

Vol. 9

No 6

Juin 1944

LAVAL MÉDICAL

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE
DES
HÔPITAUX UNIVERSITAIRES
DE QUÉBEC

Direction
FACULTÉ DE MÉDECINE
UNIVERSITÉ LAVAL
QUÉBEC

ASIM

ASTHME CHRONIQUE

Ephédrine (chlorh) 1/6 gr. (0.0108 gm.)
Calcium (lactate) 1/3 gr. (0.0216 gm.)
Potassium (Iod) 2 1/2 gr. (0.17 gm.)
Colorant préservatif . . . 1:100,000
Sirop simple tyndallisé ad. 1 fl. dr. (3.6 cc)



*Usines Chimiques du Canada
Inc. Montréal*



Vi-Mi Caps

VITAMINES

MINÉRALES

CAPSULES



ÉLÉMENT de CROISSANCE et d'ÉQUILIBRE VITAMINOTHÉRAPIE INTÉGRALE ASSOCIÉE AUX MINÉRAUX

DOSE : Deux capsules par jour — une verte et une blanche, est la dose moyenne pour adultes ou pour enfants. Pour effet plus rapide, deux capsules de chaque sorte peuvent être données aux adultes.

PRÉSENTATION : En boîte de 100 capsules. 50 Vitamines (vertes), 50 Minérales (blanches).

Littérature et échantillons sur demande.

Anglo-French Drug Cie,

Laval Médical, Québec, juin 1944 - Vol. 9 - No 6



Montréal.




— 1



L'ÉTÉ C'EST LA SAISON DE KAOMAGMA

Avec tous ses plaisirs, "le bon vieil été" dépasse toutes les saisons par les troubles gastro-intestinaux et la diarrhée. Vacances, excursions et pique-niques avec leurs bouleversements diététiques, modifications dans l'alimentation habituelle et l'approvisionnement de l'eau, contamination bactérienne, tout peut être responsable de diarrhée grave durant les mois d'été. Quelle que soit la cause, on obtient un parfait contrôle de la diarrhée par Kaomagma.

Nombre de médecins recommandent d'inclure Kaomagma comme unité importante dans la trousse de vacances de patients qui s'en vont dans des endroits isolés de villégiature. En indiquant le mode d'emploi au premier indice de diarrhée, ces médecins assurent la protection immédiate requise par leurs patients jusqu'à ce qu'il leur soit possible de revenir pour un examen attentif et une thérapeutique spécifique.

 Au début . . . administrer deux cuillerées à soupe de Kaomagma simple dans un peu d'eau —
 Et continuer avec une cuillerée à soupe de Kaomagma simple après chaque selle —
 Enfin . . . lorsque les selles se solidifient, on peut donner trois fois par jour, une cuillerée à soupe de Kaomagma avec Huile Minérale.

KAOMAGMA

Wyeth

Nom déposé au Canada
Kaolin dans un gel d'alumine
Un "WYETHICAL"

PRÉPARÉ EN BOUTEILLES DE 12 ONCES FLUIDES

JOHN WYETH & BROTHER (CANADA) LIMITED, WALKERVILLE, ONTARIO

SOMMAIRE du N° 6

(Juin 1944)

COMMUNICATIONS

- J.-Chs MILLER :
Psychopathies constitutionnelles et perversions instinctives 357
- Donat LAPOINTE :
Les accidents de la dentition 364
- René SIMARD :
Fibrome et grossesse 369
- Euclide DÉCHÊNE :
Contribution à l'étude de la pleurésie staphylococcique chez l'enfant des six premiers mois 381
- François LETARTE :
Amygdalite aiguë et manifestations rhumatismales chez le jeune enfant 388
- Euchariste SAMSON :
Péritonite primitive à pneumocoques 392
- Carlton AUGER :
Tumeurs cutanées pigmentées non næviques 397
- Roger GAUDRY :
Note sur une nouvelle synthèse de la phénylalanine 412

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

- Jean-Louis LAROCHELLE :
Le traitement des brûlures 413

EST-CE DE LA GOUTTE?

EST-CE DE L'ARTHRITISME?

Sensibilité, raideur, léger gonflement des jointures des phalanges (les autres articulations peuvent être prises), motilité affaiblie, ralentissement graduel des fonctions... se manifestant surtout vers l'âge moyen... tel est le tableau-symptôme que présentent de nombreux cas.

Il peut indiquer un cas de goutte, ou bien un cas d'arthritisme.

La **LYXANTHINE ASTIER**

donnée *per os*, à dose d'une cuillerée à thé, une, et même deux fois par jour, amène ordinairement une rapide amélioration de cet état, et, si on continue le traitement, la disparition complète de tous les symptômes.

La Lyxanthine Astier produit cet effet en vertu de ses éléments synergiques associés : iode, calcium, soufre, bitartrate de lysidine¹... ce dernier, puissant dissolvant et éliminateur des déchets métaboliques.

1. Méthylglyoxalidine ou éthylethényldiamine.



ROUGIER FRÈRES, 350, rue Le Moyne, Montréal.

Veuillez m'envoyer de la littérature :

LYXANTHINE ASTIER

Dr.....

Adresse.....

Ville..... Province.....

SOMMAIRE (Suite)

L'ACTUALITÉ THÉRAPEUTIQUE

H. GUYOT :

Quelques aspects du problème des vitamines 420

ANALYSES

Théorie et thérapie du choc 425

Maladie des vaisseaux consécutive à l'intoxication gravidique — prééclampsie et éclampsie 427

Les troubles de carence dans l'étiologie de la ménorrhagie, de la mastite kystique et de la tension prémenstruelle ; leur traitement par le complexe B . 428

Causes et traitement des symptômes consécutifs à la prostatectomie transurétrale 429

La mission chirurgicale anglo-canadienne en Russie soviétique 431

Essai d'interprétation de l'éosinophilie tissulaire dans diverses dermatoses ... 436

L'usage combiné de la pénicilline et de l'héparine dans le traitement de l'endocardite bactérienne subaiguë 436

CHRONIQUE, VARIÉTÉS ET NOUVELLES 438

La NÉO-GASTRICINE

extrait total de muqueuses fraîches d'estomac de porcs et de veaux de lait, renferme tous les ferments gastriques naturels suractivés par un catalyseur métallique (Manganèse) et additionnés de toniques amers : la Gentiane et le Condurango.

Son administration permet de rétablir le fonctionnement physiologique de l'estomac.

INSUFFISANCE GASTRIQUE — DIGESTIONS
LENTES OU PÉNIBLES — ANOREXIE — GASTRITE
ULCÈRES — HYPOPEPSIE HYPERCHLORHYDRIQUE

DR E. DUHOURCAU, DE CAUTERETS (HAUTES-PYRÉNÉES), FRANCE.

Concessionnaires et Fabricants au Canada

ROUGIER FRÈRES, 350, rue Le Moyne, - Montréal.

Une source
naturelle

de

VITAMINE B₁
VITAMINE G



et autres facteurs connus du
COMPLEXE DE LA VITAMINE B
y compris l'acide nicotinique

COMPRIMÉS DE LEVURE DE BIÈRE DE MEAD. Chaque comprimé de levure de bière de Mead contient 20 unités internationales de vitamine B₁ (thiamine — facteur antinévritique) et 20 unités Sherman de vitamine G (riboflavine). Des expériences cliniques ont démontré que le produit était riche en acide nicotinique pour la prévention et le traitement de la pellagre. Ce produit est présenté sous forme de comprimés de 6 grains, en flacons de 100 et 250.

POUDRE DE LEVURE DE BIÈRE DE MEAD. Chaque gramme ($\frac{1}{2}$ cuillerée à thé) fournit 50 unités internationales de vitamine B₁ et 50 unités Sherman de vitamine G (de même efficacité que les comprimés de levure de bière de Mead), ainsi que l'acide nicotinique. Cette poudre se mélange facilement avec différents véhicules, de sorte que le médecin peut la prescrire avec la nourriture des enfants. Cette poudre se vend en flacons de 6 onces.

La levure de bière de Mead est stérile et est emballée à vide pour empêcher l'oxydation. Elle est mise en flacons bruns et enfermée dans des cartons pour une plus grande protection.

MEAD JOHNSON & CO. OF CANADA, LTD., BELLEVILLE, ONT.

LAVAL MÉDICAL

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE QUÉBEC

- Président : M. le professeur Chs VÉZINA,
Doyen de la Faculté de Médecine.
- Vice-président : M. le professeur A.-R. POTVIN,
Secrétaire de la Faculté de Médecine.
- Directeur
de la revue : M. le professeur R. GINGRAS,
Secrétaire adjoint de la Faculté de Médecine.
- Secrétaire : M. le professeur J.-Édouard MORIN,
Professeur de Bactériologie.
- Membre
du bureau : M. le professeur Roméo BLANCHET,
Professeur de Physiologie.
-

Direction
FACULTÉ DE MÉDECINE
UNIVERSITÉ LAVAL
QUÉBEC - (Tél. : 2-6953)

FAITS

qu'il est bon de répéter

IL a beaucoup été question de l'importance du lait évaporé dans l'alimentation des nourrissons. Il semble opportun d'en passer les raisons en revue.

Composition uniforme : Le pourcentage de gras et d'extrait dégraissé du lait évaporé ne varie pas.

Caillé fin et flocculent : Le lait soumis à un traitement thermique donne un caillé extrêmement fin et doux, comme celui du lait de femme.

Gras homogénéisé : La pulvérisation des globules de gras les rend plus facilement accessibles aux enzymes lipolytiques. La distribution uniforme dans le lait assure une teneur en gras constante du lait maternisé préparé selon une formule donnée.

Propriétés hypoallergéniques : Le traitement thermique diminue notablement les propriétés antigènes du lait évaporé.

Stérilité : Parce qu'il est stérilisé après sa mise en boîtes fermées hermétiquement, le lait évaporé ne contient pas de bactéries et ne peut se contaminer. Il n'a pas besoin d'être bouilli dans la préparation du lait maternisé.

Lait Carnation : En plus de posséder ces qualités, le lait Évaporé Carnation est irradié, ce qui en fait automatiquement une source sûre de vitamine D. Et les soins dont il est entouré à la source ainsi que le contrôle scientifique du procédé auquel il est soumis en font un lait évaporé de la plus haute qualité. C'est le lait préféré de beaucoup de médecins pour l'alimentation des nourrissons.

CARNATION COMPANY, LIMITED, TORONTO, ONT.

Lait

Produit
dans le Québec



Carnation

IRRADIÉ

"provenant de vaches bien nourries"



"FERRO-CATALYTIC"

CARBONATE FERREUX ET CUIVRE ACTIF

FORMULE "FER-CUIVRE" D'ORIGINE

Traitement

de l'anémie secondaire, de l'anémie post partum, de la chlorose chronique, de l'anémie hypochrome idiopathique et de l'anémie de la grossesse.

CAPSULES ÉLASTIQUES ET SOLUBLES,
PRÉVENANT TOUTE OXYDATION.

La capsule de Ferro-Catalytic—enveloppe de gélatine imperméable mais rapidement soluble, qui reste molle et facile à ingérer—préserve longtemps la fraîcheur de son contenu et supprime toute oxydation. Résultat: la blancheur de la denture n'est pas altérée, et l'on n'observe pas de symptômes d'intoxication, tels que crampes du bas-ventre, diarrhée, nausées et vomissements, à l'opposé des pilules de carbonate ferreux, qui durcissent avec le temps et qui, si elles ne sont pas administrées dès leur préparation, s'oxydent peu à peu et passent à l'état ferrique.

FERRO-CATALYTIC R_x 82

*Carbonate ferreux - - - - -	6 3/4 grs.
Cuivre (sous forme de carbonate) - -	1/48 gr.
Phénolphtaléine - - - - -	1/12 gr.

FERRO-CATALYTIC COMPOSÉ

R_x 666 "Frosst"

*Carbonate ferreux - - - - -	3 3/8 grs.
Cuivre (sous forme de carbonate) - -	1/96 gr.
Phénolphtaléine - - - - -	1/12 gr.
Vitamine B ₁ (chlorure de thiamine) -	33 unités int.
(Niacine acide nicotinique) - - - -	1/24 gr.

*Chaque grain de carbonate ferreux est environ l'équivalent d'un demi-grain de fer à l'état ferreux.

Envoi gratuit, à la demande des intéressés, d'un tableau hémoglobino-métrique et d'une liste complète des formules du "Ferro-Catalytic".

DOSE: 1 ou 2 capsules deux ou trois fois par jour, après les repas.

PRÉSENTATION: Boîtes de 50 et 100 capsules.



Frosst

Depuis 1899, cette marque canadienne est le symbole de préparations pharmaceutiques supérieure.

Charles E. Frosst & Co.

MONTREAL

CANADA

À QUALITÉ ET PRIX ÉGAUX OU MEILLEURS, PRESCRIVEZ LES PRODUITS CANADIENS

"OSTOGEN-A"

14,000 unités int.
de vitamine D par gramme
(500 PAR GOUTTE)

28,000 unités int.
de vitamine A par gramme
(1,000 PAR GOUTTE)

Combine les v. A et D sous forme d'une seule préparation concentrée, d'efficacité constante. Offre, comparé à l'huile de foie de morue, les avantages suivants:

- Ni goût ni odeur désagréables.
- Ne provoque pas de dérangement d'estomac.
- Administration facile dosée à la goutte.
- Très économique. Ne coûte au malade que 1c. par jour.

INDICATIONS:

Grands et petits enfants — grossesse et allaitement.

L'Ostogen-A prévient et guérit le rachitisme et la tétanie; aide à prévenir la carie dentaire en maintenant la calcémie; aide à rendre au malade sa résistance normale aux agents infectieux; maintient l'intégrité du tissu épithélial.

DOSE: De 1 à 3 gouttes par jour (mesurées au compte-gouttes de précision).

PRÉSENTATION: Flacons de 6 cm³ (assez pour 78 jours) et de 15 cm³ (195 jours).

"OSTOGEN"

(Vitostérol concentré)

A prescrire dans les cas où la v. A n'est pas censée nécessaire. Contient 1000 unités int. de v. D par goutte.

DOSE: De 1 à 6 gouttes par jour (mesurées au compte-gouttes de précision.)

PRÉSENTATION: Flacons de 6 et 15 cm³.



Frosst

Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA

La Marque Canadienne de Produits
Pharmaceutiques de Qualité depuis 1899

À QUALITÉ ET PRIX ÉGAUX OU MEILLEURS, PRESCRIVEZ LES PRODUITS CANADIENS

LAVAL MÉDICAL

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE QUÉBEC

CONDITIONS DE PUBLICATION : *Laval Médical* paraît tous les mois, sauf en juillet et août. Il est l'organe officiel de la *Société médicale des Hôpitaux universitaires de Québec*, et ne publie que les travaux originaux des membres de cette Société ou les communications faites devant d'autres sociétés à la condition que ces études soient inédites et qu'elles aient été résumées devant la Société médicale des Hôpitaux.

MANUSCRITS : Il est essentiel que, dans les manuscrits, le nom des auteurs cités, dans le texte comme dans la bibliographie, vienne en écriture moulée.

COPIES : Les copies doivent être dactylographiées avec double espace.

CLICHÉS : Pour fins de clichage, nos collaborateurs devront nous fournir des photographies noires sur papier glacé. Les dessins seront faits à l'encre de Chine sur papier blanc.

ABONNEMENT : Le prix de l'abonnement est de trois dollars par année. Les membres de la Société médicale des Hôpitaux universitaires jouissent du privilège d'un abonnement de groupe dont les frais sont soldés par la Société.

TIRÉS A PART : Ils seront fournis sur demande au prix de revient. Le nombre des exemplaires désiré devra être indiqué en tête de la copie.

BAUME SANODERMYL

Préparation destinée
à combattre et à cicatriser,
par une épidermisation rapide :

CREVASSES DES SEINS,
GERÇURES DES MAINS,
ROUGEURS ET
COUPURES DES NOUVEAU-NÉS,
DARTRES ET
CROÛTES LAITEUSES,
ECZÉMA DES NOURRISSONS.

COMPOSITION

Benzocaïne.....	0 gr. 60
Résorcine.....	0 gr. 20
Acide borique.....	2 gr.
Sous-Gallate de Bismuth..	0 gr. 50
Baume du Pérou.....	0 gr. 10
Lano-Vaseline.....	20 gr.

MODE D'EMPLOI

Faire 2 ou 3 applications de
baume par 24 heures et re-
couvrir de gaze stérilisée.

TUBE DE 20 GRAMMES

DYSPNÉ-INHAL

prévient et] soulage

RAPIDEMENT

les crises

D'ASTHME,
DE RHUME DES FOINS,
D'EMPHYSÈME.

Solution à 3.5% d'épinéphrine
stabilisée par un procédé
spécial.

Un pulvérisateur de poche spé-
cial et peu encombrant en rend
l'utilisation facile à tout mo-
ment.

Le **DYSPNÉ-INHAL** s'emploie
en pulvérisations et uniquement
dans l'appareil spécial qui ne doit
pas seulement pulvériser comme
beaucoup d'autres, mais atomi-
ser le liquide.

On peut répéter l'opération sans
aucun inconvénient, jour et nuit,
à chaque crise.

Pour inhalations buccales
seulement.

Rougier Frères

INCORPORÉE

SIÈGE SOCIAL: 350, RUE LEMOYNE, MONTRÉAL
LABORATOIRES: 507, RUE FORTUNE, PTE ST-CHARLES

La Société médicale des Hôpitaux universitaires de Québec

Secrétariat : 36, rue Couillard, Québec.

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

- M. le professeur A. ARLOING, de Lyon.
- M. le professeur A. CLERC, de Paris.
- M. le professeur A. LEMIERRE, de Paris.
- M. le docteur P. DESFOSSES, de Paris.
- M. le professeur René CRUCHET, de Bordeaux.

BUREAU

- Président : M. le professeur S. CARON.
- Vice-président : M. le professeur Renaud LEMIEUX.
- Secrétaire général : M. le professeur Richard LESSARD.
- Trésorier : M. le docteur Marcel LANGLOIS.
- Membres : MM. les professeurs Lucien LARUE, Louis ROUSSEAU et Donat LAPOINTE.

COMITÉ DE LECTURE

MM. Émile GAUMOND, Maurice GIROUX, Henri MARCOUX, Honoré NADEAU, François ROY et Mathieu SAMSON.

MEMBRES

Tout le personnel médical de la Faculté de Médecine et des Hôpitaux universitaires.

VIADOL
NADEAU



PIPÉRAZINE

MIDY

"ANTI-URIQUE TYPE."



Laboratoires de la PIPÉRAZINE MIDY, Paris

Agents pour le Canada:

2 à 4 cuillerées à café par jour.

VINANT Limitée, 200, rue Vallée, MONTRÉAL.

NEUROTROPHOL

Composition : Acide nucléinique, Glycérophosphate de Soude, Lipoïde Orchitiques et Arrhéнал.

Indications : Surmenage, Épuisement, Asthénie nerveuse, Neurasthénie, et, en général, les États de fatigue. Aussi indiqué dans la Chlorose des jeunes filles, dans certains cas de Puberté retardée ou d'Oligoménorrhée, dans les troubles de la Ménopause et dans les Psychoses génitales.

Posologie : Un verre à liqueur après chacun des deux principaux repas. Enfants, demi-dose.

Présentation : Elixir, flacon de 180 c.c.

Les Établissements BYLA

Agents pour le Canada : VINANT Limitée, 200, rue Vallée, MONTRÉAL.

Établie en 1851

Gros et Détail

PHARMACIE BRUNET

Chimistes — Fabricants — Manufacturiers

Importateurs de produits pharmaceutiques,
d'accessoires pour hôpitaux, laboratoires et bureaux de médecins.

Agent des instruments de chirurgie de la maison JETTER SCHEERER

Agent des appareils de stérilisation WILMOT CASTLE pour bureaux de médecins, et hôpitaux

CAMP

Corsets de maternité — Bandes herniaires —
Supports sacro-iliaques — Supports abdominaux

STÉRILISATION

Efficace, Automatique, Économique pour Médecins et Hôpitaux

Les Stérilisateur CASTLE vous assurent une stérilisation parfaite sans qu'il vous soit nécessaire de les surveiller constamment. — Installez un CASTLE « Full Automatic » entièrement automatique. — Ils ne sont jamais en bas du point d'ébullition. — Ils maintiendront le degré de stérilisation sans qu'il soit nécessaire de tourner aucune clef. — Vous ne pouvez endommager le Stérilisateur par négligence. — La bouilloire est en bronze coulé d'un seul morceau.

WILMOT CASTLE COMPANY, Rochester, N.-Y.

“ CASTLE ”

SERVICE SANS ÉGAL — OUTILLAGE LE PLUS MODERNE

W. BRUNET & CIE, Ltée

PHARMACIENS

139-141, rue Saint-Joseph

- 70, rue de la Chapelle

Appel du soir
2-2617

TÉLÉPHONE
8141

Dim. et fêtes
3-2385

COMPRIMÉS

STANO-PLEX

L A F A



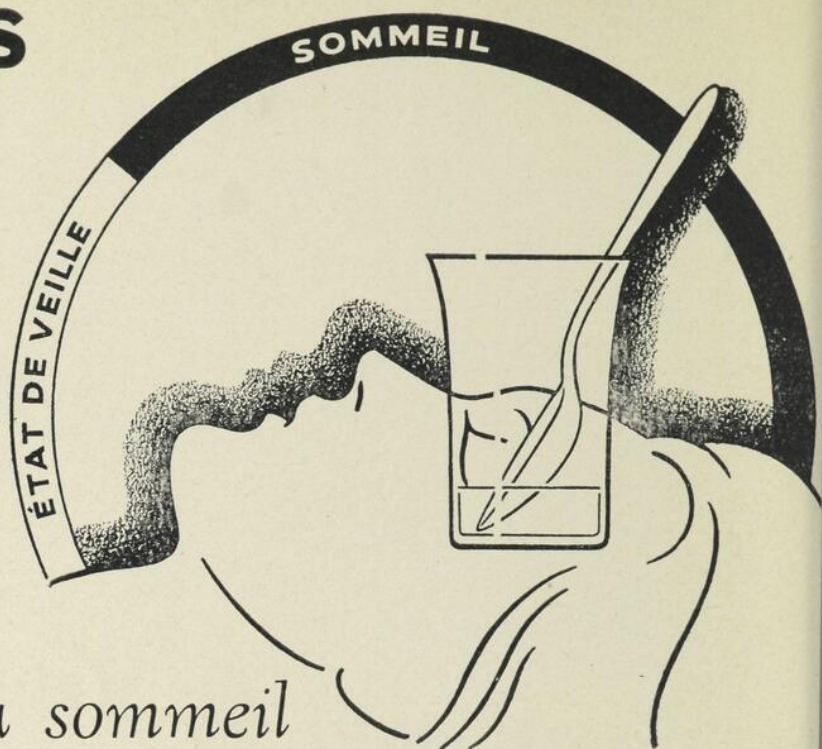
traitement de l'acné
et de la furonculose

COMPLEXE B NATUREL + PROTEINATE D'ETAIN

Laboratoires Associés Franco-Anglais

Agents pour le Canada: VINANT Ltée, 200, rue Vallée, MONTRÉAL

UPNOS



Rétablit
le cycle du sommeil

Indiqué dans le traitement de l'insomnie, particulièrement dans les cas où le surmenage ou d'autres facteurs tendent à interrompre le cycle régulier du sommeil. *Upnos* comporte des avantages; ne dérange aucunement les fonctions digestives. Il est très soluble et il s'élimine dans l'espace de quelques heures. *Upnos* se vend en solution et en comprimés de 3 grs.

LABORATOIRES DESBERGERS-BISMO

388 ouest, rue Saint-Paul,

:::

Montréal.

TOUTES LES VITAMINES "B"

VITAMINE "B-TOTUM"

La
SIESTE



ELIXIR GABAIL

V A L É R O - B R O M U R É

Calme sans asthénier.

Euphorise sans narcotiser.

Procure le sommeil normal sans stupéfier.

DOSAGE :

Une cuillerée à dessert ou à soupe dans un
peu d'eau, trois fois par jour.

EN FLACONS DE 190 C.C.

Anglo-French Drug Cie, 209 Est, rue Sainte-Catherine, Montréal.

Laval Médical, Québec, juin 1944 - Vol. 9 - N° 6

— 19

NUCLÉARSITOL ROBIN

GRANULÉ - COMPRIMÉS - INJECTABLE

MALADIES DÉGÉNÉRATIVES

LYMPHATISME - SCROFULE

R. C. 221839

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

AMPOULES 2 c.c.

Glycérophosphate de Soude 0.05
Nucléinate de Soude 0.005
Méthylarsinate disodique 0.01
Gms par c.c., 1 ou 2 inj. par 24 heures.

GRANULÉS et COMPRIMÉS

Glycérophosphate de Ca. 0.125
Glycérophosphate de Soude 0.0125
Nucléinate de Soude 0.0125
Méthylarsinate disodique 0.01

Grammes par cuillerée dose
ou comprimé.

2 à 3 cuill. ou comprimés aux repas.

Agents pour le Canada : *Laboratoires JEAN OLIVE, 200, rue Vallée, Montréal.*

Ethers éthylique et butylique de l'acide paraaminobenzoïque — résorcine — oxyquinoléine — oxyde de zinc.

ANESTHÉSIE SUPERFICIELLE

par simple contact

POMMADE

NESTOSYL

Laboratoire P. Baude
72, rue Saint-Dominique, Paris

Agents au Canada:
LABORATOIRES JEAN OLIVE
200, rue Vallée, Montréal.

PRURITS, engelures, gerçures, crevasses, brûlures,
ECZÉMAS, hémorroïdes, ulcères variqueux, escarres,
crevasses du sein, dermites infantiles

Anesthésiques insolubles et non toxiques - cessation immédiate de la douleur sur les tissus lésés et toutes muqueuses

Autres formes: SOLUTION HUILEUSE 5%—OVULES—SUPPOSITOIRES

Dès sa naissance tous les soins
sont pris pour assurer la santé de
votre bébé.
Pourquoi n'en serait-il pas ainsi
pour le choix de votre lait?



LAITERIE

Laval

DAIRY

4-3551 ★

La surveillance constante des fermes, une
stérilisation efficace, assurent à chaque
consommateur de lait "Laval" une garantie
égale.



LA LAITERIE QUE VOUS POUVEZ
VISITER EN TOUT TEMPS



L'OEUVRE DES UNITÉS SANITAIRES

AFIN d'assurer la prépondérance des naissances sur les décès et, par conséquent, de faire en sorte que la population continue d'augmenter et de se maintenir bien portante, le ministère de la santé et du bien-être social de la province de Québec s'efforce de répandre, dans tout notre territoire, les principales notions d'hygiène et de médecine préventive, de prémunir, contre les maladies contagieuses, adultes et enfants. Dans ce but, les bureaux de santé, connus sous le nom d'unités sanitaires, se livrent à une propagande intensive par des conférences d'hygiène générale, des cours aux jeunes filles, des leçons de secourisme, des représentations cinématographiques, des communiqués aux journaux et aux autres périodiques et la distribution d'une instructive littérature. Au cours de 1943, les visiteuses d'hygiène de nos 55 unités sanitaires se sont rendues dans 199,663 familles. Au cours de 1,956 cliniques antituberculeuses, nos spécialistes ont examinés 55,778 personnes durant la même période. Quant aux différentes maladies contagieuses, elles ont nécessité l'examen de 65,042 contacts et cas suspects. ☀ L'excellence des résultats obtenus dans la lutte contre la diphtérie se traduit par une diminution considérable. Au cours de 1943, les hygiénistes des différentes unités sanitaires ont effectué 47,367 immunisations complétées et 20,169 immunisations de rappel. Durant la même période, les vaccinations antivarioliques réussies ont atteint 20,369 et les vaccinations antityphoïdiques, 11,401. L'hygiène de la première enfance a nécessité 7,334 cliniques de puériculture, au cours desquelles on a examiné 127,813 nourrissons (0 à 1 an) et 93,884 enfants d'âge préscolaire. Pendant ces 12 mois, les hygiénistes ont visité à domicile 125,637 nourrissons et 175,910 enfants d'âge préscolaire. Quant à l'hygiène de l'âge scolaire, il appert que 230,281 enfants, habitant les circonscriptions desservies par des unités sanitaires, ont assisté à 8,413 conférences ; 108,172 ont subi l'examen physique et 26,414 l'examen médical.

LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL

Docteur JEAN GRÉGOIRE,
SOUS-MINISTRE

Honorable M. HENRI GROULX,
MINISTRE



**Vitamines
qui n'ont jamais
été servies
à table!**

Il serait difficile de déterminer combien de personnes qui ont appris à bien choisir les aliments protecteurs n'en perdent pas au moins une proportion considérable des sels minéraux et des vitamines qu'ils contiennent simplement à cause de méthodes défectueuses de les apprêter. Une chose, toutefois, est certaine: un grand nombre de personnes sont constamment en danger d'hypovitaminose subclinique à cause d'une alimentation qui, pour une raison ou une autre, est mal équilibrée. Dans les cas où ils soupçonnent une avitaminose subaiguë, beaucoup de médecins, en plus de

corriger l'alimentation, prescrivent des produits vitaminiques sérieux comme mesure de précaution supplémentaire. La confiance qu'à le corps médical dans les Penta-Kaps Améliorées Abbott est attestée par la fréquence avec laquelle elles sont prescrites. Si vous ne l'avez déjà fait, essayez les Penta-Kaps Améliorées Abbott. Vous pouvez être assuré de prescrire ainsi un complément vitaminique d'activité constante sur lequel vous pouvez vous fier. Toutes les bonnes pharmacies les tiennent. Laboratoires Abbott Limitée, 20 Chemin Bates, Montréal, Canada.

SPECIFIEZ:

Abbott

PENTA-KAPS
AMELIOREES

LA CROIX VICTORIA (V.C.)



La Croix Victoria est la plus haute décoration britannique qui puisse être décernée à un marin, un soldat ou un aviateur, gradé ou non. Instituée en 1856 par la Reine Victoria, elle ne peut maintenant être obtenue que "par l'accomplissement, face à l'ennemi, de quelque acte signalé de courage ou de dévouement au pays." Elle a la préséance sur toutes les autres décorations. Jusqu'au début de la présente guerre elle avait été décernée 1101 fois. Depuis 1920 les femmes sont éligibles, mais aucune ne l'a encore obtenue.

Cette décoration a la forme d'une croix pattée, de 1½ pouce de large, avec bords en relief. La face porte la couronne royale d'Angleterre surmontée d'un lion, et au-dessous l'inscription "For Valour" dans une banderolle. Au revers est gravée la date de l'action qui l'a méritée. La Croix est suspendue à une barrette portant un rameau de laurier, au revers de laquelle sont gravés le nom et le grade du décoré et le nom de son vaisseau, régiment ou escadrille.

Le ruban, large de 1½ pouce, était à l'origine bleu pour la Marine et cramoisi claret pour l'Armée; mais depuis la guerre de 1914-18 cette dernière couleur a été adoptée pour tous les services. Lorsque le ruban est porté sans la médaille, on porte sur le ruban une réplique miniature en bronze de la médaille, et une réplique additionnelle pour chaque barre décernée. (De 1856 à 1939, une barre n'a été décernée qu'à deux reprises.)

Ceci fait partie d'une série que les Laboratoires Abbott Limitée, de Montréal, publie en hommage au courage déployé pour la défense de la liberté. Des reproductions convenant pour l'encadrement seront envoyées sans frais aux médecins qui en feront la demande.

LAVAL MÉDICAL

VOL. 9

N° 6

JUIN 1944

COMMUNICATIONS

PSYCHOPATHIES CONSTITUTIONNELLES ET PERVERSIONS INSTINCTIVES

par

J.-Chs MILLER

Chef de Service à l'École la Jemmerais

NOTIONS GÉNÉRALES SUR LES CONSTITUTIONS MORBIDES

On connaît, depuis longtemps, la doctrine des diathèses en pathologie interne ou générale. Ainsi, dans le domaine psychologique, existe-t-il des terrains particuliers, constitutionnels et qui, sans être toujours d'emblée franchement morbides, n'en prédisposent pas moins aux maladies mentales.

Depuis les lumineux travaux de différents maîtres français, tels que Esquirol, Itard, Bourneville, Binet et Simon, Dupré, nous connaissons mieux l'origine lointaine des psychoses, et nous pouvons, très souvent, affirmer qu'avant l'écllosion de la maladie mentale, il existait déjà une prédisposition native, constitutionnelle.

Il dérive en effet de cette unité fonctionnelle psycho-biologique de la personnalité humaine, que nous puissions apercevoir la gamme infinie

des différences individuelles, déjà, au sein de l'humanité dite normale ; différences somatiques, affectives et intellectuelles qui établissent la valeur relative de la robusticité, de l'équilibre et de la capacité réalisatrice.

Mais, toujours dans le domaine qui nous occupe, les variantes deviennent quelquefois extrêmes et monstrueuses, sans pour cela constituer des formes d'aliénation mentale vraie, des maladies évolutives. A ce stade primitif, ce ne sont que des anomalies, des infirmités, des déficiences et des prédispositions morbides.

Dans certains cas, on observe tout simplement des arrêts de développement intellectuel plus ou moins précoces et complets ; ce sont les anomalies de l'intelligence elle-même, où les facultés d'acquisition, de compréhension, de conservation, et d'élaboration restent déficitaires, ou même absentes comme chez l'idiot complet.

Mais, à côté de ce premier type d'anormaux constitutionnels, apparaît un autre groupe d'intelligence sensiblement normale ou même quelquefois supérieure, et qui n'en sont pas moins des grands déséquilibrés nerveux et affectifs. Ce sont les « psychopathes » au sens classique, déséquilibrés intelligents qui présentent, par habitus et par constitution, un germe de folie.

Si les symptômes les plus constants des différentes psychopathies constitutionnelles se retrouvent dans les sphères tempéramentales et affectives, leur point de départ et leur mode d'évolution n'en varient pas moins. C'est ainsi que nous pouvons avoir des troubles primitifs du jugement, de la tension psychologique, de l'activité générale, de l'émotivité, des dispositions instinctives, qui conduisent, de préférence, à autant de formes particulières d'aliénation mentale et de comportements antisociaux. On aperçoit facilement l'intérêt de rechercher précocement et dès l'enfance, ces prédispositions morbides, car il est souvent possible d'en prévenir l'évolution malade, et d'appliquer des traitements utiles ; traitements préventifs : en évitant les surmenages, les provocations ; traitements correctifs : par thérapie médicale, rééducation, et orientation appropriées. Le tableau ci-dessous démontre, schématiquement, différents types de déséquilibres constitutionnels avec prédispositions morbides vers diverses formes de folie.

TYPES	FACULTÉ OU FONCTION TROUBLÉES	RÉPERCUSSIONS AFFECTIVES	ÉVOLUTION PSYCHIATRIQUE
1. Troubles idiopathiques de l'attention.....	Attention.	Distraction morbide.	Folie polymorphe.
2. Constitution schizoïde.....	Attention consciente.	Introverts, Rêveurs éveillés, Impulsivités.	Schizophrénie, Démence précoce.
3. Constitution paranoïde.....	Jugement.	Orgueil et méfiance hostile.	Délire chronique, Idées fixes, Paranoïa.
4. Constitution mythopathique.....	Imagination.	Fabulation, Simulation. Mobilité affective.	Mythomanie, Hystérie, etc.
5. Constitution hyperémotive.....	Tonalité affective.	Sentiments, Émotions.	Psychasténie, Obsessions, Névroses.
6. Constitution cyclothymique.....	Coefficient d'activité générale.	Alternances circulaires.	Folie maniaque.
7. Constitution épileptoïque.....	Tension psychologique.	Éclipse et mobilité de l'humeur.	Folie épileptique.
8. Constitution perverse.....	Tendances instinctives.	Agénésie du sens moral.	Folie morale.

Types de constitutions morbides généralement admis et donnant lieu à autant de prédispositions vers les formes correspondantes de maladies mentales.

On tend, actuellement, à limiter l'appellation de « psychopathie constitutionnelle » à certains troubles du comportement à tendances délictueuses et qui se rapprochent de la perversion instinctive ; on donnerait aux autres types de constitution, le vocable « d'état pré-psychose ».

Pour plusieurs, cette nouvelle distinction ne semble pas utile, et ceci pour différentes raisons. D'abord parce que psychopathie, est un terme vague, imprécis, qui doit comprendre toutes les affections primitives de l'intelligence et du comportement. Il ne paraît pas plus logique de limiter l'application de ce mot aux perversions instinctives, qu'il nous semblerait juste de ne comprendre que l'insuffisance mitrale dans les cardiopathies, ou seulement les ulcères d'estomac dans les gastropathies. Par ailleurs, les pervers instinctifs étant bien des criminels-nés, ne sont toutefois pas les seuls psychopathes à devenir des aliénés-criminels ; les paranoïaques, les épileptoïdes, les psychasthéniques, les schizoïdes, ont aussi leurs possibilités de délinquance et de criminalité. Tous les psychopathes étant des déséquilibrés, des excités, des déprimés, des obsédés, ils sont difficilement adaptables aux conditions sociales et, par suite, susceptibles de contraventions aux lois établies.

Enfin, l'appellation d'états « pré-psychose », pour les autres anomalies constitutionnelles, semble parfaitement empirique, puisqu'un très grand nombre de psychopathes ne deviennent jamais délirants ou psychotiques. Et d'ailleurs, ne sommes-nous pas tous dans un état pré-psychose. Il n'est pas absolument nécessaire de présenter des prédispositions natives pour développer une psychose ; un traumatisme, un surmenage, une incidence organique peuvent suffire. Si bien que, comme le médecin, le psychiâtre peut dire que l'homme bien portant et sain d'esprit n'est qu'un « malade en puissance ». Il paraît donc plus utile de conserver la belle conception classique de Dupré, et qui englobe les différentes formes de déséquilibres nerveux et affectifs constitutionnels.

LA VIE INSTINCTIVE

Nous savons donc maintenant que les déséquilibres constitutionnels s'exercent sur des plans bien différents de la personnalité, depuis les

régions inférieures de la vie instinctive jusqu'aux facultés supérieures, purement intellectives du jugement et de la volonté.

L'école de Freud a fait ressortir l'importance des forces instinctives sur le comportement. La psychanalyse et différentes disciplines de psychologie expérimentale et de psychiatrie entretiennent déjà, depuis quelques décades, des discussions passionnantes sur l'importance, les modalités, l'influence prépondérante des forces instinctives sur le comportement humain. Certains, comme Watson, vont jusqu'à affirmer que la conduite humaine n'est qu'un *behaviourisme*, à prédominance instinctive et subconsciente, dans lequel l'intelligence volontaire et la liberté n'entrent que pour très peu. D'autres, au contraire, nient à peu près l'existence des instincts, selon l'ancienne conception ; ils admettent l'existence d'élan vitaux, de *drives* subconscientes et réellement dynamiques, mais ne veulent pas conserver la notion classique de la force instinctive.

La négation de l'instinct semblerait impliquer l'infirmité de la vie humaine. N'est-ce pas La Rochefoucauld en effet qui écrivait que « l'instinct et l'intelligence offrent l'évidence des deux natures de l'homme » ? En effet, la biologie nous rappelle qu'avant d'être intelligent et capable de liberté, l'homme se résume d'abord à une cellule, puis à une masse organique informe, puis partage longtemps le milieu maternel, avant de devenir viable par lui-même. Puis, après la naissance, s'il n'existait pas de ces pré-adaptations spécifiques et instinctives, où pourrait se rendre l'évolution de la personnalité ? Incapable de toute activité volontaire et intelligente, le jeune enfant a, pour longtemps, absolument besoin de ces forces aveugles, qui se déclenchent sans sa volonté, et le portent à réaliser, sans qu'il le sache, l'activité nécessaire à sa conservation. Encore ici, il ne semble pas avantageux de délaissier les vieilles conceptions classiques, pour en adapter de nouvelles qui soient moins satisfaisantes.

Et sans admettre aucune forme de *behaviourisme* qui tende à mépriser la maîtrise de l'intelligence volontaire et de la liberté chez l'être humain normal et dont l'âge cérébral et nerveux en permet l'exercice, il nous faut connaître la nécessité d'une vie mentale inférieure, et d'un comportement précoce élémentaire, dérivant d'un sens organique déjà en

éveil. Et c'est ainsi que des psychologues français, Achille Delmas et Marcel Boël, ont pu reconnaître cinq tendances primitives chez l'être humain : l'activité, l'avidité, l'émotivité, la sociabilité, la bonté. Voilà autant de conduites et d'attitudes qui se dessinent chez le jeune enfant même beaucoup avant l'éveil intellectuel proprement dit ; à cet âge, pareilles tendances primitives dominant tout le comportement et représentent bien un *behaviourisme* physiologique, mais temporaire et devant passer au second plan, dès qu'apparaîtront des lueurs d'intelligence, tout comme le cri cédera la place à la parole lorsque la fonction sera établie ; ainsi qu'on l'a déjà écrit, « le son, le cri, la voix sont le signe de l'âme et de la vie, la parole est le signe de la raison ». Et voici, dans le domaine du langage et de l'expression, un bel exemple de pré-adaptation instinctive, précédant l'établissement d'une fonction idéo-motrice très élevée, que représente le langage articulé.

L'étude de la conduite de tous jeunes enfants nous permet d'apercevoir de très nombreux exemples de cette progression vers la perfection psychologique de l'âge adulte. Et encore, chez ce dernier, combien de subsistances impulsives et subconscientes, sans compter l'action de l'expérience, des automatismes acquis maintenant leur activité déterminante ? William James avait probablement raison quand il enseignait que l'homme était peut-être la créature dont la gamme instinctive était la plus étendue ; et cela tient peut-être de prélude à l'intelligence, car chez l'homme ces tendances primitives dépassent les besoins de conservation de la vie individuelle ou spécifique. Les scholastiques reconnaissent l'existence d'une *vis aestimativa*, comme une sorte de sens organique appréciant le caractère utile et nuisible des objets et des choses. De là à l'intuition purement intellectuelle, il n'y a pas loin, et l'on peut admettre que chez l'homme, ainsi que le proposait déjà William James, ces dispositions spontanées, aveugles et servant l'individu, s'étendent depuis la conscience organique, jusqu'aux sphères les plus élevées de la vie mentale.

Ainsi que le veut William James les manifestations instinctives s'échelonnent au cours de la croissance, et n'apparaissent que selon le degré d'évolution. De plus il existe comme une sorte d'antagonisme entre l'instinct et l'intelligence ; c'est pour cette raison qu'en psychologie humaine, l'instinct se comprend comme une tendance caduque et modifiable, sous l'action de l'intelligence, de l'éducation et des exigences sociales.

Plusieurs tentatives furent faites pour essayer de cataloguer ces nombreuses tendances naturelles de l'homme. Un psychologue américain (Kelly), propose de les classer selon leur utilité individuelle, parentale, sociale ou morale. Nous inspirant largement des conceptions de cet excellent auteur, nous exposerons maintenant, en schéma, ces principales tendances instinctives selon leur plan et selon leur objectivité, nous limitant aux plus indiscutables :

- | | |
|--|---|
| 1° <i>Instincts individualistes :</i> | { Conscience de la personnalité,
besoin de s'alimenter,
peur, colère, combativité,
besoin d'économies, de gains,
activité, émotivité ; |
| 2° <i>Instincts d'adaptation au milieu :</i> | { imitation,
curiosité,
jeu,
expression,
manipulation ; |
| 3° <i>Instincts sociaux :</i> | { sociabilité,
émulation,
rivalité,
sympathie,
générosité,
action constructive ; |
| 4° <i>Instincts moraux et religieux :</i> | { respect de la loi établie,
sentiments d'honneur, d'honnêteté,
respect du devoir, la pureté, la vérité,
assujettissement de l'égoïsme à l'altruisme,
pressentiment de l'Infini,
croyance en un Être supérieur ; |
| 5° <i>Instincts parentaux :</i>
(<i>Conservation de l'espèce</i>) | { sympathie, attraction, amour,
reproductivité,
soins des petits et éducation,
amour maternel. |

(A suivre.)

LES ACCIDENTS DE LA DENTITION

par

Donat LAPOINTE

Chef de Service à la Crèche Saint-Vincent-de-Paul

C'est Hippocrate qui paraît avoir signalé les accidents de la dentition pour la première fois dans un de ses aphorismes. En effet, au siècle de Périclès, 450 ans av. J. C., il écrivait : « Lorsque les enfants sont un peu plus âgés, que les dents commencent à leur venir, les gencives leur démangent ; ils ont alors des fièvres, des convulsions, des diarrhées et c'est surtout lorsque leurs dents canines paraissent qu'ils sont gros et gras, et qu'ils ont le ventre dur »⁽¹⁾.

Pendant plusieurs siècles après l'énoncé de cet aphorisme célèbre, si nous tenons compte que la médecine se bornait alors à commenter les aphorismes d'Hippocrate et de Galien, nous pouvons comprendre que certains médecins aient forcé les textes du Père de la médecine au point d'en arriver à rattacher à l'éruption dentaire, presque toutes les manifestations pathologiques du premier âge.

Au XVIII^e siècle, nombreux étaient les médecins qui affirmaient avec Sennert que : « les parents ne pouvaient se réjouir fermement de l'existence de leurs enfants tant que les dents n'étaient pas sorties ».

En 1781, l'Académie de Médecine de Paris, convaincue qu'un grand nombre d'enfants meurent à la suite d'accidents de la première dentition,

(1) Hippocrate, livre III, aphorisme 25.

décide de fonder un prix destiné à celui qui proposerait la meilleure solution à la question suivante : « Quels sont les moyens les plus sûrs de préserver les enfants des accidents auxquels la dentition les expose ? ».

C'est au commencement du XIX^e siècle, que la doctrine des accidents de la dentition atteint le sommet de l'exagération dans un livre de Baumes, intitulé : *Traité de la première dentition et des maladies souvent très graves qui en dépendent*.

Dans un autre livre, publié en 1836 à Philadelphie, par le Dr William Dewees, professeur d'obstétrique à l'Université de Philadelphie⁽²⁾, nous avons pu lire le récit fabuleux d'à peu près tous les maux que l'opinion populaire rattache encore de nos jours à la dentition. L'auteur conclut au chapitre de la dentition par la phrase suivante : « Teething must be considered as a period of great moment to the poor child ».

La théorie hippocratique hypertrophiée pendant des siècles suscita l'apparition d'une violente réaction vers la fin du XIX^e siècle. Pour renverser une doctrine aussi solidement établie, nous voyons apparaître des réactionnaires déterminés à tout détruire.

C'est Politzer qui, le premier, monta à l'assaut de la théorie, et nous pouvons donner une excellente idée de sa détermination farouche, en citant cette phrase : « Pour éviter les erreurs graves et leurs conséquences, il faut bannir de la clinique et des livres, tout ce qui touche aux maladies dites de dentition et jusqu'à leurs noms »⁽³⁾.

En 1880, l'Académie de Médecine avait évolué et consentait à entendre Roger qui déclara : « que les maladies de la dentition n'existaient pas ».

A la même époque, Magitot se montrait non moins radical et concluait, dans un article publié dans les *Archives générales de la Médecine*, que : « la première dentition, si communément invoquée dans l'explication des affections les plus diverses de la première enfance, devait être considérée comme leur étant absolument étrangère ».

Après ces deux périodes d'outrance et de négation, à la faveur d'un accroissement considérable des notions de pathologie infantile, nous

(2) *A Treatise on the physical and medical treatment of children.*

(3) « Ueber die de dentitione zugeschriebenenkrankt ». *Wien. med. Wochenschr.*, 1874.

assistons, vers 1900, à l'établissement d'un juste milieu qui s'appuyait, dans une très large mesure, sur l'autorité de Comby, de Variot et de Marfan.

De nos jours, l'école de pédiatrie allemande nie encore la plupart des troubles associés à la dentition. Mais, dans l'ensemble, les diverses écoles de médecine infantile, enseignent qu'il n'y a pas de maladies de la dentition, mais qu'il existe chez des enfants, des accidents en rapport certain avec ce processus physiologique. Ce sont ces accidents dits de dentition que nous passerons brièvement en revue ; nous examinerons ensuite la pathogénie, le diagnostic et le traitement.

Il s'agit d'un enfant âgé de 6 à 30 mois, qui devient grognon et irritable. Le sommeil est troublé et parfois il y a un certain degré d'anorexie. Tout ce que le nourrisson peut atteindre avec la main, il essaie de le porter à sa bouche, d'où s'écoule une abondante salive. A certains moments, des cris perçants et des pleurs prolongés paraissent exprimer une très vive douleur. Des élévations brusques de température ne sont pas exceptionnelles.

Du côté du système digestif, des modifications peuvent survenir sous forme de vomissements, de diarrhées et de constipation. La toux n'est pas rare, et peut même accompagner un accès d'asthme ou une poussée d'eczéma. Exceptionnellement, les convulsions peuvent s'observer. Un simple examen des gencives nous révèle un gonflement et un érythème. Les dents sur le point de percer exercent une forte pression sur la muqueuse et les tissus sous-jacents.

Un très grand nombre de nourrissons font leurs dents sans aucune manifestation particulière. D'autres présentent quelques vagues troubles passagers. Quelques-uns sont plus touchés. Cette absence et cette inégalité des réactions de différents nourrissons en présence d'un même phénomène physiologique ne sont pas sans appeler des explications.

Au moment de la poussée dentaire, la congestion locale qui l'accompagne détermine une pression sur les terminaisons nerveuses du nerf trijumeau. Si nous nous rappelons que cette V^e paire crânienne s'anastomose avec presque tous les autres nerfs crâniens et le sympathique, nous comprenons plus facilement qu'une irritation d'origine buccale puisse se transmettre à distance. Cependant, cette théorie réflexe demeure

encore incomplète si nous n'admettons pas la prédisposition de certains terrains que nous ignorons d'ailleurs complètement. Chez les prédisposés, les troubles apparaissent soit parce que le système nerveux central se trouve empêché d'exercer son action frénatrice normale, soit parce que l'irritabilité du trijumeau se trouvant augmentée par un facteur humoral ou constitutionnel déborde la capacité frénatrice du système nerveux central.

Nous avouons très volontiers, qu'il n'est pas toujours facile, à la période de la dentition, de faire rapidement la part des accidents qui doivent être rattachés à la poussée des dents. Mais, l'observation minutieuse, jointe à l'habitude de faire un examen clinique complet, permettra presque toujours d'établir la cause des troubles. Avant de conclure à des accidents réflexes liés à la dentition chez un enfant de 6 à 30 mois, il faut éliminer toutes les autres possibilités.

Comme il s'agit, la plupart du temps, d'accidents bénins, la thérapeutique sera en général assez simple. Pour soulager le prurit gengival, ce ne sont certainement pas les fabricants d'appareils qui ont retardé. Le commerce déverse, dans le monde entier, des quantités de hochets de toutes formes destinés à être mordillés par les gencives douloureuses des enfants de toutes races. Cette pratique de laisser à l'enfant un objet dur qu'il applique instinctivement sur les points douloureux n'est pas à blâmer. Cette pression sur la gencive congestionnée paraît calmer la douleur dans une certaine mesure.

En plus de ces agents mécaniques, nous trouvons toute la gamme des médicaments appelés sirops ou baumes de dentition. La formule la plus célèbre, composée de safran, de tamarin, de miel et d'eau, est celle de Dalabarre. D'autres sirops contiennent de la cocaïne, des bromures, etc. . . . Tous ces sirops de dentition ont peut-être une action sédative locale momentanée, mais, dans l'ensemble, la plus large part du bénéfice paraît être nettement du côté du fabricant. Le gardénal, à la dose de 0.05 à 0.10, paraît être le meilleur médicament sédatif. Si les troubles digestifs sont importants, il faudra songer aussi à modifier l'alimentation en quantité ou en qualité.

Les incisions des gencives au bistouri ont été pratiquées fréquemment autrefois mais, aujourd'hui, cette habitude a été abandonnée. Au

moment où la dent est en contact avec la muqueuse, la seule intervention locale qui paraisse soulager, c'est la pression exercée sur la muqueuse avec l'ongle du pouce préalablement désinfecté. Cette manœuvre a pour effet de sectionner la muqueuse sur le bord tranchant de la dent et de diminuer, en même temps la pression sur les terminaisons nerveuses. Nous avons nous-même souvent constaté la disparition des troubles après cette simple intervention.

Bien que la question des accidents de dentition n'ait pas cessé d'agiter les médecins, pour ou contre, depuis des siècles, il ne faut pas croire que l'opinion populaire a subi la même évolution. Il demeure fortement ancré dans l'esprit des masses que l'éruption des dents s'accompagne nécessairement de tout un cortège de maladies plus ou moins sérieuses. Cette croyance populaire peut justifier, dans certains cas, l'abstention d'appeler le médecin auprès du nourrisson gravement malade.

Il y a certainement des enfants qui meurent d'infections ignorées parce que les parents se sont crus en présence d'accidents inévitables de la période de dentition.

BIBLIOGRAPHIE

- CASSOUTE, F. La dentition chez les enfants.
MARFAN, A. B. Clinique des maladies de la première enfance. Vol. II.
BOUCHUT, E. Maladies des nouveau-nés, page 441.
VARIOT, G. Maladies des enfants du premier âge, page 165.
CAUHÉPÉ, I. Les accidents de première dentition. *Clinique et Laboratoire*, n° 4, 1939.
PFAUNDLER et SCHLOSSMANN. The Disease of Children. Vol. 14, page 31.
PORTER et CARTER. Management of the Sick Child. Page 527.
FEER. Pediatrics, page 249.
GRIFFITH et MITCHELL. Textbook of Pediatrics, page 435.
BRENNEMAN. Practice of Pediatrics. Vol. 3, sec. 3, page 6.
-

FIBROME ET GROSSESSE

par

René SIMARD

Chef de Service à l'Hôpital de la Miséricorde

Si l'on considère combien l'utérus gravide est excitable, au point que la distension ou le massage, l'introduction d'un corps étranger, un simple traumatisme même à distance, une endométrite, l'hypoplasie utérine, etc., etc., suffisent à déclencher des contractions pouvant entraîner l'avortement, il semble extraordinaire que la présence, dans la paroi utérine elle-même, de tumeurs volumineuses, multiples, souvent en voie de nécrose, soit compatible avec l'évolution d'une grossesse jusqu'à son terme. Pourtant, c'est généralement avec cette extraordinaire indifférence que l'utérus gravide supporte les fibromes qui le gonflent, le refoulent, le difforment. Bien entendu, l'utérus fibromateux connaît des avortements comme l'utérus sain, il les connaît même plus souvent ; mais il reste que cette éventualité demeure l'exception et l'évolution normale, la règle. Fait encore plus fantastique, cet utérus, capricieux et rétif, inerte ou impuissant à la moindre anomalie, s'accommode facilement de sa surcharge et de ses difformités fibro-myomateuses et expulse généralement son contenu à terme, tout comme s'il se trouvait indemne de toute lésion. Ce phénomène étonnant que constitue une grossesse dans un utérus fibromateux, cet autre encore plus invraisemblable de la probabilité, malgré la tumeur, d'un accouchement normal, ont été, depuis

bien longtemps, reconnus et signalés. Mais ils nous semblent garder toujours leur intérêt et, à l'occasion de certains cas que nous avons eus la bonne ou la mauvaise fortune d'observer récemment, nous avons pensé de jeter un coup d'œil sur cette question.

La présence de fibromes utérins chez les femmes enceintes est fréquente, si on estime que de petits nodules du volume d'un gland ou d'une noix, méritent d'être décorés du titre de fibrome. Il est presque banal de rencontrer, au niveau du corps utérin, au fond surtout, de ces petites nodosités lorsque la main, profitant de l'extrême laxité de la paroi abdominale consécutive à l'accouchement, explore l'utérus ou le comprime pour effectuer la délivrance. Mais la fréquence de l'association fibrome et grossesse est inversement proportionnelle au volume du fibrome. Voilà probablement la raison de l'extrême discordance des statistiques rencontrées. Si l'on s'en tient aux fibromes atteignant le volume du poing, le taux de deux ou trois pour mille femmes enceintes ne semble pas exagéré.

Ces chiffres restent quand même étonnants si l'on songe à la réputation de stérilité qu'on a faite aux fibromateuses. Il y a lieu de distinguer ici les fibromes du col et les fibromes sous-muqueux, des fibromes interstitiels ou sous-séreux du corps. Les premiers sont probablement beaucoup plus incompatibles avec une grossesse que les seconds. Ce qui est remarquable, c'est que les fibromes se rencontrent surtout chez les primipares âgées, et les quatre cas que nous vous rapporterons tout à l'heure sont survenus chez des primipares âgées respectivement de 28, 32, 36 et 40 ans. De façon générale, on peut dire que la stérilité est deux ou trois fois plus fréquente chez les porteuses de fibromes que chez celles dont l'utérus est sain. Les relations qui unissent la stérilité à la fibromatose sont d'ailleurs fort obscures.

Pour les uns, c'est le fibrome qui cause la stérilité : « Voyez disent-ils, ces guérissons de stérilité consécutives à des myomectomies, et inversement, ces disparitions de fertilité concomitantes à la pousse de fibromes; expliquez autrement, continuent-ils, le fait que le volume du fibrome soit proportionnel à la fréquence de la stérilité ». Pour d'autres, au contraire, c'est la stérilité qui suscite les fibromes : ceux-là allèguent la fréquence des fibromes chez les vierges, en particulier les religieuses.

Enfin, l'on peut, comme certains le font, rejeter l'une et l'autre de ces théories et invoquer un facteur commun soit endocrinien soit utérin même, à l'origine et de la stérilité et du fibrome : voilà pourquoi les utérus hypoplasiques deviendraient souvent fibromateux. Mais pourquoi vouloir être si catégorique ? Il est probable que, suivant les cas et tour à tour, chacune de ces théories soit vraie.

Cette impression que nous avons tous, vu cette demi-stérilité, d'une opposition entre le fibrome et la grossesse n'est pas de nature à nous faciliter le diagnostic de leur réunion, du moins lorsque le fibrome est volumineux et la grossesse jeune. Les masses fibreuses masqueront le plus souvent tous les signes physiques d'une grossesse au début. Les signes fonctionnels, si trompeurs et si inconstants, resteront souvent nos seuls guides, à moins que, sur une portion saine du corps utérin, on ne trouve un ramollissement caractéristique ; encore que cette région ramollie puisse bien être prise pour une zone de dégénérescence. D'autre part, la grossesse ne dissimulera guère un fibrome, sauf s'il s'agit d'une grossesse avancée : nous avons vu des utérus gravides cacher graduellement dans leur ascension de volumineux fibromes de leur paroi postérieure. C'est pourquoi, à un stage avancé de la grossesse, les tumeurs à ce niveau peuvent être absolument insoupçonnées. Bien plus, la grossesse développée dans un utérus bicorne, la grossesse angulaire, voire la grossesse utérine normale, ont pu prêter à confusion et entraîner des opérations inutiles, tout comme des fibromes, par leur forme, ont été pris pour des grossesses. Mais il sortirait du cadre de ce simple exposé de la question de traiter de ces diagnostics différentiels. Rappelons simplement que le fibrome masque facilement la grossesse, que la grossesse peut cacher le fibrome, et même que le fibrome peut simuler la grossesse et vice-versa. Tous les cas ambigus seront tranchés par l'épreuve du temps ou le test biologique ; aucun acte chirurgical ne doit être posé tant qu'il persiste le moindre doute. On confond surtout les grossesses illégitimes avec les fibromes, le médecin oubliant que ce qu'on appelle, en termes propres, l'acte du mariage n'est pas exclusif aux gens mariés. Nous avons, au cours des derniers mois, reçu à la Miséricorde deux filles, deux ou trois semaines après qu'elles aient subi des laparotomies pour un prétendu fibrome, lequel, ventre ouvert, s'était révélé un utérus gravide.

Même lorsqu'ils réussissent à s'unir, il existe, entre la grossesse et le fibrome, un véritable échange de mauvais procédés.

S'il est vrai, comme nous nous en étonnions tout à l'heure, que le fibrome tolère ordinairement bien la grossesse, — on a même signalé des grossesses géminaires à terme dans des utérus fibromateux — il n'en demeure pas moins que, dans dix à quinze pour cent des cas, l'avortement ou l'accouchement prématuré survient. Cette expulsion trop hâtive de l'œuf peut être due à une nidation défectueuse dans une muqueuse de mauvaise qualité, à une surdistension ou un enclavement, une inextensibilité ou une irritabilité de l'utérus, à des contractions provoquées par la présence d'un fibrome que l'utérus cherche à expulser. On accuse également le fibrome de favoriser la grossesse extopique et le *placenta prævia* et, par suite, les hémorragies de la grossesse. Durant la grossesse, un fibrome même volumineux, s'il est logé dans la grande cavité péritonéale, n'entraînera guère de compression. Il se peut que le diaphragme soit refoulé et qu'il en résulte de la dyspnée, mais il est rare que ces accidents soient graves. Il en va tout autrement si le fibrome reste pelvien, surtout si l'utérus s'enclave. C'est alors qu'on voit survenir des compressions obstruant l'intestin ou les voies urinaires, des pincements serrés des vaisseaux ou du nerf sciatique, générateurs d'œdème ou de névralgie rebelle.

Survient alors le travail. La présentation est souvent vicieuse. Lynch, sur 304 fibromateuses, n'a relevé que 59% de présentations céphaliques, mais 22% de présentations du siège, et 18% de présentations transversales. Si le fibrome est abdominal, cette mauvaise présentation sera probablement notre seul ennui et il est de règle que les contractions — particulièrement douloureuses — soient efficaces et expulsent normalement le fœtus. Néanmoins, la dystocie dynamique n'est pas rare, l'inertie partielle ou totale survenant pour prolonger anormalement dilatation et expulsion avec tous les dangers que cela comporte. D'autre part, si le fibrome est pelvien, s'il est, comme nous disons, *prævia*, ou bien il quittera la place soulevé par la contraction utérine, ou bien, et le plus souvent, il créera une dystocie mécanique grave pouvant aller jusqu'à l'obstruction pelvienne et à la rupture utérine.

Enfin, il faut toujours craindre la délivrance, où l'on voit survenir beaucoup plus fréquemment qu'à l'ordinaire tous les accidents et difficultés propres à cette période : hémorragies par inertie, adhérences anormales, rétention nécessitant la délivrance artificielle.

Quant aux suites de couches, on y signale une prédisposition à la sub-involution, aux infections, aux hémorragies, et à la lochiométrie.

L'influence inverse, c'est-à-dire celle de la grossesse sur le fibrome, est certainement plus marquée et de moins bon pronostic que la précédente.

Durant la gestation, le fibrome subit régulièrement des modifications importantes ; augmentation de volume, ramollissement, déplacement. Mais ce ne sont pas là des complications. Il est normal que le fibromyome, qui est plutôt en réalité un myome chez ces femmes relativement jeunes où survient la grossesse, s'hypertrophie au double ou au triple de son volume antérieur comme le reste du tissu musculaire utérin. Comme lui aussi, il va subir le ramollissement caractéristique de l'utérus gravide, au point qu'on a pu, en certains cas, le prendre pour un kyste. Enfin, hormis qu'il ne soit adhérent, ou Douglas, ou emprisonné dans l'excavation, le fibromyome va s'élever avec l'utérus vers l'abdomen ; il peut même changer de position par rapport à l'utérus dont la partie saine se développe plus rapidement.

Les complications les plus fréquentes, i.e. la nécrobiose et la torsion, vont se manifester également, par des changements de volume, de consistance et de site, mais plus brusques, accompagnés de douleurs et de sensibilité. Les signes généraux sont ordinairement minimes dans la nécrobiose aseptique mais, secondairement, tout comme dans la torsion brusque du pédicule de la tumeur, on peut voir s'allumer la température et apparaître une réaction péritonéale dont la dureté ligneuse qu'acquiert l'utérus est le témoin. Enfin, dans la grossesse, mais surtout dans les suites de couches, on peut voir survenir, bien qu'exceptionnellement, l'infection et la suppuration du fibrome, où, cela va sans dire, les symptômes seront bien plus alarmants que dans les cas précédents.

Comment faudra-t-il donc se comporter en présence d'un fibrome compliqué d'un état puerpéral ?

Il ressort des données précédentes que la seule conduite logique à tenir en pareil cas est de s'abstenir de toute intervention précoce, puisque le pronostic reste bon. En effet, quels que soient le nombre, le volume, le site des fibromes, il est de règle qu'aucun accident sérieux ne survienne. Même s'il apparaît une légère compression elle peut être passagère, tout comme certaines douleurs au niveau de la masse tumorale peuvent n'être que transitoires. On doit donc, dans ces cas, prescrire le repos au lit, des calmants et l'application de glace ou de compresses chaudes, tout en surveillant de très près la patiente.

Voici deux observations qui illustrent assez bien les avantages de cette ligne de conduite.

Première observation :

Mme E. B., 36 ans, et nouvelle mariée, sans antécédents obstétricaux vient nous consulter en juin 1943. Elle n'a pas eu ses menstruations depuis la mi-mars, ce qui lui fait croire qu'elle est enceinte, car ses menstruations ont toujours été régulières et normales. Cependant, il n'existe aucun signe subjectif de grossesse, hormis une pollakiurie nocturne inusitée. La patiente est maigre et son état général semble laisser à désirer. Au palper abdominal, on trouve une tumeur dure, très irrégulière, bosselée, s'élevant à une douzaine de centimètres au-dessus du pubis. Le toucher vaginal est gêné par la présence d'une autre masse ayant les mêmes caractères ; le col utérin est un peu ramolli. Le diagnostic de volumineux fibromes utérins est porté. La grossesse est probable, mais un diagnostic clinique certain est impossible. Comme rien ne presse, nous ne demandons pas de test de Friedman, et nous renvoyons la patiente en lui recommandant de revenir dans un mois. Une semaine plus tard, nous sommes appelé d'urgence auprès de cette femme. Elle présente de violentes douleurs abdominales depuis plusieurs heures. Une région de la masse fibreuse est très sensible au palper ; pas de fièvre ni de réaction péritonéale. Sous l'influence du repos et des calmants tout rentre dans l'ordre dans l'espace d'environ une semaine. Par la suite, la grossesse, qui est devenue évidente, évolue normalement sans incident. Au début de décembre, la tumeur *prævia* est disparue,

l'excavation est libre, on reconnaît facilement un fibrome dont le volume dépasse celui du poing au niveau d'une corne utérine, et une couple de nodules moins importants ailleurs. Le travail se déclenche le 16 décembre, une dizaine de jours avant terme. La dilatation se complète en 8 heures. L'expulsion nécessite une application de forceps, d'ailleurs facile. L'enfant pèse 7 livres et est en excellent état. La délivrance s'effectue naturellement au bout de 30 minutes. Les suites de couches sont normales, mis à part un défaut de régression utérine bien compréhensible. Six semaines après l'accouchement, un nouvel examen de la patiente permet de distinguer trois volumineux fibromes dont l'un est encore gros comme le poing.

Deuxième observation :

Il s'agit d'une débile mentale de 40 ans (n° 415-43), primigeste, rachitique, à bassin fortement rétréci, qui entre à l'Hôpital de la Miséricorde en novembre 1943. La grossesse date de sept mois ; le fond utérin s'élève déjà à 32 centimètres au-dessus du pubis ; le fœtus se présente en O.I.G.A. La tête est libre. On ne signale rien d'anormal à l'utérus à l'examen d'admission. A huit mois et demi de grossesse, vu le rétrécissement marqué du bassin, on procède au déclenchement médicamenteux du travail. L'épreuve du travail est positive, et celui-ci se termine par une application haute, assez laborieuse, de forceps. Il est difficile chez cette patiente d'évaluer la durée du travail, car elle n'a jamais accusé aucune douleur, et même à la période d'expulsion elle ne se plaignait, au cours des contractions utérines, que d'une forte envie d'éternuer ! Le fœtus pèse 6½ livres ; il est macéré et donc mort depuis quelques jours déjà. La délivrance est naturelle et sans incident, mais le placenta est découronné. Les suites de couches sont légèrement sub-fébriles, sans localisation infectieuse appréciable. On reconnaît alors, au fond utérin, la présence d'un gros fibrome que la régression utérine a découvert. Au dix-septième jour après l'accouchement l'utérus est encore fortement sub-involué.

Il est possible que ces patientes doivent un jour être soumises à une intervention chirurgicale nécessitée par leur fibrome, et c'est justement de cet argument que certains se servent pour attaquer la politique d'abs-

tention généralement préconisée. « Puisque, disent-ils, ces porteuses de fibromes devront tôt ou tard être opérées, pourquoi ne pas intervenir dès leur grossesse et leur éviter ainsi les dangereuses inter-influences existant entre fibromes et grossesses ? » Cette objection est sans valeur pour de multiples raisons. D'abord il est faux que l'opération s'avère par la suite toujours nécessaire, surtout si la femme est déjà dans la quarantaine : bien des fibromes parfaitement tolérés ne nécessiteront jamais que de la surveillance ; d'autres régresseront avec la ménopause, ou bien, encore, n'exigeront que des irradiations ou un traitement hormonal. Même s'il fallait opérer un jour certaines de ces femmes, il y aurait lieu de se féliciter de n'être pas intervenu durant leur grossesse vu les dangers que comportent ces interventions chez la femme enceinte. En effet, chez elles l'opération est toujours beaucoup plus sanglante, parfois elle devra être incomplète, si on ne veut pas sacrifier l'utérus gravide, et même si l'on réussit à énucléer tous les fibromes, une dystocie dynamique reste à craindre. Il se peut donc qu'une réintervention devienne nécessaire à plus ou moins brève échéance. Et si l'on considère l'enfant, ce qui est d'autant plus important qu'il s'agit souvent de primipares âgées désirant passionnément conduire leur grossesse à bonne fin, la myomectomie préventive durant la grossesse est nettement condamnable. Car cette opération, en dépit des belles statistiques de Brindeau, de Lantuéjoul, de Didier, est, contrairement à l'ovariectomie, une grande avorteuse. Les chiffres publiés récemment par Child et Douglas en sont un exemple : au delà de 50% d'avortements consécutifs aux myomectomies.

Cependant, il ne faut pas être partisans du désarmement chirurgical au point de toujours se refuser à toute intervention. S'il survient des signes d'une réelle complication, il faut savoir se laisser forcer la main. Durant la grossesse, de graves symptômes de nécrobiose ou de torsion, une compression prolongée, l'infection de la tumeur, justifient l'opération qui devra, dans la mesure du possible, se limiter à la myomectomie. La compression exceptée, pendant les suites de couches, les mêmes complications, ou une hémorragie, peuvent nous obliger à faire une laparotomie : ici, cependant, la simple myomectomie serait fort hasardeuse, vu les dangers d'infection et les tendances envahissantes qu'on lui reconnaît à cette période de la puerpéralité. C'est donc l'hystérectomie

qu'il faut pratiquer. Mais, en fin de grossesse ou durant le travail, la nécessité d'une opération est encore plus fréquente et les dystocies mécaniques et dynamiques en sont responsables. Lorsqu'il existe un fibrome *prævia* bloquant l'engagement et la descente de la présentation, même l'épreuve du travail, accompagnée ou non de manœuvres de refoulement, est contre-indiquée. Les traumatismes qui en résulteraient pour la tumeur y entraînent trop facilement l'apparition d'une gangrène septique durant les suites de couches. Il faut donc intervenir dès le début du travail. Au contraire, si l'excavation est libre, ce n'est qu'après plusieurs heures de travail infructueux et l'échec des procédés obstétricaux qu'il faudra se résoudre à prendre le bistouri. L'opération idéale serait la césarienne supra-symphysaire suivie, dans les cas purs, de myomectomie, pourvu qu'il s'agisse de fibromes pédiculés, non adhérents, et qu'il y ait avantage à conserver la fonction de reproduction. En dehors de ces conditions mieux vaut, après césarienne fundique, pratiquer l'hystérectomie. En effet, l'étanchéité des sutures qui ferment le lit du fibrome énucléé n'est souvent qu'apparente. Elle ne résiste pas aux contractions utérines, un hématome s'y forme, bavant plus ou moins de sang dans la grande cavité et s'infectant facilement. C'est pourquoi la prudence conseille de toujours drainer les myomectomies en pareilles circonstances. Cette vieille querelle, sur le choix à faire entre l'hystérectomie et la myomectomie après une césarienne, semble d'ailleurs quasi réglée par l'imposante compilation de statistiques faite par Huber, d'où il ressort que la myomectomie est nettement plus grave que l'hystérectomie.

Dans les deux cas suivants nous avons opté pour l'intervention chirurgicale :

Troisième observation :

Le 15 janvier 1943, entre, à l'Hôpital de la Miséricorde, une patiente de 28 ans (27-43), ne présentant pas d'antécédents obstétricaux. Les règles, habituellement abondantes et douloureuses, retardent depuis 1½ mois. L'utérus, haut de 8 centimètres, est globuleux et mollasse mais présente, à sa face postérieure, une grosse masse dure, bosselée, plongeant dans le Douglas. Le col utérin est projeté sous la symphyse. Le dia-

gnostic de grossesse compliquée de fibrome est facilement porté et l'expectation commence. L'utérus se développe normalement. A plusieurs reprises surviennent des vomissements rebelles et même des hématoméses et, à la mi-avril, une menace d'interruption de la grossesse. Le 11 juillet, la patiente entre en travail. L'excavation est alors remplie par une tumeur du volume d'une pamplemousse. Césarienne corporéale permettant l'extraction d'un enfant bien portant de 8 $\frac{3}{4}$ livres. Il est d'abord impossible d'extérioriser la tumeur adhérente au Douglas et nous sommes contraints de pratiquer l'hystérectomie sub-totale pour pouvoir extraire le fibrome. A la coupe, la pièce présente une grande cavité remplie d'une substance puriforme dont l'enveloppe est extrêmement amincie à certains niveaux. Suites opératoires normales.

Quatrième observation :

Mme R. T., 32 ans, consulte, le 9 janvier 1943. Ses dernières règles datent du 19 novembre. L'utérus, très dur et bosselé, s'élève à 16 centimètres au-dessus du pubis, le col est mou, effacé, déhiscent. Le diagnostic clinique de grossesse étant impossible, on recourt au test de Friedman qui se montre positif. Nous encourageons la patiente, sans conserver grand espoir qu'un tel utérus puisse héberger bien longtemps un fœtus. Cependant la grossesse continue d'évoluer et nous arrivons à distinguer deux gros fibromes : l'un fundique, l'autre isthmique et logé dans l'excavation pelvienne. A plusieurs reprises surviennent des épisodes douloureux qui nous inquiètent et nécessitent un traitement médical. Cette femme porte, durant presque toute sa grossesse, un utérus endolori. A terme, bien qu'il n'existe plus de tumeur *prævia*, nous décidons d'intervenir. La laparotomie faite, l'utérus se montre presque criblé de fibromes de toutes les dimensions : nous pratiquons une césarienne haute, puis une hystérectomie. On note la présence de foyers nécrotiques et d'un liquide puriforme dans au moins un de ces fibromes. Les suites opératoires sont troublées par l'apparition d'une phlébite à bascule des membres inférieurs.

Comme on l'a sans doute remarqué, dans ce dernier cas nous sommes intervenu, à l'encontre des recommandations précédentes, avant toute dystocie et sans qu'il existât de complications réelles. En dehors de la probabilité d'une dystocie dynamique, susceptible d'entraîner la mort

d'un enfant au bien duquel la patiente tenait par-dessus tout, en dehors également de l'apparente nécessité d'une opération ultérieure, notre conduite se basait surtout sur l'obligation où se serait trouvée cette patiente vivant à cinquante milles de tout médecin, de venir de nouveau passer neuf mois à la ville, advenant une nouvelle grossesse dans cet utérus fibromateux.

En terminant, disons qu'il faut être des partisans résolus de l'abstention de toute intervention devant le problème créé par l'apparition d'une grossesse dans un utérus fibro-myomateux. Laissons à la nature, le soin de régler ce cas puisqu'elle y réussit généralement si bien.

Néanmoins, l'apparition de complications réellement graves nécessite toujours une intervention chirurgicale, laquelle consistera, au cours de la grossesse, en une simple myomectomie ; durant le travail, en une césarienne suivie d'une hystérectomie ; et, pendant les suites de couches, en une hystérectomie.

En pratique, il faut bien admettre, cependant, que la conduite à tenir n'est pas toujours si simple et si claire. Notre dernière observation en constitue un exemple : il aurait sans doute été plus conforme à la théorie d'être conservateur, mais il nous semble avoir été plus sage d'intervenir.

BIBLIOGRAPHIE

- CHRISTICH, St. Deux cas de myomectomie abdominale suivie de grossesse. *Bull. Soc. Obst. et Gyn. Paris*, (janv.) 1938, n° 1, p. 105.
- COTTE, BAUSILLON et BUCHER. Césarienne et myomectomie multiples pour fibrome *prævia*. *Bull. Soc. Obst. et Gyn. Paris*, (janv.) 1937, n° 1, pp. 86-87.
- COTTE et MAGNIN. Les grossesses consécutives aux myomectomies. *Gyn. et Obst.*, (juillet) 1938, n° 1, pp. 5-10.
- DIDIER, R. L'énucléation des fibromes volumineux au cours de la grossesse. *Gyn. et Obst.*, (nov.) 1936, pp. 363-370.
- ESTIENNY. Césarienne et myomectomie. *Bull. Soc. Obst. et Gyn. Paris*, (fév.) 1938, pp. 166-167.

- HARNANT et VERMELIN. Nécrose d'un fibromyome dans les suites de couches. *Bull. Soc. Obst. et Gyn. Paris*, (janvier) 1938, p. 102.
- LAFONT, A., et EZES, H. Fibrome *prævia* intra-mural ; césarienne suivie d'hystérectomie. *Bull. Soc. Obst. et Gyn. Paris*, (juin) 1936, pp. 467-468.
- RIVIÈRE, M., et LAFARGUE, P. Nécrobiose d'un fibrome au 9^e mois de la gestation. Césarienne suivie d'hystérectomie. *Bull. Soc. Obst. et Gyn. Paris*, (avril) 1937, pp. 290-291.
- MAHON. Deux cas de césarienne et myomectomie. *Bull. Soc. Obst. et Gyn. Paris*, (avril) 1937, p. 291.
- HUBER, C., et autres. Operative Management of Fibro-Myomas in the Uterus at Term. *Surgery, Gyn. and Obst.*, vol. 68, année 1939, p. 699.
- THOMPSON, G. C. Uterine Fibroids with Pregnancy.
- WEST, J. *Surg., Obst. and Gyn.*, 1941, 49, p. 527, in *Internat. Obst. of Surg.*, 1942, vol. 74, p. 361.
- CHILD et DOUGLAS. Surgical Problems Arising during Pregnancy. *Amer. J. Obst. and Gyn.*, 1944, vol. 47, p. 213.
- LANTUÉJOL. Les indications opératoires au cas de grossesse compliquée de fibrome. *Leçons du jeudi soir*, Paris, 1938.
- DAVIS. Gynecology and Obstetrics. *W. F. Prior*, 1942.
-

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DE LA PLEURÉSIE STAPHYLOCOCCIQUE
CHEZ L'ENFANT DES SIX PREMIERS MOIS

par

Euclide DÉCHÈNE

Chef de Clinique à la Crèche Saint-Vincent-de-Paul

L'apparition de nouveaux produits biologiques très prometteurs tels que la gramicidine et la pénicilline nous a ouvert une nouvelle voie dans la thérapeutique des infections staphylococciques. Afin de juger de l'efficacité de ces nouveaux produits et de leurs successeurs, je crois qu'il n'est peut-être pas superflu de jeter un regard d'ensemble sur les résultats actuellement obtenus dans le traitement de la pleurésie staphylococcique chez le nourrisson par des médicaments tels que : le sulfanilamide, le sulfapyridine, le sulfathiazole, le sulfaméthylthiazole, le sulfadiazine et autres . . .

De mai 1940 à décembre 1943, l'opportunité nous fut donnée, à la Crèche Saint-Vincent-de-Paul, de diagnostiquer, cliniquement et

bactériologiquement, chez le tout jeune enfant, trente-sept cas de pleurésies purulentes qui se divisent comme suit :

- 26 cas de pleurésie à staphylocoques dorés hémolytiques, (13 garçons, 13 filles) ;
- 7 cas de pleurésie à pneumocoques ;
- 3 cas de pleurésie à streptocoques ;
- 1 cas de pleurésie à pneumocoques et staphylocoques.

Notons immédiatement :

- a) le nombre assez élevé de pleurésies purulentes chez de très jeunes enfants ;
- b) la prédominance, difficilement explicable chez nous et ailleurs, comme l'affirment Neuhof et Berck, de la pleurésie à staphylocoques dorés hémolytiques chez des bébés de quelques mois à peine.

La littérature médicale nous offre bien, de temps en temps, quelque publication plutôt rare de pleurésie à staphylocoques dorés chez le nourrisson des premiers mois mais, par contre, des compilations d'un aussi grand nombre de pleurésies à staphylocoques chez le tout jeune enfant s'y font exceptionnelles.

Mentionnons :

celle de Hochberg et Krammer, signalant 11 cas de moins de 6 mois ;
celle de Faer et Levine, signalant 6 cas dont 4 de moins de 2 ans ;
celle de Reinhoff et Davison, signalant 8 cas de moins de 2 ans ;
et, tout dernièrement, celle de Ladd et Swan, de Boston, signalant 33 cas de moins de 13 ans dont 12 cas de moins de 4 mois. Cette dernière publication est celle qui se rapproche le plus de la nôtre par la catégorie d'enfants choisis mais elle lui est beaucoup inférieure par le nombre.

Vu l'opportunité qui nous était offerte, nous avons tenté d'en tirer certaines considérations que nous vous soumettons. Ce qui nous frappa d'abord, ce fut l'âge relativement jeune de ces nourrissons, comme vous pouvez le constater par le tableau ci-contre :

AGE EN MOIS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	●	●	●	●	●	●	●	●		
		●	●	●	●	●		●		
		●	●	●		●				
		●	●	●						
		●	●	●						
		●		●						
		●		●						
		●		●						
TOTAL.....	1	7	4	6	2	3	1	2	0	0

La pleurésie staphylococcique a frappé les deux sexes dans la même proportion. Elle s'est montrée très fréquente dans la première année et surtout dans les six premiers mois. Au *Boston Children's Hospital*, E. Ladd et H. Swan, sur 33 cas de pleurésies staphylococciques d'enfants âgés de moins de treize ans, en avaient 12 (36.3%) de moins de quatre mois. Notre statistique est encore plus éloquent de ce côté car, sur 26 enfants de moins de deux ans et demi, 23 (88.4%) ont six mois ou moins. Pas un de nos enfants âgés de plus de huit mois (enfants que nous gardons habituellement jusqu'à quatre ou cinq ans) ne contracta de pleurésie à staphylocoques. Il y a là un contraste frappant.

Le manque personnel ou la survie trop brève d'anticorps staphylococciques maternels chez l'enfant des premiers mois en seraient-ils les causes? Si, au moyen d'un filtrat staphylococcique, comme l'ont fait Kobak et Pilot, nous recherchons la sensibilité cutanée au staphylocoque, nous nous apercevons que le nouveau-né réagit négativement, contrairement à sa mère. Vers trois mois, 3% des nouveau-nés réagissent positivement; à quatre mois, 5%; et, vers un an, 75% des enfants réagissent positivement. Bryce et Burnet ont constaté la même progression dans la formation des antihémolysines staphylococciques du sérum. Il est vrai que l'épreuve cutanée pas plus que le titrage d'antihémolysines

staphylococciques ne sont des épreuves d'immunité mais il faut avouer qu'elles concordent et nous expliquent assez bien la forte mortalité des premiers mois.

Nous n'avons point tenté, comme plusieurs le font, de diviser nos cas en pleurésies secondaires ou primitives. Les premières, d'après Ladd et Swan, guérissant mieux que les dernières. Cette division nous semble arbitraire et sans valeur importante car tout clinicien sait fort bien qu'une pleurésie d'apparence primitive est le plus souvent secondaire à un foyer pulmonaire sous-jacent ou à un foyer distant.

Les vingt-six cas de pleurésies staphylococciques que nous vous présentons ont été diagnostiqués cliniquement et bactériologiquement. Les examens bactériologiques des liquides pleuraux ponctionnés sont dûs à la générosité du Dr Piégay, du laboratoire municipal, et du Dr Henri Marcoux, de l'Hôtel-Dieu, que nous remercions une fois de plus. Tous ces malades ont présenté des signes pulmonaires fonctionnels plus ou moins marqués avec signes d'épanchement pleural. Dans tous les cas, une ponction diagnostique fut faite pour confirmer le diagnostic clinique.

Dans la pleurésie staphylococcique, le liquide semble se produire lentement. Bien au contraire, un enfant atteint de pleurésie streptococcique nous a donné à la ponction pleurale, pendant quatre jours consécutifs, 100, 65, 80 et 110 c.c. On s'imagine facilement ce que de telles quantités liquidiennes peuvent causer de troubles dans la mécanique thoracique d'un enfant de cet âge.

Une fois le diagnostic de pleurésie staphylococcique posé, nous avons traité nos malades de la façon suivante : isolement, tonicardiaques, transfusions, ponctions décompressives répétées, parfois de l'anatoxine staphylococcique ou un vaccin spécifique. A cette thérapeutique, dans le cas de pleurésie à staphylocoques, nous avons ajouté l'absorption buccale de sulfathiazole à bonnes doses, à raison de deux et demi à trois grammes par vingt-quatre heures. Notre thérapeutique a donc été des plus simples. Certains auteurs ont ajouté, sans plus de résultat appréciable, du sérum spécifique et le drainage chirurgical à peu près systématique. Comme tous les autres, nous avons été, à nos heures, trop interventionniste. Nous en sommes venu, depuis quelques années, à des méthodes moins brutales, abandonnant complètement la résection costale.

Suivant l'avis de McEvery et Brennemann, nous n'avons tenté aucune injection pleurale d'air ou de produit chimique tel que l'optochine ou le sulfathiazole en solution.

La durée de la maladie fut en moyenne de sept à huit jours au plus. Dans cinq cas où l'enfant s'est montré plus résistant, le Dr Ls-Philippe Leclerc a tenté, à notre demande, le drainage chirurgical par pleurotomie ou thoracentèse : méthode simple s'il en est une. Quelques gouttes d'anesthésie locale au chlorure d'éthyle, incision de la peau, de l'espace intercostal au bistouri, mise en place d'un tube en caoutchouc, assez gros, non rigide, tout ceci durant au plus huit à dix minutes. Le tube ne doit pas être laissé trop longtemps. Après quelques jours, une mèche doit le remplacer. Le point important à fixer est le moment, la date de l'intervention. Tous les auteurs sont à peu près unanimes à défendre le drainage pendant la phase aiguë. Il faut attendre dix-huit à vingt et un jours avant de tenter l'intervention c'est-à-dire lorsque la phase aiguë est passée, lorsque le pus est devenu très épais, lorsque les deux feuillets pleuraux se sont accollés ne formant ni plus ni moins qu'un abcès pleural. Remarquez bien que nous parlons de pleurésie à staphylocoques car le cas est bien différent pour la pleurésie à pneumocoques.

Après mûre réflexion, nous avons tenté la pleurotomie dans cinq de nos cas. Un seul survécut. Ceci ne veut pas dire que le drainage n'a pas bien fonctionné. Au contraire, les anatomo-pathologistes sont d'avis que la mort n'est pas due à la pleurésie mais à la progression, à l'extension, à la généralisation du foyer pulmonaire hémorragique, staphylococcique sous-jacent.

Quant à la localisation de l'épanchement pleural, cinq furent localisés à gauche et vingt et un à droite : ce qui plaide en faveur d'un foyer pulmonaire primitif car on sait que chez l'enfant les infections pulmonaires se rencontrent beaucoup plus souvent à droite.

Si la pleurésie à staphylocoques reste une maladie beaucoup plus grave chez l'enfant que chez l'adulte, elle n'est pas du tout supportée de la même façon suivant l'âge de l'enfant.

De nos 26 cas de pleurésies staphylococciques, 24 (92.2%) moururent. Deux survécurent après une convalescence de quelques mois. Ces deux enfants avaient respectivement quatre et six mois. On

peut affirmer, c'est l'opinion quasi unanime de la plupart des auteurs que, chez l'enfant de moins de dix mois, la pleurésie staphylococcique donne à peu près 100% de mortalité que l'enfant soit au sein ou à l'allaitement artificiel. Ladd et Swan sont les seuls à offrir une mortalité aux environs de 66.7% en se servant du sulfathiazole et du drainage chirurgical systématique. Par contre, entre deux et six ans, la mortalité est beaucoup plus faible, aux environs de quinze à cinquante pour cent au plus.

Le pronostic de la pleurésie staphylococcique est extrêmement grave chez l'enfant — et fonction avant tout de l'âge. On peut dire que la pleurésie staphylococcique est mortelle dans les six premiers mois de la vie. Les chiffres déjà cités suffisent à démontrer l'importance du problème. La pleurésie à staphylocoques est une autre tache noire de la mortalité infantile.

Il résulte de tout ceci que les dérivés sulfamidés, de qui nous attendions beaucoup dans le traitement des épanchements pleuraux staphylococciques infantiles, n'ont point fait merveille. Toutes les publications sont unanimes dans ce sens. Comme je le disais tout à l'heure, de nouveaux médicaments sont apparus : gramicidine, pénicilline. Des auteurs plus fortunés que nous ont pu en faire l'essai. La pénicilline semble avoir un bel avenir. Elle a déjà éclipsé, dit-on, de beaucoup les médicaments antérieurs par son efficacité et son peu de toxicité. Nelles Silverthorne a publié la guérison de deux cas de septicémies à staphylocoques traités par la pénicilline. Aura-t-elle le même effet merveilleux dans le traitement des épanchements pleuraux staphylococciques? Espérons-le car, à l'heure actuelle, nous sommes passablement désarmés en présence d'un jeune enfant souffrant de cette affection.

Puisse l'avenir nous réserver d'heureuses surprises dans le domaine de la thérapeutique staphylococcique ! Puisse la pénicilline avoir une action efficace contre la pneumonie à staphylocoques car c'est là, en réalité, le fond de la question !

BIBLIOGRAPHIE

- SILVERTHORNE, Nelles. Penicillin in the Treatment of Hæmolytic Staphylococcal Septicæmia. *Canadian Medical Association Journal*, vol. 49 (décembre) n° 6, page 516.

- AUZÉPY, P. *Archives de Médecine des Enfants*, vol. 41, 1938, page 190.
- RAMON, G. L'anatoxine staphylococcique et la thérapeutique des affections dues au staphylocoque. *Archives de Médecine des Enfants*, vol. 41, 1938, page 665.
- MASON, J. M. Acute Empyema in Children. *Journ. Amer. Med. Asso.*, vol. 105, 1935, page 1114.
- LADD, W. E., et SWAN, H. Mortality in Acute Staphylococcal Empyema in Infants and Children. *Journal of Pediatrics*, vol. 23 (septembre) 1943, n° 3, page 297.
- Encyclopédie médico-chirurgicale. Vol. *Pédiatrie*, livre IV, page 4009.
- COMBY, J. *Traité de médecine des enfants*.
- PFAUNDLER et SCHLOSSMANN. *Diseases of Children*. Tome IV, page 571.
- LARICHELLIÈRE, R. Contribution à l'étude de la pleurésie purulente chez l'enfant de moins de deux ans. *Les Annales médico-chirurgicales de l'Hôpital Sainte-Justine*, tome 3, n° 2, (mai) 1939, page 176.
- DEL CARRIL, Mario-J., et BOBILLO, Ignacio-Diaz. La pleurésie purulente chez le nourrisson. *Arch. Arg. de Pediatría*, (janvier) 1936.
- NEUHOF, Harold, et BERCK, Maurice. Staphylococcic Empyema and Pyopneumothorax. *Arch. Surg.*, **30** : 543 (mars) 1935.
- WEISMAN, D., et RUSSELL, Hollis, M.D. The Treatment of Acute Staphylococcic Infections with Sulfamethylthiazol. *The Journal of Pediatrics*, vol. 17, 1940, page 31.
- OSGOOD, E. The Chemotherapy of Staphylococcic Infections. *The Journal of Pediatrics*, vol. 17, 1940, page 740.
-

AMYGDALITE AIGUË
ET MANIFESTATIONS RHUMATISMALES
CHEZ LE JEUNE ENFANT

par

François LETARTE

Chef de Service à la Crèche Saint-Vincent-de-Paul

Les foyers amygdaliens causent des infections secondaires qui peuvent se manifester au niveau de la peau ou se localiser aux articulations, sur les séreuses et le système nerveux. Avant la théorie de la *focal infection*, dont l'importance fut parfois exagérée, plusieurs cliniciens avaient constaté que les amygdales constituaient une porte d'entrée aux maladies contagieuses. Au xvii^e siècle, par exemple, Jean-Louis Petit écrivit les résultats heureux qu'il avait obtenus en traitant la cavité buccale au cours d'une quantité de maladies. En 1789, Eyerlen publia un livre sur le *Rhumatisme des amygdales*, mais son ouvrage aurait provoqué moins d'études que de ridicule. Depuis la dernière décade, il est classique de faire examiner le pharynx dans toutes les infections qui pourraient succéder à l'angine amygdalienne.

Il m'a paru intéressant d'ajouter, à votre expérience, deux observations recueillies chez des enfants de moins de quatre ans qui ont souffert d'amygdalite compliquée de manifestations rhumatismales. Une courte

description de l'amygdale considérée foyer d'infection première et les notions du traitement compléteront l'histoire des deux cas.

T. R., âgée de 38 mois, est malade depuis 4 jours. Sa mère a remarqué une courbature progressive accompagnée d'inappétence et de somnolence. La température atteint 102° avec un pouls de 91. Quand le médecin arrive, il trouve une fillette pâle qui se plaint de sa gorge et demande constamment à boire. Les fosses nasales sont hyperémées. Pas de pus dans le cavum. Langue saburrale. Les amygdales sont rouges et soulèvent les piliers ; leurs cryptes contiennent des débris caséeux qui s'enlèvent facilement au porte-coton. Les ganglions angulaires sont hypertrophiés. Une angine catarrhale est diagnostiquée et le traitement est formulé : désinfection du nez et du pharynx, sulfathiazole *per os*, diète appropriée, et le reste.

Le lendemain, peu de rémission. Même faciès. La transpiration est plus abondante. La dysphagie augmente avec la marche de l'érythème au pharynx postérieur et au voile. La culture décèle une flore microbienne variée avec prédominance streptococcique.

Un pédiatre examine la fillette et trouve, en plus, une sensibilité assez marquée au niveau de l'articulation tibio-tarsienne gauche. La mère signale que l'enfant a pleuré quand, la veille, elle l'a soulevée par les bras. Un jour plus tard, les genoux sont douloureux et la peau apparaît luisante. L'enfant essaie de marcher et tombe en criant. La palpation des poignets et des coudes provoque des douleurs. On remplace alors le sulfathiazole par le salicylate de soude et on immobilise les membres dans des compresses de salicylate de méthyle. L'enfant profite immédiatement de la thérapeutique ; les troubles généraux disparaissent graduellement, l'angine ne se complique pas, mais les arthropathies récidivent quand on suspend l'usage de salicylate. Pour ce, cinq semaines plus tard, on décide l'amygdalectomie et le curettage des adénoïdes.

La seconde observation appartient à Denise F., âgée de quatre ans et deux mois. Elle a été examinée deux ans auparavant parce qu'elle s'enrhumait fréquemment. Le pédiatre n'a trouvé aucun signe pulmo-

naire, mais il a conseillé l'adénoïdectomie. L'intervention fut différée et les troubles respiratoires réapparurent périodiquement.

En juin 1943, l'enfant commence à tousser la nuit ; son sommeil est agité ; la fièvre persiste. Les transpirations sont profuses. Ce mauvais état général se complique d'une douleur au coude et au poignet droits. Le même pédiatre est demandé ; il n'avait pas revu la fillette depuis. Il constate les troubles du développement et plusieurs déformations secondaires à la gêne respiratoire. A la palpation, il réveille une douleur à la hanche gauche et au niveau des articulations du membre supérieur droit.

La consultation rhino-laryngologique précise que les fosses nasales sont remplies de mucosités purulentes. Les cornets sont rouges et hypertrophiés. Le septum dévie à gauche. Les adénoïdes semblent combler le cavum. Du pus verdâtre adhère au pharynx postérieur. L'anneau de Waldeyer apparaît nettement dessiné. Les amygdales sont rouges et hypertrophiées, avec des piliers hyperémiés. Les ganglions cervicaux sont durs et mobiles. Il s'agit donc d'amygdalite et d'adénoïdite compliquées d'arthropathies. Les examens bactériologiques ont isolé le pneumocoque et le streptocoque *viridans*.

Malgré le traitement salicylé, les arthropathies persistent mobiles, mais moins aiguës. Après sept semaines, les amygdales sont enlevées.

Dans nos deux observations, les localisations initiales siègeaient au niveau du pharynx et dans les fosses nasales. L'amygdale est un foyer d'infection très fréquent à cause de sa situation anatomique. Le revêtement épithélial continue celui de la muqueuse bucco-pharyngée. Les cryptes peuvent se dilater et contenir des produits pathologiques si les orifices des canaux excréteurs se rétrécissent. Le voisinage des dents et des sinus augmente les possibilités d'infection. Dès qu'une cause déterminante favorise l'action des micro-organismes et des toxines, l'amygdale abdique ses fonctions et joue le rôle d'un filtre souillé. Ce foyer primaire devient l'origine d'infection métastatique qui se localise sur les articulations très fréquemment : dans 77% des cas d'après les pédiatres et internistes anglo-saxons. La majorité des pédiatres américains répondaient, au congrès français d'oto-rhino-laryngologie, en 1930, que l'amygdale est la porte d'entrée du rhumatisme articulaire aigu.

Vous avez constaté que l'amygdalectomie avait été exécutée dans les deux cas. Ce traitement était légitime. On a suivi la thérapeutique de routine : le sulfathiazole a peu modifié le tableau clinique ; par contre, le salicylate de soude a diminué la douleur et la fièvre. Cependant, le foyer de l'angine restait avec des menaces de complications cardiaques et la possibilité des récidives. L'analyse anatomo-pathologique a prouvé que les cryptes étaient remplies de caséum et de pus.

Griffith et Mitchell, à l'exemple de plusieurs pédiatres, conseillent l'amygdalectomie totale en présence d'une seule manifestation rhumatismale, exécutée deux semaines environ après les phénomènes aigus. L'âge ne compte pas si les indications sont respectées. L'intervention n'est pas dangereuse quand elle est correctement faite et avec le concours d'un anesthésiste compétent.

CONCLUSIONS

Deux enfants de moins de cinq ans ont été observés pour angine aiguë compliquée d'arthropathies.

Les amygdales illustrent la *focal infection* et les manifestations rhumatismales.

L'amygdalectomie est le traitement efficace : il a guéri les deux malades.

BIBLIOGRAPHIE

CANUYT. Les maladies du pharynx.

Société française d'Oto-rhino-laryngologie. Rapports 1930.

BEZANÇON. Pathologie médicale (tome II).

GRIFFITH et MITCHELL. The Diseases of Infants and Children. *The Merck Manual* (7^e édition).

PÉRITONITE PRIMITIVE A PNEUMOCOQUE

par

Euchariste SAMSON

Assistant en Chirurgie à l'Hôtel-Dieu

Le 2 septembre 1942, nous avons été appelé à examiner — étant de garde à l'Hôtel-Dieu dans le Service du Dr Vézina — une petite fille qui présentait un syndrome péritonéal de cause inconnue, avec diarrhée et état général grave et dont le diagnostic et les indications opératoires se trouvaient compliqués du fait qu'il existait plusieurs cas de diarrhée dysentérieformes dans le village où vivait cette enfant.

La jeune Claudette L., âgée de 5 ans, était en parfaite santé lorsque le lundi, 31 août 1942, dans l'après-midi, l'enfant fut prise assez subitement de douleurs abdominales, d'une diarrhée abondante, sans nausée ni vomissement.

Le mercredi, voyant que l'enfant paraissait beaucoup plus malade que les autres enfants qui faisaient de la diarrhée, les parents appelèrent le médecin qui conseilla l'hospitalisation.

Nous voyons la malade à minuit. C'est une enfant bien constituée, qui donne l'impression d'être atteinte d'une maladie grave avec dyspnée et ailes du nez battantes, malgré l'absence de tout signe anormal à l'auscultation des poumons. La température est de 102°, elle était de 103° le matin ; le pouls bat à 140 ; il y a sécheresse des muqueuses

buccales. Le ventre est un peu ballonné, dur et douloureux partout, sans prédominance à droite ou à gauche ; d'ailleurs, la douleur localisée a toujours manqué depuis le début de la maladie. La contracture des muscles abdominaux existe partout mais n'est pas très prononcée. Le toucher rectal réveille de la douleur du Douglas, mais il n'y a pas de masse d'un côté ou de l'autre.

Devant ce syndrome, nous avons hésité à nous prononcer sur la nature de la péritonite, mais en tenant compte du sexe, de l'âge, de l'abondante diarrhée verte, de l'absence de réaction plus marquée dans la fosse iliaque droite, des pommettes rouges, nous avons proposé de retarder l'opération de quelques heures pour vérifier le diagnostic de péritonite à pneumocoque que nous avons porté à ce moment, d'autant plus que l'état général de la malade ne permettait pas une intervention immédiate.

Dans la nuit, l'enfant reçoit 500 c.c. de soluté salé isotonique et du sulfothiazamide en injection. Le matin, à bonne heure, nous demandons une leucocytose et nous pratiquons une ponction de l'abdomen. Voici les rapports du Dr Marcoux : « Globules rouges, hémoglobine, valeur globulaire : rien de particulier. Par contre, on compte 8,214 globules blancs avec 90% de polynucléaires, une déviation marquée à gauche de la formule d'Arneth et un indice de Schilling de 19%. L'examen du liquide péritonéal, retiré à la ponction, donne de nombreux pneumocoques, groupe I, et l'ensemencement de ce même liquide sur bouillon ascite et gélose-ascite donne une culture pure de pneumocoque. » Voici donc le diagnostic établi.

Permettez-moi de vous rappeler, brièvement, les principaux symptômes de la péritonite à pneumocoque d'après Mondor :

Le début est presque toujours le même : brusque, soudain, brutal. C'est un enfant — une fillette dans la plupart des cas — âgé de 3 à 10 ans qui semblait en parfaite santé et qui, tout à coup, est pris, sans prodrome, d'une douleur abdominale *inlocalisée* mais d'abord assez forte. La douleur localisée manque.

Les vomissements sont à peu près aussi précoces que la douleur : alimentaires, bilieux, porracés ; ils sont surtout fréquents et persistants.

Viennent maintenant deux signes d'importance majeure : la diarrhée et la fièvre.

La diarrhée est un signe de premier ordre sur la valeur duquel insistent tous les auteurs. C'est un signe précoce. C'est une diarrhée jaune ou verdâtre ou noire, quelquefois sanguinolente, presque toujours très fétide.

La fièvre est presque toujours élevée, très élevée, ou plutôt c'est l'ascension brusque et rapide de la température qui est caractéristique.

Enfin, l'hyperleucocytose est un signe fréquent et frappant : hyperleucocytose de 20,000 et plus.

A l'examen, le ventre est peu ou pas distendu ; la douleur est diffuse, sans localisation. Il y a de la contracture ; elle a deux caractères : elle est généralisée et n'est pas très marquée ; elle est moindre que dans l'appendicite. Pour Parker, Sims et Marshall, elle manquerait et serait remplacée par une résistance pâteuse.

Tel est le syndrome des deux premiers jours. Ce syndrome est-il suffisant pour porter le diagnostic de péritonite à pneumocoque ? Non. En effet il y a des appendicites aiguës avec diarrhée ; il y a des appendicites à douleur péri-ombilicale ; il y a des appendicites avec température élevée et pouls rapide.

Dans un très gros travail de 150 pages avec 97 observations inédites, Candolin a bien montré la difficulté de donner à quelques signes une valeur décisive ; aussi, faut-il demander au laboratoire de venir confirmer ou détruire le diagnostic clinique.

L'hyperleucocytose rapportée par la plupart des auteurs n'existe pas toujours puisque, dans notre observation, elle n'était que de 8,124.

L'hémoculture est aussi inconstante, elle n'est d'ailleurs positive qu'après 24 ou 48 heures. La ponction abdominale serait, d'après Lowenburg et Lipschutz, d'une très grande valeur ; aussi l'avons-nous pratiquée. Cette pratique est peut-être dangereuse ? Cependant Salzer qui, à Vienne, a fait les meilleures recherches sur cette question, utilise la ponction abdominale exploratrice. En 1932, il a fait 16 ponctions sans incident, et c'est sur cet examen qu'il établit sa confiance.

Si nous avons paru insister un peu longuement sur la question du diagnostic, c'est que cette question a une importance capitale. En effet, si nous arrivons à poser un diagnostic positif de péritonite à pneumocoque,

nous sommes en mesure d'appliquer un traitement *ad hoc*, lequel diffère de celui de l'appendicite aiguë ou de la péritonite d'origine appendiculaire.

Dans le cas contraire, il vaut mieux, croyons-nous, suivre la doctrine recommandée par Ombredanne : « Qu'il y ait ou non de la diarrhée, écrit-il dans son Précis, qu'il y ait un peu plus ou un peu moins de contracture des droits, nous estimons qu'il faut opérer comme s'il s'agissait d'une péritonite appendiculaire qu'on rencontrera d'ailleurs 99 fois sur 100. »

Les données actuelles sur le traitement de la péritonite à pneumocoque sont en faveur de la temporisation.

De nombreux travaux ont montré que l'acte chirurgical précoce a donné bien des déceptions. Aurousseau, alors chef de Clinique à l'Hôpital des Enfants Malades, fut le premier, à Paris, à déplorer les mauvais résultats de l'acte chirurgical immédiat.

Kirchoff a eu 12 morts sur 29 cas, dont 11 morts sur les 21 cas opérés précocement.

La statistique de Budde est encore plus convaincante. Opération dans les trois premiers jours : décès 90% ; opération retardée : 33% ; opération plus tardive : décès 6.7%.

Il semble donc, à l'heure actuelle, que la plupart des auteurs favorisent le traitement médical dans le premier stade de la maladie en attendant qu'apparaissent les signes d'épanchement localisé, de péritonite enkystée.

Quel sera ce traitement médical ? Ne rien donner par la bouche pour mettre le tractus gastro-intestinal au repos ; administrer une quantité suffisante de liquide (soluté salé et glucosé) par voie sous-cutanée ou intra-veineuse ; injecter de la morphine et de la prostigmine pour prévenir la distention intestinale ; mais, dans un cas de péritonite à pneumocoque, nous croyons qu'il y a lieu de faire plus en donnant des sulfamidés ou du sérum antipneumococcique.

Cole rapporte plusieurs cas où le sérum fut utilisé sans donner de bon résultat. Par contre, les sulfamidés auraient une action plus favorable. Nous n'avons trouvé de publication sur ce sujet, mais nous avons suivi, au *Massachusetts General Hospital*, à Boston, un cas où la guérison put être attribuée aux sulfamidés.

Dans le cas qui nous intéresse, notre petite malade a reçu d'abord du sulfathiazole en injection (Sulfathiazomide), puis du sulfapyridine (Dagenan) durant 12 jours. Pendant ce temps, nous avons assisté à l'enkystement sous-ombilical de la péritonite. 16 jours après son entrée à l'hôpital, nous pratiquons une incision de Jalaguier, incision qui donne issue à une grande quantité de pus verdâtre, crémeux, sans odeur, contenant plusieurs fausses membranes fibrineuses.

La cavité abcédée était médiane, remontait à l'ombilic et se continuait directement en bas avec la cavité du petit bassin dont les organes étaient tapissés de produits membraneux. Elle était limitée en arrière et en haut par d'autres fausses membranes qui isolaient complètement l'intestin.

Les suites opératoires furent sans particularité, et la malade, apparemment guérie, part après six semaines d'hospitalisation.

BIBLIOGRAPHIE

- H. MONDOR. *Diagnostics urgents — abdomen*, 1937.
- H. MONDOR. *Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) en chirurgie abdominale*.
- Précis de pathologie chirurgicale*, tome IV.
- A. GOSSET et D. PETIT-DUTAILLIS, P. DUVAL et J. CATELLIER. *Pathologie de l'abdomen*.
- HORSLEY et BIGGER. *Operative Surgery*, vol. 2.
- Encyclopédie médico-chirurgicale*.
-

TUMEURS CUTANÉES PIGMENTÉES
NON NÆVIQUES ⁽¹⁾

par

Carlton AUGER

*Assistant à l'Institut d'Anatomie pathologique
de l'Université Laval*

Les tumeurs pigmentées de la peau, noires ou brunes, le plus communément rencontrées, appartiennent au groupe des *nævi* pigmentaires et des mélanomes. Il y a, cependant, d'autres tumeurs cutanées qui sont pigmentées et qui n'entrent pas dans cette catégorie. Leur couleur est superposable à celle d'une tumeur *nævique*, mais elles en diffèrent totalement par la nature des éléments qui les constituent et par le mécanisme de leur pigmentation. Ce sont des lésions épidermiques hyperplasiques ou néoplasiques d'aspect le plus souvent banal, dont la pigmentation est due à un processus analogue à celui de la peau normale.

La coloration de la peau est liée à la présence de mélanine. Ce pigment se trouve normalement au niveau de l'épiderme et du derme : dans le premier, en fines inclusions protoplasmiques dans les cellules de la couche basale et dans les mélanoblastes, dans le second, sous forme de gros grains de taille variable au niveau de cellules histiocytaires.

(1) Travail de l'Institut d'anatomie-pathologique de l'Université Laval et du Laboratoire d'anatomie-pathologique de l'Hôtel-Dieu de Québec.

Les mélanoblastes sont des cellules dendritiques pigmentées, dont le corps cellulaire est située entre les cellules basales et dont les longs prolongements protoplasmiques coiffent les cellules voisines ou s'insinuent entre les cellules des premières rangées de la couche de Malpighi. B. Bloch a démontré que c'est surtout à leur niveau que se fait la transformation de la prémélanine en mélanine sous l'action de certaines oxydases. Ces cellules, en présence de la dioxyphénylanine, deviennent franchement noires. Ce phénomène est du à la présence d'oxydases (dopa-oxydases) qui présentent la propriété de transformer les substances chromogènes en pigment. Selon Masson (1), les mélanoblastes sont de la même lignée cellulaire que les cellules étoilées de la couche de Malpighi, décrites par Langerhans, et elles distribuent, par leurs expansions protoplasmiques, de la mélanine aux cellules voisines. Les cellules de la couche basale ne fabriquent pas de pigment, mais sont des éléments tatoués secondairement. Une partie de cette mélanine de fabrication mélanoblastique passe dans le derme, où elle est phagocytée par des histiocytes, qui ne sont que des cellules « mélanophores ».

Au niveau de certaines tumeurs épithéliales pigmentées, la distribution de la mélanine est essentiellement la même que dans la peau normale. Elle se trouve dans les mélanoblastes, dont le nombre est généralement très augmenté, et au niveau de cellules épithéliales tatouées; le derme sous-jacent en contient, le plus souvent, des amas importants inclus dans le cytoplasme de cellules histiocytaires.

MATÉRIEL

Depuis deux ans, nous avons examiné neuf tumeurs de la peau, qui étaient ainsi pigmentées secondairement. Toutes avaient été enlevées avec le diagnostic de « *nævi pigmentaires* ».

Les tissus ont été fixés immédiatement dans le liquide de Bouin et les coupes histologiques, en plus des colorations trichromiques de routine, furent passées dans le liquide de Fontana en suivant la technique de Masson pour la mise en évidence de la mélanine (1). Ce pigment présente, en effet, la propriété spécifique de réduire à l'état métallique l'oxyde d'argent ammoniacal.

LÉSIONS VERRUQUEUSES PIGMENTÉES

Première observation (Hôtel-Dieu, Lab. A. P., n° 20461) :

Un homme de 72 ans, qui présente une calvitie assez étendue, est venu consulter pour une tache brunâtre légèrement surélevée du cuir chevelu. Cette tache, à certains moments légèrement prurigineuse, s'est développée dans l'espace de six mois. Elle est située en plein centre de la tête sur la ligne sagittale et mesure 17 millimètres dans son plus grand diamètre.

Examen histo-pathologique (fig. 1) : L'épiderme au niveau de la lésion est généralement peu épaissi, mais il est très irrégulièrement plissé et présente une couche hyperkératosique assez marquée. Les papilles dermiques sont allongées et déformées. Le derme est modérément scléreux et contient quelques rares glandes sébacées et sudoripares, ainsi que des fibres élastiques atrophiques et fractionnées. Au niveau du derme superficiel, il y a quelques minuscules plages d'infiltration lymphohistiocytaires dans le voisinage immédiat de précapillaires ou de petits amas de fibres musculaires lisses, restes de muscles érecteurs de poils.

Il s'agit donc d'une lésion verruqueuse, dont l'aspect se rapproche de celui de certaines kératoses séniles.

Au niveau de la couche basale, il y a, cependant, plus de mélanoblastes que dans l'épiderme voisin. Sur certains endroits ils sont très rapprochés les uns des autres et présentent de nombreuses dendrites remplies de granulations mélaniques. Les petites cellules basales, situées dans leur voisinage, sont également bourrées de fines granulations de mélanine et, ensemble, ils forment d'assez longs lisérés cellulaires fortement pigmentés. Il y a aussi, par endroits, de la mélanine dans les cellules de la couche de Malpighi. Sur certains points, les premières rangées cellulaires de cette couche en présentent une quantité assez importante de petits grains. Au niveau du derme superficiel, quelques histiocytes, parfois en amas, contiennent des gros grains de ce pigment.

Cette grande quantité de mélanine explique la coloration brunâtre de la lésion, mais cette pigmentation est seulement un phénomène concomittant et il s'agit d'une lésion verruqueuse pigmentée et non d'une tumeur nævique proprement dite.

Deuxième observation (Hôtel-Dieu, Lab. A. P., n° 13270) :

Le malade, un homme de 77 ans, est venu consulter pour une masse prurigineuse, noire et légèrement framboisée de 8 millimètres de diamètre, qui s'est développée dans l'espace de trois mois. Cette tumeur, située dans le quadrant supérieur et externe de la fesse droite, a pris naissance sur une tache cutanée très foncée, que le malade présentait depuis douze ans.

Examen histo-pathologique (fig. 2) : L'épiderme, au niveau de la lésion, présente des phénomènes marqués d'hyperkératose et d'hyperacanthose ; à cet endroit, les papilles sont allongées et l'épiderme est légèrement plissé ; dans plusieurs dépressions interpapillaires, il y a des pseudo-globes cornés, dont quelques-uns, sur la coupe examinée, sont en continuité avec la surface et correspondent par conséquent à des invaginations de la couche hyperkératosique superficielle. Le derme superficiel contient quelques rares lymphocytes et plasmocytes. La peau voisine est atrophique.

Il s'agit, par conséquent, d'une verrue sénile.

La lésion contient cependant énormément de mélanine. Au niveau de certaines travées épithéliales, cette mélanine se trouve sous forme de petits grains exclusivement dans le protoplasme de très nombreux mélanoblastes. Ces cellules sont situées non seulement entre les cellules de la couche basale, mais également entre les cellules de la couche de Malpighi. Dans cette dernière, leur nombre diminue progressivement de haut en bas, de telle sorte qu'il n'y a en que quelques-uns dans le voisinage de la couche granuleuse. Toutes ces cellules présentent de longs prolongements, qui s'étendent et se ramifient entre les cellules voisines. Aux endroits où elles sont les plus nombreuses, ces dendrites forment un filet discontinu, dont les mailles contiennent plusieurs cellules épithéliales.

D'autres travées épithéliales contiennent encore plus de mélanine. A leur niveau, non seulement les mélanoblastes présentent des granulations mélaniques, mais les cellules épithéliales, dans leur voisinage immédiat, en contiennent également. Cette surcharge mélanique peut s'étendre à quelques cellules seulement, mais, à bien des endroits, les plages de cellules ainsi pigmentées sont très étendues.

Enfin, au niveau de plusieurs travées, la mélanine intra-cellulaire est extrêmement abondante. Toutes les cellules en contiennent au niveau de la couche basale et de la couche malpighienne et leur protoplasme en est tellement chargé qu'il est le plus souvent impossible de reconnaître leur nature épithéliale ou mélanoblastique. Sur quelques rares endroits seulement, entre quelques cellules moins pigmentées, un prolongement mélanoblastique se dessine d'une façon nette sous la forme d'un petit chapelet de grains mélaniques.

Le derme dans le voisinage de la tumeur présente quelques histiocytes, souvent en petits amas, dont le protoplasme est parsemé de gros grains de mélanine.

Ce qui distingue donc cette lésion d'une verrue sénile ordinaire est l'hyperplasie mélanoblastique, qui accompagne l'hyperplasie épithéliale, et la surcharge mélanique d'une grande partie des cellules tumorales. Il s'agit, par conséquent, d'une verrue sénile pigmentée et non d'une tumeur nævique proprement dite.

Troisième observation (Hôtel-Dieu, Lab. A. P.) :

La lésion est constituée par une petite élevation brune foncée de 10 millimètres de diamètre, plus saillante au centre qu'à la périphérie et à limites nettes, qui s'est développée au niveau de la peau abdominale chez un homme 70 ans.

Examen histo-pathologique : L'image de la lésion est superposable à celui du cas précédent. Il s'agit également d'une verrue sénile pigmentée, mais avec cette différence que la lésion contient encore plus de mélanine. Toutes les travées épithéliales épaissies et hyperkératosiques sont surpigmentées. Les cellules de la couche basale et de la couche de Malpighi, entre lesquelles se dessinent des prolongements mélanoblastiques, sont toutes bourrées de granulations mélaniques. Il y en a également en grande quantité dans la couche granuleuse et les squames mêmes de la couche hyperkératosique sont parsemées de grains de ce pigment. Au niveau du derme, les amas de gros grains de mélanine phagocytés par les histiocytes sont très nombreux.

Le seul caractère particulier, par conséquent, de ces trois lésions est la présence d'une hyperplasie mélanoblastique. Ces nombreux mélanoblastes, comme ceux de la peau normale, fabriquent de la mélanine, mais ils en fabriquent souvent en surabondance et la transmettent aux cellules épithéliales. L'accumulation de ce pigment au niveau de ces lésions leur confère une couleur noirâtre et explique pourquoi il est si facile de les confondre à l'œil nu avec une tumeur nævique.

PAPILLOMES PIGMENTÉS

Quatrième observation (Hôtel-Dieu, Lab. A. P., n° 18956) :

Il s'agit d'une tumeur brun-noir, d'aspect verruqueux, située près du bord antérieur de l'aisselle droite. Le malade, un homme de 39 ans, présente cette tumeur depuis quatre mois. Il se plaint de démangeaisons et de quelques irradiations douloureuses au niveau du bras et de la main droite et il affirme que la lésion a pris naissance sur une tache cutanée café-au-lait. Son épouse, cependant, soutient le contraire et croit que cette tache n'a jamais existé.

Examen histo-pathologique (fig. 3) : La surface cutanée sur une longueur de 9 millimètres est hérissée de villosités épidermiques hautes, étroites et pressées les unes contre les autres, qui constituent ainsi une masse de 3 millimètres d'épaisseur faisant saillie au-dessus du niveau épidermique. Des papilles dermiques longues, minces, plus ou moins rectilignes et assez richement infiltrées de lympho- et de plasmocytes s'insinuent entre ces villosités, dont les couches basale, malpighienne et granuleuse sont minces, mais dont la couche cornée, anormalement épaissie en surface, forme quelques rares pseudo-globes cornés dans le fond des dépressions épidermiques.

Le diagnostic qui s'impose, est donc celui d'un papillome sessile.

Sur les coupes passées dans le liquide de Fontana, cependant, de nombreux mélanoblastes sont visibles au niveau de la lésion. Ces cellules dendritiques, chargées de grains mélaniques, sont, au niveau de la couche basale, aussi nombreux par endroits que les petites cellules épithéliales basophiles. Au niveau de la couche de Malpighi, certaines plages cellulaires en contiennent aussi un nombre considérable. A ces

endroits, leurs nombreux prolongements protoplasmiques, qui s'in-sinuent entre les cellules en différenciation spino-cellulaire, constituent, par places, une sorte de pseudo-réticulum discontinu chargé de mélanine. Le protoplasme de très nombreuses cellules basales et de plusieurs cellules épineuses, qui se trouvent dans le voisinage immédiat de ces mélanoblastes, est tatoué d'une pluie de fines granulations mélaniques. Enfin, quelques histiocytes dans le derme sous la tumeur contiennent plusieurs gros grains de ce pigment.

La lésion est avant tout un papillome. Son aspect est, en effet, tout à fait superposable à celui d'un papillome banal et sa pigmentation n'est qu'un phénomène secondaire. Elle est due à la présence de ces nombreux mélanoblastes, qui ont envahi les travées épithéliales en produisant une forte quantité de mélanine. Ces mélanoblastes ne présentent ni l'aspect, ni l'évolution de cellules næviques et cette tumeur est, en définitive, un papillome pigmenté et non une tumeur nævique.

Cinquième observation (Hôtel-Dieu, Lab. A. P., n° 19564) :

La lésion est constituée par une tumeur brun foncé du dos, de 3 millimètres de diamètre. Cette tumeur présente un aspect framboisé ; elle est pédiculée et a été légèrement aplatie sous la pression des vêtements. Après une croissance rapide, il y a quinze ans, elle n'aurait présenté peu de changements depuis. La malade est une femme de 42 ans.

Examen histo-pathologique : Comme dans le cas précédent, il s'agit d'un papillome. L'épiderme hyperplasique présente une mise-en-plies marquée et forme une tumeur réunie à la peau par un large pédicule.

Ce papillome contient également beaucoup de mélanine. De nombreux mélanoblastes pigmentés ont envahi la couche basale et la couche de Malpighi de presque toutes les travées épithéliales. Ces cellules ont déposé d'innombrables grains mélaniques au niveau de la majorité des cellules épithéliales. Et il y a de gros grains de ce pigment, phagocytés par des histiocytes, dans une grande partie des papilles dermiques et au niveau du derme superficiel.

Il s'agit donc d'un papillome pigmenté.

La pigmentation de ces deux papillomes est due à un processus comparable à celui rencontré dans les lésions verruqueuses déjà décrites. A leur niveau les cellules épithéliales et les mélanoblastes présentent une hyperplasie conjointe et, au cours de cette pseudo-symbiose, les cellules épithéliales reçoivent une grande quantité de mélanine. La présence de ces mélanoblastes hyperplasiques et de ces cellules épithéliales tatouées explique la coloration particulière de ces lésions.

ÉPITHÉLIOMAS CUTANÉS PIGMENTÉS

Sixième observation (I. A. P., n° 32212) :

Petite tumeur pigmentée de la paupière inférieure, qui a été enlevée avec le diagnostic de *nævus* pigmentaire, chez une femme de 77 ans.

Examen histo-pathologique (fig. 4) : Il s'agit d'une lésion papillaire de 8 par 5 millimètres de diamètre constituée par de larges travées épithéliales très irrégulières, qui évoluent généralement vers la profondeur et affleurent même, sur un point, le muscle palpébral. Au niveau de ces travées, les cellules sont, par endroits, légèrement atypiques et présentent d'assez nombreuses mitoses ; sur certains points la basale est floue. Il existe une très forte hyperkératose et quelques globes cornés dans la zone superficielle de la tumeur. Le derme voisin présente une infiltration lympho-plasmocytaire modérée.

Cette lésion correspond donc à un épithélioma pavimenteux stratifié spino-cellulaire au début de son évolution.

Les travées néoplasiques contiennent cependant de nombreuses cellules dendritiques pigmentées. Ces mélanoblastes se trouvent généralement entre les cellules des premières rangées périphériques, mais, sur plusieurs points, ils se sont infiltrés même très loin à l'intérieur des travées. Ils envoient de longs pseudopodes protoplasmiques dans les interstices cellulaires et entrent ainsi en contact avec des cellules néoplasiques situées à 50 et 100 μ de distance de leur corps cellulaire.

Au niveau de la tumeur elle-même il n'y a guère d'autres grains mélaniques que ceux rencontrés dans le protoplasme de ces mélanoblastes. Le derme, cependant, contient plusieurs gros amas de volumineux grains de taille variable au niveau de petites plages histiocytaires. La quantité

de cette mélanine dermique est très importante. Elle est de beaucoup supérieure à celle contenue dans les mélanoblastes et la couleur foncée de la lésion semble être causée surtout par sa présence.

La pigmentation de ce néoplasme est donc due à ces mélanoblastes hyperplasiques, qui ont déposé une forte quantité de mélanine au niveau du derme et il s'agit d'un épithélioma pavimenteux stratifié « pigmenté » au début de son évolution.

Septième observation (I. A. P., n° 32102) :

Petite tumeur pigmentée de la paupière inférieure chez une femme de 65 ans. La couleur foncée de la tumeur en a imposé pour un *nævus* pigmentaire.

Examen histo-pathologique : La lésion, qui s'étend sur une longueur de 6 millimètres et une profondeur de 2 millimètres, est caractérisée par la présence d'une forte hyperkératose, qui forme plusieurs gros godets séparés les uns des autres. Ces amas hyperkératosiques pénètrent assez loin en profondeur et sont entourés d'une couche épidermique mince, mais normalement différenciée ; au niveau de quelques-unes de ces formations, cet épiderme aminci s'invagine pour former un petit cul-de-sac en profondeur. A ces endroits, la couche granuleuse disparaît et, parfois, il y a un petit amas de cellules sébacées ou un fragment de poil en dégénérescence. Cette kératose a donc pris naissance au niveau de follicules pileux.

Ces éléments épidermiques hyperkératosiques sont, en plus, anastomosés les uns aux autres par de nombreuses travées cellulaires constituées de cellules basophiles, dont l'aspect rappelle celui des cellules basales de l'épiderme voisin. Ces travées sont généralement étroites et de deux ou trois cellules d'épaisseur. Elles correspondent à un épithélioma basocellulaire au début de son évolution.

La lésion est en même temps pigmentée. Les travées baso-cellulaires néoplasiques et la couche basale des éléments épidermiques kératosiques présentent une très forte surcharge mélanique sous forme de fines granulations. Entre ces cellules il y a plusieurs mélanoblastes à longues expansions protoplasmiques.

Il s'agit donc d'une lésion complexe : un épithélioma baso-cellulaire pigmenté, qui a pris naissance sur une kératose folliculaire également pigmentée.

Huitième observation (I. A. P., n° 32899) :

Petite tumeur pigmentée de la peau de la face chez une femme de 60 ans.

Examen histo-pathologique (fig. 5) : L'image microscopique est celle d'un épithélioma baso-cellulaire. Le néoplasme constitue une masse de 7 par 3 millimètres de diamètre, formée de nombreux lobules et de travées anastomosées qui n'atteignent pas, en profondeur, le niveau des glandes sébacées. Les cellules tumorales sont petites et basophiles. Légèrement allongées et pressées les unes contre les autres à l'intérieur des plages néoplasiques, elles prennent une disposition palissadique au contact du tissu conjonctif dermique ; nulle part elles ne présentent de différenciation spino-cellulaire.

Au niveau de la tumeur, il y a de nombreux mélanoblastes. Comme dans la 6^e observation, ces cellules se trouvent situées surtout dans la zone périphérique des lobules et des travées néoplasiques et infiltrent seulement par endroits les régions plus profondes. Il n'y a guère de cellule tumorale qui contienne de la mélanine. Ce pigment, en amas de gros grains, est, cependant, très abondant au niveau du derme. C'est sa présence à cet endroit surtout, qui donne à la tumeur une couleur foncée.

Il s'agit donc d'un épithélioma baso-cellulaire pigmenté.

Neuvième observation (Hôtel-Dieu, Lab. A. P., n° 18578) :

Une femme de 94 ans, qui présente depuis des années plusieurs taches abdominales café-au-lait, vient consulter pour une petite tumeur verruqueuse, saignant facilement et de couleur brun-noir, située dans le quadrant supérieur droit de l'abdomen. Cette tumeur a pris naissance sur une tache pigmentée et présente, depuis trois mois, une croissance lente, mais constante.

Examen histo-pathologique (fig. 6) : La tumeur est formée de trois petits nodules, dont le plus volumineux mesure 12.5 millimètres de long, constitués par de petites cellules basophiles, légèrement allongées et

disposées en lobules anastomosés. A la périphérie des lobules, les cellules tumorales se placent côte à côte, en palissade; au centre, elles ne présentent généralement pas d'orientation très particulière ; pressées les unes contre les autres, elles forment de petits faisceaux dirigés dans tous les sens. Sur quelques points, cependant, il y a des plages cellulaires qui présentent une disposition vaguement concentrique. A ces endroits, les cellules s'écartent légèrement les unes des autres et il apparaît des filaments intercellulaires très nets.

Il s'agit donc d'une lésion intermédiaire entre un épithélioma baso-cellulaire et un épithélioma pavimenteux stratifié spino-cellulaire. L'aspect général est celui d'un baso-cellulaire, mais la présence de ces quelques plages de différenciation spino-cellulaire en fait un épithélioma mixte (épithélioma spino-baso-cellulaire).

La tumeur est parsemée d'un nombre modéré de mélanoblastes. Ces cellules infiltrent partout les lobules néoplasiques. Chargées de grains mélaniques, elles sont pourvues de longs prolongements, dont chacun entre en contact avec plusieurs cellules tumorales. Une partie de ces dernières contiennent aussi des grains de pigment et le derme, envahi par la tumeur, présente plusieurs amas dispersés de volumineux grains.

La lésion correspond donc à un épithélioma mixte pigmenté.

Ces quatre cancers épidermiques doivent donc leur coloration noirâtre à leur envahissement par des mélanoblastes. Ces cellules dendritiques, parties de la peau normale, infiltrent les travées néoplasiques ; elles se multiplient en même temps que les cellules tumorales et déposent, le plus souvent à leur niveau, une quantité plus ou moins marquée de mélanine. Le plus grand nombre de ces mélanoblastes hyperplasiques se trouvent généralement dans les zones périphériques des plages tumorales. A ce niveau, en plus de tatouer quelques cellules voisines, ils transmettent au derme du pigment qui s'accumule en gros grains dans le protoplasme de cellules histiocytaïres. Cette mélanine dermique est souvent d'une telle importance, qu'elle est responsable, dans une très grande mesure, de la coloration de la tumeur.

COMMENTAIRES

Il y a donc des lésions verruqueuses, des papillomes et des épithéliomas cutanés d'une couleur tout à fait superposable à celle d'une tumeur nævique vraie. Ces lésions, dont l'aspect histologique rappelle parfaitement celui de formations identiques non pigmentées, sont colorées par un mécanisme analogue à celui de la peau normale. Le processus est intégralement le même, mais il est souvent exagéré et aboutit finalement à une accumulation de mélanine au niveau de ces tumeurs.

Masson (3) et Caudière (4) ont attiré l'attention sur l'existence de phénomènes du même ordre dans leurs études sur la pigmentation des cancers mammaires, qui envahissent l'épiderme, et sur la pigmentation de certains épithéliomas de la peau.

Dans la peau normale, la mélanine est fabriquée exclusivement par les mélanoblastes. Ces cellules déposent ce pigment dans les cellules malpighiennes avec lesquelles elles entrent en contact par leurs fines expansions protoplasmiques, et elles en transmettent également au derme (1). Au niveau des lésions que nous venons de décrire, ce sont les mélanoblastes également qui sont les éléments pigmentogènes. La présence de pigment dans les cellules épithéliales n'est qu'un simple phénomène de tatouage. Ceci devient très évident, par exemple, au niveau des épithéliomas pigmentés. Dans ces tumeurs, l'association fortuite de mélanoblastes et de cellules néoplasiques pigmentées est même une preuve de plus que le mélanoblaste est l'élément formateur normal de mélanine. Ces cellules néoplasiques, en effet, par leur aspect et par leur évolution, sont tout à fait analogues aux éléments des cancers identiques non pigmentés. Ce sont donc des cellules qui sont reconnues comme ne produisant pas régulièrement de pigment mélanique. Que la mélanine qu'ils contiennent vienne des mélanoblastes, ceci est démontré par le fait que, sur bien des endroits, les seules cellules néoplasiques pigmentées sont celles en contact immédiat avec le corps cellulaire d'un mélanoblaste, ou coiffées, encerclées ou même pénétrées, par un de ses longs prolongements.

Au niveau des tumeurs épithéliales pigmentées, les mélanoblastes montrent des phénomènes marqués d'hyperplasie (*fig. 8*). Sur l'une de nos coupes, un élément présentait même une image mitotique très nette, fait

qui, jusqu'ici, a été assez rarement observé. Cette hyperplasie mélanoblastique suit l'hyperplasie épithéliale. Dans les verrues et les papillomes, ces cellules se multiplient en même temps que les cellules malpighiennes dans les premières rangées cellulaires et elles émigrent, par la suite, avec leurs voisins dans les couches cellulaires plus différenciées. Dans les zones où l'hyperacanthose est plus marquée, les mélanoblastes sont aussi plus nombreux. Au niveau des épithéliomas, les proliférations néoplasique et mélanoblastique marchent de pair. Les mélanoblastes se multiplient à la périphérie des travées cancéreuses à mesure que celles-ci envahissent les tissus voisins.

Ces éléments sont non seulement hyperplasiques, mais doués d'une activité fonctionnelle exagérée. Ils produisent de la mélanine souvent en telle quantité, qu'ils réussissent à pigmenter toutes les cellules épidermiques et à déposer, dans le tissu conjonctif avoisinant, des quantités extraordinaires de mélanine (*fig. 7*).

Les mélanoblastes sont donc des cellules d'une plasticité remarquable. Au niveau de certaines verrues et de certains papillomes et épithéliomas, ils peuvent se multiplier, se mobiliser et produire de la mélanine en grande quantité. Ces tumeurs présentent alors une coloration plus ou moins noirâtre et sont facilement confondues avec une tumeur nævique vraie, dont elles ne présentent, le plus souvent, ni l'évolution ni le pronostic.

La nature vraie des verrues et des papillomes pigmentés n'est pas connue depuis très longtemps. B. Bloch a décrit ces lésions sous le nom d'« épithéliomas bénins pigmentés ». Le terme d'épithélioma, à notre avis, doit être conservé uniquement pour des lésions dont la malignité est reconnue. L'aspect histologique et l'évolution de ces verrues et papillomes ne présentent aucun caractère de malignité, même restreinte, qui puisse permettre de les classer avec les épithéliomas. Traub et Keil (5), en 1940, ont appelé les mêmes lésions « nævi intra-épidermiques ». Or, jamais ces tumeurs ne présentent ces thèques intra-épithéliales de cellules pigmentaires, rencontrées communément dans les tumeurs næviques à évolution purement intra-épidermique. Ewing, le premier, a groupé ces lésions sous le nom de « papillome pigmenté » et Fox (6) a rapporté tout dernièrement huit cas de papillomes

pigmentés dans lesquels il n'a pas vu, cependant, de mélanoblastes. Ces deux auteurs ne font aucune distinction entre une lésion verruqueuse et une lésion papillomateuse pigmentée, distinction qui semble s'imposer, puisque ces tumeurs ne sont, en définitive, que de simples verrues ou papillomes et leur pigmentation n'est qu'un phénomène surajouté.

La pigmentation des cancers épidermiques est mieux connue. Certains auteurs, comme Gaté, Massia et Delbos (7), avancent que tous les épithéliomas baso-cellulaires sont plus ou moins pigmentés. Ceci serait sans aucun doute vrai, si le fait de rencontrer un mélanoblaste sur plusieurs coupes sériées d'une même tumeur permettait une telle conclusion. Au point de vue pratique, à notre avis, doivent être considérées comme tumeurs pigmentées que les baso-cellulaires qui présentent une hyperplasie mélanoblastique conjointe assez importante pour qu'ils soient, à l'œil nu, franchement bruns ou noirs. La statistique de M. Owen (8), de la Clinique Mayo, 7 tumeurs pigmentées sur 836 épithéliomas baso-cellulaires, semble être conforme à la réalité et correspond à peu près au pourcentage de tumeurs pigmentées que nous avons rencontré dans notre milieu.

Becker (9), qui a étudié, en 1934, tous les cancers de la peau de la Clinique dermatologique de Strasbourg et de la Clinique dermatologique de l'Université de Chicago, rapporte 33% d'épithéliomas baso-cellulaires pigmentés, 14% d'épithéliomas de type intermédiaire, 9% d'épithéliomas de type mixte et 3% d'épithéliomas pavimenteux stratifiés spino-cellulaires. Il s'agit ici, cependant, d'une compilation purement histologique.

La pigmentation mélanique des tumeurs de la peau semble se rencontrer surtout chez des gens relativement âgés ; la moyenne d'âge de nos malades, en effet, est de 65 ans.

RÉSUMÉ

Dans le groupe des tumeurs pigmentées de la peau, il y a, en plus des tumeurs nœviques proprement dites, des tumeurs épithéliales, dont la pigmentation est due à un mécanisme analogue à celui de la peau normale. Trois lésions verruqueuses pigmentées, deux papillomes pigmentés et quatre épithéliomas pigmentés sont décrits dans ce travail. L'hyper-

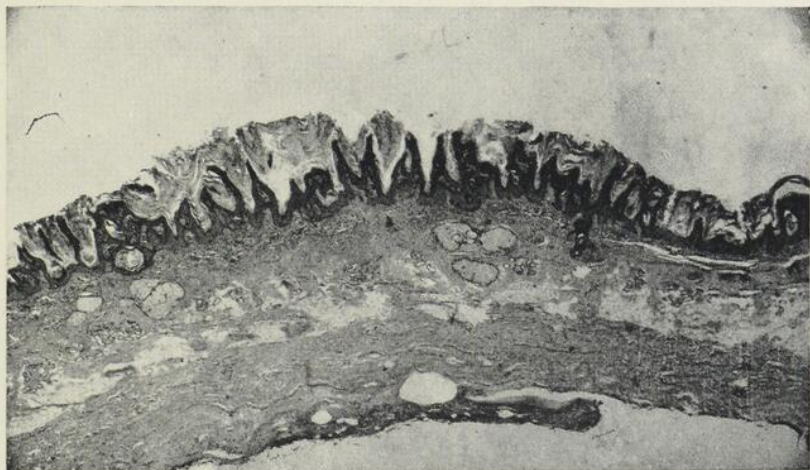


Fig. 1. — Kératose sénile pigmentée. (Première observation.)
(Hémalun-érythrosine-safran — X 12.5)

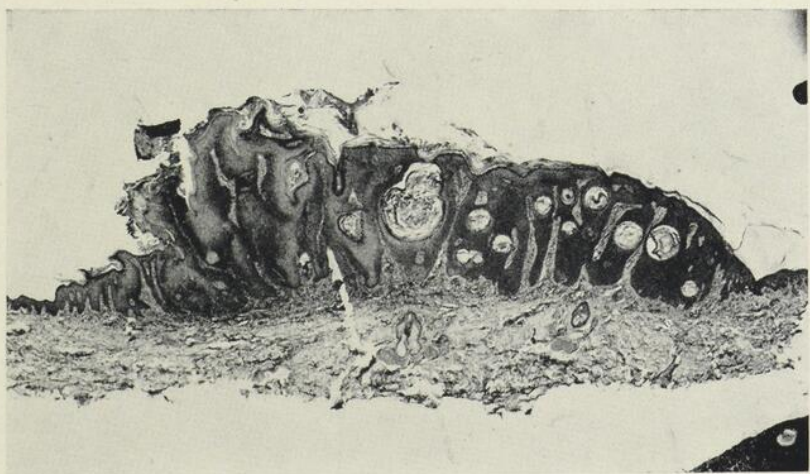


Fig. 2. — Verrue sénile pigmentée. (Deuxième observation.)
(Hémalun-érythrosine-safran — X 12.5)

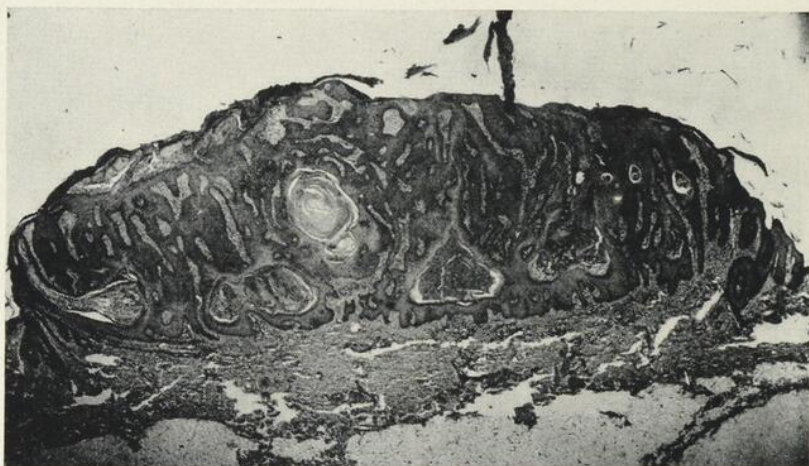


Fig. 3. — Papillome pigmenté. (Quatrième observation.)
(Hémalun-érythrosine-safran — X 12.5)



Fig. 4. — Épithélioma pavimenteux stratifié spino-cellulaire pigmenté au début
de son évolution. (Sixième observation.)
(Hémalun-érythrosine-safran — X 12.5)



Fig. 5. — Épithélioma baso-cellulaire pigmenté. (Huitième observation.)
(Hémalun-érythrosine-safran — X 12.5)

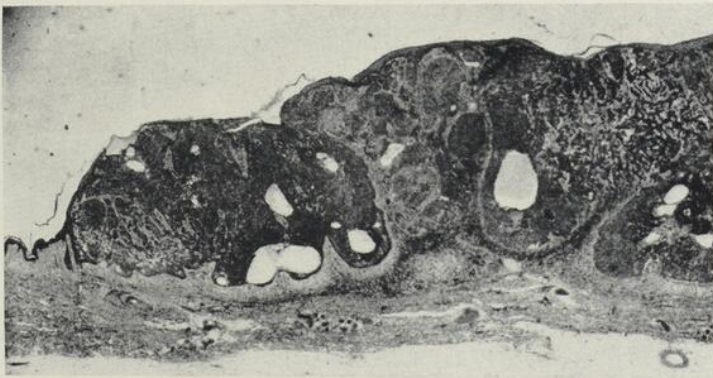
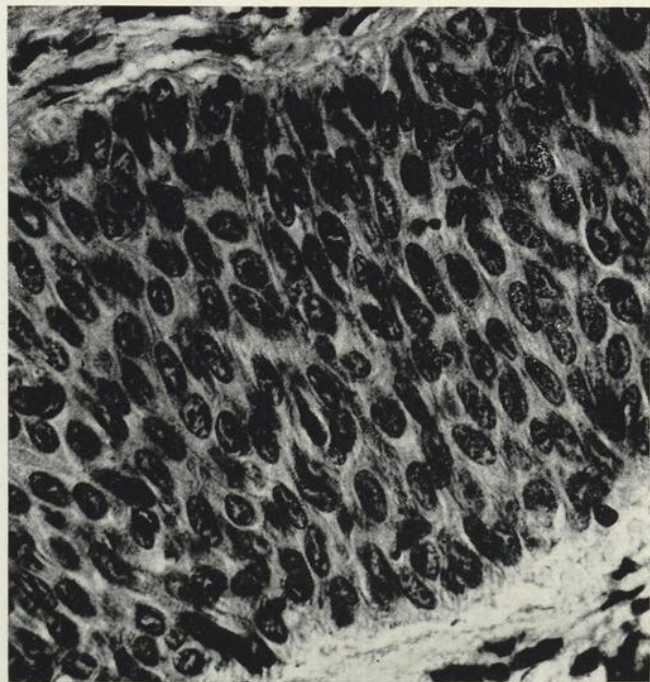


Fig. 6. — Épithélioma mixte pigmenté. (Neuvième observation.)
(Hémalun-érythrosine-safran — X 12.5)

a)



b)

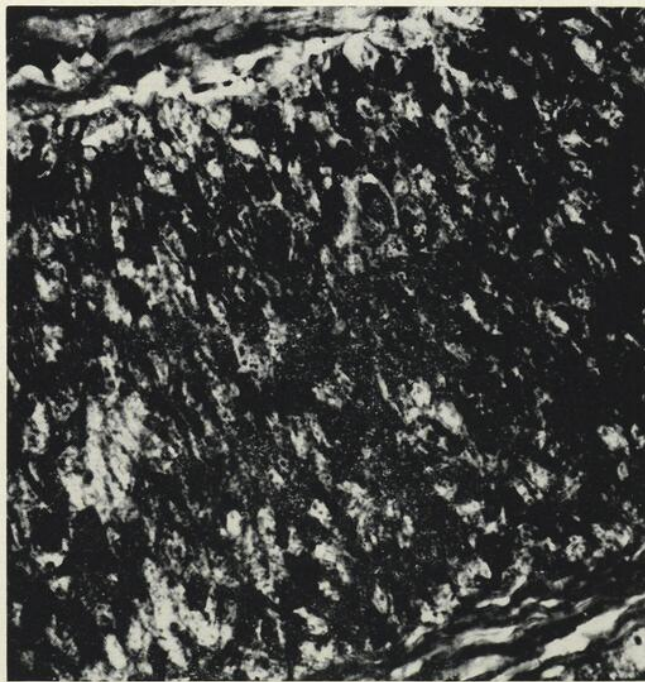
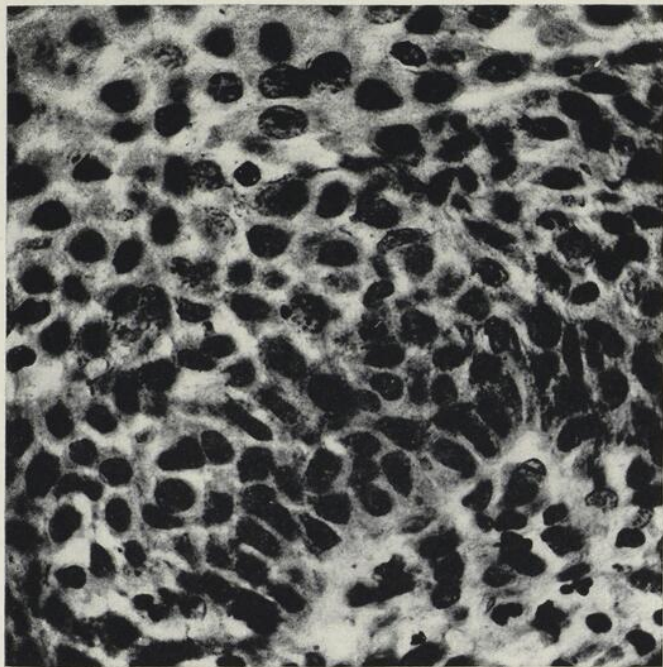


Fig. 7. — Zone de surcharge pigmentaire.
a) Hémalum-érythrosine-safran — (X 610) ;
b) Imprégnation argentique de la mélanine par le liquide de Fontana — X 610)

a)



b)

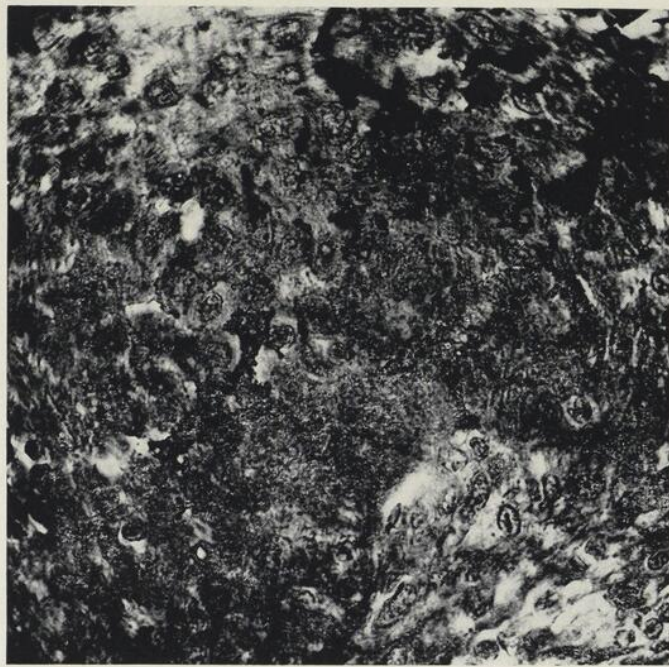
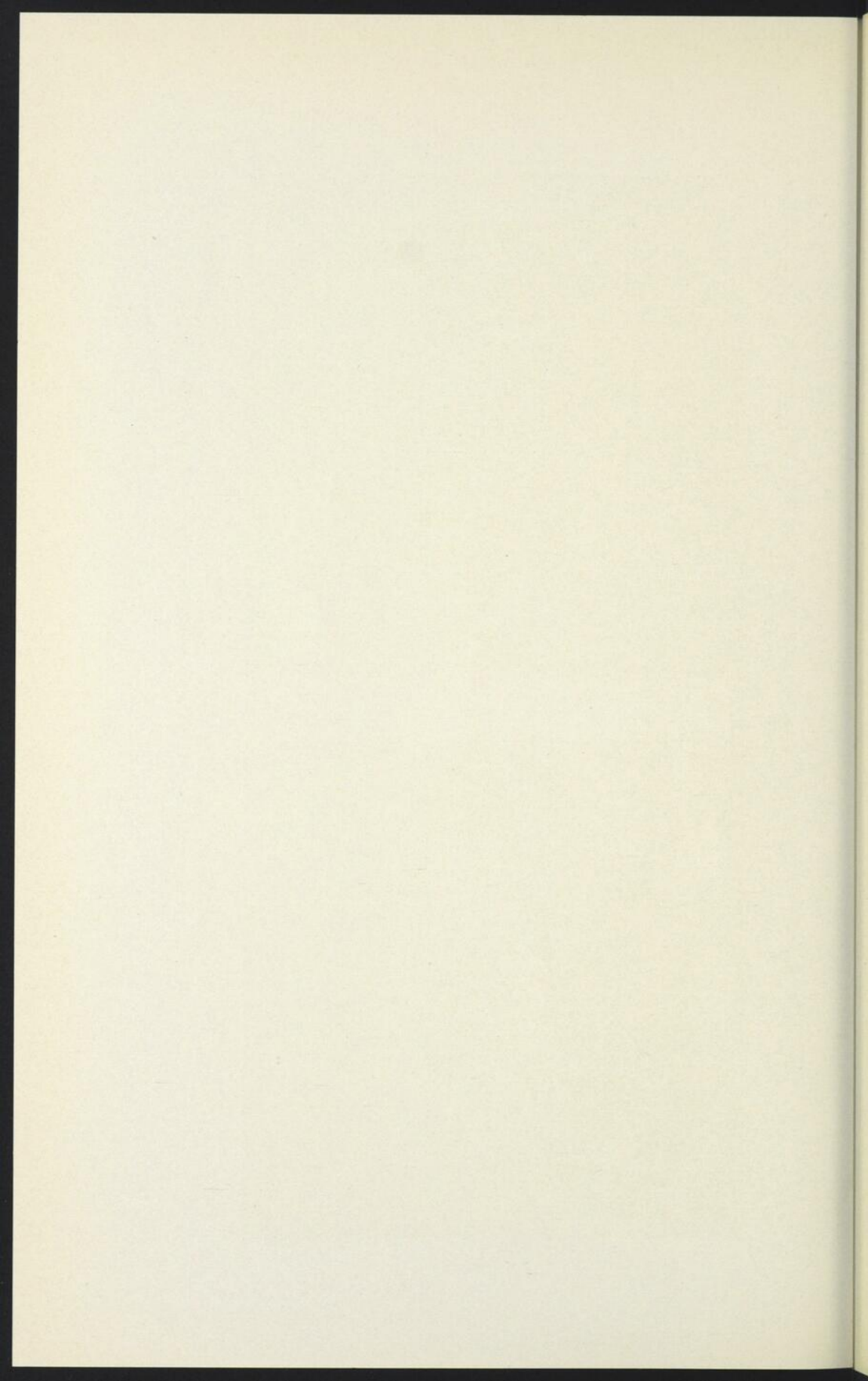


Fig. 8. — Zone d'hyperplasie mélanoblastique.
a) Hémalun-érythrosine-safran — (X 610) ;
b) Imprégnation argentique de la mélanine par le liquide de Fontana — (X 610)



plasie épithéliale au niveau de ces tumeurs s'accompagne d'une hyperplasie des mélanoblastes et d'une surproduction de mélanine. Ceci explique leur coloration noire ou brun foncé. A cause de cette pigmentation, il est difficile de distinguer cliniquement ces tumeurs des tumeurs nœviques vraies. Aussi sont-elles généralement enlevées avec le diagnostic de *nœvi*.

BIBLIOGRAPHIE

1. P. MASSON. *Bull. de la Soc. franc. de Dermat. et Syphil.*, **42**, 1112, 1935.
 2. P. MASSON. *Diagnostic de Laboratoire*, II, Tumeurs. 1923, A. Maloine et fils, éditeurs.
 3. P. MASSON. *Arch. d'Anat. Path.*, **2**, 323, 1925.
 4. M. CAUDIÈRE. *Arch. d'Anat. Path.*, **3**, 119, 1926.
 5. E. M. TRAUB et H. KEIL. *Arch. of Dermat. and Syphil.*, **41**, 214, 1940.
 6. R. A. FOX. *Arch. of Path.*, **36**, 195, 1943.
 7. J. GATÉ, G. MASSIA et J. DELBOS. *Ann. de Dermat. et Syphil.*, **8**, 337, 1937.
 8. M. OWEN. *Arch. of Path.*, **10**, 386, 1930.
 9. S. W. BECKER. *Am. Jo. of Cancer*, **22**, 17, 1934.
-

NOTE SUR UNE NOUVELLE SYNTHÈSE
DE LA PHÉNYLALANINE (1)

par

Roger GAUDRY, D.Sc. (2)

Une nouvelle méthode de préparation du nitrile α -chloro- β -phénylpropionique à partir du chlorure de phényl-diazonium et du nitrile acrylique permet d'obtenir à bon marché ce nitrile propionique substitué. Nous avons pensé que ce composé pourrait servir avec avantage à une synthèse de la phénylalanine.

Le nitrile α -chloro- β -phénylpropionique fut d'abord transformé en amide en le laissant reposer pendant une nuit dissous dans l'acide sulfurique concentré. L'amide fut ensuite hydrolysé en acide par ébullition dans l'acide chlorhydrique à 20%. L'acide résultant fut aminé en présence d'ammoniaque concentrée et de carbonate d'ammonium, et la phénylalanine obtenue fut identifiée sous forme de phényl-carbomate.

(1) Nous publierons dans une revue de chimie spécialisée le détail de la partie expérimentale de cette synthèse de la phénylalanine.

(2) Département de Biochimie de la Faculté de Médecine, Université Laval. Directeur du département : Pr Rosaire Gingras, M.D.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

LE TRAITEMENT DES BRULURES

Le traitement d'un grand brûlé est une question très importante, car, du traitement employé, dépend non seulement la vie du patient, mais aussi son avenir. Il est aussi très compliqué, car les revues médicales actuelles sont remplies de travaux traitant des brûlures.

Nous voulons vous faire part de notre expérience personnelle sur le traitement des brûlures par les colorants, et ajouter quelques remarques sur les autres traitements en vogue, en critiquant leurs avantages et leurs inconvénients.

Dans la soirée du 29 octobre 1941, nous sommes demandé d'urgence à l'hôpital pour un brûlé que l'on vient d'admettre. Après examen sommaire, nous constatons que le patient est en état de choc. Les brûlures s'étendent sur le visage, le tronc et les 2 membres supérieurs, soit en tout 35% de la surface du corps, et les brûlures sont au 2^e et 3^e degrés. Immédiatement, sous anesthésie générale au pentothal, et avec l'aseptie usuelle employée pour une opération majeure, nous procédons au traitement local qui consiste en un large débridement, au lavage à l'eau et au savon et application de colorants, soit, en l'occurrence : une gelée composée d'acriflavine, de vert brillant et de violet de gentiane. Comme traitement général, il reçoit du plasma par voie intra-veineuse, des stimulants cardiaques, de l'oxygénothérapie et de la chaleur.

Comme vous le verrez, dans le traitement d'un brûlé, il y a deux choses à considérer : le traitement général et le traitement local. Tous les auteurs sont unanimes à donner la priorité au traitement général pour la bonne raison qu'il ne sert à rien d'appliquer un bon traitement local si le patient meurt en état de choc. Dans ce cas-ci, le traitement général fut fait presque simultanément avec le traitement local, et nous croyons que c'est la meilleure manière de procéder et, si la chose est impossible, il est alors préférable de traiter d'abord l'état général, quitte à remettre le traitement local à plus tard.

Les points essentiels du traitement général se résument comme suit :

1° Plasma :

Par voie intra-veineuse, avec contrôle de l'hémo-concentration, contrôle fait soit par le dosage de l'hémoglobine ou par l'hématocrite. Comme quantité totale à donner on recommande 100 c.c. de plasma pour chaque pourcentage de la surface corporelle brûlée. Cependant d'autres auteurs affirment que, pour éviter les complications futures, il est préférable de ne discontinuer qu'au moment où le taux de l'hémoglobine se maintient entre 80 et 90% ; c'est pourquoi, chez notre patient, nous avons donné une dose totale de 5,500 c.c. de plasma dans les premières quarante-huit heures. Un dosage fréquent de l'hémoglobine ou l'usage de l'hématocrite, est, sans aucun doute, la meilleure pratique à établir. On affirme que le plasma en solution concentrée aide à prévenir ainsi qu'à diminuer l'œdème, et c'est ce que nous avons constaté chez notre patient.

2° Éviter le refroidissement :

Le meilleur moyen est de placer le patient sous une tente chauffée, dans laquelle on doit maintenir la température à environ 80°F.

3° Stimulants cardiaques et sédatifs.

4° Cortex de la surrénale :

Non seulement pour aider à maintenir la pression artérielle aux environs de la normale, mais aussi comme antitoxique ; cependant, ceci n'en est qu'au stage de l'expérimentation.

5° *Solutés salés et glucosés :*

L'élimination, au niveau des surfaces brûlées, est si grande qu'il faut maintenir l'absorption des liquides à au moins 3,000 c.c. par 24 heures pour avoir une élimination rénale de 1,500 c.c. ou plus. Pour une très grande brûlure, il faudra donner parfois, jusqu'à 5 à 6,000 c.c.

6° *Oxygénothérapie :*

Aide à lutter contre l'état de choc.

7° *Les sulfamidés :*

Pour prévenir et lutter contre l'infection. Mais il faut être très prudent, car le rein et le foie sont très souvent lésés chez un grand brûlé.

8° *Transfusion sanguine :*

Soit pour aider le patient à lutter contre les complications telles que septicémie et autres, soit pour combattre une anémie se développant très souvent dans les semaines qui suivent.

9° *Diète :*

Elle doit être riche en protéines, en hydrates, en chlorures et en polyvitamines.

Le traitement général chez notre patient fut celui que nous venons de décrire ci-dessus.

Quant au traitement local, son principal but, est de protéger les brûlures contre l'extérieur afin d'éviter l'infection, diminuer la douleur et activer la régénération de l'épithélium. Pour réaliser cela, nous avons plusieurs moyens à notre disposition. C'est pourquoi nous allons en énumérer quelques-uns en discutant leurs avantages et leurs inconvénients.

Les colorants :

Leurs avantages se résument à leur action anti-microbienne soit sur les microbes gram-négatifs, soit sur les gram-positifs, soit sur les deux ; leur facilité d'application, sous forme de gelées ou en pulvérisations ; la formation d'une escarre qui empêche la transudation du plasma, et qui est très flexible et très solide.

Leurs inconvénients sont cependant très intéressants à noter, surtout chez un grand brûlé comme le nôtre. Leur application, en règle générale, est très malpropre. Impossibilité de déceler l'infection, car ils ne sont pas translucides. Ils retardent la greffe cutanée car l'escarre ne s'élimine seule qu'au bout de deux à trois semaines.

S'il y a infection, cela devient sérieux, car, quels que soient les moyens employés : compresses humides ou corps gras, l'escarre ne s'enlève que très difficilement et en l'enlevant on lèse les tissus sous-adjacents, car les adhérences sont solides. De plus, c'est une manœuvre très douloureuse et très pénible pour le patient. Comme conclusion les colorants sont peut-être utiles pour de petites brûlures, mais chez un grand brûlé, ils ne sont pas à recommander.

Pansements salins :

Leur renouvellement fréquent entraîne infailliblement l'infection de la surface brûlée, laquelle infection, en favorisant la granulation, donne un tissu cicatriciel dont les inconvénients sont énormes pour l'avenir du patient.

Acide tannique :

Ses avantages et ses inconvénients sont les mêmes que ceux des colorants avec quelques-uns en plus, dont une escarre fragile et cassante, et sa toxicité sur le foie ; mais ceci n'est pas encore prouvé de façon formelle.

Il y a un autre produit sur lequel nous insisterons un peu plus, c'est le sulfadiazine en pulvérisations. Il forme une escarre translucide, élastique et très flexible qui ne retarde pas la guérison locale, car, au lieu de donner une escarre par précipitation des protéines de surface, comme le fait l'acide tannique, cette escarre est formée par la solidification du triéthanolamine, préparation qui entre dans sa formule. L'infection se décèle très facilement, vu que ce produit forme un film translucide. S'il y a infection, l'escarre s'enlève très aisément avec des compresses salines. Il agit très bien sur les microbes gram-positifs et gram-négatifs. Employé dans une brûlure de la face, il est sans danger pour les tissus oculaires. Il diminue la douleur dès la première application.

Quant à sa toxicité, comme sulfamidé, elle n'est pas à craindre vu que son absorption au niveau de la brûlure diminue dès les premières 24 heures.

Cependant, il y a encore quelques inconvénients, dont les principaux sont : la formation très lente de l'escarre, car on recommande de faire des vaporisations : aux heures pour les premières 24 heures ; aux 2 heures le 2^e jour ; et aux 3 heures le 3^e jour. Enfin, comme tous les produits qui forment une escarre, il retarde la greffe cutanée.

Après avoir fait sur les traitements locaux une critique plutôt destructive que constructive, il nous reste maintenant à parler d'un traitement très employé et ce, avec des résultats très encourageants. C'est le traitement des brûlures par une émulsion de sulfathiazole à 5% avec pansement compressif. La meilleure formule pour cette émulsion, semble être celle du *Montreal General Hospital*, soit :

Sulfathiazole.....	5%
Triéthanolamine.....	2%
Eau distillée.....	24%
Cire d'abeille.....	5%
Paraffine liquide.....	64%

Ses avantages sont reconnus, et la technique est très simple, car après un lavage à grande eau, pour enlever les corps étrangers et les souillures extérieures, il suffit simplement d'appliquer ces pansements imprégnés d'émulsion de sulfathiazole 5%, le tout recouvert de pansements compressifs. Ces pansements ne sont changés qu'au bout de 8 à 10 jours.

Dans les brûlures superficielles, il n'est pas nécessaire d'en appliquer d'autres, car, à ce moment-là, la plaie est guérie. Pour les brûlures profondes, généralement, la surface brûlée est prête à recevoir la greffe, sinon, on ne refait les pansements que tous les 12 à 14 jours.

Le traitement présente sur les autres énumérés ci-dessus, bien des avantages, car son application est rapide et facile, non douloureuse, ne nécessitant aucune anesthésie générale, laquelle n'est jamais très recommandable chez un patient en état de choc.

Les pansements compressifs réduisent l'œdème et, par le fait même, la perte de plasma. Le fait de ne pas rupturer les vésicules est

une porte d'entrée de moins pour l'infection, ainsi qu'une perte de moins en plasma. Par sa simplicité d'application, il y a raccourcissement de temps entre l'accident et le traitement, donc, danger d'infection réduit. Ne formant pas d'escarre, il ne s'oppose pas à la régénération de l'épithélium. Par l'absorption locale des sulfamidés, il prévient l'infection, et, si cette dernière survenait quand même, son drainage est facile.

Le traitement n'est sans doute pas parfait et fut sujet à quelques critiques. Lors du désastre du *Cocoanut Grove*, à Boston, l'on a employé des pansements imprégnés d'onguent d'acide borique, car l'on craignait les effets toxiques des sulfamidés par absorption au niveau des brûlures. Cependant, cette absorption est rapide dans les premières heures, mais diminue rapidement dans les heures qui suivent, au point que, si l'on veut maintenir les sulfamidés dans le sang à leur taux d'action, il faut y suppléer par les autres voies d'absorption. Les vésicules seraient-elles un vase clos, favorable à l'infection? Non, car des prélèvements faits au niveau de ces vésicules nous montrent que leur contenu reste stérile et qu'on retrouve dans leur contenu le même taux de sulfamidés que dans le sang.

Comme conclusion, nous pouvons ajouter que le traitement s'est affirmé assez supérieur aux autres, au point qu'il est actuellement employé sur une très grande échelle dans les forces armées où l'on manipule certainement plus de brûlés que dans la vie civile.

Nous n'avions pas l'intention, en vous présentant ce travail, de vous imposer un traitement des brûlures, mais de vous faire part de notre expérience en la matière, car nous sommes convaincu que, chez notre patient, l'emploi d'un traitement supérieur aux colorants nous aurait évité bien des complications, dont une septicémie très sérieuse — consécutive à une infection de toute la surface brûlée. Infection qui fut très difficile à tarir et qui a retardé les greffes, car le patient ne fut prêt pour une telle intervention qu'après 70 jours d'hospitalisation.

De ces quelques remarques et du cas présenté, il découle une leçon utile, celle d'établir, dans nos services hospitaliers, une pratique pour le traitement des brûlures; car un désastre comme celui de Boston peut arriver n'importe où, et si l'on a pu traiter, au *Massachusetts's General Hospital*, un si grand nombre de brûlés et avec de si beaux résultats, c'est

grâce à l'entraînement que le personnel avait reçu antérieurement en vue d'une catastrophe du genre.

Jean-Louis LAROCHELLE.

BIBLIOGRAPHIE

- 1° COPE. Treatment of Surface Burns. *Annals of Surgery*, (juin) 1943.
 - 2° COLOVIRAS, WEST, ARMOUR. The Local Treatment of Burns with Sulfadiazine Spray. *Can. Med. Ass. Journal*, vol. 47, n° 6, (déc.) 1942.
 - 3° GURD, ACKMAN *et alii*. A Practical Concept for the Treatment of Mayor & Minor Burns. *Annals of Surgery*, vol. 116, n° 5, (nov.) 1942.
 - 4° WEST. The Local Treatment of Burns with Sulfadiazine. *R.C.A.F. Med. Bulletin*, n° 4, (mai) 1943.
 - 5° HARRIS. Memorandum on the Treatment of Burns in U.S.A. and Canada at the date Dec. 1942. *R. C. A. F. Medical Bulletin*, n° 4, (mai) 1943.
 - 6° PRESMAN. JANOTA *et alii*. Intensive Human Serum Treatment of Burn Shock and a Modified Formula for Calculating the Amount of Infusion. *Journal Can. Med. Ass.*, vol. 122, n° 14, (31 juillet) 1943.
 - 7° The Subcommittee on Shock and Blood Substitutes. National Research Council of Canada. *Can. Med. Ass. Journal*, vol. 48, n° 3, (mars) 1943.
 - 8° ROTHMAN, TAMERIN, BULLOWA. Treatment of Burns. *Jour. Can. Med. Ass.*, vol. 120, n° 11, (14 nov.) 1942.
 - 9° FAXON, CHURCHILL. Cocomanut-Grove Disaster. *Journal Can. Med. Ass.*, vol. 120, n° 17, (26 déc.) 1942.
 - 10° GORDON, GORDON. Thermal Burns. *Can. Med. Ass. Jour.*, vol. 48, (4 avril) 1943.
 - 11° Cocomanut-Grove Disaster. In *Annals of Surgery*, (juin) 1943.
-

L'ACTUALITÉ THÉRAPEUTIQUE

QUELQUES ASPECTS DU PROBLÈME DES VITAMINES (1)

Le mot de *vitamines* est aujourd'hui sur toutes les lèvres. Chacun croit savoir ce qu'il signifie : amine de la vie, un corps chimique, une amine qui participe aux processus vitaux. Et pourtant, si la définition paraît claire, elle n'est plus, aujourd'hui, scientifiquement exacte. C'est qu'en effet, des documents nombreux se sont accumulés depuis 1912, année au cours de laquelle Funk avait proposé ce vocable. Actuellement, ce n'est plus qu'une petite minorité de vitamines qui méritent réellement cette désignation. Seules les vitamines B₁ et B₆ sont, au point de vue strictement chimique, des amines.

Il y a 30 ans, il était facile de donner une définition du vocable *vitamine*. C'étaient alors des « facteurs d'origine alimentaire dont l'absence entraînait un syndrome alimentaire ». Aujourd'hui, par la force des choses, le mot *vitamine* est utilisé dans un sens beaucoup plus étendu, ce qui n'a naturellement pas contribué à préciser sa définition.

Il y a certainement peu de domaines de la chimie et de la physiologie qu'on ait autant travaillés au cours de ces deux dernières décades. Cela nous vaut une connaissance de plus en plus précise de ces corps, encore presque mystérieux, il y a une vingtaine d'années. La plupart d'entre eux sont connus exactement au point de vue chimique, plusieurs ont été synthétisés. On a même préparé des dérivés chimiquement apparentés, voire quelquefois encore plus actifs que la vitamine naturelle. C'est le cas, par exemple, de la vitamine K. Et, aujourd'hui, nous constatons que les vitamines se recrutent dans un peu tous les domaines de la chimie : la vitamine C est un acide, la vitamine A un hydrocarbure constitué uniquement de carbone et d'hydrogène, la vitamine B₂ un dérivé de l'isoxazine, la vitamine D un dérivé de stérols, la vitamine K une quinone, la vitamine B₁, enfin, une amine soufrée. Ces quelques citations nous montrent déjà suffisamment combien variée est la structure chimique des vitamines.

On ne peut certes pas reprocher à Funk de les avoir caractérisées comme des « amines », car la vitamine B₁, bien qu'il n'ait pas réussi à la cristalliser, était bien une amine. En tout cas, l'introduction dans le vocabulaire du terme *vitamine* a été certes un succès. Il a fait carrière et il s'est imposé parce que pratique et suggestif.

(1) Travail publié dans les numéros 8 et 9 (août-septembre 1943) des *Pharmaceutica Acta Helvetica*, pages 470-474.

Quelle est, alors, la définition qu'on peut donner de ce mot dans le cadre de nos connaissances actuelles? Celle qui me paraît la meilleure est la suivante : « Substance de nature chimique variée, agissant en général à doses minimales, nécessaires pour maintenir un organisme vivant en équilibre physiologique ».

Ainsi formulée, cette définition, bien qu'incomplète, a l'avantage de caractériser brièvement ces substances de nature et d'action physiologique si diverses.

En reprenant, l'une après l'autre, les trois parties de cette définition, nous pourrions successivement faire quelques commentaires intéressants.

Substances de nature chimique variée : Aucun lien chimique ne relie les vitamines entre elles. Elles peuvent être ou basiques ou acides, le dérivé d'un stérol, d'une quinone. C'est à peine si l'on trouve une certaine parenté physico-chimique entre les vitamines A, E et K. Mais ce qui frappe dans ce cas, c'est que la modification de la configuration chimique fait surgir des propriétés très différentes. La vitamine A peut être anti-infectieuse et influencer de préférence les tissus épithéliaux, la vitamine E eutrophique par son action sur le muscle, la vitamine K agir sur le composition du sang, car elle normalise des troubles de la coagulation sanguine. Voilà certes des actions bien diverses.

Mais il y a encore un fait curieux à signaler à ce propos : A côté de la vitamine naturelle, c'est-à-dire celle qu'on rencontre dans la nature, on a pu synthétiser des corps chimiques qui ont une formule voisine du corps naturel et une action physiologique analogue, voire quelquefois même plus accusée. C'est le cas, par exemple, des éthers-sels de la duro- et de la pseudo-cumo-hydroquinone, qui ont une légère action de vitamine E ou bien de dérivés de la naphthohydroquinone, qui sont même, thérapeutiquement parlant, plus actifs que la vitamine K naturelle. Ici aussi, nous constatons, par une autre voie, combien le monde des vitamines représente quelque chose de vaste et peu homogène au point de vue chimique.

Du reste, d'après la définition que nous avons donnée ci-dessus, on pourrait aussi, si on le veut, considérer comme vitamines certains corps chimiques, découverts et étudiés avant l'ère des vitamines. C'est le cas, par exemple, de l'acétylcholine, cette substance qui circule constamment dans le sang à doses minimales, mais suffisamment actives pour régulariser la pression sanguine par son action vaso-dilatatrice. L'histidine semble pouvoir créer une carence si elle vient à manquer ; celle-ci se manifeste apparemment sous forme de troubles dans la genèse des globules sanguins et, d'autre part, par l'apparition d'ulcères gastro-duodénaux. Quant aux éléments métaux, tels que le fer, le cuivre, le manganèse, ils sont tous nécessaires à doses minimales pour assurer un fonctionnement physiologique normal de l'organisme. On pourrait ainsi, si on le voulait, donner une plus grande extension à la notion des vitamines.

Si cette conception paraît un peu disparate, cela tient au fait que la vitaminologie est en pleine évolution. Elle n'est valable qu'aujourd'hui et ce ne sera que lorsqu'on aura une vue d'ensemble plus complète sur ce sujet qu'on pourra mieux le délimiter. On fera alors peut-être rentrer, dans le groupe des vitamines, des corps qui, aujourd'hui, ne sont pas considérés comme tels.

La deuxième partie de notre définition dit : *agissant à doses en général minimales*. C'est un caractère, en effet, des vitamines d'agir à doses faibles. Il faut distinguer, ici, l'action physiologique de l'effet thérapeutique.

Physiologiquement, on connaît des vitamines qui agissent déjà à des doses si minimales qu'elles touchent presque à l'irréel. La vitamine H ou biotine influence déjà les végétaux à la concentration de 1 sur 400 millions. 0.4 milliardième de gramme de vitamine B₁ est suffisant pour influencer certains micro-organismes en cultures artificielles. Ces deux exemples montrent bien l'activité extraordinaire de ces substances. Il y a, en tout cas, une différence très accentuée entre les doses dites physiologiques et les doses thérapeutiques. Nous venons de constater l'influence extraordinaire de quantités quasi homéopathiques d'aneurine chez les végétaux. Thérapeutiquement, il faut par contre recourir à un volume infiniment plus grand, qui passe du milliardième au millième de gramme. Cela nous oblige d'admettre que, d'une part, le besoin en vitamines du corps humain ou animal est, sans comparaison, plus grand que celui du végétal. D'autre part, on a constaté qu'une partie de la vitamine ingérée n'est pas résorbée et, en tous cas, ce n'est qu'une fraction qui arrive à pouvoir participer au métabolisme intra-cellulaire. Ainsi s'explique la disproportion constatée entre les doses actives physiologiques et celles qui sont nécessaires pour obtenir une action thérapeutique.

La troisième partie de la définition proposée dit : *nécessaire pour maintenir un organisme vivant en équilibre*. Cet équilibre, c'est ce qu'on convient d'appeler banalement sa santé. Une rupture de cet équilibre peut se traduire de diverses manières. Dans le cas particulier on peut, *grosso modo*, distinguer trois causes :

- 1° un apport insuffisant qui donne lieu à l'hypovitaminose ;
- 2° l'absence totale d'apport qui conduit à l'avitaminose ; et
- 3° l'apport supérieur aux besoins naturels qui peut donner lieu à l'hypervitaminose.

Le cas le plus fréquent est l'hypovitaminose. On admet que l'hypovitaminose C est un des facteurs qui peut provoquer la carie dentaire, la gingivite, les saignements des gencives. Quant aux hypervitaminoses, elles se limitent à la vitamine D et, aujourd'hui, on est suffisamment renseigné sur la posologie, ce qui permet pratiquement d'éviter de tels accidents. Les cas d'hypervitaminose D étaient dus à une exagération de dosage et remontent à la période où cette question n'était pas encore au point.

Nous avons ainsi analysé un peu longuement cette définition des vitamines, mais cela nous a permis d'effleurer quelques questions intéressantes.

Nous avons déjà précédemment insisté sur la disproportion qui existe entre les doses d'entretien ou curatives et celles qui suffisent pour accomplir une réaction chimique intra-cellulaire. En dernière analyse, une vitamine ne peut agir qu'au sein du protoplasme, c'est-à-dire dans ce laboratoire extraordinaire qu'est la cellule végétale et animale. A dessein, j'ai cité la cellule de la plante avant celle de l'animal. C'est qu'en réalité, l'homme et l'animal sont tributaires du végétal pour leur approvisionnement en vitamines. Ceci constitue un fait d'une importance fondamentale. A part quelques rares exceptions, c'est la plante qui synthétise

elle-même presque toutes les vitamines. L'animal herbivore ne fait que les accumuler dans certains organes, surtout les glandes. A son tour, l'homme qui ne peut, lui aussi, pas synthétiser les vitamines est tributaire de la plante et de l'animal. Font exception la vitamine A, qui peut être produite à partir du carotène accumulé dans le foie, la vitamine D, qui est synthétisée à partir des stérols de la peau par irradiation solaire, peut-être la vitamine C que le veau pourrait (?) fabriquer ou, enfin, la vitamine K. Je ne crains pas d'affirmer que, sans végétal, l'homme et l'animal seraient condamnés à disparaître par carence en vitamines. On en arrive ainsi à se demander quelle est la fonction réelle des vitamines dans le végétal. La plante ne souffre ni de scorbut, ni de béribéri ou de pellagre. Tout comme pour beaucoup d'autres substances, le rôle joué par les vitamines dans la plante est en réalité totalement différent de celui que nous avons tendance à nous représenter. Il faut avouer ici que nous savons, en réalité, encore peu de choses sur la physiologie des vitamines. Par exemple, on ignore à peu près tout des fonctions intimes de l'acide ascorbique ou vitamine C et, malgré cela, cette vitamine s'est imposée comme médicament remarquable.

Comme les vitamines sont très répandues dans les végétaux, qu'on les trouve en taux élevés dans les organes en pleine croissance ou dans les tissus de réserve, il faut bien admettre qu'elles ont un rôle à jouer. Des recherches très importantes ont apporté un fait capital, parce qu'il a, d'un coup, modifié nos conceptions sur les vitamines. On a trouvé que, dans le végétal — et aussi chez l'animal —, certaines vitamines fonctionnent comme constituants de ferments. Alors qu'il y a une dizaine d'années les enzymes étaient encore toutes auréolées de mystère, aujourd'hui on sait que, pour quelques-unes, il faut une vitamine dans leur structure. La vitamine participe dans le système fermentaire en tant que constituant du co-ferment, c'est-à-dire comme adjuvant. On sait, par exemple, que la fermentation alcoolique se ralentit au fur et à mesure que la concentration en alcool et en glycérine augmente. Mais il y a 30 ans déjà qu'on avait constaté un fait curieux et qui, à l'époque, était resté inexplicable : si l'on ajoute un phosphate au liquide dont la fermentation diminue, on assiste à une reprise énergique. Le phosphate était donc un adjuvant ou, comme on l'a alors appelé, un co-ferment. Ce que devenait le phosphate, par quel phénomène il arrivait à revivifier, pour ainsi dire, une fermentation mourante, tout cela était resté inexplicable. Il a fallu l'entrée en lice des vitamines pour éclaircir cette action. On sait aujourd'hui qu'il existe des ferments constitués en réalité par deux constituants, l'apo-ferment et le co-ferment. Le ferment de la respiration alcoolique est la zymase ; son co-ferment la co-zymase. Or, ce qui est très intéressant, c'est qu'aujourd'hui on connaît exactement la constitution chimique de ce co-ferment : c'est un din cléotide contenant, dans sa molécule, du pentose, de l'adénine, de la nicotylamide et de l'acide diphosphorique. Par conséquent, ce phosphate, qu'on ajoutait à une fermentation au ralenti pour la réactiver, était nécessaire pour reconstituer le co-ferment. On constate également que la nicotylamide figure dans cette formule, cette nicotylamide qui n'est pas autre chose que la vitamine anti-pellagreuse ! Tout ceci pour illustrer la participation d'une vitamine

dans un système ferment. Mais l'exemple de la nicotylamide n'est pas isolé, et l'on connaît d'autres vitamines qui participent à de tels systèmes enzymatiques. L'aneurine ou vitamine B₁ est un constituant du co-ferment carboxylase qui joue un rôle très important dans les processus de décarboxylation, d'acétylation, de synthèse du glycogène, etc. La vitamine B₂ ou lactoflavine participe à titre de co-ferment à divers systèmes fermentaires, en particulier au ferment jaune de la respiration intracellulaire.

Ces exemples suffisent pour montrer le rôle que peuvent jouer certaines vitamines comme constituant de ferment. Certes, on ne sait pas, aujourd'hui, si toutes les vitamines ont une telle fonction. Il serait exagéré de penser qu'elles doivent toutes fonctionner à titre de constituant fermentaire. Ainsi, l'acide ascorbique ou vitamine C, grâce à ses propriétés oxydantes et réductrices très énergiques, doit, comme tel, prendre part aux processus chimiques intra-cellulaires, sans entrer dans la configuration d'un ferment.

Il faut reconnaître que ces constatations jettent un jour tout nouveau non seulement dans le domaine des ferments, mais aussi dans celui des vitamines. Nous avons déjà considéré les vitamines sous les angles facteur alimentaire et facteur thérapeutique. Nous pouvons y ajouter les vitamines facteur ferment. En dernière analyse, l'action des vitamines, au point de vue alimentaire et thérapeutique, peut être rapportée au facteur ferment pour celles qui participent à une réaction enzymatique. Car, le mode d'action réel de la vitamine, que ce soit au point de vue alimentaire ou thérapeutique, réside finalement dans son influence sur les réactions chimiques intimes de l'organisme. Cette constatation est d'une extrême importance et on ne saurait assez en mesurer sa portée.

Il est enfin un dernier point qui mérite de retenir notre attention : c'est l'action de la plupart des vitamines sur la croissance des organismes autant animaux que végétaux. Toute une série sont désignées comme facteur de croissance. C'est le cas des vitamines A, B₁, B₂, C, E. En effet, l'expérience montre qu'elles favorisent nettement la croissance des organismes vivants. C'est tout particulièrement le cas chez les enfants c'est-à-dire lorsque la possibilité d'un développement pondéral est présente. La vitamine B₁ se prête bien pour démontrer cette influence sur les végétaux. Si l'on arrose des plantes avec une solution à 1 milligramme pour 100 litres d'eau, on peut accélérer le développement de beaucoup de végétaux. Les doses très petites qui sont nécessaires confirment ce qui a été dit précédemment sur l'action physiologique des vitamines. Ces expériences sont non seulement importantes pour le pédiatre, mais ont une portée plus générale, spécialement pour l'agriculture. Les essais qui ont été faits ces dernières années permettent de supposer que la vitamine B₁ pourra peut-être un jour être utilisée pour obtenir des récoltes meilleures. Ce problème est à l'étude en Suisse, et il faut espérer qu'on pourra bientôt en tirer profit pour nos cultures de plantes alimentaires et médicinales.

H. GUYOT.

ANALYSES

Frederick ALLEN, New-York. **Theory and Therapy of Shock Varied Fluid Injections.** (Théorie et thérapie du choc.) *The American Journal of Surgery*, vol. 62, n° 1, (oct.) 1943.

RÉSUMÉ ET CONCLUSION

L'auteur a produit un type presque pur de choc chez le chien en créant l'asphyxie de la jambe et il a essayé les principales causes de choc par traumatisme, brûlure et hémorragie.

Le plasma s'est montré incapable d'empêcher la mort dans les cas sévères ; la solution salée a réussi partiellement. La restitution des protéines sanguines, même si elle est importante, n'en reste pas moins un facteur secondaire.

Contrairement à l'opinion générale, l'expérimentation a révélé que la mort n'est pas l'aboutissant nécessaire de tout état grave de choc.

Les injections d'eau salée produisent les effets suivants : correction de l'hyperconcentration sanguine et augmentation de la masse du sang. L'anoxémie est compensée. L'hypotension est remplacée par une élévation soutenue de la pression artérielle. L'excrétion urinaire reprend. Les symptômes généraux s'amendent.

On a employé des quantités considérables d'eau salée, allant parfois jusqu'à la moitié du poids de l'animal. Le chien se défend bien contre ces masses de liquide ; son poumon n'en souffre pas du tout mais les tissus traumatisés laissent échapper le liquide en excès sous forme d'œdème, ce qui est d'abord une soupape de sûreté et qui démontre bien l'augmentation de la perméabilité des capillaires au niveau de la plaie.

Cette tendance à l'œdème au niveau de la plaie prouve justement que la perméabilité vasculaire est augmentée dans les tissus traumatisés et qu'elle ne l'est pas dans tout le reste de l'organisme.

Qualitativement, rien n'a été trouvé supérieur à l'injection d'eau salée. L'échec de la solution de glucose à 5% montre bien que ce sont les électrolytes qui sauvent la situation. L'anion « chlorure » est essentiel et le sodium s'est révélé supérieur au potassium. La solution de Ranger est aussi bonne que la solution de chlorure de sodium, mais elle n'a pas pu éviter la congestion pulmonaire ni la chute de la tension artérielle.

Voici quelques considérations extraites des expériences que l'auteur a faites sur le chien :

a) L'homme étant beaucoup plus sujet à faire de l'œdème que le chien, il peut y avoir danger à administrer des doses excessives de soluté salé.

b) Quand une méthode a réussi à améliorer, même pour 24 heures, l'état mortel de choc, la clinique doit la retenir pour, à l'occasion, l'expérimenter.

c) Indiscutablement, il y a des états de choc qui sont mortels et même incurables dont le traitement serait en lui-même si excessif qu'il suffirait à produire la mort : mais il faut espérer que l'on trouvera le moyen de contrecarrer l'excès de chlorure.

d) Le choc n'est pas nécessairement arrêté par la prévention de l'hyper-concentration sanguine, mais bien plutôt quand on peut prévenir l'hémo-concentration par les injections de chlorure de sodium.

e) Il faut considérer le choc comme un désordre temporaire qui permet à la vie de subsister et même de reprendre après quelque temps. Conséquemment, le traitement doit être conservateur et le moins intempestif possible.

f) La quantité de soluté salé qui suffit à arrêter le choc et à limiter l'hémo-concentration est facilement tolérée par l'organisme.

g) La limite entre le choc fatal et l'œdème pulmonaire par excès de soluté salé comprend une zone considérable chez le chien, tandis que chez l'homme, c'est l'expérience clinique seule qui nous instruira de cette zone.

b) Le soluté salé offre l'immense avantage de se préparer rapidement et facilement.

i) En général, l'on peut dire que le choc est guéri par les mécanismes suivants : 1° l'apport de liquide remplace les exsudats dus à la perméabilité vasculaire ; 2° l'établissement d'un nouvel équilibre entre le sang et les tissus ; 3° le rôle physiologique spécifique du chlorure de sodium dans le relèvement de la pression artérielle et le réajustement des échanges entre le sang et les tissus. C'est cette dernière assertion qui paraît la plus évidente.

j) L'injection de soluté salé suffit habituellement à arrêter le choc. Mais la théorie toxique reprend ses droits dans certains cas où il faut ajouter la réfrigération de la « zone *chocquante* ». L'avenir apportera de nouvelles découvertes dans ce domaine de la toxicité grâce à l'expérimentation.

Dr Pierre JOBIN.

GOLDEN, Abner, M.D., DEXTER, Lewis, M.D., et WEISS, Soma, M.D., Boston. **Vascular Disease following Toxemia of Pregnancy (Preeclampsia and Eclampsia)**. (Maladie des vaisseaux consécutive à l'intoxication gravidique — prééclampsie et éclampsie.) *Archives of Internal Medicine*, vol. 72, n° 3, p. 301 ; (sept.) 1943.

Bien que les aspects étiologique et pathologique soient différents, il y a analogie clinique entre la toxémie gravidique et ses effets tardifs, et la glomérulonéphrite aiguë et ses séquelles.

Les auteurs considèrent que la toxémie de la grossesse est un désordre vasculaire aigu caractérisé par l'apparition, au cours de la seconde moitié de la grossesse, de :

- a) l'élévation anormale de la pression artérielle au-dessus du niveau où elle était avant la grossesse ; ou de l'albuminurie si elle n'existait pas antérieurement ; ou de l'augmentation de l'albuminurie si elle existait antérieurement ;
- b) d'œdème généralisé, suivant l'évolution ;
- c) lesquelles anomalies diminuent rapidement avant ou peu après la délivrance.

Le diagnostic est basé sur une augmentation significative de la pression artérielle et du taux de l'albuminurie au-dessus du niveau où elles étaient avant ou au cours de la première moitié de la grossesse. Pour des personnes au-dessous de 30 ans, une pression artérielle qui pendant la première moitié se maintient à 130/140 sur 85/90 doit faire prévoir de l'hypertension pour la seconde moitié.

Les facteurs qui influencent le développement d'une maladie vasculaire du *post partum* permanente sont la durée de l'hypertension et de l'albuminurie au cours de la grossesse et le degré de sévérité de l'intoxication.

L'hypertension artérielle et l'albuminurie peuvent disparaître quelques jours ou quelques semaines après l'accouchement, soit définitivement, soit pour reparaître au bout de quelques semaines ou de quelques mois ; mais, dans la majorité des cas, elles persistent et, alors, l'affection progresse rapidement. Un de ces deux symptômes peut exister isolément ; lorsqu'ils existent tous les deux, l'un des deux est prédominant, ce qui permet de prévoir le mode de terminaison, par de l'insuffisance rénale dans le cas de l'albuminurie, par de l'insuffisance cardiaque ou par un accident cérébral dans le cas de l'hypertension artérielle. Il est utile d'examiner la rétine et rechercher un spasme, de l'œdème de la papille, un décollement rétinien, des hémorragies ou des exsudats ; les auteurs n'ont jamais vu de rétinite albuminurique typique.

Conclusions :

1° 2% des femmes enceintes font de l'hypertension ; 6 à 9% d'entre elles font de la toxémie gravidique, et 25% de ces dernières conservent un trouble vasculaire permanent ;

2° Les lésions et l'évolution sont celles de la glomérulonéphrite aiguë, puis chronique, mais il n'y a pas d'infection, ni d'érythrocytes dans l'urine ;

3° C'est la seule forme d'hypertension permanente qu'il soit possible de prévenir, en interrompant la grossesse lorsqu'un traitement conservateur s'est montré inefficace au bout de 3 à 4 semaines ;

4° L'évolution n'est pas différente de celle de l'hypertension en général, sauf que la progression est fréquemment rapide ; la mort survient par accident cérébral, insuffisance rénale ou cardiaque.

Guy DROUIN.

M. S. BISKIND. **Nutritional Deficiency in the Etiology of Menorrhagia, Metrorrhagia, Cystic Mastitis and Premenstrual Tension ; Treatment with Vitamin B Complex.** (Les troubles de carence dans l'étiologie de la ménorrhagie, de la métrorrhagie, de la mastite kystique et de la tension prémenstruelle ; leur traitement par le complexe B.) *Journ. of Clin. Endocrinology*, vol. 3, n° 4, p. 227 ; (avril) 1943.

Des expériences ont démontré que les désordres menstruels tels que ménorrhagie, métrorrhagie, la mastite kystique, et la tension prémenstruelle sont souvent causés par un excès d'œstrogènes dans le sang. D'autre part, il fut aussi démontré que le foie, qui doit normalement inhiber les substances œstrogéniques en excès dans l'organisme, ne peut remplir cette fonction lorsqu'il y a avitaminose ou hypovitaminose B.

Pour prouver la véracité de cette corrélation entre la déficience en vitamine B et les troubles menstruels dus à un excès d'œstrogènes, les auteurs ont recherché si les patientes qui présentent des signes de déficience en vitamine B présentent habituellement les désordres menstruels ci-haut nommés ; inversement, ils ont recherché si les patientes qui se plaignent de désordres menstruels offrent en même temps des signes cliniques de déficience nutritive, par manque de vitamine B.

Chez une série de malades souffrant de troubles menstruels variés, de mastite, de tension prémenstruelle, les auteurs ont constaté des indices appréciables de déficience en vitamines B, se présentant sous forme de glossite, d'ulcération des lèvres, de stomatite, de névralgies et myalgies diverses. L'étude du régime alimentaire de ces patientes indiquait un apport insuffisant en complexe B.

Il faut rapprocher de ces faits les constatations déjà faites, à savoir : qu'au cours de la cirrhose du foie, alors que la nutrition est fortement déficitaire, on observe des troubles menstruels, avec excès de folliculine dans le sang. A la suite d'un accouchement, une femme présente souvent des désordres menstruels variés qui traduisent l'insuffisance nutritive et plus spécialement la déficience en vitamine B. Dans tous ces cas, ou bien le foie est primitivement insuffisant ou bien il ne peut remplir son

rôle normal d'inhibition des excès d'œstrogènes, à cause d'un manque de vitamine B que requiert le foie pour remplir efficacement ce rôle d'inactivation des œstrogènes.

Sous l'effet de l'administration de complexe B, comprenant particulièrement la thiamine, la riboflavine, la niacine, on voit disparaître rapidement les troubles menstruels en même temps que disparaissent les lésions dues à l'avitaminose B. Les doses de vitamine B doivent être suffisamment fortes ; la voie buccale peut, habituellement, être employée, à moins que des troubles digestifs existants risquent de compromettre l'absorption de la vitamine B.

Antonio MARTEL.

COOK, E. N., M.D., M.S. **Causes and Treatment of Symptoms Recurring after Transurethral Prostatectomy.** (Causes et traitements des symptômes consécutifs à la prostatectomie transurétrale.) *Proc. of the Mayo Clinic*, vol. 18, n° 10, (19 mai) 1943.

Peu d'opérés par la prostatectomie trans-urétrale présentent des troubles à la suite de l'intervention et, le plus souvent, ce sont des symptômes minimes que le médecin consulté pourra faire disparaître par de bons conseils.

L'auteur énumère les causes et le traitement des symptômes que peuvent présenter les prostatectomisés par voie trans-urétrale.

1° *Rétrécissement du jet d'urine :*

Ce symptôme peut être causé soit parce que l'on n'a pas assez enlevé de tissu soit que l'urètre ait été blessé au moment de l'intervention, soit que le rétrécissement existait avant l'opération. Une dilatation préopératoire de l'urètre préviendra ce rétrécissement. Ce symptôme disparaîtra après le passage d'une sonde.

2° *Saignement :*

Après 14 jours, tout danger d'hémorragie est passé et si un saignement se produit après ce temps, ce ne sera pas sérieux. Une fois le patient revenu chez lui, il pourra se faire un léger saignement qu'un lavage vésical, ou que la sonde à demeure pour 24 ou 48 heures, tarira.

Une hémorragie pourra se produire parce que l'on n'a pas enlevé suffisamment de tissu et si elle se répète la cystoscopie est indiquée. L'administration de bleu de méthylène à la dose de 1 grain 3 fois par jour, contrôlera les saignements légers. Ce médicament a un très léger effet hémostatique mais il cache le sang ce qui est tout pour un patient anxieux.

3° *Incontinence :*

Heureusement l'incontinence est une complication rare et, à la suite d'une résection pour une hypertrophie bénigne, elle est due à une faute de technique. Les fibres du sphincter sont arrachées, dans ce cas l'incontinence disparaît et on doit demander au malade de faire des exercices

des muscles du périnée par des contractions volontaires. Si l'incontinence survient à la suite d'une résection pour tumeur maligne, elle sera due alors à une propagation de la tumeur au sphincter avec destruction de ce sphincter. On devra conseiller au patient une pince pénienne qui après un certain temps sera bien tolérée.

4° Résidu vésical :

L'ablation insuffisante de tissu est généralement la cause de ce résidu vésical. L'infection persiste et le patient présente les mêmes symptômes qu'auparavant. Un diverticule ou une atonie vésicale peut aussi en être la cause ; si on a enlevé suffisamment de tissu, les cathétérismes, au besoin, permettront la disparition de ce résidu et feront disparaître cette atonicité vésicale. Ces patients sont les plus difficiles à traiter.

5° Dysurie :

Sous ce terme l'auteur comprend les brûlures à la miction, les mictions fréquentes, la miction nocturne, douleur à la miction et les douleurs périnéales.

La cause de cette dysurie est l'infection. On la combattra par des lavages vésicaux et la chimiothérapie buccale. On ne peut s'attendre à voir disparaître cette infection que 4 à 6 semaines après l'intervention. Les sulfamidés ne seront donnés qu'à petites doses jamais plus que 45 grains (3 grammes) par jour pour une semaine.

L'ablation insuffisante de tissu est encore la cause de l'irritation de l'urètre postérieure. Si les lavages vésicaux, les instillations urétrales et la chimiothérapie n'améliorent pas le malade, la cystoscopie est indiquée et elle montrera souvent un débris de tissu laissé dans la vessie et dont l'extraction assurera la guérison.

Les mictions fréquentes et la nycturie seront souvent en rapport avec la quantité de liquides absorbés. On devra conseiller de boire 8 verres de liquide par jour et de les boire surtout avant 4 heures de l'après-midi. De plus, on a remarqué que les gens âgés sécrétaient plus d'urine la nuit que le jour : le repos au lit favoriserait la circulation sanguine au niveau du rein.

La douleur périnéale, si elle est marquée, sera améliorée par la roentgénéthérapie périnéale.

On ne fera pas de massages de la prostate avant 6 ou 8 semaines après l'opération. L'auteur dit qu'ils sont rarement indiqués.

6° Perturbation sexuelle :

Habituellement il ne se fait aucun changement dans le *libido* ou la puissance. Le symptôme le plus fréquent sera une difficulté à l'éjaculation. Ceci est dû à des facteurs anatomiques. Le col vésical est ouvert lors de l'intervention et au moment de l'éjaculation le sperme prend le chemin le plus facile et passe dans la vessie plutôt que dans l'urètre. Quelques explications rassureront les malades se plaignant de ce trouble.

7° Complications :

Épididymite : cette complication apparaîtra rarement si on conseille au patient de ne pas laisser sa vessie se distendre, et de ne pas faire aucun travail avant 3 ou 4 semaines après l'opération. Le port d'un

suspensoir, le repos, les bains de siège chauds, et la chimiothérapie guériront facilement ces malades. Si un abcès se forme, il faudra ouvrir et drainer.

L'abcès de la prostate est rare.

La phlébite d'un membre inférieur peut survenir et sera traitée comme à l'ordinaire : repos, élévation du membre, application de pansements chauds.

Le repos fera disparaître les maux de tête consécutifs à la ponction lombaire.

L'auteur conclut que l'encouragement, la chimiothérapie, les sondes et les lavages sont les armes de l'arsenal thérapeutique et que s'ils sont employés à bon escient, ils guériront les malades souffrant des troubles consécutifs à la prostatectomie trans-urétrale.

Arthur BÉDARD.

Wilder PENFIELD, Montréal. **La mission chirurgicale anglo-canado-américaine en Russie soviétique.** *The C. M. A. J.*, vol. 49, n° 6, p. 455 ; (déc.) 1943.

La mission chirurgicale, invitée par les autorités soviétiques, est demeurée trois semaines à Moscou et son voisinage.

Durant deux années de guerre, les blessés des armées russe sont atteint le chiffre effarant de six millions, et 70% de ces blessés ont pu retourner au front.

La chirurgie de guerre soviétique est bien organisée, efficace, moderne. L'éducation médicale soviétique est de même établie sur une base sûre et solide.

LIGNE DE FRONT ET HOPITAUX

La mission chirurgicale a passé deux jours dans les hôpitaux de la ligne de Vyasma sur le front occidental. Elle y fut reçue par les deux chirurgiens en chef de ce front le colonel S. J. Banoytis et le colonel Vorshavsky.

Le front occidental est actuellement considéré comme le front important des armées russes. Il existe d'autres fronts tel celui du Caucase, celui de Voronezh, celui de Leningrad, celui d'Archangel, etc.

Tous ces fronts ont leur organisation médicale distincte sous la direction générale du Lt-général V. J. Smirnov, qui est le chef de la médecine militaire de l'armée rouge. Son département fait partie du Commissariat de la défense dont le maréchal Staline est lui-même commissaire.

Une autre série d'hôpitaux, situés à Moscou et plus à l'est, sont intimement liés aux hôpitaux militaires, et sont sous la juridiction du commissaire de la Santé publique Miterev.

Le chirurgien en chef des armées Rouges est l'académicien Lt-général Burdenko.

Il dirige l'activité professionnelle. Chaque front a son chirurgien consultant. Le colonel Banoytis est son représentant sur le front occidental.

Les blessés sont amenés d'abord au poste régimentaire, puis à un des hôpitaux mobiles qu'on appelle bataillons médicaux sanitaires où encore hôpitaux de triage et d'évacuation. Ces hôpitaux sont situés à 6 à 8 km. en arrière du front. On peut y opérer n'importe quel cas. Des unités chirurgicales mobiles (C. C. S) peuvent y être envoyées au besoin. A 30 km. du front on retrouve les hôpitaux spécialisées. Ceux-ci sont mobiles. De ces hôpitaux les uns ne s'occupent que de la hanche, d'autres de la cuisse, d'autres du genou, de la chirurgie thoraco-abdominale, facio-maxillaire, de la névro-chirurgie, du choc, des yeux, des oreilles, du nez et de la gorge, des voies urinaires, des maladies médicales. Tous ces hôpitaux sont adroitement camouflés. On n'utilise plus la croix rouge : on sait trop le cas qu'en a fait l'ennemi durant la première année de la guerre.

Ces hôpitaux sont montés sous tentes ou dans des huttes. Le personnel de l'hôpital lui-même établit son poste complètement.

Le grand hôpital d'évacuation que nous avons visité (2,000 à 4,000 lits), avait été monté par un personnel recruté à Moscou et consistant en 70 médecins, 200 infirmières et 530 autres rangs.

Certaines de ces huttes longues de 42 m. peuvent accommoder deux cents blessés.

Tout blessé hospitalisé doit d'abord passer par la salle de nettoyage. Il y est déshabillé, lavé ; les cheveux sont coupés ; puis il est couvert de vêtements propres avant d'être admis comme patient.

Le choc est traité par la transfusion sanguine ou la méthode de Stern, c'est-à-dire injection de phosphate de potassium dans la grande citerne.

Les blessures ouvertes sont suturées habituellement 12 jours après l'accident. 85% de ces blessures ont guéri par première intention.

Les Russes n'emploient ni onguents ni antiseptiques en guise de préparation à la suture. La flore microbienne est recherchée et la présence de streptocoques indique des lavages fréquents de la plaie dont la ferméture est remise à plus tard. Les irrigations se font au sulfate de magnésium à 20% ou au chlorure de sodium à 10%. Les tissus contus sont excisés ; la plaie est saupoudrée de streptocide.

Les hôpitaux pour « petits blessés », servent à décongestionner les grands hôpitaux. Ces hôpitaux reçoivent leurs blessés directement du front. Ils reçoivent encore des convalescents des autres hôpitaux. Ces hôpitaux sont bien équipés en physiothérapie et en hydrothérapie. Chaque jour ces patients font 55 minutes d'exercice physique.

NÉVRO-CHIRURGIE

Cette spécialité a été très développée en Russie soviétique. Elle a à sa disposition 7,000 lits dont 3,200 sur le front. Tous ces lits sont sous la direction des élèves de l'École de névro-chirurgie créée par le Lt-général Burdenko. Les plaies du crâne sont traitées suivant la méthode ouverte :

la blessure est agrandie sous anesthésie locale et le cerveau proprement nettoyé à grande eau. La blessure reste ouverte et on y applique des sulfamidés soit en poudre, soit en suspension. On en donne aussi par la voie buccale ou la voie intra-veineuse. Opération secondaire : même si la blessure est infectée, on enlève les corps étrangers en ayant bien soin de ne pas dépasser la ligne de démarcation.

SANG ET SUBSTITUTS SANGUINS

Le travail de l'Institut central d'hématologie de Moscou dans ce champ est remarquable. Il est dirigé par le Pr Bagdasarov, assisté des académiciens Spassokukotsky et Bagomoletz. Il existe 79 succursales de cet institut en Russie et 500 centres de collection.

Le sang recueilli est conservé dans une solution de citrate de soude à 5% et de glucose à 25%. A l'Institut même, il est utilisable pendant 15 à 17 jours. Il est transporté au front par avion dans des contenants spéciaux qui peuvent lui permettre de supporter une température de 40 degrés sous zéro pendant 6 heures. Au front il est conservé au froid.

Quand aux substituts sanguins le sérum est employé plus souvent que le plasma : on croit qu'il est plus facile à manier. On emploie le sérum sec ou liquide.

Le sérum transfusine est une solution isotonique et isionique de sérum à 20% avec la solution de Ringer modifiée. Comme solution intra-veineuse post-traumatique au poste opératoire on utilise un mélange d'alcool de chlorure de sodium et de potassium de chlorure de magnésium en solution glucosée.

L'infusine colloïde est préparée avec la caséine du lait dont on a enlevé le lactogène. Il constitue un excellent plasma contenant 2 à 4% de caséine. On a pu en donner jusqu'à 800 c.c. sans réaction.

Toutes ces solutions sont minutieusement testées avant d'être envoyées au front.

Technique de la collecte sanguine : tous les jours 5 à 600 donneurs passent à l'Institut central. 97% sont des femmes. Dans chaque cas le nom du donneur est placé sur la bouteille qui part pour le front. Il en résulte souvent des correspondances amicales entre le donneur et le receveur. Le donneur reçoit un certain montant pour le sang qu'il fournit (550 c.c), mais 85% de ces donneurs refusent cet argent. On leur donne un bon repas, ce qui n'est pas sans importance. La collecte sanguine se fait avec un ensemble de précautions contre toute contamination possible. Les manipulateurs sont spécialement habillés et masqués et on examine périodiquement leurs sécrétions naso-pharyngées.

On emploie encore le sang de cadavre à l'Institut central de traumatologie de Moscou que dirige le Pr Yudin. Cette méthode permet d'obtenir 3 litres de sang par cadavre. Cette technique est longue et ne s'est pas répandue. Le sang de cadavre n'a pas remplacé le sang de donneur vivant.

DIVERS

Le Dr Lauria, de l'hôpital Botkin, de Moscou, estime que l'ulcère d'estomac dans l'armée soviétique a atteint la proportion de 17 à 18%, et,

à l'Institut central de Traumatologie, on a remarqué aussi que l'ulcère d'estomac avait augmenté, surtout chez les femmes. On en attribue le fait aux inquiétudes de la guerre.

Le sérum antiréticulaire cytotoxique de Bogomoletz a été utilisé dans le traitement de l'ulcère d'estomac. Ce sérum, en injection, accélère la formation du cal dans les fractures et la guérison des blessures.

Le Pr Friedland, de l'hôpital Botkin, insiste sur l'importance qu'il y a à accélérer la circulation des muscles avoisinant la fracture. Il prescrit la diathermie dès les 10 à 12 premiers jours dans les fractures composées. Il commence le massage dès le 15^e jour. Il est un enthousiaste des injections d'alcool-novocaïne dans les tissus autour de la fracture. Ce procédé, d'après lui, produit une sympathectomie périartérielle qui réchauffe les extrémités. Il enlève la douleur et le spasme et dilate les vaisseaux pour 15 jours. Ce procédé, à son avis, doit être utilisé dans les deux premières semaines. La chirurgie plastique du Pr Fromkin, consultant des voies génito-urinaires de l'armée Rouge, est excessivement développée.

Le transport des blessés varie avec les conditions locales. On se sert du brancard ou de larges bandes de canevas qui peuvent être traînés sur le sol. En hiver on remplit ce canevas d'eau qui gèle et forme un genre d'embarcation qu'on peut traîner sur la neige. On se sert aussi de traîneau. Ici encore, les femmes jouent un grand rôle dans l'évacuation des blessés. A l'arrière, ceux-ci sont transportés par des voitures automobiles, des voitures traînées par des chevaux, des avions ou des trains. Tout cela dépend des conditions locales.

Les statistiques actuelles montrent que 21% des blessés sont passés ou opérés en dedans de 24 heures, 50% en dedans de 48 heures et 19% en dedans de 72 heures.

Le triage se fait très rapidement. Les blessures dont le traitement ne comporte pas une intervention immédiate sont évacuées vers les hôpitaux pour « petits blessés » : ceci contribue à décongestionner les grands hôpitaux. Le blessé finit par arriver à un hôpital hautement spécialisé qui lui procure les soins nécessaires.

TRAITEMENT DES BLESSURES

Voici en général la façon dont on traite les blessures dans l'armée Rouge : les antiseptiques puissants ne sont pas utilisés, à part l'iode que l'on n'emploie que sur la peau. On est très enthousiaste des sulfamidés que l'on utilise par voies buccale et intra-veineuse et en applications locales. Les soldats n'en portent pas sur eux. Le général Giergolov estime qu'on ne peut faire le débridement des plaies sur le champ de bataille. La technique utilisée aussitôt que le blessé est évacué consiste en : excision des tissus contus, application locale de sulfamidés. Les blessures étendues des tissus mous sont immobilisées au moyen d'un plâtre ou d'attelles. Pas de suture immédiate et le plâtre ne doit pas être appliqué avant trois jours. Si aucune complication ne survient, on pratique une suture secondaire tardive. Si l'infection survient, on enlève les tissus infectés mais on ne ferme pas la plaie. On place très souvent des

greffes sur les tissus bourgeonnants. Toute cicatrice importante est enlevée. Le traitement des engelures a été étudié spécialement par le Lt-général Giergolev et quelques-uns de ces élèves, depuis 1934. Pour eux il n'y a aucun intérêt au réchauffement lent des parties gelées. La nécrose ne dépend que de l'action prolongée du froid. Ils ont réchauffé rapidement des animaux gelés et les effets tant généraux que locaux ont été excellents.

Voici leur conduite dans les engelures : réchauffer rapidement le patient et les extrémités gelées. Au bout de 5 ou 6 jours, faire une incision longitudinale en pleine tissu nécrotique en dessous de la ligne de démarcation. Cette nécrotomie permet à l'œdème de s'échapper et favorise la momification. Si l'os est atteint, on empute en plein tissu nécrotique entre le 6^e et 10^e jour, prenant bien soin de laisser au moignon quelques millimètres de tissu nécrotique. Ces opérations favoriseraient la formation d'une escharre sèche et rendraient possible une amputation précoce.

En somme, la chirurgie de guerre a fait peu de progrès notables, mais ceux qu'elle a faits sont très importants. Si on les prend à tour de rôle, on constate que les Russes n'en n'ont pas oublié un seul.

1° Les sulfamidés : Les Russes les ont utilisés différemment, mais avec autant d'enthousiasme que les autres peuples.

2° Les chirurgiens Russes ont la même conduite que nous dans le traitement radical des blessures. Ils vont même plus loin en excisant les tissus des blessures infectées.

3° Ils ont la meilleure organisation au monde, de sang et de ses substituts, pour le traitement des hémorragies et du choc.

4° Ils ont développé des spécialistes en chirurgie. Il faut admettre cependant que ces spécialistes ignorent les raffinements de technique, mais, grâce à un triage de choix, ces spécialistes peuvent prendre charge très tôt des blessés sur la ligne de front.

5° Les Allemands ont, dès les premières années de la guerre, évacué leurs blessés par avion. Les Russes ont développé ce mode de transport jusqu'à cueillir leurs blessés en territoire occupé pour les transporter dans les hôpitaux en passant par dessus les lignes ennemies.

6° Ils ont amélioré le traitement des névroses ; la psychonévrose est rare en pays soviétique parce qu'on n'y manque pas de l'antidote spécifique, c'est-à-dire le bon moral.

Il ne faut pas croire que les chirurgiens de la Russie soviétique dépassent tous les chirurgiens des autres pays. Ils apportent cependant leur propre contribution et elle est importante. Comme les autres nations, ils ont de mauvais chirurgiens, mais ils en ont aussi de très bons. Certaines de leurs techniques sont franchement inférieures aux nôtres, d'autres leur sont supérieures.

Il y a tout à gagner d'un échange d'information médicale avec la Russie au point de vue scientifique, beaucoup plus au point de vue compréhension générale et bonne relation future. Les Russes désirent une meilleure connaissance de leurs alliés et une meilleure amitié avec eux.

Sylvio LEBLOND.

- R. J. BURKHART et Hamilton MONTGOMERY. **Tissue Eosinophilia : Its Significance in Various Dermatoses.** (Essai d'interprétation de l'éosinophilie tissulaire dans diverses dermatoses.) *Proceedings of the Staff Meetings — Mayo Clinic*, vol. 19, n° 2 (26 janv.) 1944.

L'éosinophilie, rencontrée dans les tissus comme dans le sang, est d'observation fréquente en dermatologie.

Les éosinophiles peuvent prendre naissance dans la moelle osseuse, dans le derme, dans le muscle ou dans la cavité péritonéale. La nature exacte des granulations éosinophiliques est encore discutée.

Les éosinophiles ont des fonctions bien définies, ayant des propriétés phagocytaires et participant au processus de l'allergie.

Les auteurs ont étudié l'éosinophilie tissulaire et sanguine de même qu'ils ont établi le bilan allergique d'un certain nombre de patients souffrant de dermatoses diverses : névro-dermite, *atopic dermatitis*, pemphigus végétaux et dermatite herpétiforme.

Cette étude les amène aux conclusions suivantes : dans les cas étudiés il n'y eut pas de rapport ou de relation entre le pourcentage des éosinophiles du sang et ceux des tissus, ni de relation entre l'éosinophilie et l'entité morbide considérée.

L'éosinophilie peut apparaître aussi bien dans les tissus que dans le sang.

La présence d'éosinophiles dans le sang ou les tissus n'indique pas nécessairement une réaction allergique.

L'éosinophilie peut avoir une certaine valeur diagnostique dans certaines dermatoses ou son absence, dans les mêmes conditions, peut favoriser un diagnostic.

Il y a encore beaucoup à apprendre sur la fonction exacte et la signification de l'éosinophilie tissulaire ou du sang.

Émile GAUMOND.

- Leo LÖWE, M.D., Philip ROSENBLATT, M.D., Harry J. GREENE, M.D., et Mortimer RUSSELL, de Brooklyn. **Combined Penicillin and Heparin Therapy of Subacute Bacterial Endocarditis.** (L'usage combiné de la pénicilline et de l'héparine dans le traitement de l'endocardite bactérienne subaiguë.) *The J. A. M. A.*, vol. 124, n° 3, p. 144 ; (15 janvier) 1944.

Au point de vue expérimental, l'emploi d'un agent chimique et d'un anticoagulant réussissent à faire disparaître des végétations de l'endocardite bactérienne thrombosante ; l'application clinique de ce principe a été désappointante, même avec la pénicilline, suivant les essais qui ont été faits avant aujourd'hui.

Les auteurs rapportent 7 cas guéris après usage de pénicilline combiné à l'héparine. Dans 6 cas, l'affection s'était greffée sur une valvulite chronique d'origine rhumatismale, et dans 1 cas, sur une affection congénitale du cœur. Dans 5 cas, le streptocoque *viridans* était en cause, dans un cas le streptocoque hémolytique, dans un cas le pneumocoque type 27.

Dans chaque cas, on testait la sensibilité du microbe en cause vis-à-vis de la pénicilline ; il était inhibé dans une solution de pénicilline diluée de 0.007 à 0.01 unité Florey par c.c.

La dose quotidienne de pénicilline a varié de 40,000 à 200,000 unités Florey, et la dose totale de 867,920 à 7,890,340 unités Florey. La dose d'héparine a été approximativement de 300 mgms. aux 2 jours par voie sous-cutanée ou de 200 mgms. par jour par voie intra-veineuse ; cette dose a été contrôlée en mesurant le temps de coagulation sanguine par la méthode de Howell modifiée par Lee-White ; une lecture de 30 à 60 minutes était considérée comme démontrant une activité anticoagulante suffisante. Cette méthode s'est révélée avoir des effets peu toxiques et donner des résultats immédiats heureux.

Dans les 7 cas le sang a été stérilisé et les manifestations cliniques guéries. Dans 1 cas la pénicilline n'a pas été administrée que par voie intra-veineuse, mais une certaine quantité a été injectée dans les muscles. Dans tous les cas le traitement a été bien toléré. Il est possible que, dans certains cas, l'usage antérieur de sulfamidés ait aidé à l'action de la pénicilline. Après stérilisation du sang, l'ablation de foyers infectieux dentaires et du naso-pharynx a été pratiquée avant cessation de l'administration de la pénicilline et de l'héparine.

Guy DROUIN.

CHRONIQUE, VARIÉTÉS ET NOUVELLES

CONCOURS D'AGRÉGATION

Guidé par les besoins de l'enseignement à la Faculté de Médecine, le Conseil universitaire a, depuis deux ans bientôt, adopté les règlements du concours de l'agrégation.

Le Comité permanent, composé du doyen, du secrétaire, du sous-secrétaire et de trois professeurs titulaires, nomme dans chaque cas un jury constitué de 5 membres spécialisés.

Les épreuves du concours sont au nombre de quatre :

- 1° des titres et des travaux scientifiques ;
- 2° une thèse ;
- 3° un cours pratique ; et,
- 4° un cours théorique.

Peut être candidat, tout médecin qui a fait un stage d'au moins 5 ans comme assistant ou comme chargé de cours à l'une des chaires d'enseignement de la Faculté de Médecine de l'Université Laval (ou l'équivalence dans une autre faculté de médecine).

La *thèse* doit contenir une partie originale : méthode d'exploration, technique nouvelle, recherches personnelles. Elle ne doit pas être un simple état de question ou une revue bibliographique.

Le *cours pratique* comprend une leçon clinique faite d'après un malade nouveau, ou des démonstrations pratiques dans un laboratoire.

Le *cours théorique* porte sur une des questions fournies par le jury et que le candidat tire au sort. Le candidat a 24 heures pour se préparer et il présente une leçon de 45 minutes devant le jury et le public.

Voici les notes attribuées pour chacune des matières :

Thèse :	}	fond.....	30	}	40
		forme.....	10		
Titres et travaux.....		50		=	50
Cours pratiques :	}	fond.....	30	}	50
		forme.....	20		
Cours théoriques :	}	fond.....	50	}	100
		forme.....	50		
					240

Le minimum requis est 160 pour l'admissibilité. C'est le Conseil universitaire qui nomme les professeurs agrégés parmi les candidats qui ont subi ces épreuves avec succès.

Le Conseil de la Faculté, à sa séance du 25 avril dernier, a nommé au Comité permanent les trois professeurs suivants : MM. Émile Fortier, Louis Berger et Paul Painchaud.

AVIS

La Faculté de Médecine a décidé l'ouverture d'un concours d'agrégation, le premier à être organisé d'après les nouveaux règlements approuvés par le Conseil universitaire le 8 juin 1942.

Les candidats éventuels à ce concours sont priés de consulter les règlements à l'*Annuaire de la Faculté* (page 143). Conformément à ces règlements l'inscription se terminera le 15 juin prochain.

Le secrétaire de la Faculté,

A.-R. POTVIN.

Québec, le 15 mai 1944.

Voici la liste des postes ouverts à l'agrégation :

Médecine.....	1 poste
Pédiatrie.....	1 »
Oto-rhino-laryngologie.....	2 postes
Ophtalmologie.....	1 poste
Neuro-psychiatrie.....	2 postes
Chirurgie.....	2 »
Anatomie-pathologique.....	1 poste
Bactériologie.....	1 »
Physiologie.....	1 »
Biochimie.....	1 »
Chimie organique (Fac. de Méd.).....	1 »
Médecine légale.....	1 »

VISITEURS A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

M. le Dr André Dreyfus, doyen de la Faculté de Biologie de São Paulo, Brésil, spécialiste en génétique, est venu, au cours du mois d'avril, donner une conférence au personnel enseignant et étudiant de la Faculté de Médecine. Présenté par M. le Dr Berger, il a relaté l'évolution de l'université de São Paulo.

M. le Dr Jules Abadie, professeur agrégé de Montpellier, France, chirurgien d'Oran, Algérie, ancien commissaire de la Santé et de l'Instruction publique dans le gouvernement français d'Alger, est passé à Laval où il a été reçu par M. le Dr C. Vézina, doyen de la Faculté de Médecine. Il est présentement en voyage d'investigation en vue de l'organisation de l'hygiène, de la médecine sociale et préventive en France.

ENDOCRINOLOGIE

La Faculté de Médecine vient d'organiser un cours d'initiation à l'endocrinologie sexuelle, en remplacement du cours de gynécologie médicale et elle en a confié la charge au Dr Antonio Martel, assistant dans le Service de médecine de l'Hôpital du Saint-Sacrement.

Pierre JOBIN.

PROGRAMME DU XVIII^e CONGRÈS
DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE
DE L'AMÉRIQUE DU NORD

SEPTEMBRE 1944

Section d'Hygiène

A)

SÉANCE CONJOINTE
DE LA SOCIÉTÉ D'HYGIÈNE ET DE LA SOCIÉTÉ DE PHTISIOLOGIE DE QUÉBEC,
A L'HOPITAL LAVAL.

B)

SÉANCE DE NUTRITION ET DE VÉNÉRÉOLOGIE

NUTRITION

Mardi, le 5 septembre, à 9 h. 30 du matin :

1. — *Effets de certains procédés de conservation sur la valeur nutritive des aliments . . .*
par M. Elphège Bois, docteur ès sciences,
directeur du département de biochimie à la Faculté des sciences
de l'Université Laval.
2. — *Technique de l'enseignement de l'hygiène alimentaire . . .*
par M. le Dr Jules GILBERT, M.D. D.P.H.,
directeur de la division de l'enseignement de l'hygiène au ministère de la Santé
et du Bien-Être social.
3. — *Survie et croissance d'un groupe d'enfants jumeaux nourris aux laits
évaporés non sucrés . . .*
par M. le Dr J.-Ernest SYLVESTRE, M.D., D.P.H.,
directeur de la division de la Nutrition au ministère de la Santé
et du Bien-Être social.

VÉNÉRÉOLOGIE

Mercredi, le 6 septembre, à 9 h. 30 du matin :

4. — *Le rôle du médecin dans la lutte antivénérienne . . .*
par M. le Dr Jules ARCHAMBAULT,
directeur à la division des Maladies vénériennes
au ministère de la Santé et du Bien-Être social,
sérologiste en chef au ministère de la Santé.

5. — *Réflexions sur l'épidémiologie des maladies vénériennes dans la province de Québec . . .*

par M. le Dr David BEAULIEU,
épidémiologiste à la division des Maladies vénériennes
au ministère de la Santé et du Bien-Être social.

6. — *Évolution de la lutte aux maladies vénériennes dans la ville de Québec (communication conjointe) . . .*

par Mlle Marguerite HÉBERT,
assistante sociale au ministère de la Santé et du Bien-Être social,
et M. le Dr Émile GAUMOND, professeur à l'Université Laval,
et dermatosyphiligraphie des hôpitaux de l'Hôtel-Dieu et du Saint-Sacrement.

C)

SÉANCE GÉNÉRALE

Jeudi, le 7 septembre, à 9 h. 30 du matin :

1. — *Hémorragie du nourrisson . . .*

par M. le Dr J.-Paul BEAUDET,
médecin hygiéniste de l'Unité sanitaire des Trois-Rivières.

2. — *Corrélation des données de la mortalité infantile à la natalité . . .*

par M. le Dr Paul PARROT,
démographe au ministère de la Santé et du Bien-Être social
de la province de Québec.

3. — *Hygiène scolaire à Montréal . . .*

par M. le Dr J.-N. LAPORTE,
directeur-adjoint du Service de santé et surintendant
de la division de l'hygiène de l'enfance du Service de santé de la ville de Montréal.

4. — *Une épidémie de « Salmonella Ærtrycke » en 1944 (communication conjointe) . . .*

par M. le Dr A.-R. FOLEY, épidémiologiste en chef
au ministère de la Santé et du Bien-Être social de la province de Québec,

M. le Dr Roland BOURASSA,
médecin hygiéniste de l'Unité sanitaire de Rimouski,
et M. J.-Marc DESRANLEAU, chimiste au Laboratoire provincial.

5. — *Le sens de la sécurité, facteur psychologique de grande importance dans un Service d'Hygiène publique . . .*

par Mlle Brigitte LALIBERTÉ, infirmière en chef
de groupe à la section d'Hygiène mentale du Service de Santé de Montréal,
et boursière de la ville de Montréal,
à l'Université Columbia de New-York (Teachers' College).

(Le titre de cette communication est sujet à révision).

6. — *Organisation du service médical dans l'industrie . . .*

par M. le Dr F.-J. TOURANGEAU,
chef de la division de l'hygiène industrielle,
au ministère de la Santé et du Bien-Être social de la province de Québec.

Section de Chirurgie

Organisateurs : MM. les Drs J.-L. PETITCLERC et François ROY,
de l'Hôtel-Dieu de Québec.

Mardi, le 5 septembre :

1. — *Le traitement du choc dans les brûlures . . .*
par M. le Dr Jean-Marie LEMIEUX,
chirurgien de l'Hôpital du Saint-Sacrement, Québec.
2. — *Le traitement local des brûlures . . .*
par M. le Dr CHICOINE,
de l'Hôpital Saint-Luc, Montréal.
3. — *Le traitement des séquelles des brûlures . . .*
par M. le Dr Georges CLOUTIER,
de l'Hôpital Notre-Dame, Montréal.

Mercredi, le 6 septembre :

1. — *Les indications opératoires dans l'ulcère gastro-duodénal . . .*
par M. le Dr Charles LEFRANÇOIS,
de l'Hôtel-Dieu de Montréal.
2. — *Les résultats éloignés de la chirurgie dans l'ulcère gastro-duodénal . . .*
par M. le Dr François ROY,
de l'Hôtel-Dieu de Québec.
3. — *Problèmes que pose le diagnostic de l'ulcère gastrique en rapport avec le cancer . . .*
par M. le Dr Jean-Paul DUGAL,
de l'Hôtel-Dieu de Québec.
4. — *Conduite à tenir dans les hémorragies gastro-duodénales . . .*
par M. le Dr Paul POLIQUIN,
71, rue Sainte-Anne, Québec.

Jeudi, le 7 septembre :

1. — *Le traitement des traumatismes de la main . . .*
par M. le Dr Lionel GROLEAU,
de l'Hôpital Saint-Vincent de Paul, Sherbrooke.
 2. — *Le traitement des infections de la main . . .*
par M. le Dr André SIMARD,
de l'Hôtel-Dieu de Québec.
 3. — *Le traitement des plaies par les sulfamidés . . .*
par M. le Dr J.-A. LECOURE,
301, avenue Laurier, Ottawa.
-

Section de Médecine**Organisateur : M. le Dr Renaud LEMIEUX, de Québec.****Mardi, le 5 septembre :**

1. — *Les colites . . .*
par M. le Dr Jean LESAGE,
de l'Hôpital Saint-Luc, Montréal.
2. — *Le régime dans la diabète . . .*
par M. le Dr L.-H. GARIÉPY,
de l'Hôpital Notre-Dame, Montréal.
3. — *L'emploi de l'insuline et de la protamine-zinc-insuline en clientèle . . .*
par M. le Dr L.-N. LAROCHELLE,
de l'Hôtel-Dieu de Québec.
4. — *L'épilepsie . . .*
par M. le Dr Antonio BARBEAU,
de l'Hôtel-Dieu de Montréal.
5. — *Pneumopathie atypique . . .*
par M. le Dr Gaston LAPOINTE, de Chicoutimi.

Mercredi, le 6 septembre :

1. — *Les névroses cardiaques . . .*
par M. le Dr DUBERGER, de Sherbrooke.
2. — *Le traitement des angines et de l'infractus du myocarde . . .*
par M. le Dr H. LAPOINTE,
de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, Québec.
3. — *Le traitement de l'insuffisance cardiaque . . .*
par M. le Dr Guy DROUIN, de Québec.
4. — *Le traitement du rhumatisme chronique . . .*
par M. le Dr René DANDURAND,
de l'Hôtel-Dieu de Montréal.
5. — *Le traitement de l'insuffisance hépatique . . .*
par M. le Dr Onésime BÉDARD, d'Ottawa.
6. — *Facteurs Rb : Origine, recherche, importance . . .*
par M. le Dr Albert BERTRAND, de l'Hôpital Notre-Dame, Montréal,
chef du Laboratoire de bactériologie de l'Hôpital Notre-Dame,
professeur agrégé de l'Université de Montréal.

Jeudi, le 7 septembre :

1. — *La dysménorrhée . . .*
par M. le Dr Oscar GARANT,
de l'Hôtel Dieu-de Québec.

2. — *Les indications du traitement médical, chirurgical et radiologique du goitre . . .*
par M. le Dr Réal DORÉ,
de l'Hôpital de Verdun, Montréal.
3. — *Pourrions-nous diminuer le nombre de cancéreux dans la province de Québec ? . . .*
par MM. les Drs J.-E. GENDREAU et O. DUFRESNE,
de l'Institut du Radium, 4120 est, rue Ontario, Montréal.
4. — *Maladie de cœur rhumatismale . . .*
par M. le Dr Adélarde TÊTREAU,LT,
de l'Hôpital Saint-Joseph, Trois-Rivières.
5. — *Les pseudo-tumeurs cérébrales d'origine inflammatoire non spécifique . . .*
par M. le Dr Pedro Iglésias BÉTANCOURT, professeur de pathologie médicale,
de l'Hôpital Calixte Garcia, Havane, Cuba.

Section de Pédiatrie

Mardi, le 5 septembre :

Présidence : M. le Dr Gaston LAPIERRE

1. — *La perte de poids chez le nouveau-né . . .*
par M. le Dr Roland THIBAudeau.
2. — *Les anémies infantiles . . .*
par M. le Dr René BENOIT.
3. — *La consultation de nourrissons à l'Unité sanitaire . . .*
par M. le Dr J.-P. BEAUDET.
4. — *Quinze années de B. C. G. à l'Hôpital Sainte-Justine . . .*
par M. le Dr Gaston LAPIERRE.
5. — *La déshydratation chez le nourrisson . . .*
par M. le Dr Chs-E. TURCOT.

Mercredi, le 6 septembre :

Présidence : M. le Dr de la Broquerie FORTIER

1. — *Les basards des premiers jours de la vie . . .*
par M. le Dr de la Broquerie FORTIER.
2. — *Les convulsions, leur étiologie et leur traitement . . .*
par M. le Dr Jean SAUCIER.
3. — *Les organismes de protection infantile . . .*
par M. le Dr Ernest COUTURE.

4. — *La vaccination anticoquelucheuse . . .*
par M. le Dr Daniel LONGPRÉ.
5. — *Le problème des infections dans les Crèches . . .*
par M. le Dr D. LAPOINTE.

Jeudi, le 7 septembre :

Présidence : M. le Dr Horace VIAU

1. — *Traitement de la syphilis congénitale par le Stovarsol buccal . . .*
par M. le Dr E. DÉCHÊNE.
2. — *Les sulfamidés en thérapeutique infantile . . .*
par M. le Dr Horace VIAU.
3. — *La vaccination et la sérothérapie dans la scarlatine . . .*
par M. le Dr J.-H. CHARBONNEAU.
4. — *Les affections pulmonaires aiguës de l'enfant . . .*
par M. le Dr Paul LETONDAL.
5. — *Le traitement des diarrhées chez le nourrisson . . .*
par M. le Dr J.-C. COTÉ.

N. B. — Horaire des séances : le matin, à 9 h. 30.

L'examen médical périodique

Mardi après-midi, le 5 septembre :

1. — *L'examen médical pré-natal . . .*
par M. le Dr Ernest COUTURE, d'Ottawa.
2. — *L'examen médical du nourrisson, de l'enfant, de l'adolescent . . .*
par M. le Dr Gaston LAPIERRE,
chef du Service de pédiatrie à Sainte-Justine, Montréal.
3. — *L'examen médical pré-nuptial . . .*
par M. le Dr Richard LESSARD, de Québec.
4. — *L'examen médical de l'adulte . . .*
par M. le Dr Sylvio LEBLOND, de Québec.
5. — *L'examen médical du vieillard . . .*
par M. le Dr Jules PRÉVOST,
assistant à la Clinique médicale de l'Hôpital Notre-Dame, Montréal.

Mercredi après-midi, le 6 septembre :

1. — *La nutrition chez la femme enceinte . . .*
par M. le Dr René SIMARD, de Québec.

UROPAZINE

GOUTTE — RHUMATISME
ARTHRITISME — SCIATIQUE
CYSTITES — PYÉLITES — GRAVELLE URIQUE.

SULPHO-LAC

ACNÉ — SÉBORRHÉE
HUILEUSE — COUPEROSE
DERMITES DE CAUSE VÉNÉNIQUE — LUPUS ÉRYTHÉMATEUX.

CAMIROL

Injections Intramusculaires

TRAITEMENT SCIENTIFIQUE
DE LA SINUSITE ET DE LA
BRONCHITE — INFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES.

EAU PRÉCIEUSE DÉPENSIER

MALADIES DE LA PEAU —
PLAIES — DÉMANGEAISONS
ACNÉ — PSORIASIS — DARTRES — ULCÈRES VARIQUEUX.

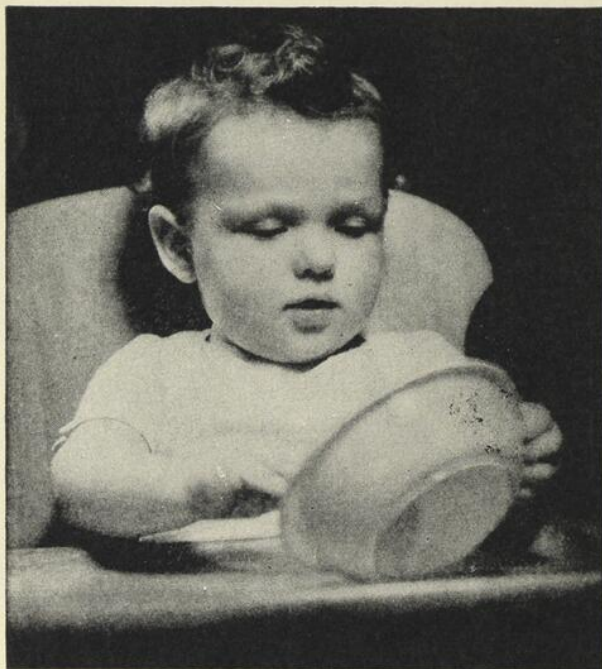
BILIFLUINE

LITHIASE BILIAIRE — ICTÈRE
CATARRHAL — CONSTIPATION
CONGESTION DU FOIE — CIRRHOSSES.

HERDT & CHARTON, INC.

MÉDICAMENTS DE MARQUE

2027, AVENUE DU COLLÈGE MCGILL MONTRÉAL



*Les
Régimes
de Guerre*

**SONT
INSUFFISANTS
EN
PÉDIATRIE**

QUE le rationnement soit plus ou moins généreux, le pédiatre a toujours eu à envisager le problème d'un apport suffisant de vitamines A et D pour ses jeunes patients. La vitamine D, en particulier, doit leur être fournie en abondance pour assurer le développement adéquat de leur charpente osseuse et le métabolisme du calcium et du phosphore.

A ces fins, le Navitol* avec Viosterol offre les caractéristiques suivantes :

1. Il possède une teneur exceptionnellement élevée, par gramme, en vitamines A et D — 65,000 unités de A — 13,000 unités de D.
2. Une dose quotidienne moyenne de TROIS GOUTTES fournit 5,000 unités de A — 1,000 unités de D.
3. Le coût par dose quotidienne est d'environ un demi-cent.
4. Très agréable au goût.

Le Navitol avec Viosterol fournit de cette façon un moyen commode et économique de procurer les vitamines liposolubles A et D dont chaque bébé a besoin tous les jours. Spécifiez-le pour futures mères, bébés, enfants et patients qui requièrent un supplément de vitamines A et D.

Le Navitol avec Viosterol correspond à l'efficacité maximum des vitamines A et D telle qu'attribuée par la U.S.P. XII aux Oléovitamines Concentrées A. et D.

* Navitol est une marque de commerce de E. R. Squibb & Sons.



*Pour littérature, s'adresser à
36, Caledonia Road,
Toronto, Ont.*

**E. R. SQUIBB & SONS
OF CANADA, Ltd.**

*Fabricants de Produits Chimiques pour le
Corps Médical Depuis 1858.*

Laval Médical, Québec, juin 1944 - Vol. 9 - No 6

2. — *La nutrition chez le nourrisson et l'enfant à l'âge pré-scolaire . . .*
par M. le Dr Marcel LANGLOIS, de Québec.
3. — *La nutrition chez l'écolier . . .*
par M. le Dr Ernest SYLVESTRE, de Québec.
4. — *La nutrition chez l'adulte . . .*
par M. le Dr C.-H. GRIGNON, de Montréal.
5. — *La nutrition chez le vieillard . . .*
par M. le Dr Hector LAPOINTE,
de l'Hôpital Général, rue Water, Ottawa.

Jeudi après-midi, le 7 septembre :

1. — *L'aspect hygiénique du problème de l'habitation . . .*
par M. J.-Théo. LAFRENIÈRE,
ingénieur sanitaire en chef du département de la Santé provinciale.
2. — *L'aspect social du problème de l'habitation . . .*
par le Révérend Père Georges-Henri LÉVESQUE, O.P.,
doyen de la Faculté des Sciences sociales de l'Université Laval.
3. — *La solution du problème de l'habitation . . .*
par le Révérend Père Richard d'AUTEUIL, S.J.,
Maison de l'Immaculée-Conception, angle Rachel et Papineau.

Section de Radiologie

Mardi, le 5 septembre (10 heures) :

RADIODIAGNOSTIC

1. — *Le cancer chez l'enfant . . .*
par M. le Dr Albert COMTOIS.
2. — *Hernies diaphragmatiques . . .*
par M. le Dr Albert JUTRAS.
3. — *A propos d'une anomalie congénitale de la colonne cervicale . . .*
par M. le Dr Paul BRODEUR.
4. — *A propos de la syphilis osseuse congénitale de la première enfance . . .*
par M. le Dr L.-A. GAGNIER, junior.
5. — *L'appendicite chronique : son diagnostic radiologique et son retentissement pyloro-duodénal . . .*
par M. le Dr Hervé LACHARITÉ.
6. — *Étude clinico-radiologique d'une obstruction de la veine cave supérieure . . .*
par M. le Dr L.-P. BÉLISLE.

7. — *Étude radiologique d'un kyste du pancréas . . .*
par M. le Dr M. SAMSON.
8. — *Un point d'importance en cholécystographie . . .*
par M. le Dr A.-R. POTVIN.
9. — *Calculs de la prostate . . .*
par M. le Dr Yvan VALLÉE.

Mercredi, le 6 septembre (10 heures) :

RŒNTGENTHÉRAPIE

1. — *Que valent les agents physiques dans le traitement du rhumatisme chronique ? . . .*
par M. le Dr Origène DUFRESNE.
2. — *La rœntgenthérapie au contact . . .*
par M. le Dr Germain PINSONNEAULT.
3. — *Le cancer de la langue . . .*
par M. le Dr E.-P. GRENIER.
4. — *Radiothérapie anti-inflammatoire . . .*
par M. le Dr J.-E. PERRON.
5. — *Considérations sur la téléroentgenthérapie . . .*
par MM. les Drs L. PAYEUR et R. LESSARD.

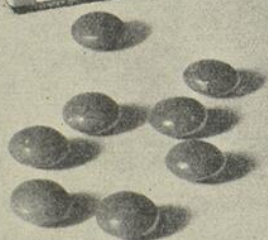
Section d'Anesthésie

SÉANCE DU 5 SEPTEMBRE 1944, LE MATIN, A 9 H. 30

Présidence : M. le Dr A. ROCHETTE, de Montréal.

1. — *Surveillance du malade dans les craniotomies . . .*
par M. le Dr Marcel PLAMONDON, de Québec.
Discussion : M. le Dr Chs-Ed. ROY, de Montréal.
2. — *250 accouchements sous anesthésie au pentothal . . .*
par M. le Dr A. Boudreau, de Rimouski.
Discussion : M. le Dr M. CLERMONT, de Montréal.
3. — *Pentothal dans les appendicectomies . . .*
par M. le Dr Georges COURCHÈNE, de Québec.
Discussion : M. le Dr L.-H. GATHIEN, de Lachine.
4. — *Analeptiques . . .*
par M. le Dr A. JACQUES, R.C.A.F.

SEPARSYL



Médication des déchéances nutritives,
des atonies cellulaires, des dépressions nerveuses

UNE AMPOULE INTRAMUSCULAIRE TOUS LES DEUX JOURS,
UN OU DEUX COMPRIMÉS TROIS FOIS PAR JOUR.



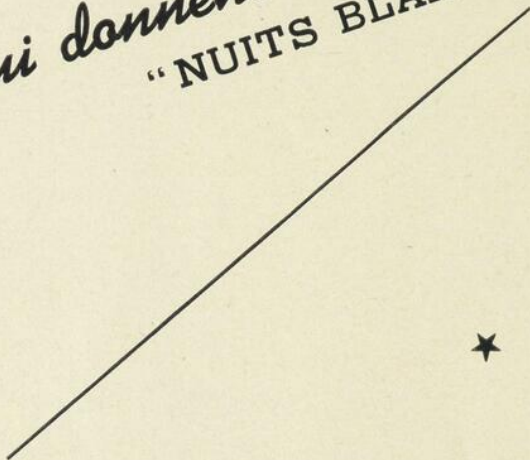
SOCIÉTÉ D'EXPANSION PHARMACEUTIQUE
INCORPORÉE

680 OUEST, RUE SHERBROOKE, MONTRÉAL

★ ★

Pour chasser
"LES IDÉES NOIRES"
qui donnent des
"NUITS BLANCHES"

★ ★



★ ★

DOCTEUR,

Prescrivez à vos nerveux

NEO-SPASMYL

Laboratoires "National" Limitée

Agents généraux pour le Canada :

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

5. — *Le curare en anesthésie . . .*

par M. le Dr Fernando HUDON, de Québec.

Discussion : M. le Dr DUROCHER, de Montréal.

SÉANCE DU 6 SEPTEMBRE 1944, LE MATIN, A 9 H. 30

Présidence : M. le Dr N. SAUVÉ, d'Ottawa.

1. — *Médication préliminaire en anesthésie . . .*

par M. le Dr Léon LONGTIN, de Lévis.

Discussion : M. le Dr Irénée LAPIERRE, de Lévis.

2. — *Records et statistiques en anesthésie . . .*

par M. le Dr Bernard PARADIS, R.C.A.M.C.

Discussion : M. le Dr Gaston DUPUIS, de Montréal.

3. — *Anesthésie caudale : Contre-indications. — Dangers et complications . . .*

par M. le Dr Henri de ST-VICTOR, de Chicoutimi.

Discussion : M. le Dr Eugène ALLARD, de Québec.

4. — *Anesthésie générale en chirurgie thoracique . . .*

par M. le Dr Georges COUSINEAU, de Cartierville.

SÉANCE DU 7 SEPTEMBRE 1944, LE MATIN, A 9 H. 30

Présidence : M. le Dr F.-A. GADBOIS, de Sherbrooke.

1. — *Équilibre hydrique avant et après les interventions chirurgicales . . .*

par M. le Dr Lucien RINFRET, de Québec.

Discussion : M. le Dr PERRAS, de Montréal.

2. — *Pentothal en chirurgie générale . . .*

par M. le Dr P.-E. BLAIS, de Chicoutimi.

Discussion : M. le Dr W. TREMBLAY.

3. — *Chlorure d'éthyle . . .*

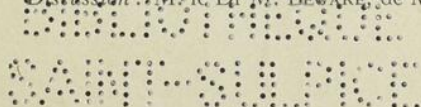
par M. le Dr J.-Ovila NOËL, de Sherbrooke.

Discussion : M. le Dr René FOISY, de Montréal.

4. — *Pentothal en oto-rhino-laryngologie . . .*

par M. le Dr Adrien PAQUET, de Québec.

Discussion : M. le Dr M. LÉGARÉ, de Montréal.



5. — *Anesthésie en urologie . . .*

par M. le Dr R. ROCHETTE, de Montréal.

Discussion : M. le Dr A. BONIN, de Verdun.

Activités sociales du Congrès**Lundi, le 4 septembre :**

- Le soir, à 8 h. — Ouverture officielle du Congrès à la salle des Promotions,
Université Laval ;
» à 10 h. — Réception dans les jardins de l'Université.

Mardi, le 5 septembre :

- L'après-midi, à 1 h. — Déjeuner-causerie pour les dames au Château Frontenac ;
» » à 1 h. — Déjeuner des congressistes au Château Frontenac ;
» » à 3 h. — Exposition d'Arts domestiques au Parlement ;
Le soir, à 8 h. — Concert, buffet, danse : salle de bal du Château Frontenac.

Mercredi, le 6 septembre :

- L'après-midi, à 1 h. — Déjeuner offert par le Président ;
» » à 3 h. — Visite du monastère de l'Hôtel-Dieu ;
Le soir, à 8 h. — Concert, buffet et danse au Château Frontenac.

Jeudi, le 7 septembre :

- L'après-midi, à 1 h. — Déjeuner aux rapporteurs de travaux scientifiques ;
» » à 5 h. — Réception à Spencer-Wood ;
Le soir, à 7 h. — Dîner et bal de clôture du Congrès au Château Frontenac.

310810148
309112-7148



POUR CALMER LES DOULEURS POST-OPÉRATOIRES

L'usage préventif de la solution régulière de Prostigmine 1:2000 est un moyen commode et sûr d'éviter et de traiter le météorisme et la rétention urinaire post-opératoires. Il y a pénurie de personnel dans les hôpitaux. Donc tout ce qui permet d'éviter les soins supplémentaires nécessités par des troubles post-opératoires et tout ce qui facilite la convalescence de l'opéré est important. Contre les ennuis de l'atonie intestinale et de la rétention urinaire, injecter $\frac{1}{2}$ ampoule de solution de Prostigmine 1:2000 toutes les 4 à 6 heures en commençant 24 heures avant l'opération et continuant pendant les deux ou trois jours suivants.

HOFFMANN - LA ROCHE LIMITÉE, MONTRÉAL.

ARTICHOBYL

NEURINASE

INOTYOL

Agents pour le Canada : J. EDDÉ Ltée, New Birks Bldg., MONTRÉAL.

VALÉRAMONE

LAURIN

Antispasmodique et sédatif efficace et atoxique

↓
Association de
VALÉRIANE - CRATAEGUS - ANÉMONE

Traitement actif et inoffensif de l'érythisme nerveux, des spasmes, des troubles de la circulation et des accidents nerveux de la ménopause, du déséquilibre vaso-moteur, et de l'insomnie nerveuse.

Le VALÉRAMONE a le mérite d'avoir surmonté les inconvénients de l'emploi de l'antique Valériane dont il retient tous les avantages en les alliant aux propriétés régulatrices du Crataegus et à l'action sédatrice traditionnelle de l'Anémone.

Fabricants et Concessionnaires

ROUGIER FRÈRES, 350, rue Le Moyne, MONTRÉAL, P.Q.

Appareils de Laboratoire

Nous avons toujours en magasin un assortiment complet d'appareils en usage dans les laboratoires d'hôpitaux.

La marchandise que nous offrons en vente est garantie contre toute défectuosité et les prix en sont des plus modiques.

- ◆ MICROSCOPES ◆ MICROTOMES
- ◆ LAMES ◆ LAMELLES
- ◆ BALLONS ◆ BÉCHERS
- ◆ VERRERIE GRADUÉE, ETC. ETC.

Fisher Scientific Co., Limited
904-910 rue Saint-Jacques,
MONTRÉAL, Qué.



Pour mieux contrôler

DILANTIN SODIUM

● Dilantin Sodium, anticonvulsif actif presque sans effet hypnotique, est maintenant considéré, à juste titre, comme le traitement de l'épilepsie. C'est le « médicament de choix » dans la plupart des cas.

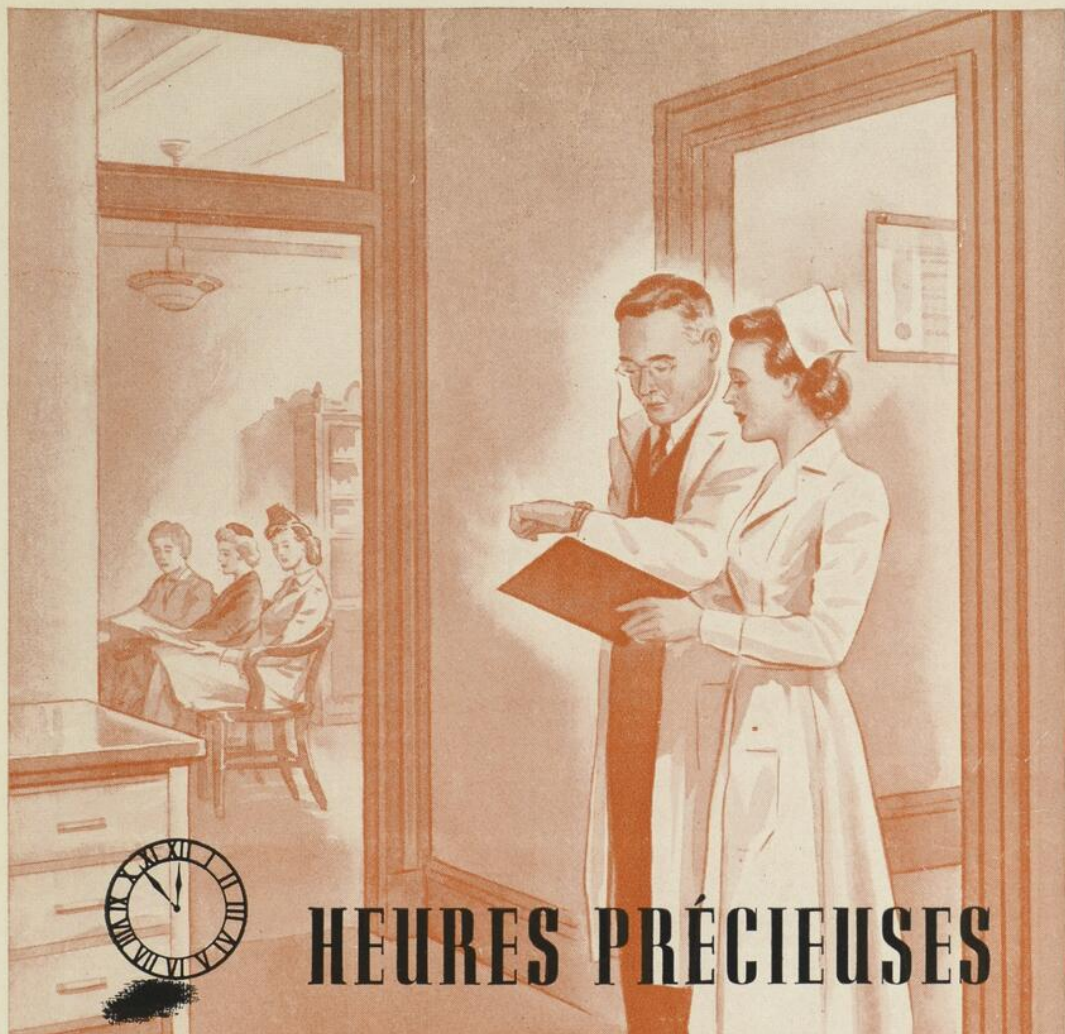
Dilantin* est spécialement recommandé lorsque les bromures et le phénobarbital n'ont peu ou pas d'effet sur les crises épileptiques. Les Kapseals Dilantin ont réellement ouvert une nouvelle voie dans la vie de plusieurs épileptiques... une vie plus normale et plus belle... crises moins nombreuses et moins violentes chez les uns, guérison complète chez d'autres.

Dilantin Sodium est présenté en
"Kapseal" de 0 gm 03 ($\frac{1}{2}$ grain)
et de 0 gm 1 (1 grain $\frac{1}{2}$) Fouteilles
de 100, 500 et 1,000.

*Marque déposée.

Parke, Davis & Company, Walkerville, Ontario

*Prêtons notre argent
pour
hâter la victoire.*



HEURES PRÉCIEUSES

Sur le front domestique, les médecins ont à faire face à un important problème: l'économie du temps... temps pour les visites de plus en plus nombreuses, temps pour les heures de bureau plus longues, temps à consacrer aux services de guerre. De l'avis de plusieurs de ces médecins, l'Emménine est la préparation la plus commode dans le traitement des symptômes ménopausiques bénins, de la dysménorrhée, de la migraine menstruelle et de la tension prémenstruelle. Parce qu'elle est active par voie buccale, l'Emménine est de prescription aisée et d'emploi facile. Le nombre des visites au bureau se maintient au minimum sans, toutefois, que l'efficacité de la préparation ou le bien-être de la patiente en soient aucunement affectés.

"EMMÉNINE"

HORMONE OESTROGÈNE DU PLACENTA • ACTIVE PAR VOIE BUCCALE
D'UNE INNOCUITÉ PARFAITE • SOLUBLE DANS L'EAU • BIEN TOLÉRÉE
PRODUIT UNE SENSATION D'EUPHORIE

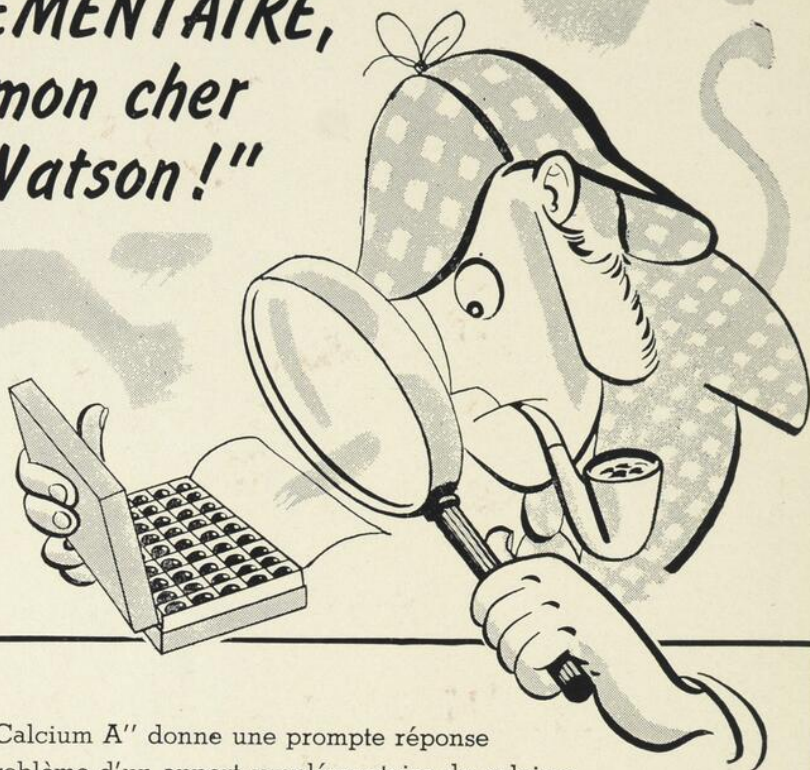


AYERST, McKENNA, & HARRISON LIMITÉE • *Biologistes et Pharmaciens* • MONTREAL

Les pionniers du domaine des oestrogènes par voie buccale

173F

"ÉLÉMENTAIRE,
mon cher
Watson!"



Le "Calcium A" donne une prompte réponse
au problème d'un apport supplémentaire de calcium.
Plusieurs années d'emploi de cette préparation par la
profession médicale en ont établi la valeur. Le "Calcium A" est
facile à prescrire et facile à prendre.

"CALCIUM A"

Supplément diététique de
calcium et d'huile de foie de morue



Chaque capsule contient:

Phosphate bicalcique 560 mg.
Vitamine A 3500 unités int.
Vitamine D 350 unités int.

Boîtes de 40, 100 et 500 capsules

AYERST, McKENNA & HARRISON LIMITÉE

Biologistes et Pharmaciens
MONTREAL, CANADA

210F

LE POISSON *doit être gardé* SUR LA GLACE

La chair du poisson est tellement délicate qu'elle est incapable de supporter l'action de la chaleur. Si vous voulez conserver au poisson frais toute sa saveur et ses propriétés nutritives, vous devez le garder constamment sur la glace ou au froid.

De plus, n'oubliez pas que, même s'il est gardé sur la glace, le poisson frais ne peut se conserver frais indéfiniment... Il doit être consommé dans les huit jours qui suivent sa capture.

Cette recommandation, que nous avons faite à plusieurs reprises, au cours des derniers mois, aux détaillants de poisson de notre province, s'adresse également aux consommateurs.



PROVINCE DE QUÉBEC

MINISTÈRE de la CHASSE et des PÊCHERIES

Hon. Valmore Bienvenue, C. R.,
ministre.

Avantage de l'Épargne par L'ASSURANCE-VIE

Si Vous Vivez

- Épargne méthodique.
- Absence de spéculation.
- De l'argent disponible pour les occasions et les imprévus.
- Une rente lorsque vous prenez votre retraite.

Si Vous Mourez

- Votre famille touche de quoi régler les frais de dernière maladie et de sépulture.
- Votre famille touche une rente mensuelle.
- Vos enfants auront l'argent pour faire parfaire leurs études.

LES PRÉVOYANTS DU CANADA

56, St-Pierre, Québec

- 180 est, Ste-Catherine, Montréal.

(Maison fondée en 1845)

H.-Jules LÉPINE, *président et gérant*



SERVICE D'AMBULANCE JOUR et NUIT
pour la ville et l'extérieur

283, rue Saint-Vallier,
38, rue Thurnbull,

Québec.

Téléphone: 2-6466

*La DEBILINE n'est pas un
"C'est comme..."
puisque c'est un nouveau
médicament par l'acide dé-
oxycholique qu'il contient.*



DEBILINE

NADEAU



CHOLAGOGUE ET CHOLÉRÉTIQUE

PAR COMPRIMÉ :

*Ac. déoxycholique 0.10 gm.
Pancréatine 0.05 gm.*

Laval Médical, Québec, juin 1944 - Vol. 9 - No 6

POSOLOGIE :

*Un ou deux comp. deux ou trois fois
par jour après les repas.*

PASTILLES

GLUCO-VITOSE

Nous présentons le Gluconate de Calcium sous une forme commode et agréable au goût surtout aux enfants en croissance.

L'emploi du Gluconate de Calcium avec la Vitamine « D » comme catalyseur, réalise une absorption et une fixation plus rapide du Calcium dans le sang.

INDICATIONS :

Leur emploi se recommande avec avantage contre le rachitisme, les troubles de l'ossification, les états pré-tuberculeux, les croissances difficiles, pendant la grossesse et durant la lactation.

CHAQUE COMPRIMÉ CONTIENT :

<i>Gluconate de Calcium</i>	0.50 g.
<i>Vitamine « D »</i>	600 U.I.

MODE D'EMPLOI :

Un comprimé à croquer ou à broyer : ajouter un peu d'eau, si nécessaire, ou de sirop.

COMPRIMÉS

LEVO-STANNOL

VITAMINÉS

Traitement mixte employé comme spécifique pour le traitement des maladies à staphylocoques : furonculoses, acné, anthrax, etc.

CONTIENNENT :

<i>Levure de bière</i>	2½ grs
<i>Étain colloïdal</i>	4½ grs
<i>Oxyde d'étain</i>	½ gr.
<i>Vitamine « B₁ »</i>	20 U.I.
<i>Vitamine « B₂ »</i>	25 gammas

MODE D'EMPLOI :

Adultes :
4 à 8 par jour, suivant l'avis du
médecin.

Enfants :
2 à 4 par jour, suivant l'avis du
médecin.

Littérature et échantillons sur demande.

LABORATOIRES DESAUTELS Limitée, 1180, rue Benoît, Montréal.

Représentant à Québec :

PAUL LAMONDE, 47A, RUE SAINT-JEAN — Tél. : 3-2717

P. L'HERAULT, prop.

Téléphone : 4-3008

La VITRERIE MODERNE, Enr.

Spécialités : Travaux sur Verre, Miroirs, Biseautage, Glaces polies, Écaillage, Vitrerie d'automobiles,
Plates, Verres simples et doubles, etc. etc.

305, rue SAINT-FRANCOIS, - -

QUÉBEC.

La Cie MARTINEAU ELECTRIQUE, Limitée

TÉLÉPHONES INTERNES AUTOMATIQUES

LUMINAIRES pour hôpitaux, écoles, salles d'opération, laboratoires, etc.

Consultez nos spécialistes.

54, rue SAINT-JOSEPH, QUÉBEC. -

Tél. : 2-7065

GÉRALD MARTINEAU

CLAVIGRAPHERS

96, rue Saint-Pierre, - -

Téléphone : 2-2890

L'ASSURANCE est votre meilleure protection . . .

P.-A. BOUTIN

ASSUREUR-UNDERWRITER

80, rue Saint-Pierre, - - -

Québec.

ASSURANCES DE TOUTES SORTES

Téléphones : 2-3884—2-6033

Encourageons les nôtres . . .

Compétence ! Service !! Satisfaction!!!

Téléphone :
4-4641

LA CIE
F. X. DROLET
QUÉBEC

206, rue du Pont,
QUÉBEC.

Mécaniciens, Fondateurs : acier, fonte, cuivre, aluminium - - Fabricants d'ascenseurs

MEUBLES
DE TOUS GENRES
FAITS SUR ORDRE

STYLE
ANCIEN OU MODERNE

E.-A. Rousseau

158, rue du Roi, -:- Québec.

QUE CE SOIT POUR UN
AMEUBLEMENT AU
COMPLET OU UN SIMPLE
PETIT MEUBLE
VENEZ ME VOIR
ET SOYEZ ASSURÉ
D'AVOIR SATISFACTION

ANTONIO SEVIGNY

ENTREPRENEUR-GÉNÉRAL

31, des Remparts - -

Téléphone : 3-2701

12 SUCCURSALES A QUÉBEC.

H. des Rivières, *Gérant général adjoint.*

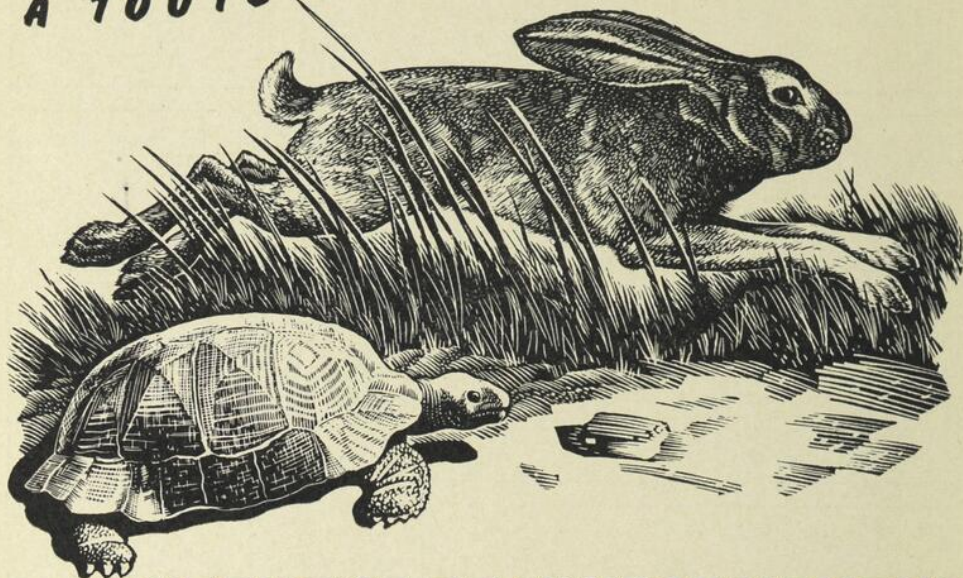
LA BANQUE CANADIENNE NATIONALE

est à vos ordres pour toutes opérations de banque et de placements

Actif, plus de \$200,000,000

514 BUREAUX AUX CANADA

A TOUTE VITESSE...



OU LENTEMENT ET UNIFORMEMENT

LES réanimations subites, souvent dramatiques, dues à la CORAMINE dans les cas urgents font parfois oublier au médecin l'action stimulante prolongée et uniforme de cet analeptique sur les centres vitaux... dans des affections cardiaques spéciales, les maladies infectieuses et autres insuffisances.

Barr¹ a récemment confirmé les nombreuses observations cliniques montrant l'excitation intense exercée par la CORAMINE* sur la respiration, et les effets similaires de ce produit sur les centres circulatoires et la périphérie : la CORAMINE surpasse sans conteste la caféine².

Découverte dans les Laboratoires Ciba, et fabriquée exclusivement par la Ciba, la CORAMINE authentique se reconnaît facilement à sa limpidité cristalline. La Profession médicale emploie tous les jours les ampoules de CORAMINE en chirurgie, dans les chocs traumatiques, dans les accidents au cours de la narcose, dans les cas d'asphyxie, de pneumonie et de défaillance cardiaque. Les forces militaires se servent aussi de la CORAMINE sur une grande échelle.

(1) BARR, P. B. Modern Medical Therapy in General Practice. The Williams & Wilkins Company, 1940.

(2) Surgical Practice of the Lahey Clinic, page 792, 1942.

* Nom déposé

CORAMINE

STIMULANT DES CENTRES VITAUX



Compagnie **C I B A** Ltée.

MONTREAL

LE CAFARD LA NUIT



LE cafard la nuit résulte de l'insomnie ; le sommeil agité cause de la fatigue au matin . . . mais l'administration de DIAL prévient tous ces ennuis. Il conduit rapidement à un sommeil paisible, réparateur et d'ordinaire dépourvu de malaises au réveil.

Le DIAL est plus puissant que le barbitone B.P. Le DIAL (acide diallylbarbiturique) est utile pour apaiser l'agitation mentale et la douleur opiniâtre dans certaines affections, et comme analgésique obstétrical.

DIAL

Nom déposé

Hypnotique et sédatif

COMPRIMÉS — AMPOULES

Littérature sur demande.



Compagnie **C I B A** *Ltée.*

MONTRÉAL

Antidyspnéique
Stimulant du centre respiratoire

EUPNOGÈNE

Asthme - Dyspnées
Bronchites

Solution stabilisée contenant :

Iodure de Caféine 0 gr. 50
Benzoate de Soude 0 gr. 08
Teinture de café 0 gr. 25
par cuiller à thé.

L'EUPNOGÈNE est une solution titrée et stable renfermant 0 gr. 50 d'iodure de caféine et 0 gr. 08 de benzoate de soude par cuillerée à thé. La teinture de café, jointe à un véhicule spécial, favorise l'absorption et la tolérance de ses composants.

INDICATIONS

L'EUPNOGÈNE est indiqué en principe dans tous les cas où il y a lieu de tonifier le cœur, de relever la pression intra-vasculaire, de combattre la dyspnée et de stimuler la diurèse, partout, en un mot, où est indiqué l'usage de l'iode et de la caféine.

Son action est tout particulièrement efficace dans l'asthme vrai, l'asthme cardiaque, l'emphysème, la bronchite asthmatique, la bronchite chronique, les oppressions, l'artériosclérose, les hydropsies, les suites de la grippe et certaines maladies du cœur et des reins.

AVANTAGES

L'EUPNOGÈNE est une préparation inaltérable qui, sous une seule forme, permet de réaliser le traitement des iodures alcalins et de la caféine à hautes doses, sans effets secondaires et généralement dépourvu de contre-indications.

Fabricants et Concessionnaires

ROUGIER FRÈRES

350, rue LeMoyne, - - Montréal.

CASGRAIN & CHARBONNEAU
Limitée présente

diaphenyl

p. Ethoxy-2.4-diaminoazobenzol

ANTISEPTIQUE URINAIRE

Soulagement rapide et efficace dans les

INFECTIONS GENITO-URINAIRES
(Cystite, Pyélite, Prostatite, Urétrite,
Vaginite)

●
Tolérance parfaite
Minimum de toxicité
Analgésie de la muqueuse génito-
urinaire
Efficace en présence d'urine acide
ou alcaline.

●
*DIAPHENYL est préparé
sous le contrôle et la surveillance de :*
Charles Laurin, B.A., B.Ph.
Léopold Bergeron, B.A., B.Ph.
Assistant-bactériologiste
Pharmaciens, Chimistes
Analystes, Biochimistes
Diplômés de l'Université de Montréal

Diaphényl vous parvient en bouteilles
de 25 - 100 - 500 et 1.000 comprimés.

*Echantillons et littérature, sur demande,
à Messieurs les médecins seulement.*

CASGRAIN & CHARBONNEAU
Limitée

SPECIALITE DU LABORATOIRE



CHARLES-A. DORION

Pour votre reliure, adressez-vous à . . .

GÉRARD DORION

C.-A. DORION & FILS

RELIEURS-IMPRIMEURS

42, rue Garneau, Québec. - Tél. : 2-1307 - B. P. 351

Spécialités: Reliure d'art antique et moderne avec motifs appropriés au sujet du livre. Livres de bibliothèques. Articles en cuir. Revues, etc. Reliure de tous genres à des prix très modestes.

ALTHÉOD TREMBLAY, A. G., I. C.

J.-ELZÉAR DION, *Gérant.*

TREMBLAY & DION

Blue Print, Photostat, Photo-Litho.

Téléphone : 2-5024

274, boulevard Charest, Québec.

BANQUE D'ÉPARGNE

LA CAISSE D'ÉCONOMIE DE NOTRE-DAME DE QUÉBEC

Capital Social Versé
\$1,000,000

Fondée en 1848
Charte fédérale (34 Vict. Chap. 7)

Fonds de Réserve
\$2,000,000

12 Succursales à Québec — 2 à Lévis

Bureau Principal : No 21, rue SAINT-JEAN, QUÉBEC.

J. B. MORIN, Enr.

PLOMBIER, COUVREUR, ÉLECTRICIEN

Installation d'appareils de chauffage à l'eau chaude et à la vapeur.

14, rue Champlain, Québec.

Téléphone : 2-5548

Messieurs les Médecins

trouveront à nos établissements un assortiment très varié de

- Seringues et aiguilles hypodermiques
- Instruments de Chirurgie
 - Articles de pansements
 - Ampoules de toutes sortes
 - Sérums et Vaccins
 - Bandes hernières et
 - Ceintures chirurgicales



Téléphone : 2-5214

Rue SAINT-JEAN, QUÉBEC.

"Recommandé comme l'ouvrage le plus pratique
publié jusqu'ici sur le pied."

SOUTHERN MEDICAL JOURNAL

Nouvelle
Seconde
Edition



Avec le nombre
accru de personnes
présentement au
travail sur le front
domestique, les
maladies de pieds
augmentent rapi-
dement. Ce livre
vous aidera à les
juger et à les trai-
ter.

FUNCTIONAL DISORDERS OF THE FOOT

par

FRANK D. DICKSON,
M.D., F.A.C.S.

et REX L. DIVELEY,
A.B., M.D., F.A.C.S.

Professeur associé de Chirurgie
clinique, École de Médecine, Uni-
versité du Kansas; Chirurgien
orthopédique aux hôpitaux St.
Luke, Kansas City General, et
Wheatley, Kansas City, Missouri,
de même qu'au Providence Hospi-
tal, Kansas City, Kansas.

Colonel Corps médical, armée des
États-Unis; Consultant en Ortho-
pédie, théâtre européen des opé-
rations; Chirurgien orthopédique aux
hôpitaux St. Luke, Kansas City
General, Research et Wheatley,
Kansas City, Missouri, de même
qu'au Providence Hospital, Kansas
City, Kansas.

Pas de changements fondamentaux, mais
complètement révisé et réécrit pour une
plus grande clarté et compréhension.

Ajouté : *Nouveaux procédés chirurgicaux.*

Ajouté : Deux nouveaux chapitres singulière-
ment à propos :

*Maladies des pieds en relation avec
le service militaire ;*

*Maladies des pieds en relation avec
l'Industrie.*

352 Pages - 202 Illustrations - Dimensions 6 x 9 - Prix \$6.00



J. B. LIPPINCOTT COMPANY

Philadelphie - Londres - Montréal.

DILAXOL E.B.S.

L'antiacide original

Le DILAXOL E. B. S. est recommandé par le Corps Médical en général pour sa haute efficacité dans les troubles gastriques indiqués sur le tableau ci-dessous. Chacun des ingrédients du Dilaxol E.B.S. a une fonction spécifique. Les ingrédients se combinent pour former un produit équilibré, efficace dans un grand nombre de troubles gastriques.



Le Dilaxol E.B.S. a deux effets thérapeutiques distincts:

1 L'adsorption physique du *Dilaxol* est élevée parce qu'il forme, dans l'estomac, une gelée colloïdale qui est un absorbant actif des substances organiques, y compris les toxines alcaloïdes et bactériennes, les amines putréfactrices et les toxines alimentaires. Il forme aussi une paroi protectrice neutre et efficace pour les ulcères de l'estomac et la muqueuse enflammée, activant ainsi grandement leur cicatrisation.

2 Action chimique : le tableau ci-dessous indique comment les conditions anormales de l'abdomen, telles que l'hyperacidité, sont contrôlées par la neutralisation de l'excès d'acidité. La propriété qu'a le *Dilaxol* E.B.S. de se combiner avec l'acide est extrêmement élevée, et cependant il ne peut causer d'alcalose, car les ingrédients qui ne sont pas utilisés sont insolubles dans l'appareil digestif et tout excès est excrété tel quel.

OPOBYL



Pour vos
VÉSICULAIRES
Pour vos
HÉPATIQUES

O P O B Y L

associe

**L'OPOTHÉRAPIE BILIAIRE ET HÉPATIQUE
A LA MÉDICATION VÉGÉTALE HABITUELLE**

●
Hépatites et Cirrhoses
Cholécystites et Ictères
Troubles digestifs et Constipation
Hépatisme latent
●

Laboratoires A. BAILLY, 15, Rue de Rome, PARIS-8^e


Agents pour le Canada : VINANT Ltée, 200, rue Vallée, MONTRÉAL.

ORÉTON

La ménopause masculine peut se manifester par toute une variété de symptômes qui peuvent parfois sembler n'avoir aucun rapport entre eux, parmi lesquels prédominent les symptômes constitutionnels, vasomoteurs, génito-urinaires, et cardio-vasculaires. L'hormonothérapie sexuelle masculine par l'ORÉTON sous ses diverses formes, testostérone et méthyl testostérone, est un traitement efficace qui procure un soulagement satisfaisant de ces pénibles symptômes.

ORÉTON AMPOULES 
(Propionate de testostérone) 5 mg., 10 mg. et 25 mg.

ORÉTON • M COMPRIMÉS 
(Méthyl testostérone) Comprimés de 10 mg.

ORÉTON • M ONGUENT 
(Méthyl testostérone) Tubes de 50 grammes, 2 mg. d'hormone par gramme.



SCHERING CORPORATION LIMITED
137, RUE ST-PIERRE, MONTRÉAL

ACHETEZ DES TIMBRES ET DES CERTIFICATS D'ÉPARGNE DE GUERRE

TABLE ALPHABÉTIQUE DES ANNONCEURS

Anglo-French Drug Co.	1,	19
Ayerst, McKenna & Harrison	33,	34
Banque Canadienne Nationale		39
Boutin, P.-A.		39
Brunet, W.-E., & Cie, Limitée		16
Carnation Co., Ltd.		8
Casgrain & Charbonneau, Ltée		43
Ciba, Compagnie, Limitée	40,	41
Dorion, C.-A.		44
Drolet, Limitée, F.-X.		39
Eddé, J., Limitée		30
Fisher Scientific Co., Ltd.		31
Frosst, Charles E., & Co.	9,	10
Herd & Charton, Inc.		25
Hoffmann-La Roche, Limitée		29
Horner, Frank W.		Couv. III
Laboratoires Poulenc Frères du Canada		Couv. IV
Laboratoires Abbott, Limitée	23,	24
Laboratoires Desautels, Limitée		38
Laboratoires DesBergers-Bismol	18,	51,
Laboratoire Jean Olive		20
Laboratoire Nadeau, Limitée	14,	37
La Caisse d'Économie		44
Laiterie Laval, Enr.		21
Lépine, Germain, Limitée		36
Les Prévoyants du Canada		36
Lippincott, J. B., Company		45
Livernois, J.-E., Limitée		44
Martineau Électrique		39
Martineau, Gérald		39
Mead Johnson & Company of Canada, Limited		6
Merck & Co., Ltd.		16
Millet, Roux & Cie, Limitée		28
Ministère de la Santé		22
Ministère des Pêcheries maritimes		35
Morin, J.-B., Enr.		44
Parke, Davis & Co.		32
Rougier & Frères	4,	5,
	12,	30,
Rousseau, E.-A.		39
Schering Corporation, Limited		49
Sévigny, A.		39
Société d'Expansion Pharmaceutique		27
Squibb, E. R., & Sons of Canada, Limited		26
The E. B. Shuttleworth Chemical Co., Ltd.	46,	47
Tremblay & Dion		44
Usines Chimiques du Canada		Couv. II
Vinant, Limitée		15,
		17
Vitrierie Moderne, Enr.		39
Wyeth, John, & Brother		2

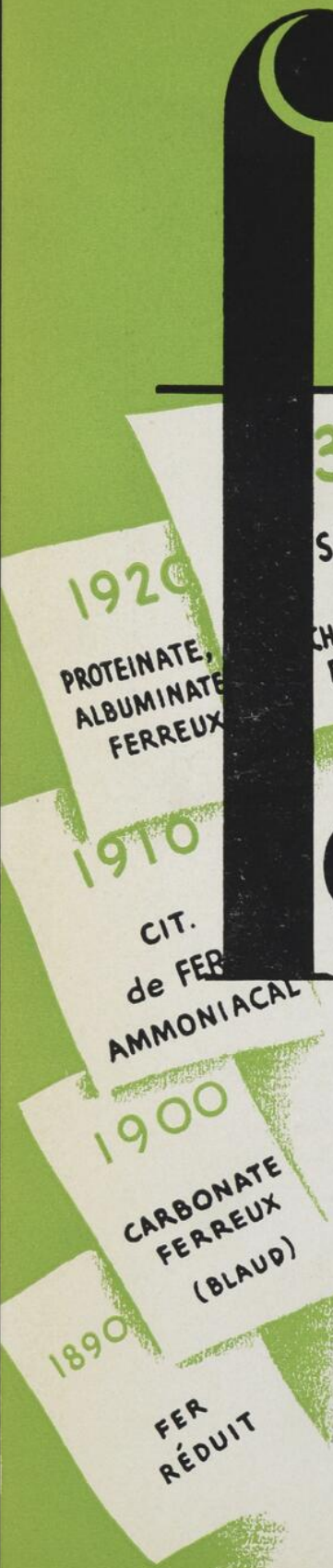
A NOS LECTEURS

Ce bulletin est édité avec le *généreux concours de ses annonceurs*. Aidez donc ceux qui vous aident en prescrivant, de préférence à toutes les autres, les spécialités qui se rappellent régulièrement ici à votre bienveillante attention.

© 1954
Wm. W. Norton & Co.
New York, N. Y.



fertinic



1943

PHOSPHO-
GLUCONATE
(FERTINIC)

1935

GLUCONATE
de FER

1930

SULF.
ET
CHLORURE
FERREUX

1920

PROTEINATE,
ALBUMINATE
FERREUX

1910

CIT.
de FER
AMMONIACAL

1900

CARBONATE
FERREUX
(BLAUD)

1890

FER
RÉDUIT

Fertinic

est la plus récente contribution des laboratoires de recherches à la science de l'Hématologie. Le phosphore de sa formule prévient la déphosphatation qui accompagne habituellement les traitements au fer sous une autre forme. FERTINIC offre du fer à l'état ferreux stable. Il est extrêmement bien toléré.

FLACONS ORIGINAUX DE 90 CAPILS
POSOLOGIE: SIX CAPILS PAR JOUR
Echantillons et littérature sur demande

LABORATOIRES DESBERGERS-BISMOL

Chimistes • Pharmaciens • Biologistes

FABRICANTS DE HAUTES SPÉCIALITÉS THÉRAPEUTIQUES

MONTREAL

CANADA

HISTOIRE DE CAS

JOS. GÖEBBELS

Age: 46.

Occupation: Hypnotiseur
Publiciste.

Patient fut admis avec une température à 107°F. et en état de délire. Ses divagations faisaient peine à voir et donnaient les preuves d'un cerveau complètement désorienté. La diagnose détermina une exacerbation de fièvre chronique concomitante à une morsure de rat et fut confirmée lorsqu'il fut possible d'en établir l'histoire.

HISTOIRE DE LA MALADIE ACTUELLE:

Le malade a raconté que lors de son séjour à Munich, il y a plusieurs années, il fut forcé de s'abriter sous un Rathauskeller infesté. Il croit qu'il y fut mordu par un Hiranuma — (une variété du *rattus rattus japonica*). La fièvre en résulta aussitôt en même temps que d'étranges troubles mentaux, i.e., un désir d'aller hiverner en Russie. Le patient s'y refroidit, mais le climat de Stalingrad lui déplut. Une étrange incontinence de langage s'ensuivit, marquée par une forte confusion mentale; cet état a persisté et certains événements, survenus même le jour précédent, interprétés par le malade, sont méconnaissables. Aucune distinction n'est faite entre la vérité et la fantaisie. L'anémie s'ensuivit et la langue est d'une teinte blanchâtre singulière. Le malade déclare qu'un perpétuel exercice de cet organe lui procure un soulagement partiel.

DIAGNOSTIC:

Fièvre consécutive à une morsure de rat compliquée de psychonévrose et d'anémie.

TRAITEMENT:

Glossotomie.

Le patient est, sans aucun doute, un agent vecteur. Comme mesure de protection, il est recommandé qu'on le séquestre dans une atmosphère d'hydrogène cyanique durant au moins six heures. Presque invariablement pareil traitement est fatal, mais vu les circonstances particulières qui entourent ce cas, il est fortement conseillé.



TABLETTES BECOL

Activité étendue -- Économie

FORMULE — par tablette:

Hydrochlorure de thiamine, 2,000 U.I.	6 mg.
Riboflavine	3 mg.
Hydrochlorure de pyridoxine	250 gammas
Pantothénate de calcium...	500 gammas
Niacinamide	20 mg.

En association avec tous les autres facteurs du complexe naturel B dans 194 mg. de levure de bière et d'extrait de maïs combinés.



Dose:

d'une à trois tablettes par jour.

Présentation:

en fioles de 50 et de 100.

Les Tablettes Becol (Horner) contiennent le complexe vitaminiqne B sous formes synthétique et naturelle — en un petit comprimé enrobé de chocolat — et sont d'un coût modéré pour les patients.

FRANK W. HORNER LIMITED
MONTREAL CANADA



CHARRIER & DUGAL, Limitée, imprimeurs-lithographe, Québec.

VAGINITE À

TRICHOMONAS

STOVAGINAL

Le Stovaginal est tout particulièrement indiqué dans les infections vaginales se traduisant par de la leucorrhée et causées par le *Trichomonas vaginalis*.

Son emploi est également très efficace dans les cas de leucorrhée causée par des infections mixtes ou non-spécifiques.

COMPRIMÉS VAGINAUX en FLACONS de 20, 100 et 500
POUDRE VAGINALE en FLACONS de 30 et 200 Grammes.

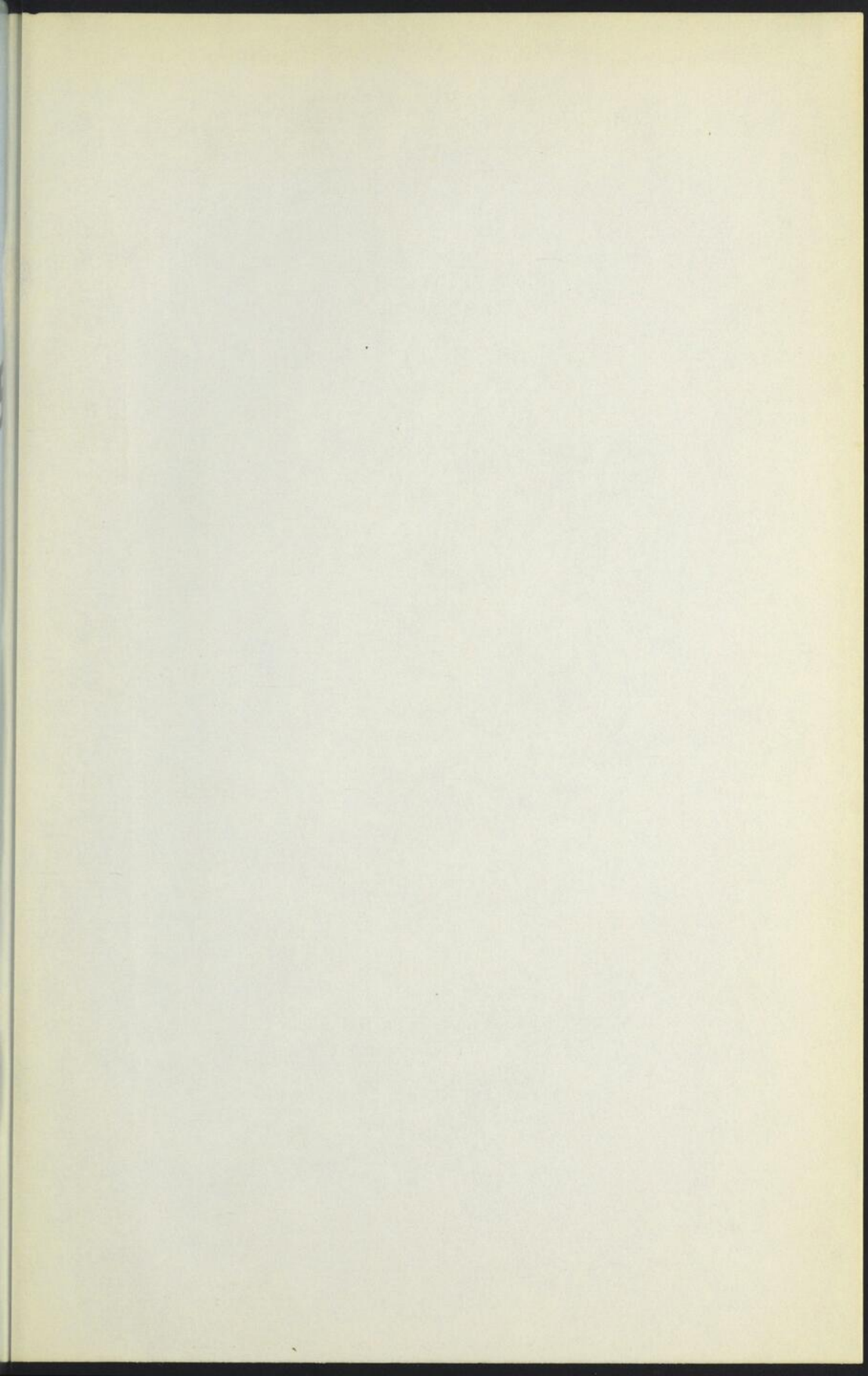
MM, les médecins sont priés de faire la demande d'échantillons.

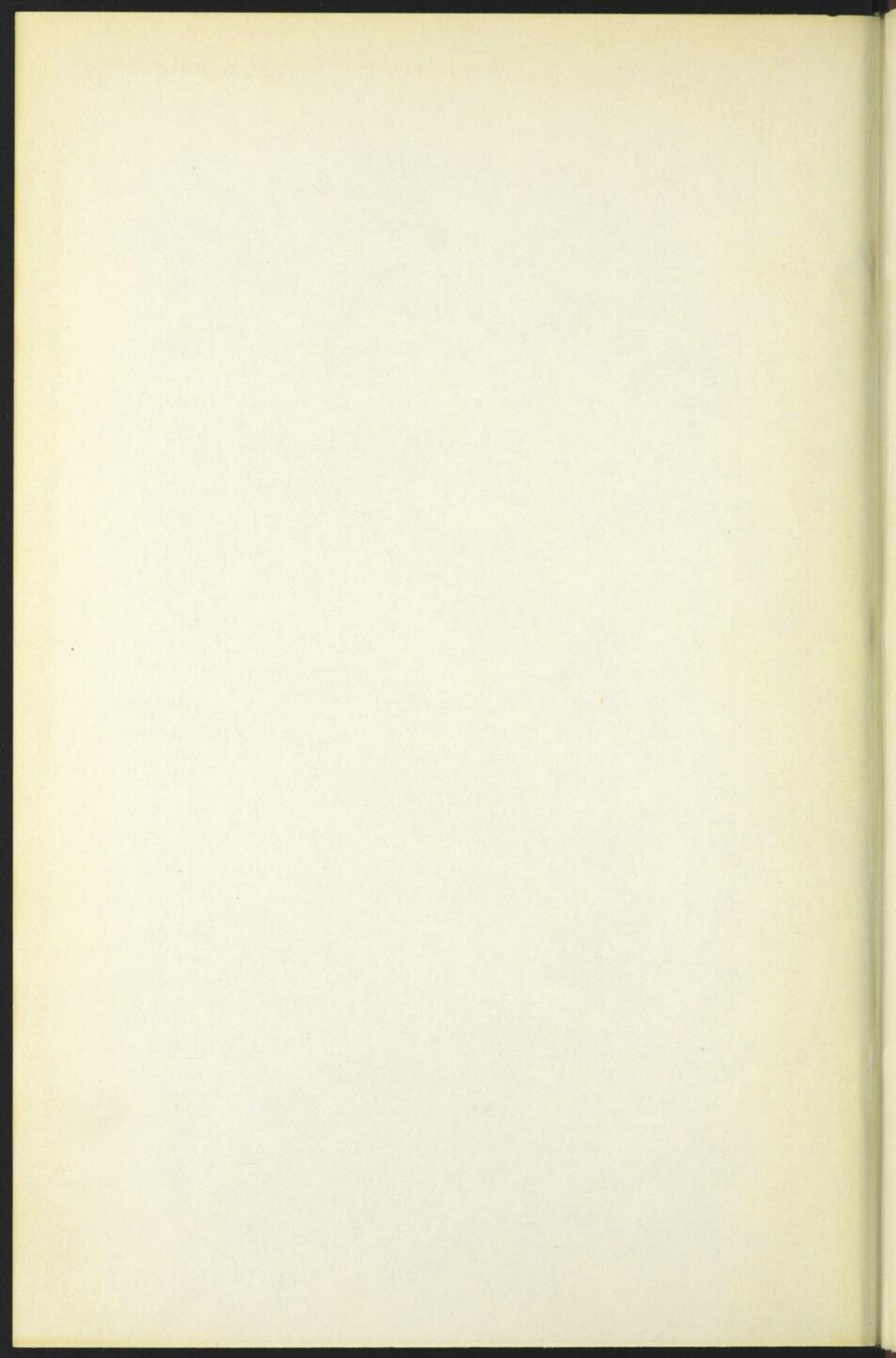
LABORATOIRES

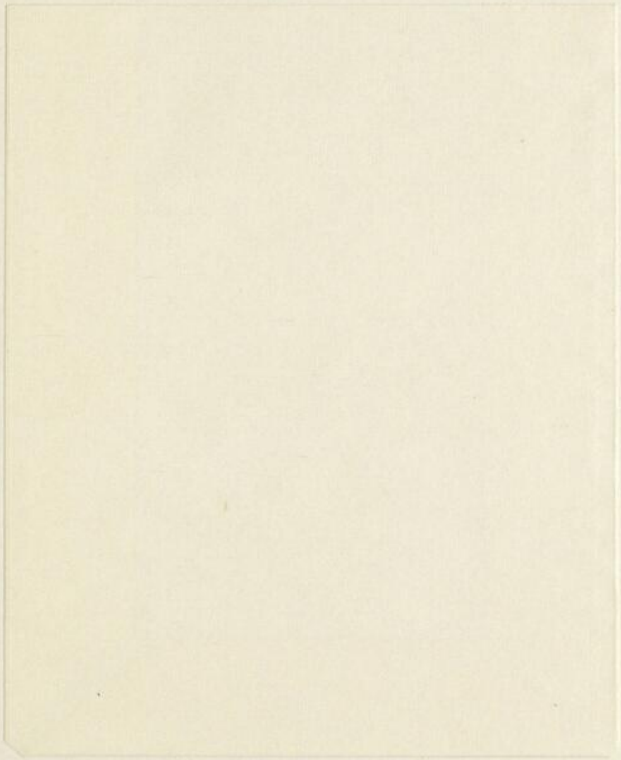
Poulenc Frères

DU CANADA LTÉE

204, PLACE YOUVILLE • MONTRÉAL







REV
S 610.5
L 381 me

203327

LES ATELIERS DE RELIURE
MARC BEAUDOIN

