

VOL. 4

No 8

OCTOBRE 1939

LAVAL MÉDICAL

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

Rédaction et Administration
FACULTÉ DE MÉDECINE
UNIVERSITÉ LAVAL
QUÉBEC

PERANDREN

Hormone orchitique de synthèse

Propionate de testostérone

« CIBA »

Le mouvement d'intérêt considérable qui a été suscité par l'introduction de cette préparation dans la thérapeutique hormonale, en a développé très vite le champ des indications. Le Perandren est indiqué dans :

Les troubles du développement sexuel.

L'insuffisance testiculaire.

Le prostatisme par hypertrophie avec formation d'un adénome.

Les affections chroniques par déficience endocrine.

Les mastopathies et certains troubles menstruels.

PRÉSENTATION

Ampoules de 1.1. c.c. renfermant 5 mgrms de propionate de testostérone. boîtes de 3, 6 et 50

Ampoules de 1.1. c.c. renfermant 10 mgrms de propionate de testostérone. boîtes de 3, 6 et 50

Ampoules de 1.1. c.c. renfermant 25 mgrms de propionate de testostérone. boîtes de 3, 6 et 50

IMPORTANT : *En raison de la demande toujours grandissante pour le Perandren, les prix de ce produit ont été réduits d'à peu près 20% dès le 1er janvier 1939.*



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° 8

OCTOBRE 1939

MÉMOIRES ORIGINAUX

PNEUMOPATHIE AIGUË ET LEUCÉMIE AIGUË

(Présentation de malade)

par

Renaud LEMIEUX

Chef du Service de médecine à l'Hôpital du St-Sacrement

et

Guy DROUIN

Assistant à l'Hôpital du Saint-Sacrement

La leucémie aiguë est une affection qui n'est pas très fréquente ; par suite de la brusquerie habituelle de son début, il n'est probablement pas moins rare d'avoir l'occasion, dans un milieu hospitalier, d'assister à l'éclosion des manifestations cliniques auxquelles elle donne lieu. C'est ce que nous avons eu la fortune de pouvoir faire au cours de ces dernières semaines, et nous avons pensé qu'il serait peut-être intéressant de vous présenter ce soir le malade qui a été le sujet de cette observation.

Le matin du 27 novembre dernier (1938), au cours de notre visite quotidienne, nous nous trouvons en présence de Monsieur A. R., âgé de 45 ans, qui vient d'être admis dans le service de médecine. Nous voyons qu'il est en position demi-assise et dyspnéique, que ses pommettes sont rouges ; nous remarquons qu'un crachoir a été placé sur sa table et le regard jeté instinctivement sur la fiche suspendue au pied de son lit nous apprend que la température est de 104°3F, que par minute les mouvements respiratoires se succèdent 40 fois et le pouls bat 100 fois. Cette brève inspection nous fait aussitôt prévoir que, comme il arrive souvent à cette période de l'année, nous aurons à traiter une affection aiguë des voies respiratoires.

L'interrogatoire et l'examen physique confirment notre présomption. Par le premier nous apprenons qu'outre la rougeole et la varicelle qu'il a contractées durant son enfance, et un phlegmon de l'aisselle gauche pour le traitement duquel il a séjourné une couple de mois dans le service de chirurgie de cet hôpital vers la fin de l'année 1937, notre malade, qui n'a jamais fait d'abus tabagiques, éthyliques ou médicamenteux, a toujours joui d'une excellente santé. Journalier au pic et à la pelle, il a pu accomplir son travail sans éprouver de fatigue à un degré inaccoutumé jusqu'à il y a dix jours. Au cours de l'après-midi du 17 novembre il s'est senti un peu frissonnant ; le soir, pour se réchauffer il a bu un peu d'alcool et a pris de l'aspirine. Le lendemain matin, mieux portant, il est retourné au travail qu'il a dû abandonner bientôt par suite de la réapparition des frissons accompagnés cette fois de sensation de fatigue, de courbature et de douleurs thoraciques prédominant à gauche. De retour chez lui il se met au lit et se traite lui-même par les moyens habituellement employés dans les familles : diète légère, laxatifs, sinapismes, alcool, aspirine et sirop. Les signes fonctionnels se limitent à une dyspnée légère, de petits frissons répétés, des douleurs thoraciques bilatérales, une toux sèche qui devient bientôt grasse, modification qui coïncide avec l'apparition d'une expectoration jaunâtre, parfois verdâtre, peu collante et pas très abondante. Ce n'est que le 26 novembre, que, se sentant plus fatigué et plus fiévreux, il s'inquiète et demande un médecin qui conseille son transport à l'hôpital.

A son entrée, les signes physiques sont assez caractéristiques : l'inspection ne révèle rien de plus que ce que nous avons relaté au début ; à la palpation l'on sent que la transmission des vibrations vocales est diminuée

au tiers inférieur postéro-latéral des deux plages pulmonaires, zones qui sont submates à la percussion et où l'on entend de la diminution du murmure vésiculaire, une respiration soufflante, des râles sous-crépitaux, et quelques frottements pleuraux. A part la tachycardie et un léger subictère des conjonctives, l'exploration des autres systèmes est négative ; notamment l'abdomen nous paraît souple sur toutes ses régions et le siège d'aucune masse anormale. L'analyse sommaire et l'examen microscopique de l'urine sont normaux. Une radiographie pulmonaire tirée le lendemain indique qu'à droite le S. C. D. est mousse et il y a un fort empâtement de l'image hilare dans la région inférieure, qu'à gauche existent un foyer d'ombre à contours diffus dans la région moyenne latérale et des taches dans le S. C. D.

Afin d'aider notre malade à lutter contre cette pneumopathie aiguë, nous prescrivons un expectorant, l'application de ventouses sèches, des stimulants cardiaques, une diète lacto-fruito-végétarienne, l'absorption de tisanes et boissons abondantes, et comme anti-infectieux général l'injection intramusculaire, les deux premiers jours, d'une ampoule de S. U. P. 36, produit chimiothérapeutique que nous employons presque systématiquement dans ces affections et qui nous donne des résultats très satisfaisants.

Pendant trois jours la fièvre oscille entre 103 et 105 degrés, le pouls monte à 120, les signes pulmonaires demeurent les mêmes, la diurèse augmente. Mais alors apparaît un ictère d'intensité moyenne avec décoloration des selles et coloration foncée des urines ; nous pensons qu'il s'agit d'un ictère infectieux et une ampoule de 5 c. c. d'une solution d'urotropine à raison de 0.25 gm. par c. c. est injectée quotidiennement dans une veine. Au bout de trois jours cet incident est terminé et durant ce temps la température a chuté à la normale.

L'amélioration indiquée par le degré de la température, la disparition des crépitations pleurales, des râles sous-crépitaux et de la respiration soufflante malgré la persistance d'une légère submatité aux bases pulmonaires, la constatation d'un état général apparemment meilleur nous autorise, semble-t-il, à penser que notre malade entre définitivement en convalescence. Mais ce n'est qu'une fausse joie : après quelques jours la fièvre se rallume, oscille entre 99.3 et 101.2 et atteint même 103, la sensation de fatigue et la dyspnée reparaissent, sur une zone en bande à la partie moyenne postéro-latérale de l'hémithorax gauche l'auscultation permet d'entendre des frotte-

ments pleuraux ; l'expectoration qui était presque tarie devient un peu plus abondante et prend les caractères des crachats muco-purulents dans lesquels il y a prédominance de pneumocoques, sans bacilles de Koch. Sur une nouvelle radiographie nous voyons qu'à la partie moyenne de la plage gauche existe une opacité linéaire correspondant à la scissure et que le reste des plages pulmonaires est normal.

Le malade est alors de nouveau soumis au traitement qui avait été en partie abandonné, et de plus nous demandons à l'otologiste de venir le voir pour une otite externe droite qui débute. Les symptômes respiratoires, fonctionnels et physiques, disparaissent graduellement, le 13 décembre la température est revenue à la normale et s'y maintient. Une seconde fois nous croyons que Monsieur A. R. qui, en somme, a fait une congestion pleuro-pulmonaire active, est sur le chemin de la guérison complète ; une autre surprise nous était réservée.

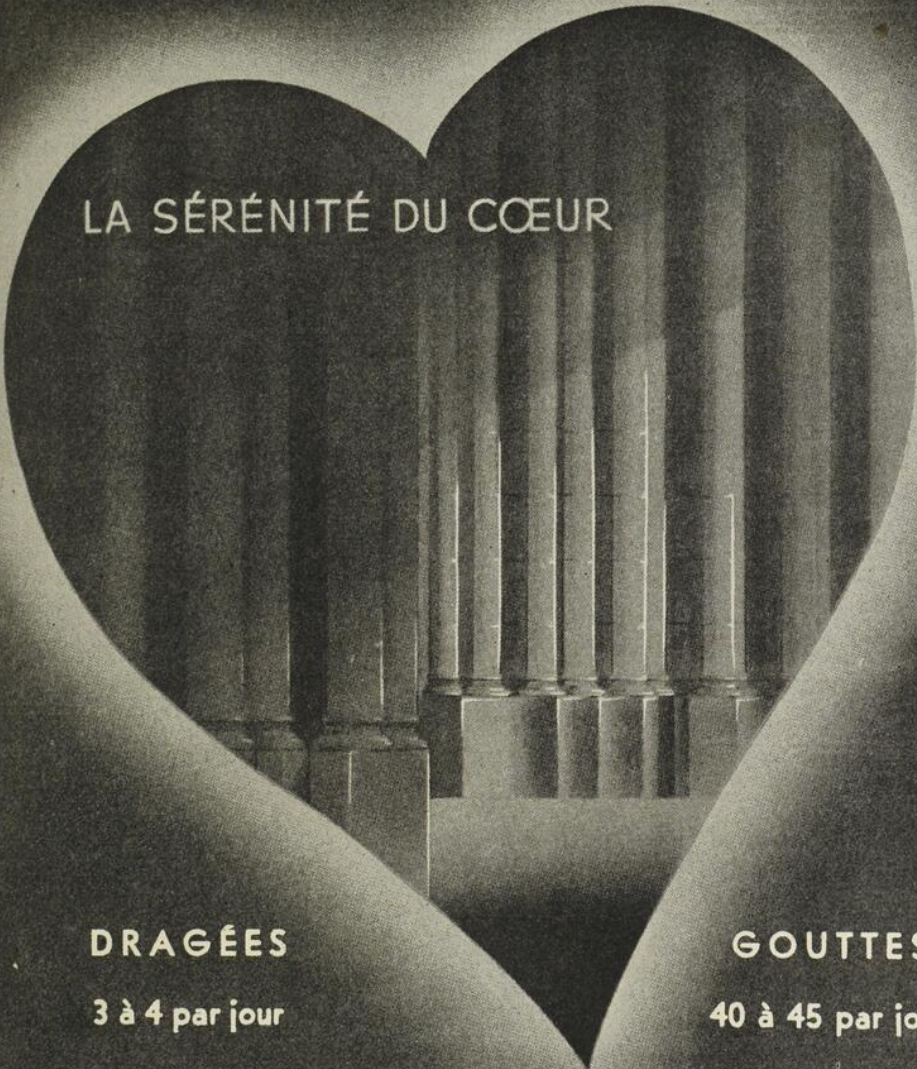
Après quelques jours d'apyrexie, frappés par la grande pâleur de notre patient, nous demandons au Dr Morin, le 17 décembre, de pratiquer un examen sanguin ; le même jour il nous communique le résultat suivant :

Numération globulaire :	Globules rouges.....	2,200,000
	Globules blancs.....	276,000
	Hémoglobine (Sahli).....	54%
	Valeur globulaire.....	1.2
Formule leucocytaire :	Polynucléaires neutrophiles.....	Rares
	Lymphocytes.....	85%
	Lymphoblastes.....	Quelques

Diagnostic hématologique : Leucémie lymphoïde typique.

Nous ne nous y attendions pas ; l'absence de phénomènes bucco-pharyngés avec aspect pseudo-scorbutique, de troubles hémorragiques, de déformation d'une région cervicale ou sous-maxillaire a été cause que nous n'avons pas pensé à la leucémie aiguë ou à la leucémie lymphoïde ; nous ne croyions avoir affaire qu'à une anémie secondaire intense. Pourtant un examen somatique nous aurait permis de constater les signes physiques de la leucémie lymphoïde : bord inférieur de la rate abaissé à quatre travers de doigt sous les fausses côtes gauches, celui du foie à deux travers de doigt sous les fausses côtes droites, présence aux régions latéro-cervicales, sus-claviculaires, axillaires et inguinales droites et gauches d'adénopathies

CARDIOTONIQUE ANTISPASMODIQUE



LA SÉRÉNITÉ DU COEUR

DRAGÉES

3 à 4 par jour

GOUTTES

40 à 45 par jour

CARDIALGINE

"DUBOIS"



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, 4^{ième} Avenue, - Limoilou

Téléphone 4-3551

multiples, disposées en chapelet, de consistance plutôt molle, indolores, non adhérentes ; la plus grosse d'entre elles siégeait à l'aisselle gauche et son volume était égal à celui d'un noyau de pêche. Les téguments étaient d'une grande pâleur, les muqueuses décolorées, le malade faible et anorexique, et son poids diminué d'une vingtaine de livres.

Les examens sanguins complémentaires nous ont fourni les résultats suivants : nombre des plaquettes sanguines augmenté à 450,000 ; signe du lacet positif ; temps de saignement normal : $6\frac{1}{2}$ min. ; temps de coagulation normal : $4\frac{1}{2}$ min. ; sédimentation des globules rouges accélérée : 20 mm. après 1 heure, 45 mm., après 2 hrs, 60 mm., après 3 hrs, 160 mm., après 24 hrs. ; résistance globulaire à peu près normale : 4 p. 1000 ; azotémie normale : 0,35 p. 1000 ; cholestérinémie normale : 0.95 p. 1000 ; uricémie normale : 0.035 p. 1000 ; rétraction normale du caillot.

L'étiologie de la leucémie aiguë est la même et tout aussi obscure que celle des leucémies chroniques. La syphilis ne semble pas avoir été incriminée, d'ailleurs les réactions de Wassermann et de Kahn sont négatives dans le sang de notre malade. Le rôle de la tuberculose a été mis en cause par certains auteurs : dans les antécédents familiaux de Monsieur A. R., nous relevons que son père et une de ses filles sont décédés à la suite de pleurésie chronique, mais nous avons vu qu'il a un passé pathologique indemne de toute affection bacillaire et que ses crachats ne contenaient pas de bacilles de Koch. Sternberg et Lesné ont observé quelques cas de leucémie aiguë peu de temps après une maladie contagieuse de l'enfance. Dans notre cas, le syndrome leucémique a suivi de si près la congestion pleuro-pulmonaire que nous ne croyons pas devoir établir entre les deux une relation de cause à effet : nous sommes plutôt d'avis que l'affection aiguë respiratoire a coïncidé avec la phase latente d'une leucémie lymphoïde qui sans elle n'aurait peut-être pas évolué d'une façon aiguë.

Dès que nous avons connu les chiffres de l'hémogramme, le Dr Perron, à notre demande, a soumis notre patient à une série de traitements radiothérapeutiques ; les séances ont eu lieu tous les quatre jours à des doses d'environ 500 R (Solomon) ; la rate, le foie, les muscles fessiers ont été successivement les champs d'irradiation. Après le quatrième traitement, la formule sanguine s'est très améliorée :

Numération globulaire :	Globules rouges.....	3,400,000
	Globules blancs.....	122,000
	Hémoglobine (Sahli).....	62%
	Valeur globulaire.....	0.9
Formule leucocytaire :	Polynucléaires neutrophiles.....	14%
	Lymphocytes.....	86%

Par contre, le volume de la rate, du foie et des ganglions lymphatiques n'a pas bougé, seul l'état général semble meilleur.

Après trois autres traitements, soit le 12 janvier, un nouvel examen du sang est fait : le nombre des globules rouges est diminué à 2,600,000 et celui des globules blancs à 5,250, le taux des polynucléaires neutrophiles est de 28%, celui des grands mononucléaires de 4% et celui des lymphocytes de 68%. Le Dr Perron est averti et suspend les traitements; contre l'anémie persistante nous prescrivons une injection quotidienne intramusculaire de foie de veau concentré et l'administration orale de protoxalate de fer.

Malgré cette thérapeutique, huit jours plus tard, l'examen du sang indique que le nombre des globules rouges diminue, il est à 2,240,000 ; les globules blancs suivant l'exemple, ils sont comptés 3,750, le taux des polynucléaires baisse à 14% et celui des lymphocytes monte à 82%, il y a 2 lymphoblastes et 3 monoblastes. Nous craignons que notre malade ne soit maintenant aux prises avec l'agranulocytose, d'autant plus que l'apparition de tuméfactions ganglionnaires de la région sous-maxillaire droite s'accompagne de douleur à la gorge et de la présence à la base de l'amygdale droite d'une ulcération qui, cependant, n'a pas les caractères de l'angine agranulocytaire d'après le Dr Frenette. Notre malade reçoit alors à deux reprises 100 c.c. de sang placentaire citraté qui produit un bon effet sur les globules rouges tandis que l'arrêt de l'action leucolytique des rayons X permet aux globules blancs d'augmenter leur nombre. En effet, le 26 janvier les globules rouges n'ont pas continué de diminuer et les globules blancs sont 12,500, mais le taux des polynucléaires tombe à 4% et celui des lymphocytes atteint 89%, les mononucléaires complètent la formule leucocytaire. La formule qui a été comptée le 30 janvier nous rassure :

Globules rouges.....	3,600,000
Globules blancs.....	33,750
Polynucléaires.....	24%
Lymphocytes.....	74%

Aujourd'hui le nombre des globules rouges est de 1,690,000, celui des globules blancs de 28,500, le taux d'hémoglobine de 26%, la valeur globulaire de 1.2 ; la formule leucocytaire est partagée entre les polynucléaires 10% et les lymphocytes 90%. Notre malade a un teint subictérique, ses muqueuses ne se sont pas recolorées, il nous dit se sentir un peu mieux, mais son poids n'en fournit pas de preuve. Ce n'est que depuis la suppression des traitements radiothérapeutiques que les organes hématopoïétiques ont diminué de volume : le bord inférieur de la rate n'est plus qu'à un travers de doigt sous les fausses côtes gauches, celui du foie est au niveau de la dernière fausse côte droite, quelques ganglions ne sont plus palpables, le volume des autres est considérablement diminué. A la région précordiale l'on entend un souffle systolique doux, dont le maximum d'intensité est à la région mésocardiaque et qui ne se propage pas vers l'aisselle gauche ou les vaisseaux du cou (souffle anémique), le choc de la pointe du cœur est senti à l'endroit normal.

Au point où nous en sommes, nous croyons préférable de limiter notre action thérapeutique vis-à-vis des globules rouges en continuant les transfusions, les injections de foie de veau et la médication ferrique ; étant donné la grande instabilité de l'état sanguin, nous n'osons pas nous attaquer de nouveau aux globules blancs.

En vue d'obtenir une action leucolytique, les thérapeutes se sont adressés tour à tour aux agents physiques, chimiques, biologiques et bactériologiques. Les uns se sont montrés d'une efficacité douteuse et pour le moins très inconstante, les autres se sont révélés plus actifs, mais l'on s'est vite rendu compte que leur emploi n'était pas exempt de tout danger. Le benzène et les rayons X sont actuellement les plus employés : le premier a l'avantage de pouvoir être administré par voie buccale et par conséquent prescrit dans les endroits éloignés des centres hospitaliers, le second demeure le plus connu et le plus expérimenté. Les deux peuvent conduire à l'agranulocytose, c'est pourquoi il ne faut pas manquer de suivre de près avec la formule sanguine le résultat de leur action. Il est impossible de prévoir avec quelle rapidité l'organisme réagira à ces traitements, la formule sanguine ne nous renseigne que sur le nombre des éléments sanguins, en aucune façon sur leur principe vital. L'observation que nous avons cru intéressant de vous rapporter ce soir prouve une fois de plus qu'il faut être très prudent au cours du traitement des leucémies.

BIBLIOGRAPHIE

- M. ASSELSTINE. Acute monocytic and lymphatic leukaemia. *Canadian Medical Journal*, p. 174, fév. 1932.
- Charles AUBERTIN. La Médication leucolytique, in *Traité de thérapeutique médicale*, Lœper. Masson & Cie, 1933.
- A. CLERC. Maladies du Sang. *Nouveau traité de médecine*. Masson, 1927.
- GOLDHAMER. Agranulocytosis. *Archives of Internal Medicine*, 59 : 1104, 1937.
- J. GUÉRARD et R. LESSARD. *Laval Médical*, 1 : 3 ; 92, 1936.
- KIRKLAND. Acute lymphatic leukaemia. *Canadian Medical Journal*, p. 1500, 1936.
- Sylvio LeBLOND. Anémie avec hypoleucémie d'origine benzolique. *Laval Médical*, 2 : 1 ; 4, 1937.
- R. LETULLE. Les agranulocytoses. *La Presse Médicale*, n° 51, p. 1027, 1935.
- JULLIARD. Agranulocytose et leucémie à monocytes. *Archives des Maladies du Cœur et des Vaisseaux*, mai 1935.
- E. MORIN, R. LEMIEUX, S. LeBLOND. Syndrôme leucémique au cours d'un lymphosarcôme du médiastin. *Laval Médical*, 1 : 1 ; 24, 1936.
- G. PAISSEAU, J. FENOIS et J. GAUTHIER. Leucémie aiguë avec chlorome et agranulocytose. *Bul. Soc. Méd. Hôp. Paris*, n° 25, 1938.
- André PLICHET. Données nouvelles sur l'étiologie et le traitement de l'agranulocytose. *La Presse Médicale*, n° 51, p. 1027, 1935.
- O'BRIEN. Röntgenotherapy in lymphatic leukaemia. *Amer. Med. Jour.* 107 : 1 ; 2023, 1936.
- Paul SAVY. *Traité de thérapeutique clinique*. Tome II, Masson, 1938.
- WEIL et BLOCH. *Maladies du Sang et des Organes hématopoiétiques*. Bezançon, *Pathologie Médicale*.



PROVEINASE



MIDY

“ RÉGULATEUR DE LA CIRCULATION VEINEUSE ”

TROUBLES de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE

LABORATOIRES MIDY, PARIS

2 à 6 comprimés par jour

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

AMIDAL

poudre - cachets - comprimés - dragées.

ENTÉRITES AIGÛES
—
FERMENTATIONS
—
AUTO-INTOXICATIONS
—
DIARRHÉES

SED'HORMONE

dragées et suppositoires.

Une à six dragées ou
un à trois suppositoires par jour.

HYPEREXCITABILITÉ NERVEUSE
—
INSOMNIE — ANXIÉTÉ
—
Grands Syndromes d'excitation
—
ÉPILEPSIE — ENURÉSIE

GENOSTHENIQUES

Polonovski et Nitzberg
granules — gouttes — ampoules.

NEURASTHÉNIE
—
SURMENAGE
—
CONVALESCENCE

Laboratoires AMIDO, A. Beaugonin, Pharmacien, PARIS

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

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, exigez "FRIGIDAIRE".

"FRIGIDAIRE" est différent et meilleur.

VANDRY INC.

155, rue St-Paul,

:

:

QUÉBEC.

RHUMATISME CHRONIQUE VERTÉBRAL ET TUBERCULOSE PULMONAIRE

par

Roland DESMEULES

Directeur médical à l'Hôpital Laval

Depuis les travaux de Poncet et Leriche il est impossible d'ignorer les rapports de cause à effet qui existent entre la tuberculose et certains rhumatismes.

On peut être surpris qu'on attache, en certains milieux, autant d'importance, dans l'étiologie rhumatismale, aux foyers infectieux dentaires, amygdaliens ou intestinaux et qu'on néglige aussi souvent de rechercher une des infections les plus répandues qui soient, la tuberculose.

Il me paraît indiqué de faire radiographier les dents. Mais j'affirme que l'examen radiographique des poumons s'impose en présence de tout malade atteint d'affection rhumatismale chronique dont la cause paraît ignorée. La radiographie pulmonaire, aidée des examens cliniques et bactériologiques, permettra dans certains cas, d'établir l'étiologie et la conduite à tenir.

L'observation suivante me permet d'illustrer les idées que je viens d'énoncer et sur lesquelles j'ai déjà insisté dans une communication faite devant cette société, en novembre 1934.

E. L. — Obs-3611, est un jeune homme de 23 ans qui vient à l'Hôpital Laval, le 6 novembre 1938, pour savoir si ses poumons sont atteints de tuberculose.

L'idée de la possibilité d'état bacillaire lui est venue parce qu'il sait que sa mère est probablement morte de tuberculose et surtout parce qu'il a dans son histoire de famille deux sœurs décédées de phtisie.

Jusqu'à l'âge de 16 ans la santé du patient, bien que fragile, fut assez bonne. Fils de cultivateur, il travaillait sur la terre et était exposé aux intempéries des mauvaises saisons. Il commença il y a sept ans à souffrir de douleurs aux pieds, aux genoux et aux hanches. Ces douleurs apparaissaient d'une façon intermittente et n'obligeaient pas au séjour au lit. Jamais elles n'eurent les caractères des souffrances de la maladie de Bouillaud ni ne s'accompagnèrent des autres symptômes du rhumatisme articulaire aigu.

Pendant six ans, le malade, à des intervalles plus ou moins éloignés, a des douleurs aux articulations que j'ai mentionnées. Puis, il y a un an, elles disparurent de ces jointures pour apparaître à la colonne vertébrale, région lombo-sacrée. De là, les souffrances envahirent graduellement la totalité du rachis. La raideur des mouvements accompagna la marche ascendante des douleurs.

A l'heure actuelle, la colonne vertébrale est presque totalement immobile. Seuls quelques mouvements sont possibles à la région cervicale. Il va sans dire que le malade a pris une attitude assez caractéristique : la tête est penchée en avant et le rachis est en cyphose assez marquée. A première vue, le diagnostic s'oriente vers la spondylose rhizomélique de Pierre Marie. Mais, les articulations des épaules et des hanches ne sont pas prises et les radiographies ne montrent pas de signes d'ossification des ligaments intervertébraux. Tout ce que nous voyons sur les clichés ce sont des ostéophytes sous formes de bec de corbeau entre la 4^{ème} et la 5^{ème} lombaire.

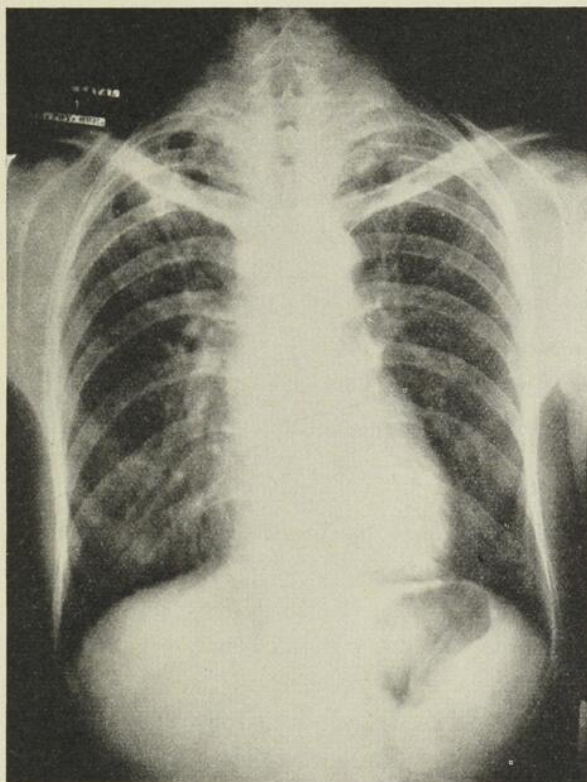
Le diagnostic est facile à porter, il s'agit de rhumatisme vertébral à évolution chronique. La raideur de la colonne n'est pas due à de l'ankylose mais à de la contracture des muscles para-vertébraux.

Pourquoi le malade souffre-t-il de cette affection ? Je ne trouve pas dans ses antécédents de gonococcie, de syphilis. J'ajoute que le Bordet-Wasserman et le Kahn sont négatifs.

Le rhumatisme d'origine thyroïdienne peut être écarté malgré l'existence d'une légère hypertrophie du corps thyroïde : le métabolisme basal est de 8 et mon patient ne présente pas de signes de troubles thyroïdiens.

Il ne s'agit pas non plus de polyarthrite déformante progressive : maladie commençant d'habitude par les extrémités et donnant des déformations et des signes radiologiques caractéristiques.

L'histoire de la maladie n'est pas celle du rhumatisme articulaire aigu passé à l'état chronique. De plus, il n'y a rien d'anormal au cœur et la fibrinémie est de 4.06 ‰.



Radiographie montrant des opacités aux régions sus et sous-claviculaires droites et à la région sus-claviculaire gauche.

Il ne peut pas être question d'une origine diathésique ; ce n'est pas ainsi qu'évolue le rhumatisme goutteux et les recherches du laboratoire ont indiqué une uricémie de 0gr.045 ‰.

Ce qui arrête surtout l'esprit c'est la possibilité d'infections focales. Mais, les dents ne sont pas cariées ; il n'y a pas de pyorrhée alvéolo-dentaire et les radiographies des dents ne montrent pas d'images anormales. Il n'y a rien à signaler à l'examen de la gorge, de l'abdomen et des reins.

Je rappelle que c'est la crainte de la tuberculose pulmonaire qui conduisit le malade à l'Hôpital Laval. Il ne tousse pas, ne crache pas et n'a pas eu

d'hémoptysies. Mais, il a maigri de 35 livres environ depuis 3 ans et l'histoire de famille est riche en tuberculose.

L'examen permet d'entendre une respiration saccadée à la région sous-claviculaire droite : il n'y a pas de souffle, de craquements, de modifications de la sonorité. La radiographie, ainsi qu'en bien d'autres cas, apporte son cortège impressionnant de renseignements. Elle montre que les doutes du patient étaient justifiés : les deux sommets sont voilés par des opacités diffuses. La recherche des bacilles de Koch dans le liquide gastrique est positive.

Mon rhumatisant chronique est un tuberculeux pulmonaire.

Existe-t-il un lien entre ces deux maladies ? Le rhumatisme est-il d'origine tuberculeuse ? Est-ce à l'occasion de rhumatisme non tuberculeux que la tuberculose s'est développée ?

Toutes ces hypothèses me paraissent plausibles.

Je sais bien que la tuberculose de mon malade est peu avancée et qu'elle n'a pas les caractères d'une bacillose qui aurait débuté il y a au moins sept ans avant le commencement des douleurs articulaires.

Je sais aussi que le rhumatisme chronique fait souvent le lit à la tuberculose.

Et, cependant, j'incline à croire que c'est l'infection bacillaire qui fut la cause première de l'affection rhumatismale. Vivant dans une famille de tuberculeux, le patient a sûrement fait assez tôt sa primo-infection. Porteur de foyers tuberculeux il a pu facilement déverser dans son organisme des microbes ou des toxines bacillaires causant ainsi le rhumatisme.

Ce rhumatisme évoluant lentement chez un sujet tuberculisé, de faible résistance, a préparé le terrain au réveil de la tuberculose, à l'âge adulte.

Le traitement que j'ai tenté a consisté alternativement en électrothérapie, en injections de sels de calcium, de sels d'or et en ingestion d'iode.

Aucun de ces moyens thérapeutiques n'a donné de résultats intéressants.

Seule, je le crois, l'évolution favorable de la tuberculose pourrait influencer le rhumatisme.

Mais, après trois mois d'observation, j'ai l'impression que la tuberculose pulmonaire, malgré la cure hygiéno-diététique, se développa facilement chez un malade qui a un mauvais état général et dont les forces ont été minées par une affection rhumatismale longue et douloureuse.



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

LES OSTÉOPATHIES SYPHILITIQUES EN CLINIQUE INFANTILE

par

Donat LAPOINTE

*Chef de service à la Clinique infantile
de la Crèche St-Vincent de Paul*

Les lésions osseuses, pour être très fréquentes chez les nourrissons atteints de syphilis congénitale, sont loin de constituer toujours un ensemble symptomatique susceptible d'attirer l'attention du clinicien.

Les deux observations qui vont suivre, en outre d'offrir des tableaux cliniques classiques de syphilis osseuse serviront à étayer quelques considérations d'ordre sérologique, diagnostique, physio-pathologique et thérapeutique.

PREMIÈRE OBSERVATION

Léontine est née au huitième mois de la grossesse, le 19 janvier 1939, au cours d'un accouchement normal. Le poids à la naissance est de 6 livres 2 onces. La mère âgée de 41 ans a été accouchée 2 jours après son arrivée à la Miséricorde. C'est une femme mariée, mère de 14 enfants dont 8 légitimes et 6 illégitimes. Nous savons que le B. W. était positif il y a déjà plusieurs années. Aucun des enfants nous est connu excepté le dernier des illégitimes. La mère a-t-elle déjà été soumise à un traitement anti-syphilitique ? Nous n'avons pu le savoir.

Dès les premiers jours après la naissance, l'alimentation de cette enfant est difficile. Il s'ensuit que la croissance ne s'amorce pas facilement.

Le 27 février, quarante jours après la naissance, on nous présente l'enfant parce que depuis 10 à 15 jours elle pleure beaucoup et semble souffrante. Les nuits sont mauvaises, le sommeil est souvent entrecoupé par des périodes de veille pendant lesquelles l'enfant ne cesse de se plaindre et de pleurer. De plus la garde-malade nous signale une impotence relative du membre supérieur droit. Nous nous trouvons en présence d'un enfant maigre dont la température est normale. Les membres supérieurs sont contracturés, et la moindre tentative de mobilisation provoque des cris très violents. A droite l'impotence est remarquable tandis qu'à gauche elle n'existe pratiquement pas.

Deux jours plus tard nous notons que les zones du cartilage de conjugaison à l'extrémité distale des deux humérus sont gonflées. L'impotence des membres supérieurs est devenue presque complète. Les membres inférieurs, par contre, sont indemnes.

A part une calvitie frontale très caractéristique constatée 15 jours après la naissance ainsi qu'un coryza sanguinolent bilatéral dont les sécrétions ne contiennent pas de bacille de Loeffler, l'examen somatique est silencieux, le B. W. est négatif.

Un traitement d'attaque par le stovarsol fut mal toléré, nous avons dû revenir aux frictions mercurielles.

Les cheveux repoussent et la calvitie frontale est maintenant complètement réparée. Quant au coryza, il s'est atténué graduellement et les sécrétions nasales sont complètement taries après un mois de traitement.

DEUXIÈME OBSERVATION

Camélia est née à huit mois, le 15 juillet 1938. Le poids à la naissance est de 6 livres 8 onces. La mère, âgée de 23 ans, atteinte d'arthrite gonococcique du genou accouche 5 jours après son entrée à la Miséricorde. C'est son deuxième enfant illégitime. Les réactions sérologiques sont positives dans le sang de la mère. Nous ne connaissons pas la date de la contamination mais nous savons qu'elle n'a jamais fait soigner sa syphilis.

Pendant les six premiers mois, la croissance de cette enfant s'est trouvée souvent entravée par des poussées infectieuses du côté des voies respiratoires et des troubles digestifs. La garde nous présente ce nourrisson à l'âge de 4 mois. Elle a remarqué que les doigts et les jambes sont gonflés.

Nous constatons que les os des jambes, des cuisses et des bras sont nettement augmentés de volume. Les doigts ont un aspect fusiforme. De plus il existe des fissures labiales et un coryza sanguinolent. L'examen bactériologique des sécrétions nasales décèle une flore microbienne banale qui ne contient pas de Loeffler. Il n'y a aucune lésion ni viscérale ni pariétale. Les examens sérologiques chez cette enfant sont positifs. Sur les images radiographiques nous voyons des modifications très poussées de la coque osseuse des os longs. Une gangue très épaisse constituée par des stratifications multiples recouvre la corticale de tous les os d'origine cartilagineuse. A l'extrémité supérieure de la diaphyse des deux tibias on remarque de larges zones de raréfaction osseuse.

Le stovarsol est d'abord employé pendant 6 semaines consécutives. Nous continuons ensuite le traitement par des frictions mercurielles.

Voilà donc deux enfants chez lesquelles les signes cliniques et les réactions sérologiques positives chez la mère font la preuve d'une syphilis héréditaire indiscutable. Il est à remarquer cependant que chez le premier enfant le B. W. est négatif tandis qu'il est positif chez le deuxième. A quoi cela tient-il ? Dans la première observation nous voyons que l'enfant est issue d'une mère dont la contamination par le spirochète remonte à plusieurs années. La mère a peut-être suivi irrégulièrement un traitement anti-syphilitique mais nous n'en savons rien. Dans la deuxième observation la mère n'a pas eu de traitement. Elle est jeune et il y a bien des chances que la syphilis qu'elle a transmise à son deuxième enfant ait été contractée il n'y a pas très longtemps.

Ce qui expliquerait la négativité du B. W. dans la première observation c'est que cette enfant a hérité d'une syphilis maternelle ancienne. Dans la deuxième observation le B. W. est revenu positif parce que l'enfant a subi, sans aucun doute une contamination plus massive d'un spirochète peut-être plus virulent du fait que la syphilis maternelle récente n'a pas été traitée.

La plupart des enfants qui sont hospitalisés ici nous viennent de la Miséricorde où l'on reçoit les filles-mères au sixième mois de leur grossesse. Lorsqu'elles sont syphilitiques, elles reçoivent un traitement régulier jusqu'à la fin de leur gestation. Il s'ensuit que la contamination du fœtus qui se fait presque toujours par voie transplacentaire au cinquième mois de la vie intra-utérine est beaucoup moins importante. En fait les enfants des

mères ainsi traités pendant trois mois montrent presque toujours des réactions sérologiques négatives ; bien qu'un certain nombre d'entre eux peuvent présenter quand même des signes cliniques évidents de spécificité. Mais la plupart de ces hérédos à B. W. négatif extériorisent peu ou pas du tout leur syphilis.

L'ostéochondrite est bien souvent plus camouflée que celle que l'on retrouve dans la première observation. Un hérédos peu contaminé peut fort bien faire une ostéochondrite presque latente dont le seul symptôme sera une douleur traduite par des cris persistants, mais fort heureusement pour le clinicien, d'autres symptômes comme une anorexie tenace et quelques vomissements se surajoutent et éclairent le diagnostic.

Chez notre deuxième malade, la périostite est remarquablement accentuée pour un nourrisson de cet âge. Au premier examen le simple palper était suffisant pour rendre compte de l'importance du gonflement des os longs. En général, à cet âge la périostite syphilitique peut être soupçonnée ; on peut la voir grâce à des clichés radiographiques, mais il est exceptionnel qu'on puisse la découvrir par la seule palpation.

Dans les deux observations nous avons noté un coryza sanguinolent. C'est un signe qui, par sa fréquence doit retenir l'attention et orienter vers un diagnostic de syphilis lorsque l'on a éliminé la possibilité de la diphtérie nasale.

Chez tout enfant âgé de quinze jours à deux mois, des cris anormaux par leur force et leur persistance doivent éveiller l'attention et si à ces cris perçants s'ajoutent des symptômes tels que des vomissements, de l'anorexie et une hypotrophie tenace, il ne faut plus hésiter à faire un B. W. non pas à l'enfant mais à la mère ou au père. Lorsque le coryza sanguinolent non diphtérique vient compléter le tableau clinique le B. W. devient beaucoup moins important. Un traitement d'épreuve par les frictions mercurielles s'impose et doit être mis en œuvre immédiatement.

Chez un enfant de 5 à 8 mois si les moindres signes viscéraux ou pariétaux laissent soupçonner l'hérédosyphilis il faut faire un B. W. à la mère et prendre une radiographie des os longs afin de déceler une périostite qui ne manque presque jamais à cet âge chez tout nourrisson syphilitique.

En clinique infantile, les lésions syphilitiques des os longs s'observent avec une particulière fréquence pour des raisons faciles à comprendre. La

LIQUEUR du Dr LAVILLE

“L'ANTIGOUTTEUX”

Composition : A base de quinium, colocynthis et des principes actifs de convallaria maialis, gentiana, scilla, hermodactylus et fraxinus excelsior : vin médicamenteux concentré.

Mode d'Action : Facilite la dissolution et l'élimination des Tophi.
Provoque une augmentation de l'excrétion urique.
Elle est essentiellement sédative de la douleur.

Posologie : { Crise Violente, 1 cuil. à café, 2 heures avant les repas ou 4 heures après.
Crise Modérée, 1 cuil. à café le matin à jeun pendant 3 jours.
Dose Préventive, ½ cuil. à café le matin à jeun.

La LIQUEUR du Dr LAVILLE se présente aussi en flacon de 150 pilules.

SOLUTION de Salicylate

de Soude du Docteur CLIN

Sel cristallisé blanc, d'une pureté chimique absolue, assure l'efficacité du traitement salicylé, par voie buccale ou par voie veineuse, sans jamais produire " DE PHÉNOMÈNES D'INTOLÉRANCE ".

Dosage rigoureux (2 gr. par cuillerée à soupe).

RHUMATISME

ARTHRITISME

SCIATIQUE

LABORATOIRES CLIN, COMAR & CIE, PARIS

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

L'HORMONE GONADOTROPHIQUE DU CHORION

"A. P. L."

EST STANDARDISÉE MAINTENANT EN
UNITÉS INTERNATIONALES

L'A. P. L. est la préparation hormonale de choix
parce que —

(1) **Sa teneur est stable** — la méthode de titrage
biologique suivie est exceptionnellement juste.
Endocrinology, 22:583, mai 1938.

(2) **Son mérite thérapeutique est reconnu** — de
nombreuses observations cliniques ont prouvé sa
valeur dans le traitement de la méno-métrorragie,
de l'ectopie testiculaire et de l'hypogénitalisme.

(3) **Les injections sont indolores** — un point im-
portant dans le traitement des enfants et des con-
ditions nécessitant des doses élevées.

(4) **Son coût est modique** — le traitement n'en-
traîne pas des déboursés onéreux au patient.

" A.P.L." No 488 —

100 unités internationales au c.c.

Présentation : Flacons de 10 c.c.

AYERST, McKENNA & HARRISON Limitée

Biologistes et Pharmaciens

MONTREAL

CANADA

croissance très rapide des os d'origine cartilagineuse commande une activité physiologique très intense qui ne peut être assurée que par une vascularisation très riche. Ces conditions favorisent un apport si abondant de tréponèmes du côté de ces os que ceux-ci sont rapidement le siège de manifestations cliniques d'autant plus nettes et impressionnantes que l'infection sanguine est plus importante.

Ici dans notre milieu, le traitement de la syphilis devient facile car tous les hérédos sont hospitalisés jusqu'à l'âge de 4 ans. Pas un seul n'est placé dans un milieu familial avant cet âge ; bien plus, lorsque certaines familles désirent absolument adopter un de ces sujets syphilitiques, elles sont mises au courant de la tare héréditaire.

Dans la pratique privée, surtout dans les cas de syphilis frustes, les difficultés de faire un traitement efficace et prolongé sont considérables ; il arrive malheureusement trop souvent que les parents se refusent à vouloir comprendre l'importance et la nécessité du traitement pour eux et pour leurs enfants. Dans de telles conditions dans l'intérêt des malades et de la société, le médecin doit prescrire le traitement le plus simple et s'efforcer de garder un contrôle aussi longtemps que possible. sur ces malades.

Pour notre part nous employons, au début du traitement, le stovarsol que nous prescrivons comme suit :

1ère semaine 0.05 ctges 1 fois par jour.

2ème semaine 0.05 ctges 2 fois par jour.

3ème semaine 0.05 ctges 3 fois par jour.

4ème semaine 0.05 ctges 4 fois par jour.

5ème semaine 0.05 ctges 3 fois par jour.

6ème semaine 0.05 ctges 4 fois par jour.

Puis nous continuons en utilisant l'onguent napolitain en frictions :

1ère année 10 frictions par mois.

2ème année 15 frictions à tous les deux mois.

3ème année 15 frictions à tous les trois mois.

4ème année 15 frictions à tous les quatre mois.

Nous n'abandonnons le traitement que lorsque le B. W. est revenu négatif 2 fois et lorsqu'il n'existe plus de signes cliniques depuis au moins 2 ans.

SODOKU

par

E. GAUMOND

Chef de clinique à l'Hôtel-Dieu

Le sodoku, comme son nom semble l'indiquer, serait une maladie exotique particulièrement fréquente en Chine et au Japon d'où nous vient son nom (japonais. so, rat ; doku, poison). Il n'est pas rare toutefois de le rencontrer en Europe et même en Amérique.

Ici même, au Canada, quelques cas ont été rapportés, particulièrement à Montréal, et, si nos renseignements sont exacts c'est le deuxième cas connu à Québec.

Le sodoku ou fièvre par morsure de rat est dû à un spirochète découvert en 1915 par Futaki, Takaki, Taniguchi, Ottawara et Tamura. Ce spirochète dénommé par Dujarric de la Rivière *Spirocheta Japonica* se trouve chez l'homme dans les lésions cutanées, dans les ganglions et dans le sang. C'est un spirochète tantôt long 8 à 10 μ , tantôt court 2 à 5 μ , assez épais, portant deux à six tours de spire et mobile. Il présente une flagelle à chaque extrémité.

Sur les frottis du chancre initial la recherche du spirochète est souvent infructueuse de même que dans les ganglions. Il y aurait plus de chance de le trouver dans le sang prélevé au moment des accès fébriles.

La maladie chez l'homme se développe toujours à la suite d'une morsure accidentelle par les rats. Le spirocheta japonica paraît déterminer chez le rat, à l'état spontané, une véritable gingivite ce qui explique la contamination de l'homme par la morsure de l'animal.

Le diagnostic clinique est assez facile : chancre d'inoculation à l'endroit de la morsure, pyrexie particulière et très souvent éruption locale ou généralisée.

Le pronostic est bon dans les formes légères mais dans la forme rénale avec albuminurie il serait grave. Cette néphrite conduirait à une terminaison fatale dans 10% des cas, au Japon.



Le novarsénobenzol en est le médicament spécifique et son action est très rapide.

Mme J. A. M., 51 ans, résidant à Québec, est admise dans le service de Dermatologie le 1er avril 1937.

Il n'y a rien de particulier à noter dans ses antécédents héréditaires et personnels, et voici ce que la malade nous raconte.

Le 21 mars alors qu'elle dormait depuis quelque temps déjà, elle est brusquement réveillée par une sensation de pincement sur le bout du nez.

Elle aperçoit au même moment un rat sur son oreiller et constate qu'elle vient d'être mordue par le même rat. Le lendemain matin, Mme J. A. M., voit sur son nez l'empreinte des dents mais sans perte de substance appréciable.

Du 21 au 28 les légères plaies à l'endroit de la morsure semblaient vouloir guérir rapidement sous l'effet de pansements humides au permanganate. Ce jour même du 28 la malade remarque que la plaie s'agrandit, se gonfle et constate une adénopathie sous-maxillaire. Elle éprouve en même temps certains malaises qui lui font croire à la grippe, se sentant fiévreuse et courbaturée.

A son entrée à l'hôpital, le 1er avril, on constate sur le côté droit et au bout du nez une plaque rouge foncé de la dimension d'un 25 sous environ. Cette plaque a une consistance dure, cartonnée et on peut voir en son centre deux petites croûtes distantes l'une de l'autre de un centimètre et demi, croûtes qui laissent croire que c'est à ces deux endroits que les dents du rat sont venues en contact avec la peau. On remarque en même temps un oedème de la région sous-maxillaire avec un ganglion dur mais non douloureux. L'oedème remonte jusqu'à la paupière supérieure droite. Aucune tache éruptive sur la peau.

La fièvre qui a l'entrée est à 101 F est à 102.4 le soir. La malade se sent fatiguée, est somnolente et accuse de la céphalée.

Un prélèvement est fait sous les deux croûtes de la plaque du nez, prélèvement d'une sérosité sanguinolente sans pus. L'examen de ce frottis au laboratoire ne révèle pas la présence du *spirocheta japonica*. Un pansement au sérum physiologique est appliqué sur le nez. Le 2 avril la température le matin est à 101 et le soir à 99 F. L'oedème est encore marqué, la malade est somnolente mais la céphalée est moindre. Les pansements au sérum sont continués.

Un second prélèvement est fait en appuyant seulement deux lames sur une plaque de même dimension qu'au début et suintant encore de la sérosité et un peu de sang. Le résultat de cet examen est encore négatif de même qu'une recherche de spirochètes dans les urines. Les jours suivants la température se maintient sensiblement normale, l'oedème disparaît, la malade est plus éveillée et se sent mieux.

La plaie du nez est en voie de cicatrisation, desquame, mais n'est pas complètement disparue alors que le 9 avril, dans la nuit, la malade fait un

DANS L'INSUFFISANCE HORMONALE MASCULINE

ORETON (Propionate de testostérone)

HYPERTROPHIE PROSTATIQUE BÉNIGNE. Les malades éprouvent un soulagement des symptômes accompagnés de mictions difficiles et de rétention, ainsi qu'une amélioration remarquable de l'état émotif et mental.

VIEILLARDS. "Oreton" a prouvé son efficacité d'action en fournissant une sensation de bien-être et un renouveau de vigueur. Les symptômes vaso-moteurs et mentaux tels que : nervosité, dyspnée, excitabilité, fatigabilité et mélancolie disparaissent généralement. Les mêmes résultats furent obtenus dans les cas de castration chirurgicale où l'on rencontrait les mêmes troubles.

IMPUISSANCE. L'impuissance chez les vieillards, aussi bien que chez les individus plus jeunes, est généralement améliorée par l'emploi de l'"Oreton".

HYPOGONADISME. "Oreton" a produit des effets objectifs et subjectifs remarquables chez des individus ayant dépassé l'âge de la puberté. Le développement des organes génitaux, la croissance des poils au pubis et à la région axillaire ainsi que l'augmentation du nombre et de la puissance des érections furent constatés.

ORETON est le propionate de testostérone cristallisé dans une solution d'huile de sésame. Il se vend en ampoules de 1 c. c. contenant 5, 10 et 25 mg. par c. c.

Usage externe

L'ONGUENT d'"ORETON-F" s'absorbe facilement par la peau. Il est utile pour la continuation de la thérapeutique après les injections d'"Oreton" lorsqu'il est nécessaire de donner des doses modérées d'hormone sexuelle masculine. Cet onguent se vend en tube de 50 grammes, chaque gramme contenant 2 mg. de testostérone cristallisée.

ÉCRIVEZ-NOUS POUR PLUS DE RENSEIGNEMENTS.



SCHERING (CANADA) LIMITED

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

SONERYL



● ACTION HYPNOTIQUE
DOUCE

● RÉVEIL EUPHORIQUE

Tubes de 20 comprimés à 0 gr. 10

Boîtes de 10 suppositoires à 0 gr. 20



GARDÉNAL

EPILEPSIE

SPASMES ARTÉRIELS

ASTHME — VOMISSEMENTS

URTICAIRE — CÔLITES — CHOREE

CONVULSIONS de la PREMIÈRE ENFANCE



PRÉSENTATION — Comprimés à 0 gr. 10 (tubes de 20)

à 0 gr. 05 (" " 30)

à 0 gr. 01 (" " 80)

Gardénal Injectable — Boîtes de 5 amp. 1 cc.

Laboratoires POULENC FRÈRES du CANADA, Ltée

204, Place Youville

MONTREAL

frisson, se sent fatiguée et le 10 au matin on constate que l'extrémité du nez est plus rouge, gonflée, oedématiée.

On assiste alors à un phénomène que l'on remarque pour la première fois, une éruption qui est constituée de taches rouge bleuté, à certains endroits, et, rouge vif à d'autres, taches s'effaçant à la pression du doigt. Cette éruption maculeuse est nettement visible au pourtour de la croûte persistant sur la plaie du nez, sur la joue gauche près du sillon naso-génien, sur une bonne partie de la joue droite, dans la région sous-maxillaire droite et sur le côté droit du cou, jusqu'à la nuque. Aucun élément éruptif ailleurs.

Dans le territoire où siège l'éruption la peau est comme infiltrée et les taches rouges sont séparées les unes des autres par des intervalles de peau saine. En certains endroits surtout ces taches prennent l'aspect d'un réseau rouge dont les mailles seraient de couleur normale (blanche). Le ganglion pré-auriculaire droit est dur, douloureux et un ganglion sous-maxillaire du même côté est de même nature. La malade est somnolente, se plaint de céphalée, de douleurs dans la nuque, est courbaturée, se sent, comme elle dit, « grippée ». La fièvre est à 103.4 F. et le pouls à 130.

La malade reçoit alors 0.15 de novarsénobenzol et le lendemain la température est normale et reste normale les jours suivants. Vingt-quatre heures après l'injection de 914, l'éruption est pratiquement disparue.

La malade se sentant très bien quitte l'hôpital le 15 avril. Sur notre demande, elle se procure un thermomètre et pendant trois semaines, matin et soir, elle prend sa température. A aucun jour elle n'a constaté d'ascension thermique et revue à toutes les semaines pendant près de deux mois elle n'a éprouvé aucun des malaises qui l'avaient conduite à l'hôpital. La plaie du nez à demi cicatrisée à la sortie de la malade n'est plus apparente après un mois.

Le diagnostic porté a été celui de sodoku. S'agit-il bien de cette maladie ?

Le laboratoire n'a pu mettre en évidence le *spirocheta japonica* ni dans les frottis ni dans les urines ; l'hémoculture n'a pas été faite et nous ne l'avons pas recherché dans les ganglions.

Ce n'est pas la première fois qu'on ne peut mettre en évidence les *spirocheta japonica* dans des cas bien confirmés par ailleurs de fièvre par morsure de rat. Plusieurs auteurs ont vu leurs recherches restées infructueuses même lorsque leurs malades ont présenté des accès fébriles en plus grand nombre que pour la patiente observée ici. La malade n'a fait en réalité

qu'une poussée fébrile que nous avons pu observer complètement ; apparemment c'était la troisième depuis le début de sa maladie, la première s'étant passée à la maison et la seconde, la journée même de l'entrée à l'hôpital.

Nous croyions trouver des spirilles soit dans les urines soit dans les frottis et nous nous attendions à une autre poussée fébrile, ce qui n'est pas arrivé.

Notre malade a certainement fait une forme très bénigne de sodoku ; l'examen des urines n'a pas montré trace d'albumine, la formule sanguine a été absolument normale et l'éruption a été des plus discrètes.

Pour faire le diagnostic de sodoku, le premier point à établir selon Bezançon et Philibert, c'est la notion de la morsure par le rat. Le rat peut inoculer par sa morsure d'autres infections microbiennes : septicémies aiguës dues aux microbes banaux, le streptocoque en particulier. S'il y eut septicémie chez notre malade, il ne s'agit certainement pas d'une infection ni streptococcique ni staphylococcique.

La morsure du rat peut encore causer la rage, le tétanos et la spirochétose ictero-hémorragique. Il ne peut être question non plus d'une de ces maladies dans le cas qui fait le sujet de cette observation.

L'observation clinique est suffisamment nette : morsure par un rat, épisodes fébriles bien définis, complexe dermatologique net et guérison rapide par un médicament spécifique, pour être en droit d'affirmer, sans aucun doute possible, que la maladie dont a souffert Mme J. A. M. est bien le sodoku, même si le laboratoire n'a pu mettre en évidence les spirochètes dans les produits qui lui ont été fournis pour examen.

Il reste tout de même étonnant qu'une seule injection à 0.15 de 914 ait réussi à amener une guérison aussi rapide et définitive. L'explication en est peut-être dans le fait que notre patiente ayant présenté une forme très bénigne de la fièvre par morsure de rat, devait voir guérir spontanément sa maladie et que l'injection de novarsénobenzol n'a fait qu'empêcher un ou deux autres accès fébriles de se produire.

BIBLIOGRAPHIE

F. BEZANÇON, Marcel LABBÉ. *Précis de Pathologie Médicale*. Tome 2, 1926, p. 180.

Ch. DOPTER, E. SACQUÉPÉE. *Précis de Bactériologie*. Tome 2, 1931, p. 1045.

ANESTHÉSIE INTRA VEINEUSE AU PENTOTHAL

par

Florian TREMPE

Chef de Clinique dans le Service Chirurgical de l'Hôpital du Saint-Sacrement

et

Adrien PAQUET

Anesthésiste à l'Hôpital du Saint-Sacrement

Les injections intraveineuses d'un dérivé de l'acide barbiturique remontent à la révolution russe, en 1920, alors que les médecins, manquant d'anesthésiques volatils ou gazeux, injectèrent de l'Hédonal directement dans le courant sanguin.

Ce fut le début d'une série de travaux qui apportèrent des possibilités nouvelles dans le domaine anesthésique.

Après des tâtonnements nécessaires à son développement, l'anesthésie intraveineuse par des dérivés de l'acide barbiturique jouit actuellement de la faveur générale.

Ce fut l'Hédonal, le Somnifène, le Numal, le Pernocton, l'Amytal qui, tour à tour, attirèrent l'attention des hommes de laboratoire, puis des chirurgiens.

Avec de nouveaux perfectionnements vient l'Évipal, donnant des résultats déjà surprenants.

C'est alors que commence, pour nous, la pratique de l'anesthésie intraveineuse. Nous avons utilisé l'Évipal, dès les débuts, à son apparition, alors même que ce médicament ne portait pas encore le nom d'Évipal, mais était connu seulement par son numéro de manufacture E334.

Notre première injection date du 26 février 1934, et depuis nous avons eu l'occasion de pratiquer un nombre important d'anesthésies à l'Évipal, et il nous a été donné de juger des grands avantages de l'anesthésie intraveineuse.

Toutefois, l'Évipal ne nous paraissait pas être encore le médicament idéal pour ce genre d'anesthésie ; ses résultats étaient parfois très bons, mais nous avons trop souvent, si non des échecs anesthésiques complets, du moins des anesthésies imparfaites qui, en plusieurs circonstances, rendaient le travail de chirurgien pénible. Ces imperfections se présentaient sous forme de période d'excitation assez marquée qui empêchait la préparation du champ opératoire, avant l'anesthésie, et rendait ainsi l'usage de l'Évipal impossible comme complément d'une anesthésie locale, pour un temps opératoire quelque peu douloureux. Puis c'était le tremblement et la trémulation musculaire qui duraient quelques instants, mais parfois s'étendaient à toute la durée de l'anesthésie.

C'était encore soit le hoquet, la toux, les vomissements, soit encore, au réveil, une agitation marquée. Malgré tout, la technique de l'anesthésie intraveineuse nous paraissait trop séduisante et ses résultats trop encourageants pour ne pas croire à la possibilité de son application, et nous en étions à espérer de nouveaux perfectionnements quand est apparu le Pentothal, qui, nous semble-t-il, est actuellement le médicament le mieux adapté aux anesthésies intraveineuses.

Aussi le Pentothal s'est présenté à nous avec des possibilités de résultats meilleurs ; et alors nous avons mis ce médicament à l'épreuve, dès qu'il nous a été possible de nous en procurer. Il possède des avantages marqués sur l'Évipal : l'induction de l'anesthésie est plus rapide et plus douce, exempte de toute période d'excitation, le sommeil s'établit d'une façon plus calme que le sommeil physiologique ; nous ne constatons ni tremblement, ni trépidation musculaire, l'anesthésie est plus profonde, la résolution musculaire plus parfaite et le réveil est moins agité ; les doses anesthésiques sont moins fortes et l'élimination est plus rapide.

En présence de ces nouveaux perfectionnements, nous avons abandonné l'Évipal pour nous occuper aussitôt du Pentothal.

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. PATEAU 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

LE PENTOTHAL

Chimie : Le Pentothal est un dérivé de l'acide barbiturique, dont la formule est assez complexe, et qui s'exprime ainsi : C'est un Éthyl méthylbuthylthiobarbiturate de soude.

Dans cette formule apparaît une molécule de soufre, qui donne à la poudre une légère teinte jaune citrin. La présence de cette molécule de soufre contribuerait à une décomposition plus rapide du produit dans l'organisme. C'est une poudre amorphe, à odeur légère de soufre, et qui en solution aqueuse dégage une faible odeur d'hydrogène sulfuré. C'est un produit instable qui nécessite la préparation de la solution immédiatement avant l'injection.

PHARMACOLOGIE

L'injection intraveineuse de Pentothal produit avec rapidité une anesthésie générale par intoxication de tout l'organisme. Mais cette intoxication sera insuffisante pour lui causer des dommages. L'organisme intoxiqué par le barbiturique sera le siège de phénomènes de désintoxication, surtout au niveau du foie, permettant à la cellule de reprendre dans son intégrité les fonctions dont elle jouissait avant son intoxication.

Pour le Pentothal, cette destruction au niveau du foie est très rapide et se fait en quelques minutes par oxydation de la molécule barbiturique.

Les expériences faites sur les animaux nous montrent bien la grande marge de sécurité du médicament, la dose minimum effective étant chez le rat de 2 à 10 mllgm. par kilog. du poids du corps, et la dose mortelle étant de 35 mllgm par kilog. également. Chez le chien, 15 mllgm par kilog. produisent l'anesthésie, la dose tolérée chez le même animal étant de 30 mllgm.

ACTION SUR LES ORGANES

Employée à dose anesthésique et pour des anesthésies de courte durée, nous pouvons affirmer que l'injection de Pentothal est pratiquement inoffensive pour l'organisme. En dehors des phénomènes de congestion, les autres lésions anatomo-pathologiques semblent peu importantes, soit sur les centres nerveux, le cœur, le rein, le poumon, soit même sur le foie. Les

lésions anatomo-pathologiques constatées sur les animaux autopsiés ont toujours été l'effet de conditions d'expérimentation telles qu'il soit pratiquement impossible de les réaliser en clinique.

En effet, le but des expérimentateurs étant, non pas de procurer l'anesthésie, mais de déceler la lésion organique, ils ont soumis leurs sujets d'expérience à des anesthésies en série, dont le nombre s'élève jusqu'à 30 pour le même animal, avant d'être sacrifié.

ACTION SUR LES DIVERSES FONCTIONS

L'action du Pentothal sur le système cardio-vasculaire va se manifester par de la tachycardie, le pouls se maintenant à environ 100 ; puis chute légère, passagère, de la pression artérielle, dont la cause serait une vasodilatation périphérique.

Les manifestations nerveuses de l'intoxication seront l'abolition des réflexes, la perte de la sensibilité et une résolution musculaire complète. Au réveil, la sensibilité apparaît d'abord, puis viennent les réflexes et la tonicité musculaire.

Plus importantes nous paraissent les modifications respiratoires au cours de l'anesthésie. En effet, la dépression des centres respiratoires est toujours marquée et elle augmente avec la dose injectée. Il existe un parallélisme absolu entre la dépression respiratoire et la profondeur de l'anesthésie. L'amplitude respiratoire augmente à la période pré-anesthésique, puis diminue à la période de narcose confirmée pour augmenter de nouveau à la période de réveil.

PRÉPARATION DU MALADE

La préparation du malade est la même que pour les autres anesthésies. Disons, toutefois, qu'il n'est pas nécessaire que le malade soit à jeun, pour subir une anesthésie au Pentothal, et ceci peut être d'une grande utilité dans les cas d'urgence. Mais dans notre pratique ordinaire, nous préférons garder le malade à jeun, au cas où nous serions obligés de donner un anesthésique complémentaire.

MÉDICATION PRÉLIMINAIRE

Cette question est encore grandement discutée et ses avantages ne sont pas reconnus en tous les milieux. Cependant, disons que pour Molitor et

Pick « il y a intérêt à faire des associations anesthésiques, qui, agissant sur des centres différents augmentent l'anesthésie, sans que s'additionnent les toxicités ».

Les plus employés furent les opiacés. Toutefois, l'association pentothal-morphine donnerait une anesthésie plus profonde mais aurait une double action dépressive sur la respiration.

Pour Monod qui emploie régulièrement le Sédol, il y voit l'avantage de pouvoir éprouver la sensibilité du malade, avant l'injection intraveineuse, le malade réagissant plus ou moins à l'injection de Sédol.

Nous croyons que l'administration de morphine ou d'un barbiturique, avant l'anesthésie, facilitera beaucoup celle-ci en agissant comme anesthésie de base ; elle permettra un dosage plus restreint de l'anesthésique, donnera des anesthésies meilleures et nous permettra de rester plus facilement dans les limites de sécurité.

Dans notre pratique, avant de donner une médication préliminaire, nous tenons toujours compte de l'état général du malade et de la nature de l'intervention qu'il devra subir.

Nous employons, tour à tour, soit le Nembutal, soit la Morphine, soit l'association Nembutal-Morphine-Pentothal. S'il s'agit d'une intervention de courte durée, nous croyons que la médication préliminaire n'est pas justifiée puisqu'elle prolongera l'anesthésie pour un temps qui n'est pas nécessaire. Ajoutons que chez les sujets nerveux ou anxieux, nous donnons le Nembutal même pour les anesthésies de courte durée ; et nous n'avons jamais eu à nous reprocher cette manière d'agir, souvent cette méthode rendant possible une anesthésie complète au Pentothal, sans être obligé d'administrer un anesthésique de complément.

CONDITIONS D'ADMINISTRATION

Nous commençons l'anesthésie quand le chirurgien est prêt à intervenir, cette attitude nous permet de raccourcir d'autant la durée de l'anesthésie. Mais nous croyons que chez certains malades anxieux, il y aurait avantage à ne pas faire étalage de tous les préparatifs opératoires aux yeux du malade. L'acte chirurgical doit commencer quand le malade est non seulement inconscient mais surtout insensible. La sensibilité et la réaction à la douleur disparaissent tardivement avec les barbituriques, et un coup de scalpel trop

hâtif peut déclencher une réaction de défense qui ne sera contrôlable que par une dose beaucoup plus forte d'anesthésique. C'est pourquoi nous demandons au chirurgien d'attendre quelques instants: une demi à une minute est suffisante, après l'injection, pour permettre au malade de s'endormir profondément.

INSTRUMENTATION

L'instrumentation étant celle d'une injection intraveineuse nous n'insisterons pas sur ce sujet.

TECHNIQUE

Le Pentothal nous est délivré sous forme de sel sodique en ampoules de 0.50 gm ou de 1 gm. Le contenu de cette ampoule doit être dissous dans 10 c.c. d'eau stérile, pour avoir avec l'ampoule de 0.50 gm une solution à 5% et avec l'ampoule de 1 gm une solution à 10%, 1 gm de poudre dans 20 cc. d'eau donnera également une solution à 5%. Au début nous avons employé la solution à 5%, mais, actuellement, l'anesthésie se fait par injection intraveineuse de la solution à 10% de Pentothal.

DOSE

Le dosage anesthésique soulève toute une série de problèmes ; et une explication raisonnable à défaut d'une solution définitive de ces problèmes rendra justifiable l'emploi du Pentothal en anesthésie.

Il est donc important, avant de parler de dosage, d'envisager quelques objections et d'émettre quelques théories.

Monod parlant de l'Évipan, nous dit que l'anesthésie intraveineuse doit être dosable, réglable, gouvernable et individuelle autant que toute autre anesthésie par un produit volatil ou gazeux. La non contrôlabilité de l'anesthésie intraveineuse fut pendant longtemps la grande objection à son emploi chez l'homme. Nous n'irons pas jusqu'à dire que l'anesthésie intraveineuse est, actuellement, entièrement contrôlable, ce serait trop oser, mais nous pouvons affirmer qu'elle offre présentement un minimum de sécurité qui nous met à l'abri de tout danger. Nous pouvons donc croire que l'anesthésie intraveineuse, administrée avec prudence, dans de bonnes

METHODE DE WHIPPLE

HEPATHERMO

DESCHIENS



Extrait concentré hydrosoluble de foie de veau

Forme ampoule • Forme sirop

**SYNDROMES
ANÉMIQUES**

DESCHIENS, 8, RUE PAUL BAUGEY - PARIS 12^e
REPRESENTANT : ROUGIER, 336, RUE LEMINGE - MONTRÉAL (QUÉBEC)

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

MONTREAL

conditions, ne donnera pas plus, peut-être moins, d'accidents que les surprises anesthésiques que nous constatons avec les autres anesthésiques, au cours de l'anesthésie par inhalation.

Disons, tout d'abord, que le fait que le Pentothal ne soit pas volatil, ne peut pas être un facteur de non contrôlabilité. Le caractère de contrôlabilité de tout anesthésique dépend en grande partie de sa vitesse d'élimination de l'organisme, elle-même sera due à une qualité du produit qui, pour les anesthésiques par inhalation sera la volatilité, pour le Pentothal ce sera la grande oxydabilité. Ce ne sont ni la volatilité, ni l'oxydabilité de ces produits qui rendent l'anesthésie contrôlable, mais seulement le fait que le médicament soit éliminé rapidement de l'organisme, quelque soit le procédé d'élimination. Ajoutons que le Pentothal sera éliminé de l'organisme plus rapidement que le chloroforme et aussi rapidement que l'éther.

Un deuxième facteur de contrôlabilité sera la toxicité du médicament. Certains anesthésiques, même très volatils, produiront à des doses anesthésiques, des accidents imprévus, à cause même de leur grande toxicité. Nous avons déjà vu la faible toxicité du Pentothal et sa grande marge de sécurité, nous n'y reviendrons pas.

De plus, les signes anesthésiques pour le Pentothal sont tout aussi précis et nous permettent, en tout temps, de juger de l'état du malade, tout aussi bien qu'avec les autres méthodes anesthésiques.

Un autre facteur de sécurité se présente à nous, dans l'efficacité des moyens à employer, dans les cas où nous aurons à combattre un accident, toujours possible, quel que soit l'anesthésique. Nous n'avons jamais employé ces moyens mais il se trouve tout de même que la respiration artificielle, les injections stimulantes, l'oxygène et le CO² seront aussi efficaces que dans toute autre anesthésie.

(*À suivre*)

MOUVEMENT THÉRAPEUTIQUE

LA PARALYSIE INFANTILE EST-ELLE VAINCUE ?

par le

docteur de LUNA

de Paris

La paralysie infantile ou, de son nom scientifique, la poliomyélite antérieure aiguë, est une affection très répandue et très grave.

Elle est très répandue dans le monde. Il suffit d'interroger son entourage pour trouver presque toujours des parents ou amis qui ont été atteints, dans leur bas âge, de cette affection.

Les statistiques sont très incomplètes et très mal faites car la poliomyélite passe parfois inaperçue, les cas n'étant pas régulièrement les mêmes et la déclaration n'en étant pas toujours effectuée aux autorités légales.

Nous croyons pouvoir affirmer cependant qu'il y a, chaque année, par le monde, plusieurs dizaines de milliers de cas.

La paralysie infantile est grave, car elle s'accompagne en moyenne de 15 à 20% de décès et d'autant de paralysies plus ou moins importantes, paralysies qui sont presque toujours irrémédiables et contre lesquelles on ne peut lutter qu'avec des moyens longs et dispendieux et avec l'espoir de n'obtenir, en général, que des améliorations légères et, rarement, le retour à l'état intégral.

On a fait beaucoup de bruit sur le « poumon d'acier » qui est une histoire spectaculaire, dans cette maladie. Il ne rend en réalité que peu de services. Il permet de maintenir en vie, exceptionnellement, des malheureux dans cet appareil de torture à grands frais.

Le « poumon d'acier », lorsque les centres respiratoires sont paralysés est, en effet, un thorax artificiel.

Les médications employées jusqu'à ce jour contre la paralysie infantile n'ont, hélas ! pas donné ce qu'on espérait. Les divers sérums utilisés : sérum d'animal immunisé, sérum de convalescents, sérum de parents, semblent avoir donné quelques cas heureux. Il n'empêche que l'on note, dans les épidémies, une moyenne de morts et de paralysies élevée que nous avons citée précédemment.

Or, il y a deux ans environ, un jeune médecin suisse, le docteur Contat, remarqua l'action heureuse du chlorate de potasse (médicament bien connu et qui se trouve dans toutes les pharmacies) sur l'évolution de la paralysie infantile, à condition que le médicament soit employé dès le début de la maladie, alors que la paralysie n'est pas installée. Le chlorate de potasse doit être employé à doses relativement importantes, mais par administration fractionnée de deux heures en deux heures. On doit faire absorber une moyenne quotidienne de 0 gr. 10 de chlorate de potasse par kilo de poids du patient.

Le docteur Contat eut à soigner, lors de la grande épidémie suisse qui toucha 2,700 enfants, 36 malades : il obtint, par sa méthode, 36 guérisons.

Ces faits impressionnants l'incitèrent à expérimenter sur le singe et, dès le début, l'expérimentation fut faite par ses soins et ceux du docteur Spycher.

Ils allaient les abandonner lorsque le professeur Arthus les reprit avec le docteur Debat, qui créa à cette fin un centre de recherches en Suisse, puis successivement deux nouveaux à Garches et à Saint-Cloud.

Les travaux expérimentaux repris permettent aux auteurs d'affirmer qu'il semble que ce médicament banal qu'est le chlorate de potasse, ait une action des plus heureuses dans l'évolution de la maladie provoquée expérimentalement chez le singe. D'autres séries de travaux, qui feront l'objet de mémoires ultérieurs, viennent confirmer ces premiers résultats.

Les auteurs, fort prudemment, n'affirment pas qu'ils sont certains de guérir la poliomyélite à l'heure actuelle. Ils continuent avec acharnement leurs recherches et ils espèrent que, dans un laps de temps qui ne sera pas trop long, ils pourront apporter des conclusions beaucoup plus affirmatives.

Quoi qu'il en soit, dès maintenant, encouragés par tous les faits qu'ils ont notés, ils estiment que l'on peut et que l'on doit, lorsque l'on se trouve en présence d'un cas de paralysie infantile, tenter la nouvelle médication au chlorate de potasse. On peut du reste le faire simultanément avec les traitements classiques, les deux méthodes ne se contrariant nullement. Il sera intéressant ainsi de noter si les premiers résultats obtenus se confirment.

Les auteurs insistent sur ce fait que la paralysie infantile sévit habituellement pendant la saison chaude, elle cause de véritables désastres. Il est bon que le médecin soit armé contre cette maladie et soit averti, car, seul, il peut diriger le traitement.

Attendons avec impatience les résultats que les auteurs nous annoncent et nous reprendrons cette question plus tard.

* * *

Note pratique pour les médecins

CONDUITE DU TRAITEMENT

Dans le récent mémoire que nous venons de publier dans nos « Annales de Thérapie Biologique » sur le traitement de la poliomyélite par le chlorate de potasse, nous avons exposé les résultats que nous pouvons résumer dans les quelques phrases suivantes :

1. L'un de nous, le docteur Contat, obtint 35 guérisons dans 35 cas de poliomyélite soignés selon notre méthode ;
2. Deux expériences faites sur le singe montrèrent que le chlorate de potasse avait une action curative chez les sujets rendus poliomyélitiques par injection de virus dans le cerveau ;
3. Il semble possible de neutraliser le virus poliomyélitique in vitro par addition d'une solution de chlorate de potasse. Le virus ainsi neutralisé peut être injecté sans danger au singe et le singe ainsi traité devient réfractaire à la maladie.



PANTOPON

" ROCHE "

opium total

injectable

titre constant

—

TOLÉRANCE MAXIMA

—

ampoules ou tablettes
hypodermiques 0.02 gm. (1/3 gr.)
comprimés oraux 0.01 gm. (1/6 gr.)

•

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



Indications :

DYSPEPSIES ● HYPERCHLORHYDRIE
AÉROPHAGIE ● AIGREURS
OXYURASE ● CONSTIPATION

Pour les lésions du côlon, de l'ampoule rectale et de la région ano-sphinctérienne :
le **BIS-KA-MA** suppositoire
et le **BIS-KA-MA** pansement recto-colique
complètent l'action du BIS-KAM-OIL

Agent Général :
J. EDDE, LIÉ MONTRÉAL

Laboratoires
du D^r Pierre **ROLLAND** et **DURET & RÉMY** réunis
ASNIÈRES près PARIS

Toutes les Indications de

L'IODE et des IODURES

IODOGÉNOL

PÉPIN.

Pas d'Iodisme

LABORATOIRES PÉPIN et LEBOUQC, PARIS.

J. EDDÉ Limitée, Montréal, Agent général.

A la suite de cette publication, nous avons reçu de nombreuses observations ou critiques.

Toxicologie du chlorate de potasse.— Tout d'abord certains confrères nous ont manifesté la crainte qu'ils avaient d'employer le chlorate de potasse aux doses que nous préconisons. Le Codex, en effet, indique qu'il ne faut pas dépasser la dose de 4 grs. par jour.

La bibliographie minutieuse et les travaux que nous avons effectués nous-mêmes démontrent, de la manière la plus catégorique, que l'on peut administrer des doses supérieures sans aucun inconvénient, à la seule condition de s'assurer que les reins du malade fonctionnent normalement, avant et au cours du traitement.

Nos travaux à ce sujet seront, du reste, publiés dans un supplément des *Annales de Thérapie Biologique*, d'ici deux à trois semaines.

Posologie.— Certains confrères nous ont dit que la posologie n'était pas exprimée très clairement dans le mémoire. Nous apportons donc quelques détails à ce sujet :

La dose doit être de 0 g. 10 de chlorate de potasse par kilog. du poids de l'enfant et par jour.

Cette dose doit être répartie en douze prises égales, administrées régulièrement et exactement de deux heures en deux heures.

Pendant les douze premières heures, lorsque le cas semble particulièrement grave, il y a intérêt à doubler la dose du traitement, c'est-à-dire à administrer la potion d'heure en heure, pour revenir ultérieurement à l'administration de deux heures en deux heures, cela jusqu'à disparition de la fièvre et même deux jours après, ce qui correspond en moyenne à une durée de traitement de six à huit jours.

Au point de vue de la prescription, nous nous permettons de donner un modèle d'ordonnance.

Nous conseillons de prescrire, comme potion journalière, un volume total de 180 cc. qui correspond à 12 cuillerées à soupe de 15 cgrs. Dans ce volume total, il est bon d'incorporer 40 grs. de sirop de framboise pour dissimuler la saveur un peu déplaisante du médicament, quelle que soit la dose du principe actif.

Quant au chlorate de potasse, il n'y a qu'à inscrire une dose qui corresponde à autant de fois 10 cgrs que l'enfant pèse de kilogs. Pour un enfant de 6 kilogs : 0 gr. 60 — de 10 kilogs : 1 gr. — de 15 kilogs : 1 gr. 50 — de 30 kilogs : 3 grs. de 50 kilogs : 5 grs. — de 60 kilogs : 6 grs.

En résumé, quel que soit le poids de l'enfant, le volume de la potion journalière sera toujours de 180 cc. et la prescription pourra être formulée ainsi qu'il suit, par exemple pour un enfant de 17 kilogs :

Chlorate de potasse	1 gr. 70
Sirop de framboise	40 grs.
Eau q. s. pour	180 cc.

Les pharmaciens peuvent être inquiétés par la dose de chlorate de potasse qui, chez les enfants de 50 kilogs, dépasse la dose du Codex. Nous estimons donc qu'il est bon de mentionner, à côté du poids du chlorate de potasse écrit en chiffres, la répétition : « Je dis X . . . grammes. »

L'expérience nous a montré qu'il est indispensable d'attirer l'attention des parents sur la nécessité absolue qu'il y a d'administrer la cuillerée à soupe de deux heures en deux heures, *la nuit comme le jour*.

Faute de cette recommandation, les parents fatigués ou craignant de réveiller l'enfant ne suivraient pas l'ordonnance à la lettre et ceci serait extrêmement grave.

Diffusion de notre méthode.— On nous a reproché d'avoir diffusé une nouvelle méthode avant d'avoir à notre actif un nombre d'observations et d'expériences beaucoup plus considérable que celui que nous avons. A cela, je répons :

1. Il ne s'agit pas d'enrichir la thérapeutique d'une spécialité nouvelle pour le traitement d'une affection anodine. Il s'agit de s'attaquer à la poliomyélite, fléau redoutable.

2. Contre ce fléau, il faut, hélas ! reconnaître que le praticien est à peu près désarmé. Les statistiques que nous avons étudiées avec soin montrent, en effet, que malgré l'administration des divers sérums, la mortalité reste en moyenne de 20% et que le nombre des paralysies est aussi important.

3. L'administration du chlorate de potasse n'exclut nullement l'emploi de la sérothérapie ; les deux médications ne se gênent pas l'une l'autre. Le médecin peut les employer simultanément s'il veut mettre sa conscience et sa responsabilité tout à fait à l'abri.

4. Nous venons de le dire déjà : le chlorate de potasse, administré aux doses que nous préconisons est anodin.

5. Notre traitement a l'avantage énorme de pouvoir être appliqué immédiatement le diagnostic fait, la potion chloratée pouvant être préparée chez n'importe quel pharmacien de campagne, en quelques instants.

Pour toutes ces raisons, nous croyons qu'il est de notre devoir d'inciter nos confrères à utiliser cette nouvelle médication.

Nous leur serions infiniment reconnaissants de vouloir bien nous tenir au courant des observations qu'ils auront pu faire. Cela nous permettra, en centralisant les recherches, de démontrer l'efficacité de la méthode.

Signalons qu'en dehors des 35 cas résumés dans notre mémoire, nous avons eu, depuis, 4 nouvelles observations avec 4 succès.

ANALYSES

P. DUREL. La (p. amino-phényl-sulfamido) pyridine (693) dans la gonococcie. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, n° 29, 1531, (7 novembre) 1938.

L'auteur a été un des premiers à employer le 693 dans les gonococcies. Après essais cliniques de quinze corps différents, le 693 semble donner les meilleurs résultats.

Chez l'homme, le 693 associé aux soins locaux ou au p-(γ -phényl-propyl)-amino-phényl-sulfamide α - γ -disulfonate de sodium (Soluseptazine), doit être employé dans la pratique habituelle. L'auteur l'a employé seul pour mieux juger de son action contre le gonocoque.

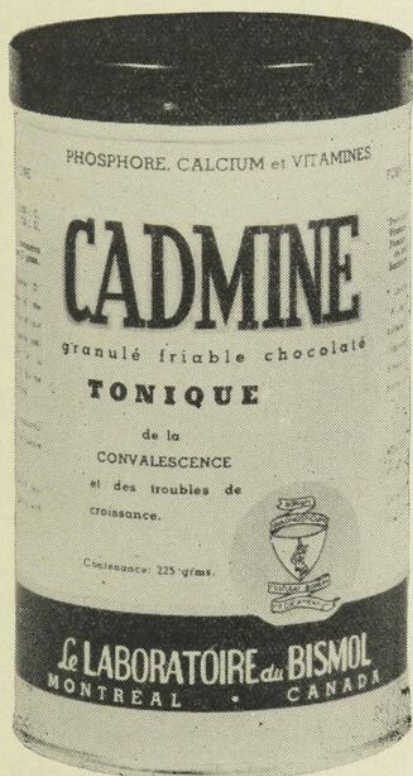
Chez la femme, la blennorragie est vue plus tardivement ; et l'auteur qui a constaté dans des travaux antérieurs que la chimiothérapie ne donnait que des résultats peu satisfaisants, a employé le 693 associé aux soins locaux « mineurs ».

I.—*Résultats*. L'expérimentation a été conduite à Saint-Lazare et porte sur 144 cas.

A.—Chez l'homme. 1° Dans l'urétrite aiguë antérieure ou totale datant de un à vingt jours : P. D. rapporte 56 cas (première urétrite : 34 cas, récurrence, 22 cas). Il a constaté la disparition de la goutte, 5 fois après 24 heures de traitement, 33 fois entre 2 et 5 jours, 12 fois entre 6 et 10 jours, 6 fois au-dessus de 10 jours, et la disparition du gonocoque 38 fois entre 2 et 5 jours, 13 fois entre 5 et 10 jours, 2 fois entre 10 et 20 jours et 3 échecs au-dessus de 20 jours. L'auteur fait remarquer que lorsqu'il y a des microbes banaux associés au gonocoque la disparition de celui-ci devient plus difficile. Ces résultats sont les mêmes que ceux signalés par MM. Vernes, Palazzoli, et Girard.

CADMINE

Le Nouveau Tonique Nutritif
pour Convalescents
et Enfants dans la Croissance



Conditionné en boîtes
métalliques non lithographiées.
Contenance 225 grammes.

- possède un potentiel vitaminique A et D quatre fois plus élevé que l'huile de foie de morue de bonne qualité.
- renferme du phosphore et du calcium.
- granulé, friable, chocolaté.
- assimilation sans l'intolérance que provoquent souvent les concentrés d'huile de poissons.

●
Formule par cuillerée à thé :

Provitamine A	10,000 u.i.
Vitamine D	1,700 u.i.
Phospho-gluconate de cal.	3 gram.
Saccharose et chocolat	2 gram.

LE LABORATOIRE DU BISMOL

945, rue Côté, MONTRÉAL

**Récents progrès dans le domaine
de l'Hormonothérapie.**



CIBA présente

ses nouvelles préparations hormonales femelles, appréciables quantitativement et dosables pondéralement, pour usage par voie orale, intramusculaire et par application de surface.

L'oestradiol (et ses esters) ainsi que la progestérone, corps chimiquement purs, sont maintenant offerts à la profession médicale par la CIBA.

Substances oestrogènes :

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 cliniques concernant les indications, les effets physiologiques, 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 Limitée

Montréal, Qué.

2° Dans la blennorrhagie prolongée ou compliquée, l'auteur rapporte 13 cas, dont 8 cas d'urétrite sans complication apparente, où il a obtenu la disparition du gonocoque et des signes cliniques 1 fois en un jour, 5 fois dans la première semaine, 1 fois dans la seconde semaine, et 1 fois où il n'y a pas eu d'amélioration ; dans 2 cas d'orchi-épididymite, il a eu un résultat assez net et un autre moins beau ; et dans 1 cas de blennorrhagie de deux canaux para-urétraux, les gonocoques ont disparus au 3e jour et la goutte au 6e.

3° Dans la blennorrhagie résistant à d'autres agents chimiques : 7 cas. Dans 2 cas où il s'agissait d'urétrite de moins de 20 jours il a obtenu l'apparence de guérison en 6 et 7 jours ; dans 5 cas d'urétrite prolongée il a eu 4 bons résultats au cours de la seconde semaine et 1 échec.

B.— Chez la femme. 1° Dans les cervicites purulentes, chez les femmes non gravides, l'auteur rapporte 32 cas. Il a obtenu la disparition du gonocoque après au moins 2 examens successifs 1 fois au 3e jour, 7 fois entre 4 et 7 jours, 21 fois entre 8 et 10 jours, 1 fois au 15e jour et 2 échecs.

2° 5 cas de cervicites de la femme enceinte, avec 1 amélioration satisfaisante, 3 résultats discutables et 1 échec.

3° 7 cas de porteuses de germes avec 6 fois disparition du gonocoque entre 2 et 8 jours.

4° Dans les autres formes de blennorrhagie, l'auteur rapporte 6 bons résultats dans les bartholinites sub-aiguës et dans 18 cas d'urétrites, 10 bons résultats, 5 résultats discutables et 3 échecs. Il fait remarquer que l'urétite féminine est moins sensible à la chimiothérapie que celle de l'homme. Le 693 a un action sur la prévention des complications. L'action de ce médicament paraît moins nette dans les affections à symptomatologie voisine de la gonococcie mais sans gonocoque.

II.— *Posologie.* P. D. emploie le 693 à la dose moyenne de 3 grammes par jour pendant 3 jours, 2 grammes pendant 3 jours, 1 gramme pendant 3 jours.

La dose initiale de 4 grammes donne de meilleurs résultats mais elle n'est pas toujours tolérée par les malades. Chez l'homme, 5 jours de traitement sont souvent suffisants ; chez la femme, 9 jours est un minimum. La dose journalière devra être fractionnée. On ne doit pas employer le 693 en même temps qu'un traitement par l'or ou l'arsenic ; de plus les anémiques,

les hémogéno-hémophiliques et les sujets à fonctionnement hépatique ou rénal déficient tolèrent mal ce médicament.

III.— *Incidents.* Tous les produits donnent à peu près les mêmes incidents, mais chacun a « comme une spécialisation ».

1162 ou p-amino-phényl-sulfamide : Céphalée, Asthénie.

1399 ou di-(acétylamino-phényl) sulfone : Cyanose.

Dérivé benzylé (Septazine) et dérivés azoïques : Erythèmes.

693 ou a-(p-aminophénylsulfamido) pyridine : Troubles digestifs.

L'intensité de ces incidents est minime, et ce n'est que très rarement que l'on doit suspendre le traitement. Les malades couchés supportent mieux le traitement que les sujets debouts. Les troubles digestifs ont été surtout marqués chez la femme et surtout chez la femme enceinte. L'auteur a observé le sang, la capacité respiratoire, la réserve alcaline, la méthémoglobinémie, l'état des spermatozoïdes et les temps de saignement et de coagulation ; il n'a observé que très peu de modifications.

L'auteur conclut que le 693 est doué de propriétés très précieuses surtout à cause du peu d'incidents qu'il produit. Les seuls ennuis du traitement sont quelques troubles digestifs facilement prévenus par le bicarbonate de soude ou la belladone.

Arthur BÉDARD.

A. BERNARD et H. MONNIER (Lille). **Utilité de la paralysie atropinique pendant l'examen du tube digestif.** *Arch. des Mal. de l'App. Dig. et des Mal. de la Nutrition*, 28 : 8 ; 806 (octobre) 1938.

Au cours de leurs recherches sur la pathogénie de la paralysie duodénale dans le cancer de l'estomac, les auteurs ont tenté de provoquer la dilatation duodénale par des injections d'atropine. Ayant obtenu de bons résultats, ils appliquent cette méthode au cours de tous leurs examens radiologiques digestifs.

Technique : Le début de l'examen radiologique est le même qu'habituellement : radioscopie, clichés en série, etc. ; puis injection sous-cutanée de 1 mgr. 5 de sulfate d'atropine ; après 10 à 20 minutes, nouveaux clichés en série.

B. et M. ont examiné ainsi 76 malades. Ils notent une action prédominante de l'atropine sur le duodénum et le jéjunum. Elle est parfois si

Charles-A. Dorion

Gérard Dorion

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 B.A., IF.

351, Blvd Charest

QUÉBEC

Téléphone 2-2998

APPAREILS DE RADIOLOGIE ET D'ÉLECTRO-TH RAPHIE

TRANSFORMATEURS

ONDES COURTES

TABLES COMBINÉES

ONDES ULTRA-COURTES

FLUOROSCOPES

ULTRA-VIOLET

UNITÉS MOBILES

INFRA-ROUGE

PORTATIFS

SINUSOIDAL ET GALVANIQUE

AMPOULES, FILMS, ECRANS

FOURNITURES ET ACCESSOIRES

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

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

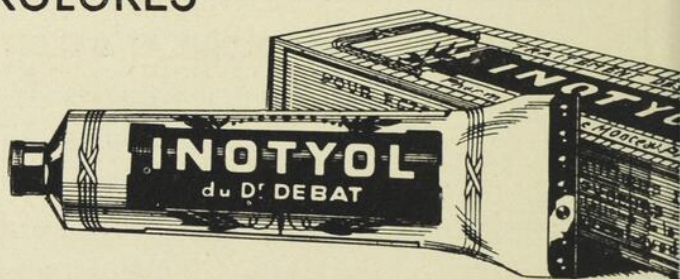
J. EDDÉ LIMITÉE · NEW BIRKS BLDG. MONTRÉAL · TÉLÉPH LA 2421-4913

ECZÉMAS

ULCÈRES - BRÛLURES

Lésions et
Irritations
de la Peau

Agent Général
J. EDDÉ Ltée
MONTRÉAL



Pommade

INOTYOL

prononcée qu'on obtient une image hydro-aérique. L'estomac est moins influencé, ce qui permet d'apprécier le temps d'évacuation gastrique. La dose d'atropine dépend du tonus du parasympathique ; la dose optima paraît être de 1 mgr. 5.

La paralysie atropinique permet de rendre plus évidentes les déformations pathologiques en provoquant une stase de la baryte dans le tube digestif : les clichés sont plus expressifs. La dilatation paralytique des zones voisines expose mieux, par effet de contraste, les images lacunaires.

Cancer : Les zones infiltrées par le néoplasme ne sont pas modifiées par l'atropine ; les parties saines sont dilatées.

Limite plastique : L'estomac reste intact, le duodénum se dilate.

Ulcère duodéal : Les déformations des courbures sont bien mises en évidence. Cette méthode donne aussi d'excellents résultats dans l'ulcère de la petite courbure et l'ulcère pylorique.

« Toute lésion pariétale : néoplasme, ulcère, périgastrite, n'est pas influencée par l'atropine ; aussi l'absence de paralysie atropinique d'un segment digestif est-elle l'indice d'une lésion organique. Les déformations qui disparaissent sous l'action de l'atropine peuvent être considérées de nature spasmodique ; ainsi cette méthode permet-elle de faire à coup sûr le diagnostic entre les déformations fonctionnelles et organiques. »

Cette méthode ne présente aucun danger, elle mérite d'entrer dans la pratique courante radiologique.

H. NADEAU.

M. LOEPER, A. LESURE et A. NETTER. **La tyraminémie normale et pathogène.** *Annales de Médecine*, 44 : 2 ; 85 (juillet) 1938.

Le comportement de la tyraminémie chez l'homme sain et le malade est une acquisition relativement nouvelle en physio-pathologie. Ce dérivé de la tyrosine est un sympathomimétique qui peut provoquer l'exophtalmie, de la congestion de la face, des palpitations, de l'hypertension et de la céphalée.

La tyramine provient des aliments, fromages, viande, caséine, ovalbumine, qui contiennent soit de la tyrosine, soit de la tyramine à l'état libre. C'est un acide aminé qui est libéré dans l'intestin par la putréfaction des matières fécales. Il passe ensuite dans le sang et est désaminé par le foie.

La décomposition des protides tissulaires et des glucides des cellules met en liberté de la tyramine. La tyraminémie endogène, peu importante normalement, devient considérable dans certains états pathologiques.

La tyraminémie normale est inférieure à deux milligrammes par litre. Ses principales variations pathologiques se voient surtout au cours des néphrites, des hépatites et des cirrhoses où l'hypertyraminémie semble un témoin fidèle des lésions cellulaires.

Henri MARCOUX.

G. RAMON, R. KOURILSKY, R. RICHOU et Mme S. KOURILSKY.
Essais de séro-vaccination antitétanique. Étude immunologique. Application éventuelle à la séro-anatoxithérapie du tétanos. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 25; 1287, (18 juillet) 1938.

Le traitement du tétanos par la séro-anatoxithérapie s'inspire des principes de la séro-vaccination. A l'usage, cette médication biologique s'est avérée presque parfaite et a donné entre les mains des auteurs ci-dessus nommés de très remarquables résultats.

Pour ceux qui ont beaucoup employé la sérothérapie un fait semble acquis : l'immunité du sérum dure peu et elle disparaît très rapidement et d'autant plus vite que le malade a reçu antérieurement une ou plusieurs injections de sérum. La séro-anatoxithérapie produit au contraire une immunité permanente ; elle empêche le tétanos tardif, le tétanos « post-sérique » ; elle guérit le tétanos déclaré. En outre, la combinaison anatoxine-sérum diminue d'une façon appréciable la quantité de sérum à injecter.

Les auteurs ont adopté la manière suivante pour traiter le tétanos :

1.— Injecter 150,000 unités de sérum antitétanique (20 c.c. de sérum à 7,500 unités par c.c.).

2.— Puis, à des intervalles qui dépendent de la gravité du cas, 2, 3, 4, 5, 6 centimètres cubes d'anatoxine antitétanique.

L'anatoxine ne produit aucun incident ou accident et le malade guérit normalement et sans complications de son tétanos.

Henri MARCOUX.



*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 