

Montée et descente rapide de l'aiguille du manomètre au cours de l'épreuve de Queckenstedt.

Albumine : 5 gr. 20 par litre.

Cytologie : 74 éléments par mm³.

Réaction de Bordet-Wassermann : négative.

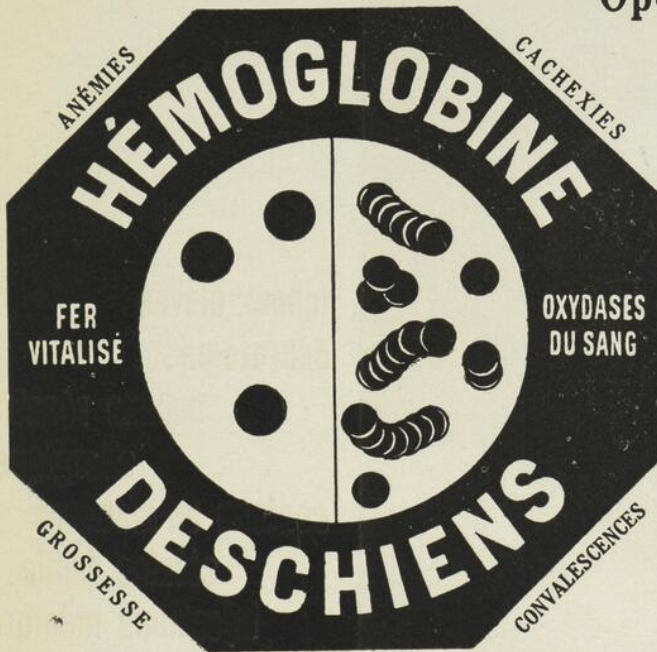
Benjoin colloïdal : (16 tubes), 1/2 1222.00002.22100.0.

Ce syndrome neurologique avec son début lent, progressif, simulant une hypertension intra-cranienne, (céphalée, nausées), l'hémiplégie flasque et fugace, la cécité constituée plus tardivement, l'examen du liquide céphalo-rachidien, donnant une formule à dissociation albumino-cytologique sans hypertension avec des réactions négatives à la syphilis et dans le sang et le liquide, un Benjoin colloïdal positif dans la zone syphilitique, nous firent penser à la présence d'une tumeur cérébrale, car il existe plusieurs exemples dans la littérature médicale de formules du liquide céphalo-rachidien à type pseudo-paralytique général, au cours de l'évolution d'une tumeur cérébrale.

Voici ce que Riser écrit dans son volume *Le liquide céphalo-rachidien*, page 233, au sujet des réactions colloïdales ¹ :

« Mais par contre les réactions colloïdales, quelles qu'elles soient, ne sont nullement spécifiques de la syphilis même quand la floculation est rapide et complète ; elles le sont même beaucoup moins que la réaction de Wassermann ; la précipitation du colloïde dans la zone syphilitique s'observe dans une foule d'affections : tumeurs cérébrales ou médullaires, cysticerose du névraxe, poliomyélite, zona à la phase aiguë, sclérose en plaques, méningites purulentes, tuberculeuses ou non, réactions méningées aseptiques provoquées ou spontanées aussitôt que le taux de l'albumine dépasse 4 grammes pour 1.000. Avec Aubertot et Peres, j'ai étudié à ce point de vue plus de 30 liquides de méningites aseptiques provoquées par les injections d'air, de P. S. P., de sérum et nous avons régulièrement constaté le fait précédent ; d'ailleurs, la précipitation intense de la suspension colloïde des cinq premiers tubes s'atténuait au bout de 4 heures, puis disparaissait dès que l'albuminose n'était plus que de 2 grammes. On a établi des courbes de précipitation spéciale du type paralysie générale, méningitique purulent, tuberculeux, syphilitique, en étudiant la précipitation du benjoin dans les 10 ou 15 premiers tubes ; en réalité ce sont des distinctions qui sont parfois un peu subtiles. En pratique, un fait demeure : les réactions colloïdales ne permettent absolument pas de remplacer la réaction de Bordet-Wassermann ; elles sont cependant très précieuses, principalement en dehors des états fébriles et des réactions méningées avec grosse hyperalbuminose dépassant 4 grammes : elles demeurent avant tout des réactions d'inflammation encéphalo-méningée, elles corroborent la réaction Wassermann, et dans les cas de syphilis elles donnent des indications précieuses concernant l'évolution de la maladie. On voit

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.

PRODUITS OPOTHÉRAPIQUE "CHOAY"

NOMENCLATURE ABRÉGÉE
OPOTHÉRAPIE SIMPLE

Ovaire	Foie	Parathyroïde	Testicule
Moelle osseuse	Estomac	Rate	Thymus
Mamelle	Corps Jaune	Rein	Thyroïde
Hypophyse	Bile	Surrenale	Autres organes...
Folliculine	Pancréas		

OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE (SYNCRINES)

No 1	Pluriglandulaire féminine	No 6	Hypophyso-Orchitique
No 1 bis	Pluriglandulaire masculine	No 6 bis	Hypophyso-Ovariennne
No 2	Surréno-Hypophysaire	No 7	Thyro-Hypophyso-Ovariennne
No 2 bis	Thyro-Hypophysaire	No 7 bis	Thyro-Hypophyso-Orchitique
No 3	Thyro-Surréno-Hypophysaire	No 8	Pluriglandulaire digestive (Peptosthénine)
No 3 bis	Thyro-Surréno-Ovariennne	No 9	Surréno-Hypophyso-Ovariennne
No 3 ter	Thyro-Surréno Orchitique	No 9 bis	Surréno-Hypophyso-Orchitique
No 4	Thyro-Ovariennne	No 10	Placento-Mammaire
No 4 bis	Surréno-Ovariennne	No 11	Ovaro-Mammaire
No 5	Thyro-Orchitique	No 12	Spléno-Médullaire
No 5 bis	Surréno-Orchitique		

Formes pharmaceutiques: Comprimés et ampoules injectables.

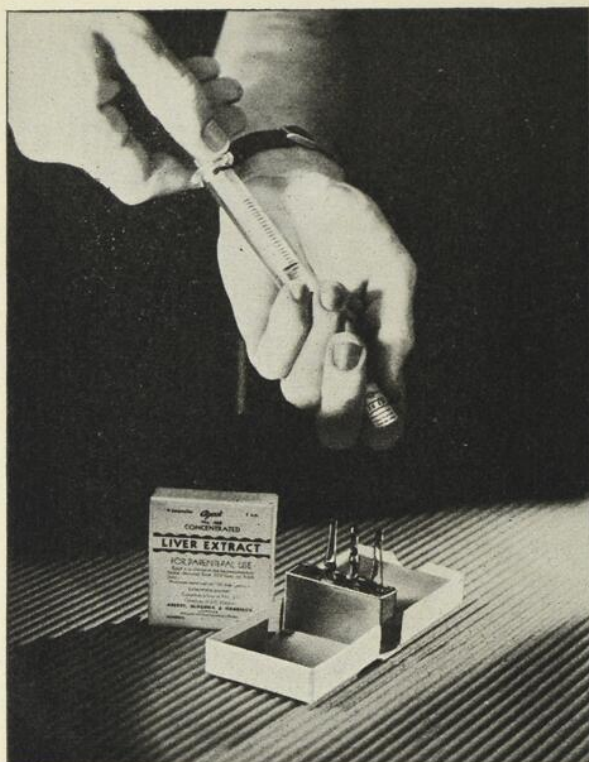
LABORATOIRES E. CHOAY, 48, RUE THÉOPHILE-GAUTIER, PARIS, FRANCE

Agents exclusifs pour le Canada: HERDT & CHARTON, INC.,

TORONTO

MONTREAL

WINNIPEG



teneur élevée
déprotéiné...

aucune réaction
allergique

contenu en matières
solides faible...
injections indolores

EXTRAIT DE FOIE CONCENTRÉ *Ayerst*

Par voie parentérale

Nous présentons aux membres du corps médical l'Extrait de Foie Concentré Ayerst pour usage intramusculaire (ou intraveineux) et nous croyons sincèrement que cet extrait constitue la forme la plus purifiée que les procédés de fabrication modernes puissent produire.

Cet extrait de foie ne provoque aucune réaction allergique, car il est déprotéiné et sa faible teneur en matières solides (10 milligrammes dans chaque cc.) permet des injections indolores.

L'Extrait de Foie Concentré Ayerst (par voie parentérale) est fabriqué d'après un procédé spécial d'adsorption et de lavage qui élimine tous les dangers d'un fractionnement chimique complexe et donne un produit d'une grande pureté. Chaque quantité d'extrait fabriquée est soumise à un essai clinique avant d'être mise sur le marché.

Chaque cc. renferme l'activité hématopoïétique provenant de 100 grammes de foie frais.

En boîtes de quatre ampoules d'un cc.

AYERST, McKENNA & HARRISON, Limitée

Biologistes et Pharmaciens

MONTREAL

CANADA

donc tout leur intérêt. En pratique, la réaction de Guillain, Laroche et Lechelle est parmi les meilleures, et de beaucoup, par sa facilité d'exécution, la netteté et la constance de ses résultats. »

Une encéphalographie pratiquée avec 100 c.c. d'oxygène dessine des ventricules sensiblement normaux. L'amputation des deux cornes occipitales n'ayant pratiquement aucune signification pathologique, nous pouvons affirmer l'inexistence d'aucune image de tumeur dans les zones frontales, pariétales qui aurait expliqué le syndrome de l'hémiplégie flasque transitoire et l'existence actuelle d'une hémiparésie spasmodique gauche.

L'examen du liquide céphalo-rachidien à l'occasion d'encéphalographie, a donné les résultats suivants :

Tension 55-68-55. Liquide légèrement trouble.

Albumines totales : 4 gr. 20 par litre.

Cytologie : 208,8 éléments par mm³, (lymphocytose presque pure)

Benjoin colloïdal : $\frac{1}{2}$ 2222, 22222, 22100.0.

Bactériologie : Examen direct négatif. B. K. : négatif.

Urée : 0 gr. 48 par litre. Chlorures : 6 gr. 44 par litre.

Nota : Une culture sur Lowenstein a été pratiquée avec le liquide de la ponction précédente et n'a rien donné encore jusqu'à ce jour, le 1 avril 1937.

Cette encéphalographie négative a provoqué un état d'hypersomnie et une parésie faciale gauche, type central. Comme d'une part ce moyen d'investigation, d'une signification spécifique, n'indiquait aucune déformation des ventricules, aucun blocage ventriculaire, et d'autre part, comme il existait une lymphocytose marquée du L.C. R., sans hyperthermie, sans hyperleucocytose sanguine, sans syphilis, sans microbe, avec culture négative sur Lowenstein, nous avons émis l'hypothèse d'une infection non suppurée du système nerveux central, telle la sclérose en plaques amaurotique et la neuro-myélite optique.

Je me permettrai de vous donner les conclusions d'un travail paru dans la *Revue Neurologique*, en décembre 1934², qui vous rappelleront les signes cliniques de la neuro-myélite optique, maladie autonome pour les uns et syndrome pour les autres.

Je ne vous rappellerai pas la symptomatologie connue de la sclérose en plaques caractérisée par des troubles pyramidaux et cérébelleux, le nystagmus, l'absence de papillite et de névrite congestive, la présence de névrite rétro-

bulbaire, l'abolition des réflexes cutanés abdominaux et vélo-palatin que quelques auteurs reconnaissent comme pathognomoniques.

Citation de Cestan :

« Depuis 1894, date à laquelle Devic tenta d'identifier la neuromyéélite optique, les observations se sont accumulées. Elles sont à l'heure actuelle au nombre d'une centaine, mais beaucoup d'entre elles ne comportent pas d'examen très approfondis permettant de préciser les points les plus importants. Le travail d'ensemble français le plus récent est la thèse de Michaux, élève de Guillain ; avec son maître il a tenté d'individualiser anatomiquement la maladie de Devic qu'il sépare nettement de la syphilis, de la sclérose en plaques et qui deviendrait une variété particulière d'encéphalomyélite aiguë ou subaiguë primitive, non suppurée. »

Cette hypothèse de travail est acceptée par Marinesco et ses collaborateurs, Milian, Lhermitte, Schæffer et Horowitz qui ont publié, depuis 1930, des protocoles anatomo-cliniques très précieux.

Exposons rapidement la position du problème.

Il existe un certain nombre d'encéphalomyélites aiguës et subaiguës primitives, nettement évolutives, atteignant souvent les quatre membres, accompagnées d'une névrite optique bilatérale ; leur nature infectieuse est tout à fait probable ; il faut les séparer de la syphilis, de la sclérose en plaques, des myélites nécrotiques subaiguës et aiguës.

Cliniquement, les modes de début sont variables suivant la présence des troubles oculaires ou médullaires, qui, d'ailleurs, peuvent être simultanés.

Les signes ophtalmologiques varient suivant qu'il s'agit d'une papillite hyperhémique, névrite œdémateuse, névrite rétrobulbaire, atrophie post-névritique, qui peuvent d'ailleurs, se succéder ; à une névrite rétrobulbaire peut succéder une papillite par exemple. Les douleurs oculaires sont des plus fréquentes. L'évolution par poussées est de règle, améliorant ou abaissant l'acuité visuelle tour à tour.

Dans la majorité des cas on observe une myélite accentuée, de type très variable, évoluant soit vers la spasmodicité, soit vers la flaccidité ; les quadriplégies ne sont pas rares. Les troubles sphinctériens sont de règle ; peu de malades souffrent beaucoup, malgré la fréquence de serremments et de crampes ; dysesthésies variables ; naturellement les troubles objectifs et de



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.

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**CAMP**

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

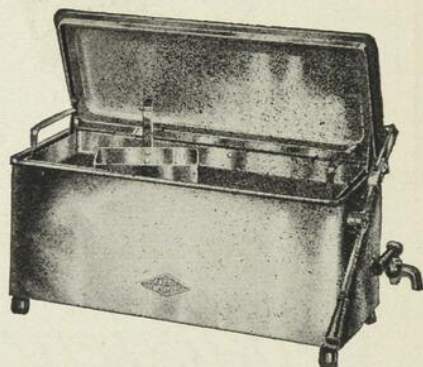
TÉLÉPHONE

Dim. et fêtes

2-2617

8141

3-2385



la sensibilité sont importants. Autant les troubles cérébelleux sont peu accentués et rares, autant la myélite ascendante terminale est fréquente.

En général, on parle peu des troubles encéphaliques; ils ne sont pourtant pas très rares : crises tétanoïdes sous-corticales (cas Guillain), hémiplégie sous-corticale (cas Marinesco), troubles psychiques par encéphalite diffuse dans notre cas. L'observation de Van Gehuchten et Gaudissard est remarquable en ce que le tableau du début fut celui d'une polynévrite avec atrophie. R. D... douleurs à la pression des muscles, précédant de quelques mois les signes oculaires.

Au début de la maladie, l'hyperthermie ne manque guère. Le liquide céphalo-rachidien est plus ou moins modifié, mais la réaction de B.-W. est constamment négative.

L'évolution de la maladie se fait actuellement par poussées assez brutales dans un sens puis dans l'autre ; elle est toujours dissociée pour ce qui est des troubles oculaires et de l'encéphalomyélite. Un peu plus d'un tiers des malades guérissent complètement, sans séquelles, en quelques semaines ou plusieurs années. Les cas mortels sont suraigus (7 jours) aigus ou subaigus (8 à 12 mois).

En définitive, au point de vue clinique, rien ne donne à la maladie un cachet spécial si ce n'est, nous le répétons, l'absence de grands symptômes cliniques et humoraux caractéristiques des formes types de la syphilis, de la sclérose multiple, etc...

L'étude du liquide céphalo-rachidien n'a rien de spécifique. Dans quelques cas l'examen du liquide est entièrement négatif, dans quelques autres cas, la couleur était ombrée, liquide opalescent. (Cas de J. Dechaume.)

La tension, mesurée au manomètre de Claude, donne des chiffres variant en position assise de 33 à 80.

L'albuminorachie de 0 gr. 29 à 2 grammes, la réaction de Pandy a été trouvée positive, la cytologie de 0.8 à 400 cellules par millimètre cube, la dissociation albuminocytologique a été signalée, la réaction de Bordet-Wassermann fut négative dans toutes les observations, la réaction du Benjoin colloïdal de même³.

Il semble bien, d'après certains auteurs que les réactions colloïdales subpositives dans la sclérose en plaques soient négatives dans la neuropticomylite.

Ces notions vous expliquent la difficulté d'interprétation de certains cas d'ophtalmo-neuromyéélite et de sclérose en plaques, et qu'il n'est pas toujours aisé de faire le diagnostic différentiel entre ces deux maladies, du moins à une certaine période évolutive. Mais comme le dit G. Marinesco dans la *Revue Neurologique*, août 1930, cette difficulté d'interprétation se rencontre même dans l'étude histo-pathologique ⁴ :

« En effet, la sclérose multiple se traduit par la présence de plaques de démyélinisation disséminées dans la moelle ou même dans tout l'axe nerveux central, avec des lésions inflammatoires périvasculaires. Dans l'ophtalmo-neuromyéélite en général, on ne trouve pas de plaques de sclérose taillées à l'emporte-pièce, mais des foyers de nécrose intéressant tous les éléments à la fois comme dans notre cas, celui de Guillain et celui de Beck. Parfois, comme dans notre cas et celui de Guillain, l'inflammation peut manquer ou être très discrète.

Ces faits nous expliquent la difficulté d'interprétation de certains cas d'ophtalmo-neuromyéélite, de sclérose en plaques ou de maladie de Schilder. »

Notre malade a présenté, au début, une symptomatologie caractérisée par : céphalée, nausées, douleurs sus-orbitaires, sur lesquelles Léon Michaud attire l'attention dans sa thèse, *La Neuromyéélite optique aiguë*, comme symptômes fréquents de la neuromyéélite optique à début oculaire. Ce mode de début, nous l'avons interprété comme signe d'hypertension intra-cranienne. Dans les cas publiés par Michaux, l'intervalle entre la douleur sus-orbitaire et l'apparition des troubles oculaires, n'est pas d'un an comme dans notre cas. L'hémiplégie directe et proportionnelle est très rare ; dans la majorité des cas les troubles neurologiques sont d'origine médullaire, la maladie de Devic se caractérisant surtout par des troubles médullaires et oculaires.

Les réactions du Benjoin colloïdal ont été dans les cas étudiés, négatives pour la neuromyéélite optique alors qu'elles ont été sub-positives dans la sclérose en plaques. Hypercytose légère dans la sclérose en plaques, hypercytose élevée fut rencontrée dans quelques cas de neuromyéélite optique. Elle est légère dans la plupart des cas.

EN RÉSUMÉ, le syndrome neurologique de notre malade : cécité bilatérale, hémiparésie gauche spasmodique, radiculomyéélite caractérisée par névralgie sciatique avec troubles urinaires, etc., troubles psychiques, hypercytose élevée dans le L. C. R., hyperalbuminorachie de 1 gr. 60 à 5 gr. 20,

METHODE DE WHIPPLE

HEPATHERMO

DESCHIENS



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

**SYNDROMES
ANÉMIQUES**

DESCHIENS, 9, RUE PAUL BAUDRY - PARIS (VIII^e)
REPRÉSENTANT - ROUGIER, 296, RUE LEMOINE, MONTRÉAL (CANADA)

POMMADE MIDY

SUPPOSITOIRES MIDY

EPINEPHRINE
STOVAINE
ANESTHÉSINE
EX¹ DE MARRONS
D'INDE FRAIS STABILISÉ



4
PRINCIPES
ACTIFS

HÉMORROÏDES

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

“LABORATOIRES MIDY”, 67 Avenue de Wagram, Paris.
J. EDDE, Limitée, Agent Général pour le 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.

**MÉDICATION ANTIANAPHYLACTIQUE
POLYVALENTE**

PEPTONES de VIANDE
ET DE POISSON
EXTRAITS D'ŒUFS
ET DE LAIT
FARINE DE BLÉ
DANS L'ENROBAGE

URTICAIRÉS · PRURIGO · INFANTILE · MIGRAINES ·
DRAGÉES INALTERABLES
GRANULÉS
PEPTALMINE
4
PEPTO-ALBUMINES
et
FARINE DE BLÉ
dans
l'enrobage
TROUBLES DIGESTIFS · STROPHULUS · ECZÉMAS

POSOLOGIE
2 DRAGÉES 5^{OU}
2 CUILL. A CAFÉ
DE GRANULÉS
UNE HEURE AVANT
CHACUN DES 3 REPAS

PEPTONES de VIANDE
ET DE POISSON
EXTRAITS D'ŒUFS
ET DE LAIT
FARINE DE BLÉ
SULFATE de MAGNÉSIE

CONGESTIONS DU FOIE · INSUFFISANCE HÉPATIQUE ·
en
Granulés
**PEPTALMINE
MAGNÉSIEE**
4 PEPTO-ALBUMINES
et Sulfate de Magnésie
COLITES · TROUBLES HEPATO-BILIAIRES · MIGRAINES

POSOLOGIE
2 CUILL. A CAFÉ
DE GRANULÉS
OU 4 DRAGÉES
UNE HEURE AVANT
CHACUN DES 3 REPAS

CHOLAGOGUE

Laboratoire des Produits Scientia D'E Perroudin, Dn^{co} de l'Ex^{co} 21 rue Chaptal, Paris (IX^{me})

B.-W. négatif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Ce syndrome, dis-je, est plus caractéristique de la neuromyérite optique que de la sclérose en plaques, à cause de l'absence des signes de la série cérébelleuse. Absence de tremblement intentionnel, de nystagmus, et présence des réflexes cutanés abdominaux et vélo-palatin.

Notre observation diffère de celles que mes lectures m'ont fait connaître, par des réactions colloïdales positives.

Comme les deux affections sont l'expression d'une infection non supprimée des centres nerveux et comme le diagnostic est du ressort surtout des études anatomo-pathologiques, nous vous ferons part de nos constatations histopathologiques puisque l'évolution de la maladie nous porte à croire que le patient ne tombera pas dans la série des heureux, c'est-à-dire dans le tiers des malades guérissant complètement.

Si notre présentation a réussi à rafraîchir votre mémoire sur ces deux affections neurologiques, si elle vous a fait comprendre la difficulté des diagnostics cliniques en neurologie, nous aurons cru avoir été utile par la présentation de notre malade.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 — RISER. Le liquide céphalo-rachidien. Physiologie et exploration du système ventriculo-méningé. Page 233, 1929.
 - 2 — CESTAN, RISER et PLANQUES. De la neuromyérite optique. *Rev. Neur.*, tome 2, n° 6, déc. 1934.
 - 3 — MICHAUX, LÉON. La neuromyérite optique aiguë. Étude du liquide céphalo-rachidien. Page 130, 1930.
 - 4 — MARINESCO, G., GRAGESNESCO, STATE, SAGER, O., et GRIGORESCO, D. Sur une forme particulière anatomo-clinique d'ophtalmo-neuromyérite. *Rev. Neur.*, tome 2, n° 2, août 1930.
 - 5 — RIMBAUD, L. Précis de Neurologie. 1933.
-

DU TRAITEMENT DES MYOPATHIES ET DES MYASTHÉNIES

À PROPOS DE DEUX CAS

par

Renaud LEMIEUX

Chef de service à l'Hôpital du St-Sacrement

Sylvio LEBLOND

Chef de clinique à l'Hôpital du St-Sacrement

Honoré NADEAU

Assistant à l'Hôpital du St-Sacrement

Ces deux affections bien différentes au point de vue manifestations et évolution ont pourtant un même substratum anatomique : le muscle.

La myopathie progressive primitive, ou dystrophie musculaire primitive, groupe depuis Erb (1884), des affections intéressant le tissu musculaire strié, considérées avant lui comme des maladies différentes et qui ne sont, en réalité, que des formes d'un même syndrome.

La paralysie pseudo-hypertrophique ou myosclérosique avait été décrite par Duchenne de Boulogne, en 1853, trois ans après le manifeste d'Aran sur les myopathies.

Peu après sont nées les myopathies type Lœden-Mœbius, type de Zimmerlin, type Landouzy-Déjerine et le type juvénile d'Erb. La pathogénie de cette maladie familiale, progressive, apparaissant de préférence dans le

P Y O C O L I N E

Y
O
C
O
L
I
N
E

- 1. Entrave la pullulation du colibacille.**
- 2. Réalise l'antiseptie intestinale, hépatique, urinaire.**
- 3. Assure la diurèse.**

*par l'association du chlorure d'Ammonium,
du Chlorydrate d'Ortho-oxyquinoléine et de
la Terpène.*

indiquée dans :

*Pyélites, pyélonéphrites, cystites, colibacil-
luries, lithiases oxaluriques et phosphaturi-
ques, cholécystites, toxémies colibacillaires,
traitements post-opératoires, cystite des
prostatiques, etc.*

LABORATOIRES SAVOIRE,
VENDOME, FRANCE.

*Echantillons
et littérature*

**IMPORTATIONS
EUROPEENNES
LIMITÉE**

**637, CRAIG OUEST
MONTREAL**

**Téléphone
LAncaster 0315**

SÉDATIF - HYPNOTIQUE - ANTISPASMODIQUE

NEURINASE

UN EXCELLENT SOMMEIL AUX PLUS FAIBLES DOSES

Sans accoutumance.

Sans effets toxiques, ni pénibles.

Laboratoire A. GÉNÉVRIER, 2, Rue du Débarcadère - PARIS

A base de
Valériane fraîche
et de
Véronal soluble

(0gr.15 par cuillerée à café)

Odeur et saveur agréables

Dose :

1/2 à 4 cuillerées à café
en 24 heures.

ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

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

UROPAZINE

ÉLIMINE L'ACIDE URIQUE



Pipérazine
Héxaméthylentétramine
Soufre colloïdal
Formiate de lithine
Goutte, rhumatisme, sciatique

Une cuillerée à thé 2 à 4 fois par jour dans un demi-verre
d'eau tiède, selon l'avis du médecin.

BOUTELLES DE 150 et 270 GRAMMES

LABORATOIRE SPARTOL
PARIS, FRANCE

HERDT & CHARTON INC.
2027, Ave McGill College, Montréal, Canada

jeune âge, est restée longtemps fort obscure. Un point seul restait acquis : la moelle et le système nerveux central n'étaient pas touchés.

En 1913, au XVII^e Congrès de Médecine Internationale, à Londres, Oppenheim avait émis l'idée que peut-être l'étude chimique du muscle et de ses manifestations vitales fournirait des renseignements étiologiques et pathogéniques importants. En 1925, Bradshaw reprend cette idée et l'amplifie. En 1929, Brand, Harris, Sandberg et Ringer mettent à point l'étude du métabolisme de la créatine qui siège en grande partie dans le muscle. La créatine joue un rôle de premier ordre dans le tonus et la nutrition des muscles où on la retrouve à l'état d'acide phospho-créatinique ou phosphagène.

La créatine s'élimine par les urines sous forme de créatinine au taux de 1 à 2 grammes par 24 heures. Ce métabolisme de la créatine n'est pas facilement influençable. Les recherches poussées ont démontré que le jeûne complet ou inversement l'ingestion de grandes quantités de créatine n'influençaient pas ou presque pas la créatininurie. De petites quantités de créatine absorbées en excès passent dans les urines et la créatininurie reste au même taux. Cependant, si on donne au sujet du glyocolle, ou une substance riche en glyocolle, comme la gélatine, la créatininurie s'exagère, ce qui a fait croire aux expérimentateurs que la créatine était un produit de synthèse formé aux dépens du glyocolle. Or, au cours de toutes les myodystrophies on constate une diminution de la créatininurie et l'apparition de la créatine dans les urines. Le glyocolle augmente la créatininurie en ramenant à des chiffres à peu près normaux l'excrétion de la créatinine.

Tout se passe comme si le muscle malade avait perdu son pouvoir de fixation et de transformation de la créatine. Le glyocolle à doses modérées lui restitue la capacité de transformer la créatine mais il faut des doses très fortes pour lui permettre de la fixer.

Toutes ces notions ont été bien établies d'abord par Levene et Kristeller, en 1909, puis Brand, Harris, etc., en 1925, et surtout par Thomas, Milhorat et Techner, en 1932, qui, les premiers, tentèrent cette thérapeutique physiologique au glyocolle.

La MYASTHÉNIE GRAVE pseudo-paralytique ou syndrome de Erb-Goldflam, ne s'accompagne pas d'atrophie ni de pseudo-hypertrophie. C'est une perte de la force musculaire progressive et rapide, s'attaquant à des groupes musculaires successifs et pouvant finalement atteindre tous les muscles rouges.

Le ptosis est un des premiers symptômes qui attirent l'attention du malade et de son entourage. Souvent il existe de la diplopie et du strabisme par paralysie du moteur oculaire externe. La paralysie faciale donne au facies un aspect pleurard. Puis les muscles des membres se prennent, le malade échappe l'objet qu'il vient de saisir ou encore ne peut le soulever s'il est quelque peu lourd. Bientôt les muscles de la nuque ne peuvent plus supporter la tête, et les membres inférieurs se refusent à supporter le corps. Le myasthénique doit s'aliter.

La voix se modifie, la déglutition devient difficile et, si les muscles respiratoires participent au processus, le malade meurt par asphyxie. Il n'y a pas paralysie à proprement parler mais une asthénie intense qui s'exagère par l'exercice et s'atténue par le repos.

Ici encore, malgré la systématisation des localisations du début qui pouvait faire croire à une atteinte des noyaux bulbaires ou bulbo-protubérantiels, l'anatomie pathologique ne décèle rien d'anormal sur les centres nerveux. Les muscles présentent des lésions dégénératives. Boothby et Robertson, de Rochester, ont observé vingt cas de myasthénie grave. Sept avaient présenté peu avant l'apparition de la maladie des infections à streptocoques. Chez deux malades morts et autopsiés ils ont trouvé dans le muscle un processus d'évolution semblable à celui que l'on rencontre dans les arthrites chroniques. Chez les myasthéniques comme chez les myopathiques le métabolisme de la créatine est identiquement troublé.

Le traitement de ces dystrophies musculaires a pris de l'ampleur ces dernières années à mesure que les diagnostics se sont faits plus précoces et que les théories pathogéniques se sont multipliées. Certains de ces traitements n'ont donné des résultats qu'entre les mains de leurs auteurs et l'observation qu'ils en ont rapportée est restée unique.

D'autres médications, basées sur l'expérimentation, comme le glycofolle, ou sur une observation clinique, comme la Prostigmine, ont multiplié leurs succès.

Jusqu'à ces dernières années on signalait comme traitement de ces deux affections, l'électricité. Certains auteurs la trouvaient dangereuse (Grenet), en particulier dans la myasthénie. On employait la faradisation localisée et la faradisation indirecte, ou encore la galvano-faradisation. La gymnastique, le massage, les frictions entraient dans les prescriptions d'usage.

Jusqu'à 1930, la thérapeutique médicamenteuse se bornait à la strychnine à haute dose, à l'arsenic, au calcium, à l'insuline, et au thymus.

Lièvre, se basant sur le fait que, chez les 67 myasthéniques observés, il avait relevé 24 tumeurs du médiastin d'origine thymique et 32 persistances ou hypertrophies du thymus, a préconisé un traitement chirurgical de cette affection. Il rapporte à cet effet une observation de Naberer où seule une thymectomie partielle aurait amélioré une myasthénie.

Mais le traitement par la surrénale ou la cortico-surrénale était considéré comme le plus actif et le plus profitable au malade.

Ken-Kuré avait établi l'existence d'un trouble d'innervation sympathique des muscles volontaires chez les myopathiques. Il a alors utilisé, avec Sigeo Okinaka, des injections répétées d'adrénaline au $\frac{1}{1000}$ ème et de pilocarpine au $\frac{1}{100}$ ème et a obtenu des résultats encourageants.

Roch, Demole et Duchosal ont eu du succès avec la cortico-surrénale malgré l'absence des signes d'insuffisance surrénale chez un myasthénique de 19 ans.

Le lobe antérieur d'hypophyse a aussi été utilisé avec succès. Un malade de Harold E. Simon, myasthénique, a présenté une amélioration dès la deuxième injection de 1 c.c. de lobe antérieur d'hypophyse, et 10 jours plus tard les symptômes avaient presque disparu.

Laurent et Walther avaient constaté que chez les myasthéniques il y avait une chute du potassium du sang. Avant eux Feldberg et Vertiaisen avaient montré que le chlorure de potassium stimulait l'activité des cellules ganglionnaires. Ils ont donné le chlorure de potassium à fortes doses jusqu'à 12 grammes par jour, et ils ont eu de bons résultats. Trois quarts d'heure après l'ingestion d'un paquet de ce sel, le ptosis disparaît, les mouvements sont plus faciles, etc. . . . Plus tard ils ont combiné le chlorure de potassium et la prostigmine.

Mais de tous ces médicaments nouveaux préconisés, deux se sont montrés très efficaces et sont utilisés un peu partout. Ce sont le glyocolle et la Prostigmine. Nous avons signalé plus haut les recherches de Brand, Harris, etc., sur le métabolisme de la créatine et le rôle du glyocolle dans ce métabolisme.

Thomas, Milhorat et Techner, partant de ces données administrent du glyocolle à six malades atteints de myopathie primitive et les voient s'amé-

liorer grandement au point que quelques-uns ont pu quitter le lit, recouvrer assez de force et de tonicité musculaire pour reprendre leur activité.

Brand et Harris ont obtenu des succès semblables.

Kostakov et Slauck ont traité au glyocolle sept myopathies primitives et quatre dystrophies musculaires secondaires. Toutes ont profité du traitement malgré les assertions de Thomas et de ses collaborateurs du fait que seules les myopathies primitives profitaient du glyocolle. Aussi Kostakov et Slauck ajoutent-ils une part du succès au crédit des extraits hépatique et testiculaire qu'ils ont donné en plus du glyocolle à leurs myopathies secondaires.

Un médecin allemand atteint de dystrophie musculaire progressive, a rapporté son observation dans une revue de Munich, en 1934. La méthode de Ken-Kuré à l'adrénaline et à la pilocarpine l'avait amélioré transitoirement, quand un bon jour il prend connaissance des succès de Thomas, etc, avec le glyocolle. Il commence dès lors, en avril 1932, à manger du glyocolle, jusqu'à 20 grammes par jour. L'amélioration ne tarda pas à survenir et s'est maintenue au point qu'il a pu reprendre son travail. La dose nécessaire se maintenait à 15 grammes par jour. Dès qu'il prenait moins de 15 grammes il se sentait faiblir et devenait plus fatigable. Il pouvait même suspendre le traitement de temps à autre sans trop en souffrir.

Reinhold a pratiqué 21 biopsies chez des myopathiques traités au glyocolle avant et après le traitement, et chez tous les malades que le glyocolle a amélioré il a constaté « une égalité plus grande dans le calibre des fibres musculaires ; les réactions colorantes étaient meilleures et le nombre des noyaux avait déchu. Les striations et les fibrilles longitudinales se voyaient plus nettement et la graisse avait beaucoup diminué ». (Ravina)

Des résultats aussi encourageants ont été obtenus chez des myasthéniques. Boothby a nettement amélioré 10 myasthéniques sur 12 à la Clinique Mayo. Le glyocolle n'agit bien qu'à fortes doses, au moins 15 grammes par jour pris en trois fois au milieu du repas et d'une façon intermittente, à courtes intermittences, 15 jours tous les 2 ou 3 mois.

Harriet Edgeworth a associé l'éphédrine au glyocolle à la dose quotidienne de 5 centigrammes, et a trouvé cette méthode encourageante.

L'usage de la Prostigmine est né d'une observation clinique.

Mary Walker, du St-Alfege Hospital de Londres, avait remarqué la similitude qui existait entre l'intoxication par le curare et la myasthénie grave. Or on sait l'action favorable de la physostigmine dans l'intoxication par le curare. Elle donna de cette drogue à un myasthénique et obtint une amélioration très nette. Des troubles digestifs survenus au cours du traitement l'empêchèrent de donner des doses suffisantes. Elle se servit alors de Prostigmine, une substance analogue à la physostigmine, mais supportable à plus forte dose et elle réussit à rendre à une malade de 40 ans toutes ses activités qu'elle avait perdues.

Blake Pritchard et Laurent ont confirmé la valeur thérapeutique de la Prostigmine dans 7 cas de myasthénie. Ils avaient ajouté à la Prostigmine de l'atropine pour contrecarrer l'effet de cette drogue sur le péristaltisme intestinal et le ralentissement du cœur. Des améliorations semblables ont été rapportées dans plusieurs pays : en Italie, par Bergami et Porto, à New-York, par Everts, en Allemagne, par Verbiest, etc.

Comment agit la Prostigmine ? On ne le sait pas au juste. Laurent et Walther croient qu'elle facilite la production de l'acétyl-choline ou son utilisation par le système nerveux et par là exerce une action favorable sur la myasthénie.

La Prostigmine s'est montrée, cependant, moins active dans les myopathies.

La Prostigmine s'administre à des doses variant de 2 à 5 c.c. d'une solution contenant $\frac{1}{2}$ milligramme de Prostigmine par c.c. à répéter 2 ou 3 fois par jour. Quelques minutes après l'injection l'effet se fait sentir : les symptômes d'asthénie musculaire disparaissent progressivement en même temps que le malade ressent des frémissements dans les muscles et dans les orbites. L'effet dure 4 ou 5 heures.

Il nous a été donné d'observer 2 malades intéressants au point de vue clinique et thérapeutique. Nous ne ferons que signaler ici leur histoire clinique sans la discuter pour ne nous arrêter qu'aux résultats des traitements qu'ils ont reçus.

Le premier est un homme de 36 ans. Il a travaillé dans une fonderie à manier du plomb durant plusieurs années jusqu'en 1932. A cette époque, il commence à percevoir un état de faiblesse dans les membres, surtout le bras et la jambe gauches. Des troubles de la parole surviennent peu après : ses

mots échappent ; il ne peut pas siffler et la déglutition est pénible. Il quitte son travail et se fait traiter sans succès. Alors commence pour lui une série de pérégrinations à travers les bureaux de médecins et les hôpitaux.

En janvier 1934, il est traité à Montréal, dans le service du Dr Russell qui lui donne du calcium. Le traitement l'améliore : les bourdonnements d'oreille, la diplopie, etc., sont disparus, la force musculaire a augmenté et il a repris du poids.

En mars 1934, il entre dans le Service de médecine de l'hôpital du St-Sacrement. Il marche difficilement. Il se plaint qu'il ne peut faire un effort : ses membres se refusent à lever un poids un peu lourd. Manger est pour lui un travail fatigant : il a toujours la crainte de laisser tomber son couteau et sa fourchette. Il a de la difficulté à prononcer ses mots, la mâchoire inférieure se meut difficilement. Il s'étouffe souvent en avalant. Il se plaint de diplopie, de céphalée et de bourdonnements d'oreille. Il est nonchalant, abattu et n'a pas plus de goût au travail qu'à autre chose.

Les examens neurologiques et sérologiques ont partout été négatifs. L'électro-diagnostic avait révélé des réactions normales. La pression artérielle était basse : la maxima se maintenait à 90-100, et la minima à 50-60. On trouve une paralysie de la VIème paire à l'examen de l'œil. Le diagnostic porté fut myasthénie par insuffisance surrénale.

Il reçoit de l'adrénaline pendant quelques jours sans résultat appréciable : Après chaque injection il a des vertiges, des bouffées de chaleur, parfois des frissons. On institue alors un traitement de glycocole (15 grammes) et éphédrine (0 gr. 05). Au bout de 15 jours son état n'a pas changé. On reprend l'adrénaline à la dose de $\frac{1}{2}$ c.c. matin et soir. Peu à peu les malaises qui accompagnent les injections disparaissent et le malade se sent mieux. La tonicité musculaire se retrouve : il peut lever des objets qu'il ne pouvait soulever auparavant. Il peut manger sans crainte. Il devient plus actif ; la diplopie et les bourdonnements d'oreille disparaissent de même que les troubles de la parole. Le 1er juin il quitte l'hôpital considérablement amélioré. La pression artérielle s'est relevée et atteint à certains moments 130-70.

L'autre malade, âgé de 28 ans, souffre de myopathie distale tardive post-infectieuse. On ne relève pas d'antécédent myopathique dans sa famille.

À 17 ans, il présente un épisode pleuro-pulmonaire accompagné de température durant une quarantaine de jours. Quinze jours après le début de la convalescence il constate que ses jambes perdent de leur vigueur. Il doit même, au cours d'une promenade, laisser ses amis prendre de l'avant : il ne peut les suivre. Le lendemain, après une journée de repos, il n'est pas plus solide sur ses membres inférieurs.

Bientôt il remarque une atrophie qui s'organise aux mains et aux pieds ; les éminences thénar et hypothénar s'aplatissent, les interosseux fondent et laissent la peau seule mouler le squelette. Cette atrophie gagne les muscles de l'avant-bras et du bras, des jambes et de la cuisse, puis s'arrête là. En deux mois elle a atteint son acmé. L'impotence est considérable et la marche pénible. Il se livre à l'exercice musculaire et à la gymnastique et petit à petit il recouvre ses forces et une bonne partie de ses masses musculaires.

Au printemps de 1936, l'atrophie reparaît et l'impotence s'accroît. Il reprend la gymnastique et l'exercice sans succès.

Il nous arrive en avril dernier. On constate cette atrophie musculaire localisée aux membres. Il n'existe pas de fibrillation musculaire. Ses réflexes ostéo-tendineux sont disparus. Le métabolisme de la créatine semble peu influencé : la créatinine est à 1.62 pour mille dans les urines.

Il marche en steppant, le bout du pied frotte le plancher. À son arrivée il ne peut marcher plus de dix minutes sur un terrain plan sans tomber et alors il ne peut se relever. La force musculaire est nulle à la main ; le bras peut soulever un poids de 20 livres. Il conserve cependant presque tous ses mouvements excepté ceux des pieds.

Il ne peut pas écrire, la plume lui glisse des mains la plupart du temps. Il ne peut monter un escalier qu'en s'agrippant à la rampe, et à condition que les marches n'aient pas plus de trois pouces de hauteur. Il ne se tient debout qu'en écartant les jambes sinon il tombe. Il ne peut monter dans un tramway ou une automobile.

Assis sur une chaise il ne peut se lever qu'en appuyant les coudes sur le bras de la chaise. Pour sortir de son lit il doit se retourner sur le côté, renverser ses jambes hors de son lit à l'aide de ses coudes pour pouvoir s'asseoir. Il ne peut mettre seul son faux-col, sa cravate, attacher ses poignets de chemise ou ses boutons d'habit. Il ne peut se raser. Pour manger il doit saisir

ses utensiles à pleine main et encore, souvent, glissent-ils par terre. Il n'existe pas de réaction de dégénérescence dans ses muscles.

Les examens neurologiques et sérologiques sont tous négatifs.

Le malade est soumis au traitement combiné de glyocolle et adrénaline. Il reçoit 15 grammes de glyocolle et $\frac{1}{4}$ c.c. d'adrénaline tous les jours jusqu'au 27 juin 1936 sans résultat. On supprime le glyocolle et on continue l'adrénaline jusqu'au 30 juillet. Il avoue qu'au lieu de s'améliorer ses troubles s'accroissent.

Le 25 août, il reçoit une ampoule de « Prostigmin Roche » ; aucune réaction. Le lendemain on lui en donne 2 ampoules. Environ 20 minutes après il devient obnubilé, étourdi, il transpire abondamment et il se plaint d'une tension dans l'orbite. La réaction dure environ une heure. On ne voit pas chez lui, comme l'ont signalé Walker et Pritchard, chez leurs myasthéniques, un recouvrement subit de la force musculaire. Cependant, le traitement se continue ainsi à raison de $1\frac{1}{2}$ ampoule de Prostigmin Roche, 2 fois par jour. On cesse le 6 septembre, faute de Prostigmine. Entre temps, il reçoit des germes de blé. Le 17 novembre on reprend la Prostigmine, jusqu'au 21 décembre. Il accuse une amélioration. Déjà, il peut faire des marches plus longues, écrire et se raser. Depuis il a reçu de la Prostigmine à intervalles de 15 jours environ, toujours à la même dose. Il n'est pas guéri, mais il s'est amélioré et il avoue que jamais rien ne lui a fait du bien aussi vite et aussi manifestement.

Son atrophie est restée à peu près la même, mais il peut marcher 2 ou 3 milles sans se fatiguer. Il mange et écrit facilement, se rase et s'habille seul ; il se lève facilement du lit. Il monte 3 ou 4 escaliers sans se fatiguer, peut monter dans une automobile ou un tramway.

Il peut soulever des poids plus lourds. La force musculaire semble s'être accrue dans les bras, les avant-bras et les jambes plutôt que dans les mains et les pieds.

Tous ces recouvrements de fonctions perdues en l'espace de $1\frac{1}{2}$ mois ou 2 mois, il les attribue, probablement avec raison, à la Prostigmine. Il a recouvré en ces 4 semaines ce qu'autrefois il avait acquis à force d'exercice et de gymnastique en 6 ou 7 années.

Le traitement se continue et il espère se rapprocher, grâce à ce médicament, le plus possible de l'état normal.

Nous pouvons donc considérer aujourd'hui que les myasthéniques et les myopathiques ne sont plus des malades qu'il faut regarder comme perdus pour la thérapeutique, puisque les six dernières années leur ont apporté des médications nouvelles réellement efficaces.

BIBLIOGRAPHIE

- GRENET, H. Myasthénie grave pseudo-paralytique (syndrome d'Erb-Goldflam). *Nouvelle Pratique Médico-Chirurgicale Illustrée* 1911. Vol. V, p. 527.
- LIÈVRE, J.-A. Peut-on tenter un traitement chirurgical de la myasthénie ? *Presse Médicale*, 10-17 juin 1936.
- ROCH, M., DEMOLE, M.-J. et DUCHOSAL, P. (Genève). Un cas de myopathie progressive traité avec succès par l'opothérapie cortico-surrénale. *Société Médicale des Hôpitaux*, 26 janvier 1934.
- LHERMITTE, BEAUJARD et NEMOURS, A. Effets de la radiothérapie spinale sur les myopathies. *Presse Médicale*, p. 274, 15 février.
- RAVINA, A. La thérapeutique moderne des myopathies. *Presse Médicale*, 24 juin 1934.
- PAULIAN, D. Recherches sur les myopathies. *Presse Médicale*, 22 décembre 1934.
- DESROCHERS, G. et LARUE, G.-H. Sur un cas de myopathie. *Bull. de la Soc. Méd. des Hôp. Univ. de Québec*, 1931-32.
- MEYER, HARRIS et ERWIN BRAND. Metabolic and therapeutic studies in the myopathies, with special reference to glycine administration. *A. M. J.*, p. 1047, sept. 30th 1933.
- KOSTAKOW, ST. et SLAUCK, A. Traitement de la dystrophie musculaire progressive par le glyco-colle. *Deutsches Archiv. für klinische Medizin*, t. CLXXV, n° 1, 20 février 1933.
- KOSTAKOW, ST. et SLAUCK, A. Le traitement des atrophies progressives par le glyco-colle. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 5, 3 février 1933.
- RAVINA, A. Les thérapeutiques modernes de la myasthénie. *Presse Médicale*, p. 1674, 26 octobre 1935.
- WALTER, M., BOOTHBY. Myasthenia Gravis. *J. A. M. A.*, Jan. 27th 1934.
- THIERS, J. La myopathie progressive primitive. *Nouveau Traité de Médecine*, Fasc. XXIII.
- LAURENT, L.-P.-E. Clinical observations on the use of Prostigmin in the treatment of myasthenia gravis. *Brit. Med. Journ.*, 9 mars 1935.
- PRITCHARD, BLAKE. Prostigmin in the treatment of myasthenia gravis. *Lancet*, 23 février 1935.
- WALKER, Mary. Cas illustrant l'effet de la Prostigmine dans la myasthénie grave. *Proc. of the Royal Society of Medicine*, 1935.

CONSIDÉRATIONS SUR L'ENTÉRITE CHRONIQUE CICATRI-
CIELLE À L'OCCASION D'UNE OBSERVATION ANATOMO-
CLINIQUE D'ILÉITE TERMINALE

par

Mathieu SAMSON

Pathologiste à l'Hôpital St-Michel-Archange

G.-H. LARUE

Assistant à l'Hôpital St-Michel-Archange

C'est à Crohn, Ginsburg et Oppenheimer que revient le mérite d'avoir, en 1932, décrit l'iléite régionale, processus ulcéro-cicatriciel qui intéresse la partie terminale de l'iléon et dont les symptômes rappellent ceux de la colite ulcéreuse.

Avant eux cette affection était connue, mais elle était confondue avec toutes les lésions inflammatoires de l'intestin en particulier avec la tuberculose iléo-cæcale.

Depuis lors, divers auteurs et Crohn lui-même ont reconnu que ce processus inflammatoire n'est pas limité à la partie terminale de l'iléon. Des observations ont été rapportées d'après lesquelles on doit reconnaître que cette affection peut se localiser en un point quelconque de l'intestin grêle, et dans certains cas même atteindre simultanément divers segments du grêle.

De plus, chez certains malades on a constaté qu'il y avait extension au cæcum et au colon ascendant. Enfin on a rapporté quelques rares observations où il y avait atteinte isolée des colons, soit d'un segment, soit du colon entier.

Des cent cinquante cas dont fait mention la littérature médico-chirurgicale, on peut conclure que si cette affection peut intéresser les divers segments de l'intestin, c'est sa localisation à la partie terminale du grêle qui est le fait le plus courant.

Le terme d'iléite (régionale) terminale serait donc à conserver tout en se rappelant qu'il ne sert qu'à désigner la variété la plus fréquente d'un processus dénommé entérite chronique cicatricielle, lequel peut se localiser à toutes les portions de l'intestin.

OBSERVATION : — O.G. . . est admis à St-Michel-Archange en avril 1933, pour imbécillité sans délire. Il est alors âgé de 41 ans. Rien d'anormal n'est décelé à l'examen physique fait à l'entrée.

Il travaille continuellement depuis son admission. Vers la fin de juin 1933, il souffre pendant quelque temps de constipation dont on a vite raison par l'administration de laxatifs qui sont discontinués après quelques jours.

Il ne se plaint d'aucun malaise à venir jusqu'à novembre 1936. Vers ce temps il aurait eu quelques selles diarrhéiques et n'en parle que plus tard, à l'infirmier (Ce n'est qu'après sa mort que nous avons obtenu ce détail.)

Il paraissait donc en bonne santé lorsque le soir du 6 janvier 1937, il est pris subitement d'une vive douleur abdominale avec vomissements glaireux et selles diarrhéiques sanglantes. Lorsque nous voyons le malade il a une température de 100°, un pouls rapide, les extrémités froides. A l'examen on constate un léger ballonnement de l'abdomen, sans contracture de la paroi. Impossible de localiser un point douloureux précis ; tout l'abdomen est très sensible à la palpation. En face de ce syndrome abdominal douloureux, nous pensons d'abord à une crise d'obstruction intestinale d'origine indéterminée, malgré qu'il n'y ait pas arrêt complet des gaz et des matières. Bien au contraire il a une autre selle diarrhéique sanguinolente et le ballonnement du ventre n'augmente pas, ce qui nous laisse perplexes.

Nous faisons donc placer un sac de glace en permanence sur l'abdomen et toute alimentation est suspendue à l'exception de quelques croquettes de glace.

Dans l'après-midi il est moins souffrant. Les vomissements ont cessé et nous restons dans l'expectation. Malheureusement dans la nuit qui suit, le pouls devient de plus en plus rapide puis imperceptible et le malade meurt vers les quatre heures du matin.

AUTOPSIE : — Faite 9 heures après la mort. 8-1-37.

Péricarde et cœur : Sans particularités macroscopiques.

Plèvres : Adhérences fibreuses au niveau des deux cavités pleurales, particulièrement résistantes à la base gauche.

Poumons : Hypostase. *Foie* : Hypostase.

Vésicule : Présente des adhérences avec le duodénum.

Reins : Sans particularités macroscopiques. *Vessie* : de capacité normale, parois épaissies, blanchâtres, renferme une urine qui a l'apparence d'un bouillon sale.

Prostate : légèrement hypertrophique.

Intestin grêle : Rétrécissement de la partie terminale de l'iléon. La paroi, à ce niveau est épaissie, blanchâtre, cartonnée ; la séreuse rougeâtre renferme des ganglions hypertrophiés. Le mésentère correspondant et la graisse sous-séreuse sont très épaissis et fibreux. L'appendice est augmenté de volume, congestionné. En amont, l'iléon est modérément dilaté par les gaz. Le processus atteint les quinze derniers centimètres de l'iléon et intéresse la face iléale de la valvule de Bauhin. La lumière intestinale est considérablement diminuée et irrégulière.

A l'examen microscopique, la muqueuse est atrophique, la structure glandulaire est presque entièrement disparue ; par endroits la muqueuse a été remplacée par un tissu de granulation. La sous-muqueuse est considérablement épaissie, scléreuse, elle présente une infiltration lympho-plasmocytaire plus ou moins marquée. La séreuse et la sous-séreuse sont épaissies, elles présentent de nombreuses travées fibreuses avec une infiltration cellulaire analogue à celle de la sous-muqueuse.

EN RÉSUMÉ, chez un malade qui a présenté dans les deux derniers jours de sa vie un syndrome abdominal douloureux, nous trouvons à l'autopsie, un rétrécissement inflammatoire de l'iléon terminal.

Quelque soit le siège de l'affection, les altérations pathologiques de l'entérite cicatricielle chronique offrent dans leur ensemble de nombreux points communs. Étant donné que la localisation à la partie terminale de l'iléon est la plus fréquente et que les observations d'iléite terminale sont de beaucoup les plus nombreuses, nous porterons une attention spéciale à l'étude de cette région.

Dans les stades du début l'iléon terminal est épaissi, œdémateux, recouvert d'une séreuse congestionnée. Le mésentère à ce niveau est considéra-

LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOUL^e PASTEUR, PARIS (XV^e)

MÉDICAMENTS CARDIAQUES
SPÉCIALISÉS

SPASMOSEDINE
SÉDATIF CARDIAQUE



DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE

les 2 médicaments cardiaques essentiels

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.

TAXOL

LE
RÉÉDUCATEUR
TYPE
DE L'INTESTIN
SANS
ACCOUTUMANCE

Laboratoire **LOBICA**
Paris, France
J. EDDÉ, Ltée, Agent.

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.

blement épaissi et renferme de nombreux ganglions hypertrophiés. La muqueuse intestinale est ulcérée. Ce processus est habituellement étendu aux 25 à 35 derniers centimètres de l'iléon terminal, intéressant la face iléale de la valvule iléo-cæcale où les lésions sont au maximum et où elles semblent se terminer brusquement.

A un stade plus avancé on constate un épaississement et une hypertrophie de la paroi intestinale qui peut atteindre deux à trois fois son épaisseur normale. Il en résulte un rétrécissement de la lumière intestinale qui est surtout marqué au niveau de la valvule de Bauhin ; l'intensité des lésions diminue progressivement au fur et à mesure que l'on s'en éloigne. La muqueuse présente le long de son bord mésentérique une série de petites ulcérations ; ces ulcérations à mesure que l'on se rapproche de la valvule ont tendance à devenir confluentes de telle sorte que la paroi est dénudée de muqueuse. Le grêle au-dessus de la lésion est plus ou moins dilaté.

Dans un stade terminal le processus exsudatif est remplacé par un processus fibreux ; la muqueuse est atrophiée avec quelques érosions superficielles et des îlots d'hyperplasie polypeuse. Le mésentère à ce niveau est très épaissi et fibreux, la lumière intestinale est considérablement rétrécie, la valvule iléo-cæcale est convertie en un diaphragme rigide avec un orifice étroit et irrégulier.

Les perforations sont fréquentes, lentes à se produire, elles sont toujours couvertes, elles amènent la formation de fistules internes et externes.

Les fistules internes se font avec le cæcum, l'ascendant, le sigmoïde ; ces perforations peuvent produire aussi des abcès qui une fois incisés, donneront des fistules stercorales interminables.

Très souvent il y a de la périappendicite par extension du processus inflammatoire adjacent.

On rencontre des cas qui s'accompagnent de colite ulcéreuse. Cette colite intéresse soit le cæcum seul, soit le cæcum et le colon ascendant, rarement tout le colon. La muqueuse à ce niveau est congestionnée et présente de nombreux foyers d'ulcérations à contours irréguliers.

Enfin, lorsque ce processus inflammatoire se localise au niveau des colons, occurrence plutôt rare, l'image pathologique est en tous points semblable à celle que nous venons de décrire pour l'iléite terminale.

L'examen microscopique ne permet de constater aucune lésion spécifique. On retrouve tous les degrés de l'inflammation aiguë, subaiguë et chronique,

suivant la prédominance des éléments polynucléaires, lympho-plasmocytaires ou fibroblastiques.

Dans certains cas on retrouve des cellules géantes et dans leur voisinage de grandes cellules pâles, probablement des cellules végétales incluses ; ces corps étrangers expliqueraient pour les auteurs la présence de ces cellules géantes. En effet les examens bactériologiques et biologiques n'ont pu démontrer la présence de bacille de Koch.

Tous les auteurs sont d'accord pour constater que les cas de tuberculose iléo-cæcale primitive sont devenus de plus en plus rares depuis que le processus inflammatoire connu sous le nom d'iléite régionale, d'entérite cicatricielle chronique a été isolé.

La lecture des diverses observations nous permet de constater une grande variabilité dans la symptomatologie de cette affection. En effet, si d'un côté, chez un grand nombre de malades, l'affection est caractérisée par un syndrome clinique qui rappelle la colite ulcéreuse, à savoir : fièvre, diarrhée, douleurs abdominales, perte de poids, pus et sang dans les selles, il est également admis que bien souvent chez des patients qui n'ont présenté qu'un minimum de symptômes, on peut trouver, à l'opération, des lésions très étendues.

Cette affection peut se manifester au début comme une appendicite aiguë, et, dans les phases chroniques, avec les symptômes d'une obstruction intestinale plus ou moins complète.

La douleur abdominale est le symptôme le plus constant ; douleur péri-ombilicale ou localisée à la moitié inférieure de l'abdomen plus particulièrement au niveau du quadrant inférieur droit. Elle est le plus souvent intermittente, sous forme de crampes. La diarrhée se rencontre dans plus de la moitié des cas. Le nombre de selles n'est en général pas très élevé, de trois à six selles pâteuses, renfermant du mucus, du pus et parfois du sang, qui n'est le plus souvent décelable qu'au microscope. La température est peu élevée et intermittente.

À la palpation de l'abdomen on perçoit souvent une masse, constituée par l'hypertrophie du segment intestinal intéressé. Dans certains cas il existe des fistules pyostercorales cutanées, qui peuvent se produire soit spontanément, soit à la suite d'une intervention pour appendicectomie. Enfin, à la phase terminale, le rétrécissement considérable de la lumière intestinale se manifeste par des symptômes d'obstruction plus ou moins complète.

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)

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.

Anémies

ROUSSEL

Hémorragies

SÉRUM HÉMOPOÏÉTIQUE FRAIS DE CHEVAL

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

*Acérothérapie spécifique
des ANÉMIES (Carnot).*

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

Sirap ou Comprimés
de sang hémo-poïétique
total.

ANÉMIES
CONVALESCENCES

Echantillons, Littérature

97, RUE de VAUGIRARD, Paris

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

En conclusion, il faut admettre qu'il n'existe pas de symptômes ou de groupe de symptômes pathognomoniques de l'entérite cicatricielle chronique.

Comme pour la plupart des affections gastro-intestinales, ce sont encore les rayons X qui vont nous fournir le plus de renseignements et permettre même dans certains cas d'établir un diagnostic quasi-positif.

Il faut admettre que la radiologie de l'intestin grêle est malheureusement trop négligée. On a tendance à s'intéresser à l'étude de l'estomac et du duodénum et à laisser de côté celle du grêle.

Il est à conseiller, particulièrement chez ces malades dont l'estomac et le duodénum ne présentent pas d'anomalies, de faire toujours un examen radioscopique et radiographique six heures après la prise du repas opaque, ce qui permet l'étude de l'évacuation jejuno-iléale.

Dans tous les cas suspects d'iléite, des films sériés seront pris à différents intervalles de 3 à 9 heures après la prise du repas opaque. Le patient sera placé en décubitus, parce que c'est en cette position que les anses intestinales sont plus facilement délimitables parce que plus étalées. De son côté le lavement opaque fournira d'utiles renseignements dans l'étude des diverses lésions coliques.

Il nous faut considérer les modifications radiologiques que produiront les diverses localisations. Il est bien entendu que ces modifications seront différentes suivant le stade auquel le malade vient consulter.

Au niveau de l'iléon terminal, un des signes les plus constants est le défaut de remplissage, qui sera plus ou moins marqué. Le calibre de l'intestin peut être réduit de la moitié, du tiers. Il arrive même souvent que l'on constate une ombre mince linéaire, légèrement irrégulière, plus ou moins continue, unissant la dernière anse iléale au cæcum ; c'est le « signe de la ficelle », décrit par Kantor. Dans quelques rares cas, il peut arriver par suite d'une irritabilité très marquée de la muqueuse, que le segment intestinal lésé ne soit pas visible.

On trouve une stase plus ou moins prononcée dans les anses sus-jacentes à la lésion, qui peuvent être dilatées. Cette stase ne devient notable que tardivement, lorsque la sténose devient très marquée.

Occasionnellement des déformations cæcales ont été observées. Ces déformations peuvent être d'origine spastique. Dans ce cas elles ne sont pas

persistantes, et elles disparaissent en général au cours d'un lavement baryté. Elles peuvent être aussi produites par une compression de la masse iléale adjacente.

EN RÉSUMÉ, les signes radiologiques les plus souvent observés sont les suivants :

- a) Un défaut de remplissage constant ;
- b) Une dilatation des anses sus-jacentes avec stase plus ou moins marquée ;
- c) Une déformation cœcale ;
- d) Un déplacement plus ou moins considérable de l'intestin par la masse située dans le quadrant inférieur droit.

Lorsque l'iléite terminale s'accompagne de colite ulcéreuse, le repas opaque, le plus souvent, nous donnera l'image décrite par Stierlin : « Image caractérisée par un remplissage incomplet du cœcum, la muqueuse cœcale très irritable ne tolère pas la bouillie opaque, celle-ci ne remplit que partiellement la cavité, donnant une ombre marbrée, alvéolaire à bords déchiquetés. » Il est intéressant, au plus haut point, de noter que l'image radiologique obtenue dans ces formes d'iléite avec colite ressemble étrangement à celle qui a été considérée, par plusieurs, comme caractéristique de tuberculose iléo-cœcale.

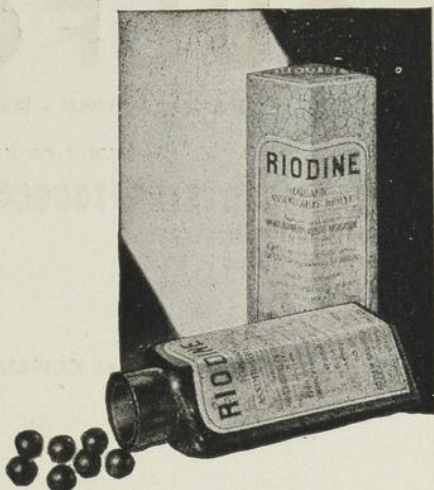
Lorsque le jejunum est intéressé, ce qui est extrêmement rare, les signes radiologiques seront, dans leur ensemble, identiques à ceux de l'iléite. On constatera que la lumière intestinale est irrégulièrement rétrécie ; l'aspect de la muqueuse sera souvent modifié par des zones de transparence ovalaires ou arrondies qui nous laissent supposer la présence de polypes.

Enfin, dans les cas de localisation colique, il se produit un temps d'arrêt par suite d'un obstacle au passage du lavement opaque ; un mince filet irrégulier de substance barytée finit par traverser le segment intéressé. Le diagnostic le plus souvent porté sera celui de néoplasme.

Aux malades qui présentent des fistules externes, on fait prendre par la bouche une substance colorante (carmin indigo) pour voir si ces fistules communiquent avec la lumière intestinale. Ceci fait, on injecte du lipiodol sous contrôle radiologique dans le trajet fistuleux pour en étudier l'étendue et la direction.

Les fistules internes sont plus difficiles à mettre en évidence. Quand elles existent, on constate la présence de petits trajets faisant communiquer des segments intestinaux voisins.

**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.

RIODYNE (Astier)

Iode organique assimilable

Dans la Riodyne (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 Riodyne (Astier) se prescrit de préférence dans les cas où l'on désire une action prolongée de petites quantités d'iode, par exemple les affections cardio-rénales, 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

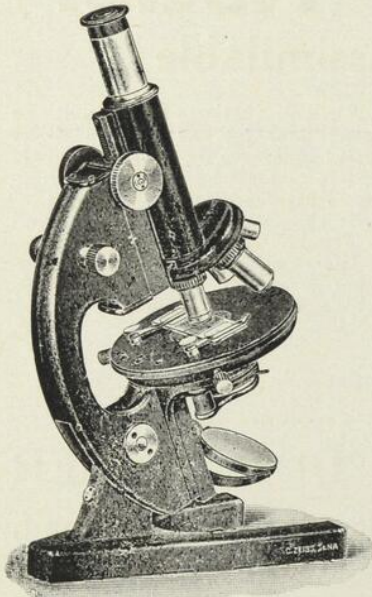
Amygdalite aiguë
Impetigo Chronique
Méningite
Oite moyenne
Gonorrhée

LITTÉRATURE et ECHANTILLONS SUR DEMANDE

CONDITIONNEMENT :

En bouteilles de	25	tabs. de 5	grs. —	doz.	\$ 4.80
“ “ “	100	“ “ “	“	ch.	1.25
“ “ “	500	“ “ “	“	ch.	5.75
“ “ “	1000	“ “ “	“	ch.	11.00

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.

Bien que la plupart de ces modifications puissent être observées dans d'autres lésions sténosantes de l'intestin, il faut admettre que c'est l'examen radiologique qui nous permettra d'orienter avec plus de certitude notre diagnostic.

Le diagnostic différentiel devra comprendre de nombreuses affections abdominales, en particulier : la colite ulcéreuse, la tuberculose iléo-cæcale primitive, la tuberculose mésentérique, le lymphosarcome de l'intestin, la maladie de Hodgkin, l'actinomycose, la dysenterie amibienne, le cancer et même l'appendicite plastique.

Les divers auteurs qui ont traité de l'iléite régionale ont constaté que la tuberculose iléo-cæcale primitive est une rareté ; à l'Hôpital du « Mount Sinaï » de New-York, aucun cas de tuberculose iléo-cæcale primitive n'a été démontré pathologiquement en ces trois dernières années, bien que de nombreux cas d'iléite furent diagnostiqués et traités sous l'étiquette de tuberculose iléo-cæcale.

La tuberculose mésentérique, le lymphosarcome de l'intestin, la maladie de Hodgkin ne peuvent être diagnostiqués qu'au cours de l'intervention, à moins que le lymphosarcome et la maladie de Hodgkin ne s'accompagnent d'adénopathie dont l'examen microscopique a été possible.

L'actinomycose iléo-cæcale avec fistule abdominale sera reconnue par la présence de sphérules jaunâtres caractéristiques dans le produit d'écoulement ; la dysenterie amibienne sera diagnostiquée par la recherche de « *L'entamoeba histolytica* ».

La colite ulcéreuse s'identifie habituellement par le lavement baryté et la rectosigmoidoscopie. Cependant il peut arriver que la colite respecte le sigmoïde et le rectum ; on trouvera alors du spasme, des déformations du cæcum et du colon ascendant, mais sans sténose de l'iléon terminal, ce qui permet de différencier cette dernière de l'iléite terminale avec colite, parce que l'on a remarqué que l'iléite terminale ne s'accompagne de colite ulcéreuse que dans les stades avancés de l'affection lorsqu'il existe une sténose très marquée.

Enfin, il faudra éliminer le cancer et particulièrement lorsque l'entérite cicatricielle est localisée au niveau des colons. Il faudra tenir compte de l'âge du sujet, l'entérite cicatricielle se produisant en général chez de jeunes adultes ; mais le plus souvent, le diagnostic ne pourra être établi d'une façon positive qu'à l'intervention.

SOMMAIRE

1° Au point de vue pathologique, cette affection, d'étiologie inconnue, est caractérisée par un processus inflammatoire évoluant vers la cicatrisation fibreuse qui détermine une sténose de la lumière intestinale.

2° Bien qu'elle puisse intéresser d'autres segments intestinaux, l'entérite cicatricielle a une prédilection pour l'iléon terminal.

3° Les symptômes les plus souvent observés sont : La douleur, sous forme de crampes, la diarrhée, la perte de poids et enfin la perception d'une masse abdominale.

4° Étant donné la grande variabilité de la symptomatologie ce sont les Rayons X qui nous fournissent le plus de renseignements.

5° Le traitement médical est purement palliatif ; en général, malgré la possibilité rare de régression spontanée, le traitement doit être chirurgical. Il consiste dans la résection du segment lésé.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 — CROHN, GINZBURG, OPPENHEIMER. Regional ileitis ; pathologic and clinical entity. *Jour. of the Amer. Medic. Ass.*, **99** ; p. 1323-1329. 1932.
- 2 — KANTOR. Regional (terminal) ileitis ; its roentgen diagnostic. *Jour. of the Amer. Medic. Ass.* **103**, p. 2016-2021. 1934.
- 3 — DONCHES, WARREN. Chronic cicatrizing enteritis with involvement of the cæcum and the colon. *Arch. of Pathology*, **18** ; p. 22-29. 1934.
- 4 — BARBOUR, STOKES. L'entérite cicatricielle chronique. Un exemple de granulome bénin et non spécifique de l'intestin grêle. *The Lancet*, n° 5867, p. 299-303. 8 février 1936.
- 5 — ROSENBLATE, GOLDSMITH, STRAUSS. A summary of regional ileitis. *Jour. of the Amer. Med. Ass.*, **106**, p. 1797-1800. 1936.
- 6 — CROHN, ROSENAK. Combined form of ileitis and colitis. *Jour. of the Amer. Med. Ass.*, **106**, p. 1-7. 1936.
- 7 — COFFEN. Non specific granuloma of intestine causing intestinal obstruction. *Journ. of the Amer. Med. Ass.*, **85**, p. 1303-1304. 1925.
- 8 — GLODEN. The small intestine and diarrhea. *Amer. Jour. of Roentg. and Radium*, **36**, p. 892-901. 1936.
- 9 — SPROUL. A review of some features of regional ileitis. *Amer. Jour. of Röntg. and Radium*, **36**, p. 901-920. 1936.

ARRHÉNO-FER

MÉDICATION FERRO-ARSENICALE ORGANIQUE ASSIMILABLE

Solution de Peptonate de fer 1 gr.
Méthylarsinate de soude 0 gr. 03
par cuillerée à soupe ou verre à liqueur (15 cc.)

CHLOROSE, CONVALESCENCES, ANÉMIE DIGESTIVE, ANÉMIE CON-SOMPTIVE, ANÉMIES POST-HEMORRAGIQUES, ANÉMIE HYPOCROME ET TOUS ETATS ANÉMIQUES.

Très agréable au goût, ne noircit pas les dents et ne constipe pas.

Adultes : une demie à une cuillerée à soupe après chaque repas.

Enfants : au-dessous de 7 ans : une demie à une cuillerée à café.

LABORATOIRES DES PRODUITS BUREAU

86, Boulevard de Port-Royal, PARIS

Concessionnaires au Canada : ROUGIER FRÈRES - - - MONTREAL

NOUVEAU TRAITEMENT EFFICACE DE

- LA CRISE D'ASTHME • RHUME DES FOINS
- EMPHYSÈME • GÊNES RESPIRATOIRES
- CORYZAS SPASMODIQUES • DYSPNÉES.

par le

DYSPNÉ-INHAL

Médication non toxique, d'une action indiscutable presque immédiate.

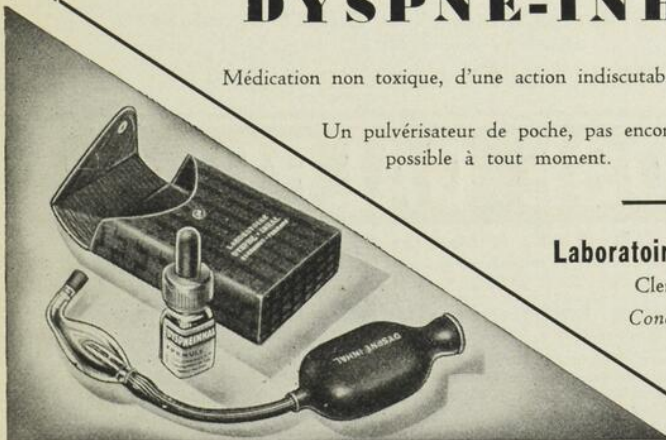
Un pulvérisateur de poche, pas encombrant, en rend l'utilisation possible à tout moment.

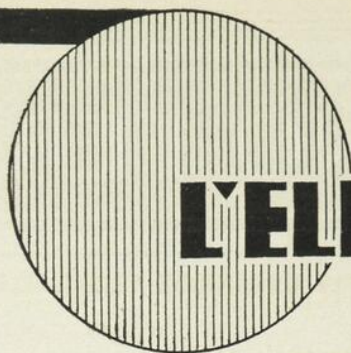
Laboratoires A. FOURTON,

Clermont-Ferrand, France.

Concessionnaires au Canada :

Rougier Frères,
Montréal.





L'ELIXIR DUCRO

ANTIANOREXIQUE • EUPEPTIQUE

- soutient et augmente les forces du malade, stimule l'énergie musculaire.
- réveille l'appétit, soutient l'organisme, même à défaut de nourriture.
- est d'un goût agréable et d'une tolérance parfaite.

ASTHENIE • ANOREXIE • CONVALESCENCE • GRIPPE • FAIBLESSE
LANGUEUR PHYSIOLOGIQUE • ASTHENIE POST-GRIPPALE

DURIEZ, successeur de DUCRO & Cie — Paris, 20, Place des Vosges
Dépôt Général pour le Canada : ROUGIER FRÈRES — Montréal, P.Q.

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^o**, 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, 8 et 10, r. du Petit-Musc, PARIS

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

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

BIBLIOGRAPHIE

RÉACTIONS LABYRINTHIQUES ET ÉQUILIBRE. L'ATAXIE LABYRINTHIQUE, par G.-G.-J. RADEMAKER, Professeur à l'Université de Leyden. Préface du Professeur Georges GUILLAIN. Un volume de 262 pages, avec 124 figures. Prix : 80 fr. *Masson et Cie, Editeurs*, libraires de l'Académie de Médecine, 120, Boulevard Saint Germain, Paris.

Dans les traités de physiologie, d'otologie et de neurologie, les labyrinthes sont considérés comme des organes de l'équilibre. Selon ces traités, la fonction essentielle des labyrinthes est le maintien et le rétablissement de l'équilibre du corps. Mais vainement on cherche de quelle manière les labyrinthes accomplissent cette tâche, par quelles réactions ils régularisent l'équilibration.

Le professeur Rademaker de Leyden dont les travaux sur le noyau rouge, le labyrinthe, la statique du corps sont universellement connus et font autorité, publie dans cet ouvrage des recherches encore inédites sur le problème de l'équilibration, il réalise une synthèse d'expériences personnelles poursuivies durant de longues années sur ce sujet d'une importance primordiale.

L'auteur donne une place prépondérante dans le problème de l'équilibration, aux réactions labyrinthiques des extrémités, puisque c'est par elles, c'est-à-dire par les membres, que l'équilibre est maintenu. Pour aborder le problème de l'équilibration, il considère comme indispensable d'explorer le labyrinthe, non pas avec les épreuves caloriques habituelles qui ne sont pas physiologiques, mais uniquement avec des excitants physiologiques tels que la chute ou la rotation.

Il étudiera donc dans ce livre en plusieurs chapitres trois groupes de réactions labyrinthiques :

- 1° Les réactions provoquées par des mouvements verticaux rectilignes ;
- 2° Les réactions provoquées par des mouvements de rotation ;

3° Les réactions déterminées par des changements de position des labyrinthes par rapport à la direction de la force de gravité.

Ces données physiologiques ont des applications à la clinique humaine. L'ensemble des chapitres consacré à « l'Épreuve d'adaptation statique » mérite, par ses caractères pratiques, de retenir tout spécialement l'attention et de prendre place dans la sémiologie neurologique.

Un important et très intéressant chapitre comprend une étude sur l'ataxie labyrinthique et son mécanisme après labyrinthectomie unilatérale.

LE FONCTIONNEMENT DU REIN MALADE. Diurèse — Albuminurie — Œdème — Glycosurie — Classification des Néphropathies — Recherches expérimentales et cliniques, par Paul GOVAERTS, Professeur de clinique médicale à l'Université de Bruxelles. Un volume de 214 pages. Prix : 25 fr. *Masson et Cie, Editeurs*, libraires de l'Académie de Médecine, 120, Boulevard Saint-Germain, Paris.

A l'époque où Widal publiait ses célèbres travaux sur les néphrites, il n'était pas possible d'établir une corrélation satisfaisante entre les lésions anatomiques observées au cours des néphropathies et les troubles fonctionnels qu'engendrent ces affections.

Depuis lors, l'étude de la physiologie rénale a fait des progrès considérables. Le Professeur Paul Govaerts, poursuivant parallèlement des recherches cliniques et expérimentales, s'est efforcé, au cours des quinze dernières années, de confronter les données de la pathologie avec les acquisitions de la physiologie.

Après avoir, en 1923, mis en lumière le rôle de la pression osmotique des protéines sanguines dans la pathogénie des œdèmes, l'auteur a étudié successivement le mécanisme des diverses altérations de la fonction rénale : l'albuminurie, l'oligurie, la rétention d'urée et de créatinine. Il s'est également attaché à préciser le mécanisme de l'élimination du glucose dans le diabète rénal et dans le diabète sucré, et a envisagé dans le détail la signification du seuil du glucose et la raison de ses variations. Partant de l'idée qu'une conception physiologique n'est satisfaisante que si elle explique également des faits pathologiques, il constate que les données récentes sur le fonctionne-

ulcère gastrique et duodénal

- 1° cessation des douleurs
 - 2° augmentation du poids
 - 3° reprise de la capacité de travail
 - 4° traitement avantageux
- Traitement complet :

21 injections intramusculaires de

LAROSTIDINE "Roche"

SOLUTION À 4% D'HISTIDINE "ROCHE"

EN BOITES DE 6 AMPOULES À 5 CC.

HOFFMANN-LA ROCHE LIMITÉE, - - MONTRÉAL

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

LUSADOL

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.

ANTISEPTIQUE
DÉSINFECTANT
DÉSODORISANT

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 FRÈRES,
350, rue Le Moyne - - - MONTRÉAL

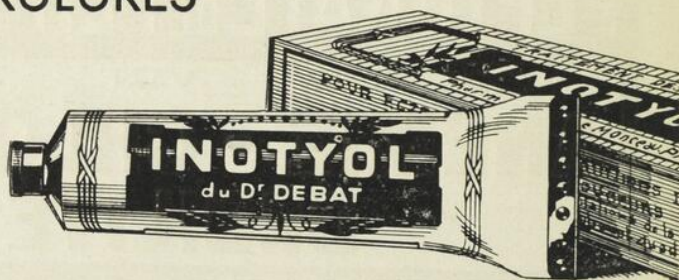


ECZÉMAS

ULCÈRES - BRÛLURES

Lésions et
Irritations
de la Peau

Agent Général
J. EDDÉ Ltée
MONTRÉAL



Pommade

INOTYOL

ment du rein, facilitent beaucoup la compréhension des affections rénales. Grâce à ces progrès, il devient possible de compléter l'œuvre de Widal : d'une part, la rétention chlorurée et la diminution de pression osmotique des protéines apparaissent comme deux processus étroitement liés ; d'autre part, on peut établir actuellement une relation satisfaisante entre les lésions anatomiques des reins et les symptômes qui s'y rattachent.

Une classification nouvelle des néphropathies constitue la synthèse de ces recherches. Elle expose les diverses formes cliniques des affections rénales en mettant en regard, pour chacune d'elles, les caractéristiques fonctionnelles et les lésions anatomiques. Cette classification éclaire la question si débattue des néphroses, de l'amyloïdose et des néphrites chroniques. Elle comporte une description des néphropathies aiguës, survenant au cours des infections, des intoxications, des accidents sériques ou anaphylactiques. On y trouve exposés également les troubles rénaux accompagnant l'éclampsie puerpérale et les surrénalomes hypertensifs.

Cet ouvrage, étayé par des recherches personnelles à la fois cliniques et physiologiques, s'appuie en outre sur une documentation considérable. Il s'adresse à tous ceux qu'intéressent les affections rénales: les chercheurs y trouveront une discussion serrée des conceptions physio-pathologiques, les praticiens des indications précises pour la compréhension des symptômes observés chez leurs patients néphrétiques ou diabétiques.

LA PONCTION DE LA RATE, par P.-Émile WEIL, Médecin des Hôpitaux, P. ISCH-WALL, assistant à l'hôpital Tenon, et Suzanne PERLÈS, chef de laboratoire à l'hôpital Tenon. Un volume de 148 pages avec 23 figures. Prix : 35 fr. *Masson et Cie, Editeurs*, libraires de l'Académie de Médecine, 120, Boulevard Saint-Germain, Paris.

Les nombreux procédés habituellement employés pour l'étude des splénomégalias et des tumeurs de l'hypocondre gauche ne fournissent parfois que des renseignements incomplets. Les auteurs ont cherché quelle contribution la ponction de la rate pouvait apporter à la connaissance des splénomégalias et de toutes les affections sanguines.

Toujours pratiquée avec restriction, souvent même déconseillée en raison d'accidents, uniquement imputables, du reste, à une technique défectueuse, la ponction splénique n'a pu rendre tous les services dont elle est capable.

Grâce à l'étude « in vivo » du tissu splénique et de ses variations pathologiques, les travaux des auteurs, effectués sur une très large échelle, leur permettent d'apporter aujourd'hui les éléments positifs qui seuls imposent une thérapeutique rationnelle : médicale ou chirurgicale. Par le seul examen de ce tissu, la ponction permet en outre de rapprocher des cas cliniquement très éloignés les uns des autres. En simplifiant la classification, la ponction rend donc un service inestimable pour la compréhension des affections des organes hématopoïétiques.

Au regard de la clinique, plus grande encore est l'utilité de la ponction de la rate, elle apporte en effet une aide précieuse au diagnostic différentiel et étiologique des splénomégalias et des autres tumeurs de l'hypocondre gauche dont le diagnostic est souvent difficile. Enfin, dans les affections où les éléments pathologiques restent cantonnés dans la rate, la ponction splénique devient indispensable puisqu'elle seule, dans ces cas, pose le diagnostic positif, éclaire le pronostic et oriente le traitement. L'ouvrage se termine par l'examen des cas où la tumeur de l'hypocondre gauche n'est pas une splénomégalie et par un bref aperçu sur la ponction sternale associée à la ponction splénique.

DIVISIONS DE L'OUVRAGE

- I. Technique de la ponction splénique.— Contre-indications.— Spléno-gramme normal et pathologique.
- II. Renseignements fournis par la ponction sur la nature des splénomégalias.— Splénomégalias avec réaction : lymphoïde, myéloïde, érythroblastique ou normomégaloblastique, mégacaryocytaire, embryonnaire ; fièvre ganglionnaire.— Splénomégalias avec réaction macrophagique.— Rates tumorales.
- III. La ponction en dehors de la splénomégalie.— Kyste.— Abscès amibien du lobe gauche du foie.— Paranéphrome.— Ponction sternale.

Ciment Email Québec, (Limitée)



Le Ciment-Email est un produit à base de ciment. Appliqué sur les murs au moyen d'un projecteur à air comprimé, il devient, par réaction chimique, vitrifié, luisant, imperméable et aussi permanent que le ciment. En outre il prend des couleurs et des tons variés à l'infini.

Le Ciment-Email est le produit idéal pour les dados (lambris d'appui) des murs intérieurs des édifices publics et hôpitaux ; sa facilité d'entretien et son imperméabilité rendent les murs hygiéniques.



Charles Perreault

4950, Iberville, Montréal.

Tél. Cherrier 1119

LAVAL MÉDICAL

**APPETIT
POIDS
FORCE**

REALPHENE

**APPETIT
POIDS
FORCE**

ETHER PHOSPHORÉ DE GLUCOSE
ET ACÉTYLAMINO
OXYPHENARSINATE DE CHAUX

Société
Générale
d'Applications
Thérapeutiques.

Distributeurs : ROUGIER FRÈRES, Montréal.

IODONE ROBIN

GOUTTES

INJECTABLE

R.C. 221839

ARTHRITISME - ARTÉRIO-SCLÉROSE
ASTHME, EMPHYÈME, RHUMATISME, GOUTTE.

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

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 de 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.

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

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.

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.

Antiphlogistine
TRADE MARK

(fabriquée au Canada)

Echantillon et littérature

envoyés sur demande :

The Denver Chemical Mfg Company Montréal

TABLE ALPHABÉTIQUE DES ANNONCEURS

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

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

●

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.

Charles E. Frosst & Co.

FABRICANTS DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES DEPUIS 1899

MONTREAL

CANADA

BIBLIOTHEQUE NATIONALE
RECU LE
6 DEC 1972
DU QUEBEC