

# Le Journal de Médecine et de Chirurgie

## Montréal, Canada

Paraissant les 21ème et 4ième Samedis de chaque mois.

### SOMMAIRE

#### MEMOIRES: —

- La ponction lombaire, dans le diagnostic et le traitement des fractures du crâne. — MM. J. A. Saint-Pierre et R. Pallandau. . . . . 161
- Nouveau pansement d'évidés. — M. P. Boulton. . . . . 163
- Le pansement humide dans l'évidement petromastoïdien. — Mise au point de la question. M. J. N. Roy. . . . . 165
- Vième Congrès des M. L. F. A. N., à Sherbrooke. Le petit entéro-colisme. — MM. Matignon et Lerailliet. . . . . 168
- La dyspnée des tuberculeux. — Prof. A. Robin. . . . . 169
- Traitement de la paralysie générale. — MM. Joffroy et Mynol. . . . . 171
- L'anaphylaxie en clinique infantile. — M. E. Lesné. . . . . 172

#### NOTES THERAPEUTIQUES: —

- Le régime dechloruré associé au bromure dans le traitement de l'épilepsie. — Sur le traitement arsenical des maladies organiques du système nerveux. — Traitement de l'ongle incarné par le chlorure de fer. — Traitement de l'intoxication par le gaz d'éclairage . . . . . 174

#### PROGRES DES SCIENCES MEDICALES: —

- Diagnostic et traitement de la peritonite à pneumocoques. — La fièvre typhoïde. . . . . 176

#### SUGGESTIONS THERAPEUTIQUES. . . . . XV

En vogue depuis nombre d'années

## Liquor Sedans

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

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

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

LIQUOR SEDANS AVEC CASCARA a la même composition que le LIQUOR SEDANS, sauf que chaque once liquide renferme 40 gouttes de cascara sagrada.

### Parke, Davis & Co.

Walkerville, Ont.

Montréal, Que



**HÉMOGLOBINE  
DESCHIENS**

**OXYDASES, FER VITALISE**  
ANÉMIE, TUBERCULOSE  
NEURASTHÉNIE, CHLOROSE

**Remplace la viande crue**

Siróp: 1 caféj. à soupe à chaque repas.  
Vin, Granulé, Dragées (A°).

DESCHIENS, 8, Rue Paul-Baudry, PARIS et Ph<sup>o</sup>.

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

## La ponction lombaire

### Dans le diagnostic et le traitement des fractures du crâne (I)

Par les docteurs J. A. Saint-Pierre et R. Falardeau.

Malgré la merveilleuse résistance que présente la boîte crânienne, grâce à sa forme à sa structure et à son élasticité, des fractures soit de la voûte, soit de la base, soit même des deux à la fois, sont malheureusement encore assez fréquentes.

Si la lésion est à la voûte, le diagnostic est d'habitude relativement facile, mais il l'est beaucoup moins si la fracture siège à la base et le pronostic reste toujours grave, par suite de la lésion cérébrale immédiate ou des complications ultérieures. Et c'est pourquoi ayant eu l'avantage d'en observer un cas assez curieux à la clinique chirurgicale de l'Hôtel Dieu nous avons cru faire utile en vous présentant cette observation détaillée que nous ferons suivre de quelques notes aussi brèves que possible.

Voici l'histoire du malade telle que rédigée par l'interne de service M. le Dr. Falardeau.

Monsieur Régis D. . . ., 49 ans, journalier est frappé à la tête par un poteau de téléphone. L'ambulance, l'amène à l'hôpital, vers les 4 heures de l'après-midi, le 23 avril dernier, dans un état de coma profond.

À l'examen, on observe, quelques érosions de la face, du côté droit; une respiration lente et profonde; un pouls gros et dur, à 48 pulsations à la minute; de l'épistaxis et un peu de sang dans la bouche; aucune dépression sur le crâne, des pupilles légèrement dilatées, mais égales.

Bientôt le malade sort de son coma et passe dans un état d'agitation et de délire.

On constate alors une ecchymose palpébrale de l'œil droit, ce qui n'existait pas à son arrivée ici; un nouvel examen, ne révèle ni paralysie, ni fracture des membres; le malade réagit très bien aux sensations douloureuses. Toute la moitié droite du crâne présente une hyperesthésie considérable à la pression.

À cause de l'agitation et du délire, la ponction lombaire est impossible à faire, alors je me contente de lui prescrire 40 grains de chloral et une injection d'un 1-100 de grain d'hyoscine et d'un 1-4 de grain de morphine et en plus, de la glace en permanence sur la tête.

Sous l'effet des médicaments, le malade passe une assez bonne nuit.

À la visite, le lendemain le 27, en plus des symptômes de la veille on constate une forte ecchymose sous-conjonctivale de l'œil droit.

En présence de tous ces symptômes le diagnostic de

fracture de la base du crâne est posé et on décide de faire la ponction lombaire après anesthésie générale au bromure d'éthyle.

On retire alors environ 30 c.c. d'un liquide céphalo-rachidien assez fortement hémorragique, qui sort sous une très forte pression.

Le malade reste inconscient, mais son pouls s'accélère un peu; de 50 pulsations, il monte à 56 et devient plus mou. Le délire et l'agitation disparaissent complètement et le malade dort une partie de la journée.

Le soir, le pouls est encore à 56 pulsation, mais un peu plus dur, le délire et l'agitation qui ont repris, sont à peine calmés par une dose de 20 grains de chloral et 20 grains de bromure.

Le 28, même pouls, délire et agitation; alors nouvelle ponction lombaire, avec anesthésie générale.

On retire cette fois environ 20 c.c. d'un liquide fortement hémorragique que la veille, mais sortant avec un peu moins, de pression.

Une heure après le malade reprend ses sens et reconnaît les membres de sa famille, qui l'entourent.

Le 29, délire et agitation, mais moins que les jours précédents, son pouls est à 60, encore un peu dur. Nouvelle ponction lombaire, mais cette fois, sans anesthésique. On retire à peine en 10 minutes 1 c.c. de liquide céphalo-rachidien, peu hémorragique. Le pouls monte à 70. Le malade reprend connaissance et passe une très bonne journée, se plaignant d'un peu de lourdeur de tête, que la glace en permanence fait un peu disparaître. Le soir le pouls est bon, le malade s'alimente un peu, prend du lait du café et de l'eau.

Le 30 au soir, céphalée assez marquée, le pouls est devenu plus lent 66.

Le 1er mai. Amélioration sensible. Le malade se trouve si bien qu'il veut retourner chez lui,

Le 2. Notre malade, n'est pas tout à fait aussi bien, il délire un peu, se plaint de céphalée plus intense. Son pouls à 66 pulsations est gros et très dur. Nouvelle ponction lombaire. Par cette ponction, on a retiré en 5 minutes environ 20 c.c. d'un liquide céphalo-rachidien très peu hémorragique. Le malade qui n'était pas sous l'effet d'anesthésique se sent immédiatement soulagé, son mal de tête disparaît presque complètement et son pouls devient plus mou et plus rapide, il monte, à 80.

Depuis le début de la maladie sa température a oscillé entre 98° et 99° F. Ses reins et ses intestins ont toujours fonctionné bien régulièrement.

Les deux ou trois jours qui suivirent la ponction lombaire furent très heureux pour le malade la céphalée diminua considérablement, il devint très calme. Sa température se maintint à la normale et son pouls à 70.

Mais le 4ème jour c'est-à-dire, le 6 mai, il ne se sentait pas aussi bien, la température monta jusqu'à 100° F., le pouls tomba à 60, dur mais régulier, la céphalée augmenta et à un nouvel examen, on constate, ce qui n'avait pas encore été observé jusque là, dans la raideur de la nuque et du dos, ainsi que le signe de Kernig.

[1] Présenté à la Société Médicale de Montréal.

En présence de ces nouveaux symptômes une nouvelle ponction lombaire fut pratiquée après anesthésie générale au bromure d'éthyle le malade ayant trop de raideur du dos pour permettre l'opération sans anesthésie. Par cette ponction, on retire environ 25 c.c. d'un liquide céphalo-rachidien encore teinté de rouge, mais beaucoup moins qu'aux ponctions précédentes.

Aussitôt après, le malade se sentit soulagé et deux jours après, tous ses symptômes de méningite étaient disparus.

La céphalée ne fut que passagère depuis ce temps; il prit des forces et put le 14 mai laisser l'hôpital, en pleine convalescence.

Reçu 2 fois depuis, il ne travaille pas encore, mais il se sentirait assez bien pour le faire si on le lui permettait, c'est dire qu'il est bien et se compte guéri.

Montréal, 29 mai 1910.

Les fractures de la base ne sont *immédiatement* évidentes en clinique que dans les circonstances relativement rares où il s'est produit un écoulement de nature cérébrale soit par le nez soit par l'oreille. La plupart du temps, la fracture se traduit par un ensemble de symptômes qui ne sont pas *contemporains* du traumatisme mais prennent plusieurs heures voir même quelques jours pour se produire.

Voilà pourquoi le diagnostic reste ordinairement probable et ne devient certain que par l'association de ces différents signes et leur interprétation clinique.

Nous n'avons pas l'intention de donner en détail la nomenclature des symptômes des fractures de la base du crâne. Nous avons plutôt voulu attirer l'attention de nos collègues sur les particularités que présente le cas qui nous occupe et faire connaître les bons résultats que l'on peut obtenir par la ponction lombaire comme élément de diagnostic et comme traitement des accidents consécutifs aux fractures du crâne.

Vous avez sans doute remarqué que notre malade ne présentait que peu de symptômes objectifs à son entrée à l'hôpital. L'ecchymose palpébrale paraît du côté droit 1 heure après son entrée à l'hôpital. Sur la tête et sur le cou, aucune trace de violence; la peau est intacte partout moins les érosions de la joue droite un peu d'épistaxis lors de l'accident, mais en somme, peu de chose et aucun écoulement par l'oreille.

Pas de trouble de la sensibilité si ce n'est l'hyperesthésie de la moitié droite du crâne. Aucun trouble de la motricité. Mais le malade délire et dès qu'il peut s'exprimer, il accuse un violent mal de tête. Son pouls est nettement cérébral et marque 48 pulsations. Enfin, 24 heures après l'accident, apparaît l'ecchymose sous conjonctivale.

De cet ensemble d'accidents nous étions en droit de conclure à une fracture de la voûte orbitaire droite par conséquent, du plancher de la loge antérieure et nous ajoutons que puisque le globe oculaire ne présentait pas de solution de continuité, le traumatisme pour causer une telle fracture avait dû porter sur la région frontale où ce-

pendant on ne remarquait aucune trace extérieure de violence.

La ponction lombaire qui nous a donné un liquide hémorrhagique chassé du canal par une énorme pression est venue ajouter un élément important et confirmer le diagnostic.

Nous disons élément important car nous ne saurions dire pathognomonique; mais nous ajoutons, symptômes d'une importance telle que jamais en présence d'un traumatisme de la tête, on devrait négliger de le rechercher. 1o pour aider au diagnostic et 2o, aussi parce que c'est une excellente thérapeutique dans toute fracture du crâne. C'est depuis le 16 sept. 1901 que nous ne sommes plus tout à fait désarmés devant les accidents causés par la compression cérébrale et consécutive aux violents traumatismes du crâne. C'est à cette date en effet que dans le service du Prof. Poirier, dans le but de faire un diagnostic entre une méningite, une contusion de l'encéphale ou une fracture de la base, on fit une ponction lombaire qui ramena un liquide teinté de sang s'échappant en jet de la canule. Devant cette hypertension on pensa à une compression des centres nerveux et on retira 40 c.c. de liquide. L'effet fut merveilleux, le soir même le malade reprenait connaissance et continua de s'améliorer par la suite. Depuis cette époque nombreux sont ceux qui ont suivi l'exemple du Professeur Poirier et dans le rapport de la Société de chirurgie moy. 1905 je vois que Messieurs Pothera, Guinard, Terrier, Tuffier et Broca ont tous pratiqué la ponction lombaire dans des cas de fractures du crâne avec succès. Tuffier conseille de ne pas enlever trop de liquide céphalo-rachidien; 40 à 50 c.c. paraissent une limite extrême. Quant pour sa part, rapporte 7 cas de fractures du crâne tous traités uniquement par des ponctions lombaires répétées et tous guéris. Une de ses observations indique qu'il fut obligé de répéter l'intervention 8 fois avant d'obtenir une guérison parfaite.

Et maintenant voyons donc un peu comment agit la ponction lombaire? Evidemment, elle agit tout d'abord en diminuant la tension intra-crânienne et par le fait même, elle libère les centres nerveux de la *sangle* qui les étouffe et permet leur plein fonctionnement.

Il faut bien se rappeler que l'axe cérébro-spinal ne peut sans troubles fonctionnels supporter une tension égale à celle du sang dans les vaisseaux. Cushing a prouvé par d'intéressantes expériences que nous avons même un appareil de protection, véritable régulateur destiné à maintenir la pression sanguine toujours un peu plus élevée que la que la pression intra-crânienne. Ce protecteur est le centre vaso-moteur.

Si la pression intra-crânienne augmente, l'anémie cérébrale se produit. Or celle-ci excite directement le centre vaso-moteur qui détermine aussitôt une élévation de la pression artérielle *générale* par suite du rétrécissement de toutes les artères. Eh ce centre se *surtène* jusqu'à ce qu'il ait gagné son point c'est-à-dire que la pression sanguine ait dépassé celle du liquide céphalo-rachidien.

Durant ce combat, un autre centre bulbaire est aussi touché; c'est le centre respiratoire. Mais lui, est plutôt

paralysé car il ne reçoit plus en quantité suffisante le sang veineux qui est son excitant naturel. Et la respiration est troublée, elle peut même s'arrêter jusqu'à ce que l'équilibre normal se soit rétabli.

Enfin, le centre modérateur du cœur situé comme les 2 premiers sur le plancher du 4ème ventricule est aussi mis en activité plus grande par l'anémie bulbaire conséquence de la tension infra-crânienne. Ce centre, par la voie des pneumogastriques agit sur le cœur qui se ralentit et protège ainsi l'encéphale contre les perturbations que les élévations brusques et prolongées de pression, appartenaient à ses fonctions.

Par ce qui précède il est facile de comprendre l'importance majeure qu'il y a de maintenir ces centres libres de toute entrave, de toute pression et par le fait même, on se rend compte de l'indication et de l'effet de la ponction lombaire dans tout traumatisme crânien.

Nous ne prétendons pas que la ponction est souveraine et peut guérir tous les cas mais nous croyons qu'elle s'impose d'abord.

16. Par le soulagement qu'elle donne toujours au malade.

20. Comme élément de diagnostic.

30. Enfin comme élément au pronostic ce qui peut avoir une grande importance au point de vue de la médecine légale et des responsabilités encourues.

## Nouveau pansement d'évidés (1)

PAR LE Dr PAUL BOURLON

Oto-laryngologiste de l'Hôtel-Dieu, de Valenciennes

Tous les auristes se sont heurtés dans les pansements d'évidés, à de telles difficultés que chacun a essayé de les rendre plus simples et moins longs, grâce à une technique nouvelle; c'est ce qui a donné lieu à différentes méthodes qui toutes peuvent être comprises sous deux rubriques: tamponnement de la cavité opératoire ou bien insufflations d'acide borique sans tamponnement; on emploie ce dernier immédiatement après le pansement post-opératoire (Eemanin) ou plus tard lorsque la caisse est épidermée et la plaie calibrée (Lermoyez, Paul Laurens). Laisant de côté la méthode préconisée par von zur Mühlen (de Riga), qui consiste en lavages de la cavité opératoire avec de l'eau salée tiède, sans pansement consécutif et qui donne, d'ailleurs non une épidermisation, mais un comblement irrégulier par du tissu fibreux de la cavité opératoire, c'est-à-dire une pseudo-guérison, nous pouvons dire que jusqu'à

ce jour, le pansement habituellement appliqué aux évidés est un pansement sec; or celui que nous employons est un pansement humide et il nous a donné des résultats si encourageants que nous avons décodé, sur le conseil de notre maître M. Lermoyez, de les rapporter dans cette note.

La formule de ce nouveau pansement est employée par le Dr. Mariage, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Valenciennes pour la chirurgie générale; nous lui sommes reconnaissant d'avoir bien voulu nous la communiquer:

"C'est une dissolution stérilisée d'acides gras dans l'eau répondant à la formule suivante:

Savon de soude	} aa 60 grammes.
Savon de potasse	
Huile d'olive	
Eau distillée	

C'est une sorte de savon liquide n'ayant aucune propriété irritante ni caustique et ne contenant d'ailleurs ni alcool ni antiseptique."

Nous donnons ici une observation très résumée d'un cas auquel il a été appliqué après essai du pansement classique et que nous avons choisi tout particulièrement parce que, au cours de l'opération faite par M. Lermoyez, on a rencontré des lésions multiples (fistules, ostéite, cholestéatome) qui soulignent tout spécialement l'efficacité du pansement, la guérison du malade ayant été beaucoup plus rapide qu'on était en droit de l'espérer, l'opération terminée.

Observation (très résumée).—Pierre G. 12 ans. Suppuration de la caisse du côté gauche depuis plusieurs années, ayant nécessité différentes interventions par les voies naturelles.

Le malade ayant eu deux poussées de congestion mastoïdiennes qui avaient rapidement disparu et auxquelles nous n'avions pas assisté, se présente à nous le 12 mai dernier, parce qu'il éprouve de nouveau des douleurs violentes au niveau de la mastoïde gauche.

Nous constatons un oedème de toute la région mastoïdienne y compris la pointe, qui est très douloureuse à la pression; la chute de la paroi postérieure du conduit est telle que la lumière en est réduite à une fente; un stylet introduit au niveau d'une fistule siégeant à un centimètre du méat nous conduit directement sur la mastoïde. Etat général peu satisfaisant. Température axillaire 38 degrés le matin, 39 degrés le soir. Les phénomènes ne s'amendent pas le lendemain, et une intervention est décidée immédiatement.

Opéré le 14 mai par Mr. Lermoyez à la clinique du Dr. Mariage; large évidement de toute la mastoïde, y compris la pointe, laquelle n'est pas encore effondrée par le pus, mais n'a résisté qu'à son extrémité tout à fait inférieure. Ouverture, curettage de la fistule. On rencontre des îlots de cholestéatome dans la mastoïde ainsi que dans la caisse. Deux points d'ostéite, l'un au niveau du massif du facial, l'autre siégeant sur la fente adito-antrale. En outre il existe au niveau du plancher de la caisse un recessus assez profond constituant une anomalie congénitale, qui créera certainement une difficulté lors des pansements. Plastique de Stacke. Tamponnement à la gaze iodoformée,

(1) Reproduit des "Annales des maladies de l'oreille et du larynx," Paris, février 1910.

Plaie rétro-auriculaire laissée ouverte pour permettre de surveiller la cicatrisation.

Suites opératoires normales. On lève le pansement le sixième jour; suppuration *in situ* abondante. Au second pansement, fait avec de la gaze iodofornée et suivant la technique habituelle, on constate quelques granulations sur l'os, mais saignant facilement. Le pansement est renouvelé tous les jours, car le pus est toujours considérable.

Quinze jours après l'intervention, la plaie donne l'impression que les pansements doivent être longs et particulièrement délicats, tant à cause des points d'ostéite, dont la localisation n'a permis qu'un curettage superficiel, que de l'aspect de la plaie à ce moment. C'est alors que, sur le conseil du Dr. Mariage, qui a obtenu déjà par son topique d'excellents résultats sur les plaies à épidermiser, infectées ou non, nous essayons son nouveau pansement, qu'il veut bien mettre à notre disposition.

Une modification très appréciable de la plaie s'est produite dès le troisième pansement; la suppuration a considérablement diminué; la douleur est supprimée, et nous pouvons dorénavant panser le malade sans chloroforme, malgré son indocilité, ce qui nous avait été impossible jusqu'alors. On est surtout frappé de ce fait, c'est que le tapis de granulations envahit toute la plaie et revêt une forme d'une régularité parfaite, sauf en deux points, siège d'ostéite, que nous avons déjà signalés. L'épiderme s'amorce.

Trois semaines après ce nouveau pansement, la plaie est épidermée tant au niveau du massif du facial que dans la caisse; il persiste seulement un bourgeon au niveau de la fonte adito-antrale, qui nécessite à différentes reprises un coup de curette.

A la fin de juin, moins d'un mois après le détat du nouveau pansement, le malade peut être considéré comme guéri. Revu quelques jours après par Mr. Lemoyez, la guérison est complète; l'épidermisation est d'une régularité parfaite. L'audition est meilleure qu'avant l'opération.

Voici donc un malade dont les lésions polymorphes (fistules, ostéite, cholestéatome) avaient nécessité un délabrement opératoire considérable, guéri en six semaines environ, alors que les lésions constatées au cours de l'opération et l'état de la plaie pendant les quinze jours suivants paraissent devoir nécessiter de longs et nombreux pansements.

Nous ne croyons pas, d'après ce que nous avons vu ailleurs que ce soit là une simple coïncidence, et nous pensons pouvoir formuler à ce sujet quelques observations.

Le but poursuivi en pansant les évidés, c'est l'épidermisation complète de la cavité artificielle creusée dans le rocher en conservant intégralement la forme primitive de cette cavité. (Stacke).

La technique suivie tout d'abord fut celle qu'avait indiquée l'école allemande et qui consistait en un tamponnement méticuleux et méthodique, mais combien long le plus souvent, de la cavité opératoire et qui faisait de cette méthode un "calvaire" que panseur et pansé gravissaient péniblement durant de longs mois. Dès 1902, Mr. Mahu

avait donné, à propos de ce pansement, dans un article documenté, des précieux conseils que son expérience personnelle lui avait suggérés, et Mr. Lemoyez, dans son rapport présenté en 1907 au Congrès international de Madrid en avait posé magistralement les règles.

Désireux de simplifier et de rendre moins longs ces pansements, Demann eut l'idée de substituer au tamponnement des insufflations d'acide borique dans la cavité opératoire. Son procédé si simple fut accepté d'enthousiasme par de nombreux auristes; mais il est douloureux quand on l'applique immédiatement après le premier pansement; aussi Paul Laurens, désireux d'éviter à ses malades ces douleurs, parfois atroces, a-t-il adopté une méthode mixte, c'est-à-dire tamponnement jusqu'à ce que la caisse soit épidermée et la plaie bien calibrée, et ensuite insufflation d'acide borique, qui à ce moment n'est pas douloureux.

Néanmoins, si ces pansements ont donné parfois des résultats rapides, surtout dans les cas d'ostéite simple, nous avons tous rencontré bien souvent de grandes difficultés, particulièrement dans des cas analogues à celui que nous avons rapporté et, pour notre compte, nous pensons que les modifications si rapides et si heureuses survenues dans l'état de la plaie de notre malade par le changement de pansement ne peuvent être dues à une simple coïncidence.

La technique de ce pansement est extrêmement simple. Nous ne nous étendrons pas sur les règles qui lui sont communes avec les autres pansements; une asepsie rigoureuse est absolument nécessaire, la régularité des pansements est une condition indispensable du succès. Le premier pansement pourra être fait sous chloroforme, pour régulariser la plaie, s'il y a lieu, et en tout cas afin de permettre un examen complet de la cavité opératoire; mais tous les autres pourront se faire sans anesthésie, car ils sont absolument indolores. La curette de Mahu sera toujours préférée à l'application de caustiques sur les bourgeons exubérants, même s'ils sont établis, afin d'éviter la fusion du caustique sur l'épiderme néoformé ou sur les granulations voisines.

Ce qui est absolument nécessaire, c'est de toucher le moins possible à la plaie, de ne la traumatiser jamais. Le pansement n'étant pas adhérent peut être enlevé sans faire saigner la plaie, avantage fort appréciable. En outre, il ne faut pas essayer avec vigueur les granulations ou l'épiderme à l'aide de tampons d'ouate ou de gaze sèche ou imbibée d'eau bouillie ou de liquides antiseptiques, sous prétexte de nettoyer la plaie, mais se livrer seulement à un effleurage très léger de toute la cavité à l'aide de tampons d'ouate stérilisée, imbibés du topique afin de la rendre propre et borner là son ambition. Ce procédé permet aux granulations de former un tapis lisse et uniforme, grâce à la couche fibrineuse protectrice qui les recouvre, et à l'épiderme de s'y étendre facilement, grâce à l'absence d'irritation causée par des manœuvres tout au moins inutiles; en un mot, laisser aux cellules tout leur pouvoir naturel de défense.

Conséquemment, il est inutile de faire des lavages d'eau oxygénée soit pour décoller le pansement, puisqu'il n'est jamais adhérent, soit pour antiseptiser le milieu opéré, qui suffit à se défendre avec le secours seul du pansement.

# PANOPEPTON

## Source de données Scientifiques et Cliniques

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

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

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

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

**Fairchild Bros & Foster**  
NEW YORK

Agents pour le Canada  
**Holden & Compagnie, Montreal**

**Ne se vendent pas au Détail.**

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

**Le plus Puissant Reconstituant général**

# HISTOGÉNOL

# Naline

(Médication Arsenio-Phosphorée à base de Nuclarrhine).  
Indications de la Médication Arsenicale et Phosphorée-organique :  
**TUBERCULOSE, BRONCHITES, LYMPHATISME, SCROFULE, ANÉMIE, NEURASTHÉNIE, ASTHME, DIABÈTE, AFFECTIONS CUTANÉES, FAIBLESSE GÉNÉRALE, CONVALESCENCES DIFFICILES, etc.**  
FORMES : Elixir, Emulsion, Granulés, Comprimés, Ampoules.  
Échantillons : S'adr. Laboratoires A. NALINE, N° 1 Villeneuve-la-Garenne, près St-Denis (Seine).

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

**AFFECTIONS HÉPATIQUES**

Congestions et Troubles fonctionnels du Foie  
Coliques hépatiques  
Ictère

**GRANULES TITRÉS de**  
**BOLDINE HOUDÉ**

Cachexie  
d'origine paludéenne  
et consécutive au long  
séjour dans les pays chauds.

POSOLOGIE : Chaque granule est rigoureusement titré à 1 milligr  
DOSE : 6 à 8 Granules par jour.

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

**BOLDOINE ÉPARVIER**

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

Granulee — Non Alcoolique — Soluble

ATONIE DES ORGANES DIGESTIFS, DYSPEPSIES

STIMULANT-TONIQUE GÉNÉRAL, SANS ACTION SUR LE CŒUR

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

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

**PILULES ÉPARVIER (CASCARA ÉPARVIER)**

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

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

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

DOSE : UNE PILULE chaque soir au repas

ECHANTILLONS GRATUITS

DE CES PRODUITS SUR  
DEMANDE adressée à la

PHARMACIE DECARY

1688 RUE STE-CATHERINE  
A MONTREAL.

**AFFECTIONS DE LA GORGE**

Laryngites, Pharyngites, Amygdalites  
Angines, Diphtérie  
Toux nerveuses  
Picotements

**PASTILLES HOUDÉ**  
à la **STOVAÏNE**

POSOLOGIE :

Chaque Pastille  
renferme exactement

3 milligrammes de principe actif.

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

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

**HAEMATOGEN "ROLAND"**

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

Parmi les nombreux médicaments pour l'Anémie, la Débilité Nerveuse, la Lassitude, etc.

**31,56 p.c. Heamoglobin-Albumen**

Rien autre que **L'HAEMOGLOBIN** pure et non-diluée qui contient les propriétés actives médicinales du fer, du phosphore, et du soufre, en combinaison naturelle organique, renforce et stimule.

ANALYSE : 25 Octobre 1904.

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

(Signé) Dr ALEX, analyste certifié.

DIRECTIONS :

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

Cependant, si nous conseillons de ne jamais tamponner, nous avons pourtant été obligé de le faire en ce qui concerne la fente adito-antrale dans le cas rapporté plus haut; c'est qu'il existait à ce niveau un point d'ostéite, qui aurait sûrement formé un clapier, si nous n'avions agi de cette façon, ce qui eût compromis gravement la guérison de notre malade, et son acuité auditive ultérieure. Il est évident que partout où l'on craint la formation d'un diaphragme ou d'un clapier, pour quelque raison que ce soit, le tamponnement est absolument indiqué.

Quelle que soit la plastique qui ait été faite, voici la technique que nous suivons: nous nous servons uniquement de tentes de gaze stérilisée et dont les dimensions s'adaptent à la cavité que nous devons panser, afin d'éviter les efflorescences, autre cause d'irritation qui n'est point à dédaigner; ces tentes sont imprégnées de topique, en évitant qu'il y ait excès de liquide; une première tente est introduite dans la caisse, dont elle épouse la forme; une seconde est posée au niveau de la fente adito-antrale; une troisième plus grande tapisse la cavité opératoire; enfin plusieurs tentes superposées maintiennent le calibre du conduit et drainent la cavité. Celle-ci reçoit seule, ainsi que le conduit, ces tentes spécialement préparées; sur elles sont appliqués des carrés de gaze stérilisée et en petite quantité, car le suintement est presque toujours peu abondant: enfin une bande élastique maintient le tout.

Le pansement post-opératoire peut être fait avec de la gaze iododormée et en tamponnant suivant les règles habituelles afin de provoquer l'adhérence des lambeaux sur l'os sous-jacent; mais, dès le second pansement il faut employer le topique. Dès lors on renouvellera le pansement tous les jours ou tous les deux jours suivant les indications; parfois même on pourra le laisser trois jours sans inconvénient.

A la période de granulations, on remarque combien lisse et uniforme est le tapis sur lequel va venir s'étendre l'épiderme et quand celui-ci commence à se former, il est fréquent de voir des îlots épidermiques se produire loin des bords du lambeau, comme s'il s'agissait de véritables greffes de Thiersch, et l'épidermisation se faire rapidement, régulièrement et sans effort.

Il sera donc facile de maintenir la forme intégrale de la cavité opératoire, tant le substratum de granulations est d'une régularité parfaite.

Ce pansement présente donc des avantages très appréciables. Il est applicable à tout évidement, quelle que soit la plastique employée.

Il est d'une extrême simplicité.

Il est absolument indolore, car il n'adhère pas à la plaie sous-jacente, et le topique n'est nullement caustique.

L'épiderme ne macère jamais si l'on a soin de faire les pansements de façon régulière.

Le pansement perd rapidement toute odeur, car la suppuration tarit très vite.

Il donne un bourgeonnement lisse et uniforme, qui conserve à la plaie la forme qu'elle avait après l'opération, ce qui permet une épidermisation solide et rapide et, con-

séquentement, des résultats parfaits tant au point de vue vital que fonctionnel.

En résumé, s'il nous était permis de conclure, nous pourrions dire que ce pansement est simple, indolore, désodorisant; il produit un bourgeonnement lisse et uniforme et, par conséquent, une épidermisation rapide et parfaite.

Nous ne voudrions pas que ce topique fût considérée comme susceptible d'applications universelles; il possède, comme nous l'avons vu, des avantages appréciables comme pansement des évidés; il peut être employé dans certaines formes d'otorrhée, lorsqu'une surface doit être épidermisée; il rend également, dans d'autres affections appartenant plus spécialement à la chirurgie générale, de réels services, comme il le sera démontré ultérieurement. Bornons-nous aujourd'hui à exprimer le vœu que, grâce à lui, la cure radicale puisse devenir un jour "simple courté et agréable".

## Le pansement humide

Dans l'évidement péto-mastoidien.—Mise au point de la question

PAR LE Dr J.-N. ROY

Médecin de l'Hôtel-Dieu de Montréal.

J'ai lu avec intérêt, dans les "Annales des maladies de l'oreille et du larynx", Paris, février 1910, un travail de M. Bourlon, intitulé: "Nouveau pansement d'évidés." Après avoir passé en revue les différentes méthodes en usage, et avoir donné à chacune d'elles leur mérite respectif, l'auteur nous fait part d'un nouveau (?) procédé de pansement au moyen de la formule suivante, qui lui a été communiquée par le Dr Mariage.

Savon de soude	} aa 60 grammes.
Savon de potasse	
Huile d'olive	
Eau distillée	1 litre.

Cependant M. Bourlon fait erreur lorsqu'il écrit: . . . . . "Nous pouvons dire que jusqu'à ce jour le pansement habituellement appliqué aux évidés est un pansement sec"; et continuant sa phrase il ajoute: "or celui que nous employons est un pansement *humide* et il nous a donné des résultats si encourageants que nous avons décidé, sur le conseil de notre maître M. Lemoyez, de les rapporter dans cette note."

En effet, en mai 1907, j'ai fait une communication au Congrès français d'oto-rhino-laryngologie, et à la "Canadian Medical Association", sur: "L'huile de vaseline dans le pansement de l'évidement péto-mastoidien." Ce travail a été publié dans ces mêmes "Annales des maladies de l'oreille et du larynx", en décembre 1907, et reproduit ou analysé un peu partout. Dès cette date, j'écrivais au sujet



d'un malade que j'avais opéré d'évidement en 1905, et qui retardait à guérir: "Après avoir employé sans aucun succès, tous les procédés connus, il m'est alors venu à l'idée de changer entièrement de méthode, et de remplacer les pansements secs par des pansements à l'huile. Le malade que je traitais depuis plus de six mois fut guéri en dix jours."

Le but de cet article n'est pas d'établir une comparaison entre ma méthode à l'huile de vaseline et celle de M. Boudon, au moyen du savon liquide, bien que le principe identique de ces deux méthodes, dont je réclame la priorité, nous ait conduit aux mêmes constatations et aux mêmes résultats. Toutefois je avais fort que ce savon eût une tendance à rapidement fermenter; et alors ce liquide n'étant plus homogène, et les acides gras étant mis en liberté, la plaie en fût irritée à son contact. Au contraire, rien à redouter avec l'huile de vaseline, qui est une huile minérale neutre, et qui ne s'altère ni à la lumière, ni à l'air; par conséquent ne rancit pas.

Je désire seulement mettre la question correctement au point, en m'appuyant sur les travaux parus antérieurement sur le sujet; et à cet effet, je rappellerai la communication que j'avais l'honneur de faire au Congrès français d'oto-rhino-laryngologie, et à la "Canadian Medical Association", en mai 1907, où le premier, je proposais, dans l'évidement péro-mastoïdien, de remplacer le pansement sec par le pansement humide. Ma proposition était alors basée sur une série d'observations cliniques de mon service de l'Hôtel-Dieu de Montréal; et aujourd'hui j'ajouterai que l'emploi continu de cette méthode à l'huile de vaseline n'a fait que me confirmer davantage de son incontestable supériorité sur le pansement sec.

#### BIBLIOGRAPHIE

- ROY, J. N. (Montréal). — L'huile de vaseline dans le pansement de l'évidement péro-mastoïdien.  
Congrès français d'oto-rhino-laryngologie.  
Canadian Medical Association, mai, 1907.
- LUC, H. (Paris). — Application comparative des méthodes d'Eemann et de Roy chez un même malade évidé des deux oreilles.  
Société de laryngologie, d'otologie et de rhinologie de Paris, avril, 1908.
- STAURENGHI, A. (Milan). — Les méthodes d'Eemann et de Roy dans le traitement consécutif aux opérations radicales sur l'oreille.  
Congrès de la Société italienne de laryngologie, d'otologie et de rhinologie, Turin, octobre, 1908.
- Voir les bulletins de ces différentes sociétés médicales, et encore:  
L'huile de vaseline dans le pansement de l'évidement péro-mastoïdien. Roy.  
Annales des maladies de l'oreille et du larynx, Paris, décembre, 1907.  
Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie, Bordeaux, 9 novembre, 1907.

Le journal de médecine et de chirurgie, Montréal, octobre, 1907.

Vaseline oil in the dressing of the radical mastoid operation. Roy.

Montreal Medical Journal, octobre, 1907.

The Laryngoscope, St. Louis, États-Unis, février, 1908.

The Journal of Laryngology, Rhinology and Otology, Londres, Angl. Novembre, 1907.

Zur Nachbehandlung der Mastoidoperation mit Vaselineöl. Roy.

Internationales Zentralblatt für Ohrenheilkunde, Leipzig, avril, 1908.

## Ve Congrès de l'Association

### Des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord

La Reine des Cantons de l'Est, en sa riante parure estivale, nous convie à ses fêtes pour la fin d'août. En grand nombre répondons à l'appel, ne serait-ce que pour rappeler aux profanes et à nous-mêmes l'importance de notre corps médical. Quand tous les groupes professionnels jugent en effet nécessaire l'association, pour la sauvegarde de leurs communs intérêts, seuls les médecins ne doivent pas se complaire dans un isolement qui leur serait d'autant plus funeste.

Tenons à honneur le succès de notre Association et de nos Congrès. En ces assises solennelles où la médecine française d'Amérique fait périodiquement la revue de ses progrès, faisons de plus en plus larges les routes vers l'horizon, afin que sortant de l'adolescence, nous arrivions bientôt, au bénéfice de notre race, le plein épanouissement d'une science médicale de terroir, qui soit la digne rivale de celle des grands peuples.

Soyons pour notre art les pionniers que la patrie réclame dans toutes les sphères ouvertes à l'intelligence. Préparons l'avenir en ne perdant jamais l'occasion d'affirmer notre vitalité et nos aspirations. Par l'étude en commun de nos qualités et de nos défauts, établissons le principe stable qui permettra au patrimoine de grandir sous le ciel du Nouveau Monde, comme se sont développées sous le ciel des Gaules, et peut-être moins vite qu'ici, toutes les manifestations de la pensée. Tous allons à Sherbrooke jeter la semence des idées que l'expérience a muries, et le soleil de l'intelligence française qui brille au front de la race, par ses chauds rayons, en fera sortir les riches frondeaisons et les fruits abondants.

D'ailleurs, un congé de quelques jours, au milieu de paysages ravissants, en compagnie de confrères qu'on revoit après une longue séparation, ne peut que reposer l'esprit

LA MEDICATION IODOTANNEE

# Vin Bonaparte

Iodo-Quino-Tannique

Succedane de l'Huile de Foie de Morue  
Aperitif—Tonique et reconstituant par excellence**Le plus puissant des Iodo-Tanniques**Pas de contre-indications  
Pas de fatigue stomacale

Trouve son application dans les cas suivants :

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

AGENTS POUR LE CANADA

**"LE MEDECIN" LIMITEE**

25, rue Notre-Dame Est, Montreal



# BOVRIL

POUR MALADES

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

Notre préparation possède toutes les excellentes qualités du Bovril ordinaire moins l'assaisonnement.

Un échantillon vous sera expédié gratuitement sur demande.

LA COMPAGNIE BOVRIL, Limitée,

27 rue St-Pierre,

MONTREAL.

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

# SAL LITHOFOS

**Laxatif Salin Effervescent**

SAL LITHOFOS est une préparation à base de lithine et de phosphate de soude.

Il est indiqué dans le traitement de l'indigestion, de la constipation du diabète, des affections gastriques et rénales.

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

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

Cette combinaison possède des propriétés toniques, altérantes et laxatives que nulle eau minérale naturelle ne peut surpasser.

**LA COMPAGNIE CHIMIQUE WINGATE**

CHIMISTES FABRIQUANTS

545 rue Notre-Dame West

MONTREAL

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

Traitement par les

**CAPSULES DARTOIS**

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



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

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

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

Dépôtaires exclusifs pour le Canada : **ROUGIER FRÈRES, Montréal.**

**MALADIES DE LA PEAU**

Les cas les plus rebelles d'ECZEMA, PSORIASIS, DARTRES, RIFLE, DEMANGEAISONS, ULCÈRES, MAL DE BARRE, ETC., sont guéris rapidement par

**— LA POMMADE —**  
**ANTISEPTIQUE RAMEAU**

Ce remède efficace a pour base une association de produits antiseptiques puissants et inoffensifs. Les travaux d'une légion de savants ont proclamé et prouvé les succès éclatants de l'antiseptie, et les succès obtenus dans les hôpitaux démontrent tous les jours l'efficacité incontestable de cette merveilleuse méthode.

En vente dans toutes les pharmacies

Dépôtaires pour le Canada:  
**LECOURS & DECARY, — Montréal.**

Pour les États-Unis:  
**GEO. MORTIMER & CO.,**  
 247, Atlantic Avenue, — Boston, Mass.

**TABLETTES OXYMENTHOL PERRAUDIN**  
 OXYGÈNE PUR NAISSANT

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

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

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

Echantillons gratuits sur demande, adresser

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

**6 A 10 TABLETTES PAR JOUR**

TABLETTES OXYMENTHOL PERRAUDIN

Dans les **CONGESTIONS** et les **Troubles fonctionnels du FOIE**, la **DYSPEPSIE ATONIQUE**, les **FIÈVRES INTERMITTENTES**, les **CACHEXIES** d'origine paludéenne

ET CONSÉCUTIVES AU LONG SÉJOUR DANS LES PAYS CHAUDS

On prescrit dans les Hôpitaux, à Paris et à Vichy, de 50 à 100 gouttes par jour, de

**BOLDO-VERNE**

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

Dépôt : **VERNE**, Professeur à l'École de Médecine de **GRENOBLE** (France)  
 ET DANS LES PRINCIPALES PHARMACIES DE FRANCE ET DE L'ÉTRANGER.

Dépôt Général pour le **CANADA** : Pharmacie **ARTHUR DECARY**, à **Montréal.**

et des yeux des faits divers quotidiens et nous rendra plus forts pour les besognes à venir.

Inutile d'ajouter que les organisateurs n'ont rien épargné pour rendre des plus agréables le séjour des visiteurs dans leur ville. Leur seul désir est de les voir nombreux. Nous espéons que leur attente ne sera pas vaine.

Pour l'information des lecteurs, nous insérons ci-après le texte des communications officielles qu'à bien voulu nous faire parvenir le Dr Gadbois, secrétaire général du Congrès.

L. VERNER.

### Officiers généraux :

Président, Honorable P. Pelletier, Sherbrooke; 1er Vice-Président, N.-A. Dussault, Qué.; 2e Vice-Président, Honorable J. J. Guerin, Montréal; 3e Vice-Président, Joseph-E. Larochelle, Manchester, N. H.; Secrétaire-Général, F.-A. Gadbois, Sherbrooke; Trésorier, J.-O. Leduc, Sherbrooke.

Le cinquième Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord est définitivement fixé aux 23, 24 et 25 août prochain.

Les séances se tiendront au Séminaire de Sherbrooke.

Nous nous permettons d'annexer à cette circulaire un état sommaire du programme élaboré jusqu'à date, et d'y joindre aussi des bulletins d'adhésion comme membres actifs et membres participants.

Vous le constaterez, monsieur et cher confrère, en prenant connaissance du programme, le concours de médecins éminents nous est assuré pour traiter les différentes questions qui seront étudiées en séance générale. Nous avons donc raison d'entretenir les espérances les plus optimistes, et de croire que tout le succès voulu couronnera une oeuvre secondée par tant de louables efforts.

Nous ne doutons pas que tous les médecins canadiens-français auront à coeur de se joindre à nous, soit en s'inscrivant pour des communications, sur des sujets à leur choix, ou bien en nous faisant parvenir leur adhésion comme membres participants, et par là même de contribuer pour une large part à ce grand mouvement scientifique.

Recevez l'assurance que les citoyens de Sherbrooke vous offriront la plus chaleureuse hospitalité. Notre coquette petite ville, si jolie dans sa parure d'été, se fera plus belle et plus attrayante encore pour fêter dignement la présence de ses visiteurs distingués.

N'oublions pas que ces réunions, tout en contribuant fortement à la diffusion de la science, permettent en outre de resserrer des liens d'amitiés anciennes, aussi bien qu'elles nous fournissent l'occasion agréable d'en former de nouvelles.

Dans l'espoir que vous accueillerez favorablement cette circulaire, veuillez agréer, monsieur et très honoré confrère, l'expression de nos sentiments distingués.

Le Président,

Le Secrétaire Général,

Hon. P. PELLETIER

FREDERIC A. GADBOIS.

### Programme du Congrès Médical de Sherbrooke les 23, 24 et 25 août 1910

Ce Congrès sera divisé en trois sections :

1o Section médicale et annexes.

2o Section chirurgicale et annexes.

3o Section d'hygiène et d'intérêts professionnels.

Trois questions principales seront traitées dans les assemblées générales.

#### LE CANCER DE L'ESTOMAC, SON DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT.

Rapporteurs sur médecine: Docteurs Dubé et Bourgoin, Montréal.

Rapporteurs en chirurgie: Docteurs Morcier et Bouffgeois, Montréal.

#### LES INFECTIONS GASTRO-INTESTINALES:

Rapporteurs: Docteurs Rousseau et Lesclerc, Québec.

#### (a) L'ENSEIGNEMENT ACTUEL DE L'HYGIENE A L'ECOLE:

Rapporteur: Docteur Jean Décarie, Montréal.

#### (b) HYGIENE SCOLAIRE:

Rapporteur: Docteur Kennedy, Montréal.

Messieurs les docteurs Décarie et Kennedy diront leurs rapports à la séance solennelle d'ouverture, qui aura lieu le soir, devant un public mixte.

La deuxième journée du Congrès sera occupée par des rapports et la discussion des grands travaux.

La troisième et dernière journée sera consacrée, l'avant-midi, aux travaux des sections, et l'après-midi à une promenade sur le lac et aux élections.

Nota. — Depuis que la seconde circulaire est distribuée, plusieurs médecins se sont inscrits pour des travaux. Voici la liste de ceux qui, jusqu'aujourd'hui, ont promis leur concours:

#### SECTION DE CHIRURGIE:

1. a) Fracture des os de l'avant-bras par rotour de la manivelle.
- b) L'évortement à forme syncyptale. — P. A. Castonguay, Québec.
2. Oxyures vermiculaires: leur rôle dans l'appendicite. — J. E. Noël, Sherbrooke.

#### SECTION DE MEDECINE:

1. La philosophie et la physiologie de l'alimentation. — D. E. LeCavallier, Paris.
2. Aphasie de Broca. — E. P. Benoit et Willfrid Dercme, Montréal.
3. Tuberculose et aliénation mentale chez les immigrants. — J. D. Pagé, Québec.
4. a) Notes sur le rapport de la convergence et de l'accommodation.
- b) Traitement de la migraine spasmodique. — J. A. Darche, Sherbrooke.

#### SECTION D'HYGIENE:

L'aqueduc en rapport avec l'hygiène. — J. O. Camirand, Sherbrooke.

## La pathologie du gros intestin

### Le petit entero-colisme

Par MM. Malignon et Larrailliet

M. le Dr. Larrailliet décrit sous ce nom, dans sa thèse, un certain nombre de signes cliniques, peu ou pas connus, que l'on rencontre chez des malades atteints d'inflammation chronique de l'intestin. Ses observations ont surtout trait à des malades souffrant, depuis un temps plus ou moins long, d'entéro-colite muco-membraneuse : mais ce n'est pas seulement chez cette catégorie de malades qu'on les rencontre, car on les trouve dans les affections intestinales les plus variées.

Ces signes ont été décrits et mis en relief, pour la première fois, par M. le Dr. Malignon, médecin consultant à Châtel-Guyon, qui en leur donnant le nom de *petits signes de l'entéro-colisme*, a fait en quelque sorte pour le gros intestin ce que M. Dieulafoy a fait pour le rein en décrivant les *petits signes du brightisme*.

La plupart de ces signes veulent être recherchés ; il faut les provoquer par l'exploration manuelle ; mais il en est d'autres que les malades ne manifesteront que s'ils sont interrogés sur les sensations qu'ils éprouvent.

De tous les petits signes étudiés, celui que l'on a le plus souvent rencontré est celui auquel le docteur Malignon a donné le nom de "télépathie segmentaire homologue provoquée." M. Larrailliet l'appelle le "signe de Malignon." "Il se caractérise de la façon suivante : Par la pression digitale, par exemple de l'S iliaque, nous reveillons sur cette partie du tractus intestinal une certaine sensibilité, une douleur plus ou moins vive, souvent en forme de petite colique ; or, instantanément, en un point homologue ou sensiblement symétrique de la région caecale, le malade ressent une douleur identique à celle qui a été provoquée dans l'S iliaque. Cette douleur soudaine est produite *in situ*, c'est-à-dire ne s'est pas propagée le long du côlon, ou tout au moins le malade ne s'est pas rendu compte du phénomène, tant il a été rapide. C'est donc une sorte de "télépathie sans fil".

Ce signe paraît être dû à l'état spasmodique de l'intestin qui se contracte douloureusement par l'exploration manuelle de l'S iliaque.

—Un autre signe est celui qui a été décrit par M. Malignon sous le nom de *signe de la haise*. Il consiste en ce fait que certains malades "lorsqu'ils s'assoient, ressentent une douleur partant de l'anus, cheminant très rapidement le long du côlon descendant et transverse et se repercutant jusque dans la région caecale". Quelquefois, la douleur est ressentie, non dans la région caecale, mais au creux épigastrique, ou bien à l'angle colique droit. Il peut même arriver que la douleur s'arrête à l'angle colique gauche. Contrairement à la télépathie qui est soudain res-

sentie en un point homologue, cette douleur se propage le long du tractus colique. Le malade la sent nettement cheminer et indique, d'une façon précise, le point où elle cesse de se propager. Les malades, bien que se plaignant rarement de cette douleur, se rendent cependant un compte très exact de ce symptôme quand on attire sur lui leur attention. Cette douleur caecale est ressentie, soit que le malade étant dans le décubitus s'assoie sur son lit, soit qu'étant debout il s'assoie sur une chaise.

Souvent, il suffit de voir le sujet s'asseoir pour présumer qu'il présente ce symptôme. On le voit, en effet, prendre des précautions, ne pas se laisser aller brusquement sur son siège, se placer sur une seule fesse, en *porte à faux* sur le bord d'une chaise.

Ce signe peut se produire aussi lorsque les malades s'essuient l'anus, même très légèrement, après être allés à la selle.

Il s'observe surtout chez les femmes et est bien en rapport avec l'entéro-colite et non avec les ovaires malades, comme on l'a dit, puisqu'on le retrouve chez des femmes qui ont été ovariectomisées. Il semble même qu'il se rencontre de préférence chez les malades présentant une entéro-colite à localisation sigmoïdite chronique selon la dénomination que Mayor donna en 1897 de cette affection.

—Après la télépathie, le signe que l'on relève le plus souvent chez ces malades est une *impression de raideur*, mal définie d'ailleurs, mais que les malades caractérisent parfois très nettement. Cette impression de raideur ne se manifeste pas toujours de la même façon chez tous les sujets. Chez certains malades, on note une attitude un peu figée, une raideur anormale du tronc : la taille devient beaucoup plus cambrée qu'elle ne l'était auparavant. Chez d'autres, c'est une perte de la souplesse habituelle. Le malade se sent moins dégagé ; il devient *emporté* et ses mouvements ne s'exécutent pas avec la même vivacité et la même souplesse qu'autrefois. M. Larrailliet a pu constater spécialement ce phénomène chez les cavaliers qui se sentaient beaucoup moins lestes pour sauter à cheval et qui, de ce fait, étaient obligés de se servir de leurs étriers pour se mettre en selle, ce qu'ils ne faisaient pas avant leur entéro-colite. D'autres malades, au contraire, ont l'impression qu'ils se *voient*, qu'ils se *tassent* ; la marche les fatigue beaucoup plus vite qu'autrefois.

Ces symptômes sont des signes de défense, de protection inconsciente, d'un intestin qui souffre.

Une autre modalité de la façon dont se manifeste chez des malades cette "impression de raideur" consiste dans la difficulté pour se pencher en avant. Certains malades éprouvent, pour *hautonner leurs bottines* du malaise, une sorte de dyspnée ; souvent même, ils doivent s'interrompre et s'y reprendre à deux et trois fois pour tremmer l'opération. Si on dit à ces malades de ramasser un objet, au lieu de se pencher franchement en avant, de se plier véritablement en deux comme nous le faisons d'habitude, ils ont un moment d'hésitation et ont recours à des moyens détournés comme le ferait un pottique. Ils fléchissent d'abord sur une cuisse, puis sur une jambe et se penchent moins en avant que de côté.

Quelques malades ont remarqué que lorsqu'ils veulent s'étirer le matin dans leur lit les bras relevés au-dessus de la tête, les cuisses et les jambes raidies, les muscles abdominaux tendus, ce mouvement provoque chez eux une douleur et une sensation des plus désagréables.

Cette douleur en s'étirant constitue un signe d'entérocolisme remarquable.

Ces malades souffrent également des secousses du chemin de fer ou de la voiture. Ce sont, pour la plupart, des ptosiques plus ou moins accusés, mais surtout des sujets à sensibilité colique extrême.

Un signe de même nature que la douleur en s'étirant est celui indiqué par le docteur Gardette, médecin consultant à Châtel-Guyon. Il consiste dans une "sensation vertigineuse produite quand le malade s'étire dans la situation debout."

— Chez certains malades l'érythisme de l'intestin peut faire penser à une gastralgie, mais il y a chez eux spasme du colon: c'est l'intestin qui, pressé par l'estomac rempli d'aliments, manifeste sa trop grande sensibilité par de la douleur. Et ce qui le prouve, c'est qu'il suffit le plus souvent de faire allonger le malade pour voir le phénomène disparaître. D'ailleurs, cette crise de "pseudo-gastralgie", selon la dénomination du docteur Matignon, cède à mesure que se fait la digestion et que l'estomac, se vidant de son contenu, pèse de moins en moins sur le colon.

— Un autre signe est tiré de ce fait que chez quelques-uns des malades le "café était très mal supporté". Certains même l'avaient supprimé d'eux-mêmes, à cause des troubles intestinaux que provoquait son absorption. Chez certains, il donne, une demi-heure ou trois quarts d'heure après son ingestion des coliques parfois très violentes, suivies d'un besoin impérieux d'aller à la selle. Les matières partent en fusant, mêlées de gaz, bilieuses, spumeuses, odorantes, parfois glaireuses et même légèrement teintées de sang. La cause de ces phénomènes est probablement due aux essences de café qui agissent par excitation réflexe d'un intestin trop sensible.

— On peut rencontrer aussi dans l'entéro-colite, ainsi que M. Lœper l'a signalé, la fausse angine de poitrine.

— A signaler encore dans les petits signes de l'entérocolisme, les troubles trophiques des ongles. C'est une manifestation secondaire d'entéro-colite intéressante à noter. On note chez ces malades tantôt de la sécheresse de l'ongle, qui est cassant, tantôt un état de mollesse particulier: dans ce cas, l'ongle est excessivement souple et malléable comme un morceau de caoutchouc.

D'autres fois, on constate de petites striations ou un aspect pointillé à la base, ou bien de petites dépressions.

— Un autre fait curieux est celui qui se produit souvent au saut du lit. D'après Matignon, il se caractérise par un besoin ou un faux besoin d'aller à la selle quand le sujet passe de la position horizontale à la station verticale, en sautant à terre du lit, par exemple.

Ce symptôme qui n'est jamais très gênant, s'amende le plus ordinairement en même temps que sous l'action du

traitement se modifie l'état intestinal. Il s'amende également sous l'action des antispasmodiques.

M. Matignon a encore attiré l'attention sur un symptôme consistant dans le retour périodique, à heure presque fixe, surtout pendant la nuit, d'une douleur, une colique plus ou moins vive siégeant de préférence à la région coccygale et qui réveille le malade. Celui-ci sent alors ou des contractions ou un spasme qui produit une pseudo-tumeur, laquelle persiste un temps variable ou cède sous l'action d'un massage léger. M. Matignon appelle ce symptôme "intestin réveil-matin", à cause de la ponctualité du retour des phénomènes, sinon toujours douloureux, au moins gênants et désagréables.

— Un dernier petit signe de l'entéro-colisme est tiré d'un symptôme tout à fait particulier: la rupture de l'équilibre intestinal chez les entéro-colites du fait d'excitations génésiques ou de rapports génitaux. M. Matignon, qui a décrit le premier ce symptôme, en a rapporté plusieurs observations caractéristiques dans son travail sur l'"Entérocolisme".

Il a été observé surtout chez des coloniaux qui ont remarqué que, chaque fois qu'ils avaient des rapports conjugaux, ils avaient le lendemain une recrudescence d'intensité avec coliques et diarrhée.

On le voit, tous ces signes présentent et certain intérêt clinique; ils sont loin d'ailleurs d'avoir tous la même valeur.

Il résulte en effet d'une statistique faite avec M. le Dr Matignon, et qui porte sur plusieurs centaines d'observations prises à Châtel-Guyon, que les signes les plus souvent observés sont, par ordre de fréquence, la "télépathie", l'"impression de raideur", le "signe de la chaise".

## Thérapeutique appliquée

### LA DYSPNÉE DES TUBERCULEUX.

#### Clinique de M. le Dr Albert Robin

Dans la dyspnée du tuberculeux, il convient de connaître les palliatifs qui soulagent et les conditions morbides qui les réclament.

Énumérons d'abord les palliatifs. Ils sont nombreux, mais le médecin, doit pouvoir ordonner des médicaments divers. L'impatience du malade les exige.

Ce sont l'oxycamphre (solution alcool à 50 p.c. V à XX gouttes par dose dans un peu d'eau sucrée, à répéter plusieurs fois si nécessaire (5 à 10 fois). Le validol (valériamats de Menthol) X gouttes sur un morceau de sucre à répéter plusieurs fois.

La liqueur ammoniacale anisée (V à X gouttes par dose, et 4 fois au-dessus dans les 24 heures) dans un peu d'eau sucrée.

L'éther sulfurique inférieur à l'éther acétique; ce dernier s'ordonne à la dose de XXX gouttes en potion de 120 grammes. A prendre par cuillerée à dessert.

Le carbonate d'ammoniac qui est prescrit dans la vieille potion de Van Swieten.

Carbonate d'ammoniac: 5 grammes; sirop diacode: 20 grammes; eau distillée: 250 grammes. Par cuillerées à dessert toutes les 10 minutes.

L'élisir pectoral: XXX gouttes 5 à six fois par jour dans un peu d'eau.

Le chlorhydrate d'héroïne: injections hypodermiques de 3 à 5 milligrammes, 2 à 3 fois par jour.

La teinture d'euphorbia pilulifera: X gouttes dans un peu d'eau XL gouttes par jour.

Ajoutons l'iodure d'amygde en inhalations, les inhalations d'oxygène, les enveloppements froids du thorax entourés de tablettes gommées.

Les dyspnées se verront opposer l'un ou l'autre de ces palliatifs au hasard des conditions morbides en jeu.

De plus, des traitements spéciaux viseront chaque cause de dyspnée. Des inhalations emollientes et chaudes calmeront la dyspnée de la phthisie laryngée, laquelle est du reste exceptionnelle. Une ponction soulagera la dyspnée de la pleurésie ou de l'hémithorax. L'adenopathie trachéo-bronchique verra sa dyspnée et sa toux coqueluchoïde céder sous l'effet de la révulsion et des arsenicaux à haute dose: 5 à 10 milligrammes d'acide arsénieux par 24 heures; des antispasmodiques tels que l'orthoformiate d'éthyle: XXX à XL gouttes seront prescrites en même temps. Contre la phthisie asthmatique réussit l'iodure de potassium associé au bicarbonate de soude.

Iodure de potassium: 10 à 15 grammes; Bicarbonate de soude: 30 grammes; eau distillée: 300 grammes. 2 cuillerées à potage par jour au moment des repas.

Des suppositoires avec 0 gr. 10 de poudre d'opium seront utilisés pour la nuit. La bronchite aiguë chez les tuberculeux se trouvera bien de l'ipéca sous forme de poudre de Dover:

Poudre de Dover: 0 gr. 40. P. 1 cachet. — A prendre au coucher.

Ou:

Baume de tolu, poudre de Dover, gomme adragante: 0 gr. 05. P. 1 pastille. — 5 à 10 dans les 24 heures.

On peut encore prescrire l'oxyde blanc d'antimoine à hautes doses:

Oxyde blanc d'antimoine: 4 grammes; looch blanc: 150 grammes. A prendre par cuillerées dans les 24 heures.

En cas de sécrétion filante et adhérente, ipéca en manière de vomitif:

Ipéca pulvérisé: 1 gr. 50. En 3 paquets. — Un paquet tous les quart d'heure dans un peu d'eau tiède jusqu'à vomissements.

Dans la phthisie aiguë granuleuse, la dyspnée peut faire défaut ou apparaître tardive. De la révulsion sous forme de larges vésicatoires sur le thorax permettra une respiration meilleure. Peu de ressources dans la phthisie aiguë suffocante avec cyanose; dans un cas, M. Robin a obtenu

un léger soulagement avec une injection rectale de sérum de Marmorek. Un autre malade a été soulagé par des émissions sanguines (ventouses scarifiées), un troisième par des injections sous-cutanées de sulfate de strychnine: 3 milligrammes.

La tuberculose compliquée de broncho-pneumonie accepte les cachets de pyramidon (0 gr. 30) suivis un quart d'heure après d'un cachet de quinine (chlorhydrate de quinine, 0 gr. 60). On peut injecter tous les jours des ferments métalliques (10 cc.). La dyspnée diminue, la tuberculose n'est point modifiée. La pneumonie caséuse résiste à toutes les médications. La révulsion, le sérum de Marmorek semblent parfois amener de la sédation. On est mieux armé contre les poussées congestives dans la tuberculose pulmonaire.

Poudre de feuilles de digitale, poudre d'ipéca, poudre de scille: 0 gr. 05. P. 1 pilule. — 2 à 4 dans les 24 heures, 5 à 6 jours de suite.

Des ventouses scarifiées seront en plus appliquées au niveau des points congestifs.

La dyspnée peut provenir de la tuberculose, d'autres organes ou de causes extra-thoraciques: péritonite tuberculeuse (dyspnée calmée par une compression méthodique du ventre, laquelle diminue la douleur); méningite tuberculeuse bulbaire où la dyspnée peut atteindre 90 respirations par minute.

Les dyspnées névropathiques, fonction de l'émotivité du sujet se trouveront bien du repos au lit et des sédatifs nerveux.

Bromure de potassium, eau de laurier-cerise: 10 grammes; sirop d'éther: 30 grammes; hydrolat valériane: 120 grammes. 2 à 3 cuillerées à soupe par jour.

Les dyspnées douloureuses sont dues à la pleurodynie, à une arthrite chondro-costale, costo-vertébrale ou à une névralgie intercostale.

Contre la pleurodynie cachets:

Pyramidon: 20 centigr.; aspirine: 50 centigr.; salicyrine: 40 centigr.; caféine: 5 centigr. Pour 1 cachet. — 2 par jour.

Si nécessaire, en plus une injection locale de 3 à 4 milligr. de morphine.

Contre l'arthrite chondro-costale ou costo-vertébrale, immobilisation du thorax.

Contre les névralgies intercostales: injections quotidiennes sous-cutanées aux points douloureux, de glycérophosphate de soude (0 gr. 25) ou une pilule de Méglin:

Oxyde de zinc: 10 centigr.; extrait de jusquiame: 1 centigr.; extrait de valériane: 10 centigr. Pour 1 pilule.

Aux dyspnées d'origine stomacale sera opposée la médication antidyspeptique requise. Dans l'hypersthénie gastrique:

Chlorhydrate de morphine: 0 gr. 02; eau distillée, 100 grammes. 2 à 3 cuillerées à café avant les repas.

En cas de manque d'appétit avec pesanteurs: X à XV gouttes de teinture de noix vomique avant le repas.

S'il existe de l'aérophagie: 8 gouttes de teintures de

fèves de Saint-Ignace, après les repas, dans une cuillerée d'eau.

Les dyspnées cardiaques dépendent d'une péricardite, d'une myocardite, ou d'une insuffisance tricuspidienne, cette dernière observée dans les phthisies fibreuses. Le traitement est causal.

## Neurologie

### Traitement de la paralysie générale

Il n'existe pas de traitement curatif de la paralysie générale, on se trouve donc réduit à instituer seulement un traitement symptomatique. S'il est encore des partisans du traitement mercuriel, c'est tant pis pour les malades. A. Joffroy et Mignot (*La Paralysie générale*, Doin, 1910) considèrent cette médication non seulement comme inutile, mais aussi comme très dangereuse. Elle provoque une évolution subaiguë de la maladie. "Que de fois, disent-ils, nous avons vu la suppression de cette médication suffire pour faire disparaître les accidents bruyants qui avaient nécessité l'internement." L'influence néfaste du traitement mercuriel est telle que, même en présence de manifestations syphilitiques tertiaires, il convient de se montrer prudent.

L'atoxyl, d'après Joffroy et Mignot, possède les mêmes inconvénients que le mercure: il aggrave. A côté du mercure et de l'atoxyl, il faut rejeter aussi l'emploi de douches froides. L'eau froide est dangereuse et facilite l'apparition des accidents congestifs.

Il convient de réduire la thérapeutique de la paralysie générale à la fois à des mesures hygiéniques et prophylactiques.

*Mesures hygiéniques.*—Celles-ci sont importantes; elles doivent chercher à mettre à l'abri des causes de méningo-encéphalite et de complications. Ces complications ont comme point de départ le mauvais état du tube digestif. Le régime sera sévère: pas d'alcool, de café et de tout autre excitant, et comme aliments: le lait, les œufs, les légumes, les fruits cuits.

Les aliments seront hachés menus de façon à empêcher les mauvaises digestions et l'obstruction des voies aériennes. La nourriture doit être abondante; c'est la seule manière de lutter contre la dénutrition. Le fonctionnement du gros intestin sera surveillé; l'usage fréquent des purgatifs légers est de bonne pratique. Pour l'hygiène de la peau, même en l'absence de toute indication spéciale (agitation ou insomnie), on donnera des bains quotidiens. La moindre excoriation sera soigneusement isolée et pansée; mais à la période ultime, malgré des soins minutieux, des aschères, des abcès et des lymphangites se produisent et résistent au traitement.

Les précautions hygiéniques relatives au système ner-

veux sont d'une application souvent très difficile. Ces malades cessent tout travail, lors même qu'ils sont encore capables de rendre service. Ils abandonneront toutes les distractions nécessitant un effort d'attention et tous les sports ou jeux fatigants ou dangereux. Il faut chercher à réaliser des conditions d'existence qui les rapprochent de la vie végétative. Le calme, l'inertie même, qui leur sont nécessaires, ne peuvent que rarement être obtenus dans le milieu ordinaire; aussi au seul point de vue du traitement, est-on amené à conseiller le placement dans une maison de santé.

*Mesures prophylactiques.*—Le paralytique général, malgré sa réputation de bienveillance, est un aliéné des plus dangereux, et alors même qu'il est incapable d'exercer des violences matérielles, il est toujours nuisible au point de vue familial et social. D'autre part, il est exceptionnel que ces malades trouvent chez eux l'hygiène, la surveillance et les soins que comporte leur état; les laisser en liberté, c'est précipiter la marche de leur affection et c'est faciliter l'apparition des complications. Ainsi Joffroy et Mignot n'hésitent pas à recommander l'internement dès que la maladie est reconnue.

Ce sont seulement les malades fortunés qu'on conservera dans l'isolement à la campagne sous une surveillance médicale. En règle générale, la séparation du milieu familial s'impose, et pour la très grande majorité des paralytiques généraux, le placement dans un asile constitue la solution la plus juste et la plus efficace. Seul l'internement les empêche de se livrer à des violences irréparables, à des actes délictueux ou criminels. D'autre part, l'internement permet de prendre plus facilement des mesures judiciaires et administratives qui remettent en des mains plus aptes à la direction de la famille, les gérances de la fortune et des biens.

Il convient donc de protéger l'entourage du malade contre celui-ci; alors même que le paralytique général n'est pas encore dangereux d'une manière manifeste, il fait vivre les siens dans un état d'anxiété.

Pour ces considérations il faut donc proposer sans hésitation l'internement des paralytiques généraux atteints de troubles mentaux.

À l'asile le paralytique général se comporte comme un malade docile et satisfait, une fois passés les accidents aigus. Néanmoins certains nécessitent une surveillance spéciale en raison de leur tendance agressive, de leurs idées d'évasion ou de suicide.

Lorsque le paralytique est parvenu à la dernière période, lorsqu'il est confiné au lit par l'impotence musculaire et qu'il est réduit à la vie végétative, on peut alors le rendre à sa famille.

*Traitement symptomatique. Agitation.*—Le séjour au lit s'impose. S'ils se découvrent, on les revêt du maillot de Magnan. L'emploi des liens du maillot n'est indiqué que d'une manière extrêmement exceptionnelle, en cas de tentatives d'auto-mutilations par exemple.

Dans l'agitation moyenne, les bains prolongés de 3 à 4 heures de durée et à une température de 25°-36°, les com-



pressés froids sur la tête sont fréquemment couronnées de succès. L'insomnie sera combattue par des hypnotiques; le mélange de bromure et de chloral à doses suffisantes, 3 à 5 grammes de chaque, est un médicament bien toléré, efficace et non dangereux. Le véronal agit bien dans l'insomnie sans agitations. Chez certains paralytiques généraux encore conscients et animés d'intentions dangereuses, la morphine à petite dose peut être utile; il est facile de la mêler aux aliments à l'insu des malades.

**Dépression.**—Séjour au lit. Alimentation suffisante ou besoin à la sonde œsophagienne si la nourriture est refusée plus de 24 heures.

Les boissons légèrement alcoolisées, le quinquina, la noix vomique et les amers peuvent être conseillés.

On donnera également des bains tièdes et de courte durée.

**Ictus.**—En cas d'ictus, il est d'usage de faire de la révulsion aux membres inférieurs, d'administrer un lavement purgatif et de poser des sangsues aux mastoïdes. Joffroy et Mignot recommandent l'ergotine en injections sous-cutanées. On surveillera l'état de la vessie de façon à éviter la distension vésicale et l'infection urinaire, et l'état du tube digestif (purgatifs, laxatifs).

**Période terminale.**—Séjour au lit, mesures hygiéniques, soins de propreté, constituent tout le traitement. L'alimentation sera soigneusement poursuivie.

Hessinger, (in *Ann. des Praticiens*).

## Pédiatrie

### L'anaphylaxie en clinique infantile

Par le Dr. E. Lesné.

En 1902 Ch. Richet attira l'attention sur un phénomène qu'il appela *anaphylaxie* (contraire de la protection ou de la prophylaxie). Voici son expérience capitale: un chien reçoit en injection intraveineuse une dose de congestine, poison retiré des tentacules d'actinies, de 0 gr. 05 c. par kilogr. Cet animal présente des symptômes d'intoxication qui persistent 2 à 3 jours, caractérisés par de la diarrhée avec ténesme, de l'hypothermie, de l'affaiblissement, de l'amaigrissement. Au bout de 10 à 12 jours l'animal se remet, et après un mois on ne peut le distinguer d'un chien normal.

Si un mois après la première injection, on lui fait dans les veines une nouvelle inoculation de congestine de 0m 0025 par kil., c'est-à-dire d'une dose 20 fois plus faible que la première, voici ce que l'on constate: immédiatement après l'injection, le chien est pris de vomissements répétés, parfois sanguinolents, et de diarrhée sanguinolente profuse. Il

a du prurit, de la dyspnée violente; la pression artérielle s'abaisse, puis apparaît une paralysie motrice complète, accompagnée d'anesthésie. Le chien succombe parfois à cette intoxication foudroyante; il succombe toujours si la dose de congestine a été de 0 gr. 01 cg. par kilogr. Or, cette dose ne provoque presque aucun symptôme chez un animal neuf.

La première injection a donc sensibilisé l'animal. Cet état contraire à la prophylaxie est l'état d'anaphylaxie.

Ch. Richet obtint les mêmes résultats avec un poison extrait des moules: la mytilocongestine.

Arthus en 1903 démontra que les albumines même non toxiques étaient capables de produire l'anaphylaxie, et en effet on créa l'état d'anaphylaxie avec le sérum du sang (Arthus, Roseneau et Anderson, Besredka, Gay et Soutiard), le lait (Arthus, Roseneau et Anderson, Besredka), l'ovalbumine (Vaughan et Wheeler, Lesné et Dreyfus), la papaine (Pozerski), l'extrait de petits pois (Roseneau et Anderson), l'extrait de lentilles (Rambitschek), les extraits d'organes (Wolf-Eisner, Krauss, Doerr et Soha), la peptone (Roseneau et Anderson).

L'état d'anaphylaxie fut aussi réalisé avec les toxines bactériennes (Roseneau et Anderson, Wolf-Eisner, Kraus et Doerr). En résumé, tout ce qui est albumose, et tout ce qui s'en rapproche par sa constitution, semble capable de provoquer un état d'anaphylaxie avec des variantes dans l'intensité des effets produits, suivant que les injections anaphylactisantes et d'épreuve sont pratiquées sous la peau, dans les veines, dans le péritoine ou dans le cerveau.

Mais bien plus, Roseneau et Anderson sont parvenus à sensibiliser des cobayes par la voie intestinale; nourris avec de la viande de cheval, ou traités par du sérum de cheval introduit par la sonde dans l'estomac, ces animaux deviennent hypersensibles au sérum de cheval, résultats confirmés par Clintoek et King, qui insistent sur la nécessité de répéter la sensibilisation pour obtenir de bons effets. On peut anaphylactiser de cette manière des cobayes avec de la viande de boeuf contre le sérum de boeuf. Nobécourt a anaphylactisé par voie rectale des lapins contre l'ovalbumine.

Mais l'anaphylaxie ne possède pas un domaine exclusivement expérimental; et les faits cliniques qui s'y rapportent sont aujourd'hui très nombreux.

La maladie du sérum, les réactions des tuberculeux à la tuberculine, les accidents qui accompagnent la ponction du kyste hydatique quand le liquide pénètre dans le péritoine, ressemblent à l'anaphylaxie; ce sont là des faits maintenant classés et bien étudiés.

Ce qui paraît moins connu, ce sont les phénomènes d'hypersensibilité secondaires à l'ingestion de certaines albumines, autrefois rapportés à des idiosyncrasies, et qui peuvent être rapprochés des faits d'anaphylaxie expérimentale réalisés en utilisant la voie digestive.

L'observation suivante est un type d'anaphylaxie à l'ovalbumine.

Il s'agit d'une fillette de 8 ans, bien développée, qui a été élevée au sein dans d'excellentes conditions hygiéniques, puis a été alimentée normalement après le sevrage. Elle

supporta fort bien un œuf par jour jusqu'à l'âge de 7 ans; cependant, de temps à autre, elle avait de l'urticaire et de l'œdème unilatéral des paupières ou de la face. Il y a un an, sans raison, cette enfant est prise, au début du repas du lundi, de douleurs abdominales intenses; elle pâlit, quitte la table, se roule à terre, et a une diarrhée abondante, puis les douleurs disparaissent, et elle peut continuer son repas. Les mêmes phénomènes douloureux se reproduisent au même moment, le jour suivant. On supprime de l'alimentation la viande, le vin, et en présence de la persistance des accidents, j'inocrimine l'œuf pris tous les jours au repas de midi et qui cependant était choisi particulièrement frais pour l'enfant. Il s'agissait bien d'un cas d'intolérance pour l'œuf, car les accidents éclataient dès l'ingestion d'une petite quantité de l'aliment, et du jour où il fut supprimé, les douleurs disparurent subitement; la digestion redevenit normale; les garde-robes perdirent leur fétidité.

Tout se passa fort bien pendant 4 mois, jusqu'en juin dernier, époque à laquelle la mère eut l'idée malheureuse de donner à cet enfant un peu d'entremets dans la composition duquel entraient une petite quantité d'œuf. Immédiatement après l'ingestion de la première cuillerée de cet aliment, l'enfant est prise de douleurs abdominales intolérables et de vomissements incoercibles, d'abord alimentaires, puis bilieux.

L'intolérance stomacale est absolue, et pendant 48 heures l'enfant vomit même l'eau glacée prise par cuillères à café. La langue est rouge et sèche.

Le faciès devient rapidement cholériforme, l'amaigrissement est considérable, la faiblesse extrême; la température rectale varie entre 36-2 et 36-5; les extrémités sont froides et cyanosées, le pouls est à 140 et hypotendu. Les urines sont rares, renferment de l'acétone, et une petite quantité d'albumine. Après une période de diarrhée, la constipation devient opiniâtre; le foie est hypertrophié; le ventre est déprimé en bateau et n'est douloureux en aucun point, ce qui, joint au toucher rectal, permet d'éliminer le diagnostic d'appendicite. L'examen des autres appareils ne révèle rien d'anormal. Ces accidents dramatiques sont traités par les enveloppements humides chauds, les injections de sérum artificiel, les lavages d'estomac et d'intestin et la diète absolue. Après trois jours d'inquiétude, l'intolérance gastrique cède enfin, et l'on peut reprendre l'alimentation avec l'eau, le bouillon de légumes et les féculents. Les symptômes généraux s'amendent peu à peu; la température redevient normale, les fonctions intestinales reprennent leur cours, et en une quinzaine de jours l'enfant est rétablie. Elle peut aujourd'hui s'alimenter de légumes, de pâtes, de fruits et d'un peu de viande; mais elle n'a pas repris d'œufs depuis 6 mois.

Si l'on veut bien faire l'analyse de cette observation résumée on verra qu'avant le début des grands accidents, cette enfant présentait déjà quelques troubles d'intolérance pour les œufs se manifestant par de l'urticaire, des œdèmes localisés, des troubles digestifs; puis apparurent les accidents aigus d'abord uniquement douloureux et enfin les symptômes généraux. Il s'agit bien là d'un cas d'anaphy-

laxie pour les œufs, et en effet on y trouve tous les caractères d'une expérience:

Longue durée de l'hypersensibilité (4 mois);

Apparition rapide, explosive, des phénomènes toxiques;

Dose minime de substance albuminoïde ingérée, provoquant les accidents;

Abaissement de la pression artérielle au moment des accidents.

Les phénomènes d'anaphylaxie provoqués par l'ingestion d'ovalbumine ne revêtent pas souvent ce caractère d'exceptionnelle gravité.

Ce qu'on observe en général, ce sont ces troubles de dyspepsie gastro-intestinale (langue saburrale, haleine fétide, pesanteur au niveau de l'estomac, ballonnement du ventre, constipation ou diarrhée avec selles fétides, urticaire), qui cèdent plus ou moins rapidement quand on supprime l'œuf de l'alimentation. Dans certains cas le lait peut provoquer des accidents comparables.

Il n'est pas rare de constater chez des nourrissons de l'intolérance pour le lait de vache. Il est des enfants élevés au biberon qui ont bien supporté le lait pendant un certain temps, puis un beau jour l'intolérance apparaît, et alors la moindre prise de lait s'accompagne de vomissements, de diarrhée, de fièvre ou d'hypothermie, de phénomènes de collapsus parfois mortels. Le professeur Hutinel a récemment rattaché ces accidents à l'anaphylaxie. Les symptômes graves sont généralement précédés de quelques troubles dyspeptiques et d'éruptions telles que eczéma, urticaire, strophulus. Cette anaphylaxie lactique est fort souvent combattue avec succès en substituant au lait le babeurre ou le petit-lait. Or, Besredka a montré chez le cobaye que le petit-lait ne possède pas de propriétés anaphylactisantes, mais qu'il vaccine contre les accidents d'anaphylaxie lactique.

Ressortissent encore à l'anaphylaxie les accidents qui suivent l'ingestion de fraises et surtout de moules et d'huîtres. Dans ce dernier cas, il est entendu qu'il faut scinder les faits observés et éliminer l'intoxication produite par des coquillages qui ne sont pas frais, et les exemples multiples d'infection typhoïde ou paratyphoïde qui succèdent à l'ingestion de mollusque vecteurs de germes. Hormis ces cas, il n'est pas exceptionnel de constater le fait suivant d'individus mangeant des coquillages frais et de bonne qualité, qui sont pris subitement de douleurs abdominales, de vomissements, de diarrhée, d'urticaire. Dans une famille où tous ont mangé le même mets, ce sont invariablement les mêmes sujets qui présentent ces accidents; comme ils sont prévenus de leur susceptibilité spéciale par une atteinte antérieure, c'est souvent après l'ingestion d'une très petite quantité de coquillages qu'apparaissent subitement ces accidents. On disait autrefois qu'il présentaient une idiosyncrasie; on admet maintenant qu'ils sont sensibilisés; ce sont là des phénomènes d'anaphylaxie.

Il est fort possible que certaines intoxications par des champignons non vénéreux ressortissent encore à cette pathogénie.

En résumé, s'il est difficile d'anaphylactiner des animaux par la voie digestive, cela est cependant réalisable;

et ces expériences positives éclairent certains problèmes cliniques dont l'interprétation était indéterminée.

Les accidents d'anaphylaxie se produisent, en clinique, toujours à la suite d'ingestion de substances albuminoïdes, celles-là même qui servent expérimentalement chez les animaux.

Tous les sujets ne sont pas atteints; il faut donc admettre une prédisposition qui réside dans une altération plus ou moins profonde de la muqueuse digestive, laquelle n'arrête pas ou ne modifie pas le sensibilité de l'oeuf, du lait, etc.

Cliniquement l'anaphylaxie par ingestion se manifeste sous des aspects suivants. *Phénomènes* d'intoxication légère, troubles digestifs, urticaire, strophulus, œdèmes, localisés se rapprochant de la maladie de Quincke que nous avons considérée avec Dreyfus de l'anaphylaxie.

*Phénomènes* d'intoxication foudroyante: douleurs abdominales; vomissements avec constipation ou diarrhée; syndrome cholériforme avec fièvre ou plus souvent hypothermie; diminution de la pression artérielle et collapsus parfois mortel.

Cette dernière forme se rapproche beaucoup de l'affection connue sous le nom de *vomissements cycliques ou périodique de l'enfance*, affection qui dans un grand nombre de cas nous semble devoir être rattachée à l'anaphylaxie. La substance ingérée à incriminer n'est pas toujours l'oeuf ou le lait; mais on sait qu'expérimentalement on a pu réaliser l'anaphylaxie avec la peptone et même les albumines végétales. L'anaphylaxie a donc en clinique une place importante; elle permet d'interpréter un certain nombre de phénomènes intéressants par leur fréquence et parfois leur gravité; ici encore la pathologie expérimentale a été, pour le médecin, un précieux adjutant.

## NOTES THERAPEUTIQUES

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

### LE REGIME DECHLORURE ASSOCIE AU BROMURE DANS LE TRAITEMENT DE L'EPILEPSIE.

Dans ce régime, la déchloruration n'est jamais complète, car elle ne s'applique qu'à la ration de luxe: la ration d'entretien organique, à peu près de 2 à 3 grammes par jour, subsiste. Il est vrai que cette ration de luxe doit être absolument supprimée (pain sans sel ou pain bromuré): il existe du reste des observations semblant prouver que la diminution du sel à elle seule suffit pour provoquer une atténuation des crises, mais on n'observe jamais le fait chez des sujets n'ayant jamais pris de bromure. La déchloruration facilite uniquement la fixation du bromure dans les tissus.

La dose de 4 grammes ne doit jamais être dépassée: il y a du reste avantage à s'en tenir à la dose justement suffisante pour éviter les crises. On peut même diminuer celle-ci ou même la supprimer pendant quelque temps, quelques jours au maximum.

La méthode de Toulouse-Richet donne de bons résultats non seulement dans le traitement de l'épilepsie essentielle (en réalité elle n'est jamais essentielle, car elle est toujours liée à des lésions cérébrales), mais encore dans le traitement de l'épilepsie symptomatique, causée par une lésion cérébrale en foyer, voire même dans certains cas d'épilepsie jacksonienne.

L'auteur pourrait citer des observations d'épileptiques suivis pendant plusieurs années, et qui n'ont pas eu de

crise tant qu'ils ont suivi fidèlement la méthode et dont les crises ne sont revenues que par intermittences, à des périodes pendant lesquelles les malades ont dû interrompre le traitement. On ne peut affirmer que la méthode soit infailible: il y a lieu, en effet, de distinguer parmi les épileptiques ceux dont les crises sont espacées, et ceux dont les crises sont très fréquentes, quotidiennes en même temps que très violentes. Chez les premiers, la disparition complète des crises sera plus facilement obtenue: chez les autres, à défaut d'un succès aussi parfait, on pourra obtenir une amélioration notable portant à la fois sur le nombre et l'intensité des crises.

Dit André Thomas (in Rev. des mal. de la nutrition mars 10)

### SUR LE TRAITEMENT ARSENICAL DES MALADIES ORGANIQUES DU SYSTEME NERVEUX.

Depuis 1904, Hans Willige a étudié le traitement arsenical d'abord dans les maladies fonctionnelles du système nerveux, en premier, dans les neurasthénies vraies d'origine anémique où il a constaté de bons résultats, tandis que l'arsenic n'exerce aucune action notable chez les névropathes et les hystériques. L'auteur se sert de la formule suivante:

Il commence par 4 divisions de la seringue de Pravaz, en augmentant tous les jours d'une division jusqu'à 20 et reste à cette dose pendant quatorze jours, puis revient à 4.

Il procède parfois de la même manière avec une solution à 5 p. 100.

L'auteur s'est servi aussi d'une solution d'acide arsénical à 1 p. 100, en injections sous-cutanées, en commençant par 1 milligr. par jour, en augmentant de 1 milligr. tous les trois jours jusqu'à 7 milligr., quelquefois 10, restant à cette dose trois à huit jours, puis redescendant à 0. Le traitement n'est recommencé qu'au bout de quatorze jours.

Dans la sclérose en plaques il a obtenu par ce dernier traitement des améliorations subjectives très importantes, avec des augmentations considérables de poids; d'autres cas ont été très améliorés au point de vue fonctionnel et quelquefois même certains symptômes objectifs ont disparu. Les résultats sont surtout très bons dans la sclérose en plaque non compliquée, dont le principal symptôme consiste dans le trouble des fonctionnements des membres inférieurs tandis que les formes accompagnées d'affection oculaire avancée présentent peu de chance d'amélioration.

Cinq cas de polynévrite ont été soumis au traitement arsénical. Deux cas légers ont été considérablement améliorés. Des trois autres, un cas de polynévrite légère consécutive à la diphtérie a été guéri, un autre est en voie d'amélioration, le troisième était un cas particulièrement grave avec phénomènes de collapsus cardiaque. Comme les phénomènes paralytiques ne se modifiaient pas, le malade fut soumis aux injections arsenicales à l'exclusion de tout autre traitement. Quelques semaines après il se produisait dans les mouvements une amélioration qui a été dans la suite jusqu'à la guérison.

Par contre, le traitement arsénical a été sans influence sur la paralysie spinale spasmodique, la paralysie agitante, l'ataxie de Friedreich, la pseudo-paralysie bulbaire, l'hémiplégie.

(Munch Med. Woch. 1910).

★

#### TRAITEMENT DE L'ONGLE INCARNE PAR LE CHLORURE DE FER.

Les Archives de médecine militaire (no 9) donnent le procédé du Dr Lehmann, qui donnait d'excellents résultats dans l'armée allemande.

Pour expliquer la formation de l'ongle incarné, on admet aujourd'hui que ce sont les parties molles repoussées vers le bord unguéal qui deviennent le siège de la lésion: l'ongle lui-même ne joue qu'un rôle passif.

Dans l'armée, cette affection est la cause de nombreuses indisponibilités. Les traitements généralement employés donnent des résultats parfois incomplets, et l'on est, en fin de compte, obligé d'opérer, ce qui exige l'hospitalisation avec des soins consécutifs plus ou moins longs, sans exclure toute chance de récurrence.

Lehman recommande une méthode simple, toujours efficace entre ses mains, et rapide si elle est soigneusement exécutée: quatorze jours d'un traitement ambulatoire y suffiraient. Mais il faut avant tout recommander au malade de porter des chaussures larges et de tailler conven-

nablement l'ongle: les angles latéraux de son rebord antérieur doivent dépasser légèrement la pulpe de l'orteil.

La méthode, préconisée par l'auteur, est celle du professeur Rehm: elle date de quinze ans. Voici en quoi elle consiste: on trempa un petit tampon d'ouate, monté sur un morceau de bois, dans une solution diluée de chlorure de fer, pour en imbiber aussi bien les parties molles enflammées que le bord incarné de l'ongle. Il faut que le tampon pénètre aussi profondément que possible et que le chlorure agisse pendant un certain temps; c'est là une recommandation d'autant plus importante que l'opération n'est nullement douloureuse. Point n'est besoin de laisser un tampon à demeure. On recommence de vingt-quatre en vingt-quatre heures. De la sorte, le chlorure de fer dessèche rapidement les bourgeons charnus et les racornit; en même temps, l'ongle devient tendre, la douleur disparaît.

Dans les cas légers, la guérison est rapide: les processus phlegmoneux eux-mêmes disparaissent sûrement. Un repos au lit de quelques jours ne s'impose que lorsqu'il existe des phénomènes inflammatoires accentués.

+

#### TRAITEMENT DE L'INTOXICATION PAR LE GAZ D'ÉCLAIRAGE.

M. Albert Robin, dans les cas d'intoxication par le gaz d'éclairage, recommande la thérapeutique suivante:

- 1o On éloignera le malade du milieu délétère;
- 2o On assoiera le patient, afin de diminuer la congestion encéphalique et on l'aspergera d'eau froide;
- 3o On frictionnera énergiquement les membres inférieurs. On pratiquera, le cas échéant, la respiration artificielle et les tractions rythmées de la langue (procédé de Lalborde);
- 4o On fera, le plus rapidement possible, une saignée de 4 à 500 grammes;
- 5o On posera, aussitôt après la phlébotomie, des ventouses à la base des poumons et sur les parties latérales et postérieures du cou;
- 6o On ordonnera des inhalations abondantes et prolongées d'oxygène;
- 7o On administrera le lavement purgatif du Codex: Sulfate de soude, àà 15 grammes. Séné, àà 15 grammes. Eau, 500 grammes.
- 8o On aura recours, si le traitement échoue, à la transfusion du sang, ou à l'injection intraveineuse de 500 grammes de sérum physiologique;
- 9o Lorsque tout danger sera écarté, on combattra les accidents consécutifs à l'intoxication. On calmera les névralgies par les opiacés, sous forme d'injections de morphine, d'extrait thébaïque ou de suppositoires contenant 10 ou 15 grammes de poudre d'opium brut. On proscriera le pyramidon, l'antiyryne, la phénacétine, etc., car ces médicaments exercent une action toxique sur les globules rouges. On remédiera aux paralysies par l'électricité et le massage. On recommandera, contre l'anémie, les ferrugineux (fer réduit par l'hydrogène, 10 centigrammes avant les repas), l'hydrothérapie et les bains sulfureux.

# Progrès des Sciences Médicales

## DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE LA PERITONITE A PNEUMOCOQUES

L'auteur constate dès le début de son travail que, si la péritonite à pneumocoques est étudiée à fond et couramment diagnostiquée en France et en Suisse, on ne la connaît presque pas en Allemagne. C'est pourquoi il publie quatre cas tout à fait classiques de péritonite à pneumocoques chez des fillettes de sept à neuf ans.

De ces quatre malades, trois ont été opérées avec le diagnostic d'appendicite. Chez toutes les trois, l'appendice a été trouvé normal, et l'examen bactériologique du pus qui remplissait le péritoine a montré la présence de pneumocoques. Elles ont toutes guéri.

La quatrième observation a trait à une fillette de neuf ans, qui fut prise brusquement de maux de ventre et de vomissements. Lorsque la malade a été amenée à l'hôpital, elle avait les yeux caves, la figure cyanosée, de l'herpès labial, le ventre ballonné mais sans exsudat, une température de 39°. Sous l'influence du repos au lit et des enveloppements chauds, ces symptômes alarmants se dissipèrent peu à peu, et la malade a pu quitter au bout de quelque temps l'hôpital, sans être opérée.

Au point de vue du traitement, M. Salzer estime qu'on ne doit faire la laparotomie que lorsqu'il existe du pus dans le péritoine.

(Par H. Salzer (*Wien. med. Wochenschr.*, 1908, no 13, p. 666).

\* \* \*

## LA FIEVRE TYPHOÏDE

L'Académie de Médecine de Paris vient de s'occuper longuement de cette question. Chacun des membres y a apporté le résultat de ses observations et de son expérience.

Voici les conclusions et propositions de MM. Delorme et Landouzy qui ont obtenu l'unanimité de l'Assemblée et sur lesquelles pourront s'appuyer les pouvoirs publics pour prendre les mesures d'hygiène nécessaires :

"Considérant la fréquence de la fièvre typhoïde en France, l'Académie de médecine estime qu'une lutte méthodique doit être entreprise contre cette maladie, en tenant compte de toutes les connaissances acquises sur ses divers modes de transmission"

Voici maintenant les conclusions :

"10. L'Académie, insistant, ainsi qu'elle l'a déjà fait à diverses reprises, sur ce que la souillure des eaux d'alimentation est la cause prédominante des épidémies de fièvre typhoïde, émet à nouveau le vœu que les autorités assurent aux populations une eau de boisson hygiéniquement pure,

"20. Les périmètres d'alimentation des sources, des captages, des réservoirs, les canalisations, doivent être surveillés par les autorités sanitaires.

"30. Le fonctionnement des appareils d'épuration des eaux potables doit être soumis à un contrôle permanent.

"40. L'épandage des matières fécales humaines étant souvent une cause de contamination des eaux, comme de souillure des légumes et des fruits poussant au ras du sol, l'épandage doit être réglementé.

"5. Dans des milieux ruraux, la pollution des eaux de puits par les infiltrations de purins étant fréquente, la contamination du lait et de certaines boissons en résulte trop souvent. Les règlements sanitaires pris par les maires, en exécution de la loi de 1902, devront remédier à ces causes d'insalubrité. L'autorité préfectorale a le devoir de veiller à l'exécution des dits règlements.

"60. Les médecins et les autorités sanitaires attireront aussi l'attention sur la diffusion possible de la fièvre typhoïde par les mouches, dans des milieux où règne la maladie.

"70. La contagion, directe ou indirecte, par les typhoïdiques alités, par les convalescents, par les typhoïdiques guéris, porteurs temporaires ou chroniques de bacilles typhiques, joue un rôle certain dans l'entretien et la propagation de la fièvre typhoïde.

8. Ces porteurs de germes non seulement sont dangereux pour leur entourage, mais encore, par leurs déjections pouvant souiller les eaux de boisson ou de cuisine, ils deviennent souvent le point de départ d'épidémies typhiques. Il est donc important de dépister les oncteurs de germes.

"90. C'est aux Conseils départementaux d'Hygiène, aux Inspecteurs départementaux d'Hygiène, qu'il appartient de conduire la lutte antityphique sur toute l'étendue du territoire.

"100. Les laboratoires hospitaliers, ceux des bureaux municipaux d'hygiène seront d'un précieux secours dans cette entreprise; en contrôlant la salubrité des eaux, en aidant les médecins à établir le diagnostic précoce des infections typhiques (surtout le diagnostic des cas frustes ou anormaux), comme à rechercher les porteurs latents de germes.

"110. Il est désirable qu'il soit créé des stations bactériologiques dans les départements qui, en étant dépourvus, manquent de toutes espèces de moyens d'information sans lesquels ne peuvent efficacement s'exercer la police sanitaire municipale et départementale."

