

VOL. 9

No 9

NOVEMBRE 1944

LAVAL MÉDICAL

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE
DES
HÔPITAUX UNIVERSITAIRES
DE QUÉBEC

Direction
FACULTÉ DE MÉDECINE
UNIVERSITÉ LAVAL
QUÉBEC



Riches et Pauvres

SOUFFRENT D'AVITAMINOSE

Un régime carencé en riboflavine chez les animaux d'expérience amène un arrêt de croissance, des signes prématurés de vieillesse. L'administration de riboflavine ramène l'état normal et disparition des lésions. (Day, P. L., et Darby, W. J., J. Biol., Chem., 123, 28-29, mai 1938.)

Il est hors de doute que nombre d'individus, surtout chez les pauvres, ne consomment pas assez d'aliments contenant une teneur suffisante en vitamines A et G pour assurer un état de nutrition essentiel au bien-être et à la résistance aux infections. (Sherman, H. C., Lanford, C. S., J. A. M. A., 111 ; 1278-1280, 16 avril 1938.)

USINES CHIMIQUES DU CANADA, INC.
MONTREAL



LAVAL MÉDICAL

VOL. 9

N° 9

NOVEMBRE 1944

COMMUNICATIONS

LES FURONCLES DE LA FACE : LEUR PRONOSTIC ET TRAITEMENT ⁽¹⁾

par

Jean GRANDBOIS

Assistant bénévole à l'Hôtel-Dieu

C'est en 1880 que Pasteur découvrit que le furoncle avait pour agent causal le staphylocoque doré et, exceptionnellement, le staphylocoque blanc.

Les causes prédisposantes peuvent être locales ou générales. Les premières comprennent toutes les irritations cutanées et toutes les dermatoses prurigineuses. La barrière cutanée étant attaquée, le staphylocoque pénètre au niveau du follicule pileux et provoque le développement d'un furoncle. Souvent, aussi, il s'agit de l'irritation d'un ostium folliculaire hébergeant d'avance le staphylocoque. Parmi les causes générales, nous pouvons affirmer que les états pathologiques, en nuanciant la résistance de l'individu, prédisposent à l'apparition d'un furoncle ou, plus souvent, de la furunculose. L'épuisement physique et intellectuel, l'anémie, les troubles digestifs et la période de convalescence des fièvres éruptives comptent pour certains de ces états.

(1) Travail du Service de dermatologie de l'Hôtel-Dieu de Québec (E. Gaumond).

La plupart des auteurs admettent l'influence prédominante du diabète sur l'apparition de ces infections pyogéniques de la peau. Cependant Williams (1), après une étude de 70,419 patients, dont 850 diabétiques, conclut que le furoncle et l'anthrax (*carbuncle*) ne sont pas plus fréquents chez le diabétique que chez ceux qui ne souffrent pas de cette maladie.

Quelque soit le siège du furoncle, l'agent causal et les causes prédisposantes demeurent les mêmes, mais le pronostic devient beaucoup plus sérieux si la lésion fait son apparition dans la région faciale. Cette région, dans son ensemble, est plus vulnérable, mais pour des raisons tant anatomiques que physiologiques, la lèvre supérieure et le nez doivent être considérés très particulièrement comme la « zone dangereuse ». Celle-ci est comprise dans un triangle qui s'étend des angles de la bouche à la racine du nez.

La peau, au niveau de cette zone, est très mince et très adhérente aux muscles sous-jacents, dont les fibres sont insérées dans le derme.

Il n'y a que peu ou pas de tissu de liaison lâche et de tissu adipeux sous la peau, et le tissu cellulaire s'y restreint particulièrement autour des vaisseaux lymphatiques et sanguins et autour des fibres musculaires. La vascularisation est très riche à la lèvre supérieure, et ce riche plexus veineux est plus superficiel qu'ailleurs.

Le tronc collecteur pour la lèvre supérieure monte dans le sillon naso-labial et se déverse dans la veine faciale, au niveau de la narine ou du bord de l'orbite. Les veines nasales se déversent aussi dans cette veine faciale. Celle-ci, à son tour, se déverse dans les veines ophtalmiques supérieures et inférieures, et ces dernières dans les sinus caverneux.

La lèvre inférieure possède deux branches collectrices, dont la branche collectrice inférieure se vide également dans la veine faciale. Une autre voie peut être suivie, celle de la veine faciale antérieure, de la faciale commune, de la jugulaire interne et, enfin, de la circulation générale. La veine angulaire fait aussi communiquer le système veineux superficiel avec les canaux veineux profonds intra-crâniens.

Un autre point important de ce réseau veineux est l'absence de valvules dans les veines faciales et ophtalmiques de même que la rigidité des parois de ces veines. Cela rend plus facile l'accès des sinus caverneux.

Supposons maintenant qu'un petit furoncle fasse son apparition au niveau de la « zone dangereuse ». La dissémination de l'infection peut se faire très facilement entre les fibres musculaires, dans le tissu de liaison dense. La vascularisation étant intense et superficielle, le contact de l'agent infectant avec le lacis veineux se réalisera sans difficulté. Une thrombo-phlébite s'y installera, et il y aura alors progression ou arrêt.

Deux facteurs importants entrent ici en ligne de compte, ce sont le *traumatisme* et le *mouvement*. Le traumatisme dénudera certaines veines, provoquera un saignement plus ou moins léger, et aidera à la dissémination de l'infection. Le mouvement, comme on le sait, est particulièrement prononcé aux lèvres supérieure et inférieure. La pression ainsi exercée sur le furoncle, par la contraction des muscles labiaux aidera également à la propagation de l'infection. Il y aura alors thrombo-phlébite des troncs collecteurs veineux, et l'absence de valvules dans les veines faciales et ophtalmiques rendra vulnérable l'accès des sinus caverneux, des vaisseaux méningés et de la circulation générale. Nous nous trouvons donc ici devant, soit une thrombo-phlébite des sinus caverneux, soit une méningite, soit une septicémie massive à staphylocoque doré, complications qui rendent si sérieux le pronostic du furoncle de la face.

Grove (2), en faisant une revue de la littérature, rapportait qu'avant 1936, la mortalité dans la thrombo-phlébite des sinus caverneux était de 100%. Depuis cette date, quelques rares cas de survie ont été publiés. Cohen et Cohen (3) constataient un succès thérapeutique dans une thrombo-phlébite des sinus caverneux chez un enfant de deux ans, et, grâce à l'emploi simultané de sulfathiazole, de transfusions sanguines et d'héparine, Doorly (4) observait un résultat semblable chez un patient atteint d'un furoncle du nez, compliqué de thrombo-phlébite des sinus caverneux. Ces mois derniers, une jeune patiente de 10 ans se présentait à l'hôpital pour un furoncle du front, compliqué de thrombo-phlébite des sinus caverneux, de méningite et de septicémie à staphylocoque doré ; l'administration de pénicilline, par voie intra-rachidienne et intramusculaire, amena la guérison de cette patiente. Ce cas sera publié ici prochainement, et au complet, par le Dr E. Gaumond.

Espérons que l'avenir nous réservera des succès thérapeutiques de plus en plus nombreux, puisque l'action de la pénicilline sur le staphylocoque doré est maintenant démontrée.

Avant de passer à l'étude de quelques observations de furoncles de la face, je voudrais de nouveau insister sur la gravité du pronostic de cette affection, surtout si le siège du furoncle se trouve dans la « zone dangereuse ». Pour la première fois dans la littérature, Ludlow (5), en 1852, en exposait la gravité, puisque, sur ses six cas rapportés, il eut trois morts. Martin (6), sur sept patients avec des furoncles multiples de la lèvre supérieure, en perd six. Totten (7) observe trente-et-un malades avec des furoncles de la face, dont trois meurent. Maes (8) rapporte la mort de vingt patients souffrant d'infections dans la « zone dangereuse » et de sept autres malades infligés d'un furoncle à la lèvre inférieure. Berman (9) observe huit cas d'anthrax de la face dont quatre meurent. Loubejac (10) publie trois cas de mort. Dittrich, cité par Walker et Awtrey (11) donne, comme taux de mortalité pour les furoncles de la face incisés : 13%. Le professeur Terracol (12) nous fournit aussi des statistiques : celle de Monin : 15%, et celle de Nowicka : 29% de mortalité.

On peut constater, d'après ces auteurs, que le pronostic des furoncles de la face, et surtout celui de la « zone dangereuse » est grave, puisque le taux de mortalité varie de 10 à 90%.

Depuis quelques années nous avons eu l'occasion d'observer huit cas de furoncle et un cas d'anthrax (*carbuncle*) de la face dans le Service de dermatologie de l'Hôtel-Dieu. Sur ce nombre, sept patients étaient affligés d'un furoncle dans la « zone dangereuse ». Les deux autres patients souffraient, l'un d'un furoncle, l'autre d'un anthrax au niveau de la lèvre inférieure. Sur ces neuf patients, un de ceux qui souffraient d'un furoncle de l'aile du nez est décédé moins de trente-six heures après son admission à l'hôpital. Ce cas comprend l'autopsie. Voici les observations de ces malades.

FURONCLES DE LA LÈVRE SUPÉRIEURE

Première observation :

M. H. M., 26 ans, est admis, le 8 octobre 1940, pour tuméfaction douloureuse énorme de la lèvre supérieure. Cette lésion avait débuté, il y a une huitaine de jours, par un petit « bouton », que le patient s'était

hâté de presser pour en faire sourdre quelques gouttes de pus. Les jours suivants, le « bouton » avait augmenté de volume, et était devenu très douloureux.

A son admission, la température est de 103°F., le pouls, de 80 pulsations à la minute, et la respiration, de 20. Le patient se plaint d'asthénie prononcée, de céphalée, et de douleur intense à la lèvre supérieure. Celle-ci est augmentée d'au moins trois fois son volume normal. Du côté gauche, une tumeur, de la grosseur d'un œuf de pigeon, recouverte en son centre d'une croûte jaunâtre, fait légèrement saillie sur la zone œdémateuse environnante. Toute cette zone est de couleur rouge violacé, dure et douloureuse au toucher. L'œdème empiète sur la région génienne gauche, et s'étend même jusqu'à la région sous-orbitaire du même côté. Ce gonflement énorme rend très difficile tout mouvement de la bouche.

L'examen clinique des différents appareils est négatif. Un examen des urines décèle 0 g. 20‰ d'albumine et quelques cellules pavimenteuses.

Le traitement consista dans une diète liquide, le repos complet au lit avec défense de parler, et l'application de pansements humides chauds au permanganate de potassium sur la lèvre supérieure. Un dérivé sulfamidé, le Dagenan (sulfapyridine), lui est donné à raison de 1 gramme aux 4 heures. Une injection d'héroïne ($\frac{1}{12}$ gr.) réussit à le soulager durant deux heures environ.

Le lendemain, 9 octobre, notre patient, dont l'état est le même que la veille, reçoit un premier traitement de roentgenthérapie sur la lèvre supérieure gauche. La dose est de 350 r. (Kv : 135 ; Ma : 5½ ; filtre 50/10 Al. ; local. : 20 ; dist. : 27 ; temps : 14 min.). La douleur augmente dans les quelques heures qui suivent ce traitement. Le Dagenan et les pansements humides chauds sont continués. Le 10 octobre, la température est de 102°F., le pouls, de 100. Des troubles digestifs, sous forme de douleurs stomacales et de vomissements, exigent la cessation du Dagenan. Les douleurs locales ont un peu diminué, mais réclament quand même l'administration d'héroïne ($\frac{1}{12}$ gr.). Le malade est toujours très fatigué.

Le 11 octobre, il est soumis à une deuxième séance de roentgenthérapie, mais cette fois sur la lèvre supérieure droite. L'état général de

notre patient s'améliore. Il s'alimente un peu et semble moins abattu. La température est de 101°F., et le pouls, de 92. La lèvre supérieure diminue de volume, les douleurs sont moins fortes. Un nouvel examen d'urines décèle 0 g. 50‰ d'albumine et des cylindres granuleux peu nombreux. Un examen pulmonaire est négatif.

Les symptômes diminuent de jour en jour, et le 15 octobre, l'état du patient s'est beaucoup amélioré. La température est de 98°F., et le pouls, de 90 pulsations à la minute. Le volume du furoncle est de moitié moindre. Les douleurs sont complètement disparues depuis environ deux jours. Le patient s'alimente très bien, et ne reçoit, comme traitement, que des pansements humides chauds au permanganate de potassium. Un examen des urines est complètement négatif. Le 20 octobre, la lèvre supérieure de notre patient est à peu près de volume et d'aspect normal, et seule une petite induration subsiste.

Le 22 octobre, 14 jours après son admission, il quitte l'hôpital, guéri.

Deuxième observation :

Mme A. P., 40 ans, vient consulter, le 14 juillet 1942, pour une tuméfaction douloureuse de la lèvre supérieure droite. Le début du processus remontait à une semaine, sous la forme d'une petite pustule douloureuse que la patiente pressa à plusieurs reprises. Au lieu de disparaître, comme elle s'y attendait, la tumeur augmenta de volume jusqu'à ce jour. La malade se plaint également de fatigue générale.

La température est de 100°F., le pouls, de 74 pulsations à la minute et la pression artérielle, de 110/65. Elle semble à bout de forces. A la lèvre supérieure droite, on voit une tumeur rouge, tendue, de la grosseur d'un noyau de prune. Un léger œdème entoure le furoncle. L'examen physique clinique est négatif. Un examen des urines décèle des traces d'albumine, quelques cellules pavimenteuses et du pus en quantité assez abondante.

Le traitement comprit une alimentation légère, le repos complet au lit, et l'application de pansements humides chauds au permanganate de potassium.

Le lendemain, 15 juillet, notre patiente reçoit une application de roentgenthérapie de 350 r. (Kv : 135 ; Ma : 5½ ; filtre : 5 Al. ; local. : 40 mm. ; dist. : 27 ; temps : 14 min.). Durant les quelques heures qui

suivirent ce traitement, le furoncle sembla augmenter de volume et les douleurs devinrent plus fortes. Au bout de douze heures la douleur cesse complètement, et douze heures plus tard encore, il y avait évacuation spontanée du bourbillon.

Le 16 juillet, la température est de 99°F., le pouls, de 71, et la patiente se sent moins affaïssée. Les pansements chauds au permanganate de potassium sont continués.

Le 20 juillet, six jours après son entrée, notre malade quitte l'hôpital, guérie, sa lèvre supérieure étant d'aspect normal.

Troisième observation :

M. M. B., 59 ans, arrive à l'hôpital, le 1^{er} novembre 1942, présentant une tuméfaction érythémateuse et purulente à la lèvre supérieure, et une autre moins prononcée sur l'aile gauche du nez. La maladie a débuté il y a huit jours par un petit « bouton » induré et douloureux sur l'aile gauche du nez. Le patient inquiet de la prolifération de cette lésion, consulta son médecin. Celui-ci, après avoir porté le diagnostic de furoncle, lui prescrivit l'application locale d'antiphlogistine. La guérison s'ensuivit mais, malheureusement pour notre malade, un autre furoncle fit son apparition sur la lèvre supérieure. Ce dernier ne fut pas influencé par le même traitement, et continua à progresser. C'est alors que son médecin le dirigea vers l'hôpital.

A son admission, il a une température de 101.3°F., un pouls de 104 et une respiration de 24. Son aspect général est celui d'un grand fatigué. A la lèvre supérieure on voit une tumeur rouge foncé de 3 à 4 cms de diamètre. La lèvre, dans son ensemble, est œdématiée. L'aile gauche du nez est aussi le siège d'une petite tuméfaction indurée. L'œdème environnant est assez marqué. L'examen clinique des différents systèmes est négatif.

Le patient est soumis aussitôt à une séance de roëntgenthérapie. Il reçoit une dose de 350 r. au niveau de l'aile gauche du nez, et deux autres doses de 350 r., l'une à la portion médiane, l'autre à la portion latérale droite de la lèvre supérieure. Des pansements humides au streptocide ($\frac{7}{8}$ gr. dans 4 onces d'eau) sont appliqués localement. On lui administre aussi du sulfathiazole *per os*, à la dose de 1 gramme aux 4 heures.

Le lendemain, 2 novembre, après une nuit d'insomnie presque complète, l'œdème s'étend à la joue gauche, mais la tension douloureuse a diminué d'une façon notable. La température est la même et notre patient se dit très affaîssé.

Le 3 novembre, on discontinue le sulfathiazole à cause de troubles digestifs, d'une diurèse de 650 c.c. en 24 heures, et d'un examen d'urines décelant 2 g. ‰ d'albumine, quelques cylindres granuleux et des cristaux de sulfamidés excessivement abondants. Le malade ne semble plus souffrir, et sa lèvre supérieure, ainsi que sa région nasale gauche, ont diminué légèrement de volume. Il est encore très las, et sa température est de 100.3°F. Les pansements humides au streptocide sont continués.

Le 5 novembre, l'œdème du nez et de la lèvre est beaucoup moins prononcé. La faiblesse diminue et la température est de 99.3°F.

Le 10 novembre, la figure de notre patient est à peu près revenue à l'état normal. La température est de 99°F., son pouls bat à 96, et, quoique légèrement fatigué, il se sent bien. Un nouvel examen d'urines décele 0 g. 14‰ d'albumine.

Un état grippal qui se développe les jours suivants retarde son départ jusqu'au 21 novembre. Il quitte l'hôpital, à cette date, complètement guéri.

FURONCLES DE LA LÈVRE INFÉRIEURE

Première observation :

Mme A. L., 35 ans, vient consulter, le 13 décembre 1936, pour une tumeur douloureuse de la lèvre inférieure gauche. Il y a une semaine, elle s'aperçut de l'apparition d'un petit « bouton » à la lèvre inférieure. Elle le toucha. Peu à peu, une tumeur érythémateuse et douloureuse se développa. La douleur augmenta et présenta des irradiations dans l'hémicrâne gauche.

A son arrivée, cette patiente a une température de 99°F., un pouls de 88 et une respiration de 24. Elle se sent faible. Une tumeur assez volumineuse (4 cms de diamètre) de couleur rouge foncé, et au centre de laquelle il y a un point ramolli blanchâtre, existe à la lèvre inférieure gauche. Un léger œdème circonscrit la lésion. L'examen clinique des différents appareils est négatif. Un examen d'urines ne décele rien d'anormal.

Le traitement de cette malade consista dans une diète complète, le repos au lit, et l'application de pansements humides chauds au permanganate de potassium.

Le 14 décembre, après une nuit d'insomnie, le furoncle s'ouvre spontanément et il y a écoulement purulent. La tumeur diminue de volume, et la douleur est moins intense. La température est normale, mais la patiente se sent encore lasse.

Les jours suivants, il y a amélioration constante et, le 20 décembre, 7 jours après son admission, elle quitte l'hôpital, complètement guérie.

Deuxième observation (anthrax) :

M. E. P., 59 ans, est admis à l'hôpital, le 22 août 1944, pour tuméfaction douloureuse et purulente de la lèvre inférieure gauche. La maladie a débuté il y a une quinzaine de jours par une sensibilité douloureuse de la lèvre inférieure. Trois ou quatre jours plus tard un petit furoncle fait son apparition dans cette région. Le patient consulte son médecin, qui lance la lésion et en fait sortir le bourbillon. Les jours suivants, le furoncle reprend son évolution, et apparaît sous la forme d'un placard rouge violacé, dur et très douloureux.

La température est de 101°F., le pouls, de 80, et la respiration, de 20. Notre patient se sent fatigué. A la lèvre inférieure gauche, on voit une tuméfaction purulente de 2 pouces de diamètre, couverte de plusieurs phlyctènes. Quelques-unes de ces phlyctènes laissent échapper du pus. L'œdème de la lèvre est très important et immobilise complètement sa bouche. L'examen clinique des différents appareils est négatif. Un examen des urines ne décèle rien de spécial, et une glycémie donne le chiffre de 0 g. 91‰. Le traitement consiste dans une diète liquide abondante, le repos complet au lit sans parler, et des pansements humides chauds au permanganate de potassium. Il reçoit, en plus, 1 gramme de sulfathiazole aux 3 heures.

Le lendemain, le pus s'écoule plus abondamment de la lésion, mais la douleur et le gonflement sont toujours très importants. La température est normale. Notre patient est soumis à une première séance de roentgenthérapie de 200 r. (Kv : 135 ; Ma : 5 ; filtre : 5 Al. ; local. : 6 x 8 ; dist. : 30 ; temps : 6 min.). On nota que le gonflement et la douleur

augmentèrent quelques heures après ce premier traitement, mais que, douze heures plus tard, la douleur avait complètement disparu.

Le 24 août, l'anthrax suppure abondamment et le malade se sent beaucoup mieux. Les pansements humides chauds au permanganate de potassium sont continués, ainsi que le sulfathiazole à la dose d'un gramme aux 8 heures.

Le 25 août, la température est normale, et l'état général de notre patient s'est encore amélioré. Il reçoit un deuxième traitement de roentgenthérapie de 200 r., et le sulfathiazole est diminué à 2 grammes par 24 heures. L'anthrax suppure toujours très abondamment.

Les 26 et 27 août, il y a amélioration progressive.

Le 28 août, il est soumis à une troisième et dernière séance de roentgenthérapie de 200 r. Le sulfathiazole est discontinué, et le seul traitement qu'il reçoit consiste en des pansements humides.

Le 29 août, il n'y a plus de suppuration et l'anthrax a presque complètement disparu ainsi que l'œdème de voisinage.

Le 1^{er} septembre, 10 jours après son admission, notre patient quitte l'hôpital, guéri.

FURONCLES DU NEZ

Première observation :

Mlle T. G., 28 ans, est admise à l'hôpital, le 27 novembre 1942, pour tuméfaction douloureuse de l'aile gauche du nez. Les troubles ont débuté il y a six jours par une tension désagréable à ce niveau. Il est inutile d'ajouter que la patiente n'a pas manqué de frotter un peu cette région. Une petite tumeur est apparue, a grossi et est devenue douloureuse. La température, le pouls et la respiration sont normaux. Elle souffre seulement d'une légère fatigue.

Sur l'aile gauche du nez, il y a une petite tumeur de la grosseur d'une noix. Cette tumeur est dure et centrée par un poil. Les régions génienne et sous-orbitaire gauches sont le siège d'un œdème assez important. L'examen clinique des différents systèmes est négatif, ainsi qu'un examen sommaire des urines.

Le traitement consiste en une séance immédiate de roentgenthérapie. La dose habituelle de 350 r. est administrée. Notre patiente est aussi

soumise au repos complet au lit, et à l'application d'un sac d'eau chaude sur la région malade.

Le lendemain, 28 novembre, l'œdème de la partie supérieure gauche de la face est disparu, la tumeur est moins volumineuse et la tension douloureuse n'existe plus. Il y eut, sans aucun doute, avortement du furoncle.

Le 30 novembre, 4 jours après son admission, la patiente, guérie, quitte l'hôpital.

Deuxième observation :

M. N. V., 47 ans, est admis à l'hôpital, le 5 juillet 1938, pour tuméfaction douloureuse à l'aile droite du nez, ainsi que légère asthénie. Le début de ces troubles remonte à six jours, moment de l'apparition d'un petit « bouton ». Depuis ce temps, il y a eu progression de cette lésion, et la douleur augmente. La température est de 100°F., le pouls, de 90, et la respiration, de 28. Une lésion inflammatoire dure, mesurant 1½ cm. de diamètre, et recouverte en son centre d'un point jaunâtre, est présente sur l'aile droite du nez. De l'œdème entoure cette tumeur, et s'étend même à la paupière inférieure droite. Un examen clinique ne révèle rien d'autre d'anormal. L'examen des urines est négatif.

Le traitement consista dans le repos au lit, des pansements humides boriqués, et l'administration d'un dérivé sulfamidé, le streptocide (sulfanilamide), à la dose de 4 grammes par 24 heures.

Le lendemain, la température est de 99°F., le pouls, de 78, et la respiration, de 24. La douleur a légèrement diminué, et l'infection semble plus localisée. La dose de streptocide est abaissée à 2 grammes par 24 heures.

Le 7 juillet, le furoncle s'ouvre spontanément et le drainage s'établit. La température est normale et la douleur a presque complètement disparu. La tuméfaction a diminué de volume, et on ne voit qu'un très léger œdème au niveau de la paupière droite.

Le 8 juillet, il y a élimination du bourbillon, et toute tension douloureuse disparaît. Le streptocide est discontinué, et le seul traitement consiste dans l'application locale de pansements humides boriqués.

Le 11 juillet, six jours après son admission, notre patient quitte l'hôpital, guéri.

Troisième observation :

M. J. F., 35 ans, vient consulter, le 2 juin 1939, pour érythème douloureux du nez et asthénie importante. Ces troubles ont débuté, il y a six jours, par de la douleur dans la fosse nasale droite. La douleur augmenta de jour en jour et notre patient se sentait affaîssé. C'est alors qu'apparut un léger érythème sur le nez.

A son admission, la température est de 98°F., le pouls, de 78 pulsations à la minute, et la respiration, de 20. L'apparence générale de ce malade est celle d'un grand fatigué, bien que l'examen clinique des différents organes soit négatif. La peau de la région nasale est rouge dans son ensemble, mais l'érythème et la sensibilité sont plus prononcés du côté droit. La fosse nasale droite est obstruée par deux petits furoncles.

Le traitement consista dans le repos complet au lit, l'administration de streptocide (sulfanilamide) à la dose d'un gramme aux 4 heures, et l'application de pansements humides chauds boriqués sur le nez. Il reçut aussi des instillations d'argyrol à 10% dans les deux fosses nasales.

Le 4 juin, deux jours après on arrivée, nous ne constatons aucun changement dans l'état du patient. L'érythème douloureux semble même avoir augmenté d'intensité. Le même traitement est suivi, sauf que le streptocide est discontinué.

Le 6 juin, il y a écoulement purulent abondant de la narine droite et la douleur diminue. Notre malade se montre toujours très abattu, et son appétit est léger. On lui donne du vin de quinquina avant les repas.

Le 12 juin, l'écoulement purulent est tari, la douleur et l'érythème de la région nasale ont disparu. De l'œdème persiste dans la fosse nasale droite et le patient est toujours très affaîssé. Il reçoit des instillations d'huile mentholée dans son nez, et de la strychnine à la dose de $\frac{1}{30}$ e gr. deux fois par jour.

Le 17 juin, notre patient se sent moins fatigué. La région nasale est à peu près normale. Il continue cependant à recevoir des instillations d'huile mentholée dans sa fosse nasale droite. On lui donne aussi des reconstituants généraux sous forme de vitamines, de cacodylate de soude et de strychnine.

Le 25 juin, son état général est amélioré, mais le 9 juillet seulement il peut quitter l'hôpital, complètement guéri.

Quatrième observation :

M. E. L., 19 ans, arrive à l'hôpital sur civière le 27 novembre 1943, à 5 heures du soir. Il est à demi-conscient et seules de fortes douleurs à la tête semblent le faire sortir de cet état. La région nasale ainsi que les paupières sont de couleur rouge violacé et très œdématisées. La maladie de ce patient a débuté il y a sept jours par une petite tumeur douloureuse sur le nez. Cette tumeur devenait de jour en jour plus douloureuse et son état général faiblissait. Le gonflement s'étendit de la région nasale aux paupières des deux côtés. C'est alors qu'un médecin consulté demande son hospitalisation.

Sa température est de 103°F., son pouls, de 110, et sa respiration, de 28. Le nez est le siège d'un œdème rouge violacé et dur, qui empiète sur les régions géniennes. Les fosses nasales sont obstruées et laissent s'écouler des sécrétions muco-sanguino-purulentes. Les régions palpébrales sont aussi très œdématisées, ce qui rend impossible les mouvements des paupières. Sur ce gonflement diffus, on peut noter quelques petites surélévations au niveau de l'aile droite du nez. L'examen clinique révèle une raideur marquée de la nuque et un signe de Kernig positif.

Le traitement consista dans une diète liquide abondante, l'administration buccale de sulfathiazole (1 gramme aux 4 heures) et l'application de pansements humides chauds au sérum physiologique. Les fosses nasales sont lavées avec une solution de streptocide. Notre malade est agité et demi-conscient durant toute la nuit, et deux injections de morphine ($\frac{1}{6}$ gr.) ne lui donnent que quelques instants de repos.

Le lendemain, 28 novembre, à 6 heures du matin, étant inconscient et ne pouvant boire, on lui donne 1,000 c.c. de sérum mixte et 1 gramme de soluthiazamide par voie intra-veineuse. Sa température rectale est de 104°F., son pouls, de 127, et sa respiration, de 32. L'œdème est plus étendu et plus dur au niveau du nez et des paupières. Nous sommes dans l'impossibilité de faire un examen de sa vue.

A 10 heures du matin, il reçoit du camphoral, de l'héroïne ($\frac{1}{12}$ gr.), et une nouvelle injection intra-veineuse de soluthiazamide (1 gr.). Il est de plus en plus agité et inconscient. L'écoulement nasal sanguino-purulent augmente.

A 11 heures du matin, il est soumis à une séance de roëntgenthérapie de 350 r. appliquée sur le nez.

A 2 heures du soir, il reçoit de nouveau 1,000 c.c. de sérum mixte ainsi que 1 gramme de soluthiazamide.

A 4 heures du soir, sa respiration devient difficile et son faciès est vultueux. On pratique une ponction lombaire. La pression initiale est de 58 mm. d'eau, et on retire 20 c.c. d'un liquide fortement xanthochromique louche et coagulant spontanément. Un examen immédiat de ce liquide décèle 12.70%₀₀ d'albumine et 4,270 leucocytes par mm³. La cytologie qualitative comprend des polynucléaires désagrégés en grande quantité. L'ensemencement de ce liquide est fait sur de la gélose au sang. Notre patient semble plus calme à la suite de cette ponction lombaire mais ne repose pas.

Les stimulants cardiaques, le sérum mixte, les sédatifs ainsi que le soluthiazamide sont continués toute la journée, mais sans produire aucune amélioration.

A 10 heures du soir, 29 heures après son admission, notre patient meurt.

Quelques heures plus tard, le Dr Henri Marcoux, chef des laboratoires de l'hôpital, pratique l'autopsie.

Extraits du protocole :

Macro :

Œdème marqué de la face. Furunculose de l'aile droite du nez.

Cerveau : Les enveloppes du cerveau sont assez adhérentes au crâne et au cerveau. A la base, sur la protubérance et le début de la moelle, il y a un liséré fibrino-purulent assez marqué (méningite). Les sinus latéraux et les sinus caverneux sont normaux.

Thorax : Dans les poumons, il y a d'assez nombreuses embolies septiques ainsi que quelques abcès. Au côté gauche, il y a 250 c.c. de liquide séro-fibrineux sale.

Cœur et organes abdominaux : Rien de particulier.

Micro :

Méningite fibrino-purulente contenant, par endroits, des amas microbiens, apparemment staphylococciques.

Les poumons sont parsemés de petits abcès dont quelques-uns sont centrés par des amas microbiens. Au niveau des plèvres, il y a des foyers de pleurésie fibrino-purulente.

Le 30 novembre, l'examen du milieu de culture, sur lequel on avait ensemencé du liquide céphalo-rachidien, montrait du staphylocoque doré hémolytique. Comme on le constate par l'observation, les examens de laboratoire, et l'autopsie de notre patient qui souffrait de furoncles du nez, est mort d'une méningite et d'une septicémie à staphylocoque doré.

Ces neuf observations de patients souffrant de furoncles de la face nous démontrent clairement la gravité du pronostic de cette affection. La plupart de nos malades ont présenté des symptômes généraux en plus d'une réaction locale très importante.

L'un d'entre eux, affligé de furoncles du nez, compliqués de méningite et de septicémie, est décédé quelques heures après son admission à l'hôpital. Leur traitement a consisté en des *mesures conservatrices*, excluant toute intervention chirurgicale. Six de nos neuf patients ont reçu de la roëntgenthérapie. Je désirerais insister ici sur le traitement des furoncles de la face, et particulièrement, de ceux de la « zone dangereuse ».

Le grand principe de ce traitement est de *ne pas traumatiser* un furoncle qui siège dans cette région. Ce principe a été le sujet d'un éditorial (13) dans le *J. A. M. A.* Toute intervention, soit de la part du patient, soit de la part du médecin doit être évitée. Ceci pour prévenir l'extension de l'infection, et l'apparition de complications pour la plupart fatales.

L'adoption de mesures conservatrices atténuera la gravité de ces cas. A ce propos, Bænsch (14) publie des chiffres convainquants. En effet, sur 103 patients traités pour des furoncles de la face au moyen de méthodes médicales et chirurgicales, il eut 10.7% de mortalité, et sur un même nombre de patients traités par des mesures exclusivement médicales, la roëntgenthérapie comprise, il eut 1.9% de mortalité.

Les mesures conservatrices comprennent le repos au lit avec défense de parler, une diète liquide, des sédatifs, des pansements humides chauds

et de la roëntgenthérapie. L'administration d'un dérivé sulfamidé (15), surtout le sulfathiazole (16), d'un vaccin autogène, d'anatoxine staphylococcique ou de bactériophage stimulera les mécanismes de défense. Enfin, la correction d'un état pathologique préexistant tel que le diabète, le surmenage physique et intellectuel, etc., complètera le traitement des furoncles de la face.

Parmi ces mesures conservatrices énoncées plus haut, la roëntgenthérapie, comme nous avons pu le constater chez nos patients, est une aide très précieuse, sinon indispensable. Elle devrait être recommandée dans 100% des furoncles de la face à leur période de début, c'est-à-dire avant la suppuration. Elle provoquera l'avortement du furoncle, et il y aura résorption. Si la période de suppuration existe, celle-ci sera de courte durée, et la dissémination ne sera pas à craindre. La roëntgenthérapie possède aussi l'avantage de faire disparaître la douleur dans les 24 heures.

L'action des rayons X sur les lésions inflammatoires de la peau est aujourd'hui reconnue, mais leur mécanisme d'action n'est pas définitivement prouvé. La théorie la plus admise est la suivante : Il y aurait destruction des lymphocytes, qui sont des cellules radio-sensibles, et ces cellules détruites libéreraient des substances protectrices qui agiraient sur les produits toxiques microbiens. Au reste, quelque soit ce mécanisme, l'important est que nous ayons la preuve clinique de leur action.

Plusieurs auteurs ont publié des résultats intéressants à ce sujet. Faure-Beaulieu et ses collaborateurs (17) rapportent les observations de 7 patients affligés de furoncles de la lèvre supérieure et traités uniquement par la roëntgenthérapie. La cicatrisation se fit sans suppuration ou après suppuration de courte durée. La douleur augmenta dans les quelques heures qui suivirent le traitement, mais disparut complètement dans les 24 heures. Aucune complication sérieuse ne survint. Light et Merrill (18) ont traité cinquante cas d'anthrax par les rayons X, et eurent pour résultat une amélioration importante chez trente-quatre et aucun changement chez les autres. Duhnam (19) obtint des résultats excellents chez 11 de ses patients affligés d'anthrax. Firor (20) conclut que la roëntgenthérapie remplit un rôle très important dans le traitement des furoncles et des anthrax, puisque dans 56 de ces cas ainsi traités, il eut d'excellents

résultats. Il ajoute que la précocité de l'irradiation est un facteur important. Tillier et Tillier (21) en arrivent à la même conclusion. Enfin Terracol (12) termine un travail sur la furonculose en disant que « la röntgenthérapie est actuellement le traitement de choix des furoncles de la face ». Il mentionne qu'à « la clinique de Cologne, 339 furoncles de la face ont été observés, et la mortalité n'a été que de 2.9% ».

Nous pouvons ajouter à ces cas nos 9 observations, qui viennent corroborer les résultats mentionnés par ces auteurs. Nous excluons évidemment l'observation du patient admis à l'hôpital avec méningite et septicémie, dans lequel cas il ne fallait attendre aucun résultat de la röntgenthérapie.

Les doses employées chez nos patients dans le Service de radiothérapie de l'hôpital, dirigé par le Dr L. Payeur, ont été de 200 ou 350 r. (Kv : 135 ; filtre : 5 Al.). Ceci équivaut à 40 à 75% de la dose d'érythème. Nous avons obtenu, ainsi que plusieurs auteurs, d'excellents résultats avec cette intensité d'irradiation. Desjardins (22) préconise de petites doses (10 à 15% de la dose d'érythème), car de trop fortes doses, prétend-il, pourraient donner des réactions générales, et ainsi, aggraver la condition au lieu de l'améliorer.

En terminant, je tiendrais de nouveau à insister sur l'emploi de mesures conservatrices dans le traitement des furoncles de la face, si on veut en rendre le pronostic moins sévère. A ce propos, je désirerais mentionner les conclusions d'un rapport fait par Ayres et associés (23), à la suite d'un questionnaire envoyé à 250 chirurgiens et à 250 dermatologistes des États-Unis, sur le traitement de l'anthrax et du furoncle.

« La durée du traitement par les chirurgiens est à peu près 2 fois plus longue que celle de celui des dermatologistes. La mortalité est basse, mais elle est trois fois plus haute sous un traitement chirurgical que sous un traitement dermatologique. Les résultats esthétiques sont de beaucoup supérieurs avec le traitement conservateur des dermatologistes. »

Ajoutons, cependant, qu'aujourd'hui les chirurgiens partagent l'opinion des dermatologistes, et préconisent l'emploi d'un traitement conservateur, dans la période de début des furoncles de la face.

CONCLUSIONS

1° Le furoncle de la face doit la gravité de son pronostic à des raisons anatomiques et physiologiques.

2° Les statistiques de plusieurs auteurs très sérieux démontrent que le taux de mortalité varie de 10 à 90%.

3° Nos neuf observations de patients, affligés de furoncles de la face, apportent une nouvelle preuve de la sévérité de cette affection. L'un d'entre eux avec un furoncle du nez, compliqué de septicémie et de méningite, est mort quelques heures après son admission à l'hôpital.

4° Le traitement des furoncles de la face doit être un traitement conservateur, si nous voulons réduire la gravité de ces cas.

5° La roentgenthérapie est, de l'avis de plusieurs auteurs et du nôtre, le traitement conservateur le plus favorable dans les furoncles de la face, et plus particulièrement, dans les furoncles de la « zone dangereuse ».

BIBLIOGRAPHIE

1. WILLIAMS, J. R. Does Diabetes Millitus, Predispose the Patient to the Pyogenic Skin Infection? *J. A. M. A.*, **118** : 1357, 1942.
2. GROVE, W. E. Septic and Aseptic Types of Thrombosis of the Cavernous Sinus. *Arch. Otolaryng.*, **24** : 29, 1936.
3. COHEN et COHEN. Septic Thrombophlebitis of the Cavernous Sinus in a two-year Old Child (Recovery). *Am. J. Dis. Child.*, **63** : 546, 1942.
4. DOORLY, A. R. C. Thrombophlebitis of the Cavernous Sinus (Recovery). *British M. J.*, **1** : 42 (janv.) 1943.
5. LUDLOW, H. On Carbuncular Inflammation of Lips and Other Parts of the Face. *Med. Times*, **5** : 387 (sept.) et 332 (oct.) 1852.
6. MARTIN, W. The Fatal Outcome of Certain Cases of Staphylococcus Infections of the Face and Lips. *Ann. of Surg.*, **76** : 13-27 (juillet) 1922.
7. TOTTEN, H. P. 31 Facial Cases. *West. J. of Surgery*, **43** : 609, 1935.

8. MAES, U. Infections of the Dangerous Areas of the Face. *Ann. of Surg.*, **106** : 1, 1937.
 9. BERMAN, J. K. Carbuncle. *Am. J. of Surgery*, **40** : 419, 1938.
 10. LOUBEJAC, A. M. Furunculosis of Face. *Arch. Urug. de med., cir. y especialidades*, **11** : 589-612 (nov.) 1938.
 11. WALKER et AWTREY. Infections in Danger Area of Lips, Face and Nose. *California and West. Med.*, **48** : 427-430 (janv.) 1938.
 12. TERRACOL. La roentgentherapie dans la furonculose grave de la face. *Bull. méd. (Paris)*, **52** : 144-45 (fév.) 1938.
 13. Editorial : Avoid Trauma. *J. A. M. A.*, **109** : 278, 1937.
 14. BÆNSCH. Røntgentherapie des Gesichtsfurunkel, Strahlentherapie. Bd. XCVII, p. 188, 1933.
 15. WYSS-CHODAT. Therapy of Furuncles of Upper Lip with Sulfapyridine and Sulfathiazole. *Schweiz. med. Wehnscher.*, **70** : 892, (sept.) 1940.
 16. BEINHAUR, KNOLL et PERRIN. Clinical Responses of Certain Dermathological Diseases to Sulfathiazole. *Arch. of Derm. and Syph*, **43** : 621-627 (avril) 1941.
 17. FAURE-BEAULIEU, M., GILBERT, P., et SOLOMON, I. Røntgentherapie des furoncles de la lèvre supérieure. *Bull. et Mém. Soc. méd. Hôp. de Paris* (29 juin) 1934.
 18. LIGHT et MERRILL, C. S. Treat. of Boils and Carbuncles by X-rays. *New England Med. Jour.*, **203** : 549, 1930.
 19. DUNHAM, K. Carbuncles. *Amer. Jour. Røntgenol.*, **3** : 259, 1916.
 20. FIROR, W. B. Røntgen treatment of Carbuncles. *Amer. Jour. Røntgenol. and Rad. Ther.*, **33** : 71, 1935.
 21. TILLIER, G., et TILLIER, Henry. Radiothérapie dans les furoncles et inflammations aiguës de la face. *Algérie médicale*, (janv.) 1936.
 22. DESJARDINS, Arthur-V. Radiotherapy for Inflammatory Conditions. *J. A. M. A.*, **96** : 401, 1931.
 23. Ayres S. ANDERSON et Paul D. FOSTER. Dermatological vs. Surgical treatment of Carbuncles and furuncles. *J. A. M. A.*, **108** : 858, 1937.
-

KYSTE DERMOÏDE SUBLINGUAL

par

O. FRENETTE et Jules HALLÉ

Du Service d'oto-rhino-laryngologie de l'Hôpital du Saint-Sacrement

Pour en rappeler brièvement l'origine, disons que les kystes dermoïdes sublinguaux résultent d'un enclavement de l'ectoderme au cours des transformations morphologiques embryonnaires que subit la région cervicale, à l'occasion de la soudure des arcs mandibulaires ou de la constitution du champ méso-branchial. Ce sont là des données théoriques, mais l'étiologie de cette formation kystique reste obscure. Y en a-t-il plus chez l'homme que chez la femme? Les travaux de Rolland plaident en faveur d'une plus grande présence chez l'homme.

Histologiquement parlant, le kyste dermoïde est recouvert d'un épithélium pavimenteux. Le kyste mucoïde, d'occurrence non moins fréquente au niveau du plancher de la bouche, est, au contraire, limité par un épithélium cylindrique. Le kyste dermoïde pourra renfermer des follicules pileux et des poils, des glandes sébacées et parfois même des glandes sudoripares. Il tient, en somme, de la peau. D'autres kystes dermoïdes du plancher de la bouche sont revêtus d'épithélium pavimenteux stratifié et ont davantage l'aspect de la muqueuse bucco-pharyngée. En l'absence de couche cornée, de follicules pileux et de glandes sébacées, ils contiennent du tissu lymphoïde, ce qui a permis à Lecène de les rapprocher du tissu amygdalien. Une dernière variété de kystes dermoïdes du plancher de la bouche renferme uniquement un liquide

séreux et leur revêtement est constitué d'une couche unique d'épithélium cylindrique à plateau et à cils vibratils.

Il convient d'insister sur ces différentes formations histologiques des kystes branchiaux parce que beaucoup d'auteurs, dont Hamilton Bailey, du *Royal Northern Hospital*, de Londres (1), ont tendance à nier l'existence, à ce niveau, de kystes contenant des poils. Ils soutiennent que leur contenu est épais et granuleux, jaunâtre et grisâtre, sans système pileux.

OBSERVATION

R. P. est âgé de 26 ans. Son histoire personnelle et familiale ne révèle rien de particulier. D'aussi loin qu'il se souvienne, il a toujours eu dans la bouche une tuméfaction. Elle se serait beaucoup développée depuis deux ou trois ans, nous affirme-t-il. Elle est restée indolore jusqu'à ces trois derniers jours. Le 16 janvier 1944, le malade vient consulter non seulement à cause de cette douleur, mais aussi en raison de l'embarras progressif de l'élocution et de la gêne produite par le volume de la masse. Les mouvements de déglutition et de mastication sont rendus pénibles.

A l'examen physique, nous constatons que le malade ferme la bouche péniblement, ne pouvant rapprocher complètement les arcades dentaires. Il paraît avoir un double menton. Les ganglions des régions cervicale et sous-mentonnière ne sont pas tuméfiés et la température est normale. L'examen de la bouche laisse voir une langue soulevée et projetée en arrière par une énorme tuméfaction sub-linguale. Au toucher, celle-ci est régulière, lisse, arrondie, nettement limitée et d'un volume comparable à celui d'une orange de moyenne grosseur. Les tissus qui la recouvrent sont mobiles et on y voit une petite ulcération dans le sillon alvéolo-lingual, causée par une morsure récente. Cette tumeur est douloureuse au toucher, mobile dans le sens latéral, fixe dans le sens antéro-postérieur.

Nous avons cru qu'il s'agissait d'un kyste dermoïde adgénien. La grenouillette n'atteint jamais ce volume et ne présente pas la même coloration. Le phlegmon du plancher de la bouche à une évolution plus rapide et plus bruyante. Une lésion tuberculeuse ainsi localisée ne saurait exister seule, tout au moins sans adénite satellite.

Dans un but thérapeutique, la chirurgie nous suggère deux procédés. Le premier consiste en une extirpation complète de la tumeur par voie buccale et a été préconisé, en 1939, par Figi et Dix, de la clinique Mayo (2). Le second atteint la tumeur par voie sous-mentonnière. Il est le plus usité parce qu'il favorise le moins une localisation infectieuse au plancher de la bouche, en tenant compte que c'est un procédé sanglant.

Nous avons opté pour la voie buccale. A cette fin, l'intervention est retardée de cinq jours pendant lesquels le malade reçoit bi-quotidiennement, par voie intra-veineuse, un litre de sérum mixte contenant une ampoule de soluseptazine. Tel quel, le volume du kyste aurait nécessité une incision très longue pouvant intéresser, au moment opératoire, le canal de Wharton. Afin de ce prévenir, nous avons profité de ce délai pour ponctionner, à tous les jours, la tumeur, à l'aide d'un trocart de gros calibre. Nous avons ainsi retiré, en tout environ 50 c.c. d'un magma caséeux, d'odeur rance, et contenant des poils en grande quantité. La tumeur s'est ainsi affaissée.

L'extirpation du kyste est pratiquée, le 24 janvier, par une incision dans le sillon alvéolo-lingual. Le muscle génio-glosse est repoussé et le sac disséqué jusqu'à sa région postérieure. Celui-ci enlevé, la muqueuse est suturée à la soie, après avoir laissé en place un petit drain. La plaie guérit en cinq jours, et le malade peut quitter l'hôpital le 29 janvier. C'est là un résultat opératoire satisfaisant.

Nous croyons volontiers que l'emploi des sulfamidés, antérieurement à l'acte chirurgical, a contribué à éviter l'infection secondaire, hâtant ainsi la guérison. Nous osons même ajouter que le résultat n'aurait pas été identique si nous avions choisi la voie externe.

L'examen histo-bactériologique de la pièce a été fait par le Dr Édouard Morin. Celui-ci a appuyé le bien-fondé de notre diagnostic et a établi l'absence de tout microbe pyogène.

BIBLIOGRAPHIE

1. Hamilton BAILEY. Sublingual Dermoids. *The British Journal of Surgery*, vol. 27, 1939-1940, p. 140.
 2. *Proceedings of the Staff Meeting of the Mayo Clinic*, vol. 14, n° 19, (10 mai) 1939.
-

UN CAS D'UTÉRUS DOUBLE
AVEC GROSSESSE SIMULTANÉE
DANS CHACUNE DES CAVITÉS UTÉRINES

par

Jos. CAQUETTE

Chef du Service de gynécologie à l'Hôtel-Dieu

Il nous a été donné d'observer le cas intéressant et excessivement rare d'une femme ayant un utérus double avec grossesse simultanée développée dans chacune des cavités utérines.

La gestation a évolué jusqu'à son terme normal sans complication, mais le travail s'est déclaré d'une façon indépendante pour chacun des utérus, c'est-à-dire à 15 jours d'intervalle.

Il s'agit d'une malade qui nous a été adressée d'urgence, le 4 janvier dernier, par un médecin du comté de Beauce. Fait intéressant à mentionner, c'est la deuxième malade présentant une duplicité utérine et vaginale que ce confrère, praticien expérimenté et averti, a l'occasion de rencontrer au cours d'une pratique de près de vingt ans. Ces deux malades ont été traitées dans le Service de gynécologie, à l'Hôtel-Dieu.

Dans le premier cas, rapporté par le Dr Oscar Garant en 1937, il s'agissait d'une grossesse unilatérale dans un utérus double, grossesse qui a été interrompue spontanément au huitième mois et qui a été compliquée de rétention placentaire, d'hémorragie et d'infection.

Lorsque les femmes atteintes de malformations utéro-vaginales congénitales présentent certaines manifestations cliniques comme une aménorrhée primitive, un hématoocolpos ou une hématométrie, ou qu'elles consultent un médecin pour dyspareunie ou parce que, mariées depuis un certain temps, elles demeurent stériles, un examen attentif et complet de l'appareil génital permet à un médecin averti de poser un diagnostic. Une exploration radiographique, après injection de lipiodol, peut rendre de très grands services pour le diagnostic des anomalies congénitales de l'utérus et des trompes.

Mais si, en pratique, les malformations génitales et, en particulier, les utérus doubles qui, nous le savons, sont la conséquence d'un défaut total de fusion des canaux de Muller, sont de diagnostic clinique le plus souvent très difficile, c'est que l'on oublie fréquemment de penser à leur possibilité. Nous devons retenir que la duplicité utérine est une malformation parfaitement compatible avec l'intégrité des fonctions génitales. L'ovulation, la menstruation sont le plus souvent normales, et la gestation peut évoluer jusqu'au terme sans incident.

L'utérus double avec deux corps et deux cols séparés et indépendants fonctionnant chacun pour son compte peut ne donner naissance à aucun trouble pouvant révéler son existence. Ce n'est, le plus souvent, qu'au moment du travail que l'accoucheur est exposé à affronter des complications imprévues et très graves qui peuvent mettre en danger la vie de sa patiente.

Mme L. D., 31 ans, sujet de notre observation, est une femme de petite taille mais généralement bien conformée qui ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et personnels. Pubère à l'âge de 12 ans, ses menstruations apparaissent régulièrement à tous les trente jours avec une durée de trois à quatre jours. Mariée à l'âge de 29 ans, elle a conduit heureusement à terme deux grossesses très rapprochées, l'une simple, la seconde double. Les trois enfants sont vivants et bien conformés.

Son premier enfant est né le 24 janvier 1943. Sa grossesse a été eutocique, l'accouchement, quoique un peu long, s'est terminé par une application de forceps facile. Les suites de couches ont évolué sans incident.

De nouveau enceinte dès le début d'avril 1943, cette nouvelle grossesse s'est poursuivie normalement jusqu'au 20 décembre, alors que le travail s'est déclaré par des contractions apparaissant dès le début à intervalles réguliers avec, comme résultat, l'expulsion spontanée d'une fille pesant environ quatre livres, mais ayant bonne envie de vivre.

La délivrance s'est faite d'une façon naturelle et l'examen a montré un placenta et des membranes intacts.

Cependant, constatant la petitesse du fœtus et que l'abdomen de sa patiente était encore volumineux, son médecin a pensé qu'il avait affaire à une grossesse gémellaire bi-vitelline et il pratiqua un toucher avec l'intention de rupturer la deuxième poche des eaux.

Mais comme il ne pouvait rien percevoir par le toucher vaginal et intra-cervical, il anesthésia de nouveau sa malade pour faire un toucher intra-utérin, mais cette exploration a été négative, la cavité utérine était complètement vide. A la palpation de l'abdomen notre confrère perçoit une masse résistante inclinée du côté droit en remontant jusqu'à la région sous-hépatique. Les mouvements actifs d'un fœtus sont faiblement perçus et l'auscultation permet de distinguer les battements du cœur d'un deuxième enfant, réguliers et très bien frappés. Devant cette situation inquiétante, un confrère appelé en consultation, pratique lui aussi une exploration intra-utérine avec le même résultat négatif.

Comme la jeune femme paraissait un peu fatiguée et étant donné qu'elle ne présentait aucun signe d'hémorragie, nos confrères lui donnèrent des stimulants, firent placer un sac de glace sur la paroi abdominale et la quittèrent pour la nuit après avoir insisté pour qu'elle soit bien surveillée. A sa visite du lendemain, le médecin de famille trouva sa cliente bien reposée et n'accusant aucun malaise. Toujours avec un enfant quelque part dans le ventre, la malade a eu des suites de couches normales et a quitté son lit le neuvième jour.

Le matin du 4 janvier 1944, c'est-à-dire quinze jours après la naissance de sa première petite fille, un second travail se déclare, le médecin conseille le transport immédiat de sa cliente à l'hôpital et elle se présente à mon bureau vers quatre heures de l'après-midi fatiguée, excessivement souffrante et dans un état d'agitation extrême.

Mis au courant de l'histoire de cette malade par une lettre de son médecin, un rapide examen me permet de constater qu'il s'agit d'une femme en travail et en menace de rupture utérine. Les contractions étant très violentes, excessivement douloureuses et anormales par leur énergie et leur durée. L'utérus très fortement incliné à droite en remontant au bord inférieur des fausses côtes, était très dur et douloureux à la palpation. Il n'y avait aucun engagement de l'extrémité céphalique qui demeurait en transverse au détroit supérieur bien que la malade fût en travail depuis environ dix heures.

Le toucher vaginal permet de constater dans l'excavation une tumeur du volume de deux poings qui, agissant comme une tumeur *prævia*, empêchait l'accouchement de se faire par les voies naturelles. La réduction de cette tumeur enclavée dans le bassin est impossible à réaliser.

En présence de ce cas de dystocie grave, redoutant l'accident d'une rupture imminente, une piqûre de $\frac{1}{4}$ de gr. de morphine et $\frac{1}{150}$ d'atropine est donnée afin de diminuer l'intensité des contractions utérines et faire disparaître la tension au niveau des parois du segment inférieur.

Une heure après son admission à l'Hôtel-Dieu, nous pratiquons une césarienne abdominale qui, dans le présent cas, était le seul traitement rationnel permettant de sauver la vie de la mère et de son enfant.

L'intervention très simple, et de courte durée, nous a permis d'extraire une fille de cinq livres étonnée, un peu affectée par la morphine, mais facilement ranimée par des frictions alcooliques. Afin d'éviter la répétition de cet accident d'enclavement lors d'un accouchement ultérieur, nous avons fait la résection de la trompe de l'utérus droit.

L'exploration du petit bassin nous a permis d'identifier un deuxième utérus en sub-involution qui, enclavé dans l'excavation, avait empêché la descente du deuxième fœtus.

Nous avons pu constater que notre patiente était porteuse de deux utérus complètement distincts situés l'un près de l'autre.

Au fond de chacun d'eux, sur le côté externe, nous avons trouvé une trompe et un ovaire.

Les deux utérus étaient très bien conformés et susceptibles d'être devenus gravides en même temps.

Les suites opératoires ont évolué normalement jusqu'au quinzième jour alors que la malade a fait une complication pleuro-pulmonaire pour laquelle elle a été traitée dans le Service du Dr J.-B. Jobin ; elle a quitté l'hôpital en bonne voie de convalescence.

Un examen physiologique, pratiqué quelques jours avant le départ de la malade, nous a permis de constater la présence d'une cloison verticale et antéro-postérieure divisant le vagin en deux conduits juxtaposés et de même profondeur.

Au fond du vagin gauche, nous trouvons un col qui présente les caractères de celui d'une multipare avec une fente transversale au niveau de l'orifice externe et dans le vagin droit un col petit, conique et à orifice arrondi.

L'observation que nous venons de rapporter démontre qu'il s'agit bien d'un cas d'utérus double avec grossesses simultanées dans chacune des deux cavités utérines.

Il est probable que si cette grossesse double s'était développée dans un seul des deux utérus, l'accouchement aurait pu se faire par les voies naturelles sans incident et que la malformation utérine de notre malade aurait été méconnue.

Nous devons retenir que, dans le cas de duplicité utéro-vaginale, le diagnostic n'est fait qu'à l'occasion d'une complication survenant à l'âge de la puberté, au cours d'une grossesse ou au moment d'un accouchement dystocique et que, dans certains cas, le médecin doit prendre une décision rapide et que, le plus souvent, seule une laparotomie permet de poser un diagnostic exact de l'anomalie génitale et de sauver la vie de la mère et de son enfant.

LA SYMPATHECTOMIE PRÉ-SACRÉE DANS LA DYSMÉNORRÉE

par

Euchariste SAMSON

Assistant en chirurgie à l'Hôtel-Dieu

et

Jules LAVOIE

Assistant bénévole à l'Hôtel-Dieu

Les traitements proposés pour guérir la dysménorrhée fonctionnelle sont si nombreux que leur nombre même prouve que pas un n'est complètement satisfaisant. Par ailleurs, il est très difficile d'évaluer l'efficacité d'une opération dans le soulagement de la dysménorrhée car, dans la plupart des cas, il s'agit d'opérations combinées et l'on ne peut rapporter, d'une façon certaine, à tel ou tel procédé les résultats obtenus.

Parmi tous les procédés employés, la résection du plexus hypogastrique supérieur ou sympathectomie du nerf pré-sacré a fait l'objet de plusieurs publications depuis que Cotte en a précisé la technique et en a posé les principales indications. C'est une des interventions sympathiques les plus répandues et, en même temps, une des plus efficaces.

HISTORIQUE

Jaboulay et Ruggi seraient les premiers chirurgiens à avoir tenté des sections de la chaîne sympathique sacrée pour des douleurs pelviennes.

Plus tard, Leriche introduisit la sympathectomie péri-artérielle des artères iliaques internes. Ces deux procédés donnent plus ou moins de résultats.

En 1924, Cotte préconisa la résection du plexus hypogastrique supérieur (nerf pré-sacré de Letarguet) comme traitement des dysménorrhée fonctionnelles rebelles et rapporta d'excellents résultats. Depuis lors, des publications très intéressantes sont venues confirmer les données de Cotte.

RAPPEL ANATOMIQUE

Les rameaux sympathiques provenant des deux ou trois premiers ganglions lombaires se rejoignent pour former, de chaque côté, un tronc nerveux qui descend sur la face antérieure de l'aorte puis du sacrum. Ces deux troncs se rapprochent l'un de l'autre et sont unis, de plus, l'un à l'autre par le lacs de fibres qui descendent du plexus solaire, constituant le plexus inter-mésentérique. Cette réunion forme la lame plexiforme pré-aortique et pré-sacrée que Letarget et Bonnet ont décrite sous le nom de nerf pré-sacré. On voit aisément ces fibres sous le péritoine, au-dessus de la bifurcation aortique et sur le promontoire sacré, où les atteint facilement une intervention chirurgicale.

Au-dessous du promontoire sacré, la lame plexiforme pré-aortique se divise et rejoint, de chaque côté, les artères iliaques internes (hypogastriques) pour aller se perdre dans le plexus hypogastrique inférieur, dont elle forme, par conséquent, la racine supérieure ou sympathique.

Le plexus hypogastrique inférieur fournit toute une série de plexus secondaires, nerfs du rectum, nerfs de l'utérus et du vagin, nerfs de la prostate et des vésicules séminales, nerfs de la vessie, nerfs des corps caverneux enfin, qui constituent les nerfs érecteurs.

Rappelons que le testicule, comme l'ovaire, dépend, par le plexus de l'artère spermatique ou ovarienne, du sympathique abdomino-rénal et non du plexus hypogastrique supérieur.

Dans la plupart des cas, le nerf pré-sacré est divisé en trois ou quatre branches verticales à disposition plexiforme, étalées sur la face antérieure de la cinquième vertèbre lombaire et du promontoire : c'est le plexus qu'il faut réséquer.

Nous avons recueilli 18 observations de patientes où la dysménorrhée était assez marquée pour imposer une sympathectomie présacrée. Nous leur avons envoyé un questionnaire, auquel 17 ont répondu.

INTERVENTION		NOM- BRE	RÉSULTATS		
			BON	SATIS- FAISANT	NUL
Sympathectomie pré-sacrée	Avec appendicectomie .	10	7	1	2
	Avec petit kyste de l'ovaire.....	3	1	0	2
	Avec adhérences.....	3	2	0	1
	Avec suspension.....	1	0	1	0
Total.....		17	10	2	5

Voici un résumé de l'histoire clinique des malades à qui nous avons fait la sympathectomie pré-sacrée pour dysménorrhée :

PREMIER CAS

Léda B., 23 ans, vient consulter pour des douleurs abdominales au moment de ses menstruations ; ces douleurs sont très vives et irradient vers les cuisses. Les règles sont très irrégulières et très abondantes. Le 22 juin 1940, laparotomie. Utérus en rétroversion, trompes et ovaires normaux, appendice neurogène à l'examen microscopique.

Sympathectomie pré-sacrée, suspension utérine et appendicectomie. Suites opératoires orageuses. La malade souffre continuellement de son côté droit. Nouvelle intervention le 12 juillet : incision inguinale, décollement du péritoine. On constate la présence d'une grosse thrombo-phlébite de la veine iliaque externe.

Elle a répondu comme suit au questionnaire : règles beaucoup moins douloureuses, excepté une fois de temps à autre où la douleur est assez forte, régulières et d'abondance normale. Résultat satisfaisant.

DEUXIÈME CAS

Valérie C., 24 ans, consulte pour de la dysménorrhée et de l'hyperménorrhée rebelles au traitement médical. Laparotomie le 16 décembre 1939 : utérus hypo-développé, ovaire gauche normal ; l'ovaire droit et l'appendice enlevés en 1935. Sympathectomie pré-sacrée. Lors d'une récente visite à l'hôpital, ces jours derniers, cette patiente nous a informés que ses règles sont aussi douloureuses qu'antérieurement.

TROISIÈME CAS

Françoise R., 16 ans, souffre de dysménorrhée depuis la puberté. Le début de chaque menstruation s'accompagne de douleurs très vives et, quelquefois, de perte de connaissance. Le 28 août 1943, laparotomie ; on enlève l'appendice, qui présente une poussée catarrhale et on pratique l'opération de Cotte. Bon résultat.

QUATRIÈME CAS

Mme Camille C., vient consulter pour des douleurs menstruelles intenses avec perte de connaissance. Ces troubles sont apparus après une première opération au cours de laquelle on enleva l'appendice et l'ovaire droit ; un curettage, pratiqué deux ans plus tard, n'apporta aucune amélioration. Elle se présente donc dans la Service du Dr Vézina, le 6 avril 1943. Le 15 avril, nous pratiquons une résection du plexus hypogastrique supérieur et l'ablation d'un corps jaune hémorragique, kystique. Dans sa réponse au questionnaire, cette patiente affirme n'avoir ressenti aucune amélioration après cette intervention. Finalement, elle entra dans un autre hôpital où on pratiqua une hystérectomie, et elle est bien depuis.

CINQUIÈME CAS

Yolande L., 22 ans, se présente à l'hôpital, le 18 septembre 1943, pour douleurs menstruelles-intenses, nécessitant parfois l'injection de calmants. Régée à 14 ans, elle a toujours eu des menstruations doulou-

reuses, mais elles le sont davantage depuis une intervention subie, trois ans auparavant, dans un autre hôpital ; on lui avait alors enlevé l'appendice, l'ovaire droit et des petits kystes sur l'ovaire gauche. Laparotomie le 22 septembre : utérus normal ; petit kyste sur l'ovaire gauche ; quelques adhérences dans la fosse iliaque droite. Ablation du plexus hypogastrique supérieur et du kyste de l'ovaire gauche. Aucune amélioration ne s'est manifestée.

SIXIÈME CAS

Émilie G., 20 ans, accuse une forte dysménorrhée depuis la puberté. De 14 à 17 ans, ses règles duraient de 10 à 15 jours ; maintenant, elles ne durent plus que trois jours. En 1942, dans un autre hôpital, elle a subi une intervention pour adhérences du côlon au petit intestin. Laparotomie le 6 novembre 1943 : débridement de quelques adhérences de l'épiploon à la paroi abdominale ; on enlève un appendice long, un peu congestionné et coudé et l'on termine par l'opération de Cotte. Au questionnaire, cette patiente a répondu que ses règles ont été plus douloureuses qu'avant l'intervention, excepté les deux derniers mois. Résultat nul.

SEPTIÈME CAS

Antoinette M., 18 ans, vient consulter pour douleurs abdominales et dysurie durant depuis 7 jours. Elle raconte de plus que, depuis 2 ans, ses règles sont devenues douloureuses ; leur durée est de trois jours et elles sont toujours irrégulières. Un examen de l'appareil urinaire s'étant révélé négatif, on intervient le 16 avril 1943 : utérus et ovaires normaux. Opération de Cotte et appendicectomie. Depuis ce temps, les menstruations sont devenues régulières mais demeurent toujours douloureuses. Résultat nul.

HUITIÈME CAS

Gabrielle L., 19 ans, ressent de fortes douleurs abdominales à chaque période menstruelle depuis qu'elle est devenue pubère. Règles irrégulières ayant une durée de 5 à 6 jours. Chaque mois, la malade doit s'aliter 2 ou 3 jours. Laparotomie le 13 juillet 1940 : appendice, utérus et

ovaires normaux. Appendicectomie et ablation du plexus hypogastrique supérieur. La malade se déclare sensiblement améliorée. Bon résultat.

NEUVIÈME CAS

Lucie L., est menstruée depuis l'âge de 13 ans et elle a toujours été irrégulière ; au moment des règles, elle accuse de très fortes douleurs au niveau des lombes et des fosses iliaques et présente quelques vomissements. Laparotomie le 10 février 1943 : on trouve un appendice et deux ovaires normaux, mais l'utérus est bifide, ayant 2 corps, 2 isthmes mais un seul col. Appendicectomie et Cotte.

Dans sa réponse, cette patiente nous dit que ses règles, quoiqu'encore irrégulières, sont beaucoup moins douloureuses et que ses vomissements ont cessé. Bon résultat.

DIXIÈME CAS

Mme J.-A. F., 23 ans, consulte pour dysménorrhée et douleurs à la défécation au moment des règles. Menstruée à 14 ans, cycle de 28 jours, durée de 4 jours. A fait un avortement de 2 mois il y a quatre semaines. Appendicectomie antérieure.

On intervient le 18 février 1943 : utérus et ovaire droit normaux ; varice des veines ovariennes gauches ; adhérences de l'ovaire au péritoine pariétal postéro-externe ; 2 petits kystes sur le pavillon de la trompe gauche. Ablation de ces deux kystes et sympathectomie pré-sacrée après débridement des adhérences.

A la suite de cette intervention, nous écrit la patiente, les douleurs menstruelles ont sensiblement diminué. Le cycle, la durée et l'abondance sont normaux. Bon résultat.

ONZIÈME CAS

Eugénie C., 26 ans, vient consulter pour douleurs dans la fosse iliaque droite et dysménorrhée. Laparotomie le 26 janvier 1943 : utérus légèrement hypertrophié, dur, surtout au niveau de l'isthme et du col ; l'ovaire droit présente une masse scléreuse de la grosseur d'un jaune

d'œuf ; le gauche est normal ; petit fibrome sous-séreux sur la paroi antérieure de l'utérus ; l'appendice est long, scléreux, congestionné à la pointe. On pratiqua l'opération de Cotte, l'appendicectomie, l'ablation de la masse scléreuse sur l'ovaire droit et du petit fibrome utérin.

En réponse à notre questionnaire, cette patiente nous affirme que ses menstruations sont beaucoup moins douloureuses. Résultat satisfaisant.

DOUZIÈME CAS

Blandine M., 17 ans, est transportée d'urgence à l'hôpital avec le diagnostic d'appendicite aiguë. L'interrogatoire ayant révélé que cette patiente souffrait également de dysménorrhée intense, on intervient, le 1^{er} décembre 1943, le lendemain de son arrivée et, après ablation d'un appendice congestionné, rempli de calculs, on pratique une sympathectomie présacrée.

Les résultats sont satisfaisants puisque la malade vient de nous faire savoir qu'elle ne souffre pratiquement plus au moment de ses règles.

TREIZIÈME CAS

Gilberte G., 21 ans, a été menstruée à 12 ans : cycle de 28 jours, durée de 4 à 5 jours. Douleurs intenses, surtout les premiers jours, l'obligeant à s'aliter. Nausées et vomissements. Ménorrhagies. Laparotomie le 21 septembre 1942 : utérus et trompes normaux. Opération de Cotte, appendicectomie et dilatations du col utérin ; ablation d'un adénome du sein droit.

Cette jeune fille nous dit n'avoir plus autant de douleurs menstruelles ; ses règles sont cependant demeurées abondantes. Résultat satisfaisant.

QUATORZIÈME CAS

Rolande D., 17 ans, souffre de dysménorrhée depuis sa première menstruation à 13 ans. Cycle irrégulier avec durée de 6 à 7 jours. En juin 1942, a été opérée pour appendicite aiguë. Elle nous revient en août de la même année pour ses troubles menstruels. Les douleurs sont surtout

intenses à la région lombaire, mais elles existent aussi au bas-ventre avec irradiations dans les cuisses et les organes génitaux. Laparotomie le 28 août 1942 : utérus et ovaires normaux.

Ablation d'un kyste de la grosseur d'un pois sur la trompe droite et résection du plexus hypogastrique supérieur.

La patiente, qui s'est mariée et est actuellement enceinte, nous déclare que ses règles, après l'intervention, étaient devenues régulières et moins douloureuses. Bon résultat.

QUINZIÈME CAS

Irène L., 20 ans, se plaint de dysménorrhée deux jours avant ses règles et la première journée de ses menstruations depuis la puberté; cette dysménorrhée résiste au traitement médical. En avril 1942, une douleur assez vive est apparue dans la fosse iliaque droite, douleur qui nécessita son hospitalisation. Deux jours plus tard, laparotomie; ablation d'un kyste hémorragique de l'ovaire droit de la grosseur d'une orange; appendicectomie (appendice normal), et sympathectomie présacrée. Les menstruations ne sont plus douloureuses depuis ce temps.

SEIZIÈME CAS

Jeanne-d'Arc V., 17 ans, souffre de dysménorrhée depuis la puberté; les douleurs commencent huit jours avant les règles et durent jusqu'à la fin des menstruations. En 1938, laparotomie: utérus et ovaires normaux, appendice sans particularité. Appendicectomie et résection du plexus hypogastrique supérieur. La dysménorrhée a disparu depuis.

DIX-SEPTIÈME CAS

Noëlla V. est atteinte de dysménorrhée depuis plusieurs années: les douleurs abdominales durent presque continuellement, mais sont très intensifiées au moment des règles; le traitement médical n'apporte aucune amélioration notable. En 1943, résection du plexus hypogastrique supérieur et appendicectomie. Le résultat obtenu est bon puisque cette

patiente nous a déclaré récemment qu'elle ne souffrait plus au moment de ses règles.

Si on étudie les observations des patientes qui n'ont pas bénéficié de la sympathectomie pré-sacrée, on constate que 3 cas sur 5, soit les observations 4, 5 et 6, avaient subi une opération antérieure et que la dysménorrhée était apparue ou avait augmenté après cette première intervention. Aussi, faut-il être très conservateur et très prudent dans ces cas et ne proposer l'opération de Cotte que dans les cas où cette intervention a le plus de chances de réussir, c'est-à-dire les cas où les douleurs apparaissent un ou deux jours au maximum avant l'écoulement menstruel et augmentent avec cet écoulement, c'est-à-dire dans les cas de dysménorrhée utérine.

En résumé, la sympathectomie pré-sacrée, seule ou combinée avec d'autres procédés, fut pratiquée dans 17 cas ; nous avons obtenu de bons résultats dans 10 cas ; l'opération fut satisfaisante dans 2 cas et nulle dans cinq. C'est donc une opération qu'il est bon de pratiquer, mais à bon escient, et seulement après avoir tenté un traitement médical sérieux et bien suivi.

BIBLIOGRAPHIE

1. ADSON et MASSON. Dysmenorrhea Relieved by Resection of Pre-sacral Sympathetic Nerves. *J. A. M. A.*, **102** : 13 ; 986 (31 mars) 1944.
 2. J. TINEL. Le système nerveux végétatif.
 3. R. LERICHE. La chirurgie de la douleur.
 4. J. C. MASSON et R. SHOEMAKER. Surgical Treatment of Dysmenorrhea. *American Jour. of Obst & Gyn.*, vol. 36, n° 3, pp. 441-445, (sept.) 1938.
 5. O. LAMBERT, P. ROZEMON et P. DECAULX. Technique de la chirurgie du sympathique. *G. Doin & Cie*, éditeurs, 1939.
 6. Frs ROY. Plexus hypogastrique supérieur dans les dysménorrhées rebelles (résection). *Laval Médical*, vol. 4, 1939.
-

CLINIQUE ET LABORATOIRE

TUMEUR DE KRUKENBERG

par

Carlton AUGER

*Assistant à l'Institut d'anatomie pathologique de l'Université Laval
et aux laboratoires de l'Hôtel-Dieu*

Les métastases d'un cancer sont constituées par des éléments cellulaires de même nature que ceux de la tumeur primitive. Elles forment donc généralement des masses tumorales, qui rappellent de près la tumeur primitive par leur aspect macroscopique, leurs limites floues et leur envahissement et destruction des tissus voisins. Il y a cependant des exceptions à cette règle et parfois une métastase se présente avec des caractères macroscopiques d'une tumeur bénigne. L'observation suivante en est un exemple.

OBSERVATION

*(Malade du Service de gynécologie du Dr Jos. Caouette
et du Service de chirurgie du Dr Charles Vézina)*

Une femme de cultivateur, de 38 ans, est admise à l'Hôtel-Dieu, le 10 janvier 1944. Elle vient consulter pour une tumeur abdominale.

Il n'y a rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et personnels. Menstruée à 18 ans, ses règles furent toujours régulières et non douloureuses et ne persistaient que de 3 à 4 jours. Mariée à l'âge de 22

ans, elle a eu six enfants à terme et n'a jamais présenté de fausses-couches.

De mars à juillet 1943, ses menstruations furent plus espacées qu'auparavant ; elles ne survenaient que tous les 40 jours et plus, sans être, cependant, plus abondantes que normalement. En juillet, la malade fit une hémorragie assez abondante par voie vaginale, hémorragie qui persista 12 heures et fut suivie, pendant plusieurs jours, de pertes rouges moins importantes. Au début, la malade prit ces symptômes pour les premiers signes d'une ménopause, mais en août, comme ses règles tardaient toujours à réapparaître, elle commença à se croire enceinte.

Jusqu'à son entrée à l'hôpital, en janvier 1944, elle ne présenta plus aucune perte sanguine.

En septembre, octobre et novembre, il y eut des nuits où la malade fut réveillée par une douleur assez forte en barre au niveau de l'ombilic ; cette douleur, cependant, était généralement très passagère, ne persistant qu'une minute au plus.

Quelques jours avant Noël, il survint une crise douloureuse abdominale, qui ne céda qu'après une journée et demie. A cette occasion, la malade alla consulter un médecin, qui constata une tumeur abdominale.

A son arrivée à l'hôpital, le 10 janvier, elle se plaignait d'une vive douleur péri-ombilicale, qui persistait nuit et jour.

Sa digestion était difficile depuis septembre et, sur un syndrome de flatulence peu marqué, s'étaient greffé quelques nausées et quelques rares vomissements.

La malade dit qu'elle a perdu du poids, sans pouvoir, cependant, préciser combien de livres.

Examen physique :

La cavité pelvienne est remplie par une masse dure, bosselée, que l'on peut facilement mobiliser et qui remonte du côté droit jusqu'au niveau de l'ombilic.

Examens de laboratoire :

13/1/44 : Kline : négatif.

14/1/44 : *Formule sanguine* :

Hémoglobine.....	92%
Globules rouges (par mm ³).....	3,640,000
Valeur globulaire.....	1.27
Globules blancs (par mm ³).....	5,571
Polynucléaires neutrophiles.....	52%
« éosinophiles.....	1%
« basophiles.....	1%
Lymphocytes.....	31%
Monocytes.....	10%
Formule d'Arneth.....	24-45-29-2-0

14/1/44 : Réaction de Friedman-Brouha : négative.

14/1/44 : Examen des urines : urates de soude en petite quantité.

Le 18 janvier, on pratiqua une laparotomie au cours de laquelle l'utérus, les deux trompes et de volumineuses tumeurs solides de chaque ovaire, libres dans la cavité abdominale, furent enlevés.

Examen anatomo-pathologique (H-D : 20274) :

L'utérus et les trompes n'offrent rien de particulier à l'examen macroscopique.

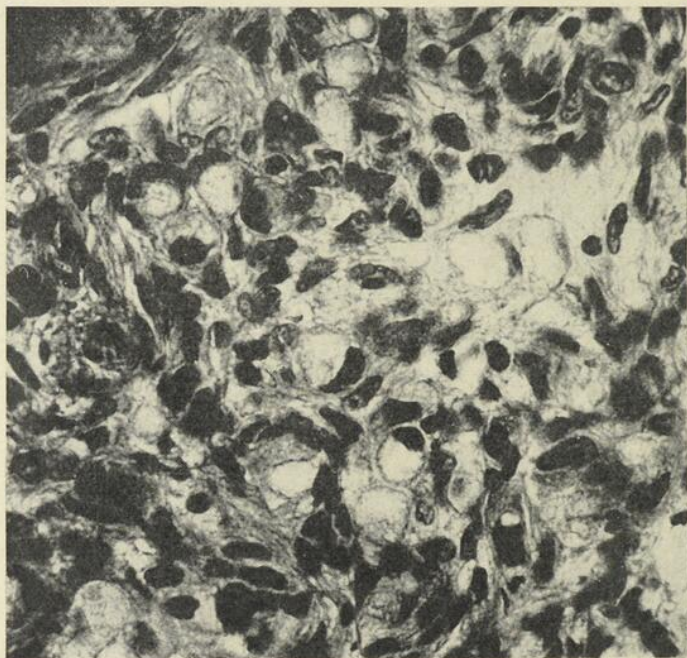
Chaque ovaire est remplacé par une tumeur parfaitement lisse d'aspect fibreux et du volume d'un gros pamplemousse. La tumeur du côté droit pèse 650 grms et présente des diamètres de 16, 14 et 8 cms ; celle de gauche pèse un peu moins, 495 grms, et mesure 13 par 10 par 8 cms de diamètre. Les deux masses tumorales ont un aspect à peu près identique ; légèrement réniformes, elles conservent vaguement la forme de l'ovaire et leur surface, arrondie et légèrement bosselée, est très polie, sans trace de tractus fibreux ou scléreux adhérentiels. A la coupe, il existe une capsule très nette et le tissu tumoral est solide et généralement de couleur jaune safran avec quelques plages plus blanches et plus nacrées ; sur quelques endroits les tissus sont un peu plus mous et légèrement gélatineux.

L'ensemble de ces caractères font penser à une tumeur fibreuse de l'ovaire, soit simple, soit d'origine thécale (théco-fibrome), mais la bi-

latéralité des lésions plaide surtout en faveur d'une tumeur de Krukenberg.

Examen histologique (H-D : 20274) :

L'utérus présente une muqueuse très atrophique et a fonctionnelle et un myomètre modérément atrophique.



Tumeur de Krukenberg
(plage de cellules « en chaton » $\times 610$)

Les tumeurs ovariennes correspondent à un épithélioma diffus très atypique constitué par des cellules isolées ou en minuscules plages parfois centrées par des cavités glandulaires. La majorité des éléments néoplasiques contiennent de grosses gouttelettes de mucus (muci-carmin : positif), qui remplissent presque tout le protoplasme et repoussent le noyau latéralement (cellules en chaton). Toutes ces cellules, dont quelques-unes sont en mitose, sont noyées dans un tissu fibreux hyperplasique abondant, assez riche en bandes de collagène.

Par leurs caractères macroscopiques et histologiques, ces tumeurs rappellent parfaitement les tumeurs de l'ovaire décrites par Krukenberg, sous le nom de *Sarcoma ovarii mucocellare carcinomatodes*. Selon cet auteur, ces tumeurs devraient être considérées comme des épithéliomas primitifs de l'ovaire. Cette conception, cependant, fut trouvée erronée par la suite. Schlagenhauser, en 1903, a établi, en effet, que le plus grand nombre de ces néoplasmes constituent des métastases d'un épithélioma le plus fréquemment gastro-intestinal. Les nombreuses publications de tumeurs analogues rencontrées subséquemment dans la littérature confirment complètement cette manière de voir.

En se basant donc sur ces connaissances, les examens suivants furent pratiqués :

9/2/44 : Recherche du sang dans le liquide gastrique : positive (réaction de Kastle-Meyer).

12/4/44 : Radiographie de l'estomac : rétrécissement tubulaire au tiers moyen faisant penser à une image néoplasique.

La malade fut réopérée le 16/3/44 et on pratiqua une gastrectomie sub-totale (Polya trans-mésocolique).

Examen anatomo-pathologique :

A quatre pouces du pylore, sur la grande courbure de l'estomac, il y a une petite ulcération peu profonde et à bords ombiliqués de 4 mm. de diamètre. A cet endroit la paroi gastrique est légèrement épaissie et très indurée. Le tissu épiploïque voisin contient quelques ganglions hypertrophiques du volume de gros pois.

Examen histologique (H-D : 20461) :

Il s'agit d'un épithélioma ulcéré extrêmement atypique de l'estomac. Le néoplasme est très peu étendu au niveau de la muqueuse (8 mm.). A cet endroit, il est constitué par des petites plages cellulaires très irrégulières et, sur certains points, vaguement glandulaires et par un très grand nombre de cellules isolées, le plus souvent à mucus et présentant l'aspect « en chaton ». Ces éléments infiltrent abondamment la sous-

muqueuse après avoir détruit la *muscularis mucosæ* sur une longueur de 3 mm. ; ils dissocient aussi les fibres de la musculeuse sur une longueur de 20 mm. en s'accompagnant d'un tissu fibreux relativement important. La séreuse et une partie des tissus épiploïques voisins, sont également fibreux et envahis par le néoplasme.

Quelques ganglions lymphatiques épiploïques sont partiellement infiltrés de cellules néoplasiques.

COMMENTAIRES

La tumeur de Krukenberg, dans la très grande majorité des cas, est une tumeur métastatique et la lésion primitive siège le plus souvent au tube digestif, en particulier à l'estomac. Il n'y a que quelques rares cas dans la littérature, où cette tumeur semble correspondre à un épithélioma primitif de l'ovaire. Novak, en effet, ne cite dans son traité que les deux observations de Frankl et Andrews. L'observation que nous venons de rapporter n'est donc qu'un exemple d'une observation classique.

Il est assez rare que des métastases se présentent avec les caractères macroscopiques relativement bénins. Généralement, elles infiltrent et détruisent les tissus voisins tout à fait comme les tumeurs primitives. A la coupe, aussi, l'aspect des deux lésions est-il assez superposable.

La tumeur de Krukenberg est une exception à cette règle. A l'œil nu, elle rappelle singulièrement une tumeur bénigne de nature fibreuse. Arrondie, parfaitement lisse et libre dans la cavité abdominale, elle présente une capsule nette. Sa consistance solide sous le couteau et la couleur jaune ou blanche de sa tranche sont loin de faciliter le diagnostic macroscopique. Aussi est-il assez difficile de différencier cette tumeur d'un fibrome ovarien simple ou d'un fibrome d'origine thécale (thécobrome). La présence de quelques plages vaguement gélatiniformes et, parfois, de petites cavités kystiques au centre de ces plages aident à orienter le diagnostic, mais le caractère principal, qui permet de poser, avec assez de certitude, le diagnostic de tumeur de Krukenberg, la pièce en main, est la bilatéralité des lésions.

Devant une tumeur arrondie et solide de l'ovaire, qui est dure et ne présente aucune adhérence avec les organes voisins, le chirurgien doit

avoir l'attention attirée sur la possibilité d'une tumeur de Krukenberg et explorer immédiatement le tube digestif, et tout particulièrement l'estomac, pour déceler, si possible, une lésion primitive. Si les deux ovaires sont ainsi transformés en tumeurs solides, il peut poser un diagnostic de tumeur de Krukenberg avec peu de chances d'erreur. Son exploration chirurgicale devra être très minutieuse, car la tumeur primitive est souvent petite et peut passer inaperçue à un examen sommaire.

L'observation que nous venons de rapporter est aussi un exemple de tumeur primitive petite et de métastases volumineuses. L'épithélioma gastrique, en effet ne constitue qu'une masse de 2 cms dans son plus grand diamètre et n'intéresse la muqueuse que sur une longueur de 8 mm. et les métastases ovariennes, sans compter les métastases épiploïques, pèsent 1,145 grammes.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

A PROPOS DE PÉNICILLINE

L'arsenal thérapeutique s'est enrichi, en ces dernières années, de diverses substances, les unes chimiques, comme les sulfamidés, les autres biologiques, comme la pénicilline, qui permettent au médecin de sortir plus souvent victorieux dans sa lutte contre les maladies infectieuses. Depuis longtemps, on a isolé de cultures de champignons des substances antibactériennes, telles que : *gramicidine*, *tyrocidine*, *citridine*, *streptothricine*, *gliotoxine*, lesquelles sont toutes plus ou moins toxiques pour l'animal, ressemblant plutôt à des antiseptiques.

Pour sa part, la pénicilline est une substance hautement antibactérienne avec une toxicité presque nulle. Ainsi elle est mille fois plus active que le meilleur sulfamidé contre les : staphylocoque doré, streptocoque, pneumocoque, gonocoque, méningocoque à une dilution allant jusqu'au $1/30,000,000$ e. Cet agent est, en général, sans influence sur les bactéries, gram-négatif, comme par exemple les bacilles du groupe colityphique, le pneumobacille de Friedlander, et également le *B. melitensis*. Il serait aussi sans action contre un bacille pourtant gram-positif, comme le bacille de Koch.

HISTORIQUE

C'est A. Fleming qui, il y a déjà une quinzaine d'années (1929) découvrit et nomma *pénicilline* un agent antibactérien produit par la culture

de *Penicillium notatum*. Il constata que, dans les cultures bactériennes souillées par ce champignon, les microbes ne poussent plus ; mais il ne put isoler ce produit.

A la suite des travaux de A. Fleming, plusieurs auteurs comme H. Raistrick, puis P. W. Clutterbuck, R. Lowell et H. Raistrick effectuèrent des recherches biochimiques, et donnèrent une modification du milieu de Czapek-Dox, favorable à la culture de *P. notatum*. C'est de ce milieu qu'on a isolé d'abord une protéine, puis un pigment jaune soluble, la chrysogénine.

Puis P. W. Clutterbuck et ses collaborateurs isolèrent la pénicilline au moyen de l'éther dans le milieu acidifié, sous forme d'une substance stable à pH 5.0 à 6.0.

Mais ce ne fut qu'en 1939 que d'autres études furent entreprises sur la pénicilline par H. W. Florey et W. Dunn, en Angleterre : ceux-ci purent isoler une quantité suffisante du produit pour traiter neuf (9) patients, et constater son efficacité. Puis survinrent les travaux de E. P. Abraham et E. Chain, et de plusieurs autres chercheurs, dont il ne peut être question dans ce bref résumé.

CARACTÈRES BIOLOGIQUES DE *P. NOTATUM*

Le milieu de choix pour sa culture consiste dans le Czapek-Dox modifié. Le champignon pousse en une couche superficielle, mince, de 1.5 à 2 centimètres d'épaisseur, à une température optima de 22 à 25°C. La culture est accélérée par l'addition de 10% de levures. Il s'agit d'un aérobic strict. Après trois jours d'ensemencement, apparaissent des petits points blancs qui forment bientôt un voile en surface. Vers le sixième jour, apparaît, sur le milieu, une teinte bleu verdâtre, et deux jours plus tard, toute la surface est couverte par une couche de mycélium de teinte vert foncé. Plusieurs jours après apparaissent, en surface, des gouttellettes jaunes, et tout le milieu devient lui-même de cette teinte, avec un pH de 3.0 à 6.5, puis cette acidité diminue quand la pénicilline apparaît. Quand le pH atteint 7.0, la teinte jaune et la pénicilline augmentent rapidement. Puis le taux demeure constant, sauf si le pH monte à 8.5

ou plus : dans ce dernier cas, la solution devient brun foncé, et la pénicilline disparaît. L'extraction de la pénicilline du milieu de culture est une opération délicate, laquelle a, au début, embarrassé les chercheurs.

E. P. Abraham et E. Chain ont employé comme solvant l'éther, le chloroforme et l'acétate d'amyl. La solution est refroidie entre 0 à 4°C., puis acidifiée avec de l'acide phosphorique à 10% jusqu'à pH 1.9, et la pénicilline est extraite aussi rapidement que possible.

D'après des auteurs, c'est le sel baryté de pénicilline qui serait le plus actif, stable et non-hygroscopique, ayant une activité de 450 à 500 unités Oxford par milligramme. Il inhibe toute culture de staphylocoque doré en solution de $1/20,000,000^e$ à $1/30,000,000^e$.

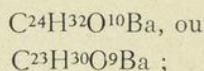
PROPRIÉTÉS CHIMIQUES ET PHYSIQUES

Ces propriétés sont encore imparfaitement connues.

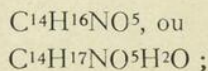
La pénicilline est *soluble* dans : l'éther, l'alcool, l'acétone, l'acétate d'éthyl, le cyclohexanone, le dioxane et *moins soluble* dans : le benjoin, le chloroforme et le tétrachlorure de carbone.

La formule chimique n'est malheureusement pas connue ; cependant, quelques auteurs ont suggéré quelques formules chimiques des produits qu'ils ont isolés :

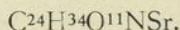
Abraham et Chain :



Meyer et ses collaborateurs :



Catch, Cook et Heilbron :



ABSORPTION ET EXCRÉTION

La pénicilline, donnée par voie orale, n'est d'aucune utilité pour le patient, parce qu'elle est ou détruite par le suc gastrique, ou, encore, retrouvée telle quelle dans les urines.

Le produit purifié se donne maintenant en injections intra-musculaires. Cependant la voie de choix est la voie intra-veineuse chez l'homme quoique la pénicilline injectée ne donne pas pendant très longtemps une concentration efficace dans le courant sanguin : en effet après quelques heures, le produit injecté y est disparu. Ainsi, après une injection intra-veineuse de 100 mgrs, on peut à peine en déceler quelques traces dans le sang, au bout d'une heure. Après une injection de 200 mgrs, l'effet dure deux heures, quoique l'excrétion urinaire se fasse encore après six heures.

C'est pourquoi, on préfère actuellement la voie intra-veineuse, mais en goutte-à-goutte, de façon continue, pendant un laps de temps nécessaire pour donner à l'organisme le nombre d'unités requises pour telle infection ; de telle sorte qu'il y ait une concentration sanguine adéquate. Si on emploie la voie intra-musculaire, il faudra, pour les raisons données plus haut, faire des injections rapprochées les unes des autres.

Environ 70% de la pénicilline, donnée en injection intra-veineuse, se retrouve dans les urines, et de 50 à 60% peut être recouvré.

EXPÉRIENCES CLINIQUES

A) Chester S. Keefer et ses collaborateurs, après avoir traité, avec la pénicilline, 500 patients souffrant d'infections diverses, constatent que, par voie orale, cette substance est inefficace, tandis que, par les voies intra-musculaire et intra-veineuse, elle est remarquablement antibactérienne. Cet auteur préconise l'injection continue ou à intervalles rapprochés. L'action antibactérienne est particulièrement marquée dans les infections à staphylocoque doré, gonocoque, pneumocoque et streptocoque hémolytique, sauf dans les cas d'endocardite maligne, exception que W. E. Herrell, de la Clinique Mayo, avait déjà constatée.

Les résultats sont excellents dans les gonococcies résistantes aux sulfamidés.

Dosage : Dans les infections graves à staphylocoque doré, on doit donner de 500,000 à 1,000,000 d'unités Oxford, et les meilleurs résultats s'obtiennent avec un traitement de 10 jours à deux semaines. Au moins 10,000 unités doivent être données toutes les deux ou trois heures au début du traitement.

Dans les cas de gonorrhées rebelles, on administre de 100,000 à 160,000 unités pendant 24 heures.

Dans la pneumonie, 100,000 unités pendant trois jours sont en général suffisantes.

B) W. E. Herrell et ses collaborateurs, ont traité 150 patients atteints d'une infection connue, dont 103 furent traités avec un sel sodique de pénicilline, et 47 avec un sel calcique. Sur 28 septicémiques résistants aux sulfamidés, 25 guérirent et 3 seulement sont morts ; l'auteur conseille d'administrer 80,000 unités par 24 heures dans de tels cas. Les autres malades traités souffraient d'infections diverses : ostéomyélite, gangrène, gonorrhée, suppurations pulmonaires, etc., etc., et montrèrent également des résultats thérapeutiques satisfaisants, parfois même brillants : sur 107 cas, seulement 44 bénéficièrent peu ou pas d'un tel traitement.

C) D. H. Rosenberg et P. A. Arling rapportent dernièrement les résultats obtenus chez 65 patients souffrant de méningite à méningocoque, 5 de méningite à streptocoque, et 1 de méningite à pneumocoque. Soixante-dix (70) des soixante-onze patients furent guéris.

Les auteurs employèrent ici des injections intra-rachidiennes de 10,000 unités par 24 heures, allant jusqu'à 50,000 unités dans les infections graves, après drainage d'une quantité suffisante de liquide céphalo-rachidien.

Les travaux expérimentaux de C. Pilcher et W. Meacham sur les méningites et les abcès cérébraux du chien avaient déjà démontré que la pénicilline, donnée par voie intra-veineuse, était inefficace dans de tels cas. Au contraire, ils constataient qu'en injections intra-rachidiennes, la pénicilline a peu d'effets toxiques, et abaisse le taux de mortalité de 93% chez les témoins, à 54% chez les chiens traités.

D) D'après J. W. Hirshfeld et ses collaborateurs, les greffes cutanées sont rendues plus faciles, parce que moins sujettes à l'infection, si on injecte de 5,000 à 10,000 unités de pénicilline toutes les 2 heures pendant 5 jours environ.

Avant l'emploi de cet agent antibactérien, les auteurs perdaient chez au moins le tiers des cas, 25% des greffes par infection subséquente. Sur la série de 19 cas présentés, les résultats furent bons dans 90 à 100% des greffes.

E) La pénicilline, d'après plusieurs auteurs (J. F. Mahoney et coll., J. E. Moore et coll., J. H. Stokes et coll.) aurait une action indubitable sur la syphilis, surtout quand il s'agit de cas d'infection récente. La dose employée consiste en 1,200,000 unités, données en injections intramusculaires, à toutes les trois heures jour et nuit, jusqu'à un total de 60 injections en 7½ jours.

EFFETS TOXIQUES

Les effets toxiques dus à la pénicilline sont pratiquement nuls, ou peuvent consister en frissons, fièvre, maux de tête, avec visage vultueux : parfois il y a des réactions d'urticaire, et de la thrombo-phlébite au point de l'injection. Mais ces quelques rares inconvénients passagers, ne sont d'aucun poids dans la balance, en regard des résultats vraiment merveilleux obtenus dans de si nombreuses infections avec la *pénicilline*.

Maurice GIROUX.

BIBLIOGRAPHIE

1. W. E. HERRELL, D. R. NICHOLS et D. H. HEILMAN. Penicillin. *J. A. M. A.*, vol. 125, n° 15 (12 août) 1944, p. 1003.
2. W. E. HERRELL et D. R. NICHOLS. The Calcium Salt of Penicillin. *Proc. of Mayo Clinic*, vol. 18, n° 18, (sept.) 1943, p. 313.
3. J. W. HIRSHFELD, C. W. BUGGS et W. E. ABBOTT. Penicillin and Skin Grafting. *J. A. M. A.*, vol. 125, n° 15 (12 août) 1944, p. 1017.

4. W. M. KIRBY et V. E. HEPP. Treatment of Osteomyelitis of the Facial Bones with Penicillin. *J. A. M. A.*, vol. 125, n° 15 (12 août) 1944, p. 1019.
 5. C. S. KEEFER et al. Penicillin in the Treatment of Infections. *J. A. M. A.*, vol. 122, n° 18 (août) 1943, p. 1217.
 6. C. C. LUCAS. *The Can. Journ. of Med. Tech.*, vol. 13, (sept.) 1943, pp. 89-97.
 7. J. F. MAHONEY et al. Penicillin Treatment of Early Syphilis. *J. A. M. A.*, vol. 126, n° 2 (sept.) 1944, p. 63.
 8. J. E. MOORE et al. The Treatment of Early Syphilis with Penicillin. *J. A. M. A.*, vol. 126, n° 2 (9 sept.) 1944, p. 67.
 9. C. PILCHER et W. MEACHAM. The Chemotherapy of Intracranial Infections : Penicillin. *J. A. M. A.*, vol. 123, n° 6 (oct. 1943), p. 330.
 10. D. H. ROSENBERG et P. A. ARLING. Penicillin in the Treatment of Meningitis. *J. A. M. A.*, vol. 125, n° 15 (12 août) 1944, p. 1011.
-

*Arrivèment
prochain*

Penicillin
DESBERGERS

*Avènement
prochain*

Penicillin
DESBERGERS

ANALYSES

David J. SANDWEISS. **The Immunizing Effect of the Anti-Ulcer Factor in Normal Human Urine (Anthelone) Against the Experimental Gastro-Jejunal Ulcer in Dogs.** (L'effet immunisant du facteur anti-ulcéreux de l'urine normale de l'homme sur l'ulcère gastro-jéjunal expérimental du chien.) *Gastroenterology*, vol. I, n° 10, (oct.) 1943.

L'auteur a déjà démontré l'existence, dans l'urine de l'homme, d'un facteur anti-ulcéreux qui a un effet thérapeutique et prophylactique sur l'ulcère expérimental Mann-Williamson. Ce facteur agit en entraînant une prolifération fibroblastique, la formation de nouveaux vaisseaux sanguins et le recouvrement épithélial de la muqueuse.

Dans une nouvelle communication, l'auteur démontre le rôle immunisant de ce facteur contre la formation de ces ulcères.

Le chien qui a subi l'opération de Mann-Williamson meurt en moyenne 71 jours après d'un ulcère gastro-jéjunal.

Les chiens ayant reçu préventivement, pendant trente jours, une injection d'anthélone (facteur anti-ulcéreux de l'urine) et ensuite tous les jours après l'opération, vivent en moyenne 345 jours. Un petit nombre seulement développe un ulcère.

Dans une autre série d'expériences, des chiens sont opérés et traités par l'anthélone pendant plusieurs mois. Un an après la cessation des injections, les animaux vivent encore sans présenter d'ulcère. Il est donc évident que le facteur produit une immunité de longue durée.

Cet effet n'est pas obtenu grâce à une dépression de la sécrétion d'HCl (urogastrone) puisque le taux de la sécrétion acide demeure le même chez ces animaux.

L'auteur rappelle que Hands *et al.* ont obtenu des résultats analogues en traitant des chiens par des injections d'entérogastrone (principe dépresseur de la sécrétion gastrique extrait de la muqueuse duodénale).

J.-Paul DUGAL.

Hans SÉLYÉ, O. SYLVESTER, C. E. HALL et C.-P. LEBLOND.

Hormonal Production of Arthritis. (Les arthrites hormonales.)

J. A. M. A., vol. 124, n° 4 (22 jan.) 1944, p. 201.

L'administration d'acétate de désoxycorticostérone, à hautes doses, entraîne de la néphrosclérose, de l'hypertension artérielle, des troubles du métabolisme des électrolytes, la formation de « corps d'Aschoff » dans le cœur et de la périartérite noueuse. L'ablation préalable d'un rein et l'administration simultanée de chlorure de sodium facilite l'apparition de ces actions toxiques de l'acétate de désoxycorticostérone. En plus de ces accidents, on a pu noter fréquemment l'apparition d'arthrite et de phénomènes rhumatismaux, surtout chez l'animal qui a subi préalablement la thyroïdectomie ou la surrénalectomie et, principalement, si l'animal est maintenu ou exposé au froid. Les lésions articulaires, de même que tous les autres accidents apparus à la suite de l'administration d'acétate de désoxycorticostérone, sont absolument superposables à ceux que l'on observe dans le rhumatisme articulaire spontané.

Au cours de ces expériences, l'exposition au froid, la thyroïdectomie et la surrénalectomie ont certainement grandement facilité la production de lésions articulaires, mais ces facteurs n'ont agi que comme causes prédisposantes. En l'absence de ces trois facteurs, il est possible de provoquer des lésions d'arthrite, uniquement par l'action de l'hormone cortico-surrénale. A la suite de ces constatations et à cause de la similitude clinique et histologique entre ces arthrites expérimentales et celles que l'on observe chez l'homme au cours du rhumatisme articulaire aigu, il semble que l'on puisse déduire que les manifestations rhumatismales que l'on voit chez l'homme sont le résultat de l'hyperfonctionnement des cortico-surrénales.

On sait que le rhumatisme articulaire, la néphro-sclérose et l'hypertension artérielle surviennent fréquemment à la suite de causes variées telles que l'exposition au froid, les chocs émotionnels, les maladies infectieuses. Or, on a constaté que ces mêmes facteurs causent l'hypertrophie surrénale, avec hyperproduction d'hormone cortico-surrénale ; ce qui est une réaction de défense de l'organisme en vue d'augmenter la résistance générale. Il peut arriver que, dans certaines conditions, cette réaction de défense dépasse son but et qu'il y ait une surproduction d'hormone cortico-surrénale qui entraîne alors les mêmes accidents toxiques que l'on observe lors de l'administration exogène de l'acétate de désoxycorticostérone. Ces accidents seront plus manifestes et sérieux chez les patients déjà sensibles aux actions toxiques de l'hormone cortico-surrénale, à la suite d'une affection rénale ou d'une grande ingestion habituelle de chlorure de sodium. Ces accidents articulaires, tout comme la néphrosclérose et l'hypertension artérielle méritent donc d'être appelés des « maladies d'adaptation ».

L'action de l'insuffisance thyroïdienne dans la genèse de ces accidents articulaires peut s'expliquer par un trouble de la thermo-régulation, favorisant la localisation de l'action de l'hormone cortico-surrénale sur les articulations.

Ces observations montrent davantage les inter-relations complexes qui existent entre les glandes endocrines et les articulations. Ces relations sont d'ailleurs déjà bien établies dans certaines affections articulaires : le rhumatisme thyroïdien, les arthrites de la ménopause et les arthropathies hypophysaires.

Antonio MARTEL.

Albert BERTRAND. **Facteur « Rh » et fausses couches répétées.**

Union Médicale, tome 73, n° 1, (janvier) 1944, pp. 40 et seq.

Le facteur Rh, ainsi appelé à cause de sa ressemblance avec celui qu'on trouve dans les globules rouges du *Macacus Rhesus*, a été isolé et décrit dans les globules rouges de 85% des humains, par Landsteiner et Weiner, en 1940.

C'est une agglutinine qui se transmet suivant les lois de Mendel et qui a le pouvoir d'engendrer des antigènes. On lui attribue certains accidents de la grossesse ou certaines affections du nouveau-né tels que l'érythroblastose, l'ictère hémolytique et les fausses couches répétées.

Père : Rh positif, plus mère : Rh négatif = fœtus Rh positif qui sensibilise sa mère au cours de la grossesse et crée un facteur anti-Rh.

Cet anticorps revient vers le fœtus et provoque l'ictère, l'érythroblastose ou une fausse couche. Ce facteur est aussi responsable des accidents de la transfusion.

Des sangs Rh positif injectés à un individu Rh négatif finiront par engendrer l'antigène Rh et des accidents tels que frisson, hémolyse et même la mort. Dans 111 cas d'érythroblastose, 101 fois la mère avait un Rh négatif.

L'auteur présente un cas typique : une femme accouche d'un premier enfant sain. Le deuxième fait un ictère marqué. Le troisième meurt d'un ictère grave. Le quatrième meurt d'ictère hémolytique. Le cinquième meurt au bout de 36 heures d'ictère avec splénomégalie et érythroblastose. Par la suite, elle fait trois fausses couches. En 1943, après ces trois fausses couches, son sang possédait des agglutinines anti-Rh.

Ces agglutinines atteignent leur intensité dans le sang au moment de l'accident. Entre temps, elles se localisent dans le système réticulo-endothélial.

Conclusion :

Rechercher le facteur, ou mieux l'antigène anti-Rh chez les femmes qui font des fausses couches répétées et les patients chez qui il faut multiplier les transfusions.

Sylvio LEBLOND.

J. J. ELLER, M. D., et Luis A. DIAZ, M. D. **Vitamines et cheveux gris.** *New York State Journal of Medicine*, vol. 43, n° 14, (15 juillet) 1943, pp. 1331-1332.

Les auteurs rapportent quelques expériences sur le sujet, faites depuis 1938 sur des animaux, ainsi que quelques essais dans le domaine humain.

Des rats recevant une alimentation carencée en vitamine B ont vu leur fourrure se dépigmenter, alors que ce processus était réversible si on ajoutait à leur diète le facteur vitaminique manquant. Ce facteur a été identifié comme étant l'acide pantothénique.

D'autres expérimentateurs ont trouvé que l'acide para-amino-benzoïque aurait le même pouvoir, mais cette assertion n'a jamais pu être vérifiée (*J. A. M. A.*, 15 janvier 1942). Les auteurs eux-mêmes l'ont essayé sans résultats appréciables, alors que l'acide pantothénique leur a paru avoir des succès plus probants.

Les auteurs, d'accord avec le *J. A. M. A.* déjà cité, émettent l'opinion que la vitamine n'agirait peut-être pas directement, mais seulement en améliorant la vitalité générale. Et ils concluent en disant que, bien que quelques succès aient été enregistrés dans ce domaine, on n'en est pas encore au stade du médicament-miracle.

Émile GAUMOND.

Carl F. SHAFFER, M. D. (Omaha). **The Diuretic Effect of Ascorbic Acid. — Preliminary Report on its Use in Cardiac Decompensation.** (Effet diurétique de l'acide ascorbique ; rapport préliminaire sur son emploi dans l'insuffisance cardiaque). *The Journal of the American Medical Association*, vol. 124, n° 2, (mars) 11, 1944, p. 700.

Il a été démontré qu'une personne est saturée de vitamine C après ingestion d'une dose de 3 gms en 6 jours ; l'action diurétique se manifeste au moment de la saturation, soit le troisième ou le quatrième jour. Lorsque la vitamine C est administrée par voie intra-veineuse, la saturation est plus rapide, mais alors l'action diurétique est nulle.

L'auteur a étudié l'effet de l'acide ascorbique chez 10 malades souffrant d'insuffisance cardiaque avec œdèmes périphériques, 5 hommes et 5 femmes, de 20 à 60 ans. Ils ont été gardés au lit, étaient soumis à un régime alimentaire apportant 50 mgms de vitamine C par jour, n'ingéraient que 1,500 c.c. de liquides par 24 heures, et recevaient une dose de maintien de digitale. Pendant 6 jours, ils ont pris par la bouche 500 mgms de vitamine C par jour en plusieurs doses. Dans chaque cas,

les 3^e, 4^e et 5^e jours, la diurèse a augmenté de 250 à 1,000 c.c. pendant ces 72 heures.

Dix autres malades ont reçu la vitamine C (500 mgms par jour) par voie intra-veineuse pendant 6 jours ; il n'y a pas eu d'effet diurétique appréciable.

Dans 20 autres cas, l'auteur a combiné l'emploi d'un diurétique mercuriel avec la vitamine C. Les malades ont d'abord reçu une injection intra-veineuse de 2 c.c. de mercupurin. Trois jours plus tard ils ont reçu la même injection additionnée de 500 mgms de vitamine C ; la quantité d'urine émise dans les 24 premières heures a été plus considérable de 500 à 2,000 c.c., dans 15 cas, soit 75% des cas.

D'après des recherches expérimentales chez l'animal, cette action diurétique de la vitamine C est due à des modifications de la pression osmotique.

La vitamine C combinée à un diurétique mercuriel provoque une diurèse de $\frac{1}{2}$ à $2\frac{1}{2}$ fois plus grande que celle qui suit l'administration d'un diurétique mercuriel seul.

Guy DROUIN.

Martin Henry DAWSON, M. D., et Gladys L. HOBBY, Ph. D. (New-York). **The Clinical Use of Penicillin. — Observations in one hundred cases.** (La thérapeutique par la pénicilline. — 100 observations cliniques). *The J. A. M. A.*, vol. 124, n° 10, (4 mars) 1944, p. 611.

Les auteurs rapportent les résultats qu'ils ont obtenus de l'emploi de la pénicilline dans le traitement de 100 malades porteurs d'infections diverses.

L'expérimentation a montré que la pénicilline agit sur les micro-organismes gram-positifs : cocci et bâtonnets, sur les cocci gram-négatifs. En règle générale, les micro-organismes les plus sensibles à la pénicilline sont le gonocoque, le méningocoque, puis viennent les pneumocoques, le streptocoque hémolytique, enfin les staphylocoques et le streptocoque *viridans*.

Dans la plupart des cas la voie intra-musculaire a été utilisée pour l'administration de la pénicilline. Les avantages de cette voie d'administration sur la voie intra-veineuse seraient les suivants : possibilité de maintenir, pendant plus longtemps, une concentration plus élevée de pénicilline dans le sang circulant ; simplicité de la méthode, l'administration pouvant être confiée à l'interne ou à une garde-malade, enfin, une meilleure tolérance du produit par le malade traité.

La voie intra-veineuse a été employée dans les infections graves à forme septicémique. La pénicilline a encore été administrée par voie intra-rachidienne, intra-pleurale, intra-articulaire ; en irrigation dans les sinusites, dans les plaies profondes ; en pansements dans les plaies superficielles.

Lorsqu'elle est administrée par voie intra-veineuse, la pénicilline disparaît très rapidement de la circulation ; après 15 minutes, 75% du produit est éliminé ; après 30 minutes 90% de la pénicilline est disparue ; aucune trace n'est retrouvé dans le sang après 3 à 4 heures. Après injection intra-musculaire, la concentration sanguine en pénicilline augmente rapidement, atteint un maximum après 15 à 30 minutes, reste stationnaire pendant 30 minutes, puis s'abaisse graduellement ; après 3 à 4 heures, on ne retrouve plus de trace de pénicilline dans le sang. Le liquide céphalo-rachidien contient encore des traces de pénicilline 24 heures après son administration par voie rachidienne ; il en est ainsi après l'injection intra-pleurale ou intra-articulaire.

La posologie de la pénicilline est encore incertaine. Les doses varient suivant la nature des microbes en cause. Les gonocoques, les méningocoques se sont montrés très sensibles à la pénicilline, puis viennent les pneumocoques, les streptocoques hémolytiques (groupe A), le staphylocoque doré, le streptocoque *viridans*, le staphylocoque blanc, puis les bâtonnets gram-positifs. Certains staphylocoques se sont montrés particulièrement résistants à la pénicilline. Les caractères de l'infection elle-même influent sur l'efficacité de la pénicilline. Ainsi les infections diffuses, phlegmoneuses, répondent plus rapidement que les infections localisées ; cependant l'action de la pénicilline n'est pas entravée par la présence de pus ou d'exsudat. Les infections siégeant dans des tissus bien vascularisés répondent à des doses de pénicilline qui seraient tout à fait inefficaces dans les infections de tissus compacts et peu vascularisés comme le tissu osseux.

Comme pour les sulfamidés, une concentration sanguine effective de pénicilline doit être maintenue au cours du traitement. On ne connaît cependant pas encore avec exactitude le degré de cette concentration.

Infections à staphylocoques :

Dans l'ostéomyélite chronique, dans l'abcès chronique à staphylocoque, avec ou sans septicémie, la dose moyenne est de 20,000 unités intra-musculaires toutes les 4 heures. La durée du traitement dépend de l'étendue des lésions et des réactions du malade. Dans l'ostéomyélite aiguë, l'abcès aigu, le phlegmon, la cellulite, la dose est de 10,000 à 15,000 unités intra-musculaires toutes les 4 heures, pendant 6 à 7 jours. Dans les infections du tractus génito-urinaire, une dose de 10,000 à 15,000 unités intra-musculaires est administrée toutes les 4 heures. S'il n'y a pas d'amélioration notable, le traitement est discontinué après 4 à 5 jours. Dans l'empyème, la méningite, l'arthrite suppurée à staphylocoque, la dose est de 20,000 unités injectées localement tous les jours ou tous les 2 jours.

Infections à pneumocoques :

Dans la pneumonie franche, la dose moyenne est de 10,000 unités intra-musculaires aux 4 heures, 10 injections suffisent habituellement. Empyème : 20,000 unités intra-pleurales, diluées dans 30 à 40 c.c. de solution saline, tous les 2 jours pour 3 à 4 injections. Méningite : 20,000 unités intra-rachidiennes tous les jours ; 2 ou 3 injections suffisent habituellement.

Infections à streptocoques :

Dans les infections dues au streptocoque hémolytique (groupe A de Lancefield), on donne habituellement 10,000 unités intra-musculaires toutes les 4 heures pendant 4 à 5 jours. Dans les infections dues aux streptocoques autres que celui du groupe A, et le streptocoque *viridans*, la dose moyenne est de 20,000 unités intra-musculaires toutes les 4 heures ; la durée du traitement dépend des réactions du sujet traité.

Infections à méningocoques et à gonocoques :

Dans l'infection aiguë du tractus génito-urinaire, la dose habituelle est de 10,000 à 15,000 unités intra-musculaires toutes les 4 heures, le traitement dure deux jours. Dans la méningite, on administre 20,000 unités intra-rachidiennes par jour, pour 2 ou 3 injections et dans l'arthrite aiguë, 10,000 unités intra-articulaires tous les jours, pour 2 ou 3 injections.

Infections mixtes :

La dose habituelle est de 20,000 unités intra-musculaires toutes les 4 heures jusqu'à guérison.

Applications locales :

Dans les infections superficielles, l'application locale d'une solution contenant 100 unités par c.c. a donné des résultats très satisfaisants.

La dose initiale de pénicilline est habituellement identique aux doses subséquentes. Il ne semble pas y avoir grand intérêt à donner de fortes doses au début du traitement. Les septicémies n'exigent habituellement pas de plus fortes doses de pénicilline que les infections localisées. La voie intra-musculaire est la plus recommandée, sauf pour les septicémies où la voie intra-veineuse semble préférable.

La pénicilline est utilisée sous forme d'un sel sodique, habituellement en solution saline dont la concentration est de 5,000 unités par c.c. ; une concentration plus élevée, à 10,000 unités par c.c., peut cependant être employée sans aucun inconvénient. Pour les applications locales les solutions à 100 unités par c.c. ont donné d'excellents résultats dans la plupart des cas. Aucun signe de toxicité n'a été constaté chez les 100 malades qui ont été traités par la pénicilline.

La pénicilline s'est montrée très efficace dans la septicémie à staphylocoque : 15 cas sur 18 guérissent rapidement. Les résultats ont été excellents dans les infections à staphylocoques non septicémiques : guérison dans 15 cas sur 19 malades traités. Dans l'ostéomyélite chronique, un traitement chirurgical approprié augmente nettement l'efficacité de la pénicilline. Les résultats ont été frappants dans la pneumonie franche aiguë (9 sur 10) et les infections gonococciques résistantes aux sulfamidés. Des résultats encourageants ont été obtenus dans les endocardites à streptocoques non hémolytiques. Les résultats ont été intéressants dans les infections mixtes où les micro-organismes gram-positifs prédominent. Par contre, la pénicilline n'a été d'aucune utilité dans 3 cas de pneumonie atypique.

Honoré NADEAU.

Réal DORÉ. **Thiouracil, nouvel agent thérapeutique de l'hyperthyroïdie.** *Union Médicale*, tome 73, vol. 4, (avril) 1944, page 401 et seq.

L'auteur résume, ou traduit, un article paru dans le *Journal of American Medical Association*, du 8 mai 1943.

Le thiouracil, dont la formule chimique est : $\text{H}^2\text{N} - \text{CS} - \text{NH}^2$ (groupe sulfa-carbonique placé entre deux groupes aminés), a été expérimenté par Astwood, de Harvard. Plus de 100 produits divers ont été essayés et le thiouracil s'est montré le plus actif et le moins toxique. Il inhibe la fonction thyroïdienne et semble très prometteur dans le traitement de l'hyperthyroïdie. Il s'administre par voie buccale à dose décroissante. Astwood l'a administré à 8 sujets dont 4 normaux. Le thiouracil n'eut aucune influence sur le métabolisme basal ou l'état d'équilibre thyroïdien. Trois hyperthyroïdiens classiques répondirent admirablement bien au traitement et virent leur métabolisme de base s'abaisser et les signes toxiques diminuer. Le 8^e cas était un carcinome thyroïdien sur lequel le médicament n'eut aucun effet.

Au début, Astwood employait un autre dérivé soufré, *thiouréa*, qu'il a abandonné. Il donnait à l'haleine une odeur très désagréable et les patients en discontinuaient l'usage.

Le thiouracil est aussi actif que thiouréa et n'a pas cet inconvénient. Les doses de thiouracil utilisées sont : 0.60 gramme par jour en 3 ou 4 fois jusqu'à ce que les symptômes s'amendent d'une façon appréciable, c'est-à-dire 15 jours environ, puis 0 gr. 40 pendant 2 à 4 semaines et, enfin, une dose d'entretien de 0 gr 20.

Quelques réactions toxiques ont été observées : leucopénie, fièvre, éruptions cutanées qui disparaissent dès qu'on cesse l'administration du médicament.

L'iode administré antérieurement en retarde l'action et il faut en prolonger l'administration pour obtenir le résultat voulu. Donné concomitamment, l'iode n'a pas semblé en diminuer l'effet.

En somme, thiouracil est un médicament précieux : il n'est pas toxique, inhibe d'une façon sûre la fonction hormonale thyroïdienne. Quand il ne guérit pas l'hyperthyroïdie, il remplace avantageusement l'iodothérapie pré-opératoire.

L'auteur a actuellement plusieurs cas sous traitement et il en publiera les résultats bientôt.

Sylvio LeBLOND.

A. M. HUGHES. **Cretinism in Rats Induced by Thiouracil.**

(Crétinisme expérimental du rat provoqué par l'administration de thiouracil.) *Endocrinology*, vol. 34, n° 1, (jan.) 1944, p. 69.

L'administration continuelle de thiouracil à des rats, dès les premiers jours de leur naissance, amène un retard marqué de la croissance, un arrêt de développement, une anémie légère, et des changements sem-

blables à ceux que l'on observe dans le crétinisme. Ces effets, qui, semble-t-il, sont causés par inhibition thyroïdienne, ne s'observent pas si les injections de thiouracil ne sont pas faites tous les jours ou si on administre de la thyroxine en même temps. Les petits des mères traitées par le thiouracil semblent normaux à la naissance, mais ils développent une hyperplasie thyroïdienne dès leur premier jour et un retard de développement dès le 10^e jour, ce qui indiquerait la possibilité de la transmission du produit par voie placentaire ou mammaire. L'activité fonctionnelle de la thyroïde semble donc essentielle au développement normal et ceci dès le 6^e jour de la vie.

Antonio MARTEL.

RAWSON, EVANS, MEANS *et al.* **The Action of Thiouracil upon the Thyroid Gland in Graves' Disease.** (Action du thiouracil sur la thyroïde au cours du goitre exophtalmique.) *Journ. of Clin. Endocrinology*, vol. 4, n° 1, (jan.) 1944, p. 1.

Depuis les travaux d'Astwood, on sait que le thiourea et ses dérivés agissent sur la glande thyroïde en produisant de l'hyperplasie et en causant, en même temps, un état d'hypothyroïdie. Cette action est semblable à celle que produit le thiocyanate sur la thyroïde.

L'effet du thiouracil tel qu'observé sur 19 patients souffrant de maladie de Graves peut se résumer ainsi : abaissement du métabolisme basal, suivant une courbe absolument semblable à celle que produit l'administration de l'iode. Disparition des signes de thyrotoxicose. Hyperplasie de la thyroïde, avec perte de la substance colloïde et augmentation de la vascularisation de la glande. Diminution de la capacité de la glande thyroïde pour retenir l'iode ; élimination augmentée de l'iode par les urines.

Les effets observés à la suite de l'administration de thiouracil peuvent se comprendre ainsi : le thiouracil agit en empêchant ou bloquant l'utilisation de l'iode dans la synthèse de l'hormone thyroïdienne à l'intérieur de la glande thyroïdienne. Sous l'influence du thiouracil, la glande thyroïdienne ne produit plus d'hormone thyroïdienne active. Cet arrêt de production d'hormone thyroïdienne active entraîne, par réaction, une hypersécrétion d'hormone thyrotropique hypophysaire qui, à son tour, cause l'hyperplasie thyroïdienne.

Antonio MARTEL.

E. V. NEWMAN, W. RIENHOFF, et A. R. RICH. **Symposium on the Use of Thiouracil in Hyperthyroidism.** (L'emploi du thiouracil dans l'hyperthyroïdisme. Revue générale.) *Bull. Johns Hopkins Hosp.*, vol. 74, n° 2, (fév.) 1944, p. 153.

E. V. NEWMAN :

Les nouveaux composés récemment jugés actifs dans le traitement de l'hyperthyroïdie sont de deux ordres :

1° les dérivés de l'aniline, comprenant surtout les sulfonamides ;
2° les dérivés du thiourea, dont le thiouracil est le plus actif ; la dose active du thiouracil est de 0.6 gramme par jour.

Étude comparative entre le thiouracil et l'iode :

a) Disparition des symptômes : le thiouracil produit une rémission complète des symptômes dans chaque cas, si l'on continue assez longtemps le traitement ; l'iode ne le fait que dans 50% des cas ;

b) Rapidité de la rémission : elle est plus grande avec l'iode qui ne requiert que 10 jours pour amener une réponse complète au traitement, tandis que le thiouracil requiert 20 à 60 jours ;

c) Récidives : on n'en a pas observé avec le thiouracil ; le métabolisme basal est contrôlé dès que le médicament est administré, tandis que l'iode ne contrôle le métabolisme basal que temporairement ;

d) Effets toxiques : légers ou très limités avec l'iode, tandis qu'avec le thiouracil on a pu observer de la fièvre, de l'œdème malléolaire et, dans un cas, une augmentation de l'exophtalmie.

W. RIENHOFF :

Il n'est pas persuadé que le thiouracil est préférable à l'iode. Dans deux cas, il a observé une chute du cholestérol sanguin après un traitement par le thiouracil. Comme traitement pré-opératoire, l'iode semble préférable. A la suite d'un traitement par le thiouracil, la glande thyroïde est beaucoup plus vascularisée, ce qui rend plus difficile la thyroïdectomie, en ce qui concerne l'hémostase.

A. R. RICH :

L'iode et le thiouracil agissent de façons différentes : l'iode amène une augmentation de la substance colloïde et un aplatissement des cellules glandulaires. L'iode agit probablement en favorisant la sécrétion dans les *acini* glandulaires plutôt que dans le sang.

Le thiouracil, au contraire, entraîne de l'hyperplasie et inhibe la formation de thyroxine.

Antonio MARTEL.

J. B. MACKENSIE et C. G. MACKENSIE. **Effect of Prolonged and Intermittent Sulfonamide Feeding on the Basal Metabolic Rate, Thyroid and Pituitary.** (Effets de l'administration prolongée et intermittente du sulfonamide sur le métabolisme de base, la thyroïde et l'hypophyse.) *Bull. Johns Hopkins Hosp.*, vol. 154, n° 2 (fév.) 1944, p. 85.

L'administration de sulfaguanidine à de jeunes rats provoque une baisse marquée du taux du métabolisme basal et entraîne, en même temps, une hyperplasie et une hypertrophie de la glande thyroïde. On note, en même temps, des modifications au niveau du lobe antérieur de l'hypophyse : augmentation des cellules basophiles qui deviennent agrandies et vacuolaires. On a pu calculer qu'un taux de 2% de sulfa-



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

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

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

ou par téléphone **1-800-363-9028**

**Bibliothèque
et Archives
nationales**

Québec 

AGRIPPOL



ANTIPYRÉTIQUE - ANALGÉSIQUE - ANTISPASMODIQUE

INDICATIONS

Les comprimés Agrippol s'emploient pour soulager les symptômes accompagnant les rhumes, le coryza, la grippe, la bronchite, l'asthme des foins, l'asthme bronchique, la dysménorrhée, les maux de tête et les névralgies.

COMPOSITION

Acétophénétidine

Acide acétylsalicylique

Chlorhydrate d'aminoxide-atropine

ÉCHANTILLON MÉDICAL ET DOCUMENTATION COMPLÈTE SUR DEMANDE

HERDT & CHARTON, INC.

"MÉDICAMENTS DE MARQUE"

2027, AVENUE DU COLLÈGE MCGILL

MONTREAL

Thérapeutique VITAMINO-MINÉRALE

avec le

MINEROVITE E.B.S.



VITAMINES PLUS MINÉRAUX

Ce n'est que de temps en temps que l'on trouve des cas indiquant, d'une façon bien définie, la carence d'une seule vitamine. En général, les carences de vitamines sont multiples et offrent une image clinique confuse très difficile à diagnostiquer. La peau, l'appareil digestif, les systèmes nerveux, hémopoïétique et cardio-vasculaire peuvent être affectés. Dans les cas où le diagnostic indique une carence quelconque, sans indiquer positivement quelle est la vitamine qui fait défaut, une préparation multivitaminique est indiquée.

LE MINEROVITE, E.B.S. est une préparation de ce genre, contenant, dans chaque comprimé, environ la moitié du minimum quotidien de chacune des vitamines qui sont reconnues comme essentielles à la santé humaine. Pour vous guider dans la prescription de la dose convenable, le tableau ci-contre, montrant la composition du Minerovite, se trouve sur tous les flacons.

*** ÉLÉMENTS TRACEURS :** Il y a quelques années, des chercheurs agricoles commencèrent à dépister la cause des maladies résultant d'une carence quelconque qui affectaient le bétail dans certaines régions. L'on trouva que cela provenait du manque de quantités minimes de certains éléments (appelés depuis « éléments traceurs »). Plusieurs de ces éléments ont été trouvés, et de petites quantités de chacun sont essentielles à la vie saine des mammifères. Parmi eux, le cuivre et le manganèse qui sont incorporés dans le Minerovite, 100 mgr. de chaque par comprimé...

INDIQUÉ comme supplément de vitamines et sels minéraux prophylactique dans les cas de régimes restreints pour des raisons d'allergie, ulcère peptique ou convalescence, et comme remède thérapeutique dans les cas d'hypovitaminose.

(*) Oscar Baudish, J.A.M.A., Vol. 123, page 959.

Formule C.C.T. #466 Minerovite E.B.S.

Chaque comprimé contient :

Vitamine A	2,500 Unités Int.
Vitamine D	400 Unités Int.
Vitamine C	17.5 mgr.
(350 Unités Int.)	
Vitamine K	.008 mgr.
(200 Unités Dam)	
Vitamine B ₁ (Chlorure de Thiamine)	.375 mgr. (125 Unités Int.)
Vitamine B ₂ (Riboflavine)	.50 mgr.
Vitamine B ₆ (Chlorhydrate de	Pyridoxine) .125 mgr.
Acide Pantothénique	.125 mgr.
Niacine	.5 mgr.
Combinés aux sels des éléments suivants :	
Fer, manganèse, cuivre et calcium.	

En flacons de 100, 500 et 1,000 comprimés.

Sur vos ordonnances, inscrivez E. B. S. après le nom MINEROVITE.

THE E. B. SHUTTLEWORTH CHEMICAL CO. LIMITED
TORONTO MANUFACTURING CHEMISTS CANADA

guanidine produit une chute du métabolisme basal de 10% en 5 à 7 jours, alors qu'approximativement la moitié de la substance colloïde de la thyroïde est disparue ; et une chute du métabolisme basal de 20% en 10 à 14 jours, alors que toute trace de substance colloïde a disparu.

Lorsqu'on administre la sulfaguanidine pendant longtemps, on voit le taux du métabolisme basal s'abaisser à celui que l'on observe à la suite de la thyroïdectomie. L'hyperplasie de la thyroïde est extrême. Son poids peut s'augmenter jusqu'à 465%. Le contenu de la thyroïde en substance colloïde s'abaisse de 75%. L'hypertrophie de la glande est plus marquée chez la femelle que chez le mâle. Plus l'animal est jeune, plus sont marquées l'hyperplasie et l'hypertrophie.

L'arrêt de l'administration de la sulfaguanidine aux animaux provoque un retour du métabolisme basal à la normale, la thyroïde et l'hypophyse retrouvent leur aspect histologique normal. Mais la thyroïde reste hypertrophiée pendant environ 4 semaines.

Lorsqu'on administre de la sulfaguanidine de façon intermittente, on voit la glande s'hyperplasier pendant la durée d'administration du médicament, puis l'hyperplasie régresser lorsqu'on cesse le traitement.

De ces constatations, il semble qu'on puisse conclure qu'il y a peu de danger que l'administration prolongée ou répétée de sulfaguanidine produise de l'atrophie d'épuisement de la thyroïde ni y provoque une hyperactivité dangereuse.

Le fait qu'on n'ait pas encore rapporté de troubles de la thyroïde chez des êtres humains traités par les sulfonamides semblerait indiquer que, dans ce domaine, les humains ne réagissent pas comme les rats, les souris ou les chiens et qu'ils ne sont sensibles qu'à l'action des thiouréas.

Antonio MARTEL.

Alfred COHN, W. E. STUDDIFORD et I. GRUNSTEIN (New-York).

Affections gonococciques résistantes aux sulfamidés, traitées par la pénicilline. *J. A. M. A.*, vol. 124, n° 16, (15 avril) 1944, pp. 1124-1125.

Plusieurs études ayant antérieurement été faites sur le traitement des affections gonococciques résistantes aux sulfamidés chez les hommes, les auteurs rapportent leurs expériences dans le Service de gynécologie de l'Hôpital Bellevue, de New-York.

Reçurent la pénicilline, 44 femmes dont 42 n'avaient eu aucun résultat avec au moins 20 grammes de sulfathiazole et dont les deux autres montraient une hypersensibilité au sulfamidé. Leur histoire variait, en durée, de 21 jours à neuf mois, avec une moyenne de 92.2 jours. Chez toutes, la présence du gonocoque fut démontrée par des examens sur lames et par des cultures.

De ces malades, 12 souffraient uniquement de cervicite, 1 d'uréthrite et 31 des deux à la fois. De plus 15 avaient des propagations annexielles et 4 étaient enceintes.

Dissolvant chaque 10,000 unités Oxford dans deux centimètres cubes d'eau distillée ou de soluté isotonique, les auteurs injectèrent, par voie intra-musculaire et aux trois heures, les doses totales suivantes :

GROUPE	PATIENTES	DOSES	INJECTIONS	TOTAL
1	12	20,000	5	100,000
2	10	25,000	4	100,000
3	12	25,000	3	75,000
4	1	20,000	3	60,000
5	8	25,000	2	50,000
	1''	25,000	2	50,000
		25,000	4	100,000

De ces 44 patientes, 43 devinrent bactériologiquement négatives dans les 24 heures suivant le traitement complet, plus souvent même dans les douze heures. Une seule du groupe 5, marquée 1'', ne le devint pas avec un total de 50,000 unités, mais répondit à un traitement ultérieur de 100,000 unités.

En général, l'écoulement du col a persisté, mais la sécrétion uréthrale disparut ou fut diminuée. L'atteinte annexielle fut guérie dans 7 cas sur quinze, mais persista dans 5 avec exacerbation chez 3 malades. Enfin, une des femmes développa une salpingite après son traitement.

Les malades demeurèrent hospitalisées durant une moyenne de 7.2 jours et, sur chacune d'elles, furent faits 5.8 examens bactériologiques qui demeurèrent négatifs. Trente-sept de ces mêmes patientes furent ensuite suivies par le Service de santé de la ville de New-York pendant 38.4 jours et, jusqu'à date, ont subi une moyenne de 3.6 examens, toujours négatifs.

Onze sujets souffraient aussi de vaginite à *Trichomonas* qui ne fut pas affectée par la pénicilline. Enfin, les quatre cas de grossesse n'en eurent nullement à souffrir.

Les auteurs rapportent également le cas d'une petite fille de cinq ans atteinte de vulvo-vaginite et rendue négative après 4 injections, aux trois heures, de 10,000 unités et qui l'est toujours demeurée depuis 25 jours.

Aucun effet toxique ne fut remarqué, mais presque toutes les patientes se sont plaintes d'une douleur irradiée dans la région injectée, qui ne dura jamais plus de quelques minutes.

En conclusion, les auteurs croient, bien que quelques malades aient été guéries par 50,000 unités, que la dose satisfaisante et suffisante pour la femme adulte est de 75,000 unités, les 25,000 additionnelles parant aux variations particulières du terrain, comme le montre le cas 1'' du groupe 5. C'est donc un traitement qui se complète facilement en six heures chez des patients ambulants.

Émile GAUMOND.

Reconstituant des forces musculaires



EUSTHENYL

méthylarsinate de sodium — cola — vitamine B₁
phosphate acide de sodium — noix vomique
nucléinate de sodium — teinture de gentiane

FATIGUE GÉNÉRALE — SURMENAGE — ASTHÉNIE
TROUBLES DE LA NUTRITION ET DE LA CROISSANCE

Une à deux cuillerées à thé, dans un peu d'eau, avant les repas.



SOCIÉTÉ D'EXPANSION PHARMACEUTIQUE
INCORPORÉE

680 OUEST, RUE SHERBROOKE, MONTRÉAL

*Procure le calme
qui prédispose au sommeil*



NEO-SPASMYL

Le NEO-SPASMYL agit comme tonique du système nerveux central, dont il modère l'excitabilité.

Dans la journée, il prédispose au calme les malades surexcités, anxieux. La nuit, il les aide à obtenir un sommeil naturel et réparateur. Il n'occasionne pas de mauvais réveil ni de prostration le lendemain.

Laboratoires "National" Limitée

Agents généraux au Canada :

MILLET, ROUX & CIE, LIMITÉE
MONTRÉAL, P.Q.

CHRONIQUE, VARIÉTÉS ET NOUVELLES

LA SOCIÉTÉ CANADIENNE D'ENDOCRINOLOGIE

Les médecins de Québec viennent de fonder, en septembre dernier, une section locale de la Société canadienne d'endocrinologie. Cette dernière, née à Montréal il y a un an, s'est donné pour but de vulgariser l'endocrinologie et de faire pénétrer dans le milieu médical cette science dite de laboratoire.

Les fondateurs de cette section sont les neuf médecins suivants : Antonio Martel, président ; Louis-Napoléon Larochelle, vice-président ; Charles-A. Martin, secrétaire ; Carlton Auger, secrétaire-archiviste ; Oscar Garant, René Simard, Lomer Cayer, F.-X. Demers et Paul-Émile Fiset, tous directeurs.

Ces fondateurs ont projeté la vulgarisation de l'endocrinologie sous la forme de cours publics spécialement destinés aux médecins en exercice. Ils espèrent, pour l'année qui commence, une série d'au moins quatre leçons où l'on traitera des récentes découvertes et de leur application à la clinique, ce qui nécessitera évidemment des rappels de physiologie et de pathologie. Cette intégration d'une science immense et primordiale, quoique encore incomplètement développée, répond à un besoin certain et général, ce qui est un gage de longévité et d'intérêt. Le *Laval Médical* est heureux de saluer la naissance de la Société canadienne d'endocrinologie et d'offrir ses meilleurs vœux aux fondateurs de la section de Québec.

LE PROFESSEUR HANS SÉLYÉ

Le premier cours public de la Société canadienne d'endocrinologie, qui a attiré un très nombreux public médical, traitait des tumeurs ovariennes. Le conférencier invité, le Pr Hans Sélyé, directeur des recherches en endocrinologie à l'Université McGill, est surtout connu par ses découvertes dans le domaine des stéroïdes. Hongrois de naissance, il est docteur en médecine de l'université de Prague, 1929, lauréat de l'Institut Rockefeller, 1931, *associate professor* de l'Université McGill, 1934, et docteur ès sciences, 1937.

Le Dr Sélyé a repassé en une heure toute la pathologie tumorale de l'ovaire. La grande division des tumeurs en « actives » et « non actives » a permis au conférencier d'éclairer et de simplifier une nomenclature énorme. Il a réussi, grâce à l'aspect clinique, à faire vivre son sujet, tout particulièrement au chapitre des tumeurs actives où l'on retrouve les syndromes du corps jaune et de la folliculine, les climatères mâle et femelle.

Pierre JOBIN.



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

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

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

ou par téléphone **1-800-363-9028**

**Bibliothèque
et Archives
nationales**

Québec 