

VOL. 4

No 10

DÉCEMBRE 1939

LAVAL MÉDICAL



**BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE
DES
HÔPITAUX UNIVERSITAIRES
DE QUÉBEC**

Rédaction et Administration

**FACULTÉ DE MÉDECINE
UNIVERSITÉ LAVAL
QUÉBEC**

PERANDREN

(propionate de testostérone)

« CIBA »

HORMONE ORCHITIQUE DE SYNTHÈSE

Le mouvement d'intérêt considérable qui a été suscité par l'introduction de l'hormone mâle synthétique dans la thérapeutique hormonale, en a développé très vite le champ des indications. Voici quelques-unes de ces dernières :

Chez l'homme — troubles du développement sexuel,
insuffisance testiculaire,
hypertrophie de la prostate,
affections chroniques par déficience endocrinienne.

Chez la femme — mastopathies, fibromatose utérine,
certains troubles menstruels.



PRÉSENTATION

Ampoules de 1 c.c. à 5 mgrms., boîtes de 3, 6 et 50
Ampoules de 1 c.c. à 10 " boîtes de 3, 6 et 50
Ampoules de 1 c.c. à 25 " boîtes de 3, 6 et 50

Pour applications cutanées le Perandren est également offert sous forme d'onguent en tubes de 25 et 50 grms.



Compagnie CIBA Limitée, Montréal.



*Page(s) manquante(s)
ou non-numérisée(s)*

Veillez vous informer auprès du personnel de BAnQ
en utilisant le formulaire de référence à distance, qui se trouve en ligne :

https://www.banq.qc.ca/formulaires/formulaire_reference/index.html

ou par téléphone **1-800-363-9028**

**Bibliothèque
et Archives
nationales**

Québec 

LAVAL MÉDICAL

VOL. 4

N° 10

DÉCEMBRE 1939

MÉMOIRES ORIGINAUX

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DU GOITRE

par

J.-L. PETITCLERC

Chef de service à l'Hôtel-Dieu

Avant de commencer mes remarques, que je ferai brèves, je voudrais insister sur ce fait que je n'ai pas l'intention de faire un exposé de la question, ni même un résumé ; je veux tout simplement vous exposer, aussi succinctement que possible ma manière à moi de traiter les goitres, la technique à laquelle je me suis arrêté après plusieurs années de tâtonnements, et les résultats que j'en obtiens.

Ne me faites pas dire que cette méthode est la meilleure, ou la plus facile, ni qu'elle est ou n'est pas originale ; je répète que c'est tout simplement la méthode que je préfère, sans plus.

Donc, tous les goitres que j'opère ont été vus en Médecine où l'indication de l'intervention chirurgicale a été posée, le plus souvent après consultation avec le chirurgien.

Histoire du malade, métabolisme basal, tension artérielle, examen des urines, des poumons, électrocardiogramme, médication indiquée, tout a été fait en médecine. C'est vous dire l'étroite et nécessaire collaboration

qui existe entre Médecine et Chirurgie et qui permet d'obtenir des résultats dont nous n'avons pas à rougir.

Lorsque l'heure de l'opération a été fixée pour le lendemain, le patient reçoit au coucher une capsule de un grain et demi de nembotal, dose qui sera doublée trois quarts d'heure avant le début de l'opération.

Le malade est alors descendu de son lit et placé sur la table. On ne devra pas permettre au patient de s'asseoir ou de se déplacer lui-même pour aucune considération sous peine de nausées qui peuvent être fort embêtantes.

Cette table est légèrement inclinée, les pieds reposant bien appuyés et bien à plat sur une petite planchette ajustable, la tête légèrement renversée, le cou vis-à-vis la charnière du panneau de tête de la table.

On prend soin de s'assurer du confort du malade, qu'il n'y ait pas de pli dans les alèses qui recouvrent la table.

Le champ opératoire est badigeonné à la teinture d'iode ou de métaphène, puis les champs stériles sont fixés.

Le chirurgien s'arme alors de patience ; il peut en avoir besoin et alors il cherche sur le cou tendu, mais non hypertendu, ce pli dans la peau qu'il a localisé hier et qu'il empruntera pour tracer son incision. Cette incision, si vous vous préoccupez d'esthétique, sera plus haute que basse ; lorsque le malade sera guéri, la cicatrice sera deux centimètres plus basse que vous l'aviez voulu et sera visible à moins d'être franchement dans un pli du cou.

Au beau milieu de ce pli cutané, vous faites avec une toute petite aiguille une injection intra-dermique de novocaïne à 1 pour 200. Puis armé d'une longue et fine aiguille flexible, à travers ce seul point d'entrée vous injectez immédiatement sous la peau, en éventail, toute la surface que peut atteindre votre aiguille. Pour terminer, sur le bord antérieur du sternocléidomastoïdien à deux travers de doigt de l'apophyse mastoïde à gauche, puis à droite, un autre point d'entrée vous permettra d'infiltrer la gaine du sterno et de sectionner physiologiquement toutes les branches du plexus cervical superficiel. Si le cœur vous en dit, par ces deux derniers points d'entrée, vous pourrez anesthésier les pôles supérieurs de la thyroïde. Un point, c'est tout.

Avant d'inciser le lambeau cutané, il est de très grande importance au point de vue esthétique, d'en bien marquer le centre par une petite entaille verticale ; puis la peau est sectionnée franchement et bien d'aplomb d'un

sterno à l'autre. Les lambeaux, disséqués dans le plan de clivage tracé par l'injection anesthésique, sont écartés et leur hémostase assurée au moyen d'un catgut fin.

Nous voici sur l'aponévrose cervicale superficielle ; n'ayez crainte, je ne vais pas vous décrire l'anatomie de la région. Cette aponévrose, je l'incise *verticalement* aussi haut et aussi bas que les limites de l'incision cutanée et jamais sur la ligne médiane, quelquefois en dehors, peu souvent en dedans de la veine jugulaire antérieure. Sous ce premier plan, aponévrotique, j'en rencontrerai deux autres, musculaires, que je dissocierais aussi loin que possible et en haut et en bas. Sous ce deuxième plan musculaire, une couche de tissu cellulaire lâche, se laissant facilement écarter et traverser, recouvre la surface du lobe de la glande thyroïde, qui apparaît plus ou moins rose, luisante, plus ou moins variable dans son aspect, mais toujours reconnaissable par ses veines importantes.

Cette face antérieure est libérée soigneusement dans toute son étendue. Ceci fait, nous songeons à extérioriser le lobe. Je vous rappelle pour mémoire, que la thyroïde est fixée à la trachée qu'elle encadre en avant et de chaque côté par des tractus fibreux rigides ; que son bord externe est libre et qu'on peut le soulever et faire basculer le lobe de dehors en dedans autour d'un axe vertical passant par ses pôles ; que le pôle supérieur est maintenu par son pédicule qui le fixe d'une manière rigide tandis que le pôle inférieur est beaucoup plus libre.

Je m'efforce donc de faire basculer le lobe et d'extérioriser celui de ses pôles qui sera le plus accessible. Si c'est le supérieur, l'artère thyroïdienne supérieure sera immédiatement chargée, pincée, sectionnée puis ligaturée au catgut ; la glande sera enlevée de haut en bas. Si c'est le pôle inférieur, nous procédons de bas en haut en nous rappelant que la thyroïdienne inférieure est beaucoup plus haut située que l'extrémité du pôle inférieur et que dans son voisinage immédiat se trouvent la parathyroïde et le récurrent. (Faites parler votre malade avant de sectionner ce que vos pinces auront saisi.)

La quantité de tissu à enlever dépend de la nature du goître : nodulaire, diffus, adénome, Basedow, etc. . . . En règle générale, elle sera large. S'il est vrai que le Sage pêche sept fois par jour, que le péché de chirurgien soit du côté de l'exérèse trop large plutôt que trop parcimonieuse.

Le lobe enlevé, on fait l'hémostase de la tranche de section, quelquefois en suturant bord à bord ce qui reste de la glande, le plus souvent en attachant chaque pédicule séparément.

Une gaze est introduite dans la cavité qu'occupait le lobe enlevé et les mêmes manœuvres sont répétées de l'autre côté s'il y a lieu.

La brèche verticale de l'aponévrose est fermée sans s'occuper des plans musculaires qui vont revenir d'eux-mêmes à leur situation primitive, comme les muscles droits dans une laparotomie médiane sus-pubienne.

Une petite lame de caoutchouc est introduite dans la loge thyroïdienne, qui sera enlevée le lendemain.

La peau est soigneusement rapprochée et maintenue par des agrafes de Michel dont une moitié sera enlevée le troisième jour, le reste, le lendemain. Pansement à la gorge maintenu par deux bandes de diachylon.

Immédiatement rendue à son lit, l'opéré reçoit une injection rectale de Solution de Lugol, une demi-once, et pendant quelques jours la médication que le malade recevait avant son opération sera continuée aux mêmes doses. Avant de quitter l'hôpital, le malade va se présenter en Médecine pour directives.

Tel est le traitement chirurgical des goitres où la collaboration de la Médecine et de la Chirurgie a abaissé la mortalité à moins de 1%.

MÉDICATION EFFICACE DE L'ARTHRITE



CAUSALIN

Aminopyrine - Sulfonate de quinine
Un comprimé ou une capsule trois fois
par jour avant chaque repas.

AMFRE DRUG COMPANY, INC. NEW YORK



SOCIÉTÉ D'EXPANSION PHARMACEUTIQUE INC.
917, RUE CHERRIER - MONTRÉAL

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

●

Laiterie "LAVAL" enr'g

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

●

237, 4ième Avenue, Limoilou

Téléphone 4-3551

A PROPOS DE 752 CAS DE GOITRE
TRAITÉS A L'HÔTEL-DIEU DE QUÉBEC DEPUIS 10 ANS

par

Chs VÉZINA et J.-B. JOBIN

Chefs de Service à l'Hôtel-Dieu

Dans cette communication, nous ne signalerons que les enseignements essentiels que nous avons tirés de la pratique thérapeutique du goitre. Après avoir fait quelques considérations statistiques et nosologiques, nous vous dirons comment nous avons réalisé une collaboration médico-chirurgicale pratique dans la conduite du traitement approprié aux diverses catégories de malades. Nous ferons de plus quelques commentaires sur les insuffisances cardiaques graves d'origine thyroïdienne ; et de l'ensemble des faits observés, nous tirerons des conclusions pratiques.

1.— QUELQUES CONSIDÉRATIONS STATISTIQUES

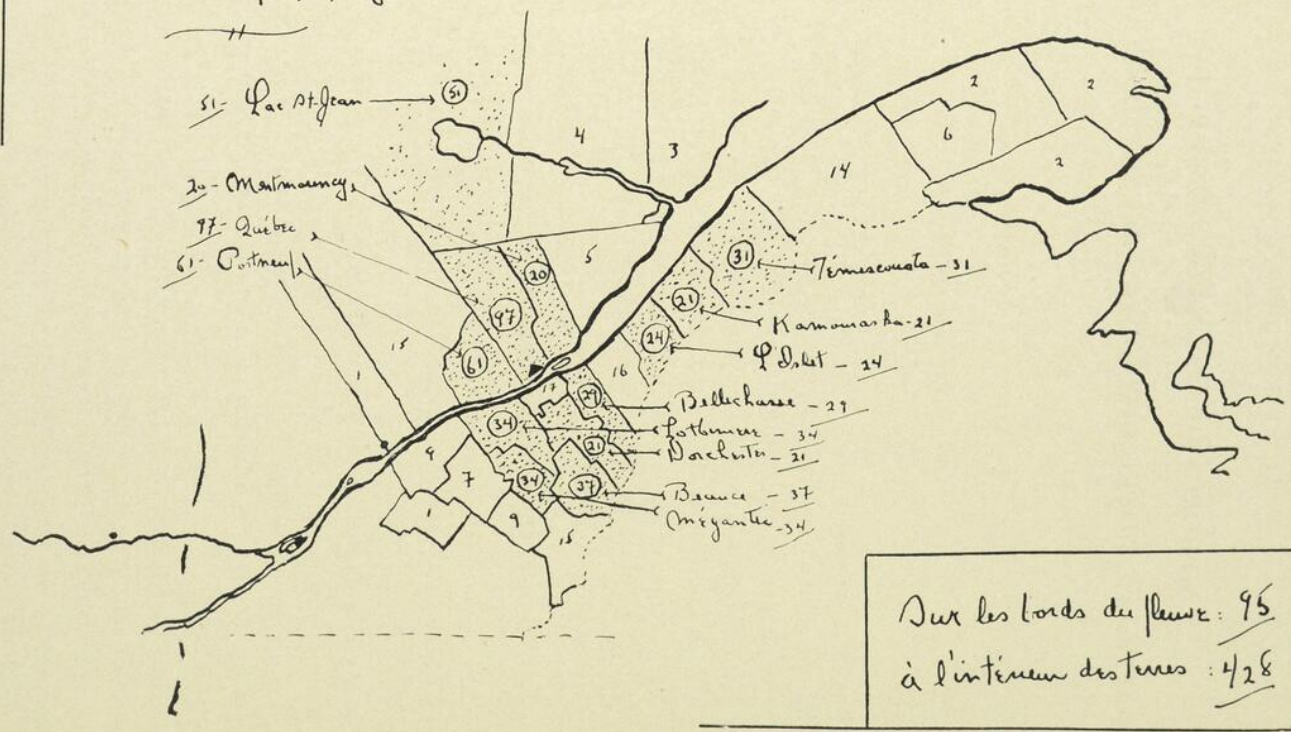
Du 1er janvier 1929 au 1er janvier 1939, 752 goitreux ont été hospitalisés à l'Hôtel-Dieu de Québec. A date, nous avons étudié les dossiers de 666 de ces cas.

On y relève 89 malades du sexe masculin, soit 13.36 p. cent, et 577 du sexe féminin, soit 86.64 p. cent. La fréquence selon le sexe est donc ici de 6.5 femmes pour un homme. D'après notre statistique, la proportion des hommes atteints de cette affection serait sensiblement plus grande chez nous qu'ailleurs.

D'autre part, parmi les 577 femmes, 83 p. cent sont mariées ; et de ces femmes mariées, 94 p. cent ont eu des enfants, en moyenne 7 chacune. Ces chiffres semblent démontrer que les grossesses répétées sont un facteur d'éclosion du goitre. On peut penser en effet que la gravidité intervient dans l'étiologie du goitre ; mais nous sommes plutôt d'avis qu'elle accélère l'évolution d'un goitre préexistant et force les malades à venir consulter. Il ne nous a

Goitre. Hôtes. Dieu (1929 @ 1939)

Distribution géographique



Aux bords du fleuve: 95
à l'intérieur des terres: 428

Tratement Préventif

Fig. 1 — Distribution géographique des cas de goitre dans la région de Québec

pas paru par ailleurs que le goitre s'avérait plus grave chez les mères d'une nombreuse famille que chez les autres.

Enfin, nous avons cru utile de relever le lieu d'origine de chacun de nos cas dans le but de reconnaître, si possible, les localités goitrigènes de notre région (voir fig. 1). On dit communément que les cas de goitre sont exceptionnels sur les rives du Saint-Laurent. Or notre statistique indique que si le goitre est beaucoup moins fréquent (18%) sur les rives du fleuve qu'à l'intérieur des terres, il n'en reste pas moins vrai que le voisinage du fleuve ne confère pas une sécurité absolue contre le goitre. Il est toutefois intéressant de signaler le cas de l'île d'Orléans qui, malgré sa proximité de la ville et le grand nombre de malades que nous en recevons, ne nous a fourni qu'un seul cas de goitre en dix ans. Les conditions seraient donc telles dans cette île que le goitre s'y développe très difficilement. Une analyse du sol expliquerait sans doute ce phénomène. Mais par ailleurs, d'autres régions sont particulièrement fertiles en goîtres : ainsi, le Lac St-Jean nous en fournit 51 cas ; le Témiscouata, 31 ; la Beauce, 37 ; Bellechasse, 29 ; Dorchester, 21 ; Portneuf, 61 ; Mégantic, 34 ; Lotbinière, 34. Nous pouvons donc conclure que si les cas de goitre se groupent de façon plus dense dans certaines régions comme le Lac St-Jean, le Témiscouata, la Beauce et Portneuf, bien peu des localités sises sur les contreforts de nos massifs laurentiens sont épargnées.

Par ce pointage des cas de goitre d'après leur distribution géographique, nous avons voulu suggérer au Département provincial d'Hygiène d'entreprendre une enquête systématique dans ce domaine. Une telle investigation pourrait nous permettre d'instituer un traitement préventif rationnel du goitre.

La chose a été réalisée dans l'état de l'Ohio où les cas de goitre étaient autrefois très nombreux. Alerté par les travaux du Dr Crile et d'autres, le département d'hygiène publique a administré, à titre préventif, de l'iode aux enfants des écoles et le nombre des goitreux a diminué dans une énorme proportion. C'est à ce point vrai qu'à la clinique privée du Dr Crile, à Cleveland, on opérait facilement 10 à 20 cas de goitre par jour il y a 15 à 20 ans, et récemment, à l'occasion d'un voyage que nous y avons fait c'est à peine si nous avons pu en voir opérer un seul cas en trois jours.

Dans d'autres villes des États-Unis et du Canada la même chose a été observée, c'est-à-dire que le goitre endémique a presque complètement disparu à la suite de l'administration préventive d'iode. Il me semble indiqué

d'avoir recours à un procédé identique dans notre région, étant donné que les cas de goitre y sont assez nombreux pour justifier une telle attitude. D'ailleurs la chose est facile.

Depuis les travaux de Marine et Kimball en 1917 dans l'état de l'Ohio, il est reconnu que l'iode administré à toute petite dose, suffit à réduire considérablement le goitre endémique, sans faire courir le moindre risque à ceux qui absorbent cet iode. Il a été démontré en effet, qu'avec de telles doses la transformation basedowienne du goitre ne se produisait pratiquement jamais. Il est quand même plus prudent de ne pas donner d'iode à ceux qui ont déjà un adénome. A Rochester N. Y. il a suffi d'ajouter de l'iode à l'eau d'alimentation pour en faire monter la proportion de 1 à 50 par billion, et ceci seulement 15 jours deux fois par année, pour faire quasi disparaître le goitre de cette région.

L'iode peut être administré également sous forme de sel de cuisine iodé, ou de tablettes dosées à 10 milligrammes que l'on donne à raison d'une tablette par semaine aux enfants des écoles. C'est en effet à l'âge scolaire, c'est-à-dire de 5 à 15 ans que ce traitement préventif produit ses meilleurs résultats. Enfin le même traitement peut s'appliquer avantageusement aux femmes enceintes.

2.— CLASSIFICATION CLINIQUE

Nous avons adopté une classification clinique extrêmement simple, en groupant dans une première catégorie les goitres *sans hyperthyroïdie*, et dans une deuxième, les goitres *avec hyperthyroïdie*.

Dans la première catégorie, nous avons retenu l'existence de trois groupes : les goitres simples sans troubles de compression ; les goitres qui donnent des signes de compression ; et enfin, ceux qui s'accompagnent d'hypertension artérielle. Nous avons fait un groupe individuel des goitres simples avec signes de compression parce qu'ils comportent habituellement des risques opératoires qu'il est bon de signaler au chirurgien.

Dans la deuxième catégorie, nous distinguons aussi trois groupes : les *goitres toxiques*, comprenant tous les cas d'hyperthyroïdie qui ne sont pas des cas typiques de maladie de Basedow ; les *adénomes toxiques* ; et les maladies de Basedow *typiques*. Pour donner le nom de maladie de Basedow à un cas de goitre, nous avons exigé : que les signes d'hyperthyroïdie et l'hypertrophie de la glande soient apparus simultanément ; que l'hypertro-



PIPÉRAZINE EFFERVESCENTE MIDY

(Granulé effervescent)
ANTI-URIQUE TYPE



THIODÉRAZINE MIDY

(injectable) (Ampoules 5 cc.)

Traitement général du RHUMATISME CHRONIQUE



THIODÉRAZINE MIDY

(buvable) (Gouttes)

Traitement général du RHUMATISME CHRONIQUE



THIODACAÏNE MIDY

(Ampoules 20 cc.)

Traitement local de la DOULEUR RHUMATISMALE

Littérature et échantillons sur demande adressée à : VINANT Ltée, 533, Rue Bonsecours, MONTRÉAL

ELECTRARGOL

Argent colloïdal électrique à petits grains, stérile et stable

Constitue la base de la

MÉDICATION ANTI-INFECTIEUSE GÉNÉRALE ET LOCALE

Médecine : Pleurésies, Méningites, Phlébites.

Gynécologie : Métrites, Vaginites.

Chirurgie : Plaies, Suppurations, Fractures Ouvertes, Abscesses Superficiels, Phlegmons, Panaris, Abscesses du sein, Anthrax.

(Ampoules de 5 et 10 c.c.)

- Collyre Electrargol en ampoules compte-gouttes stérilisées de 25 c.c., permettant l'instillation nasale ou oculaire dans les meilleures conditions d'asepsie.

LABORATOIRES CLIN, COMAR & CIE - PARIS

Agent pour le Canada : VINANT Ltée, 533, rue Bonsecours, MONTREAL

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

904-910 rue St-Jacques,

Montréal, Qué.

AUX ABONNÉS de la REVUE "LAVAL MÉDICAL"

Vous attendez avec intérêt le retour mensuel du "Laval Médical";

C'est grâce à la collaboration de ses annonceurs que paraît votre revue ;
pensez à eux de façon pratique.

Pour toutes vos installations frigorifiques, exiger "FRIGIDAIRE".

"FRIGIDAIRE" est différent et meilleur.

VANDRY INC.

155, rue St-Paul,

:

:

QUÉBEC.

phie de la thyroïde porte également sur toutes les parties de la glande ; que les yeux soient exorbités et que l'aspect histologique de la glande ait les caractères qui sont généralement considérés comme typiques de la maladie de Basedow.

De tous les cas de goitre étudiés dans cette statistique, 523 correspondaient à des goitres avec une hyperthyroïdie confirmée ; et parmi ceux-ci 73 revêtaient l'allure de la maladie de Basedow.

3.— PARTICULARITÉS DANS LA CONDUITE DU TRAITEMENT

Il y a dix ans déjà, nous avons établi à l'Hôtel-Dieu un plan de collaboration médico-chirurgicale, qui nous paraît recommandable. Suivant ce plan, le goitreux qui arrive à l'hôpital, qu'il soit dirigé vers la chirurgie ou vers la médecine, est d'abord admis dans le Service de Médecine où l'on fait les examens de routine, le classement du malade et le traitement approprié. Quand nous jugeons que le moment d'élection pour l'intervention est arrivé, nous appelons le chirurgien et, de concert avec lui, nous décidons de l'opportunité et de la date de l'opération. Il est superflu de signaler qu'ici médecins et chirurgiens conservent une entière liberté de pensée et d'action. Le malade reçoit les soins préopératoires immédiats dans le service de Médecine d'où il part directement pour la salle d'opération. Après l'intervention, il est dirigé dans une salle de chirurgie. Ce mode de procéder, supprimant les contacts entre futurs et nouveaux opérés, a l'avantage de prévenir certaines crises émotionnelles qui comportent parfois, comme nous le démontrerons ultérieurement, des risques mortels.

Il est recommandé d'isoler chaque cas de goitre dans des chambrettes, et c'est ce que nous faisons pour les cas particulièrement graves ; mais lorsque les conditions matérielles ne permettent pas de faire davantage, nous estimons que notre façon de procéder apporte une solution pratique au problème de l'isolement.

Le traitement médical que nous instituons en général chez nos malades est le suivant : repos au lit, régime de désintoxication riche en sucre, sédatifs nervins, lugol, toni-cardiaques, etc.

Quoiqu'il y ait grand intérêt à donner du sucre à ces malades, nous croyons qu'il suffit de le leur administrer par voie buccale sous forme de jus de fruits sucrés ou de bonbons au sucre. Cette pratique atteint un double objet : elle apporte à l'organisme des réserves utiles qui satisfont aux besoins

accrus au moment de l'intervention et elle a l'avantage de faire boire abondamment les malades, les hydratant ainsi au maximum avant leur opération. Sur la pratique des injections intra-veineuses de sérum glucosé, nous nous réservons d'exprimer notre opinion à l'occasion d'une communication que nous ferons prochainement devant cette Société.

Dans les goîtres simples, il nous a paru inutile de prolonger la cure de désintoxication. Ces malades très calmes et nullement pusillanimes ne redoutent point l'acte chirurgical auquel ils vont être soumis : ils sont aussi bien prêts à subir leur thyroïdectomie 48 heures après leur entrée à l'hôpital que 10 jours plus tard.

C'est donc perdre inutilement un temps qui peut être précieux par ailleurs que de garder ces malades trop longtemps en préparation médicale.

Il importe aussi de rechercher avec un soin particulier les signes de compression qui peuvent exister chez ces malades et de les signaler au chirurgien, car ces troubles mécaniques accroissent les risques opératoires.

Il faut noter également que les goîtres volumineux, même s'ils ne déterminent apparemment ni troubles de compression, ni troubles d'hyperthyroïdie doivent toujours être traités avec grand ménagement : ils exposent plus souvent que les autres à des accidents brutaux au cours de l'opération, et nous croyons que la préparation médicale est absolument inapte à prémunir le malade contre de tels accidents. Seul le chirurgien saura les éviter.

Si nous sommes en présence d'une hyperthyroïdie facilement réductible, sous l'influence du traitement préconisé, nous voyons après 10 à 15 jours en moyenne les symptômes d'hyperthyroïdie s'amender, l'excitation du malade s'atténuer, le métabolisme basal tomber et la courbe du pouls s'abaisser progressivement jusqu'à un plateau qui indique sans équivoque à un œil averti que le temps d'élection pour poser l'acte chirurgical est arrivé. La recherche de ce plateau (*flat rate* des Américains) constitue un élément d'extrême importance dans la préparation des goitreux à l'intervention. Il faut savoir le dépister à cause de l'indication précise qu'il pose.

Si on néglige inconsidérément de profiter de son apparition pour agir, on verra le pouls subir une nouvelle ascension et on sera dans l'obligation d'attendre souvent des semaines avant que le malade ne se trouve dans des conditions aussi avantageuses pour subir son opération.

Ce plateau conserve toute sa valeur pratique même si le pouls demeure rapide. Ainsi le chirurgien devra intervenir si la courbe du pouls s'étale

en plateau, même si ce palier reste relativement élevé aux alentours de 100. Et de même que nous ne devons pas attendre que le pouls soit revenu à 70, ainsi nous ne devons pas nous acharner à réduire le métabolisme basal à la normalité pour nous déterminer à l'intervention chirurgicale. C'est donc en définitive sur le pouls abaissé en plateau, sur la disparition des troubles nerveux et sur l'amélioration de l'état général du malade que nous nous appuyons pour décider de l'opération. Et au fur et à mesure que notre expérience s'accroît, il nous paraît plus évident que le traitement chirurgical doit être entrepris sans trop de crainte quand l'*impression clinique générale* permet d'entrevoir un résultat heureux. En face d'un malade qui nous laisse hésitant, il vaut encore mieux entreprendre le traitement chirurgical que de temporiser et laisser passer une occasion favorable qui parfois ne reviendra plus. La chose nous est arrivée à plusieurs reprises et nous nous sommes aventurés dans une impasse qui nous a parfois conduits à un désastre.

Avons-nous affaire à un cas d'hyperthyroïdie particulièrement grave et qui résiste au traitement médical, il faudra alors avoir recours à certains moyens adjuvants pour réaliser la préparation indispensable au bon succès de l'opération, tels : l'isolement, les cures répétées de toni-cardiaques, l'association insuline glucose et digitaline et surtout la radiothérapie profonde qui doit être alors appelée à notre secours.

Au cours de l'année 1938, nous avons eu à traiter toute une série de malades qui ont résisté d'une façon déconcertante au traitement médical et que nous avons dû soumettre à la radiothérapie. Nous ne parlerons ici que de la radiothérapie instituée à titre préopératoire, réservant pour une communication ultérieure les 33 cas d'hyperthyroïdie qui ont été soumis à la cure radiothérapique.

A notre avis, la radiothérapie devient indiquée comme traitement préparatoire à l'acte chirurgical toutes les fois que l'hyperthyroïdie résiste au traitement médical et qu'il nous est impossible d'obtenir cette sédation des symptômes sans laquelle il n'est pas prudent de risquer une thyroïdectomie. Utilisée dans ces conditions, la radiothérapie peut produire deux effets différents : soit que le résultat soit rapide et nous voyons alors la crise thyrotoxique céder sous l'influence du rayonnement, le métabolisme basal baisser et la courbe du pouls descendre vers un plateau, ce qui permet d'entreprendre à l'aise une extirpation subtotale de la glande thyroïde. En voici un exemple :

Mlle A. G., 65 ans, admise à l'hôpital le 20-4-36. Elle est porteuse d'un goitre depuis 5 ans, qui donne des signes d'hyperthyroïdie depuis un an avec perte de poids de 30 lbs. Métabolisme basal, plus 67%; pouls régulier à 120; P. A., 150-80; azotémie 0 gr. 60 pour 1000. Le traitement médical échoua pendant que la radiothérapie permit d'obtenir une sédation

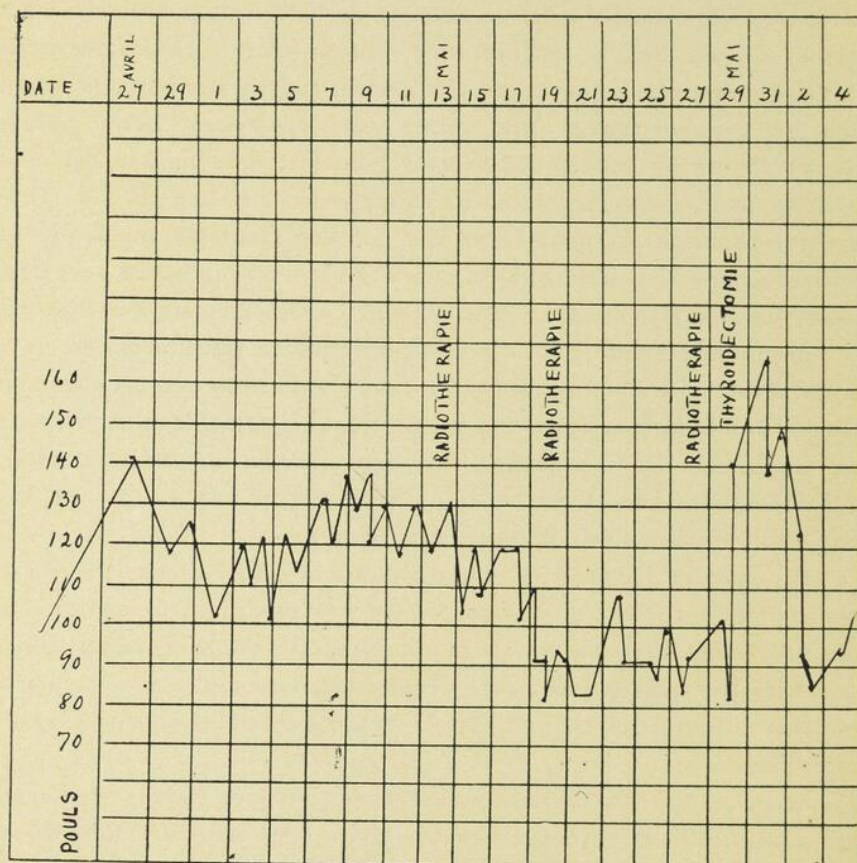


Fig. 2.— Courbe du pouls chez Mlle A. G.

satisfaisante ce qui nous autorisa à soumettre la malade à l'intervention chirurgicale. (Voir fig. 2.)

Le 30-12-38, l'enquête nous apprend que Mlle A. G. est très bien, qu'elle a engraisé de 19 lbs et qu'elle accomplit son travail journalier.

Cette éventualité quoique loin d'être exceptionnelle, n'est pas la plus fréquente. En effet, la plupart du temps, les malades subissent toute leur



Chimiothérapie des affections bactériennes

ASTREPTINE "MEURICE"

(SULFANILAMIDE)

COMPRIMES — AMPOULES INJECTABLES (POUR LE MUSCLE ET LA VEINE)
ONGUENT

UNION CHIMIQUE BELGE S. A.
DIVISION PRODUITS
PHARMACEUTIQUES "MEURICE"



REPRESENTANT POUR LE CANADA:
G. GRAVET, 431, RUE DE MALINES
MONTREAL. — TELEPH. PLATEAU 7005

ASTREPTINE

*N'oubliez pas dans votre
trousse d'urgence le..*



DYNACORYL

"Meurice"

(ACIDE DIETHYLAMIDE PYRIDINE β CARBONIQUE)

STIMULANT CARDIO-RESPIRATOIRE EN AMPOULES INJECTABLES ET EN GOUTTES

UNION CHIMIQUE BELGE S. A.

DIVISION PRODUITS

PHARMACEUTIQUES "MEURICE"



REPRESENTANT POUR LE CANADA :

G. GRAVET, 431, RUE DE MALINES

MONTREAL. — TELEPH. PLATEAU 7005

cure radiothérapique sans que nous observions cette chute du pouls et du métabolisme basal qui est nécessaire pour que le chirurgien intervienne. Mais sous l'influence de ce traitement radiothérapique, si le pouls et le métabolisme basal restent élevés, les autres symptômes s'amendent et nous avons nettement l'impression que le malade a tiré profit de l'irradiation.

Quand, à la fin de la cure radiothérapique, nous jugeons que le malade n'est pas en état de subir l'opération, nous lui conseillons de quitter l'hôpital et d'aller passer quelques semaines dans sa famille, escomptant que la radiothérapie produira un effet à retardement.

Et c'est ce qu'effectivement nous croyons avoir observé chez quelques-unes de nos malades. En effet, quand de tels malades reviennent à l'hôpital après un séjour de 6 à 8 semaines dans leur famille, nous leur trouvons meilleure mine : l'excitation nerveuse a grandement diminué, et si le pouls et le métabolisme basal sont encore élevés, ils répondent plus avantageusement au traitement médical et après 10 à 15 jours d'un nouveau traitement préopératoire on peut alors entreprendre sans danger une thyroïdectomie, ce qui ne nous avait pas paru possible lors de leur premier stage à l'hôpital. Voici deux observations qui illustrent cette prétention :

Première observation.— Mlle A. H., âgée de 27 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 23 août 1938 avec tous les symptômes d'une maladie de Basedow qui a commencé brusquement il y a un an.

Au moment de son entrée à l'hôpital, le pouls oscille aux alentours de 120 et malgré le traitement médical habituel, au bout de 3 semaines le pouls oscille encore entre 100 et 120 et le métabolisme basal n'a pas baissé, il est encore à plus 72. Nous entreprenons alors une série de 6 séances de radiothérapie à raison de 150 « R » par séance, et le pouls de la malade se maintient toujours aux alentours de 100-120. Son poids n'a pas bougé pendant tout son séjour à l'hôpital.

Voici donc une malade qui a résisté au traitement médical et qui semble avoir résisté au traitement radiothérapique.

Partie le 12 octobre 1938 pour se reposer dans sa famille, elle nous revint un mois plus tard, soit le 14 novembre, avec un poids qui est resté le même et un pouls qui est encore très rapide atteignant souvent 120.

Soumise de nouveau au traitement médical, l'état général se maintient mauvais pendant un certain temps et nous prévoyons un nouvel échec. Mais, petit à petit, la courbe du pouls devient plus régulière et se maintient

entre 100-110. C'est à ce moment que nous remettons la malade entre les mains du chirurgien. Elle a été opérée par l'un de nous le 28 décembre 1938 alors qu'elle subit une thyroïdectomie subtotale bilatérale. La crise post-opératoire a été des plus banales, et la malade a quitté l'hôpital 17 jours après son opération avec un pouls qui a baissé à 80 et un état général qui s'est transformé.

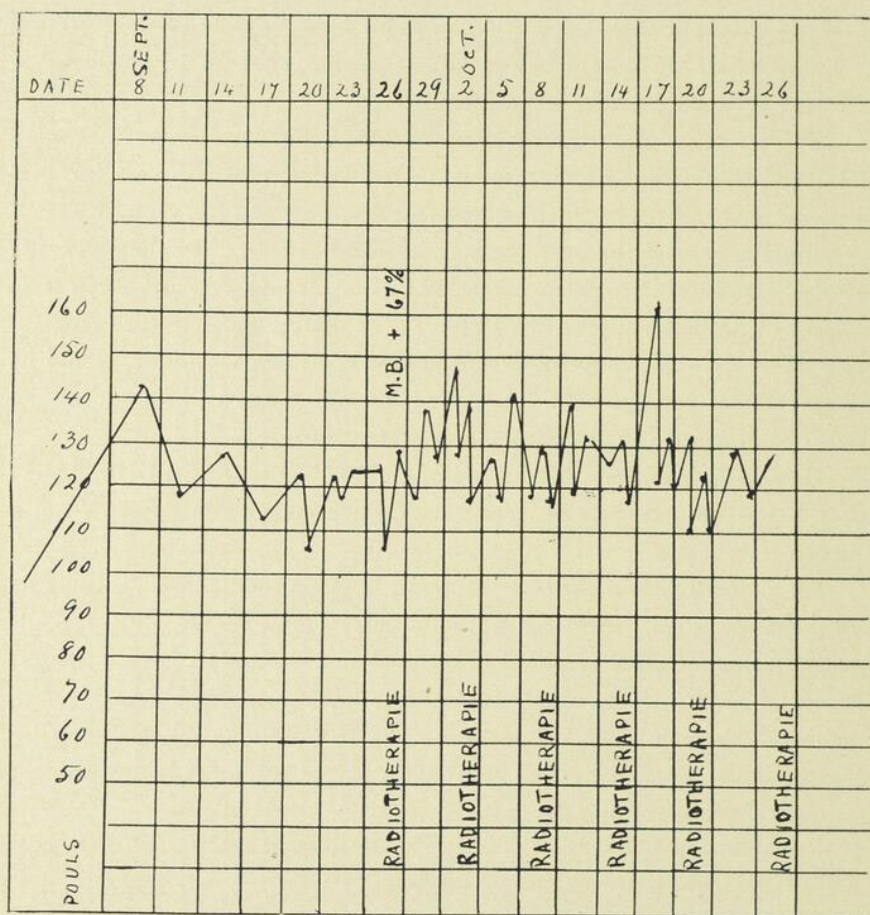


Fig. 3.— Courbe du pouls chez Mlle L. G. (1)

Deuxième observation.— Mlle L. G., 21 ans, (voir fig. 3 et 4) entre à l'hôpital le 8 septembre 1938 pour goitre toxique. Porteuse d'un goitre depuis l'âge de la puberté, elle note l'apparition des troubles d'hyper-

thyroïdie avec exophtalmie 2 mois avant son entrée à l'hôpital, en même temps que son goitre subissait une brusque augmentation de volume.

A son entrée à l'hôpital, le pouls bat à 140, les symptômes d'hyperthyroïdie sont au maximum, la malade est très instable et son métabolisme basal est de plus 75%. La glande thyroïde très augmentée de volume contient des nodules indurés.

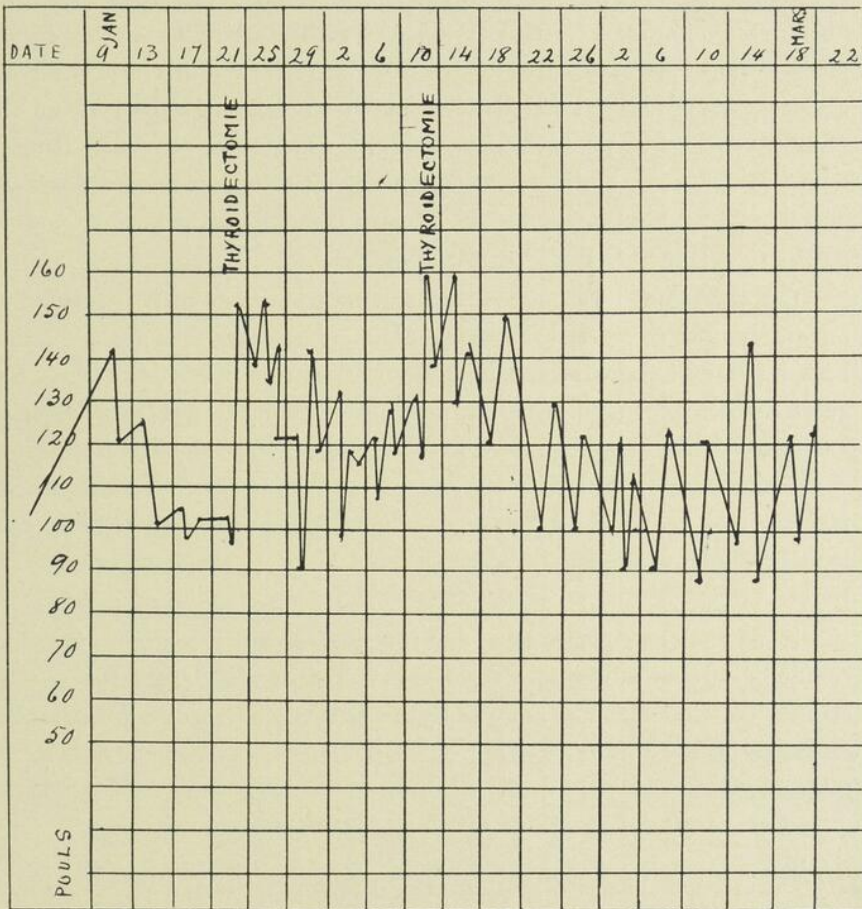


Fig. 4.— Courbe du pouls chez Mlle L. G. (2)

Après deux semaines de traitement médical, le pouls se maintenait à 120 et le métabolisme restait très élevé à plus 67%. Le tableau clinique ne s'amendant pas, la malade est soumise à la radiothérapie dont elle reçoit

six séances du 27 septembre au 26 octobre, recevant chaque fois 150 « R ». A la fin de la cure radiothérapique, si les troubles fonctionnels se sont amendés, les signes objectifs persistent. Le poids n'a pas sensiblement changé et le pouls oscille autour de 120. Nous conseillons alors à la malade d'aller passer quelques semaines dans sa famille puis de nous revenir avec l'idée de se soumettre à une intervention chirurgicale. Le 9 janvier suivant elle arrive à l'hôpital avec de nouveau un pouls à 140, qui rapidement sous l'influence d'un nouveau traitement médical préopératoire s'abaisse vers un plateau qui se fixe aux alentours de 100. L'intervention chirurgicale est décidée et le 21 janvier la malade subit une thyroïdectomie unilatérale qu'elle supporte relativement bien, et, quelques jours plus tard, son pouls baisse à 90 mais pour s'élever rapidement de nouveau et se maintenir aux alentours de 120. Le 10 février, elle est de nouveau opérée et on enlève, en grande partie, l'autre lobe de sa glande thyroïde.

Ces opérations lui procurent une amélioration nette mais il persiste un certain nombre de signes d'hyperthyroïdie et, le 20 mars, la malade quitte l'hôpital sans l'autorisation des médecins, nettement améliorée mais non guérie. Nous prévoyons tout de même à ce moment que l'amélioration amorcée par le traitement mixte médical, radiothérapique et chirurgical se complétera dans les mois qui suivront. Nous n'avons pas de nouvelles de la malade jusqu'au 22 nov. 1939 alors que nous recevons d'elle une lettre dans laquelle elle nous dit qu'elle se porte très bien et qu'elle a engraisé de 20 livres.

Nous voulons signaler aussi que tout malade qui présente un Basedow typique doit être, de la part du chirurgien, l'objet d'une surveillance très étroite, car c'est dans ces cas que les crises thyrotoxiques post-opératoires et les accidents d'inhibition nerveuse apparaissent avec un maximum de fréquence.

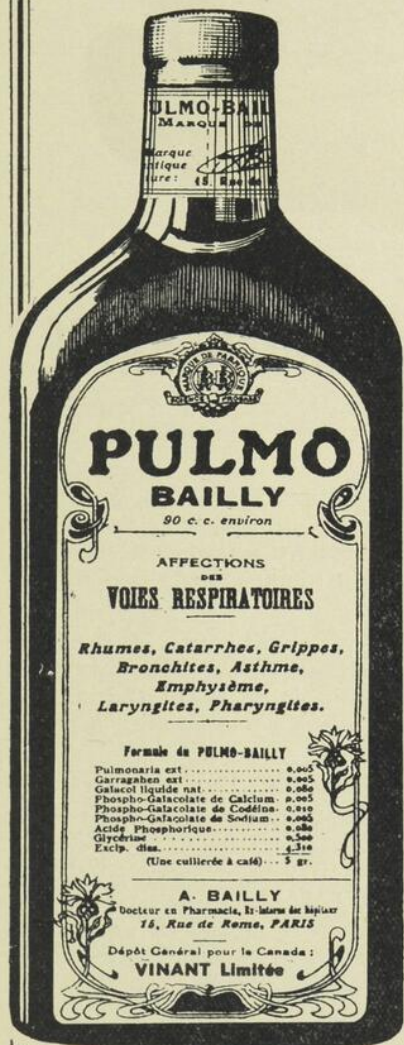
4.— GOITRE ET ASYSTOLIE

On sait que l'hyperthyroïdie peut conduire à l'asystolie, et quand il nous arrive de rencontrer un malade qui est en même temps nettement un hyperthyroïdien et un asystolique, il nous est facile d'établir une relation de cause à effet entre l'hyperthyroïdie et l'asystolie et d'instituer une thérapeutique rationnelle. Mais il arrive parfois que le syndrome asystolique domine tellement la scène que le facteur thyroïdien passe inaperçu.

PULMO-BAILLY

BASE ACTIVE : Phospho-Gaïacolate de Codéine

Sa préparation réalisée par les procédés les plus perfectionnés de la technique moderne lui assure une composition et une action constantes et définies.



LE VIRUS GRIPPAL

en soi peu redoutable, est dangereux parce qu'il prépare le poulmon à l'attaque et à l'infection des saprophytes habituels :

STAPHYLOCOQUES
PNEUMOCOQUES
STREPTOCOQUES
COCCO-BACILLES DE PFEIFFER
DANS UN ORGANISME DÉBILITÉ

LE PULMO-BAILLY

ASSURANT

- 1° L'imprégnation antiseptique des voies pulmonaires
- 2° La tonification énergique de l'organisme

RÉPOND PLEINEMENT

aux nécessités thérapeutiques du traitement complet, préventif et curatif des infections grippales, toux, laryngites, bronchites saisonnières et de toutes les affections broncho-pulmonaires.

Dans la lutte contre la contagion et l'infection grippale le
PULMO-BAILLY

EST UNE ARME THÉRAPEUTIQUE COMPLÈTE ET EFFICACE

Adultes : 1 cuillerée à café au milieu des 2 repas

LABORATOIRES A. BAILLY - 15, RUE DE ROME - PARIS-VIII^e

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



La SÉROTHÉRAPIE ou la CHIMIOTHÉRAPIE ?

D'après Finland, Spring, Lowell et Brown* et d'autres auteurs, l'association des sérums et de la sulfamido-pyridine constitue la thérapeutique par excellence des pneumonies à pneumocoques.

Ils instituèrent ce traitement combiné chez un groupe de malades âgés présentant une bactériémie dans la proportion de 50 pour 100 et le taux de la mortalité ne fut que de 22 pour 100. Ils observèrent auparavant dans des cas semblables traités sans sérums spécifiques ou médicaments une mortalité oscillant entre 75 et 90 pour 100.

Règle générale, le taux de la mortalité est entre 50 et 60 pour 100 dans ces cas lorsqu'ils sont traités soit par le sérum spécifique ou la sulfamido-pyridine ; on peut donc conclure que l'usage concomitant de la sérothérapie et la chimiothérapie est le traitement le plus efficace des pneumonies à pneumocoques connu à l'heure actuelle.

*Finland, M., Spring, W.C., Lowell, F.C., et Brown, J.W.: Ann. Int. Med. 12:11, 1816, mai 1939



LES SÉRUMS ANTIPNEUMOCOCCIQUES DE LAPIN, présentés en flacons de 25 c.c., sont procurables pour les types 1 à 8 inclusivement et 14. Chaque flacon du type 1 contient 50,000 unités internationales, du type 2, 20,000 unités internationales, et des autres types, 20,000 unités provisoires.

LES SÉRUMS DIAGNOSTIQUES PNEUMOCOCCIQUES DE LAPIN, pour l'identification des types d'après la méthode de Neufeld, sont procurables pour les types précités. Ils sont présentés en flacons d'un c.c. et en boîtes de cinq tubes capillaires individuels.

NOTE : Les autres types de sérums thérapeutiques et diagnostiques non indiqués ici sont procurables de nos laboratoires sur demande.

Ces sérums sont préparés et standardisés selon les méthodes précisées au Rockefeller Institute for Medical Research et sont présentés avec l'approbation et l'aide du professeur E. G. D. Murray, Laboratoire de Bactériologie et d'Immunité, Université McGill.

AYERST, McKENNA & HARRISON Limitée

**Biologistes et Pharmaciens
MONTREAL, CANADA**

Dans de telles circonstances la cure toni-cardiaque ne produira pas tout l'effet qu'elle produirait si elle était associée au traitement de l'hyperthyroïdie.

En voici un exemple parmi les nombreux cas similaires que nous avons eus à traiter :

Mme A. G., âgée de 54 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 26 juillet 1938, en pleine asystolie avec œdèmes périphériques très étendus et hydrothorax bilatéral. Par ailleurs, son rein est touché puisqu'il existe de l'albuminurie et de la cylindrurie et que l'azotémie est au-dessus de la normale.

La malade est bien porteuse d'une petite tuméfaction thyroïdienne, mais comme elle ne présente pas les symptômes habituels de l'hyperthyroïdie nous n'y attachons pas une grande importance.

Soumise au traitement habituel des cardiaques elle s'améliore mais lentement.

Après quelques jours, la présence de son goitre nous étant de nouveau signalée, l'idée nous vient que cette asystolie pourrait bien être entretenue, sinon complètement conditionnée, par une hyperthyroïdie ; et comme une mesure de métabolisme basal nous fournit un chiffre de plus 48% nous abandonnons la cure toni-cardiaque pour traiter son hyperthyroïdie.

A partir de ce moment, le tableau clinique change, les œdèmes fondent, le pouls baisse et se maintient aux alentours de 70.

En vue de la guérir de son hyperthyroïdie et de prévenir une reprise de l'asystolie, le 25 août on lui fait subir une thyroïdectomie subtotale bilatérale et elle quitte l'hôpital onze jours plus tard avec un métabolisme basal à plus 13% et un état général excellent.

Cette observation démontre que certaines asystolies sont d'origine thyroïdienne et que cette origine est, dans certaines circonstances particulièrement camouflée. Dès que le goitre fut découvert, nous avons remplacé la thérapeutique toni-cardiaque par un traitement visant à réduire l'hyperthyroïdie, et d'emblée, l'état de cette malade s'est transformé à tel point que l'origine thyroïdienne de l'asystolie devint évidente.

Si dans certains cas d'asystolie l'hyperthyroïdie est camouflée, il n'en est habituellement pas ainsi ; et quand les deux syndromes d'hyperthyroïdie et d'asystolie sont également évidents et que le cas semble être désespéré,

nous sommes d'avis qu'il ne faut pas alors abandonner la partie, mais au contraire, entreprendre une série d'interventions chirurgicales devant aboutir à la thyroïdectomie subtotalaire.

L'observation suivante nous en fournit un exemple particulièrement démonstratif :

Mme U. G., âgée de 62 ans, entre à l'hôpital le 27 décembre 1938 avec une énorme tuméfaction thyroïdienne qu'elle porte depuis des années. Au cours de 10 grossesses successives, elle vit chaque fois son corps thyroïde augmenter un peu de volume pour atteindre, à l'âge de 41 ans, le volume qu'il a encore aujourd'hui. Ce goitre a toujours été parfaitement toléré et n'a jamais causé ni troubles de compression, ni troubles d'hyperthyroïdie jusqu'à il y a un an alors que les troubles d'hyperthyroïdie et d'insuffisance cardiaque semblèrent s'installer simultanément.

Au moment de son entrée à l'hôpital l'état de la malade est excessivement grave, son pouls bat au-dessus de 140 et elle est extrêmement irritable. Il existe un gros souffle systolique à son cœur, la pression artérielle est à 175-80. Malgré un traitement médical aussi intensif que possible, l'état général de la malade s'aggrave sous nos yeux quoique la courbe du pouls semble indiquer le contraire. Le métabolisme se maintient élevé à plus 48%. Trois semaines plus tard l'état général de la malade est jugé assez grave pour qu'on lui administre les derniers sacrements.

Jugeant l'acte chirurgical impossible, nous soumettons la malade à une cure radiothérapique qui semble lui donner un sursis.

Au premier février brusquement son état s'aggrave de nouveau. Le pouls monte au-dessus de 140 et nous jugeons son état désespéré. Mais alors, à l'occasion d'une lecture médicale que nous venons de faire, l'idée de tenter quand même un traitement chirurgical chez cette malade nous vient ; et le Dr Petitclerc veut bien accepter de lui faire, coup sur coup, le 3 février et le 7 février, des ligatures des artères thyroïdiennes.

La première ligature est bien supportée et semble produire une amélioration qui nous paraissait bien désespérée.

La deuxième ligature plus laborieuse est quand même bien supportée.

Le 16 février, c'est-à-dire 9 jours après la deuxième ligature, le Dr Petitclerc enlève en totalité le lobe gauche de la glande thyroïde. La crise post-opératoire n'est pas très impressionnante et 3 jours après l'opération le pouls

revient à 100 c'est-à-dire où il était avant cette première thyroïdectomie. Progressivement l'état de la malade s'améliore et le 28 février le Dr Petitclerc se prépare à enlever le lobe droit de la glande thyroïde. Mais alors avant de procéder à l'extirpation totale du lobe thyroïdien, nous nous consultons les Drs Petitclerc, Vézina et moi-même et décidons qu'il vaut mieux dans l'intérêt de la malade de lui faire alors une thyroïdectomie unilatérale subtotale et non pas totale, comme nous nous étions proposé initialement de faire, parce qu'il semble généralement admis aujourd'hui que les thyroïdectomies totales sont de plus en plus abandonnées par ceux qui ont une grande expérience de la pathologie thyroïdienne.

Cette dernière intervention chirurgicale est également bien supportée malgré une crise post-opératoire quelque peu impressionnante et progressivement, dans l'espace de 8 jours, le pouls revient à 100 pour osciller et suivre la courbe descendante.

Cette observation à mon avis est particulièrement instructive car elle démontre à l'évidence que si la chirurgie du goitre est une chirurgie qui comporte des risques, c'est, par ailleurs, une chirurgie extrêmement riche en promesses et je vous avoue que cette malade-ci en particulier doit sa vie à la main du chirurgien qui a bien voulu entreprendre ce qui semblait impossible. En effet, cette malade aux prises avec une poussée thyrotoxique considérable avait perdu toutes ses chances de guérir et je vous avoue que tous ceux qui connaissaient son état n'entretenaient pas le moindre espoir pour elle quand la série des opérations a débuté.

5.— CONCLUSIONS

En étudiant les résultats obtenus chez nos malades, l'on pourra tirer des conclusions et des enseignements.

I.— Des 666 malades à qui nous avons adressé récemment une lettre circulaire, nous avons reçu 406 réponses qui nous ont permis d'établir les statistiques suivantes :

Sur ces 406 malades, 182 se déclarent guéris et 153 admettent qu'ils sont suffisamment améliorés pour poursuivre une vie normale malgré la persistance de quelques légers troubles ; ce qui fait un pourcentage de 82.51, de très bons résultats. 44, soit 10.83% sont dans le même état qu'avant leur opération. Les autres, soit 6.66% n'ont pas réagi favorablement au traitement, et chez eux, 5 accusent des signes d'hypothyroïdie.

II.— Sur les 752 malades qui furent hospitalisés pendant la décade que nous étudions, nous avons enregistré 12 morts, ce qui donne un taux de mortalité de 1.6%. Ce taux, trop élevé, s'explique par le fait que notre statistique comporte des malades qui furent traités à un moment où la thérapeutique du goitre était sûrement moins au point qu'aujourd'hui.

III.— Une revue succincte de nos cas mortels nous permet d'attirer votre attention sur quelques-uns de ces cas qui illustrent bien les idées que nous avons préconisées au cours de ce travail sur la thérapeutique du goitre. Permettez-nous de vous les résumer brièvement.

Voici deux observations qui démontrent à l'évidence que les goîtres avec troubles de compression comportent toujours de grands risques opératoires :

1.— Mme J.-A. L., 33 ans, goitre kystique simple mais très volumineux. Morte d'hémorragie deux heures après son opération.

2.— M. O. G., 11 ans, crétin et débile, porteur d'un énorme goitre avec de forts troubles de compression est mort à la première bouffée de protoxyde, avant même que la peau fut incisée.

25% seulement de notre mortalité totale relève d'une crise thyrotoxique post-opératoire. Il ne faudrait donc pas penser que c'est là l'unique danger que nous devons nous employer à éviter dans le traitement des goîtres.

1.— Mme V. D., 49 ans, goitre toxique. Métabolisme basal plus 46%, morte d'une crise thyrotoxique post-opératoire.

2.— Mme J. B., 64 ans, goitre très grave avec arythmie complète, asystolie, troubles de compression et métabolisme basal de plus 85% qui baisse lentement à 39%. Elle meurt le lendemain de son opération d'une crise thyrotoxique.

3.— Mlle A. D., 46 ans. Récidive d'un goitre opéré il y a 23 ans. Métabolisme basal de plus 32%. Arythmie complète et asystolie. Très mauvais état général. Opération laborieuse. Morte deux jours après d'une crise thyrotoxique.

Toute une série de nos malades s'avèrent particulièrement vulnérables en raison de leur instabilité nerveuse. Ces malades doivent être soumis à une surveillance particulièrement étroite, car ils risquent, au moment de l'intervention chirurgicale, de mourir de syncope. Deux de nos malades qui

Hormone du Corps Jaune

PROLUTON

Le corps médical dispose maintenant d'une préparation très active à base d'hormone du corps jaune, le **PROLUTON** Schering, qui est de la progestérone pure, cristallisée, obtenue par synthèse. Tous les effets produits sur l'utérus par l'extrait de corps jaune ont également été obtenus au moyen du **Proluton**.

Avortement Récidivant et Menace d'Avortement. Kane rapporte comme suit les résultats qu'il a obtenus avec le **Proluton** : "Sur 40 cas d'avortement spontané récidivant . . . 36 enfants vivants furent mis au monde . . ." ¹

Ménorragie et Métrorragie. Lorsque ces troubles ne sont pas dus à des transformations organiques de l'utérus, le **Proluton** arrête l'hémorragie excessive et irrégulière en amenant la muqueuse utérine hyperplastique à la phase sécrétrice, rétablissant ainsi une menstruation normale.

Dysménorrhée et Tension Prémenstruelle. D'après les rapports publiés, lorsque le développement utérin est normal, la dysménorrhée cède souvent au traitement par le **Proluton**. Les symptômes désagréables qui accompagnent la tension prémenstruelle sont généralement soulagés par le **Proluton**.

Présentation : Le **PROLUTON*** en solution dans l'huile de sésame se vend en ampoules de 1 c.c. : en concentrations de 0,5, 1, 2 et 5 mg — boîtes de 6 et de 50; en concentration de 10 mg — boîtes de 3.

**Pour plus amples informations,
s'adresser au Service des Recherches Médicales.**

1. Am. J. Obst. & Gynec., 32 : 110, juillet 1936.

* Nom déposé au Canada et aux Etats-Unis.

Copyright 1939 par Schering (Canada) Limited.



SCHERING (CANADA) LIMITED

BOITE POSTALE 358, PLACE D'ARMES, MONTRÉAL, P. Q.

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

ARSENOTHÉRAPIE
INTRAVEINEUSE

**NOVARSENOBENZOL
BILLON**

l'arme offensive par excellence

Soumis aux épreuves biologiques et physico-chimiques
les plus sévères, offre le maximum de garantie.

BISMUTHOTHÉRAPIE
INTRAMUSCULAIRE

NÉO-LUATOL

Suspension huileuse d'hydroxyde de Bismuth

- Forte teneur en Bismuth
- Bonne tolérance locale et générale.

Laboratoires POULENC FRÈRES du Canada, Limitée

204, PLACE YOUVILLE - MONTREAL

nous avaient été signalées à cause de leur très grande fragilité nerveuse, sont mortes quand même.

La première, Mme. A. T., 20 ans, Basedow typique, est morte de syncope à la fin de son opération alors que la veille son pouls était monté brusquement de 80 à 120 à l'annonce de son opération prochaine.

L'autre, Mme J. F., 32 ans, Basedow typique grave, métabolisme basal plus 103%. Après un traitement médical de 3 mois, est morte subitement au cours de la nuit qui a précédé le jour où elle devait subir l'intervention.

Il faut en quelque sorte prendre des dispositions pour arriver à opérer ces malades à leur insu.

Trois de nos malades atteintes d'un syndrome hyperthyroïdien particulièrement grave illustrent bien l'importance qu'il y a à ne pas laisser passer le moment optimum pour l'intervention chirurgicale, à savoir le *flat rate*.

La première, Mlle L. St-H., 18 ans, Basedow typique, est morte de syncope à la fin de son opération, 69 jours après son entrée à l'hôpital, alors que 15 jours après cette entrée elle a présenté une courbe de pouls en plateau qui nous démontre bien aujourd'hui que c'était là le moment optima pour l'intervention chirurgicale.

La deuxième, Mlle R. St-H., 20 ans, Basedow typique et grave évoluant depuis 3 mois. Métabolisme basal, plus 87%. Plateau « optimum » après 3 semaines de traitement médical. L'opération paraît encore trop risquée ; on laisse passer l'occasion et la malade meurt deux mois plus tard malgré un traitement par la radiothérapie profonde. (Voir fig. 5.)

La troisième, déjà signalée pour son instabilité nerveuse est Mme J. F., 32 ans. Mère de 8 enfants. Basedow typique et grave. Métabolisme basal, plus 103%. Elle reste trois mois à l'hôpital et meurt de cachexie thyroïdienne malgré tous les traitements médicaux et même la ligature d'une artère thyroïdienne. Dix jours après son entrée à l'hôpital, cette malade avait atteint son plateau « optimum » ; nous l'avons laissé passer et jamais plus la malade n'a présenté des conditions aussi avantageuses.

Enfin voici une dernière observation : Mme A. T., thyroïdectomie totale du lobe droit en mars 1932 pour adénome toxique ; quitte l'hôpital avec un pouls à 80 et se croit guérie. Récidive 3 mois plus tard. Elle traîne chez elle pendant 9 mois et revient en mars 1933 en pleine thyrotoxicose

cardiaque avec asystolie irréductible et meurt cachectique et asystolique sans qu'il soit possible de l'opérer de nouveau.

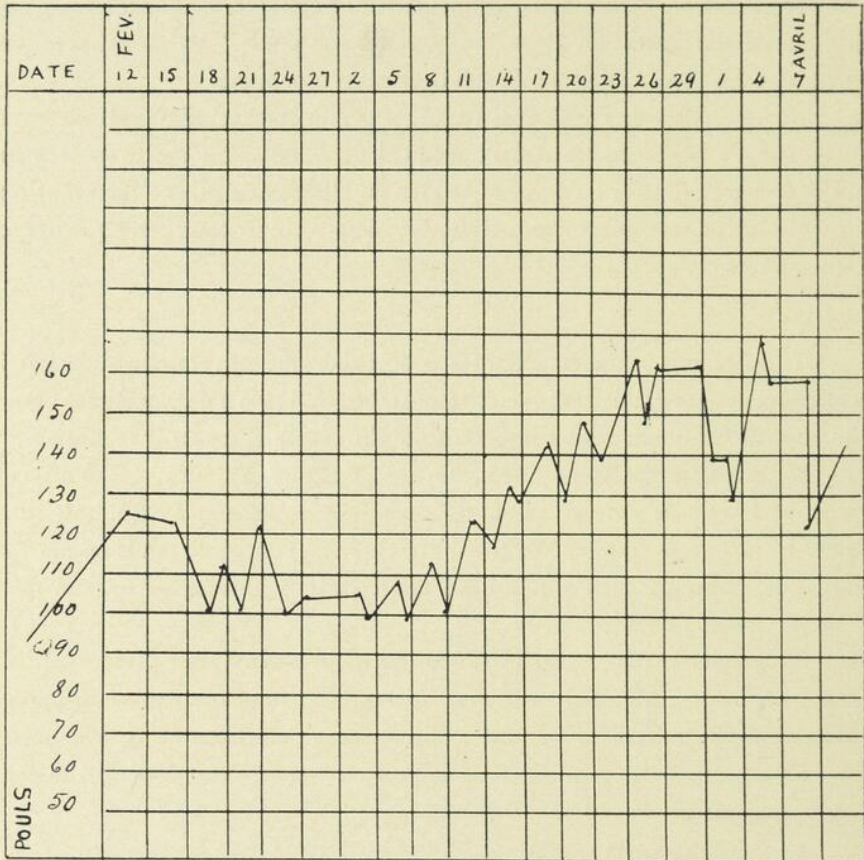


Fig. 5.— Courbe du pouls chez Mlle L. St-H.

Ces faits illustrent bien l'importance qu'il y a de soumettre les thyroïdectomisés à une surveillance médicale qui doit se prolonger des mois après leur opération et de faire une thyroïdectomie subtotale bilatérale même quand il s'agit d'un adénome toxique qui n'intéresse qu'un lobe de la glande thyroïde. En cas de récurrence, il importe de réintervenir hâtivement.

A PROPOS DE LA MALADIE DE BASEDOW

par

Renaud LEMIEUX

Chef de Service à l'Hôpital du Saint-Sacrement

et

Sylvio LEBLOND

Chef de Clinique à l'Hôpital du Saint-Sacrement

L'aspect clinique de la maladie de Basedow est assez net pour que cette maladie ne comporte plus aucune difficulté diagnostique. La triade symptomatique goitre, exophtalmie, tachycardie a été observée dès le début par Parry en 1786, puis reproduite par Graves et Basedow. Il est rare qu'elle n'existe pas en entier dans les cas confirmés.

Le goitre exophtalmique est une maladie de la thyroïde dont l'action se manifeste, comme le dit Danielopolu, d'abord par une exagération des fonctions du système excitateur, c'est-à-dire du sympathique pour l'œil et le cœur, et du parasympathique pour le tractus digestif, les glandes sudoripares, les bronches et aussi par une exagération du métabolisme général, portant à la fois sur l'anabolisme et le catabolisme. Le Basedowien a un appétit bien conservé, parfois même il fait de la polyphagie et malgré cela il maigrit. C'est un véritable diabète, un diabète consomptif : les échanges comme les combustions sont accélérés. Et cela se traduit en clinique par un amaigrissement rapide, contrastant avec un appétit conservé ou exagéré, par des diarrhées profuses du type fonctionnel, de la polyurie, de la glyco-

surie et, surtout, par une augmentation du métabolisme de base, atteignant des chiffres qui dépassent de 50% à 100% sa valeur habituelle.

La mesure du métabolisme basal a pris une telle importance aujourd'hui qu'on ne parle plus de maladie de Basedow sans signaler comme symptôme important la valeur du métabolisme basal.

Il ne s'agit pas de résumer ici tous les signes à noms communs ou à noms propres que rapportent les traités dans la symptomatologie de la maladie de Basedow. Nous voudrions vous faire part seulement de quelques considérations cliniques à propos de malades qu'il nous a été donné d'observer dans les services de médecine et de chirurgie de l'Hôpital du Saint-Sacrement, dans ces dernières années.

Cette affection apparaît aujourd'hui de plus en plus fréquente et il n'est pas un hôpital général qui n'ait en permanence dans ses services des maladies de Basedow en cours de traitement. Cela est dû au fait que le diagnostic se fait mieux qu'autrefois, que les médecins, comme les malades, connaissent mieux la valeur combinée du traitement hospitalier, pour ne pas dire du traitement médico-chirurgical en ce qui concerne cette affection. Un diagnostic de maladie de Basedow comporte aujourd'hui l'hospitalisation tant dans l'esprit du médecin traitant que dans celui du malade car tous deux savent que la guérison dépendra d'un traitement à la fois médical et radiothérapique ou chirurgical.

Dans les observations que nous avons relevées, il est frappant de constater la rareté d'affections semblables chez les collatéraux, contrairement à ce qui existe pour le goitre kystique ou l'adénome. On retrouve très souvent, et d'ailleurs le fait est signalé par tous les auteurs, du rhumatisme articulaire aigu ou de la chorée dans l'histoire antérieure de nos malades ; on retrouve même des associations de tuberculose pulmonaire ou de tuberculose et diabète, assez rarement cependant. Ce qui est moins rare, c'est l'existence de la tuberculose pulmonaire chez un ou plusieurs membres de la famille sans que le malade porteur d'un Basedow soit lui-même atteint de cette affection. On pourra objecter qu'il n'y a là que coïncidence, comme on l'a fait pour l'épilepsie, l'hystérie ou la chlorose, ou encore que, vu la fréquence de la tuberculose, on peut rencontrer chez un ou plusieurs collatéraux directs de tous les malades, quels qu'ils soient, de la tuberculose pulmonaire. Tout de même la répétition des coïncidences mérite d'être signalée. D'ailleurs, on a déjà émis l'hypothèse d'une étiologie tuberculeuse du goitre

CARENES
PARTIELLES
OU TOTALES
DE L'OVAIRE



DI-FOLLICULINE "MEURICE"

(BENZOATE D'ŒSTRADIOL)

AMPOULES INJECTABLES — AMPOULES COMPTE-GOUTTES — DRAGEES
ONGUENT (GYNONGUENT)

UNION CHIMIQUE BELGE S. A.
DIVISION PRODUITS
PHARMACEUTIQUES "MEURICE"



REPRESENTANT POUR LE CANADA:
G. GRAVET, 431, RUE DE MALINES
MONTREAL. — TELEPH. PLATEAU 7005

DI-FOLLICULINE



CALCITHÉRAPIE
GLUCOCHAUX " MEURICE "
(GLUCONATE CALCIQUE)

TABLETTES — GRANULES SUCRES

UNION CHIMIQUE BELGE S. A.
DIVISION PRODUITS
PHARMACEUTIQUES "MEURICE"



REPRESENTANT POUR LE CANADA:
G. GRAVET, 431, RUE DE MALINES
MONTREAL. — TELEPH. PLATEAU 7005

Glucochaux

exophtalmique. Gilbert et Castaigne, Laignel-Lavastine et Bloch, Hufnagel, en ont rapporté des observations restées classiques. Roger et Garnier affirment d'autre part que la thyroïde est presque toujours lésée chez les tuberculeux. Les Basedowiens sont des nerveux. Ils le sont parce que Basedowiens, mais ils sont peut-être aussi Basedowiens parce que nerveux. Souques dit quelque part : « L'école de Vienne admet que les individus prédisposés au goitre exophtalmique sont des fils de nerveux, nerveux eux-mêmes, dont le système nerveux est aisément excitable. »

A ce propos voici une observation qui nous intéressa considérablement dans son temps. C'était en février 1928. Une demoiselle de 36 ans s'amène à l'hôpital pour des douleurs constantes généralisées à tout le côté droit, un syndrome hémialgique complet dont l'épicentre se localise au niveau de la colonne dorsale et de l'omoplate droite. Cette malade avait une histoire médicale assez chargée : grippe espagnole en 1918, appendicite aiguë opérée en 1920, abcès au bras gauche ouvert et drainé en 1926, mastite traumatique opérée aussi après. Hystérectomisée et ovariectomisée en 1927 pour polypes utérins. Elle demeurait avec une sœur, mariée, sans enfant, obèse, qui présentait assez souvent des crises douloureuses thoraciques ou articulaires sans épisodes fébriles, sans limitation des mouvements, excessivement variables dans leur apparition, mais qui la clouaient au lit pour 5 ou 6 jours chaque fois, qui ne disparaissaient jamais, et que les traitements divers, analgésiques ou autres, n'influençaient pas.

Notre malade, peu après son hystérectomie, a présenté des bouffées de chaleur, des battements de cœur, une tendance à l'obésité, des crises lipothymiques assez fréquentes. Quelques mois après son opération, ou mieux cinq mois avant son hospitalisation, apparaissent les malaises qui l'amènent. Elle était alors employée comme commis de vente dans un magasin à succursales.

L'occasion fut l'ingestion de liqueurs glacées. Peu après cette absorption de boissons froides, elle fit un grand frisson avec fièvre élevée, a-t-elle raconté, et un point de côté paravertébral droit est apparu. Deux jours après, il ne reste plus que les douleurs qui deviennent alors lancinantes, s'irradiant vers le membre supérieur, les lombes et le membre inférieur droits, gênant les mouvements et les changements de position. Bientôt tout le côté est pris de la tête aux pieds. Ce sont des élancements, des crampes, etc., sur lesquels se greffent des paroxysmes durant tout près d'une heure,

provoqués par le froid, le contact, les mouvements, les repas, etc. Elle immobilise autant qu'elle peut tout son côté par crainte. La nuit exacerbe ses douleurs. La chaleur, en particulier, la chaleur du lit, les atténue.

Des troubles vaso-moteurs : œdèmes fugaces, placards rougeâtres ou violacés, mobiles, s'ajoutent à cette symptomatologie douloureuse. On constate qu'il existe une légère atrophie du deltoïde droit, une flaccidité assez marquée des masses musculaires du bras et de l'avant-bras.

Il y a une diminution de la force musculaire à la poignée de main du côté malade. Le bras droit mesure 2 pouces de moins en circonférence que le gauche. L'avant-bras a perdu un quart de pouce.

Il existe une hyperesthésie cutanée et la palpation éveille des points douloureux diffus. L'examen du liquide céphalo-rachidien par ponction lombaire ne décèle rien d'anormal (albumine 0.12, cytologie 0.9). Les réactions de Bordet-Wassermann et du benjoin colloïdal sont négatives. Seule la réaction de flocculation de Vernes est positive à + 20 pour la tuberculose. L'azotémie est 0.38. L'examen du fond d'œil est normal.

A propos de cette malade des discussions diagnostiques nombreuses s'élevèrent allant du syndrome thalamique classique jusqu'au pithiatisme le mieux organisé. Cette dernière hypothèse prévalut et un traitement psychothérapique fut institué.

La malade fut isolée, massée, mobilisée progressivement. Elle reçut des applications d'électro-aimant en ayant bien soin de ne pas brancher l'appareil sur la prise de courant. Ce traitement se donnait dans une demi-obscurité toujours la même tous les jours. Elle reçut régulièrement à heure précise des cachets de *mica panis*. Peu à peu les douleurs s'atténuèrent. Des mouvements devinrent plus faciles. Elle put même reprendre une certaine activité.

Le 7 avril 1928, elle quittait l'hôpital et reprenait son emploi. Elle ne conservait de son histoire antérieure qu'une douleur bien localisée au niveau de la colonne dorsale. L'amélioration dura quelques mois. On la revit à la consultation externe. Elle se plaignait de ce point douloureux dorsal, de palpitations, de crises de larmes, de transpirations nocturnes, d'insomnie et d'un état de faiblesse sans cesse grandissant.

Le 3 janvier 1929, des manifestations nouvelles surviennent : un goitre est apparu, léger mais très apparent, et cela depuis trois semaines. Elle tremble et se plaint de palpitations. Les yeux sont saillants, le cœur bat

à 130 et elle a maigri. Elle entre de nouveau dans le service de médecine. Le repos au lit et le Lugol l'améliorent pour quelques jours mais bientôt tous les symptômes s'amplifient. Elle vomit abondamment et fait de l'acidose. Le cœur est en pleine fibrillation, elle fond et meurt le 24 janvier dans un état de cachexie profonde.

Un Basedow excessivement toxique s'était installé chez une malade à système nerveux sensible au superlatif.

L'exophtalmie a une évolution habituellement parallèle aux autres manifestations basedowiennes. C'est elle qui attire d'abord l'attention. La protrusion en avant du globe oculaire avec cet éclat particulier du regard qui donne à ces malades un aspect constamment étonné peut parfois être assez intense pour nécessiter des soins particuliers.

Nous avons pu observer un malade chez qui l'exophtalmie est apparue brusquement à l'occasion d'un discours fait à un banquet. Au cours de son débit, il ressentit brusquement une forte douleur rétro-oculaire et à son retour à la maison il fut tout étonné de constater que les yeux lui avaient grossi. La protrusion devint par la suite tellement intense qu'on dut suturer les deux paupières de l'œil droit pour empêcher le globe oculaire de s'énucléer. Ce malade fut opéré et guérit. L'exophtalmie régressa suffisamment pour lui permettre de conserver ses deux yeux en place.

Une autre malade, âgée de 17 ans, porteuse d'un goitre simple depuis l'enfance voit celui-ci se basedowifier à l'occasion d'une pleurésie interlobaire droite. En même temps que cette pleurésie s'installe, l'exophtalmie se dessine et prend des proportions plus considérables du côté de l'œil droit, c'est-à-dire du même côté que la pleurésie. Les tenants de la théorie sympathique de l'exophtalmie trouveraient dans ce cas un argument de plus pour étayer leur thèse.

Les troubles visuels sont assez fréquents et certains malades porteurs d'un Basedow ignoré viennent consulter pour leur vision. Ils ont des brouillards, des mouches volantes ou de la diplopie, troubles souvent assez marqués pour empêcher toute lecture, tout travail, même la marche. Une malade que nous avons observée présentait des amauroses transitoires qui l'embêtaient considérablement. C'est en cherchant la cause de tous ces troubles visuels qu'on mit en évidence un Basedow, lequel traité, guérit en même temps que la vision recouvrait ses fonctions habituelles normales.

Les troubles digestifs peuvent à certains moments prendre une importance considérable, primordiale, et le malade quand il consulte le fait pour sa digestion ou son intestin. Si on n'y prend pas garde, un Basedow nous échappe. On peut parfois y penser et ne pas en trouver les signes habituels.

Un jeune homme, de 27 ans, fait un séjour à l'hôpital, en février 1938, pour une diarrhée que rien n'explique, survenue, raconte-t-il, à la suite d'un gros repas. Il émet 7 à 10 selles par jour, plus ou moins liquides. Aucune douleur, aucun amaigrissement. Le médecin qui le traite alors fait faire un métabolisme basal. Celui-ci est à + 8%. La correction de son régime alimentaire l'améliore. A peine rendu chez lui, la diarrhée reprend et un mois après il revient dans le Service de Médecine cette fois-ci. La diarrhée existe identique à celle qu'il avait déjà présentée, plus abondante cependant ; elle s'accompagne de coliques abdominales, d'un appétit vorace et d'une soif intense. Il n'a pas maigri, mais il présente des troubles nerveux : battements de cœur, bouffées de chaleur, tremblement passager localisé au bras droit.

Les selles évacuées viennent d'une colite exsudative droite, nous dit le coprologiste. Il fait de l'hypochlorhydrie à l'histamine.

Une thérapeutique faite d'acide chlorhydrique, de poudres absorbantes, de ferments digestifs et d'un régime approprié, l'améliore. La diarrhée s'atténue. A son nouveau départ, il n'a plus que 2 ou 3 selles par jour, mais à peine rentré chez lui tout recommence, et ses évacuations atteignent des chiffres de 15 à 20 par jour.

Il revient en août 1938. Il a maigri, il tremble, ses yeux sont éblouissants ; il fait de la tachycardie, les artères du cou et le cœur battent avec dureté. Le métabolisme basal est à + 52%. La thyroïdectomie fait disparaître sa diarrhée plus facilement que toutes les poudres ou les médicaments tonifiants qu'il avait reçus auparavant. Un seul symptôme existait de son Basedow : la diarrhée. Il a fallu plus de 6 mois à la maladie pour s'extérioriser sous son vrai jour.

Les troubles digestifs, surtout les troubles intestinaux, sont donc plus souvent qu'on ne le pense les premiers malaises ou les premiers symptômes d'une maladie de Basedow.

L'étude du métabolisme basal permettra dans de nombreux cas de confirmer le diagnostic, à moins que lui-même ne fasse défaut comme chez le malade que nous venons de citer.

METHODE DE WHIPPLE

HEPATHERMO

DESCHIENS



Extrait concentré hydrosoluble de foie de veau

Forme ampoule - Forme sirop

**SYNDROMES
ANÉMIQUES**

DESCHIENS, 8, RUE PAUL BAUDRY - PARIS (VIII^e)
REPRÉSENTANT : ROUGIER, 350, RUE LEMOINE, MONTRÉAL (CANADA)

au cours
de la **Grippe**

le **SIROP
FAMEL**

à base de Lactocréosote soluble
est une sauvegarde contre les
**COMPLICATIONS
PULMONAIRES**

Echantillons et Littérature à MM. les Docteurs
Laboratoires P. Famel, 16-22, rue des Orteaux, Paris-20^e

Distributeurs au Canada :
ROUGIER FRÈRES, 350, rue Le Moyne — MONTRÉAL

SULFOCIDE

(Para - Amino - Benzene - Sulfamide)

à l'usage exclusif du médecin.

INFECTIONS STREPTOCOCCIQUES & GONOCOCCIQUES

Infections Puerpérales	Amygdalite aiguë
Scarlatine	Impetigo Chronique
Septicémie	Méningite
Erysipèle	Otite moyenne
Arthrites suppurées	Gonorrhée

LITTÉRATURE et ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

CONDITIONNEMENT :

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



Casgrain & Charbonneau, Limitée

MONTRÉAL

L'existence d'un Basedow comporte aujourd'hui explicitement la recherche du métabolisme de base, et un métabolisme basal élevé confirme l'existence d'un goître exophtalmique. Les deux marchent de pair. Les élévations substantielles du métabolisme basal fait dans les conditions requises, indiquent à coup sûr l'existence de cette maladie.

Le métabolisme basal est en somme l'échelle dosimétrique de l'intensité de la maladie, en principe, car en pratique, un chiffre exact est plus difficile à obtenir, tellement difficile que Babinovitch a même tenté un jour de le faire une heure après le repas pour éviter les effets nerveux provoqués par la faim et les tiraillements d'un estomac vide.

Pour qu'un métabolisme basal ait de la valeur il faut que le sujet à explorer soit dans des conditions de travail minimum, ne gardant de ses habitudes fonctionnelles que la circulation, la respiration et le travail cellulaire réduit à sa plus simple expression.

Le Basedowien est un nerveux, mais tous les Basedowiens ne sont pas identiquement nerveux. L'état nerveux de ce malade ne mesure pas la valeur de la maladie. C'est cet état nerveux cependant qui, par l'angoisse respiratoire qu'il entraîne, les tremblements qu'il exagère, les mouvements intempestifs qu'il engendre pourra donner des chiffres exagérés.

Nous avons actuellement sous traitement une malade dont le métabolisme basal, à son arrivée, était de + 86%. Elle était alors excessivement nerveuse ne pouvait tenir en place et la tenir au lit était tout un problème. Après trois semaines de Lugol et de Gardénal cet état nerveux s'était considérablement calmé. Un nouveau métabolisme de base a été impossible à faire à cause de l'anxiété et de la crainte qu'inspiraient à la malade l'appareil et la tubulure. Repris quelques jours après alors que la malade avait vu le mécanisme, qu'on avait essayé de la rassurer, le métabolisme était encore à + 84%. Et pourtant elle allait mieux. Elle était moins nerveuse, dormait bien et ne ressentait plus ce besoin de mouvement constant qu'elle présentait auparavant. Les conditions requises pour la mesure du métabolisme doivent être observées avec une exactitude d'autant plus grande que les troubles nerveux sont plus marqués. Pour bien apprécier un résultat de la mesure du métabolisme de base il faut l'avoir fait soi-même, l'avoir vu faire, ou encore connaître parfaitement son malade. L'état clinique du sujet, l'évolution du syndrome et les résultats thérapeutiques sont les

critères qui permettent une appréciation relativement juste de la mesure du métabolisme basal.

Certains tests ont été préconisés qui permettraient de mettre en évidence ou de confirmer l'existence d'une hyperthyroïose, ce sont par exemple : l'épreuve à l'adrénaline de Goetsch. Cette épreuve qui comporte l'injection d'adrénaline sous-cutanée peut, dans les cas graves, présenter des inconvénients.

La mesure de glutathion sanguin est de trouvaille assez récente et les quelques cas où nous l'avons cherchée coïncident avec les résultats de Rivoire et Bermond.

La mesure de la vitesse du sang au saccharinate de soude est intéressante à rechercher dans les manifestations cardiaques Basedowiennes. Elle ne se ralentit pas, contrairement à ce qu'elle fait dans les insuffisances cardiaques non thyroïdiennes.

Il existe à côté des Basedow bien confirmés, avec métabolisme de base exagéré, des manifestations qui, au point de vue clinique, sont toutes celles d'un Basedow, mais sans l'élévation du métabolisme basal. Celui-ci est toujours bas ou voisin de zéro. C'est ce que Maranon a appelé des « névroses végétatives pseudo-basedowiennes ». Ces névroses réagissent assez bien au traitement médical, mais on peut les considérer comme des Basedow en imminence, ou peut-être comme des Basedow incipients.

Ces quelques considérations que nous venons d'émettre ne sont pas des hypothèses, ce sont des faits observés et des conclusions tirées. Nous avons tenu à rapporter quelques observations pour mieux les mettre en évidence.

BIBLIOGRAPHIE

- SOUQUES, A. Pathologie de la Glande Thyroïde. *Nouveau Traité de Médecine*. Roger, Vidal, Tessier, etc. Fascicule VIII, pp. 192 et seq.
- RIVOIRE, R. et BERMOND, A. Le Test du Glutathion dans l'Hyperthyroïde. *Bulletins et Mémoires de la Société Méd. des Hôpitaux de Paris*, 27 mai 1938.
- GODARD, H. Les Formes insoupçonnées de l'Hyperthyroïdisme dans l'insuffisance cardiaque d'apparence banale. *Le Monde Médical*, 15 janvier 1939, p. 51.
- DANIELOPOLU, D. Classification et Pathogénie des Thyroïdies endémiques et sporadiques. *Presse Médicale*, n° 74, p. 1363, 14 septembre 1938.

LE MÉTABOLISME DE BASE

par

Roméo BLANCHET

Professeur de Physiologie à l'Université Laval

On a cru qu'il serait opportun, à l'occasion d'une revue générale sur les goitres, de vulgariser encore une fois dans un milieu où elle le fut relativement peu, la notion du métabolisme de base. Dans cette courte étude, où tout essai de critique sera systématiquement écarté, je m'emploierai à être plutôt simple et pratique que complet.

LES FONDEMENTS DU MÉTABOLISME

Avant de définir la nature même du sujet qui fait l'objet de cet exposé, il importe de rappeler quelques notions préliminaires sur les fondements du métabolisme en général.

L'étude de la chaleur animale, la bioénergétique, a conduit par des mesures concrètes à établir les lois fondamentales de la vie, à scruter « l'intimité la plus reculée du processus vital ». « Sa mise au point représente l'un des plus grands progrès de la biologie contemporaine » (Dastre).

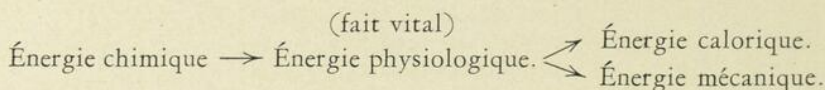
Dans l'être vivant circule constamment un flux de matière et d'énergie. A ce double mouvement on a donné le nom de métabolisme (transformation).

La succession ininterrompue des travaux organiques s'effectue sous l'impulsion d'une énergie que l'être emprunte à ses réserves combustibles (elles-mêmes puisées dans les aliments) et à sa propre substance. Cette dégradation de la matière constitue ce que l'on a désigné sous le nom de *métabolisme matériel ou chimique*.

Or l'aliment apporte, en même temps que la matière, toute l'énergie potentielle qu'il a emmagasinée à l'occasion de sa synthèse dans la nature ;

et le métabolisme chimique trouve son expression essentielle et définitive dans la création et l'entretien du *métabolisme énergétique* de l'être, condition de toute son activité. Ces deux transformations sont à la fois parallèles et liées : le métabolisme énergétique résulte du métabolisme chimique et il en mesure la grandeur. Ainsi « tout acte fonctionnel commence par une action chimique et finit par une production de chaleur, l'action vitale s'intercalant entre les deux » (Dastre).

L'équation du flux, exprimée en termes énergétiques homogènes dans leur ordre de succession irréversible, prend la forme générale de dégradation suivante :



Transformateur chimique, l'organisme peut fonctionner à la fois en générateur de chaleur et en générateur de travail.

Or les dépenses pour le rendement mécanique sont comparativement faibles ; on sait qu'une calorie est l'équivalent mécanique de 425 kilogrammètres.

Au repos, dans les conditions du déterminisme expérimental exigées pour la mesure du métabolisme de base, cette dépense est pratiquement négligeable. Aussi, seule la thermogenèse manifesterait l'activité physiologique et en mesurerait la valeur.

LA NATURE DU MÉTABOLISME DE BASE

Scrutons maintenant le contenu de la notion du métabolisme de base.

La constance de la température centrale chez les homéothermes est remarquable : elle oscille entre 37 et 38 degrés. A tout moment ces organismes perdent autant de chaleur qu'ils en produisent grâce au jeu vigilant de leurs mécanismes thermorégulateurs. Cet équilibre entre la thermogenèse et la thermolyse maintient normalement la température corporelle à son niveau physiologique ; et la mesure de la déperdition calorique équivaut à la mesure de la production ou des dépenses énergétiques.

On peut grouper ces dépenses en deux catégories radicalement distinctes : les unes, provoquées par des modifications temporaires de l'organisme ou des conditions momentanées du milieu, ont un caractère de contingence

LAROSTIDINE

"ROCHE"

Solution *authentique* à 4% de monochlorhydrate d'histidine "Roche" préparée pour les auteurs de cette thérapeutique moderne.

Traitement indolore étiopathologique le plus complet des ulcères gastro-duodénaux.

Avantages de la Larostidine "Roche"

- Cessation rapide des douleurs.
- Disparition des vomissements.
- Elargissement du régime.
- Pas d'hospitalisation.
- Augmentation du poids.
- Amélioration du psychisme et de la vitalité.

HOFFMANN-LA ROCHE LIMITÉE, MONTRÉAL
286 ouest, rue St-Paul Montréal.

MEMENTO MEDICE!

Toutes les affections
pulmonaires
bronchites, grippe

SIROP "ROCHE"

au thiocol

orexique, eupeptique

**HOFFMANN-LA ROCHE
LIMITÉE**
Montréal





BIS-KAM-OIL

TRAITEMENT RATIONNEL
des affections gastro-intestinales
par le poudrage

DYSPEPSIES
HYPERCHLORHYDRIE
AÉROPHAGIE
CONSTIPATION
OXYURASE

AGENT GÉNÉRAL :
J. EDDE Lte Montréal

Laboratoires
du Dr Pierre ROLLAND et DURET & RÉMY
RÉUNIS
ASNIÈRES près PARIS

Tonique de l'organisme
REMINÉRALISANT RÉCALCIFIANT

GAUROL

Ampoules de 1cc pour injections intramusculaires

Gaurol intraveineux

Ampoules de 5cc

HÉMOSTATIQUE PUISSANT

LABORATOIRE PÉPIN et LÉBOUCQ, PARIS.

J. EDDÉ Limitée, Montréal, Agent général.

et de variabilité ; les autres, au contraire, à la fois nécessaires et irréductibles, sont l'expression de l'activité vitale elle-même.

Si les augmentations contingentes des échanges sont supprimées, la thermogénèse résiduelle correspond à une somme représentant :

1° Les dépenses d'énergie entraînées par les combustions propres de toutes les cellules, c'est-à-dire par l'entretien de leur équilibre vital.

2° Les dépenses de fonctionnement nécessaires que Lefèvre appelle « le service physiologique ». Elles proviennent de la chaleur liée au fonctionnement des systèmes dont l'activité est continue : circulation, respiration, sécrétions, etc.

3° À la somme des deux dépenses précédentes, s'ajoutent celles qui sont effectuées pour la thermorégulation réduite que tout homéotherme doit faire pour maintenir sa température invariable, même s'il est placé dans les conditions usuelles du métabolisme de base.

La somme de ces trois énergies est la seule qu'il importe de mesurer. Elle est la base pratique qui permet d'obtenir des résultats comparatifs satisfaisants chez un même individu et aussi d'un organisme à l'autre.

En résumé, d'après Schaeffer, « le métabolisme de base est celui qui correspond au mouvement d'énergie le plus faible qui se puisse constater chez l'homme, lorsque toutes les causes contingentes d'augmentation des échanges ont été éliminées ».

Les facteurs parasites qui pourraient perturber la mesure de la dépense de fond en modifiant la calorification doivent donc être éliminés. Ce sont : a) l'alimentation, b) le travail musculaire et c) la température ambiante.

1.— *L'alimentation.* Après les repas la production de chaleur augmente. Cet accroissement des dépenses varie avec la quantité et la nature des aliments ingérés. Ce phénomène, connu depuis Lavoisier, a été scientifiquement étudié par Rubner qui a traduit ainsi *l'action dynamique spécifique des aliments* : Quand un homéotherme reçoit 100 calories sous forme de protides, il en irradie 130. L'action dynamique spécifique de la viande est donc de 30 p. 100. Celle des glucides et des lipides est beaucoup plus faible, et d'après Lusk, ne dépasserait pas 4 p. 100.

Il y a donc production d'extra-chaleur pendant les périodes digestives, énergie que l'organisme emprunte vraisemblablement aux potentiels chimiques qu'il a en réserve. Quoiqu'il en soit de la nature même des processus qui déterminent l'accroissement post-prandial des dépenses énergétiques, il

importe de retenir le fait et de n'effectuer la mesure de la dépense de fond qu'à l'état de jeûne. D'autant que l'extra-consommation d'oxygène qu'entraîne l'A. D. S. apparaît au maximum à la neutralité thermique.

2.— *Le travail musculaire*, on le sait, s'accompagne d'une augmentation de la consommation d'oxygène et relève la valeur de la calorification. Ce facteur contingent n'apparaît pas à tous d'égale importance. Il vaut évidemment mieux, puisqu'il s'agit ici de mesurer une valeur minima, que le laboratoire aille au malade plutôt que celui-ci au laboratoire quand les circonstances le permettent.

3.— *La température ambiante* est aussi un élément perturbateur des dépenses d'énergie. Quand la température extérieure s'abaisse, l'organisme, pour suppléer à la déperdition calorique, produit de la chaleur : donc il dépense de l'énergie. Si au contraire, la température ambiante s'élève, il met en jeu ses mécanismes thermolytiques ; il dépense encore de l'énergie.

Il existe une zone thermique où les échanges sont réduits au minimum : elle correspond à la température limite que Lefèvre a nommée « point de neutralité thermique ». Ici l'organisme n'a à lutter ni contre le chaud ni contre le froid ; aucune excitation extérieure ne venant solliciter ses appareils thermorégulateurs, il laisse écouler librement sa chaleur sans interventions réactionnelles.

La neutralité thermique pratique, est obtenue pour l'homme, quand celui-ci légèrement vêtu est maintenu dans une atmosphère à 16 ou 18 degrés. Sa température sous-vestiale est alors de 32 degrés environ.

La suppression des dépenses contingentes est formulée dans la définition analytique et précise qu'a donnée Du Bois du métabolisme de base.

« C'est, dit-il, la quantité de chaleur (exprimée en grandes calories) produite par mètre carré de surface corporelle par un sujet à jeun depuis 12 heures au moins, étendu et au repos depuis une demi-heure au moins, vêtu et dans un milieu à une température de 16 à 18 degrés », (neutralité thermique pratique).

Par convention arbitraire, pour les seuls besoins de la standardisation des mesures, la dépense minima d'énergie est rapportée à l'heure. Mais elle est aussi rapportée au mètre carré, ce qui appelle certaines considérations. Quoique l'irradiation calorique ne soit pas rigoureusement proportionnelle à la superficie des téguments comme on l'avait cru autrefois, quoique la loi des surfaces soit empirique, et biologiquement inexacte, l'unité de mesure

mètre carré doit être conservée car elle s'est avérée comme l'élément comparatif le plus homogène.

La mesure de la surface corporelle, d'après la formule de A. et E. Du Bois est d'ailleurs calculée en fonction du poids et de la taille :

$$\text{Surface} = \text{Poids} \times \text{Hauteur} \times K \quad (71.84),$$

la surface étant exprimée en centimètres carrés, la hauteur en centimètres et le poids en kilos.

Tel est, en substance, le contenu de la notion du métabolisme de base.

LA MESURE DU MÉTABOLISME DE BASE

Négligeant tout aspect technique de calorimétrie, nous nous en tiendrons aux principes des méthodes préconisées pour la mesure de l'énergie émise dans les conditions du métabolisme de base.

Deux méthodes peuvent être utilisées :

a) La calorimétrie directe ou physique, qui consiste à enfermer le sujet dans une chambre calorimétrique et à mesurer la chaleur dégagée. C'est la méthode étalon, qui servira à juger de la valeur des autres méthodes, mais elle est inaccessible à la clinique.

b) Il faut donc préconiser la méthode de calorimétrie indirecte, et plus spécialement la thermochimie respiratoire dont voici le principe :

Pour brûler dans l'organisme les aliments consomment des quantités définies d'oxygène avec un dégagement de chaleur déterminée. Connaissant la quantité d'oxygène consommée par un sujet durant un temps donné, on peut calculer l'énergie métabolisée pendant la période considérée.

L'emploi des coefficients thermiques pratiques de l'oxygène permet d'effectuer ce calcul avec une approximation suffisante. On sait que le coefficient thermique de l'oxygène change avec la nature du combustible. Un litre d'oxygène brûlant des protides dans l'organisme dégage 4 cal. 54 ; s'il brûle des lipides, il dégage 4 cal. 70 ; et s'il combure des glucides, il dégage 5 cal. 09. (Lefèvre.)

Pour calculer le métabolisme, il faudrait donc savoir dans quelle proportion l'organisme brûle chaque espèce d'aliment ou de réserve au moment de l'épreuve. En pratique, ce qui est un compromis, on convient d'effectuer les calculs avec un coefficient calorique moyen de 4.83.

Tous les éléments du problème étant connus, la formule schématique du métabolisme de base peut s'écrire :

$$M. B. = \frac{\text{nombre de litres de O}^2 \text{ retenus en 1 h. x 4.83}}{\text{surface corporelle.}}$$

VALEUR ET EXPRESSION DU M. B.

La valeur de la dépense de fond varie avec l'âge et le sexe. Chez l'homme adulte, elle est de 39 calories et légèrement inférieure chez la femme, à 37 cal. 5.

L'amplitude des variations déterminées par l'âge n'est pas bien considérable si on néglige le cas très particulier du nourrisson et de l'enfant, mais il en faut tenir compte dans les calculs. Le tableau suivant donne la grandeur de ces variations :

Variations du M. de B. avec l'âge et le sexe. (D'après Gley.)

	<i>Homme</i>	<i>Femme</i>
De la naissance au 8e jour	25 calories	
De 1 à 3 ans	49 "	
De 5 ans	45 cal. 5	
De 10 ans	43 calories	
De 15 ans	41 "	39 calories
De 20 à 40 ans	39 "	37 cal. 5
De 50 ans	37 "	36 calories

On exprime la valeur du métabolisme en pourcentage du chiffre normal ; et pour éliminer les erreurs expérimentales dues aux imperfections de la méthode, de même que les écarts individuels du chiffre moyen, une variation qui n'excède pas + 10 p. 100 ou -- 10 p. 100 ne doit pas retenir l'attention du clinicien.

LES LIMITES PRATIQUES DU M. B. APPLIQUÉ À LA CLINIQUE

Les variations pathologiques du métabolisme de base sont multiples mais de grandeurs variables, et certaines, celles de peu d'amplitude, sont inutilisables.

UROPAZINE

GOUTTE, RHUMATISME, SCIATIQUE



CONTIENT
DU SOUFRE
COLLOÏDAL

ELIMINE L'ACIDE URIQUE

UROPRAZINE

GRANULÉ EFFERVESCENT



PIPÉRAZINE

HEXAMÉTHYLÈNETÉTRAMINE

SOUFRE COLLOÏDAL

FORMIATE DE LITHINE



INDICATIONS :

RHUMATISME GOUTTE SCIATIQUE

LABORATOIRES SPARTOL

34, rue Godot de Mauroy

-

PARIS, France

Représentants exclusifs pour le Canada et les Etats-Unis:

HERDT & CHARTON, INC.

2027, avenue McGill College

-

MONTREAL

1) Sa mesure est *pratiquement* indiquée dans les affections de la thyroïde, toutes les fois qu'on soupçonne l'existence d'une hypo ou d'une hyperthyroïdie, troubles fonctionnels qui déterminent à peu près toujours une diminution ou une accélération nettes des échanges respiratoires. La valeur diagnostique et pronostique des variations métaboliques au cours de ces états est universellement admise.

2) Il sera également indiqué de pratiquer le métabolisme de base dans la tuberculose « s'il y a des phénomènes thyroïdiens et des épisodes évolutifs qui lui sont liés ». (Cordier). Ici même, notre collègue Marcoux donnait des précisions sur cette indication.

3) De plus, dans l'asthme endocrinien, l'évaluation de la dépense de fond relève d'une indication précise, puisque, selon Cordier, « on peut dire que sur 100 asthmatiques, 25 au moins ont des troubles de l'équilibre thyroïdien ».

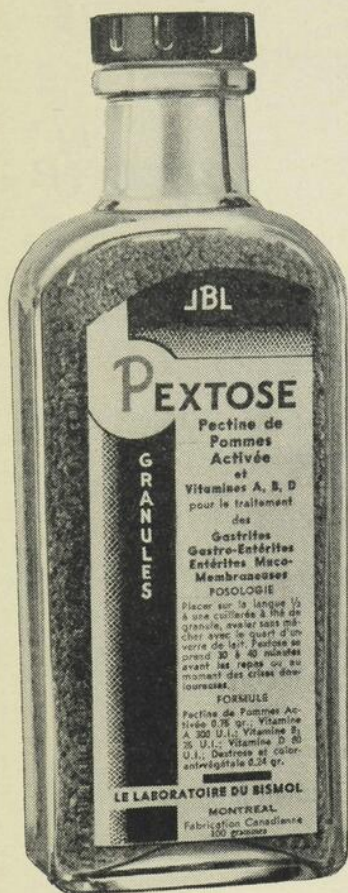
4) On a constaté aussi des modifications du métabolisme de base dans le diabète, les leucémies, principalement la myéloïde, les obésités d'origine hypophysaire et les syndromes post-encéphaliques.

Mais, sur le terrain clinique pratique, le métabolisme de base est avant tout un test fonctionnel de la thyroïde : toutes les autres indications, d'ordre expérimental, passent au second plan. L'expérience et le bon sens clinique commandent de ne pas demander davantage, dans l'état actuel de la technique, à un procédé d'investigation auquel le sort a été singulièrement favorable.

BIBLIOGRAPHIE

- CORDIER, V. Notes pratiques sur le métabolisme basal. *J. de Méd. de Lyon*, 10 : 169, (5 mars) 1929.
- FLORENCE, G., CREYSSEL, J. et ENSELME, J. Recherches sur le métabolisme basal dans les affections thyroïdiennes. *J. de Méd. de Lyon*, 10 : 159, (5 mars) 1929.
- FLORENCE, G. et ENSELME, J. Qu'est-ce que le métabolisme basal ? *J. de Méd. de Lyon*, 10 : 147, (5 mars) 1929.
- GLEYS, E. Physiologie. *J.-B. Baillière et Fils*, Paris 1938, p. 408.
- LABBÉ, M. Valeur du métabolisme basal pour le diagnostic de la maladie de Basedow. *La Presse Médicale*, no 82 : 1297, (13 oct.) 1928.

- LABBÉ, M. et STEVENIN, H. Le Métabolisme basal. *Masson & Cie*, Paris, 1929.
- LE BRETON, E. Recherches sur la notion de « masse protoplasmique active ». *Institut de Physiologie de Strasbourg*, 1928.
- LEFEVRE, J. Manuel critique de Biologie. *Masson & Cie*, Paris 1938, p. 945.
- MARCOUX, H. Métabolisme basal, hyperthyroïdie et tuberculose pulmonaire. *Laval Médical*, 3 ; 1 : 28, (Jan.) 1938.
- SERVANTIE, L. La pratique du métabolisme basal. *J. de Méd. de Bordeaux*, 107 ; 15 : 423, (30 mai) 1930.
- SCHAEFFER, G. Le métabolisme basal, in Conférences de Physiologie médicale sur des sujets d'actualité. *Masson & Cie*, Paris 1933, p. 65.
- STÉVENIN, H. et JANET, H. Le métabolisme basal. *Ann. de Méd.*, 13 ; 5 : 459, (mai) 1923.
- TERROINE, E.-F. et ZUNZ, E. Le métabolisme de base. Physiologie et pathologie. *Les Presses Universitaires de France*, Paris 1925.
- PLANTEFOL, L. La détermination du métabolisme basal. *Paris Médical*, 73 : 197, (23 fév) 1929.
-



LA PECTINE DE POMMES

est indiquée dans le traitement des troubles gastro-intestinaux (H. Wilke, M.D., hôpital des Enfants, Berlin, mai 1936) aussi expérimentée avec résultats remarquables dans certains cas d'ulcères peptiques et d'hématémèses (L'Union Médicale, octobre 1939).

LA PECTINE DE POMMES

peut être activée par un procédé spécial afin d'augmenter sa surface de contact et ainsi empêcher la formation de masses gélatineuses inertes en présence d'eau, de lait ou de chyme stomacal.

"PEXTOSE"

est le nom servant à désigner la pectine de pommes activée, associée aux vitamines A, B et D, sous forme de granulé.

Echantillons et littérature à MM. les Médecins seulement.

Un flacon de PEXTOSE (100 grammes) équivaut, approximativement, en substance active à 2 ½ livres de poudre de pommes desséchées ou 20 livres de pommes fraîches.

Dose : ½ à 1 cuillerée à thé ½ heure avant les repas et le soir au coucher.

UNE NOUVELLE SPÉCIALITÉ DE :

Le LABORATOIRE du BISMOL

(La Compagnie Pharmaceutique Des Bergers)

945, rue Côté, MONTRÉAL

REPRÉSENTANTS :

Pour les É.-U. : Geo. J. Wallau Inc., New-York.

Afrique-Sud : Wm. J. Fowle, Johannesburg. — Jamaïque : R. A. McKenzie & Co., Kingston. —

Chine : Jardine Matteson & Co., Ltd., Hong-Kong. — Indes : G. Loucatos, Bombay et Calcutta. —

Cuba : VDA. de Jardy y Hno, Havane.



L'hormonothérapie femelle

**CIBA PRÉSENTE SES NOUVELLES PRÉPARATIONS HORMONALES
FEMELLES, APPRÉCIABLES QUANTITATIVEMENT ET DOSABLES
PONDÉRALEMENT**

L'oestradiol (et ses esters) ainsi que la progestérone, corps chimiquement purs, sont maintenant offerts à la profession médicale par la Ciba. Des investigations cliniques approfondies ont montré d'une façon concluante l'efficacité thérapeutique de ces substances.

Substances œstrogènes

OVOCYLINE (*oestradiol*)

Comprimés — Suppositoires — Onguent

BEN-OVOCYLINE (*benzoate d'oestradiol*)

Ampoules pour injections intramusculaires

DI-OVOCYLINE (*dipropionate d'oestradiol*)

Ampoules pour injections intramusculaires

Hormone du corps jaune

LUTOCYLINE (*progestérone*)

Ampoules pour injections intramusculaires

Des données concernant les effets physiologiques, les indications et le schéma de posologie de ces nouveaux produits "CIBA" ont été réunies en un opuscule dont une copie sera volontiers envoyée sur demande à MM. les Médecins.

COMPAGNIE CIBA LTÉE. - MONTRÉAL

ANALYSES

Frank H. LAHEY. **Routine dissection and demonstration of the recurrent laryngeal nerve in subtotal thyroidectomy.** (La dissection et la mise en évidence systématiques du nerf récurrent laryngé dans la thyroïdectomie subtotale). S. G. & O. 66 : 774, (Avril) 1938.

Jusqu'à maintenant, au cours des thyroïdectomies subtotaux, les chirurgiens, dans la crainte de blesser le récurrent, ont évité de le voir. Mais ce travail aveugle a donné des paralysies laryngées.

Depuis trois ans, Lahey a entrepris au contraire de le mettre systématiquement en évidence. Il l'a disséqué dans tous les cas de goitre toxique, même les plus frustes (plus de 3000 goitres) et il n'a jamais eu de paralysie, ni immédiate ni tardive.

Il a constaté que le récurrent avait une situation presque invariable, quel que soit le type de goitre, même les plongeants.

Pour bien voir le nerf, il ne faut pas craindre de luxer fortement le lobe thyroïdien. On place un écarteur mousse sur le paquet vasculo-nerveux et l'on voit très bien l'artère thyroïdienne inférieure se tendre. L'on sait que le nerf récurrent croise cette artère à angle droit. On sent le nerf au doigt ; il est dur et a le volume d'une mine de crayon. On le dégage à la pince mousse du tissu cellulaire péri-artériel et on le voit très bien.

C'est entre le point où il croise l'artère et son lieu de pénétration dans le larynx, i.e. à la corne du cartilage thyroïde, que le nerf est le plus souvent lésé. C'est dans ce trajet qu'il est habituellement recouvert d'un lobule thyroïdien.

Comme autre mesure de prudence, ou ligature la thyroïdienne inférieure en-dehors du point où elle est croisée par le nerf, ce qui évite de pincer une de ses branches qui saignerait dans la zone dangereuse. En procédant ainsi, Lahey constate que l'on voit très souvent les parathyroïdes. Il ajoute

qu'il ne faut pas tenter de les conserver car leur dissection détruit très facilement les vaisseaux de petit calibre qui les nourrissent et sacrifie ainsi leur fonction.

Cette méthode, dans les mains de chirurgiens avertis, diminue considérablement le nombre de blessures du récurrent et permet ainsi d'enlever plus de tissu glandulaire sans augmenter les chances de lésion du nerf.

Pierre JOBIN.

Samuel SOSKIN et I. A. MIRSKY (Chicago). **Medical Treatment of hyperthyroidism with a high fat diet.** (Le traitement médical de l'hyperthyroïdisme par un régime très riche en graisses). *J. A. M. A.* 110 ; 17 : 1337, (23 avril) 1938.

La thyroïdectomie subtotale est le traitement de choix de l'hyperthyroïdisme ; elle comporte un fort pourcentage d'excellents résultats. Aussi le traitement médical : repos au lit, ration calorique élevée, administration d'iode, etc., n'a-t-il lieu d'être employé que temporairement dans le but de préparer le malade à l'intervention. Chez les malades pusillanimes qui refusent toute intervention, le traitement médical seul peut parfois amener une sédation complète des symptômes, même dans les formes graves d'hyperthyroïdisme.

Abelin et ses collaborateurs ont montré que des rats soumis à un régime de légumes verts, riches en matières minérales et en Vitamine A se montraient très résistants à l'administration de fortes doses d'extraits thyroïdiens. Des observations cliniques ont pu mettre en évidence les bons effets de la Vitamine A et des substances grasses qui la contiennent dans le traitement du goitre exophtalmique. L'administration de quantités assez fortes de substances grasses en même temps que la thyroxine a pour effet de maintenir le taux de la lipémie au voisinage de la normale chez les animaux en expérience. Ces faits expérimentaux sembleraient indiquer qu'il faille voir dans l'hypolipémie qui accompagne les états hyperthyroïdiens plus qu'un effet secondaire ou un simple incident au cours de ces affections.

S. et M. rapportent le cas d'une jeune femme atteinte d'une forme d'hyperthyroïdie grave qui, ayant refusé l'intervention chirurgicale, fut soumise avec succès à un régime riche en matières grasses : protéines 90 grms, graisses

POUR VOTRE RELIURE ADRESSEZ-VOUS

C.-A. DORION & FILS

RELIEURS - IMPRIMEURS

42, rue GARNEAU, — QUÉBEC

Téléphone 2-1307 — Boite postale 351



Spécialités : Reliures d'art antique et moderne avec motifs appropriés au sujet du livre. Livres de bibliothèques. Articles en cuir. Revues, etc.

RELIURE DE TOUS GENRES A DES PRIX TRÈS MODESTES.

LANGEVIN CIMON BA., IF.

351, Blvd Charest

QUÉBEC

Téléphone 2-2998

APPAREILS DE RADIOLOGIE ET D'ÉLECTRO-THÉRAPIE

TRANSFORMEURS
TABLES COMBINÉES
FLUOROSCOPES
UNITÉS MOBILES
PORTATIFS
AMPOULES, FILMS, ECRANS

ONDES COURTES
ONDES ULTRA-COURTES
ULTRA-VIOLET
INFRA-ROUGE
SINUSOIDAL ET GALVANIQUE
FOURNITURES ET ACCESSOIRES

Service immédiat et installation des appareils par des experts de la manufacture.

INSTRUMENTS D'OPTIQUE DE TOUS GENRES

Microscopes, instruments ophthalmiques, jumelles,
loupes, refractomètres, machines à projection, etc.

The HUGHES OWENS Company, Limited

1440 McGill College Avenue

MONTREAL, P. Q.

MÉDICATION ANTI- INFECTIEUSE
ISOTONIQUE - INDOLORE - NON TOXIQUE

Complexe Rhodium Colloïdal Electrique



A GRAINS AMICROSCOPIQUES INFÉRIEURS A 6 μ
RHODIUM COLLOÏDAL - OR COLLOÏDAL - SÉRUM PHYSIOLOGIQUE

1 A 4 AMPOULES DE 3 CC PAR 24 HEURES

EN INJECTIONS INTRAVEINEUSES
INTRAMUSCULAIRES ou HYPODERMIQUES

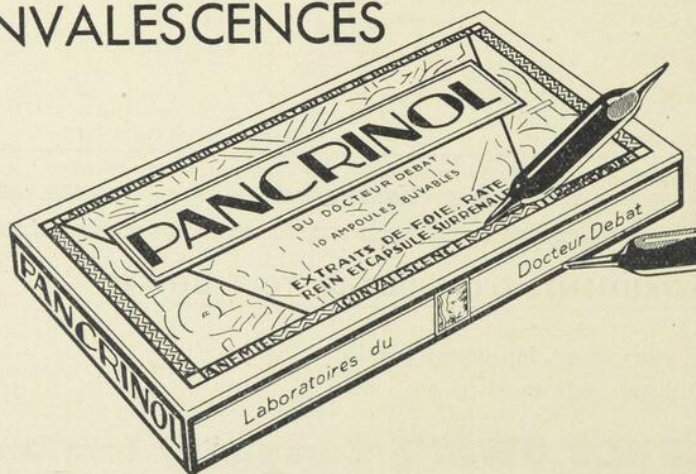
AUCUNE CONTRE-INDICATION

Echantillons et Littérature sur demande

BOITES DE 6 ET 24 AMPOULES

J. EDDÉ LIMITÉE · NEW BIRKS BLDG. MONTRÉAL · TÉLÉPH LA 2421-4913

ANÉMIES CONVALESCENCES



Agent Général J. EDDÉ Ltée MONTRÉAL

230 grms, hydrates de carbone : 90 grms ; calories : 2,790. Sous l'influence de ce seul régime, sans adjonction d'aucune autre médication, le métabolisme basal qui était au début à $+ 62$ est descendu à ± 0 après trois mois ; la cholestérinémie est passée de 1.76 à 2.00 grms, en même temps tous les symptômes d'hyperthyroïdisme disparaissaient. Les auteurs se gardent bien de tirer des conclusions trop hâtives de ce seul cas qu'il leur a été donné d'observer ; des observations plus nombreuses permettraient de mieux apprécier l'efficacité du régime hypergraisseux dans le traitement médical de l'hyperthyroïdie.

H. NADEAU.

WAREMBOURG, LINQUETTE et RAVAUT. **Exploration du système neuro-végétatif chez les cardiaques.** *Echo Médical du Nord.* 60; 8 : 223, (30 avril) 1938.

Le système neuro-végétatif joue un rôle primordial dans la régulation de la circulation. L'étude des réactions de ce système n'est pas dénuée d'intérêt chez les cardiaques en voie de décompensation ou en asystolie. Les techniques d'exploration sont fort nombreuses. L'auteur a retenu celles qui sont d'un emploi facile et donnent des renseignements suffisants.

L'épreuve à l'atropine, le réflexe oculo-cardiaque, le réflexe solaire, ont montré qu'il existe des troubles de l'équilibre vago-sympathique chez les cardiaques, mais sans aucune tendance élective vers l'un ou l'autre système ; de plus, ces modifications ne paraissent en rapport ni avec la lésion cardiaque, ni avec son évolution.

La recherche des réactions motrices des gros vaisseaux par les bains chauds et froids est restée sans résultat ; ces réactions se sont montrées indifférentes plus fréquemment chez les asystoliques que chez les cardiaques sans signe de décompensation.

Les réactions vaso-motrices des petits vaisseaux sont étudiées à l'aide de l'intradermo-réaction à l'histamine qui se traduit d'abord par une rougeur localisée, puis 2' à 3' après, au même endroit, une petite boule d'œdème ; enfin par un érythème réflexe de surface plus ou moins importante. L'histamine est uniquement capillaro-dilatatrice. L'acéchole a un effet presque identique ; l'œdème y est rare, souvent remplacé par une petite escharre au point d'injection. L'acéchole est surtout artériolo-dilatatrice. On em-

ploie l'histamine en solution à 1/1 000, l'acécholine en solution à 1/100. La surface de réaction varie autour de 25 cm² pour l'histamine et de 15 cm² pour l'acécholine. Chez les hyposystoliques les réactions vaso-motrices des petits vaisseaux se sont montrées dissociées : la réaction à l'acécholine est habituellement très inférieure à la normale (2.5 cm²), celle de l'histamine est anormalement étendue (35—40 cm²). Ces épreuves montrent que dans une grosse proportion de cas étudiés il existe une vaso-constriction périphérique très nette au niveau des artérioles. Il est difficile de préciser les rapports qui pourraient exister entre l'asystolie et l'hypertonie périphérique. Ces faits tendent cependant à affirmer la nécessité d'une thérapeutique complémentaire, vaso-dilatatrice chez les asystoliques:

H. NADEAU,



*Page(s) manquante(s)
ou non-numérisée(s)*

Veillez vous informer auprès du personnel de BANQ
en utilisant le formulaire de référence à distance, qui se trouve en ligne :

https://www.banq.qc.ca/formulaires/formulaire_reference/index.html

ou par téléphone **1-800-363-9028**

**Bibliothèque
et Archives
nationales**

Québec 

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

<p>AUGER, C., 107.</p> <p>BLANCHET, R., 407.</p> <p>CARON, S., 24, 30, 87, 97, 217, 231.</p> <p>DAGNEAU, P.-C., 57.</p> <p>De LUNA, 326.</p> <p>DESMEULES, R., 6, 284, 305.</p> <p>DESROCHERS, G., 87, 193.</p> <p>DE ST-VICTOR, J.-R., 257.</p> <p>DROUIN, G., 37, 297.</p> <p>DUGAL, J.-P., 64.</p> <p>GAUMOND, E., 246, 314.</p> <p>JOBIN, A., 123, 202.</p> <p>JOBIN, J.-B., 64, 107, 137, 264, 381.</p> <p>LANGLOIS, M., 241.</p> <p>LAPOINTE, D., 160, 309.</p> <p>LARUE, G.-H., 45, 193.</p> <p>LARUE, L., 84, 165.</p> <p>LEBLOND, S., 14, 399.</p> <p>LEMIEUX, R., 14, 37, 297, 399.</p> <p>MARCOUX, H., 74.</p>	<p>MICHAUD, G., 183.</p> <p>MILLER, J.-C., 183.</p> <p>NADEAU, H., 14, 37.</p> <p>PAINCHAUD, C.-A., 30, 231.</p> <p>PAQUET, A., 319, 337.</p> <p>PAQUET, B., 144, 264.</p> <p>PATRY, L., 84, 165.</p> <p>PELLETIER, A., 183.</p> <p>PERRON, E., 14, 37.</p> <p>PETITCLERC, J.-L., 377.</p> <p>POTVIN, A.-R., 59.</p> <p>ROGER, J.-P., 225.</p> <p>ROUSSEAU, L., 225, 360.</p> <p>ROY, F., 116, 197, 349.</p> <p>ROY, L.-P., 367.</p> <p>SAMSON, M., 87, 217, 231.</p> <p>SIMARD, A., 177.</p> <p>SIROIS, A., 275.</p> <p>THIBAUDEAU, R., 241.</p> <p>TREMPE, F., 121, 319, 337.</p> <p>VALLÉE, A., 137.</p> <p>VÉZINA, C., 116, 367, 381.</p>
---	---

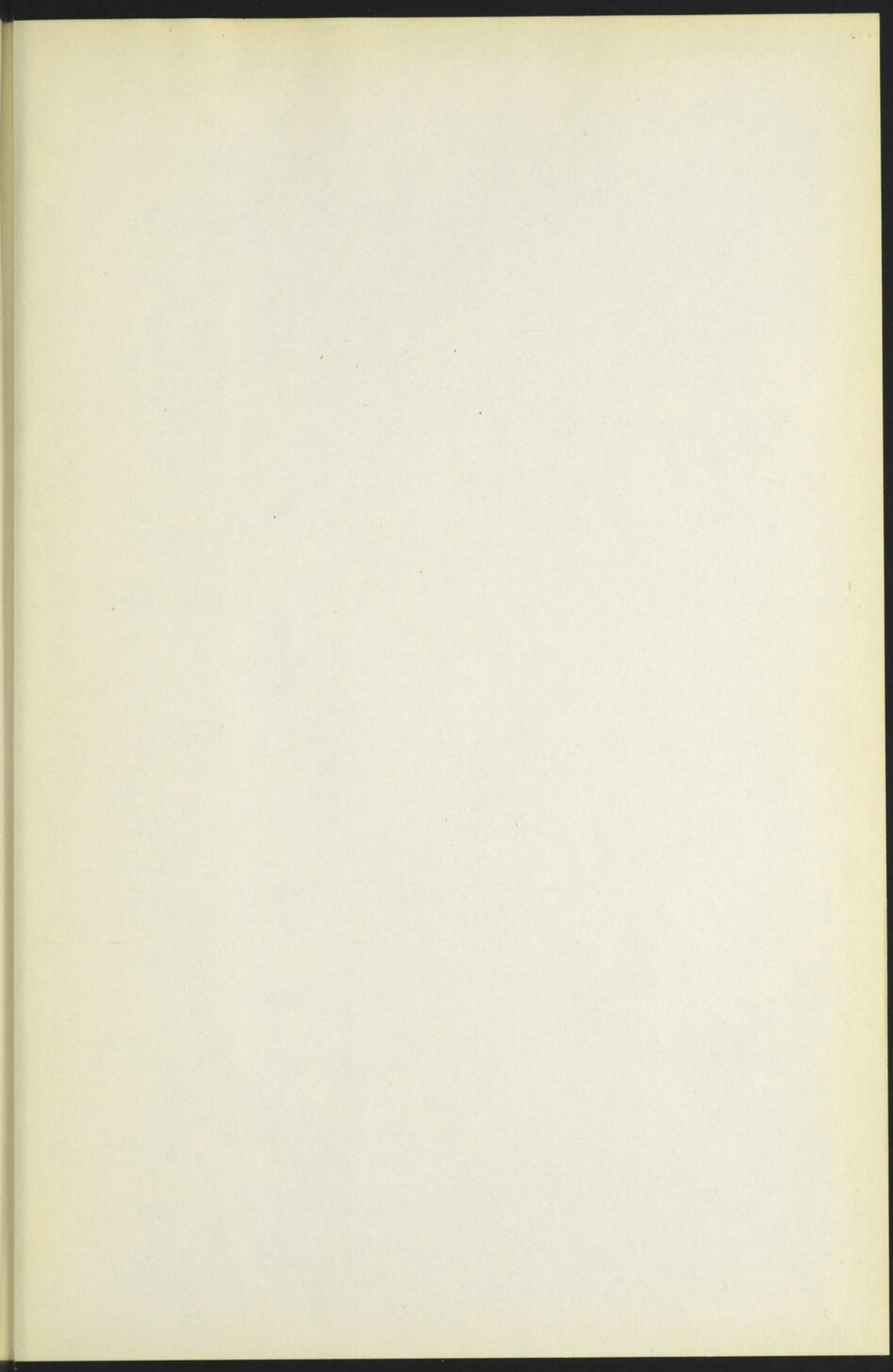
TABLE ANALYTIQUE ET ALPHABÉTIQUE DES TRAVAUX

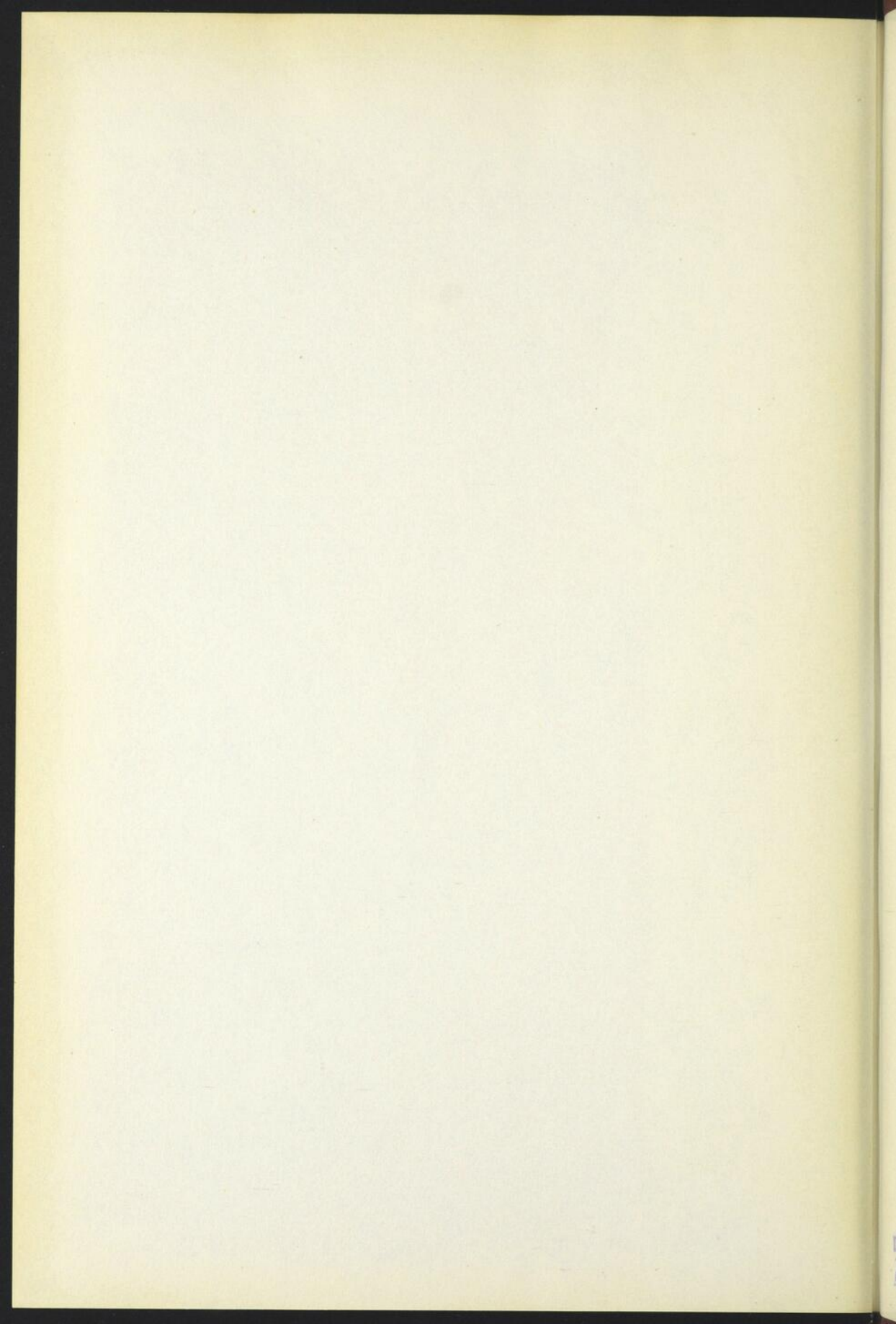
A	B		
<p>Abcès cérébral à corps étrangers par traumatisme de l'orbite. 87</p> <p>Abcès du poumon (Trois) 14</p> <p>Abcès pulmonaire traité par pneumotomie — Considérations sur les possibilités de traitement dans notre milieu. 225</p> <p>Abcès pulmonaires (Trois observations d') 6</p> <p>Acidose diabétique (L') 264</p> <p>Amiantose (Mines d'amiante, silicose) 275</p> <p>Anesthésie intraveineuse au penthotal. 319 et 337</p> <p>Appendicite aiguë (Considérations sur le traitement de l') 349</p>	<p>Basedow (A propos de la maladie de) 399</p> <p>Brucellose (Deux observations de) 84</p> <tr> <th style="text-align: center;">C</th> </tr> <p>Chimiothérapie antibactérienne d'après E. Fourneau (L'évolution de la) 246</p> <p>Chorée grave (Rémission spontanée des mouvements kinétiques au cours de l'évolution d'une) 30</p> <p>Convulsivante (La thérapeutique) dans les psychoses. 165</p> <tr> <th style="text-align: center;">D</th> </tr> <p>Diabète rénal 144</p>	C	D
C			
D			

BELLONCHÉ
 SAINT-SULPICE

Diphthérie (La) — Leçon clinique 123 et 202	Paralytiques généraux traités par la malariathérapie seule et par la ma- lariathérapie associée à la chimiothé- rapie (Résultats obtenus chez les) 45
Dysménorrhées rebelles (Résection du plexus hypogastrique supérieur dans les)..... 197	Pentothal (Anesthésie intraveineuse au)..... 319 et 337
G	
Gastroscopie (Gastrite hémorragique — Diagnostic par la)..... 64	Plexus hypogastrique supérieur dans les dysménorrhées rebelles (Résection du)..... 197
Gastrostomie (Techniques de)..... 116	Pneumothorax spontané avec symp- tomatologie rare..... 284
Goitre (Le traitement chirurgical du) 377	Pneumopathie aiguë et leucémie aiguë..... 297
Goitre (A propos de 752 cas de) traités à l'Hôtel-Dieu depuis 10 ans... 381	Pneumopathie putride avec délire — Évolution fatale malgré la pneu- motomie..... 24
H	
Hématémèse et kyste dermoïde du médiastin..... 37	Prostatectomie en un temps (Cent vingt-huit cas de) — Avantages d'une collaboration médico-chirurgicale.. 177
Hérédo-syphillis — Son diagnostic chez les enfants d'âge scolaire.... 183	Pseudarthroses et des retards de consolidation par la méthode de Beck (Traitement des)..... 367
Hodgkin à forme nerveuse (A pro- pos d'un cas de maladie de)..... 107	Psychoses (La thérapeutique convul- sivante dans les)..... 165
Hydrocéphalie chez un nourrisson.. 160	
I	
Ictère avec hépatomégalie chez un enfant de quatre ans..... 241	
K	
Kyste dermoïde du médiastin (Hé- matémèse et)..... 37	
Kyste dermoïde du méso-appendice 121	
L	
Leucémie aiguë (Pneumopathie aiguë et)..... 297	
M	
Malariathérapie seule et par la mala- riathérapie associée à la chimiothé- rapie (Résultats obtenus chez les paralytiques généraux traités par la) 45	
Métabolisme de Base (Le)..... 407	
N	
Nécrologie : Le Professeur Arthur Vallée..... 57 et 59	
Néphrite saturnine (Deux cas de) 137	
Neuro-anémique (Syndrome)..... 193	
P	
Paralysie (La) infantile est-elle vain- cue ?..... 326	
R	
Radiologiques (Nettoyages) au cours de la tuberculose pulmonaire..... 360	
Rhumatisme chronique vertébral et tuberculose pulmonaire..... 305	
S	
Septicémies puerpérales (Quelques cas de) traités par les sulfamidés 257	
Silicose (Mines d'amiante... Amian- tose)..... 275	
Sodoku 314	
Spondylose rhizomélique — Pré- sentation de malade..... 231	
Sulfamidés (Quelques cas de septi- cémies puerpérales traités par les) 257	
Syphilitiques (Les ostéopathies) en clinique infantile..... 309	
T	
Taenia inerme chez un enfant de cinq ans..... 97	
Tuberculeuse régionale (Lutte anti-) 188	
Tuberculose pulmonaire (Nettoyages radiologiques au cours de la) 360	
Tuberculose pulmonaire (Rhuma- tisme chronique vertébral et).... 305	
Tumeur du 3e ventricule..... 217	
V	
Vitamine C chez les tuberculeux (Élimination de la)..... 74	

BIBLIOTHÈQUE
MÉDICALE





LES ATELIERS DE RELIURE
MARGEL BEAUDOIN

