

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, fondée en 1872.

Vol. XLXII

SEPTEMBRE 1922

No 9

LA STANDARISATION DES HOPITAUX (1)

Par le Professeur E.-P. BENOIT,
de Montréal.

Depuis quelques années, depuis la guerre surtout, le mouvement de standarisisation des hôpitaux a pris, en Amérique, une importance considérable. Il intéresse au plus haut point les autorités médicales des Etats-Unis et du Canada et il s'étend aujourd'hui à toute l'Amérique du Nord.

Nous voudrions exposer dans cet article les origines de ce mouvement, les facteurs principaux qui l'ont déterminé, les résultats obtenus jusqu'à ce jour et mentionner, en même temps, les raisons que nous avons, dans cette partie française du Canada, qui est la province de Québec, de participer à ce mouvement et de le mener à bonne fin.

L'origine du mouvement remonte à une dizaine d'années. Vers cette époque, le Collège des chirurgiens américains, qui comprend plusieurs milliers de membres, avait décidé que l'application pour entrer dans ce collège devait être accompagnée du dossier d'un certain nombre d'opérations majeures, pratiquées par le candidat. On s'aperçut immédiatement que les formules de ces dossiers médicaux avaient une variété considérable et ne donnaient pas toujours les observations sous une forme satisfaisante. Le Collège résolut alors d'établir une formule uniforme pour les dossiers médicaux. Beaucoup des membres du Collège adoptèrent cette formule pour les hôpitaux où ils étaient attachés et ceci fut le point de départ pour l'établissement d'un standard dans l'établissement des dossiers. Puis, vint la guerre; les autorités médicales militaires durent s'occuper ac-

(1) Conférence devant les membres de l'Association Médicale de la Province de Québec, (juin 1922, à Montréal).

tivement de l'organisation du service médical de l'armée. Les hôpitaux militaires devinrent nombreux, on dut parfois les établir d'urgence avec les éléments que l'on avait à sa disposition et l'on s'aperçut bien vite qu'un hôpital militaire, pour être efficace, devait posséder un minimum de qualités au-dessous duquel il ne fallait pas descendre, sous peine de voir l'hôpital non seulement ne pas remplir son but, mais devenir nuisible et parfois dangereux. Avec l'expérience de la guerre, il fallut procéder à la réorganisation des hôpitaux militaires; ce fut alors qu'on s'aperçut que la réorganisation s'imposait également pour les hôpitaux civils et que, dans toute l'étendue du Canada et des Etats-Unis, la valeur des hôpitaux était-elle aussi fort inégale. Le Collège des chirurgiens américains prit en main la question et formula un standard minimum pour les hôpitaux civils et se mit en devoir de classer, d'après ce standard, les hôpitaux d'Amérique.

Ce standard minimum pour les hôpitaux, tel que formulé par le Collège des chirurgiens américains, peut se formuler en trois points:

- 1°. Des dossiers complets;
- 2°. Des laboratoires suffisamment outillés;
- 3°. Des bureaux médicaux composés d'hommes compétents, honnêtes et acceptant de travailler en collaboration.

Il n'y a qu'à considérer ces trois points de près pour constater qu'ils constituent l'essence même d'un hôpital moderne.

C'est qu'en effet la vie moderne a bien changé notre façon de vivre et qu'il n'était pas besoin de la guerre pour nous le révéler. L'hôpital moderne ne peut pas ressembler à l'hôpital ancien. Autrefois, l'hôpital était avant tout une oeuvre de charité; aujourd'hui il est devenu une oeuvre d'utilité publique. Autrefois, l'hôpital était un refuge où la misère conduisait les pauvres; aujourd'hui, c'est un établissement scientifique aussi nécessaire aux riches qu'aux pauvres. Autrefois, l'hôpital était une salle où toutes les catégories de malades se coudoyaient; aujourd'hui, c'est une institution où les services sont amplement déterminés. Les médecins d'autrefois, peu nombreux, suffisaient à tout; les médecins d'aujourd'hui sont nombreux et spécialisés. Autrefois, le personnel d'un hôpital n'avait guère besoin d'un entraînement spécial; aujourd'hui, le personnel d'un hôpital doit être spécialement entraîné. Autrefois, les malades devaient se plier aux exigences de l'institution; aujourd'hui, l'institution doit être organisée pour le besoin des malades. L'hô-

pital moderne, bien compris, est organisé uniquement pour les malades.

Que l'on ait constaté la valeur inégale de nos hôpitaux canadiens ou américains, cela n'a pas lieu de nous surprendre; il faut y voir une autre démonstration des conditions spéciales créées par la vie moderne. L'augmentation rapide de la population, surtout dans les grands centres, a eu pour conséquence directe l'augmentation constante du nombre des malades; les rapports des hôpitaux et les statistiques sanitaires le prouvent surabondamment. On affirme qu'aux Etats-Unis, chaque année, 24 millions de personnes sont traitées par les médecins et de ce nombre 8 millions sont traitées dans les hôpitaux. Les hôpitaux se sont donc multipliés pour répondre à un besoin qui devient de plus en plus grand, mais avec la conséquence inévitable que des institutions sont très bien organisées et que d'autres le sont moins. De son côté, la science médicale fait des progrès rapides et se perfectionne constamment, d'où l'obligation pour les médecins de se tenir au courant, de se renseigner et, pour les écoles de médecine, d'élargir leur cadre et de compléter leur matériel. Tous les médecins ne se tiennent pas au courant des progrès médicaux avec le même soin, et l'on peut dire aussi de certaines écoles de médecine qu'elles n'ont pas progressé suffisamment. Du moment que l'on constata la valeur inégale des médecins et des institutions médicales, il était logique de conclure que la réglementation de nos institutions médicales s'imposait et ce sera à l'honneur des Américains d'être entrés les premiers dans cette voie, en y mettant toute la décision et tout l'esprit pratique qui les caractérisent. L'Institut Carnegie avait pris l'initiative de la réorganisation et de la classification des écoles de médecine, le Collège des Médecins Américains s'est donné comme tâche la réorganisation et la classification des hôpitaux.

Les résultats de ce mouvement, commencé d'une façon sérieuse, en 1918, se font déjà sentir. On compte aux Etats-Unis et au Canada 761 hôpitaux généraux de cent lits ou plus; les inspecteurs du Collège Américain ont trouvé, en 1918, que 89 de ces hôpitaux seulement pouvaient être considérés comme standardisés. Depuis ce temps, les rapports annuels des inspecteurs ont donné les chiffres suivants:

Pour 1919, 198 hôpitaux standardisés,

Pour 1920, 407 hôpitaux standardisés,

Pour 1921, 568 hôpitaux standardisés.

Sur le nombre total des hôpitaux généraux de cent lits ou plus, le

mouvement de standardisation des hôpitaux a donc fait monter le pourcentage des hôpitaux efficaces à 74% et le mouvement se continue.

Le résultat de cette campagne du Collège des chirurgiens américains se marque de bien des façons; non seulement la classification des hôpitaux s'est améliorée considérablement, mais le travail dans les milieux hospitaliers et médicaux s'est complété d'une façon remarquable. L'émulation des institutions s'est éveillée; on a voulu non seulement atteindre l'état d'efficacité minimum ou standard, mais on s'est piqué au jeu en quelque sorte et l'on a continué à perfectionner son organisation. Ainsi, par exemple, à Montréal, l'Hôpital Sainte-Justine pour les enfants (qui n'a pas encore cent lits, mais va les avoir bientôt) a établi chez lui les éléments suivants: création d'une chambre des archives, révision hebdomadaire des dossiers, rapport mensuel des résultats, réunion conjointe mensuelle des médecins et des administrateurs, extension du service social. Le service social comprend un personnel chargé de suivre les malades après leur sortie de l'hôpital, afin de continuer dans les familles l'influence de l'institution et de pouvoir enregistrer les résultats définitifs du traitement des malades. La campagne de standardisation des hôpitaux a fait en outre beaucoup pour développer le travail en collaboration et créer des moyens d'action collectifs. Les hôpitaux catholiques, par exemple, se sont réunis en association; on y discute les questions d'ordre général dans un congrès annuel; on tient des réunions partielles, dans les provinces ou les Etats, pour discuter les questions locales; on a créé un journal spécialement consacré aux intérêts hospitaliers, qui sert d'union à toutes les institutions du continent et qui a pris une devise très noble: "Best Thoughts and Service", que l'on peut traduire librement: "Les meilleures idées et le meilleur travail". On peut affirmer qu'en ce moment, et par suite de ce mouvement, on assiste à une véritable renaissance de la profession médicale et hospitalière.

Nous ne pouvons pas, dans la province de Québec, nous désintéresser d'un mouvement qui couvre, à l'heure qu'il est, tout le continent, et dont le but est si manifestement utile: l'efficacité des hôpitaux. Nous n'aurions pas le sens de nos responsabilités, la notion de nos devoirs, si nous nous refusions à établir les trois éléments essentiels de la standardisation: 1° les dossiers complets, preuve de l'efficacité du travail, seul moyen de ne pas perdre les fruits de l'expérience hospitalière; 2° les laboratoires suffisants, sans lesquels le

contrôle scientifique n'existe pas, sans lesquels, par conséquent, le travail hospitalier demeure incomplet et inférieur; 3° des hommes compétents, honnêtes, résolus à travailler en collaboration, décidés à tenir l'intérêt général au-dessus de l'intérêt particulier, s'appliquant à assurer l'efficacité des services et sachant respecter l'honneur d'une institution, ambitieux également d'agrandir le champ d'action et d'augmenter le prestige de leur hôpital. Il est certain que la standardisation des hôpitaux est d'un intérêt primordial, je dirai vital, Les hôpitaux non standardisés sont destinés à disparaître, à périr dans leur isolement, parce que les malades iront de préférence aux hôpitaux les plus sûrs, les plus efficaces, les mieux organisés, parce que les médecins compétents et honnêtes refuseront de travailler dans les institutions où le travail est paralysé par le manque d'organisation, parce qu'un hôpital inférieur ne pourra pas se suffire à lui-même, car il perdra en même temps ses clients et ses bienfaiteurs; l'on sait, en effet, que chez nous les hôpitaux sont soutenus par la charité privée. La grande guerre a remué profondément les âmes, elle a brisé bien des routines, elle a démontré d'une façon éclatante la nécessité de l'union pour accomplir les grandes choses et en assurer la permanence. Ce sera là l'un des bienfaits inattendus de cette guerre d'avoir dirigé les volontés et les énergies vers le désir de mieux faire. On ne peut qu'être fier de participer à un mouvement nouveau, dont le but ultime est de reconnaître les droits des malades et d'organiser les hôpitaux pour le plus grand bien de ces malades. Ce mouvement aura pour résultat, nous le croyons sérieusement, de relever la profession médicale et de la placer à un niveau meilleur. Le médecin est un élément essentiel dans le travail hospitalier: c'est lui qui fait la valeur d'une institution, dont le prestige repose uniquement sur son caractère et ses capacités. Si le médecin chef de service, dérangé par ce mouvement nouveau qui contrarie ses habitudes, se fait chef d'opposition, dans son bureau, ou cherche à paralyser le progrès, ce médecin-là n'est pas à sa place; de même, le médecin qui n'accepte pas une discipline nécessaire, qui est jaloux de son voisin et cherche à le supplanter, ce médecin-là, dans une institution, est une nuisance. Et le médecin à qui on a confié l'autorité, qui est devenu président de bureau ou surintendant, et qui abuse de sa position pour grandir son service et diminuer celui des autres, ce médecin-là est une calamité. Une institution moderne, bien organisée, et qui a l'instinct de la conservation, ne laissera jamais des médecins égoïstes, autoritaires ou personnels, mettre en péril son effi-

cacité, et ce sera l'un des meilleurs résultats du mouvement de standardisation des hôpitaux que d'avoir montré l'extrême importance de médecins non seulement compétents, mais sachant aussi reconnaître le mérite des autres, acceptant de travailler en collaboration et se faisant un point d'honneur de considérer l'intérêt général avant leur intérêt personnel. A Montréal, la standardisation est acceptée par les hôpitaux, qui y trouvent leur propre intérêt, et par la Faculté de Médecine de l'Université, qui ne peut qu'approuver un mouvement destiné à donner à l'enseignement médical plus d'ampleur et plus d'efficacité.

Les 11 et 12 mai dernier, l'Association des Médecins de la province de Québec, nouvellement formée, se réunit à Montréal pour la première fois. L'une des séances de l'Association fut consacrée à cette question de la standardisation des hôpitaux. On y démontra que ce mouvement de standardisation est logique, qu'il est nécessaire et que l'on doit le favoriser à tous les points de vue, on ajouta même que le mouvement doit s'étendre aux écoles de gardes-malades. En effet, les garde-malades religieuses ou laïques ont leur part de responsabilité à prendre dans ce mouvement, parce qu'elles constituent l'un des éléments essentiels du travail hospitalier parce qu'elles doivent être les collaboratrices efficaces des médecins, chirurgiens et spécialistes; parce qu'elles prolongent, dans la famille et dans la société, l'influence bienfaisante de nos oeuvres médicales. Le malade, dans sa lutte contre la maladie, est supporté par deux soutiens: le médecin d'un côté, la garde-malade de l'autre. Le malade ne sera pas convenablement soutenu si l'un des deux soutiens vient à manquer. L'art médical repose sur deux qualités fondamentales: l'observation et le savoir-faire. Ces deux qualités, le médecin et la garde-malade, chacun dans leur champ d'action, doivent les posséder; sans elles, leur action mutuelle et nécessaire ne saurait se compléter. Si le travail du médecin doit être réglementé, celui de la garde-malade doit l'être également: la standardisation est nécessaire pour l'une comme pour l'autre.

Nous devons dire que cette question des écoles de gardes-malades avait déjà été posée dans une assemblée tenue à l'Hôtel-Dieu, le 24 janvier 1922. Tous nos grands hôpitaux catholiques avaient alors accepté, en principe, de participer à ce mouvement. L'Université de Montréal entra alors en action. Elle obtint de la législature de Québec, au mois de mars, un amendement à la loi de l'Associa-

tion des Gardes-Malades, Enregistrée, qui ouvre le registre provincial aux gardes-malades diplômées de l'Université. Au mois d'avril suivant, l'Université de Montréal, sur la recommandation de la Faculté de Médecine, a décidé de donner un diplôme de garde-malade universitaire aux élèves des écoles reconnues par la Faculté. L'émission de ce nouveau diplôme comporte la standarisation ou la régularisation de nos écoles de gardes-malades. La Faculté de Médecine étudie, en ce moment, la question. Elle sera en état de présenter prochainement à l'approbation de nos hôpitaux un projet d'organisation qui sera, je le pense, favorablement accueilli, car il est de nature à protéger nos meilleurs intérêts et à compléter l'efficacité de notre organisation hospitalière. Quand ceci sera accepté, nous aurons la fierté d'avoir réalisé le mouvement nouveau dans toute sa plénitude, puisque nous aurons ajouté, à la réorganisation de notre Faculté de Médecine et à la standarisation de nos hôpitaux, la régularisation de nos écoles de gardes-malades. Nous pourrons, en effet, être fiers, au point de vue national, comme au point de vue catholique, puisque nous aurons accepté de servir notre religion et notre patrie, dans les meilleures conditions possibles, d'efficacité, pour le plus grand soulagement de l'objet unique de nos préoccupations, la seule raison d'être de nos institutions médicales, le malade. C'est lui qui a sur nos institutions les premiers droits et c'est faire acte d'honneur que de le reconnaître.

Épingle de sûreté ouverte, pointe en haut, dans l'oesophage d'un nourrisson. Oesophagoscopie. Ablation.

Par le Dr J.-N. ROY,

Professeur agrégé à l'Université de Montréal, Lauréat de l'Académie de Médecine de France.

Dans trois travaux antérieurs, (1) nous avons eu l'occasion d'exposer assez longuement et en détails, le diagnostic et le traitement des affections de l'oesophage, au moyen de l'oesophagoscopie, et fait ressortir que la méthode endoscopique est la *seule* susceptible de nous renseigner sur l'état de ce canal. Nous avons aussi parlé de l'aide précieuse que, dans certains cas, peuvent nous rendre les rayons X. Depuis ces différentes époques, rien de bien particulier n'a été écrit sur ce sujet, et nos mémoires demeurent encore une mise au point d'actualité.

Dans cette courte note, nous désirons tout simplement relater l'observation d'un nourrisson de huit mois qui avait avalé une épingle de sûreté ouverte, dont la pointe était tournée en haut. L'âge de l'enfant, la rareté du corps étranger dégluti, la difficulté que présentait naturellement son ablation et les dangers auxquels était exposé ce petit être, nous engagent à faire cette publication.

Observation. — Le 13 juillet 1922, l'enfant S. L., âgé de huit mois, nous est amené par ses parents, pour un corps étranger dans l'oesophage. On nous raconte que le matin même, le bébé s'était introduit une épingle de nourrice dans la bouche, et qu'il avait fait des tentatives pour l'avaler. Des symptômes alarmants s'étant produits du côté de la respiration, un membre de la famille constata par le toucher, la présence de ce corps étranger dans la partie inférieure du pharynx. Ayant alors essayé de l'extraire avec le *doigt*, il ne réussit, — comme toujours dans ce cas — qu'à l'enfoncer plus profondément, et à lui faire franchir la bouche oesophagienne. Bien que la respira-

(1) J. N. Roy.—De la nécessité de l'oesophagoscopie pour le diagnostic et le traitement des affections de l'oesophage. "L'Union Médicale", février, 1919.

———. Phlegmon de l'oesophage incisé sous le contrôle de l'oesophagoscope.. Guérison. "L'Union médicale", janvier 1920.

———. Un cas d'oesophagotomie externe pour corps étranger de l'oesophage. Ablation. Guérison. "L'Union Médicale", décembre 1920.

tion s'améliora, les parents, qui habitaient la campagne, décidèrent de venir immédiatement nous consulter.

A l'examen du pharynx, pratiqué avec l'abaisse-langue d'Escat, nous constatons de petites ecchymoses de la muqueuse. Le miroir laryngé ne laisse voir rien de bien particulier.

La respiration est normale, et à la vue de ce nourrisson, nul ne pourrait se douter de la gravité de son cas.

Nous faisons faire une radioscopie, et l'épingle est localisée dans l'œsophage, un peu en bas des clavicules. Elle est ouverte, et sa pointe, qui est dirigée en haut, se trouve du côté droit.

L'œsophagoscopie ayant été proposée et acceptée, l'enfant est mis sous l'influence du chloroforme à 5 heures. Un tube approprié est alors introduit dans l'œsophage, et laisse voir le corps étranger à une distance de huit pouces des arcades dentaires. L'épingle est entourée de sécrétions muco-sanguinolentes, que nous épongeons avec beaucoup de soin. Elle est retenue par un spasme de l'œsophage, et sa pointe est enfoncée en haut dans la muqueuse.

En présence de la position de cette épingle de sûreté ouverte, le premier temps opératoire était de la désenclaver avant d'essayer d'en faire l'extraction. Si nous avions eu à traiter un adulte, le diamètre du tube œsophagoscopique nous aurait permis d'introduire un instrument, pour refermer l'épingle dans l'œsophage même, avant de l'enlever; mais chez notre petit malade de huit mois, il nous était tout à fait impossible de tenter cette manoeuvre. Sous le contrôle de la vue, nous introduisons donc une pince, et afin de libérer la pointe du corps étranger enfoncée dans la muqueuse œsophagienne, nous saisissons cette partie de l'épingle, et la refoulons légèrement. Sans lâcher prise, nous faisons ensuite exécuter à l'épingle une rotation de 45° , et après avoir descendu le tube, la pointe est amenée dans son intérieur. Finalement, l'œsophagoscope, la pince et le corps étranger ainsi protégé par le tube, sont retirés en même temps, sans qu'il y ait de danger d'un second enclavement.

L'intervention a duré deux minutes.

Les suites opératoires se passent normalement, et l'enfant n'a eu aucun ennui à la suite de la déglutition de cette épingle de sûreté qui mesurait $1\frac{1}{4}$ pouce de longueur sur six lignes dans son plus grand diamètre, une fois ouverte.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue. Tout d'abord nous sommes frappés par l'âge du bébé, et par la nature du corps étranger œsophagien. En effet, il est excessivement rare qu'un

nourrisson de huit mois parvienne à déglutir une épingle de sûreté ouverte, même aidé par de fausses manoeuvres d'extraction. Chez cet enfant, l'examen devait être fait au moyen du miroir frontal, de l'abaisse-langue d'Escat, ou d'un abaisse-langue de modèle identique. Une fois localisée dans la région laryngo-pharyngée, l'épingle aurait pu être extraite avec une pince recourbée. Si la pointe avait été enfoncée dans la muqueuse, il aurait été nécessaire de donner un peu de chloroforme, et peut-être même de se servir de la spatule endoscopique laryngée pour rendre les manoeuvres d'ablation plus faciles. Mais en présence de ces cas, on ne doit *jamais* introduire le *doigt* à l'aveugle dans le pharynx, pour extraire un corps étranger.

Comme l'épingle ouverte avait la pointe dirigée vers le haut, son ablation, dans cette position, était devenue fort délicate. Aussi, il nous aurait été probablement impossible de la sortir, si nous n'avions pas attiré sa pointe dans l'intérieur du tube, ce qui l'a empêché de s'enfoncer de nouveau dans la muqueuse œsophagienne, lors de l'extraction.

Laissé à lui-même, ce corps étranger, par son extrémité supérieure, aurait très certainement et rapidement produit la perforation de l'œsophage, laquelle aurait amené ensuite une médiastinite suppurée, et finalement causé la mort de l'enfant au bout de quelques jours. Bien que l'ablation ait été faite huit heures après l'accident, en présence des lésions de la muqueuse laissées par la pointe de l'épingle, qui se déplaçait sous l'influence des mouvements respiratoires et des spasmes œsophagiens, nous avons cru devoir réserver notre pronostic après l'intervention. Aussi cette observation est une preuve convaincante des services que *seule* l'œsophagoscopie peut nous rendre pour les lésions de l'œsophage, puisque dans notre cas, aucun autre traitement rationnel n'aurait pu être tenté pour l'ablation de ce corps étranger.

GUERISON D'UN CAS DE TETANOS SURAIGU PAR LA SEROTHERAPIE

Par le Docteur Oscar MERCIER, fils.

Nous avons eu l'occasion d'observer et de traiter récemment un cas de tétanos généralisé suraigu. L'apparition précoce du mal et son heureuse évolution nous a semblé très intéressante à rapporter.

HISTOIRE

M. H. . . . , mécanicien, âgé de 62 ans, se blesse à la main droite, le mercredi, sur une machine servant à coudre la chaussure. Son médecin de famille lui applique immédiatement un pansement antiseptique et le malade continue son ouvrage.

Le lendemain soir, la plaie est douloureuse, et M. H. . . . souffre durant toute la nuit.

Le vendredi matin, le malade éprouve de la difficulté à manger et à parler : ses mâchoires sont raides. Il visite de nouveau son médecin, qui, craignant le tétanos, nous demande en consultation. Nous le voyons pour la première fois le vendredi après-midi vers 3 heures en présence de son médecin. Localement nous trouvons entre la racine des deuxième et troisième doigts, à la face palmaire, une plaie anfractueuse d'environ 1 pouce de longueur, qui s'étend au delà du derme. Cette plaie, remplie de pus, est très douloureuse.

A l'extrémité du troisième doigt droit existe de plus une écorchure, qui fait souffrir le malade. Nous constatons que le bras droit est raide et le malade éprouve de la difficulté à ouvrir la bouche.

De même il se plaint de raideur à la nuque. Convaincu qu'il s'agit d'un cas de tétanos à évolution suraigue, nous téléphonons à l'Hôpital Notre-Dame, où le malade est admis aussitôt en chambre privée.

Vers cinq heures, accompagné de M. le Dr L. Blagdon, que nous avons mandé en consultation, nous voyons le malade à l'Hôpital. La raideur de la nuque et des mâchoires a progressé et le malade souffre terriblement de ses plaies, il éprouve aussi une certaine gêne respiratoire. Nous décidons l'intervention et le malade est transporté à la salle d'opération. Là, un examen géné-

ral nous révèle des signes de myocardite chronique ; sa pression artérielle est $\frac{110}{70}$, sa température marque 100F. et son pouls bat irrégulièrement 110 pulsations à la minute. Le malade reçoit alors un demi-grain de morphine avec $\frac{1}{120}$ grain d'atropine dans le but d'atténuer rapidement la raideur ; 18,000 unités de sérum anti-tétanique (tout ce dont nous disposons), lui sont injectées sous la peau, à la région des flancs. Puis nous pratiquons l'anesthésie olcale, (vu la myocardite), l'excision large et profonde des plaies. Vers la fin de l'opération, le malade nous dit qu'il ressent de violentes douleurs par tout le corps. A peine avons-nous le temps de terminer, qu'une grande crise de tétanos se déclare ; le patient est en opisthotonos, il a le rize sardonique, en un mot la crise est classique. Il est alors 6.15 hrs., et les crises se succèdent à toutes les 50 secondes ; elles sont subintrantes. Nous prescrivons quatre grammes de chloral à toutes les quatre heures, 10 gouttes de digitaline, un autre $\frac{1}{4}$ grain de morphine et autant d'unités de sérum qu'il est possible de se procurer à une heure où les pharmacies en gros sont fermées. Toute visite est interdite, l'obscurité et la tranquillité parfaites sont exigées. Et nous partons vers 7 hrs., convaincus que le pronostic est fatal.

Une visite vers 11 hrs. nous révèle que les accès convulsifs ont cessé vers 8 hrs. 30, et que le malade absorbe bien son chloral. Il est toutefois délirant et la raideur des maxillaires, qui est intensément esquissée encore le rize sardonique ; sa tête est rejetée en arrière, les muscles de la nuque étant toujours contractés. Vingt-deux mille unités de sérum anti-tétanique lui sont administrées par voie sous-cutanée, vers minuit le chloral est continué à la même dose ; un autre $\frac{1}{4}$ grain de morphine est injecté.

Le deuxième jour, le malade est conscient, sa température marque 102 $\frac{2}{5}$ F. ; son pouls régulier bat 92 pulsations à la minute. Le trismus et la raideur de la nuque, quoique diminués, existent encore, et le malade, de fait, éprouve de la dysphagie, une analyse des urines se lit normale. Les grandes crises semblent définitivement cessées.

Traitement :—

90,000 unités de sérum anti-tétanique Ledderlé lui sont administrées sous la peau, (le patient refusant l'injection par toute autre voie), le chloral est diminué à trois grammes à toutes les quatre heures, 10 gouttes de digitaline sont données et une diète ovo-lacté :

est prescrite; 0.50 centigrammes de peptone sont prises trois fois par jour dans le but d'éviter les accidents sériques. Un pansement à l'eau oxygénée est appliquée sur les plaies, qui laissent couler quelques gouttes de pus. Il est renouvelé trois fois par jour.

Le troisième jour, le malade à notre visite est assez bien pour nous supplier de permettre l'admission de ses parents. Il ne souffre plus, son trismus et sa raideur de la nuque sont très atténués et disparaissent par instants; la dysphagie n'existe plus et l'appétit est revenu. La température, qui est de $100 \frac{3}{5}$ F. le matin, descend vers les 5 hrs. P.M. à 99F., le pouls bat régulièrement entre 95 et 100 pulsations à la minute. Toutefois, notre malade souffre de douleurs gastriques, et de nausées, probablement dues à l'ingestion considérable de chloral. Les plaies ne donnent plus de pus; le pansement au peroxyde est continué et renouvelé 3 fois par jour.

Traitement :

60,000 unités de sérum anti-tétanique Ledderlé sont injectées sous la peau et des pansements humides sont appliqués aux endroits des injections. Le chloral est diminué à 2 grammes à toutes les 6 heures; du lait de magnésie et 10 gouttes de digitaline sont prescrits.

Le quatrième jour, la maladie semble évoluer sûrement vers la guérison: La température se maintient à $98 \frac{4}{5}$ F., le pouls bat régulièrement entre 80 et 85 pulsations à la minute. Le patient ne souffre plus et le trismus est presque entièrement disparu.

Traitement :

Le chloral est continué à la dose de 2 grammes à toutes les 6 heures. Dix centigrammes de caféïne sont donnés deux fois par jour; la peptone est continuée. Aucun sérum anti-tétanique n'est administré. Les plaies sont incolores et bourgeonnantes; le pansement au peroxyde est renouvelé.

Le cinquième jour, le malade s'est très amélioré: le trismus a disparu entièrement, la température se lit à $98 \frac{3}{5}$ F. et le pouls bat 75 pulsations à la minute; une deuxième analyse des urines est normale. Les plaies évoluent vers la cicatrisation.

Traitement :

Le pansement à l'eau oxygénée est continué. Le chloral est suspendu; 10,000 unités de sérum anti-tétanique Ledderlé sont injectées par voie sous-cutanée. Une diète généreuse est permise.

Le sixième jour, température et pouls normaux. Absence de trismus. Les plaies sont toujours propres et bourgeonnantes.

Traitement :

Le lever est autorisé, l'ingestion de peptone se continue. Pas de sérum.

Le septième jour, même état. Evolution rapide vers la guérison.

Traitement :

Le pansement des plaies est fait à la teinture d'iode. 5,000 unités de sérum Ledderlé sont injectées sous la peau. Le pouls bat entre 95 et 100 pulsations à la minute. Toutefois notre malade

Le huitième jour, état général toujours bon. Les plaies se cicatrisent rapidement. Toutefois, la température atteint à 5 heures P.M. 100 $\frac{3}{5}$ F. et le pouls donne 80 pulsations à la minute : ce qui fait craindre une réaction sérique.

Traitement :

La diète généreuse est remplacée par une diète liquide et nous expectons le développement d'accidents sériques.

Le neuvième jour, l'état général est toujours bon. Il n'y a pas de raideur musculaire ni de douleurs. Aucun symptôme d'urticaire, ou d'engorgement du foie n'existe, cependant la température se maintient à 100 $\frac{3}{5}$ F., et le pouls bat vers 85 pulsations.

Traitement :

La peptone est continuée, un purgatif est administré. 5000 unités de sérum Ledderlé sont injectées sous la peau. La diète reste sévère. Le pansement à la teinture d'iode est renouvelé une fois par jour.

Le dixième jour, même état. Même traitement, sauf omission du sérum.

Le onzième jour, le malade accuse de légères démangeaisons, mais aucun symptôme physique d'urticaire existe, et la température est descendue à 99F.

Traitement :

Bain chaud. Diète végétarienne, pansement à l'iode. On continue la peptone.

Le douzième jour, température est à 98F.; le pouls donne 76 pulsations. L'état général est bon. Les plaies sont à demi-cicatrisées. Absence de démangeaisons.

Traitement :

Congé. La diète végétarienne est seule permise.

Les jours suivants, nous voyons quotidiennement le malade chez lui. Son état général reste bon, et les forces reviennent graduellement. La température se maintient normale. Un pansement à l'iode est appliqué chaque jour sur les plaies, qui sont cicatrisées, *à la vingtième journée*. Le malade reprend son ouvrage *à la vingt-deuxième journée*.

Cette observation détaillée, prise au jour le jour, comporte d'intéressantes réflexions. Au point de vue évolution clinique, c'est la courte durée de l'incubation qui offre un caractère particulier. Quoique le tétanos apparaisse ordinairement vers la dixième ou la quinzième journée après l'infection, il peut y avoir des incubations d'une durée plus courte; cependant David Bruce, dans une analyse de 1,000 cas de tétanos, n'a relevé que quelquefois une incubation de deux jours, comme il est arrivé chez le malade actuel.

Le deuxième fait à noter est l'apparition rapide et la répétition intensive des crises : ce qui nous montre combien nombreuses et virulentes étaient les toxines microbiennes. Toutefois le fait qui nous a le plus intrigué dans l'étude de l'évolution de la maladie actuelle c'est la cessation rapide de ses crises subintrantes. Il semble irrationnel de l'attribuer au sérum, puisque nous savons depuis les recherches de Roux et Vaillard que les injections de sérum anti-tétanique sont incapables de détruire la toxine microbienne fixée sur la cellule nerveuse ; elles ne font que neutraliser les toxines libres au fur et à mesure de leurs formations. Imputer la disparition des crises au chloral est de même impossible, puisque le malade n'absorba qu'avec difficulté 4 grammes de chloral durant l'évolution des accès. Nous sommes alors convaincus que la disparition subite de ces accès tétaniques est due à l'absorption des trois-quarts de grains de morphine, et nous croyons avec Permin de Copenhague, que l'emploi de la morphine aide efficacement l'action du chloral au début, alors que celui-ci prend quelque temps à agir. Sans doute que le chloral, joint à l'obscurité et au silence complet, a lutté contre l'exaltation des crises, mais nous répétons que leur disparition rapide relève de l'emploi de la morphine.

Nous avons rejeté l'usage du chloroforme comme dangereux dans le cas présent, à cause des signes de myocardite; nous res-

tons tout de même assurés que cet anesthésique est d'un grand secours dans le but d'apaiser les accès convulsifs et aussi de permettre les injections intra-rachidiennes de sérum anti-tétanique. Nous concluons donc que la cessation brusque des crises s'obtient efficacement par l'emploi du chloroforme et qu'au début du traitement il est toujours utile d'associer au chloral la morphine, qui renforciera son action.

Dans le cas actuel, à la huitième journée de la maladie, des accidents sériques firent leur apparition. Cependant il faut remarquer combien atténués furent ces accidents après l'absorption de doses aussi considérables de sérum. Devons-nous attribuer l'atténuation des accidents sériques ; à l'ingestion quotidienne de peptone ? Les travaux sur la protéinothérapie sont trop récents pour nous permettre de l'affirmer, mais on ne doit pas ignorer l'ingestion concomitante de peptone lors des injections de sérum dans le but d'amoindrir les accidents sériques.

Au point de vue thérapeutique, nous avons eu recours dans le cas actuel exclusivement aux injections sous-cutanées de sérum et au chloral combiné à la morphine. Nous pouvons donc classer notre malade parmi ceux que la sérothérapie et le chloral ont guéri. Toutefois, nous devons ajouter que seule la sérothérapie à dose massive, qui sature l'organisme d'antitoxine, est susceptible d'apporter la guérison. A notre malade nous avons donné 190,000 unités de sérum anti-tétanique en moins de 3 jours et en tout, 210,000 unités en 9 jours.

CONCLUSION :

En regard de cette observation clinique et des quelques réflexions qu'elle a fournies, nous voulons, pour terminer, résumer ce que nous croyons être le traitement curatif le plus rationnel du tétanos. Il doit débiter immédiatement avec l'apparition des premiers symptômes de la maladie : retarder de quelques heures est s'exposer à un échec déconcertant. Ce traitement, qui sera donc aussi précoce que possible, doit remplir plusieurs indications.

1.—La suppression de la source où les toxines s'élaborent doit être faite. Dans ce but, on ouvrira largement la plaie, on la curettera, on fera l'exercice des tissus contus environnants, on nettoiera à la teinture d'iode, et on placera un pansement au peroxyde d'hydrogène, qui, par son oxygène, détruira facilement le bacille tétanique anaérobie, ce pansement sera renouvelé au besoin, à

toutes les heures ou encore la plaie trempera continuellement dans l'eau oxygénée.

2.—La source productrice des toxines étant détruite, les toxines déjà formées seront neutralisées. La façon la plus scientifique d'opérer est de recourir à l'action du sérum anti-tétanique. Toutefois, il faut savoir qu'il n'a une action que sur les toxines libres, les toxines fixées sur la cellule n'étant pas attaquées par les anti-toxines. La voie la plus rapide est sans aucun doute la voie intrarachidienne et la voie intra-veineuse, mais en pratique, lors des crises de contractures, ces voies ne peuvent être atteintes que si le malade est soumis à l'action du chloroforme. Il s'en suit donc que lors des accès convulsifs, sauf dans les cas où certaines contre-indications existent, tel notre malade atteint de myocardite chronique, il faut recourir à l'emploi du chloroforme pour permettre les injections de sérum par voie intra-rachidienne ou par voie intra-veineuse. La dose à injecter dans le canal rachidien sera de 5,000 à 15,000 unités par jour, celle dans les veines sera de 15,000 à 30,000 unités par jour. Il faut toujours joindre à ces injections intra-spinales et intra-veineuses, l'administration sous la peau de doses considérables de sérum, qui prolongera l'action des autres injections. Nous croyons qu'il n'existe pas de limites à ces doses, par voie sous-cutanée, et nous sommes convaincus par la lecture de nombreuses observations que le médecin qui aura le plus saturé son malade d'anti-toxine sera celui qui triomphera le plus facilement du mal. Il ne faut donc pas craindre d'injecter 100,000 unités de sérum le premier jour, et 60,000 unités les jours suivants, selon la gravité de la maladie. Que dire des injections sériques intra-neurales ? Le comité d'enquête du War Office (British) sur le tétanos, n'attache pas une importance si considérable à ce mode d'administration du sérum. Quoi qu'il en soit, le point le plus important du traitement sérique est de sursaturer l'organisme d'antitoxines, c'est-à-dire d'injecter des doses massives par les voies que les circonstances permettent d'utiliser.

Cette sérothérapie intensive étant susceptible de faire naître des accidents sériques, il est toujours utile dans le but de les atténuer ou de les empêcher, de faire absorber au malade 50 centigrammes de peptone 3 fois par jour.

3.—Le sérum ne peut neutraliser les toxines déjà fixées sur la cellule nerveuse, il faut donc atténuer l'excitabilité médullaire. Le premier soin du médecin qui veut remplir cette indication théra-

peutique est d'éloigner son malade de tout foyer lumineux ou de toute source de bruit : l'obscurité et le silence parfait seront de rigueur dans la chambre et même au voisinage. Puis le chloral et la morphine seront employés. Le premier pourra être prescrit jusqu'à concurrence de 16 grammes par jour, et le chlorhydrate de morphine lui sera associé au début du traitement ou dans les formes douloureuses à la dose de 2 à 4 centigrammes par jour. Dans le même but, le médecin peut avoir recours au sulfate de magnésie à 25 p. 100, dont on injecte par ponction lombaire 1 c.c. par 50 livres de poids du corps, et même jusqu'à 1 c.c. par 25 lbs. de poids du corps. Toutefois lors de l'emploi de ce procédé, il faut être averti des risques que l'on court, qui peuvent être des paraplégies, de la rachialgie, de la rétention d'urine, etc..... Bédard et Lumière disent avoir employé avec succès contre les accès convulsifs des injections intra-veineuses de persulfate de soude. A l'instant de s'en servir, on fait dissoudre 5 grammes de persulfate de soude pur et neutre dans 100 c.c. d'eau distillée stérilisée ; on injecte alors dans les veines 20 c.c. matin et soir. Le procédé au sulfate de magnésie et celui de Bédard et Lumière pouvant être difficilement mis en pratique hors des milieux hospitaliers, le praticien aura recours avec satisfaction au chloral associé à la morphine. Il pourra même si les crises de contracture sont trop violentes, soumettre son malade à l'action du chloroforme.

Telles sont, en somme, les principales indications du traitement contre le tétanos que la Commission d'enquête du War Office indique. Quant à la méthode de Bacelli, c'est-à-dire l'injection d'acide phénique à 3 p. 100, dans le but de diminuer l'excitabilité de la moelle et d'agir sur les toxines, elle aurait abaissé en Italie la mortalité à 13 p. 100 ; ce qui n'a pas été confirmé dans les autres pays, et nous pensons avec Lemierre que ce procédé "démontre surtout la remarquable tolérance du tétanique pour le phénol".

BIBLIOGRAPHIE

- 1.—BRUCE DAVID: Tetanus: Analysis of 1,000 cases, in Tr. Soc. Tropical Med. & Hyg. 1917-18.
- 2.—Memorandum of Tetanus. Ed. 4 issued by War Office Committee for the Study of Tetanus. (Great Britain? 1919.
- 3.—The J. FITZGERALD; Tetanus 1919.
- 4.—COOPER ASHHURST & LEWIS JONE: The Treatment of Tetanus, in The American Journal of the Medical Sciences. June 1913.

- 5.—CASTAIGNE, TOURAINE & FRANÇOIS: Tétanos grave: sérothérapie massive, guérison. in Bulletin et Mémoire de la Société des Hôpitaux de Paris. Déc. 1913.
 - 6.—PERMIN (Copenhague): Recherches expérimentales et clinique sur la Pathogénie et le Traitement du Tétanos, 1913.
 - 7.—JIRON & MONZIOLS: Un cas de Tétanos, traité et guéri par les injections intra-rachidiennes de sérum anti-tétanique, in-Archives de Médecine et Pharmacie Militaires. Fév. 1914.
 - 8.—P. R. JOLY: Notes sur une série de 21 cas de tétanos, in-Bulletin de l'Académie de Médecine, Janv. 1915.
 - 9.—PERRET & BERNHEIM: Tétanos tardif après amputation double secondaire pour gelures graves des pieds, in-Lyon Chirurgical, Nov. Déc. 1918.
 - 10.—SPILLMANN & SARTORY: Le traitement du Tétanos confirmé par le sérum antitétanique et le chloral. In Bulletin de l'Académie de Médecine, Avril 1915.
 - 11.—ERVERDIN & BEUF: Tétanos et méthode de Blake. in-Lyon Chirurgical. Mai-Juin 1919.
 - 12.—BARNSHY & R. MERCIER: Guérison de 6 cas de tétanos traumatique par la médication intra-veineuse (sérum et chloral). in-Bulletin de l'Académie de Médecine, Avril 1915.
 - 13.—BERARD & LUMIERE: Etudes sur le Tétanos. in-Lyon Chirurgical Oct. 1915.
 - 14.—BERARD & LUMIERE: Le traitement des tétaniques. in-Presses Médicales, 12 Sept. 1918.
 - 15.—L. BERARD: Le Tétanos et les enseignements de la guerre. in-Presses Médicales, 9 juin 1920.
-
- 0

PYORRHEE ALVEOLO DENTAIRE. PERIODONTOCLASIE

Par M. ARTHUR BEAUCHAMP.

Chirurgien-Dentiste

Nous avons cru qu'il serait intéressant de faire des recherches sur la maladie à la mode "La Pyorrhée dentaire", et de publier l'opinion des meilleurs auteurs américains et français sur l'origine et les causes de cette maladie.

Recherches.—La chute des dents est causée par la dégénérescence atrophique de la membrane alvéolo-dentaire.

Synonymes.—Suppuration conjointe des alvéoles et des gencives. (Jourdain).

Pyorrhée inter-alvéolo-dentaire. (Toirac).

Gingivite expulsive. (Marchal de Calvi).

Osteo-périostite alvéolo-dentaire puis arthrite alvéolaire symptomatique. (Magitot).

Gingivite arthro-dentaire infectieuse. (Gallippe).

Gingivite pyogénique. (Atkinson).

Pyorrhée alvéolaire. (Atkinson).

Maladies de Riggs. (Auteurs américains).

Periondontite expulsive. (Andrien Mellassez-Richer).

Causes exclusivement locales.—Tartre, extension de la gencive (auteurs américains); traumatisme, (Desprès); contagion, (Gallippe).

Désordre du voisinage.—Complication du catarrhe nasal pharyngien, (Atkinson, Patterson).

Causes générales: Arthritisme, diabète, trouble trophique, (Marchal de Calvi, Magitot, Aguillon de Sarranq; dispepsie, (auteurs américains).

Causes locales et générales.—Dents très minéralisées, sénilité précoce des organes tégumentaires, inflammations graves et antérieures du tissu gingival et des alvéoles. Le traumatisme par articulation vicieuse et certaines diathèses sont des causes adjuvantes. (P. Dubois).

Causes locales.—Le tartre et la gingivite.

La gingivite consécutive à certaines pyéties résultant de résorption de toxiques. Les traumatismes invoqués par M. Desprès. La contagion qui est signalée par Gallippe. "Cette maladie est parasitaire,

ce qui est démontré par l'examen des coupes colorées par la culture et l'isolement des parasites contenues dans les canalicules de la dentine, par la contagion qui s'opère dans la bouche de dent à dent et aussi d'individu à individu, comme nous avons pu le constater plus d'une fois chez les personnes d'un sexe différent et cohabitant régulièrement."

La cause dominante est le manque d'hygiène locale, l'absence de propreté.

Causes générales. Les diathèses.—L'influence diathésique a été surtout affirmée par Marchal de Calvi puis par Magitot et Aguilon de Sarran. Magitot dit: "Les causes de cette affection sont assez complexes et doivent être recherchées souvent, non dans un état local de la bouche et des gencives, mais dans certaines conditions de la santé générale." (Mémoire sur l'ostéo-périostite).

Causes locales et générales.—Sans nier l'influence des causes générales, nous prétendons d'après ce que nous avons vu et étudié, qu'elles ne sont pas seules et prépondérantes.

"Une absorption considérable de la gencive et du procès-alvéolaire, provoquant la mise à nu d'une large portion des racines des dents se produit parfois, sans accompagnement d'aucun aspect de maladie et sans aucun trouble sérieux de l'organisme.

"En se formant une opinion sur des cas de ce genre et même sur "ceux dans lesquels la perte de substance est associée avec plus ou "moins d'état morbide, il est nécessaire de se rappeler que les dents "disparaissent généralement dans la vieillesse d'une façon identique. "Savoir la destruction de leur soutien par l'absorption des gencives "et du procès-alvéolaire. Et comme ce premier pas vers une carie générale commence à des périodes différentes suivant les tempéraments, il "peut, à coup sûr, dans bien des cas, même chez des personnes n'ayant "pas encore dépassé le milieu de la vie, être considéré comme l'indication d'une sorte de vieillesse précoce, ou d'une carie sénile, du "moins quant à ces parties du corps. Il ne faut pas cependant l'en "rendre toujours responsable, car on la rencontre parfois chez des "sujets jeunes, et assurément, elle provient des mêmes causes que "celles que l'on considère comme donnant lieu à une perte semblable "de substance de ces parties, quand elles sont accompagnées d'un état "plus ou moins morbide. Ces différences peuvent être attribuées peut-être à la différence de constitution ou au plus ou moins d'éloignement de la période à laquelle la cause primaire de l'affection, qu'elle "qu'elle puisse avoir été, est survenue."

“Quoique la perte graduelle de substance dans la gencive et du “procès-alvéolaire se produise à l’occasion sans action morbide sérieuse “locale ou constitutionnelle, elle est produite plus fréquemment par “le dérangement des organes digestifs ou quelque autre cause constitu- “tionnelle immédiate ou éloignée, et alors, elle est invariablement “accompagnée d’un état morbide des parties elles-mêmes.” (Th. Belle. *The Anatomy, physiology and disease of the teeth. 2nd edition. London.*)

C’est l’athrophie progressive des attaches alvéolaires, et l’expulsion de la dent qui agit comme un corps étranger, qui constituent la pyorrhée ou la périodontite expulsive, entraînant à sa suite tous les désordres subséquents.

Cette apparence sénile de la dent et du ligament alvéolo-dentaire est due en grande partie à une calcification excessive. Entre l’apparence sénile de la dent affectée de périodontite expulsive et la dent de l’âge sénile, il y a analogie et non identité. Les dents riches en matières organiques et faibles en sels de chaux sont susceptibles de carie. Chez les sujets affectés de pyorrhée, on remarque l’absence de carie. Chez les jeunes sujets affectés de pyorrhée, on remarque l’absence de carie. Chez les jeunes sujets où la calcification n’est pas encore complète on note aussi plus de carie. Les dents riches en sels minéraux et pauvres en matières organiques résistent mieux à la carie; en revanche leurs attaches sont peu vigoureuses, leur ébranlement et leur chute précoce résultent de cette minéralisation.

La pulpe est détruite par la calcification qui se fait à la périphérie, le ligament alvéolo-dentaire subit la même évolution régressive. Pulpe et ligament réagissent à leur manière contre l’envahissement des sels terreux.

On remarque chez nombre d’individus affectés de périodontite expulsive, une atrophie précoce du bulbe pileux, les cheveux deviennent blancs, et se perdent de bonne heure.

Abandonnée à elle-même, la pyorrhée cause une affection ayant un retentissement prolongé sur la nutrition du ligament, alors il y aura complication, progrès de l’affection, perte totale des dents. C’est à cette phase que les agents infectieux s’emparent du foyer, causent une gingivite intense, même de la nécrose des maxillaires et quelquefois des accidents généraux.

Examen clinique.—A l’examen clinique le premier signe apparent est le déplacement d’une ou plusieurs dents qui sont souvent légè-

ment projetées en avant : la déviation latérale s'observe aussi quand il manque des dents.

Au touché la dent semble solide, mais si l'examen est poussé plus loin on remarque un ébranlement dont projection en avant. La gencive n'est pas encore enflammée et un traitement rationnel donne habituellement de bons résultats, si l'état général est bon. Dans le cas contraire, la gencive est pâle et anémiée. La tuméfaction, la suppuration, la rougeur même, sont des symptômes d'ancienneté ou de marche rapide de l'affection.

TRAITEMENT

Prophylaxie par le dentiste.—L'excision d'une portion de la gencive, (Bourdet, Toirac, Cruet). L'emploi de caustiques, (Magitot, Atkinson). La pose d'attaches pour tenir les dents en place et empêcher l'irritation, (Oudet, Aguillon de Sarran). Les révulsifs, les antiseptiques, les astringents sont aussi recommandés pour combattre cette maladie.

Soins personnels du malade.—Les soins personnels consistent en l'application de coellutoires et en gargarismes fréquents :

COLLUTOIRE No. 1

R.	Tanin	5 grammes
	Glycérine	10 "
	Alcoolat de cochlearia	10 "
	Essence de menthe ou d'anis	10 gouttes

R. No. 2	Acide borique pulvérisé	10 grammes
	Résorcine	1 "
	Glycérine	10 "
	Essence de menthe ou d'anis	10 gouttes

Pour enduire les gencives deux fois par jour au début, une fois ensuite pendant deux mois.

R.	Chlorure de zinc	6 à 8 grammes
	Eau	1000 "
	Essence de menthe	20 gouttes

En gargarismes 4 fois par jour au début, deux fois ensuite.

CONCLUSIONS

La pyorrhée alvéolaire ou périodontoclasie, est une maladie connue depuis longtemps, étudiée surtout en France et en Angleterre, de causes générales et locales, et dont la guérison est douteuse.

Au début les moyens cités plus haut donnent de bons résultats.

A l'état aiguë, la maladie par traitement peut être entravée temporairement par une thérapeutique quotidienne sévère.

On remarque que dans les maladies déjà citées, on trouve de la pyorrhée. (Arthristisme, le diabète, troubles trophiques, dyspepsie). Mais la périodontoclasie existe sans ces maladies. Nous avons remarqué qu'une hygiène sévère de la bouche et des dents suivie d'une prophylaxie deux fois par année donnent satisfaction.

L'abstention d'aliments acides et de l'usage des cure-dents en bois protège dans une certaine mesure contre l'attaque de cette maladie.

La solution Carrel employée à 40% et suivie d'un lavage au bicarbonate de soude est un des meilleurs moyens thérapeutiques.

Le composé suivant employé pour traiter les cas aigus donne de bons résultats.

R. Pigment d'iode aa
Phénol "

En application entre la gencive et la dent au moyen d'un morceau de bois d'oranger.

TRAITEMENT GENERAL

L'urotropine associée à l'acide benzoïque est recommandée pour purifier le sang et les organes.

7ième CONGRES DES MEDECINS DE LANGUE FRANCAISE DE L'AMERIQUE DU NORD

à Montréal, les 7, 8 et 9 Septembre 1922

N. D. L. R. : Nous publions le programme préliminaire du congrès, qui sera complété plus tard et distribué aux membres au moment de leur inscription.

Nous avons raison de croire que ce congrès sera très efficace à cause de l'importance de la délégation française, du nombre et de la qualité des travaux inscrits au programme.

Nous saluons avec enthousiasme la présence des délégués français : le professeur Achard, secrétaire de l'Académie de Médecine de Paris, que son enseignement et les travaux placent au premier rang parmi les hautes personnalités médicales de France : le professeur Ombredanne, dont le beau livre sur la chirurgie infantile a consacré sa réputation de savant et d'écrivain : le professeur Demarest, chirurgien des hôpitaux, dont le savoir égale la modestie et la parfaite urbanité ; le professeur Marcel Pinard, le neveu du professeur que nous connaissons tous, particulièrement compétent et renommé déjà par ses travaux en obstétrique et en syphiligraphie dans ses rapports avec la grossesse ; le professeur Guisez, si bien connu par ses articles et ses communications sur l'œsophagoscopie ; le professeur Gastou, médecin de l'hôpital Saint-Louis, bien connu par les syphiligraphes et les dermatologistes du monde entier.

C'est la première fois que nous aurons l'honneur de recevoir à nos congrès une délégation aussi importante et aussi représentative de la science française. Nous nous grouperons pour les entendre et leur faire l'accueil qu'ils méritent au double titre de savants et de Français.

Depuis un an, des liens solides se nouent entre la France et nous. Si nous voulons qu'ils soient profitables, soignons notre dossier afin que bientôt nous puissions échanger documents et professeurs.

L'Union Médicale souhaite la plus cordiale bienvenue aux hôtes

distingués, nos maîtres, et les remercie de leur empressement de répondre à l'appel que nous leur avons fait.

PROGRAMME

Jedi, 7 septembre 1922.

9 hrs a.m.— Inscription à l'Université de Montréal.

10 hrs a.m.— Ouverture officielle à la Bibliothèque Saint-Sulpice.

Allocution du Président.

Rapport du Secrétaire.

Présentation de MM. les Délégués.

Hommage à Pasteur — M. Léo Pariseau.

2.30 hrs p.m. — A l'Université de Montréal :

Goîtres toxiques — Rapports :

MM. E.-P. BENOIT et E. SAINT-JACQUES.

Discussion.

L'éducation des éducateurs — M. Gougerot, de l'Université de Paris,
Présenté par M. H. DESLOGES.

Pleurésies purulentes — M. B.-G. BOURGEOIS.

Discussion.

Un cas de sarcôme primitif du coeur — M. L.-S. PINAULT.

La conception actuelle de l'appendicite chronique.

Les syndromes inflammatoires et mécaniques.

M. ALEXANDRE ACHPISE, de la Faculté de Paris.

Pratique médico-chirurgicale à la campagne. Réformes qui s'imposent — M. L.-F. DUBE.

Un cas d'hémi-macroglossie congénitale avec troubles de l'appareil locomoteur du côté opposé à la lésion linguale — M. J.-N. ROY.

Radiologie. Son importance en tuberculose pulmonaire —

M. JOS.-N. CHAUSSE.

Tumeur extra-durémérienne. Présentation du malade —

M. ALBERT LASSALLE.

Chirurgie des ongles — M. H. LAPORTE.

Nouveau moyen de diagnostique et de traitement pour certaines pleurésies purulentes — M. G. ACOCELLA.

Préjugés dans la folie — M. G.-L. de BELLEFEUILLE.

Diagnostic précoce du cancer du col et du corps utérins —
M. CHARLES SAINT-PIERRE.

Cholécystite. Rapport:— M.-T. PARIZEAU.

5 hrs p.m. — Visite de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal.

8.30 hrs p.m. — A l'Université de Montréal:

Professeur Ch. Achard — Insuffisance glycolitique.

Professeur Ombredanne — La restauration des malformations congénitales.

Professeur Demarest — Traitement chirurgical du cancer du rectum.

Méthode de restauration du canal cholédoque.

(Un cas inédit de greffe artérielle.)

Diagnostic et traitement de la grossesse ectopique.

Professeur Marcel Pinard —

Syphilis et gestation et organisation des dispensaires des maladies vénériennes dans les Maternités.

Professeur P. Gastou —

La sérologie de la syphilis; ce qu'elle donne, ce qu'il faut lui demander dans le diagnostic, le pronostic et le traitement.

La pluralité des formes de spirochètes a-t-elle une valeur dans l'évolution et le pronostic de la syphilis.

La conception moderne des traitements dermato-vénérologiques.

Du diagnostic par l'œsophagoscopie de quelques affections peu connues de l'œsophage — M. GUISEZ.

De la thérapeutique des sténoses inflammatoires et cicatricielles et du cancer de l'œsophage — M. J. GUISEZ.

Vendredi, 8 septembre.

9 hrs a.m.— Cliniques aux hôpitaux suivants :

Hôtel-Dieu, Notre-Dame, Maternité, Sainte-Justine, Institut Bruchési.

9 hrs a.m.— Section d'Hygiène à l'Université de Montréal.

2.30 hrs p.m.—A l'Université de Montréal :

Vaccinothérapie : Rapport—

MM. A. VALLEE et ROSAIRE POTVIN.

Discussion.

Les premiers problèmes à résoudre pour l'organisation moderne de la lutte contre la tuberculose dans la province de Québec —

Rapport :— M. O. LECLERC.

Discussion.

Lymphogranulomatose inguinale subaiguë d'origine génitale, ou ulcère vénérien adénogène—Professeurs Joseph Nicolas et Maurice Favre, de Lyon.

Présenté par M. G. ARCHAMBAULT.

L'Ecole de plein air et l'Ecole au soleil dans la province de Québec.

M. GASTON LAPIERRE.

Etude du débit respiratoire et de la capacité vitale en clinique et en pratique médicale — M. E.-G. ASSELIN.

Blessure du maxillaire supérieur, par arme à feu—M. J.-J. MARION.

Rétinite azotémique. En collaboration avec M. le professeur de Laperrière, de Paris — M. J. VAILLANCOURT.

Pneumothorax spontané à l'Institut Bruchési — M. LOUIS ROUX.

Dégénérescence mentale — M. ALCEE TETREAULT.

Le phénomène de d'Hérelle — M. LOUIS-JOSEPH PARE.

Ulcère de l'estomac — M. JOSEPH LEBEL.

La tuberculose et les maladies chroniques à la campagne —

M. J.-A. BEAUMIER.

Thérapeutique préventive des fièvres puerpérales, et leur traitement,

M. CHARLES SAINT-PIERRE.

Laboratoire au service du praticien — M. P.-P. GAUTHIER.

Pleurésie interlobaire et tuberculose — M. T. BRUNEAU.

Les traitements abortifs de la Blennorrhagie en clientèle. Leurs techniques — M. J.-M.-E. PREVOST.

Développement de l'intelligence chez l'arriéré — M. J.-C. LAROSE.

5 hrs p.m. — Bénédiction solennelle de la pierre angulaire du
nouvel Hôpital Notre-Dame, rue Sherbrooke,
coin de la rue Maisonneuve.

8 hrs p.m. — Banquet à l'Hôtel Windsor.

Samedi, 9 septembre.

9 hrs a.m. — Section d'Hygiène à l'Université de Montréal.

9 hrs a.m. — Bibliothèque Saint-Sulpice:

Jury d'expertise et tarif médical dans les accidents du travail. Rapport—

MM. A. SIMARD et CHS VEZINA.

Jury d'expertise devant les tribunaux au point de vue criminel. Rapport—

M. WILFRID DEROME.

Discussion.

Considération sur les accidents du travail — M. J.-E. LABERGE.

La médecine et les médicaments brevetés — M. L.-J.-O. SIROIS.

Notre bilan vital — M. J. BAUDOUIN.

Conseils pratiques pour protéger le médecin aux examens médicaux pour compagnies d'assurances — M. L.-C. BARIBAULT.

Intelligence chez l'aliéné — M. OMER NOEL.

Intérêts professionnels — M. A.-J. BOISVERT.

11.30 hrs a.m. — Bibliothèque Saint-Sulpice:

Emission des voeux généraux du Congrès.

Date et lieu de réunion du prochain Congrès.

Election des officiers généraux de l'Association.

1 hre p.m. — A l'Hôpital Saint-Jean de Dieu :

Lunch gracieusement offert aux congressistes par les révérendes Soeurs de la Providence.

2 hrs p.m. — Visite de l'Institution.

3 hrs p.m. — Clinique et examen des malades :

MM. DEVLIN, TETREAULT, NOEL, De
BELLEFEUILLE, LAVIOLETTE, LAROSE,
PLOUFFE, LUSSIER et BERTRAND.

5 hrs p.m. — Visite des usines de la Compagnie Chimique des
Produits Canadiens.

8 hrs p.m. — Réception au Cercle Universitaire, rue Saint-Hubert.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES TROIS-RIVIÈRES

CONGRÈS RÉGIONAL À NICOLET

Le 20 Juillet 1922

La série de réunions régionales organisées par la Société Médicale des Trois-Rivières s'est continuée par le Congrès tenu à Nicolet, le 20 juillet. Étaient présents, les Drs A. Rousseau, Québec; A. J. Boisvert, O. Roger, de Plessisville; J. H. Raymond, Lyster; J. Brassard, J. Nadeau, Princeville; J. Barolet, J. Marion, J. Masson, de Joliette; H. P. Smith, B. LaHaye, J. Ritchotte, J. Fontaine, dentiste, de Nicolet; A. Gélinas, de Pierreville; H. Trudel O. Hélie, A. Rouleau, E.E.M., de St-Grégoire; L. Lauzé, de St-Pierre-les-Becquets; L. Bouillé, de Ste-Anne-de-la-Pérade; J. Désilets, R. Veilleux, de Ste-Gertrude; J. Dugré, de St-Léonard d'Aston; J. Veuilleux, de St-Zéphirin; A. Roy, de St-François-du-Lac; O. Turcotte, de St-Agapit; J. Giroux de Gentilly; E. Blondin, de Bécancour; C. Biron, de Ste-Sophie; A. Malchelosse, de Manseau; J. Chabot, de South Durham; J. Lacharité, de St-Célestin; L. Plante, de Louiseville; F. Paquin, A. Ricard, de Grand'Mère; J. Dumont, J. Garceau, de Shawinigan Falls; T. Savary, de Pont-Rouge; N. Perreault, G. Labarre, de Cap-de-la-Madeleine; J. H. Leduc, O. Tourigny, G. Godin, L. P. Normond, H. Lanneville, C. Gélinas C. E. Darche, W. Malone, G. Cross, C. A. Bouchard, J. Rousseau, A. Panneton, W. Godin, L. Hélie, O. Bélisle, R. Beaudry, A. Aubin, C. Colin, C. N. DeBlois et O. E. Desjardins, tous de la ville des Trois-Rivières.

Présidents d'honneur: Dr J. Barolet, Prés. de la Soc. Méd. de Joliette, et Dr A. J. Boisvert, Prés. de la Soc. Méd. d'Arthabaska.

Président: Dr J. H. Leduc, Prés. de la Société Méd. des Trois-Rivières.

A 3 heures, tous les médecins se réunissent dans la salle d'audience du Palais de Justice de Nicolet pour faire le procès de la science médicale et aussi des intérêts généraux de la profession. M. Caron, architecte, maire de Nicolet souhaite la bienvenue aux nombreux médecins réunis en congrès et qui ont bien voulu choisir la ville de Nicolet pour tenir ces importantes assises. M. le Dr Godin, au nom des médecins remercie le maire de Nicolet de ses aimables paroles et dit combien tous sont heureux de venir en cette charmante ville.

Le secrétaire donne lecture du procès-verbal de la dernière réunion régionale tenue à Louiseville ainsi que le rapport du travail fait par la Société Médicale des Trois-Rivières durant l'année 1921-1922.

M. le Dr H. P. Smith, de Nicolet, a des paroles heureuses pour présenter le conférencier du jour, et note en passant avec plaisir que le Dr Rousseau, de Québec, est un ancien de Nicolet, puisqu'il a fait une partie de ses études au séminaire de cette ville.

M. le Dr A. Rousseau, Professeur à l'Université Laval, se dit heureux d'avoir accepté l'invitation du secrétaire de venir faire une causerie devant ce congrès. Il félicite la Société Médicale des Trois-Rivières pour cette belle initiative de tenir des réunions régionales. Il se dit heureux et doublement content de venir à Nicolet, pour rencontrer un si nombreux auditoire de médecins et pour revoir cette ville dont il a gardé de si bons souvenirs.

Le conférencier aborde sans plus tarder son sujet: "De l'endocardite maligne" qu'il décrit comme il a coutume de le faire. Ce magistral travail met le secrétaire en une dure impasse quand il songe à le reconstituer d'une manière convenable pour ne pas être injuste à la réputation de M. le docteur Rousseau. (L'on comprendra à la lecture de ce qui va suivre que ce n'est résumé parfois infidèle de cette page des sciences médicales.) Et d'abord le conférencier insiste sur l'intérêt que présente la question de l'Endocardite maligne, dite infectieuse. Elle constitue un chapitre important de la question des grandes septicémies. Elle est très souvent le désespoir, et souvent la honte du médecin. Il donne les caractéristiques de cette affection, ses symptômes généraux, ses symptômes cardio-vasculaires et insiste sur sa gravité. Puis il fait un exposé de faits, un exposé de choses vues qui peut servir à montrer sous quels aspects se présente l'endocardite maligne au regard des praticiens ordinaires.

Le conférencier rapporte une dizaine d'observations de malades qu'il détaille avec minutie, faisant voir dans chaque cas les variantes de la même maladie chez chacun d'eux mais se rattachant toutes au même fond pathologique. Ensuite, il décrit les moyens de diagnostic de cette maladie: symptômes généraux, symptômes cardio-vasculaires, pétéchies, grands infarctus, souffles variables et autres signes cardiaques. Il note l'insconstance ou l'apparition tardive ou la signification imprécise des symptômes cardio-vasculaires. Il insiste sur la nécessité d'une fine analyse des symptômes, de l'évolution de l'affection qui permette un diagnostic d'exclusion. Le plus souvent la maladie est confondue avec la tuberculose, la typhoïde ou la paratyphoïde, les septicémies d'origines diverses, les pyohémies, angiocholites, cholécystites, pyélonéphrites, méningites et autres localisations inflammatoires. Le diagnostic d'exclusion est difficile; il exige des connaissances précises et du sens médical fait d'esprit d'observation, de logique et d'expérience clinique. Le conférencier ajoute qu'à la question du diagnostic de l'endocardite maligne se rattache celle de la doctrine de l'infection en ce qui concerne la possibilité de durée d'une infection septicémique sans localisation inflammatoire. Mais il dit que la septicémie pure tue très vite ou disparaît vite. Les formes prolongées des septicémies supposent des infections qui se renouvellent et s'alimentent dans un foyer. Tout foyer inflammatoire des septicémies: dentaire, amygdalien, ostéo-myélique, pyélonéphritique, angiocholitique, etc., se révèle plus facilement que l'endocardite maligne, celle-

ci étant une des localisations inflammatoires des plus insidieuses, les plus impalpables dans un grand nombre de cas.

Le conférencier insiste sur la fréquence de la forme subaiguë de l'affection. Le diagnostic se fera par la constatation d'un état subfébrile prolongé, de faiblesse, d'anémie, des signes cardio-vasculaires: pétéchies, nodosités, embolies, souffles qui viennent confirmer, le plus souvent que tardivement, un diagnostic déjà fait.

Quant au traitement, le conférencier passe en revue ce qui a été tenté pour guérir cette maladie, mais sans succès: Collargol ou Electrargol en injections de toutes sortes, sérum polyvalent, etc. Il mentionne le traitement mis en pratique actuellement par les injections cacodylate de soude. Puis enfin les essais de transfusion sanguine tentés ces dernières années pour avoir raison de cette terrible maladie.

M. le Dr O. A. Bouchard se dit heureux d'avoir à remercier le conférencier pour le travail scientifique de haute portée qu'il vient de faire devant cette réunion et que nous avons là une démonstration que nous avons chez nous des compétences en médecine, et que le Dr Rousseau est certainement une des gloires de la profession médicale canadienne-française.

Le Dr Thos. Savary, de Pont-Rouge, inspecteur régional d'hygiène, prend ensuite la parole pour traiter du "Traitement de Milne dans la Rougeole et la scarlatine". Le conférencier décrit en quoi consiste ce traitement qui a démontré tant d'efficacité dans le traitement de ces deux maladies contagieuses: badigeonnages de l'arrière-gorge, dès les premières atteintes du mal, avec la glycérine phéniquée à 10% à toutes les deux heures durant les premières 24 heures et de 3 à 4 fois par jour les jours suivants. En même temps que ces badigeonnages sont faits, on pratique l'isolement du malade dans son lit en dessous de cerceaux recouverts de gaze sur laquelle on répand quelques fois chaque jour de l'huile d'Eucalyptus, alors que tout le corps du malade a été enduit de la même huile. Milne, qui a essayé le premier, sur une grande échelle ce mode de traitement dans les refuges Bernardo, où étaient reçus de très nombreux enfants, a obtenu des succès surprenants, tellement que des malades qui voisinaient de lit d'autres malades contagieux n'ont pas été contaminés ce qui a démontré l'efficacité du traitement pour désinfecter le malade et l'empêcher d'être contagieux. Les statistiques fournies par le Dr Savary, à l'appui de ses avancés, sont probantes en faveur de la grande valeur de ce traitement, et le fait que des auteurs célèbres comme Chantemesse ont adopté ce mode de traitement dans les hôpitaux où ils reçoivent des contagieux, ajoutera beaucoup à l'autorité de la parole de Milne.

Le Dr A. J. Boisvert, de Plessisville, candidat aux élections des gouverneurs pour le district No. 15, parle "Des Actualités Professionnelles". Le conférencier, qui, par ses écrits dans les revues médicales, et par son travail comme Président de la Société Médicale d'Arthabaska, s'est mis en vedette depuis une couple d'années; il décrit à son tour, la maladie dont est atteinte la profession à l'heure actuelle. "Cette maladie, pourtant très vieille, dit-il, n'a pas encore reçu le baptême; je l'appellerais volontiers par analogie, "ataxie locomotrice périmédicale progressive",

parce qu'elle s'accompagne de troubles psycho-sensitivo-moteurs. Le conférencier décrit la pathogénie, les symptômes, les complications de cette maladie du corps professionnel, pour s'arrêter plus longuement sur le pronostic et le traitement de cette maladie. Il en profite pour énoncer ce qui à son sens devrait être fait pour remédier à l'état de choses actuelles, et ce qui, en somme constitue son programme qu'il a soumis à ses confrères, médecins-électeurs du district No. 15.

Il n'en fallait pas plus pour déclancher une exposition des autres confrères qui sont également candidats aux mêmes élections dans divers districts. Le docteur Tourigny donne les raisons de sa candidature. Il rappelle d'abord que si la candidature lui a été offerte par tous les médecins des Trois-Rivières et appuyée par quelques confrères des environs, c'est parce que le Dr Normand, élevé récemment à la présidence du Conseil Fédéral du Canada, a décidé de ne plus redemander un renouvellement de mandat pour le Collège des Médecins de cette Province. Puis à son tour il expose sa manière de voir en donnant son opinion sur les diverses questions soulevées dans les revues médicales et qui intéressent au plus haut point la profession médicale de cette province et termine son discours en promettant de travailler au meilleur de ses connaissances à l'amélioration du sort des médecins.

Il est alors proposé par le Dr Beaudry,

Secondé par le Dr Gélinas, que la candidature du Dr O. Tourigny soit approuvée par la Société Médicale des Trois-Rivières. Adopté.

Le Dr C. Biron, de Ste-Sophie, candidat pour le district No. 5 fait aussi part à l'assemblée de sa manière d'envisager les divers problèmes soulevés par le parti de la réforme. Il donne lecture et commente assez longuement les divers articles du programme électoral qu'il a fait distribuer aux médecins de son district électoral.

Le Dr Marion, de Joliette, candidat pour le district No. 14, dit ne pas vouloir être long, car il se fait déjà tard, mais il s'endosse entièrement les vues émises précédemment par les orateurs sus-mentionnés.

Le Dr Beaudry, des Trois-Rivières, dit qu'il lui a été demandé de vouloir bien soumettre à l'approbation de cette assemblée le projet de tarif publié dans le *Bulletin Médical* de Québec, en ce qui regarde la loi des accidents du travail.

Le Dr A. Rousseau, de Québec, qui représente l'Université Laval dans le Collège des Médecins, ajoute quelques commentaires sur la discussion des intérêts professionnels qui vient de se terminer. Nous notons avec plaisir les bonnes dispositions de ce gouverneur envers les revendications des médecins de la campagne.

Ensuite le Dr Omer E. Desjardins, secrétaire, adresse des remerciements à tous ceux qui ont pris part à cette belle réunion, et entre autres choses exprime l'espoir que cette réunion aura un lendemain pratique et que l'initiative prise par la Société Médicale des Trois-Rivières sera imitée l'an prochain par les autres sociétés médicales de cette province. "Pourquoi, dit-il, des centres comme Joliette, St-Hyacinthe, Sorel, Valleyfield, Hull, Lévis, Fraserville, Chicoutimi, etc., n'organiseront-ils pas de semblables réunions?"

La prochaine réunion aura lieu probablement quelque part dans le comté de Portneuf, de concert avec la Société Médicale de ce comté.

N. B.—Le Dr Pontbriand, Président de l'Association Médicale du Richelieu, s'était excusé par lettre de ne pouvoir assister à cette réunion malgré qu'il l'eut désiré beaucoup.

OMER E. DESJARDINS, M.D., Secrétaire.