

BULLETIN

Dans la livraison de novembre dernier, faisant écho au sentiment public médical, cette revue protestait contre l'idée de retenir au dispensaire des tuberculeux des malades qui n'en étaient pas. Les nombreux témoignages d'approbation, que nous en avons reçus, attestent que nous avons touché la note juste.

Nous pourrions en dire autant des "Gouttes de lait".

Nous en connaissons quelque chose. C'est nous, le Dr René Fortier et moi, qui avons mis cette oeuvre sur pied à Québec. Et l'objet unique de ces "consultations de nourrissons" était la direction à donner aux mères dans l'alimentation de leurs bébés, et le traitement des troubles alimentaires. En deux mots, dire aux mères comment nourrir leurs nourrissons, soit naturellement, soit artificiellement, et corriger leurs troubles digestifs à l'occasion, tel devait être le champ d'action de ces "Gouttes de lait."

S'est-on limité à cela? Non. L'on traite toutes les affections qui s'y présentent et qui n'ont aucun rapport avec les troubles de la nutrition. Les praticiens s'en plaignent.

Prenons garde que, par ces procédés qui enlèvent aux praticiens leur juste porte de numéraire, prenons garde, dis-je, que ces dispensaires ne deviennent impopulaires. Si l'on veut que ces institutions reçoivent de la part des médecins une collaboration efficace, il faut qu'elles ne remplissent que le rôle pour lequel elles ont été créées. Que la "goutte de lait" ne s'occupe que du "nourrisson" seulement, et que le dispensaire fasse le dépistage des tuberculeux et veille à la prophylaxie de cette maladie, et tout ira bien.

Et à propos des "Gouttes de lait", nous disions un jour que les autorités devraient exiger de ceux qui en sont les titulaires, des connaissances un peu plus qu'élémentaires en puériculture. On ne devient pas pédiatre du jour au lendemain. On exige bien un cours spécial de ceux qui veulent faire de l'hygiène une carrière. On devrait exiger de ceux qui, dans l'avenir, auront charge des "Gouttes de lait", au moins une certaine somme de connaissances, surtout sur l'alimentation des nourrissons.

Car il n'y a pas à se le cacher, au point de vue de notre profession, les dispensaires deviennent presque une plaie dans nos villes. Voyez donc: Dans une petite ville comme Québec, nous comptons une dispensaire de médecine générale—un dispensaire de chirurgie, deux dispensaires pour

les maladies des yeux, du nez, des oreilles et de la gorge, deux dispensaires de médecine infantile, un dispensaire antivénérien, un dispensaire dentaire, un dispensaire antituberculeux, et 8 Gouttes de lait, et j'en passe. En somme 17 dispensaires où l'on soigne gratuitement. Ceci doit représenter plusieurs milliers de clients, dont un bon nombre sont perdus pour le praticien. Car c'est un fait avéré qu'il n'y a pas que les pauvres qui profitent de ces dispensaires. Bien des gens, qui sont capables de payer les services du médecin, mais qui ont perdu le sens de l'honneur et de la fierté, viennent se mettre au rang des pauvres dans ces dispensaires. C'est un lades se présentent chaque année. Du moment que je reconnais ces faux pauvres, très poliment, je leur infuse assez de vaccin de la fierté que je les immunise contre le défaut contraire. Je ne les revoie plus.

Pourquoi tant de personnes fréquentent-elles les dispensaires aujourd'hui, et cela de plus en plus? Je vais en donner les raisons.

En deux mots, c'est de notre faute, à nous médecins. Nous nous tressons, nous-même, la corde à nous pendre. Je m'explique.

D'abord n'est-il pas vrai que du moment que s'organise un dispensaire, c'est une véritable course à qui en serait le titulaire?

Ensuite ne signons-nous pas trop volontiers des certificats permettant aux porteurs de se faire soigner gratuitement dans les dispensaires publics?

Et puis, il faut le dire, qu'est-ce qui pousse un certain nombre de gens à se faire soigner "in forma pauperis"? Ce sont nos prix élevés. Que de personnes, à qui je manifestais ma surprise de les voir au rang des pauvres, me dire bien franchement: "Docteur, ça coûte cher aujourd'hui les services du médecin."

Que conclure de tout cela?

Qu'il faille travailler à la disparition des dispensaires? Mais ce serait insensé. C'est un état de choses avec lequel il faut compter, et contre lequel nous ne pouvons et ne devons rien faire. Du reste l'intérêt général nous commande ce nouveau sacrifice.

Seulement notre intérêt personnel nous demande d'être plus circonspect dans la signature des certificats donnant aux porteurs droit de se faire soigner gratuitement.

Les directeurs des dispensaires devraient renvoyer sans pitié toutes personnes qui sont capables de payer, ou qui ne relèvent pas de ce dispensaire.

Ensuite les médecins, comme autrefois, devraient soigner leurs pauvres et non pas s'en débarrasser sur la charité publique. Nos meilleurs malades sont les pauvres, parce que Dieu s'est chargé de payer pour eux.

N'oublions pas qu'un pauvre, qui est bien soigné à un dispensaire, y entraîne souvent une parente ou une voisine capable de payer.

Et puis, défions-nous de l'esprit du siècle, je veux parler de cette ambiance dans laquelle nous vivons et qui veut qu'on s'enrichisse vite. Une richesse, qui n'est pas l'oeuvre du temps, le temps ne la respecte pas. Non pas que je veuille dire que nous devrions revenir aux temps anciens, et qui ne sont que d'hier, où le médecin ne recevait que des honoraires de famine. On le considérait alors comme le serviteur de tout le monde; et on le rémunérait très mal. Mais grâce à une mentalité nouvelle, favorisée par une ère de prospérité inouïe, extraordinaire, anormale, le médecin d'aujourd'hui est tombé dans l'excès contraire. Ses prix sont très élevés. Les temps difficiles que nous traversons vont nous faire revenir à une plus juste mesure dans le taux de nos honoraires.

Commençons donc à réagir contre cette tendance à l'enrichissement rapide, et cela pour l'honneur de notre profession. Gardons lui son caractère d'altruisme qui faisait sa beauté autrefois. Nous serons peut-être un peu moins riches, mais par contre nous serons plus aimés et plus estimés de nos concitoyens. Et notre bureau de consultation ne deviendra pas désert.

Albert Jobin

PROSTHÉNASE

GALBRUN

SOLUTION ORGANIQUE TITRÉE DE FER ET DE MANGANÈSE

Combinés à la Peptone & entièrement assimilables

NE DONNE PAS DE CONSTIPATION

ANÉMIE — CHLOROSE — DÉBILITÉ — CONVALESCENCE

DOSES QUOTIDIENNES : 5 à 20 gouttes pour les enfants ; 20 à 40 gouttes pour les Adultes

Echantillons et Littérature : Laboratoire GALBRUN, 8 et 10, r. du Petit-Musc, PARIS.

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

ARTICLES ORIGINAUX

LA PARALYSIE DE L'ACCOMMODATION, COMPLICATION DE LA DIPHTÉRIE.

Dr H. PICHETTE,

Ass. du service de laryngologie, Hôtel-Dieu.

L'accommodation, c'est la faculté que possède l'oeil d'augmenter ou de diminuer sa réfringence, suivant que l'objet regardé est plus ou moins éloigné. C'est la mise au point de l'appareil photographique.

La réfringence de l'oeil est d'autant plus marquée que l'objet regardé est plus près.

L'oeil qui regarde au loin, et l'oeil qui regarde de près, n'ont pas la même réfringence, il y a entre les deux une différence de trois dioptries. C'est le muscle ciliaire qui, en se contractant, augmente le diamètre antéro-postérieur du cristallin, et par suite la réfringence de l'oeil.

Lorsque le muscle ciliaire est paralysé, le cristallin reste à la position de repos, i-e, accommodé pour la vision au loin; et pour permettre la vision de près, on est obligé de suppléer à l'inertie du cristallin en plaçant devant l'oeil un verre correcteur de trois dioptries.

La perte de l'accommodation dans la diphtérie est le résultat d'une paralysie du muscle ciliaire qui tient sous sa dépendance le cristallin. Au point de vue fonctionnel, le muscle ciliaire est innervé par des filets nerveux, dont les noyaux d'origine sont au niveau du mésocéphale, et qui empruntent la voie du moteur oculaire commun.

Une lésion quelconque intéressant le moteur oculaire commun, ou simplement les fibres accommodatrices, soit sur le trajet du nerf, soit au niveau des noyaux du mésocéphale, entraînera l'inertie du muscle ciliaire, i-e la paralysie de l'accommodation.

Dans la diphtérie, ce n'est pas le bacille, qui est en cause; car il reste cantonné aux lésions du pharynx, mais sa toxine, qui comme on le sait, très diffusible, atteint d'une manière élective les neurones moteurs du muscle ciliaire.

Les malades, atteints de paralysie de l'accommodation, sont presque toujours des enfants, dont l'âge varie le plus souvent entre 6 et 12 ans; avant cet âge, elle passe inaperçue.

L'enfant, qui pouvait lire les caractères les plus fins, s'aperçoit qu'il ne voit plus dans ses livres, ni ses cahiers. Il est incapable de lire ou d'écrire; cependant sa vision au loin n'est pas modifiée, il distingue parfaitement les objets qui l'environnent. A l'école il voit bien au tableau, mais les caractères de son livre sont tout confus.

A l'examen de l'oeil, on ne trouve rien. La conjonctive n'est pas hyperhémisée; la cornée est transparente, les réflexes pupillaires, à la lumière et à la distance, sont conservés. Si on fait l'examen au miroir, le fond de l'oeil est absolument normal. Cependant l'enfant persiste à dire qu'il ne voit pas de près; si on n'est pas prévenu, on croira à un caprice de l'enfant, pour obtenir un congé, ou pour négliger ses devoirs.

Mais si on place devant l'oeil de l'enfant un verre grossissant, c'est-à-dire un verre convexe de 3 ou 4 dioptries, il peut lire comme autrefois les caractères qu'on lui présente, souvent c'est l'enfant lui-même qui a fait cette constatation, avec les lunettes de sa grand'mère presbyte.

La paralysie diphtérique apparaît brusquement et touche les deux yeux à la fois, quatre à cinq semaines après l'angine ou la laryngite diphtérique, alors que l'enfant est considéré guéri. Lorsque l'angine a été typique, le diagnostic s'impose, il suffit d'y penser. Mais bien souvent l'angine a été bénigne, parfois même elle a passé inaperçue, l'enfant a gardé la chambre quelques jours pour un mal de gorge qu'on a qualifié de banal; et ce n'est qu'après quelques semaines, alors qu'apparaît la paralysie de l'accommodation, qu'on fait le diagnostic rétrospectif d'angine diphtérique.

Cette paralysie, qui intéresse seulement l'accommodation est caractéristique de la diphtérie. Quelquefois on peut l'observer dans la syphilis, mais ici elle n'intéresse pas les deux yeux à la fois, il y a toujours en même temps des troubles de l'iris ou des muscles moteurs de l'oeil. On peut aussi la rencontrer au cours de certaines intoxications alimentaires, mais encore ici elle n'est pas pure, mais associée à d'autres troubles oculaires. Enfin il faut penser à la paralysie, causée par l'instillation d'atropine, l'iris est largement dilaté et ne réagit pas à la lumière.

Encore une fois, ce qui caractérise la paralysie de l'accommodation d'angine diphtérique, c'est que seule l'accommodation est intéressée, l'iris est absolument normal.

Le pronostic est bénin; tout rentre dans l'ordre après quelques semaines. Il n'y a rien à faire comme traitement, le sérum a très peu d'action. Si l'enfant est trop gêné, on lui fera porter pour la vision de près un verre convexe de 3 dioptries.

Henri Pichette,

LES ENSEIGNEMENTS DE LA CUTI-REACTION

Dr Georges GREGOIRE,

médecin du dispensaire anti-tuberculeux.

Le professeur A. B. Marfan, dans une étude intéressante faite dans la *Presse Médicale* de décembre 1923, note le progrès important pour le diagnostic de la tuberculose depuis l'emploi de la cuti-réaction. L'emploi de la cuti-réaction a établi un fait important, c'est que l'infection bacillaire augmente avec l'âge. En effet dans tous les services où on pratique d'une manière générale des autopsies, il est rare que l'on ne rencontre pas chez des sujets morts d'une maladie quelconque des lésions tuberculeuses. Ces lésions, qui se retrouvent chez presque tous les adultes, sont moins constantes chez les adolescents, et deviennent absolument exceptionnelles dans les premiers mois. Ce sont des faits de cet ordre que l'emploi de la cuti-réaction a éclairés. Avec un résultat positif, cette épreuve signifie que l'organisme porte en lui un foyer bacillaire au repos ou en activité. Or chez les adultes, la cuti-réaction est positive chez 97 pour 100 des sujets, elle diminue par contre chez les adolescents. A l'hôpital des enfants malades, la cuti-réaction, pratiquée pendant cinq ans (1914 à 1918), a donné les résultats suivants. Sur 2384 épreuves, 949 furent positives et 1,835 négatives. Ce qui est intéressant, c'est le résultat suivant l'âge.

Voici le tableau que donne le prof. A. B. Marfan :

0 à 1 an.	10.5	pour 100
1 à 2 ans	24.3	" "
2 à 3 ans	32.8	" "
3 à 4 ans	45.3	" "
4 à 5 ans	49.16	" "
5 à 6 ans	53.6	" "
6 à 7 ans	38.1	" "
8 à 9 ans	72.9	" "
9 à 10 ans	72.7	" "
10 à 11 ans	70.8	" "
11 à 12 ans	87.7	" "
12 à 13 ans	87.7	" "
13 à 14 ans	83.8	" "
14 à 15 ans	79.7	" "
Adultes	97.	" "

Le tableau suivant représente le nombre des cuti-réactions aux divers mois de la 1^{ère} année :

Avant 1 mois	3.5	pour 100
1 à 2 mois	3.5	“ “
2 à 3 mois	3.8	“ “
3 à 4 mois	6.8	“ “
4 à 5 mois	7.2	“ “
5 à 6 mois	7.6	“ “
6 à 7 mois	14.1	“ “
7 à 8 mois	18.0	“ “
8 à 9 mois	16.2	“ “
9 à 10 mois	17.	“ “
10 à 11 mois	12.9	“ “
11 à 12 mois	21.	“ “

De ces tableaux l'auteur déduit des conséquences de la plus haute portée: 1o—L'infection bacillaire n'est presque jamais congénitale; 2o—Elle se contracte surtout dans les premières années de la vie; 3o—Les premières atteintes de cette affection immunisent la plupart des hommes.

L'auteur développe ensuite chacun de ces 3 points en particulier, affirmant que l'enfant ne naît jamais tuberculeux, même s'il est issu de parents tuberculeux; et ce qu'on prenait autrefois pour une prédisposition héréditaire à la tuberculose est le résultat de la contagion familiale.

Pour ce qui est de l'immunité que la première atteinte de la tuberculose donnerait à son sujet, voici comment le professeur A. B. Marfan en est arrivé à cette conclusion. Son attention fut d'abord attirée par le fait que les autopsies relèvent des lésions tuberculeuses guéries ou tout au moins complètement arrêtées dans leur évolution. Ce qui prouve que ces sujets ont acquis, à un certain moment de leur maladie, une sorte d'état réfractaire. Après quelques années d'observations, en 1886, avec des statistiques à l'appui, l'auteur pouvait prouver que dans certaines conditions, la guérison d'une tuberculose locale, principalement du lupus et des adénites tuberculeuses suppurées du cou, confère une immunité pour la phtisie pulmonaire.

Plus tard, il énonçait la proposition suivante: "On ne constate presque jamais de tuberculose pulmonaire, tout au moins de tuberculose évidente et en évolution, chez les sujets qui, pendant l'enfance, ont été atteints d'écrouelles et qui ont guéri avant l'âge de 15 ans, cette guérison ayant eu lieu avant qu'aucun foyer de tuberculose ait été appréciable cliniquement."

Cette proposition se modifie aujourd'hui par le fait que la tuberculose, étant une maladie chronique, la guérison complète en fait perdre l'immunité. Celle-ci semble due à des anti-corps dont la formation exige la présence de quelques bacilles vivants dans l'organisme.

Suit une étude importante de l'immunité de laquelle se dégagent les conclusions suivantes :

1°—L'immunité de la tuberculose s'acquiert surtout de 1 an à 15 ans.

2°—C'est principalement dans les foyers ganglionnaires de l'infection bacillaire que semble s'élaborer cette immunité.

3°—Les enfants, qui lors d'une première infection bacillaire, n'acquièrent pas cette immunité, au moins à un certain degré, succombent aux progrès plus ou moins continus de cette première atteinte.

4°—L'immunité pour la tuberculose acquise par une première atteinte n'est pas absolue, et présente des degrés divers. Chez l'homme il semble que cette immunité permette de résister aux infections par un petit nombre de bacilles. Ces surinfections n'ayant aucun effet nocif, servent même à renforcer l'immunité.

Puis l'auteur pose cette question et y répond: L'immunité que possède le plus grand nombre d'adultes pour la tuberculose peut-elle se transmettre par hérédité? La réponse de M. A. B. Marfan est basée sur des faits constatés depuis l'emploi de la cuti-réaction: Il y a des enfants qui contractent la tuberculose avant 18 mois et chez lesquels la maladie n'évolue pas, ou évolue d'une manière silencieuse et favorable, et ne donne lieu qu'à des accidents relativement bénins. A quoi le doivent-ils? Il semble qu'il faille admettre la transmission héréditaire de l'immunité. Cette manière de voir cependant n'est pas admise par tout le monde.

Georges Grégoire, M. D.

**INFECTIONS ET TOUTES
SEPTICEMIES**

Traitement LANTOL
— PAR LE —

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

Rhodium B. Colloïdal
électrique

....LABORATOIRE COUTURIEUX....

18, Avenue Hoche, Paris.

AMPOULES DE 3 C'M.

L'INTERPRETATION DES DIAGNOSTICS BACTERIOLOGIQUES

Dr. Léonide REID,

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

Depuis les découvertes de Pasteur, les progrès réalisés dans les méthodes d'analyses bactériologiques ont provoqué une spécialisation qui éloigne souvent l'un de l'autre le clinicien et l'homme du laboratoire, alors que, plus que jamais, ils ont besoin d'une liaison étroite. Il ne serait pas question de désaccord entre la clinique et le laboratoire, si il n'y a aucune faute du côté du bactériologiste, et si le clinicien, sachant interpréter un résultat, ne demande au laboratoire que les renseignements qu'il peut fournir.

Mettant de côté la question technique, les auteurs ne considèrent que l'interprétation du rapport du laboratoire par le clinicien.

Diphthérie.—Le prélèvement des exsudats a une importance. Dans les angines à fausses membranes, on touche avec la spatule la muqueuse environnante et non pas la fausse membrane elle-même. Pour les angines rouges soupçonnées diphtériques, on fera le prélèvement sur la face postérieure de la luette, le sommet de l'amygdale ou les piliers postérieurs. On agira de même pour les porteurs de germes. Dans la diphtérie nasale, il faut faire en même temps que des prélèvements sur la muqueuse nasale, des prélèvements dans la gorge.

Si le laboratoire indique un bacille de Loeffler long ou moyen, il n'y a aucun doute, mais une réponse négative ne doit pas faire conclure à l'absence de diphtérie. Il peut arriver que, dans le procédé classique de culture sur sérum coagulé, certains bacilles diphtériques n'aient pas le temps de pousser en 24 heures; de même que les microbes associés des angines malignes à fausses membranes putréfiées peuvent, par leur abondance, étouffer le Loeffler. Dans ce cas une séparation des germes s'impose, par ensemencements successifs de trois tubes de sérum sans recharger l'écouvillon ou par dilution d'une parcelle de première culture ou étalement en boîte de Pétri.

Si le résultat est encore négatif, la réponse du laboratoire ne doit pas faire rejeter au clinicien la possibilité de la diphtérie, ni motiver l'abstention du thérapeute.

Fièvres typhoïdes et paratyphoïdes.—Dans les infections dues aux bacilles du groupe typhique, le diagnostic bactériologique s'inspire de deux procédés: l'hémoculture et le séro-diagnostic.

L'hémoculture.—Certaines conditions sont nécessaires à la pratique de l'hémoculture. Quelques procédés doivent rester exceptionnels. Celui

que les auteurs préconisent, comporte l'ensemencement du sang au lit même du malade avec une asepsie rigoureuse: antisepsie de la peau du pli du coude, asepsie du matériel utilisé, asepsie des mains de l'opérateur.

Les milieux de culture utilisés sont de deux ordres: le bouillon ordinaire ou l'eau peptonée (200 cc.) qu'on ensemence avec 10 cc. de sang, et les milieux biliés (20 cc.) ensemencés avec 5 cc. de sang.

Les premiers constituent un milieu favorable à la plupart des bactéries, les autres, entravant le développement de certaines bactéries, sont presque un milieu électif pour l'Eberth et les paratyphiques. En général les bactéries se développent en 24 heures. Après 48 heures, si une hémoculture est restée stérile et si le repiquage n'a rien donné, on peut la considérer négative, du moins en ce qui regarde les typhiques. Quelquefois des épreuves de différenciation sur milieux spéciaux sont nécessaires, et l'ensemble de ces recherches demande 2 à 3 jours.

Comment interpréter cliniquement les résultats d'une hémoculture? Si elle est positive, il s'agit scientifiquement d'une septicémie à bacille d'Eberth ou à paratyphiques, mais non forcément d'une typhoïde ou d'une paratyphoïde caractérisée.

Si elle est négative, que conclure? Dans ce cas, on doit tenir compte du moment où elle a été transitoire. L'hémoculture décèle la phase septicémique de l'infection, phase essentiellement transitoire. Constamment positive dans le premier septénaire, l'hémoculture est moins fréquente, pendant la deuxième semaine, rare dans la troisième, exceptionnelle après.

Le séro-diagnostic.—Quelques gouttes de sang sur une lame ou sur une carte de visite, simplement séchées peuvent suffire, mais il vaudrait mieux adresser au laboratoire dans un petit tube quelques gouttes de sérum décanté après coagulation d'un cc. de sang.

Pour l'interprétation des résultats, il faut tenir compte du taux d'agglutination. Actuellement une agglutination n'est dite positive qu'à partir de 1 p. 60; au-dessous de ce taux, les résultats sont douteux.

Positive à un taux égal ou supérieur à 1 p. 50, la séro-agglutination implique pour le malade le diagnostic d'une infection typhique ou paratyphique, actuelle ou passée. En effet, les agglutinines spécifiques persistent après un temps variable, quelques semaines à quelques mois, parfois quelques années. La possibilité d'un diagnostic rétrospectif d'une affection éberthienne se trouve réalisée.

Un autre point mérite d'être éclairé. Il est fréquent de trouver à côté des agglutinines spécifiques, des coagglutinines non spécifiques provoquant des agglutinations de groupe. C'est ainsi qu'un même sérum peut parfois agglutiner le T, le A et même le B. Mais ces agglutinations dues aux coagglutinines n'ont pas la régularité, la constance et surtout l'inten-

sité des agglutinations dues aux agglutinines spécifiques. En résumé, l'interprétation exacte réside dans l'appréciation du taux limité de l'agglutination, et en pratique, c'est le microbe le plus fortement agglutiné qui doit être considéré comme l'agent pathogène.

Si l'hémoculture est constante pendant le premier septenaire, par contre le séro-diagnostic est pratiquement toujours négatif pendant cette période. Il n'apparaît qu'à la fin du premier septenaire, parfois même au cours du deuxième.

Mélitococcie.—La fièvre de Malte peut se diagnostiquer au laboratoire, comme les infections éberthiennes, par l'hémoculture qui met en évidence le micrococcus melitensis dès les premiers jours de l'infection, et par le séro-diagnostic moins concluant que l'hémoculture au point de vue diagnostic, et aussi plus tardif.

Dysenterie bacillaire.—Comme moyens de diagnostic bactériologique on utilise surtout la coproculture et le séro-diagnostic.

La coproculture donne des résultats excellents, mais les prélèvements doivent être faits, non dans les matières fécales proprement dites, mais dans les glaires, le "frai de grenouille", et l'ensemencement doit être fait immédiatement. Les résultats négatifs ne comptent pas, et dans ces cas une constatation qui a une importance diagnostic, c'est celle de la présence d'un grand nombre de leucocytes, surtout des mononucléaires, alors que dans la dysenterie amibienne on trouve surtout des polynucléaires.

Le séro-diagnostic de la dysenterie bacillaire est très délicat et sujet à de nombreuses causes d'erreur.

Septicémies diverses.—L'hémoculture est ici essentiellement le procédé utilisé; elle doit être pratiquée lorsqu'on assiste à l'évolution clinique d'une septicémie.

On ensemence 10 cc. de sang dans 200 à 250 cc. de bouillon. Il vaut mieux choisir les moments de plus forte hypothermie, en évitant les périodes digestives. Après la mort, une hémoculture n'a qu'une valeur très discutable.

En résumé, les diagnostics bactériologiques peuvent apporter dans certains cas une certitude absolue, lorsque, par exemple, on a pu isoler le corps du délit.

Le résultat dans d'autres cas doit être interprété avec soin; il n'est qu'un renseignement de plus et fait partie du faisceau de signes sur lesquels le clinicien basera son diagnostic.

Les résultats négatifs, la plupart du temps, n'ont pas de signification.

Dans un second article, paru dans le "Journal de Médecine de Lyon", le 5 novembre 1923, M.M. A. Rochaix et J. Gaté traitent de l'interprétation des diagnostics bactériologiques dans la tuberculose, la syphilis et les infections méningées.

(Analyse—"Journal de Lyon", 20 oct. 1923).

L. Reid

NOUVELLES

M. le Dr Brousseau:—Le "Bulletin Médical" souhaite la plus cordiale bienvenue à M. le Docteur Albert Brousseau, qui vient justement de nous arriver de Paris, pour prendre charge de l'Hôpital St-Michel Archange, comme médecin aliéniste.

M. le Dr Brousseau était le chef de clinique de Claude à l'Asile Ste-Anne de Paris. Il fut l'élève de Dupré.

* * *

Le Congrès Médical:—Deux bonnes nouvelles au sujet du prochain congrès médical de Québec. Nous avons en effet le plaisir d'annoncer que M. le professeur Emile Sergent a promis de venir à Québec, et de faire part aux congressistes d'un travail inédit sur la tuberculose.

M. Sergent est professeur à la Faculté de Médecine de Paris; il est aussi membre de l'Académie de médecine.

Le comité exécutif du Congrès a aussi le plaisir d'annoncer que M. le Docteur Jenneney, chirurgien, et professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux, viendra à Québec en septembre prochain, et présentera au Congrès médical un travail sur la question du cancer en France.

Le secrétaire du Congrès, M. le Dr Geo. Racine, nous apprend que, jusqu'à date, le nombre des adhérents au Congrès médical de Québec est de 175. Et il reste encore six mois. C'est déjà beau.

* * *

Il nous fait plaisir d'annoncer que M. le Dr René Fortier, spécialiste en médecine infantile, vient d'être nommé Directeur des Gouttes de lait pour le district de Québec.

Voilà une nomination bien à propos et bien vue de toute la profession médicale. Le choix est en effet des plus heureux; le Docteur Fortier est en effet l'homme le mieux qualifié en puériculture. Aussi cette nomination fait autant d'honneur, sinon plus, à celui qui l'a nommé qu'au titulaire lui-même. Pour employer une locution anglaise: "He is the right man in the right place."

De plus le gouvernement exige de tous les médecins qui ont ou qui auront charge des dispensaires de Gouttes de lait, qu'ils soient qualifiés. A cette fin, un cours spécial de puériculture leur sera donné par M. le Dr Fortier lui-même. Je m'en réjouis d'autant plus que, il y a un peu plus d'un an, j'avocassais cette idée.

Voici, en effet, ce que j'écrivais dans le "Bulletin Médical" de Québec, (livraison d'août 1922, page 255):

"Nul doute que dans un avenir prochain, le Bureau provincial d'Hygiène verra à créer de nouveaux dispensaires soit pour les maladies vénériennes, soit pour les nourrissons. Il serait à désirer que leur direction soit remise non à des fonctionnaires, mais à des médecins praticiens, recrutés au concours et convenablement rémunérés. Quant à la formation

de ces médecins spécialisés, elle devrait être préparée dans les Facultés et Ecole de médecine, telle que la chose se pratique pour la formation des inspecteurs d'hygiène. Avant d'être nommés, les médecins des dispensaires anti-vénériens, et des Gouttes de lait, devraient suivre des cours de syphiligraphie et de pédiatrie, et passer des examens avec succès."

Cette réforme, que j'étais le premier à prôner, il y a plus d'un an, est en voie de devenir une réalité. Pas besoin d'ajouter que je la trouve très à propos. On a beau dire et beau faire, on ne devient pas pédiâtre du jour au lendemain. C'est l'oeuvre d'étude spéciale.

D'après l'expérience que j'ai des "Gouttes de lait", il ne faut pas que ces dispensaires soient des centres de distribution du lait, mais bien des "consultations de nourrissons", où se réalisent deux choses essentielles: l'éducation des mères et la surveillance des enfants.

En d'autres termes, une Goutte de lait est une école" où les mères viennent apprendre leurs devoirs vis-à-vis d'elles-mêmes, et vis-à-vis de leurs nourrissons.

Eh bien! pour tenir cette école, comme il convient, il faut que le maître possède la pathologie infantile, particulièrement celle du nourrisson. Que d'influences diverses réagissent sur la digestion et la nutrition de celui-ci! Il faut bien connaître toutes ces influences; sinon, ces Gouttes de lait courent le risque de devenir des institutions coûteuses et inutiles.

L'Etat qui paye a droit d'y voir, et d'exiger des titulaires des consultations de nourrissons une connaissance au moins élémentaire de la pédiatrie.

SIROP "ROCHE"

au THIOCOL



administration prolongée

de
GAÏACOL
INODORE

à hautes doses
sans aucun inconvénient

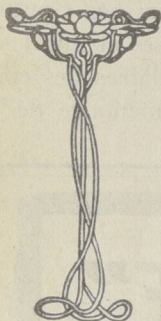
Echantillon à l'Université Laval, La Roche & Co.
21 Place des Vosges, PARIS

..... Agents pour le Canada: ROUGIER, Freres, 210, rue Lemoine, Montreal.

UN ANTISYPHYLITIQUE REMARQUABLE

Le MERCUROSAL, ce nouveau composé chimique synthétique, est incontestablement la plus importante contribution apportée aux agents antisypilitiques.

C'est la réponse de nos chimistes à la demande d'un composé mercuriel possédant les qualités des sels solubles jointes aux propriétés thérapeutiques de certains sels insolubles I.E. le salycilate.



A peine le Mercurosol avait-il fait son apparition que des voix autorisées sont venus lui donner leur entière approbation.

Ces auteurs ont basé leur opinion sur des centaines de cas de syphilis où le Mercurosol aurait été le principal agent du traitement.

L'expérience prouve que le Mercurosol n'a qu'une faible toxicité : 1-7 de celle du bichlorure.

De plus la clinique a démontré que le Mercurosol possède un pouvoir bactéricide puissant et que son administration par voie intramusculaire ou intraveineuse est inoffensive.

Parke, Davis & Company

WALKERVILLE, ONTARIO

Mentionnez le "Bulletin Médical" en écrivant aux annonceurs.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE QUÉBEC.

Le 18 janvier 1924, sous la présidence du Dr Arthur Leclerc, a eu lieu une réunion de la Société médicale de Québec. Trois questions étaient à l'ordre. La première, d'ordre médical, était une communication de M. le Dr Arthur Simard sur l'hydronéphrose.

La deuxième fut celle de la réorganisation de l'Hôpital St-Michel-Archange et de la construction d'un nouvel hôpital à Québec, lequel s'appellerait "l'Hôtel-Dieu du St-Sacrement".

La troisième question fut celle de l'élection des officiers de la société, pour l'année courante.

Disons de suite que ces élections ont donné le résultat suivant: président, Dr J.-E. Bélanger, de Lauzon; 1er vice-président, Dr Odilon Leclerc; 2ème vice-président, Dr J. Vaillancourt; secrétaire, Dr. E. Couillard; trésorier, Dr Jos. DeVarennes. Ces deux derniers ont été réélus.

M. le Dr J.-E. Bélanger a remercié chaleureusement ses confrères pour l'honneur qu'il venait de recevoir en étant promu à la présidence de la Société Médicale.

Sur proposition des Drs Art. Vallée et A. Rousseau un vote de remerciements fut adressé au Dr Art. Leclerc; puis on rappela au Dr Bélanger qu'un des principaux articles au programme pour l'année est l'organisation du Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord.

La communication de M. le Dr Rousseau est pleine d'intérêt pour la profession médicale, c'est pourquoi nous nous permettrons de reproduire, en substance, ce qu'il a dit à cette séance.

La réorganisation générale de l'École de Médecine, la réorganisation de l'Asile de Beauport, la construction d'un vaste hôpital universitaire, tels sont les projets dont la faculté de médecine a déjà commencé l'exécution et qu'elle travaille actuellement à réaliser.

La nouvelle École de Médecine, dont les travaux sont commencés depuis quelques mois, sera terminée en septembre prochain. Un vaste local, fort bien aménagé, sera mis alors à la disposition des élèves de la Faculté de Médecine. Nous avons pu jeter un regard à l'intérieur de la nouvelle école, samedi soir, lors de la réunion de la Société Médicale.

Le Dr Rousseau annonce ensuite que l'Hôtel-Dieu du Saint-Sacrement sera commencé dès le printemps prochain. "Cet hôpital, dit le doyen, saura assurer la sauvegarde des praticiens; ce sera l'oeuvre de la

Faculté de Médecine. Le projet de la fondation est un projet universitaire. Sans doute, cet hôpital aurait du être construit sans l'Ecole de Médecine, mais dès le début j'ai tenu à ce que le nouvel hôpital ait un caractère universitaire, et cela pour plusieurs raisons.

"Une institution de ce genre n'intéresse pas seulement les professeurs, mais aussi les praticiens qui peuvent y diriger les malades dont le cas embarrasse le médecin. C'est la mission d'un hôpital universitaire de continuer l'instruction du praticien.

"Sans doute, on peut apprendre dans n'importe quel hôpital, mais c'est surtout dans un hôpital universitaire que l'instruction peut être donnée avec des avantages que nul autre peut offrir.

"Le nouvel hôpital offrira non seulement un avantage intellectuel pour le praticien, mais aussi il sauvegardera les intérêts matériels du médecin et de ses clients. En effet, la science médicale a fait des progrès immenses en ces dernières années, des maladies sont traitées suivant des modes nouveaux. Il est de première importance qu'il y ait une concentration des moyens de recherches dans un grand hôpital; la coopération de tous est indispensable, de sorte que le praticien et le malade qui ne peuvent pas aller dans un petit hôpital, où la concentration est impossible, pourront trouver les plus grands avantages à la nouvelle institution.

"Même en comptant l'Hôtel-Dieu du Précieux Sang, qui est actuellement le plus grand hôpital, nous n'avons à Québec que de petits hôpitaux. Il faudra développer l'Hôtel-Dieu du Précieux-Sang, les travaux d'agrandissement sont déjà commencés; et il faut fonder un nouvel hôpital afin de donner aux praticiens et aux malades les meilleurs soins basés sur la science.

Le Dr Rousseau admet que de tels hôpitaux peuvent être fondés en dehors des écoles, mais il croit que leur mission sera mieux remplie sous la direction des maisons d'enseignement. Un hôpital de groupe offre un intérêt moral et un intérêt pécuniaire, mais l'hôpital d'enseignement est surtout dans l'intérêt général.

"La construction de l'hôpital universitaire, ajoute le doyen, permettra de donner aux praticiens des cours de perfectionnement en chirurgie et en science médicale.

"Ces cours seront probablement organisés avant même la fin des travaux, et lorsque l'hôpital sera ouvert, les cours seront définitivement en marche.

"Les services de l'Hôtel-Dieu du St-Sacrement ne seront pas seulement ouverts aux membres de la Faculté ou à ceux de l'Ecole de Médecine, mais à tous les praticiens.

“Les organisateurs de cet hôpital ont déjà des fonctions ailleurs, et je comprends qu'ils n'auront rien à faire avec l'opération de cette institution lorsqu'elle sera terminée.

“Le nouvel hôpital demandera un personnel considérable. Actuellement, à l'Hôtel-Dieu, il y a un interne, un assistant, un laboratoire central. Dans l'hôpital universitaire, pour l'instruction des élèves, l'enseignement et le service des praticiens, il faudra douze internes, un par 25 ou 30 malades, un chef de clinique, un chef de laboratoire, un laboratoire central avec d'autres laboratoires de spécialisation.

“Ainsi, il y aura des positions, surtout pour les jeunes praticiens qui veulent s'instruire et l'École de Médecine ne sera pas, comme on l'a dit, une corporation fermée. Tous les praticiens sont invités à coopérer à cette entreprise, à cette oeuvre.”

Le Dr Rousseau ajoute que les hôpitaux doivent être universitaires dans leur organisation, dans leur direction et dans leur opération. Il veut que tous les praticiens y aient accès, et fait allusion au manque d'espace à l'Hôtel-Dieu du Précieux-Sang, où pour trente médecins attachés à l'hôpital, il y avait seulement soixante lits privés.

C'est peut-être cette situation, en même temps, que le fait qu'il y a plus de spécialisation chirurgicale que de spécialisation médicale, qui a fait que l'Hôtel-Dieu du Précieux-Sang est presque devenu un hôpital de chirurgie.

Le Dr Rousseau laisse même échapper l'idée que cet hôpital deviendra un hôpital fermé dans l'avenir; à l'Hôtel-Dieu du S.-Sacrement, tous les malades et tous les médecins pourront être admis.

Le doyen, tout en déclarant que l'Hôpital St-François d'Assise et l'Hôpital St-Luc sont “des maisons de santé bien organisées”, se prononce contre les cliniques particulières et affirme que son projet favori est d'attirer vers l'École de Médecine tous les services publics. Il conçoit que dans les grandes villes, il puisse y avoir des services publics d'assistance, mais il croit que dans des villes comme Québec il serait fort avantageux que ces services fussent sujets à l'École de Médecine.

Le Dr Rousseau fait remarquer que les membres de la Faculté de Médecine ne travaillent pas à la réalisation de ces projets dans leur intérêt personnel, car ces médecins savent que lorsque leurs travaux seront terminés, c'est la génération suivante qui en profitera. Ils travaillent pour l'avenir.

Ils travaillent aussi pour la patrie. Le Dr Rousseau affirme que nous sommes dans une position relativement inférieure au point de vue des institutions médicales. Les Anglais dans la province sont plus avancés

que nous; nous sommes de 25 ans en arrière des autres au point de vue de l'organisation de nos institutions. C'est un devoir patriotique pour tous les médecins de coopérer afin que le progrès couronne les efforts et le travail accomplis.

Il faut que les efforts soient coordonnés et le Dr Rousseau souhaite que tous les praticiens se groupent autour de l'École de Médecine, leur Alma Mater.

LES TRAVAUX

Le doyen de la Faculté de Médecine avait exprimé les raisons qui militent en faveur de la construction d'un hôpital universitaire. Le Dr P.-C. Dagneau fit la description très claire des plans soumis par des architectes spécialisés et des médecins compétents.

Le nouvel hôpital sera situé sur un terrain au nord du Chemin Ste-Foy, entre le monument des Braves et la Crèche. Ce terrain a 600 pieds de front sur le chemin Ste-Foy et sa profondeur atteint 800 et 1,100 pieds.

Le corps principal aura 232 pieds de longueur sur 45 de largeur; à chaque bout de cette construction, il y aura un avant-corps de 30 pieds et une aile ou prolongement de 100 pieds.

L'édifice aura six étages. Les trois étages inférieurs auront les dimensions précitées. Au quatrième, on fait disparaître une partie des ailes de la construction; au cinquième, il n'y a plus de prolongement sur les côtés du corps principal; le sixième étage n'a plus que 230 pieds par 45 pieds.

Le Dr Dagneau a expliqué la disposition intérieure de l'hôpital dont l'entrée principale est au centre du corps principal. Sur l'étage de cette entrée, il y a les bureaux de l'administration de la maison, le salon des médecins, les salles d'attente, les salles des médecins, la pharmacie, les services médicaux et les salles de consultations.

Au second étage, il y a des salles pouvant loger un nombre de 44 lits, des chambres d'isolement, les salles de services; les hommes et les femmes ont leurs salles respectives; les services pour les maux d'oreilles, gorge, nez et yeux sont à cet étage.

Au plancher supérieur, c'est la même disposition, à l'exception que les services pour les maux d'oreilles sont remplacés par des chambres privées.

Le quatrième étage est réservé pour les chambres privées; le cinquième pour les enfants; le sixième comprend les salles d'opération chirurgicale et médicale ainsi que les salles d'attente.

Au sous-sol, la partie sud servira de cave, la partie nord sera utilisée pour les logements de certains employés.

En arrière du corps principal, il y aura plusieurs constructions qui seront employées comme suit: cuisine centrale, réfectoire du personnel, buanderie et chauffage, logement des chapelains, amphithéâtre, logement pour douze internes, chapelle, logement des religieuses. Ce sont les RR. SS. Hospitalières du Précieux-Sang qui auront la charge du nouvel hôpital qui contiendra au début 260 lits, ainsi répartis: 100 lits de salle, 80 lits privés et 80 lits d'enfants.

Les architectes ont prévu des agrandissements possibles, au cas de besoin, deux ailes pourraient être juxtaposées aux premières et on aurait alors 400 à 500 lits. Ces agrandissements pourraient être exécutés sans frais considérables, car les plans les prévoient.

La construction d'un tel hôpital et de ses annexes coûteraient cher; le gouvernement provincial a promis une somme de \$200,000., payable par versements annuels de \$50,000. Tous les médecins ont été invités par le Dr Dagneau à se joindre au mouvement lancé.

Telles sont les grandes lignes du projet dont la réalisation sera entreprise au printemps prochain. D'ici là, de nouveaux détails seront sans doute communiqués au public.

REGYL

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

Echantillons gratuits à MM. les Docteurs

DYSPEPSIES ——— ———. GASTRALGIES

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

Laboratoires FIÉVET

53, rue Réaumur, PARIS

Dépôt: MONTREAL, 820, Saint-Laurent.

REVUE ANALYTIQUE

EXPLORATION DU DIAPHRAGME.⁽¹⁾

Le rôle considérable que joue le diaphragme dans l'ampliation du thorax doit amener le médecin à une exploration soigneuse et méthodique du jeu diaphragmatique.

L'inspection de l'abdomen montre les modifications de la paroi abdominale qui sont sous la dépendance du fonctionnement diaphragmatique. L'intensité de ces modifications est variable de sujet à sujet et la variabilité respiratoire semble surtout commandée par le sexe; l'homme respire surtout avec son diaphragme, la femme respire avant tout en dilatant la partie supérieure du thorax (J. Bau et J. Messiat); il est curieux de remarquer dans l'étude de la croissance, la précocité d'une telle différenciation respiratoire; lorsque le nourrisson crie, il le fait suivant un type abdominal s'il est garçon, suivant un type costal supérieur s'il s'agit d'une fillette; le type respiratoire rentre ainsi dans le groupe des caractères sexuels secondaires, d'apparition particulièrement précoce (E. Lesné et Léon Binet).

Le sens de cette modification de la paroi abdominale est également variable; le plus souvent, chez le sujet normal, au moment de l'inspiration on note un soulèvement de la paroi abdominale, soulèvement passif dû à l'hypertension abdominale, que détermine l'abaissement de la coupole diaphragmatique; à l'expiration, on note un retrait, un affaissement de l'abdomen, retrait passif dans l'expiration normale, retrait actif accentué dans l'expiration forcée. L'exploration graphique pratiquée au niveau du creux épigastrique nous a permis de mettre en évidence, lors des mouvements expiratoires forcés, profonds, deux réactions de la paroi abdominale succédant au mouvement inspiratoire: 1°—un affaissement normal; 2°—un soulèvement, moins accentué, dû à la contraction de la paroi abdominale inférieure qui, par l'hypertension engendrée, soulève le creux épigastrique.

Chez certains sujets normaux, lors de l'abaissement énergique du diaphragme, on peut enregistrer une rétraction intense de la paroi abdominale et ce dernier phénomène serait, pour A. Thooris, un excitant précieux de la contraction diaphragmatique. Prosper Merklen a insisté sur la fréquence de cette rétraction inspiratoire de l'abdomen dans la seconde enfance.

Dans les cas de paralysie diaphragmatique, l'inspection de la région thoraco-abdominale montre l'existence d'un type respiratoire *en bascule*: il y a alternance des soulèvements du thorax et de l'abdomen; à l'inspi-

(1) Cet article est extrait de l'ouvrage sur l'examen fonctionnel du poulmon, par M.M. Achard et Léon Binet.

ration, le thorax se dilate normalement, mais en même temps on note un affaissement de la paroi abdominale : le malade avale son ventre à l'inspiration ; lors de l'expiration, on enregistre une inversion du phénomène.

A ce type classique, il faut opposer une respiration en bascule à type inverse ; le diaphragme se contracte normalement, mais sa contraction entraîne une dépression thoracique inspiratoire, il en est ainsi dans certains cas de paralysie respiratoire pariétale, réalisée par les myélites (syndrome de Landry observé par Bériel et P. Durand).

Si l'inspection ne décèle aucun soulèvement abdominal ou seulement une faible dilatation de la base du thorax, on peut conclure que le diaphragme ne fonctionne pas, mais est-il incapable de fonctionner ?

Epreuves de H. Pallard.—On demandera au malade de "gonfler son ventre", — on lui commandera un effort de toux et l'on sait que la toux est timide, hésitante, douloureuse, au cours des affections avoisinant le diaphragme (pleurésie diaphragmatique, abcès sous-phrénique), enfin, on pourra avec avantage recourir à l'épreuve de Henri Paillard.

"La main est appliquée à plat sur le ventre du malade, perpendiculairement à l'axe du corps, à cheval sur l'ombelic, mais le débordant plus en bas qu'en haut ; cela étant, on exerce avec la main une pression progressive et profonde, le bord inférieur de la main s'enfonçant toujours le premier, de manière à refouler les viscères, surtout de bas en haut. La pression est maintenue cinq, dix, quinze secondes, jusqu'à ce que l'une des éventualités suivantes soit réalisée :

"A. Le diaphragme est intact et peut se contracter ; on voit alors, au bout de quelques secondes se produire une inspiration abdominale hésitante, puis une autre plus marquée et enfin le diaphragme se contracte d'une façon telle qu'à chaque mouvement inspiratoire la main est largement soulevée et le phénomène devient évident à la simple inspection.

"B. Lorsqu'il y a inflammation juxta-diaphragmatique et gêne des contractions de ce muscle, les contractions de ce muscle ne se produisent pas, et en second lieu la pression exercée au milieu de l'abdomen réalise une douleur à distance au niveau de la lésion."

Réflexe de Hess.—On pourra rechercher le réflexe de Hess (1906), étudié par Zagari et surtout par Carlo Quadrone.

Ce réflexe, dit du diaphragme, s'obtient au moyen de la titillation du mamelon, de la percussion ou du frottement de la région mamelonnaire. La réaction motrice consiste en une contraction des fibres rétro-sternales, amenant une rétraction de l'appendice xiphoïde. Ce réflexe est surtout apparent chez les enfants et fait défaut, bien entendu, chez les vieillards qui ont calcifié leurs cartilages.

La constatation du réflexe est un signe certain de l'état physiologique du diaphragme ; son absence est notée dans la paralysie diaphragmatique, dans le tabès.

LA VALEUR DU SIGNE DE KOPLIK DANS LA PROPHYLAXIE DE LA ROUGEOLE.

Au point de vue prophylactique, le signe de Koplik peut rendre de grands services. C'est surtout à la période d'incubation et d'invasion qu'il est important de pouvoir dépister les malades suspects.

Le diagnostic précoce de la rougeole est aujourd'hui possible grâce à deux signes :

1°—L'examen du sang ; polynucléose neutrophile assez accentuée (12 à 15000 globules blancs par m./m. cube).

2°—La recherche du signe de Koplik.

La numération globulaire n'est pas toujours pratique. Au contraire, la recherche du Koplik est simple et sûre.

Le signe de Koplik n'est pas nouveau ; il a été décrit il y a 25 ans. Cependant il est peu connu des médecins ; il est presque toujours confondu avec les manifestations les plus banales de la rougeole sur la muqueuse buccale.

Les caractères distinctifs du signe de Koplik sont les suivants :

Il comprend deux éléments :

1°—Un élément essentiel ; la papule centrale.

2°—Un élément très accessoire, la macule périphérique.

La papule centrale est de couleur blanche, parfois blanc bleuâtre ; elle est nettement et régulièrement arrondie ; elle est toute petite, et c'est là un caractère très important ; car aucune des manifestations avec laquelle on pourrait la confondre, ne présente cette exiguité. Ainsi est-il indispensable de bien s'éclairer, de mettre l'enfant face à la lumière du jour, lorsqu'on veut le rechercher.

Un autre caractère important du Koplik c'est sa localisation. On l'observe exclusivement sur la face interne des joues. Jamais il n'existe sur les piliers, le voile du palais, ou les gencives. Ses éléments sont parfois isolés, mais plus souvent groupés par cinq ou six.

Enfin un dernier caractère essentiel du Koplik c'est son adhérence. Il faut s'en assurer et passer assez énergiquement un tampon de ouate sur la face interne des joues ; on constate alors qu'il résiste au frottement.

Tels sont les caractères essentiels du Koplik. Ces caractères sont indispensables, car l'absence d'un seul d'entre eux suffit pour que le signe soit considéré comme négatif. Par contre, on peut affirmer que tout malade qui présente sur la face interne des joues, et exclusivement sur cette région, des points blancs, arrondis, tout petits, résistant au frottement, à un signe de Koplik positif.

La macule périphérique est un élément très inconstant et qui n'ajoute rien à la valeur du signe.

Le signe de Koplik apparaît en moyenne de un à cinq jours avant l'exanthème. En règle générale, il précède même l'énanthème et le cataracte, mais de peu. Sa durée est de trois à six jours, parfois moins. Il a souvent disparu quand apparaît l'exanthème.

Quelle est la valeur du signe de Koplik ?

Elle est considérable. Pour certains même, comme pour Apert, sa valeur est absolue; il indique nécessairement que le malade est à la période d'invasion de la rougeole. On le retrouve dans aucune autre affection, et en particulier dans aucune autre fièvre éruptive. Seule la rubéole pourrait faire exception; on l'y rencontrerait parfois, quoique rarement.

Lorsqu'un cas de rougeole se déclare dans une agglomération, la recherche systématique du Koplik, entre le neuvième et le douzième jour, qui suit le contact, permettra de reconnaître précocement, parmi les enfants de l'entourage, ceux qui vont contracter la maladie. On sera ainsi à même de les isoler et d'enrayer l'épidémie.

H. P.

(La Médecine, déc. 1923—Roger de Brun).

TRAITEMENT DES HEMOPTYSIES TUBERCULEUSES.

L'hémoptysie tuberculeuse peut-être causée, soit par la rupture d'un petit anévrysme des cavernes décrites par Rasmussen, soit par la rupture des nombreux vaisseaux larges et béants qui serpentent au voisinage des alvéoles et des bronchioles; soit encore à l'occasion de phénomènes congestifs; congestion péri-tuberculeuse, où processus broncho-pneumonique aigu où sur-aigu.

Au point de vue clinique, l'hémoptysie se présente également sous différentes formes; elle peut être liée à une poussée évolutive de tuberculose pulmonaire, ou elle peut survenir, à titre de phénomène purement mécanique, en dehors de toute poussée aiguë.

Le malade sera couché dans une pièce isolée, dans le silence et le repos absolu. La véritable position du corps est demi-assise; le tronc et la tête confortablement soutenus par des oreillers; seule position permettant la toux, l'expectoration et le sommeil. Le malade ne sera alimenté que d'un liquide froid, pris en petites quantités. Si ce traitement n'est pas suffisant, il faudra recourir aux agents thérapeutiques médicamenteux:

(a) *Opium*—La piqûre de morphine gêne l'expectoration et facilite de ce fait la plus grave complication de l'hémoptysie; l'ensemencement par embolie bronchique d'un nouveau territoire pulmonaire. On réservera la piqûre de morphine pour les cas où l'agitation du malade et la

toux deviendraient une gêne et un danger. L'auteur, selon la pratique de F. Besançon, associe l'opium à l'ipéca, et le donne par la bouche sous forme de poudre de Dover.

(b) *Ipéca*—C'est un des plus actifs médicaments antihémorrhagiques. Trousseau le prescrivait à dose vomitive; mais selon son expression, "la première fois que l'on use de ce remède, la main tremble." Sergent le recommande.

(c) *La rétro-pituitrine* et *l'ergotine* sont des médicaments très actifs. L'adrénaline est dangereuse.

La rétro-pituitrine peut être employée, en injections intra-veineuses ou en injections intra-musculaires. L'injection intra-veineuse détermine parfois des réactions impressionnantes.

(d) *Le pneumothorax* est l'ultime ressource thérapeutique; on la réservera aux hémoptysies tenaces, persistantes, lorsque les médications précédentes auront échoué.

Lorsque l'hémoptysie sera terminée, le traitement variera suivant la forme clinique.

Le diagnostic sera établi par l'étude complète du malade. La notion de l'abondance de l'hémoptysie est accessoire; elle n'est pas en rapport avec la gravité de la maladie.

À la suite d'une hémoptysie par poussée congestive, le malade devra être surveillé attentivement: repos prolongé, alimentation saine, climat à l'abri des variations atmosphériques.

Si au contraire, l'hémoptysie n'a pas été déterminée par une poussée évolutive, la cure ultérieure pourra être moins rigoureuse. H. P.

(Mathieu Pierre Weill—"La Médecine", mai 1923).

NOTE DE NEUROLOGIE.

SUR UNE NOUVELLE METHODE POUR OBTENIR LE REFLEXE ROTULIEN.

S. Justman se base sur cette notion de physiologie: en même temps que parvient l'influx moteur à un muscle, il se fait un relâchement du tonus dans son antagoniste. Ainsi les conditions idéales pour l'obtention d'un réflexe se trouvent réunies, lorsqu'une faible impulsion motrice du muscle, dont on recherche le réflexe, détermine une sensibilisation de ce muscle et un relâchement de son antagoniste.

Pour y arriver, Justman a imaginé le procédé suivant: le patient est couché; le membre inférieur est fléchi à angle largement ouvert; le pied repose sur le talon. L'observateur ayant appliqué sa main gauche sous le genou du patient, lui recommande de la presser légèrement avec son genou, pendant qu'il frappe le tendon rotulien.

D'après l'auteur, ce procédé augmente de beaucoup l'intensité du réflexe et permet de l'obtenir lorsqu'il semble aboli. L. R.

ADENOPATHIE TRACHEO-BROCHIQUE DE LA SECONDE ENFANCE

Le diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique n'est pas aussi facile qu'on le pense communément, et il n'implique pas nécessairement l'origine tuberculeuse, cette affection étant souvent de nature différente. L'analyse des signes radiologiques doit être révisée, et la cuti-réaction peut seule dénoncer, dans ces faits, la tuberculose. L'oubli de cette règle fait créer de "*faux tuberculeux*", qui peuvent être indûment placés dans des préventoriums.

Les causes de ces adénites simples, d'après Nobécourt, sont les végétations du pharynx, toutes les infections banales des voies respiratoires, et dans quelques cas, la syphilis.

Et même dans les cas où la cuti-réaction est positive, cela n'implique pas nécessairement que cette adénite trachéo-bronchique soit due à une tuberculose en évolution.

A. J.

DILATATION ET SCLEROSE DE L'AORTE THORACIQUE.

Un symptôme physique nouvellement constaté est le suivant: chez un sujet atteint d'un anévrisme aortique ou de lésions scléreuses plus ou moins accentuées de l'aorte thoacique, on perçoit avec *une très grande netteté* les bruits du coeur en appliquant le stéthoscope immédiatement au-dessous de l'angle de l'omoplate droite, sur la ligne axillaire postérieure et dans le septième espace intercostal.

A l'état normal, chez les sujets bien constitués tout au moins, les bruits du coeur ne sont pas transmis au niveau de ce point, et alors même que, dans certaines conditions (activité cardiaque exagérée), ils deviennent perceptibles, on ne les entend jamais avec la même netteté que dans les cas de dilatation ou de sclérose de l'aorte.

La valeur du symptôme en question a été confirmée par une série d'examens radiographiques.

Il importe, toutefois, de remarquer que sous l'influence du traitement, ce signe peut disparaître, pour revenir plus tard, après la cessation du traitement.

L. Cheinisse.

("La Presse Médicale", sept. 1922.)

MEDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DE L'ULCERE SIMPLE DE L'ESTOMAC.

Le traitement consiste dans la mise au repos de l'estomac, ce qui s'obtient par le régime et dans l'emploi des modificateurs de la muqueuse gastrique.

A. *Régime*—Le régime est avant tout le régime lacté. On donne d'abord le lait à petites doses progressives, quand il y a de grandes douleurs. Les hémorrhagies peuvent nécessiter une diète absolue; on n'introduit dans l'estomac qu'un peu d'eau et une solution de chlorure de calcium. Puis on arrive au régime complet qui se compose de 2 litres et demi de lait par jour, pris en cinq doses d'un demi litre, pur ou additionné de sucre; il est bu à la température de la chambre. Le boire lentement.

Au bout de quelques jours on ajoute au lait quelques farines de céréales, et peu à peu on arrive au régime du lait et des bouillies. Chacune de celles-ci est préparée avec une cuillerée à soupe de farine et longuement cuite.

Après un certain temps, on établit le régime lacto-ovo-végétarien dont le lait forme encore la base, mais auquel on ajoute: des jaunes d'oeufs dans le lait ou les bouillies, des purées de légumes farineux, soigneusement écrasés, des pâtes alimentaires, des puddings légers, des soufflés, quelques biscuits secs, ou des biscottes.

Ce n'est que plus tard, quand on peut croire la guérison complète qu'on ajoute au régime un peu de viande, des légumes verts, des fruits cuits, du vin.

B. *Médicaments*: 1°—Les poudres alcalines ou cicatrisantes, destinées au pansement de la muqueuse; le sous-nitrate de bismuth pris à la dose de 10 grammes dans de l'eau, une ou 2 fois par jour, exerce en général une action sédative remarquable. Il peut être remplacé par le carbonate neutre de bismuth, ou par le koalin finement pulvérisé à la même dose.

Les poudres alcalines composées d'un mélange de:

Bicarbonate de soude	20 grammes
Craie préparée et lavée.. . . .	10 "
Magnésie hydratée	10 "
Phosphate de chaux.. . . .	10 "

sont administrées à la dose d'une cuillerée à café après chaque prise de lait; on en renouvelle l'administration une demi-heure après, si quelque douleur se produit.

La gélogastrine, mélange de gélose, de gélatine et de koalin, à la dose d'une cuillerée à soupe 2 fois par jour, a été préconisée dans ces derniers

temps pour faire le pansement de la muqueuse. On obtient souvent un excellent effet de l'huile d'olive donnée à la dose d'une cuillerée à soupe une à plusieurs fois par jour aussitôt avant le repas, l'huile est un phrénateur de la sécrétion gastrique: elle calme les douleurs, modifie à la longue la sécrétion et la muqueuse, et offre encore l'avantage d'être nourrissante.

Les lavages d'estomac au nitrate d'argent à 1 pour 4,000, exercent une action cicatrisante sur l'ulcère, mais leur effet est inconstant.

La belladone et son alcaloïde, l'atropine, ont été préconisé comme phrénateurs de la sécrétion gastrique; le sulfate d'atropine se donne en injection sous-cutanée à la dose de 0.001 par jour.

L'association suivante représente une excellente formule:

Extrait de belladone 0.01

Extrait de jusquiame 0.05

Extrait de chanvre indien 0.05 Pour 1 pilule

Prendre 1 à 3 pilules par jour en cas de douleur.

Tel est le traitement de l'ulcère simple. Il permet la guérison complète à condition qu'il soit poursuivi pendant plusieurs mois. Les complications exigent un traitement supplémentaire.

En cas d'hémorrhagie: Repos au lit, sac de glace sur le ventre, ingestions de cuillerées de glace pilée en neige, absence d'aliments, de boissons; chlorure de calcium à la dose 2 à 3 grammes, injections intramusculaires de sérum frais ou de sérum d'animal saigné, injection d'ergotine.

An cas de dilatation d'estomac, par sténose pylorique: gastro-entérostomie. Si l'ulcère est accessible au bistouri chirurgical, l'exérèse peut être tentée, mais c'est toujours une opération sérieuse.

(Prof. Marcel Labbé—Clinique et Laboratoire)
G. G.

TRAITEMENT DE LA CHOREE DE SYDENHAM.

L'auto-sérothérapie par injection intra-rachidienne a donné jusqu'à nos jours peu de résultats et n'est pas à conseiller. Le praticien a à sa ressource deux médicaments: antipyrine et arsenic.

Repos au lit, régime lacté; si agitation, bains tièdes à 33° C. de 10 minutes, 2 à 3 fois par jour.

L'antipyrine se donne à la dose de 2 à 5 grammes. D'ordinaire 1 à 2 grammes par jour, à raison de 0.50 à la dose, est suffisant, même 0.25 deux fois par jour suffirait.

L'arsenic se prescrit sous forme de beurre arsénical, 15 à 30 milligr., ou sous forme de liqueur de Fowler, 6 à 30 gouttes par jour.

Les deux médications les mieux supportées semblent être l'hectine et le novarsénobenzol.

Hectine: 5 à 20 centigrammes par jour.

Le novarsénobenzol, à cause de l'agitation du malade, s'administre par voie rectale (10 à 15 centigrammes tous les 2 ou 3 jours). En général au-dessous de cinq ans ne pas dépasser 0.10; de 10 à 15 ans 0.15; à 15 ans 0.20.

Les composés arsénicaux, tel que cacodylate de soude, ou l'arrhénoïl donnent des succès plus contestables.

(Journal des Praticiens) G. G.

MEDECINE PRATIQUE

Gale et bisulfite de soude — M. Lépinay. — Le bisulfite guérit la gale compliquée ou non. L'auteur emploie une pommade comprenant 60 gr. de la solution du Codex et 40 gr. de lanoline. Le prix de revient est bas, la tolérance bonne, l'effet thérapeutique très satisfaisant.

FORMULES CONTRE LA SCIATIQUE

Pommades calmantes:

Menthol	1 gr.
Salicylate de méthyle	10 gr.
Lanoline	30 gr.

* * *

ou:

Almarène	5 gr.
Gaïacol	3 gr.
Lanoline	30 gr.

* * *

Salipyrine	0 gr. 40
Valérianate de quinine	0 gr. 10
Phénacétine	0 gr. 10
Caféine	0 gr. 05

Pour un cachet. Deux par jour.

ou:

* * *

Ext. thébaïque 0 gr. 02
 Valérianate de quinine 0 gr. 25
 Antipyrine 0 gr. 25

Pour un cachet. Deux par jour.

(*Henri Roger et Aymes*—Journal des Praticiens,
 Octobre, 1923.)

Dans les cas rebelles, un remède qui m'a généralement donné de bons résultats, ce sont les pilules antinévralgiques du Dr. Moussette, de Paris, à base d'aconitine et de quinine. J'ai exceptionnellement manqué mon coup avec cette formule. *A. J.*

FORMULES

NEURALGIES SUS ET SOUS-ORBITAIRES.

Extrait fluide de *gelsemium*: trois à six gouttes quatre fois par jour.

* * *

Application de crayon antinévralgique:

Menthol }
 Gaïacol } 1 gr.
 Chloral 0 gr. 50
 Beurre de cacao 4 gr.

CONJONCTIVITE SUBAIGUE.

Chlorhydrate de cocaïne 0 gr. 20
 Sulfate de zinc 0 gr. 20
 Solut. d'adrénaline à 1/1000e XX gttes.
 Solut. de fluorescéine à 2/100e II gttes.
 Eau distillée 10 gr.

Trois fois dans les 24 heures, quelques gouttes dans le coin de l'oeil.

On peut au besoin se dispenser de fluorescéine.

On peut encore introduire matin et soir dans le sac conjonctival, une parcelle de la pommdae:

Ichtyol 1 gr.
 Oxyde.. de zinc 2 gr.
 Vaseline 20 gr.

N.B.—Dernièrement, j'ai eu l'occasion d'employer la première formule chez un enfant et un adulte, tous deux atteints de conjonctivite aiguë, et dans les deux cas, les bons effets s'en sont fait sentir très vite. Une semaine de ce traitement a suffi pour amener la guérison parfaite.

A. J.

RENSEIGNEMENTS THERAPEUTIQUES

Les hautes doses de salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu.

Les échecs thérapeutiques au cours des rhumatismes viennent souvent d'une trop grande timidité dans l'administration du salicylate. Les doses qu'il faut préconiser doivent dépasser 6 grammes dans les vingt-quatre heures. Habib A. Duba (Thèse Paris 1923) dans un travail inspiré par Caussade préconise des doses de 10 à 12 grammes de salicylate de soude qu'il donne d'une façon fractionnée dans les 24 heures. On ne risque pas d'accidents graves, qu'annoncerait le délire salicylé avec agitation et hallucinations. Ces hautes doses peuvent agir dans des rhumatismes qui paraissent rebelles au salicylate, et permettent de prévenir des complications cardiaques. On se montrera plus réservé chez la femme, où l'on observe des susceptibilités spéciales.

VARIÉTÉ

SIGNES NEFASTES

Lorsque la peau du dos de la main garde le pli donné par le médecin, c'est un signe néfaste, que ce soit dû à l'atonie des fibres lisses ou à la déshydratation organique.

* * *

Les "*narines pulvérulentes*", signe bien connu des surveillantes qui désespèrent des malades auxquels elles trouvent de la poussière à l'intérieur des narines.

ALBUM MEDECAL

La bulle de Pie IX, 12 oct. 1869, prononce la peine d'excommunication majeure *ipso facto, contra procurantes abortum, effectu secuto*. La tentative est toujours une faute très grave, mais l'excommunication n'a lieu que dans le cas où l'effet est produit. Il n'est donc *jamais* permis de *procurer directement* ou de conseiller l'avortement, même dans les premiers temps de la gestation.

* * *

Quand la mère en proie à une maladie mortelle ne peut être guérie que par un remède ayant pour effet *direct* de guérir la mère et pour effet *indirect* de nuire au fœtus et même de provoquer l'avortement, ce remède peut être donné, seulement dans le cas où autrement il n'y aurait aucun espoir de baptiser l'enfant. Cet espoir n'existe pas dans les premiers temps qui suivent la conception, et dans les cas où l'on a raison de croire que l'enfant mourra avant ou avec sa mère.

* * *

L'*embryotomie*, ou destruction *directe* du fœtus vivant, n'est jamais permise, pour sauver la vie de la mère, même quand il a pu être baptisé auparavant dans le sein de sa mère.

* * *

On peut, et même suivant quelques théologiens, on doit *accélérer* l'accouchement après six mois révolus de gestation, mais non auparavant, si cela est jugé nécessaire pour sauver la vie de la mère et celle de l'enfant, ou celle de l'un des deux, sans mettre l'autre dans un plus grand danger. Avant six mois révolus, ce serait tuer l'enfant qui jusqu'à cette époque ne peut naître viable.

* * *

L'opération césarienne est permise dans les mêmes conditions.

* * *

Aussitôt que la mère est certainement morte, il y a obligation grave d'essayer de baptiser l'enfant, s'il est encore vivant, comme cela arrive souvent.

* * *

Tel homme vous rencontre dans la rue et vous dit qu'il a une douleur, il veut à toute force que vous lui disiez sur le champ ce qu'elle est, et ce qu'il faut faire pour la guérir.

Ne répondez pas, votre homme va tout vous dire: "que c'est un rhumatisme, et qu'il faut soigner par du vinaigre bouillant."

Dites comme lui, il sera ravi, il ne vous interrogeait que pour cela.

Il est enchanté parce que vous lui avez dit ce qu'il a et ce qu'il faut faire, et qu'il le savait à l'avance.—*François Bazin.*

* * *

"Il est une faculté de l'homme qui, dit-on, lui fait honneur, mais dont l'exercice n'est nullement indispensable: c'est la réflexion. Rien de plus facile que de vivre sans réfléchir; l'instinct, la coutume, l'imitation, le prestige de la mode, les nécessités sociales, la crainte des puissants, suffisent fort bien à déterminer nos actions. Réfléchir est une complication de l'existence que d'ordinaire nous nous épargnons."

Dr W.

* * *

Certaines femmes dissimulent sous des griefs imaginaires la mauvaise volonté qu'elles opposent au paiement de leurs honoraires. Si elles sont jeunes, le médecin leur fait la cour. Est-elle vieille? Il se montre négligent et pressé.

BIBLIOGRAPHIE

Paul Canakis.—Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose pulmonaire par le cinnamate de benzyle. Thèse soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier, 66 pages, (Montpellier, Imprimerie L'abeille, 1923).

* * *

Léon Mac-Auliffe.—"La vie humaine", développement, croissance. (224 pages, Librairie Amédée Legrand, 93 Bl. St-Germain, Paris, 1923).

* * *

Felix Ramond et Charles Jacquelin.—Manuel de Radioscopie gastro duodénale. (146 pages, chez Jean Cussac, 40, rue de Reuilly, Paris).

PROPOS PARADOXAUX

Si l'hypocrisie venait à mourir, la modestie devrait prendre au moins un petit deuil.—*Talleyrand*.

* * *

Ne dites jamais de mal de vous, vos amis en diront toujours assez...—*T*.

* * *

L'expérience personnelle est un médecin qui arrive toujours après la maladie, une étoile qui se lève quand on va se coucher.—*T*.

Il faut se garder des premiers mouvements, parce qu'ils sont toujours honnêtes.—*T*.

* * *

Peu de temps après sa retraite de l'arène politique, M. Lafontaine, se trouvant à Londres, fit la rencontre de son compatriote, M. Napoléon Bourassa. Celui-ci lui dit : "Mais, Monsieur Lafontaine, votre retraite a dû créer un mouvement énorme au pays?"—"En fait de mouvement, répondit le grand homme, je n'ai vu que celui des gens qui s'avançaient pour prendre ma place."

* * *

"Le comité général d'organisation du parti X... est composé de vingt-six membres, sur lesquels on a compté vingt-cinq ex. Il y a des ex-ministres, des ex-commissaires, des ex-députés, des ex-sénateurs, des ex-altés, des ex-aspirés, des ex-centriques, des ex-cités, des ex-écrables, des exigeants, des ex-otiques, des ex-pansifs, des ex-pirants, des ex-ploiteurs, des ex-pulsés, des ex-ci, des ex-ça ; mais les excellents sont les exceptions.

STATISTIQUES DE L'HOTEL-DIEU DU PRÉCIEUX SANG, 1923.

Présents le 1er janvier....121 Admis durant l'année....3754

	Hommes	Femmes	Total
Médecine	376	340	716
Chirurgie	1150	1353	2503
Ophtalmologie	349	307	656
	1875	2000	3875

RESULTATS

	Présents le 1er janv./23	Admis	Guéris	Soulagés	Non soulagés	Pas traités	Morts	Présents le 31 déc./23	Total
Médecine	33	683	257	252	49	55	71	32	716
Chirurgie	82	2421	1872	303	37	115	80	96	2503
Ophtalmologie.	6	650	558	75	11	3	0	9	656
	121	3754	2687	630	97	173	151	137	3875

Nombre de jours à l'hôpital 64,164

Moyenne de jours par malade 17

Morts en dedans de 48 heures 40

Morts sous traitement 111

Taux de la mortalité 3.8

Soustraction faite des morts en dedans de 48 heures 2.8

Nombre d'opérations 2143

Travaux de laboratoire 4505

Etrangers..... 94 Non catholiques.....21

Malades pensionnaires 1147

Demi-pension dans les salles 811

Malades traités gratuitement 1917 3875

Malades de la ville 1247

Pauvres de la ville 772

Payants de la ville 475

Nombre de jours des malades payants 16,016