

PAGE

MANQUANTE

Hémiplégie infantile compliquée tardivement d'épilepsie jacksonnienne

Par E.-P. Benoit, professeur agrégé à l'Université-Laval, chargé de la clinique interne à l'Hôpital Notre-Dame, Montréal

L'hémiplégie chez l'adulte est habituellement le résultat d'une hémorragie ou d'un ramollissement au cerveau ; elle est donc déterminée par une lésion vasculaire ; elle peut être la conséquence de l'âge, de l'usage, d'une infection ou d'une intoxication. Chez l'enfant, ces causes ne sauraient exister déjà ; seuls, un traumatisme ou l'influence héréditaire peuvent exercer leur action ; aussi les troubles lents de la nutrition, les scléroses, les méningo-encéphalites, les encéphalopathies enfin, sont-elles de beaucoup plus fréquentes que l'apoplexie. Et comme ces lésions altèrent un organisme jeune, en état de développement, elles créent non seulement des dégénérescences secondaires, mais encore des infirmités permanentes qui s'accroissent avec l'âge.

Le cas que nous rapportons en est un exemple typique. De plus, il présente cette particularité intéressante que le cerveau, gêné dans son développement, irrité par une lésion permanente, comprimé dans une boîte osseuse défectueuse, a commencé, à un moment donné à réagir vivement vis-à-vis de certaines impressions, à donner des crises d'épilepsie d'origine émotionnelle que nous expliquons, d'un côté, par la malformation, par la malnutrition du centre moteur, et, de l'autre côté, par un trouble circulatoire brusque. Du moins, il nous paraît difficile d'expliquer autrement le phénomène.

Voici l'observation du petit malade.

Observation

V. R., âgé de 9 ans, est amené à l'hôpital Notre-Dame le 7 octobre 1907, parce que, depuis huit mois, il a des crises de convulsions qui deviennent de plus en plus fréquentes.

Histoire antérieure.—L'enfant est l'aîné de la famille. Il est venu au monde après un accouchement laborieux qui dura six heures. Le médecin fut obligé d'appliquer les forceps, et ne réussit qu'à la troisième prise. Il ne se rappelle pas si l'enfant est venu au

monde asphyxié. Les parents n'ont pas remarqué, après la naissance, de convulsions. Mais ils constatèrent, après quelques mois, que le bras gauche était paralysé. Cette paralysie s'accompagna, pendant les deux premières années, de contracture, qui diminua plus tard. L'enfant avait 15 mois lorsqu'il put se tenir seul assis ; il marcha à trois ans. Les membres du côté gauche se développèrent moins bien que ceux du côté droit. Le pied gauche, en varus équin, fut opéré à l'Hôtel-Dieu lorsque l'enfant avait huit ans. Quelque temps après, en 1906, l'enfant contracta la diphtérie ; il passa quatre semaines à l'hôpital Alexandra. Deux mois plus tard apparurent les premières crises convulsives, qui se renouvelèrent deux ou trois fois par semaine, puis devinrent quotidiennes, puis se répétèrent plusieurs fois, jusqu'à huit par jour. Ces crises avaient ceci de particulier qu'une émotion brusque, un choc subit les faisaient éclater. Les parents décidèrent alors d'amener l'enfant à l'hôpital Notre-Dame.

Histoire actuelle.—Le malade est examiné le matin même de son entrée, à 10.50 heures. Un mouvement brusque, pour approcher notre chaise du lit et prendre le pouls du malade, provoque immédiatement une crise. Cri initial ; aura dans le bras gauche, que l'enfant saisit et serre avec force ; crise épileptique partielle, avec ses trois phases rapides : toniques, cloniques et de résolution : mouvements spasmodiques de la tête vers le côté droit ; mouvements débutant au bras gauche, demeurant plus intenses au bras et à la jambe du même côté, se généralisant légèrement sur la fin ; l'attaque se termine par des cris répétés et baroques (*cœur de merde*), des rires, des sifflements ; l'enfant sort de sa crise stupéfié, ne se rappelant rien.

Examen du malade.—Le crâne offre une asymétrie assez marquée, avec dépression pariétale droite. Le bras et la jambe, du côté gauche, sont plus courts, plus maigres que ceux du côté droit. A la marche, le pied gauche est ballant et fauche. Les os de la main gauche sont particulièrement mobiles (main de linge). La sensibilité est conservée. Les réflexes sont normaux. Les pupilles sont dilatées et réagissent bien. Le fond de l'œil est normal (examen du spécialiste). Les mouvements des membres atrophiés se font assez bien, mais la force musculaire est amoindrie.

Marche de la maladie.—Les jours suivants, le malade subit plusieurs crises identiques à la première, et voici ce qui les occasionne : un infirmier qui éternue, un malade agité dans la salle, l'examen du fond de l'œil par le spécialiste, et enfin, à deux reprises différentes, devant

les élèves et le chirurgien consulté, la projection violente d'un objet sur le plancher (livre, béquille). Dans l'intervalle des crises, l'enfant est rationnel et se tient tranquille. Son intelligence cependant est un peu engourdie et sa figure légèrement atone.

On décide la trépanation, qui est acceptée par les parents et a lieu le 22 octobre.

Opération

(Dr T. Parizeau, hôpital Notre-Dame).—“ Incision à lambeau curviline vis-à-vis la région rolandique droite. Fenestration de la boîte crânienne sur une hauteur d'un pouce, trois quarts de pouce en largeur. La dure-mère apparaît normale, à peine congestionnée. Incisée, elle laisse voir une infiltration gélatiniforme, d'un blanc bleuâtre, des méninges profondes. Sous cette couche œdémateuse, on distingue les vaisseaux fortement congestionnés. L'écorce cérébrale, dans toute la zone rendue accessible, ne présente aucune anomalie. On referme partiellement la dure-mère, puis le péri-crâne et le cuir cheveu. Le drainage est laissé en place cinq ou six jours. Guérison complète de la plaie à la fin de la première semaine.”

Résultat.—Le surlendemain de l'opération, 24 octobre, l'enfant, très énervé par des blessés qu'on apporte dans la salle, a une légère crise. Puis il a une convalescence rapide : les parents le trouvent très amélioré dans l'expression de sa figure, dans son discours et dans ses actes. Il quitte l'hôpital sans avoir de nouvelles crises. Il n'en a pas eu jusqu'à présent (juin 1908), bien qu'il aille à l'école et joue avec ses petits compagnons.

L'hémiplégie de cet enfant est évidemment d'origine congénitale. On s'en est aperçu dès que l'enfant, sorti de la toute première enfance, a commencé de croître. Il n'y a pas eu de début tapageur, d'état fébrile, de troubles cérébraux méningitiques analogues à ceux qui signalent l'encéphalopathie infantile débutant après la naissance. Mais la lésion cérébrale existait dès le début, elle persiste encore à l'heure qu'il est : on en a les preuves absolues dans l'hémiplégie gauche, l'atrophie totale des membres, la malléabilité spéciale du système osseux de ce côté, la dépression crânienne pariétale du côté opposé. Tout cela indique bien une lésion primitive des centres corticaux, une dégénérescence secondaire des faisceaux pyramidaux, survenues l'une et

l'autre pendant le premier développement de l'organisme ce qui en a rendu les effets d'autant plus apparents.

Quelle a été la cause de cette lésion cérébrale infantile, de cette encéphalopathie, puisqu'on préfère employer cette expression ? Nous manquons des renseignements suffisants pour la fixer d'une manière certaine. Si l'enfant était né en état d'asphyxie, s'il avait eu dès sa naissance ou peu après des convulsions, nous aurions pu accuser la longueur du travail ou l'application des forceps. Nous aurions pu accuser la mère si celle-ci avait eu de l'albuminurie, avait reçu un traumatisme, avait éprouvé des émotions vives, des chagrins prolongés : il n'apparaît pas qu'il y ait eu rien de cela. On reste en présence de la possibilité d'une sclérose cérébrale par hérédité (alcoolisme, syphilis, névropathie chez les parents); l'histoire de la famille nous renseignerait à cet égard ; elle fait ici défaut.

Il n'est pas non plus facile de déterminer la nature exacte de la lésion. On sait que dans les encéphalopathies infantiles, les lésions sont très variables. S'est-il agi, au début, d'une sclérose inflammatoire, d'une méningo-encéphalite, ou d'une simple hémorragie traumatique ? Comment le dire ? Ce qu'il est permis d'affirmer, c'est que la lésion, quelle qu'elle fut, s'est nettement limitée au territoire moteur de la région rolandique, et que cette lésion, après neuf ans, est devenue définitive, incurable.

D'ailleurs l'infirmité de l'enfant est acceptée depuis longtemps par les parents. Ce qui les inquiète, et avec raison, ce sont les attaques convulsives de plus en plus rapprochées, l'épilepsie partielle ou jacksonienne venue se rajouter si tardivement à l'hémiplégie.

Ces attaques ont ceci de très particulier qu'une émotion vive, la peur, la surprise, les faisait éclater. Ne pouvait-on pas les rapporter à un trouble circulatoire brusque, déterminé par l'émotion, favorisé par l'état anormal de la région motrice, écorce et méninge, favorisé également par la dépression osseuse locale, peut-être aussi par l'état de croissance du cerveau ? La circulation locale, brusquement modifiée, causait l'irritation nécessaire des centres moteurs, et la crise éclatait. Cette hypothèse, semble avoir été confirmée par le bon effet de la trépanation. Les convulsions ont cessé ; c'était là le point essentiel pour notre petit malade.

Cette observation nous paraît intéressante sous tous les rapports. Elle fait voir la gravité des lésions cérébrales chez l'enfant, elle signale la possibilité de l'apparition tardive d'une complication sérieuse, l'épilepsie jacksonienne, dont on n'avait pas beaucoup parlé

à propos de ces lésions ; enfin elle prouve que l'intervention chirurgicale, dans les cas de ce genre, rend parfois de signalés services. Si notre petit hémiplegique demeure, au point de vue des travaux manuels, un infirme, il pourra, l'épilepsie supprimée apprendre à lire et à écrire : il pourra donc gagner sa vie.

Section d'ophtalmo-oto-rhinolaryngologie

Cette année—pour la première fois depuis la fondation de l'Association Médicale—les spécialistes des maladies de la tête ont tenu leur réunion séparément sous la présidence du Dr Birkett, le Dr McKee étant au secrétariat. Environ vingt-cinq médecins, des différentes parties du Canada, assistaient à la séance du 11 juin, dans une des salles de la bibliothèque Carnégie. Le président, après avoir souhaité la bienvenue aux membres présents, donna la parole à ceux qui s'étaient inscrits pour des communications.

Le Dr R.-A. Reeve (Toronto) nous entretient des blessures profondes de l'œil, avec ou sans corps étranger. Lorsque l'on constate à l'examen un prolapsus de l'iris, il faut en pratiquer immédiatement l'excision. Si le traumatisme a produit une opacité du cristallin, M. Reeve préconise l'iridectomie avant d'en faire l'extraction. Il nous parle ensuite de l'ophtalmie sympathique comme complication ; et de son expérience personnelle au sujet des corps étrangers du vitré qui sont susceptibles d'être enlevés au moyen de l'aimant.

Le Dr G.-U. Mathewson (Montréal) relate l'observation clinique d'un malade atteint d'ophtalmie sympathique survenue à la suite d'une blessure de l'œil qui datait de 21 ans. Le rapporteur insiste sur cette longue période pendant laquelle le patient n'accusa aucune douleur oculaire, et termine par quelques considérations sur l'étiologie de l'ophtalmie sympathique.

Le Dr C.-M. Stewart (Ottawa) passe en revue la technique de la résection sous-muqueuse de la cloison nasale. Il fait ressortir les avantages de cette méthode comparée avec autres procédés qui sont plus ou moins susceptibles de laisser à la suite une perforation du septum. L'opération peut être faite sous chloroforme, ou avec un mélange de cocaïne et adrénaline, en application locale.

M. Birkett, en discussion, dit préférer inciser la muqueuse sur le côté convexe, bien que certains opérateurs fassent l'incision sur le côté concave. Cette méthode lui permet d'exécuter l'ablation de la partie déviée avec plus de facilité.

Le Dr J.-N. Roy (Montréal) fait part d'une observation très rare d'un malade âgé de 14 ans, à qui il a enlevé un fibrome calcifiant de l'orbite. Deux ans avant cette opération, un confrère avait dû enlever l'œil pour des troubles de nutrition. La possibilité du développement du fibrome de l'orbite a été niée pendant longtemps par certains ophtalmologistes ; aujourd'hui, il est prouvé par le microscope que cette tumeur peut exister. La cavité orbitaire étant guérie, M. Roy fit une tarsorrhaphie partielle qui donna un excellent résultat.

M. Reeve, en discussion, insiste sur l'importance de conserver l'œil en faisant l'ablation d'une tumeur orbitaire.

Le Dr U. McKee (Montreal) parle de l'étiologie et du traitement des ulcères de la cornée. Il s'étend longuement sur les différentes variétés de microbes qui sont en cause, et fait ressortir l'importance de l'examen bactériologique. Il passe en revue les principaux traitements, anciens et nouveaux, sans oublier la sérothérapie dont les effets sont encore incertains.

MM. Mathewson et Tooke prennent part à la discussion.

Le Dr N. C. Jones (Toronto) traite des otites moyennes aiguës suppurées. Quoique douloureuse la paracentèse doit être faite le plus tôt possible. L'oreille est aseptisée par des bains d'eau oxygénée ou d'alcool boriqué, et des instillations de glycérine phéniquée. S'il y a complication de mastoïdite, il faut appliquer de la glace sur l'apophyse avant de faire la séparation.

Mr Roy en discussion dit se servir de la solution de Bonain pour faire ces paracentèses. Ce mélange analgésique appliqué sur le tympan pendant deux minutes, au moyen d'une petite boule de coton, permet d'exécuter cette opération sans douleur.

Le Dr F. T. Tooke (Montréal) préconise la pince kystitome pour l'ouverture de la capsule antérieure dans l'opération de la cataracte. Il mentionne les avantages de cette pince sur le kystitome ordinaire, au nombre desquels serait la moindre tendance à la cataracte secondaire. Cependant lorsque la cristalloïde est très épaisse, vaut-il mieux se servir du kystitome.

MM. Minnes et McKee prennent part à la discussion.

Le Dr U. D. Hamilton (Montréal) termine cette série de travaux en nous rapportant plusieurs cas d'empyème éthmoïdale. Ses malades étaient atteints d'ostéite de tumeurs ou de corps étrangers de l'éthmoïde lesquels ont du subir des interventions différentes. Parmi ses intéressantes observations, nous relevons un abcès orbitaire causé par une infection nasale.

Le président clôtura cette séance en remerciant tout spécialement les membres qui ont pris une part active à ce congrès. Il espère qu'à l'avenir un plus grand nombre présenteront des travaux ; et voudrait voir au Canada, comme en Europe, une Société Médicale florissante d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie.

Sur la gracieuse Invitation de leurs collègues en spécialité MM. les Drs Courtney et Minnes d'Ottawa, les membres présents se rendirent au Club Rideau où un succulent déjeuner leur fut servi. Inutile de dire à ceux qui connaissent les amphitryons que les choses furent faites royalement : aussi les congressistes se séparèrent-ils en emportant le meilleur souvenir de cette réunion médicale, et de leur séjour à la capitale.

J. N. ROY.

Réunion annuelle de l'Association Médicale Canadienne

OTTAWA, les 9, 10 et 11 JUIN.

La quarante-septième réunion annuelle de l'Association Médicale Canadienne s'est ouverte ici ce matin. Un grand nombre de médecins de toutes les parties du pays y assistaient.

Ce soir, sir Wilfrid Laurier et le maire Scott ont souhaité la bienvenue aux visiteurs et le Dr Montizambert, directeur général du bureau de santé, a prononcé le discours présidentiel. Il a traité, d'une manière très pratique, de la façon par laquelle les maladies peuvent être combattues par l'application des principes de l'hygiène.

Les bases de la santé, dit-il, sont dans la propreté dans la maison, une nourriture simple et un repos convenable. Il a insisté particulièrement sur la vérité du vieil adage qu'une heure de sommeil avant minuit en vaut deux après.

Parlant de l'hygiène municipale, le Dr Montizam-

bert dit qu'il devrait y avoir dans chaque ville une inspection officielle du plombage dans toutes les maisons, que tous les plombiers devraient se munir d'une licence qui leur serait accordée par un bureau d'examen municipal.

La santé dépend plus dans la maison du plombier que du médecin. Il suggéra aussi l'adoption d'un registre tenu pour chaque maison y enrégistrant les décès qui y ont eu lieu.

Parlant des règles sanitaires nationales, il dit que le Canada devrait suivre l'exemple du Danemark et passer une loi pourvoyant à l'extermination des rats dans le pays.

Le Dr Montizambert suggère fortement l'adoption d'un bureau fédéral d'hygiène pour répandre parmi le peuple la science de l'hygiène, de la prévention des maladies, etc. Il demanda également la fondation de sanatoria pour les tuberculeux, un système national de vaccination et un bureau national de santé comprenant des représentants des différentes provinces.

En souhaitant la bienvenue aux membres de l'Association, sir Wilfrid Laurier dit qu'il peut maintenant, heureusement, se passer des soins des médecins. Lorsqu'il y a cinq ans, sa santé se trouva dans un très mauvais état, les plus grandes autorités médicales du Canada, d'Angleterre et de Paris lui donnèrent unanimement la même prescription : " Pas de drogues, beaucoup de repos et des aliments purs." En suivant cet avis, sa santé s'est complètement rétablie et sir Wilfrid envisage maintenant sans crainte plusieurs années de travail ardu pour l'avenir.

Le premier ministre a promis aux membres de l'Association que le gouvernement ferait tout en son pouvoir pour enrayer le fléau de la tuberculose dans ce pays. Le gouvernement aidera autant que faire se pourra la fondation de sanatoria pour les tuberculeux.

Le maire Scott seconde, de son côté, les cordiales paroles du premier ministre et dit que les citoyens d'Ottawa apprécient l'honneur de voir leur capitale choisie pour la convention.

Ces discours de bienvenue furent suivis d'une réception fort agréable, où le sourire et les toilettes pâles des dames contrastaient agréablement avec l'habit noir des messieurs.

La réception eut lieu dans une des grandes salles de la Bibliothèque Carnegie, dont s'honore à bon droit Ottawa. Dans l'assistance nous avons remarqué des délégués venus de tous les coins du Dominion.

Nous avons noté les Montréalais suivants : Drs E. P.

Lachapelle, Lt. Col. Aubry, Shepherd, Bell, Adami, Garrow, Grant-Stewart, Martin, Finlay, Lockhart, Birkett, Gordon, Archibald, J. N. Roy, Eug. St-Jacques, Keenan, Elder, Dr Pagé, de Québec.

Le pres. avait adressé une invitation à toutes les Sociétés Médicales du pays d'y envoyer des délégués. Il est malheureux que notre Société montréalaise française ne s'y soit pas fait représenter officiellement. Cette apathie des nôtres pour ces réunions générales de la profession est réellement regrettable. Prendre part *en groupe* à ces réunions générales annuelles de l'Association Médicale Canadienne, serait plus avantageux pour nous, que de nous isoler en des congrès de famille qui certes nous le reconnaissons, ont leurs avantages, mais n'en restent pas moins généralement stériles d'effets collectifs et de promotion nationale.

Notre intention n'est pas d'analyser tous les travaux présentés au congrès mais d'en signaler quelques uns.

SECTION DE MÉDECINE

Présidence du Dr Fotheringham, Toronto

Trait. de la méningite par le sérum de Flexner par Drs F. Finley et P. G. White, de Montréal.

Les altérations du myocarde dans les affections valvulaires, par H. B. Anderson, de Toronto.

Névrite Centrale, neuf cas, par E. Sommers, d'Ogdenburgh.

De la compression cérébrale, au cours des tumeurs cérébrales et de la méningite et à la suite des traumatismes, par E. Archibald, Montréal.

Myotonie Congénitale, par un malade.

Chorée intensive aigue chez l'adulte, guérison par le salicylate de Soude, observations cliniques, par T. Bruneau, Montréal.

Les dispensaires pour les tuberculeux pauvres par H. Parsons, Toronto.

Encephalopathie infantile, suivie tardivement d'épilepsie jacksonnienne, trépanation; guérison, par E. F. Benoit, Montréal.

Quelques complications intéressantes au cours de la tuber. pulmon. et leur trait. par J. Gordon, Montréal.

Le fou criminel, par le Dr Geo. Villeneuve, Montréal, etc.

SECTION DE CHIRURGIE

Présidence du Dr Armstrong, Montréal.

Les calculs de l'uretère, par W. McKeown, Toronto. A. Garrow, Montréal.

L'anesthésie spinale, par H. A. Bruce, Toronto.

Infection portale d'origine appendiculaire, par J. Bell, Montréal.

Tuberculose du sein, par E. St-Jacques, Montréal.

Opérations césariennes, par R. E. Webster, Ottawa.

Toxémie de la Grossesse, par H. Reddy, Montréal.

Fracture du crâne complications nerveuses tardives, opération, guérison, par W. J. Derome, Montréal.

En Hygiène Publique, séances intéressantes où nous fûmes représentés par notre Doyen, le Dr E. P. Lachapelle, de même qu'à la section de médecine militaire, nos amis le lieutenant colonel Aubry et le major de brigade J. N. Roy nous représentaient dignement.

Le second soir eut lieu la grande séance générale où furent lues les adresses magistrales.

En médecine, le sujet choisi fut : " Les réflexes, et leur utilité pour le diagnostic," et disons-le hautement, il fut traité de main de maître par le Prof. Wisian Russell de Londres. Il nous avait été donné, durant un de nos séjours à Londres, d'apprécier le haut talent du jeune maître du University College Hospital. Jeune encore à peine passé la quarantaine, d'un geste agréable, d'une parole facile et châtiée, le Prof. Russell est l'un des plus intéressants causeurs qu'il nous ait donné d'entendre. L'agrément et la facilité de sa diction nous rappelaient les maîtres français. Il montra par des exemples nombreux, l'importance des " réflexes " pour A, établir le diagnostic en pathologie nerveuse; B, servir au diagnostic différentiel entre la polynévrite-périphérique, la myélite, la sclérose en plaques, la sclérose amyotrophique latérale et le tabès; C, localiser des lésions dans les centres nerveux; D, déterminer enfin la sévérité et l'étendue de ces lésions. Il completa sa causerie par de très-intéressantes projections à l'écran, montrant les lésions variées des centres nerveux.

L'allocution en chirurgie fut faite par le Dr John C. Munro, de Boston, qui prit pour sujet : " Des droits chirurgicaux du public."

Beaucoup de lieux communs, très vrais pour la plupart cependant. Il s'élève contre la tendance, qui

semble trop se généraliser, de la chirurgie et surtout la grande chirurgie pratiquée un peu par tout le monde sans avoir au préalable fait un stage long et sérieux, nécessaire pour la saine et vraie chirurgie; plus fortement encore s'élève-t-il contre la dichotomie, qu'il qualifie de malhonnête,—et réclame pour le chirurgien non-seulement la liberté mais le devoir de garder la responsabilité du traitement dans les jours qui suivent l'intervention chirurgicale.

* * *

Rapport de la section d'Ophthalmologie et d'Otologie

Suivant le précédent créé l'an dernier à la réunion à Montréal, les pathologistes tinrent leur séance spéciale.

Notons parmi les travaux qui y furent présentés :

Chorion épithéliome du testicule, par C. B. Keenan, Montréal.

Chorion-épithéliome utérin, 2^{me} cas, par F. A. L. Lockhart, Montréal.

Fragmentation de la fibre cardiaque, dans son association avec l'anévrysme thoracique, par A. R. Landry.

Contribution à la Pathologie des tumeurs du poumon. trois cas de sarcome, par E. Saint-Jacques, Montréal.

MM. Duval et NeKee, de Montréal, contributions à des questions de bactériologie, etc.

* * *

Le côté agréable ne fut pas oublié, et le deuxième jour, le Pacifique Canadien invitait les membres de l'Association à un lunch à Caledonia Springs. Un convoi spécial y amenait les congressistes et les Dames, qui passèrent ainsi une agréable après-midi à ces sources fameuses.

* * *

Enfin, le troisième jour du Congrès furent traitées en séance plénière des questions de haute importance. Dr Deaver, le chirurgien si favorablement connu de Philadelphie, nous fit un magistral exposé de la question de la "Lithiase Biliaire,"—le Dr Robinson, de New-York, traita du Cancer de la langue, puis la "Péritonite généralisée fut mise au programme et discutée par les membres les plus autorisés du Congrès.

* * *

En séance générale de clôture, le Dr Elliott, d'Ot-

tawa, fut élu président pour le prochain terme annuel, et l'invitation de la ville de Winnipeg d'y tenir le prochain Congrès, en 1909, fut acceptée sans condition—liberté étant laissée à l'exécutif d'y faire les modifications jugées à propos.

Un "smoking concert" termina cette intéressante et agréable 47^e réunion annuelle des médecins canadiens.

E. ST-JACQUES

Formes cliniques de la fièvre typhoïde chez les enfants

La fièvre typhoïde se trouve à tous les âges de l'enfance. Si sa fréquence semble s'accroître depuis quelques années, c'est que, grâce à la pratique du séro-diagnostic de Widal, on a fait rentrer dans son cadre une série d'infections étiquetées autrefois embarras gastriques fébriles. Elle est d'autant plus différente du type classique de la fièvre typhoïde de l'adulte que le sujet est plus jeune.

Nous envisagerons donc successivement :

- I. La fièvre typhoïde du nourrisson.
- II. Celle des petits enfants.
- III. Celle des grands enfants.

I.—La *fièvre typhoïde du nourrisson* est rare, il faut en isoler la *fièvre typhoïde du nouveau-né*.

Une femme enceinte, atteinte de fièvre typhoïde, avorte ou accouche de façon prématurée. Souvent le fœtus est mort; ou bien, au contraire, il est vivant. Mais alors tantôt il est malade, tantôt il est sain.

S'il est malade, il va réagir comme les nouveau-nés réagissant à toute septicémie, c'est-à-dire présenter des hémorragies généralisées, il mourra rapidement; le foie et la rate seront hypertrophiés, congestionnés. Ou bien il naîtra débile et sera souvent emporté par une autre infection.

La fièvre typhoïde du nourrisson est rare. L'étiologie en est intéressante. Il ne semble pas que le lait maternel puisse être le vecteur du bacille d'Eberth, mais la porte d'entrée doit plutôt être recherchée dans le contact des mains ou du linge souillés par les déjections typhiques, ou encore, si l'enfant est élevé au biberon, c'est

que le lait aura été additionné d'eau contenant la b.cille d'Eberth.

Le diagnostic de la fièvre typhoïde est très difficile à cet âge, car les signes fonctionnels font défaut ou sont peu nets.

Ainsi il n'y a pas d'épistaxis, les taches rosées sont fréquemment absentes, et la diarrhée, phénomène si banal, est le plus souvent verte.

Méry reconnaît trois formes cliniques :

a) *Une forme d'infection généralisée.*—On a, en effet, une fièvre continue ou irrégulière ; la rate est grosse les taches rosées sont inconstantes, le petit malade est dans l'abattement et la torpeur, la diarrhée est jaune et fétide :

b) *Une forme pseudo-méningitique.*—L'enfant présente alors soit de la somnolence, soit de l'excitation. C'est généralement le diagnostic de méningite que l'on pose, à cause de la raideur de la nuque, du strabisme ; cependant, en outre de la réaction de Widal, il y a de la tension des fontanelles dans la fièvre typhoïde, elles sont déprimées dans la méningite ; le ventre est ballonné dans la fièvre typhoïde, il est rétracté dans la méningite. La diarrhée est constante dans la fièvre typhoïde, et il y a parfois des taches rosées. L'enfant meurt toujours dans le collapsus en une douzaine de jours.

c) *Une forme gastro-intestinale.*—On pose le diagnostic de gastro-entérite à cause de la fièvre, de la diarrhée et du météorisme. Mais le régime n'améliore pas les enfants ; la température persiste aux environs de 39 degrés ; la splénomégalie est constante ; les taches rosées sont fréquentes.

Cette forme est moins grave que les précédentes ; l'enfant peut guérir (Nobécourt et Bertherand). Bien souvent cependant la maladie se termine par la mort, avec des phénomènes de diarrhée cholériforme, de collapsus et d'algidité (Marfan).

II.—La fièvre typhoïde de l'enfant âgé de deux à huit ans revêt des types variables ; tantôt, en effet, l'enfant réagit comme un nourrisson ; tantôt comme un enfant plus âgé.

III.—Le tableau de la fièvre typhoïde de l'enfant de huit à douze ans se rapproche du type adulte, cependant quelques différences importantes sont à signaler :

Ainsi le DÉBUT, lent chez l'adulte, est brusque chez l'enfant, et les lois de Wunderlich, déjà inconstantes chez l'adulte, sont chez l'enfant le plus souvent en défaut ; la période des oscillations ascendantes manque habituellement.

Le début est celui de l'embarras gastrique fébrile,

avec céphalalgie et vomissements ; plus rarement c'est une angine, un coryza avec laryngite parfois striduleuse, une névralgie intercostale ou un torticollis, ou encore des convulsions, qui ouvrent la série.

Un début fréquent est le début par phénomènes appendiculaires. Il a été bien étudié par Morizard et donne lieu à de fréquentes erreurs de diagnostic.

Puis apparaît la PÉRIODE D'ÉTAT.

Celle-ci est caractérisée particulièrement par la fièvre, qui oscille aux environs de 39 à 40 degrés. Mais cette hyperthermie n'est pas accompagnée, comme chez l'adulte, de *tuphos*, de céphalalgie, d'insomnie et des autres phénomènes nerveux. L'enfant, en général, ne souffre pas et conserve toute sa lucidité. Le *pouls* est à 130 ou 140, mais, jusqu'à l'âge de dix ans, *il n'est jamais dicrote*. L'*épistaxis* manque dans la moitié des cas. Les phénomènes digestifs ne sont pas calqués sur ceux de l'adulte ; ainsi il y a de la *constipation* plutôt que de la diarrhée. Il n'y a pas de *météorisme*, pas de *gargouillement* dans la fosse iliaque et la *palpation* de cette région n'est pas douloureuse.

L'*état de la langue* est caractéristique. C'est une langue trémulante ; c'est une langue où l'on voit plus de rouge que de blanc. Elle est parfois même desquamée comme dans la scarlatine, elle n'est pas étalée comme dans l'embarras gastrique, mais elle est pointue.

La *rate* est toujours grosse, et cette splénomégalie se trouve par la palpation plus que par la percussion ; cette investigation est souvent douloureuse.

Les *taches rosées* sont presque constantes. Elles ne sont pas toujours discrètes comme chez l'adulte mais, au contraire, peuvent être très abondantes ; on les décele pas seulement alors sur l'abdomen, mais encore sur le cou, le thorax et la face et même sur les membres, c'est la *forme exanthématique* de Weill.

La *bronchite*, comme chez l'adulte, est de règle, elle est souvent très marquée et occupe la base ou le sommet.

Les *urines* sont rares et légèrement albumineuses, riches en urates et en indican.

Période de déclin.—Chez l'adulte, le déclin de la fièvre typhoïde, comparable en cela au début de cette affection, est lent, précédé du stade amphibole.

Chez l'enfant, la *défervescence* est souvent plus brusque.

Chez l'adulte il y avait lysis.

Chez l'enfant il y a crises : crise urinaire, crise sudorale ; les sudamina sont très abondantes et parfois sui-

vies d'une desquamation assez intense, furfuracée, qui peut simuler celle de la scarlatine, n'en était le siège différent (cette desquamation n'atteint pas les extrémités).

Période de convalescence.— Elle est moins longue que chez l'adulte ; l'enfant est très amaigri au début de cette période.

La durée de la maladie est de deux ou trois semaines ; en général, courte par conséquent.

Les rechutes, rares chez l'adulte, ne le sont pas chez l'enfant.

Ainsi, sur les treize cas observés depuis quelques mois dans le service, il y a eu trois rechutes. La rechute revêt toujours des caractères identiques à elle-même. La température était depuis quelques jours à 37 degrés quand, le lendemain, la température remonte à 38,5 ou 38,7. Elle persiste une huitaine de jours puis redescend. La rechute est le plus souvent sans gravité. Il peut y avoir deux rechutes successives ayant le même aspect.

Formes cliniques.—Elles sont très nombreuses : il y a autant de formes cliniques que de malades. Les plus intéressantes sont les *formes légères*, presque de règle. Sur les treize fièvres typhoïdes du service, nous comptons cinq formes légères.

La fièvre typhoïde peut revêtir ce caractère de bénignité de deux façons :

Ou bien la température ne monte jamais au delà de 38°,5 ou 39.

Ou bien la durée de la fièvre typhoïde est raccourcie et ne dépasse pas douze, treize ou 14 jours.

Ces faits expliquent la fréquence du typhus ambulatorius, des fièvres dites muqueuses et des embarras gastriques. L'enfant devient ainsi un agent de dissémination de la fièvre typhoïde.

Mais à côté de ces formes légères, il existe des formes *graves* :

La fièvre typhoïde peut être grave :

a) Par sa durée ;

b) Par les accidents nerveux qu'elle provoque, et la forme ataxo-adyamique comparable à celle de l'adulte n'est pas exceptionnelle ;

c) Par les complications.

Complications.—Elles sont moins fréquentes chez les enfants que chez les adultes.

Les *infections bucco-pharyngées* sont fréquentes : ce sont des stomatites et des angines ulcéreuses ou mem-

braneuses, le muguet. L'ulcération du voile du palais est plus rare.

Les *perforations intestinales* sont exceptionnelles ce qui s'explique par ce fait que les plaques de Peyer restent molles chez l'enfant et aussi que la fièvre typhoïde a une évolution plus rapide. On trouve cette complication dans 1,7 à 2 0 0 des cas.

Hémorragies intestinales.—Par contre, les hémorragies intestinales sont aussi fréquentes chez l'enfant qu'elles le sont chez l'adulte, 2 à 10 0/0 des cas.

Comme chez l'adulte, il est *deux sortes d'hémorragies intestinales* :

Les unes *précoces* à la fin du premier septenaire :

Les autres plus *tardives* à la fin du deuxième septenaire.

Elles reconnaissent la même pathogénie que chez l'adulte : elles se caractérisent par la même chute de température. Ajoutons que chez l'enfant on rencontre souvent le type de l'hémorragie bienfaisante de Trouseau, la température ne remontant pas à la suite d'une hémorragie de la fin du deuxième septenaire.

L'appendicite est une complication relativement fréquente chez l'enfant : elle est de diagnostic souvent délicat et peut se présenter au début ou à la fin de la maladie.

Les complications hépatiques sont rares.

L'appareil circulatoire est plus souvent atteint qu'on ne le croyait jadis.

Moizard et son élève Bacaloglu ont insisté sur les *troubles du rythme cardiaque*, faiblesse des bruits cardiaques, tachycardie, embryocardie, tendance au collapsus qui doivent faire *proscrire le bain froid*. La myocardite est rare.

Les artérites ne sont pas exceptionnelles chez l'enfant.

Assez souvent chez le typhique on note un *syndrome méningé* : signe de Kernig, raideur de la nuque, etc. En présence de ce syndrome on pratique la ponction lombaire, mais tantôt on trouve du liquide clair, tantôt du liquide purulent. Si le liquide est purulent, la polynucléose est massive, si le liquide est clair, il y a des polynucléaires, ou des lymphocytes ou bien au contraire le liquide ne contient pas d'éléments figurés. On y décèle quelquefois le bacille d'Eberth ou bien le liquide est stérile.

Diagnostiquer cliniquement la nature de cette réaction méningée est impossible, et seule la *ponction lombaire* permet de dire si l'on a affaire à une véritable

méningite ou à du simple méningisme (méningite séreuse de quelques auteurs).

Pour fréquentes que soient ces complications méningées, ce ne sont pas les seuls accidents d'origine nerveuse que l'enfant peut présenter.

Ainsi l'*amnésie* est fréquente. Plus rare est l'*aphasie transitoire* signalée par Landouzy. Cette aphasie ne s'accompagne pas d'hémiplégie et dure huit à dix jours. Enfin la *résurie*, temporaire il est vrai, a été signalée.

Les complications articulaires sont rares.

Les complications osseuses sont plus fréquentes. Débu dans sa thèse en reconnaît quatre formes :

a) *Une forme bénigne*.—L'enfant présente des douleurs osseuses juxta-épiphysaires dues à ce qu'il grandit très rapidement pendant sa fièvre typhoïde, comme en témoignent les vergetures indélébiles siégeant au niveau des articulations.

b) *Une forme aiguë suppurée*.—C'est la périostite ou l'ostéomyélite typhique.

c) *Une forme chronique et non suppurée*.—Cette variété est rare mais très intéressante car si on n'a pas assisté à l'évolution de cette complication on pense à l'hérido-syphilis. Cette variété de périostose se caractérise par des douleurs nocturnes et des nodosités qui apparaissent sur la crête du tibia. C'est une complication de convalescence.

d) *Une forme chronique suppurée*.—Cette variété rappelle l'abcès froid tuberculeux (Chantemesse et Vidal). L'évolution est en effet extrêmement longue, elle survient pendant la convalescence ou plus tard et persiste plusieurs mois ou années. Cette ostéite localisée siège de préférence sur la face interne du tibia, au cubitus, aux côtes ou même aux vertèbres. Ces abcès osseux contiennent du bacille d'Eberth à l'état de purété.

Les complications de l'appareil respiratoire sont fréquentes.

Nous avons vu que parfois la fièvre typhoïde débutait par un accès de *laryngite striduleuse* :

La *bronchite*, symptôme plutôt que complication, est aussi fréquente que chez l'adulte. Elle peut être très intense.

Les congestions pulmonaires sont plus intéressantes. Elles siègent en effet très souvent au sommet et la fièvre typhoïde n'est pas évidente, on est tenté de poser le diagnostic de tuberculose aiguë. Le diagnostic est d'autant plus difficile que la coexistence des deux affections est loin d'être exceptionnelle. Une tuberculose latente peut être réveillée par une typhoïde.

La *pneumonie* survient souvent au début de l'affection et le *pneumotypus* peut se manifester avec toutes les modalités qu'il revêt chez l'adulte.

La broncho-pneumonie peut apparaître à la période d'état ; les pleurésies sont rares.

Les complications cutanées et sous-cutanées sont chez les enfants très fréquentes.

C'est d'abord l'*œdème*, qui survient sans cause apparente, indépendamment de toute albuminurie, tantôt localisé au scrotum ou aux malléoles, tantôt généralisé. La pathogénie de ces œdèmes est restée inconnue jusqu'à ces dernières années. On admet à l'heure actuelle qu'ils sont dus à la rétention chlorurée.

Les *érythèmes infectieux* sont rares, mais leur étude, encore incomplète à l'heure actuelle, est des plus intéressantes (Hutinel et Martin de Girard). Ce sont des enfants atteints de fièvre typhoïde grave qui, au cours du troisième ou du quatrième septenaire, font un érythème scarlatin ou polymorphe, leur température s'élève, la diarrhée devient plus fétide et les vomissements apparaissent. C'est une complication à allure épidémique et souvent mortelle. On n'en connaît pas la cause, on a invoqué une infection surajoutée streptococcique. Il est possible qu'il s'agisse là d'une auto-intoxication d'origine gastro-intestinale due à une mauvaise qualité du lait ingéré.

Les *gangrènes* sont assez rares chez l'enfant. Dans la fièvre typhoïde, comme dans les autres affections, on peut en reconnaître trois variétés :

a) Les *gangrènes par pression* au niveau du sacrum, des trochanters, du talon, etc. ;

b) Les *gangrènes par artérite* ;

c) Les *gangrènes diffuses*, qui peuvent siéger en divers points cutanés ou muqueux ; leur similitude avec celles de la rougeole est complète.

Enfin, les infections cutanées et sous-cutanées sont fréquentes. Les abcès siègent particulièrement aux points où l'on a pratiqué les injections sous-cutanées ou à la fesse.

Le pronostic est moins sérieux que chez l'adulte. Cependant, il ne faut pas en exagérer la bénignité. Dix pour cent des cas se terminent par la mort. Chez le nourrisson, la proportion est beaucoup plus forte et la mortalité est de 50 p. c.

Le diagnostic chez le nourrisson est difficile. Nous avons vu que chez lui la fièvre typhoïde revêtait trois types : celui de septicémie, celui de méningite et celui de tétanie. Il convient donc d'éliminer ces trois affections.

Chez les enfants de dix à douze ans, le diagnostic est plus facile. Il faudra cependant éliminer la gastro-entérite, la grippe, l'appendicite, la tuberculose aiguë, le rhumatisme articulaire aigu ; l'ostéomyélite mérite une mention particulière.

Mais le diagnostic clinique devra toujours s'appuyer sur le diagnostic bactériologique. Il faudra donc procé-

der à l'ensemencement du sang, au séro-diagnostic de Widal et à la diazo-réaction d'Ehrlich. Le séro-diagnostic, du reste, permet seul de différencier la dothiéntérie des paratyphoïdes qui depuis quelques années semblent sévir d'une façon particulière sur la population parisienne

(E. LESNÉ, *in La Clinique*).

FAITS DIVERS

Notre année universitaire vient de se terminer, dans un calme qui contraste singulièrement avec l'éclat du début.

Tous se rappellent l'intéressante séance inaugurale, en septembre dernier, sous la présidence du vice-chancelier, et où le vice-recteur fit part au nombreux auditoire des progrès réalisés durant le dernier exercice universitaire.

Pourquoi nos fins d'années universitaires sont-elles si ternes ! Regardons autour de nous, au loin comme auprès. Qu'y voyons-nous ? Des séances publiques, spéciales à chaque faculté, et où les gradués viennent prêter le serment professionnel et recevoir leurs diplômes.

Tous les amis de l'Université et les parents des élèves assistent à ces séances, connues aux universités anglo-saxonnes sous le nom de "commencement exercises." Quel enthousiasme ! car c'est une fête. Le corps professoral est au complet et en grand costume universitaire. Le doyen—ou son représentant—prononce l'allocution de circonstance,—le secrétaire proclame les élus et les méritants aux concours d'honneur—et un finissant, le "valedictorian," se fait l'interprète de ses camarades auprès de l'Alma Mater.

Le public, qui se presse à ces séances de clôture, sait ainsi que son université est une œuvre vivante puisqu'il voit les résultats de son enseignement ;—il connaît aussi les progrès que son université a faits et apprend en même temps ses besoins : en un mot il apprend à s'intéresser à l'œuvre universitaire.

Chez nous ? Tout est terne. Ceux qui y sont passés savent comment les diplômes y sont donnés. Certes

ils sont mérités. Mais ce que nous ne pouvons nous empêcher de regretter, c'est le manque d'éclat, presque de décorum, avec lequel en est faite la banale distribution. Bien préférable et plus digne serait, ce nous semble, d'annoncer publiquement les heureux résultats de l'année académique,—que de proclamer que les portes sont ouvertes. Modestie du début, mais fierté des résultats,—voilà ce que nous voudrions.

Le Dr Roddick, ayant résigné comme doyen de la Faculté de Médecine de l'Université McGill, le Dr Shepherd vient d'être invité, par le conseil, à sa succession. Professeur distingué et chirurgien de grande réputation, nous ne doutons pas que le nouveau doyen ne fasse preuve, dans sa nouvelle position, de cette largeur d'esprit et de sentiment de progrès qui sont la marque des hommes vraiment supérieurs et si généralement rencontrés chez les universitaires anglais.

Le mouvement universitaire en France.—M. H. Gauthier vient de publier son rapport annuel sur le mouvement des étudiants à l'Université de Paris et voici à quelles conclusions il arrive. D'abord le chiffre des étudiants pour Paris s'est élevé en 1907 à 19.509. Ce chiffre se décompose ainsi :

Médecine : 3,230, dont 3 017 étudiants (263 étrangers et 313 étudiantes, 168 étrangères).

Droit ; 7,482, dont 7,374 étudiants (566 étrangers et 108 étudiantes, 78 étrangères).

Sciences : 2,147, dont 1,906 étudiants (330 étrangers), et 242 étudiantes, 153 étrangères).

Lettres : 2,649, dont 1,186 étudiants (337 étrangers, et 763 étudiantes, 669 étrangères).

Pharmacie : 1,001, dont 923 étudiants (21 étrangers, 78 étudiantes, 4 étrangères).

Pour les étudiantes, la majorité est composée d'étrangères dans les quatre Facultés.

Les étrangers viennent surtout de la Russie, la Roumanie et l'Égypte, pour le Droit ; de la Russie, la Turquie, la Roumanie et la Grèce pour la médecine ; de la Russie, pour les sciences ; de la Russie, l'Allemagne, l'Angleterre et les États-Unis, pour les lettres ; de la Turquie, pour la pharmacie.

Voici, au sujet de l'augmentation de la population scolaire de l'université de Paris, les intéressantes remarques du professeur Gautier :

Seule, la population scolaire de la faculté de droit a eu une croissance extraordinairement rapide pendant ces dernières années. À l'inverse de ce qu'on observe pour le droit, les sciences et les lettres, *les études médicales et pharmaceutiques paraissent moins en faveur* : la décroissance de la population scolaire de la faculté de médecine et de l'école de pharmacie se poursuit d'une manière continue depuis 1896.

La lutte contre le cancer.—Il vient de se créer à Berlin une Association internationale pour l'étude du cancer.

Les délégués français à cette nouvelle association qui a tenu sa première séance sont : MM. Delbet, Borrel, Marie, Bécère et Ledoux-Lebard.

MM. Marie et Borrel ont été nommés membres du bureau.

Lord Mount Stephens vient de donner 5,000 parts du Great Northern Ry. à l'hôpital King Edward de Londres, soit donc \$600,000.00

Ce n'est pas tout. Il avait déjà fait cadeau à la même institution de \$2,000,000. voilà une admirable philanthropie.

Les sociétés médicales de l'ouest canadien viennent de tenter un mouvement de concentration. La Société

Clinique de Winnipeg a originé le mouvement et nommé un comité chargé de rechercher à opérer la fusion des différentes sociétés de l'ouest sous le nom de Western Canada Medical Association, laquelle serait une section de l'Association Médicale canadienne. Les sociétés qui ont fait beaucoup de bien pour la profession dans notre province, ne manqueront pas de donner aussi d'excellents résultats à nos confrères de l'ouest.

Nous savons les intéressants résultats déjà fournis par The Rockefeller Institute de New-York. Il y manquait, comme longtemps à l'Institut Pasteur, la consécration clinique, i. e. un hôpital annexe. Cette lacune vient d'être comblée grâce encore à la générosité du même Rockefeller, qui vient de mettre à la disposition du conseil de l'Institut une somme de \$500,000 "in grateful recognition of the services of Dr Simon Flexner," son directeur.

Le Prof. Auguste Martin, de Berlin, si favorablement connu d'un bon nombre d'entre nous, était dernièrement l'hôte de la Société de Chirurgie et de Gynécologie de Chicago.

La Faculté de Médecine de Harvard vient de plus en plus à l'avant-plan. Elle a inauguré en juin une série de cliniques avancées pour médecins, sur le plan des "ferien cursus" des universités allemandes. Plus de 30 professeurs et agrégés ont été chargés de ces cours sérieux, qui ont été donnés exclusivement à l'hôpital.

Le gouverneur Hughes de l'État de New-York vient d'apposer sa signature à un bill du Sénateur Cassidy qui met la tuberculose au rang des maladies contagieuses à déclaration obligatoire aux autorités.

Tout logement antérieurement occupé par un tuberculeux devra nécessairement être désinfecté par les autorités avant qu'il en soit pris possession par le nouveau propriétaire ou locataire. Voilà de la saine prophylaxie, et qui vaut bien des sanatoria. Suggéré à notre conseil d'Hygiène.

Le Dr S.-A. Knopf, de New-York, si connu de tous ceux qui s'intéressent à la question de la tubercu-

lose, vient d'être nommé Professeur spécial de "Phtisiothérapie" au Post-Graduate Medical School

Le congrès international sur la Tuberculose se réunira à Washington D. C. en septembre prochain. Le Président Roosevelt en a accepté la présidence et le Dr Trudeau, de Saranak, la présidence honoraire.

* * *

La Faculté de Médecine de l'Université North Western vient d'aller chercher à l'Université Columbia de New-York, un professeur de Pharmacologie, le Prof. Richards. Dans toutes les universités de valeur, l'enseignement de la pharmacologie est regardé comme de toute première importance pour former un bon praticien et conséquemment confié à un spécialiste en l'art pharmaceutique.

Rapport de la Commission du Bon Lait (Suite)

Pourquoi faut-il un règlement municipal — Que doit-il comprendre ?

LES USTENSILES

Sect. 27.—Les ustensiles servant à la traite ne seront apportés dans l'étable qu'au moment de la traite et en seront sortis immédiatement après. Lorsque les bidons, réceptacles ou autres ustensiles sont de fer blanc, les joints devront être parfaitement remplis, bien soudés et repolis afin d'en rendre le lavage facile. Dans les cas où les bidons, réceptacles ou autres ustensiles servant au transport du lait ne seront pas jugés propres à cette fin, les inspecteurs devront les confisquer.

Sect. 28.—Tous les bidons, réceptacles ou autres ustensiles à l'usage de la laiterie ne devront être employés qu'à cet usage. Ils devront être lavés avec de l'eau bouillante contenant un alcali et devront être bien aérés après chaque service, de plus ils seront soumis à l'action de la vapeur ou de l'eau bouillante avant de servir de nouveau. Les bidons vides avant d'être renvoyés à la campagne, devront être bien nettoyés ; il sera du devoir de l'inspecteur de confisquer les bidons retournés à la campagne sans être convenablement lavés.

Sect. 29.— Il est interdit de faire servir à une nouvelle distribution de lait ou de crème, les flacons ou autres vaisseaux remis par les familles, avant qu'ils aient été au préalable lavés à l'eau bouillante.

Sect. 30.— Il est défendu de se servir pour la livraison du lait, de mesures ou de vaisseaux qui auront servi à la livraison de la crème. Ces vaisseaux ou mesures devront être tenus dans des boîtes bien fermées et à l'abri de la poussière.

Sect. 31.— Toute voiture servant à la livraison du lait ou de la crème dans la Cité devra porter dans un endroit visible, le nom et l'adresse de son propriétaire, en lettres de 3 pouces de longueur et d'une largeur proportionnelle. Ces voitures devront être couvertes et fermées sur les côtés. L'intérieur sera subdivisé selon un plan approuvé par le Bureau d'Hygiène. Le laitier devra tenir sa voiture toujours très propre.

Sect. 32.— Le commerce du lait écrémé sera toléré dans les limites de la Cité à condition que les mots : "lait écrémé" soient affichés sur chaque bidon qui contiendra de ce lait, et que la livraison du dit lait ne soit jamais faite en même temps que celle du lait non écrémé.

Sect. 33.— On pourra vendre dans les limites de la ville deux sortes de crème, mais les bidons contenant cette crème devront indiquer quelle crème l'on offre en vente :

1.—Crème dite TRES RICHE, devra contenir 29 p.c. à 33 p.c. de matière grasse.

2.—Crème dite COMMERCIALE pourra contenir de 18 p.c. à 21 p.c. de matière grasse.

Tels sont, messieurs, les moyens que la Commission du Bon Lait croit être les plus efficaces pour améliorer la qualité du lait dans la ville de Montréal.

Il est encore un point important qu'il ne faut pas laisser de côté, c'est de combattre l'ignorance et les préjugés du public en général.

Quelque parfaite que soit une loi, quelque application que l'on apporte à son observance, il y a toujours et partout des malins qui réussissent à la contourner d'une manière ou d'une autre.

L'homme, qui fait les lois d'après l'expérience acquise, et de son propre arbitre, cherche souvent à s'y soustraire quand il le peut sans danger.

C'est un fait psychologique assez curieux mais qui ne peut être nié. Nous sommes très enclins à cette manie de tromper l'autorité souvent sans y trouver d'avantages, tout en nous exposant à des ennuis considérables.

Vous tous qui avez plus ou moins voyagé, n'avez oublié les inquiétudes causées par la visite des douaniers, quelles ruses n'avons-nous pas inventées pour passer aux frontières sans acquitter les droits, une provision d'alcool, ou quelques douzaines de mauvais cigares.

Quelles émotions procurent au pêcheur à la ligne, quelques petits poissons pris en temps prohibé ; ce sont les meilleurs que nous n'avons jamais mangés.

Je ne parle pas des chasseurs, car chez eux c'est passé à l'état de seconde nature.

Quel agrément nous procure une promenade en tramway quand on réussit à ne pas payer sa place, ou à faire accepter une correspondance ne valant plus.

Que d'autres péchés n'avons-nous pas commis sciemment envers la loi et l'autorité ? Ce sont là, cependant, des peccadilles qui, somme toute, ne causent à personne de préjudices importants. Mais si nous tous, qui sommes la classe éclairée, nous nous laissons si facilement entraîner sans y trouver de bénéfice, comment, lors que surtout il y trouvera un bénéfice réel, le commerçant peu délicat pourra-t-il résister à l'entraînement ?

Dans la question qui nous intéresse de petites causes peuvent produire de grands effets.

Si le laitier, qui pollue son lait en le coupant avec de l'eau malpropre, ou le transportant dans des bidons défectueux et infects, était renseigné sur la responsabilité qu'il assume et sur les torts qu'il cause fatalement à ses clients, nul doute qu'il serait plus circonspect.

Si le client savait combien le lait est un aliment délicat à manipuler et facile à transformer en véritable poison, il ne le laisserait pas eroupir sur le portique ou dans l'escalier, exposé aux poussières de la rue, dans des récipients malpropres.

C'est pourquoi la Commission du Bon Lait croit qu'il est nécessaire d'instruire le peuple par des communications fréquentes, pratiques et répétées, que le corps médical devrait contrôler et diriger.

Enfin, comme tout ce travail a surtout pour but la protection de la première enfance et la lutte contre la mortalité infantile, la Commission croit qu'il faut précociser l'entreprise d'un hôpital d'enfants où les petits malheureux recevraient avec une alimentation parfaite une direction sage et des soins éclairés.

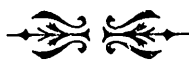
CONCLUSIONS

Après les rapports des différents sous-comités, la Commission du Bon Lait en est venue aux conclusions suivantes :

Le seul moyen pratique d'améliorer la qualité du lait dans la ville de Montréal, est d'en contrôler la production et la vente par les règlements présentés ce soir à la Société Médicale.

La Commission du Bon Lait suggère que la Société Médicale de Montréal, après en avoir pris connaissance, adopte les règlements qui viennent d'être lus et nomme un comité composé de quelques uns de ses membres, dont feraient partie MM. le Président, le Secrétaire du Bureau d'Hygiène Provincial et M. le Président de la Commission d'Hygiène de la ville de Montréal.

Ce comité aurait pour mission d'entrer en relations avec le Premier Ministre de la Province de Québec et ses collègues, avec le maire et les échevins de la ville de Montréal, de leur démontrer l'utilité et l'urgence qu'il y a d'adopter ces règlements. Le même comité devrait également répandre et vulgariser cette idée dans le public en s'appuyant sur l'autorité et s'assurant le concours actif de tout le corps médical.



PROGRES DES SCIENCES MEDICALES

Le Traitement moderne de l'ophtalmie des nouveau-nés

Par Rosa Ford, The Hospital, février 1908.

L'auteur préconise le traitement suivant dans la pratique générale. Comme prophylaxie, essuyer les paupières immédiatement après la naissance avec un tampon humide. Instiller une solution de protargol à 10 p. 100 dans chaque cul-de-sac conjonctival aussitôt que possible après la naissance.

Comme traitement, nettoyer le cul-de sac conjonctival toutes les demi-heures avec une solution chaude de borate de soude et appliquer sur les yeux des morceaux de gaz trempés dans la même solution et qu'on changera toutes les demi-heures. Instiller la solution de protargol à 10 p. 100 toutes les heures. Une fois par jour instiller du protargol à 20 p. 100 en retenant la solution pendant deux minutes dans le cul-de-sac conjonctival.

Si la cornée se trouble, instiller de l'atropine (0,12 centigrammes par 30 grammes) trois fois par jour et continuer le traitement.

Dans les cas hyperaigus et les rechutes, même traitement que ci-dessus jusqu'à ce que le gonflement diminue et que la sécrétion soit franche ; au lieu d'instiller alors du protargol à 20 p. 100, badigeonner toute la conjonctive palpébrale avec une solution de nitrate d'argent à 2 p. 100 une fois par jour. Au bout d'une minute enlever l'excès avec une solution salée stérilisée.

L'auteur donne ensuite quelques avis pratiques. Si l'enfant naît avec une ophtalmie déjà constituée, ne pas appliquer le traitement de Crédé. La solution de nitrate d'argent ne ferait qu'aggraver l'inflammation. De même si la méthode de Crédé a été négligée à la naissance, il ne faut pas l'appliquer au premier signe d'inflammation ; ne jamais employer une solution de nitrate d'argent au-dessus de 2 p. c.

Examiner la cornée d'un enfant atteint d'ophtalmie au moins deux fois par jour, et dans ce but ne se servir d'écarteur que si on ne peut faire autrement.

Cliniquement, le protargol et l'argyrol sont plus utiles que le nitrate d'argent, le protargol est le plus ef-

ficace. Il doit être préparé à l'eau froide et la solution doit être conservée dans des verres jaunes.

Si l'inflammation est limitée à un œil, elle est selon toute probabilité le résultat d'une obstruction congénitale du conduit lacrymal ; reconnus de bonne heure, les yeux peuvent être facilement et rapidement guéris, plus tard le traitement est plus long et plus difficile. Au point de vue du pronostic, si la cornée reste claire, sauf dans les types dits diphtériques ou malins, on peut obtenir une guérison complète. Le protargol ne doit pas être employé pendant trop longtemps, car il pourrait colorer la conjonctive.

Roy.

Lombrics et troubles intestinaux

Par M. Bartet (Arch. de Méd. Navale, 1908, no 1)

M. Bartet cite cinq observations de malades venant de l'Extrême-Orient et atteints de lombricose. Les symptômes étaient : diarrhée récidivante, coliques survenant à heure fixe et selles sanguinolentes. Deux malades avaient des douleurs dans la fosse iliaque droite.

L'affection est souvent difficile à diagnostiquer : elle ne présente pas de signes pathognomoniques et peut être confondue avec la dysenterie, l'appendicite, etc.

L'auteur conseille, contre la lombricose, la thérapeutique suivante : repos au lit, diète hydrique. Le lendemain, santonine. Les parasites, grâce à ce médicament, sont expulsés au bout de quelques heures.

BRUNEAU.

L'asymétrie est la forme normale de la figure humaine

Après avoir étudié les 2.000 crânes du Musée d'anthropologie du Jardin des Plantes, les 3.000 crânes du Collegio Romano de Rome, les 400 crânes des momies de l'Ecole de Médecine du Caire, c'est-à-dire des crânes de toutes les races et de tous les temps, même les préhistoriques, et après avoir complété le résultat de ces études avec des observations sur les vivants M. Richard Liebreich conclut que l'asymétrie n'est pas, comme le veut Lombroso, une tare, une malformation, un signe de

dégénérescence, mais, tout au contraire, la forme normale de la figure humaine.

L'asymétrie porte sur les os malaïres : le droit se rapproche, dans sa partie la plus proéminente, de l'angle droit, tandis que le gauche, avec une courbe plus ouverte, s'infléchit vers l'arrière, et en même temps, dans bien des cas, un peu vers le haut.

Il en résulte une différence dans la forme et la position des bords des deux orbites, qui sont, à droite, presque dans le plan de la figure ; à gauche, dans un plan incliné en arrière. La mâchoire supérieure paraît déplacée à droite, sa surface gauche aplatie.

La différence entre les deux côtés peut, d'ailleurs, être renversée.

L'origine de ces asymétries serait, d'après l'auteur, dans la dernière période de la vie fœtale, dans laquelle le bassin exerce une pression sur la joue de l'embryon, c'est-à-dire sur la joue gauche, dans la position ordinaire de la tête, et, pour la seconde forme, sur la joue droite.

L'asymétrie serait donc une conséquence nécessaire de la position verticale de l'espèce humaine.

(C. R. Acad. des Sciences '08)

E. ST-JACQUES.

Médication d'urgence par la réduction des liquides

Par Huchard et Fiessinger (*Journal des Praticiens*, 15 février 1908)

La réduction des liquides, au cours de certaines cardiopathies, surtout des cardiopathies artérielles, est capable de sauver les malades d'une mort imminente. Dans ces cas, on se trouve en présence d'une dilatation facile des cavités cardiaques : si celle-ci augmente et devient permanente, et que le barrage veineux reste irréductible, les boissons diurétiques ne s'éliminent presque plus par le rein et surchargent les tissus tout en élevant la tension veineuse et immobilisant le cœur dans une distension extrême.

Dans ces conditions, il faut tenir compte non-seulement de la diminution des urines, mais encore de la quantité des liquides ingérés : si le poids des malades augmente rapidement, il indique la formation d'œdèmes interstitiels précédant très souvent l'œdème périphérique. Si ce dernier apparaît, augmente rapidement, et que les médications rénale et cardiaque échouent, on arrivera, par la réduction des liquides, à des résultats remarquables.

Il faut alors, le premier jour, donner 500 grammes de lait et un litre d'eau mélangés, le deuxième et troisième jours, moitié lait et moitié eau, à partir du quatrième jour, le régime alimentaire où la réduction des aliments solides vient s'ajouter à celle des liquides. Concomitamment, on donne de la digitaline, dix jours de suite, un dixième de milligramme de digitaline cristallisée, interrompre cinq jours, reprendre cinq à dix jours. En même temps on donne deux cachets de 0,50 grammes de théobromine par jour.

De cette façon, on obtient cinq à dix jours de débacle urinaire s'accompagnant de la disparition de la dyspnée et des insomnies. Mais si la diurèse n'apparaît pas, il faudra donner une injection de caféine de 0,25 grammes, une ou deux fois par jour : au bout de deux ou trois jours on pourra s'adresser à la digitaline, dont l'action est plus lente, mais aussi plus prolongée.

MASSON

Traitement de la fièvre typhoïde

Par Boy-Teissier (*Marseille Médical*, avril 1908)

Trois ordres de symptômes permettent de schématiser le traitement de la fièvre typhoïde, ce sont : la fièvre, l'état du tube digestif, l'état cardio-vasculaire, l'état nerveux.

Dans le service de M. Boy-Teissier, on traite très rarement la fièvre par la balnéation, car celle-ci est inutile ou dangereuse quand elle est mal faite. Elle est remplacée par l'application de l'entéroclyse systématique chaque trois, quatre cinq ou six heures, suivant les indications du thermomètre. Le pyramidon alterne avec l'entéroclyse ou le remplace. Le pyramidon a été employé à la dose de 0,05, 0,10, 0,15 ou 0,20 centigrammes, chaque deux, trois, quatre, cinq ou six heures. Les chutes thermiques coïncident avec l'urination, l'humidité de la langue, l'absence d'obnubilation cérébrale.

On désinfecte le tube digestif soit à l'aide de petites doses de sulfate de soude, qui agit alors comme les composés sulfhydriques, soit à l'aide du calomel. La glace est appliquée sur le ventre dès qu'il y a du météorisme. Les hémorragies sont traitées par la vessie de glace. Enfin, on donne du collargol à l'intérieur à dose de 0,60 à 0,75 centigrammes.

Contre les phénomènes d'asthénie cardio-vasculaire, on utilise d'abord une potion composée d'ergotine, de strychnine et de spartéine. Si l'asthénie s'aggrave, on fait des injections d'huile camphrée, de strychnine et de

spartéine, soit séparément chacune, chaque trois heures, soit les trois rénnies, chaque trois heures. Enfin, le cœur est soutenu par des applications précordiales d'une ves sie de glace.

Dans les états nerveux, pas de traitement spécial, tous les symptômes nerveux sont fonction de l'intensité de l'infection, de la résistance nerveuse. Toutefois, certains signes indiquant un certain degré d'infection des méninges cérébro-spinales sont combattus efficacement par la ponction lombaire, suivie d'une injection de col-largol.

Les états pulmonaires méritent rarement un traitement spécial, mais dans quelques cas de stase pulmonaire avec dilatation du cœur droit, la saignée a donné de bons résultats.

Comme régime alimentaire : 1 litre de lait et trois litres d'autres boissons.

VERNER.

Variole confluente hémorragique traitée par la levure

Par Du Mont (*Ärztl. Sachv. Zeitg.*, février 1908).

Observation d'une malade atteinte de variole hémorragique grave, qui reçut trois fois par jour une forte cuillerée à café de levure sèche. Dès la première dose on constata une diminution de gonflement de la face, une disparition du délire, etc. Au moment de la sortie (cinq semaines après le début de l'affection), on ne trouvait pas trace des cicatrices classiques, il n'existait que de petites taches rosées sans modification du derme.

L'auteur recommande de faire, le cas échéant, des essais sur une plus grande échelle.

BRUNEAU.

La prévention et le traitement des accidents de l'huile grise

M. Queyrat, insiste sur l'importance des moindres détails dans l'administration de l'huile grise.

- 1o Instituer une hygiène très minutieuse de la bouche.
- 2o Rechercher l'albumine dans les urines :
- 3o Suspendre le traitement si des nodosités persistent ;
- 4o Tenir grand compte du poids du malade : ne pas dépasser un centigramme de mercure par 10 kilos

de poids. Un malade de 70 kilos ne doit pas recevoir plus de 7 centigrammes par semaine.

M. Queyrat, par les injections de platine colloïdal associées aux injections d'eau salée a réussi à guérir une stomatite mercurielle très grave.

(*Bulletins de la Société médicale des Hôpitaux.*)

L'infection éberthienne latente peut être la cause de la lithiase biliaire

Dans une intéressante leçon sur les rapports de la lithiase biliaire et de la fièvre typhoïde, M. P.-E. Lavois, (*in Gaz. des Hôpitaux 1908*) résumant l'état actuel des recherches et des observations sur cette question, établit que, dans la dothiëntérie, les voies biliaires sont infectées ; que la bile devient un excellent milieu de culture pour le bacille d'Eberth ; que celui-ci peut aussi persister d'une façon prolongée, presque indéfinie pourrait-on dire, dans les voies biliaires, le sujet demeurant un bacillifère éberthien ; et, qu'enfin, l'infection éberthienne latente peut être la cause de la lithiase et de ses complications habituelles, cholécystite et angio-colite.

E. St JACQUES

Myxœdème et tumeur de l'hypophyse

MM. P. Sainton et F. Rathery rapportent un cas de myxœdème typique : l'autopsie montra une tumeur hypophysaire considérable ayant amené la destruction fonctionnelle de l'organe. Toutes les autres glandes à sécrétion interne, corps thyroïde, surrénales, ovaires, étaient atrophiées ; seul le thymus était en état de reviviscence. Ce fait vient à l'appui de la théorie qui admet une synergie entre la plupart de ces glandes et incrimine, dans diverses maladies, des insuffisances pluriglandulaires.

(*Soc. Med. des. Hop. mai 1908.*)

ASSELIN.

