

BULLETIN  
DE LA SOCIÉTÉ  
DES SCIENCES  
MÉDICALES

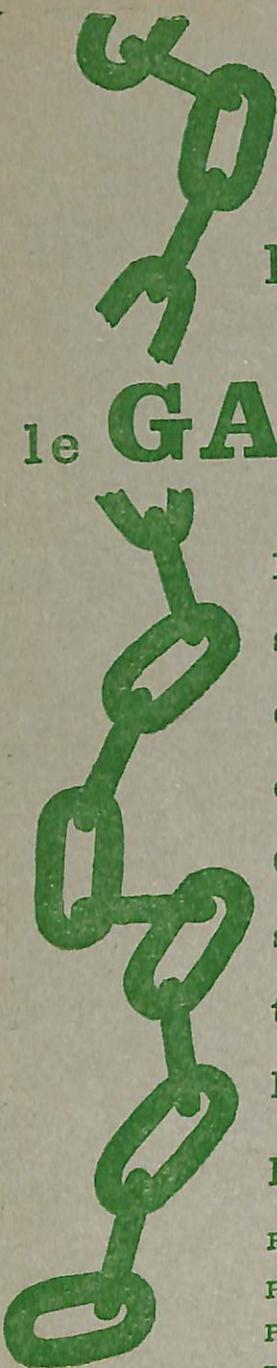
DU  
GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG



JUIN 1958

IMPRIMERIE BOURG-BOURGER • LUXEMBOURG





Pour traiter et  
prévenir

l'asthme bronchique

# le **GAMBARAN**

Les propriétés antispasmodiques, sécrétolytiques, antihistaminiques et antiphlogistiques des divers éléments composant le Gambaran se complètent synergiquement pour le traitement symptomatique de l'asthme bronchique. Une parfaite potentialisation en résulte.

Présentations:

Par 10, 25, et 250 dragées

Par 20 et 250 capsules

Par 6 et 50 ampoules



ASTA-WERKE A.-G. · CHEM. FABRIK · BRACKWEDE (WESTF.)  
ALLEMAGNE

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ  
DES SCIENCES MÉDICALES  
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG



BULLETIN  
DE LA SOCIÉTÉ  
DES SCIENCES  
MÉDICALES

DU

GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG



*JUIN 1958.*

IMPRIMERIE BOURG-BOURGER • LUXEMBOURG

*Les articles originaux ainsi que les communications  
de la Société des Sciences Médicales sont publiés  
sous la responsabilité unique de leurs auteurs.*

*La Rédaction.*

Bulletin de la Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg

Rédacteurs:

Dr. Camille Streff, Luxembourg - Dr. Pierre Felten, Luxembourg

Publicité:

Dr. Pierre Felten, Luxembourg, 34, rue du 10 septembre

## SOMMAIRE

F. Steichen	Des complications de l'Aortographie	9
Raymond Schaus	Le stade silencieux des leucémies chroniques	21
L. de Gennes, M. Lemer, H. Bricaire et B. Mathieu de Fossey	L'épreuve à la Desoxycorticosterone dans le diagnostic des syndromes polyuro-polydipsiques	35
Frédéric Hippert et Jean Nickels	Hémorragie spontanée à localisation peu commune	47
Raymond Schaus	Petit Fait Clinique / Un syndrome de perturbation électrolytique	51
Sigmund S. Winton, Ph. D. M.:D et E. Chessrow, M. D., Chicago	Etude chimique d'une Association d'antibiotiques: Tetracycline et oleandomycine (Sigma-mycine)	63

**CHOCS POST-OPERATOIRES  
FAIBLESSE CARDIAQUE  
INSUFFISANCE MYOCARDIQUE**

# **INVERSULINE IBSA**

(Insuline + Sacchar. intersers.)

Pour reconstituer les réserves de l'organisme :: Convalescence après grippe ou pneumonie :: Epuisement général :: Intoxication hépatique  
Hypocondrie :: Amaigrissement :: Maigreur constitutionnelle  
Hyperemesis gravidarum

Amp. de 2 ml intramusc. et de 10 ml intraveineuses

---

**DOULEURS POST-OPERATOIRES**

# **SULFONOVINE IBSA**

**Remplace souvent la morphine**  
(avec une action plus prolongée)

Sans action stupéfiante ou narcotique  
Sans action toxique sur le cœur, les reins ou l'appareil digestif  
Sans danger pour les malades souffrant de complications cardiaques

Amp. de 2 ml et 5 ml - Suppositoires et comprimés  
**DOULEURS ET FIEVRES DE TOUTE NATURE**

---

**LE DERNIER PROGRES DANS LE TRAITEMENT DES  
TROUBLES DE LA MENOPAUSE**

# **MENOPASIN IBSA**

Thérapie scientifique originale et rationnelle des  
syndromes de la ménopause

**COMPLEXE HORMONAL POLYVALENT  
D'ŒSTROGÈNES NATURELS**

extraits intégralement de façon conservatoire d'urine de juments  
gravidés associés à des substances douées d'une action eutonique sur  
le système neuro-végétatif.

**ACTIF PAR VOIE ORALE**

Flacons de 15 capsules gélatineuses

---

**INSTITUT BIOCHIMIQUE « IBSA » Lugano (Suisse)**

Agent exclusif: ETABLISSEMENTS IRVE  
BRUXELLES, rue Henri Wafelaerts 45 - Tél. 37 67 34

*Nouveau traitement antihémorroïdal  
à base de prednisolone*

---

# SCHERIPROCT

*Schering*  


SUPPOSITOIRES

POMMADE

---

Hémorroïdes internes et externes  
Fissure anale  
Rectite - Proctite  
Eczéma anal  
Prurit anal

Action thérapeutique intense  
Disparition rapide de la  
douleur et du prurit

Présentations : SCHERIPROCT Suppositoires : Boite de 6 suppositoires

SCHERIPROCT Pommade : Tube de 10 gr.

**RODOLPHE COLES S.A. DIEGEM-BRUXELLES**

Tél. (02) 20.15.00 (lignes groupées)

Fidèle à sa tradition en hormonologie  
**CIBA** a mis au point  
pour le traitement moderne  
aux corticostéroïdes

**Par voie buccale:**

**Ultracortène ®**

prednisone  
comprimés à 1 et à 5 mg

**Ultracortène-H**

prednisolone  
comprimés à 5 mg

**Par injection in loco:**

**Ultracorténoïl ®**

triméthylacétate de prednisolone  
ampoules de 1 ml à 10 mg  
flacon-ampoule de 5 ml (1ml = 10 mg)

**En application locale:**

**Crème Ultracorténoïl**

triméthylacétate de prednisolone  
+ Bradosol ®  
tube de 5 g

**Onguent ophtalmique Ultracorténoïl  
et**

**Collyre Ultracorténoïl**

triméthylacétate de prednisolone  
tube de 2,5 g et tube stilligoutte de 2,5 ml

® = Marque déposée

**C I B A**

# DES COMPLICATIONS DE L'AORTOGRAPHIE

*par F. Steichen*

Depuis la description originale de Dos Santos, l'aortographie lombaire a enrichi considérablement l'arsenal des moyens de diagnostic à la disposition du chirurgien vasculaire, et a permis à ce dernier de faire des progrès considérables dans l'étude et le traitement de certaines maladies des vaisseaux. C'est en 1929 que Dos Santos publia pour la première fois sa nouvelle méthode. En avril 1931 il présenta les premiers résultats devant la Société de Chirurgie de Paris <sup>4)</sup>.

En utilisant la méthode de Dos Santos, Leriche <sup>9)</sup> a pu démontrer la nature segmentaire des lésions thrombo-oblitérantes de l'aorte terminale. Par la suite lui-même, ainsi que d'autres – Gross <sup>7)</sup>, Oudot <sup>11)</sup>, Dubost <sup>5)</sup> et De Backey <sup>2)</sup>, pour ne nommer que quelques chefs de file – ont développé des techniques opératoires pour remplacer des segments artérioscléreux d'aorte ou d'artère, ou encore des anévrysmes d'étiologies diverses.

Mais l'aortographie n'est pas restée l'apanage des chirurgiens de chirurgie générale. Ainsi les urologues l'ont-ils utilisée dans l'étude des maladies du rein, en obtenant à la fois des images de l'arbre vasculaire rénal et des pyélogrammes, ceci en modifiant la durée de l'exposition aux rayons-X.

On peut donc conclure de ce qui précède que l'aortographie est une technique bien établie parmi les examens paracliniques modernes, et seuls certains risques peuvent en empêcher l'utilisation trop généralisée.

Pour bien comprendre les risques possibles, passons en revue d'abord la technique telle qu'elle a été décrite par Dos Santos, et telle qu'elle est toujours appliquée dans ses grandes lignes de nos jours.

1. Malade en décubitus ventral.

2. Ponction transcutanée et translombaire de l'aorte au niveau de D12 ou de L1. L'aiguille (12 cm, 12/10 mm) est dirigée vers la partie antérieure de D12 ou de L1. Le point de repère sur la peau est à gauche, quatre doigts en dehors de

la colonne vertébrale, deux doigts au-dessous de la 12<sup>e</sup> côte. Dès que l'aiguille bute contre le corps de la vertèbre visée, il faut la retirer légèrement, puis la réintroduire à 10 ou 11 cm de profondeur, tout en rasant le corps de la vertèbre. A ce moment l'aiguille est à quelques mm de l'aorte.

3. Procéder à l'anesthésie des splanchniques, en injectant 30 cc de novocaïne à 0.5%.

4. Attendre environ 5 minutes, ensuite pousser l'aiguille dans la lumière de l'aorte. Un courant de sang artériel reflue à ce moment dans les tubes de connection entre l'aiguille et la seringue contenant la matière de contraste.

5. Injection rapide de la solution aqueuse d'iodure de Na, en utilisant 20-25 cc de la substance, sous une pression de 2 kg. Pour cette injection Dos Santos employait l'appareil de Gentile, pour injections artérielles.

6. Prise des clichés après injection de 15 cc de la substance de contraste, tout en continuant cette injection.

7. Dos Santos avait l'habitude de mettre des tourniquets autour des deux cuisses, mais cette précaution n'est pas toujours nécessaire.

Remarque: Au début, Dos Santos utilisait l'anesthésie, ou bien spinale, ou bien générale. Mais de ce temps-là, ces deux techniques d'anesthésie augmentaient les risques de l'aortographie, et Dos Santos remarquait qu'on pouvait se contenter d'une anesthésie du splanchnique gauche. Aussi en 1931 il avait remplacé l'iodure de Na par l'abrodil (90%, 20-25 cc), moins toxique.

Depuis, beaucoup d'aortographies ont été faites dans le monde, et d'innombrables auteurs ont apporté des modifications de détail. Langsam<sup>8)</sup>, utilise deux aiguilles parallèles, placées l'une au-dessus de l'autre et introduites dans l'aorte au-dessus du tronc coeliaque. Il pratique une anesthésie soit générale, soit locale, et injecte 50 cc de diodrast à 70% ou d'urokon à 70%. Cette injection se fait à l'aide de deux seringues, et dure 4 secondes. Quatre clichés sont obtenus pendant les 8 secondes suivant l'injection des derniers cc de la matière opaque. Pour cet auteur il est important d'opacifier et de mettre en évidence l'aorte abdominale toute entière, depuis le diaphragme jusqu'à la bifurcation.

Cependant la majorité des auteurs préfère injecter au-dessous des artères rénales, à moins de raisons spéciales pour faire autrement. Dans la plupart des cas, les lésions recherchées se trouvent plus bas que l'abouchement des artères rénales, et l'injection haute multiplie certainement les risques et les complications possibles. De Wolfe<sup>3)</sup> préconise l'abord sous-rénal. Il utilise aussi deux aiguilles et deux seringues, contenant chacune 12 cc d'urokon à 70%. Cet auteur, comme tant d'autres,

remarque que l'aortographie lombaire n'est pas indispensable dans les thromboses et les anévrysmes aortiques abdominaux cliniquement certains. Souvent d'ailleurs la laparotomie exploratrice n'augmente pas sensiblement la morbidité ni la mortalité, dans les cas douteux. Elle peut être préférable à l'aortographie, parce qu'elle permet une vue directe et la mise en oeuvre immédiate d'une thérapeutique rationnelle. Dans le syndrome de Leriche, il suffit d'injecter une petite quantité de matière de contraste. Même si la clinique ne laisse pas persister de doute, il est parfois utile d'avoir une image radiographique dans ces cas, pour évaluer l'extension distale de la maladie (bifurcation ou artères iliaques primitives), et pour être à même de préparer des greffes adéquates.

#### *Points Spéciaux:*

1. Introduire l'aiguille sur la longueur calculée, sans en changer la direction au moment où la pointe se trouve au voisinage de l'aorte, de façon à éviter un mouvement de cisaillement qui pourrait déchirer le vaisseau. Si l'aorte n'est pas ponctionnée, et qu'il faut modifier la direction, mieux vaut retirer l'aiguille suffisamment, pour en changer le cours sans forcer la pointe.

2. Pour ceux qui l'emploient, la technique des deux aiguilles permettrait d'éviter ou de limiter le danger d'injection dans le tronc coeliaque, dans l'artère mésentérique supérieure ou dans une des deux artères rénales. Si une des deux aiguilles ne ramène pas de sang artérialisé, on en conclut que l'autre a été introduite dans une des branches de l'aorte, et il faut recommencer la manoeuvre.

3. Une manière plus simple pour démontrer la localisation de la pointe de l'aiguille, est l'injection de 5 cc de substance de contraste, avec prise d'un cliché extemporané.

4. Chez des patients nerveux, il faut administrer une prémédication adéquate, et travailler sous anesthésie générale. A tout moment des stimulants, tels qu'adrénaline et oxygène, doivent être à portée de main.

5. Il est indispensable d'éliminer une allergie possible du sujet à la substance de contraste.

6. On injectera lentement et en quantité raisonnable, en présence d'une maladie de Leriche.

#### *Contre-Indications:*

1. Diagnostic établi cliniquement. Dans ce cas la laparotomie exploratrice ne comporte pas plus de dangers que l'aortographie, et est entièrement justifiée.

# DEXTROPUR

(Marque déposée)

## COMPOSITION:

Le Dextropur est dépourvu d'alcalis, d'acides libres, de métaux lourds, de sels de Ca, de dextrines et de sucres intervertis.

## PROPRIETES:

Le Dextropur étant un monose, il est donc directement assimilable, sans travail préalable de dissociation, comme c'est le cas pour les bioses tels que sucre de canne ou de betterave. Il permet ainsi l'apport à l'organisme d'une grande quantité de calories sans provoquer ni écoeurement, ni troubles digestifs.

**100 g Dextropur dégagent 400 calories.**

## INDICATIONS:

Hypo-nourris et dyspeptiques; auprès des enfants et des nourrissons nés avant terme; éclampsie de la femme enceinte; hyperémie; régime pour gastrites ou duodénites; anorexie; acidose; hypoglycémie; myocardite; artério-sclérose et pneumonie; préparation et suites de narcoses; empoisonnements.

## POSOLOGIE:

Doses moyennes pouvant être modifiées par le médecin traitant  
**1) per os.** — **A d u l t e s :** dyspeptiques 50-100 g pro die, convalescents 100-150 g pro die. **E n f a n t s :** Indications générales 6-8% de la bouillie, gastrites: 3-5% de la bouillie.  
**2) rectal.** — **G o u t t e - à - g o u t t e :** solution 15%, **L a v e m e n t :** solution isotonique de 5 à 6%.

Le Dextropur se dissout immédiatement dans les liquides chauds

Représentant pour le Grand-Duché de Luxembourg:

**Monsieur Victor WAGNER**

LUXEMBOURG-MERL - Rue des Aubépines 51

Littérature et échantillons sur demande à la

**S. A. Les Industries du Maïs**

ANVERS - 23, rue Arenberg - Tél.: 32 10 61, 32 72 80

2. Allergie à la substance de contraste.
3. Phéochromocytome. Un cas avec issue fatale a été publié par Saltz<sup>12)</sup>.

#### *Complications:*

Plusieurs auteurs ont publié des observations isolées ou des revues assez complètes sur ce sujet<sup>1, 6, 10, 13, 14)</sup>. Les complications suivantes ont été signalées:

Douleur, hémorragie, thrombose et embolie, spasme artériel, dissection de la paroi aortique, extravasation de matière opaque, réaction allergique, perforation d'un viscère abdominal, insuffisance rénale, déficit neurologique.

1. *Douleur:* Crawford et collaborateurs<sup>1)</sup> l'ont observée le plus souvent dans le dos et l'étage supérieur de l'abdomen chez leurs patients. En général il s'agit d'épisodes douloureux transitoires et de courte durée, mais on est amené à donner des analgésiques à ces patients, si la douleur dure plus de 12 – 18 heures. Si une opération ou autopsie suit l'aortographie dans un délai assez bref, l'opérateur trouve souvent sur le vaisseau un point ecchymotique à l'endroit où pénétra l'aiguille. L'intensité de la douleur semble proportionnelle au nombre de points de ponction.

2. *Hémorragie:* Tous les auteurs s'accordent à affirmer qu'elle est une complication rare. McAfee et Wilson<sup>10)</sup> ont publié 5 cas d'hématome périaortique, dans une série de 150 aortographies. Chez 3 de ces 5 patients, l'hémorragie était sans conséquence, mais chez les deux autres, la mort était une conséquence directe de l'aortographie. Crawford a rencontré un cas avec trouble de la coagulation sanguine, dans lequel une hémorragie survenue à la suite d'une aortographie constituait un problème majeur. Ce malade devait subir plus tard sans difficultés une excision de deux anévrysmes.

3. *Thrombose et Embolie:* Une thrombose de l'aorte n'a pas été rapportée dans la littérature jusqu'à ce jour. Cependant Crawford a trouvé dans la littérature 4 cas de thrombose de l'artère mésentérique supérieure et un cas de thrombose de l'artère mésentérique inférieure.

Les 4 malades atteints de thrombose de l'artère mésentérique supérieure sont décédés des suites d'un infarctissement de l'intestin grêle. Le diagnostic de la thrombose de l'artère mésentérique inférieure n'avait été établi que lors de l'opération. Dans ces 5 cas de thrombose une injection directe de la matière opaque dans les artères en question était responsable. L'iodure de Na à 80% avait été utilisé dans les cas de l'artère mésentérique supérieure, et de l'urokon dans celui de l'artère mésentérique inférieure. Une injection directe de ces vaisseaux avec de l'iodure de Na, et qui serait restée sans suites fâcheuses

n'a pas été rapportée dans la littérature. Cependant on connaît de nombreux articles concernant l'injection directe à l'urokon ou au diodrast, du tronc coeliaque, des artères mésentérique, splénique, hépatique et lombaires, sans effets désagréables.

Récemment nous avons observé <sup>15)</sup> une complication exceptionnelle chez un homme âgé de 53 ans, souffrant d'un syndrome de Leriche et présentant ce que l'on pourrait appeler – en rétrospective – une «claudication abdominale». Après une aortographie par voie lombaire, ce malade se plaignait de plus en plus de douleurs épigastriques violentes. A l'examen physique il présentait un tableau clinique de choc, avec iléus paralytique. A l'exploration de l'abdomen nous avons trouvé un infarctissement massif du foie, de l'estomac, de l'intestin grêle et du gros intestin jusqu'au sigmoïde. L'aorte et l'artère iliaque commune gauche étaient animées de pulsations vigoureuses, mais les artères hépatique, gastrique gauche et mésentérique supérieure ne battaient pas. A l'autopsie nous avons constaté une thrombose ancienne du tronc coeliaque et de l'artère mésentérique inférieure, ainsi que de la bifurcation aortique (cette dernière obstruction était incomplète à gauche), expliquant les symptômes de «claudication abdominale». En outre une thrombose récente bouchait l'artère mésentérique supérieure, qui à elle seule avait fourni les collatérales nécessaires à l'irrigation de tout le contenu abdominal.

Le mécanisme de la thrombose dans ce cas spécial nous échappe, mais nous pensons qu'une injection directe de la mésentérique supérieure, ou bien un shunt de la substance opaque avec élévation de la pression et spasme artériel, peuvent être incriminés.

Deux cas d'embolie ont été rapportés dans la littérature. Dans le premier il s'agissait d'une plaque athéromateuse disloquée <sup>1)</sup>, qui s'était logée dans une artère périphérique, causant ainsi une gangrène avec perte du membre inférieur correspondant. Dans le deuxième cas <sup>1)</sup> il s'agissait d'un thrombus formé au niveau du lieu de piqûre. Ce caillot s'étant dissocié de la paroi aortique, forma un »saddle embolus» de la bifurcation de l'aorte. Une embolectomie fut couronnée de succès.

4. *Spasme Artériel*: Il peut donner lieu à une interprétation erronée de l'artériogramme. D'aucuns ne pensent qu'il s'agit d'une réaction à la ponction du vaisseau par l'aiguille, mais Shaw <sup>13)</sup> est plutôt enclin à croire que l'on a affaire dans ces circonstances à une véritable réaction allergique.

5. *Dissection de la Paroi Aortique*: Un cas a été rapporté par Gaylis et Laws <sup>6)</sup>, sans conséquence sérieuse.

6. *Extravasation de Matière Opaque*: Cette éventualité se produit assez fréquemment, et est suivie de douleurs lombaires. Dans un cas celles-ci se prolongeaient pendant 2 semaines <sup>14)</sup>.

7. *Réactions Allergiques*: Les réactions allergiques authentiques constituent les seules contre-indications absolues aux artériogrammes en général. De temps en temps on observe des nausées, des vomissements ou de l'urticaire chez des patients sensibilisés, mais en général ces réactions ne sont pas sérieuses.

8. *Perforation d'un Viscère Abdominal*: On a mentionné cette complication de temps en temps, mais dans des mains expertes elle ne devrait pas être fréquente ni grave<sup>14)</sup>.

9. *Insuffisance Rénale*: C'est la complication la plus fréquente et la plus sévère. Crawford en a trouvé 31 exemples dans la littérature, avec une mortalité de 20%. Douze fois la lésion était unilatérale, et 19 fois bilatérale. Tous les patients avec une lésion unilatérale ont survécu, mais 6 patients avec des lésions bilatérales sont morts.

Dans les cas de lésions unilatérales, des injections directes dans une artère rénale étaient en cause, mais dans les cas avec lésions bilatérales, les malades avaient reçu de petites doses d'iodure de Na, ou de très larges doses d'un autre composé iodé. En outre ces derniers sujets ont souvent reçu de multiples injections, souvent aussi à travers deux aiguilles. Crawford lui-même a eu 9 complications rénales sur un total de 300 aortographies. Trois de ses patients avec lésion bilatérale sont morts. Il y avait seulement un cas de lésion unilatérale, due à la ponction directe de l'artère rénale en question. Sur les 8 patients avec lésion bilatérale, il y avait une occlusion aortique distale partielle et 4 occlusions (Leriche) totales. On peut invoquer dans ces cas un shunt de matière opaque dans les branches de l'aorte abdominale, avec hypertension locale passagère affectant surtout les système rénal plus sensible.

10. *Déficit Neurologique*: Crawford en a relevé 13 cas dans la littérature. Seul un patient a récupéré complètement, 5 ont récupéré partiellement et 4 sont morts. Ponction directe de la moëlle épinière, ou bien injection des artères spinales lombaires sont incriminées ici<sup>14)</sup>.

*En Conclusion* nous pouvons donc dire que l'aortographie et l'artériographie en général sont des examens utiles et souvent nécessaires, et dont nous ne pourrions plus nous passer en chirurgie vasculaire. Mais, nous venons de le voir, ces procédés d'investigation ne sont pas complètement dépourvus de complications parfois sérieuses. Leur usage doit donc être limité à des indications bien posées, en utilisant les substances opaques les moins toxiques, dans des doses adéquates et selon une technique rigoureusement réglée et mise au point. Avec ces précautions, la méthode ne devrait pas donner lieu à des complications majeures et sera indiquée absolument, chaque fois que nous pourrons en tirer des renseignements utiles pour le traitement d'un malade.

## BIBLIOGRAPHY

- 1) Crawford E. S. Beall A. C., Moyer J. H. and De Bakey M. - Complications of Aortography, *Surg., Gynec. and Obst.*, 104:129, 1957.
- 2) De Bakey M. E., Cooley D. A., Creech O. - Surgery of the Aorta, *Clinical Symposia Ciba*, Vol. 8, Number 2, 1956.
- 3) De Wolfe V. G., Le Fèvre F. A., Humphries A. W., Shaw M. B., Phalen G. S. - Intermittent Claudication of the Hip and the Syndrome of Chronic Aorto-Iliac Thrombosis, *Circulation*, 9:1, 1954.
- 4) Dos Santos R., Lamas C., and Caldas P. - Les récents progrès dans la technique de l'aortographie abdominale, *Presse Méd.*, 39:574, 1931.
- 5) Dubost C., Allary M., Oeconomos M. - Resection of an Aneurysm of the Abdominal Aorta. Re-establishment of the Continuity by a preserved Human Graft, with Result after 5 Months, *Arch. Surg.*, 64:405, 1952.
- 6) Gaylis H. and Laws J. W. - Dissection of the Aorta as a Complication of Translumbar Aortography, *Brit. Med. J.*, 2:1141, 1956.
- 7) Gross R. E., Bill A. H. Jr., and Peirce E. - Methods for Preservation and Transplantation of Arterial Grafts. Observations on Arterial Grafts in Dogs. Report of Transplantation of Preserved Arterial Grafts in 9 Human Cases, *Surg., Gynec. and Obst.*, 88:689, 1949.
- 8) Langsam M., Wilensky N. D. - An Apparatus for Automatic Introduction of Radiopaque Material in Translumbar Aortography, *Surgery*, 66:777, 1954.
- 9) Leriche R. - De la résection du carrefour aorto-iliac avec double sympathectomie lombaire pour thrombose artéritique de l'aorte. Le syndrome de l'oblitération termino-aortique par artérite, *Presse Méd.*, 48:601, 1940.
- 10) McAfee J. G., and Wilson J. K. - A Review of the Complications of Translumbar Aortography, *Am. J. Roentg.*, 75:956, 1956.
- 11) Oudot J. - La greffe vasculaire dans les thromboses du carrefour aortique, *Presse Méd.*, 59:234, 1951.
- 12) Saltz N. J., Luttwak E. M., Schwartz A., and Goldberg G. M. - Dangers of Aortography in the Localisation of Pheochromocytoma, *Ann. Surg.*, 144:118, 1956.
- 13) Shaw R. S. - Vascular Responses to Intraarterial Diodrast and Urokon during Arteriography, *Surgery*, 39:385, 1956.
- 14) Trippel O., Bernhard V., Hohlf R., Laufman H. - Considerations in the Accuracy and Safety of Arteriography, *Surgery*, 41:153, 1957.
- 15) Wilder R. and Steichen F. - Personal Observation, à paraître.

Thérapeutique des nausées  
et vomissements  
d'efficacité éprouvée

# P ARANAUSINE

comprimés à 80 mg    suppositoires à 60 mg  
suppositoires «Forte» à 120 mg

**Etablissements A. COUVREUR, s.p.r.l., Bruxelles 3**

FAITES CONFIANCE AUX

PANSEMENTS  
ASEPTIQUES

## Optima

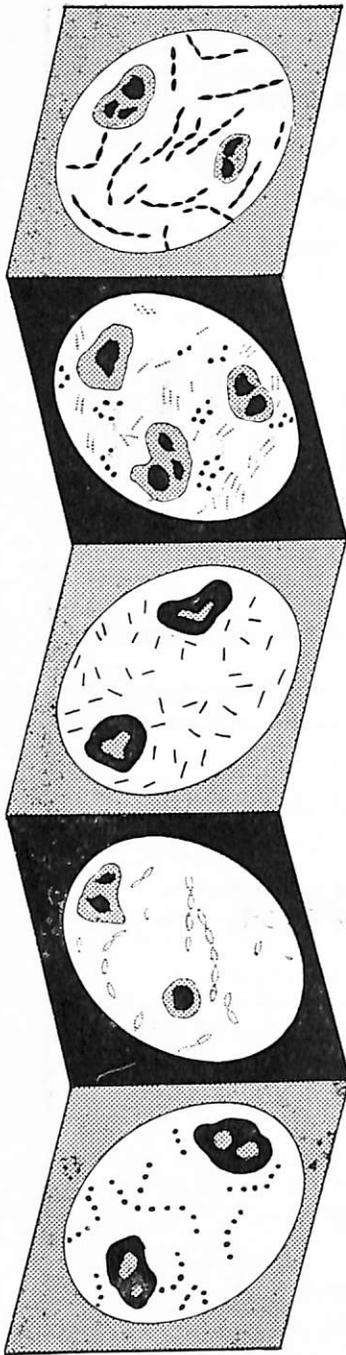
Stérilisation contrôlée par témoin à réaction  
colorée probante (apparition de la teinte bleue)

fermeture automatique à l'intérieur de l'autoclave.

Gaze hydrophile découpée en compresses de 15 x 15, 20 x 30, 25 x 30,  
20 x 45 cm :: Compresses ophtalmiques :: Gaze hydrophile pliée  
accordéon :: Bandes de gaze hydrophile ourlées ou non :: Gaze  
iodoformée ou vioformée en bandes et nappes, etc.

**Laboratoires OPTIMA S. A.**

BRUXELLES - 78, grande rue au Bois



# FRADYL

ONGUENT A LA

## NÉOMYCINE

Antibiotique du *Streptomyces fradiae*

Manufacture de Produits pharmaceutiques  
A. Christiaens S.A. - Bruxelles

# Nausées et vomissements

PRÉVENTION ET TRAITEMENT

## STÉMÉTIL

6140 R.P. - Chloro-3 [(méthyl-4'' pipérazinyl) - 3' propyl] - 10 phénothiazine  
COMPRIMÉS à 10 mg (flacons de 20) • SUPPOSITOIRES à 25 mg (boîtes de 5)

### *Adultes*

A titre préventif : 1/2 à 2 comprimés  
A titre curatif : 3 comprimés ou 2 suppositoires par jour.

### *Enfants*

(au-dessus de 2 ans)  
1 mg par kg de poids et par jour, en prises fractionnées  
par voie buccale.

### AUTRES INDICATIONS

Migraines \* Céphalées \* Vertiges

★

SOCIÉTÉ PARISIENNE  
D'EXPANSION CHIMIQUE

RHONE  POULENC

Succursale de BRUXELLES  
38, rue de l'Automne  
Téléphone:  
48.12.30-47.29.31

# Remaxeen

## Antirheumaticum

mit antiphlogistischen und  
analgetischen Eigenschaften  
Rasche Normalisierung des  
Redoxpotentials und der  
Kapillarresistenz durch  
Vitamin C + P  
Keine Nebenerscheinungen

Die Medizinische Universitäts-Poliklinik in Jena (Prof. Dr. med. habil. Kleinsorge) behandelte 34 Patienten mit akuten und chronischen sowie deformierenden Gelenkerkrankungen mit REMAXEEN.

Trotz auffallend niedrigen Blutspiegels an freier Salizylsäure war der antirheumatische und analgetische Effekt gut. Bei einer Tagesdosis von 3-12 Dragees und maximal bis zu 20 Dragees waren schwerste rheumatische Schübe in 3-4 Wochen abgeklungen. (Therap. Umsch. 3, 1958)

**Dragées - Salbe - Suppositorien**

**DIVA LABORATORIUM**

**Zürich 37, Switzerland**

Vertretung für Luxemburg: **INTEGRAL S.A.**, 61 rue de Strasbourg, LUXEMBOURG, Tél. 23526

# LE STADE SILENCIEUX DES LEUCÉMIES CHRONIQUES

*par Raymond Schaus*

Le présent travail nous a été inspiré par un problème de pratique médicale.

Il arrive qu'on découvre, à l'occasion d'un examen hémalogique de pure routine, une quantité anormalement élevée de globules blancs, avec quelques bizarreries de la formule, chez un sujet asymptomatique et dont l'examen clinique reste rigoureusement négatif. D'autres fois, une telle leucocytose inexplicée est dépistée lors d'un examen motivé par une affection banale sur le compte de laquelle l'anomalie hématologique ne peut pas être mise. Elle survivra d'ailleurs aux symptômes éphémères qui lui auront valu d'être tirée de l'obscurité. Dans d'autres cas encore, la numération blanche anormalement élevée représente le premier élément faisant suspecter une hémopathie, et est au premier plan d'un tableau qui par ailleurs ne comporte que quelques signes cliniques discrets, tels qu'adénopathies minimes ou rate tout juste palpable.

Dans les préoccupations du médecin, une belle leucocytose, isolée ou peu s'en faut, occupera une place importante, car il va se demander quelle signification lui attacher. Le spectre de la leucémie chronique surgira, à ce propos, dans son esprit.

En nous basant sur un certain nombre de publications significatives glânées dans la littérature, nous nous proposons surtout de montrer pourquoi la découverte d'une leucocytose isolée doit être affectée, en vue du diagnostic précoce des leucémies chroniques, d'un indice de suspicion élevé.

Nous mentionnerons aussi l'intérêt, pour l'étude et la compréhension des leucémies, d'un stade de début ainsi conçu.

## *Le mode de début insidieux des leucémies myéloïdes*

Lorsqu'un malade atteint de leucémie myéloïde consulte pour la première fois, il le fait en général pour des symptômes caractérisant assez nettement son affection.

Souvent, les signes généraux sont marqués, tels qu'asthénie, perte de l'appétit, pâleur. Il n'est pas rare qu'une sensation pesante de l'hypochondre gauche attire son attention. Quelquefois, la douleur est le premier symptôme, soit qu'elle siège dans l'hypochondre gauche, soit qu'elle se présente comme un point de côté thoracique. Chez quelques malades, des douleurs osseuses motivent le recours au médecin. D'autres fois, le début est brusque, par l'apparition soudaine d'un purpura, d'une hémorragie digestive ou pulmonaire, d'un priapisme.

La grosse rate est le signe clinique essentiel, et l'examen hématologique lève les derniers doutes.

Nous n'avons pas à nous étendre sur ces symptômes et ces signes classiques. Nous voudrions plutôt scruter de près la période, plus ou moins longue, qui précède ce stade constitué et bien connu de la maladie.

Car des observations privilégiées semblent avoir permis de la saisir à son début. Voici, en guise d'exemple, le cas de Weitz<sup>17)</sup>:

**Observation:** Mlle X..., 23 ans en 1931 est manipulatrice de radiologie depuis 1928. Deux examens systématiques du sang sont normaux en 1931. En juin 1932, on trouve: hématies 3.650.000 par mm<sup>3</sup>; globules blancs 10.050 par mm<sup>3</sup>; polynucléaires neutrophiles 54 pour cent; polynucléaires éosinophiles 4 pour cent; polynucléaires basophiles 4 pour cent; lymphocytes 33 pour cent; monocytes 5 pour cent. Le nombre des globules blancs tombe ensuite à un chiffre plus normal jusqu'au milieu de l'année 1933. Il n'y a pas de polynucléose globale, mais les polynucléaires basophiles varient entre 4 et 10 pour cent, les polynucléaires éosinophiles entre 2 et 17 pour cent. En 1932, un examen des selles ne montre pas de parasitose intestinale.

En juin 1933, numération et formule donnent les résultats suivants: hématies 4.180.000 par mm<sup>3</sup>; globules blancs 18.700 par mm<sup>3</sup>; polynucléaires éosinophiles 13 pour cent, polynucléaires basophiles 8 pour cent; myélocytes 2 pour cent; métamyélocytes 1 pour cent; lymphocytes 17 pour cent; monocytes 12 pour cent.

Trois autres numérations, pendant la même année, montrent des chiffres analogues tant pour les globules rouges que pour les globules blancs. Les polynucléaires basophiles oscillent entre 7 et 15 pour cent, les polynucléaires éosinophiles entre 6 et 20 pour cent. Il y a quelques myélocytes et quelques métamyélocytes.

La malade est asymptomatique et l'examen physique ne révèle rien d'anormal.

La splénomégalie apparaît fin 1933. Le tableau se précise, différentes thérapeutiques sont mises en oeuvre (radiothérapie, arsenic etc.), mais la malade meurt en 1938.

*En résumé*, donc, leucémie myéloïde chronique chez une manipulatrice de radiologie de 32 ans. Début hématologique en 1932-1933, cinq ans environ après le début de l'exposition aux rayons X, par une augmentation des polynucléaires éosinophiles et basophiles. Leucocytose et quelques formes jeunes apparaissent bientôt, et six mois plus tard la splénomégalie est constituée. Pas d'examen de la moelle osseuse. Exitus en 1938.

### *Le mode de début insidieux des leucémies lymphoïdes*

La leucémie lymphoïde se révèle, dans la plupart des cas, par un début à bas bruit avec adénomégalies ou tumeur lymphomateuse, associées bientôt à une altération de l'état général. Rarement, elle débute cliniquement par des manifestations plus bruyantes, telles que troubles digestifs, ictère, douleurs osseuses, localisation pleuropulmonaire.

L'examen hématologique fournit à ce moment les résultats caractéristiques.

Ici encore, c'est à l'étude du stade qui précède ces manifestations évidentes que nous nous attacherons.

De la littérature, nous extrayons l'observation très parlante de McGavran<sup>10</sup>).

*Observation:* M. X. . . . 48 ans, est atteint d'un diabète pancréatique modéré et d'une hypertension artérielle essentielle. En janvier 1911, l'examen de son sang montre 23.200 globules blancs par mm<sup>3</sup> avec 93 pour cent de lymphocytes. Il n'y a pas d'adénopathies, le pôle inférieur de la rate devient palpable en inspiration forcée.

En 1917, l'examen sanguin révèle: hématies 5.100.000 par mm<sup>3</sup>; globules blancs 25.500 par mm<sup>3</sup>; polynucléaires neutrophiles 19 pour cent; polynucléaires éosinophiles 0,5 pour cent; lymphocytes petits et de taille moyenne 68 pour cent; grands lymphocytes 9 pour cent; monocytes 4,2 pour cent; mastzellen 0,3 pour cent. Cliniquement on note des adénopathies discrètes, et la rate est légèrement hypertrophiée.

Le tableau se précise graduellement, on met en oeuvre la radiothérapie. L'évolution est lente, et malgré un infarctus du myocarde en 1929 et un épisode d'insuffisance cardiaque en 1930, le malade ne meurt qu'en 1935. L'autopsie confirme le diagnostic de leucémie lymphoïde.

### *Analyse des observations de la littérature*

Les cas où une leucémie chronique est découverte lors d'un examen systématique ou d'une affection indépendante, ne sont pas fréquents dans la littérature. Nous en avons retenu 23. Il s'agit de 10 leucémies myéloïdes: cas de Maingot, Girard et Bousser<sup>8</sup>); cas de Weitz<sup>17</sup>); cas 1, 2, 3, 4, 5 de Wintrobe et

Le SERVICE DE RECHERCHES  
des LABORATOIRES LEDERLE  
présente au corps médical le

# LEDE

doué du plus haut pouvoir glucocorticoïde  
et offrant le moins de troubles secondaires.

LEDERLE BELGE S. A.

2, place du Luxembourg. BRUXELLES  
Tél.: 12.23.53, - 12.23.85



# CORT\*

Triamcinolone LEDERLE  
9-alpha-fluoro-16 alpha-hydroxyprednisolone

- Pouvoir anti-inflammatoire plus élevé à des dosages moindres (en moyenne réduits d' $\frac{1}{3}$  sur la Prednisolone).
- Progrès effectués dans la lutte contre les effets secondaires.

Pas de rétention de sodium

Pas de rétention d'eau

Pas de perte en potassium

Pas d'hypertension

Pas de troubles psychiques

Moins de chance de voir apparaître de l'ostéoporose ou des ulcères gastriques.

\* Mis sur le marché américain sous le nom de *Aristocort*

Hasenbush <sup>10)</sup>; cas 8, 9, 10, de Moloney et Lange <sup>13)</sup>, ainsi que de 13 leucémies lymphoïdes: cas de McGavran <sup>10)</sup>; cas 1, 2, 3, 4, 5, 6 de Wintrobe et Hasenbush <sup>10)</sup>; cas de Olmer <sup>11)</sup>; cas 1, 3, 4, 5, 6 de Hougie <sup>7)</sup>.

Dans la plupart de ces observations, l'hémogramme suspect ne s'est accompagné, au début, d'aucune manifestation clinique subjective ou objective. Nous avons cependant à dessein inclue dans cette étude plusieurs observations (leucémie myéloïde: cas 1, 2, 5 de Wintrobe et Hasenbush; leucémie lymphoïde: cas de Mc Gavran; cas 1, 3, 4, 5, 6 de Wintrobe et Hasenbush; cas 5,6 de Hougie) où, dès le premier examen, des adénopathies ou une splénomégalie furent constatées sans qu'elles aient d'ailleurs causé de troubles subjectifs.

Ces signes étaient d'une discrétion extrême. Les malades chez lesquels ils ont été constatés fournissent des observations intermédiaires entre celles où l'affection, déjà ébauchée sur le plan hématologique, était encore cliniquement muette, et celles, classiques et non analysées ici, où l'hémopathie se présente avec le contexte habituel que nous n'avons fait qu'esquisser pour mémoire au début de ces pages.

Les vingt-trois observations citées se répartissent en deux catégories, selon que l'hémopathie a été une trouvaille inattendue chez des sujets examinés sans idée préconçue, ou que sa découverte est venue justifier des examens systématiques entrepris chez des personnes exposées aux radiations ionisantes (radiologistes ou victimes de la bombe atomique).

Dans l'analyse des observations, nous nous baserons, en ce qui concerne le sang périphérique, sur les chiffres suivants donnés pour normaux par Wintrobe <sup>18)</sup>:

Leucocytes totaux (en nombre absolu par mm<sup>3</sup>): moyenne 7.000; minimum 5.000; maximum 10.000;

Formule (en pour cent):

Myélocytes	0
Métamyélocytes + formes à noyau en bâtonnet	3 - 5
Polynucléaires neutrophiles	54 - 62
Polynucléaires éosinophiles	1 - 3
Polynucléaires basophiles	0 - 0,75
Lymphocytes	25 - 33
Monocytes	3 - 7

En ce qui concerne la limite supérieure de la normale pour le taux des lymphocytes dans le médullogramme, Dacie, en compilant les chiffres de plusieurs auteurs, la chiffre à 20 pour cent <sup>6)</sup>.

Si, du point de vue qui nous intéresse, nous extrayons l'essence des 10 observations citées de *leucémie myéloïde*, nous

constatons que les premiers signes hématologiques périphériques constatés dans la série blanche, ont été:

- une polynucléose neutrophile avec chiffre normal des leucocytes totaux (cas de Maingot, Girard et Bousser);
- une leucocytose à la limite avec polynucléose neutrophile (cas 5 de Wintrobe et Hasenbush);
- une leucocytose à la limite avec éosinophilie et basophilie (cas de Weitz);
- une leucocytose à la limite avec déviation de la formule «à gauche», éosinophilie et basophilie (cas 9 de Moloney et Lange);
- une leucocytose à la limite avec très rares formes jeunes (myélocytes), basophilie à la limite et éosinophilie (cas 10 de Moloney et Lange);
- une leucocytose modérée avec polynucléose neutrophile (cas 3 de Wintrobe et Hasenbush);
- une leucocytose modérée avec formes jeunes (myélocytes, myéloblastes) (cas 1 et 2 de Wintrobe et Hasenbush);
- une leucocytose modérée avec formes jeunes (myélocytes, myéloblastes), éosinophilie et basophilie (cas 8 de Moloney et Lange).

Il est intéressant de noter que tous les cas avec éosinophilie et basophilie, au nombre de 4, ont été soumis à des radiations ionisantes. Chez un seul des malades irradiés (cas de Maingot, Girard et Bousser), on n'a constaté à aucun moment ni éosinophilie ni basophilie.

La ponction sternale n'apporte pas de données conclusives lors du stade exclusivement hématologique de la leucémie myéloïde, bien que la proportion de granulocytes puisse être trouvée augmentée, et celle des érythroblastes diminuée.

En analysant les 13 observations de *leucémie lymphoïde*, on constate une grande uniformité du signe d'alarme hématologique. Il s'agit toujours d'une leucocytose périphérique modérée, avec forte prédominance des lymphocytes adultes (inversion de la formule ou signe de Pinkus).

Dans le médullogramme, les lymphocytes sont anormalement abondants.

#### *Commentaires*

Dans les observations étudiées, les leucémies chroniques ont débuté par un stade hématologique sans expression clinique, que l'on peut donc appeler infraclinique.

En ce qui concerne les *leucémies myéloïdes*, il semble que la leucocytose soit chronologiquement légèrement en retard sur les altérations de la formule du type polynucléose relative, mais seul un nombre plus considérable d'observations permettrait à

ce sujet des affirmations mieux fondées. Suivrait ensuite, dans le temps, un rajeunissement de la formule blanche, avec d'abord déviation «à gauche», puis apparition de myélocytes et de myéloblastes dans le sang périphérique.

Il est difficile d'assigner une signification déterminée à l'éosinophilie et à la basophilie, qui semblent ici le propre des formes dans le déclenchement desquelles les radiations ionisantes ont joué un rôle. Les cas récoltés à Hiroshima sont compliqués du fait de la coexistence de parasitoses intestinales qui fournissent une autre application pour l'éosinophilie. Ce n'est pas le cas, cependant, pour l'observation de Weitz<sup>17)</sup>. Cette cause d'erreur n'intervient pas dans l'interprétation de la basophilie.

On ne peut pas franchir le pas qui consisterait à étendre à la leucémie en général une constatation faite dans des circonstances étiologiques bien particulières. On sait par ailleurs que les leucémies myéloïdes traitées par la radiothérapie accusent fréquemment une éosinophilie ou une basophilie sanguines.

Quant aux *leucémies lymphoïdes*, elles commencent leur évolution par un début lui aussi infraclinique avec leucocytose et lymphocytose. A l'exploration de la moelle hématopoïétique, on peut s'attendre à trouver une ascension du taux des lymphocytes. Lors de son interprétation, la contamination fréquente de l'échantillon de moelle par du sang au moment de l'aspiration, ne doit pas être perdue de vue.

Si nous faisons appel à la clinique, nous pouvons envisager une période préclinique, où existent des signes objectifs encore discrets (hypertrophie légère des ganglions, de la rate, du foie), mais pas encore de signes subjectifs poussant les malades à consulter. Et ce n'est qu'en fin de compte que la maladie entre dans son stade clinique proprement dit, avec sa phase de début d'abord, sa phase d'état ensuite. Bien que cette constatation se situe en dehors des préoccupations directes de ce travail, on peut signaler ici que dans 100 leucémies myéloïdes et dans 72 leucémies lymphoïdes rapportées par Minot et Isaacs<sup>11)</sup>, respectivement huit et neuf mois se passèrent en moyenne entre le moment où les malades commencèrent à ressentir des symptômes subjectifs, et celui où ils consultèrent un médecin.

Pour résumer l'évolution chronologique des leucémies chroniques, il y aurait donc successivement un stade silencieux ou infraclinique, un stade préclinique et un stade clinique proprement dit.

Il est difficile d'évaluer avec quelque précision la durée de la période infraclinique. Elle peut certainement être de plusieurs années.

Chez les survivants d'Hiroshima, cinq à six ans séparent la découverte du stade infraclinique et l'accident initial auquel on s'accorde à attribuer un rôle déclenchant. Mais on ne sait pas quand les modifications pathologiques du sang ont débuté.

Dans cinq cas de Moloney et Lange (non inclus ici parce qu'ils n'entrent pas dans le cadre de ce travail), où une leucémie s'est déclarée cinq à six ans après l'exposition aux effets de la bombe atomique, des examens hématologiques n'ont pas montré d'anomalies deux et trois ans après l'explosion<sup>13</sup>). On peut en déduire que l'extrême début du stade infraclinique, dans ces cas, était pendant quelques années inaccessible aux méthodes usuelles. Il y a tout lieu de penser que cette constatation peut être étendue à d'autres cas. Il n'existe probablement pas de stade véritablement latent, mais une atteinte d'emblée des systèmes enzymatiques cellulaires difficile à mettre en évidence.

### *Intérêt pratique*

Quelle sera la conduite à tenir lorsqu'on constatera, chez un sujet ne se plaignant de rien, des modifications de la numération et de la formule blanche périphérique évoquant la possibilité d'une leucémie chronique au début?

Il se pose d'abord le problème du diagnostic différentiel d'avec les réactions leucémoïdes, mais seulement, dans l'ordre d'idées présent, lorsqu'elles sont le fait d'une affection encore asymptomatique ou paucisymptomatique. Cela peut être le cas pour certaines infections (tuberculose etc.), pour des affections malignes (cancers, maladie de Hodgkin), pour des intoxications (mercure etc.). On sait que parfois la décision entre leucémie et réaction leucémoïde reste en suspens tant qu'on n'a pas en mains les résultats de l'autopsie, et que même ceux-ci n'ont pas toujours permis de trancher le débat.

Un autre syndrome qui doit être distingué est la neutropénie chronique, s'accompagnant généralement de splénomégalie<sup>9</sup>). La splénomégalie n'est cependant pas obligatoire<sup>15</sup>). La neutropénie ou bien fait partie d'une leucopénie globale et le pourcentage leucocytaire est relativement peu modifié, ou bien porte strictement sur les polynucléaires, compensée par une réaction lymphomonocytaire. Ce tableau hématologique peut être constant et est alors décrit sous le terme de neutropénie chronique hypoplastique<sup>15</sup>), ou périodique dans le cas de ce qu'on a appelé la neutropénie cyclique<sup>5</sup>). Quand il est présent, des infections de nature multiple s'y associent fréquemment. Dans les intervalles, les sujets se plaignent souvent d'asthénie. La moelle osseuse montre une hypoplasie de la série granulocytaire.

L'étiologie de la neutropénie chronique est strictement inconnue. Elle prend parfois l'allure d'une affection familiale<sup>4</sup>). Comme il semble que certains de ces malades ne soient pas à l'abri d'une évolution vers la leucose, le problème se pose, encore insoluble, des rapports entre ces deux états. Il est possible qu'il s'agisse d'un ordre unique de faits, se manifestant sous des formes différentes.

Il est bien entendu, d'autre part, que les anomalies de la formule dépistées chez les radiologistes ne conduisent pas nécessairement à la leucémie. Elles peuvent au contraire régresser, et n'ont pas alors la valeur d'un état préleucémique, mais d'une hyperplasie réversible du système hématopoiétique.

Tant qu'on n'aura pas mis au point des techniques plus fines, seule l'évolution apportera dans toutes ces éventualités des éclaircissements décisifs. Car on ne doit pas compter à l'extrême début de la maladie sur les atypies cellulaires que l'on peut inconstamment rencontrer au cours des leucémies chroniques constituées, telles que cellules de Rieder, bâtonnets d'Auerbach etc.

L'intérêt d'un « diagnostic précoce » des leucémies chroniques n'est pas à chercher, en l'état actuel de nos opinions, sur le plan du traitement. Il se pourrait que cela changeât le jour où nous en saurons davantage sur la pathogénie de ces maladies. Pour le moment, on ne les traite pas en général tant qu'elles sont bien supportées par le malade. Il ne faut cependant pas oublier que l'accord sur l'impuissance du traitement à prolonger la vie des leucémiques s'est fait grâce à l'analyse de cas traités à un stade relativement avancé. On ne possède pas de données sur les résultats auxquels aboutirait un traitement appliqué à un stade précoce. Le problème de la chimiothérapie précoce ne saurait donc être considéré comme tranché, ni dans un sens ni dans l'autre.

Souçonner que quelqu'un est porteur d'une leucémie débutive a des incidences pronostiques évidentes. En admettant que le soupçon va se confirmer, il faut estimer amoindrie la résistance de ce malade aux agents infectieux, et traiter vigoureusement la moindre infection qui se déclarerait chez lui. Il s'agira aussi de ne pas le perdre de vue, mais de le surveiller, du point de vue tant clinique qu'hématologique, à intervalles réguliers.

L'affection pourrait fort bien ne faire sa preuve qu'après plusieurs années d'incertitude, comme il a déjà été dit. On sait qu'il existe des leucémies à potentiel évolutif faible. La période silencieuse peut participer à cette lenteur d'évolution, comme le démontre bien le cas extrême contribué par McGavran <sup>10)</sup>. Moffit et Lawrence <sup>12)</sup> citent dans leur travail vingt-six observations de leucémies lymphoïdes ou myéloïdes dont la durée d'évolution était de l'ordre de dix ou de vingt ans. C'est surtout la leucémie lymphoïde qui peut durer longtemps et présenter des régressions temporaires de ses signes hématologiques.

Quant à la forme myéloïde, elle évolue plus rapidement et à chaque examen hématologique on constate une progression dans le sens pathologique.

### *Intérêt doctrinal*

L'étude de ce qui se passe au moment où un sang normal devient un sang leucémique, devrait avoir un intérêt scientifique

considérable. Pour saisir ce moment, deux conditions doivent être réunies. Premièrement, il faut qu'on dispose de sujets chez lesquels cette transformation est en train de s'opérer. On peut s'attendre à en trouver parmi les individus soumis à l'action des radiations ionisantes, puisque l'incidence de la leucémie est neuf fois plus grande chez les radiologistes que chez les non-radiologistes (1, 6bis). Il faut signaler que la dépression du système hématopoiétique est initialement l'éventualité la plus fréquente dans ces circonstances.

Un projet d'étude à long terme se laisserait par conséquent élaborer sur la base d'une série collectée grâce à la pratique des examens hématologiques systématiques chez les radiologistes.

La deuxième condition est qu'on puisse mettre en oeuvre des méthodes permettant de distinguer, d'une façon qualitative, les globules blancs leucémiques des globules blancs normaux.

Les procédés cytologiques courants ne suffisent pas à une telle différenciation. Elle a été ébauchée, dans certaines circonstances, avec des méthodes moins grossières. Des caractères spéciaux ont été mis en évidence, dans les leucocytes des leucémies, grâce à des méthodes biochimiques (10), à des méthodes histochimiques (3), au microscope en contraste de phase et au microscope électronique (2). Il est remarquable qu'avec certaines méthodes chimiques ou histochimiques, les déviations de la moyenne normale ont été de sens opposé, selon qu'on s'adressait à des leucocytoses leucosiques ou à des leucocytoses d'autre nature (3, 16).

Ces résultats demandent à être vérifiés et développés.

Dans les cas 9 et 10 de Moloney et Lange cités plus haut, une diminution de la teneur des granulocytes en phosphatase alcaline a pu être démontrée dans la leucémie myéloïde, mais cela à un stade relativement avancé, puisque comportant déjà quelques signes cliniques (13).

### *Conclusions*

Les leucémies chroniques peuvent commencer par un stade silencieux ou infraclinique, défini par l'absence de signes cliniques subjectifs ou objectifs, et par l'existence d'une leucocytose avec polynucléose absolue (leucémie myéloïde), ou d'une leucocytose avec lymphocytose absolue (leucémie lymphoïde) dans le sang périphérique.

Cette conclusion ne méconnaît pas l'existence d'autres modes de début hématologique des leucémies chroniques, telles que leucopénie, anémie et polyglobulie.

Les observations privilégiées où ce stade a pu être saisi et étudié sont assez rares. Les différents auteurs qui en ont observé ne disposent que d'un nombre limité de cas. Voilà pourquoi il nous a semblé utile de réunir 23 de ces observations en une vue d'ensemble.

On est en droit d'espérer que l'étude plus poussée de ce stade infraclinique fournira un moyen de mieux comprendre le pourquoi et le comment des leucémies chroniques en particulier, des affections à potentiel malin en général.

#### BIBLIOGRAPHIE

- 1) *Beierwaltes W. H., Johnson P. C. et Solary A. J.* - Clinical Use of Radioisotopes, W. B. Saunders Company, Philadelphia and London, 1957.
- 2) *Bessis M.* - Traité de Cytologie Sanguine, Masson & Cie., Paris, 1954.
- 3) *Boivin P.* - Recherches sur quelques réactions histochimiques appliquées aux leucocytes, thèse Paris, 1955, dact. 166 p.
- 4) *Bousser J. et Neydé R.* - La neutropénie familiale. *Sang*, 18, 521 - 529, 1947.
- 5) *Coventry W. D.* - Cyclic neutropenia. *J. A. M. A.*, 153, 28 - 31, 1953.
- 6) *Dacie J. V.* - Practical Hematology, Chemical Publishing Co., Inc., Brooklyn, N. Y., 1951.
- 6<sup>bis</sup>) *Dameshek W. et Gunz F. W.* - Diagnostic and therapeutic X-ray exposures and leukemia. *J. A. M. A.*, 163, 838 - 840, 1957.
- 7) *Hougie C.* - The early diagnosis and naturel history of chronic lymphatic leukemia. *Ann. Int. Med.* 45, 39 - 55, 1956.
- 8) *Maingot G., Girard L. et Bousser J.* - Poussées leucocytaires transitoires suivies de leucocytose durable et de leucémie myélogène chez un radiologue. Contribution à la pathogénie et à la prophylaxie de la leucémie myélogène des radiologistes. *Sang*, 12, 569 - 582, 1938.
- 9) *Mallarmé J., Hepp J. et Benoit M.* - Les splénomégalias neutropéniques. *Sang*, 18, 141 - 156, 1947.
- 10) *McGavran C. W.* - Lymphatic leukemia of twenty-five years' duration. *Ann. Int. Med.*, 12, 396 - 402, 1938.
- 11) *Minot G. R. et Isaacs H.* - Lymphatic leukemia; age incidence, duration and benefit derived from irradiation. *Bost. M. and S. J.*, 191, 1 - 9, 1924.
- 12) *Moffitt H. C. Jr. et Lawrence J. H.* - Chronic leukemia of long duration: with a report of 31 cases with a duration of over five years. *Ann. Int. Med.* 30, 778 - 790, 1949.
- 13) *Moloney W. C. et Lange R. D.* - Leukemia in atomic bomb survivors. II. Observations on early phases of leukemia. *Blood*, 9, 663 - 685, 1954.
- 14) *Olmer J.* - Existe-t-il un stade infraclinique des leucémies? *Sem. Hôp. Paris*, 26, 4747 - 4749, 1950.
- 15) *Spaet T. H. et Dameshek W.* - Chronic hypoplastic neutropenia. *Am. J. Med.*, 13, 35 - 45, 1952.
- 16) *Valentine W. N.* - The biochemistry and enzymatic activities of leucocytes in health and disease. In: *Progress in Hematology*, 1, 293 - 230, L. M. Tocantins, Ed., Grune and Stratton, New York and London, 1956.
- 17) *Weitz W.* - Über einen von Anfang an beobachteten Fall von Nyeloischer Leukämie bei einer Röntgenlaborantin. *Klin. Wchschr.* 17, 1579 - 1580, 1938.
- 18) *Wintrobe M. M.* - Clinical Hematology, Fourth Edition, Lea and Febiger, Philadelphia, 1956.
- 19) *Wintrobe M. M. et Hasenbush L. L.* - Chronic leukemia. The early phase of chronic leukemia, the results of treatment and the effects of complicating infections, a study of eighty-six adults. *Arch. Int. Med.*, 64, 701 - 718, 1939.

Dans les  
états de

# CHOCS

post-opératoire  
ou anaphylactique,

ou de

# COLLAPSUS

AIGU

au cours d'une maladie infectieuse  
ou après hémorragie.

la NORADRENALINE, grâce à son effet vasoconstricteur très prononcé, exerce une action stimulante particulièrement forte sur la tension artérielle. Les pressions maxima et minima sont augmentées toutes deux, tandis que la fréquence des battements cardiaques est plutôt ralentie.

## NORADRENALINE

est un stimulant hormonal  
de la circulation. Littérature et  
échantillon médical sur simple demande.

**Ébévé**

INDICATIONS : Etats de collapsus aigu, états de choc (postopératoire ou anaphylactique).

CONTRE-INDICATIONS : Hypertonie, artériosclérose.

POSOLOGIE : 0,5 à 1 cc. par voie sous-cutanée ou intramusculaire, ou en goutte-à-goutte intraveineux.

CONDITIONNEMENT ET FORMES PHARMACEUTIQUES :

Boîtes de 3 ampoules à 1 cc. (0,5 mg.).

Boîtes de 50 ampoules à 1 cc.



PRODUITS PHARMACEUTIQUES

# MARCEL VISELÉ

S.P.R.L.

188, Avenue Limbourg-Stirum

Tél. 78.94.52 - BRUXELLES-Wemmel.

## DEXTRO - ENERGEN

« Il est prouvé que les muscles ne fournissent qu'un rendement d'un quart et que l'énergie produite par la combustion de la DEXTROSE se perd donc en chaleur pour les trois quarts. A tous ceux qui pratiquent les sports, il importe donc de fournir à l'organisme un apport plus considérable de glucose.

Ils le feront de la manière la plus efficace en consommant de la DEXTROSE, car celle-ci parvient directement aux muscles et est utilisée aussitôt. Ainsi l'organisme ne doit fournir aucun effort supplémentaire, ce qui n'est pas le cas lorsqu'on absorbe tout autre sucre, qui doit d'abord être décomposé par l'action des ferments, avant de fournir l'énergie nécessaire.

La DEXTROSE, sous forme de DEXTRO-ENERGEN, répond exactement aux exigences du métabolisme en cas d'efforts musculaires intensifs. Elle est donc tout indiquée pour les sportifs. »

Ceci est un extrait de l'article « L'Avantage d'un supplément de glucides à l'occasion d'efforts physiques », article que nous tenons à votre disposition sur simple demande à la

**S. A. LES INDUSTRIES DU MAIS**

ANVERS - 23, rue Arenberg - Tél.: 32 10 61, 32 72 80

UN MEILLEUR TRAITEMENT DE FOND DE  
« L'ANGINE DE POITRINE »

# DIACROMONE

Methyl - 3 - chromone

Action prolongée sur la fibre lisse

Sans toxicité aux doses efficaces

Tolérance parfaite par voies digestives (dragées)

Injections intra-musculaires indolores

(Soulie P. et coll. «Presse Médicale» 1954, 62, No 40)

M. Audier et G. Ruff «La Clinique», 1956, 51, p. 323

A. Mathivat «Comment traiter l'angine de poitrine» (Flammarion, éd. 1956)

Littérature - Echantillons

## LABORATOIRES PROMEDY

75-77, RUE CDT PONTIER - BRUXELLES - TELEPH.: 02/33 01 15

# L'ÉPREUVE A LA DESOXY-CORTICOSTERONE DANS LE DIAGNOSTIC DES SYNDROMES POLYURO-POLYDIPSIIQUES

*par L. de Gennes, M. Lemmer, H. Bricaire  
et B. Mathieu de Fossey*

Depuis qu'on réserve le nom de diabète insipide aux seules polyuries primaires par non sécrétion ou non production de principe antidiurétique, il est apparu de plus en plus nécessaire d'objectiver le déficit en pitressine, carence fondamentale de ce syndrome, par des épreuves auxquelles on doit demander fidélité dans la réponse et réalisation aisée dans le domaine de la pratique.

Depuis les travaux de Verney, on sait que la pression osmotique du plasma joue un rôle majeur dans la régulation de la sécrétion du principe antidiurétique par la neurohypophyse. Les osmorécepteurs décrits par l'auteur s'avèrent très sensibles aux variations de la pression osmotique puisqu'une augmentation de 2 p. 100 de celle-ci suffit pour déclencher, par voie réflexe, une libération d'hormone antidiurétique.

A côté de la pression osmotique, d'autres facteurs régulateurs entrent en jeu, notamment les variations de la volémie et diverses agressions sollicitant directement ou indirectement le système nerveux central et le système neurosécrétoire hypothalamo-posthypophysaire (douleurs, émotions, nicotine, acétylcholine, morphine).

Récemment 2 tests ont été proposés pour explorer la réponse antidiurétique de la posthypophyse. C'est l'épreuve à la nicotine de Cates et Garrod d'une part, l'épreuve au sérum salé de Carter et Robins d'autre part.

L'excellence de leur valeur physiopathologique n'est certes plus discutable, mais sur le terrain pratique, si la première des épreuves est de réalisation facile et sans risque, il n'en va pas de même de l'épreuve de Carter et Robins, laquelle ne nous a

pas semblé toujours exempte de danger, comme en témoigne notamment l'observation que nous rapportons par ailleurs.

Connaissant le pouvoir de rétention hydro-saline de la D. O. C. A. et l'effet d'inhibition de cette hormone sur la réabsorption de l'eau au niveau du tubule rénal, l'idée nous est venue d'en vérifier l'action lors des syndromes polyuro-polydipsiques des sujets atteints de diabète insipide vrai d'une part, lors des syndromes potomaniaques d'autre part, avec l'espoir d'y trouver une épreuve discriminative pratique. Dans le présent travail nous faisons état de nos premiers résultats obtenus sur une série de 19 sujets groupant 1 lot de 13 témoins, 4 potomanies et 2 diabètes insipides.

### *Technique*

L'épreuve a été réalisée de la façon suivante.

— Nous mesurons le volume et la densité urinaire pendant 2 jours de suite.

— Le 3<sup>e</sup> jour à 8 heures du matin, une injection intramusculaire du contenu de 2 ampoules d'acétate de désoxycorticostérone dosées à 10 milligrammes (soit 20 mg) est pratiquée, puis nous déterminons le volume et la densité des urines émises durant les 24 heures qui suivent le temps O.

— Les mêmes mesures sont faites 48 heures et éventuellement 72 heures après l'injection de D. O. C. A.

Pour éviter les erreurs grossières dues à des écarts de régime, nous prescrivons pendant la durée de l'épreuve un régime déchloruré de base, et nous donnons au 2 principaux repas 2 grammes de sel, pesés, à répartir sur les aliments. Un tel régime apporte environ 6 grammes de NaCl; c'est-à-dire qu'il se situe dans les limites inférieures d'un régime normosalé.

Le contrôle des liquides est plus souple. Le 1<sup>er</sup> jour de l'épreuve nous donnons satisfaction à la soif du malade; une fois le besoin en liquide établi, nous demandons au sujet d'absorber la même quantité les jours suivants.

En pratique, la lecture de l'épreuve porte sur les résultats des 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> jours.

### *Résultats*

Les résultats enregistrés ont été groupés sous forme de tableaux dont on peut tirer les conclusions suivantes.

A. — Groupe témoin. — Il comprend 13 sujets, ne souffrant d'aucune affection cardiaque, hépatique, rénale ou endocrinienne, à l'exception de 1 cas d'acromégalie avec diabète sucré que nous discuterons à part.

1<sup>o</sup> *Effet de la D.O.C.A. sur le volume et la densité urinaires.*

Nous avons observé dans tous les cas, sauf 2, une baisse du volume urinaire d'intensité variable. Pour un apport liqui-

dien oscillant entre 1,5 et 2,5 l par 24 heures, la moyenne des diurèses était de 1.650 centimètres cubes avant et de 1.300 centimètres cubes 24 heures après D. O. C. A., ce qui nous donne une chute du volume urinaire d'environ 25 p. 100. Généralement, l'effet de la D. O. C. A. se prolonge encore pendant 48 heures et parfois 72 heures. Dans 1/3 des cas nous avons observé une remontée de la diurèse à partir de la 48<sup>e</sup> heure. Chez les 2 sujets dont la diurèse n'a pas baissé dans les 24 heures qui suivent l'injection de D. O. C. A., une patiente n'a vu la chute du volume urinaire apparaître que vers la 48<sup>e</sup> heure. Une enquête menée auprès de cette malade nous a appris que le jour de l'injection de D. O. C. A. elle n'avait pas reçu ses 4 grammes de sel supplémentaires alors qu'il n'y avait eu aucune faute de technique décelable les jours suivants. Par contre, nous n'avons trouvé aucune explication à fournir au sujet du résultat aberrant concernant la 2<sup>e</sup> malade. Les variations de la densité urinaire n'ont pas été très significatives. C'est la raison pour laquelle nous avons calculé le rapport  $\frac{\text{volume}}{\text{densité}}$ . Il a été en moyenne de 1,70 (0,70, 2,97) avant D. O. C. A., 1,30 (0,53, 2) 24 heures après et 1,55 (0,60, 3) 48 heures après.

#### 2<sup>e</sup> Effet de la D. O. C. A. sur l'excrétion des électrolytes urinaires.

La chute de la *natrurie* a été observée d'une façon constante. En moyenne, elle est de 50 p. 100 le 1<sup>er</sup> jour pour remonter progressivement les jours suivants, pour n'être plus que de 30 p. 100 au 3<sup>e</sup> jour et de 17 p. 100 au 5<sup>e</sup> jour.

Par contre les variations de la *chlorurie* sont plus disparates. Les moyennes de pourcentage de baisse ont été de 30 p. 100, 20 p. 100, 5 p. 100, respectivement aux 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> jours de l'épreuve.

Inversement, la *kaliurie* augmente faiblement, en moyenne de 10 p. 100 24 heures après D. O. C. A. jusqu'à 25 p. 100 à la 48<sup>e</sup> heure, pour retomber à son taux initial au 5<sup>e</sup> jour de l'épreuve.

B. — *Potomanie*. — Nous avons étudié 4 cas de syndromes polyuro-polydipsiques dans lesquels les épreuves pratiquées nous avaient permis d'éliminer un diabète insipide vrai. L'épreuve à la D. O. C. A. nous a fourni les résultats suivants.

Pour un apport liquidien variant entre 2 à 3,5 l par 24 heures, nous avons observé d'une façon constante une chute de la diurèse dont les moyennes de pourcentages étaient de 28 p. 100 à la 42<sup>e</sup> et de 34 p. 100 à la 48<sup>e</sup> heure.

A la suite d'une série d'erreurs de notations chronologiques, nous n'avons pu retenir le dosage des électrolytes que chez un seul sujet qui montre une forte rétention urinaire du Cl et Na et une augmentation du K à partir de la 38<sup>e</sup> heure.

*Nouveau*

ANTIALLERGIQUE et ANTIHISTAMINIQUE  
de conception originale **HOMBURG**

# *Andantol*

Chlorhydrate de N-diméthylamino - isopropyl - thiophenylpyridylamine

**Prurits**  
de toute nature  
piqûres d'insectes

Présentations

**Dragées** 4 mg.

**Dragées fortes** 12 mg.  
avec action à 2 stades  
dans les cas graves

**Gelée** 0,75%  
pour traitement local



**Rhume des foins**



**Urticaire**  
maladie  
du sérum  
idiosyncrasie  
médicamenteuse  
cinétose - migraine



Haute efficacité - Tolérance remarquable - Pas de somnolence secondaire



Chemiewerk **HOMBURG** Aktiengesellschaft  
Ets A. de **BOURNONVILLE & FILS, S. A.**  
Pharmaciens - Docteur en Sciences Chimiques  
36-38, rue aux Fleurs, Bruxelles - Tél. 17.89.00-17.53.34



Le rapport  $\frac{V}{D}$  de 2 malades était respectivement de 3,58, 2,27 avant D. O. C. A., de 2,38, 1,47 24 heures après et de 2,72, 1,20 48 heures après.

C. - Diabète insipide. - Nous avons eu l'occasion d'étudier 2 autres syndromes polyuro-polydipsiques. Chez ces 2 sujets l'épreuve de la soif, le test au Neptal, et enfin l'épreuve de Carter et Robins permettaient d'authentifier le diabète insipide. L'épreuve de la D. O. C. A. pratiquée chez ces 2 malades a provoqué une augmentation de la diurèse de 30 à 35 p. 100, à l'inverse donc de ce qui est constaté chez le sujet normal ou le potomane.

Sous l'effet d'une injection de 20 milligrammes de D. O. C. A., la diurèse du 1<sup>er</sup> sujet passait de 3,100 l à 4,200, 4,200, 4 litres aux 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> jours du test, celle du 2<sup>e</sup> sujet de 8,511 à 11, 11, 9 litres.

Durant l'épreuve, les apports en liquide ont pu être maintenus à 2 litres par le 1<sup>er</sup> malade, par contre le second accusait une recrudescence de sa polydipsie à partir du jour de l'injection de D. O. C. A. et passait de 8 litres à 11 litres de liquide.

Semblable majoration a été enregistrée dans 2 autres observations de diabète insipide vrai, explorées avec la D. O. C. A. dans d'autres Services. L'une appartient à notre ami Claude Laroche et concernait un diabète insipide en rapport avec une maladie de Besnier-Boeck; chez ce patient l'injection de D. O. C. A., bien qu'administrée à dose moindre (10 mg), déclencha une augmentation considérable de la diurèse.

Nous avons été amené à voir récemment chez notre ami A. Domart un homme atteint d'acromégalie typique en poussée évolutive et qui présentait un syndrome polyuro-polydipsique si intense que, malgré la présence d'une forte glycosurie et d'une hyperglycémie à 2,5 g p. 1000, il était légitime de se demander si au diabète sucré par ailleurs évident, ne s'associait pas un diabète insipide. Dans ce but et après avoir traité le diabète sucré par de l'insuline pendant une certaine période, nous avons pratiqué un test au Neptal qui se révélait être négatif (majoration de la diurèse). Chez ce sujet, l'épreuve à la D. O. C. A. provoquait une baisse de la diurèse de 6 litres à 4 litres, soit de 33 p. 100, donc conforme aux résultats obtenus chez les témoins et les potomanes et conformes également aux renseignements fournis par l'épreuve des diurétiques mercuriels.

#### Commentaires

Avant de passer à la discussion de ces résultats encore très fragmentaires, nous nous permettons de rappeler quelques notions récentes concernant la physiopathologie du mouvement de l'eau et des électrolytes, notions qui ont inspiré la mise en

pratique de l'épreuve à la désoxy-corticostérone. Il a été démontré que, pour faire apparaître un diabète insipide, il fallait exiger non seulement la disparition de la production ou de la sécrétion du principe antidiurétique, mais aussi la présence indispensable d'un couple antéhypophyse-cortico-surrénal fonctionnel. Expérimentalement, l'hypophysectomie totale, bien conduite, ne produit qu'une polyurie transitoire, par contre, un traitement substitutif par l'ACTH ou la cortisone extériorise le diabète insipide. D'un autre côté, il est acquis que le trouble fondamental est un trouble portant sur le métabolisme de l'eau et non sur celui du sel; c'est précisément parce que l'excrétion du NaCl n'est pas perturbée que le secteur interstitiel (secteur du sel) reste normalement hydraté et tend même à l'hyperhydratation, ceci en raison de la rupture de l'équilibre harmonieux entre la posthypophyse et le cortex surrénal. Certains ont même avancé l'existence d'un hypercorticisme relatif dans le diabète insipide. Ces faits posent d'emblée le problème de l'inter-relation entre le principe antidiurétique d'une part, et les hormones cortico-surréaliennes d'autre part.

Si le mécanisme d'action de la pitressine sur la réabsorption de l'eau au niveau de la partie distale du tubule rénal est bien connu, il n'est peut-être pas sans intérêt d'avoir en mémoire l'action des corticostéroïdes sur le mouvement de l'eau et du sel.

A la lecture des travaux consacrés à ce problème, on est frappé par le nombre des données assez contradictoires; c'est le mérite de Gaunt de nous avoir fourni, dans une récente revue d'ensemble, la base de nos connaissances actuelles sur ce point.

Les corticostéroïdes agissent sur l'élimination rénale de l'eau par des effets opposés, l'un de rétention qui s'exerce parallèlement à celle du sodium, l'autre diurétique dont le mécanisme d'action s'effectue, soit directement sur le tubule rénal, soit en inhibant l'action de la pitressine.

*D'autre part il a été démontré que les 2 effets restent indépendants l'un de l'autre, ce qui explique la coïncidence paradoxale chez un même sujet d'une polyurie avec des oedèmes.*

L'activité diurétique des stéroïdes surrénaux est d'importance très inégale. C'est ainsi que la D. O. C. A., dont l'effet sur la rétention du sodium est prépondérant, ne corrige que très imparfaitement le trouble de l'élimination rénale de l'eau des insuffisants surrénaux, et ceci à l'inverse de ce qui se passe avec la cortisone dont l'effet électrolytique est moins marqué que l'effet diurétique.

Celui-ci ne s'extériorise d'ailleurs que dans certaines conditions. Le plus souvent, en effet, il reste masqué par l'effet de rétention hydrosaline; cette éventualité est le fait de la D.O.C.A. administrée à des doses faibles ou moyennes. Par contre les fortes doses, administrées pendant un certain temps en régime sodé, déclenchent une polyurie allant parfois jusqu'au pseudo-diabète insipide cortico-surrénal.

1° A partir de ces données, il est possible de proposer une explication de l'effet diurétique de la D. O. C. A. lors du syndrome polyuro-polydipsique du diabète insipide. L'effet initial semble influencer la réabsorption du sodium au niveau du tubule proximal, d'où exagération de l'hydratation interstitielle par un appel supplémentaire d'eau intracellulaire. L'espace cellulaire du diabétique insipide étant déjà réduit avant l'épreuve, cette nouvelle réduction dépasserait un certain seuil de déshydratation produisant la sensation de soif d'où polydipsie, d'où exagération de la polyurie initiale. Toutefois, nous ne pouvons éliminer d'une façon formelle le rôle diurétique de la D. O. C. A. qui, dans ce cas, agirait directement sur le tubule rénal et non par un effet d'inhibition de la pitressine puisque celle-ci est absente par définition.

2° En ce qui concerne les résultats obtenus chez le sujet normal, nous estimons que la réduction de la diurèse s'explique uniquement par l'effet de rétention hydro-saline de la D.O.C.A. En effet, comme nous venons de le rappeler plus haut, l'action diurétique de la D. O. C. A. administrée en une seule fois et à une dose modérée est masquée par la rétention hydro-saline qui est prépondérante.

3° La polyurie des potomanes est entretenue en un véritable cercle vicieux dont le point de départ se trouve au niveau du centre de la soif (névrose de la soif) incitant le sujet à boire continuellement de grandes quantités d'eau, d'où polyurie. Mais l'hémodilution ainsi créée détermine par voie réflexe, à partir des osmorécepteurs, une inhibition de la libération de principe antidiurétique, d'où entretien de la polyurie. Cependant, il est certain que les hormones cortico-surrénales doivent intervenir dans ce mécanisme. Le cercle vicieux peut être interrompu, soit en réduisant les centres nerveux, ce qui est difficile et demande beaucoup de patience, soit en incitant la neurohypophyse à libérer la pitressine par le truchement d'une hypertonie plasmatique. Nous pensons que la réduction de la diurèse observée chez nos potomanes pourrait s'expliquer par une correction de l'hémodilution due à la réabsorption des électrolytes incitant la neurohypophyse par l'intermédiaire des osmorécepteurs à libérer le principe antidiurétique d'où réduction de la polyurie.

### *Conclusion*

En injectant 20 milligrammes de D. O. C. A. en une seule fois et par voie intramusculaire à des sujets atteints de syndromes polyuro-polydipsiques, préalablement soumis à un régime normalement salé contrôlé, nous avons observé chez les sujets normaux ainsi que chez les potomanes une réduction de la polyurie. Chez les diabétiques insipides au contraire, une majoration de celle-ci a été enregistrée. Il est difficile de donner une explica-

tion péremptoire du mode d'action du composé hormonal. Le mécanisme en cause paraît devoir être double: action directe sur la diurèse en vertu du pouvoir diurétique propre des corticostéroïdes, action indirecte surtout en augmentant l'hypertonie plasmatique à la faveur de la vertu de rétention hydro-saline.

Il est évident que nos observations, encore trop fragmentaires, appellent confirmation par une plus large expérimentation. Dans cette éventualité l'épreuve à la D. O. C. A. mériterait peut-être de figurer en honorable place parmi les tests d'authentification du diabète insipide.

Travail de la Clinique Médicale de l'Hôpital Broussais (Paris)

*P<sup>r</sup> L. de Gennes*

## **Blend-a-med Therapie bei Parodontopathien**

**ERLEICHTERT DIE ARBEIT**

Fluid bietet bei den verschiedenen pathologischen Prozessen gute Erfolge. Leicht applizierbar, keine Gewebsverluste, angenehm für den Patienten.

Die Paste unterstützt die Maßnahmen des Zahnarztes in bequemer häuslicher Anwendung und schaltet Rezidive weitgehend aus.

5701



Blend-a-med Fluid: Pipettenflasche 30 ccm, Praxispackung 200 ccm, Klinikpackung 500 ccm.

Generalvertreter für Luxemburg: **INTEGRAL S.A., Luxembourg, 61, r. de Strasbourg**

---

**Dragées: Catégorie A du F.N.A.M.I.**



Premier antibiotique  
antifongique  
non toxique

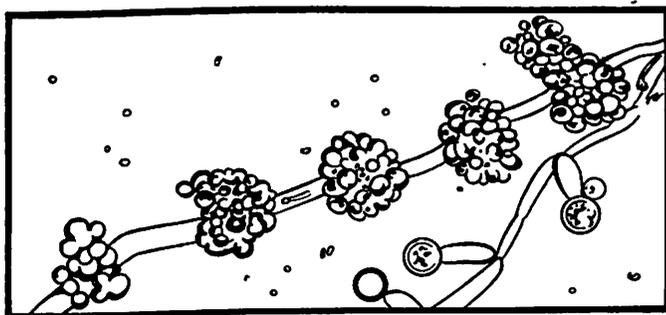
# **NYSTATINE Squibb**

**Électif des moniliases**

Dragées à 500 000 u. pour la prévention  
et le traitement des moniliases intestinales.

**nouveau**

Comprimés gynécologiques à 100 000 u.  
pour le traitement des affections  
gynécologiques à levures.



*Sous licence de E. R. Squibb & Sons Division  
of Olin Mathieson Chemical Corporation*

**LABAZ** 168 avenue Louise, Bruxelles



**1**

une dragée  
par jour  
suffit

à couvrir les besoins  
accrus en période de

gestation  
lactation  
croissance

et 1 à 3 dragées par jour  
dans les états de déficiences en

gériatrie

**Engran<sup>®</sup>**

Complément vitamino-minéral **SQUIBB**

Sous licence de E.R. Squibb & Sons Division of Qlin Mathieson Chemical Corporation

**LABAZ** 168 avenue Louise, Bruxelles

1558 - 18

® = marque déposée

• HÉPATROL + ACTIVAROL, LEUR MODE D'ACTION DIFFÈRE •

**2 spécialités**  
de prescription journalière  
*seules ou en association*

**Hépatrol** buvable et injectable

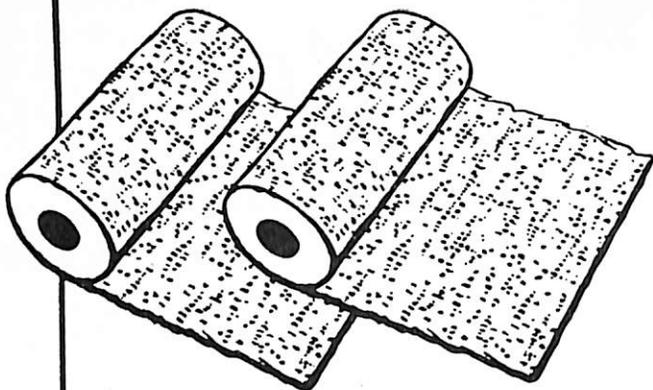
ANÉMIES, ASTHÉNIES,  
INSUFFISANCES HÉPATIQUES,  
INTOLÉRANCES THÉRAPEUTIQUES  
EN CHIRURGIE

**Activarol** DÉPRESSIONS PSYCHIQUES,  
INTELLECTUELLES, PHYSIQUES.  
ASTHÉNIES, ANOREXIES,  
AMAIGRISSEMENTS, TOUS ÉTATS  
VAGOTONIQUES.

**Hépatrol + Activarol**  
*leur mode d'action diffère, leur efficacité s'accroît*

Laboratoires ALBERT ROLLAND, 4, rue Platon, Paris  
Ets Georges KOTTENHOFF, 54, rue des Alliés, Forest-Bruxelles

• HÉPATROL + ACTIVAROL, LEUR EFFICACITÉ S'ACCROÎT •



**L**a bande plâtrée CELLONA existe depuis 25 ans déjà. Sa réalisation fut un grand progrès dans la technique du plâtre: avec des bandes plâtrées CELLONA, l'application d'un pansement est plus facile, plus rapide et plus sûre.

**A**ctuellement, la bande plâtrée CELLONA est encore meilleure qu'il y a 25 ans. Beaucoup de découvertes et de mises au point ont participé à l'amélioration constante de cette bande. C'est la raison pour laquelle CELLONA est connu dans le monde entier et les bandes plâtrées CELLONA sont utilisées partout journellement.



Avec des bandes plâtrées CELLONA,  
on plâtre selon des méthodes modernes  
d'une façon économique.

Etabl. Paul Thiwissen S. A.  
Rue Saint-Marie, 13/15, Liège

# HÉMORRAGIE SPONTANÉE A LOCALISATION PEU COMMUNE

*par Frédéric Hippert et Jean Nickels*

Le 24 décembre 1957, Madame E., âgée de 54 ans, entre dans le service pour une maladie mitrale décompensée d'origine rhumatismale.

Dyspnée, lèvres bleutées, gros coeur tachyrythmique avec souffle systolique et diastolique, épanchement bilatéral, foie dur et sensible, débordant d'un travers de main le rebord costal, ventre souple et légèrement météorisé. Pas d'ascite ou de masse tumorale à constater. Oedèmes accusés des extrémités inférieures.

Repos au lit, régime asodé, évacuation des épanchements, puis digitalisation et anticoagulants (Marcoumar). Sous l'action de ce traitement une amélioration notable est obtenue tant au point de vue objectif que subjectif.

Le 4 janvier 1958 le taux de la prothrombinémie tombe à 25%.

Le 5 janvier 1958, au petit matin, la malade est prise de douleurs sousombilicales, irradiant dans la cuisse gauche et dont l'intensité s'accroît d'heure en heure. La patiente a des nausées, mais ne vomit pas.

A l'examen clinique on constate une voussure médiane ovoïde sousombilicale, à contours convexes et à siège superficiel du volume d'une tête de bébé, très douloureuse à la palpation et qu'on n'arrive pas à mobiliser. Ni ascite, ni péristaltisme pathologique.

A première vue cette masse tumorale donne l'impression d'un globe vésical. Mais la sonde, introduite jusqu'au contact de la paroi postérieure de la vessie, ne ramène pas une goutte d'urine.

Fouillant à nouveau l'anamnèse, nous apprenons qu'il y a quelque 5 ans, la malade avait été soignée par un gynécologue

pour une affection des voies génitales, sur laquelle elle ne peut pourtant fournir aucun renseignement utile.

Devant la brusquerie de l'apparition du syndrome tumoral douloureux, le soi-disant passé gynécologique dont nous avons surestimé la valeur diagnostique et l'impossibilité de faire un toucher vaginal exact par suite de la contraction pariétale nous avons, malgré le siège médian et superficiel de la tumeur, la chute de la prothrombinémie à 25% et le caractère progressif de la douleur en l'absence de tout trouble digestif, conclu à une torsion pédiculaire d'un kyste ovarien avec hémorragie intrakystique.

Une laparotomie d'urgence fut donc décidée. Après incision sousombilicale de la peau, de la ligne médiane aponévrotique et écartement d'une mince couche adipeuse colorée en bleu foncé, on tombe sur un hématome qui remplit le cavum Retzii dans toute son étendue et qui refoule le péritoine jusqu'à l'ombilic. Après évacuation des masses sanguines, mise en place d'un drain et d'une mèche. Suites opératoires normales. Ajoutons que l'utérus et ses annexes n'ont rien montré d'anormal à l'examen direct après incision péritonéale.

La cavité de Retzius est, à notre connaissance, rarement le siège d'une hémorragie spontanée. Notre observation incite pourtant à y penser chaque fois qu'on se trouve devant

- 1) une baisse notable de la prothrombinémie par traitement anti-coagulant
- 2) l'apparition d'une masse tumorale douloureuse dont les caractères essentiels sont
  - a) le siège superficiel, médian et suspubien.
  - b) les contours convexes supérolatéraux, la limite inférieure se perdant derrière le pubis.
  - c) le développement progressif de la tumeur vers le haut.
- 3) l'absence d'un globe vésical, d'une tumeur des organes génitaux constatée éventuellement sous anesthésie générale et de tout syndrome péritonéal.

Nous avons jugé utile de faire part de cette observation, parce qu'elle nous semble aider à reconnaître l'inondation du cavum Retzii par une hémorragie spontanée au cours d'un traitement anticoagulant.

# Pour l'allaitement mixte



## Elédon

Babeurre en poudre demi-gras sans aucune adjonction.

Riche en protéines et très bien toléré, l'Elédon a un goût légèrement acide. — L'enfant peut ainsi recevoir longtemps le babeurre sans abandonner le sein.

- ★ Prématurés
- ★ Alimentation normale
- ★ Traitement des dyspepsies
- ★ Affections cutanées



société anonyme, 221, rue de Birmingham - BRUXELLES

# Le lait de prophylaxie



## Pelargon

Lait entier acidifié en poudre tout prêt  
Pour l'alimentation régulière du nourrisson.

- ★ Garantie bactériologique
- ★ Longue conservation

Les procédés Nestlé ménagent les vitamines  
et les acides aminés essentiels du lait frais.  
(pas de stérilisation par la chaleur).



société anonyme, 221, rue de Birmingham - BRUXELLES

# L'amidon antidyspeptique

# SOLDOR

Pour le bouillon d'amidon, dès les premiers jours.  
(préparation des biberons d'Elédon, de Nestamine,  
de Nido, de lait frais).



- ★ Pouvoir gélifiant élevé
- ★ Dosage réduit
- ★ Courte durée de cuisson.



Le Soldor convient  
aussi pour la prépa-  
ration de la première  
bouillie.



société anonyme, 221, rue de Birmingham - BRUXELLES

# Pour la bouillie lactée et la panade aux fruits

dès le 6<sup>ème</sup> mois



Un repas tout prêt,  
sans cuisson !

Cérélac apporte en proportions équilibrées :

- ★ la farine de blé rôtié
- ★ le lait entier
- ★ le sucre.

# cérélac



société anonyme, 221, rue de Birmingham - BRUXELLES

Un progrès dans le traitement antituberculeux au PAS

WANDER

# Benzacyl

Benzoyl - PAS calcique

Préparation de PAS, cliniquement éprouvée, de tolérance inégalée, pour l'administration orale

▶ **Goût agréable**

▶ **Utilisable en substance pure sous forme de poudre**

▶ **Ne produit pas d'inappétence ni d'irritation gastro-intestinale**

**Présentation:** Benzacyl en sachets contenant 4 g  
Boîtes de 25 sachets

Benzacyl en comprimés à 1 g  
Emballages de 100 tablettes

Société Belge des Produits Wander S. A.  
378-382, avenue de la Couronne, Bruxelles

# Linacidine

## contre l'eczéma

### LES ACIDES GRAS POLYINSATURES ESSENTIELS

Les acides gras polyinsaturés sont des substances biologiques d'une importance vitale:

ils régularisent le métabolisme,  
ils possèdent une action désensibilisatrice,  
ils exercent un effet spécifique sur la peau et les muqueuses,  
ils ont des propriétés anti-infectieuses et bactériostatiques.  
Onguents - Capsules - Gouttes - Ampoules

**INTEGRAL S.A.** LUXEMBOURG - Tél. 235 26  
61, rue de Strasbourg

Licence Uni-Chemie S.A., Zurich

## Asthme bronchique

# AM 49

### CONFIRMATIONS CLINIQUES

Les résultats obtenus sont surprenants, car la plupart des cas traités sont restés entièrement ou partiellement exempts de symptômes pendant des mois: chez un patient même 18 mois. La capacité de travail a été rétablie et quelques uns des cas traités avaient été réfractaires aux traitements polyvalents usuels préalablement appliqués.

Glaubitz, E. (Med. Klin. 50. 1955)

**INTEGRAL S.A.** LUXEMBOURG - Tél. 235 26  
61, rue de Strasbourg

Licence Pharmakon S.A., Zurich

## UN SYNDROME DE PERTURBATION ÉLECTROLYTIQUE

*par Raymond Schaus*

Madame G..., 58 ans, a posé un problème de diagnostic difficile, puisqu'elle s'est révélée atteinte d'un rétrécissement mitral sans roulement ni souffle diastolique.

Nous désirons rapporter brièvement un aspect particulier et purement symptomatique de son cas, en centrant la description sur le syndrome d'hyponatrémie dont elle était atteinte.

Elle est entrée dans le Service de cardiologie du Professeur Soulié, à l'Hôpital Lariboisière, le 2 mars 1958. Depuis plusieurs mois, son insuffisance cardiaque était soignée par un régime sans sel strict et un traitement vigoureux tonicardiaque et diurétique, ce dernier par théobromine et diurétiques mercuriels en injections fréquemment répétées.

A son entrée, on était frappé par son état de déshydratation globale.

Lorsque nous avons été amené à l'examiner, quelques jours plus tard, sa peau était en effet très déshydratée, sa langue sèche, ses globes oculaires donnaient une sensation molle à la palpation, elle était somnolente, apathique, se plaignait de nausées et avait une intolérance gastrique complète.

Les examens de laboratoire demandés fournissaient à ce moment les chiffres suivants:

urée: 0,45 Gm. par litre;  
sodium: 128 milliéquivalents par litre;  
chlore: 98 milliéquivalents par litre;  
potassium: 4 milliéquivalents par litre.

Afin de corriger ce déficit plasmatique en sel, nous avons prescrit un traitement par perfusions lentes de sérum salé phy-

siologique. Elle a ainsi reçu 250 centimètres cubes de sérum salé par jour, pendant quatre jours, donc en tout un litre ou 145 milliéquivalents de sodium.

Son état s'est rapidement amélioré, l'apathie a cessé, les vomissements se sont arrêtés et dès le troisième jour de ce traitement la malade a de nouveau pu s'alimenter et s'hydrater normalement par la bouche.

A la suite de cette thérapeutique intraveineuse, les dosages chimiques ont été les suivants:

urée: 0,20 Gm. par litre;  
sodium: 145 milliéquivalents par litre;  
chlore: 110 milliéquivalents par litre;  
potassium: 5 milliéquivalents par litre.

Etant donné la légère hyperchlorémie, nous avons pensé que le moment était idéal pour obtenir une bonne réponse à l'injection d'un diurétique mercuriel. Nous avons administré 2 centimètres cubes de Novurit intraveineux, mais malheureusement pour la concordance entre la pharmacologie et la clinique, la réponse a été médiocre. Malgré une faible flèche de la diurèse, celle-ci est restée très insuffisante.

Pour ne pas exagérer le caractère à dessein schématique de cette présentation, il faut ajouter qu'il existait en plus un petit problème de dosage digitalique, et que nous avons fait pendant deux jours une injection quotidienne de chlorpromazine (Largactil) afin de calmer, imparfaitement d'ailleurs par ce moyen, les vomissements incoercibles. Il n'en reste pas moins qu'après les perfusions de sel, l'état général de la malade était spectaculairement transformé.

On est en droit de penser qu'on a eu affaire, comme conséquence d'un apport très faible en sel et d'une déperdition par diurèse natrogène, à un exemple de ce qui a été décrit sous le terme de «low salt syndrome» pour la première fois en 1949, par Schroeder de Saint-Louis, dans le *Journal of the American Medical Association* <sup>1)</sup>.

#### REFERENCE

- 1) *Schroeder H. A.* - Renal failure associated with low extracellular sodium chloride. Low salt syndrome. *J.A.M.A.* 141, 117, 1949. (Hôpital Lariboisière, Paris.)

S. de Seze, Nina Debeyre et Ph. Bordier. - *Rhumatismes inflammatoires et traitements prolongés par la prednisone Méta-cortandracine ou delta-cortisone*. Expérience portant sur 100 cas et poursuivie pendant un an).

«Bull. et Mém. de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris», 1956, 72, 216-226.

Les A. résument leur expérience d'un an de traitement de 100 cas (91 rhumatoid arthritis, 9 spondylarthritis ankylopo-cetica) suivis très régulièrement et traités généralement par des doses modérées (25 ou 20 mgm.).

La Prednisone est environ 5 fois plus active que l'Hydrocortisone, 8 fois plus que la Cortisone. Mais les intolérances sont fréquentes: aussi fréquentes qu'avec les autres stéroïdes: surtout arrondissement de la face, érythrosc, élévation de la tension artérielle, troubles du métabolisme glucidique, plus rarement fragilité capillaire, acné, troubles nerveux, troubles digestifs. Pour les dépister, il faut surveiller les malades de très près et fixer la dose minima efficace, qui ne doit pas être trop basse pour laisser apparaître une rechute: il y a là un réglage très délicat.

Dans la discussion, Lièvre est d'accord avec les A. et Hench pour l'emploi des doses faibles, Neismann-Netter est partisan de séries *discontinues* aidées par des injections intra-articulaires multiples d'acétate d'hydrocortisone.

\* \* \*

M.-J. Creyssel. - *Traitement chirurgical de l'arthrite chronique des hanches*. «Revue Lyonnaise de Médecine». T.V. 1956, 567-575.

L'arthrite chronique de la hanche (ACH) et son traitement chirurgical restent au premier plan des préoccupations des rhumatologues, orthopédistes et chirurgiens et les points de vue changent souvent d'une période à l'autre: aussi l'article de l'A. est-il le bienvenu, étant donné sa grande expérience et son aveu que «la thérapeutique chirurgicale de l'ACH traverse actuellement une sorte de crise morale».

Il commence par exposer l'histoire, l'étiopathogénie, l'anatomie radio-pathologique, la clinique, avant de passer en revue très objectivement et très complètement les interventions: arthro-dèse, arthroplastie avec cup ou avec résection-reconstruc-

tion acrylique, ostéotomie, butée ostéoplastique, névrotomie, etc. Ses préférences personnelles, *opportunistes*, vont à une opération cocktail qui fait appel à une ou plusieurs des techniques précédentes et tient compte de ce que:

1° Le cartilage articulaire est souvent conservé.

2° Au contraire le tissu sous-chondrique est fréquemment altéré (idée soutenue plus tard par caméra): il faut alors le réséquer et le revitaliser par des greffes osseuses.

Sans entrer dans les détails, nous dirons qu'un recul de 9 ans montre le bon comportement de ses opérés (méthode mixte d'arthroplastie biologique, suivant sa dénomination).

Vient ensuite l'étude pratique des *indications*. Ayant écarté les grands vieillards, les gros obèses, etc., on interviendra dans une *minorité de cas*: douleurs et impotence intolérables qui résistent au traitement médico-orthopédique, attitudes vicieuses accentuées, etc.

La butée ostéoplastique garde ses droits en face d'une subluxation congénitale qui amorce une arthrite.

La conduite à tenir est différente suivant que l'ACH est *uni* ou *bilatéral*.

I. *Formes unilatérales*. – Ici encore, il faudra choisir avec discernement.

a) *L'arthrodèse* est de mise quand les lésions constructives ou destructives, le décentrage, l'attitude vicieuse, la subluxation, l'enraidissement sont très prononcés, les muscles médiocres. Il faut aussi que la profession du malade exige stabilité et solidité plutôt que mobilité, que genou et rachis lombaire soient restés souples.

b) *L'arthroplastie* trouve place quand la mobilité est assez bien conservée, les muscles récupérables, la profession du malade exige la position assise et une certaine souplesse de la hanche. Il préfère la cup quand le cotyle impose un creusement et que la tête forme un solide bras de levier, la prothèse acrylique quand elle est vermoulue.

c) Il envisage à part les cas convenables pour son opération cocktail, pour une ostéotomie d'appui avec ou sans intervention complémentaires: il définit aussi la conduite à tenir dans la protrusion acétabulaire.

II. *Formes bilatérales*. – Le choix est beaucoup plus difficile: en principe, voici les 3 actes qu'il recommande.

1° S'adresser au *côté le plus touché* pour exécuter une *opération mobilisatrice*, arthroplastie ou intervention cocktail suivant les cas.

2° Laisser un intervalle libre pour observer le comportement des 2 hanches.

3° Ici deux alternatives: l'arthroplastie a réussi, les circonstances sont favorables, la deuxième hanche peut répondre de façon satisfaisante au traitement médical ou à une névrotomie.

Si, au contraire, cette 2° hanche poursuit son évolution néfaste, il ne faudra accepter l'arthrodèse que si la 1<sup>re</sup> arthroplastie a donné indolence, mobilité, stabilité; dans les autres cas, on recourt à l'arthroplastie ou à l'ostéotomie.

En terminant, l'A. porte un jugement de valeur sur cette chirurgie en se gardant «de tout enthousiasme excessif comme de tout pessimisme injustifié». Le risque mortel est devenu bien rare mais il faut compter avec les infections *in situ* ou pulmonaires, les mécomptes de la prothèse acrylique, surtout les phlébo-thromboses.

Il n'y a pas d'opération de routine, chacune a ses succès et ses échecs: les indications thérapeutiques doivent être nuancées et adaptées à chaque cas particulier pour accroître les victoires et réduire les défaites.

François Françon (Aix-les-Bains).

\* \* \*

Ch. Rocher. - *Exploration clinique de la fonction musculaire et bilan musculaire*. Un volume in 8° de 180 pages, 158 figures. Masson & C<sup>ie</sup>, éditeurs à Paris, 1956.

Nous avons eu déjà plaisir à dire ce que nous pensions du livre précédent de l'A. sur le Bilan Articulaire, écrit avec la collaboration du D<sup>r</sup> Ag. Rigaud. Ce frère cadet sur le Bilan Musculaire en apparaît comme le complément indispensable et il s'inspire des mêmes principes. Nous y retrouvons les mêmes qualités d'ordre, de précision, de méthode.

Une Première Partie est consacrée aux Généralités, aux notions mécaniques, physiques, physico-chimiques et physiologiques indispensables: elle est remarquable par sa clarté et l'intérêt qu'elle suscite vis-à-vis de questions bien arides.

Suit une Deuxième Partie qui codifie les méthodes cliniques, physiques, mécaniques, électrologiques, physiologiques de l'exploration de la fonction musculaire: nous retenons surtout les tests A, B, C, applicables à tous les muscles.

Ceux-ci sont analysés un par un dans la Troisième Partie: elle rendra les plus grands services pour les expertises médico-légales que les lois sociales ont multipliées.

Le livre est illustré de lumineux dessins originaux réalisés par l'A. avec le concours de F. Barrière: ils sont véritablement parlants et ajoutent à l'intérêt du texte.

Beau et bon livre qui comble une lacune dans la littérature médicale.

François Françon (Aix-les-Bains).

\* \* \*



#### INSTALLATIONS DE RAYONS X



Les nombreux types d'appareils fabriqués en série permettent un choix judicieux dans l'assemblage des installations de diagnostic et de thérapie.

#### APPAREILS DE PHYSIOTHERAPIE



Ondes courtes de hyperthermie  
Galvanisation pour le diagnostic et la thérapie · Ultrasonothérapie  
Electro-choc  
Electrochirurgie générale et spéciale

#### EXPLORATION CARDIO-VASCULAIRE



Electrocardiographie  
Phonocardiographie  
Surveillance électrique de la narcose  
Electronystagmographie  
Electrocardiographie abdominale  
Détermination du métabolisme basal

NOS SERVICES Sont toujours prêts à vous conseiller sans engagement de votre part et restent à votre disposition pour la démonstration et l'entretien des appareils.

Demandez nos prospectus!

SIEMENS-REINIGER-WERKE AG ERLANGEN

SOC. NOUV. SIEMENS S. A.

17, RUE GLESENER - LUXEMBOURG

W.-C. Kuzell et G.-P. Gaudin (San Francisco). — La goutte, N° 10 des *Documenta Rheumatologica Geigy*, Geigy à Bâle, 84 pages, 26 figures, dont 11 planches en couleur.

La goutte reste un sujet d'actualité inépuisable, toujours plein d'intérêt et de *mystère*, et l'excellente monographie des A. vient à son heure pour faire le point de nos connaissances: il faut les féliciter d'avoir bien «cerné» les zones d'ombre qui subsistent encore à son sujet et appellent de nouvelles recherches.

Avec une grande précision et une documentation ultra-moderne, le texte suit le plan classique de toutes les questions médicales, Historique, Définition, Etiologie, Clinique, Diagnostic, Anatomie Pathologique, Pathologie comparée, Pathogénie, Traitement qui est l'objet d'un grand développement, Pronostic, Bibliographie qui est très étendue. Nous détacherons les points qui nous ont particulièrement frappés.

C'est d'abord l'importance relativement considérable concédée à la *goutte secondaire*: elle s'observe dans les polyglobulies, les leucémies, l'anémie de Cooley, plus rarement le myélome multiple et la néphrite chronique. Mettons l'accent sur celle qui apparaît chez des rhumatisants traités longtemps par la Cortisone à fortes doses (Batterman et Traeger).

A l'Etiologie, nous sommes surpris de voir mentionner parmi les facteurs déclenchant des crises l'alitement, l'ingestion de pêches, abricots, raisins, eaux gazeuses (?). Nous sommes d'accord avec les A. sur la banalité de la *goutte post-opératoire* dont nous avons publié la 1<sup>re</sup> observation française avec Herbert.

Leur description clinique est excellente: notons les lésions crayeuses des ongles des orteils que nous avons également relevées, le relief mis sur la goutte viscérale, la fréquence de l'obésité, la rareté (d'après eux) de la lithiase et de l'insuffisance rénales. Ils individualisent la *goutte des maigres* (forme asthénique) et insistent beaucoup sur la *goutte féminine*: 26% sur une série de 502 cas primaires. Ils n'ont vu qu'une seule fois la goutte saturnine.

Le Diagnostic est traité avec grand soin sur des bases cliniques, bio-chimiques (très grosse valeur de l'hyperuricémie dans les examens en série, loin des drogues uricosuriques), radiographiques: la discrimination avec le R.C.P.I. est poussée très à fond. D'excellentes figures illustrent l'Anatomie Pathologique et la Pathologie comparées (dindon, pigeon, chien Dalmate, goutte guonique du porc).

A la Pathogénie, les A. montrent l'intérêt du pool miscible et du taux de renouvellement de l'acide urique, le 1<sup>er</sup> très augmenté, le 2<sup>e</sup> diminué dans la goutte. Avec des réserves, ils admettent que c'est l'accroissement de la production des urates qui explique le mieux l'hyperuricémie. Après Wolesson ils signalent l'augmentation des indices oscillométriques et pléthys-

mographiques du membre atteint par la crise aiguë: l'acide urique ne joue pas de rôle immédiat dans cet épisode.

Le Pronostic est toujours très malaisé à établir.

Le Traitement est exposé dans les plus grands détails, y compris la chirurgie des tophus dont les indications sont sagement définies. Les A. mettent en toute première ligne la Butazolidine dans les diverses formes de la maladie: mais ils disent aussi les avantages et les inconvénients des autres médications, ACTH, colchique, bénomide, alors qu'ils sonnent le glas des salicylates, de l'atophan, des antihistaminiques. Nous sommes étonnés, avouons-le, de les voir employer l'Hydrocortisone intra-articulaire dans les arthrites goutteuses.

Au total, très bon livre qui nous permettra de mieux soigner nos malades.

François Françon (Aix-les-Bains).

\* \* \*

St. de Seze, J.-A. Lièvre, J. Cauchois, L. Auquier, F. Delbarre. — Faut-il opérer une coxarthrose? Confrontations Thérapeutiques de l'Hôpital Necker. *Presse Médicale*, T. 64, N° 83, 17 nov. 1956, p. 1916.

Sans cesse la question se pose: *experto credo Roberto*.

Cauchois condamne les opérations mineures, névrectomies, forage, capsulotomie, etc. Il ne faut opérer que les gens non soulagés par le traitement médical. Il vante:

1° *L'ostéotomie de Pauwels* qui recentre la tête dans les subluxations douloureuses et tend à se substituer à la hutée ostéoplastique: elle peut sauver l'articulation pour quelques années.

2° *L'arthrodèse* qui ne peut être qu'unilatérale: elle nécessite un parfait état du rachis lombo-sacré et du genou correspondant, et elle donne des résultats excellents. Il reste fidèle à la technique de Merle d'Aubigné; fixation par un clou et avivement large des surfaces articulaires. Quand la tête est très nécrotique, les circonstances sont moins favorables et il faut réséquer le plus possible de géodes. Réussie, elle demande un plâtre 2 mois et demi et le sujet reprend son activité au bout de 3 mois et demi.

Deux indications principales: la coxarthrie secondaire à une lésion congénitale ou infantile, le sujet qui veut reprendre son travail dans 4 mois.

Il rejette l'arthrodèse à la Charnley.

3° *L'arthroplastie acrylique*: il se montre sévère à son endroit, pense qu'il y a presque toujours une détérioration tardive: il la réserve aux vieillards très impotents, ankylosés, douloureux.

Il déconseille la prothèse cervico-céphalique de Moor.

4° *La cup-arthroplastic* (Smith-Petersen) donne des résultats plus lents mais plus durables que l'acrylique: le pronostic thérapeutique est fonction de la bonne vascularisation de la tête et des dimensions relativement longues du col. En cas d'échec, l'arthrodèse est plus facile à réaliser.

De Sèze plaide en faveur de l'arthrodèse à la Charnley (50 cas opérés par *Debeyre*): col bloqué dans un trou pratiqué au fond du cotyle. Le lever est possible au 20-25° jour et les sujets conservent une légère mobilité antéro-postérieure très utile. Cependant il y a possibilité de fracture et 2 ans de recul ne sont pas suffisants.

François Françon (Aix-les-Bains).

\* \* \*

F. Coste et M. Bourel. — *Rhumatisme chronique. Méthodes thérapeutiques*. Un vol. in-8 de 216 pages, 9 figures. G. Doin & C<sup>ie</sup>, éditeurs à Paris, 1956.

La liste des médications rhumatismales s'allonge d'année en année sans pourtant toujours s'épuiser: certaines sont déjà ensevelies dans l'oubli, d'autres s'usent rapidement, un certain nombre seulement représentent un progrès véritable, point ou peu d'incidents désagréables ou d'accidents redoutables. Comment faire un tri parmi elles et séparer le bon grain de l'ivraie? C'est le grand mérite du livre de Coste et Bourel de faire cette sélection si difficile et de dresser un bilan méthodique et complet ordonné face aux rhumatismes inflammatoires et aux rhumatismes dégénératifs.

C'est tout un siècle qui défile ainsi devant nous, avec tous les procédés de la médecine, de la diététique, de l'orthopédie, de la chirurgie, de la physiothérapie, de la crénothérapie: les jugements de valeur portés sont frappés au coin d'une vaste expérience et les indications pratiques permettent d'en tirer des conclusions immédiates pour le plus grand bien de nos malades (1).

Ce livre a sa place naturelle sur la table non seulement du rhumatologue mais encore de l'omnipraticien qui a tant de peine à choisir une ligne de conduite au milieu des promesses souvent fallacieuses de la publicité.

François Françon (Aix-les-Bains).

SYNERGIE EN ANTIBIOTHERAPIE



**SIGMAMYCINE \***

Oleandomycine-tetracycline

- \* *Protection MAXIMUM contre le développement de la résistance*
- \* *Tolérance et sécurité MAXIMA*
- \* *Absence de réactions secondaires*



*Le plus important producteur d'antibiotiques du monde*

PREPARATIONS VITAMINO-MINERALES

HORMONES

\* *Marque déposée de Pfizer Cy. N.Y.*

**PFIZER** S.A. 31, RUE THOMAES  
JETTE-BRUXELLES - TEL. 26.49.20 (8 LIGNES)

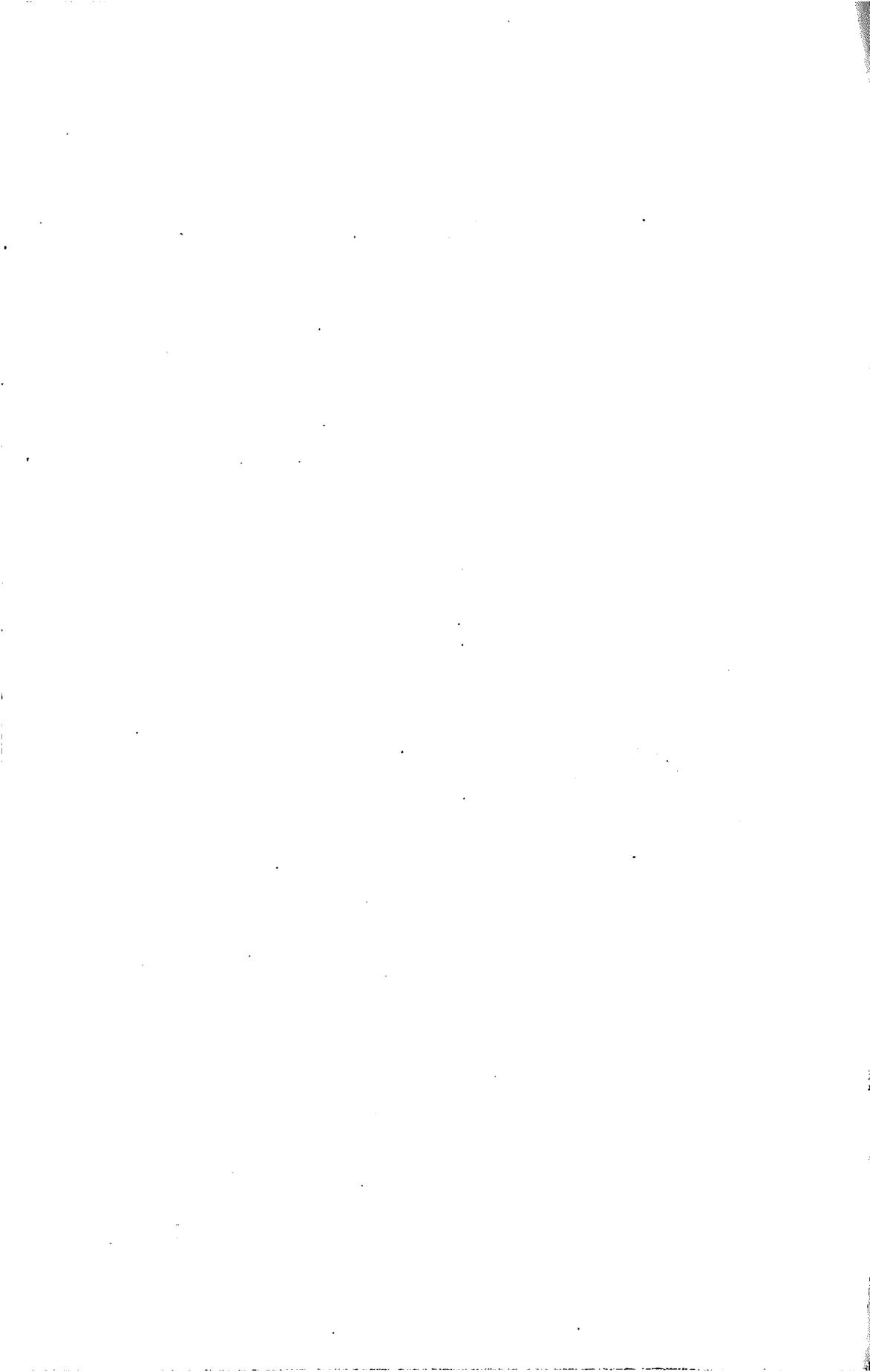
# STEROFUNDIN »R«



Die rutinhaltige  
Infusionslösung  
zur Schockprophylaxe  
und Schocktherapie  
auf Wunsch auch mit  
5% Äthylalkohol bzw.  
mit 5% und 10%  
Lävulose, mit 5% und  
10% Traubenzucker,  
mit 5% und 10%  
Invertzucker,  
in Plastik-Infusionen  
lieferbar.

B. BRAUN · MELSUNGEN

GENERALVERTRETUNG FÜR LUXEMBURG :  
ALBERT KAUFFMANN - 28, rue Charlemagne, LUXEMBOURG



# ETUDE CLINIQUE D'UNE ASSOCIATION D'ANTIBIOTIQUES: TETRACYCLINE ET OLEANDOMYCINE (SIGMAMYCINE)

*Sigmund S. Winton, Ph. D. M: D & E. Chessrow, M. D.  
Chicago*

*Extrait et traduit d'un rapport de ces auteurs „A Clinical Study of Combined Chemotherapy: Tetracycline and Oleandomycin” publié dans „Antibiotics Annual 1956-1957”, ed. by H. Welch & F. Ibanez.*

En pratique clinique, le médecin voit fréquemment se développer des infections contre lesquelles il n'est pas armé. Ceci est surtout vrai dans le cas de processus infectieux où interviennent des souches résistantes de Staphylocoques dorés. Pour résoudre ce problème, une voie s'ouvrirait: la recherche de nouveaux agents antibiotiques capables de maîtriser ces micro-organismes. Une autre méthode employée avec succès fut l'utilisation d'une association synergique de deux antibiotiques.

Bien que l'érythromycine se soit révélée efficace dans le traitement des staphylocoques, des études cliniques récentes montrent l'apparition progressive de souches résistantes, suite à l'usage très répandu de cet antibiotique. Pour répondre au défi lancé par ces souches résistantes et devenues même plus agressives, deux nouveaux antibiotiques, la novobiocine et l'oléandomycine<sup>1)</sup> ont été isolés et identifiés. B. A. Sobin et ses collaborateurs constatèrent que l'oléandomycine est surtout efficace vis-à-vis des bactéries gram-positives, des rickettsies, des grands virus et certains protozoaires. D'autre part, elle ne montre aucune activité contre les bactéries gram-négatives exceptés les Neisseria, l'Hemophilus et les Brucella. L'oléandomycine ne présente pas de résistance croisée avec la pénicilline, la streptomycine, les tetracyclines, le chloramphénicol, la polymyxine et la bacitracine. Pour comparer l'efficacité antimicrobienne de la novobiocine et de l'oléandomycine, le Dr. Hayes étudia in vivo et in vitro cent souches de staphylocoques dorés résistants à la pénicilline

et aux tetracyclines: 95% de ces bactéries furent trouvées sensibles aux deux antibiotiques. La résistance apparut beaucoup plus lentement vis-à-vis de l'oléandomycine que vis-à-vis de la novobiocine.

L'utilité clinique de la tetracycline dans certains processus infectieux est bien connue. Vu les résultats cliniques obtenus avec l'oléandomycine et son activité in vitro contre des micro-organismes gram-positifs, soit ordinaires, soit résistants aux antibiotiques, on pensa qu'une association de tetracycline et d'oléandomycine donnerait des résultats cliniques supérieurs à ceux obtenus séparément par l'un ou l'autre de ces antibiotiques. Le Dr. English et ses collaborateurs ont démontré l'activité synergique in vitro et in vivo de l'association oléandomycine-tetracycline. Cette association est désignée par le n° PA-775 <sup>2)</sup> et est composée de 67% de tetracycline et de 33% d'oléandomycine.

#### *Expérimentation clinique*

L'expérimentation porta sur 50 personnes choisies au hasard et atteintes de diverses maladies infectieuses. Environ 82% de ce groupe de malades avaient déjà reçu d'autres antibiotiques avant d'être traités au PA-775. L'efficacité thérapeutique du PA-775 fut jugée sur le critère suivant: disparition de tous les signes et symptômes inflammatoires, absence de pus, recouvrement par le malade d'une sensation de bien-être et retour à la normale de sa température, de sa numération globulaire et de sa vitesse de sédimentation.

#### *Résultats*

Les malades furent répartis en quatre groupes suivant leur genre d'affection. Dans le groupe atteint aux tissus mous, onze cas de furonculose répondirent exceptionnellement bien aux antibiotiques associés. L'incision et le drainage ne durent être effectués que dans trois cas seulement. Au moment où on commença le traitement au PA-775, le malade atteint d'une pyodermie du cuir chevelu avait déjà été soigné avec tous les antibiotiques pendant un an. Son cuir chevelu flottait véritablement dans une mare de pus qui ne cessait de couler dans son cou et sur sa figure. Ce malade reçut 2 capsules, quatre fois par jour, pendant trois semaines. L'écoulement du pus cessa complètement et le cuir chevelu fut guéri.

Le cas n° 25 présentait une grave inflammation péri-alvéolaire dans la bouche. Les gencives étaient fortement enflammées et les dents baignaient dans le pus. Le malade se plaignait d'anorexie et de malaise. Après quatre jours de traitement au PA-775, l'inflammation disparut tout-à-fait.

Trois personnes atteintes depuis longtemps d'un ulcère post-phlébitique furent d'abord traitées par des facteurs enzymatiques de débridement dans le but de faire disparaître les tissus nécrotiques. Ensuite, on leur administra l'association des deux antibiotiques. La réaction inflammatoire à la base de l'ulcère et la dermatose qui l'entourait disparurent au bout de quinze jours.

# Placidyl

*le soir:  
endort votre  
patient*



*le jour:  
calme et détend*



**Hypnotique — Sédatif**

# Placidyl

( $\beta$  chlorovinyl ethyl ethynyl carbinol)

## SÉDATIF ET HYPNOGÈNE DOUX

*(non barbiturique)*

Combinaison nouvelle, procurant la sédation ou le sommeil sans la phase d'excitation préalable et ne produisant pas les inconvénients des barbituriques

*Indiqué dans les états de tension musculaire, d'anxiété, d'agitation ainsi que dans les insomnies*



**POSOLOGIE :** dose sédative diurne 100 à 200 mg  
dose hypnotique 200 à 500 mg au coucher

### PRÉSENTATIONS :

flacons de 25 capsules à 100 mg (n<sup>o</sup> 6649)  
flacons de 10 capsules à 200 mg (n<sup>o</sup> 6661)  
flacons de 25 capsules à 200 mg (n<sup>o</sup> 6661)



LITTÉRATURE - ÉCHANTILLONS



**ABBOTT LABORATORIES, s. a.**  
95, Boulevard de Waterloo — BRUXELLES

Groupe des ostéomyélites. Dans les trois cas, l'infection survint après une fracture compliquée et 10 PA-775 produisit d'excellents résultats.

Chacun des cinq malades du groupe souffrant de cholécystite présentait une atteinte typique de cette affection sans présenter les signes d'une obstruction biliaire. Leur état ne permettait pas l'opération. Les patients répondirent magnifiquement au PA-775 endéans les 24 heures et tous les signes et symptômes disparurent après 5 ou 8 jours.

Groupe des maladies des voies génitales et urinaires. Le malade n° 49 souffrait d'une prostatite chronique pour laquelle il était traité avec de la pénicilline et de l'oxytétracycline sans succès depuis trois semaines. Il répondit favorablement au PA-775 en 7 jours.

### *Discussion*

Le développement des souches de bactéries résistantes aux antibiotiques a été parallèle à la fréquence des insuccès thérapeutiques et au taux des septicémies mortelles dues aux Staphylocoques. On attribue ces faits à l'usage toujours plus répandu des antibiotiques. La crainte existe qu'un jour, tous les microorganismes sensibles ne soient tués et que seules subsistent des bactéries résistantes.

Les expérimentations cliniques et en laboratoire ont indiqué qu'il est infiniment moins probable que des bactéries par mutation ne deviennent résistantes à une association synergique d'antibiotiques qu'à chacun de ces antibiotiques séparément. Dans une étude du PA-775, A. R. English et ses collaborateurs ont présenté des données impressionnantes sur l'activité synergique de cette association à la fois in vitro et in vivo.

Les résultats cliniques confirment assez bien les observations d'English et de son groupe. Les dermatites infectieuses dues à des staphylocoques répondirent très bien à l'association et dans aucun cas n'apparurent des mutants résistants. Cette thérapie n'aboutit à un échec que dans trois cas seulement. L'un des échecs était un ulcère décubitus continuellement contaminé par les fèces; un second cas était une cystite chronique due à un bacille pyocyanique résistant et le troisième une cystite aiguë due à un proteus résistant.

Le traitement n'entraîna pas de troubles gastro-intestinaux et ne dut être interrompu dans aucun cas. Tous les patients qui ressentirent quelques malaises ou des symptômes de toxémie à la fin du traitement, se sentirent à nouveau parfaitement bien après quelques jours.

Cas No	Diagnostique clinique	Trait. précéd.	Culture	Résistance aux antibiot. suivants :	Durée du traitem. au P.A-775	Résultat
--------	-----------------------	----------------	---------	-------------------------------------	------------------------------	----------

*A. Infections des tissus mous*

1.	Ulcère de décubitus	T	B. proteus, Staph.	P. T.	7	guérison
2.	Ulcère de décubitus	P	E. coli, Staph.	P. T.	10	guérison
3.	Ulcère de décubitus	P	B. prot., E. coli	P. E. T.	21	faib. am.
4.	Abcès profond du muscle fessier	T	B. proteus Staphyloc.	P. T.	8	guérison
5.	Ulcère profond du muscle fessier	P.	E. coli B. proteus	P. E. T.	5	guérison
6.	Ulcère phlébitique	P.	Staph., B. prot.	P.	14	guérison
7.	Ulcère phlébitique	P.	Staph., Strep.	P.	8	guérison
8.	Ulcère phlébitique	S.	E. coli, B. prot.	S. P.	7	guérison
9.	Furonculose	T.	Staph.	T. P.	7	guérison
10.	Furonculose	0	Staph.	P.	6	guérison
11.	Furonculose	0	Staph.	T. P.	7	guérison
12.	Furonculose	0	Staph.	T.	5	guérison
13.	Furonculose	0	Staph.	T.	4	guérison
14.	Furonculose	0	Staph.	P. T.	7	guérison
15.	Furonculose	0	Staph.	T.	6	guérison
16.	Furonculose	0	Staph.	T.	9	guérison
17.	Furonculose	0	Staph.	P.	4	guérison
18.	Furonculose	0	Staph.	T.	6	guérison
19.	Furonculose	0	Staph.	T.	7	guérison
20.	Pyodermie du cuir chevelu	tous l.	Ps. aeruginosa antib. Staph.	P. S. T.	21	guérison
21.	Cellulite des jambes	0	Strep.	0	2	guérison
22.	Pharyn. à Strep.	0	Strep.	0	3	guérison
23.	Anthrax	P.	Staph.	P. T.	7	guérison
24.	Anthrax	0	Staph.	P.	14	guérison
25.	Infection de la bouche	0	Strep. V, Staph.	0	4	guérison
26.	Infection du moignon	P.	Staph., B. prot.	P. T.	7	guérison
27.	Bartholinite	0	E. coli	0	5	guérison
28.	Fistule tuberculeuse	P. S.	Staph.	P. S. T.	14	guérison
29.	Ulcère diabétique	P.	Staph., B. prot.	P. T.	14	guérison
30.	Ulcère diabétique	T.	Strep., B. prot.	P. T.	21	faib. am.

*B. Groupe des ostéomyélites*

31.	Ostéomyélite	T. P.	Staph., Strep.	P. S. T.	7	guérison
32.	Ostéomyélite	P.	Staph.	P. S. T.	8	guérison
33.	Ostéomyélite	T. E.	Staph.	P. E.	9	guérison

<i>Cas No</i>	<i>Diagnostic clinique</i>	<i>Trait. précéd</i>	<i>Culture</i>	<i>Résis- tance aux antibiot. suivants:</i>	<i>Durée du traitem. au PA-775</i>	<i>Résultat</i>
-------------------	----------------------------	--------------------------	----------------	---	--	-----------------

*C. Groupe des cholécystites*

34. Cholécystite aiguë	0	0	0	5	guérison
35. Cholécystite aiguë	0	0	0	6	guérison
36. Cholécystite aiguë	0	0	0	8	guérison
37. Cholécystite aiguë	0	0	0	5	guérison
38. Cholécystite aiguë	0	0	0	3	guérison

*D. Voies génitales et urinaires*

39. Cystite chronique	P. T.	Ps. aérog.	P. E. T.	14	guérison
40. Cystite chronique	P.	Ps. aérog.	P. E. T.	21	pas d. rés.
41. Cystite chronique	T.	B. prot., St. fec.	T. E.	21	guérison
42. Cystite chronique	P.	St. fecalis	P. T.	6	guérison
43. Cystite aiguë	P.	St. fec., E. coli	P.	3	guérison
44. Cystite aiguë	T.	E. coli	T.	7	guérison
45. Urétrite non spécifique	0	0	0	6	guérison
48. Urétrite non spécifique	0	0	0	5	guérison
49. Prostatite chronique	P.	St. fec., E. coli	P. T.	10	guérison
50. Pyélonéphrite chron.	P.	St. fec.	P. T.	7	guérison

C = Chloramphenicol  
E = Erythromycine  
P = Pénicilline

S = Streptomycine  
T = Tétracycline

## ULCERES GASTRO-DUODENAU X

Thérapeutique nouvelle de l'ulcère gastro-duodéal  
au moyen d'une hormone naturelle

ENGENDRE LA CICATRISATION SPONTANEE

## UROGASTRONE IBSA

Facteur anti-ulcéreux extrait de l'urine de jument  
gravide, exempt de folliculine et d'effets secondaires  
nuisibles :: Fait disparaître rapidement la douleur  
Possède une action physiologique protectrice

**Prévient les ulcères gastro-duodénaux provoqués par la thérapie  
à base de cortisones**

L'UROGASTRONE IBSA est la seule médication hormonale naturelle,  
ayant révélé un pourcentage aussi impressionnant de guérisons cliniques  
et radiologiques, dans les cas les plus graves d'ulcères gastro-duodénaux,  
même ceux rebelles à toute autre thérapeutique, épargnant ainsi aux  
malades, dans la majorité des cas, les risques de l'opération et les  
séquelles de celle-ci.

Traitement ambulatoire et actuellement le moins  
onéreux par sa courte durée (3 à 6 semaines)  
Posologie: 4 capsules par jour

**Ulcères gastro-duodénaux, gastrites, duodénites, gastralgies,  
Hyperchlorhydries**

Travaux cliniques et échantillons sur demande

---

## INTOXICATIONS HEPATIQUES

## CHOLEUBILE IBSA

Le cholagogue, le cholérétique d'origine naturelle . .  
durable, puissant, atoxique, sans nausées, sans diarrhées.

**Affections du foie et des voies biliaires :: Congestions et mi-  
graines hépatiques :: Ictères :: Autres indications: Angine de  
poitrine :: Syndrome de Raynaud :: Asthme cardiaque :: In-  
farctus du myocarde**

Prévient et combat les réactions graves de sensibilisation  
dues aux antibiotiques.

Ampoules à 5%, 10%, 20% et comprimés  
(Admis au remboursement par le F.N.A.M.I.) (cat. B)

---

## INSTITUT BIOCHIMIQUE « IBSA » Lugano (Suisse)

Agent exclusif: E T A B L I S S E M E N T S I R V E  
BRUXELLES, rue Henri Wafelaerts 45 - Tél. 37 67 34

---

# Le Calcium et la Vitamine C



renforcent synergiquement

les défenses naturelles

de l'organisme

dans la convalescence

l'asthénie

la grippe

---

SANDOZ S.A. BALE/Suisse



Traitement de l'hypertension  
et  
de l'insuffisance cardiaque  
par le

# RAUCOLYT

1 dragée contient 1,0 mg des alcaloïdes totaux du Rauwolfia et une quantité de glucosides de la Convallaria correspondant à 0,9 mg de Convallatoxine.

Le coeur surmené par de l'hypertension a besoin de glucosides. Par leurs qualités de résorption et d'élimination ces glucosides doivent être adaptés à l'ajoute de Rauwolfia.

Les glucosides de la Convallaria répondent à cette exigence du fait de leur parfaite assimilation per os et du fait qu'ils n'ont pas d'action cumulative.

C'est en vue d'éviter les effets secondaires tels fatigue, somnolence et vertiges que l'on a eu recours aux alcaloïdes totaux du Rauwolfia.

Littérature et échantillons auprès de:

**INTEGRAL S. A.**  
61, rue de Strasbourg

Luxembourg - Téléphone: 23526



*Dr. Madaus & Co.*

Cologne  
Allemagne.

Generalvertretung für Luxembourg: **INTEGRAL S. A., Luxembourg,**  
61, rue de Strasbourg

# Guigoz



**LAIT GUIGOZ**  
(avec saccharose)

**ALFALAC**  
(avec dextrine-  
maltose)

**ACIGO**  
(acidifié + fer  
et Vitamines D)

oxyures  
ascaris

# HELMAZINE

*Thymolsulfonate de Pipérazine*  
*le plus actif des sels de*  
*pipérazine*



LABORATOIRES MIDY — 46 - 50 , AVENUE JEAN JAURES — BRUXELLES 3

CONTRE L'ULCÈRE GASTRO-DUODÉNAL

# LIBRATAR

Chlorbenzoxyéthamine

Antiulcéreux,  
sans être anticholinergique

Dans 75% des cas, suppression des douleurs en trois à cinq jours, et régulièrement disparition progressive de l'image radiologique, dès la troisième à la cinquième semaine.

PRÉSENTATION: Flacon de 30 comprimés à 30 mg - Flacon de 100 compr. à 30 mg

Union Chimique Belge, S.A.  
Division Pharmaceutique



68, Rue Berkendael  
BRUXELLES - Tél. 43.01.17



Une "usine"  
qui tourne bien  
grâce à

## ORTHOBOLINE

INDICATIONS : Artériosclérose, surtout cérébrale ●  
Troubles de la circulation cérébrale et leur prévention ●  
Séquelles d'ictus ● Vertiges des hypertendus ●  
Dépression nerveuse ● Etats d'affaiblissement intellectuel ●  
Concentration insuffisante ● Etats angiospastiques ●  
Certaines céphalées ● Gériatrie.



S.A. "PRODUITS BIOS."  
ETABL. COUTELIER FRÈRES  
RUE DE POTTER, 37, BRUXELLES  
TEL. 15.49.30

**angor**  
asthme, coqueluche  
coliques néphrétiques

**NOKHEL**

et  
son association  
spasmolytique  
et anti - algique  
**NOKHEL**  
**PAPAVÉRINE**  
**PHENOBARBITAL**  
en  
**dragées glutinisées**  
**et suppositoires**

PREMIER DÉRIVÉ HYDOSOLUBLE DE LA KHELLINE  
**TOLÉRANCE · ACTIVITÉ**

comprimés 5 cg

ampoules 5 cg

suppositoires 10 cg

**Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS**

CONCESSIONNAIRES POUR LA BELGIQUE : **Gabriel DELFORGE et C<sup>e</sup>**  
158, Chaussée de Haecht. **BRUXELLES III - TÉLÉPHONE : 15.49.40**

*A posologie égale,  
aucun agent antibactérien ne  
s'est révélé plus actif dans un plus  
grand nombre d'infections que l'*



# AUREOMYCIN<sup>\*</sup>

CHLORETÉTRACYCLINE LÉDERLÉ

*Des millions d'observations ont établi sa valeur  
dans le traitement des maladies à gram +, à gram —,  
à grands virus et à rickettsies*

*Des millions d'êtres doivent actuellement leur existence à  
la merveilleuse drogue dorée  
(The wonderful golden drug)*

## FORMES ADAPTÉES AUX DIVERSES THÉRAPEUTIQUES

Capsules 50 et 250 mg  
Injections I.V. 100 et 500 mg  
Onguent dermique 3 %  
Onguent ophtalmique 1 %  
Spersoids 50 mg/dose  
Troches 15 mg

Solution nasale  
Solution ophtalmique  
Solution otique  
Poudre vaginale - Poudre chirurgicale  
Comprimés solubles 50 mg  
Cônes dentaires 5 mg

**LÉDERLÉ BELGE** S.A. 2, Place du Luxembourg - BRUXELLES  
Tél. 12.28.88 - 12.28.53 - 12.28.85

**LEDERLE LABORATORIES DIVISION**

*American Cyanamid Company*

30 ROCKEFELLES PLAZA - NEW YORK 20 - N.Y.

*\* marque déposée*

**TRAITEMENT DE L'HYPERACIDITE GASTRIQUE**

**G E L U S I L**  
TRAITEMENT DIURNE

**GELUSIL-LACT**  
TRAITEMENT NOCTURNE

**S P E C I F I Q U E D E L A T O U X**  
**S I R O P R A M I**

EMULSION D'HUILE DE PARAFFINE  
D'AGAR-AGAR et de PHENOLPHTALEINE  
**A G A R O L**

SUPPOSITOIRES ET POMMADE  
**A N U S O L**

NOUVEL ANTI-ASTHMATIQUE  
**C H I L R A L**

PHYTOTHERAPIE TONI-VEINEUSE  
**H E M O L U O L**

T H Y R O I D E A M E L I O R E E  
**P R O L O I D**

ANALGESIQUE A ACTION RENFORCEE  
**V E G A N I N E**

NEBULISEUR DECONGESTIONNANT  
**B I O M Y D R I N E**

**A F F E C T I O N S U R I N A I R E S**

**A N A L G E S I Q U E U R I N A I R E**

**P Y R I D I U M**

remboursé par la Sécurité Sociale

**S U L F A M I D E + A N A L G E S I Q U E**

**P Y R I S U L F I N E**

remboursé par la Sécurité Sociale

**A N T I S E P T I Q U E e t A C I D I F I A N T U R I N A I R E**

**M A N D E L A M I N E**

remboursé par la Sécurité Sociale

Littérature et échantillons médicaux sur demande

**LABORATOIRES SUBSTANTIA S. A.**

53, RUE POINÇON - BRUXELLES 1

L'eau qui guérit le  
**FOIE**

## **MONDORF-LES-BAINS**

*Saison :*

**AVRIL à OCTOBRE**



*Indications :*

La lithiase biliaire et les maladies  
de la vésicule

Les maladies hépatiques

Les troubles de la nutrition

Le foie colonial

La constipation chronique



**loterie**  
 **nationale**

*L'oeuvre sociale par excellence*

**loterie**

