

Montréal-Médical

Paraissant le 15 de chaque mois

**Hygiène.—Médecine et Chirurgie.
Pratique.—Thérapeutique.**

Tous les ouvrages dont il sera envoyé un exemplaire seront annoncés et analysés s'il y a lieu.

SOMMAIRE

Notes d'expérience chirurgicale, correspondance	531	La contagiosité de la scarlatine et sa prophylaxie, par M. le Docteur Boisson	565
Sur la chloroformisation.....	531	Troisième Congrès de climatotherapie et d'hygiène urbaine. Le plancher principal facteur des maladies contagieuses	566
La réorganisation des études médicales, Correspondance	533	Formulaire du Practicien : Désodorisant agréable pour appartement.....	567
Sociétés savantes ; Société médicale de Montréal, séance du 16 avril 1907...	535	Sirop contre la constipation des enfants	568
Les résultats Thérapeutiques de l'Ionisation, correspondance.....	537	Gouttes contres les bronchites aiguës et laryngytes.....	568
L'inspection médicale des écoles.....	540	Contre les dartres du visage.....	568
Listes des maladies dans les écoles.....	542	Graissage des sondes.....	568
Cancer des voies biliaires, par M. le Professeur Debève.....	543	Contre l'insomnie simple.....	569
Traitement de la diarrhée des nourissons	547	Applications locales dans les oreillons.	569
Traitement médicamenteux de la névralgie faciale	549	Informations scientifiques. Alcoolisme et psychothérapie.....	569
Traitement de l'érysipèle simple par la méthode oxygénée, par le Professeur Thiriart (De Bruxelles)	550	Pour diminuer les dangers de l'anesthésie chloroformique	569
Diagnostic des angines diphtériques par M. le Professeur Roger.....	550	Contre la cystite chronique.....	570
La stomatite mercurielle, par M. le Docteur Letulé.....	552	Traitement du craniotabès par l'administration interne du phosphore.....	570
Méningites cérébro-spinales à méningocoques. Quelques points nouveaux de leur histoire, par M. le Professeur A. Chauffard.....	557	Curieux exemples de malformations congénitales	570

Veuillez adresser tout ce qui concerne la rédaction à

Veuillez adresser tout ce qui concerne l'administration à

“ LA PUBLICITE GENERALE COSMOS Ltee ”

A M. le Docteur J. A. HANDFIELD

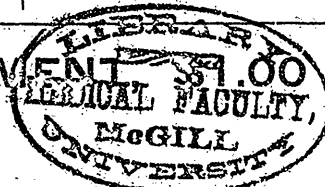
A M. S. MONDOU

142 rue ST-DENIS, Montréal.

55, St-Francois Xavier, Montréal.

B. P. 756

PRIX DE L'ABONNEMENT 37.00 PAR AN.



MONTREAL-MEDICAL

VOL. VII

MONTRÉAL, 15 MAI 1907

No 3

CORRESPONDANCE

Paris, 1er mai 1907.

NOTES D'EXPERIENCE CHIRURGICALE

L'éminent Directeur du "Montral-Médical", dans un sentiment de confraternité dont je lui suis reconnaissant, a bien voulu me demander pour son estimable journal, quelques relations professionnelles, fruit de mon internat et études dans les hôpitaux de Paris. Mon ami et collègue E. Moignet me fait l'amabilité de collaborer avec moi à cette intéressante entreprise, et c'est le résultat de notre expérience commune qui fera le fond de nos articles.

Il n'y a rien ou presque rien d'écrit sur les suites opératoires, elles sont cependant fort intéressantes à en juger par le nombre de morts qui suivent la rubrique "l'opération a bien réussi."

Comment se comportent les organismes après le traumatisme quelquefois énorme que la chirurgie moderne a pu seule se permettre ?

Dans quelles conditions vont s'accomplir les moindres actes physiologiques ? Quelles seront les indications de la température, du pouls ? Quand faudra-t-il panser et comment ? En d'autres termes, la malade vient d'être opérée comment faut-il la mettre sur pied ?

Bien que laissant systématiquement de côté tout manuel opératoire, nous avons pensé que l'acte prémonitoire, l'anesthésie, dont les suites post-opératoires ne sont pas sans importance ? pouvait par la relation qui va suivre, offrir quelque intérêt. Ce sera notre premier article.

SUR LA CHLOROFORMISATION

L'expérience de plus de 3000 anesthésies, la plupart pour des interventions de longue durée (plus de 2 heures) nous autorise à faire part aux gens que la question peut intéresser, de détails importants sur lesquels les traités spéciaux restent muets. Nous passerons à dessein sous silence, les raisons excellentes sans doute qui font préférer l'éther au chloroforme à certains praticiens. Les innombrables discussions qui ont eu lieu, entre les partisans de l'un ou de l'autre nous semblent avoir mis la question au point. Nous ne dirons que peu de chose des appareils très ingénieux que l'on a inventés pour l'administration du chloroforme : appareil de Roth-Droger, appareil de Ricard, etc. Ils sont très bien compris mais ils ne nous ont pas fait abandonner la

compresse plus manable que l'on trouve partout et qui permet l'anesthésie dans toutes les positions. Nous nous servons d'une compresse de toile double, à l'intérieur de laquelle nous intercallons un fort papier et à laquelle nous donnons la forme d'un cornet maintenu au moyen d'une épingle. Les doses de chloroforme ont toujours été données progressivement selon la formule classique, excepté chez les enfants auxquels des doses massives d'emblée semblent mieux convenir. Tous les opérateurs avertis ont été frappé de l'anesthésie difficile, irrégulière, dangereuse des malades qui ont peur. Ce point nous a semblé assez important pour que nous nous y arrétions un peu. Le devoir d'un chloroformisateur soucieux de son rôle sera de calmer les légitimes appréhensions des malades qu'il a à endormir. Pour les âmes simples, une bonne histoire gentiment racontée, pour des intelligences plus développées, l'analyse des sensations successives qu'elles vont éprouver et qu'on leur fera noter au passage, pour les larmoyantes timorées un doux mais impératif ordre de respirer aura le plus souvent raison de la peur. Il n'y a pas, à vrai dire, de technique spéciale dans cette ordre d'idées "il y a la manière" nous la citons cependant car elle a une grosse importance. Nous tenons également comme très important l'absence de la période d'agitation; quand cette période classique manque il est bien rare que la malade dorme vraiment, il est préférable de rester quelques minutes sans donner de chloroforme, de laisser la sensibilité revenir plus grande et de recommencer l'anesthésie. La période d'excitation se fera pour donner place ensuite à la véritable résolution musculaire. Votre malade a suivi étape par étape les différentes phases de l'anesthésie par le chloroforme, la période d'excitation a eu lieu, on vient de la porter sur la table d'opération, la toilette est faite, le bistouri du chirurgien s'approche de la peau, votre malade dort-il bien?

Comment le saurez-vous? N'allez-vous pas entendre tomber le désagréable mais juste "votre malade ne dort pas" du chirurgien difficile dont la pointe vient de rappeler la sensibilité seulement engourdie. Les reflexes cornéens? ils n'ont pas une grande valeur; ils disparaissent tantôt d'un côté tantôt de l'autre, tantôt des deux sans grande signification. La dilatation pupillaire entière annonce ou le réveil ou la syncope entre le myosis et elle il y a donc de la marge. Ici encore l'expérience seule du rythme respiratoire permettra d'affirmer la bonne anesthésie: un rythme large, régulier sera le bon indice du sommeil, un timbre très fort annonce souvent le réveil.

Il ne faut pas attacher une trop grande importance à la coloration de la face et on le comprendra aisément si on réfléchit: Il n'y a pas de couledr type, il y a des faces normalement colorées et d'autres normalement pâles, cependant si après s'être rappelé la coloration normale de la malade on s'aperçoit que celle-ci a beaucoup pâli sans que sa respiration soit devenue inquiétante, il suffira d'abaisser un peu sa tête pour remettre les choses en état (manœuvre facile avec les tables opératoires modernes).

La position de Trendelenbourg congestionne toujours un peu ou beaucoup les malades ; il y aura donc intérêt à le faire remarquer à l'opérateur si on avait affaire à des personnes à faces apoplectiques. Le pouls ne donne que des indications relatives, un pouls rapides annonce souvent le réveil, il sera précieux cependant de l'observer au cours d'interventions longues où les malades perdent beaucoup de sang, de sa faiblesse sinon de sa fréquence pourra découler l'indication de sérum de caféine, de strychnine, et c'est au chloroformisateur que ce devoir incombe.

(A suivre).

Dr: Z.-E. EYHIER,

Ancien interno de l'hôpital St-Michel de Paris.
Membre de l'Association française de chirurgie.

EMILE MOIGNET,

LA REORGANISATION DES ETUDES MEDICALES

Paris le 2 avril 1907.

CORRESPONDANCE

La réorganisation des études médicales est à l'ordre du jour en France, un grand congrès des praticiens s'ouvrira le 12 de ce mois pour mettre en commun les propositions diverses et constituer un nouveau programme plus apte à former le médecin de demain. Quoique l'on se préoccupe moins de ces importantes questions en Canada, il ne sera pas sans intérêt pour les lecteurs du "Montréal-Médical" de savoir ce qu'il se fait de ce côté de l'Atlantique.

M. le docteur Leredde vient de faire rapport aux Syndicats Médicaux de France que l'enseignement actuel est mauvais, que les étudiants souffrent de ses vices trop évidents et que le médecin ne peut apprendre aujourd'hui les notions nécessaires à l'exercice de sa profession. Nous avons perdu, dit-il, en France la prépondérance que nous exerçons autrefois au point de vue médical. Ce qui fait la suprématie de l'Allemagne, c'est l'organisation admirable de ses services hospitaliers, le nombre des assistants qui existent partout et qui font travailler des étudiants responsables et libres. Les conclusions du rapport demandaient la nomination d'une commission composée de professeurs et de praticiens pour élaborer le projet des réformes des études médicales. Les étudiants ont énergiquement appuyé cette demande et l'Université approuvait les étudiants. Les professeurs savent et répètent que les étudiants ne savent rien, qu'il est possible de trouver mieux et que des réformes devraient immédiatement être faites.

Ces vues élevées, ces généreuses paroles font contraste avec les opinions différentes de certains membres de la profession médicale du Canada qui trouvent que rien ne peut être changé, que tout va très bien et que le perfectionnement n'est pas possible. C'est pourquoi l'on a toujours cherché à éliminer tous ceux qui voulaient proposer

l'organisation pratique des études médicales. C'est pourquoi l'on a toujours été sourd à la voix des jeunes, formés à la lumière de cette ère de progrès du dernier quart de siècle qui a changé la base de la médecine moderne, c'est pourquoi ont eu à surmonter tant de difficultés ceux qui ont organisé les cours d'Hygiène, d'Histologie, d'Electricité médicale, d'Anatomie microscopique, de Bactériologie, de Physiologie expérimentale, de Chimie pratique, de Biologie, etc., sciences sans lesquelles il n'y a plus de médecine possible.

Le ministre de l'Instruction Publique en France n'a pas consulté des messieurs ainsi ensevelis dans le Statu quo comme dans un linceul, il vient de nommer une commission de réorganisation des études médicales, dont il a précisé le but et l'objet de ses travaux en ces termes :

"Après treize ans, il paraît nécessaire de procéder à une nouvelle revision ; mais il n'y a pas lieu d'incriminer ici l'instabilité des programmes : les programmes doivent se modifier périodiquement en raison de l'évolution constante des sciences médicales.

Ce qui rend la tâche difficile et compliquée, c'est qu'il s'agit d'assurer à la fois l'éducation scientifique et l'éducation professionnelle du docteur et médecin. Le médecin doit être avant tout un bon praticien ; mais il ne peut être un bon praticien s'il ne possède les connaissances scientifiques dont il aura besoin chaque jour, et ces connaissances scientifiques ne seront réelles que si l'étudiant en médecine les acquiert par l'habitude et l'expérimentation et de l'observation personnelle.

"Comment doivent être organisés les travaux pratiques si l'on veut que, pour chaque science, l'étudiant devienne capable de faire lui-même, quand les intérêts de la pratique l'exigent, certaines analyses et certaines expériences ?

"Enfin, comment faut-il organiser l'enseignement clinique et le stage pour que, non seulement les internes et les externes, mais tous les étudiants ne se contentent pas de suivre le professeur ou le chef de clinique à travers les salles d'hôpital, d'écouter vaguement ses explications, mais qu'ils soient exercés à examiner les malades, à se rendre compte du siège, de la nature, de l'évolution des affections morbides.

"La question des examens se rattache naturellement à celle de l'enseignement. Les examens doivent être, en effet, la constatation normale, régulière des études. Il faut donc rechercher par quelles mesures ce caractère de l'examen sera le mieux assuré ; et il y aurait lieu de se demander si on ne pourrait pas tenir compte des notes obtenues soit dans les interrogations complémentaires des cours, soit aux travaux pratiques, soit aux exercices cliniques.

"Sur toutes ces questions j'ai tenu, avant de procéder à l'étude d'un décret nouveau, à recueillir l'avis d'une commission où seraient représentées toutes les compétences. Si les représentants des Facultés de Médecine sont bien placés pour connaître l'organisation actuelle, ses

lacunes et ses déficiences aussi bien que ses avantages, les médecins engagés dans la pratique quotidienne pourront, avec l'autorité de l'expérience personnelle, indiquer ce que devrait être le docteur en médecine qui, à peine investi de son diplôme, livré à lui-même, est obligé, du jour au lendemain, d'assumer les plus lourdes responsabilités.

"Le problème qui s'impose est donc de faire dans les programmes : la part : 1o. de l'enseignement théorique, 2o. des travaux pratiques à l'amphithéâtre et au laboratoire, 3o. de l'éducation clinique. Ce sont là trois éléments dont aucun ne peut être supprimé et qui sont indissolublement liés, mais on conçoit qu'il soit difficile de mesurer à chacun d'eux le temps et la place qui lui seront accordés.

Dr. D. E. LECAVALIER
Paris

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société Médicale de Montréal

Séance du 16 avril 1907.

Présidence de M. A. Marien.

Membres présents : MM. E. Asselin, lieutenant-col. Aubry, Chartier, F. de Martigny, F. Monod, J. Pécarie, Bourgouin, Bourgeois, Brisset, A.-A. Foucher, J.-N. Roy, H. Lebel, Handfield, D. Masson, A. Racicot, Verrier, St-Jacques, Larose, Rousseau, Lasnier, Laramée, Dion.

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

M. le secrétaire donne lecture d'une lettre invitant les membres de la Société Médicale à assister à l'Exposition des Produits Alimentaires et prendre part à un lunch qui sera donné en leur honneur. L'invitation est adoptée et rendez-vous est donné pour mardi, le 23, à 6 heures après-midi.

M. le Président prononce quelques paroles de sympathies à l'adresse de nos confrères anglais dans le malheur qui vient de les frapper par l'incendie de la Faculté de Médecine de l'Université McGill, et il donne lecture d'une motion de M. Dubé : "Il est proposé par M. Dubé, secondé par M. Foucher, que la Société Médicale a appris avec regret la destruction des édifices de la Faculté de Médecine de l'Université McGill, et lui offre, en cette circonstance, ses vives sympathies pour la perte irréparable des merveilles scientifiques qu'elle avait accumulées depuis de nombreuses années. Le secrétaire est prié de transmettre au doyen une copie de cette résolution."

M. de Blois est nommé membre-correspondant de la Société Médicale à l'unanimité.

Et l'on passe à l'ordre du jour.

Présentation de malades par M. J.-N. Roy.

Le Dr. J.-N. Roy présente un garçon de quatre ans, à qui il a enlevé une tumeur fibro-cartilagineuse de l'orbite gauche. Deux ans auparavant, un autre confrère avait fait l'énucléation de l'œil pour exophtalmie causée par le néoplasme. Comme ce petit malade avait de la suppuration orbitaire et présentait des symptômes de méningisme, M. Roy a fait l'exentération de cette cavité et a sorti environ cinquante grammes de ce tissu néoplasique. Ce patient étant guéri, il est présenté dès maintenant avant d'avoir sa cavité orbitaire définitivement fermée par une tarsonomie.

La seconde malade présentée a été opérée d'un épithélioma de l'angle interne de l'œil gauche, ayant envahi les deux paupières, le sac lacrymal et la peau de la joue sur une longueur de 2 1-4 centimètres dans la direction de l'aile du nez. Cette tumeur qui date de cinq ans, prit subitement un développement rapide : ce qui engagea l'auteur à en faire une ablation large. Il s'attache à démontrer la méthode d'autoplastie qu'il a suivie. Pour combler cette perte de substance, le Dr. Roy, après avoir décollé la peau de la joue, du nez et du front, et avoir fait une série d'incisions, est parvenu à obtenir un excellent résultat au point de vue esthétique.

Le Dr. Foucher trouve que ce résultat opératoire est très bon. Cependant, il se montre partisan du traitement électrique et condamne l'autoplastie à cause des complications éloignées. Il demande au Dr. Lasnier de bien vouloir donner son opinion.

Le Dr. Lasnier vante les rayons de Röntgen, et rapporte une statistique européenne où presque tous les malades traités pour épithélioma cutané sont guéris par l'électricité. D'après lui, tous les cancéreux qui semblent avoir amplement bénéficié d'une opération devraient subir un traitement aux rayons X pour prévenir un récidive.

Le Dr. Boulet ne partage pas l'opinion de ces deux confrères, et croit qu'une large excrèse doit toujours être préférée à l'électricité. Dans le cas présent, il trouve le résultat opératoire satisfaisant et rapporte un succès personnel.

Le Dr. Roy répond qu'il est très difficile de se faire une opinion sur un cas sans l'avoir vu. S'appuyant sur l'envahissement du sac lacrymal et des parties profondes, il a cru devoir laisser de côté les rayons X qui ne sont indiqués que dans le traitement des épithéliomas cutanés superficiels. Pour continuer les digressions déjà commencées, M. Roy ajoute que l'on peut aussi se servir du radium avec succès dans certains cas d'épithélioma également superficiel.

20. La compression cérébrale.—Étude physiologique et traitement chirurgicale.—M. J. Archibald.

30. Les rayons X, leur application à la médecine et à la chirurgie, avec projection. M. Lasnier retrace brièvement toute l'histoire de la découverte des rayons X, par Röntgen, et par des tableaux fait passer sous les yeux les différentes étapes parcourues par cette science qui, depuis quelques années, a rendu de si grands services à la mé-

decine et à la chirurgie. Puis, au moyen de projections, il fait voir à l'auditoire différentes radiographies représentant soit des corps étrangers, soit des tumeurs siégeant à l'intérieur de l'organisme. Il passe en revue les différentes maladies qui peuvent rester cachées à la sagacité clinique du praticien ou du chirurgien, et il montre tout le bénéfice que pourrait en retirer le chirurgien avec l'aide de la radioscopie.

Avec quelques remarques du président, l'assemblée prit fin.

LES RESULTATS THERAPEUTIQUES DE L'IONISATION

"L'expérimentation et l'observation
perfectionnent la médecine tous les jours."

CORRESPONDANCE

L'expérience a démontré ce que nous avons lieu d'attendre du passage des médicaments à travers la peau, au moyen de l'électrolyse. Le lapin a été ainsi empoisonné par la strychnine et la morphine absorbée par cette voie a produit les mêmes effets que prise par la bouche. La preuve la plus démonstrative de la pénétration des ions nous est fournie en employant des solutions colorées. Si l'on se sert comme électrodes d'une solution de permanganate de potassium sur chaque bras, après le passage du courant, on ne constate aucun changement sur la peau du bras par lequel est entré le courant et où la solution de permanganate de potassium servait d'anode, mais à la sortie du courant, sous la solution de permanganate servant de la cathode, la peau est constellée d'un pointillé brun, impossible à enlever par le lavage, car il siége profondément dans l'épaisseur de la peau. L'ion permanganique a pénétré par les glandes car les glandes seules sont ainsi remplies. Le courant électrique influence l'organisme, non seulement par les ions diffusibles qu'il y introduit mais aussi par les échanges d'ions qu'il détermine entre tous les tissus, et tous les éléments de composition chimique différente. L'élément anatomique traversé par le courant cède ses anions au liquide qui le baigne et reçoit ses cathions. Les actions thérapeutiques, toxiques, antiseptiques et médicamenteuses des substances électrolytiques sont presque exclusivement des actions ioniques. La quantité d'un ion introduit dans le corps humain par une quantité déterminée d'électricité ne dépend pas de la concentration des solutions qui imprègnent les électrodes mais bien de l'intensité du courant et de la vitesse d'introduction des ions. La diffusion des ions dans les tissus varie beaucoup, ainsi l'ion permanganique ne diffuse absolument pas et reste à l'endroit d'introduction jusqu'à son élimination tandis que l'ion strychnine, morphine, salicylique etc., etc. diffuse rapidement en quelques minutes. L'ion cocaïne produit l'anesthésie mais ne diffuse pas. Souvent les ions médicamenteux ajoutés aux ions de l'organisme donnent les plus bienfaisants résultats thérapeutiques. Ce nouveau mode de traitement des maladies paraît avoir le plus brillant avenir, l'on peut faire pénétrer dans l'économie des ions thérapeutiques et comme l'a démontré, M. Bordier, l'on peut aussi éliminer des ions morbides.

L'une des actions les plus constantes des traitements électrolytiques est la disparition des tissus scléreux et cicatriciels sous l'influence des cathodes formées par une solution de chlorure de sodium. Des ankyloses, mêmes anciennes, des articulations se guérissent rapidement sans mouvement forcé, sans aucune douleur; de jour en jour l'ankylose disparaît et les articulations retrouvent toute leur mobilité.

Pour appliquer le traitement on emploie une solution de chlorure de sodium à 1 ou 2 pour cent. L'électrode dite, indifférente, l'anode peut être constituée par un bain local ou par des compresses de coton hydrophile tandis que la cathode, avec le pôle négatif, est constituée par un bain d'eau salée dans lequel plonge la région malade ou bien par des compresses enroulées sur les parties à traiter. On débute avec un courant d'environ dix millampères qu'on élève, après 15 minutes, à cent millampères sans que le patient éprouve aucune douleur. La limite de l'intensité est marquée par la tolérance du sujet. Si les applications sont bien faites, il n'y a point d'accidents, point d'escarres à craindre. Il y a douleur et brûlure que si la peau présente une solution de continuité, une écorchure, un bouton qui constitue un orifice par où se précipite le courant. Dans ces cas il faut lever l'électrode, chercher l'écorchure la laver à l'alcool, la recouvrir d'une goutte de collodion élastique qui ne laisse pas passer le courant et continuer la séance. Pour obtenir des résultats rapides les séances doivent durer une demie-heure avec une intensité maxima. Les applications ne doivent pas être de plus de trois fois par semaine, la résistance comme la tolérance diminuent d'une séance à l'autre de sorte qu'il faut éloigner les séances: 2 puis une par semaine.

Dans tous les cas chronique où l'agent morbide a cessé d'agir le succès est certain, les résultats obtenus ont toujours été des plus satisfaisants. Lorsque les tissus scléreux sont immédiatement sous la peau, ils sont plus facilement accessibles au courant aussi l'action est rapide et complète; les articulations de la hanche, de l'épaule, entourées de masses musculaires très conductrices détournent le courant et empêchent d'obtenir des résultats aussi complets et aussi rapides. M. le professeur Leduc a rapporté, entre autres, le cas d'une jeune soldat porteur d'une ankylose complète des doigts à la suite d'une phlegmon de la main qui pendant six mois fut soumis dans un hôpital militaire à tous les traitements jusqu'à la mobilisation forcée sous le chloroforme sans aucun résultat. Après DEUX SEANCES d'électrolyse, la main dans un bain d'une solution de chlorure de sodium servant de cathode, il reçut, trente millampères pendant trente minutes, les mouvements revinrent complètement il ne resta plus aucune trace d'ankylose. Un garde forestier de l'Etat, après six mois d'immobilisation pour une arthrite fongueuse du genou. était affecté depuis cinq mois d'un ankylose complète; il reçut neuf séances d'électrolyse, compresse cathodique imprégnée d'une solution de chlorure de sodium, 100 millampères pendant quarante minutes, deux séances par semaine, puis une, puis une tous les quinze jours. Après deux mois de traitement le malade marchait parfaitement et reprenait ses fonctions de garde forestier.

A la suite d'une fièvre typhoïde une jeune fille souffrit d'une arthrite chronique du genou qui ne s'était pas modifiée depuis 18 mois ; elle reçut 12 séances d'électrolyse cathodique, les douleurs disparurent ainsi que l'épaississement des tissus et les mouvements devinrent libres.

Le traitement anti-sclérotique peut s'appliquer sur toutes les parties accessibles au courant, les indications sont donc multiples, et les nombreuses guérisons établissent sa valeur thérapeutique.

(A suivre).

Dr. D. E. LECAVELLIER,
Paris.

Séance du 7 mai 1907.

Présidence de M. Marien.

Membres présents: MM. Archibald, E. Asselin, Bruncau, Bousquet, Boucher, Bourgeois, Bourgouin, R. Boulet, Dupont, Dion, F. de Martigny, J. Décarie, H. Hervieux, I.-A. Handfield, Lesage, O.-F. Mercier, A. Marcil, F. Monod, Rhéaume, Rousseau, Racicot, I.-N. Roy, C.-N. Valin.

L'assistant-secrétaire, M. Bourgeois, donne lecture du procès-verbal de la dernière séance.

Adopté sans discussion.

Lecture fut aussi faite d'une lettre du Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université McGill, monsieur le docteur Roddick, remerciant la Société Médicale pour les sympathies témoignées lors de la conflagration qui a détruit les édifices de la Faculté de Médecine.

Puis on passe à l'ordre du jour.

10. Présentation de pièces anatomiques. Anomalie congénitale des voies urinaires, par Monsieur Z. Rhéaume.

Rein unique avec un seul uretère rencontré dans une autopsie médico-légale, chez un ouvrier mort d'un traumatisme.

M. de Martigny félicite M. Rhéaume du travail qu'il vient de présenter, tout en appuyant sur la nécessité de l'exploration rénale dans la néphrectomie.

M. O.-F. Mercier partage les mêmes opinions.

M. Archibald—que le cathélérisme des utères peut causer des accidents et pour lui c'est une véritable opération. Il rapporte deux cas où il est survenu des complications : d'abord chez une femme où il y eut rétention complète d'urine pendant vingt-quatre (24) heures, et chez une autre malade anémique, menacé de syncope.

20. L'huile de vaseline dans le pansement de l'évidement pétromastoidien, par M. S.-N. Roy.

30. La compression cérébrale. Sa base physiologique et ses indications opératoires par M. Edw. Archibald.

40. M. Eug. Dufresne est élu à l'unanimité membre titulaire de la Société Médicale de Montréal.

Puis la séance est levée.

L'INSPECTION MEDICALE DES ECOLES

La commission d'hygiène présidée par l'échevin, monsieur le docteur Dagenais a étudié le rapport de l'inspection médicale des écoles. Du rapport très complet et très détaillé de monsieur le Docteur I.-E. Lamberge, chef de l'inspection médicale des écoles, nous en détachons les quelques conclusions suivantes :

“Un des plus importants devoirs d'un Bureau d'Hygiène est celui de prévenir la dissémination des maladies contagieuses. Le présent rapport vous démontre que l'école est un des endroits les plus propices à la contagion.

“En instituant l'inspection médicale des écoles, vous avez, dans une grande mesure, enrayé la dissémination des maladies contagieuses; le nombre de cas rapporté par nos inspecteurs est considérable, et, sans l'inspection, ces enfants auraient continué à fréquenter l'école et auraient semé la contagion partout.

“En règle générale, les médecins que vous avez nommés se sont acquittés de leurs devoirs avec beaucoup de zèle et de tact. “Les principaux des écoles, constatant tout le bien qui devait résulter de ce travail, et le peu de dérangement que cette inspection causait aux élèves pendant les classes, désirent vivement continuer cette grande entreprise du Bureau d'Hygiène.

Les différents rapports que nous avons reçus des médecins inspecteurs établissent que la propreté des enfants à l'école est de 50 pour cent au-dessus de ce qu'elle était à l'inspection du mois d'octobre 1906, que les écoles elles-mêmes sont mieux ventilées. Ce rapport démontre que le nombre d'enfants souffrant de maladies des yeux (13-43), des oreilles (417), de tumeurs adénoïdes et d'hypertrophie des amygdales (3029), est très considérable; beaucoup cependant ont été convenablement traités. Grâce à cette inspection, vous avez donc prévenu des infirmités qui auraient persisté chez ces enfants alors même qu'ils seraient devenus des adultes. Ces tumeurs adénoïdes sont la cause de lésions permanentes des oreilles, de troubles sérieux des organes respiratoires et même du cerveau. Nombre d'enfants qui paraissent inaptes au travail, nonchalants, plus ou moins idiots, et même quelquefois vicieux, deviennent des élèves dociles, studieux et même brillants dès que cette obstruction nasale est disparue. Malheureusement, dans les familles, cette affection passe inaperçue, les parents n'en connaissent pas les inconvénients, l'enfant grandit avec les déplorables infirmités que ces tumeurs adénoïdes engendrent si souvent: infirmités physiques, entraînant des infirmités morales.

“9478 cas de dents cariées ont été rapportés, cette carie dentaire cause bien des dérangements dont les troubles de la digestion sont les plus sérieux, c'est un foyer d'infection que l'enfant a continuellement dans la bouche, et il est très important que ces enfants reçoivent un traitement convenable.

"Beaucoup des enfants qui fréquentent les écoles n'ont pas reçu de l'inspection médicale tout le bénéfice qu'ils auraient dû en recevoir. Dans beaucoup d'écoles, les autorités n'ont pas tenu compte de ceux qui étaient plus légèrement atteints afin de ne pas créer une perturbation trop grande. En continuant une autre année, cette inspection, le travail devra se faire d'une façon plus complète, vu l'expérience acquise de part et d'autre. Dans la plupart des cas, il suffit d'attirer l'attention des parents sur telle ou telle maladie ou défectuosité, pour que de suite ceux-ci prennent des mesures nécessaires pour y remédier et les faire disparaître. Nous n'avons reçu que très peu de plaintes des parents parce que leurs enfants auraient été renvoyés de l'école.

"La publication des conditions déplorable dans lesquelles on a trouvé les enfants des écoles lors de la première inspection (octobre et novembre), a créé un malaise intense dans toute la population. Aujourd'hui, bien peu de personnes ne comprennent pas l'importance de cette mesure, et la population verrait avec bonheur la continuation de cette inspection, car tous comprennent maintenant que c'est une protection pour les enfants, une chose d'une utilité indispensable.

"Pour compléter ce rapport, je crois, messieurs, devoir vous signaler le nombre considérable d'enfants pauvres ayant besoin de lunettes (875). Ces enfants en ont fait la demande par écrit. Cette demande était accompagnée d'un certificat du directeur de leur école, attestant que leurs parents étaient trop pauvres pour payer les frais des verres dont ils ont si grand besoin.

"J'attire aussi votre attention sur le nombre considérable des enfants souffrant de pédiculose ou de la gale (1188). Si vous complétiez cette inspection médicale par un service d'infirmières qui iraient dans les écoles traiter ces enfants négligés par leur famille, vous combleriez une lacune. Ces infirmières pourraient encore instituer un traitement pour de légères affections tels que pansements de plaies, traitements de certaines maladies bénignes des yeux, etc.

"Les résultats vraiment remarquables obtenus dans la ville de New-York démontrent que les quelques centaines de dollars que vous consacriez à cette fin seraient de l'argent bien placé."

NOTES.

L'étude détaillée de ce rapport, dont nous ne venons de publier qu'un fragment, a fait ouvrir sérieusement les yeux aux membres de la Commission d'Hygiène.

Ainsi, le président a suggéré qu'une entente ait lieu avec les dentistes de chaque district afin que les enfants pauvres puissent, sur présentation de leur carte d'inspection, se faire extraire leurs dents cariées. Quant à la rougeole, on est heureux de constater qu'elle n'a pas sévi plus sérieusement dans les écoles, alors que nous avons été en proie à une véritable épidémie de cette maladie.

Le Dr. Laberge dit qu'il n'y a pas eu amélioration pendant ces six mois, au point de vue de l'apparence sanitaire des écoles. On s'est contenté de permettre de changer les pupitres de place, ou de balayer plus souvent et non à sec, dans ceux de constater qu'elle n'a pas sé-tenu ses promesses.

La commission charge le Dr. Laberge d'écrire aux directeurs de ces écoles, les priant de se soumettre sans délai aux règlements de la stricte propreté. Il semble compris cependant, que quelques grosses réparations ne seront accomplies que durant les vacances prochaines.

Listes des maladies dans les Ecoles

	Inspection de Mars 1907	Inspection d'Octobre 1906	Augmen- tation sur l'inspection du mois d'Octobre- 1906	Diminution sur l'ins- pection du mois d'Oc- tobre 1906
Mauvaise nutrition.....	954	931	19	
Inflammation des glandes.....	1406	1699		293
Choré	30	22	8	
Maladie du cœur.....	104	62	42	
Maladie des poumons.....	89	108		19
Maladie de la peau.....	254	379		123
Déform. colonne vertébrale.....	127	160		33
Déform. cage thoracique.....	88	110		22
Déform. des membres.....	154	155		1
Défauts de la vision.....	1022	1023		1
Défauts de l'appareil auditif.....	253	417		161
Conjonctivites	222	311		89
Tracoma		9		9
Gêne de la respiration nasale.....	832	887		55
Dents cariées.....	9478	9393	85	
Hypert des amygdales.....	2453	2107	346	
Adénoïdes	746	922		176
Diphthérie	5	4	1	
Fièvre Scarlatine	4	2	2	
Rougeole	26	7	19	
Variole				
Coqueluche	19	7	12	
Oreillons	5	8		3
Varicelle	5	1	4	
Erysipèle		12		12
Poux	1472	1091	381	
Gale	46	97		
Impetigo	27	49		22
Dartres	97	52	45	
Pimpligus	1	11		10
Paralytie	1		1	
Maux de tête d. a. surmenage.....	205	385		180
Enfants renvoyés de l'école pour d'infection à la maison.....	82	75	7	
Enfants renvoyés pour cause de malpropreté	45	126		81
	20215	20632		

Pourcentage pour la visite du mois de Mars, 47,99 pour cent.
 Pourcentage pour la visite du mois d'Octobre, 46,86 pour cent.

CANCER DES VOIES BILIAIRES

PAR M. LE PROFESSEUR DEBOYE

Je vous entretiendrai aujourd'hui d'une affection qui n'est pas très commune, le cancer des voies biliaires. Ceux d'entre vous qui suivent depuis longtemps mon service se rappelleront le malade, objet de cette leçon, car il est mort à la fin du mois de novembre. En tous cas, il me sera possible de vous présenter les pièces qui ont été recueillies à l'autopsie et qui ont été soigneusement conservées.

Le cancer des voies biliaires est, bien entendu, un cancer développé dans les voies biliaires, mais il a encore deux autres caractères essentiels : il se développe primitivement au niveau de ces canaux et il a peu de tendance à se généraliser.

Qu'il y ait un cancer des voies biliaires, rien d'étonnant, puisque le cancer est une affection épithéliale et que les voies biliaires sont tapissées d'épithélium et contiennent des glandes. Si cette variété de cancer a peu de tendance à se généraliser, la raison en paraît être que, de bonne heure, il obstrue complètement les canaux de la bile et compromet rapidement l'existence du malade ; aussi la généralisation n'a pas le temps de se produire.

Le cancer peut siéger sur divers points des voies biliaires. Il peut exister, tout d'abord, au niveau de l'ampoule de Vater : on a beaucoup discuté pour savoir s'il s'agit là d'un véritable cancer biliaire ou d'un cancer pancréatique ou bien encore d'un cancer de la muqueuse intestinale située au niveau de l'orifice des canaux biliaires et pancréatiques. Cette question n'intéresse guère le clinicien, car quelle que soit l'interprétation admise, on aura toujours le même syndrôme clinique, le même pronostic, les mêmes indications thérapeutiques.

Si le cancer siège dans le canal cholédoque, on constate les mêmes symptômes que dans le cancer de l'ampoule de Vater, c'est-à-dire un ictère chronique intense, une distension de la vésicule biliaire, de la tuméfaction du foie et souvent de la tuméfaction de la rate. L'ictère chronique intense est facile à expliquer par l'oblitération rapide du canal. La distension de la vésicule biliaire est la règle et constitue un bon signe diagnostique, d'autant meilleur qu'on ne l'observe pas, en général, lorsque l'obstruction est le fait d'un calcul. On explique cette différence par ce fait que la plupart des calculs viennent de la vésicule et s'accompagnent d'un catarrhe chronique de cette poche. Cette inflammation donne lieu à un épaississement et à une rétraction de la paroi qui amène une diminution de la cavité et produit une résistance qui s'oppose à sa distension.

La tuméfaction du foie observée dans le cancer du canal cholédoque est due à la distension des voies biliaires, à de la congestion, et peut-être aussi à de la cirrhose. Du reste, les auteurs ne sont pas très explicites sur la nature des lésions qui accompagnent l'hypertrophie de la glande hépatique.

Dans le cancer de la vésicule et du canal cystique, la maladie reste latente le plus souvent jusqu'à l'envahissement du canal cholédoque et alors on observe les signes précédents auxquels s'ajoute une tumeur de la région vésiculaire.

Si le cancer siège sur le canal hépatique, il y a encore, bien entendu, de l'ictère, mais la vésicule biliaire n'est pas distendue. De plus, en pareille circonstance, sans qu'il nous soit possible d'en donner une explication plausible, le foie et la rate ne sont guère hypertrophiés.

Ces notions théoriques étaient nécessaires, pour vous mettre en mesure de comprendre l'évolution de la maladie que nous allons étudier : il s'agit d'un cancer siégeant au niveau du canal hépatique près de sa bifurcation.

Le nommé B..., âgé de 75 ans, est entré dans notre service le 23 octobre. Il y séjourna peu de temps, car il mourut le 21 novembre suivant. Son père et sa mère sont morts très âgés, il a quatre frères ou sœurs encore vivants ; il n'a aucune hérédité cancéreuse et j'ajouterai hépatique si vous voulez bien excuser cette expression irrégulière. Lui-même s'est toujours très bien porté, il n'a jamais été obligé de garder le lit pour une maladie quelconque, il n'est pas syphilitique et, ce qui vous surprendra davantage chez un ouvrier parisien, il n'est pas alcoolique ; il déclare, en effet, avoir toujours été très sobre et n'avoir que bien rarement dépassé la dose d'un demi-litre de vin par jour : dans des occasions exceptionnelles, il prenait un petit verre d'eau-de-vie, il affirme ne jamais en avoir pris d'apéritif. Ces renseignements sont d'ailleurs corroborés par l'examen clinique, car nous ne trouvons chez lui aucun stigmate d'alcoolisme. Un mois environ avant son entrée à l'hôpital, le malade s'aperçut qu'il était jaune et qu'il avait des démangeaisons par tout le corps. Dans le cancer des voies biliaires, le début est, en effet, latent, et l'ictère, dont on s'aperçoit par hasard, est le premier trouble constaté. Les démangeaisons cutanées sont relevées fréquemment en pareille circonstance, leur acuité doit être attribuée à la rapidité de la jaunisse et à son intensité.

Le malade voulut continuer à travailler, mais il ne tarda pas à constater que ses forces déclinaient et il maigrissait, était constamment fatigué et devait rester étendu une grande partie de la journée. Un mois après le début des accidents, B... entra à l'hôpital et notre attention était immédiatement attirée par son ictère. La peau et les muqueuses étaient d'un jaune intense et je fus tellement frappé de cette intensité, que je vous déclarai n'avoir jamais observé de maladie chez lequel la jaunisse fut aussi accentuée. L'urine contenait une telle quantité de pigments biliaires qu'elle était noire. La réaction de Gmelin ne pouvait être obtenue qu'en étendant d'eau l'urine et la quantité de pigments biliaires était tellement grande que la réaction était encore très nette avec un mélange de 1 partie d'urine pour 20 parties d'eau. La salive et l'expectoration du malade contenaient également du pigment biliaire. Le sérum était d'une coloration jaune safran et très riche en pigments.

L'examen des matières fécales acheva de spécifier la forme d'ictère à laquelle nous avons affaire. Les fèces étant décolorées, il s'agissait donc d'un ictère par rétention.

L'examen du foie fut fait sans difficulté, étant donné la maigreur du malade; l'organe n'était pas augmenté de volume et il n'y avait pas de distension de la vésicule.

Il est nécessaire de noter, dans ce cas, l'absence d'ascite et de circulation collatérale, et de signaler que le volume de la rate était normal.

L'appareil cardiaque ne présentait aucun trouble, mais on note, cependant, un ralentissement des battements de cœur; il y a 50 pulsations à la minute. L'examen du poulmon permet de constater des signes de bronchite disséminée et de congestion des bases. La quantité d'urine excrétée en 24 heures s'élevait à ce moment-là à un litre, il n'y avait pas d'albumine; l'épreuve de la glycosurie alimentaire fut négative; la dose d'urée éliminée en 24 heures était de 15 grammes environ. Les troubles nerveux étaient, dès ce moment, très marqués; l'asthénie était telle que B... restait couché toute la journée et qu'il fallait le soutenir quand on voulait le faire asseoir; la somnolence était continue, elle était cependant troublée par le prurit cutané, ou plus exactement incomplètement troublée, car le malade se grattait réflexivement étant à moitié endormi.

La température axillaire est de 37°, l'appétit est médiocre, il n'y a ni vomissement, ni diarrhée, et malgré cela le malade a maigri de 12 kilogrammes en un mois.

Lorsque nous avons terminé notre examen, nous avons porté le diagnostic de cancer comprimant les voies biliaires, mais nous n'avons pas été capables de préciser davantage; j'espère vous montrer que nous n'avons pas été capables de préciser davantage; j'espère vous montrer que nous aurions pu serrer de plus près le diagnostic et arriver, par exclusion, à affirmer qu'il s'agissait d'un cancer des voies biliaires que nous avons trouvé à l'autopsie.

Il s'agissait évidemment, d'un ictère par rétention, la décoloration permanente des matières, jointe à l'intensité de la jaunisse, suffisait à le prouver. La cause de cette obstruction n'était pas un calcul, car il n'y avait jamais eu de coliques hépatiques, ni même de phénomène douloureux pouvant les simuler; d'ailleurs la rapidité d'apparition de l'ictère, son intensité et l'altération rapide de la santé générale, ne plaident pas en faveur de ce diagnostic. Je ne discute pas ici l'hypothèse d'une cirrhose biliaire puisque le foie ni la rate n'étaient augmentés de volume et que les matières étaient constamment décolorées.

Les troubles de la santé générale, l'amaigrissement rapide du malade plaident en faveur de l'existence d'un cancer; on devait éliminer l'hypothèse d'un cancer stomacal ou intestinal comprimant les voies biliaires, parce qu'il n'y avait jamais eu de signe morbide gastrique ou intestinal.

S'agissait-il d'un cancer de la tête du pancréas ou de l'ampoule de Vater ? Pour ce diagnostic il manquait deux symptômes importants, puisqu'on ne constatait ni tuméfaction du foie, ni dilatation de la vésicule biliaire. Vous voyez donc que l'on aurait pu, de cette façon, arriver au diagnostic du cancer du canal hépatique, surtout en tenant compte de l'intensité de l'ictère que je crois plus marqué dans cette forme que dans tout autre type de cancer des voies biliaires.

Notre malade est resté quatre semaines dans le service avant de mourir, pendant les trois premières, les phénomènes n'ont pas varié ; pendant la quatrième, le malade a présenté une série de symptômes qu'on a l'habitude de rapporter à l'ictère grave et que nous pouvons classer de la façon suivante : 1o hémorragies multiples ; elles consistaient en saignements des gencives amenant une salivation sanguinolente, en épistaxis abondantes et répétées, en larges taches purpuriques sur le tronc et les membres ; 2o diminution de la quantité de l'urine qui s'abaisse à 20 grammes, puis à 200 et même 100 grammes dans les 24 heures. Cette diminution de la quantité de l'urine tenait certainement à des causes multiples : à l'abaissement de la pression sanguine et à une altération du rein venant s'ajouter aux lésions hépatiques. La quantité d'urée éliminée dans les 24 heures n'était plus que de quelques grammes et la glycosurie alimentaire, négative auparavant, devint positive dans les derniers jours. 3o Accentuation des troubles nerveux ; le malade est pris de crises délirantes alternant avec des périodes comateuses pendant lesquelles il ne répond à aucune excitation et ne prononce que quelques paroles incohérentes ; 4o acholie pigmentaire ; dans les derniers jours de l'existence du malade l'urine ne donnait plus la réaction de Gmelin et le sérum, avait recouvré sa coloration normale. Rien ne montre mieux que ce symptôme le trouble profond des fonctions hépatiques ; il nous indique qu'il n'y avait plus fabrication de pigments biliaires et si la peau paraissait encore jaune, cela était dû à l'intensité de l'imprégnation antérieure ; 5o hypothermie ; en même temps que s'établissaient tous ces symptômes graves, la température tomba à 36° 02, puis à 35° 05. Cet abaissement de la température était d'un fâcheux présage et cela d'autant plus que le pouls suivait une marche inverse et qu'il avait 150 pulsations le jour de la mort.

L'autopsie montra des lésions cancéreuses exclusivement limitées à la région du hile du foie. En dehors du foie, on constata pour toute altération une légère congestion hypostatique aux deux bases des poumons.

Le pancréas, l'ampoule de Vater, le canal cholédoque, étaient normaux. La rate avait son volume et sa consistance habituels. La vésicule biliaire très ratatinée et épaissie ne contenait que du mucus filant ; elle a été examinée histologiquement ; elle était absolument indemne des lésions cancéreuses. Le canal cystique ne contenait pas de calcul et n'était pas obstrué. Le canal hépatique et les deux branches qui le forment étaient, en revanche, imperméables, comme on pouvait

le constater en y introduisant une sonde cannelée. Cette imperméabilité tenait à ce que, à son entrée dans le foie, le canal était transformé en un tissu néoplastique, au centre duquel il se trouvait, et qui, de plus, s'étendait aux parties avoisinantes du foie. La tumeur ainsi formée avait le volume d'une petite orange, elle était ferme, de coloration blanchâtre, tranchant ainsi sur le reste du foie de couleur verdâtre, imprégné qu'il était par la bile. Il n'existait aucun autre noyau cancéreux ni dans le foie, ni dans tout autre organe.

Histologiquement, la tumeur était constituée par un épithélioma à cellules cylindriques. La forme des cellules semblait bien indiquer qu'elles dérivait des cellules épithéliales des voies biliaires.

J'é vous ai entretenu de ce fait parce qu'il est intéressant, au point de vue du pronostic, de différencier ces faits qui évoluent toujours rapidement vers la mort, avec d'autres cas d'ictères chroniques dans lesquels le pronostic est beaucoup moins grave. Supposez que nous eussions diagnostiqué une obstruction par un calcul ou par un cancer de la tête du pancréas; on eût pu essayer d'intervenir chirurgicalement en faisant soit une cholécysto-entérostomie, soit une cholécystostomie. Dans notre cas, cette intervention aurait été absolument inutile et dangereuse puisque la bile n'arrivait plus dans la vésicule biliaire; il ne pouvait y avoir aucun intérêt à tenter d'aboucher cette vésicule dans les organes voisins. Au contraire, dans le cas d'obstruction calculueuse des voies biliaires, il faut savoir porter une indication opératoire précise, car, par une intervention chirurgicale faite en temps voulu, on a pu, maintes fois, sauver la vie des malades.

TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE DES NOURRISSONS

Les nourrissons atteints de diarrhée profuse, fétide, verdâtre doivent être soumis d'emblée à la diète hydrique pendant 24 heures, diète qui pourra durer trois ou quatre jours.

M. Perret, dans un intéressant travail sur la diarrhée infantile, recommande de surveiller attentivement l'alimentation et de pratiquer l'antiséptie et le lavage de l'intestin soit avec de l'eau bouillie simple, soit additionnée d'un antiseptique faible d'acide borique ou de naphthol à 0,02 pour cent, soit mieux encore d'eau salée à 7 pour mille.

Ces lavages donnent d'excellents résultats, d'abord parce qu'ils facilitent l'évacuation rapide des toxines intestinales, puis parce qu'ils permettent à l'enfant de récupérer facilement une assez grande quantité du liquide qu'il perd du fait de la diarrhée.

Le manuel opératoire du lavage intestinal est très simple et à la portée de tous. On se sert d'une sonde molle en caoutchouc rouge No 20 à 25; après en avoir lubrifié l'extrémité avec un corps gras, on l'introduit dans le rectum de l'enfant couché sur le côté droit et on l'enfonce de 15 centimètres environ. On adapte l'extrémité libre du tube de caoutchouc au bock à injection élevé de 15 à 20 centimètres au-dessus de l'enfant, et fermant l'anus avec les doigts, on laisse passer environ un demi-litre à un litre de liquide. On retire la sonde en la pinçant entre les doigts et le liquide ressort seul.

Un point important à noter, c'est la température du liquide ainsi introduit : il serait froid si l'enfant a la fièvre, il sera tiède s'il y a de l'hypothermie.

Le benzonaphtol est fréquemment employé dans l'antiseptie du tube digestif ; on le donne pur ou associé au salicylate de bismuth.

Benzonaphtol.	50 centigr.
Salicylate de bismuth.	1 gramme.

En trois paquets dans les 24 heures.

Acide lactique.—On ne doit le prescrire que pendant la diète hydrique, car c'est dans ce cas qu'il donne son maximum d'effet, tandis que, concurremment à l'alimentation, on en tire que peu ou pas de bénéfice.

Pendant la première année, on donne, toutes les demi-heures, une cuillerée à café de la potion suivante, conservée glacée :

Acide lactique.	3 grammes.
Sirop de coing.	25 —
Eau distillée.	100 —

Après la première année, on peut donner une cuillerée à soupe à la fois.

On espace peu à peu l'administration du médicament à mesure qu'il produit son effet, et on cesse tout à fait dès la reprise de l'alimentation.

Bismuth.—Il est ordonné sous la forme de phosphate soluble.

Phosphate soluble de bismuth.	3 grammes.
Sirop de coing.	25 —
Eau distillée.	100 —

Après la première année, on peut donner une cuillerée à soupe à la fois.

On espace peu à peu l'administration du médicament à mesure qu'il produit son effet, et on cesse tout à fait dès la reprise de l'alimentation.

Bismuth.—Il est ordonné sous la forme de phosphate soluble.

Phosphate soluble de bismuth.	2 grammes.
Sirop simple.	25 —
Eau distillée.	90 —

Une cuillerée à café toutes les heures.

Le bismuth colorant les selles en noir, il ne faut pas oublier d'en avertir les parents.

En résumé, dans les cas sérieux de diarrhée infantile, c'est à la diète hydrique qu'il faudra d'abord recourir ; elle sera complétée par de grands lavages de l'intestin, et s'il existe des vomissements, on fera également des lavages de l'estomac.

Les injections de sérum rendront également de grands services.

L'usage des médicaments sera aussi restreint que possible, leurs efficacité étant bien inférieure au reste du traitement.

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX DE LA NEURALGIE FACIALE

Le plus souvent, étant donné qu'on n'a pas de bases suffisamment solides pour rattacher les névralgies faciales à une étiologie déterminée, on se contente d'instituer un traitement analgésique. Salomoni, de Messine, aurait eu la patience de dresser la liste à peu près complète de tous les médicaments ou méthodes successivement préconisés par les auteurs et n'en a pas trouvé moins de cent vingt-cinq. Longue est donc la liste de ces médicaments et il nous semble oiseux d'en dresser le catalogue.

Les uns sont des calmants en application externe : topiques, liniments térébenthinés, chloroforme, menthol ; les autres des révulsifs : vésicatoires à l'ammoniaque. Dans le cas de névralgie très localisée, avec points douloureux nets, Trousseau insistait longuement sur la supériorité des vésicatoires à l'ammoniaque. On remplit aux trois quarts un dé à coudre avec du coton bien sec et bien tassé, puis on imbibe d'ammoniaque caustique un autre tampon qui doit remplir le reste du dé. On applique alors ce dé sur la peau de la tempe, par exemple, et on le maintient cinq minutes ; quand on enlève le dé, on trouve la peau avec laquelle l'ammoniaque a été en contact, pâle et contrastant avec la rougeur du pourtour, l'épiderme est flétri et ridé, il se détache facilement par une légère friction.

Sur le derme ainsi mis à nu, Trousseau faisait un pansement avec un centigramme de morphine délayée dans un peu d'eau, le tout recouvert d'un pansement occlusif ; le soulagement obtenu dans certains cas tenait presque du miracle." On a encore employé, comme caustique, le nitrate d'argent en injections dans le tissu maxillaire.

Parmi les médications internes, citons la jusquiame, qui entre dans la composition des pilules de Méglin ; le chlorhydrate d'hyoscine, en injections sous-cutanées (Tannois et Pont) ; l'antipyrine, qui réussit assez bien dans la névralgie du type léger, où tout réussit.

Grandclément, de Lyon, a donné, en injections sous-cutanées, la cocaïne associée à l'antipyrine, et en a obtenu de bons résultats.

Robin et Bardet conseillent le pyramidon : 1 centigramme au moment de l'accès, puis 50 centigrammes jusqu'à sa disparition ; Ferréol, le sulfate de cuivre ammoniacal ; Strumpell, le buthylchloral, le croton-chloral en capsules de 20 centigrammes, 1 à 3 par jour.

Franci, a obtenu la guérison de deux cas de névralgie rebelles du sus-orbitaire par l'injection, dans l'épaisseur du tronc nerveux, d'une solution d'acide osmique à 1 pour 100.

Deux ou trois gouttes de nitrite d'amyle en inhalations ont produit d'heureux effets, mais l'action de ce médicament est aussi fugace que rapide ; de même la gelsemine et la teinture de gelsemium, 10 à 20 gouttes, contre les névralgies de la branche ophtalmique.

Malherbe a été satisfait de l'injection faite, deux fois par semaine, sous la peau du visage, d'une demi-seringue d'une solution de cocaïne à 1 pour 20.

De tous ces produits, l'aconit et l'opium paraissent être les plus appréciés.

On fera, de préférence, usage de l'aconitine cristallisée, dont on prescrira une granule d'un dixième de milligramme toutes les 2 ou 3 heures, sans dépasser 5 à 10 granules en 24 heures. Cesser le médicament aux premiers symptômes d'intoxication.

Quant à l'opium, on l'administrera à hautes doses ; il est utile de commencer par donner au moins trois pilules de 2 centigrammes d'extrait d'opium par jour, on augmente chaque jour d'une pilule jusqu'à ce qu'on atteigne 20 centigrammes, qui est un minimum ; 30 ou 40 centigrammes sont une dose moyenne ; l'on n'aura jamais à dépasser 60 centigrammes d'extrait d'opium.

TRAITEMENT DE L'ERYSIPELE SIMPLE PAR LA METHODE OXYGENEE

PAR LE PROFESSEUR THIRIAR (DE BRUXELLES)

Au point de vue étiologique, on peut affirmer que l'érysipèle simple est une dermite. Dans l'empâtement de la couche dermique profonde et du tissu cellulaire sous-cutané, le stéroptocoque se propage entre les faisceaux conjonctifs ; il se cantonne principalement dans le derme de la plaque érysipélateuse. Sa vitalité va en diminuant au fur et à mesure qu'on s'éloigne de cette plaque ; il est ordinairement détruit dans les lymphatiques par les cellules phagocytaires qui l'englobent.

Il résulte de cette donnée qu'on doit surtout attaquer l'agent infectieux sur la plaque érysipélateuse même, dans le derme ; la méthode oxygénée remplit admirablement cette indication. Je puis affirmer que c'est le traitement de choix dans tous les cas d'érysipèle simple.

DIAGNOSTIC DES ANGINES DIPHTERIQUES

PAR M. LE PROFESSEUR ROGER

L'histoire des angines diphtériques a passé par les phases que nous retrouvons à propos de chaque étude pathologique. Tout d'abord on donne le pas à l'examen clinique. Puis vient l'ère de l'engouement bactériologique. Les renseignements fournis par l'examen du malade semblent devoir être à tout jamais abandonnés ; l'histoire des angines diphtériques est complètement remaniée, nombres d'angines herpétiques, lacunaires, phlegmoneuses, érythémateuses (diphthérie catarrhale) sont attribuées au bacille de Loeffler. La connaissance des bacilles pseudo-diphthériques doit faire reprendre complètement cette étude, et je suis persuadé que les recherches ultérieures rétabliront l'accord entre la clinique et la bactériologie. Actuellement, que devons-nous faire ? Trois cas se présentent.

Nous nous trouvons en présence d'un malade chez lequel le diagnostic paraît certain. L'individu a été exposé à la contagion et, ce qui est plus important, il présente les symptômes caractéristiques de la diphtérie, la fièvre modérée, l'adénopathie sous-maxillaire, un léger œdème du cou. En examinant le fond de la gorge, on trouve un dépôt de fausses membranes encapuchonnant la luette. Dès lors, le diagnostic clinique suffit; il ne faut pas attendre les résultats de l'examen bactériologique: ce serait perdre un temps précieux: vous devez injecter, et injecter immédiatement le sérum antidiphtérique.

Dans le cas que j'ai supposé, la conduite était tout indiquée; il n'y avait aucune difficulté. Et cependant, parfois le médecin hésite. Permettez-moi de vous citer, à ce propos, un fait bien caractéristique. Un médecin, d'ailleurs fort instruit et clinicien expert, est appelé auprès d'une jeune fille de dix-huit ans souffrant depuis deux jours, d'un mal de gorge. Il constate un exsudat blanchâtre sur les amygdales et une légère adénopathie. La fièvre est modérée, mais le faciès est pâle. Notre confrère pense à la diphtérie. Par précaution, il injecte immédiatement 10 centimètres cubes de sérum; puis, imbu des données qui tendent à devenir classiques, persuadé que le diagnostic clinique est insuffisant, il envoie une parcelle des exsudats à un laboratoire de bactériologie. Le lendemain, il reçoit la réponse; il n'y avait pas de bacilles de Löffler; on ne trouvait que des streptocoques.

Cette réponse ne satisfait pas le sens clinique du médecin. Cependant, il s'incline devant l'autorité du bactériologue et ne pratique pas de nouvelles injections. Le soir, la malade allant plus mal, le médecin envoie de nouveau des exsudats au laboratoire. La famille et le médecin sont rassurés par les affirmations du bactériologue, mais ils ne laissent pas d'être émus par l'évolution du mal. C'est dans ces conditions qu'on me demande mon avis. Je trouve une jeune fille extrêmement pâle. Le cou est assez volumineux; les ganglions cervicaux sont tuméfiés et plongés dans un tissu œdématisé. En pressant sur le nez je fais sortir un peu de muco-pus. En examinant la gorge, je constate que les amygdales sont grosses, tuméfiées et tapissées de fausses membranes verdâtres. Le doute n'est pas possible. J'affirme la nature diphtérique de la maladie et je fais injecter, séance tenante, 40 centimètres cubes de sérum. Puis je prélève une parcelle des exsudats que je mets en culture. Au bout de dix-huit heures, je trouve sur le sérum coagulé de nombreuses colonies formées par le bacille de Löffler. Il n'y avait d'ailleurs que quelques rares colonies de streptocoque. L'évolution fut favorable et la malade guérie. Mais vous voyez à quel danger on expose ceux qu'on soigne, quand on attache une importance absolue aux recherches pratiquées par des personnes peu compétentes. Je vous ai rapporté cet exemple, je pourrais vous citer bien des faits analogues: des médecins impressionnés par des résultats bactériologiques n'ont pas su maintenir leur diagnostic primitif et, au grand détriment de leurs malades, ont modifié le traitement que se blait commander l'examen clinique.

De l'observation que je vous ai brièvement rapportée, vous retiendrez ce fait : il faut avant tout s'attacher à l'étude des symptômes, il faut savoir pratiquer soi-même les examens bactériologiques ou du moins être à même de vérifier les résultats qu'on vous fournit.

A l'inverse du cas précédent, supposons un malade légèrement atteint. Nous trouvons dans la gorge un exsudat peu étendu, localisé ; l'état général est excellent. L'affection paraît si bénigne que nous hésitons sur sa nature. Dans ce cas pratiquez un examen bactériologique et attendez-en le résultat. L'injection du sérum n'est pas exempte d'inconvénients, surtout chez l'adulte. On ne doit pas y avoir recours sans une indication formelle.

Reste à envisager les cas intermédiaires ; c'est ici que notre embarras sera considérable. Si vous avez l'habitude d'examiner des diphtériques, vous vous tromperez assez rarement. Mais si vous hésitez, mieux vaut pratiquer une injection de sérum inutile que de laisser le mal évoluer et risquer d'intervenir trop tard.

Ces règles s'appliquent surtout à l'adulte. Chez l'enfant, je vous conseillerai de ne pas trop temporiser, la diphtérie est plus fréquente et plus grave ; elle gagne facilement le larynx, d'un autre côté le sérum est mieux supporté. En cas de doute, n'hésitez pas et pratiquez l'injection antidiphtérique.

Monsieur S. Mondou,
Gérant la Publicité Comos,
En ville.

Cher monsieur,

Avec mon reçu pour six ans d'abonnement au "Montréal-Médical", j'accuse réception de votre joli chronomètre. Merci.

18-04-07

Dr. GRENIER, M. D.

LA STOMATITE MERCURIELLE

PAR M. LE DOCTEUR LETULE

Peu de questions auront été autant étudiées, depuis des siècles, aucune n'aura été aussi débattue que celle de la stomatite mercurielle. La fréquence de cette affection, sa réelle gravité, la simplicité quasi-expérimentale des conditions pathogéniques qui semblent présider à son éclosion l'ont, de tout temps, rendue légendaire et classée en tête des "mésfaits" du mercure admis par le populaire comme l'antidote du virus syphilitique.

L'élimination de l'hydrargyre par la salive a été longtemps réputée la cause décisive, unique, de l'inflammation de la muqueuse buccale dans tous les cas d'hydrargyrisme, quelle qu'en fut l'origine. Certes on savait bien, jadis, la circonscription, le point de départ des lésions au



V. O.
V. O. S.
V. S. O. P.



F. C.
Fine
Champagne

BRANDIES

PH. RICHARD

COGNAC

Ces brandies se recommandent à la profession médicale à cause de leur pureté reconnue, leur haute qualité et leur action tonique et stimulante toujours efficace.

Laporte, Martin & Cie,
MONTREAL.

DEPOSITAIRES

CYPRIDOL

C'est une solution d'iodure de mercure dans
l'huile stérilisée.

Solution préférable à toutes autres préparations mercurielles
POUR LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

Ne cause aucune intolérance de l'organisme ou de l'estomac si
on donne le CYPRIDOL en capsules de 2 milligrammes chacune.

Cette

"HUILE BI-IODURÉE"

est le traitement spécifique par excellence de MM. Fournier
Panag et des autres Spécialités Françaises.

En bouteilles de 50 capsules et 1 once pour injection
sous-cutanée.

Dépôtaires : **LYMAN, SONS & CO.,** MONTREAL.



LA SPATULE

**Souvent peut rendre inutile
LE SCALPEL**

si elle est employée pour faire une application d'Antiphlogistine
en couche chaude et épaisse dans les divers états
inflammatoires et congestifs.

L'Antiphlogistine

Vide les Capillaires,
Restaure la Circulation,

Stimule les Reflxions,
Saigne en Epargnant le Sang.

CHICAGO
DENVER
SAN FRANCISCO

The Denver Chemical Co.
NEW-YORK

LONDON
SYDNEY
MONTREAL

niveau des sertissures gingivales et, en particulier, aux gencives inférieures. La stomatite mercurielle, disait-on déjà, est d'abord une gingivite et peut demeurer telle, ou n'empiéter que de seconde main sur le reste de la muqueuse buccale, au voisinage du rebord alvéolaire des maxillaires. Et l'écho, bien qu'affaibli, n'est pas éteint des discussions soutenues par les cliniciens montrant, à coups d'observations contradictoires, le début de la gingivite hydrargyrique par les petites molaires inférieures, selon les uns, du côté du décubitus habituel et, selon les autres, par les incisives inférieures, plus rapprochées de l'embouchure des glandes salivaires, sur le plancher de la bouche.

Enfin, il y aura bientôt quarante ans, commence une ère nouvelle, vraiment scientifique, de la pathologie de la bouche. Éclairées par les doctrines pasteurienues, les maladies infectieuses sortent de leur obscurité; les microbes, commensaux habituels des muqueuses normales de l'organisme entrent, à leur suite, de plain pied dans la pathologie générale. Une pléiade de savants, en tête desquels il convient de citer Bergeron, Lallier, Fournier, Miller, Petersen, Balzer, Duguet, Brissaud, Vignal, Villejean, Panas, et surtout V. Galippe, reprennent l'étude des différentes stomatites en les soumettant à l'épreuve de la clinique, de l'expérimentation et de la bactériologie. Un important chapitre de la pathologie humaine se trouve ainsi refondu. Aujourd'hui, les désaccords ne portent guère que sur quelques points de détail, et non plus sur des idées doctrinales. Les principes généraux sont acquis.

On les peut résumer en quelques lignes :

“La muqueuse buccale, même la plus saine en apparence, entretient maintes fois, chez l'adulte et, à plus forte raison, dans l'âge mûr, un nombre quelconque de foyers permanents d'infections microbiennes au niveau de collets de dents, soit normales, soit pathologiques, incrustés de dépôts de tartre. Ainsi écartée de la dent, la sertissure gingivale circonscrit un clapier inflammatoire où viennent proliférer tous les microorganismes, srogènes ou pathogènes, champignons ou protozoaires, parasites fortuits ou constants de la muqueuse buccale.

“Simple agrégat de sels salivaires concrétés, de microbes et de détritus organiques, le tartre dentaire constitue un corps étranger septique éminemment pathogène pour la muqueuse gingivale. Si minimes que soient les dépôts, ils occasionnent toujours en face d'eux une gingivite insulaire chronique, cause à son tour de nouvelles concrétions calcaires, et origine fréquente de lésions aiguës diffusantes. A la première perturbation subie par l'organisme (grossesse, maladie aiguë, intoxication), l'occasion pathogénique trouve là prise et sait y créer des stomatites aiguës les plus redoutables.”

On peut donc, sans paradoxe, avancer qu'en vertu des contaminations permanentes du “milieu buccal”, il n'existe pas d'affection aseptique des gencives.

Ces conditions générales admises, considérons en elle-même la stomatite mercurielle. Et, tout d'abord, faisons table rase de l'opinion théorique ancienne attribuant au mercure seul, au poison métallique éliminé par le flux salivaire la cause de l'inflammation buccale dans l'intoxication hydrargyrique. L'observation unanime des contemporains démontre que la "gingivo-stomatite mercurielle", aussi inconnue chez les enfants aux dents bien saines et dépourvues de tartre que chez les vieillards totalement édentés, débute toujours au niveau de gencives déjà pathologiques et se diffuse par auto-inoculations de contiguïté sur la muqueuse buccale du voisinage. Les placards ulcératifs et putrilagineux, d'odeur fétide, envahissent tour à tour la face interne des joues, des lèvres, les bords et la face inférieure de la langue œdématisée et saillante hors de la bouche, entre les arcades dentaires douloureusement écartées. Même alors, la stomatite, infectieuse, à n'en pas douter, conserve assez de signes différentiels pour assurer un diagnostic étiologique et pour caractériser la spécificité primordiale de la maladie. Enfin, quand par les progrès de l'infection nécrosante, le périoste, décollé et sphacélé, a mis à nu les rebords des maxillaires, surtout de l'inférieur, quand la nécrose osseuse est entrée en scène, la maladie n'a plus rien de pathognomonique, sauf peut-être son excessive gravité. Une de mes observations récentes était aussi caractéristique que possible :

"Une jeune femme de vingt-cinq ans, pleine de santé jusque-là, devient enceinte pour la troisième fois. Soupçonnée syphilitique vers le cinquième mois de sa grossesse elle est soumise, chaque semaine, jusqu'à son accouchement, à des injections d'huile grise ; elle met au monde, après la vingtième piqûre, un enfant sain. Vingt jours après ses couches, une vingt-et-unième dose d'huile grise lui est donnée et occasionne, dès le lendemain, une poussée formidable de stomatite mercurielles. Malgré un état très défectueux de sa dentition (plusieurs molaires cariées depuis longtemps) la malade n'avait pris aucun soin de sa bouche pendant sa grossesse et ne s'était même pas brossé une seule fois les dents au cours de ses couches.

"Le traitement antiseptique le plus méthodique et l'ablation des dents malades ne parvinrent qu'à atténuer les désordres graves de la muqueuse buccale. Après une courte accalmie, vers le vingtième jour, les accidents reprirent de plus belle : la langue, d'abord écartée entre les arcades dentaires et, bien que dégagée par l'avulsion des dents inférieures, est envahie par le sphacèle ; des stomatorragies abondantes surviennent et la mort termine la scène, soixante-sept jours après le début apparent de la stomatite. On avait constaté, dès l'entrée à l'hôpital, une légère albuminurie.

"L'autopsie montra une gangrène diffuse du plancher de la bouche, de la face inférieure de la langue et de l'origine du voile du palais à part une légère néphrite corticale subaiguë et une phlébite végétante ancienne des sinus sous-muqueux de l'utérus circonscrits à l'insertion du placenta tout le reste de l'organisme était remarquable par l'absence de lésions matérielles.

"En somme, la malade succombait aux suites d'une infection subaiguë gangreneuse, bucco-staphyloenne, en rapport étroit avec l'introduction réitérée, quatre mois durant, de mercure dans l'intimité de son organisme. Une région, l'appareil gingivo-dentaire, était déféctueuse et le poison métallique, mal éliminé par un rein peu adulté (du fait probable de la grossesse), avait porté ses ravages sur le point faible, préalablement infecté, sur les gencives des molaires cariées."

Dans ce cas, on trouve réunies comme à souhait les conditions pathogéniques les plus favorables à l'aggravation d'une gingivite auto-infectieuse chronique : syphilis, grossesse, accouchement se groupent et constituent, selon la doctrine défendue avant tant de force et de science par V. Galippe, le "terrain déféctueux" sur lequel le mercure n'a eu qu'à passer pour donner le coup final. Mais, de là à admettre, avec mon éminent ami, que le mercure n'arrive dans ces cas qu'à l'état de simple surcharge morbide, et à accorder à la néphrite mercurielle (bien toxi-métallique, elle) la part prépondérante dans les accidents mortels, parce qu'elle a fermé la voie à l'élimination du poison, il y a, je crois, un écart assez grand. Entre les doctrinaires excessifs du passé qui donnaient tout au mercure et—quo Galippe m'accorde le terme—les absolutistes du présent qui refusent au mercure une action spécifique dans la stomatite et n'incriminent que l'auto-infection gingivo-dentaire, il y a place, à mon avis, pour une doctrine électrique; plus terne, moins brillante sans doute, mais très rapproché, des faits, cette opinion, je désire la défendre en la résumant en quelques mots.

La "stomatite mercurielle" mérite d'être conservée en nosographie. Si sa pathogénie doit tenir compte de la préexistence de lésions gingivales à l'intoxication hydragyrique, elle ne peut pas ne pas mettre largement en cause l'irritation phlogogénique provenant du mercure éliminé par la muqueuse **buccale**.

Les arguments, disons les preuves, sont basés sur la grande fréquence de l'affection, ses symptômes et les délabrements anatomo-pathologiques qu'elle occasionne dans la cavité buccale.

Quo l'on compare, en bloc, le nombre relativement rare de toutes les stomatites aiguës graves, ulcéro-membraneuses, ulcéreuses et même gangreneuses observées : à la suite de l'éruption des dents de sagesse; chez les soldats, chez les femmes enceintes, au cours des fièvres éruptives; dans la fièvre typhoïde; chez les intoxiqués par le bismuth, l'arsenic, le phosphore et même le plomb; qu'on les mette en parallèle avec la fréquence excessive de la gingivo-stomatite mercurielle, si commune qu'il ne se passe peut-être pas un jour sans qu'on en observe plusieurs cas dans les hôpitaux de Paris: on obtiendra, un premier élément, tout de présomption, en faveur de l'action déterminante du mercure sur la gingivite ulcéreuse. Quo l'on veuille bien comparer la bénignité réelle de la plupart des autres gingivo-stomatites à la gravité toujours grande de la stomatite mercurielle, et l'on aura une indi-

cation, toujours de présomption, mais indéniable en faveur de l'individualité d'une stomatite redoutable et particulière aux malades intoxiqués par le mercure.

Abordons les symptômes et la marche de l'affection.

L'acuité toujours grande des signes, dès le début; la tendance qu'a l'affection constituée à s'étendre autour des foyers gingivaux; la précidence hâtive de la langue œdématisée, blafarde, hors des arcades dentaires, la salivation, non constante, à la vérité, mais si formidable quand elle s'est établie, et si tenace; le sphacèle membraniforme suraigu des parties de la muqueuse buccale auto-infectées après les gencives; la bénignité habituelle des œdénopathies péri-buccales, qui contraste avec la redoutable extension des escarres; la résistance trop souvent irréductible des placards de sphacèle au traitement antiseptique le plus régulier et le mieux fait,—tous ces signes constituent un groupe d'arguments favorables à la spécificité de l'affection.

Il y en a d'autres. Je cite d'abord la minime quantité de mercure qui, introduite dans l'organisme, est souvent apte à déterminer la poussée aiguë de gingivite septico-toxique: 10 centigrammes de calomel, une fois donnés, chez un hépatique; une simple friction d'onguent gris sur le pubis, etc.—les faits sont trop connus pour nous arrêter. Sans doute, alors, comme l'a bien montré Galippe, souvent le foie est malade, ou le rein était déjà albuminurique, chez le patient ainsi intoxiqué d'une manière fortuite. Précisément, j'y vois là la preuve que le mercure, mal ou non éliminé, a joué un rôle actif dans la genèse de la stomatite aiguë.

Une autre preuve découle, me semble-t-il, des observations comme celle de Ménétrier, dans lesquelles, le foyer de mercure injecté dans la fesse étant extirpé chirurgicalement, la stomatite disparaît avec la cause toxigène qui l'entretenait: "sublata causa"...

Enfin, une notion commune, dont mon observation fait foi, c'est l'aggravation, par poussées subintrantes, de la stomatite mercurielle, malgré le traitement méthodique, antiseptique et même chirurgical qui lui est opposé: le mercure, accumulé dans l'organisme, semble se déverser par à coups et donner au niveau du foyer infectieux des coups de fouet qui accroissent d'autant les dangers de la maladie.

J'irai plus loin, et je dirai que les lésions anatomopathologiques offrent elles-mêmes des caractères assez précis, voire assez différentiels pour permettre de caractériser la stomatite mercurielle. Les escarres ont un aspect identique à toutes celles qu'une infection quelconque peut occasionner sur la muqueuse buccale; cependant, on y observe, au milieu des tissus mortifiés, des vaisseaux artériels ou veineux atteints d'endovascularite végétante, indice d'un processus de réaction subaiguë subi par les tissus avant leur destruction par les toxines nécrosées. De plus, dans la langue, qui est escarifiée en partie, les régions profondes, encore vivantes, même au contact des lésions mortifiées, sont à peine infiltrées par des leu-

coocytes mono et polynucléaires, éléments constants de toute inflammation réactionnelle. Les couches musculaires de l'organe paraissent en voie d'atrophie lente; elles sont dissociées par une sclérose molle et lâche, terme ultime d'un œdème peut ainsi dire chronique, inconnu, selon moi, dans toutes les autres inflammations nécrosiques aiguës de la langue.

En un mot, l'inflammation des parties adjacentes à la toxi-infection mercurielle aiguë est un état subaigu, atonique, à peine hyperdiapédétique et surtout œdémateux; seul, le mercure peut occasionner de pareils désordres, absents dans les infections aiguës habituelles de la cavité bucco-pharyngienne.

Ces considérations me permettent de conclure: il existe une stomatite mercurielle aiguë, à la fois toxi-métallique, de par sa cause primordiale, et infectieuse de par sa localisation originelle.

MENINGITES CEREBRO-SPINALES A MENINGOCOQUES

Quelques points nouveaux de leur histoire

PAR M. LE PROFESSEUR A. CHAUFFARD

La méningite cérébro-spinale épidémique n'est pas une maladie nouvelle: on en retrouve déjà la description très nette dans les relations de certaines épidémies du XVe et du XVIe siècles. Mais si cette affection est déjà ancienne et anciennement connue, on peut dire qu'elle s'est singulièrement rajeunie, modernisée, par toute une série de travaux récents, tant cliniques que bactériologiques.

Ce sont ces connaissances, d'acquisition récente, que nous voulons rappeler à l'occasion d'un cas que nous venons d'observer dans notre service. Un garçon de dix-neuf ans est pris brusquement, en pleine santé, le 14 mars dernier, d'une céphalée très violente, accompagnée de rachialgie et de vomissements. Il entre à l'hôpital Cochin le 17 mars, au troisième jour de sa maladie, nous le trouvons encore à ce moment en proie à une céphalée intense, il est dans le décubitus dorsal, ne se couche pas en chien de fusil, son facies est abattu, sa température est de 39°; son pouls, régulier, bat à 88, aucun symptôme viscéral.

Si l'on se bornait à ces constatations, les seules que la clinique aurait fournies il y a quelques années, il faut reconnaître qu'on serait bien embarrassé pour formuler un diagnostic précis: après avoir éliminé la variole, car l'éruption tarde trop, on ne pourrait que soupçonner une méningite, et non l'affirmer. Mais, aujourd'hui, nous savons rechercher un signe d'une valeur clinique de premier ordre, le signe de Kernig, décrit par cet auteur en 1882, et vulgarisé en France par Netter en 1898. Sans insister sur sa séméiologie, bien connue, nous rappellerons seulement les rapports intimes qu'il présente avec la raideur de la nuque, et son existence possible, que nous avons constatée deux fois pour notre part, aux membres supérieurs.

L'ensemble de ces phénomènes constituait comme nous l'avons dit, un signe d'hypertonie musculaire, prédominant sur les groupes musculaires du plan dorsal : extenseurs de la nuque et du tronc, extenseurs des membres supérieurs, fléchisseurs des membres inférieurs. Souvent il n'y a aucun parallélisme entre cette hypertonie musculaire et l'état des réflexes tendineux ; on peut voir les réflexes rotuliens abolis : c'est le cas par exemple pour notre malade, qui présentait ce signe de Kernig au plus haut degré, et dont les réflexes rotuliens, après avoir été légèrement exagérés le premier jour, se sont affaiblis jusqu'à l'abolition pendant plusieurs jours.

En s'ajoutant aux signes précédents de valeur si vague, si imprécise, le signe de Kernig venait éclairer et préciser le diagnostic et nous permettait d'affirmer d'une façon formelle le siège méningé de l'affection ; mais il ne permettait pas à lui seul d'en préciser la nature.

En effet, nous avons en 1900, avec M. Froin, attiré l'attention sur le diagnostic différentiel entre l'hémorragie méningée et la méningite. Nous avons montré que l'hémorragie méningée peut présenter à peu près tous les signes de la méningite ; mais cependant le diagnostic clinique en est habituellement possible. Il faut distinguer dans la méningite cérébro-spinale deux séries de symptômes. La première série comprend la céphalée, le signe de Kernig, les raideurs musculaires et les paralysies, les troubles des réflexes, etc., tous symptômes liés exclusivement à la localisation des lésions, et non à leur nature, et qu'on peut par suite retrouver au complet dans l'hémorragie méningée. La seconde série des symptômes est au contraire réservée à la méningite : ce sont des signes d'infection, soit générale, soit locale et en tête il faut signaler la fièvre et l'herpès. L'hémorragie méningée peut bien provoquer une légère élévation thermique, mais jamais aussi élevée ni aussi prolongée que celle de la méningite cérébro-spinale.

Enfin l'herpès a une grande valeur symptomatique dans cette affection, où il prend parfois une importance considérable, couvrant de ses vésicules toute la face comme d'un véritable masque, à un degré inconnu dans les autres maladies herpétiques, la pneumonie par exemple ; plus souvent, il est vrai, l'éruption est modérée, comme chez notre malade, qui le lendemain de son entrée à l'hôpital a montré deux plaques d'herpès labial.

Mais le meilleur signe différentiel entre l'inflammation et l'hémorragie méningée en même temps que le meilleur symptôme positif de la méningite cérébro-spinale, est fourni par la ponction lombaire. L'examen du liquide céphalo-rachidien permet en effet la constatation directe de la lésion anatomique ; elle en fait suivre l'évolution et de plus elle en laisse préciser la nature bactériologique.

Nous avons donc pratiqué chez notre malade une ponction lombaire. Elle a donné issue à un liquide louche qui, par centrifugation, laissait déposer un petit culot d'aspect purulent. Le liquide centrifugé a

donné naissance à un léger coagulum fibrineux; chauffé à l'ébullition avec quelques gouttes d'acide trichloracétique, il formait d'énormes flocons d'albumine; or, on sait que le liquide céphalo-rachidien normal ne contient que quelques centigrammes d'albumine, mais dans certains cas de méningite, il peut contenir jusqu'à 8 grammes par litre, c'est-à-dire autant proportionnellement que les urines des grandes néphrites. Quant au ca. co. centrifugé, il était constitué exclusivement par des polynucléaires, en nombre considérable, bien conservés et prenant bien les réactifs colorants.

L'examen bactériologique du liquide a fourni des résultats très précis. A l'examen direct des lames, on aperçoit facilement de nombreux microbes, les uns libres, les autres contenus à l'intérieur des polynucléaires; ce sont des diplocoques de forme un peu allongée, accolés deux à deux par leurs grandes faces, ils ne prennent par le Gram. La culture sur gélose-ascite a donné de nombreuses colonies petites, arrondies, transparentes, en gouttes de rosée. Enfin, l'inoculation à une souris blanche a été négative.

A ces caractères, il est facile de reconnaître le "micrococcus intracellularis meningitidis", microbe décrit, en 1887 par Weichselbaum, et appelé aujourd'hui le "méningocoque."

Il semble bien établi actuellement que c'est là l'agent spécifique de la méningite cérébro-spinale épidémique, sans doute, ce n'est pas le seul agent pathogène capable de créer des méningites cérébro-spinales aiguës: le pneumocoque par exemple,—qui lui ressemble beaucoup morphologiquement, mais qui s'en différencie aisément par sa virulence pour la souris et par sa coloration par le Gram,—est même en cause plus souvent que lui d'après de nombreuses statistiques (Netter, Lenthartz, Wolf);—beaucoup plus rarement c'est le streptocoque, ou la staphylocoque, ou le streptocoque encapsulé de Bonome, ou d'autres germes encore, qu'on trouve dans le liquide céphalo-rachidien.

La fréquence relative de ces différents agents varie suivant les statistiques; mais celles-ci proviennent de milieux et de temps différents, et la variabilité des résultats bactériologiques s'explique facilement par cette considération.

Quoiqu'il en soit, le méningocoque doit être regardé comme l'agent spécifique de la méningite cérébro-spinale épidémique. Mais, comme pour tant d'autres microbes pathogènes, la spécificité de ce germe est discutée aujourd'hui, et les travaux récents de Pinto (de Coimbra), ont attiré l'attention sur un fait extrêmement curieux: les rapports étroits qui existent entre le méningocoque et un autre microbe qui, à première vue, en est aussi éloigné que possible en clinique, le "gonocoque". Pinto a montré combien ces deux microbes, si différents par leurs manifestations cliniques habituelles, ont de ressemblances entre eux, par leur morphologie, par leurs réactions colorantes, par leurs cultures, par leurs toxines, enfin par leur action pathogène expérimentale:

10. Qu point de vue morphologique, ils ont même forme, mêmes dimensions, même disposition en diplocoques, même siège habituel intracellulaire : c'est eu point qu'il est bien difficile, la cytologie mise à part, de distinguer une préparation de pus urétral blennorragique d'une préparation de méningite à méningocoque.

20. Les réactions colorantes sont identiques pour les deux microbes : l'un et l'autre prennent facilement les couleurs basiques et se décolorent par le Gram.

30. Les cultures aussi sont comparables : ce sont deux germes délicats, demandant pour se développer des milieux très riches, ascitiques ou cruoriques par exemple ; la vitalité de ces cultures est de courte durée pour tous deux.

A propos de la vitalité "in vivo", on trouve peut-être une différence entre les microbes. On connaît la remarquable vitalité du gonocoque dans l'urètre, le méningocoque au contraire vit peu de temps dans le liquide céphalo-rachidien ; mais, nous ne savons pas encore si ce microbe n'est pas capable de vivre très longtemps à l'état saprophytique dans un autre point de l'organisme, dans les fosses nasales.

40. Gonocoque et méningocoque produisent des toxines très comparables entre elles, comme l'a montré Ch. Lepierre, dans des recherches faites au même laboratoire que celles de Pinto.

Il existerait, d'après cet auteur, de nombreuses analogies entre la gonotoxine de Christmas et la méningotoxine qu'il a isolée ; celle-ci cependant est plus active, mais leurs propriétés chimiques sont identiques : elles ont la même action sur tous les animaux de laboratoire, qui ne supportent pas de doses élevées par suite de l'élimination très lente du poison et de son action sur les reins ; ces animaux meurent après avoir subi une grande diminution de poids. Les réactions produites par les deux toxines varient parallèlement et d'une manière identique selon le tissu où elles ont été injectées.

De plus, Lepierre et Pinto, par des techniques absolument semblables, sont arrivés à conférer, l'un au méningocoque, l'autre au gonocoque, une extraordinaire et identique virulence pour les animaux de laboratoire, bien que la virulence initiale du gonocoque soit plus faible que celle du méningocoque. Les deux microbes exaltés et à virulence égale reproduisent la blennorragie chez le lapin.

Jundell a essayé chez l'homme d'inoculer dans l'urètre une culture pure de méningocoques : le résultat a été négatif ; mais on n'a pas employé le liquide céphalo-rachidien lui-même, et d'ailleurs il est aisé de concevoir que le méningocoque, adapté au milieu cérébro-spinal, ne puisse agir d'emblée sur l'urètre comme le gonocoque, habitué à cette muqueuse depuis d'innombrables générations.

En somme, Pinto conclut de la façon suivante : "En l'état actuel de la science, nous ne savons pas distinguer un gonocoque exalté d'un méningocoque exalté. Aussi pouvons-nous peut-être dire que le méningo-

gocoque n'est qu'un gonocoque légèrement exalté, ou inversement que le gonocoque est un méningocoque atténué."

Cette conclusion doit moins surprendre si on se rappelle que la blennorrhagie ne reste pas toujours une maladie urétrale: le gonocoque peut passer dans le sang, provoquer des arthrites, une endocardite, une néphrite, même une méningo-myélite. D'autre part, on sait que souvent le pouls est ralenti chez les blennorrhagiques, et il serait intéressant d'examiner le liquide céphalo-rachidien de ces malades.

On peut accepter comme vraisemblable l'hypothèse de Pinto et concevoir un degré de parenté étroite entre le gonocoque et le méningocoque: ces microbes, identiques peut-être à l'origine, seraient devenus différents parce qu'ils se seraient acclimatés dans des régions anatomiques différentes, mais c'est la question purement théorique et nous avons à nous demander maintenant par quelle voie le méningocoque pénètre dans les méninges.

Est-ce par la voie sanguine? Ce mode d'infection est possible pour certaines méningites à pneumocoques secondaires à une pneumococcie locale, pulmonaire par exemple. On sait, en effet, depuis des recherches récentes, que le pneumocoque passe souvent dans le sang au cours des pneumonies; le méningocoque, au contraire, ne fait guère de septicémies et même au cours des méningites cérébro-spinales, le passage de ce microbe dans le sang est exceptionnel, Lomierre n'en ayant rapporté que 4 cas dans sa thèse. Chez notre malade, l'ensemencement du sang a été également négatif.

Il est bien établi aujourd'hui que, pour la méningite à méningocokes, la porte d'entrée habituelle ou peut-être exclusive de l'infection doit être cherchée dans les fosses nasales. Souvent, en effet, l'affection est précédée par du coryza. D'autre part, Busquet, en 1901, a retrouvé du méningocoque dans les fosses nasales de ses malades, et a pu, de plus, reproduire expérimentalement cette maladie chez le cobaye et le lapin par des inoculations intra-nasales. Tout récemment, un médecin militaire, M. Mandoul, a étudié à ce point de vue une petite épidémie de caserne, à Angoulême: dans la chambre où avaient éclaté les cas de méningite, sur 15 hommes restés indemnes, il a trouvé 12 fois du méningocoque dans les fosses nasales. D'ailleurs dès 1898, Schiff avait trouvé ce microbe dans les fosses nasales de sujets parfaitement sains.

Nous sommes donc en droit de nous demander si l'on ne peut pas être porteur de ce germe à l'état saprophytique dans les fosses nasales, comme cela a été démontré pour le pneumocoque, pour le bacille de la diphtérie, même pour le bacille de Koch (Straus). Surviennent une cause occasionnelle quelconque, un refroidissement, ces microbes saprophytes vont exalter leur virulence, provoquer du coryza, et passer dans les méninges.

Comment se fait ce passage? Par les voies lymphatiques, cela n'est pas douteux. Il y a longtemps que A. Key, que Rezius, ont décrit les communications lymphatiques entre la muqueuse pituitaire et les

espaces sous-arachnoïdiens à travers la lame criblée de l'éthmoïde. Tout récemment, MM. Cunéo et Marc André ont étudié de plus près ces voies lymphatiques : la pituaire présente deux zones, une inférieure respiratoire et une supérieure sensorielle ; seuls les lymphatiques de cette zone supérieure, d'après ces auteurs, communiquent avec les lymphatiques sous-méningés. Ces communications sont surtout développées chez l'enfant ; elles sont très limitées et presque oblitérées chez le vieillard.

Ces différentes constatations anatomiques, jointes aux notions sur le microbisme saprophytique des fosses nasales, expliquent d'une façon très satisfaisante la pathogénie et l'étiologie des méningites cérébro-spinales à méningocoques, et peut-être aussi d'un grand nombre de méningites à pneumocoques et même de méningites tuberculeuses. Elles rendent compte en particulier de la prédilection de ces affections pour l'enfant et l'adolescent, et de leur rareté chez le vieillard.

Cette question de la porte nasale du méningocoque n'a pas seulement un intérêt théorique ; elle doit avoir une portée pratique considérable au point de vue de la prophylaxie : en cas d'épidémie, l'examen bactériologique des fosses nasales des sujets ayant été en contact avec les malades s'impose, entraînant l'isolement des sujets reconnus porteurs de méningocoques ; bien entendu, l'antisepsie préventive des fosses nasales ne devra pas être négligée.

Il est encore un point dans l'histoire clinique de la méningite cérébro-spinale qui a été l'objet d'études récentes : nous voulons parler des éliminations urinaires. Il y a quelques semaines, MM. Lœper et Gouraud ont montré qu'habituellement les méningitiques, même à la période la plus aiguë de leur maladie, sont des polyuriques. Ceux-ci urinent en moyenne 2 et 3 litres, et quelquefois 4 litres par jour et ils sont en même temps des azoturiques, des chloruriques et des phosphaturiques : les éliminations moyennes de l'urée atteignent 35 à 55 grammes par jour, celles des phosphates 3 à 5 grammes, les éliminations chloruriques sont plus irrégulières.

Chez notre malade, les éliminations urinaires n'ont pas répondu complètement à ce type : à aucun moment de l'affection, ni à la période d'état, ni à la convalescence, il n'y a eu de polyurie ; les quantités journalières d'urines ont été très régulièrement de 1,000 à 1,500 centimètres cubes, mais les urines ont été assez concentrées, d'une densité de 1.020 à 1.026. La quantité des phosphates éliminés en vingt-quatre heures a été assez forte, de 3 gr. 58 en moyenne ; elle a même atteint 4 gr. 65 un jour.

Au point de vue de l'urée, les éliminations ont été certainement exagérées : notre malade, ne prenant que trois litres de lait par jour, a excrété en moyenne 33 grammes d'urée ; il est allé un jour jusqu'au chiffre remarquable de 72 grammes.

Quant aux chlorures, il y a eu ici très nettement une forte rétention, pendant une quinzaine de jours : notre malade, avec ses trois litres de lait, n'éliminait que 1 à 2 grammes de NaCl par vingt-quatre heures ; cette rétention a du reste été complètement "sèche" n'amenant aucun oedème.

Par les chiffres d'urée et de phosphates, ce cas concorde bien avec les données de Løper et Gouraud ; mais il s'en écarte nettement par l'absence de polyurie et par l'existence d'une rétention chlorurée. Existe-t-il un rapport entre ces deux faits ? Peut-être, mais nous n'en avons pas la démonstration, car il ne s'est pas produit de crise polyurique ni chlorurique à la convalescence.

Quelques mots maintenant sur le pronostic. On doit envisager trois étapes. Tout d'abord le pronostic immédiat : le malade guérira-t-il ou non ? C'est l'état général, le mode de fonctionnement du rein, la présence ou l'absence de phénomènes dépressifs et de complications viscérales, qui répondent à cette question. Notons que l'apparition d'un gros herpès labial a une signification pronostique favorable.

Mais le pronostic ne doit pas en rester là, et, dans une seconde étape, il doit dire si le malade guérira d'une façon complète, ou si l'affection laissera des séquelles appréciables.

Déjà, en 1901, nous avons posé cette question à l'occasion d'un cas de méningite suppurée, qui avait guéri sans laisser de traces. Dans une thèse récente, Courtellemont a repris cette question, et il conclut que certains malades guérissent complètement sans séquelles ; d'autres, au contraire, conservent de la cécité, ou de la surdité, ou bien une monoplégie, une diplégie, parfois même une quadriplégie.

Il nous semble qu'on pourrait faire à ce sujet la même distinction que nous avons faite avec MM. Froin et Boidin pour les hémorragies : de même qu'il y a des hémorragies méningées pures et des hémorragies cérébro-méningées, de même il y a des méningites pures et des méningites qui s'accompagnent de lésions cérébrales, bulbaires, médullaires, ou radiculaires. Par l'importance que peuvent prendre les symptômes liés à ces lésions, ces cas méritent cliniquement d'être appelés des cérébro-méningites, bulbo-méningites, myélo-méningites et névro-méningites.

La lésion associée est-elle une complication de la méningite, ou en est-elle le point de départ ? En d'autres termes, la lésion se fait-elle de la méninge vers les centres nerveux, ou bien dans le sens inverse ? On ne peut que poser la question. Quelles sont les variétés bactériologiques de méningites qui s'accompagnent des lésions du névraxe ? Le méningocoque et le pneumocoque provoquent-ils aussi souvent l'un que l'autre ces lésions ? C'est là encore un point à étudier. Le fait important à retenir, c'est que les méningites pures sont susceptibles de guérir sans reliquats, tandis que les cérébro-, myélo-, et névro-méningites ont leur avenir subordonné à celui de la lésion qui les accompagne.

Mais ce n'est pas encore tout et il reste une troisième étape du pronostic : le méningitique, même guéri sans séquelle appréciable, ne gar-

de-t-il pas du fait de sa maladie, une prédisposition cérébro-spinale ? Que fera ce malade devant une infection à affinité nerveuse, telle que la syphilis par exemple ? Deviendra-t-il plus facilement qu'un autre un tabétique ou un paralytique général ? A côté du surmenage intellectuel et de certaines affinités virulentes spéciales du germe infectant, faut-il faire une place parmi les causes prédisposantes à une méningite cérébro-spinale antérieure ? Impossible de répondre à l'heure actuelle, l'avenir nous renseignera.

Terminons par quelques mots sur le traitement.

Les deux procédés thérapeutiques les plus efficaces sont les bains chauds et la ponction lombaire.

Les bains doivent être donnés, suivant la méthode d'Anfrecht, très chauds, à 38 ou 39°; ils ont une action sédative et en même temps diurétique tout à fait favorable.

Quant à la ponction lombaire, son heureux effet nous semble incontestable; si son action est faible sur les raideurs et sur le signe de Kernig, c'est, par contre, le meilleur et souvent le seul procédé qui calme la céphalée des méningitiques: elle peut soit en diminuant la tension du liquide céphalo-rachidien, soit en soustrayant une certaine quantité de toxine. On peut la répéter au début, s'il est nécessaire, tous les deux ou trois jours. Cette méthode a, en outre, l'avantage de faire suivre l'évolution anatomique de la méningite: très rapidement on voit les polynucléaires subir une leucolyse, soit sous l'influence des toxines microbiennes, soit par tout autre mécanisme encore indéterminé; des mononucléaires et des lymphocytes les remplacent et persistent extrêmement longtemps dans le liquide après la guérison clinique complète; nous avons suivi ainsi des lymphocytes pendant plus de deux mois.

Ainsi donc la ponction lombaire a le quadruple avantage de confirmer, de préciser ou de redresser le diagnostic clinique, de le compléter au point de vue bactériologique, de faire suivre l'évolution des lésions, et enfin d'avoir une action thérapeutique incontestablement favorable.

CHATEL-GUYON—Encore une nouvelle Soi ce dans cette heureuse Station, ou plutôt une vieille Source, la Source Marguerite, vient d'être retrouvée et revivifiée. Elle a jailli tout à coup, le 25 Avril dernier, sous un dernier coup de trépan, à 5 M. 40 de hauteur; c'est un véritable Geysier, comparable au grand Sprudel de Carlsbad. Sa température est de 35°, son débit mesuré au quatrième jour de sa naissance est de 16 litres 70 à la seconde, soit 1,440,000 litres par 24 heures. Elle porte à plus de 5 millions de litres quotidiens la production hydro-minérale de Châtel-Guyon, qui tient maintenant le premier rang pour le débit parmi toutes les Stations du monde entier.

Nous profitons de l'occasion pour rappeler que Châtel-Guyon vient d'ouvrir ses portes au premier mai; et que pendant le mois de mai toutes les cartes d'abonnement et tous les tickets thermaux sont à demi-tarif pour tous les Baigneurs.

LA CONTAGIOSITE DE LA SCARLATINE ET SA PROPHYLAXIE

PAR M. LE DOCTEUR BOISSON

Quand on consulte les traités de pathologie médicale ou ceux d'épidémiologie, dans l'espoir d'y trouver des indications nettes et précises sur les conditions de la contagiosité de la scarlatine, on est déçu; on ne trouve que des notions vagues, parfois erronées, sur les périodes et la durée de la transmission de cette maladie. Il ne faut faire d'exception que pour le chapitre consacré à la scarlatine par Moizard, chapitre dans lequel cet auteur s'est largement inspiré des idées que le professeur Lemoine (du Val-de-Grâce) a exposées dans sa communication de novembre 1895 à la Société médicale des hôpitaux de Paris, relativement à la contagiosité de la scarlatine.

Or il est incontestable que les procédés employés communément contre la propagation des maladies contagieuses n'ont abouti, jusqu'ici, qu'à des échecs, lorsqu'il s'agit de la scarlatine; il suffit d'ailleurs de rappeler que, dans l'armée, où, cependant, les mesures de désinfection et d'isolement sont appliquées depuis longtemps avec une rigueur et un soin que l'on ne saurait rencontrer dans d'autres milieux, le succès est loin de répondre aux efforts tentés dans le but d'arrêter dans les corps de troupes la propagation de cette maladie. La preuve en est que la morbidité militaire par scarlatine est en progression constante depuis 1875, année où, pour la première fois, les chiffres relatifs à la scarlatine sont fournis par la statistique médicale de l'armée française.

M. le Dr Boisson a publié dans les "Annales d'hygiène publique et de médecine légale" les observations d'une série de quinze cas de scarlatine parmi les élèves de l'École du service de santé militaire.

La nature même du groupe au milieu duquel évoluait cette petite épidémie, lui a permis de recueillir des renseignements exacts relativement à l'origine du contagion et sur la filiation des atteintes.

Voici les conclusions de son travail :

La prophylaxie de la scarlatine doit avoir pour base les principes suivants :

- 1o. Ce qui est contagieux, c'est l'angine;
- 2o. La maladie est transmissible dès le début de l'angine;
- 3o. L'incubation de la maladie est de quatre jours;
- 4o. L'éruption n'est qu'un épiphénomène, et les squames de la convalescence ne paraissent servir de véhicule à la contagion que parce qu'elles sont souillées par les produits bucco-pharyngés.

Cette prophylaxie doit avoir pour moyens les procédés ci-dessous :

1o. Isolement spécial et temporaire limité au groupe immédiatement susceptible de contamination. Cet isolement est réglé d'après les délais fixés pour l'incubation et la contagiosité de la scarlatine dès le début de l'angine;

2o. Vigilance du médecin et du commandement, le premier s'appliquant à dépister les cas dès l'apparition des phénomènes du début, le second en facilitant la tâche du médecin;

3o. Prophylaxie générale de la collectivité à l'aide de l'antiseptie bucco-pharyngée réalisée par des gargarismes appropriés ;

4o. Application des mesures ordinaires d'isolement des malades et de désinfection des locaux et des effets.

N. B.—L'asepsie bucco-pharyngée peut être obtenue au moyen d'un gargarisme au lysol à 1 pour 1,000 ou par l'emploi préventif du gargarisme au permanganate de potasse à 1 pour 1,000.

Mais l'auteur donne la préférence à l'eau iodée préparée avec les comprimés (iodure de potassium et iodate de sodium), et ceux d'acide tartrique proposés par le docteur Vaillard pour l'épuration de l'eau potable en campagne.

Pour conserver à l'eau la puissance antiseptique de l'iode, il suffit de ne pas introduire dans l'eau iodée ainsi obtenue le comprimé d'hyposulfite de soude destiné à faire disparaître le métalloïde dans l'eau de boisson.

La désinfection des locaux a été obtenue par les pulvérisations d'une solution de formol à 2,5 pour cent.

3ème CONGRES DE CLIMATOTHERAPIE ET D'HYGIENE URBAINE

Le plancher principal facteur des maladies contagieuses

Dr. SAMUEL BERNHEIM.—L'auteur étudiant la question des logements insalubres déclare qu'il faut distinguer le degré de nocivité des différentes parties d'une chambre habitée. Déjà MM. CORNET et PFLUGGE ont établi que les bactéries se trouvent accolées sur les murs à la hauteur de la taille de l'homme malade. Ce dernier, en toussant, en crachant, en éternuant ou en parlant lance des microorganismes qui se déposent sur les parois. On en trouve un plus grand nombre à fur et à mesure que l'on examine la partie plus basse du mur et les microbes se conservent d'autant mieux que la pièce habitée est plus obscure.

Ce fait, maintes fois contrôlé, est absolument exact. Mais le Dr. BERNHEIM a poussé cette étude plus loin encore. Il affirme qu'on a négligé le principal facteur de la contagion d'une habitation qui serait le plancher. Il a examiné un grand nombre d'échantillons de poussières recueillies dans des hôpitaux, cliniques, dispensaires, antituberculeux, théâtres, gares ou wagons et souventes fois il y a trouvé des streptocoques, staphylocoques et même des bacilles de la tuberculose. Certaines inoculations à des cobayes ou à des lapins ont été positives pour la streptococcie ou la tuberculose et l'infection a été d'autant plus accusée que les planchers des maisons étaient plus vétustes, les lamelles plus disjointes et le logement plus obscur.

Comme remède à cet état, M. le Dr. BERNHEIM conseille un plancher uni, sans jointure, ni crevasses, facile à entretenir et à laver. On commence à employer pour certaines salles d'hôpitaux ou pour des dispensaires des masses compactes ressemblant à du bitume ou du ciment. Un grand nombre de ces produits très élégants sont trop inflammables. Il fallait donc recourir à un autre produit moins dangereux. Depuis quelques années on emploie en Autriche et à Paris un produit à base d'amiante incombustible : la Podolite, très élégant et élastique qui a le meilleur aspect tout en étant d'une grande résistance. Il a été employé dans les dispensaires de l'œuvre de la Tuberculose Humaine et dans certains autres établissements publics qui en ont été très satisfaits.

L'auteur ajoute que ce produit employé déjà depuis plusieurs années en Autriche Hongrie pour les gares, dans les wagons, bateaux et autres lieux publics, voire même dans les constructions riches, devrait être adopté dans nos appartements français. Ce parquet uni et incombustible serait l'un des meilleurs moyens pour diminuer la transmission des maladies contagieuses.

Les différentes épidémies de grippe, qui, annuellement, font de si grands ravages, nous ont appris, que cette maladie, autrefois considérée comme sans importance, comporte un traitement si difficile, à cause des complications si sévères, que toute suggestion concernant le traitement à employer contre cette maladie, est toujours reçue avec plaisir, par la profession médicale.

A chaque attaque successive de cette affection, nous avons trouvé de plus en plus nécessaire de scruter la forme lavée de cette maladie, et de traiter d'une manière efficace, les manifestations anormales qui en découlent; conséquemment, nous avons employés les sédatifs nerveux, les calmants et les toniques cardiaques, plutôt que de nous attacher à une ligne spéciale de traitement. Un grand nombre de cas, guériront, par le repos absolu au lit, en favorisant l'intégrité des émonctoires, la peau et les reins par l'emploi de légères doses de calomel ou de pilules bleues. Nous avons obtenus des résultats inattendus de l'emploi des tablettes d'Antikamnia et de Codéine, lorsqu'il y a élévation de température et douleurs musculaires. Cette tablette renferme 4 3-4 grains d'Antikamnia et 1-4 de Sulfate de Codéine, et il exerce une action sédative marquée sur les centres respiratoires. Dans le traitement de la grippe et de ses complications, sa valeur est reconnue et hautement recommandée.

Dans les affections des voies respiratoires, survenant à la suite d'une attaque de grippe, la douleur et la toux, sont les deux symptômes qui demandent surtout à être traités. Ce médicament—Antikamnia et Codéine,—exerce une influence heureuse sur ces symptômes et de plus, empêche les mouvements violents et douloureux du thorax, qui sont le propre de la toux grippale.

Pour administrer ce médicament, dans les conditions énoncées plus haut, il suffit de prendre une tablette et de la laisser dissoudre lentement dans la bouche, en avalant la salive.

Employé dans les douleurs pénibles, qui précèdent ou qui suivent l'accouchement; dans les contractions utérines, qui conduisent si fréquemment à l'avortement; dans les névralgies de toute sorte; dans les troubles nerveux, dus à une menstruation irrégulière, l'Antikamnia et Codéine donne un soulagement complet immédiat.

Dans ces dernières conditions, il faut ordonner au malade de bien écraser la tablette avant de l'avaler.

FORMULAIRE DU PRACTICIEN

Désodorisant agréable pour appartement

Camphre	- - - - -	20 grammes.
Hypochlorite de chaux	- - - - -	50 —
Alcool	- - - - -	50 —
Eau	- - - - -	58 —
Essence d'eucalyptus	- - - - -	1 —
Essence de girofles	- - - - -	1 —

Le mélange des substances doit être effectué dans un vase spacieux et refroidi. Quelques gouttes de ce mélange versées sur une assiette suffisent pour désodoriser une pièce.

Sirop contre la constipation des enfants

Bouchut recommande :

Podophyllin- - - - -	0 gr. 75 centigr.
Alcool rectifié- - - - -	5 grammes.
Sirop de Guimauve- - - - -	95 —

Une à deux cuillerées à café.

Gouttes contre les bronchites aiguës et laryngites

Bromure de méthylatropine- - - - -	0 gr. 003 milligr.
Eau de laurier-cerise- - - - -	10 grammes.

Vingt gouttes le soir dans une infusion.

Contre les dartres du visage

Dorate de soude- - - - -	0 gr. 50 centigr.
Teinture de benjoin- - - - -	-XV gouttes.
Oxyde de zinc- - - - -	2 grammes.
Cérat sans eau, ou vaseline pure- - - - -	18 —

F. S. A.

Pommade dont on appliquera le soir une légère couche sur les parties malades.

En cas d'insuccès, avoir recours à la pommade suivante, plus active :

Tamin- - - - -	2 grammes.
Calomel- - - - -	1 —
Glycérolé d'amidon à la glycérine neutre- - - - -	30 —

Pommade qui devra, vu son instabilité, être renouvelée tous les huit jours au moins.

Graissage des sondes

Formule de Gasper :

Oxycyanure de mercure- - - - -	0 gr. 25 centigr.
Gomme adragante- - - - -	3 grammes.
Glycérine neutre et pure- - - - -	20 —
Eau distillée- - - - -	200 —

On peut aussi s'adresser à l'huile d'olive stérilisée pure ou gélifiée à 5 pour cent.

Contre l'insomnie simple

Véronal- - - - -	0 gr. 25 centigr.
------------------	-------------------

Pour un cachet.

Donner deux de ces cachets dans la nuit.

Applications locales dans les oreillons

Ragozzi recommande : - - - - - 1 gramme.
 Gaïacol- - - - - - - - - - - - - - - - -)
 Vaseline- - - - - - - - - - - - - - - - -) à 10 —
 Lanoline- - - - - - - - - - - - - - - - -)

Pour onction matin et soir; recouvrir d'une feuille de gutta-percha et d'un pansement légèrement compressif.

INFORMATIONS SCIENTIFIQUES

Alcoolisme et psychothérapie

Le Dr. Deuillade n'admet pas que l'hypnotisme médical puisse avoir le moindre inconvénient pour le sujet traité. "La suggestion à l'état de sommeil, aussi bien chez les alcooliques que chez les vicieux, n'affaiblit pas la volonté, mais au contraire, donne de la volonté. La suggestion hypnotique chez les passionnés, comporte deux phases : "Dans la première, je combats leur mauvais penchant ; je leur défends de boire tout liquide alcoolique par exemple, en leur suggérant que, s'ils boivent de l'alcool ou même du vin, ils vomiront immédiatement.

"Dans la seconde, je fais de l'éducation de la volonté. Il ne faut pas croire que le sujet endormi est sous la dépendance absolue de l'opérateur. Il n'en est ainsi que rarement. Le plus souvent, il discute pendant les premières séances, la suggestion qui ne lui plaît pas... le médecin trahit naturellement toutes ses pensées ; il lui est impossible de dissimuler ; aussi, le médecin sait exactement ce qu'a bu le malade.

"Pendant que le sujet est dans cet état d'hypotaxie, le médecin devient un véritable moralisateur."

Pour diminuer les dangers de l'anesthésie chloroformique

Le Dr. Ewenchow recommande de faire précéder les inhalations de chloroforme, d'une injection sous-cutanée de sulfate de strychnine, de la valeur de 1 à 2 milligrammes.

Contre la cystite chronique

Grâce surtout à leur remarquable action diurétique, les bonnes préparations de stigmates de maïs sont très efficaces contre la cystite chronique et contre les affections catarrhales de la vessie. Seulement, les préparations extemporanées de stigmates de maïs, tisanes et sirops, fermentent avec une extrême facilité, surtout une fois qu'elles sont en vidange. De plus, elles sont incommodes à transporter, ce qui est à prendre en considération quand il s'agit de malades sujets à se déplacer. En prescrivant le "Granulé du Dr. Moussaud aux stigmates de maïs", le médecin aura la certitude de donner à ses malades une préparation facile à prendre, commode à transporter, d'une efficacité certaine et d'une conservation indéfinie. Ce granulé peut être absorbé en nature, ou dans de l'eau froide ou chaude, dans une boisson de table. La dose est de 1 à 3 cuillerées à soupe, par jour, chez un adulte, de 1 à 3 cuillerées à café, chez les enfants.

Traitement du craniotabès par l'administration interne du phosphore

Le Dr. Zrwin Spietschka, assistant à la clinique pédiatrique du prof. Ebstein, de Prague, préconise l'administration interne du phosphore, dans les cas de craniotabès ou déformation rachitique des os du crâne, qui peut être congénitale. Aux très jeunes enfants, dont l'âge ne dépasse pas quelques mois, on fera prendre de l'huile de foie de morue contenant 5 milligrammes de phosphore pour 100 grammes de véhicule.

Curieux exemples de malformations congénitales

Il s'agit d'un nouveau-né du sexe féminin, venu au monde avec une imperforation de l'anus, avec fistule recto-vulvaire. En outre une tumeur vésiculaire faisait saillie au niveau du méat urétral. L'autopsie de l'enfant fit voir que cette tumeur était formée par l'extrémité inférieure des urètres qui se terminaient en cul-de-sac.

The illustration shows a group of children in a domestic setting. A large, ornate banner in the center reads "PHOSPHATINE FALLIÈRES". To the left, a girl in a ruffled dress stands on a chair, leaning over a table where a boy is sitting. Another child is visible behind the table. To the right, a girl in a ruffled dress stands with her hand to her face. In the foreground, a child lies on the floor, possibly having fallen. The scene is framed by a decorative border.

La "Phosphatine Fallières" est l'aliment le plus recommandé pour les enfants dès l'âge de 6 à 7 mois, surtout au moment du sevrage et pendant la période de croissance. Il facilite la dentition assure la bonne formation des os, prévient ou arrête les diarrhées si dangereuses et si fréquentes surtout pendant la période des chaleurs.