

# Le Journal de Médecine et de Chirurgie

## Montréal, Canada

Paraissant les 2<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> Samedis de chaque mois.

### SOMMAIRE

#### MEMOIRE:

- Valeur comparative des laits cru, stérilisé et homogénéisé dans l'alimentation des nourrissons. Dr Eugène Gagnon. 129
- Tuberculose externe et syphilis: diagnostic et traitement. Dr J. Privat. 134

#### PEDIATRIE:

- Les formes malignes de la diphtérie. — Les porteurs de bacilles diphtériques. — A propos du traitement sérothérapique des paralysies diphtériques. 136

#### NOTES EDITORIALES:

- Feu de Dr J. B. A. Lamarche. — Promotion. 139
- Société Médicale de Montréal. 140

#### NOTES THERAPEUTIQUES:

- Traitement du furoncle du conduit auditif. — Le baume du Pérou. 144

#### A NOS LECTEURS ET ANNONCEURS

Malgré les représentations intentionnellement malveillantes de parties intéressées, la Direction du JOURNAL DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE tient à affirmer qu'elle n'a jamais eu l'intention de discontinuer la publication du journal:

Tout au contraire.

En vogue depuis nombre d'années

## Liquor Sedans

Chaque once liquide renferme: senellier 60 grains, hydrastine, équivalent à 30 gouttes d'extrait liquide d'hydrastis, cornouiller de la Jamaïque 30 grains, en combinaison avec des substances aromatiques.

Sédatif et anodin utéro-ovarien de qualité supérieure. Dans le traitement de la dysménorrhée fonctionnelle, de la ménorrhagie, de l'irritabilité ovarienne et de la menstruation irrégulière, LIQUOR SEDANS a été prescrite avec un succès signalé dans plusieurs milliers de cas.

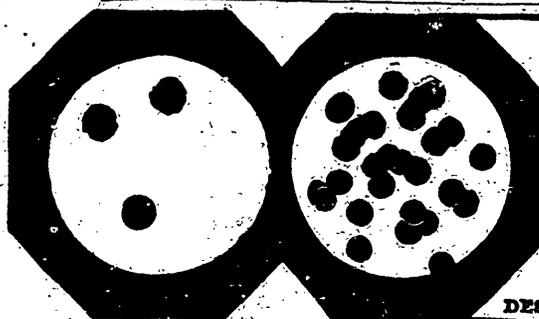
LIQUOR SEDANS Rx. 2 (Sans sucre) a la même formule que le LIQUOR SEDANS sauf l'exception mentionnée.

LIQUOR SEDANS AVEC CASCARA a la même composition que le LIQUOR SEDANS, sauf que chaque once liquide renferme 4<sup>0</sup> gouttes de cascara sagrada.

**Parke, Davis & Co.**

Walkerville, Ont.

Montréal, Que.



**HÉMOGLOBINE  
DESCHIENS**

**OXYDASES, FER VITALISÉ**

ANÉMIE, TUBERCULOSE  
NEURASTHÉNIE, CHLOROSE

Remplace la viande crue

Siróp. 1 cuill. à soupe à chaque repas.  
Vin, Granulé, Dragées (47).

DESCHIENS, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS et Ph<sup>ie</sup>.

Seuls Agents pour le Canada ROUGIER et FRÈRES (Agences Decary-Rougier) 63 Notre-Dame Est, Montréal.

## A nos Lecteurs et Annonceurs.

**Malgré les représentations intentionnellement malveillantes de parties intéressées, la Direction du JOURNAL DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE tient à affirmer qu'elle n'a jamais eu l'intention de discontinuer la publication du journal :**

**Tout au contraire.**

## Valeur comparative

Des laits cru, stérilisé et homogénéisé dans l'alimentation des nourrissons (1)

**Par le Dr Eugène Gagnon**

Prof. agrégé à l'Université Laval

A l'une de nos dernières séances de la société médicale, lorsque M. Marien rappelait les travaux si intéressants accomplis par la commission du bon lait, il m'est venu à l'idée que de nouvelles excursions dans ce domaine si important de l'alimentation des nourrissons ne serait pas sans intérêt. Cette conviction s'est affirmée davantage, à la suite de certaines recherches qui m'ont obligé à compiler les rapports si instructifs des congrès des Gouttes de Paris et de Bruxelles tenus respectivement en 1905 et 1907, et dont les conclusions tendaient à bouleverser complètement certaines opinions qui m'étaient restées sur la valeur comparative des laits crus et des laits stérilisés.

N'ayant pas lu, depuis quelques temps, de travaux spéciaux sur ce sujet, dominé du reste par les retentissantes communications qui ont suivi la découverte des enzymes ou ferments solubles du lait, mon esprit était demeuré sous l'impression, que le meilleur substitut pour le lait maternel était le lait cru provenant de vaches saines et produit dans toutes les conditions d'asepsie désirables pour en faire un lait absolument stérile. Cependant tel ne paraît pas maintenant devoir être l'idéal qu'il faille poursuivre. Le lait cru — lait vivant — a encore ses défenseurs. Il est vrai que tous les jours ils se font plus rares, succombant les uns après les autres à la tâche si ardue de défendre une cause

de plus en plus désespérée. Lors du Congrès des Gouttes de lait de Bruxelles en 1907, le Dr Henri Tréhoulet, bien connu de plusieurs d'entre vous, s'est chargé de faire une mise au point sur ce sujet. La grande autorité de sa parole ne saurait manquer de vous convaincre. Vous me jerez donc de citer quelques considérations générales tirées de son rapport :

"Au reçu de la proposition que me fit notre très distingué secrétaire général de rédiger un rapport sur l'emploi du lait cru je fus d'abord séduit par le caractère de simplicité du projet.

"Réunissant en ma mémoire un certain nombre de communications récentes sur l'étude chimique et biologique du lait, des faits cliniques très probants en faveur de l'élevage des nourrissons de tous les âges, sachant à quel degré de perfection parvient depuis ces toutes dernières années du lait de la production du lait pur, j'envisageai cette question du lait cru comme assez élucidée pour me fournir les matériaux d'un rapport facile, succinct et tout à fait démonstratif." Après avoir fait l'historique de la question, avoir cité l'opinion de Marfan qui voudrait que l'on puisse ajouter au lait stérilisé des zymozes du lait de femme il passe en revue les conditions d'asepsie essentielles pour obtenir un bon lait cru " tout sera stérilisé sauf le lait". Il rappelle les qualités physiques et histochimiques du lait de différents animaux, et aborde la partie expérimentale et clinique en ces termes : "je ne réprendrai pas la série des débats dont les termes vous sont bien connus, et il ne s'agit pas d'affirmer que le lait cru, lait vivant, doit être considéré supérieur au lait stérilisé dans l'alimentation des nourrissons, que le lait cru est le seul véritablement physiologique, etc., car expérimentalement on n'a pas encore pu prouver que le lait stérilisé, lait mort, (pensez ses adversaires?) ne puisse fort bien faire vivre physiologiquement." Souvenons-nous des déclarations de Duclaux à savoir que scientifiquement le lait même stérilisé est encore du lait. Bendix et Rodet ont eu d'aussi bons résultats en élevant des jeunes chiens les uns au lait cru les autres au lait bouilli.

L'observation clinique qui seule peut trancher le débat ne lui a pas fourni un total de faits assez imposants pour entraîner la conviction car exception faite pour quelques rares recherches d'ensemble, l'allaitement artificiel par le lait cru est resté dans le domaine de l'empirisme. Cet emploi est le plus souvent intermittent et même un peu capricieux de sorte que si l'emploi du lait bouilli ou stérilisé peut se régler selon des indications d'allures scientifiques, l'allaitement au lait cru reste une sorte d'art. C'est matière de flair, d'à peu près, et comme tel cet allaitement ne peut apparaître dans l'alimentation du nouveau-né que comme moyen d'exception chez de rares sujets et d'une façon transitoire au cours d'un allaitement ordinaire. Suivent ensuite ses conclusions en se basant sur les faits suivants : 1o. Pas d'observations d'enfants élevés au seul lait cru durant la première année. 2o. Résultats presque toujours fâcheux (gastro entérite atarapsie) quand le lait cru a été employé avant le troisième mois. 3o. Avoir recueilli dans les campagnes des résultats assez satisfaisants à partir de 4 mois en dehors de la saison d'été, et d'autant

(1) Travail présenté à la Société Médicale de Montréal, le 5 avril 1910.

meilleur que le lait cru est commencé chez des enfants plus âgés, mais avoir reconnu que dans la ville le lait cru ne convient guère qu'après six mois". Aussi tout en lui conservant ses indications bien spéciales dans certains cas particuliers, erythèmes papuleux, visculeux, strophulus, lichen, eczéma, impétigo, dans lesquels le lait cru peut parfois donner des résultats avantageux surprenants, tout en tenant compte aussi de certains idiosyncrasies qui font qu'un appareil digestif peut s'accommoder du lait cru alors qu'il est réfractaire à tout autre aliment, il paraît certain qu'on ne saurait en faire une nourriture parfaite pour tous les nourrissons. En vain on ajoutera au produit tout ce que peut le parfaire, d'humaniser, il restera possible que l'influence animale soit défavorable au plus grand nombre de nos petits, et M. Triboulet ajoute: "atténué dans les laits bouillis ou stérilisés, cette influence fâcheuse qui persiste dans les laits non cuits, me semble être la raison principale, en dehors des conditions économiques, de l'infériorité des laits crus pour les usages de la pratique courante. Comme conclusion générale à son rapport, nous trouvons: "L'allaitement par le lait stérilisé est un mode de nutrition précis presque réglable scientifiquement; l'allaitement artificiel exclusif, par le lait cru animal est plutôt une médication qu'une alimentation, est plutôt un art qu'une méthode, et comme tel, soumis à tout l'imprévu des prédispositions individuelles.

Si Monsieur Triboulet a cru devoir donner une appréciation aussi sévère sur le lait non bouilli, produit avec toutes les garanties d'aseptie imaginable, que faut-il penser du lait cru de la consommation courante. A cet effet, l'appréciation du Dr Dumont, fondateur de l'Oeuvre du bon lait à Louvain, ne saurait manquer de vous intéresser: "Quand on réfléchit, dit-il, aux conditions spéciales d'origine, de traite, de débit, dans lesquelles il doit se trouver pour pouvoir être donné sans danger aux enfants, il est bien juste que d'une façon générale on ne se croit pas autorisé à le recommander. On frémirait d'horreur, dit Vallin, à la pensée de boire de l'eau dans laquelle un vacher vient de se laver les mains; mais le lait couvre tout de sa blancheur perfide et nous buvons de confiance, parfois avec délices, le lait chaud encore du pis qui l'a fourni. Et monsieur Dumont ajoute: "l'administration du lait cru aux nourrissons demande chez les parents une intelligence avisée et un luxe de précautions et de logement que la plupart d'entre eux ne peuvent réaliser. Il s'agira donc avant de donner le lait aux enfants de détruire ou du moins annihiler ses effets nocifs."

Brouardel lui-même a écrit: Il est faux de dire que le danger du lait cru soit minime. Pour bien comprendre les dangers qu'on nous signale dans le lait cru, il convient de nous arrêter un instant et d'examiner quels sont les éléments utiles du lait et quels sont ceux qui, s'ils s'y trouvent, peuvent être nuisibles. Le lait comprend des matières azotées sous forme de caséine et de lactalbumine qui servent à produire nos tissus; 2 matières calorifiques, lactose et beurre, en outre le sérum qui sert à diluer ces éléments, contient en solution des sels inorganiques sous forme de

chlorure, de phosphates, et de citrate alcalins indispensables à la formation du sang et des os; de plus sous forme de zymases, oxydases et diastases oxydantes, un certain nombre de ferments organiques non figurés adaptés aux besoins du nouvel être. Ces sécrétions dit Marfan, sont des régulateurs des actes nutritifs identiques à ceux que l'organisme élabore au sein des tissus et destinés à suppléer à l'insuffisance de sécrétions du nouveau-né. La proportion de ces différents éléments, varie considérablement dans le lait de vache comparé au lait de femme comme on peut s'en rendre compte

	Beurre	Sucre	Matière azotée	Sels	Extrait sec
Lait de femme...	3.5	6.25	1.75	0.3	11.8
Lait de vache...	3.3	4.8	1.75	0.7	12.3

A côté de ces éléments qui donnent au lait ses qualités nutritives, il en existe d'autres qui peuvent le rendre nuisible: Ce sont les micro organismes qu'on retrouve dans le lait. Ces microbes sont de deux sortes pathogènes et saprophytes. Les microbes pathogènes retrouvés dans le lait peuvent venir directement de la vache: Tuberculose, charbon, fièvre aphteuse; ou bien y être introduits indirectement par les trayeurs, le séjour dans des endroits infectés, par des récipients malpropres et l'eau qui a servi à les rincer. De sorte que le lait peut ainsi servir de véhicule à la fièvre typhoïde, la diphtérie, la scarlatine, la pneumonie, le choléra et même la peste et la rage. (Dumont).

Pour ce qui concerne les diarrhées infantiles, notamment, les travaux de Lesage Hutinel, Marfan démontrent qu'elles sont dues, la plupart du moins, à l'ingestion du colibacille avec du lait cru ou insuffisamment stérilisé. Les microbes saprophytes du lait sont destinés à remplir dans le lait, comme dans tous corps privés de vie, leur office de décomposition et de restituer au monde minéral les matières organiques du lait. Ces microbes saprogènes s'attaquent les uns au lactose et les autres à la caséine.

Ceux qui s'attaquent au sucre, bacillus acide lactis, le transforment en acide lactique qui est ensuite transformé en acide butyrique par les bacillus butyriques de Pasteur. D'un autre côté, ces ferments, transformant le milieu alcalin du lait en milieu acide favorisent le développement du bactérium coli. Il est donc très important de se rendre compte de l'acidité du lait, et de rejeter tout produit dont le degré d'acidité dépasse 21 degrés à l'acidimètre. Le second groupe de microbes saprogènes s'attaque à la caséine qu'ils transforment en produits ammoniacaux et en acide très irritante pour l'intestin. La prolifération de ces agents microbiens se fait avec une rapidité considérable si les conditions de température sont favorables. Ainsi M. Miquel a pu constater que deux heures après une traite faite dans des conditions convenables le lait contenait 9,000 bactéries par centimètre cube. Après 15 hrs, à une température de 15 degrés on en a trouvé 100,000. Durant le même temps mais à 25 degrés, 72 millions à 35 degrés. A mesure qu'on s'éloigne, en la diminuant ou en l'augmentant, de cette température de 35 degrés on entrave la prolifération des microbes ou bien on les détruit complètement.

Il est reconnu que tous les microbes pathogènes sont

détruits à une température de 60 à 70 degrés mais les spores sont beaucoup plus résistantes et ils ne sont détruits qu'à une température de 110 degrés suffisamment prolongée.

Le ferment lactique est détruit à 9 degrés, celui de la caséine résiste jusqu'à 190 degrés. La caséine elle-même est altérée à 75 degrés; à 80 degrés les enzymes ou ferments solubles sont détruits, et au delà de 100 degrés il y a précipitation des phosphates calciques qui du reste se dissolvent de nouveau après refroidissement.

Ces notions bactériologiques établies il est facile de comprendre que depuis longtemps l'on a cherché à obvier aux inconvénients du lait contaminé, en le soumettant à l'action de la chaleur. A cet effet il existe trois méthodes principales: l'ébullition, la stérilisation et la pasteurisation à 80 degrés. De ces méthodes une seule est réellement efficace et c'est la stérilisation à l'autoclave sous pression à une température de 110 degrés centigrades. Les autres moyens ont bien la propriété de détruire les microbes mais ils n'attaquent pas les spores qui rendront le lait bientôt aussi dangereux qu'avant. Ils n'auraient d'avantages que s'ils permettaient de conserver les enzymes du lait et nous avons vu que ces enzymes sont détruits à 80 degrés.

D'un autre côté on ne saurait les conseiller à moins que l'opération se fasse immédiatement après la traite et que le lait puisse être conservé sur la glace ou dans un endroit très frais. Or il ne faut pas perdre de vue que la plupart du temps, cette précaution n'est pas prise, soit par négligence soit par manque d'accommodation, de sorte que dans bien des cas, 12 heures après l'opération ce lait ne saurait être donné sans danger aux nourrissons. (Dumont).

Il reste maintenant la stérilisation et spécialement la stérilisation industrielle, au lieu de production, contre laquelle on ne saurait maintenir que peu d'objections et qui offre bien des avantages. Les partisans du lait cru sentant le terrain glisser sous leurs pieds ont fait des efforts inouïs pour empêcher le lait stérilisé de détrôner leur produit; ils l'ont accusé de tous les méfaits, ils ont trouvé à son emploi une foule d'objections qui peuvent se résumer dans les points suivants:

10. Profitant du fait que quelques bouteilles avaient été imparfaitement stérilisées, soit par erreur dans la technique ou bouchage défectueux M. Boissard en conclut que ce n'est pas du bon lait parcequ'il contient encore des microbes et s'acidifie rapidement.

20. On accuse la stérilisation de changer la saveur et la composition chimique du lait, (caséine, lactose, beurre et sels) qui de ce fait deviendrait plus indigeste. M. Ausset a découvert que les lecithines sont altérées, une partie de la caséine précipitée de même que les phosphates.

30. La stérilisation diminue la quantité de citrates alcalins et par conséquent retarderait la coagulation du lait.

40. Les ferments solubles ou zymases, sont détruits.

50. La stérilisation est impuissante à détruire les toxines existantes; M. Chauvenet prétend que les toxines secrétées par le bacille de Vaughan et par celui du choléra ne sont nullement modifiées par la stérilisation; celles produites par les bacilles d'Elberth, de Koch, de Loeffler, le sta-

phylocoque et le bacillum coli seraient rendues toutoument moins toxiques.

60. Enfin on l'a accusé d'engendrer le rachitisme et la maladie de Barlow.

A la première objection à savoir que le lait ne se conserve pas on peut opposer le témoignage concluant du Dr Charcot qui s'était approvisionné de lait stérilisé pour son expédition Antarctique, sans que ce produit ait subi la moindre altération durant son séjour prolongé de deux ans, à toutes les températures et sous tous les climats. M. Dumont affirme que mis à l'étau à 37 degrés non seulement il ne caille pas mais lesensemencements restent stériles.

La deuxième objection portant sur le goût du lait a peu d'importance pour le jeune nourrisson dont le sens du goût est peu développé. On avait prétendu que ce goût spécial était dû à la transformation du lactose. M. Duchaux a fait justice de cette accusation, en prouvant que la quantité de lactose en nature n'était pas diminuée.

D'autre part les analyses chimiques tendent à prouver que la quantité des phosphates terreux et de la caséine est légèrement diminuée ce qui bien loin d'être un inconvénient serait plutôt un avantage puisque ces éléments sont en excès dans le lait de vaches.

Quant à la diminution des citrates alcalins la chose n'est rien moins que prouvée. Des analyses minutieuses très récentes publiées dans la thèse du Dr Jacot Lacoursière en janvier 1910 établissent hors de tout doute, qu'il n'en est rien.

Quant à la destruction des ferments solubles ou zymases, tout le monde semble d'accord aujourd'hui pour admettre qu'il vaut mieux administrer un lait qui en est dépourvu, plutôt que d'exposer les nourrissons aux dangers multiples du lait cru.

M. Marfan et M. Ide sont d'avis que les ferments solubles du lait se retrouvent dans l'intestin et qu'ils peuvent suppléer ceux qui ont été détruits par la stérilisation.

Au reste M. Miché, en faisant une étude comparative de l'action des ferments digestifs sur les matières albuminoïdes du lait cru et du lait stérilisé, a montré les avantages de ce dernier. Il conclut également que la stérilisation bien loin de rendre le lait indigeste, augmente au contraire sa digestibilité.

Quoi de plus probant d'ailleurs à ce point de vue que les faits cliniques. Bendix, de Berlin, analysant les résidus fécaux des nourrissons élevés au lait stérilisé a montré par des exemples très sérieux la parfaite assimilation de principes quaternaires et des matières grasses chez ces enfants. Cette opinion est confirmée par M. Koplick, de New-York. M. Drapier arrive aux mêmes résultats analytiques et fait remarquer que les selles de ces nourrissons n'accusaient pas cette odeur fétide spéciale, propre aux fermentations intestinales.

Enfin Messieurs Weber, Budin, Comby, Pinard, Maygrier, Lazard, Variot, après plusieurs années d'emploi, déclarent que les nourrissons supportent très bien le lait stérilisé, qu'ils le digèrent parfaitement et gagnent en poids aussi bien qu'avec les autres laits. Nous pourrions accu-

muler des preuves et citer les superbes résultats obtenus chez beaucoup d'enfants atrophiques et atrophiques à la goutte de lait de Louvain, à celle d'Elboeuf, à celle de Belleville où Variot, après avoir fait distribuer au delà de 600,000 litres de lait stérilisé, se croit en état de déclarer que le lait stérilisé a conservé toute sa valeur alimentaire. A Rouen le Dr Brunon a guéri 1500 cas d'entérite par son emploi, résultat qu'il attribue à l'asepsie et à la diminution de la caséine.

Devant l'unanimité de ces témoignages on est en droit de conclure avec M. Duclaux que si l'emploi du lait stérilisé présente des inconvénients, ceux-ci sont très légers et amplement compensés par ses avantages; et que s'il réunit une pareille unanimité de suffrages, c'est qu'il donne de bons résultats.

La stérilisation à domicile peut être recommandée à la rigueur aux personnes très soigneuses, et lorsqu'on est absolument sûr de la provenance du lait. Cette stérilisation à domicile ne présente aucun avantage sur la stérilisation industrielle et offre les inconvénients d'utiliser souvent un lait trop vieux écémé, mouillé, sophistiqué, modifié. Aussi veut-il mieux lui substituer le lait stérilisé industriellement au lieu de production par des maisons soigneuses et intéressées à fournir un produit aussi irréprochable que possible.

Cependant, la stérilisation sous pression présente un inconvénient sérieux. Sous l'influence des hautes températures, la mince couche azotée qui recouvre les globules gras du lait et en assure l'émulsion, se brise et un grand nombre de ces globules peuvent s'agglomérer et former à la surface des magmas de substance grasse inutilisable, ce qui donne au lait stérilisé un aspect peu recommandable qui le fait souvent rejeter comme impropre à la consommation. C'est pour obvier à ces inconvénients que Gaulin a eu l'idée d'homogénéiser le lait.

"L'Homogénéisation ou fixation du lait dit le Dr Chevallier est une simple opération mécanique qui consiste à émulsionner la matière grasse de ce liquide de façon à détruire la force ascensionnelle des globules gras qu'il renferme et d'empêcher leur réunion c'est à dire la formation de la crème."

"Le lait est en effet, constitué par une émulsion de globules gras transparents, d'un diamètre variant de 1-100 à 1-1000 de millimètre, dans un sérum visqueux constitué par une solution colloïdale de caséine et de sels minéraux. On sait que le lait obéit aux lois de stabilité, dont l'étude des phénomènes capillaires permet d'établir l'existence. Ce sont ces phénomènes capillaires qui donnent aux globules leur forme sphérique et qui fixent sur eux, par suite d'une attraction moléculaire, une mince couche de matière azotée inorganisée. Ce sont également eux qui communiquent à la surface de ces sphères une force élastique et rétractile qui les oblige, tant que le liquide est à l'état de repos, ou soumis seulement à une agitation modérée, à rebondir les uns sur les autres sans se fusionner. De plus le sérum dans lequel ils sont en suspension présente une certaine viscosité et crée ainsi encore un obstacle à leur réunion.

Comme l'a montré Lindet, les constantes capillaires de ce sérum sont, pour ainsi dire, celles de la matière grasse du lait, et on voit ainsi se produire une réunion de conditions excellentes pour que l'émulsion puisse être maintenue pendant un certain temps, mais non d'une façon définitive. La légèreté relative des globules gras par rapport au sérum dans lequel ils sont émulsionnés, leur permet, en effet, de remonter à la surface au bout d'un certain temps, en donnant naissance à la Crème."

"Dans cette crème ainsi obtenue, les globules gras restent encore émulsionnés, séparés les uns des autres par du sérum, mais lorsqu'on chauffe le lait, les globules gras subissent une transformation partielle et lorsque la crème est montée un certain nombre d'entre eux se fusionnent et forment à la surface du lait un magma butyreux qui ne peut plus être émulsionné à nouveau. La matière grasse du lait ainsi modifiée s'oxyde beaucoup plus facilement et prend une odeur de suif et un goût spécial qui fait rejeter le lait de la consommation."

C'est pour obvier à cet inconvénient des laits stérilisés industriels que Gaulin a préconisé l'homogénéisation du lait pour priver autant que possible les globules gras de leur force ascensionnelle et empêcher ainsi la montée de la crème.

Règle générale il faut se défier d'un lait qui contient plus de 18 à 20 degrés d'acidité car l'augmentation de l'acidité est toujours l'indice d'une transformation du lactose et de la caséine.

L'un des principaux défauts du lait homogénéisé dit le Dr Chevallier c'est son altérabilité plus facile. C'est aussi son principal avantage puisque pour cette raison il est plus facilement attaqué par les sucs digestifs. En effet sous l'influence de la présure ou de l'acide chlorhydrique, ressemblant en cela au lait de femme, le coagulum qui se produit est poreux et friable facilement perméable aux sucs digestifs, totalement différent du caillot compact et homogène obtenu dans les mêmes conditions avec les autres laits frais et stérilisés.

Le Dr Variot après avoir administré méthodiquement le lait homogénéisé à plus de 200 nourrissons d'âges divers, normaux ou atrophiques à la suite de trouble gastri intestinaux plus ou moins prolongés croit devoir conclure (Page 345 de son traité de médecine infantile qui vient de paraître, que l'homogénéisation du lait produisant d'une part une véritable émulsion de la matière grasse, d'autre part modifiant les conditions de coagulation de la caséine qui forme un mélange intime et spécial avec le beurre très finement pulvérisé, cette homogénéisation dit-il doit vraisemblablement avoir une influence considérable sur la digestibilité du lait, aussi le recommande-t-il d'une manière toute spéciale pour les nouveaux nés, les débiles qui présentent des troubles intestinaux avec les autres laits, car, affirme-t-il, le plus souvent en quelques jours nous avons vu les vomissements disparaître, les selles reprendre une consistance et une coloration normales et l'accroissement pondéral suivre son cours habituel. Plusieurs enfants qui rejetaient avec persistance le lait de leur mère supportaient et digéraient bien le lait homogénéisé. D'autre part des analyses chimiques de fèces pratiquées par le Dr Chevallier démon-

# PANOPEPTON

Source de données Scientifiques et Cliniques

**PANOPEPTON** est avant tout une nourriture pour les malades. Il s'emploie dans les "états de santé" très différents de ceux où les nourritures ordinaires trouvent leur indication, et par conséquent doit être jugé d'après les données cliniques et chimiques qu'il fournit.

**Panopepton** est d'une composition constante, d'une qualité uniforme, et possède un rapport exact entre sa protéine et ses hydrates de carbone, ce qui donne une valeur scientifique importante aux observations cliniques de ses effets.

C'est un fait que le **Panopepton** est toléré alors que toute autre forme de nourriture est rejetée, qu'il ranime aux moments critiques, qu'il a une valeur spéciale comme conservateur d'énergie et stimulant vivifiant.

En somme, à considérer ce qu'il est et ce qu'il accomplit pour le patient, les résultats cliniques du **Panopepton** offre des données aussi scientifiques et significatives que celles que l'on obtient par la combustion d'aliments dans le "Creuset" du laboratoire, ou par la calorimétrie, en évaluant la quantité de nourriture utilisée dans l'économie.

Fairchild Bros & Foster  
NEW YORK

Agents pour le Canada  
Holden & Compagnie, Montreal

Ne se vendent pas au Détail.

*Panopepton* INALTERABLES CHLOROSE ASSIMILABLES  
PILULES SIROP  
ANÉMIE BLANCARD LEUCORRÉE  
EXIGER : Signature, Étiquette verte, Cachet de garantie et Adresse.  
PARIS, Rue Bonaparte, 40.  
IODE SCROFULE FER  
Refuser les Similaires inefficaces. Refuser les Imitations dangereuses.

Le plus Puissant Reconstituant général

# HISTOGENOL

# Naline

(Médication Arsenio-Phosphorée à base de Nucléorhine).

Indications de la Médication Arsenicale et Phosphorée organique:

TUBERCULOSE, BRONCHITES LYMPHATISME, SCROFULE

ANÉMIE, NEURASTHÉNIE, ASTHME, DIABÈTE, AFFECTIONS CUTANÉES FAIBLESSE GÉNÉRALE, CONVALESCENCES DIFFICILES, etc.

FORMES : Elixir, Emulsion, Granulé, Comprimés, Ampoules.

Echantillons: S'adr. Laboratoires A. NALINE, P<sup>o</sup> 1 Villeneuve-la-Garenne, près St-Denis (Seine)

Seuls agents pour le Canada, ROUGIER FRÈRES, agence Décarv-Rougier  
63 Notre-Dame Est, Montréal.

**AFFECTIONS HÉPATIQUES**

Congestions et Troubles fonctionnels du Foie

Coliques hépatiques

Ictère

**GRANULES TITRÉS de  
BOLDINE HOUDÉ**Cachexie  
d'origine paludéenne  
et consécutive au long  
séjour dans les pays chauds.POSOLOGIE : Chaque granule est rigoureusement titré à 1 milligr.  
DOSE : 6 à 8 Granules par jour.

DÉPÔT : A. HOUDÉ, 29, Rue Albouy, PARIS. — DÉTAIL : Dans toutes les bonnes Pharmacies.

**BOLDOINE ÉPARVIER**NOUVEAU SPÉCIFIQUE DES AFFECTIONS  
DU Foie, DES Reins, DE l'Estomac

Granulée — Non Alcoolique — Soluble

ATONIE DES ORGANES DIGESTIFS, DYSPEPSIES

STIMULANT TONIQUE GÉNÉRAL, SANS ACTION SUR LE CŒUR

Contient tous les Principes du **Boldo Frais**, y compris LA PARTIE AROMATIQUE

DOSE : DEUX À QUATRE CUILLÉRÉES À CAFÉ PAR JOUR, À LA FIN DE CHAQUE REPAS

**PILULES ÉPARVIER (CASCARA ÉPARVIER)**

Prescrites avec un succès constant par le Corps Médical depuis plus de vingt ans dans tous les cas de

**CONSTIPATION** — Atonie intestinale — Hémorroïdes — Jaunisse — Grossesse — Allaitement.

Pas de Congestion, pas de Coliques, pas de Diarrhée, pas d'Accoutumance.

DOSE : UNE PILULE chaque soir au repas.

ÉCHANTILLONS GRATUITS

DE CES PRODUITS SUR  
DEMANDE adressée à la

PHARMACIE DECARY

1688 RUE STE-CATHERINE  
A MONTREAL.**AFFECTIONS DE LA GORGE**

Laryngites, Pharyngites, Amygdalites

Angines, Diphtérie

Toux nerveuses

Picotements

**PASTILLES HOUDÉ**  
à la **STOVAYNE**

POSOLOGIE :

Chaque Pastille

renferme exactement

3 milligrammes de principe actif.

DOSE : 6 à 12 par jour suivant l'âge,  
à prendre consécutivement.

DÉPÔT : A. HOUDÉ, 9, Rue Dieu, PARIS. DÉTAIL : Dans toutes les bonnes Pharmacies.

**HAEMATOGEN "ROLAND"**

N'a pas d'égal comme nutritif et reconstituant pour enfants et adultes

Parmi les nombreux méde-  
caments pour l'Anémie, la Débilité  
Nerveuse, la Lassitude, etc.**31,56 p.c. Héamoglobine-Albumen**Rien autre que L'HAEMOGLOBINE  
pure et non-diluée qui contient les  
propriétés actives médicinales du fer,  
du phosphore, et du soufre, en combi-  
naison naturelle organique, renforce et  
stimule.

ANALYSE : 25 Octobre 1904.

HAEMATOGEN Marque "ROLAND" contient : 40,56 p.c.  
d'extrait, 5,05 p.c. Nitrogène, 31,56 p.c. Albumen, 9,00 p.c.  
Extrait moins Albumen.

(Signé) Dr. ALEX, analyste certifié.

DIRECTIONS :

ENFANTS : 1 à 2 cuillérées à thé, selon l'âge, trois fois par jour.  
ADULTES : Une cuillérée à table trois fois par jour. A  
prendre après les principaux repas dans de l'eau froide, du  
cocoa ou du vin.

trent que chez le même enfant toutes choses égales d'ailleurs, l'absorption des substances constitutives du lait homogénéisé est plus complète que pour le lait simplement stérilisé. Ces conclusions sont extraites d'une communication que Variot faisait en 1907 au Congrès des Gouttes de lait de Bruxelles et dans son traité de médecine infantile il dit que depuis 1907 il a continué d'être satisfait du lait homogénéisé de même qu'un grand nombre de médecins qui tant à Paris que dans le reste de la France ont vu et rapporté les bons effets de ce lait chez les débiles et les atrophiques.

En face de cette opinion si tranchée de Variot en 1907, il est intéressant de mettre celle qu'il énonçait en 1905 sur le même sujet au congrès des Gouttes de lait de Paris et que nous trouvons relatée à la page 43 du rapport de ce congrès: "En France, disait-il, nous modifions peu les laits destinés à l'allaitement; il nous a paru que les manœuvres compliquées, la centrifugation, l'homogénéisation, l'addition de substances chimiques, etc., avaient plus d'inconvénients que d'avantages et nuisaient souvent à la valeur alibile du lait."

"La stérilisation par la chaleur a paru la seule modification vraiment inoffensive". Si à cette époque on le trouve aussi prévenu contre l'homogénéisation, c'est que, à ce moment, l'imperfection de l'outillage n'avait permis de produire qu'un lait de qualité inférieure dont la marque est maintenant disparue du marché et que l'on avait accusé d'être scorbutigène. Depuis, Gaulin a perfectionné ses appareils, la technique opératoire a été modifiée et l'on est arrivé à produire à l'usine Lepelletier ce lait homogénéisé à peu près parfait qui a servi de base aux expériences relatées en 1907. Le cadre de ce travail ne me permet pas d'entrer dans de bien longues considérations au sujet des reproches qu'on a fait aux laits stérilisés et homogénéisés de produire le rachitisme et d'engendrer la maladie de Barlow.

Ceux qui ont prétendu que le lait stérilisé engendrait le rachitisme se basaient sur l'idée préconçue, mais nullement prouvée que ce lait est indigeste. Nous savons maintenant ce qu'il faut penser de cette affirmation. M. Vieubled dans son travail "Laits stérilisés et Rachitisme" donne un grand nombre d'observations d'enfants élevés au sein et au lait stérilisé, qui tous avaient le caractère commun d'être rachitiques et il démontre que pour les uns comme pour les autres, ce sont les fautes d'alimentation et non le mode d'élevage qu'il faut incriminer. M. Variot prétend que le lait stérilisé contenant 4 pour cent de phosphates terreux assimilables, en solution dans un liquide organisé, il ne saurait y avoir de meilleur remède contre cette maladie; aussi conclue-t-il, en voyant un enfant rachitique il ne faudra pas dire c'est un enfant élevé au lait stérilisé, mais il sera plus juste d'affirmer: c'est un enfant mal élevé au biberon (Dumont).

Quant à la maladie de Barlow, M. Variot après avoir distribué 500,000 litres de lait à sa goutte de lait de Belleville, se croit en état d'émettre l'opinion que le lait stérilisé n'est pas scorbutique puisqu'il n'a jamais rencontré un seul cas de scorbut attribuable à ce lait. Il signale aussi un cas léger de scorbut infantile chez un enfant de neuf mois

qui à l'âge de deux mois présentait un état atrophique grave. Complètement restauré après sept mois de suralimentation au lait homogénéisé il présenta certains signes de maladie de Barlow qui cédèrent rapidement à l'administration du jus d'oranges et de pommes de terre, et sous forme de conclusion il ajoute: "Etant donné les avantages incontestables du lait qui a subi l'homogénéisation chez les nouveaux-nés, les débiles, les atrophiques, les rachitiques, il serait illogique de renoncer à son emploi à cause des risques minimes d'une maladie généralement légère et d'ailleurs évitable." Messieurs, tous les détails qui précèdent sont basés sur des travaux faits à l'étranger car jusqu'à ces derniers temps nous n'avons pas été à même d'orienter nos recherches dans cette direction, faute d'un produit à expérimenter. Aussi je crois de mon devoir de signaler à l'attention des membres de la Profession médicale le fait que La Cie Canadienne des Produits Agricoles Limitée dont l'usine est située à Lacelle a fait l'acquisition d'une installation complète pour fabriquer du lait homogénéisé et stérilisé d'après le procédé Gaulin. Ce lait est actuellement sur le marché sous le nom de lait "Laurentia". Depuis le mois de janvier dernier, après m'être laissé convaincre de l'excellence de ses procédés de fabrication lors d'une visite aux usines, j'ai eu l'occasion de le prescrire assez souvent dans ma clientèle avec des résultats généralement favorables. J'aurais voulu dans tous les cas pouvoir contrôler par des pesées hebdomadaires les résultats obtenus, malheureusement au cours de la saison rigoureuse il est bien difficile d'assujettir les mères à une telle régularité, et les pesages ont été rien moins que réguliers.

Deux cas cependant méritent d'attirer notre attention; l'un Maurice G., né le 14 mai 1909, poids 7 lbs. à la naissance. Après quelques semaines, l'allaitement maternel fait place à l'allaitement artificiel. Malgré nos conseils cette alimentation est déréglée, les biberons sont trop abondants, l'enfant crie beaucoup tout en présentant une croissance exagérée. Avec septembre apparaissent les troubles gastro-intestinaux graves, selles diarrhéiques, vertes, fétides, parsemées de grumeaux; et le 12 décembre attaque aiguë de poliomyélite infantile. A partir de ce moment l'état gastro-intestinal reste mauvais malgré une direction plus rationnelle de l'alimentation. Les selles demeurent vertes, abondantes, glaireuses, et souvent fétides. Le 15 décembre à l'âge de sept mois, on commence l'alimentation au lait Laurentia. Presqu'immédiatement les selles deviennent normales mais ce n'est que le 20 janvier 1910 que je parviens à enregistrer son poids qui était 11.6. L'enfant présentait tous les caractères d'une atrophie pondérale considérable pour ne pas dire d'athypsie. Pesé de nouveau le 28 janvier il avait augmenté de 9 onces soit au-delà de 30 grammes par jour. Entre cette dernière date et le 4 avril impossible d'enregistrer le poids (bronchite du bébé. Maladie de la mère.) A ce moment poids 14.12 soit une augmentation moyenne de 20 grammes par jour entre les deux dernières pesées; l'enfant a maintenant une mine superbe, ne crie plus et son poids est encore un peu en bas de la courbe normale mais à la façon dont il assimile maintenant son lait Laurentia je ne désespère pas de l'amener bien près de cette

cette normale dans les 40 jours qui vont lui permettre de compléter sa première année.

La seconde observation est celle d'Annette G., cousine du précédent, née le 20 février 1909, pesant 8 livres à sa naissance. Sevrée à l'âge de 4 mois à la suite d'une maladie de la mère elle fut alimentée avec du lait stérilisé à domicile immédiatement après la traite. A l'écouls de l'été plusieurs menaces de gastro entérites vite réprimées mais non sans avoir un retentissement sérieux dans la croissance et le poids qui à l'âge de 11 mois n'est que de 13 1-4 lbs. A partir de ce moment, alimentée au lait Laurentia les accroissements quotidiens sont peu prononcés, variant entre 5 et 10 grammes par jour, jusqu'au 24 mars alors que le pouvoir assimilateur de ses organes digestifs a paru revenir à son état normal. Du 24 mars au 1er avril 26 grammes par jour et 40 grammes par jour du 1er au 5 avril. Agée de 15 mois elle ne pèse encore que 15 1-4 lbs. mais paraît vouloir reprendre le terrain perdu: elle a 8 dents, ne crie jamais, dort bien, mais est sujette à la constipation.

Ce lait Laurentia est distribué en bouteilles d'une pinte, une chopine et 1-2 chopine. La chopine paraît être la plus commode, elle s'épuise vite et laisse moins de chances d'ensemencement du lait après le débouchage. La Stérilisation parfaite de ce produit est démontrée par un rapport du Dr A. Bernier en date du 16 novembre 1909 qui se lit comme suit: L'analyse des échantillons de lait que vous m'avez apportés le douze courant démontre qu'aucun d'eux ne contenait de bactéries vivantes tous deux sont parfaitement stérilisés.

Le dosage de l'acidité que nous avons fait nous mêmes sur plusieurs flocons stérilisés depuis plus d'un mois nous a montré une acidité inférieure à 20 pour cent.

Le prix de revient aux clients est de 10.5 cts en flocons de une pinte et deux centimes de plus pour les flocons de une chopine. Cette légère différence de prix avec le lait ordinaire est amplement compensée par l'économie de temps et de garantie de la stérilisation parfaite.

### CONCLUSIONS

Le lait cru aseptique coûte très cher et ne présente pas d'avantages spéciaux. Le lait cru sepique du commerce ordinaire doit être prosaïté.

Le lait Stérilisé à 110 degrés n'est pas indigeste, il n'a pas perdu ses qualités nutritives, se manie facilement, n'engendre ni le rachitisme ni le scorbut.

Le lait Homogénéisé corrige certains inconvénients du lait simplement stérilisé, se digère peut être plus facilement, et "il semblerait qu'il doive supplanter à brève échéance les autres modes de préparation du lait." (Decherf).

Enfin le lait "Laurentia" ("Homogénéisé et Stérilisé") étant donné le soin avec lequel il est préparé et les heureux résultats cliniques qu'il paraît devoir donner s'impose à l'attention de la Profession Médicale. (Dr Lachapelle).

## Pratique Chirurgicale

### TUBERCULOSE EXTERNE, SYPHILIS ET SCROFULATE DE VÉROLE. DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT.

Par le Dr J. Privat

Assistant à Paris du Dr Calot, de Berck.

Soigner comme tuberculose externe une lésion de nature syphilitique est une erreur grave, préjudiciable... et fréquente.

La difficulté du diagnostic provient de ce qu'on se trouve très rarement en présence d'une lésion franchement syphilitique ou franchement tuberculeuse, mais bien plutôt en présence de ces formes hybrides si justement nommées scrofulate de vérole.

Aussi, à l'aphorisme souvent cité: "Les médecins de Saint-Louis devraient penser plus souvent à la tuberculose, ceux de Berck plus souvent à la syphilis", je voudrais que l'on ajoute: "tous devraient encore penser plus souvent au scrofulate de vérole".

Dépister l'association de la syphilis avec une affection tuberculeuse, voilà le problème. Pour y parvenir, il est nécessaire de connaître parfaitement bien les caractères que la spécificité peut imprimer à l'évolution et à la symptomatologie de ces affections. Sans doute, les différences seront parfois bien légères, mais l'existence d'une seule suffira pour déranger l'ordonnance du tableau classique et pour amener, d'une manière pour ainsi dire réflexe, sur les lèvres du médecin averti, l'aphorisme qui trop souvent ne vient qu'après le diagnostic porté.

Ces caractères différentiels peuvent se ranger sous des chefs divers dont les trois principaux se rapportent: 1<sup>o</sup> au siège des lésions; 2<sup>o</sup> à la mobilité des articulations atteintes; 3<sup>o</sup> à la réaction, douleur.

#### 1. — Siège.

a) Quand deux articulations symétriques sont simultanément ou dans un intervalle de temps assez court le siège d'une arthrite quand deux ostéites frappent les deux os de même nom droit et gauche, pensez à la syphilis, car le plus souvent siège symétrique des lésions veut dire syphilis.

b) Le même sujet peut en avoir en même temps deux ou même trois localisations tuberculeuses (Il n'est pas rare, en effet, de rencontrer une corallie chez un porteur de tumeur blanche); mais si les foyers deviennent plus nombreux, s'ils évoluent à la fois en quatre ou cinq points différents alors pensez à la syphilis, car le plus souvent multiplicité de siège veut dire syphilis.

c) En présence d'un spina-ventrosa (surtout chez un individu porteur d'une autre localisation osseuse ou ganglionnaire) pensez à la syphilis, car le plus souvent les lésions siégeant sur les doigts sont syphilitiques.

d) C'est une erreur de croire que certaines localisations tuberculeuses ne peuvent pas être influencées par l'existence d'une syphilis acquise ou héréditaire. C'est ainsi que nous avons observé des maux de Pott à allure paradoxale, nettement améliorés par un traitement spécifique.

## II. — Mobilité.

I

Si dans une arthrite évoluant depuis déjà un certain temps, vous ne constatez ni diminution des mouvements, ni tendance à l'attitude vicieuse; si surtout, malgré la présence d'un épanchement intra-articulaire ou après l'immobilisation prolongée dans un appareil plâtré vous constatez encore des mouvements assez importants dans la jointure, pensez à la syphilis, car le plus souvent dans ces arthrites *conservation des mouvements veut dire syphilis.*

## III. — Douleur.

a) Vous vous trouvez en présence d'une articulation remplie de liquide purulent et les mouvements provoquent si peu de douleur que le malade continue à utiliser son membre sans souffrance pensez alors à la syphilis car *mouvements indolores veulent dire syphilis.*

b) Quand la douleur absente le jour, apparaît vite pendant la nuit; quand l'immobilisation parfaite, réalisée par un bon appareil plâtré, n'arrive pas à calmer ces douleurs, et que bien au contraire c'est le mouvement seul qui donne un peu de bien-être aux malades, pensez à la syphilis, car *douleurs nocturnes, douleurs persistant malgré l'immobilisation dans le plâtre, veulent dire syphilis.*

## IV. — Palpation.

Si la palpation vous fournit une sensation d'hypertrophie portant non seulement sur le squelette, mais aussi sur les masses musculaires voisines, ou bien si dans une articulation globuleuse vous percevez des masses dures entourées de zones plus molles donnant l'impression que la tumeur est comme bouchée de marrons, pensez à la syphilis, car *la tuberculose détruit, la syphilis construit.*

## V. — Radiographie.

Elle traduit les résultats fournis par la palpation. Non seulement les contours articulaires sont conservés intacts, mais encore le périoste étant épaissi, les os sont moins perméables aux rayons X: vous songez à la syphilis chaque fois que *la régi n malade sera plus claire que la plaque.*

## VI. — Epanchement.

L'hydarthrose est souvent syphilitique, cela est bien connu, mais ce qu'on oublie trop souvent, c'est qu'il peut y avoir aussi des pyarthroses spécifiques. Le pus est alors

moins épais que celui de l'abcès tuberculeux, il est filant, gluant, de la consistance que présente, au début de la réaction, l'urine purulente battue avec de l'ammoniaque.

## VII. — Fistule.

L'abcès tuberculeux ponctionné aseptiquement et en temps utile ne fistulise pas, tandis qu'il est fréquent de voir un *abcès syphilitique* s'ouvrir, même sans grande tension à l'inférieur de la poche.

La fistule tuberculeuse a un orifice anfractueux, le pus qui s'écoule est jaunâtre, épais, chargé de grumeaux, la fistule s'éternise. L'orifice de la fistule syphilitique est net, taillé à pic; ses bords sont colorés, le pus est de couleur blanchâtre, fluide, filant, peu abondant, il empêche le pansage; la fistule se ferme facilement.

VIII.—Bien entendu, la constatation d'autres manifestations nettement syphilitiques éclairera de diagnostic.

Pas plus l'âge du sujet que l'âge de la syphilis n'ont d'importance; c'est à dire qu'on peut observer l'association tuberculeuse et syphilis aussi bien chez le vieillard que chez le petit bébé; de même les accidents spécifiques peuvent se présenter soit chez le porteur de chancre lui-même, soit sur l'hérédosyphilitique.

## TRAITEMENT.

En présence de ces malades, que convient-il de faire?

Bien entendu, si tous les symptômes sont nettement ceux de la tuberculose ou bien ceux de la syphilis, soignez votre malade comme bacillaire ou comme spécifique.

Mais en clinique vous vous trouverez bien souvent en présence de cas dans lesquels la séparation ne sera pas aussi nettement tranchée. Un malade verra son genou présenter tous les caractères d'une véritable tumeur blanche à l'exception d'un seul symptôme: la douleur. Par exemple, vous constaterez que son genou est enraidé en attitude vicieuse, que l'articulation est le siège d'un épanchement purulent, et cependant que la marche est possible sans douleurs. C'est chez ces malades que le traitement est particulièrement délicat à conduire.

Que se passe-t-il en effet dans la majorité des cas?

Dès que le médecin pense à la syphilis, il institue un traitement spécifique, mais pour bien éclairer son diagnostic il veut en constater l'efficacité ou l'insuccès, sans erreur possible, aussi se garde-t-il de lui associer toute autre thérapeutique. Le résultat étant négatif, il rejette de son esprit toute pensée de syphilis et il entre alors en lutte avec la tuberculose; contre elle, il use successivement de toutes les méthodes, et comme toutes échouant, de leur échec il conclut à leur inefficacité.

Pourquoi cet insuccès, car enfin les deux affections dont le malade est atteint ont été traitées? Simplement, parce que les deux traitements, ont été alternatifs. Le secret pour obtenir une guérison rapide et complète de ces cas d'apparence si rebelle est de soigner simultanément la tuberculose et la syphilis; il faut, pour les vaincre, les attaquer ensemble; les traiter alternativement est complètement insuffisant, c'est courir à un échec certain.

Ce double traitement quel sera-t-il?

Pour la tuberculose, il n'y a plus aujourd'hui d'hésitation: Immobilisation dans des appareils plâtrés bien faits, ponctions et injections modificatrices aussi précoces que possible.

Pour la syphilis, les avis sont partagés. Les uns préconisent le mercure à haute dose, les autres l'iodure à doses moins fortes. Lesquels écarter?

Il nous a paru que le traitement, quel qu'il soit, devait, pour produire le résultat cherché, être *long et intensif*, ces deux facteurs durée et puissance étant d'une importance égale. Beaucoup d'échecs thérapeutiques sont dus, en effet, à ce que l'on a négligé d'un des deux; c'est ainsi que les traitements violents mais de courte durée ne donnent, dans ces cas particuliers bien entendu, que des résultats négatifs.

Or, il est très difficile de faire supporter aux malades pendant un temps assez long, soit des doses élevées de mercure sans provoquer des accidents d'intoxication mercurielle, soit de grandes quantités d'iodure, sans voir survenir de l'intolérance gastrique ou de l'iodisme. Il est cependant une vieille préparation bien décrite aujourd'hui mais qui nous a toujours réussi, c'est le sirop de Gibert. Nous le donnons sous sa formule primitive, aux doses journalières de 2 cuillerées à soupe chez l'enfant, et de 4 et même 8 cuillerées à soupe chez l'adulte (1).

L'effet de ce traitement est assez long à se faire sentir. C'est ainsi que parfois il faut attendre 15 jours, 3 semaines, pour voir disparaître les douleurs quand elles existent, mais passé ce délai elles cessent.

Le sirop de Gibert doit être donné à ces fortes doses pendant plusieurs mois, avec seulement une semaine de repos sur quatre. Depuis que nous l'employons, nous avons évité les accidents mercuriels ou l'intolérance gastrique, et cependant nous avons eu des malades qui en ont absorbé des quantités énormes.

Un adjuvant précieux de ce traitement antisypilitique est de recouvrir d'onguent napolitain les régions malades, mais bien entendu quand il ne faut ni injecter ni ponctionner.

### CONCLUSIONS.

On doit songer à la possibilité de l'association syphilis-tuberculose chaque fois que dans l'évolution ou la symptomatologie d'une lésion osseuse ou articulaire d'apparence tuberculeuse, il survient quelque particularité ne rentrant pas dans le cadre classique de ces affections.

La guérison de ces lésions n'est possible que par l'application simultanée du traitement antituberculeux et du traitement antisypilitique; ce dernier, pour être efficace, doit être long et intensif.

(1) On commence par des quantités moindres, et ce n'est que peu à peu que l'on atteint ces fortes doses.

## Pédiatrie

### Les formes malignes de la diphtérie

M. de Dr Casses vient d'étudier dans une thèse remarquablement documentée les formes malignes de la diphtérie, en s'attachant surtout à montrer les causes de cette malignité qui ont été diversement interprétées, en même temps que les moyens préconisés pour la combattre.

Les diphtéries malignes, dit M. Casses, se caractérisent cliniquement par les symptômes suivants: *troubles circulatoires*: hypotension artérielle, tachycardie, dilatation paralytique du cœur, arythmie, tendance au collapsus, à la syncope et à la mort subite.

*Troubles digestifs*: anorexie, vomissements, exceptionnellement douleurs abdominales.

*Troubles nerveux*: asthénie, phénomènes paralytiques, localisés ou généralisés.

*Troubles généraux*: pâleur, abattement, modifications de la température: d'abord hyperthermie puis hypothermie. Or, ces phénomènes se superposent trait sur trait à ceux de l'insuffisance surrénale expérimentale ou spontanée. Mieux que les autres théories (myocardite, troubles nerveux, organiques ou fonctionnels) la théorie de l'insuffisance surrénale rend compte de leur pathogénie.

M. Casses rappelle, en effet, et ce rebout en arrière n'est pas inutile, que M. de Dr Sergent a eu l'idée, il y a une dizaine d'années, de rattacher à l'insuffisance surrénale certains syndromes dont la signification n'avait pas encore été suffisamment précisée; et toutes les recherches ultérieures ont confirmé les vues de ce savant et montré que nombre d'accidents, soit primitifs, soit consécutifs à une infection ou à une intoxication, relevaient, en réalité, d'une insuffisance capsulaire plus ou moins aiguë, plus ou moins complète, plus ou moins durable. Ainsi la pathologie s'est enrichie d'un nouveau chapitre, et, par un juste hommage, on a convenu de désigner sous le nom de *syndrome de Sergent* ces phénomènes d'insuffisance surrénale, isolés, pour la première fois, par cet auteur. De ces notions théoriques découlent d'importantes conséquences: si certains accidents sont dus à l'insuffisance surrénale, rien de plus logique, pour les améliorer, que de prescrire l'opothérapie surrénale, et c'est ce qui a été fait en particulier pour la diphtérie.

M. Casses, après avoir montré à quel point tous les symptômes de la diphtérie maligne, se confondaient avec ceux de l'insuffisance surrénale, conclut que les diphtéries malignes ne reconnaissent qu'une cause: l'hyperintoxication; leur pathogénie est également univoque et se résume, presque tout entière, au seul mot d'insuffisance capsulaire.

Mais c'est la conclusion thérapeutique qui présente ici le plus d'intérêt, car les résultats obtenus ont été des plus remarquables. C'est qu'en somme, les diphtéries graves doivent être actuellement combattues de deux manières, par

LA MEDICATION IODOTANNEE

# Vin Bonaparte

Iodo-Quino-Tannique

Succedane de l'Huile de Foie de Morue  
Aperitif—Tonique et reconstituant par excellence

## Le plus puissant des Iodo-Tanniques

Pas de contre-indications  
Pas de fatigue stomacale

Trouve son application dans les cas suivants :

Engorgements ganglionnaires, lymphatisme, rachitisme, suppurations prolongées, MALADIES DE POITRINE, cachexies, anémie et faiblesse générale.

AGENTS POUR LE CANADA

**"LE MEDECIN" LIMITEE**  
25, rue Notre-Dame Est, Montreal

# BOVRIL

POUR MALADES

Notre préparation "Invalid Bovril" répond parfaitement aux desiderata des medecins dans l'alimentation des malades.

Notre preparation possede toutes les excellentes qualites du Bovril ordinaire moins l'assaisonnement.

Un echantillon vous sera expedie gratuitement sur demande.

LA COMPAGNIE BOVRIL, Limitee,

27 rue St-Pierre,

MONTREAL.

*Un echantillon de 3 onces, franco par la poste, sur demande*

# SAL LITHOFOS

**Laxatif Salin Effervescent**

SAL LITHOFOS est une preparation a base de lithine et de phosphate de soude.

Il est indique dans le traitement de l'indigestion, de la constipation du diabete, des affections gastriques et renales.

Il trouve surtout son indication dans le RHUMATISME, l'ARTHRITE RHUMATISMALE, la GOUTTE, le LUMBAGO, la SCIATIQUE, les NEVRALGIES, en un mot dans tous les desordres de la DIATHESE URIQUE.

SAL LITHOFOS contient en solution, sans precipite, la lithine et le phosphate de soude.

Cette combinaison possede des proprietes toniques, alterantes et laxatives que nulle eau minerale naturelle ne peut surpasser.

**LA COMPAGNIE CHIMIQUE WINGATE**

CHIMISTES FABRIQUANTS

545 rue Notre-Dame West

MONTREAL

**ANTISEPSIE PULMONAIRE PARFAITE**  
**AFFECTIONS CHRONIQUES**  
 des Voies Respiratoires

Traitement par les  
**CAPSULES DARTOIS**

Chaque capsule, préparée avec une gélatine spéciale, contient : 0.05 véritable créosote de hêtre titré en Gaiacol, dissoute dans 0.20 Huile de foie de morue garantie d'origine.



2 à 5 capsules au milieu de chacun des principaux repas contre :

**TOUX**  
**CATARRHES**  
**BRONCHITES**

« La Créosote rend le terrain réfractaire à l'infection tuberculeuse ».

Dépositaires exclusifs pour le Canada : ROUGIER FRÈRES, Montréal.

DEPOT GENERAL  
 POUR LE CANADA  
**F. LE BAILLY**  
 207, RUE ST-JACQUES, MONTREAL.

CALCIFICATION  
 DES TUBERCULES  
 PULMONAIRES  
 PAR  
**LE CALCICARAL**

**TABLETTES OXYMENTHOL PERRAUDIN**  
 OXYGÈNE PUR NAISSANT

Affections de la Gorge et Voies Respiratoires  
 Maladies et hygiène de la bouche et des dents

Les TABLETTES OXYMENTHOL PERRAUDIN sont à base d'Oxygène à l'état naissant de Menthol, faible de Coscastovaine, de Benzote de Soude et d'Extraits Végétaux d'un goût très agréable. Elles sont souveraines contre

Toux, Gripes, Laryngites, Pharyngites,  
 Asthme, Amphyseme, etc - - - -

Echantillons gratuits sur demande, adresser

Pharmacie PERRAUDIN, 70 rue Legendre, Paris, et au dépôt pour le Canada, Pharmacie DECARY, 310 rue Sainte-Catherine Est, Montréal.

6 à 10 TABLETTES PAR JOUR

**TABLETTES OXYMENTHOL PERRAUDIN**  
 OXYGÈNE PUR NAISSANT

Dans les CONGESTIONS et les Troubles fonctionnels du FOIE,  
 la DYSPEPSIE ATONIQUE, les FIEVRES INTERMITTENTES,  
 les CACHEXIES d'origine paludéenne  
 ET CONSÉCUTIVES AU LONG SÉJOUR DANS LES PAYS CHAUDS  
 On prescrit dans les Hôpitaux, à Paris et à Vichy, de 50 à 100 gouttes par jour, de

**BOLDO-VERNE**

ou 4 cuillerées à café d'ÉLIXIR de BOLDO-VERNE

Dépôt : VERNE, Professeur à l'École de Médecine de GRENOBLE (France)  
 ET DANS LES PRINCIPALES PHARMACIES DE FRANCE ET DE L'ÉTRANGER.  
 Dépôt Général pour le CANADA : Pharmacie ARTHUR DECARY, à Montréal.

le sérum à hautes doses; par l'administration, *per os*, d'adrénaline. Cette méthode, qui n'est pas encore assez répandue dans le grand public médical, a cependant été vigoureusement préconisée dans ces temps derniers. M. Aubry, en particulier dit: "Il est impossible de contester l'énorme importance pratique de la conception actuelle des syndromes d'insuffisance surrénale diphtérique, puis- qu'elle indique formellement l'association de l'opothérapie surrénale au sérum de Roux, contre les accidents cardiaques de la diphtérie grave".

M. Méry et ses élèves ont observé des cas de diphtérie avec prostration extrême et hypotension artérielle; dans ces cas, ils ont associé l'extrait surrénal à la sérothérapie et ont obtenu d'excellents résultats. Ces auteurs préfèrent les extraits totaux à l'adrénaline, celle-ci déterminant quelquefois une hypotension marquée, après une hypertension passagère. M. Martin émet la même opinion. Pour M. Sergent, au contraire, l'adrénaline est aussi efficace que les extraits; de plus, elle peut être administrée en potion, tandis que les extraits, prescrits en cachets, ne peuvent pas être absorbés par les jeunes enfants.

D'après M. Moizard, l'adrénaline et les extraits surrénaux jouissent à peu près de la même efficacité, mais quelle que soit celle des deux médications que l'on emploie, "elle doit être continuée pendant longtemps, c'est-à-dire jusqu'à la disparition complète des symptômes d'insuffisance rénale. Il est même prudent de la continuer, en diminuant progressivement les doses, pendant une huitaine de jours après leur disparition, se tenant prêt à la reprendre au moindre retour offensif... Sous l'influence du traitement opothérapique, on voit les différents symptômes d'insuffisance surrénale s'amender rapidement. Le résultat est tout à fait merveilleux, même dans les cas en apparence désespérés... En Angleterre, on emploie surtout l'hémisive, préparation adrénalique de Burrough et Wellcome; en Amérique, le chlorhydrate d'adrénaline au millièrme."

Enfin, depuis 1905, M. Netter associe à l'opothérapie surrénale la sérothérapie intensive et le collargol, qu'il prescrit en frictions, par ingestion ou par la voie intraveineuse. La meilleure préparation de Collargol est en ampoules pour usage hypodermique et intraveineux "Ampoules Nova" d'Angosol à 5 cc et 100. Il emploie systématiquement cette médication à laquelle il attribue une grande part dans l'amélioration de la statistique de son service de diphtérie. Il lui paraît même que l'adrénaline prévient ou atténue les paralysies diphtériques.

Rappelons que la posologie de l'adrénaline dans les maladies infectieuses et dans la diphtérie peut être appliquée d'après les règles suivantes, édictées par Netter et relatives à des adultes. Donner de XX à XXX gouttes par jour de la solution au millièrme c'est-à-dire de 1 milligramme à 1 milligramme 1-2 d'adrénaline; monter, si besoin est, jusqu'à 5 (C gouttes) et 6 milligrammes (CXX gouttes) par jour et même plus (Podischiel), en ayant soin de répartir la dose totale en 5 et 6 doses espacées dans les 24 heures; continuer, dans les cas extrême ment graves, plusieurs semaines et même jusqu'à deux mois, en interrompant deux à trois jours dans les six jours. "A cette

"dose et avec ces précautions, dit Sergent, vous n'aurez pas à redouter la production des lésions athéromateuses des vaisseaux".

\* \* \*

### Les porteurs de bacilles diphtériques

Ce sujet attirait récemment l'attention des membres de la Société des Hôpitaux de Paris. On attirait l'attention sur le fait que les diphtériques continuent à porter des bacilles dans la cavité buccale pendant fort longtemps après leur guérison. Mais de plus ces bacilles se retrouvent souvent chez des sujets qui n'ont jamais eu la diphtérie, qui sont sains ou atteints de toute autre maladie. A vrai dire, les proportions données par les auteurs sont extrêmement variables. M. Lemoine, professeur au Val-de-Grâce, a repris ces recherches et a constaté cette extrême variabilité. Sa conclusion est que le bacille diphtérique est souvent présent dans la gorge des sujets sains, sans que ceux-ci puissent être considérés comme dangereux pour leur entourage. D'autre part, la présence de ce micro-organisme dans la gorge est le plus souvent intermittente et ne se traduit que par des cultures maigres, sur sérum. Leur virulence est nulle en général. Mais alors même que celle-ci est positive et que la culture est abondante, le sujet n'est pas dangereux, lorsqu'il n'a pas été atteint de diphtérie.

M. Lemoine a rapporté autrefois un cas de contagion de la diphtérie, trois mois après la guérison d'un enfant, mais ce porteur de germes était en même temps porteur de séquelles caractérisées par une légère exagération de la sécrétion nasale.

Il n'en est pas de même pour les malades convalescents. Ceux-ci semblent dangereux tant qu'ils possèdent dans la gorge un bacille moyen virulent, poussant abondamment sur sérum, mais dès que celui-ci a perdu sa virulence, qu'il ne donne sur sérum que de maigres cultures, on peut lever l'isolement, à condition que l'examen clinique ne révèle plus aucun signe morbide.

En résumé, l'état de maladie, si léger soit-il, paraît nécessaire pour que la contagion s'exerce. D'où cette conclusion concernant les mesures prophylactiques à prendre dans une famille ou une collectivité quelconque où se produisent des cas de diphtérie: l'examen clinique des sujets qui entourent le malade prime toutes les autres mesures. Parmi les convalescents, le porteur de séquelles spécifiques semble seul dangereux.

\* \* \*

### A propos du traitement sérothérapique des paralysies diphtériques

L'avis est unanime aujourd'hui. Les paralysies diphtériques relèvent du traitement sérothérapique à doses massives. Les faits récemment rapportés par Méry, Weill-Hallé et Parturier (Société médicale des hôpitaux de Paris, 7 mai 1910) ne permettent plus aucun doute sur l'action curatrice de ce traitement. Une récente discussion (Société médicale des hôpitaux de Lyon, 1er janvier 1910) attire de nouveau l'attention sur ce sujet.

MM. Roques et V. Cordier observent chez un boucher de 15 ans une paralysie du voile et de l'accommodation, apparue à la suite d'une angine ignorée. L'examen du voile fait voir un rideau complètement flasque et flottant, que l'expiration projette en avant, que l'aspiration happe et que ne fait pas contracter la prononciation de certaines voyelles. La déglutition ne peut se faire qu'en position renversée, la tête rejetée en arrière et les liquides seuls sont admis. En plus, il existe des troubles très nets de l'accommodation. La culture des frottis des choanes du malade permit d'isoler du bacille de Loeffler. Le traitement fut ainsi institué :

1<sup>er</sup> jour, 20 cc. de sérum antidiphthérique; 2<sup>e</sup> jour, 25 cc.; 3<sup>e</sup> jour, 20 cc.; 4<sup>e</sup> jour, 30 cc.; 5<sup>e</sup> jour, 20 cc.; 6<sup>e</sup> jour, 15 cc.; 7<sup>e</sup> jour, 10 cc., soit 140 cc. de sérum antidiphthérique. Aucun accident sérieux, sauf pour la dernière injection qui a été suivie de l'apparition d'un placard érythémateux au niveau de la face interne de la cuisse. Toutes les autres injections avaient été faites au niveau du tissu cellulaire sous-cutané de l'abdomen.

*Résultats thérapeutiques:* Au 2<sup>e</sup> jour, déglutition plus facile; au 3<sup>e</sup> jour, la parole est plus nette; au quatrième jour, déglutition possible des objets volumineux (pain); au 5<sup>e</sup> jour, disparition de tous les symptômes. Guérison complète des troubles du voile et de l'accommodation.

Cette observation vient bien à l'appui de la véritable campagne menée par Comby à la Société de pédiatrie en faveur du traitement intensif dans les paralysies diphthériques.

L'observation rapportée dans la même séance par MM. Lesieur, J. Froment et Colombet fait la contre-partie de la précédente. Il s'agit d'une paralysie diphthérique tardive généralisée, longtemps rebelle malgré la sérothérapie intensive. Un malade âgé de 41 ans présente 8 jours après la guérison d'une angine pseudo-membraneuse non traitée par la sérothérapie.

Quatre semaines environ après le début des troubles de la déglutition: les liquides ressortaient par les narines. En même temps la voix était nasonnée.

Enfin il commença à éprouver des fourmillements et des crampes dans les membres et surtout dans les mains. Les crampes s'étaient beaucoup accentuées, et l'apparition de symptômes de parésie obligeait le malade à s'aliter.

On constatait alors tous les signes d'une paralysie diphthérique généralisée. En plus de la paralysie du voile du palais, de la parésie et de l'ataxie des membres supérieurs, d'une démarche pseudo-tabétique avec talonnement, du signe de Romberg et de l'abolition du réflexe rotulien, ce malade présentait encore des troubles sphinctériens, de la paralysie laryngée et de légers troubles de l'accommodation. La miction était lente et difficile, la constipation habituelle. L'examen laryngoscopique montra la corde vocale gauche absolument immobile, la droite présentant seulement des mouvements très limités. Les pupilles réagissaient bien à la lumière, mais mal à l'accommodation. On constatait en même temps un léger degré de parésie de l'accommodation, mais aucune lésion du fond de l'œil.

*La culture du mucus nasal décela la présence de bacilles diphthériques courts.*

On institua dès lors une sérothérapie intensive: en trois mois, on fit 37 injections sous-cutanées ou intramusculaires de 10 à 20 centimètres cubes, 2 injections intraveineuses de 10 centimètres cubes, 16 injections rectales de 20 à 40 centimètres cubes, 28 pulvérisation du nez et de la gorge avec 10 à 20 centimètres cubes de sérum; au total, en 90 jours, 82 interventions de sérum, soit plus de 500 centimètres cubes, même en ne comptant pas les pulvérisations, ni surtout les 500 centimètres cubes de sérum employés en injections rectales, dont l'efficacité est plus que douteuse (Nicolas et F. Arloing).

L'amélioration, en dépit de ce traitement intensif, fut très lente et malgré la sérothérapie la guérison se fit attendre six mois.

Cette observation ne permet cependant ni de confirmer, ni d'infirmer les résultats précédemment rapportés par Comby, Sicard et Barbé, Gandy, etc.: malgré un traitement intensif, la guérison complète s'est fait attendre six mois, l'évolution normale n'a donc pas été accélérée. Sans donner raison aux abstentionnistes, on ne peut pas, tout ou moins dans ce cas particulier, vanter l'efficacité du sérum. La cause de cet échec vient peut-être de l'administration tardive du sérum, soit un mois au moins après le début de la paralysie.

A la suite de ces deux communications, M. Lesieur rapporte un fait qui tend à démontrer que la paralysie diphthérique peut être en partie expliquée par la persistance dans le pharynx du bacille de Loeffler. Ce serait du pharynx que partiraient les toxines diphthériques pour se fixer sur les nerfs et les centres bulbaires, comme permettent de l'affirmer les récentes expériences de MM. Guillain et Laroche (*Soc. méd. des hôpitaux* 15 octobre 1909). Cependant, comme M. Lesieur n'a pas réussi à reproduire les expériences de ces auteurs, il tend à admettre que certains accidents paralytiques de la diphthérie rentrent dans un cadre de paralysies asthéniques et relèvent peut-être d'une insuffisance surrénale aigue.



## Notes Editoriales

### Feu le Dr J.-B.-A. Lamarche

Le professeur Lamarche est mort.

Cette disparition subite, bien que prévue depuis quelques mois, va priver notre Faculté d'un membre qui à une époque toute récente encore prenait une part des plus actives à son enseignement.

Il y eut un temps où le Prof. Lamarche fut l'une des figures marquantes de notre corps médical canadien. Connaissant à fond l'ant obstétrical, maître absolu des difficultés à la fois variées et fréquentes de sa spécialité, il fut l'accoucheur maintes et tant fois recherché de ses anciens élèves en prise de complications. La valeur du praticien était haut cotée: mais il y avait plus.

Le Dr Lamarche était un merveilleux professeur. Esprit très souple et très net, doué d'une conception claire, du coup d'oeil vif qui fait saisir pour l'étudiant les aspects pratiques du malade en observation, servi par un langage d'une correction et d'une vivacité toutes françaises, agréablement imagé, passant facilement au plaisant, voire même au piquant, le Prof. Lamarche était en ses beaux jours un merveilleux clinicien.

Laramé, Brosseau, Lamarche! seront toujours des maîtres dont les élèves de Laval aimeront à évoquer le souvenir. Tous trois, plus que tout autre croyons nous, ont incarné au milieu de nous le type du clinicien français. Et nous le disions récemment dans une étude sur l'enseignement médical aux Ecoles de France et d'Allemagne, le clinicien français par sa mentalité, sa méthode, sa clareté d'exposition, son talent oratoire, est par excellence le type mondial du vrai professeur.

C'est là une valeur fort appréciable que d'avoir personnifié parmi nous le type du clinicien et d'avoir ainsi semé des traditions. Ce nous est donc particulièrement agréable de rappeler ces trois figures de pionniers que furent Laramé, Brosseau et Lamarche.

Mais il y avait encore plus chez le Prof. Lamarche. S'il était clinicien si captivant et si inlassable causeur, c'est qu'il avait cette culture générale dont on semble trop peu se soucier parmi nous. N'est-ce pas cette vague de fond, nourricière des idées, que l'on sentait passer quand parlaient ces aînés: Rottot, Hingston, Laramé, Lamarche.

C'est cette culture générale, fruit de longues veilles, de lectures profondes, du commerce d'esprits chercheurs et cultivés, qui sont l'homme de la sphère étroite de sa spécialité.

Telle est la mentalité spéciale aux esprits dirigeants des vieilles universités françaises et allemandes, chez un très grand nombre des parlementaires anglais, produits pour la plupart des universités d'Oxford et Cambridge, où nulle part au monde apparaît-il cette éducation large et générale est aussi marquée. Le prof. Lamarche s'en

approche singulièrement: ce fut tout à son crédit et nous tenons à le signaler.

Se rend-elle avec l'esprit d'Altruisme, que cette culture générale est de l'homme un facteur important pour le progrès de sa Faculté, de son Université, voire même de sa Race. Mais les Altruistes sont rares: peu nombreux sont ceux qu'a touchés cette étincelle d'en haut qui recule les horizons, éveille le coeur et décuple la volonté.

Faut-il ajouter combien populaire auprès de la gentie étudiante était le Dr Lamarche. Il avait une bonhomie qui séduisait immédiatement les étudiants, toujours anxieux de sympathie de la part de leurs professeurs. Le "bon mot" ne faisait pas défaut et il servait toujours à mettre de meilleure humeur ces étudiants fatigués de quatre longues heures consécutives de cours, en dépit des données les plus élémentaires de la pédagogie et de la psychiatrie.

Les beaux côtés de la carrière du Prof. Lamarche sont des rayons de soleil qui éclairent les ombres qu'on pourrait y entrevoir.

Il fut un temps où le Prof. Lamarche s'occupa activement de journalisme médical: à ce titre seul il méritait de notre part plus qu'une mention spéciale. Sa plume était aussi alerte et mourrie que sa parole. Depuis longtemps il avait cessé lui aussi de contribuer à nos revues médicales et de prendre part aux réunions de nos sociétés.

Nous apportons donc un souvenir ému sur la tombe du Professeur Lamarche, clinicien par excellence et toujours ami de la jeunesse étudiante: il fut un vaillant de la parole et de la plume.

## PROMOTION

Les aînés s'en vont, — les jeunes arrivent. Aussi tenons-nous à noter, parmi les récentes promotions de la Faculté de Médecine, la nomination du Dr Rhéaume comme médecin de l'Hôtel-Dieu.

Le Dr Rhéaume finira bientôt un terme de trois ans comme prosecteur d'anatomie à la Faculté: car à l'avenir les futurs chirurgiens de nos hôpitaux devront avoir servi comme prosecteurs en anatomie. Ayant inauguré ce système de préparation spéciale pour la chirurgie, — ce pour quoi nous ne pouvons trop féliciter la Faculté, — il serait à souhaiter qu'elle étendit aux autres départements ce stage préparatoire obligatoire. De la sorte elle n'exposerait pas à bombarder agrégé en telle ou telle branche de son enseignement, des jeunes qui non seulement n'ont donné aucune preuve de compétence mais n'ont produit aucun travail ni de recherches ni même de mise à point dans la section où ils se sont vus subitement élevés.

En même temps qu'il servait comme prosecteur d'anatomie, le Dr Rhéaume faisait un stage d'assistant bénévole dans le service de chirurgie de l'Hôtel-Dieu. Ayant gagné ses éperons, il vient d'être attaché définitivement avec les Drs Lebel, Latreille et Verner au personnel médical — section de chirurgie — de notre hôpital montréalais.

## Société Médicale de Montréal

3<sup>me</sup> SEANCE

Le mardi 3 mars 1910

## PRÉSIDENCE DE M. ST-JACQUES

Membres présents: 38.

Au début de la séance, M. Marien demande à la Société de vouloir bien appuyer le Dr Désaulniers, député de Chambly, dans le dessein qu'il a formulé, de défendre à la Législature, les mesures proposées par l'ancienne Commission du bon lait.

L'assemblée accepte ces suggestions et le secrétaire est prié d'en informer le député de Chambly, qui toujours pourra compter sur notre concours et celui de la Commission du bon lait.

M. Benoît nous fait ensuite l'exposé rapide de la séméiologie générale des néphrites; il étudie tour à tour les néphrites aiguës, sous-aiguës et chroniques. La brusquerie du début et l'intensité des symptômes caractérisant les urémiques; l'albuminurie et les œdèmes en sont des principales manifestations accompagnés le plus souvent de phénomènes urémiques et fébriles. Les douleurs lombaires, l'anurie, la pollakiurie et l'hypertension artérielle sont fréquentes. Dans toute néphrite il faut aussi rechercher une grande importance à l'examen des urines, il insiste sur leur toxicité et le degré de rétention chlorurée.

Les néphrites chroniques présentant très atténués plusieurs des symptômes des néphrites aiguës. Elles ont un ensemble de symptômes communs, tels que l'albuminurie, l'œdème, l'urémie, le bruit de galop et le gros cœur; chez quelques-unes les œdèmes occupent le premier rang, on les appelle hydropigènes ou diffuses sous-aiguës; chez d'autres, l'urémie l'emporte, on les désomme urémigènes ou atrophiques lentes. Chacune de ces deux formes a des signes qui la différencient: l'albuminurie abondante, les cylindres urinaires, l'oligurie appartiennent plutôt à la première, tandis que la polyurie, le bruit de galop, le gros cœur et les petits signes de Dieulafoy ressortissent d'avantage à la seconde.

Cette intéressante mise au point de séméiologie rénale fut complétée par une étude très documentée de M. Cléroux, sur les divers modes thérapeutiques en usage contre les néphrites. Si l'on ne peut toutes les guérir, dit-il, il est du moins possible, d'en retarder souvent les conséquences fatales. C'est au régime qu'il faut surtout faire appel. La néphrite igue et la néphrite chronique en poussée sous-aigüe se trouveront bien du régime lacté intégral. Les régimes lacto-végétarien, hypocholeuré, lacté absolu ou carné restreint seront tour à tour indiqués dans la néphrite

sub-aigüe. Dans la néphrite chronique, le régime lacté exclusif, 8 jours par mois, alterné avec le régime lacto-végétarien est le plus employé. Il est d'autres régimes qui ont leurs indications propres, tel que la déchloruration dans les œdèmes et l'hypertension artérielle; tel que la diète sèche chez les asthéniques et les œdémateux.

Il ne faut pas abuser des médicaments, un grand nombre sont à connaître: ainsi les préparations de tannin exercent une action tonique générale, à la faveur d'une vasoconstriction périphérique; la cantharide est à faire ses preuves, le bicarbonate de soude et les sels de lithine semblent retarder l'évolution de la néphrite chronique. Les purgatifs ont une utilité incontestable dans l'urémie, de même que la thioromine comme diurétique, la triméthine et l'odure de potassium, pour abaisser la tension artérielle; la sparteïne et la caféine pour la relever.

La saignée peut rendre de grands services dans les formes nerveuses et pulmonaires.

M. Cléroux termine par quelques considérations sur l'opothérapie et sur le traitement chirurgical. Ce dernier doit être réservé pour certaines complications graves.

En discussion M. Hervieux est d'opinion que la morphine peut rendre des services dans les grands accès d'urémie, tant qu'au traitement chirurgical, il a plutôt donné des preuves négatives dans l'insuffisance totale. Il ajoute que l'emploi du sérum est condamnable dans l'urémie, il peut même aggraver les accidents.

M. F. de Martigny rappelle les expériences hardies des chirurgiens qui ont fait de la transplantation d'organes et se demande si l'avenir n'est pas de ce côté.

M. Lesage croit que l'albumine de l'œuf en passant au rein se comporte comme une toxine, susceptible de réveiller le syndrome urémique, et se demande si les anciens n'avaient pas raison de proscrire les œufs.

M. Vallin ne partage pas cette opinion, il ne croit pas que l'albumine de l'œuf puisse passer à travers l'économie sans payer de droits, car elle y circule sous forme de papton. Il y a d'ailleurs, ajoute-t-il, une grande différence entre l'albumine qui a vécu et celle qui n'a pas vécu, la première est beaucoup toxique.

M. Vallin attire ensuite l'attention sur quelques points particuliers; ainsi dans la direction du traitement, il n'est pas toujours facile pour le praticien de mesurer le degré de rétention chlorurée; il vaut mieux alors surveiller la tension artérielle. Lorsqu'elle est trop haute, il faut diminuer la quantité de lait. Car l'homme, dépensant en moyenne 2400 calories par 24 heures, exige une équivalence dans l'apport, ce qui demanderait trois litres de lait, quantité très grande, et propre à augmenter la tension; il vaut mieux alors substituer un régime mitigé, réduire le lait à 1-2 litre et suppléer à la quantité soustraite par l'adjonction de 422 grains de riz, qui assureront la ration d'entretien. De plus le lait par sa caséine est souvent la cause de fermentation, inconvénient qui disparaît avec le riz.

Contre l'œdème M. Vallin préfère la diète sèche et le régime déchloruré; il est opposé à la viande dans tous les cas, c'est l'aliment toxique par excellence.

M. Marien demande ce qu'il faut penser du chloro-

forme chez les futurs opérés en insuffisance rénale; pour sa part il croit que nous abusons du sérum.

M. St. Jacques se trouve bien de l'emploi des injections sous-cutanées ou rectales d'eau bouillie.

M. Lesage en réponse à M. Valin, dit qu'en pratique, le mauvais fonctionnement des organes digestifs, gêne souvent les métamorphoses alimentaires normales.

M. Cléroux en terminant la discussion dit qu'il y a des indications à prendre avec la morphine qui peut avoir ses indications dans les crises urémiques. Tant qu'au chloroforme, autant que possible, il faut s'en abstenir.

Nouveaux membres: Sont élus membres titulaires: MM. E. P. Lachapelle, P. O. Robichaud, R. L. Poliquin, J. M. Aumont et Taschereau.

Avis de motion. M. Lesage donne avis de motion au sujet du Bill Roddich amendé et à 11 hurs la séance est levée.

Le secrétaire,

LUDOVIC VERNIER.

\*\*\*

#### 4me SEANCE

le Mardi, 22 Mars 1910.

Prés. de M. Benoit.

*Les calculs urétraux:* A l'occasion d'un cas observé et guéri (par opération) à l'Hôtel Dieu, M. St Pierre dit un travail rédigé en collaboration avec M. St Jacques, sur les calculs urétraux. Plutôt rares, ils originent sur place ou dans le rein. Les calculs migrants se fixent au niveau des rétrécissements normaux de l'urètre, les autres se forment à la faveur de lésions inflammatoires, sur un point quelconque du canal. Leur présence amène un ensemble de symptômes que l'auteur nous décrit sommairement, il insiste sur les nouveaux procédés d'exploration si utiles pour le diagnostic: ce sont la cystoscopie la séparation endo-vesicale des urines, le cathétérisme des uréters et la radiographie. M. St. Pierre termine son rapide exposé par l'étude des moyens que nous avons de libérer l'urètre.

M. F. de Mantigny vivement intéressé, trouve, lui aussi, peu fréquente ces calculs, pour n'en avoir vu qu'une seule fois dans sa clientèle, chez un malade qui avait passé antérieurement des graviers, d'où l'origine rénale possible. Dans ces cas le cathétérisme de l'urètre renseigne très bien.

M. Bourgeois ne doute pas des progrès acquis, grâce aux nouveaux procédés d'examen, mais d'après ce qu'il a vu à Paris et à Montréal, il ne juge pas, sans difficulté la technique, du cathétérisme de l'urètre, qui présente par ailleurs le danger d'infecter un urètre indemne, surtout lorsqu'on le fait des deux côtés. Il vaut mieux s'en tenir à la séparation endo-vesicale parfois très utile.

M. St. Pierre dit qu'en effet cette dernière méthode dispense du cathétérisme double et renseigne suffisamment. Tant qu'à la radiographie: bien faite, elle donne des résultats.

Opinion que partage M. Lasnier en ajoutant que pour avoir une radiographie nette, il est bon d'employer le compresseur.

A propos du Bill Roddich amendé M. Lesage présente une motion pour définir la position de la Société Médicale sur cette question. Elle se lit comme suit:

#### BILL RODDICH AMENDE:

*La Société Médicale de Montréal.*

Considérant les avantages d'une licence fédérale, permettant aux titulaires d'exercer dans le Canada tout entier.

Considérant le statu quo et les difficultés qui empêchent le règlement à brève échéance de la question de l'échange interprovinciale.

Considérant que le Bill Roddich original, établissant un Bureau fédéral avec contrôle des aspirants à l'étude de la médecine, des étudiants en médecine et des médecins à la fois, menaçait l'autonomie de nos Universités provinciales, sans épargner même notre enseignement secondaire.

Considérant que le Bill Roddich amendé par le Collège des Médecins en Décembre 1909.

a) Vu la Clause 3: (bill amendé).

3) a) La présente loi ne peut s'interpréter de façon à autoriser la création d'écoles de médecine, ou à donner à quelque titre un enseignement médical. b) Les règlements pour établir et fixer les qualités et connaissances exigées par l'inscription, y compris les cours d'études à suivre par les étudiants, les examens à subir, et en général les conditions requises pour l'inscription, seront sous le contrôle des lois provinciales.

b) Vu la Clause 15, par 3:

Tout Comité d'examen doit être composé en majorité de membres parlant la langue du candidat.

c) Vu la Clause 16:

Les sujets d'examen sont fixés par le conseil, seulement sur matières finales, et les candidats peuvent, à leur choix, être examinés en anglais ou en français, et les examens n'ont lieu que dans les centres où il y a une université ou un collège activement engagé à l'enseignement de la médecine, et où il y a des hôpitaux ne contenant pas moins de cent lits.

d) Vu la Clause 24:

24. En tout temps toute province pourra se retirer de l'acte fédéral par une résolution de son bureau provincial de médecine, passée par un vote des deux tiers et après trois mois d'avis dans la Gazette officielle.

25. Aucun amendement à l'acte médical du Canada ne pourra être proposé au parlement fédéral sans avoir été accepté préalablement par les conseils provinciaux.

Approuve les amendements faits au Bill Roddich original et en favorise l'adoption, moins le paragraphe 2 de la Clause 18: A savoir:

2) Toute personne en possession d'une Commission ou d'un Certificat d'inscription avant la date à laquelle la présente loi devient exécutoire etc. . . . et qui a été engagé dans l'exercice notif de la médecine dans l'urine ou plusieurs des provinces du Canada, a, après dix ans de la date de ce certificat, le droit d'être inscrite aux termes de la présente loi, comme praticien en médecine, sans avoir à subir l'examen, en payant la contribution voulue et en se conformant aux conditions et règlements établis à cet égard par le conseil.

M. Foucher se lève pour défendre la position du Collège, et dit que cette dernière clause a été exigée par les médecins de l'Ouest, qui redoutent l'envahissement du pays par les médecins étrangers.

Pourquoi, demande alors M. Bourgein, ne pas faire une exception en faveur des nôtres.

M. F. de Martigny ajoute que l'Ouest ne tient pas à ce Bill et que de là viennent toutes les objections.

Comme la discussion s'anime, le président, M. Benoit, demande à M. Foucher, si les suggestions de la Société peuvent influencer les décisions du Bureau des gouverneurs.

Sur la réponse négative de M. Foucher, M. Lesage pose en principe que les Sociétés Médicales ont leur mot à dire dans le travail des gouverneurs, qui sont les élus des médecins. La nôtre en particulier se doit à elle-même de prendre part à la confection des lois médicales parce qu'elle est la tête et que par elle pense la profession. Si déjà le Bill Roddich a subi des vicissitudes, c'est ici qu'il a trouvé des obstacles; il faut continuer à prouver que nous vivons, et revendiquer tout ce qui nous revient dans le passé. Pour ce soir, le but de sa motion est simplement de faire inscrire dans les archives l'opinion motivée et invariable de la Soc. dans l'histoire du Bill Roddich.

M. Foucher s'explique et juge inutile une expression d'opinion de la part de la Soc. attendu que le Bill, tel qu'amendé a déjà été approuvé par le Collège des Médecins et Chirurgiens.

Finalement la motion est adoptée à l'unanimité.

Cancer des paupières et de l'orbite. Autoplastie par MM. Dupont et J. N. Roy.

M. Roy rapporte l'excellente observation d'un malade atteint de cancer et guéri par une opération. Les auteurs passent en revue les différents moyens thérapeutiques utilisés contre l'épithélioma et font ressortir dans leur cas la supériorité du bistouri sur tous les autres traitements.

M. Lasnier félicite M. Roy et ajoute que dans le cancer, la radiothérapie n'est pas une rivale de la chirurgie, mais une compagne souvent très utile.

M. Roy ne conteste pas cette théorie, il aimerait savoir de M. Lasnier, si dans le cas présent, la radiothérapie aurait donné un résultat.

Oui, répond M. Lasnier, mais, ajoute-t-il, après quelques séances il aurait fallu quand même recourir à un procédé autoplastique; c'est pourquoi M. Roy conclut à la supériorité de sa méthode, en la circonstance, attendu

qu'une seule intervention a été suffisante pour guérir le malade.

M. Benoit rapporte ensuite deux cas de méningite l'une tuberculeuse, l'autre à méningocoques, observés dernièrement à Notre-Dame, et terminés fatalement.

Son but est de procurer aux membres l'avantage de voir les cerveaux des deux malades très bien conservés, en milieu approprié, sous les soins de M. Wilf. Dérome.

Ces magnifiques pièces que M. Benoit fait circuler illustrent de façon très nette les lésions méningitiques.

\*\*\*

OBSERVATION D'UN CAS DE MENINGITE TUBERCULEUSE ET D'UN CAS DE MENINGITE A MENINGOCOQUES; PRESENTATION DES PIÈCES ANATOMIQUES. — MM. Benoit et Dérome.

*Observation I. — Méningite tuberculeuse.* — M. Rua... un jeune homme de vingt-cinq ans à peu près, se présente à l'Hôpital Notre-Dame dans les premiers jours de janvier (1910) et demande son admission. Il se déclare incapable de travailler, se plaint de perte d'appétit, d'amaigrissement, de toux, de perte des forces. Il offre l'aspect d'un tuberculeux cachectisé; et comme ces cas sont peu désirables dans les services d'hôpitaux, on lui refuse son admission.

Le jeune homme s'adresse alors à l'Assistance Publique, qui le recueille. On l'emploie dans l'établissement à quelques légers travaux, et on lui permet dans la journée de sortir pour se chercher une place facile.

Le 13 janvier au matin, Rua... accuse à son réveil un fort mal de tête, reste au lit; et ne tarde pas à perdre connaissance. Le soir, comme il est encore dans le même état, l'ambulance le transporte à l'hôpital Notre-Dame.

Nous examinons le malade le 14 janvier au matin, en présence des élèves. Il est dans un état de torpeur très prononcée; quand on lui parle un peu brusquement, il fait un mouvement comme s'il envenait; mais il ne répond pas, il regarde sans paraître comprendre.

Le pouls est petit, faible, et surtout très variable; sa vitesse est instable, changeant d'une minute à l'autre; le volume du pouls n'est pas le même dans les deux radiales; les pupilles sont larges et immobiles; il y a de la fièvre (102 degrés F.). Le faciès est pâle et amaigri.

L'examen du système nerveux donne les symptômes suivants: faiblesse musculaire générale sans paralysie; raideur des membres; anesthésie de leur partie inférieure; aux bras, l'extension brusque, détermine de légers mouvements de trépidation épileptique; aux jambes, le signe de Kernig existe, bien que léger, et le signe de Babinski est très net.

Le résumé de la clinique, faite ce jour-là aux élèves est le suivant: lésion cérébrale mal localisée, fébrile, à symptômes incomplets, à début insidieux, faisant penser, surtout à cause du pouls et de la température, à la méningite tuberculeuse. Et nous ajoutons: "Si nous avons affaire réellement à la méningite tuberculeuse, il y a un

moyen de le savoir, c'est de pratiquer la ponction lombaire et d'examiner le liquide céphalo-rachidien."

Nous pratiquons le lendemain la ponction devant les élèves, prenant 20 grammes d'un liquide absolument limpide, mais qui sont avec un peu de pression.

Le cyto-diagnostic, fait au laboratoire par le Dr Derôme, révèle une lymphocytose assez abondante, confirmant le diagnostic de méningite tuberculeuse.

Le malade est très mal toute la journée du 15. La température s'élève à 103 degrés F.; le coma est beaucoup plus prononcé; le pouls est irrégulier et intermittent, la transpiration bondante; on note des convulsions partielles du côté droit, qui se répètent à plusieurs reprises.

Le 16, à la visite, le malade est couché en chien de fusil, la nuque pliée en arrière; le pouls est rapide, presque imperceptible. Quand on touche la tête, une vive souffrance se peint sur la figure.

Le malade meurt dans la nuit.

Cette observation est, en somme, assez banale. Elle ne fait que confirmer des notions bien connues: par exemple, l'extrême acuité de la période terminale de la méningite tuberculeuse, qui peut d'abord demeurer insidieuse ou silencieuse; l'absence fréquente, même à la période aiguë, de symptômes méningitiques considérés comme significatifs, tel que le vomissement, ce qui rend le diagnostic clinique plus difficile; enfin l'extrême importance dans les cas de ce genre du cyto-diagnostic qui fournit la preuve la plus irréfutable de la méningite, et qui même précise sa nature.

Aussi, si je vous communique cette observation de méningite tuberculeuse, ce n'est que pour servir d'introduction au rapport anatomo-pathologique du Dr Derôme, pour vous mettre à même d'apprécier la jolie pièce que cet excellent collaborateur doit vous présenter. Vous constaterez, en examinant cette pièce, ainsi que la coupe histologique, que la méningite est bien de nature tuberculeuse, mais que les localisations dans le cas présent, sont un peu spéciales, puisqu'elles prédominent au sommet et nous offrent un exemple d'envahissement intra-ventriculaire. Nous ne connaissons rien des poumons; l'autopsie n'a pu être faite que sur la tête, et encore, pour l'obtenir, nous a-t-il fallu user de ruse avec l'inspecteur d'anatomie.

*Rapport du Dr Derôme. — "Macroscopie. —* La méningite tuberculeuse a à peu près respecté la base du cerveau. On ne trouve aucune granulation dans l'espace interpedunculaire et quelques unes très discrètes dans la région sylvienne. La région rolandique est indemne. D'un autre côté, les granulations sont très nombreuses tout le long de la scissure interhémisphérique; il existe en outre quelques placards fibrineux jaunâtres. A ce niveau, les méninges (pie-mère et arachnoïde) sont épaissies et adhérentes.

"A la coupe, on trouve les ventricules distendus par un liquide abondant. Les plexus choroïdes sont couverts de granulations tuberculeuses, et, de chaque côté, dans la partie du plexus qui se trouve dans la corne postérieure de chaque ventricule, il existe un petit tubercule de la

grosseur d'un navire et complètement ramolli dans son intérieur."

*"Microscopie. —* L'examen microscopique n'a pas permis de déceler les bacilles de Koch; mais, dans les coupes faites au niveau des plexus choroïdes, on trouve très bien les lésions caractéristiques tuberculeuses, lesquelles envahissent surtout la gaine lymphatique des vaisseaux. Une coupe faite au niveau des deux tubercules ramollis a permis de constater un magma composé de globules graisseux, de globules blancs dégénérés et de sels calcaires. Sur la coupe ci-jointe, on voit dans la paroi du tubercule une granulation tuberculeuse typique, — on pourrait dire au premier stade d'évolution: elle est entièrement formée de cellules rondes."

*Observation II. — Méningite aiguë suppurée à méningocoques. —* Il s'agit d'un malade apporté mourant dans le service, et qui succomba le lendemain de son entrée. Le malade était dans un coma complet et présentait des mouvements de contracture des deux bras. Son état était tellement grave, que l'examen clinique demeura fort incomplet, et que, entre autre chose, nous ne crûmes pas devoir pratiquer la ponction lombaire. Le sujet étant jeune, n'ayant pas uriné, nous avions pensé au premier abord au coma urémique; mais l'intensité des symptômes cérébraux, leur extrême gravité nous firent bien vite changer d'idée; nous portâmes le diagnostic de lésion cérébrale, très probablement méningite, sans pouvoir l'affirmer d'une manière précise, mais sachant bien qu'une autopsie prochaine nous renseignerait amplement sur ce point.

L'autopsie de ce cas fut complète; seul, le cerveau était malade. Toute la partie supérieure du cerveau était couverte d'une nappe purulente étalée dans les séreuses et fusant le long des vaisseaux congestionnés. Les méninges, comme c'est habituellement le cas, adhéraient au crâne près du sillon interhémisphérique. La pièce fut confiée au Dr Derôme pour le montage et l'examen bactériologique. Celui-ci révéla dans le pus la présence des méningocoques de Weichselbaum.

J'ai su depuis, par un membre de la famille, que ce cas de méningite aiguë suppurée avait évolué en huit jours. Le malade, un alcoolique, après avoir fêté le samedi et le dimanche, était retourné le lundi à son ouvrage. Mais le mardi matin, il déclara qu'il n'était pas bien, se plaignit de malaise général, de courbature, de mal de tête, et resta couché. La céphalagie, la constipation, les vomissements s'installèrent. Puis ce fut l'affaiblissement graduel, et enfin le coma, le transport à l'hôpital le dimanche soir, et la mort le lundi dans la veillée.

La très belle pièce que le Dr Derôme a préparée démontre, mieux que ce résumé d'observation, l'intensité et la gravité de l'inflammation des méninges chez cet homme. Vous pourrez constater également, sur la préparation microscopique, la grande analogie qui existe entre le méningocoque de Weichselbaum et le gonocoque.

M. Derôme, directeur du laboratoire d'anatomie pathologique de l'hôpital Notre-Dame, présente les préparations suivantes:

10. — Les deux tiers supérieurs d'un cerveau atteint

de méningite tuberculeuse. Les vaisseaux pie-mériens sont très congestionnés; les séreuses sont opaques; une partie de la dure-mère est devenue adhérente au sommet, près de la scissure interhémisphérique; dans cette même région, du pus s'est formé, qui commence à fuser le long des vaisseaux; on distingue des granulations à la partie postérieure de la grande scissure. Sur la coupe inférieure, les ventricules apparaissent ouverts, dilatés, les parois congestionnées; le plexus choroïde s'étale, terminé par de gros tubercules. La pièce est montée sous verre, dans un milieu antiseptique gélatinisé transparent, avec ses couleurs naturelles.

20. Une coupe histologique prise sur l'un des tubercules choroïdiens, montrant des cellules tuberculeuses typiques.

30. La moitié supérieure d'un cerveau atteint de méningite aiguë suppurée à méningocoques. Le pus est abondant sur toute la convexité du cerveau et s'étend partout le long des vaisseaux, moins congestionnés que sur la pièce précédente. Le maximum des lésions est également au sommet, près de la grande scissure. Cette pièce est montée comme la première.

40. Un frottis de pus sur lamelle renfermant des méningocoques de Weichselbaum.

A 11 hrs. la séance est levée.

Le secrétaire,

LUDOVIC VERNER.

## NOTES THERAPEUTIQUES

Dr L. E. FORTIER, Professeur de Thérapeutique, et Dr M. H. LEBEL, Assistant à l'Hôtel-Dieu.

### TRAITEMENT DU FURONCLE DU CONDUIT AUDITIF

Politzer recommande l'incision du furoncle de l'oreille avant même la suppuration, parce qu'elle fait disparaître la tension des tissus et calme ainsi la douleur. Mais il y a beaucoup de malades pusillanimes qui refusent de se laisser opérer, et d'autre part le conduit auditif peut être tuméfié au point qu'on ne voit pas le furoncle et qu'on ne sache où inciser. De là l'utilité des traitements médicamenteux. On a recommandé aussi le badigeonnage avec la glycérine phéniquée à 5 pour 100. Mais son action thérapeutique et préventive est très problématique. On arrive plus facilement à empêcher le développement de petits furoncles par l'attouchement avec l'acide phénique pur. Mais ce moyen est interdit dans le conduit auditif à cause du voisinage du tympan.

Parmi les moyens qui ont été employés contre les furoncles du conduit auditif, l'auteur recommande l'ichtyol comme un des meilleurs moyens avant comme après l'ouverture du furoncle. Il emploie un mélange par parties égales d'ichtyol et de glycérine, dont il imbibe un tampon d'ouate introduit et laissé dans le conduit auditif. Ce tampon ne doit pas être trop volumineux afin d'éviter une compression douloureuse. Peu à peu la douleur se calme, la tension dans le conduit diminue. On renouvelle le tampon une fois par jour. L'avantage de ce traitement est de prévenir la récurrence des furoncles et d'éviter encore l'éczé-

matation du conduit, qui se produit fréquemment avec l'acide phénique.

### LE BAUME DU PÉROU.

M. Fleury rappelle, au cours d'un travail concernant ce produit, que les ouvriers parfumeurs connaissent depuis longtemps l'action cicatrisante de ce produit et l'appliquent sur leurs blessures: la plaie guérit alors rapidement et sans suppuration.

Ce topique est de plus en plus employé comme acariocide: sans qu'il soit utile de faire prendre un bain préalable, on fait, avec un tampon imprégné de baume, une friction sur tout le corps, pendant vingt minutes environ. Le lendemain, le malade se débarrasse du topique au moyen d'un bain savonneux. Ce traitement est inoffensif, sauf chez l'enfant.

Comme le produit est cher, et qu'il faut, pour obtenir une friction efficace, employer entre 150 et 180 grammes chez l'adulte, il y a tout avantage à prescrire la formule suivante:

Baume du Pérou. . . . .	20
Chloroforme. . . . .	10
Vaseline. . . . .	70

Us. Ext.

Faire dissoudre d'abord le baume dans le chloroforme, puis ajouter la vaseline liquéfiée à la chaleur et agiter.