

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, fondée en 1872.

PARAISANT LE PREMIER DE CHAQUE MOIS

PUBLIÉE PAR

MM. R. BOULET,
J. E. DUBÉ,

MM. L. de F. HARWOOD,
H. HERVIEUX,

MM. A. Le SAGE,
A. MARIEN.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé à M. le Dr A. LeSAGE, Rédacteur en chef
46, Avenue Laval, Montréal.

Vol. XII

1er JUIN 1912

No 6

MEMOIRES

QUELQUES OBSERVATIONS DE CHOREE (1)

Par le Dr J. E. DUBÉ,

Agrégé, médecin de l'Hôtel-Dieu.

Première Observation. — Anna D. . . , âgée de 9 ans. No 104, Salle Ste-Vierge, Hôtel-Dieu.

Père vivant; journalier, fumeur, et buveur; s'enivre fin de chaque semaine.

Mère vivante et bien portante. Se dit nerveuse depuis que son enfant est malade.

Quatre frères et sœurs bien portants.

La petite malade est née à terme et fut nourrie au sein jusqu'à huit mois.

Elle a eu la rougeole et la coqueluche, puis se porta bien jusqu'en octobre 1911.

Un jour, 8 octobre dernier, l'enfant se plaignit, toute une journée et une nuit, d'une douleur aiguë à la région du cœur, Le lendemain nouvelles douleurs dans les pieds qui sont enflés, au dire de la mère, et l'enfant a de la difficulté à marcher.

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal. Mars 1912.

Ces douleurs persistèrent durant trois semaines et se propagèrent aux bras et aux doigts.

Quelque temps après, l'enfant eut un gros mal de gorge. Aucun médecin ne fut appelé au cours de ces deux maladies.

C'est en novembre 1911 que l'enfant commença à avoir des mouvements étranges dans les bras et les jambes. Les parents effrayés, appelèrent le médecin qui parla de chorée et de maladie de cœur. La malade passa cinq semaines à l'Hôpital Victoria, où le cœur fut trouvé malade. Sortie de l'Hôpital guérie, tout alla bien pendant un mois et demi, alors que les mouvements choréiques reparurent après une peur. L'enfant fut prise de frayeur à la vue d'un rat qu'on lui montra captif dans une trappe.

Cette récidive fut moins forte que la première attaque de novembre.

C'est à ce moment que nous la vîmes pour la première fois dans le service de l'Hôtel-Dieu.

L'enfant est petite pour son âge; pâle et amaigrie. Elle avait un peu de fièvre, un à deux degrés au-dessus de la normale le soir.

À l'examen des organes on ne trouve que le cœur malade avec une insuffisance mitrale.

L'enfant est restée au lit depuis son entrée, et fut traitée au cacodylate de soude en ingestion.

Les mouvements choréiques qui n'étaient pas très forts sont en partie disparus. Elle est plus calme, ses mains peuvent saisir et retenir les objets qu'on lui tend.

Elle parle maintenant assez clairement pour qu'on la comprenne.

Deuxième Observation. — Alice G. . . . , 14 ans, occupe le lit voisin, No 139,

Entrée dans le service le 11 mars pour troubles nerveux et palpitations.

Le père est mort accidentellement. Il était buveur. Mère vivante et très nerveuse.

À l'âge de 3 ans, la malade faillit mourir d'avoir pris six pilules de morphine qui la tinrent endormie pendant deux jours.

Rougeole et diphtérie entre 4 et 6 ans.

À dix ans, trois mois au lit avec rhumatisme inflammatoire.

À 12 ans, un mois au lit avec deuxième attaque de rhumatisme

inflammatoire. C'est alors qu'elle commença à remarquer de l'essoufflement aux moindres efforts.

Elle a toujours été impressionnable, mais c'est depuis un mois que son agitation a augmenté.

Ce sont surtout des mouvements dans les bras et les mains qui caractérisent chez elle la chorée.

Le cœur est très gros et dilaté; la pointe bas, bien bas dans l'aisselle. L'oreillette droite dépasse de deux travers de doigts le bord droit du sternum.

Souffle très fort, d'insuffisance aortique, avec double souffle crural et pouls de Carriguan. Soumise au repos et à la digitale le cœur prit un volume moins considérable.

La malade eut un peu de fièvre à son entrée et pendant tout son séjour à l'hôpital sans cause d'infection, etc.

Troisième Observation. — Ida M. . . , 14 ans, au No 14, service du Dr Bruneau.

Père vivant et sobre. Mère vivante et bien portante. Quatre frères et trois sœurs vivants.

Elle a eu la scarlatine, la rougeole et l'eczéma en bas âge.

A 8 ans, deux à trois semaines au lit avec du rhumatisme au genou gauche seulement. Elle dit avoir eu l'érysipèle de la face six fois en seize mois.

Menstruée à douze ans, et perd une à deux fois par mois.

Première attaque de chorée il y a 6 ans, avec des mouvements dans les quatre membres. Elle eut une deuxième attaque quelque temps après et enfin une troisième attaque qui dure depuis l'an dernier avec des périodes d'accalmie. Elle présente un souffle d'insuffisance mitrale.

Quatrième Observation. — Antoinette P. . . , 11½ ans.

Consultation externe du Dr Cléroux, Hôtel-Dieu.

Père vivant, sobre. Mère morte de tuberculose. Un oncle maternel qui souffre du "*Mal de nerfs.*" Il présente, paraît-il, des mouvements désordonnés de tous les membres, depuis des années. Quelques frères et sœurs morts de diphtérie. Elle a eu la diphtérie en bas-âge. En février dernier elle eut des douleurs de rhumatisme dans les deux pieds.

Immédiatement après, elle commença à avoir des mouvements désordonnés dans les bras et les mains. Elle échappait les objets

et mangeait avec difficulté. Elle est devenue très émotive. Les mouvements choréïques sont moins marqués aujourd'hui et n'existent que dans les mains.

En jouant du piona elle frappe plusieurs fois la même note. Sa tante l'amène à la consultation parce qu'elle craint pour son cerveau. Il existe une insuffisance mitrale.

Cinquième Observation. — Louise Collard, 10 ans, se présente à ma consultation externe 10 janvier 1912.

Père et mère vivants.

M. le Dr Rhéaume qui l'a examinée en chirurgie nous l'adresse avec les renseignements suivants :

Enfoncement du temporal droit à la suite d'un traumatisme direct. Un enfant lui avait lancé un caillou il y a plusieurs années. Jamais elle n'en a ressenti de troubles. La mère nous l'amène parce que l'enfant est devenue nerveuse et fait des mouvements avec son bras et sa jambe droite. L'enfant est intelligente et s'est fatiguée à la classe. Elle est émotive et pleure pour un rien.

Les mouvements choréïques sont peu marqués et n'existent que dans le bras et la jambe du côté droit. Presque rien d'anormal à gauche.

Il y a un souffle d'insuffisance mitrale.

Sixième Observation. — Louis Marie Brisebois, 10 ans, No 34, salle St-Joseph.

Malade depuis un an; au lit depuis sept à huit semaines.

Père vivant, fumeur, buveur et très nerveux.

Mère vivante, très nerveuse surtout depuis la maladie de son fils.

Deux mois et demi avant la naissance de cet enfant, elle eut une hémiplégié droite avec aphasie que ne dura que trois jours.

Avant son mariage, il y a quinze ans, elle eut une paralysie de l'avant-bras droit qui dura cinq semaines.

Il a un frère de 14 ans qui eut une faiblesse dans tout le côté gauche à l'âge de 6 ans. Il marchait avec peine et tombait souvent. Il fut guéri en trois semaines.

Le petit malade est né à terme et nourri au sein jusqu'à 14 mois.

Rougeole, mais pas de rhumatisme.

L'enfant commença à être très nerveux il y a un an ; il dût cesser ses classes à cause des mouvements choréiques dans tous les membres. Il a, enfin, pris le lit il y a huit semaines à cause des spasmes musculaires qui l'empêchaient de marcher. C'est au même moment qu'il cessa de parler complètement.

Au repos l'enfant est assez calme, bien qu'il ne puisse rien saisir avec ses mains.

Si l'infirmier le saisit dans ses bras il est pris de mouvements dans les jambes, qui augmentent considérablement dès qu'il le pose par terre et essaie de le faire marcher.

Depuis quelques jours l'enfant commence à dire quelques mots.

Il y a chez lui également une insuffisance mitrale.

Ces six observations ne présentent pas, sûrement, un grand intérêt ; aussi je ne m'en sers que pour poser quelques questions aux membres de notre société.

1° Avez-vous observé un grand nombre de choréiques ?

2° Trouvez-vous que le nombre augmente pendant les mois de février, mars et avril, saison si favorable au rhumatisme inflammatoire au Canada.

3° Trouvez-vous que les anciens choréiques voient leur rechute, ou une recrudescence, survenir plus fréquemment pendant les mêmes mois ?

4° Vos petits malades sont-ils, plutôt, issus de pères buveurs et de mères nerveuses ?

5° En avez-vous qui ont fait du rhumatisme avant ou pendant leur chorée ?

6° Trouvez-vous souvent des lésions au cœur, et à quels orifices ?

7° Avez-vous rencontré des cas graves, ou même mortels ?

8° Que pensez-vous des trois théories qui veulent que la chorée soit :

1 Une maladie purement nerveuse ;

2° Une maladie infectieuse, avec son microbe spécifique ;

3° Une maladie dépendante du rhumatisme inflammatoire.

9° Enfin quel est votre traitement habituel ?

Pour ma part je dirai, avec votre permission, que je n'ai pas observé un très grand nombre de choréiques dans ma clientèle qui est, plutôt, composée de tuberculeux et de cardiaques.

Que les observations que je présente sont toutes en pleine évo-

lution depuis les mois d'hiver. Le dernier malade qui est choréique depuis un an est obligé de tenir le lit depuis huit semaines.

Que trois de mes malades sont issus de pères buveurs.

Que quatre ont des mères nerveuses, et quatre ont fait du rhumatisme avant leur chorée.

Que tous ont des lésions au cœur et à l'orifice mitral, sauf un cas. Dans ma deuxième observation, la malade, âgée de 14 ans, a eu deux attaques de rhumatisme, une à 10 ans et l'autre à 12 ans. Chez elle il est hors de doute que l'endocardite est d'origine rhumatismale.

Dans les observations: *Une, trois et quatre*, la chorée a été précédée de douleurs rhumatismales plus ou moins marquées.

Un seul malade, dernière observation, est gravement atteint. Comme pathogénie de la chorée, je suis fort excusable d'être encore dans les ténèbres si je considère les divergences d'opinion des pathologistes et cliniciens les plus distingués. La théorie nerveuse a encore des défenseurs qui s'appuient sur l'hérédité des malades et sur certaines causes telles que le surmenage à l'étude, la peur, etc.

Cependant lorsqu'on se rappelle qu'il y a trente ans à peine, le tétanos passait pour une maladie nerveuse, et que les paralysies post-diphthériques étaient considérées comme dues à de l'asthénie de convalescence, on se prend presque à dire que la chorée est une maladie infectieuse.

Est-elle due à la même infection que le rhumatisme, avec le même microbe en cause? Voilà, j'imagine, un point beaucoup plus difficile à régler.

Je laisse les pathologistes débattre la question et je me contente de dire en terminant que le traitement spécifique de la chorée n'est pas encore connu. Autrefois les bromures avaient de la vogue, l'arsenic en a encore. Mais il semble, aujourd'hui, que l'antipyrine est en faveur auprès du plus grand nombre, alors que le salicylate de soude est prescrit par plusieurs.

Tous les auteurs sont d'accord pour ordonner le repos le plus complet: cesser les classes et garder le lit dans les cas prononcés surtout.

Il faut que les malades dorment et le chloral reste le meilleur hypnotique à prescrire, conjointement aux bains tièdes.

Lorsque la maladie a passé la période d'état les auteurs con-

seillent de faire la rééducation des mouvements par la gymnastique.

Ce traitement par la gymnastique employé avec tant de succès dans la maladie des *Tics* réussit dans la chorée d'intensité moyenne lorsqu'il est employé judicieusement.

La chorée est enfin une maladie grave et qui demande du *temps* et du *repos* pour guérir. Voilà deux choses que le médecin doit bien expliquer aux parents pour les empêcher d'aller de médecins en médecins avec le malade que ces examens répétés excitent alors qu'il a tant besoin de repos.

La chorée est une maladie grave dont on meurt rarement, c'est vrai, mais qui rend infirmes du cœur presque tous les enfants qu'elle atteint.

HYGIENE DE LA BOUCHE ET SON INFLUENCE SUR L'ETAT GENERAL DE LA SANTE (1)

Par le Dr A. K. MALOUF

Inspecteur médical des écoles pour la ville de Montréal.

Messieurs,

Vous avez dû lire dans les journaux, le rapport du Docteur J. E. Laberge, pour l'année 1911, sur l'état de santé des élèves fréquentant actuellement les écoles de la ville de Montréal.

Ce rapport démontre clairement que plus de dix-neuf mille huit cents (19,800) élèves souffrent de carie dentaire, et par conséquent d'une mauvaise hygiène de la bouche. Ceci me porte à vous parler de l'hygiène de la bouche, et de l'influence de cette hygiène sur la santé générale des enfants et des adolescents.

À tout âge, la santé générale est justifiable de l'état hygiénique de la bouche, et des dents. Tous les médecins, et particulièrement les spécialistes admettent aujourd'hui cette notion.

La bouche est la voie par laquelle passent, avant d'arriver dans le tube digestif, tous les aliments ainsi que toutes les boissons qui servent à notre nutrition. C'est dans la bouche que se fait la mastication, la sécrétion salivaire, ainsi que la préparation du bol alimentaire avant la déglutition.

Par son fonctionnement physiologique, la bouche se trouve

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, Avril 1912.

done exposée au contact d'un nombre considérable de corps étrangers qui peuvent être plus ou moins infectés ou qui en se transformant peuvent amener les éléments de la décalcification des dents ainsi que les éléments de la fermentation acide ou alcaline.

Dès le jeune âge, ¹ bouche est appelée à être infectée soit par l'allaitement, soit par l'apparition des premières dents de lait, soit surtout par la mauvaise habitude que les enfants contractent de toujours porter à leur bouche tous les objets qui leur tombent sous la main. Je considère que la suce dont les mères se servent pour amuser leurs enfants, est un danger d'infection pour la bouche, attendu que cette suce tombe souvent à terre, et qu'elle ramasse une quantité notable de poussières, et de saletés, et que souvent il arrive que ces sucres ne sont pas lavées ou stérilisées avant d'être introduites dans la bouche de l'enfant.

A un âge plus avancé, les enfants sont encore exposés à s'infecter la bouche, en y introduisant tous les objets qui leur tombent sous la main, en mastiquant de la gomme qui a servi à d'autres, en introduisant leurs doigts dans la bouche, en se servant de leur salive et de leur langue pour essuyer leur ardoise, ou pour coller des timbres, enveloppes, etc., etc. Il est vrai que la salive agit comme désinfectant grâce à ses éléments antiseptiques, et bien souvent empêche ou retarde l'infection de la bouche, surtout durant la première période de l'enfance.

Mais l'infection qui affecte le plus la bouche, et qui porte sa répercussion sur l'état général de la santé de l'enfant est celle qui se produit vers l'âge de sept à huit ans, ou plus, et qui correspond à la chute de la première dentition, et à la carie dentaire.

C'est par la carie dentaire, par la voie ouverte continuellement aux infections variées que le plus grand danger permanent est véritablement créé. Si l'on considère surtout la fréquence de la carie et sa gravité dans le jeune âge. Des travaux abondants démontrent que les enfants et les adolescents présentent des dents cariées dans la proportion de 80 à 95 %. 10 % des enfants d'école, seraient à peine indemnes de toute atteinte.

La race, et l'hérédité jouent aussi un rôle très important dans le développement de la carie dentaire, mais on sait surtout qu'un grand nombre de maladies générales, et de diathèses, jouent un rôle néfaste, et amènent la décalcification des tissus durs de la dent, en provoquant la carie dentaire. Au nombre de ces mala-

dies générales, on peut placer la fièvre typhoïde, la tuberculose, les fièvres éruptives, graves; les entérites, le rachitisme, la syphilis héréditaire, etc., etc.

L'alimentation défectueuse, privée d'aliments phosphatés peut produire les mêmes résultats. L'alimentation au biberon, avec du lait trop ancien, ferait perdre à celui-ci ses qualités reconstituantes pour les systèmes osseux et dentaires, d'autre part la qualité du pain, sa richesse ou sa pauvreté en phosphate, joue aussi un rôle très important. Le défaut de mastication, et le manque d'exercice des dents sur des aliments insuffisamment durs, portent aussi à affaiblir leur vitalité générale. Toutes ces causes générales aboutissent à la décalcification du tissu dentaire. Mais ce sont surtout les causes locales qui amènent le plus grand nombre des infections, celles-ci peuvent se produire par la présence à la surface des dents et des muqueuses, et surtout dans les interstices dentaires, de parasites et d'éléments infectieux d'association microbienne dont les combinaisons et les fermentations acides ou alcalines, attaquent et corrodent les tissus durs de la dent.

Il serait très intéressant de faire une étude spéciale et approfondie de toutes les variétés de microbes aérobies, anaérobies, microbes de la putréfaction et des suppurations, microbes plus spéciaux de la carie dentaire, ainsi que tous les microbes que l'on introduit dans la bouche, soit avec les poussières, soit avec les aliments, soit avec les objets que l'on est toujours porté à mettre dans la bouche.

Le lait, le vin, l'alcool, le cidre, les corps gras, etc., peuvent, à des degrés divers, s'altérer dans la bouche et produire de la fermentation acide. Toutes les causes de la fermentation se trouvent singulièrement actives chez les personnes dont l'état général est médiocre, dont le pouvoir de défense locale et générale est affaibli, et ce sont ces fermentations qui font apparaître les diverses variétés de gingivite et des ulcérations buccales, qui deviennent les causes nouvelles de fermentation et de carie dentaire.

Monsieur le Docteur Cruet, dans son rapport présenté au troisième Congrès International de l'Hygiène Scolaire, en parlant de l'hygiène de bouche, dit ceci :

“ Le mauvais état de la bouche et des dents, l'infection buccale, expliquent seuls le développement dans la bouche de certaines manifestations muqueuses des maladies générales infectieuses ou

dyscrasiques, telles que : la scrofule, le scorbut, le diabète, l'albuminurie, la tuberculose, les fièvres éruptives; les dystrophies même, telles que le tabès, telles que les intoxications elles-mêmes. On peut dire que dans certaines de ces maladies générales, l'état local de la bouche fait pour ainsi dire partie non seulement des complications, mais de la maladie elle-même, et de sa symptomatologie."

Dans la tuberculose, et surtout dans la scrofule chez les enfants, on observe généralement un développement anormal des ganglions perimaxillaires et des ganglions du cou. Quand on fait un examen minutieux de la bouche, chez un scrofuleux on voit généralement un certain nombre de dents cariées ou mortes, avec abcès et fistules, une gingivite chronique, une muqueuse excoriée par des chicots. N'est-il pas permis après un pareil examen d'affirmer que c'est dans la bouche même, dans le système dentaire, dans l'infection buccale, que se trouve la cause qui détermine ces adénites, et qui amène l'hypertrophie des ganglions.

Le Docteur Stark, de Munich, a démontré par l'examen méthodique fait sur les ganglions du cou d'un grand nombre d'enfants tuberculeux, atteints d'adénites, que chez eux, ces ganglions renfermaient la bacille de Koch dans une proportion de 25% et que les dents cariées de ces mêmes enfants, renfermaient la bacille dans leur cavité.

Et l'on peut se demander après cela, si la bouche, si les dents plutôt, dans ce cas, ne pouvaient pas constituer une voie directe d'infection tuberculeuse. De même si l'on soigne la bouche d'un enfant atteint d'adénites persistantes, dont on a saisi la cause pathogénique, celles-ci disparaissent le plus souvent, en même temps que l'enfant revient à la santé. Si la plupart des maladies générales retentissent sur la bouche, cette cavité, à son tour par les conditions particulières du milieu qu'elle réalise, n'est pas sans influence sur leur développement et même sur leur production. Un grand nombre de maladies générales, et certaines manifestations de la bouche, pouvant s'engendrer par les mêmes causes.

Les abcès et les fistules d'origine dentaire, les nécroses, les déformations et les cicatrices vicieuses, s'accompagnent encore de phénomènes généraux souvent graves, tel que fièvres, frissons, abattement et affaiblissement, provoqués par l'infection et la résorption directes d'éléments infectieux ou de leurs toxines.

Qu'elles qu'en soient les causes générales ou locales, lorsque l'état septique de la bouche existe à des degrés forcément divers, la résorption des produits microbiens eux-mêmes, ou plus exactement de leurs toxines a pour conséquence de déterminer des accidents variés dans tous les systèmes et organes.

Les accidents du tube digestif sont certainement au premier rang, l'embarras gastrique, l'entérite, la diarrhée trouvent leur explication simple et rationnelle, pour beaucoup de cas, dans le mauvais état de la bouche et des dents, et pour une raison double : la mastication insuffisante des aliments, et leur mauvaise digestion, mais surtout dans l'absorption des toxines et des produits septiques venus de la bouche. Les angines, si fréquentes chez les enfants sont en rapport étroit avec l'infection buccale, et cette cavité, à son tour reçoit le contre-coup des maladies de la gorge, et il se fait entre les deux régions ce qu'on pourrait appeler un échange infectieux ; et il serait parfois difficile de savoir où l'infection principale commence.

On voit par ce qui précède, que le manque d'hygiène de la bouche, peut retentir sur l'état général de l'enfant et affecter non seulement sa constitution ; mais aussi ses facultés intellectuelles. En effet, on a pu observer très souvent, qu'un enfant dont la bouche est infectée, apprend ses leçons, et comprend les explications de ses professeurs moins bien qu'un enfant qui jouit d'une bouche hygiénique. Et cela s'explique par la résorption des toxines et leur action sur les centres nerveux et par là, sur les facultés intellectuelles de l'enfant. D'où il résulte une dépense considérable d'énergie et une perte de temps qui ne peut être calculée.

Examen de la bouche.

La véritable hygiène buccale et dentaire, d'où dépend pour une large part, la santé générale des enfants ne peut être assurée que par l'examen périodique de la bouche. Cet examen devant être fait par le médecin inspecteur de l'école.

Pour bien examiner la bouche, et constater l'état d'infection s'il existe, il faut placer l'enfant la figure tournée du côté de la lumière, de manière à ce que toutes les parties de la cavité buccale soient bien éclairées, et ordonner à l'enfant de lever la pointe de la langue vers le palais et de la porter de droite à gauche et de gauche à droite.

Il arrive très souvent qu'un simple coup d'œil suffit pour satisfaire aux exigences de l'examen, il arrive aussi fréquemment que l'on rencontre des obstacles, tels, la mauvaise volonté, un refus de la part de l'enfant, timidité, etc.; dans ce cas, il importe de se servir d'une spatule en bois, pour abaisser la base de la langue et faire un examen complet de la gorge et de toutes les parties de la bouche.

La spatule qui sert pour un examen doit être immédiatement jetée et ne doit jamais servir à un second examen.

Conclusions.

Le moyen le plus efficace pour faire observer l'hygiène de la bouche chez les enfants dans les écoles, c'est l'éducation hygiénique de ces enfants, qui consiste à leur démontrer, soit par des conférences, soit par des recommandations, soit surtout par des tableaux accrochés sur les murs de la classe, la nécessité de tenir leur bouche dans un état de propreté excessive, mais le moyen le plus rationnel, et celui qui peut rapporter le plus d'efficacité, c'est la surveillance qui devra être faite par le professeur de chaque classe. Il importe que le professeur soit instruit de tous les éléments de l'hygiène de la bouche, et qu'il fasse passer les élèves de sa classe en arrivant le matin, par une inspection spéciale, en leur faisant ouvrir la bouche, et en insistant pour que les enfants de sa classe se soient lavés la bouche tous les matins, avant de venir à l'école. Il faut aussi que le professeur fasse une surveillance spéciale des élèves qui ont l'habitude de toujours porter à leur bouche tout ce qui leur tombe sous la main. Ce n'est qu'à force d'insister sur ce point que les élèves finiront par contracter des habitudes réellement hygiéniques, et cette insistance de tous les instants ne peut être faite que par les professeurs dans les classes.

Les statistiques du Bureau d'Hygiène de la Ville de Montréal, démontrent qu'en 1909 il existait dans les écoles 25,342 élèves ayant des dents cariées. En 1910, ce chiffre est de 22,970, et en 1911 il est réduit à 19,243.

On voit donc une grande amélioration de ce côté si on considère l'augmentation du nombre des élèves dans les écoles.

Il est permis d'attribuer cette amélioration et ces bons résultats à l'inspection médicale des écoles, faite par les médecins de dis-

trict, qui en plus de l'inspection et des visites qu'ils font dans les écoles, ont pour mission de faire des conférences et des démonstrations pratiques sur les éléments de l'hygiène.

Pour ce qui concerne la bouche, les médecins inspecteurs procèdent généralement de la manière suivante :

Ils font un examen spécial de la bouche, se servant d'une spatule en bois pour chaque élève, pour abaisser la langue, examiner la gorge et constater le nombre de dents cariées. Une fois l'examen terminé, ils doivent inscrire sur la fiche sanitaire de l'enfant, le résultat de leur examen. Cette fiche reste dans la classe pour servir de guide pour les examens futurs qui ont lieu tous les quatre mois, et pour constater l'état d'amélioration dans l'avenir. Après l'examen, un avis est envoyé aux parents de l'enfant pour attirer leur attention sur l'état de la bouche de leur enfant.

Ici, Messieurs, se présente une question qui mérite d'attirer votre attention, et sur laquelle j'aimerais à connaître votre opinion. La question est la suivante :

Doit-on faire arracher les dents cariées de la première dentition ou bien les laisser tomber d'elles-mêmes ?

Certains dentistes s'opposent à l'arrachement des dents de la première dentition, alléguant que ce serait de nature à provoquer des déviations dans la deuxième dentition, et exposer l'enfant à avoir des dents croches.

D'un autre côté, tolérer une dent cariée dans la bouche, c'est s'exposer à l'infection et à tous ses dangers, et exposer aussi les dents de la deuxième dentition à être infectées par la carie de la première.

Pour terminer, permettez-moi de vous lire les conclusions suggérées par le Docteur H. Versluysen, durant les séances du Troisième Congrès International d'Hygiène Scolaire, tenu à Paris au mois d'août 1910.

Ces conclusions se lisent commé suit :

Conclusions.

1° Il est nettement établi que la bouche contient habituellement des microbes pathogènes redoutables, ne demandant qu'à entrer en action, à la moindre défaillance de l'organisme, ou à la faveur de la plus légère lésion locale.

2° Dès lors, il y a lieu de recommander une hygiène bucco-dentaire individuelle sérieuse, et comme les citoyens n'ont pas le droit d'infecter le voisin, défense doit être faite, avec pénalités sévères pour le contrevenants, de cracher dans les lieux publics ainsi que sur les voies publiques.

3° Comme les organes de la mastication sont en relation intime avec les vaisseaux sanguins et lymphatiques, et que le terrain influence les troubles bucco-dentaires, et vu que ceux-ci ont une répercussion sur l'état général, il y a lieu de renforcer les soins dans les affections bucco-dentaires et dans les maladies générales.

4° Les chances d'infection augmentent dans les collectivités: hôpitaux, casernes, fabriques, écoles, navires, pensionnats, lycées, ateliers, industries, il y a lieu d'y exiger des soins de la bouche bien compris.

5° Dans l'incertitude de la composition des poudres et savons dentifrices commerciaux, et vu le peu d'activité des liquides et pâtes de même provenance, il est recommandé de se servir de savon blanc qui dégraisse la bouche et stérilise ensuite admirablement.

6° La meilleure manière pour vulgariser l'hygiène buccale semble être de se servir de l'école. Les administrations municipales doivent créer des cliniques dentaires scolaires ou tous les soins réclamés par l'état de la bouche des écoliers seront donnés, la bouche étant inspectée trois fois l'an. Ces administrations feraient chose utile, en faisant apposer dans les classes des tableaux muraux, démontrant les ravages de la carie et leurs conséquences sur la santé. Cet enseignement vivant, tous les jours renouvelé, devant frapper fortement leurs jeunes imaginations et laisser un souvenir pour le restant de la vie.

7° Le praticien devant donner les soins dentaires doit être Docteur en Médecine, bien placé de par ses études générales, à intervenir en connaissance de cause et au mieux des intérêts du petit malade.

8° Les enfants désignés lors de l'inspection, comme devant recevoir des soins, doivent se rendre, munis d'un billet, dans un local *ad hoc*. Il est désirable là où cela est possible, que la pratique civile soit défendue aux praticiens. Ceux-ci doivent être nommés pour un long terme, de façon à pouvoir suivre les effets d'une mé-

dication, d'un traitement, d'un changement de régime, d'habitudes, d'alimentation, etc., chaque enfant ayant sa fiche dentaire.

Le stomatologiste prendra souvent contact avec l'oculiste et le spécialiste pour gorge, nez et oreilles, pour le plus grand bien des enfants, les désordres bucco-dentaires retentissant fréquemment sur ces divers organes.

Ces résolutions ont été approuvées par les membres du Congrès en 1910.

INTERETS PROFESSIONNELS

LES CHARLATANS ET LES ELECTEURS

M. Lafontaine, ancien député de Maskinongé, le parrain du bill dit, "*des rebouteurs*," n'a pas été réélu. Malgré sa sollicitude pour les charlatans, ceux-ci n'ont pas eu assez d'influence pour le faire élire.

Ses électeurs, qui sont de bonnes gens, et qui n'aiment pas que leur enfant s'éloigne trop longtemps du village ont pensé avec raison, que l'air des villes ne lui convenait plus. La conception qu'il a du véritable esprit public, ne leur convenant pas davantage, j'imagine, ils l'ont tout simplement renvoyé à ses moutons.

Quelle perte pour l'Assemblée Législative !

Oh charlatanisme!... voilà bien de tes coups!...

A LA PROFESSION MEDICALE

Nous sommes heureux d'annoncer que nous avons ouvert au No 390 rue Bleury, un établissement pour la fabrication d'appareils orthopédiques, membres artificiels, bandages herniaires et ceintures abdominales de tous genres.

Spécialité: exécution d'appareils d'après dessins fournis par les praticiens.

Corsets et appareils en celluloïd exécutés avec soin.

20 années d'expérience dans les grands ateliers d'Europe. 16 ans à la maison J. H. Chapman, à Montréal.

TELAT ET DUCKETT.

390, rue Bleury, Montréal.

Phone Up 2328.

NECROLOGIE

MORT DE LORD LISTER (1)

An moment du deuil universel que cause la disparition de la plus grande personnalité chirurgicale de notre temps, nous avons le devoir de donner à sa mémoire le meilleur témoignage de reconnaissance que nous puissions lui offrir, en disant la vie de l'homme et l'œuvre du Savant.

Sur la vie de l'homme, bien des choses inexactes ont été dites. Lord Lister était un homme essentiellement modeste, d'aspect un peu sévère, quoiqu'il fût bienveillant et accueillant pour tous ceux qu'amenait près de lui le désir de s'instruire et de participer au mouvement scientifique qu'il conduisait.

Il était si peu soucieux de tout ce qui lui paraissait étranger à la science et au bien de l'humanité qu'il ne se prêtait pas volontiers aux interviews si coutumières aujourd'hui. On a quelque peine à réunir les renseignements biographiques sur lui. Beaucoup de choses inexactes ont été dites sur son compte, sans qu'il ait jamais pris une peine quelconque pour les rectifier. Il n'aurait jamais rectifié qu'une opinion erronée qui lui aurait été attribuée. Encore aurait-il fallu qu'il eût constaté que cette rectification avait une importance vraiment scientifique.

Contrairement à ce qu'ont pu écrire les biographes qui l'appellent le chirurgien Ecossais, Lister était un Anglais né le 5 avril 1827, à Upton (Essex), tout près de Londres. Il appartenait à une famille de Quakers et garda toute sa vie cet abord un peu sévère dissimulant imparfaitement sa bienveillance constante.

Son père était un commerçant en vins de la Cité qui, de bonne heure, consacra une partie de ses loisirs d'homme riche au perfectionnement du microscope. Sa mère appartenait également à une famille de Quakers et tous deux vécurent jusqu'à un âge avancé. Sa mère mourut en 1864, cinq ans avant son père, qui succomba en 1869, à l'âge de 83 ans. Lister racontait volontiers que, pour ses études, il était pourvu du plus beau microscope du temps et faisait remonter à son père la première origine de son éducation scientifique.

(1) Le Dr Championnière vient de consacrer un article important à Lister, dont il fut l'élève et l'admirateur de la première heure. C'est une page d'histoire que nous aimerons à lire et à conserver. N. D. L. R.

Elevé à une école de Totenham, il fit ses études supérieures à Londres, à University College, puis étudia la médecine à University hospital.

Dès sa jeunesse, il fut dirigé vers les études scientifiques. Il rappelait qu'il avait reçu les leçons de chimie de Graham, les leçons de physiologie de Sharpey. Parmi ses titres d'étudiant, on note qu'il avait obtenu le premier prix de botanique et le premier prix d'anatomie.

En 1852, il devint bachelier en médecine, puis fellow du collège Royal des chirurgiens de Londres. Il avait, comme assistant résident, étudié la chirurgie avec Erichsen.

Il quitta Londres pour aller étudier pendant quelque temps à Edimbourg, sous la direction de Syme, alors au summum de sa réputation de chirurgien et de professeur, à qui Sharpey l'avait adressé. Il fut retenu bien au-delà de ses intentions par l'intérêt qu'il prenait à ses études nouvelles, devint House surgeon, c'est-à-dire interne de Syme, dont il épousa la fille aînée en 1856.

Il est fort remarquable de constater que dans toute cette période, Lister publia un nombre assez considérable de travaux originaux sur des sujets scientifiques plutôt éloignés de la chirurgie et tenant surtout aux études microscopiques: *le tissu contractile de l'iris; le tissu musculaire de la peau; la structure intime des muscles involontaires; la structure des nerfs; le tissu pigmentaire de la grenouille; les premiers processus de l'inflammation, etc., etc.*

En 1860, il fut nommé professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Glasgow, ce qui le mit à la tête d'un service important dans la vieille infirmerie de Glasgow.

À partir de ce moment, ses publications abordent la chirurgie. Il écrit sur les *amputations, sur la résection du poignet, sur les anesthésiques*, jusqu'au jour où paraîtra dans la *Lancett*, le 16 mars 1867, sa première étude qui forme le préliminaire de la méthode antiseptique:

Nouvelle méthode de traitement des fractures, abcès, etc., avec observations sur les conditions de la suppuration, suivi bientôt d'un autre article dans le *British medical Journal* (21 septembre 1867), intitulé: *Sur le principe antiseptique dans la pratique de la chirurgie (communication faite au meeting de Dublin, le 9 août 1867) à propos de fractures compliquées de plaies.*

Ces deux articles résumaient sa pratique des deux dernières années. Depuis son séjour à Glasgow, il avait tout tenté pour combattre les accidents de plaies dans un hôpital extraordinairement infecté. Il pratiquait pourtant cette propreté chirurgicale méticuleuse que la chirurgie française ne connaissait guère et qui expliquait une différence notable entre la pratique anglaise et la pratique française, mais sans exclure de la première la misère des complications mortelles imprévues. Il était bien convaincu que l'accès de l'air sur les plaies était le point de départ de fermentations, origine des accidents. Mais cette conception ne lui avait donné aucune ressource jusqu'au jour où, séduit par les expériences de Pasteur, qu'il avait répétées, frappé par ses conclusions relatives à tous les germes qui peuvent exister sur tous les corps et dans l'atmosphère, il admit qu'il suffirait de mettre l'économie à l'abri de la pénétration de ces germes pour que la réparation des tissus se fit sans fermentation comme la réparation des traumatismes à l'abri de l'air.

Ce fut l'époque où j'eus la bonne fortune de le voir à Glasgow en août 1868. Sa technique n'était pas encore constituée comme elle le fut plus tard. Mais elle était déjà merveilleusement heureuse. Ce que je vis à cette époque suffit à justifier l'enthousiasme qui me prit, moi qui vivais depuis quelques années au milieu de ces misères atroces qui caractérisaient la pauvre chirurgie que l'on faisait alors et qui menaient à la mort une si grande proportion de ceux qui, malgré de justes répugnances, consentaient à subir la chirurgie d'alors. J'étais interne de troisième année.

Dès ce jour, avec une confiance absolue dans sa théorie, Lister se mit à la poursuite des germes. Ce ne fut pas l'homme qui s'éprit d'un topique comme on le faisait alors.

On a dit avec juste raison que l'époque avait été féconde en recherches de topiques divers pour remplacer le cérat et les cataplasmes meurtriers. La chose est parfaitement juste. Il y avait une tendance générale à revenir à la chirurgie du XVIII^e siècle. Bataillé venait de recommander les pansements à l'alcool, Lecœur avait utilisé les alcoolats composés, Declat et Lemaire avaient recommandé l'acide phénique, Demarquay pansait avec la glycérine qui, conservant un large excès d'acide sulfurique, était un véritable antiseptique, Boinet avait mis de la teinture d'iode partout et non sans succès, sans compter le perchlorure de fer, l'acide sulfureux, la térébenthine, etc.

Mais tous ces procédés étaient sans théorie. Seul, peut-être, Lemaire avait ébauché une théorie qui aurait pu le conduire dans la même voie, s'il avait été plus instruit chirurgicalement.

Ce qui fut pour Lister le trait de génie, ce fut la poursuite des germes partout. Il les poursuivit par la préparation du champ opératoire, par la préparation du chirurgien, de ses aides, de toutes les pièces de pansement, par la préparation antiseptique de la plaie, par la création des fils résorbables et aseptiques et par la prolongation de l'action antiseptique, et enfin, par la création d'une atmosphère antiseptique qui joua un rôle beaucoup plus grand qu'on ne peut l'imaginer dans les milieux si prodigieusement infectés dans lesquels il nous fallut longtemps travailler.

Nous pouvons, au *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, rappeler avec quelque fierté que, le 10 janvier 1869, parut mon article qui relatait les faits, tout neufs alors, parfaitement inconnus dans la plupart des pays qui ont eu la prétention de faire l'accueil le plus prompt à la méthode antiseptique. Je puis ajouter que cette notion s'ajoutait pour nous à la propagande que, dès la première heure, nous avons faite pour les idées pastoriennes. La facilité avec laquelle je me suis enthousiasmé pour la méthode de Lister avait eu certainement pour première cause la profonde admiration que j'avais eue pour l'œuvre naissante de Pasteur.

A partir de 1868, l'œuvre de Lister a marché à pas de géant. Chaque année apportait un perfectionnement de technique. En 1869, Lister allait remplacer Syme comme professeur de clinique chirurgicale à l'Université d'Edimbourg. Le théâtre était plus vaste, il succédait à Syme, l'un des hommes les plus justement illustres du Royaume-Uni et de nombreux élèves allaient le suivre.

Ce n'est pas que, selon la coutume, il fût prophète en son pays. Il était entouré d'élèves dévoués, dont ceux qui vivent encore, comme Sir Hector Cameron et mon vieil ami John Chiene, ne me démentiront pas, mais il était entouré aussi d'ennemis de sa méthode. Lorsqu'en 1875, à l'époque du Congrès de la *British Medical Association*, à Edimbourg, je devins son hôte avec Saxtorph, de Copenhague qui, comme moi, était de ses disciples, pleins d'admiration pour les succès que plus d'un mois de séjour me fit constater, pleins de confiance dans l'avenir de la méthode, nous pûmes entendre les critiques qui ont si longtemps persisté. Plus tard, à Londres, en 1881, lors du Congrès international, les Français, les Danois, les Belges, les Allemands, ses premiers imi-

tateurs, nous en avons encore constaté les preuves persistantes alors que chez nous, pour la jeune école au moins, la bataille était presque gagnée.

Lister avait quitté Edimbourg en 1877, pour venir occuper à Londres, à King's College, la chaire de clinique chirurgicale, où il succédait à Sir William Fergusson, où il occupa cette chair jusqu'en 1892, époque à laquelle il se retira de la vie chirurgicale active.

Ce fut là qu'il s'efforça de perfectionner sa technique, de la simplifier, de diminuer la quantité des antiseptiques ou leur action violente.

En effet, ce qui caractérise l'œuvre de Lister en toutes les situations qu'il occupa, ce fut la persévérance dans l'idée scientifique et l'effort constant dans le perfectionnement de sa technique. On lui a même reproché de changer ses techniques, ce en quoi il était parfaitement conséquent avec les affirmations scientifiques de toute sa vie. Il avait une théorie à laquelle pouvaient s'appliquer des techniques différentes.

Peut-être même à un certain instant, fut-il trop sensible à certaines critiques. C'est ainsi qu'après avoir préconisé le spray, il l'abandonna un peu brusquement, alors que certains auteurs avaient affirmé légèrement l'absence de germes dans l'atmosphère. Il pouvait avoir des raisons pratiques de supprimer le spray. Mais les belles recherches de M. Quénu ont bien montré l'existence et la proportion de ces germes de l'air et peut-être y aurait-il eu lieu de continuer à en tenir compte, sinon toujours au cours des opérations, mais au moins, en certaines conditions des pansements secondaires.

Pendant longtemps Lister avait donc eu plus de crédit parmi les étrangers que parmi ses compatriotes. On le vit bien en 1879, au Congrès d'Amsterdam, puis à Copenhague, puis à Berlin, puis dans le voyage triomphal qu'il accomplit en Amérique.

Il avait eu des disciples en Allemagne, comme Wolkmann et Nussbaum, comme Sactorph à Copenhague, comme Reverdin à Genève, comme Ansiaux à Liège. Je puis rappeler avec quelque fierté que le premier livre didactique sur sa méthode fut publié par moi en 1876, et que sa seconde édition en 1880 et la traduction de cette seconde édition en anglais précéda de plus d'une année la publication du beau traité d'antisepsie de Watson Cheyne, à Londres, en 1882.

Le Congrès international de Londres en 1881, où il fut manifeste qu'un grand nombre de chirurgiens étaient venus à Londres surtout pour suivre Lister, la présence de Pasteur à ce congrès, l'enseignement du Professeur à King's College hospital et certainement la publication du beau livre de Watson Cheyne contribuèrent puissamment à modifier les impressions de ses compatriotes, car ce fut à partir de cette époque que les honneurs commencèrent à lui venir. Il fut fait baronnet en 1883, puis fut fait baron et élevé à la pairie en 1897, ce qui fut un honneur bien extraordinaire pour un savant.

Sir William Thomson fut, croyons-nous, avec lui, le seul savant devenu pair sous le nom de lord Kelvin. Il y a actuellement un autre médecin élevé à la pairie, lord Ilkeson, mais cette élévation a été due à un motif tout politique.

Lord Lister fut élu président de la Société royale de Londres en 1896 et appartient à la plupart des Sociétés savantes du monde entier; associé étranger de l'Académie des sciences.

Lors du jubilé de Pasteur en 1892, son discours fut sensationnel, un tableau bien connu de Rixens représente à la Sorbonne l'incident de cette rencontre.

Au milieu de ces honneurs, Lord Lister conservait une sincère modestie. J'en ai le témoignage dans une correspondance assez étendue. Dans une de ses lettres en particulier, après un discours que j'avais fait à un banquet qui lui fut offert en 1900 à Paris, il me répétait que les éloges qui lui étaient adressés venaient de gens trop enthousiastes et trop bons pour lui.

Il semble même qu'il fut un timide et en tous cas, il n'a jamais eu la combativité et la vivacité d'expression qui furent si heureusement qualités dominantes chez Pasteur.

En 1893, Lady Lister mourut au cours d'un voyage en Italie. Sans enfants, Madame Lister avait toujours pris la part la plus active aux travaux de son mari, l'avait accompagné dans ses voyages. L'union des époux était si parfaite que tous ceux qui ont eu l'honneur de les connaître savent que le coup qui frappa Lord Lister n'a jamais été réparé. Depuis, dans ses lettres, comme lorsque j'ai eu l'honneur de le revoir, je n'ai plus retrouvé la même tranquillité d'âme, la même énergie.

Pourtant Lord Lister conserva jusque dans son extrême vieillesse l'amour du devoir. En 1902, sollicité d'aller au Transvaal.

il n'hésita pas, malgré son grand âge, à faire ce pénible voyage.

Depuis quelques années, souffrant de crises très douloureuses, il vivait fort retiré à la campagne.

Pour fêter ses 80 ans, ses admirateurs et ses amis ont eu la pensée de publier une édition complète de ses œuvres. Deux très beaux volumes ont été publiés par les soins de ses élèves: Sir Hector Cameron, Sir Watson Cheyne, Rickmann Godlee, C. J. Martin et Dawson Williams.

Il faut avoir lu et relu ces volumes pour se rendre un compte bien complet de la vie et de l'ensemble de l'œuvre de Lister.

J'ai quelque regret que les éditeurs n'aient pas simplement conservé l'ordre de publication des travaux, mais les aient groupés par ordre de matière. L'histoire d'un homme de génie mérite la succession de ses travaux; l'ordre de ses pensées est chose précieuse pour l'histoire de l'humanité.

Lister était absolument remarquable par la netteté de sa pensée. Il n'était ni un orateur ni un chirurgien d'une habileté manuelle extrême. Mais l'expression de sa pensée était absolument claire et son acte chirurgical, un peu lent, était remarquable par une perfection irréprochable. Chacun des détails de son opération répondait à l'idée théorique qu'il se faisait des nécessités de sa méthode.

Il tenait par dessus tout à cette constance dans les termes de l'acte chirurgical. Bien qu'il n'aimât guère critiquer, un jour, sollicité par Langenbeck de faire la critique d'une opération que Langenbeck venait de faire devant lui pour lui prouver qu'il suivait la méthode antiseptique, il lui fit remarquer qu'au cours de cette petite opération, il avait commis onze fautes dont chacune pouvait amener de la suppuration.

Pourtant, comme tous les hommes de génie, il avait la passion de la simplification de toute méthode et dans plusieurs de ses lettres, il me dit son chagrin de voir, au nom de la science, compliquer à l'infini l'acte chirurgical jusqu'à le rendre impraticable. Cette complication au nom du progrès lui a toujours paru une grave erreur.

Ce fut la plus grande critique qu'il adressa à ce que l'on appelle la méthode aseptique. Au point de vue scientifique, ni lui, ni nous, n'avons aucun reproche théorique à faire à cette technique nouvelle. La première prétention de cette technique est de res-

pecter plus complètement que jamais les principes sur lesquels la pratique de Lister et toute la chirurgie moderne est fondée. N'avait-il pas lui-même affirmé dès la première heure que l'antiseptique étant aussi redoutable pour l'élément anatomique que pour le microbe, il fallait réduire au minimum son action pour laisser à l'économie toute la valeur de sa *self defence*. Il avait même, comme on ne le sait guère, fait des tentatives répétées pour n'employer en topique que des pansements simplement stérilisés. Il avait trouvé que la sécurité des opérations avec écoulement de liquide en était trop diminuée.

C'est qu'il n'était pas seulement le théoricien, il était un clinicien averti et prudent. Il n'était pas non plus l'homme d'une seule opération. Il voulait voir la chirurgie dans toute sa généralisation. Il voulait voir l'œuvre chirurgicale adaptée sans réserve au traumatisme quel qu'il fût. Il n'était donc pour aucune transformation relative à une seule opération.

Nous estimons qu'il était dans la vérité et qu'il suivait ainsi une véritable méthode scientifique. Dès à présent, l'épreuve du temps lui donne raison. Quelles que soient les fluctuations de la pratique, quelles que soient les modes ou les séductions d'un procédé heureux pour certaines opérations, les principes qu'il a formulés dominent la science chirurgicale, et bien des détails pratiques de ses techniques de prudent clinicien et de celles de ses élèves fidèles retrouveront leur place, momentanément occupée par suite de découvertes nouvelles ou même simplement par cet amour de changement injustifié dont les sciences les plus exactes ne sont pas absolument exemptes.

Nous estimons que Lister nous a donné là le meilleur exemple de persévérance scientifique. Nous avons dans toutes nos publications cherché à suivre cette méthode. Nous n'avons jamais négligé aucun des progrès réels qu'on proposait d'adjoindre à une méthode heureuse. Mais nous avons toujours protesté contre l'abandon de pratiques dont le fondement scientifique est indiscutable et qu'une expérience scientifiquement conduite a montrées si heureuses que les efforts les plus habiles et les plus compliqués n'ont jamais pu les remplacer.

REVUE GENERALE

LES POINTS DE COTE DES TUBERCULEUX ET LEUR TRAITEMENT (1)

Un des troubles les plus fréquents et les plus pénibles observés quotidiennement chez les tuberculeux est assurément représenté par les points de côté. Leur variété est d'ailleurs très grande, soit dans leur siège, soit dans leur acuité, et leur intérêt ne découle pas seulement de la nécessité qu'il y a de les soulager, mais encore du fait qu'ils constituent parfois un indice intéressant de l'évolution tuberculeuse sous-jacente.

La plupart des points de côté reconnaissent une cause *pleurale*, soit qu'il y ait simplement irritation de la séreuse avec léger exsudat, soit qu'il y ait adhérences plus ou moins épaisses. La correspondance entre le siège des points de côté et celui des lésions est souvent tout à fait rigoureuse; nous l'avons vérifié maintes fois à l'autopsie des tuberculeux; quelques pointes de feu faites, du vivant du malade, sur la zone le plus constamment douloureuse, servent de point de repère et une aiguille enfoncée à ce niveau rencontre presque à coup sûr une adhérence pleurale. Il ne convient pas de croire inversement que toutes les adhérences soient douloureuses ou que, plus elles sont épaisses, plus la douleur est vive; les points de côté opiniâtres relèvent presque toujours de l'irritation ou de l'englobement des nerfs pariétaux; suivant donc qu'ils sont respectés ou non, la lésion pleurale ne sera pas ou sera douloureuse.

Dans d'autres cas, le point de côté est dû à l'existence d'un *bloc pulmonaire* qui traduit une poussée tuberculeuse aiguë ou sub-aiguë; dans les faits de *granulie*, Empis a bien insisté sur l'hyperesthésie du thorax, hyperesthésie qui s'accompagne presque toujours de douleurs spontanées relativement mobiles.

Enfin il faut savoir qu'un *mal de Pott* encore peu accentué ou une *méningite rachidienne* chronique à prédominance radiculaire pourra être la source de points de côté divers, de névralgies, de troubles de la sensibilité dont la banalité apparente ne trompera point le clinicien attentif. Il nous paraît superflu d'ajouter (et cependant nous avons vu quelquefois commettre cette erreur) qu'il

(1) Par Henri Paillard, ancien interne lauréat des hôpitaux.

ne faut pas méconnaître dans l'étiologie des points de côté, une *ostéite* commençante dont les signes objectifs imposent la réalité.

Nous croyons que chez quelques malades névropathes, certaines névralgies peuvent être, sinon créées entièrement, du moins très *exagérées* ou notablement prolongées du fait du terrain sur lequel elles évoluent. Il faut tenir compte de cette particularité pour apprécier la valeur thérapeutique de tel ou tel procédé.

Le point de côté du tuberculeux peut occuper un *siège* très variable : au sommet, dans l'aisselle, au niveau de l'interlobe ou de la région diaphragmatique.

Le point de côté du sommet, sur lequel a beaucoup insisté Peter, est lié aux adhérences du lobe pleural et à l'englobement des filets nerveux qui le surplombent. Deux nerfs sont particulièrement touchés en pareil cas : le sympathique et le phrénique. La lésion du premier donne peu de phénomènes douloureux mais réalise parfois un syndrome sur lequel a insisté Souques en 1902 : des troubles oculo-pupillaires du côté malade, consistant en myosis, diminution de la fente palpébrale et rétraction de l'œil ; c'est le syndrome de Claude Bernard-Horner, dû à l'atteinte du premier ganglion thoracique qui contient, comme on le sait, les fibres irido-dilatatrices. Beauvieux, de Bordeaux, a récemment observé aussi ce syndrome chez une femme tuberculeuse. La lésion du phrénique réalise quelquefois une névralgie phrénique totale ; mais le plus souvent les points supérieurs sont seuls bien nets (point vertébral, point sterno-mastoïdien, points sternaux supérieurs). Enfin il peut y avoir atteinte des intercostaux avec prédominance de la névralgie à la face antérieure, postérieure ou axillaire du thorax.

Parmi les points de côté qui siègent à la partie moyenne du poumon, il en est qui ont été bien individualisés par Sabourin : les points de côté interlobaires ; quelquefois la douleur occupe tout le trajet de la scissure interlobaire ; c'est relativement rare ; le plus souvent la douleur est maxima dans la zone justavertébrale, à l'origine de la scissure ; de plus, mais seulement du côté droit, il y a parfois un point rétro-axillaire, à l'endroit où la scissure se bifurque. Ces points de côté interlobaires s'observent presque toutes les fois qu'un processus tuberculeux intéresse la zone scissurale : embolie bronchique, pneumonie ou broncho-pneumonie marginale, pleurésie interlobaire. Sabourin a longuement

insisté sur ces diverses manifestations et l'on sait, de plus, que Bécclère (4) a montré, grâce à un ingénieux procédé de radioscopie, comment l'on pouvait déceler une symphyse interlobaire. Ces faits sont utiles à connaître parce qu'ils permettent de concevoir l'intérêt d'une névralgie en apparence banale et qu'ils invitent à faire par l'auscultation un diagnostic topographique précis.

Nous n'insisterons pas sur les névralgies intercostales des tuberculeux; elles précèdent parfois les lésions pulmonaires, elles peuvent accompagner un processus initial ou avancé, pleural ou cortical, elles peuvent être liées à un mal de Pott au début ou à une compression radiculaire. On voit quelles peuvent en être la variété, l'intensité, l'évolution.

Les névralgies de la base relèvent soit d'une pleurésie diaphragmatique d'emblée localisée, soit de la symphyse pleurale secondaire à une pleurésie de la grande cavité. Dans le premier cas, il existe une névralgie phrénique à peu près typique, parfois transitoire ou intermittente si la lésion est légère; dans le second, c'est un endolorissement diffus des derniers espaces intercostaux qui est souvent assez intense pour entraîner de la polypnée, de l'insomnie et pour devenir rapidement à peu près intolérable; même si la douleur est légère, elle s'exagère nettement lors de l'effort ou de la toux.

U. Monnier (5), de Nantes, a récemment insisté sur la fréquence du syndrome diaphragmatique chez les tuberculeux. Nous souscrivons d'autant plus volontiers à cette assertion que nous avons déjà et longuement étudié ces faits (1); toutefois, nous le répétons, la douleur ne revêt pas toujours exactement le type de la névralgie phrénique.

Il faut savoir aussi que les points de côté de la base ne sont pas toujours pleuraux et sont susceptibles, même, d'avoir une origine complètement indépendante de toute affection respiratoire: c'est ainsi que chez un malade tuberculeux avéré, nous avons observé un point de côté de la base gauche, très opiniâtre et rebelle à toute thérapeutique; il augmentait lors de la toux, il gênait manifestement la respiration diaphragmatique; quoique la palpation ne le localisât pas d'une façon très précise sur la paroi, nous étions dis-

(4) Bécclère — L'examen radioscopique des plèvres interlobaires et le diagnostic de la sclérose de l'interlobe. *Soc. méd. des hôp.*, 28 février 1902.

(5) U. Monnier — Le syndrome diaphragmatique. *Gaz. médicale de Nantes* 25 nov. 1911, No 47, p. 989.

posé à admettre l'existence d'adhérences pleurales diaphragmatiques, quand l'autopsie nous montra une péri-colite tuberculeuse de l'angle gauche du gros intestin ; on sait que cet angle vient s'enfoncer très haut sous la coupole diaphragmatique et, qu'à travers le diaphragme, il est en regard du cul-de-sac pleural. Nous aurions pu, à la vérité, faire un diagnostic plus exact si nous avions tenu compte des alternatives de constipation et de fausse diarrhée que présentait le malade et du fait que les paroxysmes de sa douleur étaient liés beaucoup plus à l'état de son intestin qu'à celui des voies respiratoires.

Enfin, il est une variété des douleurs pariétales sur laquelle a récemment insisté Mantoux et qu'il décrit sous le nom de pleurite sèche précordiale ; il existe, en pareil cas, une douleur qui occupe plusieurs espaces intercostaux et irradie parfois dans le bras gauche, des palpitations pénibles, une sensation d'étouffement disproportionnée avec les signes physiques et une angoisse qui fait croire aux malades mal avertis à une crise d'angine de poitrine ou à un anévrisme en imminence de rupture. L'examen physique, qui doit être pratiqué avec le plus grand soin, montre de petits frottements fins, secs, superficiels, synchrones aux mouvements respiratoires et disparaissant lorsque le malade retient sa respiration. L'exploration digitale met en évidence une sensibilité particulière de la région. Ces symptômes qui surviennent souvent par crises, disparaissent presque toujours assez rapidement.

TRAITEMENT

Tels sont, rapidement esquissés, les caractères et les localisations des " points de côté " des tuberculeux. Quel traitement conviendrait-il de leur opposer ?

Dans un récent article paru dernièrement, Oppenheim (3) a résumé fort justement les indications thérapeutiques principales au cours des pleurésies sèches : révulsion, médication antithermique, médication de la toux et de la douleur. Nous voudrions, ici, insister seulement sur une vieille pratique que l'on emploiera certainement avec un succès égal au nôtre : l'injection sous-cutanée d'eau bouillie au point douloureux. Cette méthode est fort an-

(3) R. Oppenheim. — Consultations médicales : Pleurésies sèches. *Progrès médical*, 25 nov. 1911, No 47, p. 580.

cienne, et si l'on se reporte à l'article *Douleur* du Dictionnaire Jaccoud, article écrit par Dieulafoy, on l'y trouve en bonne place et même à la place d'honneur. Potain l'avait fréquemment employée contre des névralgies diverses et Dieulafoy rapportait les nombreux succès qu'il lui devait. Par une injustice bien regrettable, la méthode est " tombée dans l'oubli," dit Romme en 1910; à notre avis cet oubli n'était pas tout à fait complet; çà et là, dans les services hospitaliers, on en parlait quelquefois, on l'employait fort rarement; harcelé par quelques malheureux phtisiques qui avaient épuisé en vain toute la série des applications révulsives et calmantes, nous nous sommes décidé à appliquer cette méthode fort régulièrement. Elle nous a donné des résultats remarquablement efficaces et constants; sur le moment même, l'injection est rarement un peu douloureuse; c'est très peu de chose; quant à la névralgie que l'on combat, elle cesse ordinairement une demi-heure à une heure après l'injection et la malade ne souffre plus pendant plusieurs jours ou même pendant une semaine. Parfois la guérison est définitive; dans d'autres cas, il faut refaire une nouvelle injection au bout de 10 à 15 jours. La quantité de liquide ne doit pas dépasser 1 à 2 centimètres cubes.

On peut pratiquer cette injection quelle que soit la localisation de la douleur; cependant dans les cas de pleurite sèche précordiale, nous estimons avec Mantoux qu'il convient surtout d'appliquer des ventouses sèches ou scarifiées.

Les injections d'eau aux points névralgiques ont été souvent accueillies avec quelque scepticisme par notre entourage. On se demande comment peut agir une médication aussi rudimentaire et si ses effets ne sont pas simplement psychiques. Or, Surmont et Dubus (4) ont, il y a peu de temps, porté la question sur le terrain expérimental et ont constaté, chez le lapin, que l'injection d'eau distillée dans le voisinage du nerf sciatique entraînait un œdème du nerf avec infiltration inter et péri-fasciculaire; il y a parfois appel leucocytaire; quant à la fibre nerveuse, elle conserve son aspect normal. Surmont et Dubus comparant à ces modifications minimales, mais indiscutables, les délabrements produits par les injections d'alcool, conseillent à ceux qui se proposent d'employer ces dernières, d'essayer au préalable les injections d'eau

(4) Surmont et Dubus — *Archives de médecine expérimentale*, 1910, No 1, p. 76.

distillée qui leur ont d'ailleurs donné, en clinique, des résultats satisfaisants.

A leurs résultats nous joignons les nôtres.

Depuis quatre ans nous avons pratiqué plusieurs centaines d'injections sous-cutanées d'eau bouillie dans des névralgies diverses et spécialement dans les névralgies des tuberculeux et nous n'avons pas eu un seul insuccès, à la condition que l'injection fût faite au point relevé par la palpation comme le plus douloureux. Cette thérapeutique, aussi simple que bienfaisante, mérite d'être tout à fait réhabilitée et de passer dans la pratique courante.

CHRONIQUE

OHE ! LES TOQUADES !

J'ai vu, l'autre jour, deux clientes d'un cher confrère, deux sœurs, deux cas dont la juxtaposition avait sa fine pointe d'ironie.

L'une, saine comme une roche, avait la maladie qu'on a quand on veut être intéressant à tout prix... la maladie qui ne requiert pas de symptômes... la maladie si bien portée... l'oreiller si moelleux pour une tête bien faite... la dyspepsie, puisqu'il faut l'appeler par son nom... Elle en était rendue au point de ne plus *même digérer l'eau*, car, disons en parenthèse, que l'eau a besoin d'être digérée en certains quartiers de notre province. Partout ailleurs, l'eau pénètre dans la circulation à l'état d'eau pour en sortir par tous les émonctoires, dans les mêmes conditions moléculaires. Mais il n'en saurait être de même chez un peuple grand liseur d'almanachs où la peur des choses les plus naturelles du monde empoisonne la vie de tant d'êtres candides !! ?

— Mais trêve aux digressions oiseuses et passons vite à la deuxième sœur.

La pauvre enfant est en pleine troisième période de la tuberculose et deux garde-malades suffisent à peine à lui engouffrer les albuminoïdes à gaster que veux-tu !

Pour les esprits simples, cette dernière pouvait avoir des rai-

sous de ne pas *digérer* attendu que *souvent* l'estomac participe à la débilité générale de l'économie.

Ici, il n'en était rien cependant. Bien loin de là ! cette malade était non seulement alimentée, mais, pour mourir de façon orthodoxe, elle devait être suralimentée. Les deux étaient à la mode : brave Esculape ! !

.

. Ça m'a souvent intrigué de constater la puissance d'évolution des moutons de Panurge de la théorie. . . et comme on a su passer *allegretto* des régimes de diète draconiens à tout propos, à la suralimentation non moins féroce dans *tous* les cas de tuberculose. Et telle est la tyrannie de la mode, que depuis le jour où l'on a vu surgir la suralimentation de Dettweiler, ceux qui voyaient de la dyspepsie partout, n'ont jamais rencontré un tuberculeux qui non seulement ne digérait pas, mais ne pouvait pas ne pas se gaver.

C'est à souhaiter la tuberculose à tous ceux qui, concentrés sur leurs viscères, coulent leurs jours à guetter les petits frémissements qui peuvent naître au creux épigastre. Et nos évolutionnistes me font penser aux icériques de certains pays tropicaux, qui tantôt voient jaune comme les cas de jaunisse qui se respectent, et tantôt tout en rose.

.

Mais il est une chose qui peut protéger l'humanité égrotaute contre les toquades de la Faculté : c'est qu'une Providence bienveillante et bienfaisante, a su, de tout temps, faire entrer les malades tout ronds dans les cadres tracés d'avance par la Médecine. Celle-ci — c'est clair — n'a pas été faite pour les hommes, mais les hommes pour la médecine.

.

Nous n'avons plus, comme au grand siècle, les bonnets pointus ni les formules latines, mais si ce brave Molière revenait, il ferait encore de nous ses délices.

Sur ce, méditons, mes frères, et prions !

Dr X*.

NOUVELLES

PROVINCE DE QUEBEC

DISTRICTS SANITAIRES

Choix de 10 inspecteurs régionaux

Le 17 juin prochain s'ouvrira le concours pour le choix de 10 inspecteurs régionaux.

Seuls seront admis à concourir, les médecins qui produiront leur *diplôme d'hygiène publique*.

Le concours comprendra des épreuves écrites, orales, de pratique et de laboratoire. L'examen portera aussi sur les aptitudes des candidats pour les fonctions administratives que comporte la position d'inspecteur régional.

Les candidats doivent parler le français et l'anglais.

Si le candidat obtient moins que 50% des points dans l'épreuve écrite, il sera exclus des autres épreuves.

Les candidats pourront subir *l'examen écrit* soit à Québec, soit à Montréal, mais les autres épreuves auront lieu au siège du Conseil d'hygiène de la province, 9 rue St-Jacques, Montréal.

Dates fixées pour l'examen des candidats :

Le 17 juin. Examen écrit, simultanément à Québec et Montréal.

Le 19 juin (a) Inspections et rapport écrit sur icelles.
(b) Examen oral.

Le 20 juin. Examen pratique en bactériologie et en chimie.

} à Montréal.

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL

Séance du 23 avril 1912

Présidence de M. BOUCHER

M. DUBÉ. — *Quelques observations de chorée.*

Ces observations, au nombre de six, portent sur de petits malades dont l'âge varie de neuf à quatorze ans. (Voir plus haut.)

Dr J. N. ROY. — *Balle de revolver au chiasma. Cécité binoculaire consécutive.*

L'auteur rapporte l'observation très intéressante d'un vieillard de 75 ans qui est devenu aveugle des deux yeux, après avoir reçu à la tempe gauche, en 1910, une balle de revolver qui est allée se loger au chiasma. L'examen radiographique a permis de localiser d'une manière précise l'endroit où se trouve ce corps étranger.

Après avoir fait des expériences avec des revolvers de fabriques différentes, et du papier buvard sec et humide, Monsieur Roy dit qu'en comparant l'incrustation de la poudre sur le papier, et sur la peau de la tempe, de la joue et des paupières, l'arme devait être à 0.25 ou 0.30 centimètres du blessé. De plus, il ajoute que d'après la pigmentation cutanée, la cartouche, qui contenait une balle de calibre 22, était chargée avec de la poudre noire. Comme le malade n'est pas gaucher, il conclut que dans son cas, il n'y a pas eu tentative de suicide.

Il est intéressant de noter que le patient n'a jamais présenté de symptômes généraux autre qu'un peu de céphalalgie, et qu'il n'a pas eu de température.

Les nerfs optiques se sont atrophiés graduellement, et la cécité sera permanente.

Comme il était nullement indiqué de tenter l'ablation de cette balle, elle est maintenant enkystée au chiasma, et le malade devrait ne pas avoir d'affections causées par sa présence au cerveau.

Après avoir parcouru la littérature médicale sur les accidents oculaires produits par des projectiles qui amènent la cécité, monsieur Roy dit que son observation est unique en son genre.

Wilfrid DÉROME,

Secrétaire.

ANALYSES

MEDECINE

Deux symptômes peu fréquents au cours du rétrécissement mitral, dans *Journal de Médecine Interne*, 18 mars 1912.

EFFENDI (*Deutsch. Med. Woch.* 1911, n° 41), relate trois observations intéressantes de rétrécissement mitral. La première concerne un jeune homme, mort en hyposystolie, et qui présentait un rétrécissement mitral vérifié à l'autopsie. Pendant la crise, on avait noté chez ce malade une inégalité frappante entre les deux pouls radiaux.

L'auteur pense que cette inégalité peut peut-être s'expliquer par le fait d'une compression du tronc brachio-céphalique par la veine cave dilatée.

La seconde observation est l'histoire d'un enfant de 15 ans, qui présenta, pendant l'évolution d'un rétrécissement mitral, de la dilatation pupillaire droite et des troubles de la voix par paralysie de la corde vocale gauche. Toutes les cavités cardiaques étaient dilatées chez le malade et la digitale amena la disparition de ces symptômes en deux jours.

Il est probable que la compression des oreillettes avait provoqué à droite la dilatation pupillaire, à gauche la compression du récurrent.

Enfin, fait rare, il rapporte le cas d'un troisième malade qui réunit les symptômes présentés par les deux précédents.

THERAPEUTIQUE

La vaccination comme moyen prophylactique et curatif de la fièvre typhoïde, par PHALEN, dans *Journ. of the Am. med. Assoc.*, vol. LVIII, 6 janvier 1912, n° 1, p. 9-11.

On emploie dans l'armée, aux Etats-Unis, un vaccin antityphique préparé par le major Frédéric Russel à Washington. Ce vaccin renferme des bacilles provenant d'une vieille culture sur gélose et ayant perdu leur virulence. Après une inoculation de

18 heures, les cultures de gélose sont lavées avec du sérum artificiel et tuées au bain-marie à 56° pendant une heure. On fait la numération des bactéries et on dilue ensuite la culture avec du sérum artificiel de manière à ce que 1 centimètre cube contienne un bouillon de bacilles; puis on ajoute une solution de 0,25 pour 100 de tricrésol. On vérifie ensuite le vaccin au point de vue des bacilles aérobies et anaérobies et on inocule des cobayes.

La dose immunisante est de trois injections répétées à 10 jours d'intervalle; la première injection est de un demi-centimètre cube, la deuxième et la troisième de 1 centimètre; ces injections se font généralement dans le deltoïde, près de son insertion, après le badigeonnage de la peau à la teinture d'iode.

La réaction est ordinairement faible. On observe souvent une adénopathie axillaire, mais sans suppuration. La fièvre, toujours modérée, monte dans les 6 premières heures, atteint son acmé en 12 heures et cesse au bout de 24 heures. Il persiste seulement une légère raideur du bras.

Après la première injection, la réaction est constante; souvent elle est plus vive après la deuxième en raison du plus grand nombre de bacilles injectés.

On inocule seulement les soldats sains. L'immunisation contre la fièvre typhoïde obligatoire, depuis le 1er juillet 1911, pour les officiers et les soldats au-dessous de 45 ans, quand ils n'ont eu aucune fièvre authentique. Depuis 3 ans, 60,000 hommes ont reçu trois inoculations et on observa seulement 12 cas de fièvre typhoïde sans aucun décès.

L'exemple suivant est frappant. 4,000 soldats vaccinés étaient en manœuvre dans une région; aucun cas de fièvre typhoïde ne se manifesta dans l'armée, tandis qu'on en comptait 192 dans la population civile, et cependant la ville et le camp avaient la même eau et la même nourriture.

La durée de l'immunisation ne peut encore être précisée; dans l'armée coloniale britannique des Indes, on l'estime à 2 ans; aux Etats-Unis, on vaccine tous les 3 ans.

Quant au traitement curatif de la fièvre typhoïde par le vaccin, il est encore à l'étude et on n'est pas encore d'accord sur la dose à injecter. Tous les auteurs admettent cependant que la durée de la fièvre est diminuée, que les complications et les rechutes sont très atténuées; la mortalité est abaissée à 4,9 pour cent.

Traitement héliothérapique de la péritonite tuberculeuse, par MM. CHATIN et GAULIER, à la Société médicale des Hôpitaux, 21 novembre 1911, dans la *Presse médicale*, 30 mars 1912.

Ces messieurs apportent à la Société les observations de trois malades atteints de péritonite tuberculeuse grave et confirmée, avec évolution fébrile datant de plusieurs mois, et qui ont été guéris par l'héliothérapie.

OBSERV. I. *Péritonite tuberculeuse; pleurésie de la base droite; 105 séances d'héliothérapie; guérison.* — Il s'agit d'un garçonnet de 12 ans $\frac{1}{2}$, entré à la Charité le 5 mars 1911, pour une péritonite tuberculeuse (forme ascitique), datant de quarante-deux jours. Les procédés habituels sont employés (collodionnage de la paroi abdominale, cacodylate de soude, huile camphrée, cyrogénine), mais le malade continue à aller de plus en plus mal.

Le 4 juin, veille des premières séances d'héliothérapie, l'état est le suivant: mauvais état général, amaigrissement considérable, pâleur, température dépassant 39° le soir, diarrhée abondante (5 à 6 selles par jour), ascite peu considérable; empatement et douleur du flanc gauche; épanchement de la base droite dépassant la pointe de l'omoplate de trois travers de doigt.

Les bains de soleil sont commencés le 5 juin.

La diarrhée est arrêtée presque subitement, puisque le lendemain de la première séance on a déjà une selle normale. La température diminue dès le sixième jour. Pendant les mois de juin et juillet, elle oscille entre 37° le matin, 38° le soir, avec de temps en temps des élévations à 39° . A partir du mois d'août, elle devient tout à fait normale. La courbe de poids reste stationnaire à 35 kilogrammes pendant un mois, mais l'appétit, qui est long à venir, augmente peu à peu, et alors la courbe s'élève très rapidement. Actuellement le malade pèse 52 kilogrammes, il a augmenté de 17 kilogrammes.

Quant aux signes physiques, ils ont diminué rapidement. Au bout d'un mois, la pleurésie a presque complètement disparu. L'abdomen est souple et il ne persiste qu'un peu de douleur à la pression dans le flanc gauche. Aujourd'hui tout a disparu. On a fait 105 séances d'héliothérapie; la dernière a eu lieu il y a plus d'un mois, et l'enfant reste bien guéri.

OBSERV. II. *Péritonite tuberculeuse; ascite considérable; 80*

séances d'héliothérapie; guérison. — La maladie daterait seulement de quinze jours au dire des parents. A l'entrée, ascite considérable avec hernie ombilicale; tour de l'abdomen au niveau de l'ombilic, 69 centimètres; mauvais état général, laryngite, pas de diarrhée. Le séro-diagnostic tuberculeux a été négatif.

Plusieurs médications sont employées successivement; cacodylate, sérum de Marmorek, collodionnage de la paroi abdominale, huile camphrée. L'ascite diminue: tour de l'abdomen, 65 au lieu de 69, mais mauvais état général, anorexie, diarrhée (3 à 4 selles par jour). Température: depuis six mois, 38°5 et même 39° le soir.

On commence les bains de soleil le 7 juin.

Tous les symptômes s'amendent rapidement et, comme dans le cas précédent, la diarrhée en premier lieu. La température, pendant les huit premiers jours, s'élève à 40°, puis elle commence à baisser. Au bout de 59 séances, elle ne dépasse plus 38° le soir; actuellement elle est normale. L'enfant a engraisé de 4 kilogrammes, et cela malgré la résorption complète de son ascite. Actuellement il est à Giens, complètement guéri et y continue la cure solitaire.

Chez ces deux malades traités à la Charité, les séances d'héliothérapie ont été pratiquées de la façon suivante:

1° Les malades ont été exposés tous les jours ensoleillés, dès que la température au soleil atteignait 39°. La température optima paraît être 40°. Cependant nous avons donné sans inconvénient des bains de 55° pendant quatre heures consécutives. Au début, chaque jour, les malades avaient deux bains de deux heures chacun, un le matin, un le soir. Le bain du soir étant bien moins supporté à cause de la chaleur extrêmement élevée, nous l'avons supprimé, et nous avons donné à celui du matin une durée de trois à quatre heures;

2° Il n'y a pas de règles absolues pour la durée des premières séances. Il faut avant tout surveiller les enfants. Chez les uns, on peut faire d'emblée des séances d'une heure; chez d'autres, il faut quinze jours et même plus, pour arriver à cette durée. D'une façon générale, on peut commencer par un quart d'heure et augmenter de cinq minutes chaque jour la durée du bain. Quand la peau est bien pigmentée, on augmente plus facilement la durée des séances, de façon à atteindre trois à quatre heures;

3° Les malades sont assis sur des fauteuils, la tête plongée contre les rayons lumineux. Pour cela, nous avons adapté au dossier des fauteuils des cerceaux recouverts d'abord d'un papier noir, puis extérieurement d'une serviette blanche.

Pendant les quinze premiers jours, le ventre seul est exposé, ensuite tout le tronc;

4° On fait boire plusieurs fois les malades. On peut faire prendre quelques œufs; jamais nous n'avons fait de suralimentation;

5° Après le bain, les enfants ne sont pas fatigués. Il faut les essuyer, car la peau présente de la moiteur. Il est bon également de les faire reposer pendant une demi-heure.

6° Les auteurs ont employé des doses de soleil bien plus considérables qu'on ne le fait ordinairement. C'est qu'à Lyon les beaux jours sont moins nombreux, et ils ont voulu en profiter largement. D'ailleurs, ils n'ont observé aucun accident sur une dizaine de malades qu'ils ont exposés, et la température prise une demi-heure après le bain leur a donné les résultats suivants:

a) Jamais d'élévation supérieure à 1°2 (cas exceptionnel); b) augmentation moyenne de 5 à 6 dixièmes de degré (il faut remarquer d'ailleurs que normalement la température augmente de 7 heures du matin à 11 heures, heures des séances); c) quelquefois même température avant et après le bain; d) exceptionnellement abaissement de température.

OBSERV. III (Dd Chattot). *Péritonite fibro-caséuse à marche rapide; héliothérapie; amélioration rapide, guérison probable.* — Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans, de bonne santé antérieure.

En mars 1910, première poussée de péritonite tuberculeuse qui présenta une rémission à partir de juillet 1910 jusqu'en avril 1911, où se produisit une rechute brusque: vomissements répétés, diarrhée, 4 à 5 selles par jour; amaigrissement de 13 kilogs en quatre mois environ, cachexie, fièvre élevée, entre 38 et 39,5, cessation des règles, anorexie absolue. Signes locaux de péritonite tuberculeuse fibro-caséuse typique avec léger trouble de canalisation intestinale.

Traitement. Héliothérapie pendant sept semaines: une séance quotidienne de une heure aux heures les plus chaudes de la journée de 2 à 3 heures (contrairement à nos recommandations).

Résultats. Cessation presque immédiate de la diarrhée et des

vomissements, disparition de la fièvre et des douleurs abdominales en un mois environ. Retour des forces; poids repris actuellement, 6 kilogs. Signes physiques abdominaux: disparition à peu près complète des gâteaux péritonéaux.

M. Chattot ajoute qu'il ne croit pas qu'une telle amélioration puisse cette fois être attribuée à autre chose qu'à l'héliothérapie, étant donné l'échec des autres médications (révulsion et toniques généraux) et la gravité de la situation quand fut institué le traitement.

Voilà donc trois observations de péritonites tuberculeuses guéries par le soleil.

On pourra objecter évidemment que la tuberculose péritonéale guérit, surtout chez l'enfant, spontanément par le repos au lit, et par n'importe quel traitement médical dans les cas favorables. Cela est parfaitement exact, et MM. Chatin et Gaulier ont vu eux aussi, guérir des petits malades très gravement atteints, sans héliothérapie. Mais cependant, voilà des malades au lit depuis des mois, avec des traitements variés et dont l'affection allait en s'aggravant. On expose les malades au soleil: la diarrhée cesse, la température, après quelques oscillations, est ramenée à la normale, toutes les fonctions se relèvent, l'enfant prend du poids, et rien n'arrête cette marche vers la guérison. Il est impossible de n'être pas frappé de ce résultat et de croire à une simple coïncidence (*Lyon médical*, t. CXVII, n° 49, 3 décembre 1911, p. 1202-1228).

Principes généraux du traitement de l'eczéma, par le Dr Ch. SABATIÉ, ancien chef de Clinique à l'hôpital Saint-Louis, dans *Progrès Médical*, 18 nov. 1911.

Ce qui domine en premier lieu la thérapeutique de l'eczéma est la distinction de ses deux phases: la phase aiguë, caractérisée par la rougeur vive, le suintement, l'irritation; et la phase chronique, où prédominent l'épaississement, l'induration du derme.

À la phase aiguë, tout traitement actif ne fait qu'augmenter l'irritation, le traitement doit être purement calmant, antiphlogistique; à la phase chronique conviennent les traitements actifs, cathartiques, réducteurs. On pourrait admettre une phase intermédiaire où l'eczéma n'est plus irrité mais est encore irritable;

cette phase, quoique ne répondant pas à une description clinique, est très importante au point de vue thérapeutique, car c'est à elle que correspond la période si délicate du passage du traitement calmant au traitement actif.

Il va sans dire que ces phases ne se succèdent pas régulièrement dans tous les eczémas; quelques-uns débutent d'emblée par la phase chronique; un grand nombre, par la phase irritable et ne deviennent aigus qu'à la suite de traitements intempestifs.

A la phase aiguë, on peut poser en principe qu'il ne faut appliquer aucune pommade, même d'apparence anodine, comme la pommade à l'oxyde de zinc dont il est fait un tel abus.

Deux modes de traitement doivent surtout être retenus, les poudres et l'eau bouillie.

Les *poudres* peuvent être végétales, comme l'amidon, ou minérales, comme le talc, le carbonate de magnésie. Les premières sont plus douces, mais susceptibles de fermenter sous l'influence de l'humidité et de la chaleur; elles ne doivent pas être employées dans les régions difficiles à nettoyer facilement comme les plis articulaires.

L'*eau bouillie* peut être employée en pulvérisations et en pansements. La pulvérisation au pulvérisateur à vapeur, faite deux à trois fois par jour, pendant dix minutes, nettoie bien les régions malades et a en outre une action antiphlogistique propre. Les compresses imbibées d'eau bouillie, recouvertes de taffetas chiffon et changées 5 fois par jour assurent l'asepsie de la peau et la mettent à l'abri de l'air, des poussières, des changements de température. Les médicaments ajoutés à l'eau sont le plus souvent nuisibles; les décoctions végétales, camomille, sureau, etc., mêlent à l'eau des substances fermentescibles; les antiseptiques sont irritants. Cependant, dans certains cas d'eczéma infecté, quand il y a, non plus suintement mais suppuration, les antiseptiques peuvent avoir leur utilité; il faudra de préférence s'adresser aux antiseptiques faibles: borate, salicylate de soude à 2 %.

Les pansements humides ont parfois l'inconvénient de produire une macération de la peau saine qui favorise l'extension du mal; ils doivent avoir, autant que possible, la dimension exacte de la région malade. Souvent on se trouvera bien d'entourer cette région d'une zone de pâte de zinc sur laquelle reposeront les parties périphériques du pansement.

Avec ces deux traitements, l'irritation diminue, la rougeur devient moins vive, le suintement et les croûtes disparaissent. Quand on est sûr que l'accalmie est bien établie, on peut passer à une thérapeutique plus active. Le moment propice est parfois difficile à saisir : dans le doute, il faut se souvenir que s'il n'y a pas grand inconvénient à continuer le traitement calmant, surtout les poudres, trop longtemps, il y a au contraire un danger à l'interrompre trop tôt.

À partir de ce moment, la principale règle de conduite doit être la prudence. Quel que soit le traitement que l'on décide d'appliquer, il sera d'abord doux puis progressivement plus fort.

Prenons en exemple, le nitrate d'argent, qui en badigeonnages une fois par jour est un traitement très bon et surtout très commode pour certaines régions telles que les régions anogénitales, où l'application de pommades est toujours désagréable au malade. C'est par une solution faible à 1 % que l'on débutera. Si elle est mal tolérée, on reviendra de suite au traitement calmant pendant plusieurs jours, après lesquels on l'essaiera de nouveau ; car l'eczéma, mieux préparé, supportera peut-être bien alors ce qui l'avait irrité d'abord. Si elle est bien supportée, après quelque temps, ou elle aura amélioré la lésion, ou elle aura été inactive. Dans ce dernier cas on essaiera une solution plus forte, 1/75, et successivement, en se guidant sur les réactions de la peau, les solutions 1/50, 1/40. Dans les cas tout à fait chroniques et résistants, on atteindra ainsi les doses de 1/20 et plus. En un mot chaque application nouvelle doit être considérée comme *un essai*, et si cet essai n'est pas satisfaisant, il faut se hâter de revenir en arrière.

La même conduite s'applique au traitement par les pommades. À la phase irritable, elles devront être le plus douces possible. La vaseline elle-même est souvent mal tolérée ; le cold cream, l'axonge, conviennent alors. On prescrira :

Oxyde de zinc..	3 gr.
Cerat frais	30 gr.

en ayant soin de faire renouveler souvent, au moins tous les deux jours, cette pommade qui rancit rapidement.

Joins irritable, l'eczéma supportera les pommades et surtout les pâtes inertes : la pâte de zinc de l'hôpital St-Louis.

Ou bien :

Huile d'amandes douces stérilisée..	10 gr.
Oxyde de zinc..	20 gr.

Ou encore :

Craie préparée..	} aa 5 gr.
Oxyde de zinc..	
Eau de chaux	
Huile de lin..	

Un peu plus tard, on pourra déjà incorporer à ces pommades des substances faiblement actives: dermatol, sous-nitrate de bis-muth.

Enfin l'eczéma, amené ainsi à sa phase chronique, va pouvoir être traité par les médicaments les plus actifs: l'huile de cade par exemple. Il faudra ici procéder de même que pour le nitrate d'argent: commencer par une faible dose, l'augmenter ensuite en tâtant la susceptibilité de la peau, n'employer les doses fortes que dans les cas tenaces. Si une poussée d'irritation survient au cours du traitement, il faut immédiatement diminuer la dose ou même cesser le traitement, le remplacer par des pommades inertes ou calmantes, et le reprendre ensuite.

Il ne suffit donc pas de prescrire un traitement: il faut le surveiller, comme on surveille par exemple le traitement par la digitale au cours d'une cardiopathie.

On pourrait craindre que ce "tâtonnement" n'ait l'inconvénient d'obliger à formuler de nombreuses pommades dont quelques-unes ne serviraient qu'une fois. Il n'en est rien; il suffit des deux suivantes:

Huile de cade de genévrier..	1 gr.
Oxyde de zinc..	10 gr.
Vaseline..	30 gr.

et

Huile de cade de genévrier	10 gr.
Oxyde de zinc..	20 gr.
Vaseline..	30 gr.

En les employant pures ou mélangées l'une à l'autre dans les proportions d'un quart, d'un tiers, de moitié, on obtient facilement toute la gamme d'intensité variable que l'on peut désirer.

D'autres médicaments sont utilisés contre l'eczéma et comme souvent on les associe, on trouvera dans les livres un très grand nombre de formules.

Certainement il y a, pour l'emploi de tel ou tel médicament, des indications tirées des symptômes particuliers, de la forme, du siège de chaque eczéma; mais c'est là le détail du traitement dont nous n'avons voulu montrer que quelques règles générales, pour le praticien qui n'est pas rompu aux difficultés de la pratique dermatologique.

Pour lui, l'important n'est pas de connaître le plus possible de formules et de traitements, mais de savoir que chacun de ces traitements peut faire du bien ou du mal, suivant la dose et suivant le moment, que chacun d'eux vaut surtout par la façon dont il est manié.

Le *traitement général* de l'eczéma, spécialement au point de vue du régime alimentaire, comporte des règles analogues. On parle souvent, par abbréviation du "régime de l'eczéma;" ce régime n'est pas un; il doit être dosé suivant les cas: régime lacté pur, pur lacto-végétarien ou végétarien, régime ordinaire plus ou moins mitigé. Pour décider la sévérité plus ou moins grande du régime à prescrire, ce n'est plus tant ici l'état aigu, l'irritation de l'eczéma qui doit servir de guide, que plutôt ceci:

Tout eczéma est la résultante d'une cause externe et d'une cause interne, en proportions variables. C'est à la clinique, par l'histoire de la maladie, l'aspect de la lésion l'étude du malade, en particulier de ses fonctions digestives, hépatiques, rénales, c'est à la clinique d'établir dans la pathogénie la part qui relève de la cause locale et celle de la cause générale. Et ce sera la base du régime nécessaire.

Tel eczéma, même aigu, pourra guérir par des soins locaux, sans grande modification du régime alimentaire. Pour d'autres, tout traitement local, s'il n'est accompagné d'un traitement général approprié, restera inefficace. Parfois même il pourra devenir dangereux: l'opinion ancienne que certains eczémas ne devaient pas être soignés contient une part de vérité, mais il faut ajouter: ne doivent pas être soignés *localement*.

Sur les indications des sérums artificiels, dans *Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*.

Les injections de sérums artificiels (1) ont rapidement acquis, il y a quelques années, une très grande vogue. Parmi les formules très nombreuses de sérums artificiels préconisés, la commission de rédaction du nouveau Codex a limité son choix à deux solutions: l'une, renfermant 7 gr. 50 de chlorure de sodium par litre,

l'autre renfermant 5 gr. de chlorure de sodium et 10 grammes de sulfate de sodium par litre.

Aucune des solutions utilisées pour pratiquer des injections concentrées sous un volume réduit n'est devenue officinale.

Le premier des solutés officiels est normalement hypotonique, notion importante souvent négligée dans la pratique.

Tous les sérums artificiels semblent devoir actuellement être de moins en moins utilisés. M. Huchard, avec raison, s'est particulièrement élevé contre l'abus exagéré qu'en on a fait. " Il est à remarquer, déclare-t-il, que les accidents provoqués par les injections de sérum se produisaient dès la première heure ; seulement, comme l'explication n'en était pas fournie, ils passaient inaperçus. Par une fâcheuse infirmité de l'esprit, l'homme n'admet que ce qui lui est expliqué ; quand une notion dépasse le degré de ses connaissances, il a beau la côtoyer dans sa pratique, il la tient pour non avenue.

" Tous nous en sommes au même point. Il a fallu la connaissance des dangers que présente la rétention chlorurée dans nos tissus pour secouer les illusions. Alors nous avons vu clair. Ce que nous prenions précédemment pour des coïncidences fâcheuses devenait imputable à la médication."

Il semble que les médecins aient été quelque peu abusés à la fois par une idée théorique et par un mot qui fait image : lavage du sang ; voilà ce que devait réaliser l'injection de sérum. Lavage du sang, c'est-à-dire élimination par la voie rénale, à la faveur de la diurèse provoquée, des toxines microbiennes qui encombrant l'organisme. Les injections de sérum sont suivies, en effet, fort souvent, d'une diurèse abondante ; seulement, cette diurèse ne semble éliminer que le sérum injecté. Elle n'entraîne rien avec elle. Les substances organiques et déchets toxiques restent dans l'organisme.

Les injections de sérum, en minéralisant le sérum sanguin dans des proportions excessives, déshydratent la cellule, abaissent sa résistance et sa vitalité. Le remède est donc plus nuisible qu'utile.

Expérimentalement, du reste, la preuve semble faite ; dans les infections, comme dans les intoxications expérimentales, les résultats ont été négatifs.

En résumé, si l'emploi ou même l'abus du sel est généralement sans inconvénient pour l'homme en état de bonne santé, il n'en est pas de même dans de nombreux états pathologiques pour les injections de sérum. " En certains points, déclare M. Huchard, leur emploi va à l'encontre des idées partagées, il y a quelques années,

(1) Cette désignation usuel de *sérum*, appliqué à des solutions autres que la sérosité extraite du sang d'un animal, doit être considérée comme impure.

“ par l'unanimité du corps médical. Il semble qu'on puisse condenser la discussion sur les injections de sérum dans les propositions suivantes :

“ 1° Les injections de sérum sont souvent *dangereuses* dans les affections *rénales et cardiaques* : elles n'y peuvent jamais être employées qu'avec les plus grandes précautions et à doses très modérées (50 à 100 gr.). On utilisera plutôt le sulfate de soude que le chlorure de sodium.

“ 2° Les injections de sérum sont souvent *inutiles* ou *nuisibles* dans les affections *aiguës* ; tout au plus pourra-t-on les employer à doses modérées (100 gr. par jour), mais sans trop compter sur leur action ; les injections sont surtout indiquées lorsque les infections qu'elles sont destinées à combattre sont compliquées d'accidents *hémorragiques* et de *déperditions aqueuses*.

“ 3° Les injections de sérum ont une action douteuse dans la plupart des intoxications ; elles deviennent dangereuses en cas de lésion rénale concomitante : *éclampsie*, *urémie*, *intoxication*, *brûlures*, etc.

“ 4° Les effets des injections de sérum sont excellents dans les *hémorragies abondantes*, pertes aqueuses, *diarrhées*, *vomissements*, et en général toutes les affections qui se traduisent par la déshydratation de l'organisme. Dans les états adynamiques (*neurasthénie*), elles peuvent être employées sans inconvénient à doses faibles (2 à 4 centimètres cubes) et à titre plus concentré. On n'emploiera pas les injections chlorurées dans l'ulcère de l'estomac, dans la crainte d'augmenter l'hyperchlorhydrie stomacale déjà existante.”

PEDIATRIE

Sur un signe peu connu de la scarlatine, dans *Revue de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 25 février 1912.

M. le Dr Fromont, médecin-major, décrit dans la *Clinique infantile* (n° 8) un signe bien particulier de la scarlatine, signalé par Filatow, signe sur lequel aucun des auteurs classiques français n'insiste, et dont la réelle valeur mériterait d'être mieux connue.

C'est, dit Filatow, “ une erreur de croire que la scarlatine épargne la face ; au contraire, dans la plupart des cas, la peau de la face se modifie d'une façon très particulière, de sorte qu'il est possible de reconnaître facilement la maladie d'après le faciès du ma-

ade sans le dévêtir ou l'interroger. Cette particularité caractéristique consiste dans le *contraste si tranché entre la pâleur des lèvres et du menton d'une part, et la rougeur intense des joues, d'autre part*. . . , les joues apparaissent d'un rouge diffus simulant la rougeur fébrile, tandis que le menton et la lèvre supérieure restent de la coloration normale et paraissent même *plus pâles* que d'habitude."

Cette pâleur si particulière semble donc être pour Filatow un symptôme qui vient simplement renforcer les symptômes classiques; elle est pour lui une preuve que, contrairement aux assertions de certains auteurs, la scarlatine atteint la face et l'atteint de façon assez caractéristique pour permettre, sur sa constatation, un diagnostic *a priori*.

De fait, dans la majorité des cas, le signe de Filatow vient purement à l'appui d'un ensemble symptomatique, qui relève sans conteste de la scarlatine et il donne seulement une indication supplémentaire précieuse toutefois, puisqu'au seul aspect du malade, elle oriente les recherches et en restreint le champ.

Sa recherche systématique dans toutes les affections fébriles de l'enfance a permis à M. Fromont de le constater dans toutes les scarlatines.

Il en cite quatre observations très démonstratives à des titres divers et dans lesquelles le diagnostic a pu être fait grâce à ce signe.

La description de Filatow doit être commentée et étendue.

La pâleur perbuccale est si marquée que l'œil ne peut pas l'oublier une fois qu'il l'a su percevoir; les deux tiers apparaissent livides d'une blancheur mate et cette pâleur n'est pas un phénomène négatif en ce sens qu'elle n'est pas due à l'opposition des teintes, mais à l'abaissement réel du ton de la région considérée. En effet, même si les joues ont conservé leur coloration ordinaire ou sont normalement peu ou pas colorées, cette pâleur reste perceptible et, dans la teinte alors à peu près uniforme de la face, un œil averti sait voir et reconnaître la lividité si particulière et si frappante du pourtour de la bouche.

Le signe de Filatow est donc un symptôme *positif*, indépendant dans une assez large mesure de l'observateur, dont la base objective paraît être une vaso-constriction bien localisée, sans doute due à un réflexe parti du pharynx irrité par un exanthème que l'exa-

men direct peut cependant montrer peu étendu, peu caractéristique. Cette vaso-contraction s'arrête au sillon naso-jugal, elle est assez intense pour anémier la région péribuccale et lui donner un aspect particulier, typique; elle n'est pas passagère, elle persiste plusieurs jours (de 2 à 4) et ce, qu'il y ait ou non éruption. Dans certains cas, elle reste encore très perceptible alors que l'éruption commence à pâlir.

Le signe est donc très net, très visible. Très facile à constater chez l'enfant, chez la femme, il garde encore une certaine valeur chez l'adolescent et l'adulte glabre chez lesquels il reste quelquefois d'une observation assez aisée malgré la coloration plus foncée et le grain moins fin des téguments de la face.

Dans les cas classiques, il complète l'ensemble symptomatique; quand l'éruption à peine ébauchée ou atypique autorise l'hésitation, il permet un diagnostic différentiel; sa persistance pare aux incertitudes qui, dès le début ou après quelques jours, peuvent résulter d'une éruption fugace; enfin, quand la maladie prend l'aspect d'un simple malaise, d'une courbature peu intense avec angine banale et éruption avortée ou absente, par sa netteté, sa constance, il permet d'affirmer la scarlatine et d'imposer *de plano* un isolement et des mesures prophylactiques dont la desquamation n'aurait, que trop tard, démontré la nécessité.

En résumé, le signe de Filatow est à la fois un signe de *début* et de la *période d'état*; tous autres symptômes *faisant défaut* ou *restant imprécis*, il a par lui-même une valeur telle qu'il permet un diagnostic ferme. On doit le rechercher *systématiquement* dans toutes les pyrexies de l'enfance et, quand on le trouve, en faire état et le considérer comme un signe pathognomonique de la scarlatine.

Le microbe de la rougeole, dans *La Clinique infantile*, 1912.

Le microbe de la rougeole, si longtemps cherché, est enfin connu. Sa découverte est due à deux Américains, les docteurs Anderson et Goldberger. Il appartient à la catégorie des microbes invisibles au microscope, ce qui explique qu'il ait si longtemps échappé à nos recherches. Il passe à travers les filtres les plus fins et paraît assez fragile, car il suffit d'un chauffage à 58 degrés pour le détruire.

Les travaux de ces deux savants nous ont montré un autre fait d'une importance pratique considérable, c'est que ce microbe était inoculable à deux espèces de singes (*Macacus rhesus* et *Macacus cynomologus*) auxquelles il faut en ajouter une troisième (*Macacus sinicus* ou Bonnet chinois), selon MM. Ch. Nicolle et E. Conseil. Le singe inoculé présente les mêmes symptômes morbides que les humains : fièvre, larmoiement, érythème de la gorge, érythème cutané, abattement.

Mais ces inoculations, qui ont pu être répétées avec précision, ont permis de faire une constatation fort importante, qui vient confirmer ce que maints cliniciens avaient déjà avancé, en se basant sur leurs seules observations. C'est que la rougeole est déjà contagieuse avant l'apparition de l'éruption cutanée, qui permet seule de la caractériser. Un singe inoculé par MM. Nicolle et Conseil, avec le sang d'un enfant déjà suspect de rougeole, en raison du larmoiement, de la fièvre et surtout de sa présence dans une famille où son frère venait d'avoir une rougeole caractérisée, mais sans qu'aucune éruption fût encore visible sur lui, — a présenté, neuf jours après l'inoculation, tous les signes de la rougeole. Dans l'intervalle la rougeole de l'enfant s'était vue confirmée par l'apparition des plaques rouges caractéristiques.

Il ne reste donc plus aucun doute que la rougeole soit contagieuse avant l'éruption, et ceci donne pleinement raison aux prescriptions formulées par les hygiénistes, qui estiment que, lorsque la rougeole éclate dans un groupe d'enfants, il est tout à fait inutile de les isoler de leurs camarades, même s'ils paraissent encore indemnes ; il est dangereux même de mettre ces enfants en contact avec des enfants sains, car il y a de grandes chances pour que, sans qu'on s'en doute, le mal ait déjà choisi ses victimes. Il faut isoler toute l'école et ne rendre à la libre pratique que les enfants qui, neuf jours après leur contact avec un rougeoleux, n'auront présenté aucun symptôme suspect.

Etude clinique des diarrhées chez les nourrissons au sein, par G.

VARIOT, dans *La Clinique infantile*, 1er février 1911 et
Journal de Médecine Interne, mars 1912.

L'axe capitale de cette étude, c'est que, le plus souvent, les diarrhées du bébé au sein ne sont pas dues à de la gastro-entérite, à

de l'entérite; les diarrhées aiguës ne s'accompagnent pas de lésions importantes et durables de la muqueuse intestinale. Sous prétexte d'entérite, on a fait prendre aux bébés mille antiseptiques, du calomel et du naphthol et du tannin et de l'acide lactique, pour modifier un état inflammatoire de la muqueuse digestive qui n'existait pas... *La cause commune des diarrhées des nourrissons au sein réside dans les ingesta et dans des influences extérieures.* "En principe, sauf des malformations rares des divers segments du tube digestif et des glandes annexes, on doit admettre que le nouveau-né est prêt à utiliser le lait de sa mère ou de sa nourrice; en cas de diarrhée, on devra toujours incriminer le milieu ambiant ou la qualité ou la quantité défectueuse du lait plutôt que l'inaptitude de l'enfant à se nourrir. Cela est vrai, même pour les débiles nés avec un faible poids...". — Les bactériologistes n'ont pas encore pu déterminer quels sont, dans la flore intestinale, les germes qui provoquent les flux intestinaux. — La thérapeutique découle donc uniquement de la notion étiologique. On renoncera aux antiseptiques, on se gardera d'une diète trop prolongée qui aggraverait les accidents; on obtiendra rapidement la guérison à l'aide d'une alimentation appropriée.

A. — DIARRHÉES EN RAPPORT AVEC DES FACTEURS EXTÉRIEURS AUX NOURRISSONS.

a) *Diarrhées estivales.* Elles sont dues soit à l'action, dans les mois de grande chaleur, des saprophytes de l'intestin devenus virulents soit à une ration trop élevée dont l'excès est rendu inutile par l'élévation de la température atmosphérique, soit à une surcharge de vêtements (expériences sur des animaux enveloppés d'étoffes). Elles sont bénignes, ne s'accompagnent pas de vomissements; les déjections verdissent après coup. — *Traitement:* espacer les tétés et en réduire la durée; interposer une prise d'eau de riz entre deux tétés; mettre pendant un jour ou deux l'enfant à la diète hydrique et à l'eau de riz; s'il y a grande perte de liquide, faire des injections massives de sérum marin de Quinton ou de sérum artificiel. Opium, bismuth, astringents sont peu utiles.

b) *La diarrhée causée par suralimentation* s'arrête dès qu'on règle les tétés, qu'on les supprime la nuit.

c) *La diarrhée causée par l'hypoalimentation* se voit quand la mère n'a pas assez de lait ou quand une ration réduite a été imposée, à tort, à l'enfant. Celui-ci est hypotrophique, c'est-à-dire (Variat) qu'il est maigre, vomit, présente une dissociation de la croissance pondérale et staturale. Les évacuations ne sont pas multiples, les matières sont brun-verdâtre, glaireuses.

d) *Diarrhées par modifications des substances alimentaires du lait : beurre, caséine.* Les nourrissons supportent mal les laits trop gras. Le colostrum, riche en beurre, donne un peu de diarrhée aux nouveau-nés. Des débiles à qui on fait prendre le lait de la fin des tétées, lait qui est le plus riche en beurre, ont de la diarrhée. Certains laits qui donnent de la diarrhée renferment jusque 80 p. 100 de beurre, au lieu de 35,5 à 40. — La caséine, les substances albuminoïdes en excès troublent les fonctions digestives, mais ces faits sont peu communs. — Le remède sera l'allaitement mixte avec un lait maigre, celui d'ânesse par exemple, ou l'emploi du lait écrémé.

e) *Diarrhée due à la toxicité du lait de femme.* Il y a des mères dont le lait est normal quant aux principes et dont les enfants ne cessent d'avoir une diarrhée plus ou moins bilieuse ou des poussées d'eczéma et de la diarrhée. On ne connaît pas le principe toxique de ces laits. Mais il suffit d'ajouter au lait de femme du lait de vache surchauffé ou du lait homogénéisé additionné d'un peu de citrate de soude, ou bien, de supprimer tout à fait le sein, pour obtenir la guérison.

f) *Diarrhées par toxicité du lait à la suite d'infections diverses chez la mère.* Une infection aiguë quelconque, même légère, de la nourrice, peut provoquer la diarrhée du nourrisson. Mais, en première ligne, viennent les mammites et les métrites. Au moment du retour de couches, une diarrhée verte et des vomissements incoercibles et une poussée eczémateuse peuvent survenir. — On suspendra, momentanément, en partie (allaitement mixte) ou totalement l'allaitement au sein.

g) *Diarrhée causée par les intoxications alimentaires des nourrices.* Les conserves alimentaires, les mets épicés, les choux, les épinards, ingérés par la nourrice, donnent une diarrhée verte à l'enfant. Les boissons alcooliques lui donnent des troubles digestifs et des convulsions.

B. — DIARRHÉES EN RAPPORT AVEC DES TROUBLES MORBIDES ATTRIBUABLES AU NOURRISSON.

La *diarrhée de dentition* sans vomissement, qui cesse aussitôt que la dent a percé la gencive, tient à un réflexe qui part du trijumeau et se réfléchit sur le pneumogastrique. La diarrhée est plus sérieuse, s'il y a gingivite, stomatite, une petite infection buccale.

La *diarrhée des fièvres éruptives* qui, heureusement, frappent rarement les nourrissons, aggrave leur maladie.

NEUROLOGIE

Scélérose latérale amyotrophique consécutive à un traumatisme périphérique, par le Pr. BERNHEIM (de Nan'y), dans *Journal de Médecine interne*, mars 1912.

On possède un certain nombre d'observations de scélérose latérale amyotrophique consécutive à un traumatisme qui a pu atteindre la moelle elle-même. On en possède aussi où la scélérose latérale amyotrophique s'est développée postérieurement à un traumatisme périphérique qui n'a pu agir directement, ni sur la moelle, ni sur le rachis. — Le cas de M. Bernheim se résume ainsi :

Une demoiselle de 45 ans, nerveuse, mais jamais malade, se donne entorse au pied droit. Elle se soigne mal et marche en boitant et traînant le pied. Six mois plus tard, en juillet, nouvelle entorse au même pied, traitée par le mépris. — Peu à peu, une raideur envahit la jambe droite, puis, au bout de six mois, en janvier, la jambe gauche; en février, la malade ne marche qu'à l'aide d'un bâton. Il s'agit de paralysie avec raideur et exagération des réflexes, sans atrophie; les membres inférieurs ne se sont jamais atrophiés.

En juillet, sa main droite s'atrophie. En novembre, la main gauche s'atrophie à son tour. Au mois de juin de l'année suivante, l'affection a gagné le bulbe (paralysie des lèvres et de la langue).

Ce cas est semblable à celui de M. Déjerine. Une demoiselle de 32 ans tombe, et une voiture passe sur ses deux jambes. Il n'y

eut ni fracture, ni plaie, mais une arthrite traumatique qui dura 15 jours. On était en août. Après guérison de l'arthrite, la malade éprouva une certaine gêne dans la marche. En novembre, la faiblesse augmenta dans les membres et gagna les mains. Et rapidement la maladie se développe et le bulbe même est envahi.

Quelle est la *pathogénie* de la myélite dans ces deux cas ?

Il ne s'agit pas de névrite ascendante propagée jusqu'à la moelle. Car les malades n'ont pas souffert et ils n'ont pas présenté aucun trouble de la sensibilité, pas même de fourmillements ni d'engourdissements. Il faudrait donc que la névrite eût été purement motrice et que le traumatisme n'eût affecté, dans les nerfs périphériques qui sont mixtes, que la "continuité centrifuge des fibres motrices," ce qui est difficile à comprendre. D'ailleurs la paralysie par névrite motrice périphérique est flasque, avec des réflexes abolis.

Il y a un rapport entre le traumatisme et la myélite. En effet, la myélite est postérieure au traumatisme et se manifeste tout d'abord dans le membre traumatisé : c'est ce que l'on a constaté dans les cas précédents et dans d'autres cas analogues. Le même fait se produit dans des scléroses latérales simples et dans les tabès consécutifs à un traumatisme périphérique ; ces scléroses et ces tabès sont aussi indépendants d'une névrite périphérique.

Comment donc expliquer la production de lésions médullaires ? Guillaïn et Laroche ont montré que microbes et toxines cheminent dans les nerfs, soit par les espaces interstitiels jouant le rôle d'espaces lymphatiques, soit par l'intermédiaire des lipoides tissulaires et vont se localiser en des points électifs, qui correspondent au siège des paralysies ultérieures. Cette circulation est quelquefois très lente. C'est par elle qu'on pourrait expliquer la production des myélites consécutives à un traumatisme périphérique.

Mais quelle serait l'origine des toxines ? Ce ne sont pas des toxines inflammatoires ou septicémiques, puisque le traumatisme n'a pas déterminé de plaie. M. Bernheim suppose que ce sont des auto-toxines ou cyto-toxines analogues à celles qui, selon lui, engendrent la neurasthénie. A la suite d'un traumatisme, peuvent se développer des troubles nerveux purement dynamiques. Mais on peut voir survenir "de la parésie ou paralysie persistante, des fourmillements, de l'engourdissement, de l'exagération des réflexes tendineux, de la trépidation spinale indéfinie, indi-

quant que la moelle est affectée" et en même temps, les autres symptômes, céphalée, douleurs diffuses, insomnie, vertiges, etc., de la psycho-neurasthénie généralisée. Le traumatisme éveille ou réveille chez certains prédisposés une diathèse toxique. Et les auto-toxines sont capables de créer des myélites tantôt abortives et curables, tantôt évolutives.

UROLOGIE

Traitement précoce de la blennorrhagie, dans *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, de Paris, 25 avril 1912.

M. le Dr Minet considère dans la *Revue moderne de médecine et de chirurgie* que le meilleur des traitements de la blennorrhagie consiste dans l'emploi des lavages répétés suffisamment. Ils sont faits, le plus souvent, avec le permanganate de potasse, mais en les faisant avec les sels d'argent, et notamment avec l'argyrol, on peut faire avorter la maladie ou tout au moins réduire beaucoup sa durée.

L'argyrol, qui a été utilisé par divers urologistes, semble réunir les meilleures conditions. Voici la technique adoptée par M. Minet :

Dès que le malade vient consulter, l'examen microscopique est pratiqué, ainsi que l'examen du méat et du canal simplement par inspection et palpation; si la maladie est vraiment au premier jour, ou si, dans le cours du deuxième, elle paraît peu violente et peu étendue, on entreprend aussitôt le traitement, qui consistera en simples injections dans l'urètre antérieur, avec une petite seringue urétrale de 6 ou 8 centimètres cubes.

Le malade ayant uriné, on injecte dans l'urètre environ 6 centimètres cubes de la solution d'argyrol à $\frac{1}{6}$, et on l'y laisse séjourner au moins cinq minutes. Les précautions suivantes sont nécessaires: injecter lentement; ne pas distendre l'urètre, ce qui causerait de la douleur; ne pas injecter dans l'urètre postérieur, ce qui produirait un besoin d'uriner douloureux et parfois irrésistible; fermer hermétiquement ensuite le méat, soit en le pinçant entre les doigts, soit en y maintenant légèrement appuyée l'extrémité ovoïde de la seringue; s'assurer en même temps que

le liquide baigne bien toute la muqueuse au niveau du méat ; surtout ne pas employer une seringue à bout effilé qui, pénétrant dans l'urètre, pourrait léser la muqueuse. Au bout de cinq à dix minutes, laisser l'injection s'écouler, et entourer la verge d'un épais pansement ouaté. Le malade restera ensuite le plus longtemps possible sans uriner. La première injection peut être un peu douloureuse, de même que la miction consécutive ; un suintement blanchâtre épais se produit pendant les heures suivantes.

Le médecin doit pratiquer deux fois par jour une injection semblable ; en outre, le malade fait lui-même dans l'intervalle une injection moins concentrée (argyrol à 1-25), ou un lavage de l'urètre antérieur de courte durée (argyrol 5-1000). En tout, le canal est donc traité quatre fois dans les vingt-quatre heures. S'il y a une suppuration un peu forte, le médecin fera précéder ses injections d'un court lavage à l'argyrol 5-1000, ou même simplement à l'eau bouillie, et prendra la précaution d'en débarrasser complètement le canal avant l'injection, au moyen de quelques pressions sur le périnée et la verge.

Le même traitement continue jusqu'à l'assèchement de l'urètre et la disparition de toute rougeur inflammatoire, de toute douleur du méat et de la fosse naviculaire, ce qui demande deux, trois, quatre jours. Si, à ce moment, la guérison ne paraissait pas certaine, malgré la disparition des gonocoques, le malade continuerait lui-même ses injections de solutions faibles. Mais on évitera de prendre pour une preuve de non-guérison la goutte purulente que l'on peut ramener au méat par pression pendant les heures qui suivent l'injection, tant que le malade n'a pas uriné.

Presque tous les malades, ainsi traités dans les vingt-quatre à vingt-huit premières heures du début apparent de la maladie, ont guéri en deux à cinq jours. Par début apparent, il faut entendre la première sensation de chatouillement naviculaire, ou la première apparition de liquide opalin au méat ; il faut aussi tenir compte de ce que les malades ont tendance à croire le début de la maladie plus récent qu'il ne l'est en réalité.

On accordera qu'avec un traitement aussi facile, d'aussi courte durée, le praticien, même non spécialisé, peut s'intéresser activement à la lutte contre la blennorragie et ne plus lui opposer la thérapeutique d'ordonnances, la thérapeutique des bras croisés.

Convaincus que le traitement de la blennorragie peut et doit

être institué dès son apparition, commençons donc à répandre le plus possible cette notion parmi ceux qui seront presque inévitablement victimes de cet "autre danger."

HYGIENE

Les éclairages considérés au point de vue de l'hygiène, dans *Gazette médicale de Paris*, 14 février 1912.

Les facteurs à considérer lorsque l'on compare les divers éclairages sous le rapport de l'hygiène sont les suivants: *viciation de l'atmosphère, couleur de la lumière, répartition de l'éclairage, fixité, propriétés particulières des rayons.*

Au point de vue de la *viciation de l'atmosphère*, l'électricité semble imbattable puisque c'est le seul éclairage sans produit de combustion. Est-ce une raison pour que les salles ainsi éclairées soient plus saines que celles où les foyers lumineux sont alimentés par le gaz ou l'acétylène, lesquels évacuent dans l'atmosphère de l'acide carbonique et de la vapeur d'eau? Répondre par la négative n'est pas aussi paradoxal qu'on pourrait le croire.

La chaleur fournie par la combustion des gaz d'éclairage active la ventilation; cette ventilation est naturellement favorisée par la présence d'ouvertures dans la partie supérieure des salles éclairées et à défaut le haut des portes et les interscices des fenêtres en tiennent lieu. Le Docteur Percy Frankland, ayant eu à faire des expériences à ce sujet, a démontré que le renouvellement de l'air se faisait bien mieux dans une salle éclairée au gaz qu'à l'électricité et que s'il y a des ouvertures d'aération telles qu'on en pratique généralement au haut des fenêtres, la proportion d'acide carbonique est plus élevée dans la journée que lorsque l'éclairage au gaz fonctionne.

On a dit quelquefois que les flammes d'hydrocarbures laissent dégager de l'oxyde de carbone, mais en pratique cela n'a jamais pu être prouvé et d'ailleurs la généralisation des becs à incandescence, qui exige la combustion du gaz en flamme bleue, supprime cet inconvénient si toutefois il a existé.

En résumé, l'emploi des gaz dans l'éclairage ne présente aucun inconvénient au point de vue de la viciation de l'atmosphère; ils

offrent au contraire l'avantage que n'a pas l'électricité d'activer la circulation de l'air dans les appartements.

Couleur de la lumière. — L'œil est un instrument destiné, par atavisme, à fonctionner à la lumière du jour ; plus les ondes lumineuses d'un foyer quelconque différeront de celles du soleil, plus l'œil en ressentira la fatigue et en souffrira. La source lumineuse idéale serait donc celle qui fournirait une lumière identique à celle du soleil.

Tous ceux qui lisent, écrivent, cousent, etc., à la lumière, ont pu remarquer que plus les flammes éclairantes sont blanches, moins la vue se fatigue. A ce point de vue, l'acétylène est certainement l'éclairage qui est le plus favorable aux yeux.

Il est très difficile de classer dans l'ordre les lumières artificielles selon la fatigue qu'elles imposent à la vue par suite de leur coloration, car en outre que cette fatigue ne s'exerce pas de la même façon selon les individus et le travail des yeux, la couleur peut varier pour un même mode d'éclairage selon, par exemple, le degré d'intensité d'incandescence des manchons ou des lampes électriques. On se bornera à tenir compte de ce principe général que plus la lumière est blanche, moins elle fatigue et use les yeux.

Répartition de l'éclairage. — La répartition de l'éclairage n'est pas étrangère à l'hygiène de la vue. L'œil se fatigue d'autant plus que le champ visuel s'exerce à la fois sur des parties différemment éclairées, car la plus ou moins grande abondance de lumière se traduit par des dilatations ou des contractions de la pupille.

A ce point de vue, le meilleur éclairage est celui qui est le plus uniformément réparti non seulement sur les objets qu'il s'agit particulièrement d'éclairer, mais encore autour d'eux, sur les murs et les plafonds, de façon à obtenir une lumière générale très diffusée et pour ne pas fatiguer les yeux par des changements trop brusques d'intensité lumineuse dans le champ visuel.

La mode de l'électricité et la cherté relative de cet éclairage ont conduit à disposer les foyers lumineux de telle sorte que la lumière n'est projetée que sur les endroits "utiles à éclairer ;" il s'ensuit que l'œil se promenant forcément alternativement de la pleine lumière à la demi-obscurité, se fatigue considérablement par ces changements successifs. Mieux vaut un éclairage mieux réparti tel que celui que l'on obtient en ne reflétant qu'une faible

portion de la lumière sur les endroits qui doivent être particulièrement éclairés, le complément étant utilisé à l'éclairage diffus des salles.

Fixité. — La fixité de la lumière est une condition essentielle de l'hygiène de la vue et il est à peine besoin d'insister sur ce point. Les flammes vacillantes et sautillantes fatiguent extrêmement les yeux, mais les éclairages modernes nous ont, d'une façon générale, libéré de cet inconvénient de la lumière artificielle. Cependant l'électricité n'est pas entièrement exempte d'un tel reproche, car dans maintes stations le courant est assez mal produit pour que le changement d'intensité lumineuse des lampes crée un véritable sautellement de la lumière. D'autre part, les lampes à arc alimentées par le courant alternatif sont extrêmement pernicieuses pour la vue et l'on pourrait même s'étonner qu'on les tolère dans l'éclairage des grands espaces et des voies publiques.

Propriétés particulières des rayons. — La science n'est pas encore très avancée dans la voie de l'étude des rayons lumineux et ondes diverses qui se dégagent des foyers de transformation d'énergie. Les rayons X ou ceux du radium viennent à peine d'être découverts et il est fort probable que d'autres ondes encore mystérieuses, sources de vie ou causes de destruction peut-être, nous sont encore inconnues. En l'état, on en est réduit à se borner aux faits d'observation quant aux effets de tels ou tels éclairages sur l'organisme.

On sait que la couleur de la lumière influence le système nerveux et il est parfaitement exact que, d'une façon générale, les rayons rouges sont excitants et les rayons verts reposants.

En dehors de leur couleur, telle qu'elle est observée par nos yeux, sans le secours d'instruments spéciaux, les lumières artificielles produisent certains effets plus ou moins remarquables sur l'organisme: fatigue cérébrale, congestionnement, etc. La lumière électrique par incandescence a été la plus critiquée à ce point de vue et de nombreux expérimentateurs ont conclu qu'elle provoquait, chez certains sujets, des maux de tête et des saignements de nez qu'ils ne ressentent pas par l'emploi d'autres éclairants, toutes conditions restant égales.

L'avancement de la science n'est pas suffisant, en ces matières, pour que l'on puisse se lancer dans les déductions, voire les hypothèses; mais sans s'attarder plus qu'il ne faut à des observations

qui ne sont pas générales, il sera bon de tenir compte de ce point de vue, notamment lorsqu'il s'agit, par exemple, de l'éclairage de locaux scolaires, salles d'étude, bureaux, cabinets de travail, etc.

BIBLIOGRAPHIE

Le numéro du 4 mai 1912 de *Paris Médical*, publié par le professeur GILBERT à la librairie J.-B. Baillièrre et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris, est entièrement consacré aux **Maladies des voies urinaire et reins**. En voici le sommaire :

Les maladies des voies urinaires en 1912, par les Drs R. Grégoire, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, et Heitz-Boyer. — Les maladies médicales des reins en 1912, par les Drs P. Lereboullet, médecin des hôpitaux de Paris, et Chabrol. — L'âge de la prostatectomie, par le Dr Legueu, professeur à la Faculté de Médecine de Paris. — Le dosage de l'urée dans l'urine et dans le sang, par le Dr Desgrez, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris. — Limites des indications de la néphrectomie dans la tuberculose rénale, par le Dr Michon, chirurgien des hôpitaux de Paris. — Traitement chirurgical des anuries, par le Dr Oraison. — Les calculs de la vessie et la prostatectomie, par le Dr Pasteau. — Congrès. — Sociétés savantes. — *Libres-propos*. — *Chronique*. — *Variétés*. — *La médecine d'autrefois*. — *La médecine au Palais*. — *Curiosités*. — *La médecine humoristique*. — *Diététique*. — *Formules thérapeutiques*. — *Revue de la Presse française*. — *Chronique des Livres*. — *Nouvelles*. — *La Vie médicale*. — *Cours*. — *Memento de la quinzaine*. — *Thèses*.

(Envoi franco de ce numéro de 100 pages in-4 avec figures contre 0 fr. 75 en timbres-poste de tous pays.)

Manuel pratique de la médication hypodermique, en collaboration avec M. COTTENOT, interne des hôp. de Paris, et LECOQ, pharmacien de 1re classe. Paris, 1re Edition, 1912.

Nous savons quelle importance a prise la médication hypodermique, depuis quelques années. C'est une méthode sûre et, pour

ainsi dire mathématique, car nous avons la certitude, qu'en introduisant sous la peau une dose fixe d'un médicament, elle est absorbée complètement. Aussi, ce procédé est-il plus rapide. Ce livre arrive en temps opportun. Il embrasse toute la question à savoir les injections *hypodermique, intra-dermique, intra-musculaire, endo-veineuse, épidurale et intra-rachidienne*.

Ici et là, les auteurs ont dessiné quelques planches indiquant les points de repaire propres à certaines régions.

Depuis la simple injection calmante et stimulante jusqu'à l'injection dite thérapeutique tout y est détaillé. On y donne des formules commodes avec commentaires utiles.

On y discute aussi l'utilité de certaines associations médicamenteuses, leurs indications et effets.

Un chapitre important est consacré à la *tuberculinothérapie*. On énumère les sérums les plus variés. Un autre est consacré à la médication mercurielle et arsénicale, en particulier le *salvarsan*.

Enfin, on termine par un chapitre sur la méthode hypodermique appliquée au diagnostic.

Ce livre, petit et facile à porter, de 324 pages, est absolument indispensable au médecin qui a le souci du nouveau et du mieux.

Publié sous la surveillance de la maison Lecoq, 15 Avenue Perichont, à Paris, dont la renommée est connue dans toute question d'hypodermie; écrit par des médecins et internes, de Paris, bien renseignés, ce petit livre est recommandable à tous les points de vue (1).

Æsculape. Grande revue mensuelle illustrée, latéro-médicale. Le numéro: 1 fr. Abonnement: 20 fr. avec prime de remboursement (Etranger: 25 fr.) ou 12 fr. sans prime (Etranger: 15 fr.). A. ROUZAUD, Editeur, 41, rue des Ecoles, Paris.

SOMMAIRE DU No D'AVRIL 1912

Paysages et Cités d'Orient. — Cimetières turcs, par le Dr LIBERT (7 illustr.). — Dans une belle prose imagée l'auteur nous

(1) La pharmacie *Lancot et Brault*, coin St-Laurent et Prince-Arthur, à l'agence Canadienne des produits de la maison Lecoq.

transporte au milieu des ruines des cimetières turcs, au cimetière d'Eyoub, au Grand Champ des Morts, etc.

Les Dessins mystiques de Mme Marie Egoroff (2 illustr.). — Si les éléments de ces dessins sont fidèlement empruntés à ce monde, ils transportent dans un autre monde dont on ressent, en les contemplant, le choc, l'étonnement, la fatalité.

Présentation de deux statuettes grecques et d'une gravure ancienne par le Dr BRUNON, Directeur de l'École de Médecine de Rouen (3 illustr.). — Où l'on voit une fois de plus combien l'art caricatural ou pathologique a d'intérêt pour le savant et pour le psychologue.

Les Criminels peints par eux-mêmes, par le Dr Henry BOUQUET (5 illustr.). — Curieux documents sur la psychologie du criminel et sa responsabilité.

Asklépios, son caractère et ses cures d'après les récentes découvertes, par le Dr Félix REGNAULT, Professeur au Collège libre des Sciences sociales (5 illustr.). — Ce curieux article précise certaines particularités du caractère et des cures d'Asklépios et se trouve être le complément de l'article paru dans *Æsculape* (mai 1911, sur les sanctuaires médicaux de la Grèce et le culte d'Æsculape.

Les Vertus médicinales des Gemmes, par le Dr Georges VITTOUX (2 illustr.). — La thérapeutique a délaissé à peu près complètement l'usage des pierres précieuses et pourtant chacune avait ses qualités et, pourvu qu'il en fut usé suivant les rites, faisait merveille.

Restif de la Bretonne fétichiste, par le Dr AVALON (6 illustr.). — Où l'on voit l'amour immodéré de Restif pour les petits pieds et pour les petits souliers verts à boucles et à hauts talons.

Le troisième Salon des Médecins, par le Dr Alph. LEPAITRE (12 illustr.). — Compte rendu fait par une plume alerte, imagée, primesautière où les lecteurs trouveront la manière dès longtemps goûtée de l'auteur des Carnets du Dr Paradox.

Supplément trimestriel. — *Jaqueline Foroni rendue à son véritable sexe ou rapport, réflexions et jugement présentés à l'Académie de Mantoue par la classe de Médecine sur le sexe d'un individu vivant, connu sous le nom de Jaqueline Foroni* (4 illustr.). — Curieux opuscule sur un cas d'hermaphrodisme.

Les hermaphrodites devant les tribunaux du moyen-âge, par le

Dr Lucien NASS (6 illustr.). — Le nom de l'auteur et le titre de son article nous dispensent de tout commentaire.

Supplément. — *Le Chat devant la superstition, l'hygiène et la médecine.* — *L'Argonaute, dit Pompyle.* — *Maurice Barrès et les Thésophoses.* — *Une Epitaphe.* — *Comme St-François-d'Assise.* — *Du Musc.* — *L'influence morale de la France en Argentine.* — *Les Hôpitaux Argentins et M. Jules Huret.* — *Comment détruire les rats.* — *Le Petit, pièce en un acte par le Dr Violet.* — *Sainte-Beuve et la Médecine.* — *Les Idées de Wells.*

Tuberculinothérapie et sérothérapie antituberculeuse, par A. SÉZARY, 1 vol. in-16, de 96 pages, cartonné: 1 fr. 50 (J. B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris).

Depuis quelques années, le traitement de la tuberculose par les tuberculines et les sérums antituberculeux s'est généralisée et, si l'on ne peut actuellement le qualifier de traitement spécifique, du moins constitue-t-il une des meilleures armes que nous possédions. S'il existe dans les traités récents et dans divers articles des renseignements très précis sur l'emploi de ces deux méthodes thérapeutiques, il était toutefois nécessaire de réunir, dans un ouvrage facile à manier et d'ordre pratique, la plupart des renseignements nécessaires au médecin pour employer, avec prudence et sans risques d'aggravation, la tuberculinothérapie et les sérothérapies antituberculeuses. Le petit volume que M. Sézary vient de publier dans la collection des *Actualités Médicales* répond à son but et montre que l'on peut recourir à la tuberculinothérapie, même chez des malades non hospitalisés, pour peu qu'ils soient surveillés régulièrement comme ceux du dispensaire antituberculeux de Laennec, suivis par M. Sézary. C'est surtout la tuberculinothérapie qu'étudie l'auteur en se basant sur son expérience personnelle, il est beaucoup plus court sur la sérothérapie et sur les corps immunisants de C. Spengler qu'il n'a pas eu l'occasion d'étudier lui-même. Très judicieusement, il a joint à son petit livre le modèle des fiches employées par lui au dispensaire de Laennec et la notation qui lui permet de fixer l'état de ses malades et de suivre l'évolution de leur mal. Le praticien est assuré de trouver dans ce court volume nombre d'utiles renseignements.

P. LEREBoullet,
Médecin des hôpitaux de Paris.

Précis de Pathologie interne. Maladies infectieuses et diathésiques, Intoxications, Maladies du sang, par MM. DOPTER, professeur agrégé au Val-de-Grâce, RATHERY, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, et RIBIERRE, médecin des hôpitaux. 1 vol. in-8 de 907 pages, avec 92 fig. en couleurs et en noir. Cartonné: 14 fr. (Bibliothèque du Docteur et en noir. A. Gilbert et Fournier). (*Librairie J.-B. Baillière et fils*, éditeurs, à Paris.)

La rédaction d'un précis de pathologie interne est à l'époque actuelle une tâche particulièrement difficile; tant de notions nouvelles sont venues modifier les descriptions longtemps classiques que proportionner chaque chapitre à l'ensemble, dire tout ce qu'il faut, sans en trop dire et sans cependant négliger aucun point important, est une entreprise malaisée. Et pourtant l'étudiant a besoin d'avoir sous la main un traité qui, tout en lui apprenant les découvertes les plus récentes, lui montre bien toute l'importance des données cliniques anciennes. Aussi faut-il savoir gré aux directeurs et aux auteurs de ce nouveau précis d'avoir pu résoudre ce difficile problème.

Le volume qui vient de paraître comprend en ses 900 pages abondamment illustrées une importante partie de la pathologie; on est étonné en voyant le nombre des chapitres qui y ont pu trouver place, de l'importance relative exacte qu'ont su leur garder les auteurs. Ce sont naturellement les maladies infectieuses auxquelles est consacrée la plus grande partie du volume, et l'esprit clair, méthodique, instruit de M. Dopter se retrouve en ces pages ou à côté des maladies infectieuses classiques, comme la fièvre typhoïde, la diphtérie, la méningite cérébro-spinale exposée avec détails, l'étudiant est assuré de trouver tout ce qu'il doit savoir sur des maladies nouvelles comme les leishmanioses, les sporotrichoses, la maladie du sommeil, etc.

M. Rathery était spécialement désigné pour écrire les chapitres consacrés à la goutte, au diabète, à l'obésité et permettre à l'étudiant de comprendre la pathogénie si complexe de ces maladies diathésiques. Il a pu ensuite, en moins de 100 pages, passer en revue toutes les intoxications.

Enfin, M. Ribierre a écrit un excellent petit traité d'hématologie que des figures coloriées permettent de lire aisément; il y a joint quelques pages sur les splénomégalies dans leurs relations avec les maladies du sang.

Toutes les parties du volume se distinguent par des qualités analogues et le succès ne peut manquer d'accueillir ce nouveau précis de pathologie interne, qui atteint exactement le but auquel il est destiné.

Ce Précis de pathologie interne, dont il n'existe aucune analogie dans la littérature française, comprendra trois autres volumes :

Maladies de l'appareil digestif et de l'appareil urinaire, par les Drs Gilbert, Widal, professeurs à la Faculté de médecine de Paris; Castaigne, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et Jomier, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

Maladies du Cœur et des Poumons, par les Drs Lœper, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris; Garnier, Josué, médecins des hôpitaux de Paris; Paiseau, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

Maladies du système nerveux, par le Dr Claude, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Le nom seul des collaborateurs est une s're garantie de l'excellence de l'œuvre.

SUPPLEMENT

ANTIPHLOGISTINE

“ la base de la valeur d'un remède se trouve dans le résultat qu'il produit.

Les démonstrations de laboratoire peuvent établir la pureté d'un produit, ou encore les parties qui le composent, mais sa valeur vraie comme remède ne peut être déterminée que par son application thérapeutique et des observations de clinique.

Dans les conditions inflammatoires et congestives, l'antiphlogistine a été reconnu d'une façon probante, d'un service particulier et comme conseil de saison, son application épaisse et chaude et bien protégée par des enveloppes convenables, sur des entorses ou sur des tendons foulés ou raidis, ce qui arrive si fréquemment pendant le temps des vacances donnera au malade un soulagement de douleur et bien vite, l'usage à nouveau de la partie affectée.”
