

VOL. 4

No 3

MARS 1939

LAVAL MÉDICAL



BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE
DES
HÔPITAUX UNIVERSITAIRES
DE QUÉBEC

Rédaction et Administration
FACULTÉ DE MÉDECINE
UNIVERSITÉ LAVAL
QUÉBEC



TRASENTINE "CIBA"

(Chlorhydrate hydrosoluble de l'ester diéthylaminoéthylque de l'acide diphénilacétique).

ANTISPASMODIQUE

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

Tolérance parfaite.

Utilisable par voie orale et parentérale.

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

POSOLOGIE :

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

Par voie parentérale : 1 à 2 ampoules par jour.

PRÉSENTATION :

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



Compagnie **CIBA** Limitée

MONTREAL



*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° 3

MARS 1939

MÉMOIRES ORIGINAUX

TAENIA INERME CHEZ UN ENFANT DE 5 ANS

par

Sylvio CARON

Chef du Service Médical à la Clinique Roy-Rousseau

J'ai cru qu'une observation sur le téniasis, de même qu'un résumé de son étiologie, de sa symptomatologie et de sa pathogénie pourraient vous être utiles.

C'est une affection fréquente, ignorée de plusieurs praticiens, et autrefois négligée dans l'enseignement de la pathologie interne. Plusieurs parmi nous se sont évertués à apprendre la fièvre de Malte, le paludisme et la fièvre jaune au lieu de l'helminthiase, dans le but de passer un excellent examen.

Plusieurs aussi ont dû se livrer à des études personnelles afin de pouvoir parler de la question un peu différemment de nos grand'mères qui ne connaissaient de la symptomatologie, que les grincements de dents, les cauchemars, les convulsions, le grattage du nez, le prurit anal et l'expulsion du ver par l'anus ou la bouche. Elles ne se doutaient pas, comme plusieurs médecins, de la symptomatologie de l'obstruction intestinale.

On appelle helminthiase les maladies parasitaires d'origine vermineuse ; elles sont causées soit par des cestodes (vers plats), des trématodes (vers exotiques) ou des nématodes (vers cylindriques).

Les trématodes sont les hôtes du foie, du poumon, de la vessie et ne se rencontrent qu'en dehors de nos climats.

Les cestodes constituent un immense groupe (2000 espèces environ), qui, sans exception, sont tous parasites du tube digestif. Cinq ou six espèces sont à retenir, mais la seule qui intéresse mon observation est le *Taenia Saginata* ou inerme.

La larve du ténia inerme porte le nom de *Cysticercus bovis* et vit en quantité plus ou moins grande dans les amas graisseux de la viande du bœuf. Elle ne diffère guère de la larve du ténia armé qu'en ce que son scolex est dépourvu de crochets ; c'est une vésicule oblongue mesurant de 4 à 8 millimètres de long et 3 millimètres de large.

C'est par l'intermédiaire de la viande de bœuf consommée crue ou saignante que l'on contracte le ténia inerme, et cela d'autant plus facilement que le cysticerque du bœuf est très difficile à déceler, ce qui explique la fréquence de ce ténia chez l'homme. La larve, introduite dans le tube digestif, se comporte de la même manière que celle du ténia armé ; il se forme une série d'anneaux et au bout d'environ trois mois le ténia est complètement constitué ; il vit, comme le précédent, dans l'intestin grêle et s'y trouve en général isolé ; toutefois il peut y en avoir plusieurs. A première vue le ténia inerme ressemble au ténia armé.

MORPHOLOGIE DES TÉNIAS

Le ténia comprend :

- 1° Un *scolex*, organe de fixation possédant des ventouses ou crochets ;
- 2° un *cou*, partie rétrécie et non segmentée ;
- 3° un *tronc*, formé d'une série d'anneaux qui sont d'autant plus grands qu'ils sont plus éloignés du scolex.

Chaque anneau comprend un appareil génital mâle et un appareil génital femelle complets. La fécondation se produit dans chacun de ces anneaux après quoi les différents organes sexuels dégénèrent. Alors les derniers anneaux contenant des œufs mûrs se détachent et tombent dans l'intestin ou au dehors ; d'où la recherche des œufs dans les selles et la constatation

à l'œil nu des anneaux de ténia. Les œufs libérés par la dessiccation de l'anneau sont ingérés par un animal, le bœuf et le porc surtout, leur coque se dissout, l'embryon devenu libre pénètre dans la circulation sanguine de l'animal et va se fixer dans les tissus de cet animal où il s'enkyste en formant une larve ou cysticerque. Si la viande de cet animal infecté est ingérée à l'état de crudité par un homme, le cysticerque se fixe dans l'intestin et reproduit un ténia adulte.

Le cysticerque du ténia solium ou armé vit chez le porc.

Le cysticerque du ténia saginata ou inerme vit chez le bœuf. Ce ténia est expulsé chez l'homme dans l'intervalle des selles : ce sont des anneaux. Les anneaux du ténia solium sont expulsés non plus isolément, mais par fragments de chaîne et uniquement lors de la défécation.

PATHOGÉNIE

Les diverses actions exercées par les ténias sur l'organisme humain sont d'importance très inégale ; l'action spoliatrice est insignifiante ; l'action traumatique n'existe pour ainsi dire pas, car on a reconnu que les crochets, chez les espèces qui en sont pourvues, ne jouent aucun rôle dans la fixation de l'animal, celle-ci étant assurée par les ventouses. Les ténias sont doués de mouvements assez rapides, surtout chez les individus présentant de la fièvre, ces mouvements étant accélérés par une élévation de la température, mais leur action irritative paraît bien minime.

Par contre, l'action toxique de ces vers semble jouer un rôle prépondérant, particulièrement dans la genèse des troubles nerveux, qui apparaissent fréquemment au cours du téniasis. Un grand nombre de travaux ont été faits à ce sujet, mais les auteurs ne sont pas toujours d'accord sur l'existence de produits toxiques élaborés par ces cestodes. On a cependant remarqué que certains troubles d'origine vermineuse persistent plusieurs jours après l'expulsion du parasite, et il semble logique de les considérer comme le résultat d'une intoxication, les produits sécrétés par le ver demeurant dans l'organisme après son élimination. Enfin quelques médecins, entre autres Grancher et Ramond, puis Joyeux, pensent que les toxines des ténias sont douées d'un pouvoir bactéricide.

Il existerait des substances toxiques qui occasionneraient des modifications sanguines et humorales. La preuve c'est l'éosinophilie : 40% pour

les ankylostomes ; 16% pour les ténias ; 18% pour les ascaris et 11% pour les oxyures.

SYMPTOMATOLOGIE

Quand le ténia se développe chez un individu sain et robuste, celui-ci ne présente généralement aucun trouble morbide et il ne s'aperçoit qu'il héberge le parasite que d'une façon fortuite, lorsqu'il constate l'élimination des anneaux de ver.

Par contre, chez les individus débiles ou nerveux et chez les enfants, les symptômes du téniasis sont nombreux et peuvent se diviser en deux groupes : les troubles digestifs et les troubles nerveux.

Troubles digestifs : Ceux-ci se manifestent tout d'abord par des troubles de l'appétit : on constate parfois une boulimie qui persiste même après réplétion de l'estomac, d'où cette croyance populaire qu'une faim insatiable est le signe de la présence du ver solitaire ; mais il n'en est pas toujours ainsi et l'on observe souvent de l'anorexie. Fréquemment l'appétit est irrégulier et le malade éprouve de la répulsion pour certains aliments, pour la viande, par exemple, tandis qu'il a un désir immodéré de certains mets salés ou épicés.

Les douleurs abdominales existent dans bien des cas, mais leur siège et leur intensité sont variables. Tantôt le malade éprouve simplement une sensation de poids au niveau du creux épigastrique, ou des douleurs vagues dans les flancs ou dans la région ombilicale, tantôt il se plaint de coliques violentes ou d'une douleur poignante très vive qui peut survenir, d'après Monti, après ingestion de mets épicés ou acides et qui est calmée par l'absorption de lait ou d'aliments gras. Certains malades présentent du météorisme et ont la sensation d'une boule qui se déplace.

Troubles gastriques : Ces troubles consistent en nausées, éructations, régurgitations matutinales, spasmes de l'estomac et vomissements, le plus souvent en rapport avec les crises de coliques. Ces vomissements, muqueux ou alimentaires, peuvent exceptionnellement être accompagnés du rejet par la bouche de fragments de chaîne ou du ver entier. Les digestions sont parfois pénibles, l'haleine fétide ; le hoquet et le pyrosis s'observent de temps à autre.

Troubles intestinaux : Ils sont inconstants et se manifestent soit par de la constipation, soit par de la diarrhée, quelquefois par des alternatives de l'une

Un nouvel hyposulfite/
HYPOSTRONTIUM



Hyposulfite de strontium à 20%
Ampoules de 3 cc.

- Bien toléré par le muscle
- Bien toléré par la veine
- Bien toléré par l'estomac

**DERMATOSES RÉCIDIVANTES • LITHIASES • ICTÈRES
INTOLÉRANCES • INTOXICATIONS • ANAPHYLAXIES
TROUBLES DE LA CALCIFICATION • BRÛLURES GRAVES
ÉTATS SPASMODIQUES • CHOC OPÉRATOIRE**

2 à 3 intramusculaires sans douleur par semaine
intraveineuses sans choc

ou chez les enfants, les pusillanimes: 1 à 2 ampoules par
jour au milieu des repas, dans un verre d'eau ou de lait

Laboratoires Pharmaceutiques L.-G. Forand
22, rue de la Sorbonne, PARIS

SOCIÉTÉ D'EXPANSION PHARMACEUTIQUE
917, RUE CHERRIER, MONTRÉAL

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

●

Laiterie "LAVAL" enr'g

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

●

237, 4ième Avenue, Limoilou

Téléphone 4-3551

et de l'autre. La diarrhée est parfois intense, accompagnée de coliques, avec selles promptes et impérieuses, fétides. Dans d'autres cas c'est une constipation extrême, donnant l'aspect d'une obstruction intestinale, surtout chez l'enfant. On parle aussi d'appendicites vermineuses, lorsqu'en réalité c'est une typhlo-colite parasitaire ou une appendicite chez un porteur de vers.

Troubles hépatiques : Il est rare que les symptômes précédents s'accompagnent de troubles du côté du foie ; néanmoins, on a signalé des crises douloureuses, avec ictère intermittent, urines rares et colorées, nausées, frissons et vomissements, ensemble de symptômes rappelant ceux de la colique hépatique. D'autres fois on a constaté des épistaxis, de la tuméfaction splénique et hépatique avec circulation complémentaire, ascite et oedème des membres inférieurs, symptômes simulant une cirrhose au début.

Troubles nerveux : « Toutes les fois, dit Legendre, dès 1850, qu'une personne, un homme surtout, éprouve des phénomènes nerveux insolites, tels que vertiges très prononcés, troubles variés de la vue, lipothymies, ou bien des accidents convulsifs offrant quelques caractères, soit de l'hystérie, soit de l'épilepsie, l'idée de l'existence possible du ténia doit venir à l'esprit du médecin. »

Plus spéciaux sont les troubles ano-rectaux avec ténésme, signe de rectite, le prurit anal et vulvaire.

A ces troubles gastro-intestinaux, simulant l'ulcère duodénal, s'ajoutent l'anorexie et surtout la boulimie, les coliques, la sialorrhée nocturne et la sensation de boule qui se déplace.

Les répercussions à distance sont innombrables et c'est ici surtout qu'une juste discrimination s'impose, car elles sont plus rares que le veut la croyance populaire. Ce sont :

1° les convulsions de l'enfance ; 2° les méningites de l'enfance ; 3° les troubles respiratoires, comme la toux, capricieuse et spasmodique ; puis 4° les troubles généraux : arrêt de croissance, retard de la puberté, quelquefois un état d'irritabilité générale, de l'insomnie, des grincements de dents pendant le sommeil, des troubles mentaux, (hypochondrie-mélancolie).

DIAGNOSTIC

Le diagnostic ne présente aucune difficulté et les malades s'aperçoivent généralement eux-mêmes qu'ils sont atteints de téniasis, en constatant le

rejet des anneaux du parasite, mais le médecin doit s'assurer par lui-même de l'exactitude des dires du malade et examiner les anneaux rendus. Cet examen lui permet en outre de faire un diagnostic différentiel entre les deux espèces de ténias, car nous savons que les anneaux du ténia armé sont expulsés par fragments de chaîne et au moment de la défécation, tandis que ceux du ténia inerme sortent isolément, par leurs propres mouvements de reptation et en dehors de la défécation : on les trouvera donc soit dans le caleçon, soit dans le lit du malade. L'examen du sang permet de constater une éosinophilie variant de 6 à 13% et pouvant atteindre, d'après Leichtenstein 34%.

Les ténias peuvent vivre très longtemps dans l'intestin si aucun traitement n'est institué, et l'on a vu des malades expulser des anneaux pendant trente-cinq ans.

OBSERVATION

Claude..., âgé de 5 ans, souffre depuis deux ans de troubles digestifs épisodiques caractérisés par des coliques intestinales avec vomissements alimentaires abondants, par des accès de pyrosis et de hoquet, par des périodes de constipation (crottin de chèvre) suivies de selies diarrhéiques et fétides.

A deux reprises il a présenté un syndrome d'obstruction intestinale ; la première fois avec fièvre, la seconde sans fièvre.

C'est un enfant pâle, gai et vigoureux ayant perdu l'appétit depuis deux ans. A part une scarlatine fruste il n'a présenté rien de particulier. Les seuls malaises accusés ont été des coliques intestinales accompagnées de nausées durant le jour et de vomissements alimentaires durant la nuit. A plusieurs reprises et toujours après les repas il accusait une douleur épigastrique vive qui l'obligeait à se courber, s'appuyant le ventre sur une chaise. A cinq reprises il s'est réveillé subitement la nuit, criant qu'il avait mal au ventre ; après avoir vomi, il reposait quelques minutes la figure et le corps brûlants, puis s'éveillait de nouveau en criant et vomissant. Il n'allait pas à la selle. Le lendemain, il se levait de bonne humeur, mangeait comme d'habitude, comme si rien de particulier ne s'était passé durant la nuit. Le soir, après une injection rectale d'eau glycinée il avait une selle abondante, dure et fétide.

Le 16 décembre 1937, il s'éveille encore subitement au milieu de la nuit ; c'était la 5e crise nocturne, mais contrairement aux autres, elle se prolonge. Après avoir vomi à 3 reprises, l'enfant continua à présenter des

nausées et des crises douloureuses dans son ventre, crises qu'il localisait à l'ombilic. Le ventre était souple, l'enfant était affaissé avec une température de 101° et un pouls de 110. Vers 9 heures du matin un chirurgien est appelé et décide de l'envoyer à l'hôpital pour observation. Là, il fut examiné par un médecin dans le but d'éliminer une pneumopathie, élimination confirmée par une radiographie pulmonaire. L'enfant toujours affaissé continue de se plaindre de son ventre, et d'avoir des nausées. Le chirurgien le revoit et remarque que la douleur abdominale se localise vers le point de MacBurney. Il fait faire un examen du sang qui donne le résultat suivant :

Globules rouges	3,400,000.
Globules blancs	16,250.
Hémoglobine	70%.
Valeur globulaire	1.0.
Polynucléaires neutrophiles	91%.
Lymphocytes	4%.
Grands mononucléaires	4%.
Eosinophiles	1%.

La température à 5 heures du soir est de 103° et le pouls bat à 120.

Considérant d'une part l'anamnèse de quatre crises abdominales douloureuses à début brusque et à terminaison aussi brusque, accueillant d'autre part mes présomptions sur l'étiologie vermineuse, le chirurgien remit à plus tard l'intervention.

Vers 9 heures le même soir, l'enfant cesse de souffrir, il tape sur son ventre sans éprouver de douleurs. Notre palpation n'en provoque pas. La température redevient normale de même que le pouls, le faciès de l'enfant est bon, enjoué, la crise est terminée. Le lendemain matin le chirurgien constate que l'enfant est guéri. Il le fait alimenter, et deux jours plus tard le malade quitte l'hôpital après avoir eu, comme suite d'un lavement, trois selles diarrhéiques et fétides.

De décembre 37 à septembre 38, l'enfant a présenté trois coliques diurnes et plusieurs accès de prurit anal.

Le 1er septembre 1938, après un léger coryza, survient une crise nocturne semblable à celles qui ont précédé la crise de décembre, mais avec cette particularité que, durant 4 jours consécutifs, l'enfant eut un vomissement quotidien (vomissement bilieux précédé d'une douleur péri-ombilicale).

Il n'a présenté ni température ni affaissement, son haleine était fétide de même que ses selles.

Un examen de selles fut pratiqué mais celui-ci ne révéla la présence ni d'œufs ni de vers.

Trois jours après cet examen la mère découvrit dans le caleçon de l'enfant un fragment de ver, et l'examen du laboratoire confirma l'existence d'un ténia inerme.

Une tentative d'expulsion avec des graines de citrouille fut infructueuse.

Cette observation nous porte à faire les considérations suivantes :

1° La rareté du ténia chez les enfants de 3 à 5 ans.

2° Sa fréquence probablement plus grande dans l'avenir à cause de la thérapeutique infantile actuelle avec des viandes crues.

3° Les crises abdominales à début et à cessation brusques doivent faire penser à une étiologie plutôt mécanique qu'inflammatoire ou infectieuse.

4° Le prurit anal chez les jeunes enfants qui présentent des coliques avec constipation et selles fétides doit attirer l'attention du clinicien sur l'helminthiase.

5° Du séjour très long d'un ver dans un intestin avant l'expulsion d'anneaux ou d'œufs.

6° De la difficulté de poser un diagnostic certain sans l'examen attentif des selles, examen macroscopique et microscopique. Je parle toujours du taenia et non des oxyures puisque les œufs de ces vers sont déposés dans le rectum et sont expulsés facilement avec les fèces. Je ne parle pas non plus de l'ascoride puisqu'on trouve un moyen radiologique de décèler sa présence.

7° Des meilleurs moyens thérapeutiques pour l'expulsion d'un ténia chez les enfants.

TRAITEMENT

Il consiste essentiellement à engourdir le ténia au moyen d'un vermifuge, puis à l'expulser au moyen d'un purgatif. Il est, de plus, indispensable de prendre certaines précautions avant et après l'administration des médicaments. Nous indiquerons d'abord ces règles générales ; nous énumérerons ensuite les principaux ténifuges et les purgatifs auxquels il faut les associer.

Avant l'administration du vermifuge que l'on a choisi, on doit, la veille du jour consacré au traitement, supprimer au malade le repas du soir ou tout

NEUROTROPHOL BYLA

Tonique Nervin à base

d'acide nucléinique, d'hormones orchitiques
et de glycéro-phospharsinate disodique

SURMENAGE — ÉPUISEMENT — NEURASTHÉNIE

Le NEUROTROPHOL se révèle un efficace agent d'équilibration du système génital
NEURO-ENDOCRINIEN.

SPLÉNARMONE BYLA

Reconstituant général, à base

d'hormones hépatique et splénique, d'extrait de muqueuse gastrique et d'extrait surrénal.

ANÉMIES — CONVALESCENCE

(AMPOULES et SIROP)

LES ÉTABLISSEMENTS BYLA, - - - PARIS

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

GÉLOGASTRINE LICARDY



CONVULSÉ

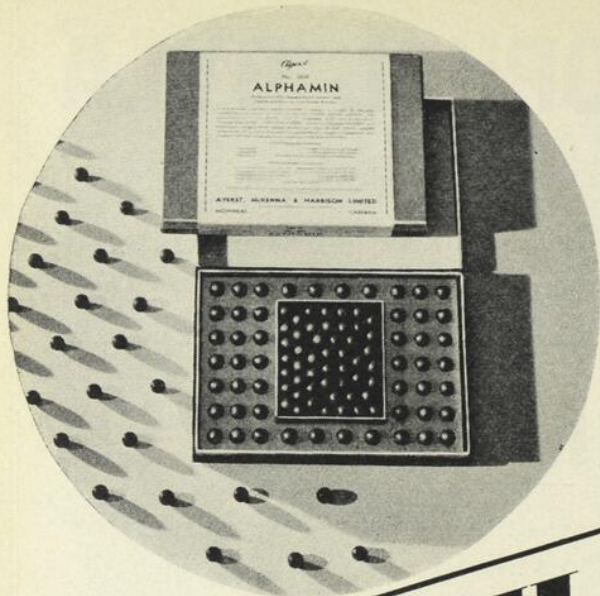
1 cuillerée à bouche
avant chaque repas
ou au moment des crises

TABLETTES

2 tablettes avant
chaque repas
ou au moment des crises

LABORATOIRES LICARDY - 38, Brd Bourdon - NEUILLY-PARIS

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



“ALPHAMIN”

Ayerst

*Synergie minéralo-vitaminée ;
titré biologiquement*

L'Alphamin est préconisé comme supplément diététique au cours de la grossesse et de l'allaitement, pendant l'adolescence et la convalescence et pour les patients soumis à des régimes de restriction ou à des régimes pour obèses. Grande facilité d'emploi.

Pour des raisons scientifiques, les vitamines lipo-solubles A, D et E sont présentées seules dans des capsules et dans un véhicule d'huiles naturelles ; les vitamines lipo-solubles B₁ et C et les sels minéraux sont renfermés dans des “comprilles”.

Chaque capsule contient :

Vitamine A.....10,000 unités internationales
 Vitamine D.....1,750 unités internationales
 Vitamine E—la quantité contenue dans deux onces et demie de blé entier

Chaque “comprille” contient :

Vitamine B₁ (Thiamin Chloride) 200 unités internationales (0.67 milligr.)
 Vitamine C (acide ascorbique) 300 unités internationales (15 milligr.)
 Sulfate de fer desséché.....1½ grains (100 milligr.)
 Phosphate bicalcique.....1½ grains (100 milligr.)
 ainsi que des traces de cuivre, de manganèse et d'iode.

POSOLOGIE: Supplément diététique — Une capsule et une “comprille” par jour, prises de préférence avant le repas principal.

AYERST, McKENNA & HARRISON

LIMITÉE
 Biologistes et Pharmaciens

MONTREAL

CANADA

au moins lui prescrire la diète lactée. Pour nettoyer l'intestin, on lui fait prendre un lavement avant le coucher.

Le lendemain matin, il absorbe successivement l'antihelminthique et le purgatif, en gardant le lit, afin d'éviter les vertiges et les nausées qui se produisent quelquefois.

Après l'administration du ténifuge et du purgatif, le malade doit aller à la garde-robe sur un vase plein d'eau tiède, afin que la masse du ver, soutenue par le liquide, n'exerce pas de tiraillement sur la partie amincie et frêle voisine du scolex, ce qui en amènerait la rupture.

Si malgré ces précautions, le scolex reste dans l'intestin, on appliquera de nouveau la médication au bout de deux ou trois mois, temps nécessaire à la formation de nouveaux anneaux.

Il existe un grand nombre de ténifuges ; les plus usités sont : l'extrait éthéré de fougère mâle, les graines de citrouille, l'écorce de racines de grenadier ou les sels de pelletière, alcaloïde du grenadier, et le thymol.

La fougère mâle se donne aux adultes sous forme d'extrait éthéré associé ou non au calomel. Une formule très souvent employée est la suivante :

Extrait éthéré de fougère mâle	0 gr. 50
Calomel	0 gr. 05,

pour une capsule n° 16.

Prendre deux capsules toutes les dix minutes. Deux heures après avoir absorbé les deux dernières, on donne soit un cachet de scammonée de 0 gr. 50 à 1 gramme, soit le mélange suivant :

Eau de vie allemande	} à 15 grammes.
Sirop de nerprun	

L'huile de ricin ne convient pas dans ce cas, car elle facilite l'absorption du principe actif de la fougère mâle, l'acide filicique.

Il faut avoir grand soin lorsqu'on emploie l'extrait éthéré de fougère mâle de ne point dépasser la dose thérapeutique (6 à 8 grammes chez les adultes, 2 à 3 grammes chez les enfants) car, à dose plus élevée, ce vermifuge donne lieu à des accidents nerveux graves, parfois même mortels. Aussi, chez les enfants, convient-il d'employer, dans la majorité des cas, les graines de citrouille.

Les graines de citrouille ou semences de courge sont moins efficaces, mais ont l'avantage d'être un médicament de tout repos et d'être bien acceptées par les enfants de la façon suivante :

Donner à l'enfant une cuillerée à dessert de sirop d'éther et quelques minutes après, dans une tasse de lait sucré, de 30 à 45 grammes de semences de courge mondées.

Une heure après, on lui fait prendre de 15 à 25 grammes d'huile de ricin.

Si l'on emploie ce vermifuge pour les adultes, on l'administre de la même manière, mais on donne de 90 à 100 grammes de semence de courge.

La pelletière peut se prescrire d'après la formule suivante, empruntée à Brissemoret et Joanin :

Sulfate de pelletière	0 gr. 25
Extrait de cachou	1 gramme.
Eau distillée	15 grammes.
Sirop d'écorce d'oranges amères	25 grammes.

Une demi-heure après l'administration du ténicide, prendre 40 à 60 grammes d'huile de ricin.

La pelletière ne doit être prescrite qu'aux adultes ; chez les enfants elle peut provoquer des phénomènes d'intoxication : céphalée, vertiges, syncope, vomissements, parfois mêmes des paralysies.

BIBLIOGRAPHIE

Émile SERGENT. *Traité de Pathologie Médicale et de Thérapeutique appliquée. Infections parasitaires.* 14 : 32-35-36-38. *A. Maloine & Fils, Éditeurs, Paris, 1921.*

A PROPOS D'UN CAS DE MALADIE DE HODGKIN

A FORME NERVEUSE

par

J.-B. JOBIN

Chef de Service à l'Hôtel-Dieu

et

Carlton AUGER

Médecin résidant à l'Hôtel-Dieu

Nous avons l'honneur de présenter à cette société une observation de maladie de Hodgkin, intéressante à cause des accidents nerveux que l'on y rencontre. Il s'agit d'un malade choisi parmi la clientèle privée de l'un de nous.

Au cours de l'évolution de la lymphogranulomatose maligne, les syndromes nerveux, sans être de grande fréquence, sont loin d'être exceptionnels. Vous savez, sans doute, que cette maladie, loin de se cantonner exclusivement au système ganglionnaire lymphatique, présente souvent des localisations viscérales. Évoluant aux dépens du système réticulo-endothélial, on la rencontre quasi à tous les organes. La substance nerveuse cependant en est un siège exceptionnel. La granulomatose encéphalique a été signalée par quelques auteurs. La granulomatose médullaire n'a guère été observée. Aux méninges et au tissu graisseux épidual, par contre, les lésions de lymphogranulomatose sont plus fréquentes.

Les syndromes nerveux rencontrés au cours de cette maladie naissent quasi toujours d'un mécanisme de compression et quasi jamais à la suite d'un foyer de maladie de Hodgkin développé dans le tissu nerveux lui-même.

Chez le hodgkinien, on rencontrera donc des compressions de troncs ou de plexus nerveux, occasionnant des névralgies cervicales, brachiales, crurales ou des sciatiques etc. Ce fait cependant est d'observation plutôt rare. Les compressions radiculaires pures se rencontrent aussi peu fréquemment. On a été porté à croire le contraire au début, en lisant plusieurs livres et périodiques médicaux. Mais on s'est vite aperçu que, parmi les observations citées, une surtout se trouvait souvent répétée, celle restée classique du malade d'Askanazy.

Par ailleurs, les cas de compressions radiculo-médullaires sont beaucoup plus nombreux. On rencontre dans la littérature médicale de ces dernières années une soixantaine d'observations de ce genre.

Le plus souvent, cette compression se manifeste par une paraplégie spasmodique ou flasque, survenant comme un épiphénomène terminal chez des malades souffrant de la maladie de Sternberg depuis au moins deux ou trois ans. Il est exceptionnel d'ailleurs que la paraplégie précède les manifestations ganglionnaires de la maladie de Hodgkin. Pendant longtemps, le malade se plaint de douleurs sans que le médecin puisse dire si c'est le tronc ou la racine nerveuse qui est intéressé, jusqu'à ce qu'apparaisse brusquement une paraplégie. L'apparition de cette paraplégie, à évolution rapide, éveillait jusqu'à ces temps derniers dans l'esprit du clinicien l'idée d'un mal de Pott ou d'un cancer rachidien. Depuis les travaux récents relatant des compressions radiculo-médullaires au cours de la maladie de Hodgkin, le clinicien doit en plus penser à cette maladie devant une paraplégie qui s'installe brusquement.

Les données anatomo-pathologiques ici sont fort intéressantes. La cavité rachidienne se laisse envahir de plusieurs manières. Le plus souvent, au niveau de foyers granulomateux ganglionnaires paravertébraux, naissent des néoformations qui par les trous de conjugaison, en coulée de plâtre, gagnent la lumière rachidienne. Ces néoformations dépassent quasi jamais la dure-mère, qui forme, dans la majorité des cas, une barrière infranchissable. Le tissu osseux vertébral peut être largement érodé. Mais généralement on rencontre peu de lésions osseuses. Parfois au lieu de cette propagation de proche en proche, on peut trouver de véritables métastases granulomateuses, toujours en deçà de la dure-mère, dans l'espace épidual. Ces métastases cependant naissent toujours à la même hauteur que des adénopathies paravertébrales déjà existantes.

POMMADE MIDY

SUPPOSITOIRES MIDY

EPINEPHRINE
STOVAINE
ANESTHÉSINE
EX¹ DE MARRONS
D'INDE FRAIS STABILISÉ



4
PRINCIPES
ACTIFS

HÉMORROÏDES

LABORATOIRES DE LA PIPÉRAZINE MIDY, PARIS

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

SPARTOVAL

ISOVALÉRIANATE NEUTRE DE SPARTÉINE

SÉDATIF CARDIO-VASCULAIRE ANTISPASMODIQUE

TRAITEMENT : des algies et troubles fonctionnels des affections cardiaques
Angors — Tachycardies — Palpitations.

Dragées de Spartoval (dosées à 0 gr, 05) 2 à 6 par jour.

SPARTO-CAMPBRE

CAMPHO-SULFONATE DE SPARTÉINE & CAMPHO-SULFONATE DE SODIUM

VÉRITABLE SYNERGIE CARDIOTONIQUE

TRAITEMENT D'URGENCE : du collapsus cardiaque, des états adynamiques au cours des maladies infectieuses.

Diurétique et Cardiotonique d'Entretien

Ampoules de Sparto-campbre : de 2 et 5 cc. (injections sous-cutanées ou intramusculaires)

Dragées de Sparto-campbre : 2 à 6 par jour.

LABORATOIRES CLIN, COMAR & CIE, PARIS

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

APPAREILS DE LABORATOIRE

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

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

Demandez nos prix

FISHER SCIENTIFIC CO., Limited

904-910 rue St-Jacques,

Montréal, Qué.

AUX ABONNÉS

de la

REVUE "LAVAL MÉDICAL"

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

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

Pour toutes vos installations frigorifiques, exigez "FRIGIDAIRE".

"FRIGIDAIRE" est différent et meilleur.

VANDRY INC.

155, rue St-Paul,

:

:

QUÉBEC.

Les lésions de la moelle, causées par ces compressions, sont du type dégénératif : vacuolyse, cavités syringomyéliques, etc. On ne voit pas au microscope les lymphoblastes, polynucléaires, histiocytes, fibroblastes, cellules de Sternberg, etc., qui seraient témoins d'un processus granulomateux se développant dans le tissu médullaire.

Le siège habituel de ces compressions radiculo-médullaires se trouve entre C III et D IX, quand il s'agit d'une compression unique. Les compressions multiples chez un même sujet peuvent s'étendre du début de la colonne cervicale jusqu'à la queue de cheval.

Voilà les grandes lignes des connaissances actuelles sur les formes nerveuses de la Maladie de Hodgkin, si bien étudiées par MM. Froment, Croizat et Masson, de Lyon.

Plus intéressante que ces données est l'histoire de notre malade.

Vers la fin de mai 1938, Monsieur L. B. . . vient consulter l'un de nous pour des douleurs aux lombes et aux membres inférieurs.

Voici l'histoire qu'il nous raconte. Ses troubles datent déjà de deux ans et demi. Au début, est apparue à la face antérieure de la cuisse droite, une sensation de peau morte, de peau épaissie. En palpant cet endroit, il sent difficilement le contact de sa main. Peu après, par intervalles peu espacés, des fourmillements et des picotements naissent au même endroit. Et tous ces malaises persistent tels quels pendant deux ans, n'empêchant pas le malade de vaquer à ses occupations habituelles, et enfin disparaissent au cours de l'hiver 1937-1938.

Mais, avant cette date, c'est-à-dire depuis mai 1937, des crises de douleurs accablent le malade. Ces algies, qu'il redoute, naissent à la région lombo-sacrée et irradient dans les deux cuisses et les deux mollets. Survenant au début par périodes de un à deux jours, suivies par une ou deux semaines de bien-être, ces crises douloureuses, dans ces derniers temps, ont tendance à se rapprocher et à se prolonger. Depuis mars 1938, elles existent quasi sans rémission. Monsieur L. B. . . décrit ainsi ses douleurs : les premières crises ressemblaient à des points, à des crampes ; les dernières sont de véritables sensations de broiement, souvent presque intolérables.

La marche est devenue de plus en plus pénible. Au début, la faiblesse de ses jambes a exigé l'usage d'une canne. Dernièrement, les douleurs, réveillées par le moindre mouvement, le rendent quasi grabataire.

Depuis avril dernier, un nouveau phénomène s'ajoute au syndrome. Tout effort : toux, miction, défécation, etc. éveille des douleurs qui le figent. Il ne connaît plus le repos et moins le sommeil.

Un examen sommaire ne révélant rien de précis, le malade est admis à l'Hôtel-Dieu le 6 juin 1938 pour y subir un examen complet.

A l'interrogatoire, on apprend peu de nouveau.

Dans ses antécédents familiaux et collatéraux, on relève que son père est décédé à 76 ans, souffrant d'une hémiplegie ; sa mère à 84 ans est encore bien portante ; un frère, asthmatique, est mort à 20 ans d'une pneumopathie aiguë ; un autre frère est mort d'une hémorragie foudroyante survenue au cours d'un cancer de la gorge. Les autres membres de sa famille sont bien portants.

Rien dans ses antécédents personnels nous aide à poser un diagnostic ; rougeole et coqueluche en bas âge, opéré pour fistule anale en 1909, fièvre typhoïde en 1918 et appendicectomie en 1922.

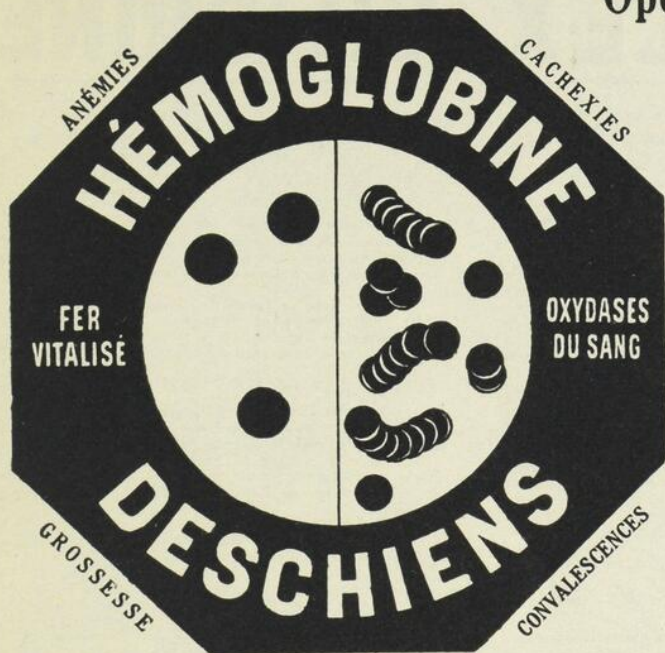
Notre malade est marié en seconde noce. Il a eu cinq enfants de sa première femme. Une jeune fille est morte à 4 ans et demi d'une pneumopathie aiguë ; un fils à quatre mois de méningite suraiguë. Un phénomène tumoral, survenu au niveau du maxillaire chez une autre de ses filles, a présenté une évolution qui nous laisse bien perplexes. Dans l'espace de quelques mois seulement, en effet, on a vu apparaître une guérison totale et définitive. Ses autres enfants sont en santé.

L'interrogatoire des différents systèmes ne révèle rien de pathologique. Il n'existe ni troubles génitaux, ni troubles sphinctériens vésicaux ou rectaux.

On est en présence d'un homme de 50 ans, très amaigri, les yeux bistrés, le teint jaune sale. Ses conjonctives sont pâles. Les réflexes pupillaires sont normaux. L'exploration des nerfs crâniens ne nous laisse rien voir d'anormal.

Au moment de son entrée à l'hôpital, il n'existe aucune adénopathie qui puisse attirer plus spécialement notre attention.

La percussion, la palpation et l'auscultation du cœur et des poumons restent négatives.



Opothérapie

Hématique

SIROP de
DESCHIENS

à l'Hémoglobine

Renferme intactes les Substances
Minimales du Sang

Médication rationnelle des
SYNDROMES ANÉMIQUES
et de
DÉCHÉANCES ORGANIQUES

Une cuillerée à potage à chaque repas.

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

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

— XXIII —

TRISILEX SILICRINE

POUR FAVORISER UNE DIGESTION STOMACALE COMPLETE

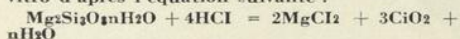
Le TRISILEX est un Trisilicate de Magnésie C. P. préparé spécialement pour combattre l'hyperacidité de l'estomac en favorisant une digestion stomacale complète.

Maud a défini le Trisilicate de Magnésie comme étant un composé synthétique ayant pour formule $H_4 Mg_2 Si_2 O_{10}$ sous forme de cristallins de très petites dimensions colloïdales beaucoup plus petites en grosseur que celles du kaolin dans les variétés les plus raffinées que l'on puisse obtenir.

ACTION DE TRISILEX :

Le Trisilex possède de fortes propriétés antacides et il agit de la manière suivante :

Cette poudre en présence de l'eau réagit avec le suc gastrique normal (qui correspond à l'acide hydrochlorique n/20) et une réaction complexe se produit entre deux colloïdaux hydratés et deux électrolytes ; à la température du corps il faut généralement 3 heures pour que le processus soit complet. La réaction se faisant in vitro d'après l'équation suivante :



L'équilibre de l'acidité peut être calculé comme l'équivalent de la magnésie contenue dans le Trisilex, la moitié à peu près neutralisant rapidement le surplus d'acide gastrique tandis que l'autre moitié occasionne une neutralisation secondaire et lente pendant les quelques heures qui suivent.

Au point de vue chimique, c'est la lenteur de la réaction qui est importante, la durée de l'action antacide est approximativement égale à l'espace de temps requis pour la digestion gastrique.

TOXICITÉ :

Le Trisilex n'est pas toxique et ne peut réduire l'acidité du suc gastrique en dessous de son point normal, si une trop grande dose est donnée il est éliminé par l'intestin.

Le Trisilex étant insoluble, il ne peut augmenter la réserve d'alcali du corps, même une forte dose, pendant un temps prolongé ne change pas l'acidité de l'urine.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Le Trisilex est recommandé pour le traitement des ulcères peptiques, l'hyperacidité de l'estomac, les gaz d'estomac, vomissements chez les femmes enceintes, dyspepsie, ou autres cas de mauvaises digestions stomacales.

MODE D'EMPLOI :

Une cuillerée à thé dans un demi verre d'eau après les repas. Répétez après 1 heure si nécessaire.

POUR FAVORISER UNE DIGESTION COMPLETE STOMACALE, PANCRÉATIQUE ET INTESTINALE

La Poudre Silicrine est une combinaison de Trisilicate de Magnésie et des ferments Entérokinase et Proscréatine pour établir une digestion complète, stomacale, pancréatique et intestinale.

Silicrine par sa formule, possède une supériorité d'efficacité plus définie et plus radicale sur la poudre de Trisilicate de Magnésie seule, pour procurer une digestion totale.

TRISILICATE DE MAGNÉSIE :

Le Trisilicate de Magnésie est un composé synthétique ayant comme base la Magnésie et la Silice sous la forme de colloïdal de dimensions très minimes et 15 fois plus actif pour le bleu méthylène in vitro que le kaolin colloïdal le plus raffiné qu'il soit possible de trouver dans le commerce.

FERMENTS ENTEROKINASE ET PROSECRÉTINE :

Ces deux ferments sont transformés en sécrétine active par l'action de l'acide hydrochlorique de l'estomac, leurs principales fonctions est de stimuler les glandes du Pancréas et de l'intestin pour accélérer leurs sécrétions, afin de faciliter toutes digestions.

ACTION :

La Poudre Silicrine, grâce à sa composition, procure une digestion complète, la magnésie et la silice absorbent le surplus d'acide gastrique dans l'estomac ; les ferments Entérokinase et Proscréatine continuent d'aider la digestion en activant la sécrétion des glandes du Pancréas et de l'intestin.

PROPRIÉTÉS MÉDECINALES :

Ulcères peptiques, Insuffisance intestinale, Urticaire chronique, Troubles digestifs du diabète pancréatique, Dyspepsies pancréatiques, Gaz d'estomac, Hyperacidité, Vomissements chez les femmes enceintes et autres cas de déficience d'une digestion complète.

TOXICITÉ :

La Poudre Silicrine est une combinaison non toxique et ne peut atténuer l'acidité du suc gastrique en bas de son point normal, si une trop grande dose est donnée, elle est évacuée par l'intestin. La poudre Silicrine étant insoluble ne peut accroître la réserve d'alcali du corps ; même l'absorption d'une forte dose pendant une longue période ne fait pas varier l'acidité de l'urine.

MODE D'EMPLOI :

Une cuillerée à thé dans $\frac{1}{2}$ verre d'eau après les repas. Répétez après 1 heure si nécessaire.

Préparés par

CASGRAIN & CHARBONNEAU Limitée
MONTRÉAL

A l'abdomen, on trouve une rate, non palpable, mais percutable sur quatre travers de doigts. Le foie est légèrement hypertrophié, dépassant les fausses côtes d'un travers de doigt.

La colonne dorso-lombaire est souple dans les mouvements latéraux du tronc. A la flexion en avant, cependant, mais surtout en arrière, elle demeure plutôt rigide.

La percussion des apophyses épineuses ne réveille aucune douleur. Il n'existe aucun point de Valeix positif, au tronc et aux membres inférieurs.

On étudie alors plus particulièrement le système nerveux. La force musculaire est diminuée aux quatre membres. Le patient n'esquisse que de légers mouvements avec ses membres inférieurs, et ceci au prix de fortes douleurs. Les réflexes ostéo-tendineux aux membres supérieurs sont normaux. Aux inférieurs, les réflexes rotuliens et péroniers-latéraux sont abolis des deux côtés; les achilléens existent à droite et à gauche, ainsi que les réflexes médio-plantaires.

Les réflexes cutanés-abdominaux sont abolis ; les réflexes crémastériens ne sont qu'ébauchés.

La recherche du signe de Babinski nous donne une réponse en flexion des deux côtés. Le signe de Gordon et celui d'Oppenheim sont également négatifs.

Il n'existe pas de clonus du pied ou de la rotule.

L'exploration de la sensibilité au tact, à la douleur et à la chaleur, et de la sensibilité profonde et viscérale est tout à fait normale.

Les épreuves de la statique et du cercelet, quoique difficilement obtenues, ne laissent deviner aucun phénomène pathologique.

Devant ce syndrome de souffrance radiculaire de la région dorso-lombaire, on demande une exploration radiologique et on pratique une ponction lombaire. Le radiologiste répond : colonne lombaire normale de face et de profil ; sacrum et bassin, négatifs. Les résultats de la ponction lombaire se lisent ainsi : liquide xanthochromique ; pression à 20 cm. d'eau au manomètre de Claude, en position couchée ; la compression des jugulaires par la méthode de Queckenstead ne fait pas bouger le manomètre, mais la compression abdominale augmente considérablement la tension du liquide ; la cellule de Nageotte se chiffre à 7.6 ; il existe une hyperalbuminose à 5.0 grammes ; et l'examen cytologique décèle quelques lymphocytes, de rares cellules endothéliales et des globules rouges.

En présence de cette dissociation albumino-cytologique importante, l'idée d'une compression médullaire s'impose. La colonne vertébrale s'étant révélée normale aux rayons X, nous avons dû éliminer les hypothèses de mal de Pott et de cancer rachidien. Pour expliquer cette compression médullaire, il ne nous restait donc plus que la possibilité d'une tumeur intra-médullaire ou pour le moins intra-rachidienne.

Nous avons alors proposé au malade d'aller subir une exploration chirurgicale dans un centre spécialisé, ou s'il le préférait, de tenter, avant son départ, un traitement par la radiothérapie profonde.

Le malade choisit la deuxième alternative et il reçoit, du 23 juin au 12 juillet, 1400 r de rayons hautement filtrés à la région lombaire, entre D IX et L II. Après six séances, l'état de la peau, qui a déjà été irradiée ailleurs antérieurement, nous commande de cesser le traitement. Mais les résultats sont déjà probants. Quatre-vingt pour cent des douleurs sont disparues. Le malade se déplace maintenant avec une assez grande facilité. Son appétit est meilleur. Le sommeil est réapparu. Son poids augmente. Une nouvelle ponction lombaire, pratiquée le 1er août, ramène un liquide clair et limpide ; la manœuvre de Queckenstead se fait facilement ; l'albuminorachie est baissée à 0,60 grammes ; la cellule de Nageotte se chiffre maintenant à 1.4 ; et l'examen cytologique n'indique que de très rares lymphocytes et de très rares cellules endothéliales. La dissociation albumino-cytologique est donc disparue.

Pendant le mois d'août, l'état de notre malade continue de s'améliorer. Son poids, dans l'espace de quinze jours, saute de 131 à 138 livres. Mais vers le 8 de ce mois, apparaît un gonflement de la région parotidienne gauche, qui double de volume en quelques jours. Le 12, la palpation de cette région révèle, derrière la branche montante du maxillaire inférieur gauche, une masse de la grosseur d'un œuf de poule, dure, non douloureuse, mal délimitable, non adhérente à la peau mais plus adhérente aux plans profonds. A la région postéro-latérale du cou, on sent également trois ou quatre petits ganglions légèrement plus gros que des fèves, durs, non douloureux, mobiles, mais pris en masse. Un de ces ganglions est prélevé pour examen histopathologique et quelques jours plus tard, le rapport revient du laboratoire : lymphogranulomatose maligne un peu atypique.

Ce diagnostic est confirmé d'ailleurs par le succès d'un nouveau traitement radiothérapique. Du 29 août au 12 septembre, Monsieur L. B. . . .

reçoit, en six séances, 1000 r de rayons X à la région cervicale gauche et 400 r à la région sus-claviculaire du même côté. Le 11 septembre, la masse parotidienne a complètement fondu. A la région cervicale, on ne sent plus que deux petits ganglions de la grosseur d'un pois.

A ce moment, nous avons en mains ce qu'il faut pour poser un diagnostic. Il s'agit d'une maladie de Hodgkin et la compression radiculo-médullaire relève très probablement de néoformations granulomateuses situées vers D XII et L I, néoformations ayant leur point de départ au niveau de ganglions para-vertébraux de même étage. On a recherché à ce moment l'existence de foyers ganglionnaires médiastinaux. Mais, à la radiographie, les médiastins inférieur et supérieur sont bien libres.

Une formule sanguine, faite vers cette date, mérite d'être étudiée et discutée. En voici les détails :

« Anémie hyperchrome à 2,320,000 ; leucopénie à 2,500 ; ni polynucléose, ni monocytose ; une lymphocytose à 56% ; et 2% d'éosinophiles. »

Cette formule, un peu surprenante, est un autre point qui nous a poussés à faire cette communication. En effet, Paul Chevalier et J. Bernard, avec la plupart des auteurs tant français qu'étrangers, admettent, dans la lymphogranulomatose, une formule sanguine plutôt typique. Ces auteurs signalent qu'une polynucléose nette s'accompagnant de monocytose et fréquemment d'éosinophilie, est un signe de grande valeur diagnostique dans la maladie de Hodgkin. La formule leucocytaire de notre malade est totalement différente. Il existe une lymphocytose, au lieu d'une polynucléose et d'une monocytose ; et les éosinophiles se chiffrent seulement à 2%. Ces auteurs indiquent également que l'on rencontre rarement une anémie au cours de cette maladie et qu'il existe dans la majorité des cas, une leucocytose nette. Notre malade a présenté une anémie moyenne et une leucopénie.

Est-ce qu'une numération globulaire, faite à une date antérieure, se serait lue autrement. Nous l'ignorons.

Est-ce que la radiothérapie, faite chez notre malade, serait venue perturber la formule sanguine. Nous l'ignorons également.

Un fait reste certain cependant : si l'étude des éléments figurés du sang aide parfois le clinicien à poser un diagnostic de maladie de Hodgkin,

jamais cette étude peut l'amener à éliminer complètement l'hypothèse de cette maladie chez son malade.

Malgré les stimulants de l'état général et le foie de veau pour lutter contre l'anémie, l'amélioration, notée au début, chez notre malade, ne se fait plus sentir pendant le mois de septembre. Peu à peu, il se cachectise. Vers la fin d'octobre, Monsieur L. B. . . s'alite définitivement. Les douleurs reprennent et des œdèmes apparaissent aux membres inférieurs. Notre patient est décédé le 7 novembre 1938. Depuis quelques jours, il ne souffrait plus. Aux membres inférieurs s'étaient installées une aréflexie complète et une impotence quasi totale.

Une consultation chez Morgani n'est pas obtenue.

Quelques points de cette observation méritent peut-être d'être soulignés.

Nous avons vu évoluer une maladie de Hodgkin chez un homme de 50 ans. Et c'est surtout au début de l'âge adulte, entre 20 et 30 ans, que nous rencontrons cette maladie.

Le syndrome nerveux datait déjà d'au delà de deux ans quand notre attention a été attirée vers un processus granulomateux. Ce fait est d'observation plutôt rare. Les manifestations nerveuses de la lymphogranulomatose maligne, en effet, surviennent généralement chez des sujets porteurs d'adénopathies multiples et reconnues comme hodgkiniens depuis deux ou trois ans au moins.

La radiothérapie a amélioré sensiblement l'état nerveux de notre malade et l'a certainement prolongé. Mais après quelques mois la tumeur, devenue radiorésistante, a poursuivi quand même son évolution. Nous avons toutefois l'impression que ce traitement a épargné à notre malade les inconvénients d'une paraplégie.

La mort est survenue, moins comme conséquence des accidents nerveux, qu'à la suite d'une cachexie granulomateuse.

BIBLIOGRAPHIE

Paul CHEVALIER et J. BERNARD. La maladie de Hodgkin. *Masson et Cie*, éditeurs.



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

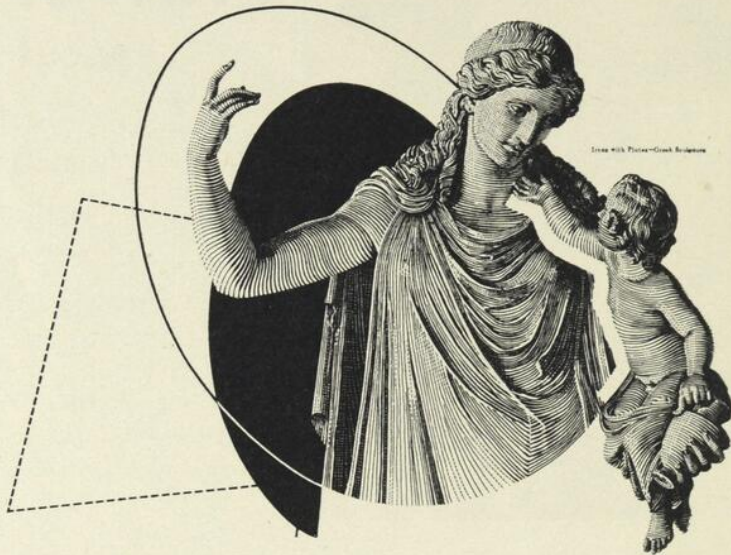
SIROP
“ROCHE”
au thiocol

orexique, eupeptique

HOFFMANN-LA ROCHE
LIMITÉE
Montréal



ANÉMIES SECONDAIRES



EXTRAIT DE FOIE - FER - CUIVRE

Chaque once fluide représente

FOIE FRAIS	40 grammes
FER	66 milligrammes
CUIVRE	2.66 milligrammes

L'Elixir Cofron est un tonique rationnel et général du système, d'une valeur exceptionnelle, car son action primordiale est de maintenir le sang en bon état, ce qui est le facteur essentiel de toute bonne nutrition. Il est indiqué dans tout état indéterminé dans lequel le nombre des globules rouges a diminué ou le pourcentage en hémoglobine a baissé. L'Elixir Cofron hâtera la convalescence de toute maladie affaiblissante qui aurait causé de l'anémie. Il convient comme médicament d'ordre général quand un tonique ferrugineux est indiqué. Présenté en flacons de 12 onces.

Echantillon et littérature détaillée sur demande.

Laboratoires ABBOTT Limitée, 388 ouest, rue St-Paul, Montréal

ELIXIR COFRON ABBOTT

MM. J. FROMENT, P. CROIZAT et R. MASSON. Des compressions radiculo-médullaires dans la granulomatose maligne. *Le Journal de Médecine de Lyon*, 5 fév. 1938.

CAIN, RACHET et HOROWITZ. Deux observations de paraplégie par localisation méningée au cours de la maladie de Hodgkin. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, déc. 1929, p. 1493.

SCHAEFFER et HOROWITZ. Les accidents nerveux dans la maladie de Sternberg. *Presse Médicale*, 22 avril 1930, p. 403.

TECHNIQUES DE GASTROSTOMIE

par

Charles VÉZINA

Chef de Service à l'Hôtel-Dieu

et

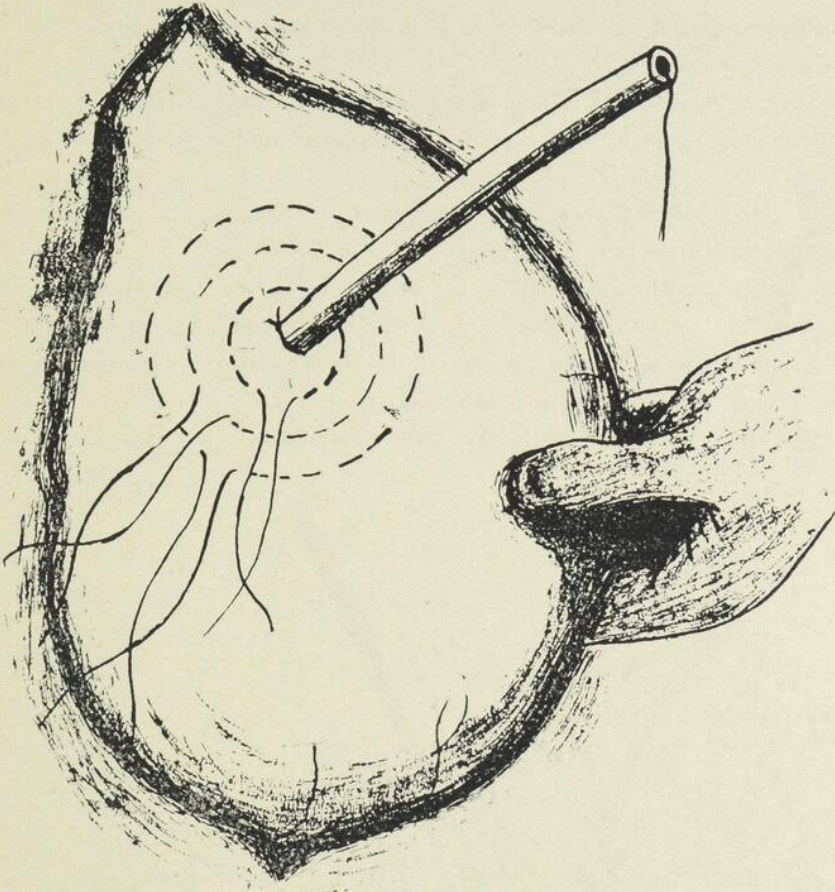
François ROY

Assistant à l'Hôtel-Dieu

Il est souvent nécessaire, dans les rétrécissements de l'œsophage, d'avoir recours à la gastrostomie. On a décrit un grand nombre de procédés qui donnent pour la plupart de mauvais résultats. La bouche n'est pas étanche et le suc gastrique digère les tissus par contact. La peau s'irrite, s'ulcère et devient le siège de douleurs, de brûlures insupportables au malade.

Il arrive parfois, comme dans un cas que nous avons eu ici à l'Hôtel-Dieu, que la plaie opératoire, sous l'action du suc gastrique, se désunit, donnant ainsi issue aux viscères abdominaux et que le malade meurt de péritonite.

Pour les trois dernières gastrostomies que j'ai eu l'occasion de faire dans le service du Dr Vézina, j'ai employé dans un cas le procédé de Stamm et dans les deux autres cas, celui de Witzel. Les résultats ont été très satis-



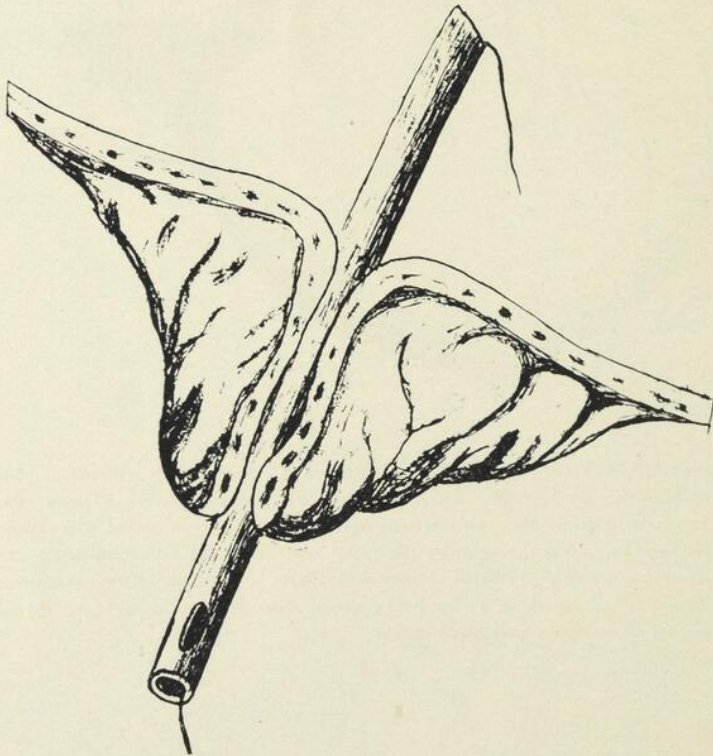
GASTROSTOMIE - Procédé de Stamm. Un tube est introduit dans l'estomac et fixé par un point. Trois sutures en bourse sont passées concentriquement autour du tube. On commence à lier celle qui est la plus près du tube. Le fil représenté à l'intérieur du tube remonte dans l'oesophage et sort par le nez. Il sert au cathétérisme rétrograde dans les cas de rétrécissement cicatriciel. Il est placé dans le tube pour empêcher le suc gastrique de sortir de l'estomac en le suivant par capillarité.

faisants ; pas d'écoulement de suc gastrique le long de la sonde, et par conséquent pas d'irritation de la peau et de sensations pénibles pour le malade.

Ces deux procédés ont de plus l'avantage de ne pas laisser de fistule gastrique une fois le tube enlevé. D'ordinaire tout se ferme dans les 24 heures.

L'opération de Stamm est très simple et supérieure aux autres méthodes qui ont été préconisées.

Par une ouverture pratiquée sur la face antérieure de l'estomac, entre la petite et la grande courbures, on introduit une sonde de Nélaton No 12 ou 13 qu'on fixe à la paroi gastrique. Trois bourses séro-musculaires d'enfouissement suffisent à fermer hermétiquement l'estomac sur la sonde et à former ainsi un cône à projection stomacale agissant à la manière d'une



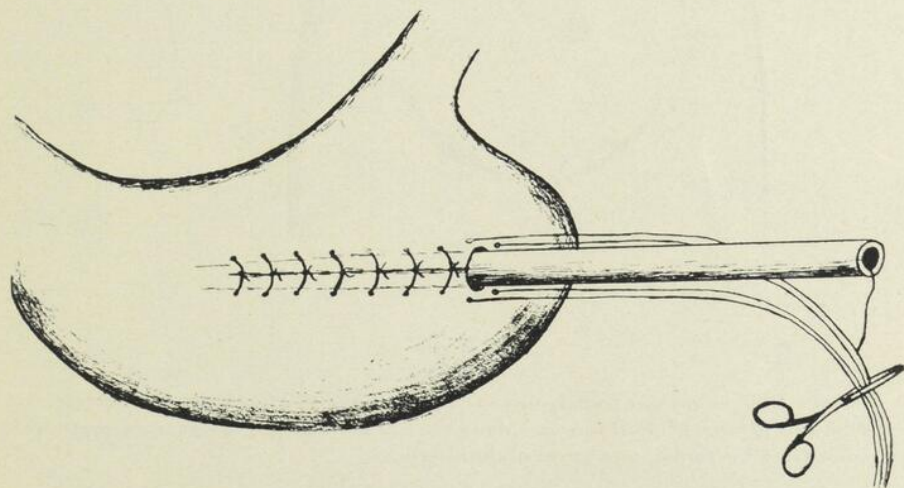
PROCÉDÉ DE STAMM - Après que les sutures en bourse ont été liées. La section montre l'invagination en cône de la paroi stomacale.

valve. L'estomac est ensuite fixé au péritoine pariétal et la paroi abdominale fermée en laissant passer la sonde par une des extrémités de l'incision.

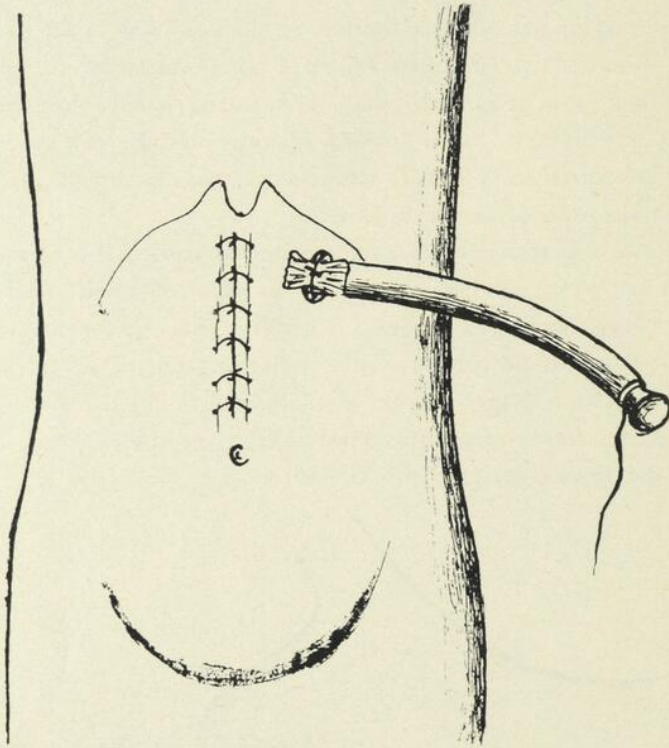
Le procédé de Witzel est employé quand l'estomac est petit et qu'il n'est pas possible de faire sur sa face antérieure un cône d'enfouissement comme dans celui de Stamm. Dans ce procédé la sonde, au lieu d'être enfouie par une série de bourses superposées, est couchée sur l'estomac et enfouie sur une longueur de 5 à 6 centimètres dans un pli de la paroi stomacale.

Une incision en boutonnière faite à 4 ou 5 centimètres à gauche de la ligne médiane, sous le rebord costal, laisse passer le tube de gastrostomie. L'estomac est attiré et fixé à la paroi abdominale par deux catguts placés au point de sortie de la sonde, lesquels catguts sont noués en dehors de l'abdomen sur un bourdonnet de gaze.

La sonde doit rester en place une dizaine de jours. Il se forme pendant ce temps un trajet fistuleux permettant sa réintroduction toutes les fois qu'il est nécessaire de la changer. Il arrive parfois qu'un peu de suc gastrique coule le long du tube et vienne irriter la peau. Dans ce cas, le tube est enlevé quelques heures tous les jours, jusqu'à ce que le trajet fistuleux se rétracte et devienne continent. D'ordinaire, il ne coule rien de l'estomac pendant que le tube est enlevé.



PROCÉDÉ DE WITZEL. La sonde est enfouie dans un pli de la paroi stomacale par une série de points de suture. Les quatre fils placés au point de sortie de la sonde servent à attirer et à fixer l'estomac au péritoine pariétal au niveau de la contre-incision.



Le tube et les quatre fils ont été passés à travers la paroi abdominale. Les fils sont attirés et noués deux à deux sur un bourdonnet de gaze de manière à bien fixer l'estomac à la paroi abdominale.

KYSTE DERMOÏDE DU MÉSO-APPENDICE

par

Florian TREMPF.

Chef de Clinique dans le Service chirurgical de l'Hôpital du St-Sacrement

Le 29 septembre 1938, une fillette de 5 ans nous est adressée, parce qu'elle présente depuis deux jours des symptômes d'appendicite sub-aiguë : douleur subjective et objective avec légère défense au point de MacBurney, deux vomissements, pas de température, mais un pouls de 116 au moment où nous la voyons ; ce n'est d'ailleurs pas la première fois que l'enfant se plaint de douleurs abdominales, surtout péri-ombilicales.

Le pouls ayant tendance à s'élever davantage, nous l'opérons le jour même de son entrée et trouvons un appendice macroscopiquement normal ; avant même de faire cette constatation, notre attention avait été attirée par la présence, à la base du méso-appendice, d'une petite tumeur de la grosseur d'une noisette, de forme bien arrondie, presque dure de consistance, de coloration jaunâtre, mobile entre les deux feuillets du méso-appendice ; la petite masse est d'abord énucléée facilement, puis nous terminons par une appendicectomie. Les suites opératoires sont des plus simples et l'enfant quitte l'hôpital 7 jours après son entrée.

En envoyant cette pièce au laboratoire, nous nous réjouissions d'avance d'avoir surpris un ganglion tuberculeux en voie de ramollissement, car telle était l'impression bien nette que nous avait donnée cette tumeur ; cependant, quelques jours après l'opération, le pathologiste, le docteur Morin, nous causait un heureux désappointement en faisant rapport qu'il s'agissait d'un kyste dermoïde, à contenu sébacé ; quant à l'appendice, il était histologiquement normal.

Si l'on tient compte du fait que le méso-appendice n'est en somme qu'une prolongation ou une dépendance du mésentère, on peut classer ce

kyste dermoïde parmi les kystes embryonnaires du mésentère, déjà très rares, et qui comprennent, comme on le sait, les kystes dermoïdes, les inclusions foetales et les tumeurs tératoïdes.

Les kystes dermoïdes du mésentère se rencontrent surtout sur le trajet du canal omphalo-mésentérique ; la localisation de notre kyste dans le méso-appendice lui confère donc un degré de rareté de plus, de même qu'un intérêt particulier, à cause de la symptomatologie appendiculaire à laquelle il a donné lieu.

On sait, en effet, que ces kystes se présentent soit sous une forme latente, alors qu'ils sont une découverte opératoire fortuite, soit sous une forme douloureuse simulant l'adénite mésentérique ou l'appendicite ; pourquoi cependant un aussi petit kyste, en l'absence de toute infection, peut-il provoquer, à un moment donné, assez de douleur et de réaction péritonéale pour faire croire à une appendicite et imposer une opération ? Nous ne saurions le dire.

Comme structure histologique, remarquons que ces kystes dermoïdes du mésentère sont analogues à ceux du médiastin ; ils ont rarement un contenu complexe comprenant des poils, des débris cartilagineux, etc. ; ils sont, au contraire, à contenu exclusivement sébacé, bien que leur paroi, tapissée d'un épithélium simple ou stratifié, puisse parfois être imprégnée de cholestérine.

Quant à leur pathogénie, la seule théorie qu'on puisse invoquer pour expliquer leur développement est celle de l'inclusion épidermique, puisqu'ils ne peuvent entrer dans la classe des kystes par rétention.

Nous n'avons pas voulu laisser passer ce cas sans vous le signaler, d'abord à cause de son extrême rareté et de sa localisation au méso-appendice ; ensuite, afin d'apporter notre contribution au très petit nombre de cas de kystes dermoïdes du mésentère rapportés dans la littérature médicale.

CLINIQUE

LA DIPHTÉRIE

(Leçon clinique)

par

Albert JOBIN

Chargé de la Clinique des maladies contagieuses

Je voudrais vous dire comment, du point de vue thérapeutique, il faut envisager les malades atteints de diphtérie. Car, de même qu'il y a fagots et fagots, il y a diphtérie et diphtérie. Nous venons justement de le constater en faisant la tournée des salles.

Il y a des cas légers, comme la diphtérie nasale par exemple. Il y en a de gravité moyenne, comme l'angine diphtérique commune. Enfin, il y en a de graves, comme les cas de diphtérie associée à la scarlatine. Il y a même des porteurs de germe tout simplement.

En résumé, ce que nous venons de voir est une illustration parfaite de ce que vos professeurs vous disent à tous les jours, à savoir qu'il n'y a pas de maladies typiques mais des malades qu'il importe de bien classer.

C'est justement ce dont je voudrais vous convaincre dans cette clinique afin que, une fois rendus en pratique, vous puissiez soigner vos malades d'une façon rationnelle.

C'est vous dire qu'il n'y a pas de traitement « *omnibus* », mais un traitement *individuel*, dans lequel il vous faudra tenir compte de différents facteurs : l'âge, la forme clinique, l'épidémie du voisinage, etc.

Pour s'en bien persuader, il nous suffira de repasser ensemble chacun des cas que nous avons vus aujourd'hui.

FORMES CLINIQUES

A.— ANGINE DIPHTÉRIQUE COMMUNE

Nous en avons vu plusieurs cas. C'est en effet la forme clinique la plus fréquente. Nous la rencontrons dans la proportion de 75 à 80%.

Signes. En voici les signes constants : rougeur de l'isthme du gosier, membranes plus ou moins épaisses sur les amygdales, généralement blanchâtres, tantôt grisâtres, tantôt noirâtres, la présence constante de petits ganglions sous-maxillaires non douloureux et non adhérents aux tissus cellulaires, et surtout des *troubles fonctionnels peu marqués*.

Arrêtons-nous un instant sur ce dernier point. En effet, cette maladie grave s'installe sournoisement, sans bruit, pas de céphalée, peu de température, pas de *dysphagie*. Retenez tout cela.

C'est ce qui explique que les parents ne s'en inquiètent pas. Ils vivent dans une fausse sécurité, et temporisent. Un bon matin, on trouve que l'état de l'enfant s'aggrave. On appelle au secours. Et le médecin constate qu'il est souvent trop tard.

L'enfant est littéralement empoisonné par les toxines diphtériques.

Conclusion. Défiez-vous d'un mal de gorge qui ne fait pas mal. La phrase pourrait être plus élégante mais elle ne dirait pas mieux la chose. En effet, tous les cas observés au cours de notre visite confirmaient cette règle. Les vrais diphtériques n'avaient pas de douleurs en avalant, tandis que les faux avaient de la dysphagie.

Voici un autre aphorisme qui a presque autant de valeur : Défiez-vous d'un mal de gorge qui sent mauvais. C'est de nature diphtérique quand ce n'est pas l'angine de Vincent.

L'explication, la voici : Les toxines diphtériques mortifient les tissus, d'où la gangrène et l'odeur fétide de l'haleine.

Souvenez-vous encore que le moindre suintement de sang, au cours d'une angine membraneuse, décèle souvent la nature diphtérique de la maladie.

Je vous donne ces formules d'avertissement comme autant d'idées directives qui vous aideront à résoudre les cas douteux.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Car n'allez pas croire que le diagnostic est toujours facile. Ce serait une erreur. Exemple : Des trois femmes adultes actuellement dans le service de la diphtérie, il n'y en a qu'une seule qui ait cette maladie ; et c'est une des infirmières de la maison. Les deux autres, venues du dehors, ont une angine banale, avec de petites fausses membranes sur les amygdales. Je profite de cette occasion pour vous dire ceci. Quand vous observerez un adulte souffrant d'une angine pseudo-membraneuse, pensez d'abord à toute autre maladie que la diphtérie. Cette dernière est rare à cet âge, car on est généralement immunisé.

Maintenant, voyons les maladies qui peuvent nous donner le change à ce sujet. Car, je vous le répète, ce n'est pas toujours facile.

Marfan a dit quelque part : « Toute angine pseudo-membraneuse qui ne fait pas sa preuve doit être *a priori* considérée comme relevant du bacille de Lœffler et soumise à la sérothérapie sans attendre le résultat de l'examen bactériologique. »

Quelles sont donc ces angines pseudo-membraneuses qui doivent faire leur preuve ?

a) Scarlatine.

Il y a d'abord l'angine scarlatineuse. Vous rappelez-vous cette petite fille de trois ans, entrée d'urgence dans le département de la diphtérie ? Un peu d'attention eût suffi à la classer d'abord comme scarlatineuse. Pourquoi ? Parce que, au lieu d'avoir un visage plutôt pâle comme dans la diphtérie, elle avait les joues toutes rouges et le pourtour de la bouche tout blanc. C'est un petit signe de grande valeur. Le lendemain, le tronc était couvert d'une belle éruption rouge en nappe, avec en plus un rapport négatif du

laboratoire, *re* Loeffler. Par ailleurs, il y avait alors à Québec une petite épidémie de scarlatine. Un conseil en passant. Quand vous verrez un petit malade pour la première fois, informez-vous de l'état sanitaire de la maisonnée. C'est un précieux renseignement.

b) Angine des opérés de la gorge.

Il n'y a rien qui ressemble plus à la diphtérie que la gorge d'un sujet à qui l'on a enlevé les amygdales. Dans la semaine qui suit l'opération, la surface de section est toute recouverte de membranes grisâtres qui ressemblent à celles de la diphtérie. Mais ce n'en est pas. Rappelez-vous-le à l'occasion.

c) Angine de Vincent.

Cette angine a quelques traits de ressemblance avec la diphtérie. C'est pourquoi Vincent l'appelait « *Angine diphtéroïde* ». Mais Bergeron la caractérise mieux en l'appelant « *Angine ulcéro-membraneuse* ». En effet, ce qui caractérise cette maladie c'est une ulcération recouverte d'une fausse membrane d'allure diphtéroïde. L'ulcère est ordinairement unilatéral, mais pas toujours. Il est profond, irrégulier, un peu induré et recouvert d'une pulpe grisâtre. L'haleine est fétide. Il y a un petit ganglion douloureux dans l'angle du maxillaire.

L'examen des exsudats permet de déceler la présence des bacilles fusiformes et des spirilles.

d) Les Angines cryptiques.

Les angines cryptiques, lacunaires, à petits points blancs se rencontrent chez les personnes à grosses amygdales, et qui font des angines à répétition. Ce dernier trait nous permet de les différencier de l'angine diphtérique. De plus, les réactions sont plus vives ; les troubles fonctionnels sont plus marqués. Bref, ces sujets semblent plus malades que les diphtériques. Aussi je préfère de beaucoup soigner un malade qui souffre de sa gorge que celui qui ne s'en plaint pas. Ça fait plus mal, mais on n'en meurt pas.

e) Dans l'angine herpétique,

Laquelle s'accompagne aussi de réactions vives, coexistent souvent des vésicules d'herpès, soit sur les lèvres, au voisinage du nez, soit sur la muqueuse buccale. Cela règle alors la question.

ÉCONGESTIF VEINEUX • SÉDATIF NERVIN

LORAVINE

Gouttes pour le traitement interne des
VARICES — PHLÉBITES
HÉMORROÏDES — VAPEURS
TROUBLES DE LA MÉNOPAUSE.

FORMULE

Marron d'Inde	0 gr.26	Valériane	0 gr.04
Hydrastis	0 gr.10	Anémone	0 gr.10
Hamamélis	0 gr.16	Chlore de Magnésium	0 gr.03

Véhicule spécial q.s. 1 cc.

1 cc. — 40 gouttes

Contenance 30 cc.

DOSE MOYENNE: 20 à 25 gouttes deux fois par jour aux repas, dans un peu d'eau, sucrée à volonté. Interrompre le traitement 8 jours par mois.

Lab^{res} L. LAURIN, 86 Boul^d de Port-Royal, PARIS, FRANCE

Concessionnaires pour le Canada:

ROUGIER FRÈRES

350, rue Le Moyne,

Montréal



Charles-A. Dorion

Gérard Dorion

●

POUR VOTRE RELIURE ADRESSEZ-VOUS

C.-A. Dorion & Fils

RELIEURS
GRAVURE & IMPRESSION

42, rue GARNEAU, — QUÉBEC

Téléphone 2-1307

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.

B.— DIPHTÉRIE LÉGÈRE

I.— *Diphthérie nasale.*

Diphthérie nasale, voilà une forme clinique plus fréquente qu'on ne le croit. Nous l'avons constaté en faisant la visite des malades.

Dans la majorité des cas, on l'observe soit chez le nourrisson, soit chez le jeune écolier.

a) *Nourrisson* : Chez lui, il n'y a pas de réaction ni de température. Tout au plus, y a-t-il un peu de pâleur des téguments, et du retard dans la croissance.

Mais les signes locaux sont bien marqués. Un écoulement séro-sanguinolent uni ou bilatéral, et surtout rebelle au traitement ordinaire. A cet âge, un tel écoulement est de nature soit diphthérique, soit syphilitique. Un examen bactériologique tranche la question.

Méconnu, ce coryza s'éternise. Reconnu, ça se guérit rapidement.

b) *Chez le jeune écolier*, l'état général n'est pas atteint. Il va en classe, comme si rien n'était. A part son nez morveux qui ne guérit pas, et à part le danger réel d'infecter ses camarades, tout va très bien...

II.— *Diphthérie oculaire.*

C'est une rareté, mais il faudra y penser chez un enfant dont le nez coule depuis longtemps.

J'ai parmi mes fiches, l'observation d'une épidémie de 54 cas, tous originaires de coryza diphthérique.

Ces enfants avaient les yeux rouges, quelque peu suintants ; et sur la muqueuse des paupières, supérieures principalement, une membrane mince.

Reconnue, cette maladie guérit rapidement.

Méconnue, la cornée s'ulcère et se perforé. D'où l'importance de faire l'examen bactériologique dans les cas de coryza et de conjonctivite qui durent.

III.— *Chez les immunisés.*

On nous avait instruits, sur la parole de Ramon et de Debré en France, et de Park, de New-York, que chez les vaccinés les angines diphthériques

étaient légères. Il faut en revenir. L'épidémie grave qui a sévi à Québec en 1937-38 a apporté un démenti à cette affirmation rassurante de nos hygiénistes. Non seulement nous avons eu des cas de diphtérie grave chez nos vaccinés, mais même des cas de mort, tant il est vrai de dire qu'il ne faut jurer de rien ; surtout en médecine il n'y a rien d'absolu.

Est-ce à dire qu'on doit abandonner la vaccination ? Non. Ça serait une grosse erreur. Que cette méthode ne soit pas la perfection, soit. Mais, où est-elle la perfection ici-bas ? Et malgré ces échecs, qu'explique la sévérité de la diphtérie (1937-38 à Québec), la vaccination anti-diphtérique n'en reste pas moins une de nos meilleures médecines préventives.

C.— FORMES GRAVES

J'aurais aimé à vous faire voir de la diphtérie grave. Mais, heureusement pour les hospitalisés, il n'y en avait pas. Tout au plus, y a-t-il un convalescent qui a lutté pendant trois semaines contre une diphtérie et une scarlatine associées. Son état n'est pas encore brillant comme vous avez pu le constater.

Toutefois je profiterai de l'occasion pour vous dire comment reconnaître les diphtéries malignes.

Voici. Vous en aurez dans une des trois circonstances suivantes :

- 1.— Soit dans les angines diphtériques méconnues, négligées ;
- 2.— Soit dans l'association de deux maladies infectieuses : scarlatine ou rougeole avec la diphtérie ;
- 3.— Soit enfin dans le vrai croup.

I.— *Diphtérie méconnue.*

Je vous l'ai déjà dit : l'angine diphtérique évolue tout d'abord sans bruit, à pas feutrés, i. e. sans réactions qui appellent l'attention du côté de la gorge. Ce qui trompe l'entourage, en effet, c'est que l'enfant ne se plaint pas de sa gorge. Il faut aller voir pour le constater.

Pendant ce temps-là, la maladie fait des progrès ; les membranes gagnent en étendue et en épaisseur, et les toxines diphtériques envahissent le torrent circulatoire.

Quand le médecin est appelé, il est souvent trop tard. Que constate-t-il ? Il voit une gorge rouge, œdématiée. Des membranes épaisses, grises, noirâ-

tres, couvrent non seulement les amygdales mais envahissent la luette, le voile du palais, le pharynx, d'où le coryza.

L'engorgement ganglionnaire est très prononcé. Ce qui donne au cou l'aspect proconsulaire. L'haleine est fétide. L'enfant est littéralement empoisonné par les toxines. Il est pâle, abattu, albuminurique. Il fait des hémorragies. Bref, l'enfant est très gravement malade. Les toxines se fixent sur le bulbe, les surrénales ou sur le myocarde.

Le médecin lutte de son mieux. A certains moments, il croit l'emporter. Mais cette amélioration est trompeuse. La maladie est plus forte que lui. Des signes généraux et cardiaques viennent mettre un terme à cette lutte, et le sujet meurt.

Voilà le résultat d'une diphtérie méconnue ou négligée.

II.— *Association de maladies infectieuses.*

Quand la diphtérie s'associe avec la scarlatine ou la rougeole, c'est une maladie très grave. Le sujet en revient-il, ce n'est qu'après des semaines et des semaines de soins assidus. La longue durée de la maladie est en effet une de ses caractéristiques. L'enfant vient au bout de ses forces, et la convalescence est longue.

Autre trait caractéristique, c'est l'état de la gorge, je parle surtout de la diphtérie compliquée de scarlatine. Le pharynx est rempli d'exsudats saniemieux, fétides, sans compter les membranes qui envahissent le voisinage. Dans ma longue carrière, c'est ce que j'ai vu de pire, sauf le croup.

III.— *Croup ou diphtérie laryngée.*

De toutes les formes cliniques de la diphtérie, le croup est la plus maligne. La mortalité est de 50% à 60%. Heureusement le vrai croup est rare. Il compte à peu près 10% des cas de diphtérie.

C'est aussi une maladie traîtresse qui joue de mauvais tours. Et sa méconnaissance, entraîne des conséquences fatales. En passant, défiez-vous des porteurs de végétations adénoïdes. Ce sont des candidats facilement éligibles à cette maladie.

De plus, on serait porté à croire que le croup fait suite aux angines graves. Non... Tel n'est pas le cas. Il est secondaire aux formes cliniques légères. Le croup primitif n'est pas admis par la plupart des auteurs.

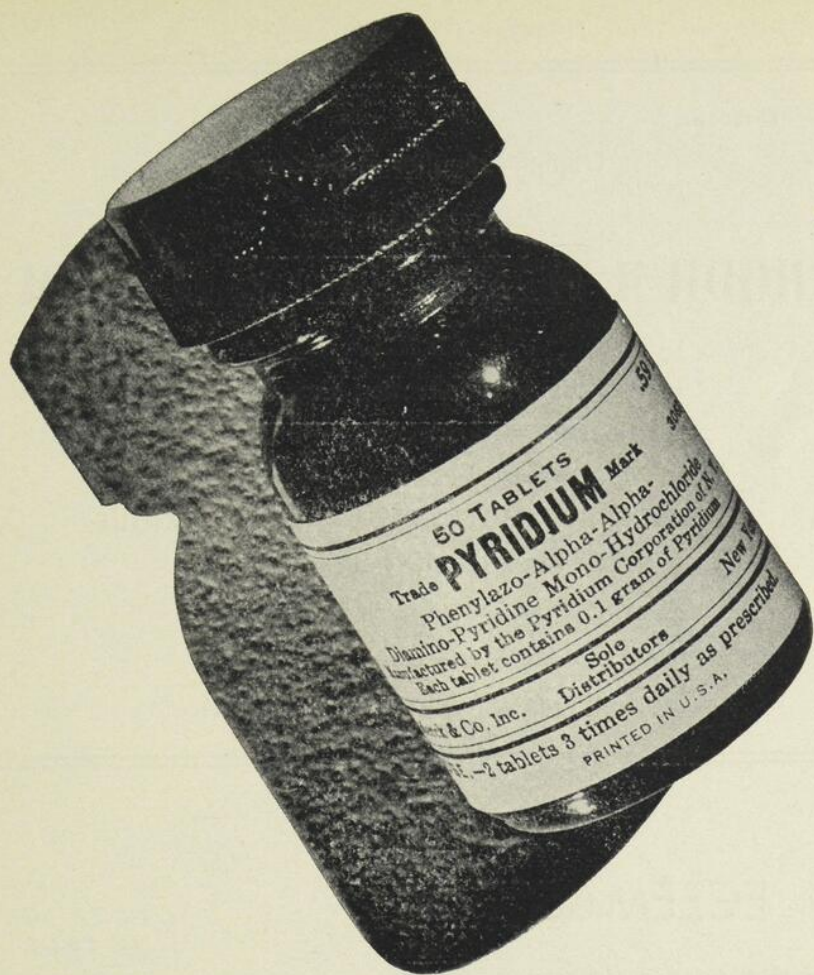
Pour vous aider à trouver ce fil d'Ariane dans ce labyrinthe, vous vous rappellerez vos données classiques, à savoir qu'il y a dans l'évolution de la diphtérie laryngée deux phases bien distinctes : une première phase *dysphonique*, et une deuxième *dyspnéique*.

Observez-vous un enfant de 2 à 5 ans, qui, dès le début, a une toux rauque et le timbre de la voix un peu changé. Attention : c'est le larynx qui est pris. Est-ce simplement catarrhal ou diphtérique ? C'est le point à faire. Vite, regardez bien dans la gorge. Si vous trouvez des membranes sur les amygdales, pas de doute, c'est la diphtérie laryngée. Mais, si à première vue, vous ne trouvez pas de membranes, ça devient embarrassant. Votre devoir alors est d'examiner avec grand soin le pharynx et les fosses nasales. Si vous constatez une rhinite ou une pharyngite, c'est très suspect. Afin d'éviter ces surprises, prenez la précaution d'injecter une bonne dose de sérum anti-diphtérique. Et attendez le résultat. Si, à votre visite suivante, votre sujet s'est notablement amélioré, vous êtes moralement certain que c'est simplement une laryngite catarrhale.

Mais si, par contre, son état s'est aggravé, c'est de la diphtérie, et votre malade entre dans la phase dyspnéique. C'est qu'alors les membranes couvrent plus ou moins les cordes vocales. Et que constatez-vous alors ? Du tirage, du cornage, une toux rauque, la voix éteinte, avec de temps en temps des crises dramatiques de suffocation.

Souvenez-vous que toux rauque et voix éteinte signent la nature diphtérique de la maladie.

A suivre : le traitement.



PYRIDIUM

procure un soulagement sûr et rapide dans le traitement des infections génito-urinaires (cystite, pyélite [pyélonéphrite], prostatite et urérite), sans

- la surveillance du pH urinaire
- le contrôle du laboratoire pour la toxicité
 - régime spécial
 - médication adjuvante

pour le résultat de ses effets thérapeutiques.

Des extraits de la littérature publiée depuis une décade seront envoyés sur demande.

PYRIDIUM

NOM DÉPOSÉ

(Phenylazo-Alpha-Alpha-Diamino-Pyridine Mono-Hydrochloride)

Une décade de service
dans les infections
génito-urinaires

MERCK & Co. Ltd. *Fabricants Chimistes* **Montréal, P. Q.**

Docteur,

L'emploi régulier et précoce du

COMPLEXE
RHODIUM COLLOIDAL ELECTRIQUE
EDDÉ

évitera toute complication chez vos grippés

Injections intra-musculaires ou intraveineuses.

1 à 3 ampoules de 3 cc. par 24 heures

INDOLORE — ISOTONIQUE — NON TOXIQUE

Pas de contre indications

BOÎTES DE 6 ET BOÎTES DE 24 AMPOULES

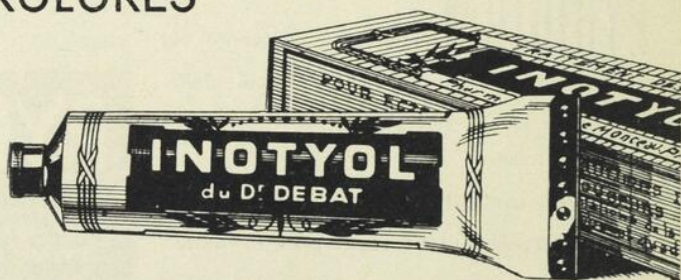
J. EDDÉ Limitée, Edifice New Birks, MONTRÉAL.

ECZÉMAS

ULCÈRES - BRÛLURES

Lésions et
Irritations
de la Peau

Agent Général
J. EDDÉ Ltée
MONTRÉAL



Pommade

INOTYOL

ANALYSES

Jean PATEL.— **L'iléite régionale.** *La Presse Médicale*, n° 47 : 917, (11 juin) 1938.

Entité anatomique plus que clinique décrite en 1932 par B. B. Crohn que l'on semble avoir confondue avec d'autres lésions avant cette date. L'aspect macroscopique est caractéristique : la partie de l'intestin intéressée est augmentée de volume, rigide, épaissie, de consistance ferme et la démarcation entre les tissus sains et la portion atteinte est très nette ; c'est généralement la partie terminale du grêle qui est atteinte et sur une longueur variable. L'examen de la pièce opératoire montre un épaissement des parois avec réaction inflammatoire très vive dans les cas aigus, et un tissu de granulation non spécifique dans les cas chimiques. La pathogénie est encore imprécise.

Cliniquement il y a des formes aiguës confondues le plus souvent avec l'appendicite car le tableau en est le même. Les formes chroniques font suite à une phase aiguë ou sont chroniques d'emblée. On décrit trois aspects. 1) La forme entéritive dont la manifestation première et principale est la diarrhée tenace à laquelle viennent s'ajouter une atteinte de l'état général et la perception d'une masse mal limitée dans la fosse iliaque droite ou près de l'ombilic. 2) Une forme sténosante, où des signes de subocclusion et d'occlusion font suite aux symptômes premiers. 3) La forme fistulisée, la fistulisation se faisant à la paroi ou dans la vessie.

Sur une série de radiographies l'iléite terminale peut être soupçonnée par divers signes dont le plus caractéristique est celui de la corde. Le traitement est chirurgical et la résection est la méthode de choix. La déviation

si elle est commandée par des facteurs locaux ou généraux ne doit être qu'un premier temps de l'ablation future.

Jean-Paul DUGAL.

Wendell C. HALL.— **Radiation treatment of herpes simplex.** (La radiothérapie dans l'herpès simple.) *Am. Jour. of Roent. & Radium*, 39 : 393, (mars) 1938.

L'herpès, qui n'est qu'un incident pour les uns, est un véritable ennui pour les autres. A ces derniers, Hall conseille la radiothérapie. L'auteur rappelle au lecteur les nombreuses théories étiologiques de l'herpès et semble se rattacher à celle du virus filtrant. Le rapport contient aussi des notions d'anatomie pathologique et une énumération complète des symptômes de l'herpès.

Vu l'insuffisance des traitements chimiques, Hall et ses devanciers préconisent la roentgenthérapie. Quinze patients atteints d'herpès labial furent traités par les Rayons X ; quelques-uns avaient plusieurs lésions. Les lésions seules furent traitées, c'est-à-dire qu'on ne s'est pas préoccupé d'irradier les racines nerveuses. Les constantes ont été : 130 K.V., 5 mA, 30 cm. F. P., aucune filtration. Plus de la moitié des malades n'ont reçu qu'une seule dose de 375 « r ». Les autres ont reçu des doses décroissantes allant jusqu'à 125 « r », mais cette dernière quantité de rayonnement s'est montrée insuffisante. Par contre, une dose de 135 « r » filtrée par un millimètre d'aluminium aurait donné d'excellents résultats dans quatre cas. Plus le traitement est précoce, meilleurs sont les résultats.

Il n'y a que sept observations rapportées où dans l'ensemble les résultats sont excellents.

Léo-R. PAYEUR.

René LERICHE et A. JUNG.— **Recherches chimiques et thérapeutiques sur la tétanie.** *La Presse Médicale*, n° 46 : 897, (8 juin) 1938.

Les auteurs, à l'occasion de 11 cas de tétanie, dont 8 de tétanie spontanée et 3 de tétanie parathyroprive, étudient le problème chimique et thérapeutique de la maladie.

La calcémie ne fut pas trouvée abaissée dans tous les cas et une calcémie normale fut même constatée pendant les crises. Le diagnostic de tétanie pourrait donc être porté même en présence d'une calcémie normale. De plus, il semblerait que l'hypocalcémie soit la règle.

Les recherches thérapeutiques furent nombreuses et variées.

La calcithérapie fait cesser les crises mais elle peut être inefficace quel que soit le sel de calcium administré et la voie d'introduction.

La transplantation d'« os purum » ne modifie ni la calcémie ni la calciurie, ni la gravité de la maladie, mais elle « abolit les crises de tétanie même dans des cas où l'injection de sels de calcium a été sans effet sur les crises ».

La sympathectomie cervicale moyenne n'influence pas la calcémie ni la calciurie mais elle a généralement guéri les malades.

Après de telles recherches les auteurs concluent que « la tétanie est un syndrome d'insuffisance parathyroïdienne avec manque d'utilisation des réserves calciques » et que le traitement de la tétanie chronique doit être chirurgical.

De la Brocquerie FORTIER.

Camille LIAN et P. FRUMUSAN.— **Valeur sémiologique du dosage pondéral du fibrinogène sanguin dans les affections hépatobiliaires.** *La Presse Médicale*, n° 20 : 369, (9 mars) 1938.

Des trois albumines que possède le plasma sanguin, sérine, globuline, fibrinogène, ce dernier seul est fabriqué sûrement et presque totalement par le foie. L'hépatectomie et l'anastomose porto-sus-hépatique le font disparaître du sang.

Son dosage par la technique de Sassier nécessite 15 c. c. de sang oxalaté recueilli à jeun. Chez le sujet normal la fibrinémie varie entre 4 et 5 grammes au litre.

Les recherches de C. et F. ont porté exclusivement sur les affections hépatobiliaires. Voici ce qu'elles ont donné :

Les affections qui entraînent une fibrinopénie habituelle sont les cirrhoses de quelque origine qu'elles soient et les ictères du type catarrhal. Ces deux types de lésions comportent une atteinte de la cellule hépatique.

La fibrinopénie peut tarder à apparaître, au delà de 15 jours parfois, mais elle apparaît. Les chiffres trouvés par C. et F. oscillaient entre 3.80 et 1.40.

Par contre, les affections hépato-biliaires qui s'accompagnent d'une fibrinémie normale ou surélevée sont : les foies cardiaques (exception faite pour la cirrhose cardiaque), les néoplasmes du foie, les ictères par rétention et la spirochétose ictéro-hémorragique. Ces affections ne comportent pas d'atteinte cellulaire. Ou la cellule ne réagit d'aucune façon et la fibrinémie est normale, ou elle réagit par irritation secondaire et le fibrinogène monte dans le sang.

L'hyperthermie peut faire varier la fibrinémie. Elle est la seule cause d'erreur dont il faille tenir compte d'une façon absolue.

Les résultats de la fibrinémie sont parallèles à ceux des autres épreuves recherchant la valeur des fonctions hépatiques : galactosurie provoquée, etc.

Cette épreuve a surtout un intérêt diagnostique. Elle permet d'établir en face d'une affection hépato-biliaire l'existence d'une lésion cellulaire (cirrhose, ictère catarrhal), ou extra-cellulaire (cancer, ictère par rétention).

La courbe des dosages permet de constater l'état actuel d'amélioration ou d'évolution de l'affection, mais ne permet en aucune façon d'établir un pronostic.

Sylvio LEBLOND.

Perk Lee DAVIS et W.-B. STEWART.— **De l'emploi du sulfate de benzedrine dans la maladie de Parkinson d'origine encéphalitique.** *J. A. M. A.*, 110 : 23 ; 1890, 1938.

Les auteurs font une étude complète de soixante-quatorze cas de maladie de Parkinson d'origine encéphalitique.

Après un examen neurologique complet de chaque cas, et une analyse détaillée des symptômes, ils administrent le sulfate de benzedrine à la dose de 40 ou 60 mg. selon que la pression artérielle est basse ou élevée.

Comme la plupart des auteurs, ils ont obtenu une action nette et uniforme sur les signes subjectifs v. g. diminution de la fatigabilité et de l'état de somnolence, amélioration dans la lucidité d'esprit, avec sensation de bien-être. Plusieurs furent capables d'assumer des responsabilités qu'ils

n'avaient pu prendre auparavant, d'autres purent commencer à s'alimenter seuls, l'un d'eux qui était au lit depuis deux ans, put commencer à marcher.

Les auteurs attachent plus d'importance aux signes objectifs, ce sont les crises oculogyres qui furent le plus influencées. Sur 33 qui présentaient ce signe, chez tous, les attaques furent diminuées dans la fréquence et la durée.

Le tremblement et la contracture sont également améliorés dans un grand nombre de cas.

Le sulfate de benzedrine par son pouvoir vaso-constricteur amène une élévation de la pression artérielle lorsqu'elle est basse, et fait paradoxal, il diminue cette même pression lorsqu'elle est élevée.

Un meilleur rendement est obtenu si on associe au sulfate de benzedrine les médicaments de la série belladonée.

L. PATRY.

James McKENTY.— **Acute cholecystitis.** (Cholécystite aiguë.) *The Can. Med. Ass. Journ.*, 38 : 3 ; 236, 1938.

Le traitement médical de la cholécystite aiguë donne une mortalité d'environ 5% et est impuissant à calmer les crises douloureuses dans 25% des cas. De plus, les malades qui ont eu une première attaque sont toujours exposés à en faire de nouvelles.

La mortalité opératoire des cas opérés précocement n'est que de 2% et le temps d'hospitalisation et la morbidité sont de beaucoup diminués.

Les symptômes généraux et la formule leucocytaire ne peuvent renseigner sur l'état pathologique de la vésicule biliaire. L'opération d'urgence semble être aussi importante dans la cholécystite aiguë que dans l'appendicite aiguë.

François ROY.

Raymond LEBOVICI.— **Le tannage est le meilleur traitement des brûlures.** *Journal de Médecine de Paris*, 58 : 9 ; 177, (3 mars) 1938.

Leibovici traite depuis plusieurs années les brûlés par des pansements au tannin selon la méthode de Davidson. En 1934 il écrivait que cette

méthode avait transformé le traitement et le pronostic des brûlures. Son opinion fut, semble-t-il, difficilement acceptée dans les milieux hospitaliers français. Toutefois, depuis le congrès de l'association française de chirurgie en 1937, il est admis que l'application d'urgence d'un pansement gras est formellement contre-indiquée et que le tannage des brûlures doit être pratiqué aussitôt que possible, après une désinfection complète et minutieuse, par la teinture d'iode ou tout autre antiseptique efficace. Si un pansement gras a déjà été appliqué, le tannage est encore possible ; dans ce cas il faut d'abord dégraisser la plaie au savon et à l'éther. L'anesthésie générale est le plus souvent nécessaire.

Il existe plusieurs variantes du tannage de la peau ; Leibovici conseille celle de Bettman : Avec un tampon de coton imbibé, on attouche une bonne fois les brûlures avec une solution fraîche d'acide tannique à 5 p. 100 et on laisse sécher. Puis de la même manière, on touche avec une solution de nitrate d'argent à 10 p. 100. La surface brûlée devient presque instantanément noire et est recouverte d'une croûte qui transforme la plaie suintante en une surface sèche, imperméable à toute exsudation plasmatique et à toute pénétration microbienne. « Ce qui demande de longues heures avec le tannage ordinaire est réalisé en quelques instants. » (Mourgue-Moline, Congrès Ass. Fr. de Chir.)

Chez les grands brûlés, la méthode de Bettmann a l'avantage de soulager plus vite les douleurs, de les exposer moins au refroidissement, de donner une croûte plus mince, plus souple et plus vite tombée. En bref, on gagne vingt-quatre à trente-six heures sur le tannage classique.

Il y a encore, le « tannage » au violet de gentiane à 1 p. 100, ou au mercuro-chrome à 2 p. 100, simplement réalisé en deux jours par 3 à 4 badigeonnages quotidiens répétés. Le vert brillant en solution alcoolique à 1 p. 100 est utilisé en U. R. S. S., de même que le permanganate à 5 p. 100.

Enfin, Leibovici souhaite qu'un fabricant français mette en circulation, comme il en existe ici, une gelée au tannin stable et antiseptique, préparation pratique et peu coûteuse.

E. GAUMOND.



*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 