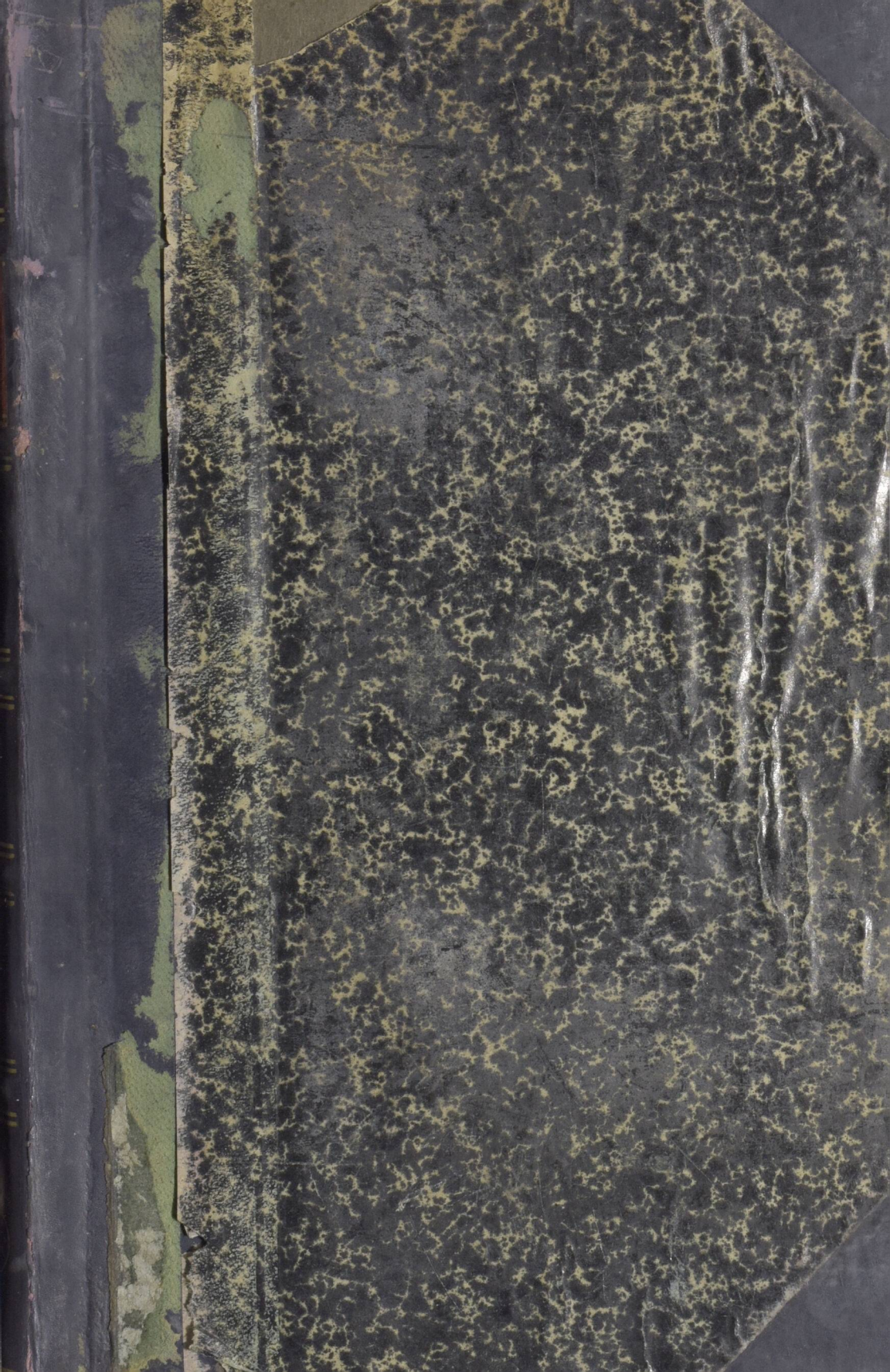




Bulletin Medical

DE QUEBEC.



DIRECTEUR:

Albert JOBIN

Professeur de clinique des maladies contagieuses,
Médecin de l'Hôtel-Dieu.
(44, rue Caron, Québec)

REDACTEURS :

Henri PICHETTE

Assistant du service laryngologique
à l'Hôtel-Dieu.

Georges GREGOIRE

Ass. clinicien à l'Hôtel-Dieu,
Médecin du dispensaire anti-tuberculeux.

Roland DESMEULES

Ass. à la clinique médicale
à l'Hôtel-Dieu.

Léonide REID

Ass. à la clinique médicale
à l'Hôtel-Dieu.

ADMINISTRATION:

Dr Georges RACINE

432, rue St-Joseph, Québec.



SOMMAIRE

JANVIER 1924

BulletinA. Jobin 1

ARTICLES ORIGINAUX

Phénomènes anaphylactiques, dans asthme, rhume des foins, corvza spasmodique.....H. Pichette 3
Diagnostic différentiel des spondylites et spondylarthroses ostéo-articulaires syphilitiques et tuberculeuses.....G. Audet 9
Congestions pulmonaires primitivesR. Desmeules12

CONGRES MEDICAL

a) Lettre circulaire17
b) Correspondance18

THERAPEUTIQUE

Les injections sous-cutanées de novarsénobenzol ..H. P.19
Traitement de l'angine de Vincent.....H. P.19
Les abcès de la langueH. P.20
Pityriasis du cuir chevelu (traitement).....21
Conseils au sujet des tuberculeux23

REVUE ANALYTIQUE

Notions nouvelles sur la scarlatine.....25
Anthrax de la lèvre supérieure.....27
Santonine dans gangrène diabétique.....28
Magnésie dans les tumeurs malignes.....29

VARIETES

Pensées paradoxales32
La morale professionnelle.....31

Seules EAUX ALCALINES
RECONSTITUANTES

POUGUES

ST-LEGER - ALICE

Etablissement Thermal

ouvert du 15 Juin au 30 Septembre

EAUX DE REGIME par EXCELLENCE des

Dyspeptiques, Neurasthéniques
des

FAIBLES ET DES CONVALESCENTS

Echantillons Gratuits aux Docteurs

Paris, Cie de Pougues

15-17, Rue Auber.

CARABANA



EAU NATURELLE
Minéralisation unique et
sans rivale



PURGATIVE
Par son sulfate de soude



DEPURATIVE
Par son chlorure de
calcium



ANTISEPTIQUE
Par son Sulfure de
Sodium



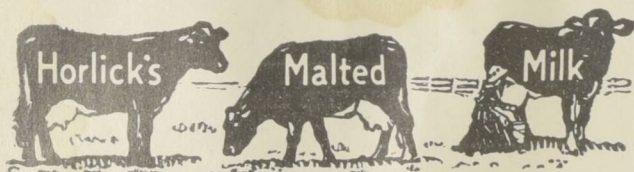
SE TROUVE DANS
TOUTES LES PHAR-
MACIES DU CANADA.

CARABANA

Agents pour le Canada:

ROUGIER, FRERES,

210, rue Lemoine, Montréal.



L'ORIGINAL. — Méfiez-vous des contrefaçons.

Très utile dans
le traitement dié-
tétique de vos
patients.

Horlick's Malted Milk est bien toléré par le malade.
Son assimilation se faisant sans le moindre effort di-
gestif, il est d'une efficacité incontestable pour le
maintien des forces au moment où l'organisme est
épuisé par le surmenage ou la maladie.

Echantillons adressées franco sur demande.

Horlick's Malted Milk Co.

RACINE, Wis.

SLOUGH, Ang.

MONTREAL, Can.

BULLETIN

Nos lecteurs trouveront sans doute singulier de nous voir encore à la direction de cette revue médicale. Dans la dernière livraison, nous avons en effet annoncé notre départ. Oh! ce ne fut pas sans regret de notre part, nous l'avouons franchement. On s'attache, voyez-vous, à une oeuvre qui nous a coûté des sacrifices. Mais la tâche étant devenue par trop lourde, nous avons donné notre démission.

Hélas! l'homme propose, et

Les instances réitérées des autorités, et surtout l'offre spontanée d'une aide généreuse de la part de quatre de mes collègues dans le service de l'Hôtel-Dieu de Québec, ont vaincu ma résistance. Je suis revenu sur ma décision, et me voilà de nouveau occupant la chaise éditoriale.

Il me tarde de vous présenter ces quatre vaillants confrères qui sont venus m'offrir leur généreux concours. Ce sont messieurs les Docteurs Henri Pichette, Georges Grégoire, Léonide Reid et Roland Desmeules.

Leur collaboration ne peut manquer d'apporter un regain de vie à notre revue. Et leur expérience, acquise dans les différents services de l'Hôtel-Dieu, auxquels ils sont attachés en leur qualité d'assistants cliniciens, ne saurait manquer de donner à notre périodique un caractère pratique et varié. Déjà le contenu de ce numéro en est la confirmation.

D'avance, je les prie d'agréer l'expression de mes plus sincères remerciements pour le service immense qu'ils vont rendre à notre bulletin québécois.

Etre utile aux praticiens, tel est le mobile auquel nous avons obéi depuis que nous avons la direction de cette revue de médecine. Tel sera aussi notre unique objectif dans l'avenir. Des témoignages nombreux attestent que nous répondons à un désir; et ce nous est un encouragement de continuer dans la même voie.

Il serait puéril à un jeune peuple comme le nôtre, manquant des éléments nécessaires, en fait d'hommes et de laboratoires, de vouloir jouer aux savants; et d'essayer de faire des expériences concluantes. Les Pasteurs ne sont pas encore nés dans notre pays. Nous laisserons donc aux peuples mieux outillés le soin de jouer le rôle de pionniers dans la médecine.

cine. Nous laisserons à nos maîtres européens la tâche de bâtir des hypothèses, après en avoir démolé d'autres, jusqu'à ce qu'enfin ils trouvent la bonne formule.

Quant à nous, remplissant un rôle plus modeste, nous enrégistrerons les faits acquis à la science dans l'art de guérir, et nous nous empresserons d'en faire part aux praticiens. Avant tout c'est à eux que nous pensons, et c'est pour eux que nous travaillons.

Rien ne nous est indifférent, au contraire. Aussi nous réitérons à nos confrères l'avis que nous donnions l'année dernière, à savoir que toutes communications, soit d'ordre médical soit d'intérêt professionnel, trouveront un bon accueil au "*Bulletin Médical*." Nous voulons en faire un organe vivant et qui soit bien l'écho de la profession médicale de notre district.

M. le Docteur Geo. Racine, premier assistant de M. le Dr Rousseau, continuera à s'occuper de la partie administrative. Depuis son entrée en fonction, — ce qui remonte à plus de trois ans, — la partie financière a toujours été en s'améliorant. La liste des abonnés augmente, et les annonceurs trouvent que notre journal est une excellent médium de publicité.

Bref, l'année 1924 s'annonce sous les plus heureux auspices. La tenue du congrès médical de Québec, en septembre prochain, ne peut manquer de jeter un lustre tout particulier sur notre périodique.

Albert JOBIN

**INFECTIONS ET TOUTES
SEPTICÉMIES**

(Académie des Sciences et Société
des Hôpitaux du 22 décembre
1911.)

...LABORATOIRE COUTURIEUX...
18, Avenue Hoche, Paris.

Traitement LANTOL
— PAR LE —

Rhodium B. Colloïdal
électrique

AMPOULES DE 3 C'M.

ARTICLES ORIGINAUX

LES PHENOMENES ANAPHYLACTIQUES, DANS
L'ASTHME, LE RHUME DES FOINS ET
LE CORYZA SPASMODIQUE.

Docteur HENRI PICHETTE,

Assistant du service laryngologique à l'Hôtel-Dieu.

C'est en 1902, que Richet et Portier ont mis en évidence les phénomènes très curieux de l'anapylactie, en injectant à des chiens un poison extrait des tentacules des octinies, sortes d'algues marines. Ces chiens présentaient des phénomènes généraux graves, qui parfois se terminaient par la mort. Quelques années plus tard, Arthus en injectant du sérum de cheval, ou de lapin, observa les mêmes phénomènes; l'animal loin de s'accoutumer aux injections successives, devenait de plus en plus sensible.

Les albuminoïdes animales ou végétales, les cristalloïdes mêmes, introduites sous la peau ou directement dans le courant circulatoire, peuvent après une deuxième injection déterminer les mêmes phénomènes graves, que Charles Richet avait observés chez les chiens.

Si nous voulons définir l'anaphylactie, nous dirons que c'est l'hypermotilité de l'organisme vis-à-vis une substance absorbée par voie viscérale ou par voie para-viscérale. — C'est une sorte d'immunité à rebours.

L'anapylactie spontanée de l'homme est différente de l'anapylactie expérimentale; et ce qui la différencie avant tout, c'est que les phénomènes de choc que l'on observe en clinique semblent ne pouvoir se développer dans bien des cas qu'à la faveur d'un terrain particulier, d'une prédisposition anormale de l'organisme. C'est à ce terrain spécial, propre à l'éclosion des phénomènes de choc, que Widal, Abrami et Lermayez ont donné le nom de diathèse colloïdologique. (1)

Cette diathèse rend compte pour la plus grande part de tous les caprices d'évolution de l'anaphylactie humaine.

Une autre cause qui intervient assez fréquemment dans la genèse de ces phénomènes anaphylactiques, c'est le fonctionnement défectueux des glandes endocrines; mais c'est là une question qui n'est pas encore au point.

* * *

(1)—Widal, Abrami, Lermayez: Anaphylactie et idiosyncrasie — Presse médicale, 4 mars 1922.

Nous savons aujourd'hui, que nous pouvons rattacher à l'anaphylactie un certain nombre de phénomènes, dont l'étiologie était restée jusqu'à ces dernières années à peu près obscure; c'est le cas de l'asthme, du rhume des foins, du coryza spasmodique, de la migraine, des érythèmes, en particulier, l'urticaire, etc. Cependant ces syndromes ne seront rangés dans le groupe des états chroniques d'hypersensibilité que s'ils réunissent certains caractères: (a) ils doivent être précédés de ce qu'on appelle le choc hémoclasique, (b) ces crises doivent être paroxystiques, déclanchées par une cause toujours la même, disproportionnée à l'intensité des phénomènes cliniques.

C'est à Widal et à son école que revient l'honneur d'avoir décrit cette crise hémoclasique; elle est caractérisée par les phénomènes suivants qui sont à peu près constants: chute de la tension artérielle, diminution du nombre des globules blancs, certaines perturbations dans la coagulation du sang, diminution de l'indice réfractométrique du sérum, (2) etc.

La cause déterminante de cette crise hémoclasique est la pénétration dans l'organisme, soit par voie respiratoire, soit par voie digestive, d'un antigène spécifique; albumine, pollen, odeurs diverses, substances cristalloïdes, etc.

Trousseau, il y a déjà longtemps, avait montré que des individus, par le seul fait de respirer des odeurs d'ipéca ou de violette, faisaient des crises d'asthme. Puis, d'autres auteurs avaient observé que les odeurs les plus diverses; odeur de cheval, suint de mouton, pouvaient également déclancher les mêmes phénomènes.

En 1914, Widal et Abrami rapportèrent une observation concluante: il s'agissait d'un homme qui avait passé toute sa vie au contact des moutons, et qui à un moment donné se mit à faire des crises d'asthme, lesquelles crises se reproduisaient chaque fois que d'une façon quelconque il venait en contact avec des moutons. Cette observation était doublement intéressante parce qu'elle permettait d'établir dans l'étiologie des crises d'asthme d'un part la notion de l'antigène spécifique, et d'autre part, la longueur parfois considérable de la période de la sensibilisation.

Pasteur Vallery-Radot (3) rapporta une autre observation très intéressante, c'était celle d'un homme qui faisait des crises d'asthme chaque fois qu'il respirait l'odeur de cheval, et même chaque fois qu'il approchait quelqu'un, qui avait été en contact avec les chevaux.

(2)—Widal, Abrami et Lermayez: Anaphylactie et idiosyncrasie — Presse médicale, 4 mars 1922

(3)—Leçon clinique faite à l'Hôpital Laënnec. Février 1922.

Walker aux Etats-Unis rapporta une observation encore plus typique : il s'agissait d'un homme ayant reçu une transfusion sanguine et qui faisait de l'asthme chaque fois qu'il allait en voiture, cet homme n'avait jamais fait de crise auparavant ; mais en interrogeant le donateur, on apprit que celui-ci était hypersensible à l'odeur de cheval. Ceci ne vous rappelle-t-il pas, l'histoire un peu cocasse que vous avez tous lue dans votre jeunesse : "*Le nez d'un notaire*," d'Edmond About.

Ces observations ont été le point de départ de travaux importants et extrêmement intéressants de Widal et de son école, de Pasteur Vallery-Radot en France ; de Walker aux Etats-Unis.

Walker, après une série de recherches, a démontré que chez les sujets sensibilisés à une certaine substance, on avait une cuti-réaction spécifique, en employant des asthmines diverses ; asthmine du lait, de l'oeuf, de viande ; des poils de différents animaux, des pollens de granulés, des substances chimiques. Ces cuti-réactions peuvent servir au diagnostic, cependant, parfois elles déterminent des phénomènes généraux graves ; et il faut dans bien des cas employer toute une série d'antigènes avant d'avoir une réaction positive.

Enfin si on injecte des doses infinimentésimales d'albumines spécifiques, de poils d'animaux, de pollens, on peut désensibiliser l'organisme vis-à-vis ces substances c'est la méthode de désensibilisation de Walker. Pasteur Vallery-Radot par des cuti-réactions répétées obtient les mêmes résultats.

Ces faits nous montrent que l'asthme essentiel, est un phénomène d'ordre anaphylactique, s'il répond aux conditions que nous avons posées plus haut. Bien entendu, il y a des asthmes d'autre nature, comme l'asthme réflexe à point de départ nasal ou laryngé, l'asthme eurémique, l'asthme cardio-rénal.

* * *

Le rhume des foins a beaucoup d'analogie avec l'asthme ; c'est un phénomène qui semble relever d'une véritable sensibilisation de l'organisme, et dans la symptomatologie duquel, on retrouve les signes décrits à propos de l'anaphylactie. C'est une manifestation assez fréquente de la sensibilisation aux pollens des graminées.

Il débute comme un coryza aigu et donne lieu aux mêmes symptômes d'hydhorrhée, de larmoiement, de céphalée frontale, mais ce qui le caractérise c'est qu'il apparaît à la période de la floraison des graminées.

Par les cuti-réactions et par la désensibilisation de l'organisme au moyen de doses croissantes de vaccins spécifiques, on démontre à l'évidence que le rhume des foins peut être classé parmi les manifestations de l'anaphylactie.

* * *

Le coryza spasmodique, dont la description, originale est due à Bosworth en 1889, a beaucoup d'analogie au point de vue symptomatique avec le rhume des foins; il apparaît cependant en dehors de toute influence saisonnière.

Les crises surviennent tous les trois ou quatre jours, parfois même tous les jours, et se manifestent par une sécrétion nasale très abondante accompagnée d'éternuements, de rougeur des conjonctives, de larmoiement. La crise dure une heure ou deux, puis tout rentre dans l'ordre.

Comme l'asthme et le rhume des foins, le coryza spasmodique peut être rattaché à l'anaphylactie; le cas rapporté par Pasteur Vallery-Radot, en est une belle démonstration. L'histoire de cette malade remonte à 1911: après avoir reçu deux injections de sérum pour une angine diphthérique, cette malade fait tous les matins au réveil, pendant trois mois, une crise d'éternuements répétés; elle éternue plus de 100 fois de suite; au bout de trois mois, ces éternuements qui étaient restés isolés, s'accompagnent d'hydrorrhée nasale.

Depuis, quelle que soit la saison, quel que soit le climat, les crises apparaissent tous les matins au réveil et durent deux ou trois heures. A partir de 1915, aux crises matutinales s'ajoutent des crises post prandiales qui depuis n'ont pas cessé. Les traitements les plus divers ont été employés tant qu'en France qu'en Amérique; tous ont échoué. M. Pasteur, Vallery-Radot, après de patientes recherches, trouve qu'un repas d'albumine déclanche chez sa malade une crise hémoclasique des plus typique, et cette crise précède toujours les symptômes cliniques; de plus le traitement anti-anaphylactique: un cachet de peptone une heure avant le repas, jugule totalement, et la crise hémoclasique, et les accidents cliniques.

Cette intéressante observation nous montre bien que certaines crises d'hydrorrhée nasale relèvent bien de l'anaphylactie. Cependant nous devons ajouter, que de même que pour l'asthme il existe des hydrorrhées nasales relevant d'autres causes; par exemple celles dues à une imperméabilité rénale pour le chlorure de sodium.

Mais si les récentes acquisitions de la science établissent à l'heure présente, d'une façon presque indiscutable la preuve de l'angine anaphylactique de l'asthme, du rhume des foins et du coryza spasmodique, il ne faut pas oublier qu'un autre facteur important entre en jeu dans presque tous les cas: c'est le déséquilibre vago-sympathique. Les asthmatiques sont des vagotoniques et chez eux le réflexe oculo-cardiaque est presque toujours positif. Nous n'insisterons pas sur ce point, mais disons que la

pilocarpine et l'adrénaline sont les excitants spécifiques, la première du vague, la seconde du sympathique; l'atropine au contraire a une action paralysante sur le vague.

Comme conclusion de ce court exposé, nous ajouterons quelques mots sur la question du traitement.

Chez les asthmatiques au moment de la crise le médicament de choix est l'adrénaline, nous venons de voir que c'est l'excitant spécifique du sympathique. Son action est surtout rapide en injections sous cutanées.

Le traitement antianaphylactique proprement dit peut avoir recours à des méthodes spécifiques ou non spécifiques, suivant qu'on aura découvert ou non la substance nocive.

I. *Traitement non spécifique*:—par injections sous la peau où dans les veines d'albumine héhéragène.

(a) *Autohémosérophothérapie*:—On retire quelques centimètres cubes de sang, du sujet, et on les lui ré-injecte immédiatement sous la peau. Ces injections seront répétées tous les jours ou tous les deux jours, pendant 0 à 15 jours. Cette méthode donne quelquefois de bons résultats.

(b) *Autosérophothérapie*.—Le sang retiré est mis à la glacière, et lorsqu'il est coagulé, on injecte le sérum. Les injections sous-cutanées ont peu d'action, mais les injections intra-veineuses agissent bien, malheureusement elles déterminent parfois des chocs extrêmement graves.

(c) *Peptone à 5%* en injections sous-cutanées à la dose de 5cc, tous les jours pendant 5, 10 et même 20 jours.

(d) *Protéines microbiennes*:—C'est-à-dire vaccins et sérums divers.

(e) *Lait stérilisé*:—en injections sous-cutanées. 1 à 2cc à la dose.

(f) *Substances cristalloïdes*:—telles que le carbonate de soude, le chlorure de sodium, en injections sous-cutanées; l'hyposulfite de soude (Lumière).

II. *Traitement spécifique*:—Si on connaît l'antigène spécifique, on aura recours à la méthode de Walker, qui consiste à injecter sous la peau de petites quantités de la substance nocive; ou bien on pourra employer les cuti-réactions répétées, selon la méthode de Pasteur Vallery Radot.

Lorsqu'il s'agit d'un cas d'anaphylactie d'origine digestive, il est beaucoup plus facile d'agir; s'il s'agit d'un sujet sensibilisé au lait, à l'oeuf, à la viande, etc., on fait prendre au sujet une très petite quantité de ces

aliments, trois quart d'heure ou une heure avant les repas; si on ne connaît pas l'aliment en cause, on donne un peu d'albumine sous forme de peptone, de viande et de poisson.

La peptonothérapie mérite d'être essayée dans tous les cas d'anaphylactie; elle donne parfois des résultats surprenants; parce que les cas de sensibilisation aux protéines alimentaires sont peut-être les plus fréquentes. On ne saurait invoquer la spécificité de la peptone dans tous les cas, mais elle agit comme toutes les autres substances étrangères en modifiant l'équilibre humoral instable, de ces malades.

La méthode de Pagniez consiste à faire prendre au malade un cachet, 0 gr. 20 de peptone de viande et 0 gr. 15 de peptone de poisson une heure avant les repas.

Le docteur Georges Portmann, de Bordeaux a modifié un peu la méthode de Pagniez et donne un cachet de 0 gr. 25 de peptone de viande un quart d'heure avant les repas du midi et du soir. (4)

C'est un traitement facile, à la portée de tous les praticiens, et qui je le répète; pour l'avoir employé à plusieurs reprises, donne d'excellents résultats.

Dr Henri PICHETTE

22 janvier 1924.

(4)—Georges Portmann.—L' méthode anti-anaphylactique dans le traitement du coryza spasmodique.—Revue de laryngologie novembre 1922.

IODALOSE GALBRUN

IODE PHYSIOLOGIQUE, SOLUBLE, ASSIMILABLE

Première Combinaison directe et entièrement stable de l'Iode avec la Peptone

DÉCOUVERTE EN 1896 PAR E. GALBRUN, DOCTEUR EN PHARMACIE

Remplace toujours Iode et Iodures sans Iodisme.

Vingt gouttes d'Iodalose agissent comme un gramme d'Iodure alcalin

Echantillons et Littérature : Laboratoire GALBRUN, 3 et 10, r. du Petit-Musc, PARIS

Ne pas confondre l'Iodalose, produit original, avec les nombreux similaires parus depuis notre communication au Congrès International de Médecine de Paris 1900.

Dépôt général pour le Canada: Rougier Frères, 210, rue Lemoine

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL DES LOCALISATIONS OSTEO-ARTICULAIRES SYPHILITIQUES ET TUBERCULEUSES.

DOCTEUR GEORGES AUDET

La syphilis osseuse, héréditaire ou acquise, peut se présenter en clinique, sous un aspect sensiblement identique à celui de la tuberculose osseuse. Y a-t-il dans ces cas, des signes de certitude qui, au niveau même d'une localisation, puissent nous permettre de faire un diagnostic précis ? Dans une maladie fréquemment polysymptomatique, comme la syphilis, ce qui fait le diagnostic, c'est bien plus souvent le groupement des lésions et leur multiplicité, que la symptomatologie propre d'une seule lésion : mais certains signes ont une très grosse valeur. Nous les étudierons successivement dans la syphilis diaphysaire et dans la syphilis épiphysaire.

Syphilis diaphysaire. — S'il s'agit d'une lésion ancienne, telle que des tibias en fourreau de sabre, voilà un signe, dont on ne peut contester la valeur, mais, s'il s'agit d'une lésion relativement récente, où l'os est simplement douloureux à la pression et légèrement augmenté de volume, la question n'est plus aussi simple. Que montre alors la radiographie ? Parfois, elle ne montre rien, c'est que cette réaction périostique douloureuse, que révèle la palpation, est encore trop jeune, trop récente, elle se laisse facilement traverser par les rayons X. Mais, dans une lésion plus vieille, on peut obtenir une image caractéristique. En effet, dans une lésion fermée, la présence d'un fuseau diaphysaire, c'est-à-dire d'un élargissement régulier des deux bandes de tissu compact avec rétrécissement du canal médullaire, peut être considérée comme un signe à peu près caractéristique de la syphilis osseuse. Mais, s'il n'y a pas formation d'un fuseau régulier, si l'hyperostose est plus développée sur une face que sur l'autre, même dans le cas d'une lésion fermée, l'image n'est plus aussi caractéristique, et il peut être alors impossible de faire le diagnostic avec le *spina ventosa* de la tuberculose, si l'examen clinique n'arrive à découvrir d'autres localisations syphilitiques, au niveau des autres os.

Syphilis épiphysaire. — Si la lésion est strictement localisée à l'épiphyse ou même au bulbe de l'os, le diagnostic devient difficile, non seulement avec la tuberculose, mais aussi avec l'ostéomyélite chronique d'emblée. Il est rare cependant qu'une lésion syphilitique soit isolée et que la radiographie ne révèle pas au niveau des autres os des foyers épiphysaires ou diaphysaires, qu'un examen minutieux n'arrive pas à déceler d'au-

tres manifestations, telles que les stigmates classiques, des cicatrices de gommes sous-cutanées, etc... De plus, à l'ostéomyélite et à la tuberculose appartient plus volontiers l'engorgement des territoires ganglionnaires, et le traitement d'épreuve demeurera constamment inefficace. D'ailleurs, le plus souvent, il y a réaction articulaire et le tableau est celui de l'ostéo-arthrite; ce qui peut apporter au diagnostic un nouvel élément par la présence d'un exsudat.

Le diagnostic se fait alors par le tableau clinique, le groupement des localisations, un ensemble de signes cliniques, radiographiques et le laboratoire.

Signes cliniques — Il est classique de décrire quatre formes cliniques, l'arthralgie, l'hydarthrose, la tumeur blanche syphilitique et l'ostéo-arthrite déformante. Pour Mozer, (1) cette division est purement artificielle "*ces formes cliniques ne sont que les différentes phases évolutives successives de la même localisation articulaire.*" Et, durant ces différentes phases, si on excepte l'absence d'engorgement ganglionnaire, la bilatéralité et l'évolution irrégulière par poussées successives, qui appartiennent plutôt à la syphilis, tous les autres signes se retrouvent aussi bien dans une affection que dans l'autre, et le seul examen clinique risque fort d'être insuffisant, s'il ne découvre d'autres lésions associées ou des stigmates manifestes.

Signes radiographiques — Dans la syphilis articulaire au début, il est rare qu'une bonne radiographie ne révèle pas des taches claires au niveau de l'épiphyse, puisque l'on considère que la syphilis articulaire est presque toujours consécutive à une lésion épiphysaire, c'est-à-dire à une gomme qui a fait irruption dans l'articulation (2) ou qui l'irrite par voisinage. Plus tard, ces taches claires disparaissent, mais les contours articulaires se déforment, l'épiphyse s'épaissit et l'image radiographique devient plus opaque. Au niveau de la diaphyse, il est fréquent de découvrir une réaction périostique concomitante qui permet alors le diagnostic.

Laboratoire — Le laboratoire nous apporte des éléments de diagnostic de très grande valeur, par le Wasserman, la réaction à la tuberculine et l'examen de l'exsudat. Mais le Wasserman et la réaction à la tuberculine ne sont que des réactions générales qui ne peuvent pas renseigner définitivement sur la nature d'une lésion. Un Wasserman positif indique que le malade est syphilitique, mais ne prouve pas que la lésion dont il souffre est forcément syphilitique.

Une cuti-réaction négative est un signe très important, parce qu'elle indique que le sujet n'est pas tuberculeux, mais, si elle est positive, elle

(1)—La médecine infantile, Juillet 1923.

(2)—Thèse de Bénazet — Syphilis héréditaire tardive des os longs.

indique simplement qu'il est porteur de bacilles tuberculeux vivants, et l'on ne peut conclure de là qu'il a une tuberculose en évolution, ou que telle lésion en particulier est nécessairement tuberculeuse.

La sous cuti-réaction, produisant une réaction au niveau même du foyer, est au contraire un moyen de diagnostic très précis, mais les dangers qu'elle comporte en font un procédé d'exception.

La présence d'un exsudat, facilite considérablement le diagnostic en rendant possible l'inoculation au cobaye et la recherche des bacilles dans le pus. Et déjà, la nature de cet exsudat peut nous orienter dans un sens, le pus appartenant beaucoup plus à la tuberculose qu'à la syphilis.

L'inoculation au cobaye est un procédé coûteux et assez lent puisqu'il demande au moins six semaines, la bacilloscopie, lorsqu'elle est possible, est beaucoup plus simple et plus rapide.

Si l'exsudat se compose d'un liquide séro-fibrineux, la recherche du bacille, soit directe, soit après inoscopie ou homogénéisation, est souvent infructueuse, il faut recourir à l'ensemencement sur milieu de Pétrof, ou mieux, à l'inoculation au cobaye. Mais, si l'exsudat est purulent, on peut pratiquer la recherche directe du bacille dans le pus en suivant la technique de Mozer (3) qui a donné à son auteur, 94% de résultats positifs dans le pus de première ponction et non infecté secondairement, et 96% après ensemencement sur milieu de Pétrof (4). Dans les pus infectés, les résultats positifs sont beaucoup moins fréquents et il faut souvent recourir à l'inoculation au cobaye.

Enfin, il est des cas extrêmement difficiles, où les deux maladies co-existant chez le même sujet, paraissent évoluer chacune pour leur compte, sans s'associer manifestement. Dans ce travail uniquement consacré à l'étude du diagnostic différentiel des deux affections, il n'y a pas lieu d'étudier jusqu'à quel point cette co-existence peut modifier leur évolution et leur aspect clinique respectifs, mais il semble bien établi qu'un traitement antisiphilitique ne modifie pas sensiblement les lésions osseuses tuberculeuses, alors qu'on observe une régression rapide des lésions spécifiques. Et dans ces cas d'hybridité, c'est souvent le seul moyen d'arriver à extraire d'un ensemble clinique plus ou moins complexe, ce qui revient à l'une ou à l'autre des deux affections.

Docteur Georges AUDET

Paris, 26 janvier 1923.

(3)—La Société de Biologie, 6 août, 1920.

(4)—Thèse de Gauquelin — Etude critique de quelques procédés de laboratoire.

CONGESTIONS PULMONAIRES PRIMITIVES

DOCTEUR ROLAND DESMEULES,

Médecin Assistant à l'Hôtel-Dieu de Québec.

J'ai trouvé très important, au cours de mon séjour dans un service hosp italier, de bien connaître les différentes formes de congestions pulmonaires primitives, de savoir les bien distinguer des affections franches du poumon : la pneumonie et la pleurésie, et aussi d'avoir bien en mémoire les signes qui les séparent les unes des autres. C'est pourquoi, je veux dans ces quelques pages en retracer l'évolution et les symptômes cliniques, et rendre ainsi, un peu service à mes confrères de cette Province, exposés à cause des rigueurs de notre climat, à rencontrer fréquemment ces congestions pulmonaires idiopathiques.

On peut dire d'une façon générale, suivant Louis Ramond, que la congestion pulmonaire est constituée par l'accumulation anormale de sang dans les vaisseaux des poumons. Quelle est la cause de cette affection pulmonaire ? Il est clairement démontré que la cause première de cette congestion est l'infection ; et le microbe le plus souvent en cause est le pneumocoque, seul ou associé à d'autres agents microbiens. Cette infection se développe au poumon à l'occasion de causes adjuvantes qui sont, le plus souvent, les refroidissements de l'organisme si fréquents en notre pays.

La congestion pulmonaire primitive se présente sous les quatre formes suivantes : la congestion pulmonaire à forme pneumonique, la pleuro-congestion, puis la spléno-pneumonie, et enfin la fluxion de poitrine.

Voyons en premier lieu la congestion pulmonaire à forme pneumonique. C'est Woillez qui en 1854 l'a décrite d'une façon remarquable, et c'est depuis lors qu'elle porte le nom de maladie de Woillez. Son début est brusque et sans pardon ; le malade s'est refroidi et a un frisson, ou plutôt plusieurs frissons ; la température monte à 103° ou à 104°, et en même temps apparaît un point de côté très douloureux. Le malade tousse peu ou pas ; l'expectoration donne des crachats gommeux, adhérents, non pas rouillés mais striés de sang. La dyspnée est modérée, les symptômes généraux peu accentués. Si on fait l'examen physique du patient, on constate de l'augmentation thoracique du côté malade (Woillez). Puis à l'endroit atteint du poumon, généralement en arrière et à la partie inférieure, la percussion nous donne de la submatité ; l'auscultation nous indique d'abord de l'obscurité respiratoire, puis s'installe un souffle doux,

superficiel, étalé. Par la palpation, on s'aperçoit que les vibrations vocales ne sont pas augmentées, et que même elles sont souvent diminuées. La température va rester élevée durant quatre à cinq jours, puis la défervescence va se produire d'une manière brusque, laissant le malade dans un état général satisfaisant, mais conservant encore pour quelque temps des signes physiques qui s'atténueront ensuite.

Il est évident que le seul diagnostic qui s'impose et qui doit se faire, c'est avec la pneumonie franche. Ce diagnostic se fait sur des nuances, et c'est ici que le médecin doit employer toutes ses facultés d'observation et d'interprétation des faits. Remarquons ce que nous avons, dans la maladie de Woillez, et considérons en regard ce que nous rencontrons dans la pneumonie : pas de frisson unique, solennel, mais plutôt des frissons qui se succèdent ; pas de matité franche, mais de la submatité ; des vibrations vocales non pas augmentées, mais diminuées ; et le souffle n'est pas tubaire, mais doux et superficiel ; les crachats ne sont pas sanguinolents, mais striés de sang. De plus, la mobilité et la variabilité des signes physiques de la maladie de Woillez, s'opposant à la fixité et à l'immobilité des signes pneumoniques. (Louis Ramond.)

Il faut aussi savoir que la durée de l'affection nous fournit un élément très important du diagnostic ; en effet, dans la pneumonie la défervescence se produit après sept ou neuf jours, tandis que dans la congestion à forme pneumonique, elle a lieu après trois ou quatre jours. Enfin, la dyspnée et l'état toximique sont beaucoup plus marqués chez le pneumonique que chez le malade souffrant de la maladie de Woillez.

La deuxième forme de congestion pulmonaire primitive est la pleuro-congestion. Elle a été étudiée par Potain en 1883, et porte le nom de maladie de Potain.

Son évolution peut se diviser en deux phases, l'une qui est pleuro-pulmonaire et l'autre pleurale. La première phase est celle du début : le malade est pris, comme dans la maladie de Woillez, de frissons, point de côté, ascension brusque de la température ; mais ces symptômes sont moins marqués que dans la congestion à forme pneumonique. A cette période, nous avons de la matité et de la diminution des vibrations vocales à l'endroit phlegmasié. Et l'auscultation nous indique des signes d'une congestion pulmonaire : souffle doux, inspiratoire et expiratoire ; mais en plus nous avons des phénomènes résultant d'une inflammation de la plèvre ; c'est ainsi que nous entendons des râles fins qui naissent en bouffées inégales, râles que Potain a nommées, crépitatines, pleurales. Puis la réaction pleurale gagnent du terrain, nous constatons alors des frottements qui précèdent l'apparition du liquide. Mais voici pue la phase pleu-

rale est établie et nous avons maintenant des signes physiques d'un épanchement considérable, qui nous paraît d'autant plus étendu qu'au lieu de rencontrer un poumon qui flotte sur le liquide, comme dans la pleurésie, nous en trouvons un congestionné qui y plonge et en élève le niveau. Alors la matité est plus étendue et plus prononcée, les vibrations vocales sont diminués surtout à la base, et l'auscultation nous donne toujours un souffle, mais il est plus éloigné et plus doux.

Le diagnostic de la pleuro-congestion doit se faire, à la période de début, avec la maladie de Woillez; nous avons alors pour nous guider la présence de signes d'inflammation pleurale; ce sont les crépitations pleurales et surtout les frottements, par ces phénomènes nous voyons que la plèvre est affectée et qu'il ne s'agit pas d'une simple congestion pulmonaire à forme pneumonique. Lorsque la pleuro-congestion est rendue dans son évolution, à la véritable phase pleurale, et que nous sommes à la période d'état de l'affection, il importe nécessairement de la distinguer de la pleurésie. Ce diagnostic est très important, et pour le médecin, et pour le malade: pour le médecin, qui croyant à une pleurésie à grand-épanchement, intervient à tort par une thoracenté chez son patient, et ainsi se cause un tort considérable après de la famille; pour le malade, qui aura ainsi souffert inutilement et ne verra aucune amélioration dans son état. Quels sont donc les signes qui vont nous aider à trancher le diagnostic de la pleuro-congestion de celui de la pleurésie? Ici, je ne peux mieux faire, que de mettre devant vous ce qu'a écrit M. Rénon: " Dans la pleuro-congestion, la matité n'est jamais absolue, pas tout-à-fait hydrique et franche; les vibrations sont plutôt diminuées qu'abolies; le souffle au lieu d'avoir le timbre aigre de celui de la pleurésie vraie, et de ne s'entendre qu'à la partie supérieure de l'épanchement, est un double souffle inspiratoire et expiratoire, à timbre bronchophonique, étalé sur toute la surface de l'épanchement; enfin il existe souvent de l'expectoration, preuve de la réaction alvéolaire, tandis que dans la pleurésie simple, la toux reste toujours absolument sèche."

La durée de la pleuro-congestion est plus longue que celle de la congestion à forme pneumonique, et longtemps après la période aiguë, on peut déceler encore à l'auscultation des signes d'attente antérieure de la pleurésie et du poumon.

Voyons maintenant la troisième forme de congestion pulmonaire. C'est la spléno-pneumonie, étudiée par Grancehr et par Queyrat. Son début n'a rien de particulier: il est marqué par des frissons répétés, un point de côté, de la dyspnée et de la toux qui est suivie parfois d'expectoration gommeuse.

Les signes physiques de la maladie de Grancher, qui siège habituellement à gauche, simulent ceux d'une pleurésie; c'est pourquoi, cette forme de congestion présente des allures spéciales. Nous avons de la voussure thoracique, de la matité, la disparition du murmure visiculaire, et l'existence d'un souffle doux, voilé, accompagné d'égophine et de pectoriloquie aphone.

L'évolution de cette variété de congestion est assez longue; c'est après douze à quinze jours que les phénomènes physiques changent d'apparence, et alors nous avons des râles, puis les vibrations thoraciques réapparaissent.

Il est évident par les symptômes que je viens d'énumérer, que le diagnostic de la spléno-pneumonie est à faire avec la pleuro-congestion et avec la pleurésie. La maladie de Potain se distingue à sa période pleuropulmonaire de la maladie de Grancher, parce que nous avons alors une réaction pleurale se traduisant à l'examen par la présence de râles spéciaux, décrits sous le nom de crépitations pleurales. Plus tard, lorsque la réaction pleurale s'est manifestée par la production de liquide, il n'y a que la ponction explorative qui renseignera le médecin. Mais le diagnostic important de la spléno-pneumonie est à faire avec la pleurésie. C'est Grancher qui en a décrit les signes différentiels, qui sont, il faut l'avouer, plus ou moins utiles au médecin, en pratique. Il nous énumère les symptômes suivants qui appartiennent à la spléno-pneumonie et qui n'existent pas dans la pleurésie: l'absence de déviation latérale du sternum, la conservation de l'espace sonore de Traube, pas de déplacement du coeur, la présence après la toux de bruits pulmonaires, sous forme de râles fins, l'existence d'une expectoration gommeuse, indice d'atteinte pulmonaire. En pratique, le seul signe certain, est la ponction exploratrice, qui nous indique, s'il existe ou non du liquide.

Et maintenant, j'en arrive à la dernière forme de congestion pulmonaire, qui est la fluxion de poitrine. C'est surtout le maître Dieulafoy qui l'a étudiée et décrite de façon remarquable. Le grand caractère de cette variété de congestions, c'est qu'elle atteint en même temps les bronches, le poumon, la plèvre et aussi, et c'est par là qu'elle a son caractère propre, les parties constituantes du thorax.

Le début de la fluxion de poitrine, fait penser à celui de la maladie de Woillez: frissons, toux, température élevée, puis s'installent de la dyspnée, et un point de côté très douloureux. A l'examen du malade, nous constatons une hyperesthésie cutanée assez étendue, avec douleur marquée à la pression des muscles intercostaux, et même de ceux des régions lombaire et abdominale. La percussion nous donne, de la submatité à l'endroit où siège la douleur, et nous trouvons à l'auscultation, des râles de bron-

chite dissiminés dans la poitrine, une respiration soufflante, et des frottements, signes d'une atteinte pleurale.

L'évolution de cette affection est assez courte et elle ne laisse pas de traces de son passage.

Il faut distinguer la fluxion de poitrine de la broncho-pneumonie pseudo-lobaire; mais en étudiant le malade, nous voyons qu'il n'a pas cette atteinte grave de l'organisme que nous rencontrons dans la broncho-pneumonie, et de plus la lésion ne siège que d'un côté de la poitrine, ce qui sert à trancher la question.

Voilà, retracés en quelques pages, les symptômes essentiels, et les moyens de diagnostic des congestions pulmonaires primitives. J'aurais aimé voir ce travail plus complet, mais j'espère que malgré tous ses défauts, il rendra quelques services, à mes confrères de cette Province.

Docteur Roland DESMEULES

REGYL

à base de peroxyde de magnésium et de
chlorure de sodium organique

Echantillons gratuits à MM. les Docteurs

DYSPEPSIES — GASTRALGIES

Rebelles aux traitements ordinaires
8 fr. 50 LA BOITE POUR UN MOIS.

Laboratoires FIÉVET

53, rue Réaumur, PARIS

Dépôt : MONTREAL, 820, Saint-Laurent.

ASSOCIATION DES MEDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMERIQUE DU NORD.

VIIIème CONGRES

(Lettre circulaire)

Québec, 15 décembre 1923.

Monsieur et très honoré confrère,

Nous avons l'honneur de vous annoncer que le huitième Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord se tiendra à Québec en septembre 1924.

Le succès toujours croissant de ces réunions et l'accueil sympathique qu'elles reçoivent démontrent clairement l'intérêt qu'elles suscitent dans la profession. Il importe qu'en cette circonstance l'élément médical canadien français sache s'affirmer et conserver la place prépondérante que lui ont acquise sa formation scientifique et sa culture française.

L'étroite collaboration du corps médical, jointe au dévouement et au talent d'organisation du Comité exécutif, n'a-t-il pas été la clef du merveilleux succès du dernier congrès tenu à Montréal en 1922? Nous comptons donc que chacun apportera son concours afin de faire de ce 8ième Congrès un succès sans précédent tant au point de vue scientifique qu'au point de vue de l'assistance.

Nous avons déjà l'assurance qu'une nombreuse délégation française viendra, en nous apportant le salut de la France, rehausser de tout l'éclat de son prestige, cette prochaine réunion.

Outre les questions d'ordre général qui seront inscrites au programme, nous engageons fortement les confrères qui voudraient traiter un sujet particulier, à nous faire connaître dès à présent le titre de leur travail.

Nous donnerons dans une prochaine circulaire le programme au complet.

Nous vous adressons ci-joint un bulletin d'adhésion que vous voudrez bien signer et nous faire parvenir immédiatement. Cette formalité nous aidera beaucoup en simplifiant notre travail d'organisation.

Dans l'espoir que notre appel recevra un accueil favorable, nous vous prions d'accepter, Monsieur et cher confrère, l'assurance de nos sentiments distingués.

Le Secrétaire Général:

Dr. Geo. A. Racine

Le Président:

A. Vallée

CORRESPONDANCE

LE PROCHAIN CONGRES MEDICAL

Une circulaire nous annonce que le huitième Congrès de "l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, se tiendra à Québec, en Septembre 1924."

Nous saisissons cette occasion pour faire une suggestion aux organisateurs de ces assises médicales.

Par habitude et nécessité du métier, les médecins ne sont généralement pas, pour nous servir de l'expression à la mode des "*week-enders*." Pour le praticien de campagne surtout, il importe d'être à son bureau le dimanche, la journée la plus remplie de la semaine. Aussi bien lui faut-il compter avec l'horaire et les raccordements des trains de chemins de fer, et quitter le lieu de réunion du Congrès le samedi midi, même le samedi matin. Si le Congrès siège ce jour-là, nombre de médecins éloignés, qui ont fait des dépenses de temps et d'argent assez considérables, ne pourront assister aux dernières séances, encore moins prendre part aux réunions sociales, aux excursions etc., qui clôturent généralement ces assemblées. C'est ce qui est arrivé à Québec, en 1920 et à Montréal en 1922.

Personnellement nous avons dû quitter Québec le samedi midi et Montréal le samedi matin.

Pour éviter cet inconvénient et permettre aux congressistes de suivre le programme du premier au dernier item, nous suggérons aux organisateurs de fixer la date du Congrès au mardi, mercredi et jeudi ou mercredi, jeudi et vendredi, laissant le samedi libre pour le retour au foyer.

Un Congressiste.

3 janvier 1924.

N. D. L. R.—

Avant la réception de cette correspondance, le comité exécutif avait prévu l'objection ci-dessus, et avait fixé les séances du congrès de Québec, au 10, 11 et 12 septembre prochain. Ce congrès commencera donc le mercredi pour se terminer le vendredi.

LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE NOVARSÉNOBENZOL.

Depuis plusieurs années, A. Poulard fait dans son service de l'hôpital des enfants malades, des injections d'arséno-benzol par voie sous-cutanée. C'est une méthode facile, et qui dans bien des cas peut rendre de grands services aux praticiens. Voici la technique très simple de ces injections. Les objets nécessaires pour pratiquer l'injection sont :

Une seringue en verre de 2 ou 1 cms.

Une aiguille de 3 cm., c'est-à-dire une aiguille courte.

Une ampoule contenant 15 centigrammes de novarsénobenzol.

Une ampoule contenant 1 cmc de novocaïne à 1 pour 100.

Dans l'ampoule de novarsénobenzol on fait passer la novocaïne : la dissolution se fait en un instant.

Avec la seringue on reprend le novarsénobenzol ainsi dissous et on l'injecte dans la fesse. Il n'y a pas de point d'élection, pour faire l'injection, avec une aiguille courte (3cm) il n'y a pas de danger de toucher les vaisseaux ou les nerfs importants de la fesse. Ce sont des injections sous-cutanées et non des injections intra-musculaires.

Ces injections sont faites tous les jours ou tous les deux jours suivant la rapidité avec laquelle on veut agir.

Ces injections n'immobilisent pas le malade. Poulard n'a jamais vu se produire d'accidents locaux ou généraux.

H. P.

TRAITEMENT DE L'ANGINE DE VINCENT

par P. Lassabière.

Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie.—13 décembre 1923.

L'examen bactériologique de l'exsudat pharyngé précède tout traitement. Le traitement local consiste après enlèvement des exsudats avec un tampon sec, en badigeonnage avec :

Novarsénobenzol 0 gramme 25

Eau distillée X à XX gouttes

Glycérine pure 11. cc

alternés avec :

Bleu de méthylène 3 grammes

Glycérine { aa 5 grammes

Alcool {

Dans les angines graves, on a recours aux lavages chauds de la gor-

ge avec du sérum physiologique à 9/1,000, où de la liqueur de Labarraque diluée dix fois avec de l'eau bouillie contenant une cuillerée à soupe de bicarbonate de soude par litre.

Le traitement général comporte dans les cas graves, des injections intra-veineuses d'arsénobenzol, la vaccino et la sérothérapie, l'arsénic, l'abcès de fixation s'il y a septicémie. L'alimentation comporte : lait, bouillons, potages, oeufs. Dans la convalescence, on donne du fer et du manganèse. L'examen bactériologique seul permet de suspendre le traitement local.—

H. P.

LES ABCÈS DE LA LANGUE

Par les Docteurs V. Combier et J. Murard.

Progrès médical, 13 septembre 1922.

Les infections aiguës de la langue, sont beaucoup plus rares que celles de la gorge, cela tient à ce que la trame tissulaire de cet organe est très dense et très résistante à l'infection ; au contraire le tissu lymphoïde de l'amygdale est fenêtré et se défend très mal.

Les glossites aiguës, sont des glossites de surface, ou des glossites de profondeur ; les premières banales accompagnent les stomatites ; les secondes, paremchymateuses, se traduisent soit par des abcès profonds, soit par une sorte de fluxion oedémateuse sans pus. On les observe surtout chez les adultes masculins, diabétiques, typhiques, débiles, etc.

Les abcès de la base de la langue sont de beaucoup les plus graves, à cause des troubles qu'ils déterminent : troubles de la mastication, de la déglutition, de la respiration, et parce qu'ils ont tendance à se propager vers la profondeur.

Ces abcès évoluent parfois sans température et avec des phénomènes généraux graves. L'intervention doit être précoce. Pour les abcès superficiels, il suffit de les débrider par le bord libre de la langue ; l'hémorragie est généralement peu importante. Les abcès profonds doivent être ouverts par une incision médiane dans la région sus-hyoïdienne.

H. P.

THERAPEUTIQUE DERMATOLOGIQUE

Par MM. Lortat-Jacob, médecin de l'Hôpital Saint-Louis,
et Legrain, assistant de consultation.

PITYRIASIS DU CUIR CHEVELU.

Le pityriasis du cuir chevelu est une affection extrêmement fréquente, caractérisée par la présence à son niveau de squames sèches, fines, furfuracées qui tombent et se reproduisent avec rapidité. Le derme sous-jacent présente rarement des lésions appréciables, mais le prurit est fréquent, très variable au point de vue de son intensité.

Le pityriasis du cuir chevelu peut exister sans la moindre alopecie, mais celle-ci survient dans la majorité des cas au bout d'un temps plus ou moins long.

En raison de l'alopecie qui peut l'accompagner de son aspect déplaisant, et des eczémas qui peuvent le compliquer, le pityriasis doit être traité.

TRAITEMENT.

Le traitement du pityriasis est avant tout un traitement externe, mais dans le cas de tares organiques révélées par l'examen complet du malade, celles-ci seront traitées sans aucune idée préconçue ou systématique, de même, qu'il sera loisible de modifier l'état constitutionnel des sujets par des préparations arsénicales, phosphorées, etc.

Le traitement externe comportera, selon les différents cas, l'usage des savonnages, des lotions et des applications de pommades.

1°.—*Savonnages*.—Les savonnages répétés ne sont à prescrire que chez l'homme (chez la femme, ils sont d'application difficile, desséchant les cheveux et les cassant). On les renouvellera 2 ou 3 fois par semaine, avec de la décoction de bois de Panama et de saponaire, ou de l'eau chaude avec du savon au goudron ou au naphthol.

2°.—*Lotions*.—(a) Sulfureuses.—A base de polysulfure de potassium. Tous les soirs ou tous les 2 soirs, faire une lotion du cuir chevelu avec un mélange contenant pour un quart de verre d'eau chaude X à XL, gouttes de polysulfure de potassium liquide, ou utiliser la solution suivante toute préparée :

Polysulfure de potassium liquide.....	5 grammes
Teinture de benjoin.....	10 grammes
Eau distillée.....	250 grammes

(b)—A base de goudron. Les plus utilisées sont les lotions à base de coal tar saponiné du Codex coupé de 4 à 6 fois son volume d'eau, ou la suivante :

Coal tar saponiné de Codex.....	50 grammes
Alcool à 60°.....	250 grammes

Les émulsions à base d'huile de cade sont de préparation difficile et avantageusement remplacés par des produits spécialisés (collosol à l'huile de cade, etc.)

(c)—Mercurielles.—On y associe souvent la résorcine à l'ammoniaque comme dans la formule suivante :

Sublimé	0 gramme 20
Ammoniaque et résorcine	1 gramme
Eau distillée de laurier-cerise	10 grammes
Eau	90 grammes

(d)—Alcooliques.—Les lotions alcooliques légères sont d'un emploi courant, surtout pour l'entretien du cuir chevelu, et fréquemment associées aux préparations précédentes selon la formule suivante :

Résorcine	1 gramme
Acide salicylique	1 gramme
Sublimé	0 gramme 30
Alcool à 60°.....	250 grammes
Alcoolat de mélisse.....	20 grammes
(Sabouraud)	

(3)—Pommades.—Les pommades sont à base de soufre, d'huile de cade, ou de mercure selon les formules suivantes :

- | | | |
|----|---------------------------------|----------------|
| 1° | Soufre précipité | 5 grammes |
| | Acide salicylique | 1 gramme |
| | Baume du Pérou | 4 grammes |
| | Lanoline | 10 grammes |
| | Vaseline | 30 grammes |
| | * * * | |
| 2° | Huile de cade désodorisée | 10 grammes |
| | Lanoline | } à 10 grammes |
| | Vaseline | |
| | * * * | |
| 3° | Oxyde jaune de mercure | 1 gramme |
| | Vaseline pure | 20 grammes |

Indications et mode d'emploi des préparations précédentes.

Les savonnages répétés 2 ou 3 fois par semaine ne sont à prescrire que chez l'homme.

Les lotions sont d'application facile, elles sont suffisantes dans les formes légères, mais moins actives que les pommades auxquelles il est préférable de recourir dans les cas de quelque intensité. Les lotions, surtout les lotions au polysulfure de potassium et les lotions alcooliques dessèchent le cuir chevelu et parfois peuvent exagérer la production des pellicules ; il suffit d'être averti de ce fait et employer dans ces cas les pommades.

Les pommades sont donc les préparations les plus actives, pour en diminuer les inconvénients chez les femmes, celles-ci seront appliquées raie par raie, en très minime quantité, par un massage, et enlevées le lendemain avec des boulettes d'ouate hydrophile imbibées d'eau savonneuse, ou d'un liquide dégraissant (alcool, éther, liqueur d'Hoffman). On évitera ainsi les lavages de tête, toujours difficiles sans trop mouiller les cheveux.

Ces applications (lotions, pommades) seront faites tous les 2 jours d'abord jusqu'à disparition du pityriasis, et ensuite le traitement d'entretien (une application par semaine) sera continué pour éviter toute récurrence. Quand le pityriasis s'accompagne de chute de cheveux, on associera aux traitements précédents l'usage des lotions stimulantes à base de quinine, de jaborandi, de pilocarpine.

Le Progrès Médical, 2 juin 1923.

QUELQUES CONSEILS A PROPOS DES TUBERCULEUX

A propos d'huile de foie de morue, il faut, paraît-il, ne pas être trop enthousiaste. On ne doit pas dire qu'en dehors d'elle il n'y a pas de salut.

* * *

C'est pour l'huile, comme pour l'alimentation ; ce qui compte, en définitive, ce n'est pas ce que l'on avale, mais ce que l'on digère bien.

* * *

"L'empoisonnement lent par les médicaments, a dit Hayem, est le plus grand danger que puisse courir un malade chroniquement atteint."

* * *

"Le sage médecin, a dit Recheleu, avant que d'ordonner des remèdes, s'enquiert anxieusement de l'indisposition du malade et considère quel est son tempéramment."

* * *

“Je hais les remèdes qui opportunent plus que la maladie.”

* * *

Au début de la maladie on doit s'occuper du tube digestif “*ce laboratoire de la guérison*”, comme l'appelait Grancher. De petites doses de noix vomique stimule l'appétit et les forces.

La diarrhée demande des soins minutieux (tannin, ferments lactiques, etc.; de même les vomissements.

* * *

La toux n'est point aussi domestiquable qu'on veut bien le dire. Elle est souvent pénible, quinteuse, émetisante. L'opium est encore le roi des médicaments, et l'on comprend que Sydenham ait pu dire: “*Nollen praxim medicam exercere si carerem opio*”.

* * *

La fièvre est parfois bien supportée et ne demande pas de traitement. Si elle diminue l'appétit, les forces, de petites doses d'antipyrétiques (antipyrine, pyramidon, cryogénine) sagement administrées, sont très utiles.

* * *

Les sueurs ont une action déprimante, on peut et même on doit les traiter.

* * *

Enfin une raison qui semble capitale pour inciter le médecin à prescrire quelques médicaments aux bacillaires est le côté moral. “Les tuberculeux, a dit Mathieu, retrouvent de la vitalité dès qu'on s'occupe d'eux: ils reprennent courage et renaissent à l'espérance.”

* * *

M. Ameuille pense que le médecin peut arriver à persuader à son malade que la cure de repos, de grand air, la bonne alimentation sont les seules choses utiles et que point n'est besoin de remèdes.

Je crois au contraire qu'il n'en est rien. Je suis d'avis qu'on ne peut se contenter de prescriptions hygiéniques et diététiques et de bonnes paroles. Il ne faut rien faire de nuisible, il faut faire très peu, mais il faut “*faire quelque chose*”.

En face d'un malade atteint par “*la grande faucheuse*” le médecin, ce “*manieur de misères humaines*,” comme l'appelle P. Bourget, ne doit-il pas, par l'administration de certains remèdes, être aussi un colporteur d'espérances.

LES NOTIONS NOUVELLES SUR LA SCARLATINE

(Extraits)

Par JEAN PARAF

Chef de clinique médicale des enfants (1)

Actuellement, il ressort des travaux récents que seule l'angine de la scarlatine est contagieuse, la squame seule, nom imbibée de mucus pharyngé, paraît tout à fait inoffensive, et il semble bien que dans tous les faits rapportés de contagion de la scarlatine par les squames on ne se soit pas mis à l'abri de cette cause d'erreur. Par contre il existe des faits indéniables où un scarlatineux desquamant n'a pas transmis la maladie, telle cette observation de Comby qui a la valeur d'une expérience. D'ailleurs ces observations cliniques ont reçu une pleine confirmation des recherches expérimentales.

Tandis qu'expérimentant chez l'enfant, Stickler obtient des résultats positifs en inoculant le mucus pharyngé de scarlatineux, Stoll, Miquel, Harwood Ashmead, n'ont eu que des échecs en opérant avec des squames. Cantacuzène, Klimenko ont obtenu des résultats analogues en pratiquant l'inoculation au singe, et on peut souscrire complètement à l'opinion de Lesage que les 9/10 des contagions ont lieu pendant la première période angineuse de la maladie; elle peut se prolonger tant que la manifestation bucco-pharyngée n'a pas terminé son cycle évolutif, ce qui explique les cas de contagion retardée, en apparence imputable aux squames.

Comme pour les autres fièvres éruptives, l'angine seule est contagieuse.

Quoiqu'il en soit d'ailleurs, qu'il s'agisse de scarlatine fruste ou d'angine scarlatineuse, la contagion par malades peu atteints est fréquente et, ce fait permet d'expliquer que si fréquemment on ne trouve pas la cause de la contagion dans la scarlatine: sur 2213 cas étudiés par le prof. Roger, la contagion ne fut retrouvée que chez 373 malades, soit 17%.

Les scarlatines frustées, les scarlatines angineuses simples seraient responsables de la plupart des cas. Faut-il même aller plus loin et admettre l'existence de véritables porteurs de germes sains. Cette hypothèse

(1)—Leçon faite à la Clinique médicale des enfants, (Prof. Nobécourt) le 5 avril 1923.

devait être confirmée au moyen des recherches expérimentales. Elle souligne encore l'obscurité qui entoure le problème étiologique de la scarlatine.

Cependant on pourra parfois rechercher avec succès les nouveaux signes proposés ces temps derniers : le *signe du pli du coude de Pastia*. Pour le rechercher on met l'avant-bras en extension et par une légère traction vers le haut ou vers le bas on détermine le plissement de la peau du pli coude. Ce signe qui n'existerait pas dans les autres fièvres éruptives, serait positif dans 94 à 97% des cas. Nous ne l'avons pas retrouvé avec cette constance. Le signe de la bande élastique qui consiste en la production de pétéchies sur l'avant-bras lorsqu'on fait une compression pendant 5 à 15 minutes est encore plus inconstant.

Quelque soit l'intérêt de ces signes leur valeur est le plus souvent faible et le diagnostic est souvent très délicat.

Aussi est-ce avec faveur qu'on a accueilli la nouvelle méthode proposée par Schulz et Charlton sous le nom de *phénomène d'extinction* et dont l'intérêt s'est tout de suite manifesté.

La technique en est simple : le sang d'individu normal ou de scarlatineux guéri est prélevé aseptiquement à la veine, le sérum décanté est recueilli et mis en ampoules.

C'est le second jour de l'éruption qu'on obtint le plus souvent l'extinction dans la Scarlatine (Meyer-Estoff n'a jamais en d'échec à cette période.) L'injection est poussée lentement (1cc. de sérum) dans le derme du malade où l'éruption est la plus dense (poitrine), une papule blanche indique que l'injection est bien intra-dermique. Cette papule blanche disparaît rapidement et, s'il s'agit de scarlatine vraie, c'est au bout de 6 à 12 heures qu'on voit l'exanthème s'effacer complètement et définitivement dans une zone de 2 à 4 centimètres de diamètre environ. L'éruption ne réapparaît jamais à cette place, la desquamation elle-même fait souvent défaut dans la zone d'extinction.

Ce phénomène peut être utilisé des deux façons différentes. Dans certains cas il s'agit d'un érythème suspect à identifier. On injecte le sérum normal au niveau de l'éruption. Si l'extinction se produit il s'agit bien de scarlatine, c'est la méthode directe.

Le Bulletin Médical, 11 août 1923.

Paris.

ANTHRAX DE LA LEVRE SUPERIEURE

Une femme présente à la lèvre supérieure un petit anthrax intéressant quatre ou cinq follicules sébacés, avec engorgement du ganglion sus-hyoïdien. En toute autre région, un anthrax de ce volume ne présenterait aucune gravité. C'est une affection presque insignifiante chez une personne qui n'a aucune tare, notamment qui n'est pas diabétique. A la lèvre supérieure, il en est autrement parce que les phénomènes inflammatoires se propagent aux veines de la face. La phlébite se propage par le grand angle de l'oeil jusqu'au sinus caverneux, et le thrombo-phlébite des sinus craniens est une affection presque fatalement mortelle.

Dans certains cas, les accidents évoluent sous une autre forme. Dans un cas observé avant la guerre, il se produisit une bacillémie et une septicémie suraigue.

Ces faits sont heureusement rares.

Y a-t-il un moyen d'éviter ces infections? Certains chirurgiens ont remarqué, avec justesse, que ces accidents éclatent assez souvent, à la suite de tentatives maladroites et de malaxations pour extraire le bourbillon. Certainement le bourbillon représente le corps étranger nocif, la grosse cause des accidents. On doit donc dans une certaine mesure essayer de hâter la sortie du bourbillon. Mais il ne faut point le faire par ces expressions brutales qui sont toujours une maladresse. En se livrant à ces malaxations violentes on est exposé à rompre des lamelles de tissu conjonctif, à ouvrir des espaces lymphatiques et à y injecter par pression des microbes. C'est à la suite de ces manoeuvres violentes, que, souvent, l'on a vu éclater ces accidents de phlébite dont l'évolution est quelquefois terrible.

En résumé, il faut dans ces cas là, éviter les manoeuvres violentes; si on voit un bourbillon détaché, on le prendra délicatement avec une petite pince, mais s'il tient encore il faut s'abstenir, en l'enlevant, on ferait saigner; c'est ce qu'il faut éviter. En usant de ces précautions, on observera très rarement les accidents d'infection et de thrombo-phlébite des sinus craniens.

MÉDICATIONS NOUVELLES

LE TRAITEMENT CURATIF DE LA GANGRÈNE DIABÉTIQUE
PAR LA SANTONINE.

La santonine a été employée empiriquement dans le traitement de la glycosurie, mais les résultats furent si décevants que l'action anti-diabétique de cette substance n'est même plus guère citée aujourd'hui. En revanche, Von Nypelseer (de Bruxelles) considère qu'elle possède une valeur curative de premier ordre quand il s'agit de gangrène diabétique: "Je pense, dit-il, pouvoir affirmer être arrivé de façon constante à la guérison de la gangrène diabétique par l'administration systématique de la santonine."

Un malade est amputé, pour gangrène diabétique du gros orteil et du deuxième orteil; sphacèle des lambeaux, large désunion de la plaie; le pied, la jambe, la cuisse sont oedématisés, de teinte bleue noir, marbrés de plaques rouge sombre; tout le membre est froid. Le chirurgien qui avait déjà amputé les orteils propose, comme moyen héroïque, la désarticulation de la cuisse; mais l'état général est très mauvais; le malade est en pleine acidose, son myocarde fléchit. Sur la proposition de Von Nypelseer, on décide d'attendre et le traitement suivant est institué: digitale, alcalins, santonine; pansements locaux suivant une technique qui sera indiquée plus loin. Peu à peu, l'état général se relève et la plaie change d'aspect. Au bout de cinq mois, la guérison est complète et le malade marche.

Autre malade de 70 ans, dont les urines renferment 30 grammes de sucre par litre. Augmentation de la jambe droite au tiers inférieur, pour gangrène sèche de trois orteils, avec douleurs intolérables. Sphacèle du lambeau. Réamputation au tiers supérieur; nouvelle gangrène du moignon. Administrations de santonine et pansements locaux. La plaie guérit complètement.

Dans plus de trente observations recueillies par l'auteur belge, la santonine s'est montrée d'une efficacité absolument constante et remarquable.—*Quels sont les détails du traitement?*

Von Nypelseer prescrit, par jour, pendant un temps indéterminé, et sans interruption, trois pilules de santonine de cinq centigrammes chacune; si l'action paraît insuffisante, il élève progressivement la dose jusqu'à trente centigrammes par jour, pendant 15 jours à un mois, puis revient à la dose initiale.

Le malade prend tous les jours un bain local dans de l'eau bouillie, à la température de 32°, additionnée d'eau oxygénée soigneusement neutralisée par le bicarbonate de soude. Pendant la durée du bain, les parties en voie de se détacher sont très légèrement sollicitées à l'aide d'un tampon d'ouate aseptique, sous l'eau, sans jamais de heurt, de violence, ni de tiraillements. Au sortir du bain, on prépare des compresses de lint (tissu spongieux très souple) imbibées à refus de la mixture suivante :

Acide phénique pur 2 grammes
Oxyde de zinc 40 grammes
Huiles d'amandes douces 500 grammes
(Agiter longuement)

On recouvre la plaie de ces compresses, sans serrer, puis on dispose de façon très lâche un chapeau de batiste de Billrott et on fixe par quelques tours de bande très prudents. Le pansement est renouvelé chaque jour.—J. L.

Journal des Praticiens, Octobre 1923.

FAITS CLINIQUES

EVOLUTION SINGULIERE DE TUMEURS MALIGNES RECIDIVEES ET GENERALISEES CHEZ LES MALADES SOU MIS A UN TRAITEMENT MAGNESIEN PROLONGE.

I.—En 1904, M. D. . . , douanier retraité, est atteint de néoplasme de la lèvre inférieure, tiers moyen. L'ulcération est peu étendue, il n'y a pas de ganglions suspects. Quelques applications locales d'une solution cocaïnée d'acide arsénieux donnèrent une guérison apparente. Elle fut de courte durée: la récidive eut lieu sur place, céda aux rayons X, pour reparaître deux mois plus tard, et sur place et dans les ganglions sous-maxillaires.

Une intervention chirurgicale, large amputation de la lèvre en V et recherche très soignée des ganglions donne un excellent résultat immédiat, mais, trois mois plus tard, je revis le malade porteur d'une masse sous-maxillaire volumineuse, douloureuse, adhérente à l'os; la déglutition est pénible, l'état général mauvais: le cas fut jugé inopérable.

Je venais de voir des bovidés, porteurs de verrues volumineuses et ulcérées, guérir très rapidement sous l'influence de petites doses de magnésie calcinée données empiriquement. J'avais vu des résultats, moins rapides, moins brillants, mais incontestables, dans le traitement magnésien de petits papillomes chez les chevaux. Très impressionné par ces faits, je recommandai à mon malade de prendre chaque jour trois à quatre pleines cuillérées à café de magnésie calcinée. Quelques gouttes de laudanum la firent tolérer.

Très rapidement, les douleurs diminuèrent, l'alimentation devint plus facile, l'état général meilleur et la tumeur diminua de volume.

Un an plus tard, il restait à peine quelque empâtement de la région sous-maxillaire. M. D.... vit toujours: très âgé et paralytique, il ne garde de son mal ancien qu'une déformation légère de la lèvre mutilée.

II.—Madame P..., 57 ans, est opérée, en septembre 1919, d'un épithélioma non ulcéré du sein droit. La tumeur est enlevée ainsi que les pectoraux, les ganglions axillaires et sous-claviculaires, la plaie opératoire largement irradiée avant suture. Quatre mois plus tard, des ganglions sus-claviculaires, de la grosseur d'un haricot, cèdent aux rayons X, mais la récurrence se fait très vite: sur place, sur le thorax et les bras, sous forme de "*grains de plomb*". Chirurgien et radiologiste estiment toute intervention inutile et la mort fatalement prochaine. Je fais une série d'injections de cuprase. Elles ne sont pas douloureuses, elles sont d'un bon effet moral, mais les nodosités grossissent et se multiplient. Elles envahissent les lombes et les cuisses. L'état général devient mauvais. La plèvre reste saine. Je conseille la magnésie calcinée à la dose de trois, puis quatre cuillérées à café par jour. En huit mois, toute trace de nodosité a disparue. L'état général est devenu excellent. J'ai revu Madame P..., en juillet 1923, en parfaite santé. Elle continue l'usage de la magnésie à la dose de deux cuillérées à café par jour.

Dr LeCouillard, Quittéhon (Manche).

(Journal des Praticiens) octobre 1923.

LA MORALE PROFESSIONNELLE

La morale professionnelle ce n'est qu'un prolongement, un complément de la morale tout court.

Comment dès lors ne fléchirait-elle pas, quand la morale générale court tant de dangers par suite du fléchissement des consciences.

Le médecin est un homme et comme le disait Shendhal, il *"échappe difficilement au mal de son siècle"*; il prend la mentalité, adopte les mœurs et partage les appétits des contemporains dans l'ambiance desquels il doit vivre.

Voilà un jeune médecin qui a peine à se faire une clientèle, alors que son frère cadet, qui fait un petit commerce quelconque, attire à lui toutes les personnes du quartier par une réclame tapageuse. Il gagne péniblement quelques centaines de piastres par an, alors que le cadet ne se souciant pas de la justice, réalise sur les articles qu'il vend un bénéfice de 200 ou de 300%, et amasse en quelques années une grosse fortune.

Ce jeune médecin est peu considéré dans sa famille, il joue le rôle du parent pauvre, il doit se priver de tout, alors que ses parents, ses frères et soeurs, ne se refusent rien, peuvent dépenser sans compter et s'offrent les plaisirs aujourd'hui si à la mode.

Pourquoi ce qui est permis à tous les autres lui serait-il défendu?

Le public qui ne voit pas toujours la poutre qu'il porte dans l'oeil est sévère pour la paille qu'il découvre dans l'oeil du médecin.

Il n'y a pas très longtemps, le docteur H. de Rothschild, sous le pseudonyme d'André Pascal, faisait jouer sur un théâtre du Boulevard une pièce intitulée *"le Caducée"*, où il mettait assez malheureusement en scène un de ces médecins sans conscience. Au lendemain de la première représentation (juin 1921), M. André Antoine écrivait dans l'Information: *"C'est que l'auteur a parlé de ce qu'il savait, de ce qu'il avait vu; il a dévoilé courageusement l'une des tares qui ravagent ces milieux du monde médical, la dichotomie, au fond simple adaptation à des méthodes pratiquées dans beaucoup d'autres professions pour le recrutement de la clientèle. Il s'agit, vous le savez, du droit, que peut avoir un chirurgien de rétribuer les intermédiaires et les rabatteurs habiles à lui amener les clients qu'il ne peut aller chercher lui-même. La discussion sur ces matières est ouverte depuis longtemps; tandis que les grands professionnels réprouvent de tels procédés, une partie de la jeune école estime qu'il est logique de s'adapter aux nécessités de la vie moderne."*

C'est bien là le jugement que porte le public ; mais s'il condamne en fait la réclame médicale et le rabattage quand il a été la principale victime de ces agissements, il se laisse toujours séduire par ces moeurs nouvelles et, en principe, il admet très bien que le médecin use de la réclame tapageuse.

C'est donc le public, ce sont les moeurs actuelles, c'est la mentalité de nos contemporains qui sont directement responsables des habitudes nouvelles que prend le corps médical.

Nous voudrions, pour l'honneur du corps médical, remettre en honneur la pratique de la déontologie, mais, pour obtenir ce résultat, il faudrait d'abord réformer les moeurs de nos concitoyens et il faudrait que le jeune homme qui entre à l'école de médecine n'ait pas été déjà touché par la morale facile que chacun pratique si aisément dans l'état de crise où nous vivons.

Il faudra bien que tout cela arrive si nous voulons vivre et nous relever, mais ce ne peut être l'oeuvre d'un jour et ce n'est pas avec des lois que l'on arrivera à obtenir un résultat.

Efforçons-nous d'éclairer les consciences et petit à petit nous pourrions remettre de l'ordre dans le monde. Le médecin pratiquera mieux la déontologie au fur et à mesure que les clients reviendront plus soucieux de la morale.

Docteur G. LÉRNIERE.

Journal des Praticiens, Août 1923.

PENSEES PARADOXALES

Il n'y a pas d'amis. Il n'y a que des hommes sur lesquels on s'est mépris.

* * *

Les amis ont le naturel du melon. Il en faut goûter cinquante pour en trouver un de bon.

* * *

A friend is one who knows all about you, and loves you just the same.

* * *

Les indécis perdent la moitié de leur vie ; les énergiques la doublent.

* * *

Il y a des gens contre qui il n'est pas permis d'avoir raison.