

BULLETIN MEDICAL

DE QUEBEC

MARS 1923

ARTICLES ORIGINAUX

	Page
Notes de pratique chirurgicale:	
a—Carie sèche de l'épaule.....	65
b—Ostéo-synthèse dans mal de Pott.....	67
Société Médicale de Québec.....	69
a—A propos de tétanos.....	13
Correspondance	13
Nouvelles	77

REVUE ANALYTIQUE

Syphilis utérine et métrorrhagie. 78	rhagies	83
Pronostic du choc traumatique.. 79	Protection de l'oeil dans paraly-	
Tic convulsif hystérique..... 81	sie facale	84
Extrait hypophysaire et hémor-	Dyspepsie chez les sanguins.....	85

NOTES DE PEDIATRIE

Guérison de paralysie par le trait	Etiologie de la surdi-matité.....	86
spécifique	Oïdiomycose cutanée	87
Ictère congénital par absence du	Otitis latentes chez les nourris-	
canal hépatique	sons	87

PETITES CONSULTATIONS

Usage interne de teinture d'Iode. 89	Pour sauver les asphyxiés.....	89
Le lait naturel, aliment opothé-	L'eau oxygénée dans les douleurs	
rapique	gastriques	90

PROPOS DE TUBERCULOSE

Valeur de la cuti-réaction	A propos de pleurésie séro-fibri-	
Phlébite précoce dans tubercu-	neuse	95
lose pulmonaire	ALBUM MEDICAL.....	96

NOS ANNONCEURS

J. I. Eddé, Montréal, Canada.....	de 1 à 11
Laboratoire du "Spectrol".....	13
Rougier Frères, 210, rue Lemoine, Montréal.....	14
Rougier Frères, 210, rue Lemoine, Montréal.....	15
Rougier Frères, 210, rue Lemoine, Montréal.....	16
Joseph Contant, 231, Notre-Dame Est, Montréal.....	17
Frank W. Horner, Limited, Montréal, Canada.....	17
J. A. Harris, rue St-Denis, Montréal.....	18
Rougier Frères, 210, rue Lemoine, Montréal.....	19
Parke, Davis & Co., Walkerville, Ont.....	20
Hervay Chemical Co., Ltd.....	21
Casgrain & Charbonneau, Ltée.....	21
Rougier Frères, 210, rue Lemoine, Montréal.....	22
J. A. Harris, rue St-Denis, Montréal.....	23
Rougier Frères, 210, rue Lemoine, Montréal.....	24
Henry K. Wampole & Co., Limited, Perth, Ontario.....	24
Rougier Frères, 210, rue Lemoine, Montréal.....	25
Conseil Supérieur d'Hygiène de la Province de Québec	26
Rougier Frères, 210, rue Lemoine, Montréal.....	27
Bendages Herniaires de A. Clavierie.....	28
Laboratoire Genevriev, Paris.....	28
J. B. Giroux, Québec.....	28
J. E. Livernois.....	30
The Arlington Chemical Co., Yonkers, N.-Y.....	30
Od. Chem. Co., N.-Y.....	31
La Cie d'Imp. Commerciale.....	31
Laboratoire Louvain, Lévis, Québec.....	32
P. Lebeault & Cie, 5 rue Bourg-l'Abbé, Paris.....	dans le texte
American Machinist	dans le texte
Laboratoire Couturieux, Paris.....	dans le texte
Cie de Pougues, Paris	dans le texte
Laboratoires Clin.	couverture
Horlick's Malted Milk Co.....	"
J. I. Eddé, Montréal, Canada.....	"
J. I. Eddé, Montréal, Canada.....	"

Panglandine

Extrait opothérapique total comprenant:

Thymus, Ovaires, Rate, Duodénum, Hypophyse, Capsules
Surrinales, Thyroïde, Pancréas, Testicules, Foie,
Prostate — En proportions physiologiques.

Capsules kératinisées de 0 gr. 25.

Lantol

Rhodium Colloïdal électrique.

Ampoules isotoniques de 3 cc.

Maladies infectueuses — Septicémies.

En injections indolores, non toxiques. 2 à 3 par jour.

Stanion

Etain Colloïdal électrique.

En ampoules isotoniques de 3 cc. et en capsules.

Furonculose — Infections à Staphylocoque.

Heracléine

Extraits de Yohimba, Damiana Str. nux vomica.

Acanthea et phosphure de Zinz.

Association des plus actifs des toniques du système nerveux
aux doses thérapeutiques et sans l'adjonction d'aucun exci-
tant ou irritant.

Union Commerciale France-Canada
J. I. Eddé

Edifice New Birks, Montréal,

Tél. UP. 6671

NOTES DE PRATIQUE CHIRURGICALE.⁽¹⁾**Dr Charles VEZINA,**

Ass.-Professeur d'anatomie.

En vous présentant deux observations de carie sèche de l'épaule, nous voudrions attirer votre attention sur une manifestation tuberculeuse de l'articulation scapulo-humérale, dont le diagnostic peut présenter parfois certaines difficultés et le traitement conduire à des désastres, si l'affection a été méconnue.

La première malade est âgée de 23 ans. C'est une maîtresse d'école. Elle se présente dans le service de Monsieur le Dr Simard pour des douleurs dans l'épaule droite et une impossibilité d'élever le bras pour écrire au tableau. A l'examen on constate une atrophie considérable du moignon de l'épaule. La pression exercée sur la tête humérale au niveau du creux axillaire développe une douleur très forte. Il y a en plus limitation des mouvements. Mais pas d'ankylose. La radiographie fait voir une tête humérale diminuée de volume. On dirait qu'il y a eu résorption osseuse.

Le deuxième malade est un garçon âgé de 15 ans qui vient nous consulter en juin 1922. Six mois auparavant, il a commencé de ressentir des douleurs au niveau de son épaule droite, douleurs exagérées par les mouvements, persistant au repos, même la nuit. Il a de plus perdu l'appétit et a maigri considérablement.

En examinant l'épaule nous constatons une atrophie très marquée; le bras est collé au tronc, et toute tentative pour l'en écarter occasionne des douleurs. Les mouvements d'abduction du bras sont très limités et ne se font qu'aux dépens de l'omophate, car il y a ankylose complète. La radiographie vous fait voir une tête humérale atrophie, et soudée à la cavité glénoïde de l'omophate. Il n'y a rien d'anormal du côté de la diaphyse humérale, toute la lésion siège au niveau de l'épiphyse.

Que devons-nous penser de l'affection de ces deux malades qui ont présenté à peu près les mêmes symptômes. Nous pouvons, je crois, éliminer facilement la tuberculose fongueuse dans laquelle on constate toujours un gonflement considérable de l'épaule qui peut quelquefois en imposer pour une tumeur.

Chez nos deux malades au lieu de ce gonflement c'est une atrophie très marquée que nous avons constatée.

(1)—Travail présenté à la Société Médicale (Février 1922).

Nous pouvons aussi rejeter le diagnostic de rhumatisme qu'on incrimine bien souvent et qui n'est peut-être pas toujours aussi responsable de la production des affections qu'on lui attribue.

Il y a cependant une affection dont il faut se méfier à cause de l'analogie des symptômes qu'elle peut présenter avec ceux de la carie sèche de l'épaule : c'est la périarthrite scapulo-humérale qui débute par une inflammation de la bourse séreuse sous-deltôïdienne.

"Dans les deux cas le tableau clinique est à peu près le même" : atrophie du moignon de l'épaule, douleurs, limitation des mouvements.

Cependant dans la périarthrite les mouvements sont moins limités que dans la carie sèche ; le mouvement d'abduction peut être porté jusqu'à 45°, sans que l'omoplate soit entraînée. De plus à la pression les points douloureux de la carie sèche apparaissent sur la tête humérale surtout lorsqu'on l'aborde par l'aisselle ; dans la périarthrite la douleur apparaît au niveau de la bourse séreuse sous-deltôïdienne.

La périarthrite se rencontrera de préférence chez l'adulte arthritique et souvent à la suite d'un traumatisme ou d'une chute sur l'épaule.

Enfin la radiographie permet de trancher la question. Comme nous l'avons vu il y a atrophie, résorption osseuse dans la carie sèche ; dans la périarthrite les lésions siègent dans les tissus péri-articulaires.

Il est très important de différencier ces deux affections car le traitement n'est pas le même.

La périarthrite sera améliorée et guérie par le massage, la mobilisation.

La carie sèche qui est une tuberculose atrophique, qui ne suppure jamais et qui a une tendance naturelle à l'ankylose sera immobilisée. Si l'on méconnaissait cette affection, si l'on croyait avoir affaire à une périarthrite alors qu'il s'agit d'une carie sèche, on verrait ce qui est déjà arrivé plusieurs fois, une carie sèche passer à la forme fongueuse à la suite de mobilisation et de massage intempestifs.

Chez nos deux malades l'immobilisation n'a pas été suffisante. Malgré ce traitement les douleurs ont persisté très fortes et nous avons été obligés de leur pratiquer une résection de la tête humérale qui a supprimé définitivement la lésion.

Depuis ce temps les douleurs ont disparu et nos malades ont récupéré une capacité de travail qu'ils n'avaient pas avant l'opération.

Charles Vézina.

ANALYSE

QUELQUES CONSIDERATIONS SUR L'OSTEO-SYNTHESE
DANS LE MAL DE POTT

(Jacque Calvé et Marcel Galland, *Journal de Chirurgie*, No. 6, déc. 1922.)

L'apparition d'une nouvelle méthode thérapeutique provoque toujours un certain jugement. C'est ce qui est arrivé pour la méthode d'Albée du traitement du mal de Pott par l'ostéosynthèse.

Les auteurs donnent d'abord la conclusion de leur expérience clinique et anatomique. N'opérez pas l'enfant; n'opérez que l'adulte et seulement lorsqu'il sera parvenu à la période de guérison.

Ne jamais opérer l'enfant parce que le traitement classique donne une guérison anatomique définitive. Tout mal de Pott entrepris à temps chez l'enfant, guérit définitivement par Cal osseux et sans gibbosité.

Dans la méthode d'Albée, greffe, et permettre la marche après six semaines au lit, le greffon est non seulement insuffisant mais nuisible au point de vue orthopédique, car il cède et s'adapte à cet effort constant en s'allongeant et s'incurvant: de plus le greffon s'oppose aux lordoses thérapeutiques.

Puis les auteurs citent la statistique de Brockett et de ses collègues au congrès de Boston (Juin 1921.) à la suite de l'enquête que cet américain a mené à la demande de la Société américaine d'orthopédie.

96 cas examinés.

10 abcès avant l'opération et persistant après, 8 abcès disparaissant après l'opération, 7 abcès apparaissant après l'opération, 1 paralysie avant l'opération et persistant après. 7 paraplégies disparaissant après l'opération.

Le rapporteur fait remarquer que ces paraplégies ont peut-être disparu du fait que les malades restèrent couchés souvent très longtemps après l'opération.

2 paraplégies apparaissant après l'opération. 2 cas d'infection. 24 augmentations de gibbosité sur 32 cas, au dessous de 5 ans (75%). 32 augmentation de gibbosité sur 48 cas, de 5 à 16 ans (66%).

5 augmentations de gibbosité sur 16 cas au dessus de 16 ans (31.2%). Cette statistique se passe de commentaires.

Les auteurs rapportent un cas, le premier opéré en France par Albée lui-même.

L'enfant est dans un état satisfaisant. Albée l'opère en avril 1914, l'enfant se lève en avril 1915. Tout va bien pendant 8 mois, En 1916, l'enfant se met à souffrir. On le couche, un abcès volumineux apparaît à la cuisse et se fistulise, puis l'enfant meurt en 1916.

Les auteurs ont opéré 16 adultes par la méthode d'Albée et de Hibbs. Les cas en évolution n'ont pas été modifiés dans leur allure; les troubles mécaniques (compression radiculaire), pas modifiés non plus.

Chez les malades opérés à l'époque habituelle de guérison, on a noté dans un cas augmentation de la gibbosité.

Les bons résultats obtenus chez les autres ne prouvent rien puisque ces malades étaient parvenus à la phase de guérison.

Conclusion des auteurs: Jamais opérer l'enfant, "Traiter l'adulte dit guéri et riche, non soumis à des efforts violents (intellectuels) par la méthode classique (celluloid durant la vie entière.)

Traiter l'adulte dit guéri et pauvre, travailleur manuel, celui que vous avez pris en mains, par la méthode des greffes, en lui imposant en plus le port d'un appareil de maintien si possible. La greffe sera une sécurité de plus."

C. V.

Traitement des AFFECTIONS VEINEUSES

Veinosine

Comprimés à base d'*Hypophyse* et de *Thyroïde* en proportions judicieuses
d'*Hamamélis*, de *Marron d'Inde* et de *Citrate de Soude*.

DÉPOT GÉNÉRAL : **P. LEBEAULT & C^{ie}**, 5, Rue Bourg-l'Abbé, PARIS

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE QUÉBEC

164^e séance, le 23 février 1923.

M. le Docteur Arthur Leclerc, président, déclare la séance ouverte à 9 heures p. m.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le Docteur Arthur Simard est le premier conférencier. Sa causerie intitulée **"A propos du tétanos"**, n'a pas pour but de nous apprendre du nouveau, mais lui permetra, dit-il de traiter à un point de vue très-général la question du tétanos, et surtout de nous faire connaître son opinion personnelle, basée sur son expérience clinique des 25 dernières années.

Le 28 Novembre 1922, un adulte travaillant à la campagne, se fait écraser un doigt entre deux buches. Les premiers soins comportent l'enlèvement de débris de mitaine dont le patient se servait depuis longtemps pour prendre soin des animaux, à l'étable. Quelques jours plus tard on enlève un morceau de tissu gangréné; il y a infection.

Le 11 décembre, il éprouve un peu de fatigue à la mâchoire inférieure. Le 12, il y a trismus, et contracture de la nuque et du dos.

Le 16, il se présente à l'hôpital: on constate une contracture légère de la mâchoire, à laquelle viennent s'associer de temps à autres des petites convulsions à peine ébauchées.

Le malade est mis au lit dans une chambre isolée et obscure et on commence immédiatement les injections de sérum anti-tétanique à hautes doses:

Le 16 déc: 50. c. c. de sérum. Nuit assez bonne, mais avec convulsions et opisthotonos.

Le 17 Déc: 100. c. c. de sérum.

Le 18 Déc: 150. c. c. de sérum. Amélioration.

Le 19 Déc: 100. c. c. de sérum.

Le 20 Déc: 100. c. c. de sérum. Chloral: 5 grammes.

Le 21 Déc: 100. c. c. de sérum. Chloral: 5 grammes.

Le 22 Déc: 100. c. c. de sérum.

Le 23 Déc. Pas de sérum; 5 grammes de chloral.—Nuit assez bonne mais avec légères contractures.

Le 24 Déc: 100. c. c. Le malade peut ouvrir la bouche.

Le 25 Déc: Pas de sérum; un peu de chloral seul.

Le 27 Déc: Bonne nuit.

Le 28 Déc: Chloral 4. grammes.

Cinq jours plus tard, le malade quitte l'hôpital, guéri. Il avait reçu 800. c. c. de sérum anti-tétanique. C'est la première guérison que le Dr. Simard obtient par le sérum.

Depuis 25 ans, le Dr. Simard a traité 11 cas de tétanos: 9 cas à l'hôpital, et 2 cas en dehors. (9 cas aigus et 2 cas sub-aigus). Pas un des malades reçus à l'hôpital avaient reçu le sérum avant leur entrée; les deux cas vus au dehors n'avaient pas reçu le sérum.

Chez deux malades reçus à l'hôpital, le tétanos s'est développé dans des circonstances spéciales.

Le premier avait subi six mois auparavant, l'amputation du pied mais une ulcération formant plaie suppurante persistait depuis cette première opération, sur l'extrémité de son moignon. Il vint à l'hôpital pour faire traiter cette ulcération; il ne présente aucun signe pouvant faire songer au tétanos. On refait le moignon, et le lendemain de l'intervention il est en plein tétanos. On lui injecte du sérum, mais il meurt trois jours plus tard. Ce malade était évidemment en puissance de tétanos au moment de son arrivée à l'hôpital. Mais comment se fait-il qu'une intervention chirurgicale banale déclanche la crise tétanique? Cette question reste fort obscure.

L'autre malade, un accidenté, entre à l'hôpital le dernier jour d'un mois de service. Une injection préventive de sérum lui est prescrite, mais elle ne lui est pas donnée. Il meurt en plein tétanos 4 jours plus tard.

L'incubation est de 4 à 5 jours, souvent 8 à 10 jours, et parfois le tétanos n'apparaît que 20 jours après la plaie. Plus il est tardif, plus il est lent. L'infection suppurée favorise le développement du tétanos.

Les variétés sont: 1o.—Le tétanos aigu, dont l'évolution est rapide.

2o.—Le tétanos chronique, au cours duquel on voit se développer lentement les symptômes appartenant à chaque forme.

3o.—Le tétanos splanchnique, ou tétanos médical d'autrefois: Cette forme n'existe pas; elle relève toujours d'un tétanos à point de départ intestinal, à marche rapide une fois déclarée; ou bien c'est un tétanos qui se développe à la suite d'un accouchement.

4o.—Le tétanos céphalique qui se développe à la suite d'une blessure à la tête; on observe une paralysie faciale du côté de la blessure, avec contracture de la face du côté opposé. C'est une forme chronique.

Le pronostic du tétanos est généralement grave. La mortalité est de 87 à 90, parfois jusqu'à 95%.

TRAITEMENT:—10.—Le traitement préventif par le sérum est excellent, à condition qu'il soit fait en série. Injecter d'abord le plus tôt possible, 10. c. c. puis répéter la même injection 3 ou 4 fois à 8 ou 10 jours d'intervalle.

Le sérum préventif donné judicieusement fera disparaître le tétanos. Tout blessé dont la blessure a pu être plus ou moins souillée par des produits terreux ou animaux doit recevoir une injection préventive de sérum, dès son entrée à l'hôpital.

20.—Tétanos déclaré:—Injections massives de sérum et traitement ordinaire connu: isolement dans une chambre obscure, chloral. Ce traitement est symptomatique mais ne guérit pas. Les injections à doses massives peuvent être données: hypodermiques, musculaires, intra-veineuses, mais il faudra se méfier des accidents sériques ou autres. On donnera de 100. à 150. c. c. par 24 heures.

Une statistique mentionne que sur 16 enfants atteints, 14 ont guéri avec des doses de 400. à 500. c. c. Les cas sub-aigus sont relativement plus sensibles à l'action du sérum.

Contre le tétanos déclaré, on peut aussi employer le traitement de Bacelli. Le Dr. Simard a eu deux cas de guérison avec ce traitement. Il consiste à injecter dans le canal rachidien un mélange d'acide phénique et de sulfate de soude. Il faut surveiller l'apparition des urines noires.

Le Dr. St-Jacques, de Montréal a rapporté sept guérison par ce traitement.

Mais il ne faut pas oublier que si ce traitement a donné de si bons résultats entre les mains de son auteur, c'est que le tétanos en Italie est beaucoup plus fréquent et beaucoup moins grave que le tétanos que nous observons ici. Cependant le traitement de Bacelli peut être utile à la campagne, parce que le sérum coûte cher, et on n'a pas sous la main les quantités de sérum voulues pour injecter des hautes doses.

Enfin on donnera du chloral de la morphine; et aussi on soignera la plaie.

Conclusions:—10.—A l'hôpital: Avant le tétanos, donner les injections préventives.

Lorsque le tétanos est déclaré: donner le sérum à hautes doses.

20.—A la campagne: si l'on a pas de sérum, instituer le traitement de Bacelli.

M. le Président remercie le Dr. Simard.

Par le Dr. Bissonnette.—Pourquoi ne pas employer conjointement le sérum et le traitement de Bacelli?

Réponse par le Dr. Simard.—Le Bacelli introduit dans l'organisme une substance toxique.

Par le Dr. Verge.—A part les injections de sérum, pourquoi ne pas verser le sérum directement dans la plaie?

Réponse par le Dr. Simard.—Le sérum n'a aucune action contre les manifestations tétaniques lorsqu'il est versé dans la plaie; Le microbe se développe dans la plaie mais ce sont ses toxines qui se répandent dans l'organisme et qui donnent lieu aux manifestations.

Pour éviter les crises anaphylactiques, le Dr. Simard recommande de diminuer progressivement les doses et de continuer l'injection de petites doses.

M. le Dr. J. Ed. Samson: cite trois cas traités l'an dernier par le Dr Roy, à l'Hôtel-Dieu de Lévis. Après diagnostic reconnu, on a fait le traitement de Bacelli: acide phénique à 3%, 5 c. c. toutes les trois heures le premier jour.—Guérison des trois cas.

M. le Dr. Chs. Vézina, présente deux observations de carie sèche de l'épaule, manifestation tuberculeuse de l'articulation scapulo-humérale.

1er malade: institutrice, elle ne peut plus mouvoir son bras droit. A l'examen l'épaule est atrophiée; douleur à la pression localisée à l'articulation. La radiographie vient compléter et confirmer le diagnostic.

2ième malade: enfant de 15 ans. Depuis 6 mois il souffre dans l'épaule droite. Il est maigre, le bras droit est collé au tronc. La radiographie fait voir une tête humérale soudée à l'omoplate.

Cette affection ne doit pas être confondue avec la tuberculose fongueuse, le rhumatisme, la péri-arthrite humérale, affections qui nécessitent le massage et la mobilisation. La carie sèche au contraire a tendance à l'ankylose qu'il ne faut pas mobiliser.

Chez ces deux malades l'immobilité n'a pas été suffisante. Il a fallu réséquer la tête humérale. Les malades ont très bien guéri, et ont repris une capacité de travail considérable.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 10.15 p. m.

Dr E. Couillard.

AMERICAN MACHINIST

322, CRAIG OUEST, MONTREAL.

Galvanoplastie — Instruments de Chirurgie.

CORRESPONDANCE

M. le Directeur

Si vous aviez la curiosité de savoir quelle somme de travail requiert l'organisation sanitaire d'une ville comme Québec, je vous suggérerais de lire, d'un bout à l'autre, le beau rapport de l'année publié par le dévoué directeur du service, M. le Dr. C. R. Paquin. (1)

Quelle somme de travail accompli avec le petit nombre d'employés à son service, à partir de la statistique vitale et mortuaire, récréation publique, laboratoire, inspection des aliments; condition sanitaire de la ville; contrôle des permis de constructions, maladies contagieuses; hygiène de l'enfance; hygiène scolaire et finir par l'assistance municipale et le contrôle médicale.

2127 analyses de lait et d'eau de l'aqueduc ont été faites durant l'année, ce qui représente, croyez-le bien des heures de laboratoire.

7121 inspections d'enfants d'école; 3868 inspections des logements.

Pour rendre justice et faire voir un peu le travail accompli, il faudrait citer le rapport en entier.

Cependant, s'il y a beaucoup de progrès depuis dix à douze ans, il ne faut pas croire que tout est parfait, et personne mieux que le directeur le sait, et c'est pourquoi il cherche, chaque année, à améliorer d'avantage.

Ainsi le rapport demande des **"bains publics"** c'est une nécessité pour une ville comme Québec.

Il y a 2000 ans, la ville de Pompéi possédait un grand nombre de bains publics à l'eau et plusieurs bains publics de soleil (solarium).

Egalement la question de l'enlèvement des déchets devrait être résolue immédiatement. Il est bon de forcer les gens à tenir la cave et la cour propres, mais il faut que les déchets s'enlèvent rapidement et méthodiquement.

L'organisation sanitaire de la ville de Québec pourrait servir de modèle pour les petites villes qui n'en ont pas encore, dans la province. Il est à espérer que le comité de santé se rende aux vœux exprimés dans le rapport de leur directeur, pour le plus grand bien de la santé publique.

* * *

(1)—"Rapport Annuel de l'état sanitaire de la ville de Québec", par le Dr. C.-R. Paquin, Directeur du service.—Un vol. de 34 pages, Dussault & Proulx Ed., 1922.

Pour qu'on aime l'hygiène: Causeries préparées par les inspecteurs sanitaires du Service Provincial d'Hygiène 1 vol. 75 pages 1922.

Ces causeries sont supposées être un **"recueil de notions pratiques"** pour les instituteurs et institutrices qui devront les communiquer aux enfants.

Prises séparément, ces causeries sont bien faites. Reliées en un volume elles ne sont qu'une suite de répétitions qui aboutissent inmanquablement à faire croire aux enfants que tout l'hygiène consiste dans le fait de se: **"laver les mains et de se brosser les dents"**, attendu que l'on rencontre ce même conseil à presque toutes les causeries pour près des trois quarts du volume.

Rien d'étonnant à cela, quand on sait que, disséminés aux quatre coins de la province, les inspecteurs ont été appelés à écrire un article qui devrait être la suite logique de celui qui précède, mais qu'ils ne connaissaient pas.

Il semblerait que nos inspecteurs sanitaires ont assez de besogne à faire sans leur imposer une nouvelle tâche.

En un mot, ces causeries auront toujours contre elles d'être écrites par quinze auteurs au lieu d'être l'oeuvre d'un seul. Cette décision peut partir d'une heureuse modestie, plus certain encore d'un excès de ménagement des fonds du service, mais elle retire à l'ouvrage l'unité de plan et l'uniformité de style.

Puisque nous sommes à causer de la littérature du service provincial d'hygiène, permettez-moi de faire quelques remarques.

Il est trop vrai, que souvent, il n'est pas agréable de faire des remarques mais que voulez-vous?

J'ai sous les yeux un exemplaire de la loi et des règlements d'hygiène de chaque province du Canada.

Toutes, Québec excepté, publient sur beau papier, beaux caractères avec jolie couverture en fort papier de couleur.

Je me demande pourquoi le volume de la loi et celui des règlements de notre province ne serait pas de même.

Je me le demande doublement surtout quand je constate que la loi et règlements du ministère de la voirie, la loi de la chasse, celle de la pêche et de tous les autres ministères sont sur beau papier glacé, avec couverture en fort papier brun.

Le département de l'hygiène seul fait exception. Pourtant s'il est un département où tous ces détails devraient être très soignés, c'est bien celui de l'hygiène.

Que diable, ou on fait de l'hygiène ou on en fait pas. Il faut commencer par prêcher par l'exemple.

Jusqu'à aujourd'hui, en général, toute la littérature du département d'hygiène s'est faite sur du papier misérable, le plus commun que l'on pouvait trouver, les caractères employés étaient bien loin d'être hygiéniques, beaucoup trop fins, et encore plus fins pour les notes au bas des pages; les interlignes trop étroits; aucune figure ni vignette et le tout sans aucune couverture; et de cela nous en avons par milliers d'exemplaires.

Vous avez là **"les qualités"** de la toilette typographique de la littérature du département d'hygiène.

A un congrès sanitaire, j'ai entendu un conférencier faire des remarques très sensé-es au point de vue de l'hygiène de la vue, en rapport avec les caractères d'impression de certains livres de classe. Il se plaignait que certains de ces livres étaient imprimés en caractères beaucoup trop petits.

Il fut approuvé et avec raison.

Et alors on ne peut que trouver très curieux de constater que ceux qui font des remarques sont justement ceux-là même qui prêchent le plus contre l'hygiène de la vue et du bon goût dans leurs publications. Servons-nous d'un exemple. Je ne connais pas un seul département, à Québec, qui pourrait vous fournir quelque chose d'aussi pauvre en papier, d'aussi anti-hygiénique en caractères, d'aussi chiche en apparence que **"Le catéchisme anti-tuberculeux"**, ou encore le pamphlet: **"Sauvons nos enfants."**

Pour ma part je n'ai jamais vu de semblable ailleurs!.....

Et dire que c'est le département d'hygiène qui vous sert de semblables abominations. C'est incroyable.....

J'ai eu l'occasion, dans divers endroits, où j'ai fait des causeries sur l'hygiène, de distribuer de la littérature. Les jolis livrets s'enlèvent rapidement, et **"sauvons nos enfants"** reste là.....

Au contraire, prenez-moi ce même feuillet **"Sauvons nos enfants"** imprimez-le sur beau papier glacé, gros caractères, format plus petit, ajoutez-y plusieurs jolies figures et vignettes, finissez-le d'une couverture illustrée et vous aurez-là quelque chose de bien présentable et qui sera lu.

Mais ce serait exactement le même contraste que si "Marie-Crotée" tenait restaurant à côté du Frontenac.

Où iriez-vous dîner?

Une chose que l'ancien service d'hygiène a toujours négligé dans la publication de sa littérature, c'est l'illustration.

Ne prêche-t-on pas que l'éducation par les yeux est plus importante et plus efficace que celle par les oreilles.

Le cinéma est reconnu aujourd'hui un moyen d'éducation par excellence.

Pourquoi n'en tirerait-on pas profit en illustrant à profusion la littérature surtout celle pour les enfants, et, sur ce point, les adultes sont de grands enfants.

On saisit mieux un texte illustré, il reste plus gravé dans la mémoire que s'il ne l'est pas.

Si on cherchait la cause, ou plutôt la raison on la trouverait dans une question d'économie. Ça, c'est certain.

Economie mal placée, je répondrai.....Faisons beau à l'oeil, bon à l'esprit avec les notions pratiques que nous voulons inculquées. Là est le succès!.....

Il n'est plus question d'économiser quand il s'agit de la santé de nos enfants.

Si le nouveau "Service Provincial d'Hygiène" désire que la littérature qu'il fera publier soit lue, qu'il soigne la toilette typographique.

Encore un fois, un beau petit livret, bien illustré a beaucoup plus de chance d'être lu, produire son effet, et être conservé qu'un feuillet sur papier à gazette et où il faut s'arracher les yeux de la tête pour ne pas perdre la ligne.

Dr. L.-F. Dubé.

"Villa-du-Verger, Mars, 1923.

**INFECTIONS ET TOUTES
SEPTICEMIES**

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

....LABORATOIRE COUTURIEUX....

18, Avenue Hoche, Paris.

Traitement LANTOL
— PAR LE —

Rhodium B. Colloïdal
électrique

AMPOULES DE 3 C'M.

NOUVELLES

Sous les auspices de la Société Médicale de Québec, les médecins du district ont vécu deux belles soirées, l'une à l'Hôpital St-François d'Assises, l'autre au Club de la Garnison.

La première soirée était consacrée à entendre la lecture des sujets de médecine, nombreux, variés et très intéressants. Nous en reparlerons dans la prochaine livraison du "Bulletin Médical". A cette séance de la Société Médicale, plus de quarante médecins se trouvaient réunis, et ils furent reçus par leurs confrères de l'Hôpital St-François d'Assises avec tous les honneurs de l'hospitalité.

La seconde soirée se passa dans des agapes. En effet, à l'appel de la Société Médicale, plus de 60 médecins s'attablèrent au Club de la Garnison et offrirent un dîner d'honneur à M. le Dr Rousseau, à l'occasion de son départ pour l'Europe. Ce Monsieur représentera l'Université Laval et la Province de Québec aux grandes fêtes qui auront lieu à Strasbourg en l'honneur de Pasteur. Et ce n'est pas trop de dire qu'il nous y fera de l'honneur.

En attendant, ce dîner fut pour M. le Dr. Rousseau un beau témoignage d'estime et de considération. Il le méritait bien du reste. Nous pouvons le dire sans flagornerie, il ne lira pas ces lignes, M. le Dr Rousseau, quoique jeune encore, a déjà une carrière bien remplie. Comme tout homme de bien, il a fait deux parts dans sa vie: une part qu'il a donnée à sa profession, et l'autre au bien public. Il a en effet généreusement payé sa dette à la société. N'y eut-il que l'oeuvre de l'Hôpital Laval, dont il fut le principal artisan, c'en serait déjà assez pour illustrer la vie d'un homme. Mais il y a plus.

Devenu doyen, il s'est rendu compte de l'état de notre enseignement universitaire. Et voilà que maintenant il consacre toute son intelligence et toute son énergie—et Dieu sait s'il en a—à perfectionner cette oeuvre éminemment nécessaire au bien public.

Déjà il s'est assuré de la fondation d'un grand hôpital général, avec toutes les améliorations modernes, lequel répondra amplement aux besoins de l'enseignement clinique.

Quant à l'enseignement universitaire proprement dit, nul doute que dans les réformes que le Dr Rousseau fera, il s'inspirera de ce fait que 90 pour cent de nos étudiants se destinent à la pratique générale de la médecine.

* * *

Nous offrons nos plus sincères sympathies à notre collaborateur, M. le Dr L. F. Dubé, pour la perte douloureuse de son épouse, au cours du mois de février dernier.

REVUE ANALYTIQUE

SYPHILIS UTERINE TARDIVE ET METRORAGIES

Dans la "Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique" (Janvier 1923), le Dr. J. Manchotte publie un article sur ce sujet. En voici une courte analyse. Suivant la remarque de Franceschini, cette maladie est peu connue et par conséquent bien rarement diagnostiquée.

D'ordinaire, comme l'écrit Ozienne, on rencontre les deux variétés anatomo-pathologiques, la sclérose utérine tertiaire et l'artérite tertiaire, dans laquelle il y a coexistence des lésions vasculaires et des lésions du tissu utérin, avec prédominance habituelle des premières.

Dans la syphilis utérine tardive, un symptôme prend quelque fois une exagération, une importance considérable, tant par sa modalité de résistance aux agents thérapeutiques ordinaires que par son intensité et sa gravité, c'est l'hémorragie utérine. Voilà ce qu'il faut savoir. Ce signe, commun à tant d'autres affections gynécologiques, quand il réalise cette modalité de résistance à la médication ordinaire et cette gravité, prend une valeur de premier ordre. Il domine toute l'histoire clinique de la syphilis utérine, comme l'artérite domine toute son histoire anatomo-pathologique.

Par sa manifestation, par son retentissement sur l'état général, par sa gravité parfois subite et rapide, il est *capital*. Quand l'utérus n'est pas rétrodévié, et n'est pas fibro-myomateux; quand il ne renferme ni polype, ni débris décidaux; quand il n'y a pas d'annexite du voisinage; quand il n'y a pas de néoplasie utérine et quand il n'y a pas d'affection cardiaque, quelles que soient les modalités de l'écoulement sanguin, de son apparition, de sa cessation, de sa réapparition, de son intensité, il faut mettre en cause la syphilis. A plus forte raison accusera-t-on celle-ci si, en l'absence de ces constations, l'hémorragie utérine affecte un caractère de réelle gravité, soit par reproduction et retentissement sur l'état général, soit par l'intensité dans la soudaineté.

Le fait d'autre part que cette hémorragie résiste aux moyens thérapeutiques mis en usage contre les métrorragies confirme dans cette manière de voir. Repos, irrigations vaginales à 50°, ergotine, hypophyse, etc., rien n'agit contre l'écoulement sanguin. Alors on fera un traitement anti-syphilitique énergique.

La cessation ordinairement rapide des hémorragies utérines sous l'influence du traitement spécial confirmera dans l'hypothèse étiologique que l'on avait émise et affirmera d'une façon indiscutable que l'hémorragie utérine sans cause apparente avait déjà rendu presque certain.

Le pronostic de ces hémorrhagies de la syphilis utérine tardive si la cause n'est pas reconnue et le traitement spécifique appliqué en temps opportun, peut devenir extrêmement grave. Nous ne pouvons que souscrire à ces lignes qu'écrivait Ozienne : "Quand la cause de ces hémorrhagies est de bonne heure reconnue, elles peuvent être arrêtées avant qu'elles n'aient eu une fâcheuse répercussion sur l'état général. Dans le cas contraire, par le fait de leur abondance et de leur répétition, elles ont pour conséquence de produire une anémie particulière et de déterminer de l'affaiblissement et du dépérissement qui aboutissent à une véritable cachexie et à la mort. Pour Franceschini, il faudrait toujours rapporter à la syphilis les cas de décès rapides consécutifs à des métrorragies n'ayant pas de cause reconnue."

PRONOSTIC DU CHOC TRAUMATIQUE

Signes d'amélioration et d'aggravation du choc.—L'ensemble de ces signes et leur recherche répétée nous permettront de dire assez exactement si le choqué évolue vers la guérison ou vers la mort et si l'on peut ou doit intervenir.

a—*L'évolution vers la guérison* est la règle dans les *petits états* de choc (émotion, douleur, anesthésie, hémorragie) avec abaissement modéré de la tension artérielle, et à la condition qu'une anesthésie, une opération trop longue ou incomplète ne viennent pas s'ajouter au choc (Roux-Berger et Vignes). Dans le *choc grave*, la guérison est annoncée par le retour de toutes les fonctions ; la sensibilité reparait ; le blessé souffre de ses plaies et se plaint.

La tension artérielle remonte ; P.-D. croît ; Mx croît également ; Mn reste stationnaire, puis bientôt s'élève ; l'indice devient régulier, constant et augmente. Le facies se colore, la *plaie saigne*.

La température s'élève peu à peu ; l'ascension est d'autant moins rapide que le collapsus a été plus profond (Furnaux, Jordan). Souvent, lorsqu'il est sorti du choc, le blessé s'endort. Il faut noter que ce retour à l'état normal se fait parfois très vite, en une heure ou deux. A ce moment, on se rend compte des accidents septiques au niveau de la plaie, et même il est des cas où ces accidents s'exagèrent ou *débutent* lorsque le choc se dissipe : cette coïncidence a fait émettre l'idée d'ailleurs controuvée d'un antagonisme entre le choc et l'infection.

b.—*Si l'évolution se fait vers la mort*, la température descend au-dessous de 35°.5. Les valeurs oscillométriques continuent à baisser : P.-D. tombe au-dessous de 1 ; Mx décroît ; Mn reste stationnaire, puis décroît brusquement à l'agonie ; l'indice, de plus en plus irrégulier, déréglé, finit par être inappréciable. Il faut savoir cependant qu'il y a certains chocs graves à grand indice par vasodilatation : mais dans ces cas son irrégularité traduit l'insuffisance du myocarde. Une *agitation* carphologique de mauvais aloi peut se manifester avec de l'anxiété, du subdélire, de la polypnée et une dyspnée inconsciente croissante, enfin des vomissements ; au contraire, le blessé peut s'éteindre dans un *collapsus* de plus en plus accusé, avec de la cyanose, du stertor, et quelquefois un rythme agonique voisin du Cheyne-Stokes. Toute thérapeutique est inefficace contre ces signes, et le blessé succombe.

Il faut s'aider enfin des notions tirées de l'état local, des infections, des hémorragies associées, des délabrements organiques pour poser un pronostic de quelque valeur.

Et encore celui-ci pourra-t-il se *modifier au cours du traitement*. C'est ainsi qu'un traitement (sérum adrénaliné intraveineux) qui relève la Mn, tandis que la Mx continue à baisser, pourra parfois être considéré comme intempestif ; qu'il faudra au contraire poursuivre les traitements qui élèvent doucement toutes les valeurs oscillométriques sans réduction de la P.-D.

Il en est de même pour les interventions chirurgicales. Pratiquées sur des choqués nerveux purs, elles sont souvent désastreuses. Chez tous les autres, de la précocité de l'extirpation du foyer contus par "épluchage" ou par exérèse large avec hémostase rigoureuse des artères et des veines, dépend la guérison. Ainsi Santy (3) a vu mourir seulement 11 p. 100 des choqués hémorragiques opérés dans les trois premières heures, tandis qu'il en perdait 34 p. 100 de la troisième à la sixième heure. L'amputation chez les toxémiques donne aussi d'heureux résultats (Delbet) lorsque l'étendue des lésions l'impose.

Ces dernières considérations nous ramènent à nos réflexions du début. Le pronostic est d'autant moins difficile à porter que le blessé est examiné plus tôt. Et de cette précocité de l'examen dépend en quelque sorte l'avenir du choqué : la précocité du diagnostic, la précocité du traitement sont, dans la majorité des cas, corollaires d'un pronostic moins sombre.

Jeanneney ("Paris Médical", fév. 1923).

TIC CONVULSIF HYSTÉRIQUE

Devant la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, M.M. les Drs Cruchet et Grailly (Nov. 1922), ont relaté l'observation d'un tic convulsif hystérique.

On prétend encore parfois que l'hystérie n'existe plus, et que le pithiatisme l'a remplacée. Nous avons toujours protesté, à Bordeaux, contre cette affirmation que rien ne justifie. Et une nouvelle occasion se présente, à propos d'un cas curieux, qui va nous permettre de le démontrer.

Voici d'abord l'observation qui concerne un peintre âgé de trente-cinq ans, Alexandre G....

Histoire de la maladie.—Le mardi 22 novembre 1922, à la consultation de l'Hôpital Bel-Air, nous observons un malade se plaignant d'avoir un tic convulsif qui détermine des mouvements de la tête et du cou, au moment de s'endormir, le soir, étant au lit. Il entre le lendemain à l'hôpital en vue d'un examen complet.

Ce tic a débuté il y a trois mois, à la suite d'une douleur dans la région de la nuque, douleur que le malade attribuait au fait d'avoir porté des fardeaux sur l'épaule et pour laquelle il consulta un médecin qui ordonna, sans résultat, du bromure puis du sirop de Gibert.

Le tic débuta quelques jours après la douleur; cette dernière disparut bientôt, mais le tic persista.

Antécédents personnels.—Dans l'enfance, une affection oculaire, mais ni convulsions ni tics. A vingt ans, bronchite chronique. A vingt-huit ans, maladie vénérienne qui dure près d'un an. C'était un chancre de la dimension d'une pièce de 1 franc, qui suintait toujours et qui laissa une cicatrice à contours dentelés, au niveau de la région qui environne le méat. Il fut accompagné de phénomènes de balano-posthite avec paraphimosis.

Ce chancre fut soigné par les docteurs Gaucher, Gougerot et Brocq, qui firent la réaction de Bordet-Wassermann, la trouvèrent négative, mais appliquèrent néanmoins le traitement spécifique — d'ailleurs sans résultat. A la longue le chancre guérit de lui-même.

Antécédents familiaux.—La femme du malade n'a jamais eu d'enfants et n'a jamais fait de fausse couche.

Mère morte quand le malade était en bas âge.

Père disparu depuis la guerre.

Deux frères et deux sœurs, tous en bonne santé.

Examen.—Le malade se présente à nous avec toutes les apparences d'une bonne santé. Nous l'avons examiné le soir de son entrée à l'hôpital (25 octobre), vers neuf heures et demie; alors qu'il était au lit depuis un

quart d'heure nous avons commencé à voir apparaître ces mouvements involontaires pour lesquels il venait d'entrer à l'hôpital. Ces mouvements présentaient les caractères essentiels suivants :

1° Ils se produisaient *exclusivement* le soir, dix minutes ou un quart d'heure après que le malade était au lit et au moment où il allait s'endormir.

2° Ils se produisaient surtout quand le malade reposait dans le décubitus latéral gauche, beaucoup plus rarement dans le décubitus latéral droit ou dans le décubitus dorsal.

3° Ces mouvements étaient *rapides*, non rythmiques ; ils duraient au plus une ou deux secondes.

4° Leur modalité : ils débutaient brusquement, sans cause, et cessaient de même. Parfois — mais rarement — il ne se produisait qu'un seul mouvement ; dans d'autres circonstances il s'en produisait toute une série : huit à dix et vingt.

Ces tics se répétaient jusqu'à ce que le sujet s'endorme ; quand il se réveillait la nuit, ils raparaissaient, mais moins fréquents, et le sommeil reprenait.

5° Leur amplitude était très faible : 3 ou 4 centimètres.

6° Ils ne se produisaient pas lorsque le malade ne cherchait pas le sommeil ; par exemple, la conversation les empêchait de se produire, de même le fait de regarder le malade.

7° C'étaient soit des mouvements involontaires d'extension ou de flexion de la tête et du cou, soit des mouvements de rotation qui portaient le menton du côté opposé à celui où le malade était couché, pour le ramener au point de départ (ce dernier mouvement était le plus fréquent). Parfois aussi, mais plus rarement, la tête s'inclinait simplement sur le côté. Enfin il se produisait aussi, assez souvent, une combinaison des trois modalités précédentes avec, toutefois, une tendance plus marquée à la rotation.

8° Ces mouvements n'étaient pas douloureux. Cependant le malade les sentait venir, il s'efforçait de les empêcher de se produire, luttait, mais était finalement vaincu et éprouvait un soulagement lorsqu'ils s'étaient produits.

9° Ces mouvements sont "figurés" ; ils rappellent ceux d'un sujet normal qui, piqué par une mouche, se défend en remuant la tête.

10° Le malade présente d'autres tics moins marqués, en particulier un clignement des paupières, et un relèvement vif de la lèvre supérieure droite.

Examen du système nerveux.—Motricité : Pas de troubles moteurs.—Réflexes : Tous sont normaux. Pas de Babinski.—Sensibilité : Les sensibi-

lités superficielles et profondes sont partout normales sur le corps et les membres. La sensibilité pharyngienne est très diminuée.— Organes des sens : Oeil : Un peu de myopie et, sur la cornée gauche, une taie remontant à l'enfance. Pas d'anesthésie cornéenne. Pas de paralysie oculaire. Pas d'Argyll Robertson. Pas de nystagmus.—Oreille : Sifflements dans les oreilles. Odorat : Normal. Goût : Le malade goûterait mieux les aliments depuis la guérison de son tic.

Psychisme. — Le malade était obsédé et croyait que son tic était très grave, à la suite de ce que lui avait dit un ami, en plaisantant.

Ce qui domine dans le cas de ce malade, c'est qu'il était sans cesse obsédé par la pensée de ce tic, qu'il le sentait venir, s'efforçait de résister, mais était vaincu à la longue et se sentait soulagé après.

Appareil pulmonaire. — Quelques râles sibilants aux bases et à la partie moyenne des deux poumons.

Appareil digestif.—Rien à signaler. Le malade digère bien et à bon appétit.

Appareil circulatoire.—Rien à signaler.

Urines.—Ni sucre, ni albumine.

Traitement.—Le vendredi 27 octobre, suggestion sous sommeil pré-chloroformique. Guérison immédiate et complète. Cependant, le soir, étendu sur son lit, au moment de s'endormir, le sujet pense à son tic et "a peur" qu'il ne revienne : une fois, il y a eu esquisse d'un ou deux tics. A part cela, il n'a pas reparu depuis, à la date de ce jour.

"Gaz. Hebd. des Sciences Médicales".

EXTRAIT HYPOTHYSAIRE ET METRORRHAGIES (Analyse)

(Mossé et Fabre — p. 228-230)

La puissance thérapeutique de l'extrait d'hypothyse provient de son action constrictive sur les fibres musculaires de l'utérus, de son action vaso-constrictive sur les vaisseaux utéro-ovariens, de son action frénatrice sur l'ovaire dont elle réduit la sécrétion interne.

Son emploi est particulièrement indiqué dans les métrorrhagies de la puberté, conséquence de l'hyperovarie et dans celles de la ménopause qui sont dues à une excitation ovarienne.

Dans la métrorrhagie émotive, due à un hyper-fonctionnement ovarique d'origine émotive, l'hypophyse a donné de bons résul-

tats. Dans la métrorrhagie pour fibrome, l'hypophyse n'agit que pour un temps très court. Le traitement chirurgical, la radiothérapie sont préférables.

Les résultats sont médiocres dans la métrite hémorragique, ce qui tient à prouver que l'hypophyse ne convient pas quand il y a infection de l'endomètre.

L'extrait d'hypophyse étant hypertenseur, il est prudent d'examiner avant le traitement le coeur, la pression artérielle et les urines.

(Revue fr. de Gynécologie et d'Obstétrique.)

PROTECTION DE L'OEIL DANS LA PARALYSIE FACIALE.

(Analyse)

Dans la Pr. Méd. No. 54, 1922, M. A. Terson donne les conseils suivants:

D'abord surveiller régulièrement la cornée qui a une tendance à l'ulcération progressive, germe d'une "**taie**", apparente et gênante, cependant évitable. Sans doute, dans la paralysie faciale banale, la cornée tient souvent fort longtemps; mais cela ne justifie pas l'omission ni l'insouciance du médecin traitant devant un oeil qui devient rouge. C'est le commencement d'une opacité prochaine.

Que faut-il faire? Avant la complication, dit-il, lubrifiez l'oeil, matin et soir avec une pommade très peu irritante, vaseline, lanoline. La lanoline, visqueuse et hydrophile, favorise l'adhérence. Il n'y aura donc que 1/4 ou 1/5 de lanoline si l'on veut éviter un excipient trop consistant et peu fusible.—**Pas de bandeau compressif**, qui, sur cet oeil **infermable**, touche en plein la cornée, provoque l'ulcération indésirable, — mais bien lunettes fumées à volets, lunettes chambrées du type automobiliste ou aviateur.

A la moindre éruption cornéenne, occlusion des paupières, non par le bandeau nocif, mais par de petites bandes verticales d'emplâtre à l'oxyde de zinc, préférable au diachylon. Les bords palpébraux sont préalablement amenés au contact hermétique. Changer 1 ou 2 fois dans les 24 heures pour la visite et les onctions.

Si malgré tout, l'ulcération s'agrandit, et d'ailleurs, même sans ulcère, dans les paralysies réputées longues et incurables, sur les yeux particulièrement saillants, seule, l'occlusion chirurgicale partielle de la boutonnière palpébrale réalisera le pansement permanent, préservateur et curateur.

DYSPEPSIE CHEZ LES SANGUINS

(Analyse)

Cette dyspepsie se rencontre en effet chez des gens florides, trop bien portants.

Ce sont en général des gens d'âge moyen, qui se plaignent de pesanteur épigastrique, de tension abdominale après les repas, des douleurs dans l'hypocondre droit, des vertiges et des nausées suivies parfois de vomissements.

D'autres fois, les sujets se plaignent de plénitude abdominale, de constipation alternant avec la diarrhée. A l'examen on trouve souvent une rate plus grosse et un foie plus volumineux.

L'on peut encore rencontrer le syndrome d'ulcère duodénal, ou l'ulcère gastrique avec douleurs vives apparaissant 3 ou 4 heures après les repas, et de l'acidité gastrique très élevée, quelquefois même des hémorragies de l'intestin.

Chez tous ces sujets, que l'on prend pour des dyspeptiques sentivivoteurs, si on les examine de près, l'on trouve des sujets congestionnés. On relève en effet l'excès de globules rouges de 5 à 6 millions par millimètre cube, l'excès d'hémoglobine. Chez presque tous, on relève aussi l'augmentation de la viscosité sanguine, et l'hypertension artérielle.

Le traitement ordinaire de la dyspepsie par les alcalins n'obtient qu'un demi-succès. On doit ici négliger les troubles dyspeptiques pour ne viser que l'état pléthorique du sujet: et les 3 indications principales sont: 1°—la saignée légère et répétée par des ventouses scarifiées; 2°—le lavage du sang par la diète hydrique d'abord, suivie de la privation des aliments riches en fer, comme les légumineuses, la viande rouge, et de l'usage des laitages et des légumes verts; 3°—la réduction de la viscosité du sang par l'administration de fortes doses (4 à 6 grammes par jour) de citrate de soude.

N.B.—Un bon signe diagnostique, c'est que l'estomac de ces sujets pléthoriques saigne facilement au sondage.

NOTE DE PÉDIATRIE

Guérison par le traitement spécifique d'une hémiplégie et d'une paralégie:—M. Raoul Labbé et Mme de Larminat présentent à la Société de Pédiatrie (Paris), 2 filles de 6 et de 9 ans, atteintes l'une d'une hémiplégie droite, l'autre d'une paralégie. L'hémiplégie, accompagnée de symptômes méningés, paraissait attribuable à une poliomyélite en raison de l'extension initiale de la paralysie à trois membres et de la réaction de la dégénérescence. La nature de la paralégie n'a pu être déterminée.

Un traitement antisypilitique énergique institué sans raison apparente a donné une amélioration nette et rapide dans les 2 cas, ce qui semble indiquer qu'il s'agissait de manifestations hérédo-syphilitiques.

Ictère congénital par absence du canal hépatique:—Devant la société de Pédiatrie (Paris, nov. 1921), M.M. Nobécourt et Henri Janet rapportent l'histoire d'un nourrisson chez qui un ictère, par rétention hépatique, apparaît à l'âge de 2 jours et persiste jusqu'à la mort qui survient à 7½ mois. Le diagnostic porté fut malformation des voies biliaires. A l'autopsie on trouve que le canal hépatique est absent; la vésicule est rempli d'un liquide incolore, le canal cystique est filiforme, le foie est gros, dur, vert foncé. L'examen histologique montre de la sclérose périportale. Les auteurs font remarquer que la survie a été relativement longue, ce qui est un fait rarement noté dans les quelques cas analogues publiés antérieurement.

ÉTIOLOGIE DE LA SURDI-MUTITÉ.

M. Jouet de Paris — Dans le X Congrès International d'Otologie—Des 750 observations par lui recueillies, l'auteur conclut que: 1o—le nombre des sourds-muets congénitaux est à peu près le même que celui des sourds-muets acquis; 2o—la consanguinité n'a pas la grande influence que lui attribuaient les anciens auteurs; 3o—l'hérédo-syphilis joue un grand rôle dans l'étiologie de la surdi-mutité tant acquise que congénitale, mais elle ne saurait expliquer tous les cas nombreux dont la cause nous échappe; 4o—la principale cause de la surdité acquise est la méningite cérébro-spinale et les maladies infectieuses qui s'accompagnent généralement d'otites suppurées.

La prophylaxie exige: 1o—de déconseiller dans la mesure du possible les mariages consanguins; 2o—d'interdire le mariage à tout syphilitique non guéri; 3o—de désinfecter systématiquement les fosses nasales et les conduits auditifs externes, au moment de la naissance et au cours des maladies infectieuses; 4o—l'opération radicale des végétations adénoïdes à tout âge; 5e le traitement spécifique pour les enfants présentant des symptômes d'hérédo-syphilis.

OIDIOMYCOSE CUTANÉE.

A côté de la localisation de l'oïdium dans la bouche du nourrisson, on peut observer, sur le nouveau-né, une localisation cutanée qui a été décrite en 1911 par Beck, puis par Ibrahim.

Les lésions décrites par Beck sous le nom d'*érythème mycotique infantile* s'observent surtout aux fesses et se caractérisent par des plaques hyperhémiques qui desquament rapidement et s'agrandissent; la desquamation d'abord centrale, devient marginale, formant une collerette qui entoure le centre inflammatoire, les bords sont irréguliers, en carte de géographie. Dans les squammes, Beck a trouvé des champignons, filaments et spores.

A côté de cette forme sèche, Ibrahim a décrit un type vésiculaire; le contenu purulent des vésicules renfermait presque constamment des levures.

E. Rajka (de Budapest) a observé une oïdiomycose chez un nourrisson de un mois, mais l'érythème était généralisé à presque toute la surface cutanée.

OTITES LATENTES CHEZ LES NOURRISSONS.

Par les temps d'infection grippale que nous traversons, les coryzas sont fréquents chez les enfants; et j'estime qu'il est plus important de soigner ces coryzas que le simple catarrhe de la trachée et des bronches.

Nos lecteurs se le rappellent, dans le "Bulletin Médical" de Janvier 1923, nous publions une note dans laquelle nous faisons savoir qu'il est extrêmement fréquent de constater dans les services hospitaliers de nourrissons, la présence de pus dans la caisse et dans l'antre d'enfants ayant succombé à des affections variées (bronche-pneumonie, entérite, athrepsie).

Chatin estime que ces otites purulentes latentes, i.e., sans perforation du tympan, existent dans une proportion qui varie de 75 à 100%.

Les infections concomitantes de l'arbre respiratoire: rhinite, bronchite, broncho-pneumonie, qui sont elles-mêmes la cause de l'otite, doivent être mises au premier plan comme cause de mort.

Aussi vu la fréquence et la gravité des otites latentes chez les nourrissons, les professeurs P. Chatin et Robert Rendee, de Lyon, conseillent de ne pas négliger leur prophylaxie surtout dans les infections de l'arbre respiratoire.

Voici ce qu'ils nous conseillent dans "Lyon Médical" de Décembre, 1922 :

D'abord ces auteurs rappellent avec raison les dangers du menthol chez le nourrisson, qu'on ne saurait trop mettre en évidence. Ensuite ils conseillent d'utiliser pour la désinfection du naso-pharynx la glycérine à l'argyrol à 10%.

Nous rappelons à ce propos que depuis plus de dix ans l'un de nous a utilisé et utilise dans son service l'argyrol pour la désinfection du naso-pharynx, mais en l'employant par la *voie lacrymale*, c'est-à-dire sous forme de collyre (collyre avec argyrol 1 gr., eau 10) à installer 3 ou 4 fois par jour, une ou deux gouttes dans chacun des deux yeux de l'enfant.

L'argyrol par voie lacrymale tarit rapidement certains coryzas aigus de l'enfant, c'est-à-dire combat l'extension au rhino-pharynx, puis aux bronches, d'une infection d'abord primitivement nasale. Nous attribuons les bons effets de ce procédé thérapeutique à ce que la désinfection se fait ainsi sans appareil, sans risque de lésions des muqueuses, en milieu isotonique (liquide lacrymal) et d'une façon plus étalée et plus continue que par les solutions huileuses introduites par les narines.

C'est en tout cas une mesure prophylactique à ajouter ou à comparer à celles qui sont employées pour la désinfection du naso-pharynx, et nous croyons qu'à ce titre elle est indiquée dans la prophylaxie de l'otite.

La prophylaxie comporte encore certaines précautions indiquées par les conditions mécaniques du phénomène de la déglutition chez le nourrisson.

Un nourrisson qui "avale de travers" risque de faire de l'infection de sa trompe comme il risque de faire de la pneumonie alimentaire", d'où la recommandation des plus justifiées faite par M. Ménérier de tenir la tête de l'enfant dans une position voisine de la verticale pendant la tétée au biberon. Pour notre part, nous avons toujours exigé dans nos différents services de nourrissons que le biberon fût donné par une infirmière assise, le nourrisson étant assis ou demi couché sur les bras, dans la position de l'enfant nourri au sein.

Un autre danger de l'infection alimentaire de la trompe, c'est le vomissement. C'est pour éviter ce danger que l'enfant, après la tétée au sein ou au biberon, doit être couché sur le côté et doit être surveillé de près quand il est sujet aux régurgitations ou aux vomissements.

La pesanteur chez un nourrisson dont le cavum est infecté est à elle seule une cause d'infection pour les trompes (largement ouvertes chez le nourrisson), si le décubitus dorsal est la position habituelle. M. Veillard, on le sait, avait même soutenu l'envahissement purement mécanique et agonique des trompes par le pus obéissant aux seules lois de la pesanteur.

Nous croyons pour notre part au danger non seulement de l'envahissement, mais de l'infection de la caisse par ce procédé, d'où l'indication d'éviter à tout prix le décubitus prolongé des nourrissons.

M. le Professeur Marfan insiste depuis longtemps sur le danger de ce décubitus prolongé chez les nourrissons hospitalisés. Le Dr Lesage a décrit des procédés mécaniques et des appareils spéciaux (cabernottes) construits spécialement dans le but de parer à ce danger du décubitus hospitalier qu'il reconnaît comme favorisant les otites.

Enfin, au point de vue prophylactique, il ne faut pas oublier l'importance des végétations adénoïdes précoces chez certains nourrissons. Les végétations sont causées et entretenues par un coryza chronique dont l'otite est l'aboutissement fréquent, et, c'est à ce titre qu'elles doivent être traitées médicalement, et même chirurgicalement si cela devient nécessaire, et quand le nourrisson a une résistance suffisante.

PETITES CONSULTATIONS

Quelques remarques sur l'usage interne de la teinture d'iode chez les enfants. — M. P. Nobécourt. — La teinture d'iode 1 p. 10, sans iodure et récemment préparée, administrée dans le lait, au début des repas, est généralement bien tolérée par les enfants. On prescrit des doses d'abord faibles, puis progressivement croissantes jusqu'à 250 ou 300 gouttes (4 ou 5 grammes de teinture, c'est-à-dire 0 gr 40 ou 0 gr. 50 d'iode) à des enfants de dix à quinze ans. La limite de la tolérance est indiquée par l'anorexie.

Quand les circonstances sont favorables, ce traitement détermine une amélioration très appréciable de l'état général; le poids augmente et l'augmentation peut atteindre plusieurs kilogrammes en quelques semaines. En même temps la peau devient plus ferme, le teint se colore, la vitalité reprend. Cette action s'observe notamment chez les enfants qui ont de l'hypertrophie du tissu lymphoïde du pharynx, des adénopathies simples du cou et du médiastin.

La teinture d'iode ne lui a pas paru, en général, posséder d'action anti-infectieuse. Il est difficile d'apprécier ses effets sur les processus tuberculeux.

* * *

Pour sauver les asphyxiés. — MM. Legendre et Nicloux passent en revue les diverses méthodes actuellement employées en cas d'asphy-

xie, quelle qu'en soit la cause. Ils préconisent une méthode anglaise peu connue, due au physiologiste Schaeffer, et qui consiste à coucher l'asphyxié sur le ventre et à appuyer en cadence sur son dos. Cette méthode est moins pénible et plus simple à pratiquer que celles recommandées officiellement en France. Ils rappellent également l'utilité des inhalations d'oxygène dans tous les cas et particulièrement dans l'intoxication par l'oxyde de carbone. Le Dr. Comandon a établi un film de démonstration de la méthode Schaeffer qui est projeté devant l'Académie.

* * *

Le lait naturel, aliment opothérapique. — M. Cassoute (de Marseille), après avoir exposé les différentes théories par lesquelles on a cherché à expliquer la supériorité de l'allaitement au sein, attribue une part considérable aux produits des sécrétions des glandes endocrines contenues dans le lait. On sait, en effet, le rôle considérable que l'on fait jouer actuellement aux produits endocriniens dans le développement, l'équilibre fonctionnel et la résistance aux maladies de tout individu. Le lait contient tous ces produits, dont la plus grande partie sont altérés ou détruits par la chaleur lorsqu'on stérilise le lait. L'idéal de toute médication opothérapique est, au contraire, de faire absorber ces produits à l'état frais ou dans la forme qui s'en rapproche le plus.

* * *

L'eau oxygénée dans les douleurs gastriques (M. Pron)

Eau oxygénée médicinale.....	20	grammes
Citrate de soude.....	1	—
Eau distillée.....q. s. p.	300	—

Une cuillerée à soupe, matin, midi et soir, dans $\frac{3}{4}$ de verre d'eau chaude ou d'infusion. (Journ. des Praticiens.)

PROPOS DE TUBERCULOSE!

CUTI-REACTION

Dans "*Paris Médical*" (Janvier 1923) les Drs. Nobécourt et J. Paraf, ont écrit, les lignes suivantes sur la valeur de la cuti-réaction :

Toute *réaction positive* indique, d'une manière certaine, que le nourrisson a été infecté par le bacille à une période quelconque de sa courte vie. Contrairement à ce qu'avaient pu penser certains auteurs, seule une infection par le bacille de Koch détermine une réaction tuberculinique.

Par contre, on le sait, une *réaction négative* ne permet pas de conclure, d'une façon aussi catégorique, à l'absence de tuberculose.

Certains auteurs ont soutenu que les très jeunes nourrissons tuberculeux ne réagissent pas à la tuberculine, parce que les organes jeunes ont une *faculté moindre de préparer des anticorps*.

Cette hypothèse paraît infirmée par le fait que de très jeunes nourrissons (quinze à dix-huit jours) réagissent à la tuberculine. Nous venons d'observer deux bébés d'un mois, qui ont présenté des cuti-réactions positives. D'autre part, les expériences faites par l'un de nous avec Robert Debré ne l'ont pas vérifiée: le cobaye nouveau-né est capable de réagir, comme le cobaye adulte, à l'intradermo-réaction.

Par contre, le nourrisson ne réagit pas à la tuberculine immédiatement après l'infection; il s'écoule un certain temps entre la date de l'infection et l'apparition de la réaction tuberculinique: c'est la *période antéallergique* de Robert Debré. Cette période est essentiellement fonction de la dose bacillaire infectante; sa durée lui est inversement proportionnelle. Le nourrisson réagira donc d'autant plus vite à la tuberculine que la dose infectante a été plus forte.

D'autre part, il est bien connu que, dans la cachexie et dans la période terminale, la faculté de réagir à la tuberculine faiblit et finit par disparaître (réaction agonale de von Pirquet ou nulle), et enfin qu'au cours d'un certain nombre de maladies infectieuses (grippe, rougeole, coqueluche) on peut observer la suspension des réactions tuberculiniques ou *anergie*.

En prenant la précaution de répéter les cuti, en tenant compte de l'état cachectique et des maladies anergisantes, on peut dire que la cuti-réaction a une valeur presque absolue pour confirmer ou écarter le diagnostic de tuberculose chez un nourrisson.

LA PHLEBITE PRECOCE DES TUBERCULEUX PULMONAIRES (Analyse).

Dans "*Paris Médical*" (Janvier 1923), le Dr. Lafforgue commence ainsi son étude sur cette question.

Parler de phlébites dans la tuberculose pulmonaire, c'est éveiller dans l'esprit, de façon à peu près exclusive, l'image des phlegmatias survenues à une phase avancée de l'évolution tuberculeuse, au stade de lésions cavitaires, compliquées ou non de cachexie.

Ce sont, en effet, de beaucoup les plus fréquentes et les plus complètement décrites au triple point de vue clinique, anatomique et bactériologique.

Par contre, on connaît peu ou mal une autre variété de phlébite apparaissant aussi chez les tuberculeux pulmonaires, mais à un stade tout à fait différent de l'évolution tuberculeuse. Cette variété, à peine soupçonnée par certains, et qui pose néanmoins des problèmes diagnostiques et pronostiques importants, est décrite sous le nom de "phlébite précoce des tuberculeux pulmonaires", voire même, par un abus de langage qui couvre une erreur de doctrine, sous le nom de "phlébite prétuberculeuse".

Ces phlébites constituent des épisodes rares.

Cette phlébite peut apparaître chez des types très différents de tuberculeux :

a. Chez des sujets exempts de tout symptôme *apparent* de tuberculose. Ce sont les cas dénommés à tort phlébites "prétuberculeuses", dans lesquels une investigation plus poussée arriverait à déceler des localisations ganglionnaires (surtout trachéo-bronchiques), juxta-hilaires, pulmo-apicales, pleurales ;

b. Chez des tuberculeux au stade initial, présentant des signes pulmonaires *discrets*, mais saisissables ;

c. Au cours d'une pleurésie séro-fibrineuse ;

d. Au cours d'une tuberculose à forme anormale, évoluant insidieusement sous le masque de la chlorose.

La phlébite précoce se montre avec une prédilection marquée aux *membres inférieurs*, et avec une égale fréquence sur chacun d'eux. Le plus souvent *unilatérale*, elle frappe parfois les deux membres, soit en même temps, — éventualité fort rare, — soit à dix, vingt jours d'intervalle.

Au membre inférieur, c'est le *segment crural* qui est le plus souvent intéressé, et la phlébite se localise de préférence aux *veines superficielles* (saphène interne dans la moitié, saphène externe dans le cinquième des cas). La fémorale peut être atteinte, soit primitivement, soit par propa-

gation, mais elle l'est beaucoup plus rarement que ne l'indiquent certaines statistiques, estimant à un tiers la proportion des cas à début fémoral. En réalité, c'est l'atteinte des veines superficielles (saphènes interne et externe) qui est de beaucoup prédominante : et c'est ce fait qui conditionne dans une large mesure la symptomatologie.

SYMPTOMES : le premier phénomène en date est la *douleur, d'intensité modérée, mais progressive*. Il est exceptionnel que le début en soit brusque ; par contre, la période douloureuse proprement dite est habituellement précédée d'une phase prémonitoire de durée variable (quelques jours à deux semaines), où le sujet éprouve des sensations paresthésiques diverses : tiraillements musculaires, crampes, engourdissement passager du mollet ou de l'avant-pied, tension des tissus au niveau du creux poplité, du pli de l'aîne etc.

L'oedème, second symptôme de la phlébite, n'apparaît que deux ou trois jours, parfois une semaine après la douleur. Il est peu envahissant, et occupe rarement toute la hauteur du membre ; c'est un oedème blanc, peu tendu ; la pression n'y détermine pas de godet. Dans un seul cas, on signale à son niveau des traînées rougeâtres, lymphantiques, témoignant d'une inflammation périphlébitique marquée.

C'est au voisinage de l'oedème, généralement à un niveau un peu plus élevé, que se dessine le *cordon veineux superficiel*, long de quelques centimètres, perceptible à la main, douloureux à la pression, qui correspond au segment de veine thrombosé et au manchon périphlébitique sus-jacent. Signe de premier ordre des localisations superficielles, le cordon n'est pas perceptible dans les cas, beaucoup plus rares, où la phlébite intéresse les vaisseaux profonds.

La triade ci-dessus : douleur modérée et fugace, oedème peu étendu, de résorption facile et rapide, cordon veineux superficiel, peut faire défaut, et les symptômes se réduire à la seule présence du cordon induré, superficiel, du volume d'une ficelle, et qu'en l'absence de tout autre symptôme on pourrait, suivant Gallois, confondre avec un filet nerveux atteint de névrite : c'est la "phlébite pseudo-névritique", variété exceptionnelle.

Rappelons que la fièvre fait généralement partie du syndrome phlébitique, mais qu'elle est peu élevée, fugace, non accompagnée de frissons et autres phénomènes généraux. Elle est plus marquée et peut atteindre 40°, dans les phlébites profondes, dans celles en particulier des tuberculeux pseudo-chlorotiques.

En regard des trois symptômes cardinaux ci-dessus décrits, quelques caractères *négatifs* contribuent à individualiser la phlébite précoce des tuberculeux. Ce sont :

1° L'absence habituelle de circulation collatérale supplémentaire :

- 2° Le degré ordinairement très léger de l'impotence fonctionnelle;
- 3° L'absence de troubles sensitifs cutanés;
- 4° L'absence de troubles trophiques et vaso-moteurs précoces, comme il en existe parfois, même au début, dans d'autres variétés de phlébites.

En résumé, ce qui caractérise cette symptomatologie, c'est son caractère discret, *minimal*, qui tient à la localisation le plus souvent superficielle du thrombus et au degré peu accusé des lésions anatomiques.

DIAGNOSTIC: En tout état de cause, *le diagnostic étiologique sera fait avec les phlébites chlorotique, rhumatismale, goutteuse, syphilitique, blennorragique*, avec la phlébite dite "primitive", avec les phlébites éberthiennes qui marquent parfois le début d'une fièvre typhoïde, avec la septicémie veineuse subaiguë de Vaquez.

Dans la chlorose vraie, la température sera en général plus élevée, la douleur plus violente, l'oedème plus accusé; mais le diagnostic avec la tuberculose pseudo-chlorotique sera toujours délicat et nécessitera un examen clinique minutieux, ainsi que des recherches hématologiques multipliées.

Dans le rhumatisme, la phlébite revêt également une allure plus franchement inflammatoire, et, d'ailleurs, elle est contemporaine des fluxions rhumatismales ou les suit de près.

La phlébite goutteuse est rarement contemporaine du premier accès. Elle survient chez des sujets ayant déjà présenté des fluxions goutteuses; elle a une prédilection beaucoup moins marquée pour les membres inférieurs, et se caractérise par sa tendance aux rechutes.

La phlébite blennorragique, plus voisine de la phlébite précoce des tuberculeux au point de vue symptomatique, apparaît en général au cours des six semaines qui suivent le début de la blennorragie: un examen approprié des voies génitales lèvera tous les doutes.

C'est avec la phlébite syphilitique que la confusion pourrait le plus facilement s'établir, non pas avec celle, très rare, qui accompagne le chancre, mais avec la phlébite de la période secondaire, quand celle-ci coïncide avec des manifestations cutané-muqueuses très discrètes ou qu'elle survit à titre d'épisode solitaire à des syphilides déjà éteintes. Comme la phlébite précoce des tuberculeux, la phlébite syphilitique débute sans grand fracas, souvent sans réaction fébrile; encore qu'elle ne respecte point absolument les gros troncs veineux (Rosques), et prenne alors figure de *phlegmatia alba dolens*, elle a, comme elle, une prédilection marquée pour les veines superficielles des membres inférieurs, en particulier pour la saphène interne, avec une symptomatologie en général peu accusée. Elle s'en distingue cependant, indépendamment des anamnétiques, des signes concomitants de syphilis, des résultats de la réaction de Wassermann, etc., par sa ten-

dance aux localisations veineuses multiples, par la symétrie assez souvent observée des lésions, par l'exacerbation nocturne des douleurs.

PRONOSTIC.—En résumé, on peut estimer que dans 2 cas sur 3, l'apparition d'une phlébite précoce est d'un pronostic fâcheux, qui doit faire redouter, soit une aggravation rapide des lésions, soit l'éclosion parfois brutale d'une tuberculose aiguë généralisée.

TRAITEMENT. — Le traitement local sera celui de toutes les phlébites. Je souligne seulement que, malgré l'extrême rareté des embolies, il sera sage, contrairement à certaines suggestions imprudentes, d'immobiliser le membre jusqu'à disparition des phénomènes aigus.

Autre considération importante : penser à la tuberculose aiguë menaçante, instituer sans retard les thérapeutiques appropriées.

A PROPOS DE PLEURESIE SERO-FIBRINEUSE

Le Dr. Charles Fiessinger, dans le journal des Praticiens (No. 28-1922), écrit, entr'autres, les lignes suivantes, au sujet de la pleurésie séro-fibrineuse. "La tuberculose semble frapper un peu plus souvent les sujets ponctionnés que ceux qui ne l'avaient pas été. D'où ce résultat pratique adopté du reste généralement aujourd'hui : ne pas ponctionner à moins d'urgence, et l'urgence n'est point commandée par une simple et légère déviation du coeur. Celle-ci se remet peu à peu et persistât-elle à un faible degré, elle n'entraîne aucun inconvénient.

D'après cet auteur, la thoracentèse serait justifiée par la rapidité du pouls, la dyspnée, la cyanose ou la persistance d'un épanchement abondant, une fois que la fièvre est tombée. Mais nous savons qu'il ne convient pas de ponctionner à la légère. Nous ne connaissons jamais le degré de bien-faisance que l'épanchement pleural exerce vis-à-vis le poumon sous-jacent.

Au point de vue de pronostic, la pleurésie qui disparaît le plus vite est celle des rhumatisants ; en quelques jours, avec le salicylate et le régime lacté, l'épanchement s'est résorbé. Sauf à se reproduire du côté opposé.

La pleurésie des cardiaques nécessite souvent la ponction ; l'évacuation de liquide effectuée, les systoles cardiaques reprennent leur amplitude, la diurèse reparait. La gravité de la pleurésie est subordonnée à celle de l'état cardiaque. On sait que l'hydrothorax des asystoliques est souvent bilatéral ; là encore, si le régime diététique et les cardio-toniques ne provoquent pas la diurèse, le médecin peut être appelé à pratiquer une ponction du côté le plus malade.

Chez les syphilitiques, au cours de la période secondaire, il se produit des épanchements dont les malades sont guéris assez rapidement par la médication. Les pleurésies tardives des syphilitiques ne seraient que des manifestations tuberculeuses atténuées (Sergent).

La pleurésie qui suit les maladies infectieuses est en général minime et de courte durée.

L'épanchement qui accompagne la pneumonie demeure souvent insignifiant.

Dans la grippe, la pleurésie sero-fibrineuse se termine communément en 2 ou 3 semaines. Reste maintenant le grand chapitre des pleurésies tuberculeuses qui groupe environ la moitié des malades. Cela dure plus longtemps et expose à la tuberculose ultérieure.

(Extraits: Journal des Praticiens No. 28-1922).

ALBUM MEDICAL

Le professeur Gaston Michel, terminait sa leçon d'ouverture de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Nancy, 8 novembre 1922, par les conseils suivants:

Comme le dit Fiolle, la période d'apprentissage est critique pour tout chirurgien. L'avenir dépend en grande partie du bonheur des débuts.

Dites-vous bien que l'apprentissage de la chirurgie est long, il dure tout e la vie.

Il n'est pas une technique qui ne puisse être améliorée de quelque çon.

L'effort constant est nécessaire à qui ne veut déchoir.

Vous avez deux écueils à éviter: l'optimisme excessif et le scepticisme.

L'optimisme excessif entraîne aux actions déréglées.

Le chirurgien qui croit ne jamais se tromper, qui ne doute jamais de lui peut devenir dangereux.

Tous nous avons fait la réflexion de Montaigne: "Que sais-je?"

Le plus grand faible des hommes c'est l'amour qu'ils ont pour la vie.

La plus grande victoire, c'est celle qui impose une trêve, à la douleur et à la mort.

Le médecin, le chirurgien, doivent toujours laisser derrière eux l'apaisement et l'espoir.

Lisez la magnifique monographie du bon et du grand chirurgien qu'est le professeur J.-Louis Faure, intitulée: "L'âme du chirurgien", vous