

TRAVAUX ORIGINAUX

SCORBUT INFANTILE ou MALADIE DE BARLOW¹

OBSERVATION

Dr ALBERT JOBIN

Prof. à l'Université Laval, Assistant à l'Hôtel-Dieu

Si j'ai bonne mémoire, M. le Dr R. Fortier traitait ici, même, il y a deux ans, le même sujet. Si j'y reviens aujourd'hui, ce n'est pas pour ajouter quoi que ce soit de neuf. Non, ça ne sera tout au plus qu'une redite, mais une redite qui emprunte sa raison d'être dans le fait que cette maladie du scorbut infantile tend à devenir plus fréquente par suite de l'usage progressif des aliments de conserve, le lait frais devenant trop cher pour la classe pauvre. Il importe aussi d'en vulgariser autant que possible la

1. Travail lu à la Société médicale, séance du 6 mars 1919.

**INFECTIONS ET TOUTES
SEPTICEMIES**

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

LABORATOIRE COUTURIEUX
18. Avenue Hoche - Paris

Traitement LANTOL
— PAR LE —

**Rhodium B. Colloïdal
électrique**

Ampoules de 3 cm'

connaissance, afin d'éviter les erreurs de diagnostic si faciles et si fâcheuses. Et puis enfin, le diagnostic une fois établi, le traitement est simple, et la guérison prompte et assurée.

Voilà en deux mots les motifs de cette répétition.

*
* *

L'observation que j'ai à vous présenter est celle d'un enfant de près de 4 mois, né à terme, issu de parents sains, et dont les 5 petits frères et sœurs sont aussi en bonne santé. Il était nourri au biberon depuis sa naissance avec du lait pasteurisé. Fait important à noter, l'enfant recevait une quantité insuffisante de nourriture. A l'âge de près de 4 mois, (exactement 3 mois et 26 jours), la mère ne lui donnait que 8 onces de lait par jour. C'était moins que la moitié de la ration ordinaire. Aussi, loin de profiter, avait-il dépéri, le pauvre petit. Au lieu de peser de 13 à 14 livres, poids normal à son âge, il ne pesait plus que 7½ livres.

En examinant l'enfant je le trouvai très pâle. Le pouls et la respiration étaient à peine perceptibles. Il me parut dans un état de faiblesse telle que j'ai cru qu'il allait mourir dans la journée. La mère me raconta que la digestion de l'enfant se faisait mal : il vomissait souvent et ses selles étaient de mauvaise couleur. Elle me dit aussi que cet état cachectique de l'enfant s'était produit brusquement. En quelques heures, il était devenu faible, souffrant, et immobile.

En effet, les yeux fermés, les jambes à demi-fléchies, l'enfant ne bougeait pas du tout. Je ne savais que penser. Une fois l'enfant déshabillé, je constatai sur la peau du dos particulièrement, des taches de purpura en assez grande quantité. Ces petites hémorragies sous-cutanées levèrent un coin du voile qui me cachait la vérité ; je pensai à la maladie de Barlow ou scorbut infantile. Sous l'empire de cette idée, j'examinai attentivement les

membres inférieurs, car dans 75% des cas, ces membres sont atteints par les lésions caractéristiques. Ils étaient en effet à demi-fléchis, la cuisse sur l'abdomen, la jambe sur la cuisse. Le moindre mouvement éveillait des cris chez l'enfant, surtout quand on touchait le membre gauche. A la mensuration je constatai une différence de grosseur assez marquée entre les deux cuisses, la gauche étant plus volumineuse que la droite. Rien d'anormal du côté des gencives : cela s'explique, l'enfant n'avait pas de dents. Je conclus que c'était un cas de scorbut infantile.

Le traitement est venu confirmer ma manière de voir. Je prescrivis 20 onces de lait cru et sucré par jour, à peine dilué, et cela à distribuer en 7 repas. J'ordonnai en plus l'ingestion du jus d'orange, à raison de $\frac{1}{2}$ once 4 fois par jour...

Ce traitement agit comme un charme. L'enfant cessa de vomir. Cinq jours après le début du traitement, les douleurs dans les jambes étaient disparues. Après une quinzaine les jambes avaient repris leur état normal et leur mobilité. L'amélioration continua, si bien que $1\frac{1}{2}$ mois après le début du traitement, l'enfant avait gagné $3\frac{1}{2}$ livres en poids : il pesait 11 livres alors.

*
* *

Symptomatologie.—Maintenant il ne sera peut-être pas sans intérêt d'ajouter quelques mots sur cette maladie de Barlow.

C'est une maladie de nutrition, caractérisée symptomatiquement par des *gonflements* très douloureux de la partie moyenne des os longs, particulièrement du fémur et du tibia, gonflements qui surviennent brusquement. Ajoutez à cela un *état cachectique* et les *fongosités* des gencives, et vous aurez la triade symptomatique que l'on rencontre dans les cas classiques.

C'est à Barlow que revient l'honneur d'avoir donné, en 1883, l'explication anatomo-pathologique de ces gonflements doulou-

reux. Les lésions caractéristiques du scorbut infantile s'observent en effet au niveau de l'extrémité des diaphyses des os longs. Cette lésion consiste en un vaste hématôme qui engaine complètement l'os. La paroi extérieure de cet hématôme est constituée par le périoste très vascularisé. L'os, privé de son périoste, s'amincit au point de ne plus former qu'une écaille fragile, ce qui explique les fractures spontanées qui arrivent quelquefois chez ces sujets. Cette zone diaphyso-épiphysaire est, comme on le sait, chez les enfants, un *locus minoris resistentiae*, en raison de l'activité des phénomènes physiologiques qui s'y déroulent.

D'ordinaire, voici l'histoire que nous raconte la mère. Celle-ci nous dit que, assez brusquement, le petit enfant est devenu pâle et affaibli, qu'il souffre et crie lorsqu'on le touche, refuse de marcher, et semble comme paralysé des membres inférieurs. En examinant l'enfant, vous constatez qu'il est immobilisé, comme par une paraplégie. Les jambes étendues le plus souvent à demi-fléchies, l'enfant ne fait aucun mouvement; et le moindre contact, et surtout le plus léger mouvement passif lui arrache des cris. Vous constatez de plus que l'un ou l'autre, ou les deux membres inférieurs, présentent un gonflement à la partie moyenne de l'os, gonflement dû à l'hémorragie sous-périostée, et facilement appréciable à la mensuration.

Si on regarde dans la bouche, on constate des lésions remarquables, surtout s'il y a des dents. Les gencives sont gonflées et ramollies, couvertes de petites granulations saignantes qui bientôt se confondent en une masse boursoufflée, ulcérée, fongueuse, d'où s'exhale une odeur fétide.

L'état général devient mauvais; la pâleur augmente. L'alimentation en général devient défectueuse soit à cause de la douleur que provoque le mouvement des mâchoires, soit à cause des troubles digestifs.



Cas frustes.—A côté de cette forme classique, de ces cas typiques dont s'est servi Barlow pour caractériser l'espèce morbide qui porte son nom, il existe des formes frustes très fréquentes, et qu'il est bon de connaître, afin d'éviter ou de rectifier des erreurs de diagnostic fâcheuses. Dans ces cas il n'y a ni déformations osseuses ou épiphysaires, ni tuméfaction gingivale.

1^o Par exemple, un enfant pâlit depuis quelque temps; il devient grognon, pleure sans raison; il semble s'affaiblir. En effet il ne se tient plus sur ses jambes, lui qui avait commencé à marcher. On pense à la faiblesse, à l'*anémie*, provoquée par les troubles de la digestion, ou encore la faiblesse des jambes est telle qu'on pense à la paralysie, à la névrite, à la paralysie infantile. Il existe cependant un symptôme qui devrait éveiller notre attention, c'est la douleur. Cette douleur est telle que le moindre mouvement la provoque. Aussi l'enfant se tient-il dans une presque immobilité. La douleur est encore provoquée par les contacts. Les attouchements le font crier. Cette douleur peut faire penser à des *arthrites*, et en particulier à la *tuberculose articulaire*.

Alors, pensez à la maladie de Barlow, interrogez la mère sur le régime alimentaire de l'enfant, vous aurez la clef de la situation, vous rectifierez votre diagnostic, et surtout vous guérirez votre enfant en quelques jours.

2^o Je me rappelle un autre cas fruste que j'ai vu en 1908, à l'Hôpital des Enfants malades à Paris. C'était un enfant de 4 ans, chez lequel la seule manifestation scorbutique était des gencives gonflées, ramollies, ulcérées et saignantes. Les renseignements établirent que cet enfant était nourri avec des conserves. Le Dr Nobécourt prescrivit des aliments frais, fit toucher les gencives avec du jus de citron pur, et ordonna du jus d'orange à prendre *ad libitum*. Quinze jours après, l'enfant revenait au dispensaire la bouche complètement guérie, et de bonne humeur.

Ces jours derniers, le Dr Wells exposait, ici-même, devant ses confrères dentistes et quelques médecins, un travail sur le scorbut des animaux, particulièrement des cobayes. Tout comme chez les humains, le scorbut animal est la conséquence de l'usage des aliments de conserves. L'intérêt principal de son travail venait du fait qu'il nous démontrait, avec pièces anatomiques à l'appui, que la carie dentaire devançait de 2 à 3 semaines les symptômes caractéristiques du scorbut, c'est-à-dire, les hémorragies sous-périostées. Je me suis alors demandé s'il n'y avait une relation de cause à effet entre cette carie dentaire non encore étudiée chez les êtres humains, mais en toute probabilité existante (puisqu'on la rencontre chez les animaux) une relation de cause à effet, dis-je entre cette carie dentaire, et les tuméfactions gingivales que l'on rencontre chez la moitié des scorbutiques. Je pose la question aux anatomo-pathologistes.

*
* *

Cas graves.—Tout à l'opposé de l'échelle de gravité, on observe des cas sévères, où les lésions hémorragiques se généralisent. Voici la description qu'en donne Hutinel dans son traité "Maladies des Enfants".

" On constate, dit-il, des tuméfactions douloureuses au niveau
" de l'extrémité supérieure de l'humérus et de la partie inférieure
" de l'avant-bras, des empâtements sous l'omoplate ou au niveau
" des crêtes iliaques, le long du rachis. A l'union des côtes avec
" les cartilages costaux, on peut observer un chapelet de saillies
" volumineuses; il peut même se produire des décollements chondro-costaux multiples, auquel cas on voit le sternum et les cartilages s'enfoncer en bloc et former une dépression en retrait
" entre les extrémités des côtes. Du côté du crâne, on peut rencontrer des zones épaissies et douloureuses, et il y a des exem-

“ples d'épanchements intra-craniens ayant pu déterminer des
“phénomènes de compression cérébrale: convulsions, coma. Mais
“l'accident le plus remarquable est l'hématome *intra-orbitaire*.
“Brusquement on voit apparaître une *exophtalmie* avec déviation
“en bas d'un globe oculaire ou des deux, *exophtalmie* qui aug-
“mente progressivement jusqu'à être extrême; au bout de 24
“heures, la paupière supérieure s'infiltré de sang, la conjonctive
“prend une couleur ecchymotique; le globe oculaire est indemne,
“mais l'inocclusion des paupières peut déterminer des lésions
“cornéennes.”

Dans les cas graves, le processus hémorragique ne reste pas limité aux régions épiphysaires; on voit apparaître du purpura des épistaxis, et surtout des hématuries.

*
* *

Evolution.—Quand la nature de la maladie n'est pas reconnue, et par conséquent qu'un traitement convenable n'est pas institué, les lésions locales persistent pendant des semaines et des mois, avec des alternations de mieux et de pire. Des fractures spontanées se produisent, la cachexie s'accroît et le sujet est à la merci d'une complication infectieuse ou autre. Au contraire, si la diète appropriée est instituée, on assiste à de véritables résurrections: les douleurs disparaissent, les tuméfactions se résorbent, et en quelques semaines la guérison est complète. Comme on le voit, le pronostic est intimement lié à la position du diagnostic.

*
* *

Diagnostic.—Chose remarquable, et c'est ce qui m'a surtout engagé à en parler, c'est qu'on peut facilement méconnaître cette maladie. Je me rappelle encore, comme le Dr Nobécourt insistait

là-dessus. Il nous disait que cette maladie était souvent méconnue dans ses premières manifestations, et souvent confondue avec d'autres dans les cas sévères. En consultant mes notes de clinique, j'ai retrouvé une certaine énumération d'erreurs de diagnostic qu'il nous fit alors. Un jour, dit-il, on m'amène à l'hôpital un enfant scorbutique à qui le médecin de famille avait lancé les ginsengs. Un autre avait été soigné pour le rhumatisme. Au sujet d'un troisième enfant, le médecin avait dit qu'il *avait de l'eau dans la jointure*. Un quatrième avait vu ses deux jambes enflées emprisonnées dans le plâtre. Un cinquième avait été tenu au lit, 6 semaines, sans succès, pour une paraplégie, laquelle avait disparu dans 15 jours avec du jus d'orange et du lait cru. Un sixième avait été mis en une quarantaine très stricte, soupçonné d'avoir une poliomyélite aiguë, et qui a guéri en 3 semaines en buvant largement du jus d'orange.

J'en passe et des meilleures.

Sans doute il en est parmi ces erreurs, qui sont cocasses; mais il en est aussi d'autres qui sont excusables. Prenez par exemple cette immobilité des jambes. On pense généralement à la paralysie. L'existence des tuméfactions douloureuses nous permettra d'écarter cette hypothèse.

On peut confondre encore cette maladie avec les tumeurs osseuses, les foyers de suppuration d'ostéo-myélite, la coxalgie, les arthrites tuberculeuses, les fractures. La multiplicité habituelle des tuméfactions dans le scorbut infantile est un excellent moyen de diagnostic.

*
* *

Étiologie.—Quant à l'étiologie, tous les auteurs s'accordent pour dire que le scorbut infantile est une maladie générale hémorragique d'origine toxi-alimentaire. En effet, cette maladie n'est rien autre chose qu'une intoxication par un genre spécial d'ali-

ments.. Comme le scorbut de l'adulte, le scorbut infantile est la conséquence de l'usage presque exclusif d'aliments de conserve, et comme lui guérit par l'usage d'aliments frais. Les laits pasteurisé, stérilisé, maternisé, humanisé, bouilli, condensé, desséché, les poudres lactées, les farines alimentaires, etc, etc., sont les vraies coupables, et cela dans la proportion de 90% des cas.

Je dis les *vrais*, mais non pas les seuls coupables, puisque exceptionnellement, l'allaitement maternel a aussi quelques cas à son passif. Le Dr Stafford MacLean a publié dans "*Archives of Pediatrics*" une série de 50 observations de scorbut infantile. Dans cette étude l'on voit que 4 sur ces 50 enfants étaient nourris par la mère. J'appuie légèrement sur ce fait pour montrer que l'allaitement maternel n'est pas cette panacée qui guérit tous les troubles digestifs des nourrissons. Il est d'aucuns de ces derniers qui dépérissent nourris par leur mère, soit par intolérance gastrique, soit parce que le lait de leur mère ne vaut pas mieux qu'une boîte de conserve.

Les enfants âgés de moins de 2 ans sont généralement ceux qui paient le plus large tribut à cette maladie. Quelquefois, mais rarement on rencontre des scorbutiques âgés de 4 à 6 ans.

*
* *

Traitement. — Les indications thérapeutiques découlent tout naturellement de l'étiologie: il faut supprimer les aliments conservés et donner les aliments frais. Naturellement, s'il y a des troubles digestifs, ce qui est assez fréquent, on commence par les corriger en ayant recours à la diète hydrique, puis ensuite aux hydrocarbonés, enfin au lait frais. Si l'enfant est âgé de moins de 2 ans, le lait frais, les légumineuses constituent le régime approprié avec en plus du jus de fruit, particulièrement du jus d'oranges à raison de $\frac{1}{2}$ once, 3 à 4 fois par jour. C'est étonnant comme

ces enfants supportent bien le jus de fruit, surtout le jus d'orange. Ils le prennent du reste avec avidité, comme s'ils en sentaient le besoin.

Des applications de jus de citron, soit pur, soit mélangé d'alcool sur les gencives malades, aident à leur guérison.

Sous l'influence de ce traitement, les lésions rétrocedent avec une rapidité extrême. Il est bon cependant de continuer ce traitement, même après guérison apparente, car les récidives sont fréquentes. En effet tout enfant scorbutique doit être surveillé de près pendant longtemps.

*
* *

Conclusions.— Sous forme de conclusions je me permettrai de donner un conseil à mes jeunes et futurs confrères, et d'exprimer un regret.

D'abord, proscrivez les préparations commerciales alimentaires pour les nourrissons, mais si, par hasard, vous étiez tenu de vous en servir pour traiter un petit sujet, que ce soit le moins longtemps possible. Ensuite aussi vite que vous le pourrez, ajoutez des aliments frais, car généralement, l'usage des aliments conservés n'est pas nocif en lui-même, mais à la condition qu'il y ait dans l'alimentation une proportion suffisante de substances fraîches. Enfin votre sujet est-il revenu à la santé, cessez de donner des aliments de conserve.

Mon regret: c'est de voir, dans nos villes, les laiteries industrielles remplacer de plus en plus nos laitiers d'autrefois. A mon avis, ce n'est pas une amélioration. C'est, je crois, un progrès à rebours. Car, les observations ne laissent aucun doute à cet égard, — en Angleterre, en France, en Allemagne, les cas de scorbut infantile se sont multipliés à l'époque où l'on a cherché à modifier le lait de vache pour le ramener par des manipulations physiques et chimiques à la composition du lait de femme.

“ *La peur grossit les objets* ”, dit le proverbe. Au sujet du lait, la peur des microbes ne nous a-t-elle pas fait tomber d’une exagération dans une autre? de la peur du lait cru à l’amour du lait cuit? En tout cas, me plaçant à l’unique point de vue du nourrisson, je dirai franchement ma pensée. Utiles tout au plus à la période des chaleurs, et encore pour la classe pauvre seulement, ces industries laitières sont plutôt nuisibles le reste de l’année, même en supposant que tout, dans ces établissements, se fit suivant les règles de l’hygiène, ce qui n’est pas toujours le cas, tant s’en faut.

— :000 : —

HOSPITALISATION DU TUBERCULEUX ¹

—
Par le Dr O. LECLERC.

*Professeur à l’Université Laval,
Assistant du Serv. Méd., Hôtel-Dieu*

Monsieur le Président,

Mesdames, Messieurs,

Le comté de Témiscouata inscrit aujourd’hui son nom sur la liste des défenseurs de la société contre la tuberculose. Nous tenons avant tout à le féliciter d’un mouvement qui l’honore tout en indiquant bien l’esprit généreux qui l’anime et les sentiments de philanthropie qui accompagnent et guident vers un but plus noble son avancement matériel.

Dans la lutte contre ce fléau moderne, véritable protégée de tous

1. Travail lu à la Convention des Services sanitaires, Fraserville, juillet 1919.

les âges et de tous les lieux, le dispensaire fournit à la Ligue Anti-Tuberculeuse dont il est l'effet, une arme de tout premier ordre et dans le développement ultérieur de l'œuvre, il constitue en première étape, l'élément d'essor le plus sûr, s'il ne perd pas de vue, dans ses opérations, le but à atteindre, et si les membres qui le dirigent ne vont pas compromettre son existence ou ses chances de succès en les sacrifiant à des considérations inopportunes ou personnelles.

Créer une barrière à la contagion, tel est le terme qui résume le travail du rouage antituberculeux. Règle facile à formuler, mais dont l'application pose un problème assez angoissant qui a passionné l'esprit observateur qui tous les jours voit des foyers infectés, des familles allant à la ruine et dont les tristes épaves sèment, avant de sombrer, des germes de mort qui prendront racines dans d'autres milieux tout disposés à les recevoir, et assureront la persistance de leur œuvre de destruction. S'il faut une assistance méthodique du tuberculeux, on doit aussi, dépassant la personne du malade, atteindre ceux que la tuberculose menace. La victoire restera aux mesures prophylactiques si elles sont bien suivies, mais quelquefois l'ignorance l'emporte. C'est qu'alors il faut froisser, non pas des intérêts, mais chose plus dangereuse à manier, des préjugés convertis en superstitions, et ce sont là de toutes les idées humaines les plus enracinées.

Souventes fois aussi la tuberculose réduit à la misère ceux qu'elle frappe. Le travail n'apporte plus le salaire qui prémunisse contre l'indigence, et le malheureux, dans un effort surhumain, continue à vaquer à ses occupations ordinaires. Il creuse ses cavernes au milieu de ceux avec qui il vit et travaille, leur léguant pour tout héritage, le seul avoir qu'il possède: la tuberculose. L'action du dispensaire, toute bienfaisante qu'elle soit, ne suffit plus, l'hospitalisation s'impose.

On a fait grand bruit au sujet du Sanatorium, et le Congrès

de Berlin a été une véritable apothéose des institutions allemandes. Leur installation parfaite, la discipline énergique qui y règne, la direction constante et raisonnée qu'on y donne en ont fait un moyen curatif de premier ordre. Ces maisons ne reçoivent toutefois que les malades légèrement atteints; leurs portes sont fermées aux contagieux. De plus le coût élevé de leur pension, leur éloignement des centres, et la longue durée du traitement les mettent hors de portée des malades qui bien souvent ont plus besoin d'être hospitalisés, les pauvres. Personne ne songe à contester leur valeur, des statistiques fort brillantes la prouvent. Ils constituent une méthode thérapeutique très importante. Leur éloge n'est plus à faire.

L'hôpital n'a pas de statistiques à offrir parce que tout autre doit être l'orientation de son travail. Il offre au tuberculeux quel qu'il soit et quels que soient les pronostics portés sur son état, un asile que souvent la société et la famille avec raison lui refusent.

Là l'exemple et l'entraînement briseront les préjugés, s'il en existe, et la bonne humeur des autres malades aidant, le nouveau venu s'accoutumera à considérer son état et sa condition sous un angle spécial qui lui permet de conserver son âme à l'abri de la tristesse. Enclin comme tous les tuberculeux à l'optimisme, il lui arrivera d'oublier, grâce à l'ambiance, ses déceptions et ses douleurs, tout entier à l'espoir d'une guérison prochaine, peut-être un peu problématique, mais qui ne lui laisse aucun doute. C'est pour le malade l'existence assurée sans souci du lendemain, c'est l'espoir, c'est le repos. C'est pour la société, aussi un semeur de germes mis désormais dans l'impossibilité de nuire.

Ne l'oublions pas, la tuberculose doit nous préoccuper tout autant pour ceux qu'elle menace que pour ceux qu'elle a atteints. Et la victoire dans cette lutte que nous lui livrons, ne réside pas tant dans une thérapeutique que l'avenir ne laisse même pas entrevoir, que dans le triomphe d'une méthode qui mette en jeu tous les

mécanismes capables d'empêcher la pullulation et la dissémination des germes. Or l'hôpital remplit mieux que tout autre institution ces principes de prophylaxie individuelle et sociale.

Est-ce à dire que l'hôpital doive cantonner son œuvre aux insoumis, aux indigents et aux contagieux? Loin de nous cette pensée. Il peut et doit pourvoir au traitement des malades aux premières étapes de la maladie; il doit par suite remplir l'office du Sanatorium.

D'abord faisons justice de cette appréhension malheureusement trop répandue que le voisinage, à l'hôpital, d'un malade contagieux est un danger pour celui que la maladie a légèrement touché. Rien de plus faux que cette croyance et c'est heureux; ce serait douter des mesures prophylactiques qui sont les bases mêmes du traitement actuel. C'est une cruauté envers le malade et une injustice envers ceux qui se dévouent à l'œuvre de l'hospitalisation. Je ne saurais trop le répéter, le malade cesse d'être contagieux le jour de son entrée à l'hôpital. Les précautions de tous les moments, l'hygiène rigoureuse auxquelles il lui va falloir se soumettre ne tariront pas la source d'infection, mais c'est une source devenue par elles virtuellement stérile.

*
* *

L'hospitalisation du tuberculeux est un problème des plus insolubles, réplique-t-on partout, et on ne manque pas de dire que le médecin soulève beaucoup de problèmes pour n'en résoudre aucun. On devrait ajouter que ces problèmes sont pour la plupart d'ordre social. Ils ne rencontrent jamais la faveur populaire qu'ils gênent dans leur application, ni celles de gouvernement dont ils sollicitent un appui moral qu'on donne avec largesse et l'assistance pécuniaire dont on est plus parcimonieux. Mais la réaction s'opère.

“ La lutte contre la tuberculose n'a été au début qu'une œuvre de bienfaisance ”, plus tard nos gouvernants ont apporté assistance à l'initiative privée, et ce problème insoluble n'est plus aujourd'hui le rêve d'un médecin philanthrope en mal de concept maniaque, mais une réalité matérialisant l'idée d'un esprit transcendant.

Compléter l'armement en favorisant avec l'assistance individuelle, l'isolement du tuberculeux indigent, toujours plus dangereux pour son entourage; faire comprendre, à une population qui n'a jamais connu la nécessité de prendre soin des malades pauvres, l'effort qu'on attend d'elle dans la lutte universelle contre le fléau moderne; assurer par souscriptions privées la fondation d'un hôpital anti-tuberculeux; intéresser les gouvernements à pourvoir dans une certaine mesure à l'érection et l'entretien d'une œuvre purement philanthropique, tel fut le programme élaboré par la Société de Patronage de l'Hôpital des Tuberculeux de Québec, tel est le mouvement dont notre excellent maître, le Dr Arthur Rousseau, fut l'énergie causale, tel est l'évènement glorieux qui eut son prologue en 1911 et son dénouement en juin 1918.

L'Hôpital de Ste-Foye, qui s'appelle “ Laval ” peut recevoir 100 malades. Il est situé dans un endroit enchanteur, unique, pittoresque à l'extrême, dominant la vallée de la Rivière St-Charles à l'avant-scène et regardant à l'arrière-plan les Laurentides, dont le versant-sud ferme la scène; à droite la vue plonge par-dessus Québec, sur le St-Laurent et l'Ile-d'Orléans. La côte de Beaupré et ses montagnes aboutissant au cap Tourmente à 35 milles, ferment l'horizon nord, nord-est. A gauche, la limite c'est l'horizon lui-même. Au sud, 20 arpents de superficie seront transformés en parc et jardin bornés par la lisière sud-ouest d'un bois qui protège l'habitation contre les vents d'est. Site incomparable qui ne manque pas d'influencer sur le moral de nos malades.

Le promoteur de l'œuvre ne s'en est pas tenu à offrir l'hospitalité aux tuberculeux, il a voulu que cette institution soit une école, il a voulu en faire un centre d'enseignement. L'Université Laval, toujours heureuse d'étendre sa sphère d'action, a assumé la tâche de donner gratuitement le service médical, réclamant en retour la permission pour ses élèves de profiter de l'enseignement considérable que ne manqueront de fournir les tuberculeux de tout ordre qui y seront reçus. Et ce ne sera pas le moindre service rendu à la société que d'avoir contribué à former des médecins plus instruits des ravages de la tuberculose et des moyens de l'enrayer.

Si aujourd'hui Laval offre au district de Québec un hôpital parfait, aménagé avec luxe, donnant toutes les garanties des stations climatiques les plus réputées, nous devons en être reconnaissants à Sir Lomer Gouin. L'immense intérêt que son gouvernement a manifesté pour l'enseignement secondaire l'a porté à encourager d'une façon pratique le travail en germination. La ville de Québec a suivi l'exemple du gouvernement. L'honorable ministre des Travaux Publics, M. Taschereau, président de l'Association et Monseigneur Roy, archevêque auxiliaire de Québec, ont fourni à l'œuvre un concours éminemment précieux.

L'expérience technique et pratique que possède M. J. H. Gignac en matière de construction a été mise à contribution; c'est sans compter jamais ni temps, ni peines qu'il en a disposé et qu'il l'a offerte aux directeurs de l'œuvre.

Mais l'âme, l'essence de l'organisation, ce fut le Dr Arthur Rousseau. Tout ce que je pourrais dire du courage, de l'énergie, de la fermeté et de la persévérance qu'il a apportés à créer cet hôpital, à travers des difficultés se succédant en avalanche, ne pourrait qu'amoindrir son mérite et diminuer l'admiration que tous nous devons manifester pour son dévouement inaltérable autant qu'inépuisable.

Cet Hôpital était nécessaire... il est terminé. Il doit vivre, il doit se développer. C'est le tronc, l'ente sur laquelle le promoteur, s'il est bien secondé, et si on saisit bien l'importance de son œuvre, le promoteur dis-je, pourra greffer suivant un plan bien déterminé les éléments qui en compléteront l'organisation, et feront de cet hôpital le centre le mieux outillé pour la guérison et l'enrayement de la tuberculose.

*
* *

Et je ne crois pas avoir commis une digression trop inopportune en vous disant quelques mots sur l'hospitalisation du tuberculeux, de vous avoir parlé de cet hôpital Laval dont nous sommes si fiers et des artisans les plus dévoués à sa réalisation. Ceux-là n'ont pas été des destructeurs, sacrifiant à la crainte ou à la fantaisie, nides défaitistes en face de l'adversité. Que votre ligue se les rappelle aux mauvais jours : œuvres et ouvriers sont des modèles à imiter.

— :000: —

UNE ECTOPIE CARDIAQUE

—

J. H. LALIBERTÉ, M. D.

La malade qui fait le sujet de cette observation est entrée à l'Hôpital pour une arthrite au genou gauche. Le soupçon d'une cause rhumatismale de cette lésion nous permit naturellement de faire enquête sur l'état du cœur et c'est ainsi que nous avons découvert cette ectopie cardiaque qui se lit comme suit.

Examen clinique.

A l'inspection de la région précordiale, rien ne fait supposer cette anomalie de situation. C'est surtout par l'indispensable percussion que nous arrivons à délimiter sur le thorax le siège de ce cœur déplacé. Sa limite supérieure passe par une ligne transversale rasant le bord inférieur et interne des deux clavicules. Si l'on place un doigt dans le creux sus-sternal, on perçoit très-bien un choc pulsatile synchrone au pouls radial. Ce choc, qui est vigoureux et de grande étendue, ne peut être dû vraisemblablement qu'à la crosse de l'aorte ou au cœur lui-même. Inscrivons au crayon dermatographique les données de la percussion et nous aurons, pour le bord droit du cœur, une ligne située :

1^o A deux travers de doigt du sternum pour le premier espace intercostal.

2^o A un travers de doigt pour le deuxième.

3^o Enfin au ras du bord sernal droit, qu'elle coupe obliquement, pour le troisième.

La limite inférieure se continue d'abord avec celle du foie et s'arrête à gauche à quatre travers de doigt de la ligne médiane, dans le troisième espace intercostal. C'est là d'ailleurs que la palpation et l'auscultation localisent nettement la pointe du cœur.

Il nous reste maintenant à faire connaître le bord gauche de cette matité. Projetons une oblique qui joindra la limite inférieure à la limite supérieure et nous aurons un cœur à quatre travers de doigt du sternum dans le troisième espace intercostal, et à trois dans le deuxième, enfin à deux dans le premier espace.

Voilà aussi exactement que possible ce que nous révèle ce merveilleux procédé de la percussion.

Pour confirmer la vérité de cette assertion, nous avons eu la bonne fortune, grâce au zèle obligeant du Docteur Rousseau, de voir cette malade aux Rayons X. En effet, nous avons vu sur l'écran la projection d'une ombre, vivante pour ainsi dire comme

le cœur, et correspondant exactement aux données de la percussion.

L'ectopie cardiaque relatée ci-dessus est-elle congénitale ou acquise? L'histoire de la patiente n'indique pas qu'il y ait eu déplacement de son cœur, par suite d'une pleurésie ou d'une tumeur quelconque. Force nous est donc d'attribuer cette anomalie à un développement embryologique défectueux. Remarquons cependant que ce cœur est de volume normal. En plus, on ne retrouve chez lui aucun trouble fonctionnel local ou à distance. Disons en terminant que le foie chez cette malade est surélevé puisque sa limite supérieure longe en avant le troisième espace intercostal. Il est assez logique de croire que ses poumons n'ont pas la hauteur commune; mais elle n'en a jamais souffert!

—:O:—

NOTES DE THERAPEUTIQUE PRATIQUE

—

ŒDÈME AIGU DU POUMON

Se rencontre surtout chez les aortiques et chez les brightiques: reflexe bulbaire à point de départ péri-aortique; altération du plasma sanguin due à une insuffisance rénale.

Se rencontre encore chez les artérioscléreux à gros foie, dans les maladies infectieuses, chez les intoxiqués par l'alcool, l'iode, etc., après la thoracentèse.

L'œdème aigu évolut quelques fois d'une façon foudroyante et amène la mort en quelques minutes. Le plus souvent on observe les phénomènes suivants: dyspnée intense, angoisse extrême, toux continue quinteuse, expectoration abondante, rosée, d'apparence saumonée, apparaissant très rapidement, râles crépitants abondants. C'est une inondation séreuse des alvéoles pulmonaires.

Prophylaxie.—Elle dépend de la nature de la cause—on fera suivant le cas le traitement des lésions aortiques—de la néphrite—des intoxications.

Traitement de l'accès.—Il faut faire respirer de l'éther au malade et lui en faire boire largement dans de l'eau sucrée, afin de soutenir le bulbe, et faire appliquer des compresses chaudes au niveau de la région précordiale.

Le traitement de l'accès doit, selon Huchard, s'inspirer des trois faits suivants: 1^o Enorme tension vasculaire pulmonaire et affaiblissement du ventricule droit, vaincu par cette hypertension; 2^o. Troubles de l'innervation cardio pulmonaire; 3^e. Imperméabilité rénale avec intoxication consécutive de l'organisme.

Il faut donc lutter contre ces trois éléments: un élément mécanique, un élément nerveux et un élément toxique.

1^o. *Lutter contre l'élément mécanique.*—Pour remplir cette indication, dit Huchard, une médication d'urgence s'impose aussitôt: une large saignée générale, 300 à 500 grammes avec en outre des saignées locales, ventouses scarifiées sur la paroi thoracique, sur la région du foie, sur les reins, avec ventouses sèches dont on recouvre le thorax, le tronc, les membres. Du même coup on soulage, on soutient le cœur dans sa lutte, et on abaisse la tension dans le domaine de l'artère pulmonaire. On voit des malades pour ainsi dire revenir à la vie sous l'influence d'une large saignée faite en temps opportun."

Cette saignée est absolument urgente, le médecin ne devra jamais l'oublier. — On donne en même temps de la caféine, de l'huile camphrée—des boissons stimulantes—du champagne. La caféine est presque aussi nécessaire que la saignée.

2^o. *Lutter contre l'élément nerveux.*—Les troubles cardio-pulmonaires et l'état parétique des bronches et du diaphragme seront heureusement combattus par les injections sous-cutanées de strychnine:

Sulfate de strychnine..... 0g.05 centi-gr.

Eau distillée 10.

Injectée $\frac{1}{2}$ ou 1 seringue.

S'abstenir de morphine ou d'atropine, l'éther et l'huile camphrée agissent bien.

3°. *Lutter contre l'élément toxique.*—Cette indication est remplie par la saignée.—On la complète par du sérum artificiel, 300 à 500 gr. le régime lacté et la théobromine, 1 à 3 gr. par jour et les purgatifs légers.

Traitement de quelques cas particuliers:

L'origine brightique réclame des saignées locales au niveau de la région lombaire et des purgatifs drastiques.

L'origine infectieuse réclame les bains froids.

Au cours d'une bronchite, on donne l'ipéca à la dose de 1 à 2 grammes.

Ipéca pulvérisée 1 à 2 grammes

Sirop d'ipéca 40 “

Eau distillée 90 “

A prendre en deux fois.

J. G.

Québec, 12 mars 1919.

NOTES DE PRATIQUE PÉDIATRIQUE

DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS À FAIRE DANS LES FIÈVRES
ÉRUPTIVES.

1^o *Entre la variole légère ou varioloïde et la varicelle.* — Ce diagnostic est surtout difficile à faire lorsqu'il s'agit de varioles bénignes chez des sujets vaccinés, comme nous en rencontrons plusieurs cas dans la Province depuis quelques années. Il est rare que l'embarras porte sur l'ensemble de l'éruption; le plus souvent il ne concerne que *quelques éléments* plus ou moins vésiculeux *dépourvus de base d'induration*. Si, en plus, les 2 affections coexistent à l'état épidémique, comme la chose semble exister actuellement dans la Province alors les difficultés deviennent plus considérables et même inextricables dans quelques cas. Cet embarras est si évident que les praticiens au courant de la nosologie diffèrent d'opinions sur la nature de l'épidémie actuelle. Ce qui rend le diagnostic différentiel encore plus ardu, c'est la grande bénignité des 2 affections, même chez les enfants non vaccinés antérieurement.

Voici quelques données générales pratiques relevées dans les auteurs et que l'expérience et l'observation me permettent de mettre en vedette afin d'éclairer un peu cette question si discutée du diagnostic différentiel entre la variole légère telle qu'elle existe depuis nombre d'années dans la Province et la varicelle ordinaire.

(a) *Invasion* : La période d'invasion de la variole légère dure 3 jours au moins, et la fièvre, la céphalalgie, la rachialgie (douleurs de reins), les vomissements en sont les symptômes habituels; tandis que dans la période d'invasion de la varicelle, la durée est de 24 heures et les symptômes sont insignifiants tels que malaise, courbature, léger mouvement fébrile. Malheureusement il faut

avouer que souvent ces prodromes font défaut dans l'épidémie de variole actuelle, ou bien ils sont tellement légers qu'ils passent inaperçus du malade et à plus forte raison du médecin, de sorte que l'on en est réduit à fonder son diagnostic sur l'éruption seule.

(b) *Eruption* : Dans les cas ordinaires l'éruption de la variole bénigne n'apparaît pas avant la fin du 3e jour ou le commencement du 4e; tandis que celle de la varicelle apparaît au bout de 24 heures. L'éruption de la variole adoucie ou varioloïde débute par la face, tandis que celle de la varicelle se fait d'emblée par une première poussée sur différentes régions du corps. L'éruption de la variole légère se fait en une seule poussée, d'une durée de 36 heures en moyenne, tandis que celle de la varicelle se fait par poussées successives séparées par des intervalles de $\frac{1}{2}$, 1 ou 2 jours. *La vésicule de la variole modifiée contient dès le début un liquide louche; tandis que la vésicule de la varicelle contient un liquide clair et limpide comme si une goutte d'eau était interposée entre l'épiderme et le derme: cette constatation personnelle ou le récit de cette constatation par une personne intelligente et observatrice sera quelquefois le seul signe de différenciation entre les 2 affections. La vésicule de la variole modifiée présente à sa base de l'enclôture inflammatoire indurée et rouge vif, tandis que dans la varicelle il n'y a pas ou très peu de réaction inflammatoire à la périphérie de la vésicule et surtout pas d'induration. La vésicule de la variole modifiée a généralement une forme ombiliquée, tandis que celle de la varicelle est le plus souvent hémisphérique. Il faut cependant avoir présent à l'esprit que la varicelle contient dès le 2e jour de son apparition des pustules ou vésicules à liquide louche, mais ces pustules sont superficielles, n'intéressent pas le derme, bien qu'elles soient quelquefois ombiliquées comme celles de la variole. Ces pustules de la varicelle procèdent par poussées successives et sont précédées de vésicules ou de bulles claires et cristallines.*

S'il y a des éléments douteux, comme la chose se rencontre souvent et embarrasse fort les cliniciens, on *recherchera sur tout le corps, et on viendra à bout de trouver des éléments d'âge différent, c'est-à-dire des vésicules ou bulles claires à un endroit, des pustules à un autre et des croûtes plus loin*. Dans la variole au contraire les éléments éruptifs sont tous du même âge: vésicules louches, ou pustules franches ou croûtes, bien que leur évolution complète ait pu être arrêtée quelquefois.

Si malgré toutes ces données pratiques aussi précises et aussi complètes que possible, il y a encore des doutes on vaccinera 1 ou 2 fois avec un vaccin de bonne qualité; si alors le vaccin cultive le diagnostic de varicelle s'imposera de préférence à celui de variole. C'est d'ailleurs ce que nous-mêmes avons été obligé de faire à La Crèche St-Vincent-de-Paul il y a quelques 5 ou 6 ans afin de contrôler le diagnostic différentiel. La cicatrice même de la varicelle, dans un examen rétrospectif, diffère de celle de la variole par sa couleur blanc mat laiteux, uniforme et son état lisse; tandis que celle de la variole d'abord creuse et rouge, devenant plus tard blanche, est irrégulière, plus déprimée et donne à la peau l'aspect grêlé (inégal) caractéristique.

2°. *Entre la scarlatine et les éruptions scarlatiniiformes.* — Ce diagnostic différentiel est souvent hésitant, en pratique surtout lorsqu'on a affaire à des scarlatines frustes. Ce diagnostic est important à faire afin d'éviter la contagion chez les autres membres de la même famille. Les érythèmes scarlatiniiformes ainsi appelés parce qu'ils ressemblent à la scarlatine sont assez souvent facilement confondus avec cette dernière (scarlatine). Ces érythèmes infectieux ou toxiques sont toujours quelque peu polymorphes; par endroits l'aspect scarlatiniiforme fait place à un aspect morbiliforme ou urticarien; la gorge et la langue sont peu ou pas atteints. Cet érythème peut être saisonnier ou solaire; il peut être produit par des médicaments tels que iodoforme, belladone, mer-

curiaux, balsamiques, antipyrine, quinine, etc. La desquamation ressemble à celle de la scarlatine. Ces érythèmes s'observent encore dans certaines maladies infectieuses telles que la grippe, la pneumonie au début (rash scarlatiniforme), la variole (rash scarlatiniforme de la période d'invasion), la fièvre typhoïde, la diphtérie. Dans la diphtérie ces érythèmes scarlatiniformes sont généralement assez tardifs, mais quand ils sont précoces il faut attendre la desquamation de la langue ou de la peau avant de se prononcer, et surtout il faut rechercher le bacille diphtérique.

Ce que l'on décrivait autrefois comme des coïncidences de scarlatine avec d'autres fièvres éruptives ou avec d'autres maladies doit aujourd'hui être considéré comme des éruptions scarlatiniformes dues à des infections secondaires dont le streptocoque est presque toujours l'agent.

Cependant il faut avouer qu'en pratique il y a des faits où l'analyse la plus minutieuse, l'observation la plus attentive ne peuvent donner une certitude, surtout depuis que l'on sait qu'il existe des scarlatines frustes sans desquamation et des angines scarlatineuses sans éruption tout aussi contagieuses que les scarlatines avec éruption intense. Dans ces cas la conduite à tenir, la meilleure, c'est de trancher la question dans le sens de la scarlatine, parce que, en cas d'erreur, le malade serait exposé aux complications les plus graves telles que angines diphtériques, otites, adénites et arthrites suppurées et surtout la néphrite des 17^e, 18^e, 19^e, 20^e ou 21^e jour, et le médecin aux responsabilités les plus lourdes.

3°. Entre la rougeole, la rubéole et les érythèmes rubéoliformes. — Les récidives de rougeole ne sont pas exceptionnelles : des auteurs recommandables en ont observé des exemples quelques semaines, quelques mois ou quelques années après une première atteinte. Mais il faut toujours admettre sans réserve (avec un grain de sel) les narrations des parents dont les enfants au-

raient eu 2 ou 3 fois la rougeole: *il est probable que la rubéole ou des roséoles de diverses natures (érythèmes rubéoliformes) entrent souvent en ligne de compte.*

La rougeole a des caractères assez évidents pour être reconnue: 3 ou 4 jours avant l'éruption il y a un catarrhe oculo-nasal et un catarrhe bronchique caractéristiques, quelquefois le 2e ou 3e jour des taches roses ou rouges avec centre blanc bleuâtre à la face interne des joues et des lèvres (Koplik), ou bien de l'érythème palatin vers le 3e jour de la période d'invasion.

Dans la *rubéole* l'invasion est très courte, de quelques heures à un jour, et passe souvent inaperçue. Il n'y a qu'un léger malaise, un peu de toux ou d'enrouement, un léger larmolement et c'est tout. L'éruption est légère, ressemble à celle de la rougeole ou à celle de la scarlatine *mais contient souvent des éléments de ces 2 formes (rougeole et scarlatine); ce qui permet de dire qu'il ne s'agit ni de la rougeole ni de la scarlatine.* Les caractères suivants la distinguent de la rougeole et de la scarlatine: la fièvre, le coryza et la toux sont peu marqués et manquent souvent, la conjonctivite et la desquamation sont légères, l'angine est fréquente mais n'a ni le piqueté de la rougeole ni la rougeur diffuse de la scarlatine. *Les deux signes différentiels vraiment caractéristiques, lorsqu'ils existent sont: l'engorgement des ganglions du cou à la région postérieure et inférieure et ceux des aisselles et des aines, aussi l'apparence morbillieuse sur une région du corps (la face par exemple) et scarlatineuse ailleurs (corps par exemple) en même temps.*

La 4e maladie (*fourth disease*) ne serait que de la rubéole scarlatineuse d'après certains auteurs français très recommandables.

Dans les érythèmes rubéoliformes ou morbilliformes infectieux ou toxiques il n'y a aucuns catarrhes oculaire nasal et bronchique.

Dr R. FORTIER

NOTES DE PRATIQUE CHIRURGICALE

L'APPAREIL PLÂTRÉ

Pourquoi voit-on trop souvent des médecins mettre sur un membre fracturé un appareil imparfait, inutile ou même nuisible tout en se donnant un mal infini pour ajuster des clisses ou pour faire fabriquer par un ouvrier plus ou moins compétent une boîte dont l'aspect rappelle celui d'un tombeau.

Pourquoi les praticiens s'embarrassent-ils de toute une série de clisses métalliques dispendieuses et compliquées.

Pourquoi plusieurs fracturés vont-ils encore trop souvent chez les rebouteurs demander le soulagement de leur mal.

Parce que le médecin néglige deux choses dans le traitement de ses fractures : l'anatomie pathologique de la lésion et l'appareil plâtré.

On peut avec un peu de plâtre improviser n'importe où et n'importe quand un appareil d'urgence, temporaire ou permanent, pour n'importe quelle fracture dont on doit assurer la contention.

Voilà le principe général. Car enfin, n'importe quel tissu un peu lâche va pouvoir tenir la bouillie plâtrée qui en se desséchant va assurer la solidité de l'appareil. Sans doute le livre nous dit de prendre de la tarlatane, mais la mousseline ou l'indienne la plus commune du plus petit des magasins va remplir le même but et à meilleur compte. Le livre encore recommande avec un luxe de détails la forme à donner à l'attelle plâtrée mais il est toujours facile de l'établir en la faisant pour qu'elle convienne au membre sain.

Faisons donc plus souvent des appareils plâtrés. En pliant et repliant plusieurs doubles de mousseline on obtient une attelle que l'on découpe de façon à ce qu'elle embrasse la moitié des

pourtours du membre et qu'elle soit assez longue pour dépasser largement les deux articulations voisines de la fracture.

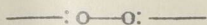
On fait alors avec de l'eau froide à laquelle on ajoute graduellement le plâtre en le mélangeant ou le défaisant avec soin une bouillie d'une certaine consistance, comme de la pâte à crêpe, ou comme de la crème.

On y plonge l'attelle que l'on a soin de bien saturer de cette crème, et pendant que cet appareil est encore humide et souple on l'applique sur le membre en l'entourant de quelques tours de bande roulée, pendant que le plâtre prend on maintient avec ses mains le membre dans la position où l'on veut qu'il soit tenu par l'appareil.

On a alors un appareil ouvert, c'est-à-dire qui ne fera jamais de compression sérieuse sur le membre et ne gênera jamais la circulation, qui n'empêchera jamais de contrôler par la vue la position des fragments; un appareil que l'on peut enlever facilement et remplacer par un autre plus convenable si les circonstances l'exigent, un appareil personnel au membre fracturé s'adaptant à sa forme et à ses contours mieux que n'importe quel appareil que l'on peut acheter.

L'appareil plâtré ouvert, la clisse plâtrée postérieure doit remplacer à jamais et dans toutes circonstances les plâtres fermés que l'on établit avec des bandages plâtrés, parce qu'il est plus facile d'application, moins dangereux pour le membre et partant pour le malade et qu'il permet l'exploration fréquente de la région malade.

P.



CONJONCTIVITE PURULENTE DES NOUVEAUX-NÉS

Cette conjonctivite est une infection causée par le gonocoque lors du passage de la tête de l'enfant dans le vagin de la mère souffrant de blennorrhagie. La maladie éclate deux ou trois jours après la naissance. Une conjonctivite purulente dont le début arrive passé les six premiers jours a de grandes chances de ne pas être blennorrhagique. Dès les premiers quarante-huit heures de la maladie les paupières deviennent rouges, œdémateuses et se laissent difficilement écarter et une sérosité rouge, sanguinolente, s'écoule avec les larmes. Les jours suivants les paupières se dégonflent un peu et une sécrétion purulente abondante fuse constamment entre les paupières.

Si le traitement n'est pas institué dès les premiers jours de la maladie il peut survenir toutes sortes de complications depuis la simple ulcération jusqu'à la perte totale de l'œil; mais il n'entre pas dans le cadre de cet article de traiter toutes ces complications, je me bornerai donc au traitement pur et simple.

Le meilleur traitement est sans contredit le traitement prophylactique. Après la naissance on DEVRAIT TOUJOURS INSTILLER DANS CHAQUE ŒIL DE L'ENFANT UNE GOUTTE DE NITRATÉ D'ARGENT A 2 p. 100, c'est le procédé de CREDE. Une fois la maladie déclarée le traitement consiste à combattre l'infection. On instillera dans chaque œil une goutte d'une solution d'Argyrol à 10, 15, ou même 20 pour cent; on répétera cette instillation toutes les deux heures ou toutes les heures ou même toutes les demi-heures suivant l'intensité de la sécrétion. On espacera les instillations de plus en plus à mesure que la suppuration deviendra moins abondante, mais elles ne seront abandonnées complètement que quelques jours après que toute suppuration aura cessé. Le pus ne doit jamais séjourner

entre les paupières et pour cela on devra faire de grands lavages à l'eau tiède qui a bouillie très souvent (tous les quarts d'heure même). Des lavages à grande eau en évitant de frotter les paupières qui sont très sensibles à la moindre irritation à cause de leur état d'infection et de la minceur de la peau chez les tout jeunes enfants.

— :00 : —

ECHOS ET NOUVELLES

—

La Société Médicale de Québec semble jouir d'un regain de vitalité qui nous a fait espérer d'importants travaux. La prochaine séance aura lieu dans un nouveau local et sur un nouveau terrain. Cette extériorisation aura pour résultat semble-t-il d'éveiller l'attention de tous les confrères et d'attirer aux séances toutes les bonnes volontés. Il faudrait arriver à faire de notre société un foyer de travail pratique et scientifique où tous viendraient reprendre contact et s'efforceraient de fournir leur part de matériel. Ce serait un excellent moyen de resserrer les liens professionnels, de retremper mutuellement nos énergies et de créer un centre producteur de travaux qui petit à petit constituerait un noyau important de haute culture médicale, sans que personne ait souffert de l'effort. C'est pour chacun de nous un devoir d'après-guerre en rapport avec les nécessités pressantes de reconstruction et de développement.

Le Congrès de la Canadian Medical Association aura définitivement lieu à Québec les 25, 26 et 27 juin 1919. On est déjà assuré dit-on d'un certain nombre de travaux importants et chacun doit faire sa très large part pour que la réunion québécoise

de l'Association soit un entier succès. Nos confrères canadiens-français devraient immédiatement s'inscrire en grand nombre et nous apporter des travaux. Toute la profession devrait se faire un devoir d'assister à cette réunion qui marque le cinquantenaire d'une association qui fut fondée à Québec et où il serait bon de voir une manifestation non équivoque de la bonne entente dont la profession médicale aura à cœur de donner l'exemple.

Comme nous pouvions le prévoir, la loi des Ostéopathes a de nouveau été rejetée par nos législateurs. Elle n'a même pas eu la bonne fortune de pénétrer jusqu'à l'Assemblée législative et l'effort a dû se borner à une tentative au comité des bills privés.

La souscription organisée par les Chevaliers de Colomb au profit de l'Hôpital Laval a dépassé toutes les espérances. Elle a déjà atteint près de cent-soixante mille dollars. Le chiffre prévu se trouve presque doublé et grâce à cette initiative et à ce geste généreux l'œuvre nouvelle se voit désormais plus sûre des lendemains et peut être confiante dans la réalisation des développements nécessaires qui ne tarderont pas à devenir urgents.

La médecine française déjà si éprouvée par la guerre et pendant la guerre par la perte de nombreux héros tombés au champ d'honneur en même temps que par les vides nombreux qui se sont produits à l'arrière pendant ces dernières années, vient encore de perdre deux de ses maîtres. Le professeur Blanchard, presque le créateur de la parasitologie en France, et en tout cas un des parasitologistes les plus connus de tous les milieux scientifiques, vient de mourir à l'âge peu avancé de 62 ans. Presqu'en même temps le docteur Morestin, chirurgien de l'Hôpital St-Louis dont la ré-

putation mondiale en chirurgie plastique n'est plus à faire, mourait également à Paris, surmené par le travail considérable qu'il dut s'imposer depuis les années de guerre dans un important service au Val-de-Grâce. Il part à cinquante ans, en pleine vigueur alors que son habileté et ses méthodes pouvaient encore donner de si brillants résultats ne fut-ce qu'aux pauvres mutilés de la patrie.