

# L'Union Médicale du Canada

Fondée en 1872

## Comité de Direction

MM. Archambault, Benoit, Boucher, (R.), Boulet, Bousquet, Bourgeois, Bruneau, DeCotret, Derome (Wilfrid), Desloges, Dubé, Gérin-Lajoie (Léon), Harwood, Lassalle, Leduc, LeSage, Marien, Marin (Albéric), Marion (D.), Masson (D.), Mercier, Parizeau, Rhéaume, Roy, Saint-Jacques, Vidal.

Président: J. N. Roy; Secrétaire-trésorier: J. A. Vidal.  
Membre d'honneur: Professeur Pierre Masson.

## Comité de Rédaction

MM. Amyot, Roma; Badeaux, François; Bellerose, Antonio; Bertrand, Albert; Boucher, Roméo; Brault, Jules; Comtois, Albert; DeGuise, Albert; Desloges, Alfred; Doré, Réal; Dubé, Edmond; Dutilly, Arthème; Fauteux, Mercier; Fontaine, Rosario; Gérin-Lajoie, Léon; Lapierre, Gaston; Legrand, Emile; Letondal, Paul; Magnan, Arthur; Marin, Albéric; Marion, Donatien; Mathieu, Emile; Mercier, Oscar; Mousseau, J. Alfred; Pépin, Roméo; Rivard, Jos; Saucier, Jean; Simard, Charles; Trottiér, Ernest; Vidal, Albert.

Président: A. LeSage; Vice-Président: Albéric Marin;  
Secrétaire: Léon Gérin-Lajoie;  
Assistant-secrétaire: Donatien Marion.

## Prix de l'abonnement pour 1931

Canada et Etats-Unis .....	\$3.00
Etranger (pays faisant partie de l'Union Postale) .....	4.00
Etudiants .....	1.50
Prix du numéro .....	0.50

## Conditions de Publication

L'Union Médicale du Canada paraît tous les mois par fascicules de 60 pages. Chaque numéro contient des mémoires originaux, des faits cliniques, une revue générale, un mouvement médical, des notes de pharmacologie, des analyses et des nouvelles médicales.

Le Comité de Rédaction accepte des articles de tous les médecins à condition que ceux-ci n'aient pas déjà été publiés dans un autre journal. Les Mémoires Originaux ne doivent pas excéder 15 pages; les Faits Cliniques auront un maximum de 5 pages et les Revues Générales comprendront au plus 10 pages.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé franco, au secrétaire, Dr Léon Gérin-Lajoie, 1414, rue Drummond, Montréal, Téléphone Harbour 8444.

Tout ce qui concerne l'administration doit être adressé franco à M. F. Valiquette, administrateur, 3705 rue St-André, ou Boîte Postale 3026.

## SUITE DU SOMMAIRE



### ANALYSES

#### MEDECINE

Les icères de l'acide phénylquinoléine carboxylique. (p. 58). L'action de l'insuline sur les cancers ulcérés de la peau. (p. 58). Vaccination régionale par la porte d'entrée; son emploi contre l'infection colibacillaire. (p. 59). Trois cas de syndrome de Bernheim. (p. 60). Néphrite hydrogène tuberculeuse et néphrose lipöidique (p. 61).

#### CHIRURGIE

Le diagnostic et les principes de traitement du cancer du côlon et du rectum. (p. 61). L'hémangione du sigmoïde et du côlon (p. 62).

#### OBSTETRIQUE

Le trichomonas dans la vaginite de la grossesse (p. 62).

#### PEDIATRIE

L'enfant épuisé (p. 63). Enurèse (p. 64). Les manifestations urinaires de la syphilis congénitale du nourrisson (p. 65). Contribution au traitement des diarrhées parentérales des enfants, par le régime des pommes (65).

#### LABORATOIRE

Avian tuberculosis in normal and vaccinated rabbits (p. 66).



---

## NÉCROLOGIE

---

### LE PROFESSEUR WILFRID DEROME

La Canada tout entier a appris avec une très vive émotion la nouvelle de la mort du Docteur Wilfrid Derome, directeur du Laboratoire de Médecine Légale et de Police Technique de la province de Québec et professeur de Médecine Légale à l'Université de Montréal.

La haute personnalité du maître disparu, sa vie toute de travail, toujours égale et dépourvue d'ambition, le grand amour qu'il portait à ses disciples en faisaient une figure aussi aimable que caractéristique aux yeux de ceux qui, comme nous, avaient l'avantage de le connaître: approcher le Docteur Derome c'était l'aimer. Il s'est éteint dans ce cher Hôpital Notre-Dame où il avait été chef de laboratoire si longtemps. Sa mort n'est pas seulement un deuil pour le Canada, mais pour la science médico-légale qu'il a toute sa vie passionnément cultivée et aimée.

Qu'il nous soit permis de rappeler dans les colonnes de cette revue la carrière scientifique du maître regretté. Nous le ferons brièvement.

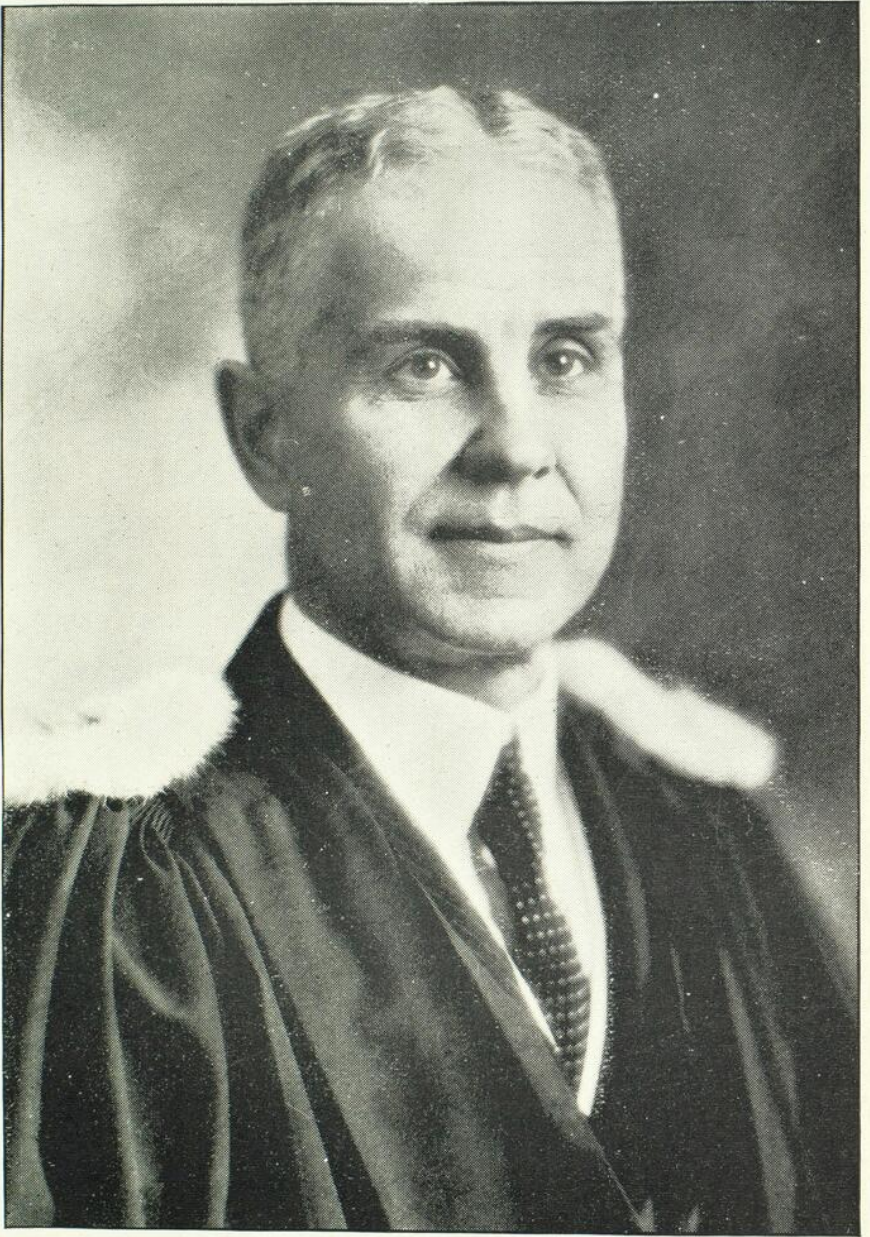
L'homme de science que fût le Docteur Wilfrid Derome naquit à Napierville en 1877. Après de fortes études classiques et universitaires, il obtint le diplôme de médecin à l'Université Laval de Montréal. A sa sortie de l'Université, il cherche pendant quelque temps sa voie: tour à tour interne à l'Hôpital Notre-Dame, pathologiste puis praticien; nous le retrouvons quelques années plus tard à Paris où il se spécialise en médecine-légale. Après des études brillantes, sous des maîtres tels que Thoinot et Balthazard, il obtient le diplôme de médecin-légiste et de psychiâtre et revient au pays, où, dès son arrivée, il met sa science et ses belles qualités intellectuelles et morales au service de la justice.

---

---

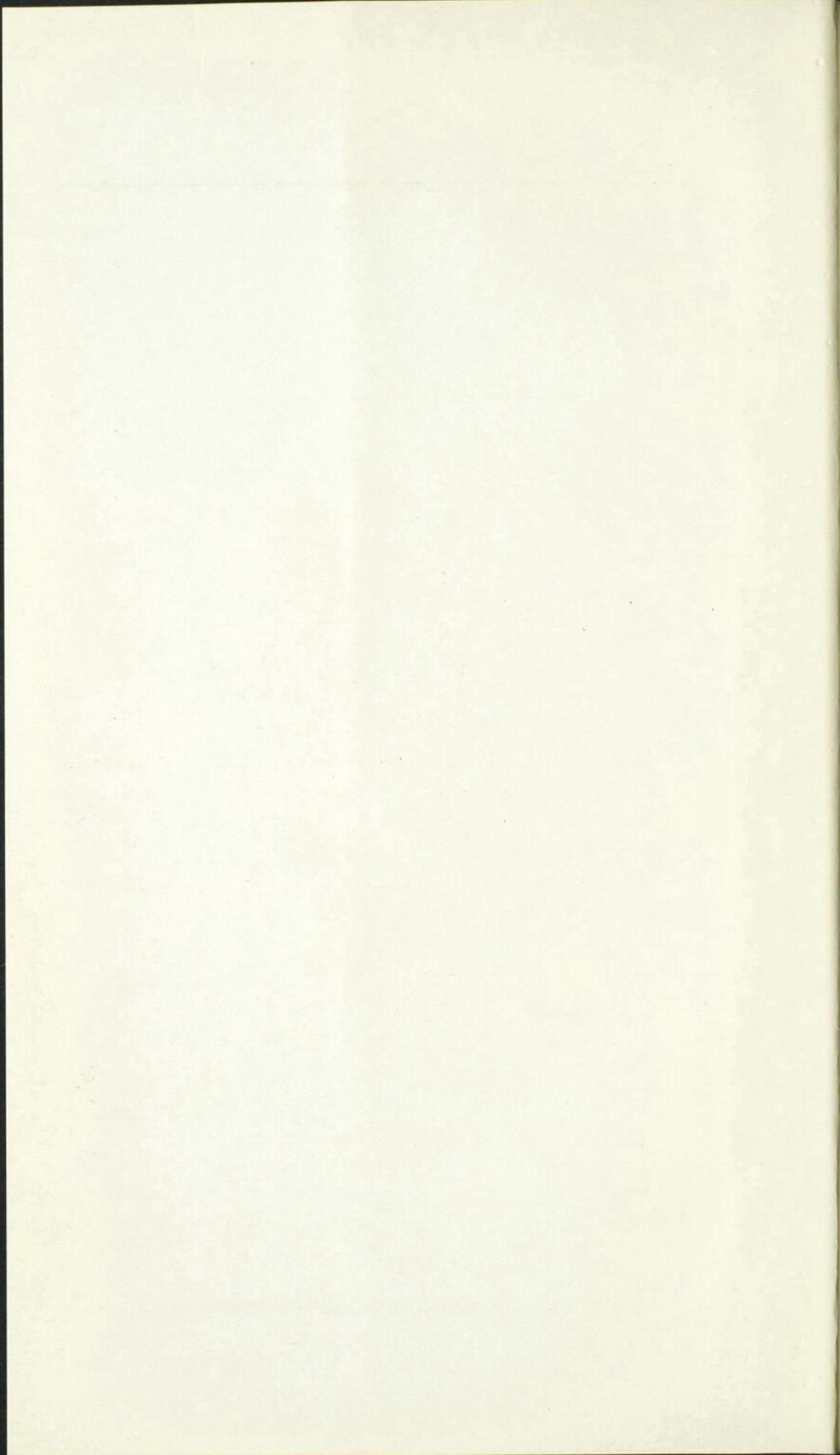
Si la médecine est vieille comme la douleur et, par suite, comme le monde, on n'en peut dire autant de la médecine légale, puisque, d'après sa définition même, son existence suppose une société organisée et policée. Cependant au Canada, jusqu'en 1910 environ, la science médico-légale n'avait jamais suivi les progrès de la législation. Cultivée avec soin dans les pays européens, elle était ici et dans toute l'Amérique du Nord presque entièrement abandonnée sinon inconnue. Les experts, pour la plupart chirurgiens, n'étaient pas à la hauteur de la tâche. Aussi les hommes de loi portaient-ils peu d'attention à la médecine judiciaire, ils la considéraient comme pouvant être exercée sans compétences spéciales. Ce fut le grand mérite du Docteur Derome de bien individualiser et de bien isoler au Canada la médecine judiciaire. Il créa le laboratoire de médecine légale et ses méthodes d'observation et d'expérimentation rigoureuses, jusqu'alors inusitées, ainsi que ses consultations eurent bientôt un grand retentissement et firent autorité. Par son savoir et sa probité rigoureuse, il inspirait une grande confiance aux magistrats. Avec toute la rigueur scientifique nécessaire, il excellait à démêler le vrai du faux dans les enquêtes difficiles. Mais esprit débordant d'activité le professeur Derome voulut faire plus et fit profiter ses contemporains ainsi que les générations futures de tout ce que lui avaient appris son expérience et sa pratique; aussi publia-t-il en 1920 un précis de Médecine Légale que tous les médecins et tous les avocats connaissent et consultent avec profit; ce traité est à la fois un modèle de clarté et de précision. En 1929, il publia un traité d'Expertise en Armes à feu: — livre préfacé par Balthazard, doyen de la Faculté de Paris et professeur de médecine légale. Ce livre fut pour l'étranger toute une révélation et plaça d'emblée son auteur parmi les meilleurs techniciens du monde et le Laboratoire Médico-Légal de Montréal à la tête des institutions de ce genre en matière de balistique. En outre de ces deux volumes et d'une seconde édition de son Précis de Médecine Légale qu'il était à compléter lorsque la mort le surprit, le Docteur Derome a publié sur différents sujets de médecine judiciaire et de la police technique d'innombrables articles dans l'Union Médicale du Canada dont il était directeur, dans les Annales de Médecine Légale de Paris dont il était correspondant et dans la revue "Police Science" de Chicago dont il était également correspondant.

---



LE PROFESSEUR WILFRID DEROME

1877 - 1931



---

Le Docteur Derome a été le grand consultant de son temps en matière de médecine judiciaire. Il est peu d'affaires litigieuses, de quelque importance au Canada, sur lesquelles son avis n'ait été sollicité. A l'occasion de procès célèbres, qui lui permirent d'étudier les points les plus importants de la médecine légale, il écrivit des rapports et consultations qui sont des modèles du genre et que nous nous proposons plus tard d'étudier et d'analyser.

Les titres ne manquent pas à la gloire du Docteur Derome. Ses belles recherches médico-légales suffiraient à immortaliser son nom. Le premier au Canada il comprend l'importance sociale de la médecine judiciaire, dont il est le véritable promoteur, et à l'étude de laquelle il applique des méthodes scientifiques et expérimentales jusqu'alors inconnues. Ses théories ont donc dépassé le cadre étroit où étaient renfermées les doctrines médico-légales de son époque.

Il faudra le recul du temps pour apprécier à sa réelle valeur cette grande et belle figure, d'une probité scientifique absolue, ce savant humble et modeste qui était justement entouré de l'estime déférente des hommes de science du monde entier.

Il s'en est allé en pleine vigueur intellectuelle, à l'âge de 54 ans, laissant derrière lui, comme un sillage lumineux, une longue suite de féconds efforts, vers une justice meilleure que celle qu'il a servie.

Rosario FONTAINE,  
*Médecin légiste.*

---

# BULLETIN

1872-1932

---

*L'Union Médicale du Canada* a atteint, avec le numéro actuel, le soixantième anniversaire de sa fondation : janvier 1872.

Les Bureaux de Direction et de Rédaction se proposent de saisir cette occasion d'évoquer quelques-unes des personnalités qui l'ont dirigée surtout durant les trente premières années.

Nos lecteurs et tous ceux qui s'intéressent à notre Revue se joindront sans doute à nous pour reconnaître que les anciens ont bien mérité de leurs successeurs en s'imposant les sacrifices nécessaires pour doter la profession d'un organe qui devienne leur interprète dans toutes les questions d'intérêts professionnels et même d'utilité publique.

Nous verrons, en consultant ces annales, qu'ils ont constamment cherché à promouvoir les intérêts supérieurs de notre profession, en s'efforçant de maintenir entre tous les membres une véritable *union médicale* : union dans la pensée, union dans les responsabilités, union dans le but à poursuivre, *union dans l'action*.

Malgré des divergences d'opinion assez vives quelquefois, la Revue n'a jamais dévié.

Aujourd'hui, plus que jamais, nous devons, comme les anciens — qui furent nos maîtres — maintenir entre tous les médecins *l'unité indispensable à notre avancement*, car nous avons marché depuis soixante ans. Nous aurons l'occasion de le constater en publiant, dans le numéro de février, quelques pages intéressantes qui nous permettront de mesurer la distance et de supputer nos forces en faisant l'inventaire des valeurs que nous avons acquises depuis un demi-siècle.

Notre tâche n'est pas terminée, les temps ne sont pas révolus, loin de là. Les œuvres ont grandi démesurément, les obstacles ont

surgi, nombreux et compliqués à cause d'un socialisme nouveau qui s'impose à l'attention de tous les gouvernements.

Les conceptions anciennes périlissent, le nivellement des classes sera bientôt un fait accompli.

Que deviendra le médecin dans cette société ultra-moderne?

S'il est *uni*, il sera une force et un guide éclairé, car dans tous les temps il a pratiqué ce socialisme essentiellement humanitaire tant prôné de nos jours par tous les opportunistes qui en avaient méconnu jusqu'ici "la grandeur et la royauté"; s'il est *divisé*, il périra dans un étatisme intransigeant et un asservissement définitif.

Notre sort est entre nos mains.

Allons-nous éteindre le flambeau?

Albert LeSAGE.

# MÉMOIRES

---

## QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR L'APPENDICITE AIGÜE.

Par Eug. DUFRESNE

Au cours de l'été dernier, le hasard de mes lectures m'a mis sous les yeux un rapport de la Metropolitan Life Insurance où il était question d'appendicite aiguë. Comme ces rapports sont bien faits et ont la réputation d'être parfaitement sérieux, je l'ai lu avec attention. Voici en résumé ce qu'on y disait; si on considère la période des derniers 20 ans, on remarque que dans le dernier quart de cette période, c'est-à-dire dans les derniers 5 ans, la mortalité par appendicite a augmenté de 20% chez l'homme, et de 14% chez la femme, par comparaison avec les premiers 5 ans de cette période. Les personnes d'un certain âge sont plus souvent atteintes qu'autrefois; les enfants en-dessous de 10 ans le sont plus aussi; seule la période de 10 à 20 ans l'est un peu moins. En 1928, plus de 18,000 morts ont été attribuées à l'appendicite aiguë, aux Etats-Unis. J'ai eu la curiosité de consulter mes notes, et j'ai trouvé que sur les 6 derniers décès de mes opérés d'appendicite, 4 étaient âgés d'environ 50 ans.

Le rapport avouait ignorer la cause de cette augmentation de la morbidité et ne cachait pas son étonnement d'une si forte augmentation de la mortalité, malgré les perfectionnements de la technique chirurgicale et la connaissance de plus en plus répandue de la maladie dans le public et dans le corps médical qui fait que l'attention est sans cesse en éveil sur cette affection.

La question du traitement de l'appendicite aiguë a été mise à l'ordre du jour à la Société Nationale de Chirurgie de Paris, pendant tout le printemps dernier. De la lecture des débats, il ressort clairement qu'on n'est pas satisfait des résultats actuels et que la précocité de l'intervention est l'élément le plus important de la guérison.

Les 6 malades que j'ai perdus ont tous été opérés plus de 24 heures après le début de la maladie.

Aussi, c'est un plaidoyer en faveur de l'intervention précoce, presque d'urgence, qui m'a incité à écrire ces lignes.

Une intervention précoce oblige à un diagnostic plus précoce encore; le diagnostic d'une appendicite au début est-il toujours facile?

Je n'hésite pas à vous dire, non. J'ai été souvent bien embarrassé avant de prendre une décision et presque gêné de conseiller l'opération sans retard devant les symptômes peu marquées et en apparence, peu graves.

Si les symptômes bien connus: douleurs dans la fosse iliaque droite, fièvre, vomissements, constipation étaient toujours bien nets, bien définis, ce serait facile; mais ces symptômes sont bien loin d'être tous présents, bien marqués, bien définis. La fièvre est quelquefois si petite qu'elle semble négligeable; les vomissements, mêmes les nausées peuvent faire défaut (obs II); la constipation n'exclut pas une selle peu avant de début de l'attaque (obs 1). Ces trois symptômes ne sont d'ailleurs pas particuliers à l'appendicite; ce sont des signes de réaction péritonéale, de péritonite. Toute appendicite est une péritonite. (Roux, de Lausanne). On les rencontre exactement les mêmes dans la cholécystite aiguë que Dieulafoy appelle l'appendicite de l'étage supérieur. Le seul signe d'appendicite, le signal-symptôme, c'est la douleur au point appendiculaire. Je ne vous parlerai pas des points de MacBurney, de Lantz, de Munro, de Clado, de Lentzmann, et d'autres, s'il y en a. Le point appendiculaire localisé dans la fosse iliaque droite est moins un point qu'une zone douloureuse à type péritonéal correspondant à l'aire d'implantation de l'appendice sur le cœcum. Si la zone semble un peu basse, un toucher vaginal permettra de surprendre le flirt de l'ovaire et de l'appendicite. (Segond).

Nous savons tous que la douleur en coup de poignard est plus une fleur de rhétorique qu'une réalité; bien plus souvent, cette douleur s'installe lentement, à son aise; et la contracture musculaire, la défense de la paroi est si peu marquée que, même si on la recherche par comparaison avec le côté opposé, on se demande si on ne la perçoit pas un peu par auto-suggestion.

Si on attend, si on tempore, les symptômes vont se dessiner, devenir plus nets, plus catégoriques, mais ne sera-t-il pas trop tard? (obs. II). N'oublions pas qu'il n'y a pas synchronisme entre les troubles anatomiques et les troubles fonctionnels. (Fredet, Labey). D'autre part, il m'est arrivé de rencontrer une douleur exquise dans la fosse iliaque droite qu'on pourrait définir de l'hypersensibilité à l'hypopression avec une toute petite température, et de trouver un appendice perforé, avec abcès, 18 heures après le début.

Je note en passant que chaque fois que j'ai trouvé cette sensibilité exquise, cette hypersensibilité à l'hypopression presque toujours

associée à un ventre de bois, j'ai trouvé, selon la région, une perforation de l'appendice de la vésicule, soit après traumatisme, du grêle ou du colon.

Il existe une longue série de signes, d'artifices d'exploration, de petits trucs, mais beaucoup ne sont que des précisions byzantines. (Bérard).

Le signe de Rooswig est, paraît-il excellent d'après certains chirurgiens. Il consiste, par massage et pression sur le colon gauche, à repousser son contenu vers l'angle splénique, puis le long de la guirlande transversale (Pauchet), de façon à ce que le cœcum se gonfle et réveille un réflexe douloureux au point appendiculaire.

Ce signe ne m'a jamais tiré d'embarras; c'est peut-être parce que je n'ai pas su l'exécuter parfaitement. Je le trouve d'ailleurs illogique. Le principal contenu des colons, c'est le gaz; et je comprends mal que l'on puisse à travers une paroi plus ou moins épaisse, à l'angle splénique caché sous les fausses-côtes, le long d'un transverse dont la position est variable, comprimer assez un intestin pour en chasser les gaz et les maintenir sous une pression même faible dans un colon descendant et un cœcum.

Le signe de Blumberg ou douleur de décompression m'a déjà rendu service. Il consiste à déprimer doucement la paroi puis à cesser brusquement cette compression.

L'École chirurgicale du Val-de-Grâce dit: Ce n'est pas à droite qu'on peut diagnostiquer l'appendicite à opérer d'urgence, c'est à gauche. Lorsque le Blumberg appliqué à gauche éveille une douleur à droite par décompression brusque, on a le meilleur signe d'intervention immédiate.

Un autre signe dont j'ignore le nom, s'il en a un, m'a souvent tiré d'embarras. Il consiste, le malade étant couché, à le faire asseoir sans qu'il s'aide de ses mains, par la seule contraction des muscles abdominaux. Dans un cas récent, où la douleur et la défense étaient loin d'être typiques, la malade n'a même pas pu lever les épaules de son lit tant cela lui faisait mal au côté, et l'intervention m'a montré une fort belle appendicite.

Est-ce à dire qu'à l'aide de ces signes on fait infailliblement et indiscutablement un diagnostic? Le plus souvent oui, mais il peut arriver qu'on ait quand même des doutes sérieux. Plusieurs états pathologiques peuvent en imposer pour un appendicite au tout début;

A. Les coliques de différentes natures, diarrhée d'été, embarras gastriques fébriles, empoisonnement alimentaire, etc. Attendez quelques heures, et surtout pas de morphine, et la débacle stercorale balayera vos doutes.

B. La colique hépatique est difficile à distinguer d'un appendice malade en érection sous-hépatique. Les irradiations vers l'épaule trancheront la question.

C. La colique néphritique et le calcul de l'uretère peuvent rendre terriblement perplexe. Guyon, Legueu etc, avouent des hésitations et même des erreurs. (Tussau). Les irradiations, la douleur au point urétéro-vésical, la pression douloureuse dans la région rénale, la radiographie, tireront probablement d'embarras.

D. Une jeune grossesse extra-utérine rompue peut fort bien ressembler à une appendicite pelvienne. L'interrogatoire est important, à moins que "l'on se heurte aux protestations indignes de veuves incorrectes ou aux dénégations formelles de demi-vierges". (Cestan). Attendez un peu, et un toucher vaginal fera crier un Douglas qui s'empêtera progressivement et commandera l'intervention.

E. Il faut enfin se méfier de la pneumonie chez l'enfant. Je n'ai jamais eu à faire de diagnostic différentiel. Plusieurs s'y sont trompés.

Je signale aussi une cause d'erreur dont je n'avais jamais entendu parler avant il y a quelques mois: c'est la péritonite rhumatismale. Il n'y a pas de raison pour que la séreuse abdominale ne soit pas touchée, comme les autres séreuses, par le rhumatisme. J'ai lu des observations de chirurgiens des plus huppés qui ont opéré des appendicites ou il n'y avait que péritonite rhumatismale qui cédait non pas à l'appendicectomie mais à un salicylate de soude.

Voilà notre diagnostic fait. Faisons opérer notre malade sans tarder. Dans le doute, ne jamais s'abstenir. (Brun). Rien ne peut nous indiquer qu'un retard ne sera pas très grave, ou même fatal. Chaque fois qu'il m'est resté des doutes, j'ai penché pour l'opération et je n'ai pas encore eu à le regretter. Tous les chirurgiens vous diront la même chose; par contre, il arrive qu'on se reproche, sans violence d'ailleurs, il est humain de trouver facilement de bonnes raisons pour s'excuser soi-même, de ne pas avoir opéré plus tôt.

Voici quelques observations très brèves qui, je crois, établissent ce que je viens d'exposer.

*Obs. I.* P. D., 14 ans. A une grosse selle demi-molle vers 9 hrs. du matin; il se plaint d'un vague mal de ventre, surtout à droite. Petit vomissement vers 11 hrs. a.m. Tem. 99.4. Bon gros pouls. Mauvais facies. Vomissement. Sa mère craint l'appendicite et appelle un chirurgien qui confirme. On l'amène à Montréal: 60 milles en auto; vomissements durant le trajet. Je le vois avec un confrère. Douleur et défense sont peu marquées. Tem. 100 degrés; bon pouls; mauvais facies.

Opération à l'Hôtel-Dieu, à 9 hrs. du soir, 12 hrs. après le début. Dans le péritoine, un tout petit peu de liquide clair. L'appendice est long, congestionné et présente vers son milieu une petite tache noire de la grosseur d'un soufre d'allumette. Fermeture sans drainage. Guérison rapide sans incident.

Cette petite tache noirâtre était une petite plaque de gangrène qui n'était pas encore détachée. Que serait-il survenu si nous avions attendu au lendemain pour opérer?

*Obs. II.* M. D., 9 ans. Manque souvent l'école pour de petites douleurs au ventre qui semblent disparaître quand l'heure de l'école est passée. Un certain vendredi, la chose arrive; le lendemain en se levant pour aller à sa classe: petit vomissement et vague douleur dans la fosse iliaque droite. On appelle un chirurgien. Vomissement plus marqué avant l'arrivée du confrère. Ce dernier croit à l'appendicite et conseille l'opération. Blumberg positif. Opération à l'hôpital Ste-Jeanne d'Arc, à 10½ A.M. 3 heures après le premier vomissement. Appendice congestionné. Aucun incident. Fermeture sans drainage. Les vomissements continuent plus fréquents et de jaunes deviennent bruns, puis noirs. Le facies s'altère. Les vomissements cessent vers minuit, et la guérison se fait sans encombre.

Je ne vois qu'une explication à ces vomissements persistants et alarmants. Les toxines parties de l'appendice malade avant l'opération ont exercé leur effet sur les centres nerveux; l'effet s'est épuisé et le foyer étant supprimé les vomissements ont cessé. J'ai l'impression que cela ne serait pas passé aussi bien si nous avions attendu quelques heures de plus avant d'intervenir.

*Obs. III.* J. S., 6 ans. passe le dimanche chez son grand-père et se bourre de bon blé-d'Inde bouilli. Dans la nuit, il a une indigestion: vomissement et mal de ventre. Le médecin traite son indigestion avec une bonne purge, probablement. Le lundi, l'indigestion continue. Le mardi, les parents trouvent l'indigestion bien grave et s'inquiètent. Le mercredi, je suis appelé. Après avoir entendu l'histoire, je n'ai eu qu'à soulever les couvertures du lit pour diagnostiquer une péritonite. Ballonnement, cuisses fléchies, douleur à la pression, plus marquée dans la fosse droite, respiration thoracique, etc. Opération à l'hôpital Ste-Justine, environ 60 heures après le début. A l'ouverture du péritoine, pus et adhérences fortes et nombreuses. Impossible de trouver l'appendice. En le cherchant, j'ouvre deux autres abcès. Lavage à l'éther, drains. Immunogène les jours suivants. Le petit malade meurt au bout de 5 jours.

Je ne blame pas le médecin. Nous aurions peut-être tous vu rien autre chose qu'une indigestion de blé-d'Inde, au moins pour commencer. D'ailleurs il est reconnu, et c'est bien logique, qu'une

indigestion, une gastro-entérite, une typhoïde, etc. peut causer une inflammation de l'appendice. J'ai toujours trouvé l'appendicite rapidement grave chez les enfants.

*Obs. IV.* Y. F., 35 ans, hystérique et épileptique. On appelle son médecin vers minuit, un samedi soir, pour un mal de ventre. Celui-ci croit à sa crise de dysménorrhée habituelle et prescrit un sac d'eau chaude et un calmant. Le dimanche matin, il passe chez sa malade et demande un chirurgien. Je vois la malade avec lui vers midi. Temp. 99.3; bon pouls, pas de ballonnement, bon facies, pas de vomissements; selle, la veille dans la soirée. Rien, si ce n'est une douleur exquise une hypersensibilité à l'hyppression dans la fosse iliaque droite. Toucher vaginal impossible, vaginisme. Toucher rectal, vague douleur à droite.

Etait-ce une comédie d'hystérique? Nous décidons de la revoir ensemble à la fin de l'après-midi, après avoir prescrit le traitement glace, séjour au lit et diète hydrique. Nous trouvons exactement le même état à 5 hrs, P.M. et demandons l'opération sans délai.

Opération à l'hôpital Notre-Dame, à 8 hrs P.M. 20 hrs après le début. A l'ouverture du péritoine: pus, appendice gros, perforé, se dirigeant en bas. Volumineux abcès de la fosse iliaque, peut-être pelvien. Appendicectomie sans enfouissement, lavage à l'éther, drains. Bouillon vaccin les jours suivants. Les suites opératoires furent plus dramatiques que l'état pré-opératoire: vomissements et paralysie intestinale pendant plusieurs jours; fistule stercorale, qui inonde pansement et lit à plusieurs reprises. La fistule se ferme spontanément au bout de deux mois. Petite éventration.

Si nous avions attendu, les vomissements, le facies, le pouls rapide, le ballonnement seraient sûrement apparus, mais la malade s'en serait-elle tirée?

*Obs. V.* C. R., 18 ans, pensionnaire dans un de nos grands couvents, s'éveille un matin de juin dernier avec une douleur au ventre et de la température. Je la vois dans l'après-midi. Temp. 104; bon facies; pas de ballonnement. Douleur dans la fosse iliaque droite à la palpation profonde. Je lui demande de s'asseoir dans son lit sans s'aider de ses mains; elle ne lève même pas les épaules à cause de la douleur bien localisée dans la fosse droite.

Opération à l'hôpital Ste-Jeanne d'Arc, à 6 hrs. du soir, 12 heures après le début. Appendice, méso-appendice, et cœcum autour du point d'implantation fortement congestionnés. Appendicectomie, enfouissement et fermeture sans drainage. Le lendemain, la température est à 104, le 2ième jour, à 105; et cependant tout est parfait du côté de l'intervention. On met cette temp. sur le compte de l'intestin. Des lavements répétés donnent des résultats considérables. La temp. reste à 105; tout est silencieux du côté appendice, mais le séro devient positif. Ma malade fait une fièvre typhoïde, une petite rechute, une congestion de poumons, et se décide enfin à entrer en convalescence.

Comment la typhoïde se serait-elle passée si elle avait conservé un appendice dans l'état ou je l'ai trouvé?

*Obs. VI.* L'abbé C., 51 ans, interné à Ste-Thérèse depuis plus de 15 ans, avait de temps en temps ce qu'il appelait de petites crises hépatiques, qu'il traitait lui-même, je ne sais comment, et qui duraient peu. En avril dernier, il en a une qui a commencé comme les précédentes, mais qui s'est terminée autrement. La fièvre et le dérangement d'estomac se sont passés, mais il est resté de la douleur inquiétante dans la fosse droite. Bref, j'ai opéré le malade quelques heures après l'avoir examiné.

Opération, hôpital St-Jean de Dieu, plus de 60 heures après le début. Malade gras. Appendice complètement et fortement adhérent dans la profondeur. Aucune autre adhérence ne protège le reste de la cavité si ce n'est un peu d'épiploon qu'il me faut défaire pour passer. Pas de pus quoique j'aie senti une forte odeur fécaloïde en écartant les anses grèles. En cherchant à décoller l'appendice, je sens un calcul qui me glisse entre les doigts. J'ai l'impression que l'appendice était déjà perforé quand j'ai commencé mon opération, et que la moindre pression a fait sortir le calcul. J'ai fini par sortir l'organe en fort piteux état. Ether, gros drain cigarette, propidon, injections intra veineuses de sérum à 20%, etc. L'abbé est mort deux jours après.

Voilà un bel exemple de ces petites crises légères qui ne durent pas et se répètent jusqu'à ce que survienne une attaque grave, quelquefois mortelle.

Cela me rappelle un cas qui ne m'est pas personnel mais que j'ai pu suivre d'assez près. Un jeune médecin dont l'avenir promettait, faisait lui aussi de petites crises légères qui ne le dérangaient guère, jusqu'à ce que survienne une attaque plus grave qui le décide à l'opération, non sans hésitation. Il a fait un phlegmon de la fosse iliaque qui l'a emporté.

*Obs. VI.* Enfin une 7<sup>e</sup> observation, déjà vieille, mais qui montre bien qu'on ne sait jamais comment cela finira. Un jeune homme grand et fort d'environ 22 ans arrive à l'hôpital Notre-Dame avec une appendicite en bonne voie de refroidissement. Tout allait bien, et après une dizaine de jours de traitement médical nous devions l'opérer. Il y avait ce matin-là un gros programme opératoire, et notre jeune homme fut remis à la séance suivante. Après une grosse matinée de travail, le Dr Bourgeois et moi, en traversant la salle St-Joseph, jetons un rapide coup-d'œil sur les feuilles de temp. accrochées à la tête du lit des malades. Notre jeune homme avait une brusque montée de temp. Bref, un quart d'heure plus tard, je lui ouvrais un large abcès contenant du pus chocolat, un peu en haut et en dedans du point appendiculaire, sans même chercher à enlever l'appendice. Le lendemain matin, notre jeune malade était mort.

Je vous ai parlé de la Société Nationale de Chirurgie de Paris. C'est une association très fermée, ou il faut des états de service sérieux pour être élu titulaire. Les décisions, les conseils de la Société sont toujours écoutés, respectés, et bien souvent suivis de l'univers entier.

La question du traitement de l'appendicite aiguë y a été amorcée par le Prof. Pierre Duval. Vingt-quatre membres ont pris la parole.

Il a été question du drainage. Presque tous drainent et drainent largement dès qu'il y a pus ou même sérosité odorante. Les uns drainent avec des tubes de caoutchouc; d'autres, avec des mèches. J. L. Faure en a profité pour faire longuement l'apologie du Mikulicz cher à son cœur. L'un d'eux confesse candidement "avoir tué deux malades", en ne drainant pas, mais promet bien qu'on ne l'y prendra plus.

Les uns interviennent quel que soit le temps de la maladie; d'autres essaient prudemment de refroidir s'ils ne peuvent pas opérer avant 48 heures. Les uns enlèvent systématiquement l'appendice dans tous les cas suppurés; les autres ne le font que si c'est possible sans grand délabrement.

Le Prof. Duval seul emploie intensivement le sérum anti-gangréneux dès qu'il y a une indication; les autres, ou bien n'en parlent pas, ou bien disent avoir abandonné cette pratique parce qu'ils l'ont trouvée complètement inefficace; ils disent que ce sérum est actif contre les microbes à spores et qu'on n'en trouve à peu près jamais dans le pus d'appendicite.

Presque tous ont apporté leur statistique ou celle de leur service. J'aurais bien voulu les compiler, les additionner, mais chacun les donne à sa façon, les uns par tranches de 12 heures de maladie, d'autres par tranches de 24 heures, d'autres divisent leurs cas opérés avant 48 heures et après 48 heures, d'autres encore ne donne que le nombre des opérés et des décès sans tenir compte du temps de la maladie, un autre enfin ne donne que son pourcentage global de mortalité.

J'ai cependant réussi à obtenir les chiffres suivants;

	Morts	Taux
Cas opérés de 0 — 12 après le début	28... 0.....	0
“ “ de 0 — 24 “ “ “	497... 7.....	1.45%
“ “ de 0 — 48 “ “ “	1565... 40.....	2.55%
“ “ après 48 hrs.....	1121... 169.....	15.07%
Sans indication de temps.....	3932... 311.....	7.90%

On prétend que l'on peut faire dire ce que l'on veut aux statistiques; je ne crois pas qu'on puisse faire dire à celles-là que l'opération tardée n'est pas beaucoup plus grave que l'intervention précoce.

Je ne crois pouvoir mieux faire pour finir que de répéter ce que le Prof. Duval disait pour clore le débat :

“Nous avons cru devoir reprendre la campagne en faveur de l'opération précoce dans la crise d'appendicite aiguë puisque malheureusement des hommes comme Dieulafoy, Routier, Temoin, n'ont pu en France, créer la conviction entière.

“L'opinion de notre Société est formelle et unanime. En matière d'appendicite aiguë, le salut dépend uniquement de la précocité de l'intervention. Ne conviendrait-il pas de rappeler à tous ce fait incontestable.

“Et par tous, nous entendons: les chirurgiens, s'il en est encore qui ne sont pas persuadés; les médecins qui pratiquent encore le traitement d'attente, n'étant pas convaincus de la nécessité impérieuse de recourir le plus tôt possible au traitement chirurgical; le public, dont l'ignorance n'accorde pas une suffisante importance aux “maux de ventre”, les traite à la légère par l'abominable purgation, et s'oppose parfois encore au conseil chirurgical.

“La vérité scientifique est là, indiscutable, et doit s'imposer à tous.

“Je demande à notre Société de répandre ces simples propositions qui résument notre discussion sur le traitement de l'appendicite aiguë :

“Toute colique abdominale peut être le début d'une appendicite foudroyante, et doit donc sans retard, et sans aucun traitement personnel préalable, être soumise à l'examen médical.

“Toute crise d'appendicite, si bénin qu'en paraisse le début, peut soudain se transformer en la plus grave des appendicites.

“Toute crise d'appendicite aiguë, quelle qu'en soit la bénignité initiale apparente, doit être opérée aussi près que possible du début de la crise.

“Il n'existe pas de traitement médical de l'appendicite aiguë.

“Le meilleur traitement de la crise d'appendicite aiguë est l'opération dans les 24 heures de la crise.

Les conclusions de M. Duval sont adoptées à l'unanimité.

Opérations d'appendicite aiguë  
d'aprèsles Bull. et Mem. de la Société Nationale de Chirurgie de Paris.  
des nos 12 à 24, 1931.

	0 à 12 hrs.		0 à 24 hrs.		0 à 48 hrs.		après 48 hrs.		Sans indication de temps	
	cas	m.	cas	m.	cas	m.	cas	m.	cas	m.
M. P. Huet	10	0	17	0	33	2	25	3	85	5
M. Gérard Marchand	6	0	13	0	28	1	10	3	100	6
M. Ant. Basset	7	0	15	0	25	2	25	7	72	9
M. Lenormant	5	0	73	2	80	8	149	34	357	53
M. E. Sorrel			42	1	20	0	22	1	84	2
M. Hartmann			146	2	166	3	176	44	510	51
M. Pouliquin			38	1	13	1	9	2	60	4
M. Chevrier			79	1	47	5	125	9	251	15
M. Matry			46	0	131	1	258	31	435	32
M. Stern					137	4	161	10	135	9
M. Mathieu					78	2	57	7	298	14
M. Métivet					77	3	14	5	91	8
M. Botreau-Roussel					94	0	6	3	132	3
M. Brun					139	1	84	10	223	11
M. P. Duval									752	67
M. J. L. Faure									191	14
M. A. Schwartz									106	3
M. J. Murard									50	5
Précédent	28	0	469	7	1068	33	1121	169	3932	311
			28	0	497	7				
			497	7	1565	40				
Taux de mortalité			1.45%		2.55%		15.07%		7.90%	

## INFLUENCE DE LA PARATHYROÏDECTOMIE SUR LE CALCIUM SANGUIN <sup>(1)</sup>

Par A. G. WEISS, J. MONGUIO et L. BERNARD <sup>(2)</sup>.

Il est généralement admis que les glandes parathyroïdes jouent un rôle primordial dans le métabolisme calcique. Il est donc logique de penser que nombre d'affections osseuses, longtemps classées sous le nom de dystrophies, relèvent d'un trouble dans le fonctionnement parathyroïdien.

La polyarthrite ankylosante, la Maladie de Recklinghausen, la sclérodermie s'accompagnant parfois d'hypercalcémie, des auteurs comme Opel, Mandel et récemment Leriche ont cherché la cause de ces états dans un hyperfonctionnement du système parathyroïdien. Ils s'efforcèrent, en s'attaquant directement aux glandules parathyroïdes, de faire redescendre le taux du calcium sanguin à la normale.

Plusieurs méthodes furent utilisées dans ce but.

Ce fut d'abord l'ablation d'une ou plusieurs parathyroïdes. Mais l'expérience montra que fréquemment, au cours de l'intervention, les parathyroïdes restaient introuvables. Chose curieuse, même dans ces derniers cas, les résultats thérapeutiques furent parfois remarquables.

Devant l'impossibilité de découvrir régulièrement au moins l'une des glandes, Leriche et ses élèves essayèrent de remplacer l'ablation d'une parathyroïde par la ligature de l'artère thyroïdienne inférieure. Les malades opérés furent nettement améliorés, et le dosage du calcium sanguin montra que l'hypercalcémie avait disparu pour faire place à un taux normal du calcium dans le sang. Ces auteurs en conclurent que la ligature de l'artère thyroïdienne inférieure prive une des parathyroïdes de sa vascularisation et provoque sa disparition fonctionnelle. Ceci peut paraître surprenant à divers titres.

D'abord l'on sait qu'en ce qui concerne les glandes à sécrétion interne, il suffit d'une quantité infinitésimale de tissu glandulaire pour assurer la fonction endocrine. Or les parathyroïdes sont au moins au nombre de quatre. Comment la suppression fonctionnelle de l'une d'elle peut-elle faire baisser la calcémie?

D'autre part la greffe libre d'une parathyroïde a déjà été réalisée nombre de fois. Une parathyroïde privée de son artère équivaut à une parathyroïde greffée dans les meilleures conditions possibles. Or

---

(1) Communication faite à la Société de Biologie de l'Université de Strasbourg. Juillet 1931.

(2) L. Bernard, Assistant à l'Hôpital St-Luc, dans le Service du professeur Rhéaume.

les dosages ont montré qu'après la ligature, le calcium sanguin a baissé presque immédiatement, et les signes cliniques se sont amendés.

Ces réflexions, nous ont incité à rechercher expérimentalement l'influence de la parathyroïdectomie et des ligatures sur la calcémie.

Les recherches ont été faites sur le chat où la parathyroïde est relativement facile à trouver. Toutes les parathyroïdes ont été vérifiées histologiquement.

Les dosages de calcium ont été faits par M. Monguio. Ces dosages ont tous été faits deux fois par la méthode de Hirth, et le chiffre moyen a été adopté. Pour donner à la recherche toute la rigueur désirable, M. Monguio ignorait toujours sur quel animal le sang qu'il examinait avait été prélevé.

Le tableau suivant résume toutes nos expériences :

CALCEMIE AVANT L'OPERATION		OPERATION SUBIE	CALCEMIE APRES L'OPERATION
CHAT I	0,102	Ipara. sup. droite Section pôle inf. droit	20 minutes après 0,093 4 jours après 0,081
CHAT II	0,104	Idem à gauche	30 minutes après 0,106
CHAT III	0,092	Idem à droite	18 jours après 0,096
CHAT IV	0,110	Pôle inf. gauche	7 jours après 0,107 14 jours après 0,096
CHAT V	0,103	I parathyroïdectomie droite et I parathyroïdectomie gauche	9 jours après 0,096 16 jours après 0,100
CHAT VI	0,10	Section pôle inf. droit et pôle inf. gauche	7 jours après 0,102
CHAT VII	0,088	“ “	7 jours après 0,09
CHAT VIII	0,104	Exposition et manipulation du système thyro-parathyroïdien	5 jours après 0,102
CHAT IX	0,098	Ablation de 4 parathyroïdes.	Tétanie — Mort.

En examinant les chiffres ci-dessus on peut se rendre compte qu'après nos interventions sur les parathyroïdes, la calcémie n'a pour ainsi dire pas varié.

La ligature des pédicules thyroïdiens inférieurs, l'extirpation simultanée de deux parathyroïdes n'ont pas apporté de modification du taux du calcium sanguin.

Seule l'ablation de quatre parathyroïdes a provoqué la tétanie et la mort. Malheureusement le chat est mort très rapidement et nous n'avons pu faire de dosage post-opératoire.

Ces résultats sont en accord avec celui publié par MM. Bourguignon et Sainton dans la séance du 2 mai 1931 de la Soc. de Biologie de Paris.

Un homme atteint d'ostéite fibreuse de Recklinghausen subit l'ablation de deux parathyroïdes, l'une normale, l'autre adénomateuse. Le malade fut amélioré, mais la calcémie totale ne subit aucune variation.

Par contre nos résultats sont en désaccord avec certains chiffres publiés par MM. Leriche, Yung et Simon, qui à la suite de la ligature pure et simple d'une artère thyroïdienne inférieure virent baisser la calcémie.

Il faut bien se garder de conclure pour l'instant, et il convient de continuer une expérimentation qui contient une quantité de contradictions, peut-être apparentes, mais qui nécessitent jusqu'à nouvel ordre la plus grande prudence dans nos déductions physio-pathologiques.

---

# RECUEIL DE FAITS

---

## PURPURA RHUMATOÏDE

Par Roméo BOUCHER,

Professeur agrégé à l'Université de Montréal.

Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

Médecin-en-chef de l'Hôpital Saint-Luc

Nous avons eu récemment l'occasion d'observer un cas de purpura rhumatoïde, typique dans ses manifestations, mais dont la réponse au traitement massif par le salicylate de soude mérite d'être rapportée.

Il s'agit d'une fillette de onze ans, Florence L., qui depuis quelques jours se sent lasse, triste et taciturne, dont l'appétit et l'activité ont grandement diminué. Elle se plaint, en outre, d'avoir un peu mal à la gorge. Dans la nuit du 21 juillet dernier, elle ressent une brusque douleur épigastrique, qui dura presque tout le jour et n'est soulagée que par un vomissement abondant et verdâtre. Le lendemain les douleurs recommencent, toujours soulagées par des vomissements plus fréquents. En aucun temps, ils ne contiennent cependant de sang. Après une période de repos de vingt-quatre heures le syndrome apparaît de nouveau pour se renouveler pendant deux à trois semaines à des périodes de plus en plus rapprochées.

Vers le 6 août dernier, les selles deviennent sanglantes et chaque exonération apporte un soulagement aux coliques abdominales de l'enfant, qui deviennent plus fortes, plus tenaces. Le 9 août, la mère s'aperçoit que les pieds, les jambes, les mains et les avant-bras sont couverts d'une infinité de "petites rougeurs". Le 10, elle note un certain gonflement des chevilles et des paupières. On décide alors de l'envoyer à l'hôpital.

A son entrée, l'examen clinique montre une enfant apparemment bien constituée, reposant calmement dans son lit, mais dont les muqueuses sont très décolorées et la peau recouverte d'une éruption purpurique. Il existe, de plus, une forte enflure des chevilles, de l'œdème sacro-lombaire et de la bouffissure de la face.

*Poumons*: rien à noter.

*Coeur*: petit souffle systolique de la pointe, sans propagation.

*Abdomen*: plutôt sensible au palper, mais sans défense musculaire nette.

*Foie*: rien de particulier.

*Rate*: ne paraît pas augmentée de volume.

*Examen neurologique*: rien de particulier.

*Yeux*: pas d'hémorragie du fond de l'œil.

*Sang:*

Hémoglobine .....	50%
Globules rouges .....	4 140 000
Globules blancs .....	20 850
Polynucléaires .....	73%
Lymphocytes .....	23%
Autres éléments .....	4%
Plaquettes sanguines .....	275 000

Le temps de saignement dépasse 20 minutes.

*Selles:* contiennent du sang.

*Urines:* densité à 1005, acide, contient beaucoup d'albumine, mais pas de sang, ni de cylindres.

*Température:* varie entre 98o3 et 100oF.

*Pouls:* pas très rapide, assez fort et régulier.

*Etat général:* médiocre.

Le 14 août on lui fait une transfusion directe du sang maternel de 320c.c. sans résultat sur la marche de la maladie. On constate même la présence de nouvelles taches purpuriques, dès le lendemain. Le 18 août, les parents réclament l'enfant qui quitte l'hôpital, *non améliorée*, avec le diagnostic de "Schönlein-Henoch's purpura".

C'est le 3 septembre que nous voyons la malade pour la première fois. Nous nous trouvons en face d'une fillette dont l'état général nous paraît franchement mauvais. Le faciès, légèrement adénoïdien, est pâle, bouffi. Les pupilles sont normales de forme et de réflexes. Les conjonctives sont très pâles, discrètement subictériques. Le nez a une imperméabilité partielle, les dents sont saines et bien plantées. Le palais est ogival, la langue fortement saburrale, l'haleine fétide. Les amygdales sont rouges et tuméfiées. Le corps thyroïde est normal.

*Poumons:* rien à noter.

*Coeur:* bat à 135, aucun bruit de galop, aucun frottement. Petit souffle systolique de la pointe, légèrement râpeux et se propageant vers l'aisselle. Le pouls est petit, plutôt fuyant, facilement dépressible. La pression artérielle est de 100/62 (Tycos).

*Abdomen:* est souple sans localisation douloureuse. Seul, le palper profond révèle un certain degré de sensibilité, facile à supporter.

*Système gastro-intestinal:* anorexie complète, vomissements presque incoercibles, coliques abdominales violentes, à caractère expulsif, suivies de selles franchement sanglantes, soulageant pour un temps les douleurs abdominales provoquées par ces coliques.

*Foie:* ni gros, ni douloureux, ne déborde pas les fausses côtes.

*Rate:* franchement augmentée de volume, la matité se percevant sur quatre travers de doigt au moins. N'est pas palpable.

*Reins:* les urines ont une densité de 1013, ne contenant, ni sucre, ni pigments biliaires, ni cylindres, ni sang. Elles contiennent de l'albumine (très fortes traces). Les reins ne sont pas palpables. Pas de point douloureux costo-vertébral.

*Sang:* B. W. négatif. (C'est la seule analyse sanguine, que nous ayons pu faire, la malade se refusant à toute manipulation).

*Système nerveux:* rien à noter.

*Système musculaire:* rien à noter.

*Système cutané:* Sur les jambes, les cuisses et l'abdomen, sur les mains, les avant-bras, et les bras et le thorax existe une éruption dont les éléments, très abondants, ne s'effacent pas à la pression du doigt. Ils sont de couleur rouge foncé, plutôt confluent et surélevés.

*Système osseux:* Les articulations sont le siège de douleurs assez fortes, exacerbées par les mouvements passifs et actifs. Elles ne sont pas rouges et les chevilles seules sont gonflées. Au dire de la malade l'émission d'une selle sanglante atténuerait ces douleurs.

Devant un pareil syndrome, nous portons le diagnostic de purpura rhumatoïde et nous instituons d'emblée un traitement salicylé et un traitement anti-hémorragique.

*L'anthéma* est donnée en injection cinq jours de suite et le salicylate à la dose de 18 grammes par jour (un gramme toutes les heures et demie). Au bout du troisième jour, une amélioration notable se fait déjà sentir. Du troisième au cinquième jour, pas d'hémorragie intestinale. La température qui se maintenait toujours aux environs de 101° à 102°F. tombe à 99.2 et l'enfant peut reposer plusieurs heures de suites, ce que depuis longtemps elle n'a pu faire.

Nous cessons l'anthéma et nous diminuons à douze grammes par jour la dose de salicylate. Le neuvième jour du traitement, violente hémorragie, précédée comme toujours d'une crise de coliques abdominales. Autre série de trois injections d'anthéma, même dose de salicylate. La malade est complètement changée. La température est au-dessous de la normale, l'enfant s'intéresse davantage à la vie qui l'entoure, les forces augmentent, l'appétit revient à un tel point qu'il faut restreindre l'alimentation. Le 1er octobre, l'enfant s'assoit pour la première fois dans un fauteuil et fait quelques pas une semaine plus tard. Il persiste cependant au niveau des malléoles un œdème que le moindre effort fait apparaître et une éruption localisée aux membres inférieurs qui ne paraît vouloir ni régresser, ni progresser. Immédiatement après la deuxième série d'anthéma, nous avons graduellement diminué la dose de salicylate, mais nous avons jugé bon de laisser à la malade une dose d'entretien de deux grammes par jour qu'elle a cessé à la fin du mois dernier. Depuis ce temps, la malade joue avec ses compagnes et ne paraît pas conserver de reliquat de cette longue maladie.

Cette observation est instructive à plus d'un point de vue. Elle nous montre une maladie évoluant en deux temps bien distincts. Le premier, caractérisé par un syndrome entérrragipare et purpurique, le second par l'intrication de ce syndrome avec les éléments essentiels du rhumatisme polyarticulaire: douleurs articulaires, gonflement, température, localisation cardiaque, etc. Sans doute, sont venus se surajouter tous les signes qui accompagnent ordinairement le purpura, ce qui rendait le diagnostic quelque peu hésitant et difficile. Mais la thérapeutique est venue à notre rescousse pour prouver le bien-fondé de notre interprétation. On connaît la spécificité du salicylate de soude pour le rhumatisme poly-articulaire. Nous n'avons pas hésité, comme nous avons accoutumé de le faire dans notre service, de donner des

doses massives de ce médicament, accompagnées, bien entendu, d'une dose deux fois plus forte de bicarbonate de soude. La tolérance de certains sujets à cet égard est vraiment très grande et notre malade de onze ans en est le plus bel exemple. Nous n'avons pas continué longtemps cette dose, il est vrai, mais le changement qui s'est produit, au fur et à mesure que la saturation salicylée de l'organisme augmentait, nous a permis de ménager un tube digestif et des reins qui avaient déjà subi de multiples assauts. Quant à l'anthéma, nous l'avons donné pour entraver un syndrome hémorragique qui nous paraissait devenir menaçant tant par l'abondance du sang passé que par la répétition des crises.

Quelques remarques diagnostiques avant de terminer. Le purpura rhumatoïde est une maladie aujourd'hui bien connue. Il se caractérise par des douleurs rhumatoïdes, ordinairement modérées, des crises abdominales violentes, lesquelles, apparaissant avant l'éruption purpurique, peuvent orienter le diagnostic vers une appendicite, une péritonite, une occlusion et surtout une invagination intestinale (Tixier et Canonat, "Soc. de Pédiatrie", 17 oct. 1922), enfin une éruption purpurique, localisée surtout aux membres inférieurs et supérieurs, mais pouvant aussi couvrir tout le corps. Il ne faut pas oublier, du reste, que cette maladie, tout en procédant par poussées successives, se termine généralement par la guérison, à moins que les hémorragies, comme dans notre cas, ne deviennent trop intenses ou qu'il se produise quelque sérieuse complication viscérale.

Il existe d'autres purpuras à allure infectieuse qui sont comme une forme de transition entre le purpura rhumatoïde et la forme véritablement aiguë que peut provoquer toute infection et à laquelle Landouzy avait donné le nom de typhus angéio-hématique. Quant au purpura fulminans de Hénoc (1887) il a une allure clinique toute particulière qui ne rentre pas du tout dans le cadre de cette maladie et par sa gravité et par sa rapidité d'évolution (cinq jours).

Bien moins serait de séparer le syndrome étudié par Schönlein. A notre avis, le nom seul est changé: la maladie reste cliniquement la même. Quant à la péri-artérite noueuse du Kussmaul et Maier, il est vrai qu'elle présente un syndrome infectieux, un syndrome digestif avec vomissements et hémorragies intestinales, mais l'érythème cutané est à forme de purpura bulleux et ulcéro-nécrotique qui ne laisse aucune place à l'incertitude. Sans compter que la maladie est mortelle à plus ou moins longue échéance.

Nous tenons aussi à remercier le docteur H. S. Mitchell, surintendant médical du Children's Memorial Hospital, qui a bien voulu nous faire un résumé du cours de la maladie pendant le court séjour de la patiente à l'hôpital et nous permettre de publier les analyses et les observations cliniques qui y ont été faites.

## TORSIO-HÉMATO-SALPYNX DROIT

Par J. U. Gariépy

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal.  
Chirurgien à l'Hôpital Notre-Dame.

Mme Lorenzo B..., 41 ans, est admise à l'hôpital Notre-Dame, à 10 heures a.m. le 6 octobre 1931 pour appendicite aiguë.

*Antécédents héréditaires:* Père, vivant, 70 ans, en bonne santé.

Mère morte — paralysie.

3 sœurs. bonne santé.

4 frères: bonne santé.

*Antécédents personnels:* Rougeole à 3 ans — diphtérie à 7 ans.

Arthrite traumatique du genou à 18 ans: durée, 30 jours.

Récupération complète des mouvements.

Luxation de l'épaule gauche à 22 ans. Deux mois de traitement.

Guérison complète.

Réglée à 13 ans. Irrégularités menstruelles, les périodes s'allongent jusqu'à huit ou dix jours ou cessent après trois à quatre jours. Indolores, sans caillots, pas de leucorrhée.

Mariée à 31 ans — les menstrues continuent d'être irrégulières avec les mêmes caractères que ci-dessus.

Depuis trois ans, aménorrhée intermittente. Le cycle disparaît pendant 3 à 4 mois et ceci se répète à cinq reprises. Quand il se rétablit, apparaît un flot abondant de quinze jours, sans caillots ni membranes, accompagné d'un ballonnement abdominal considérable.

Pas de constipation, d'ictère, d'hématuries ni de nycturie.

Il y a douze ans, le 1er janvier 1919, douleur subite dans le flanc droit (point de côté abdominal) *syncope*, sensation de griffe, de déchirure, vomissements durant deux jours, métrorragie abondante (15 jours) Température jusqu'à 102° durant trois à quatre jours. Glace, alitement d'une semaine. Cette crise survint sept jours après les règles.

En novembre 1925, douleur subite sans hémorragie — 4 jours. L'attaque coïncida avec les menstruations. Température à 99 et 100°.

Dimanche le 4 octobre 1931, douleur térébrante dans la fosse iliaque droite avec perte de connaissance sans métrorragie — vomissements porracés abondants. S'effondre sur le plancher, se traîne jusqu'à son poêle, chauffe un fer électrique appliqué loco dolenti. Parvient à se hisser péniblement sur son lit. Il lui faut attendre, étant seule, le retour de son mari qui, effrayé, mande alors son médecin, vers 5 heures p.m. Diagnostic d'appendicite aiguë. Morphine. Douleur se calme.

Le lundi soir, autre crise avec douleurs violentes qui font la malade se torturer dans son lit. Durée: deux heures. Les élancements persistent toute la nuit mais de façon tolérable.

Le mardi matin, 6 octobre, ambulance, hôpital Notre-Dame.

Nous voyons la malade vers 11 heures A.M., soit une heure après son entrée.

Femme dotée d'un certain embonpoint, au facies tiré, cercle bistré autour des yeux. Elle est agitée et geint sans cesse. La température est à 99 2/10 — pouls à 88 — tension artérielle 128/78. Les pupilles sont égales, les réflexes conservés: langue saburrale, dents en mauvaise condition.

Urines: cylindres hyalins et granuleux.

Urée sanguine 0 gr. 46 — Glycémie 1 gr. 02.

Cœur et poumons: rien à noter.

*Abdomen*: Ballonnement, tympanisme, défense abdominale généralisée douleur par tout le ventre avec prédominance de la sensibilité provoquée à mi-chemin entre la ligne spino-ombilicale et l'arcade de Fallope. Hypéresthésie cutanée.

*Toucher vaginal*: Vulve, petite. Col conique, nullipare. Utérus en position moyenne, semble-t-il. Cul de sac droit douloureux mais non effacé. Douglas inexplorable à cause de la contracture abdominale intense: on ne peut pousser l'examen à fond.

Devant la résultante du questionnaire et de l'examen direct, nous posons le diagnostic de kyste ovarien à pédicule tordu ou torsion de la trompe droite.

Nous posons la question de l'intervention d'ailleurs acceptée d'avance.

Opération à 1.15 heure p.m. Laparatomie médiohypogastrique. Dès la boutonnière péritonéale, sang. Nous agrandissons. Nous nous portons vers l'annexe droite dont la route est barrée par un cœcum dilaté avec appendice normal. Laissez en place, nous refoulons le caeco-vermiforme. Le bassin droit est rempli d'un sang noir avec quelques caillots. Nous localisons une trompe droite, prolabée, grosse comme un poing, noir foncé, percée d'un orifice de la grosseur d'un pois. Du liquide hématique en bave. Libération. Entre la corne utérine et cet hémato salpynx existe une zone de torsion de gauche à droite. — trois tours de spire. Nous dégageons et détordons. L'ovaire sous-jacent n'est pas atteint. Annexectomie — Sacrifions l'ovaire. L'utérus est normal. L'annexe gauche présente quelques signes de réaction péritonéale. Respectée. Nettoyage du pelvis. Pas de drainage. Crins doubles dans l'épaisseur de la paroi. Catguts chromées sur plan péritonéo-musculo-aponévrotique. Crins serrés sur mèches roulées. Guérison avec hématome qui d'ailleurs ne laisse pas de trace. Mur abdominal solide. Sortie le 27 octobre.

*Commentaires*: Je n'ai pas la prétention de vouloir donner ici une leçon de gynécologie. Mais il y a quelques points qu'il me semble devoir relever dans cette observation. La confusion dans un cas semblable chevauche sur l'appendicite aiguë. Mais cette dernière maladie, quelle qu'en soit la modalité, ne s'accompagne jamais de perte de connaissance, même s'il y a perforation. Les malades accusent toujours une sensation d'étouffement dans le ventre. Il semble que la respiration, suspendue, ne fonctionne plus dans ce quadrant ventral. La défense maxima s'inscrit dans la région du MacBurney.

Dans les douleurs abdominales aiguës en coup de poignard avec syncope on ne doit guère penser à autre chose qu'à une rupture tubo-ovarienne, à un kyste à pédicule tordu, ou à une torsion de trompe. La discrimination est un peu subtile dans ces derniers cas, mais l'indication opératoire reste la même et pressante! C'est ce qui importe.

## PETITE CLINIQUE

---

### SYPHILIS PRÉ-HUMORALE — SON TRAITEMENT

Par Albéric MARIN

“Voici un jeune homme de 24 ans qui se présente à la Clinique de Dermato-Syphiligraphie de l’Hôpital Notre-Dame pour une ulcération génitale qui serait apparue il y a deux semaines, environ dix-huit jours après un rapport sexuel avec une inconnue. Il nous dit que cette lésion est indolente, qu’elle n’a pas été traitée.

“L’affection a donc eu le temps de prendre des caractères typiques; d’autre part elle n’a pas été défigurée par des interventions caus-tiques.

“A l’examen, nous voyons dans la rainure balano-préputiale, une ulcération toute superficielle, à fond plat et uni, comme une abrasion faite par une lame de rasoir. Elle est nette, d’un rouge musculaire, vernissée par un léger suintement séreux.

“La forme en est arrondie, les limites bien tranchées; ses bords ne sont pas décollés, sous minés: ils adhèrent.

“Le diamètre est légèrement inférieur à celui d’une pièce de cinq cents (ancien modèle).

“A la palpation l’on sent une induration lamelleuse comme si on tenait une carte de visite.

“Enfin dans les régions inguinales nous percevons la présence de ganglions d’environ le volume d’un gros pois, durs, mobiles, non empâtés, non douloureux. Aux autres muqueuses et au tégument nous n’avons rien à noter.

\* \* \*

Les organes génitaux externes chez l’homme peuvent être le siège d’ulcérations de nature diverse. Voyons rapidement les principales éventualités.

*La balano-posthite érosive* est caractérisée par des érosions multiples, superficielles, très rouges, douloureuses, purulentes, sans induration, ni adénopathie. Elles dessinent des circinations à larges contours: (macropolycyclisme).

*L’herpès* se présente sous forme de vésicules groupées en bouquet, à durée éphémère, laissant des petites érosions très superficielles,

suintantes, non indurées, se réunissant les unes aux autres pour tracer des arcs de cercle à petits contours (micropolycyclisme).

*La gale* de la verge donne des pustulettes, non indurées, prurigineuses. Il est facile de découvrir d'autres éléments scabieux aux endroits d'élection.

*Le chancre mou* (chancrille) dont la période d'incubation est très courte, 2 à 3 jours environ, se présente comme une ulcération irrégulière de contours, creusée, non plate, avec des bords décollés (un stylet les accroche au passage et les relève), dont le fond est purulent, anfractueux, vermoulu. Sa base est molle, pâteuse, non indurée. Habituellement il n'y a pas d'adénopathie inguinale. Mais si elle existe elle offre des caractères tout particuliers. Au lieu de trouver de nombreux ganglions durs, mobiles, non douloureux, comme dans la syphilis, il n'y a qu'un seul ganglion volumineux, empâté, très douloureux, adhérent aux plans voisins, qui se ramollit et s'abcède fréquemment. C'est le bubon. La recherche du bacille de Ducrey et l'autoinoculation confirmeront le diagnostic dans les cas douteux.

*Le chancre mixte*, résultat d'une infection double, chancre mou et syphilis, est parfois des plus difficile à reconnaître à cause de l'aspect clinique différent qu'il présente suivant le stade de son évolution. Il débute comme une chancrille quelques jours après la contamination et en offre tous les caractères cliniques. Mais au lieu de guérir dans les délais normaux il ne répond guère au traitement. Puis vers la troisième semaine, lorsque la période d'incubation de la syphilis est terminée, il s'indure, sa forme devient plus régulière, sa couleur plus rouge, et peu à peu il prend tous les caractères d'un chancre syphilitique typique.

On peut rencontrer aux organes génitaux de l'homme d'autres ulcérations, telles que *l'érythème bulleux* ou hydroa de Bazin qui débute toujours par des bulles, *les aphtes* qui sont de petites ulcérations jaunâtres, punctiformes, rondes, douloureuses, entourées d'un liséré d'un rouge vif caractéristique, la *lymphogranulomatosse* de Nicolas et Favre avec sa petite ulcération génitale bientôt suivie de ganglions inguinaux inflammatoires qui s'abcèdent et se fistulisent, *la tuberculose*, *l'érythroplasie*, les *syphilides secondaires* ou *tertiaires*, le *cancer*, mais le cadre de cette leçon ne nous permet pas de les décrire en détail.

\* \* \*

Chez notre malade dont la lésion présente des caractères bien typiques (exulcération superficielle et plate, sans bords décollés, arrondie, nette, indurée, indolente, avec adénopathie inguinale) il est aisé de reconnaître un chancre syphilitique.

En effet, un examen à l'ultra-microscope décèle la présence de nombreux tréponèmes pâles. C'est un argument immédiat et sans réplique. Disons en passant que l'usage de ce procédé de laboratoire n'est malheureusement pas encore passé dans la pratique courante du médecin, malgré la facilité de sa technique et les services immenses qu'on en peut tirer. Il est indispensable d'y recourir dans tous les cas d'ulcérations douteuses dont on ne peut cliniquement préciser la nature. Le praticien, s'il n'est pas lui-même rompu au maniement de l'ultra-microscope, n'a pas le droit de perdre un temps précieux en tâtonnements stériles. Il doit diriger son malade le plus tôt possible à un laboratoire où l'on pourra faire la recherche des tréponèmes. C'est prendre une très lourde responsabilité que de ne pas suivre rigoureusement cette ligne de conduite.

\* \* \*

Puisqu'il s'agit d'un syphilitique il importe de savoir à quelle période il en est. Une séro-réaction de Wasserman nous dira si la tréponémie est généralisée, ou si le malade en est encore à la période vraiment primaire, à la phase pré-humorale. Le Wasserman est ici négatif.

Voici donc un malade atteint de syphilis pré-humorale. Il en est tout au début de son infection; il peut et doit être mis au traitement avant l'apparition des signes sérologiques et cliniques secondaires.

C'est un cas éminemment favorable et une thérapeutique bien conduite amènera une guérison définitive. En effet, si les chances de stérilisation diminuent avec l'ancienneté de l'infection, les primaires devraient pratiquement tous s'en débarrasser.

Cet homme sera soumis à la médication arsénobenzolique, parce qu'elle est la plus puissante des antiluétiques. L'administration en sera longuement poursuivie à moins que ne surviennent des phénomènes d'arséno-intolérance réelle (dont la fréquence est minime) ou d'arséno-résistance vraie (dont la rareté est manifeste). Dans ces cas nous pourrions recourir aux composés bismuthiques ou mercuriels.

Nous suivrons ici les règles simples mais inflexibles qui dirigent l'arsénothérapie. Nous donnerons l'arsénobenzène :

- 1° — à fortes doses,
- 2° — à fortes séries,
- 3° — à séries rapprochées,
- 4° — durant longtemps.

Les doses seront progressivement et *rapidement croissantes*, atteignant le plus tôt possible 0.90 centigrammes de 914 et nous répèterons, à chaque semaine, autant de fois qu'il sera nécessaire pour obtenir environ 8 grammes, dose totale de la série. Ceci peut se faire en une dizaine d'injections (exemple: 0.30ctg, 0.60 et 8 fois 0.90 ctg.).

Nous intercalerons entre chaque série un repos de trois semaines, ce qui est des plus suffisant. L'élimination du médicament s'accomplit vivement et les divers émonctoires sont en état de subir une autre cure au bout de ce repos.

L'intensité des doses et des séries est un facteur important de succès mais la brièveté du repos en est un autre tout aussi capital.

A chaque reprise du traitement nous ferons un nouveau Wasserman. Il doit logiquement donner des résultats négatifs.

Nous donnerons en tout 4 séries de Novar, avec repos intercalaires, séries élevées faites de hautes doses. Un peu plus d'un an sera nécessaire pour cette cure. \*

Une ponction lombaire sera alors pratiquée. Nous sommes à peu près certain qu'un traitement d'assaut énergique et prolongé comme celui que vient de suivre ce malade l'a stérilisé complètement mais nous voulons confirmer nos espoirs par l'examen du liquide céphalo-rachidien.

Un résultat négatif nous amène à suspendre toute médication. Nous allons dorénavant surveiller cliniquement et sérologiquement cet homme.

Durant la première année de surveillance des examens de sang seront faits tous les mois. S'il survenait des crochets positifs il sera immédiatement remis au traitement intensif. Mais les probabilités sont qu'il demeure négatif. Dans la seconde et troisième année, les examens seront plus espacés, à tous les 2, 4, 6 mois.

A la fin de la quatrième année (après le début de l'infection) une nouvelle ponction lombaire sera faite qui négative permettra d'espérer que cet individu est à jamais débarrassé de sa tréponémie.

L'état actuel de nos connaissances nous autorise de le croire.

Cette guérison aura été rendue possible grâce à un diagnostic clinique précoce, confirmé par l'ultra-microscope, grâce à un traitement énergique dans son intensité et dans son rythme, grâce aux indications fournies par les ponctions veineuses et lombaires.

# MOUVEMENT MÉDICAL

---

## LE SEPTIÈME CONGRÈS DES PÉDIATRES DE LANGUE FRANÇAISE

(Strasbourg, 5, 6 et 7 octobre 1931)

Par Paul LETONDAL,

Médecin de l'hôpital Ste-Justine,  
Professeur agrégé de Pédiatrie à l'Université de Montréal.

Le septième Congrès des Pédiatres de Langue française a eu lieu à Strasbourg, du 5 au 7 octobre dernier, sous la présidence du professeur Rohmer. L'ouverture en a été faite de façon solennelle dans la grande salle du Conservatoire de musique (ancien Parlement d'Alsace) par M. Roland-Marcel, préfet du Bas-Rhin, qui avait à ses côtés, outre le professeur Rohmer, le professeur Merklen, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg et le professeur Marfan. Le Congrès s'est terminé par un banquet à l'Hôtel de la Ville de Paris, et les délégués du Canada, de la Belgique, de la Suisse, de la Pologne et de la Roumanie exprimèrent les sentiments de profond attachement de leur pays pour la France et leur foi dans l'avenir de la Pédiatrie française.

Qu'il me soit permis, à titre de délégué officiel à ce Congrès (1), de dire, encore une fois, à nos chers hôtes alsaciens, combien nous avons été sensibles à toutes leurs attentions, et quel incomparable souvenir nous conserverons de leur généreuse hospitalité.

L'intérêt scientifique de ce Congrès, qui obtint un si éclatant succès à tous égards, n'a pas besoin d'être souligné; on pourra en juger par le titre des rapports et l'autorité des rapporteurs, dont les travaux en réalité mériteraient d'être publiés *in extenso*. On nous saura gré, toutefois, de donner ici un résumé de ces rapports.

---

(1) Délégué officiel du Gouvernement de la Province de Québec, de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal et de l'Union Médicale du Canada.

## LES FIEVRES ALIMENTAIRES DU NOURRISSON.

*Les essais d'interprétation physiologique des fièvres  
alimentaires du nourrisson.*

*M. G. Schaeffer (Strasbourg), rapporteur*

L'introduction d'une trop grande quantité de protides dans le régime, sans augmentation parallèle de l'eau, peut produire l'hyperthermie. Il est inutile d'invoquer la formation de poisons pyrétiques à partir des protides (amines protéinogènes?) pour expliquer la fièvre. La stase de chaleur, d'origine périphérique, due à la diminution de l'évaporation d'eau "au profit de l'élimination rénale" est le phénomène causal. A partir du moment où l'hyperthermie est installée, si l'apport demeure insuffisant, les phénomènes caractéristiques de l'exsiccose apparaissent.

On ne saurait trop insister sur le facteur rénal, dont l'importance, jusqu'ici, n'a pas semblé suffisamment retenir l'attention dans la genèse des fièvres protidiques.

Des liens étroits unissent le métabolisme de l'eau à la régulation physique de la température, et pour le nourrisson, homéotherme imparfait et fragile durant les premières semaines, la perte d'eau par évaporation est le facteur capital de "régulation" de la thermolyse. Tous les travaux modernes soulignent l'importance de plus en plus grande qu'accordent les physiologistes au rôle de l'eau dans la régulation thermique. Si les fièvres obtenues soit par déshydratation, soit par suppression de la sudation ou de la polypnée thermique étaient connues depuis longtemps, on ignorait avant les recherches récentes de Kayser le mécanisme inverse: impossibilité de fébriciter par action d'un pyrétique comme l'aloïne pour un organisme inondé d'eau. Les recherches de Rogers puis de Kayser ont également montré que toute lésion du diencéphale qui touche aux équilibres d'hydratation de l'organisme (polyurie des lésions hypothalamiques) compromet la régulation thermique de l'homéotherme. Les fièvres par exsiccose, leur arrêt immédiat par ingestion d'eau, s'en trouvent singulièrement éclairés.

Pour le professeur Schaeffer, la vraie définition des fièvres alimentaires et de lait sec devrait être "fièvres par déséquilibre du régime alimentaire".

Les "fièvres alimentaires" sont dues à l'emploi de régimes artificiels établis sans tenir compte des récentes acquisitions de la science de l'alimentation. Si au lieu de donner au nourrisson du lait de

vache sec et plus ou moins écrémé, on lui donnait du lait de femme sec, on pourrait diminuer son eau de boisson dans les limites plus larges sans voir apparaître d'hyperthermie, les quantités de protides, de sels et de glucides restant parfaitement équilibrées, c'est-à-dire adaptées aux besoins qualitatifs et quantitatifs de la croissance du nourrisson. A défaut de lait de femme sec il serait facile d'établir à partir des laits de vache des rations de constitutions voisines du lait de la mère.

La lecture des travaux récents de Mme Randoin, ou de Mme Randoin et Lecoq, suffirait sur ce point à entraîner la conviction.

Ces auteurs ont montré :

1° — Que si le lait de vache entier, desséché, permet la survie indéfinie du pigeon, le lait écrémé donne la mort après trente à cinquante jours d'emploi. Le deuxième régime est plus riche que le premier en lactose et protides, une nouvelle adjonction de lactose donne la mort, à partir du 15ème jour. Si on substitue au lactose de la dextrine la survie est indéfinie (la vitamine A est donc hors de cause).

2° — Que la lactose est de tous les sucres celui qui nécessite pour une assimilation et une utilisation normales, la proportion la plus étroitement définie de minéraux et de vitamines B. Toute déficience ou tout excès de ces deux facteurs pour une quantité donnée de lactose, entraîne des troubles nutritifs ou la mort de l'animal.

Et le professeur Schaeffer de citer en terminant une des conclusions d'un travail récent de Mme Randoin sur l'équilibre alimentaire et la nutrition: "Les régimes dans lesquels le lait (entier ou écrémé) entre en fortes proportions doivent, plus que les autres, être strictement équilibrés, toute addition supplémentaire d'un principe nutritif exigeant l'apport simultané d'autres principes en proportions convenables, de manière à obtenir finalement un équilibre alimentaire se rapprochant le plus possible de celui qui existe normalement dans le lait entier."

Il va de soi qu'il faut tenir compte, en équilibrant un régime pour le nourrisson, de la composition du lait de la mère qui restera toujours le standard auquel on doit se référer. L'eau étant un aliment au même titre que les glucides ou les protides, la quantité qui en entre dans le régime doit être, elle aussi, équilibrée avec tous les autres constituants de la ration.

*Etude expérimentale sur la fièvre alimentaire  
et leur application à la clinique.*

MM. P. CORCAN & A. VALLETTE (Strasbourg)  
*rapporteurs.*

Les données expérimentales ont une importance doctrinale indubitable, car elles prouvent l'existence d'une fièvre d'origine métabolique et ce fait est loin d'être banal. Mais, sortis du domaine physiologique et revenant à la pratique clinique de tous les jours, où rencontrerons-nous la fièvre alimentaire et dans quels cas serons-nous en mesure d'en porter avec sûreté le diagnostic?

Il faut bien reconnaître que seules les nourritures concentrées, dont l'usage est rare, produiront le syndrome dans toute sa pureté. Mais une alimentation spéciale peut en être la cause et le cas type en paraît être la fièvre de lait sec, qui se manifeste si une faute de dilution diminue les proportions d'eau relativement à la quantité de poudre, et même, ainsi qu'en témoignent les nombreuses observations publiées récemment, si la dilution est correcte, du fait de la susceptibilité individuelle de certains nourrissons; il faut retenir l'âge comme principal facteur de prédisposition, car plus l'enfant est jeune, plus sa régulation thermique est imparfaite; au-dessous de trois mois, les expériences de fièvre albumineuse réussissent dans une beaucoup plus grande proportion de cas. En rapport étroit avec la thermo-régulation, l'état d'imbibition des tissus, la mobilité et l'importance plus ou moins grande des réserves aqueuses influent sur la réaction du nourrisson. De plus, le travail physique, les cris et l'agitation, même s'ils n'apparaissent qu'une fois la fièvre installée, contribuent à l'entretenir ou à l'accentuer.

D'après P. Corcan et A. Vallette, il semble que la fièvre de lait sec puisse être considérée comme une fièvre albumineuse, et toute autre interprétation ne correspond pas aux faits: sa disparition par suppression du lait sec, ou par addition d'eau, sa proportionnalité avec la concentration du mélange, l'absence ordinaire de troubles digestifs concomitants, le bon état général persistant dans les cas bénins (Debré et Lelong), sont démonstratifs à ce sujet. Elle peut être considérée comme une fièvre alimentaire typique et son mécanisme, si on adopte l'hypothèse de Rietschel, peut-être comparé dans ses grandes lignes à celui de deux autres états dans lesquels le trouble de la régulation thermique, sans être d'origine alimentaire, sont pourtant dus à un trouble du métabolisme de l'eau:

D'une part, la fièvre de chaleur (Lesage) ou coup de chaleur dans lequel l'organisme surchauffé n'évapore pas assez d'eau et fait une stase calorique vraie;

D'autre part, le syndrome du vent du Midi, des auteurs lyonnais (Mouriquand), en quelque sorte inverse du précédent, ou une modification brusque de l'état hygrométrique de l'air amène une perte d'eau exagérée par perspiration, une déshydratation aiguë et de la fièvre.

Le cas des troubles digestifs aigus, quand ils sont l'indice d'une réaction générale de l'organisme et ne sont pas secondaires à une infection évidente, est beaucoup moins nette; Finkelstein, il y a une vingtaine d'années attribuait toute fièvre dans ces cas à une cause alimentaire; et le trouble métabolique de la dyspepsie simple à l'état toxique déterminait tous les symptômes. Actuellement encore, il fait jouer un rôle important aux déshydratations d'origine intestinales et attribue une grande part à l'élément alimentaire dans les fièvres qui accompagnent ces troubles digestifs; cependant il insiste sur la réserve avec laquelle on doit affirmer ce diagnostic, l'épreuve de la diète hydrique pouvant influencer même un état infectieux. Il est, en effet, toujours possible qu'un élément alimentaire intervienne, mais il n'y a aucun moyen d'en faire la part exacte; il faut penser aux infections latentes, otites ou autres, qui passent inaperçues à l'examen et se manifestent tardivement, ou sont des trouvailles d'autopsie; il faut penser aussi à la flore microbienne qui envahit les parties hautes de l'intestin au cours des dyspepsies, et l'on aura tendance à attribuer plutôt à l'infection qu'à un autre facteur la fièvre que présente le nourrisson.

On ne doit enfin pas oublier la constante arrière pensée de ceux qui ont si longtemps travaillé la question de la fièvre alimentaire: il y avait pour eux identité de deux phénomènes, tous deux dépendant du métabolisme et de ses modifications, et leur intention était, par la voie expérimentale, de serrer de près le problème du syndrome cholérique. Mais si l'expérimentation entre leurs mains est parvenue à reproduire certains des signes du choléra, tels que la dessiccation, l'albuminurie, même la glycosurie, elle n'a jamais pu réaliser ce qu'il y a d'essentiel, le coma caractéristique de cet état morbide. Jusqu'à nouvel ordre, on peut donc identifier la fièvre alimentaire au choléra infantile; une grande distance sépare encore à ce point de vue la clinique de l'expérimentation; si elle était franchie, nul doute que l'application de cette notion à la pratique prendrait une extension plus considérable.

Pour conclure, il résulte des faits exposés par les rapporteurs que l'alimentation, par suite des rapports quantitatifs entre l'eau et certains éléments dits hydrophiles, peut avoir une influence manifeste sur la température du nourrisson. L'expérimentation permet d'apprécier cette influence dans toutes ses modalités et conduit en même temps à pénétrer jusqu'à un certain point le mécanisme par laquelle elle s'exerce. Mais la notion de la fièvre alimentaire, quel que soit son intérêt au point de vue théorique et expérimental, s'applique dans la pratique médicale courante à un nombre de cas très limités, et c'est ce qui, jusqu'ici a empêché sa vulgarisation.

*La fièvre alimentaire en clinique.*

MM. RENE MATHIEU & JEAN CHABRUN (Paris),  
*rapporteurs*

Pendant deux années consécutives les rapporteurs ont recherché dans les services hospitaliers de M. le professeur Lereboullet et de M. Ribadeau-Dumas des cas de fièvre alimentaire survenus spontanément chez des enfants nourris avec des régimes usuels.

Malgré l'importance du matériel clinique mis à leur disposition, ils n'ont pu réunir, pour rédiger leur rapport, en dehors des fièvres alimentaires expérimentales, qu'un cas de fièvre de lait sec authentique, un cas de fièvre scorbutique et quelques observations très difficiles à classer.

Ainsi donc, la fièvre alimentaire a beaucoup plus d'intérêt au point de vue expérimental qu'au point de vue clinique. Les nombreux travaux qui lui ont été consacrés ne doivent pas faire renoncer aux aliments de régime, tels que le babeurre et le lait sec.

En bonne pratique, l'hypothèse d'une fièvre alimentaire, en présence d'un cas donné, est la dernière qui doit se présenter à l'esprit. Il faut d'abord observer qu'un bon nombre de cas publiés appartiennent au domaine de l'expérimentation plutôt qu'à celui de la clinique. Telles sont par exemple les déshydratations accompagnées d'hyperthermie provoquée par l'injection d'une dose massive de sel ou de poudre de lait mêlée avec une proportion d'eau très insuffisante. La soif peut s'accompagner d'une élévation de température, en particulier chez le nouveau-né. Cependant, avant d'attribuer la fièvre transitoire des premiers jours à l'inanition, on fera bien de vérifier si l'enfant n'est pas logé dans un local surchauffé, s'il ne présente pas une infection banale où s'il n'est pas la victime d'une hémorragie méningée d'origine obstétricale.

Un grand nombre d'aliments ont été accusés de provoquer une élévation de la température. Le sucre de betterave, incrimé par Finkelstein, est prescrit continuellement en France pour des nourrissons normaux ou atteints de diarrhée et les médecins ne se sont jamais aperçus de son pouvoir soi-disant fibrigène. Toutefois, le lactose peut donner de la diarrhée avec un peu de fièvre: aussi, très peu de médecins emploient ce produit dans le traitement des affections digestives aiguës, du moins en France.

Le babeurre serait responsable d'un certain nombre de fièvres observées dans les crèches infantiles. Cet accident doit être rare; les auteurs n'ont jamais pu en observer aucun cas personnellement.

Le lait ordinaire, le lait concentré sucré figure aussi dans la liste des aliments de la fièvre. En présence d'une élévation de température survenue chez un nourrisson, il serait logique de penser d'abord et avant tout à une infection. Mais certains auteurs voient des fièvres alimentaires jusque chez les enfants atteints de maladies infectieuses. Ainsi pour eux, un certain nombre de sujets atteints de pyélite, de grippe, présentent une élévation de température en rapport avant l'alimentation: la fièvre tombe aussitôt que l'on recourt à la diète hydrique. Cette affirmation ne doit aucunement inquiéter le praticien. Le premier devoir vis à vis d'un nourrisson malade est de l'alimenter le mieux possible, et de lui donner ainsi les moyens de résister à l'infection.

Une critique serrée ne laisse pas beaucoup de place à l'alimentation dans la genèse des fièvres observées en clinique. Cependant il est bien certain que quelques rares enfants âgés de quelques mois seulement et nourris avec du lait sec correctement dilué présentent de l'hyperthermie. La fièvre du lait sec, décrite par MM. Debré et Semelaigne, a une individualité clinique toute personnelle. Elle survient seulement au bout de quelques jours, elle s'accompagne d'une certaine agitation, mais sans aucune modification de l'état général ou de l'appétit. Il s'agit d'un dérèglement thermique plus que d'une fièvre vraie, la croissance de l'enfant continue sans interruption. On peut d'ailleurs faire cesser cette anomalie de la température, soit en augmentant la quantité d'eau de dilution, soit en donnant du lait de vache ordinaire, à la place du lait sec.

Il est logique de rapprocher des fièvres alimentaires, l'élévation de température qui accompagne, ou qui parfois précède le scorbut. Provoqué par une carence alimentaire, cette fièvre disparaît quand l'enfant reçoit du jus de fruit d'une manière surabondante.

(à suivre)

# REVUE DES LIVRES ET THÈSES

---

## POUR LA MÈRE ET L'INFIRMIÈRE

par le docteur Gaston Lapierre, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Sainte-Justine. dans "La Collection de la Garde-Malade" sous la direction du Dr Roméo Boucher. Edition Edouard Garand. 1427, rue Sainte-Elisabeth, Montréal.

L'auteur vient de publier un manuel de puériculture du plus haut intérêt dans le but "de fournir à la mère et à l'infirmière actuelles des notions récentes de puériculture, d'hygiène infantile qui pourraient les aider dans les difficultés de chaque jour pour cultiver l'enfant qui se cultive comme une plante."

"Le chiffre de notre mortalité infantile, dit-il, est moins sombre mais il est encore trop considérable".

Et plus loin il exprime l'idée de voir la puériculture enseignée aux jeunes filles en dernière année au couvent et dans les écoles... avant que les préjugés aient pu les atteindre.

Le docteur Lapierre parle de l'enfant en s'occupant de la mère: occupation, diète, exercice. Il s'arrête un instant à l'enfant prématuré avant d'aborder l'important chapitre du nouveau-né dont il se préoccupe aussitôt après sa naissance: poids, pouls, vêtements, alimentation, logement.

L'alimentation est la base de la puériculture, aussi l'auteur étudie-t-il avec grand soin:

a) L'allaitement maternel:

Pinard répétait souvent son fameux aphorisme: "le lait de la mère appartient à l'enfant." Le docteur Lapierre ajoute avec raison: "qu'un nourrisson allaité par sa mère sera toujours moins malade que celui qui est soumis à l'allaitement artificiel".

Après en avoir étudié le fonctionnement il termine en donnant quelques conseils à la nourrice tout en refutant quelques objections contre cette forme d'allaitement.

b) L'allaitement mixte.

Il comprend la méthode complémentaire avec addition de lait de vache, et la méthode par alternance des tétées et des biberons, pour terminer par le sevrage.

c) L'allaitement artificiel complète cette étude.

On y trouve des conseils appropriés, émaillés de tableaux précis pour se guider sur la quantité et la qualité de l'alimentation. Il termine en étudiant sommairement les laits modifiés.

Au chapitre VIII l'auteur aborde la question de l'alimentation de l'enfant qui exige davantage. Tour à tour et à mesure que l'enfant grandit nous voyons défiler les céréales, les fruits, les légumes, la viande, l'huile de

foie de morue, le sucre, l'eau, les vitamines avec des remarques très appropriées sur les aliments interdits, l'alimentation de la nourrice et les aliments toxiques.

Après un exposé succinct de quelques troubles digestifs viennent des considérations assez générales sur le bain, l'habillement, la chambre et la dentition, puis un chapitre très important intitulé: "la table de l'enfant" où l'auteur a réuni un très grand nombre de recettes savoureuses destinées à satisfaire les exigences les plus extravagantes.

Le chapitre XV est un des plus importants: il traite de "la culture du système nerveux de l'enfant". C'est une question du plus haut intérêt qui intéresse l'intelligence et le caractère. Je n'hésite pas à dire que c'est le plus important du manuel car il touche à la question des arriérés mentaux nés ou engendrés par l'ignorance des parents.

Je passe rapidement sur le chapitre des maladies contagieuses pour arriver à la gymnastique utile à l'enfant qui doit être le perfectionnement physique pourvu qu'elle soit "confinée dans des limites utiles et raisonnables". Nous y trouvons des conseils très sages sur le jeu et ses effets sur la nutrition générale. On y trouve aussi un modèle de fiche individuelle qui contient tous les renseignements utiles à enregistrer pour nous permettre de suivre la courbe du développement physique et j'ajoute psychique car très souvent les deux concordent.

La dernière partie de ce manuel intéressant est consacrée au rachitisme et à quelques anomalies squelettiques, aux troubles fonctionnels ou pathologiques que l'on rencontre assez fréquemment. Enfin, le dernier chapitre énumère "quelques oeuvres de protection et d'hygiène de l'enfance chez nous. Le docteur Lapière a écrit un livre utile et agréable que nous lisons avec grand profit. Les chapitres sont courts, clairs, précis, écrits dans un style très chatié, presque académique à certains moments.

Ce livre s'adresse non seulement aux mères et aux infirmières mais aussi aux étudiants et aux médecins.

Nous félicitons l'auteur pour son excellent travail de vulgarisation, et la direction pour cette intéressante collection.

Albert LeSAGE.

---

### LA CRISE BILIEUSE (1)

Voici une étude sémiologique de premier ordre. Ce syndrome s'y trouve décrit dans chacune de ses formes. Il y aurait cependant avantage à savoir d'abord la définition de l'auteur. Elle condense en quelque sorte tout le plan de ce travail, inspiré par notre Maître le Professeur agrégé Chiray.

"Sous le nom de crise bilieuse", dit R. Gerolami. "Nous essayerons de décrire une véritable *crise de vomissements bilieux, abondants, répétés, périodiques*, survenant à intervalles plus ou moins rapprochés auxquels s'associent des *migraines* ou des *céphalées*, parfois de la *diarrhée bilieuse* typique, enfin des *malaises généraux* souvent intenses. Ces crises, dont la

---

(1) *Thèse de Paris* par le Docteur René Gerolami Santandréa, chez Amédée Legrand, éditeurs.

durée ne dépasse guère quarante-huit heures, ne s'accompagnent, d'autre part, que des signes qui, pour révéler l'affection en cause, demandent à être soigneusement recherchés..."

Cette définition est peut-être complète mais elle semble embrasser un faisceau de signes qui appartiennent à trop de maladies différentes pour permettre de les attribuer à une seule en particulier. N'est-ce pas là, presque, la définition d'un syndrome? — et le lecteur désireux de notions pratiques eut risqué d'abandonner promptement tel fil conducteur s'il ne s'apercevait bientôt qu'il sert de prélude à une longue étude étiologique. C'est à ce double point de vue, *clinique* et *étiologique* que la question est d'ailleurs poussée jusque dans les derniers retranchements. Après la description clinique de la crise classique, où la plupart des praticiens reconnaîtront les traits propres à plusieurs de leurs malades, sans peut-être avoir pu encore définitivement les classer, G. invoque tour à tour, par ordre de fréquence, les causes susceptibles de la déclencher: en premier lieu, les *affections hépato-vésiculaires*: et, parmi celles-ci, les stases *vésiculaires*, simplement fonctionnelles telle la *cholécystatonie*; ou organiques, "c'est le cas qui se produit souvent dans les *cholécystites* et *péricholécystites* calculeuses ou non", ou certaines congestions hépatiques d'origine infectieuse (paludisme, amibiase) ou toxiques.

Au nombre des *affections digestives*, G. envisage les stases intestinales chroniques, cœco-ascendantes ou sténoses duodénales sous-vatériennes, "où elles constituent un des signes les plus importants de cette affection".

Finalement, d'autres étiologies, sans être aussi fréquentes, présentent pour G. une première importance. Il s'agit des affections a) Utéro-anxieuses; b) Rénales (lithiases, hydronéphrose); c) Nerveuses (organiques ou fonctionnelles); d) Endocrinienne; e) Humorales (choc anaphylactique).

La "*crise bilieuse*", tout en restant elle-même, offrira, à propos de chacune de ces étiologies, "certaines particularités", et s'accompagnera "de signes secondaires qui constituent pour le diagnostic un élément précieux". Aussi l'auteur insistera-t-il, au besoin, sur ces signes particuliers dans les chapitres suivants.

Cette thèse est essentiellement d'ordre clinique. Elle s'inspire de l'observation quotidienne. Les signes décrits ont été, un par un, tirés du carton d'examen repris jour par jour. Souvent, au fur et à mesure de la description, G. s'en rapporte à une observation, complète, vérifiée. On aura plaisir à consulter celle-ci à la fin de ce travail. Le médecin trouvera sans doute là des points de comparaison avec certaines notes personnelles. Ses observations s'élèvent à 36. Autant de documents humains.

Le but de cette thèse n'est pas vain! Celui d'extraire du nombre souvent confus des signes contradictoires, obtenus par l'interrogatoire ou l'examen, un groupe cohérent de symptômes, ceux qui constituent le syndrome de la crise bilieuse; par contre, une fois ce premier effort de synthèse accompli, essayer de les rattacher à une cause logique, peut-être lointaine et siégeant à distance. Le préjugé est trop répandu qui fait ressortir à une crise hépato-vésiculaire ou à une appendicite chronique toute crise bilieuse quelle qu'elle soit.

En réalité le problème se présente avec une toute autre complexité. La pensée inlassablement en éveil du médecin doit se laisser attirer par la recherche d'une étiologie moins simpliste, quand ni l'appareil hépato-vésiculaire, ni le caeco-ascendant ne viendront à l'appui d'une idée facilement préconçue. Il la trouvera s'il songe à celle que cette thèse émet en mémoire. Ainsi seront épargnées d'inutiles opérations et rendues évitables "des années d'irréparable outrage": celles que traduisent les periviscérites post-opératoires, plaies vives et qui condamnent les désastres d'une chirurgie trop hâtivement radicale.

Jean LeSAGE.

Paris, Dec. 1931.

**Les Voies de l'Amour.** — 1 vol. de 311 pages par le Dr E. A. René de Cotret (René Detertoc). — octobre 1931.

Le professeur DeCotret devient un romancier plein de verve et d'imagination. "L'amour ne meurt pas" a obtenu un très gros succès. Le titre en était alléchant, l'intrigue simple mais très humaine, le dénouement fatal, le souvenir inoubliable. Les lecteurs affluaient. Dans son second volume il s'engage de nouveau dans "les Voies de l'amour", si capricieuses et souvent tragiques. Le dénouement de cet essai n'est pas moins impressionnant que le premier. C'est le bonheur en fuite après les aveux définitifs et les indicibles étreintes d'un amour presque désespéré.

L'intrigue évolue en quatre périodes. Un soir, dans une paroisse située aux environs de Montréal, quelques amis, médecins, sont réunis autour d'une immense cheminée qui flambe dans la maison de l'un d'eux: Michel Toinon, médecin, veuf depuis longtemps. Il a une fille unique... Quel cauchemar en songeant au drame de sa vie!..

Chacun raconte ses souvenirs d'antan — "J'ai connu des confrères qui ont eu autant de fiancées que de maisons de pension" — reprit l'un d'eux — Cette remarque frappe Michel Toinon, dont "le film de sa vie entière se déroule comme sur un écran avec tous les épisodes, tantôt calmes ou rians, tantôt joyeux ou tristes, tantôt paisibles ou tragiques" — Aussitôt commence son récit. Au collège il adresse des lettres à une douce jeune fille du couvent: Andrée. Ils échangent de simples et naïfs aveux. C'est la naissance de l'amour, qui s'épanouit comme la fleur de leur jeunesse. Mais la trame se tisse. Deux jeunes filles d'une pension de Montréal où loge Michel viennent semer le trouble dans l'âme du jeune Apollon. Les jardins se peuplent de désirs, "un amour nouveau commence son œuvre"... Le souvenir d'Andrée s'estompe peu à peu... "parfois, au milieu de mes rêves, je voyais dans un ciel azuré, sans tache, des vapeurs ou des gaz apparaître tout-à-coup à l'horizon, monter, s'élargir, prendre des formes variées, puis se condenser en des contours découpant la silhouette élégante de la jeune fille de pension"; *Lucille*. — Bientôt les sentiments montent du cœur aux lèvres, les serments se scellent entre les nouveaux amoureux. Mais l'amour veille sans cesse. Il apparaît une fois de plus sous les traits de *Béatrice*, sœur de *Lucille*; et d'autres aveux scellent de nouveaux serments dans une nouvelle trahison... "toujours l'amour"...

L'ami Jean, compagnon de Michel, active ces irrésistibles élans chez celui-ci dans l'espoir de le détourner définitivement d'Andrée, qu'il aime lui-même... — Michel oublie — "L'amour est aveugle"... Mais les étapes se pressent, Michel est devenu un médecin de campagne très recherché. Au pied du lit d'une mère de famille souffrant de pneumonie, un jour, il rencontre *Léontine*, sa fille, dont le dévouement et l'intelligence l'impressionnent. — Si je l'aimais! pense-t-il... et il désire aussitôt qu'elle lui appartienne!... Un jeune homme volage!...

Mais la mère de Michel intervient bientôt en lui donnant des nouvelles d'Andrée vivant dans le même village qu'elle, le village natal de Michel. — Chaque jour, dit-elle, je la vois dépérir à cause de tes infidélités". Andrée l'excuse cependant: "c'est un étudiant, il est frivole, volage comme la plupart des étudiants; mais un jour il deviendra sérieux et quand il ne verra plus le regard enchanteur, qu'il n'entendra plus la voix charmeuse de la jeune fille de pension, il l'oubliera vite et me reviendra." C'est ce qui arriva.

Après une rupture brusque avec *Léontine*, Michel retourne dans son village natal où il revoit Andrée, amaigrie, pâle, presque inerte. L'amour veille toujours. Peu à peu le passé renaît avec la santé; le médecin de l'âme est plus fort que la mort. "L'amour retrouvé et agrandi... c'est la rosée qui abreuve la fleur flétrie et lui redonne une fraîcheur éclatante".

Puis nous assistons à la cérémonie nuptiale, suivie des heures si douces des abandons réciproques. — La vie est un prolongement, le bonheur une illusion.

A peine un an plus tard cette femme tant aimée succombait rapidement sous les coups de l'éclampsie.

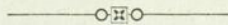
"Oh mes amis, dit-il, en terminant son récit: pardonnez-moi ce triste souvenir durant ce banquet... mais la vie est ainsi faite que trop souvent la tristesse vient assombrir les joies que nous nous promettions, le bonheur que nous souhaitons".

Cette rapide analyse ne rend pas justice au livre de mon collègue Decotret, il faut le lire.

Mais je m'empresse d'ajouter que le style en est simple et imagé; quelques-unes de ses descriptions de paysages sont fidèles, agréables et bien observées. Certains passages méritent une mention particulière. — Le Docteur DeCotret a une imagination féconde et une compréhension originale de "l'amour qui ne meurt pas". *ignis ardens*. Si on héros évolue avec tant d'aisance dans les sentiers étroits et tortueux du sentiment, c'est parce que la main du Maître le guide afin de démontrer, si possible, qu'un amour sincère parvient toujours à se stabiliser malgré les appels incessants de la route.

Je félicite donc l'auteur de sa sincérité et de son talent. C'est un rare privilège, à l'heure du crépuscule, d'assister aux embrasements inattendus des horizons qui déclinent...

Albert LeSAGE.



## CHRONIQUE

### DISCOURS DE M. LE PROFESSEUR AGREGE LETONDAL au banquet qui a clôturé le Congrès de Pédiatrie de Strasbourg, le 7 Octobre 1931.

M. le Président,

Mesdames,

Messieurs et chers collègues,

C'est un honneur que j'apprécie particulièrement d'avoir l'avantage de parler ce soir dans un milieu comme le vôtre, au nom du Gouvernement de la province de Québec, au nom de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal et de l'Union Médicale du Canada.

*Le Gouvernement de la Province de Québec* est fier, à juste titre, de constater avec quel éclat la Pédiatrie française a été représentée à ce Congrès, et il a confiance dans son avenir si riche de promesses.

Vous qui êtes venus au Canada, dans cette belle province presque entièrement française qu'est le Québec, vous savez quels admirables efforts y ont été faits dans ces dernières années pour diminuer la mortalité infantile. Pour la combattre, le gouvernement provincial a cru devoir inviter quelques pédiatres français à collaborer à son œuvre, et ceux qui sont venus chez nous, les professeurs Ribadeau-Dumas, Lereboullet, Armand-Delille et Mouriquand, se souviennent sans doute de l'accueil que nous leur avons fait. Par leurs qualités d'enseignants, par leur culture si largement humaine, non seulement ils vous faisaient honneur, mais ils rendaient en même temps les plus précieux services à notre race, dont la natalité est encore, grâce à Dieu, vigoureuse et forte.

*La Faculté de Médecine de l'Université de Montréal*, qui est heureuse de compter parmi ses professeurs une des gloires de la Faculté de Strasbourg, M. Pierre Masson, se réjouit du beau succès qu'a remporté votre congrès.

M. le professeur Rohmer, si vous avez si pleinement réussi dans cette vaste entreprise qu'est l'organisation d'un Congrès de médecine, c'est que vous y avez mis tout votre cœur et toute votre intelligence, c'est-à-dire le meilleur de vous-même; c'est que vous n'avez ménagé pour nous ni votre temps, ni vos forces, c'est que sous des apparences souriantes, vous êtes une énergie et une tenacité indomptable. Vous avez bien mérité de l'Association des Pédiatres de Langue française, et, au nom de la Faculté de l'Université de Montréal, je vous en félicite chaleureusement.

*L'Union Médicale du Canada*, la plus ancienne Revue Médicale canadienne, dont la fondation remonte à 1872, s'honore d'avoir comme collaborateurs quelques-uns d'entre vous, et plus particulièrement les professeurs Georges Mouriquand et André Dufour (de Lyon), à qui nous adressons nos sincères remerciements pour les articles qu'ils ont bien voulu nous envoyer. Elle espère que d'autres pédiatres français suivront leur exemple, et contribueront, par là, à cimenter davantage l'amitié qui doit exister, et qui existe du reste, de plus en plus, entre la France et le Canada.

Ne sommes-nous pas du même sang, n'avons-nous pas la même langue, ne poursuivons-nous pas le même idéal ?

L'Union Médicale du Canada se joint volontiers au gouvernement de Québec et à l'Université de Montréal pour rendre un juste hommage à ceux qui ont su si bien réaliser, et de quelle façon, les vœux que nous formulions tous, lors de la séance inaugurable, pour le succès du septième Congrès des Pédiatres de Langue française.

## VARIÉTÉS

---

### LE COLLÈGE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

son évolution depuis la cession jusqu'à nos jours.

Par le Docteur Joseph Gauvreau

---

### LE BUREAU MÉDICAL DE MONTRÉAL THE MONTREAL MEDICAL BOARD

1839 - 1847

---

Revue du Bureau Médical de Québec — Procès-verbal original de la première assemblée du Bureau Médical de Montréal — Première mention du Bureau Médical de Montréal — Premiers Membres — William Robertson Président — Premiers certificats — Liste des Officiers — Collège des Médecins du Haut-Canada fondé en 1839 — Requête à l'Assemblée législative en 1841, pour prévenir la fondation des Ecoles de médecine — Trop grande lenteur — Dernière séance — Derniers licenciés — *Heads of the Medical Bill*: La Grande Charte de 1847 sous sa forme originale. — Réflexions.

---

Le Bureau médical de Québec, créé par Lord Dorchester en 1788, ne commença à fonctionner pour toute la province du Bas-Canada, qu'en 1794. Les besoins n'étaient pas pressants. Les candidats faisaient plutôt défaut. Il est même évident qu'à l'époque de la création de cet organisme nouveau, aucun candidat ne voulut s'en prévaloir, faute de connaissances et d'entraînement suffisants. On attendit six ans, jusqu'à ce que les Clercs des années qui suivirent 1788 fussent aptes à la tâche, avant de commencer à faire subir les examens de compétence qui donnaient droit à une recommandation pour obtenir du Gouverneur la licence de médecin. Et ce seul BUREAU MEDICAL DE QUEBEC suffit aux besoins de toute la province du Bas-Canada, jusqu'en 1839, non sans récrimination, comme bien l'on pense, de la part des candidats Montréalais obligés de venir à Québec subir leur examen devant des examinateurs absolument inconnus, de la part aussi des Médecins de Montréal qui jugeaient leur ville assez importante pour posséder son propre BUREAU MEDICAL.

Minutes of the Montreal Medical  
Board 28<sup>th</sup> June 1839.

At the first Meeting of the Board,  
held at the house of Dr. Robertson on the  
28<sup>th</sup> day of June 1839. Present

Dr<sup>s</sup>

Robertson	Bauneau
Hobbes	Arnoldi
Stephenson	Campbell
Beauford	Hall
Kreutzer	Sewell

The Commission appointing Examiners  
and the act or Ordinance 28 Geo. 3. Chap 8.  
having been read, William Robertson  
Esquire M.D. was elected President, and  
Geo. W. Campbell M.D. was appointed  
Secretary.

- The following Resolutions were then passed
- 1<sup>st</sup> That the Secretary shall inquire by letter addressed to the Civil Secretary whether the term "any University" in the last Clause of the Act or Ordinance 28 Geo. 3. Chap. 8 includes Foreign Universities, or is to be confined to Universities and Colleges within Her Majesty's Dominions.
  - 2<sup>d</sup> That there shall be four Meetings of this Board in every Year, to be held at the Court House Montreal on the first Tuesdays of February, May August and November at the hour of two P.M.
  - 3<sup>d</sup> That Public Notice of the time and place of Meeting be previously given in the papers.
  - 4<sup>th</sup> That the Candidates shall notify the Secretary of their intention to apply for Licence at least a week before the quarterly Meetings of the Board.

5<sup>th</sup> That the examinations shall be private unless the Candidate expresses a wish to the contrary.

6<sup>th</sup> That the President shall have the power of calling extraordinary Meetings of the Board for other purposes than examinations

7<sup>th</sup> That in absence of the President the Senior Member present shall preside, according to the order of the Names in the Commission.

---

W. Robertson M.D. President

L. H. Campbell M.D. Secretary

Copie photographiée de l'original conservé dans les Archives du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec.

La première mention du BUREAU MEDICAL DE MONTREAL que nous trouvons dans les archives, est consignée dans une lettre du Docteur William Robertson à Lord Dalhousie, en 1822. On se rappelle qu'à cette époque, les médecins du Montreal General Hospital, dans un mémoire adressé à Lord Dalhousie par STEPHENSON et HOLMES recommandaient la création d'un séminaire d'enseignement médical (a Seminary of Medical Learning). A cette occasion, soutenant la requête à Lord Dalhousie, le Président du staff médical du Montreal General Hospital, le Docteur William Robertson, demanda au Gouverneur du Canada d'organiser un Bureau médical à Montréal, en vertu de la loi Dorchester 1788, et d'adjoindre à ce bureau médical les médecins (the Staff) du Montreal General Hospital!

Vers 1824, en même temps qu'il créait le MONTREAL MEDICAL INSTITUTE, Lord Dalhousie promit de créer un Bureau Médical à Montréal, dans un avenir plus ou moins rapproché.

Cependant, il nous fallut attendre encore quinze ans avant de voir siéger ce Bureau Médical de Montréal, sous la présidence de ce même William Robertson qui en avait été le premier instigateur. Le bureau médical de Montréal siégea pour la première fois, le 28 juin 1839, à la résidence du Dr Wm. Robertson, sur la rue St-Jacques, près de la rue de St-François-Xavier. (1).

A cette séance fut lue la Commission Royale nommant quinze médecins de Montréal et des environs pour faire partie de ce Bureau, en vertu de la loi 28 Geo. III, Ch. 8 (Loi Dorchester 1788).

Les membres présents à cette première réunion furent :

Docteur WILLIAM ROBERTSON,  
 “ “ HOLMES,  
 “ “ STEPHENSON,  
 “ “ CRAWFORD,  
 “ “ TRESTLER,  
 “ “ BRUNEAU,  
 “ “ ARNOLDI,  
 “ “ CAMPBELL,  
 “ “ HALL.

Le Docteur ROBERTSON fut élu Président et le Docteur CAMPBELL secrétaire.

(1) Ce dernier renseignement dû à l'amabilité de M. E. Z. Massicotte, Conservateur des Archives au palais de justice de Montréal.

Ce bureau siégea assez régulièrement quatre fois par année, le premier mardi des mois de février, mai, août et novembre.

Sa principale occupation, comme bien l'on pense, fut de faire subir des examens sur la médecine, la chirurgie et l'obstétrique, aux candidats à la licence. De très courts règlements furent édictés. On était en correspondance constante avec le Bureau médical de Québec, qui siégeait depuis 1794; une parfaite harmonie régna, semble-t-il, entre les deux organismes, jusqu'à leur fusion respective avec notre COLLEGE DES MEDECINS ET CHIRURGIENS du Bas-Canada, en 1847.

Les premiers certificats de compétence furent signés par ce bureau le 6 août 1839, en faveur des médecins suivants :

Docteur Archibald Campbell,  
Docteur William Robertson,  
Docteur Edouard Jacques,  
Docteur Chs. E. Cotton.

Les derniers certificats furent octroyés le 5 mai 1847, NELSON étant président et J. C. SEWELL secrétaire. Les bénéficiaires de ces derniers certificats furent les Docteurs J. C. MONTGOMERY, CHS. H. LATOUR et ALCIDE PHANEUF.

Tous les procès verbaux du MONTREAL MEDICAL BOARD, quel qu'ait été son président, sont rédigés en anglais; nous en exceptons deux, pour la période où le Docteur BIBAUD remplaçait temporairement le Docteur SEWELL comme secrétaire.

Voici la liste des officiers de ce corps médical :

1839	{	WILLIAM ROBERTSON, Président	
		GEO. M. CAMPBELL.	Secrétaire
1842	{	H. F. HOLMES,	Président
		J. C. SEWELL,	Secrétaire
1843	{	J. B. LEBOURDAIS,	Président
		J. C. SEWELL,	Secrétaire
1846	{	W. NELSON,	Président
		J. C. SEWELL,	Secrétaire

Le Bureau médical de Montréal, comme celui de Québec, désirait une législation capable de mettre la profession médicale de la province sur un pied d'égalité avec celle des autres pays. C'était

une sévère discipline à établir. Il était humiliant pour ces Bureaux, généralement composés de médecins qui avaient obtenu leur diplôme de docteur en médecine à l'une des universités britanniques, d'avoir à délivrer des certificats de compétence à des candidats qui avaient jamais fait autre chose qu'un service de clerc-médecin plus ou moins prolongé. Une loi s'imposait pour fixer le minimum de connaissances nécessaires.

A l'instar des autres, selon qu'il appert de la correspondance déposée aux archives et des lettres copiées au long dans les procès-verbaux, le Bureau médical de Montréal ne tarda pas à solliciter l'intervention du Gouvernement, afin de donner à la profession médicale du Bas-Canada une législation analogue à celle des autres pays.

Il y eut une séance extraordinaire du Bureau, tenue le premier juin 1841 au palais de justice de Montréal, sous la présidence du Docteur ROBERTSON. Sur proposition des Docteurs HOLMES, CRAWFORD, et ARNOLDI, la requête suivante fut unanimement adoptée, avec prière au secrétaire de demander la coopération du Bureau médical de Québec et du Bureau médical de Toronto. Nous traduisons tout au long cette requête, pour le bénéfice de nos lecteurs, auxquels nous conseillons d'en faire lentement la lecture. Ce document, unique en son genre, fait parfaitement connaître la situation professionnelle des médecins de l'époque.

#### A L'HONORABLE ASSEMBLEE LEGISLATIVE DE LA PROVINCE DU BAS-CANADA.

Le Bureau médical du district de Montréal, établi en vertu de l'ordonnance 28, Geo. III, Ch. 8, expose humblement ce qui suit :

Dans tous les pays qui suivent les progrès de la civilisation, il est jugé non seulement désirable, mais nécessaire, que les personnes qui exercent la médecine et la chirurgie soient hautement qualifiées pour prendre charge de la santé publique et de celle des citoyens.

Pour atteindre ce but, des lois ont été édictées, en vertu desquelles l'exercice de la médecine est exclusivement réservé aux personnes qui, après avoir suivi un cours d'étude et un entraînement professionnel déterminés, ainsi que les examens requis sont déclarées compétentes par l'autorité constituée.

En Europe et aux Etats-Unis, on requiert un cours complet dans une Ecole de médecine réputée, et un stage plus ou moins prolongé dans un grand hôpital général.

Dans notre province, ces moyens essentiels d'apprendre l'art de guérir ont été absolument méconnus. On n'exige aucune garantie de compétence de la part des Candidats. Tout ce que l'on exige d'eux, c'est l'examen devant le Bureau, et très souvent cet examen n'est pas sérieux. (Often fallacious one).

Un certain nombre de candidats, s'imposent peut-être, par la suite, l'obligation d'aller se perfectionner en Europe ou ailleurs, mais l'expérience a prouvé que les candidats, en grande majorité, s'en tiennent à leur minimum de connaissances, quand ils ont pu passer avec succès le fallacieux examen requis devant le Bureau médical.

Il en résulte que là où le minimum de connaissances requis pour obtenir la licence est à un faible niveau, les qualifications sont dépréciées, et la profession médicale tout entière en souffre dans son renom; (sinks in respectability); la population est victime du défaut de science chez ceux qui ont pour mission de conserver la santé et la vie.

Dans les premiers temps de la Colonie, il fut impossible d'exiger autre chose que des connaissances primaires de la part des médecins.

Les temps sont changés. Nous devons nous mettre sur le même pied que les autres pays. Ici comme ailleurs, il y a des exigences professionnelles auxquelles devraient répondre les étudiants en médecine. Par des lois de ce genre seulement, nous pourrions donner à la profession médicale des cadres qui en garantiront le caractère honorable, et qui seront à l'avantage de la science en général et des citoyens en particulier.

C'est pourquoi le Bureau médical du District de Montréal vous prie instamment de prendre en très sérieuse considération ses présentes démarches, et vous supplie de définir les conditions que vous jugerez opportunes pour réglementer l'enseignement médical dans cette province.

(Sig.) W. ROBERTSON, Président,  
Geo. M. CAMPBELL, Secrétaire.

A l'époque où le Bureau médical adressait cette requête à la Législature provinciale du Bas-Canada (1841), le Collège des Médecins et Chirurgiens du Haut-Canada était déjà fondé. Il avait obtenu sa Charte en 1839, l'année même de la création du Bureau médical de Montréal. Celui-ci avait donc un exemple à suivre et des précédents à imiter. Sa correspondance avec le collège des Médecins et Chirurgiens du Haut-Canada est assez volumineuse. Elle est surtout consultative, durant ces années de transition.

C'est aussi l'époque de l'apparition des Ecoles de médecine. Tout le monde en parle, à Québec un peu, à Montréal beaucoup. Au sein

même du bureau, il y a des partisans de la fondation immédiate de l'École, mais tous sont à peu près d'accord sur la nécessité d'imposer à ces Ecoles, nées ou à naître, les règlements professionnels les plus sévères possibles. On comprend que si ces Ecoles se fondent avant l'obtention d'une Charte qui définisse les conditions de l'étude et de l'exercice de la médecine, il y aura peut-être conflit entre elles et le Collège des Médecins à venir. On veut éviter tout froissement, on veut aplanir les difficultés entrevues. Et, avant que l'une ou l'autre de ces Ecoles ne se fonde, à Québec ou à Montréal, on va tenter l'impossible pour obtenir au plus tôt de la Législature provinciale, la Charte tant désirée.

Malheureusement, la discussion sur la nécessité de préparer un projet de loi traîna en longueur. A la suite de la requête de 1841, le Bureau médical fut invité par les Législateurs à préciser ses desiderata. Avant que le projet ne fut mûr, il s'écoula plus de deux ans. Deux ans et deux mois après la présentation de la Requête ci-dessus, le 3 août 1843, le Bureau médical de Montréal nomma un comité d'études spécialement chargé de rédiger un projet de loi pour régler l'étude et la pratique de la médecine; ce projet fut transmis à la Législature du Bas-Canada par une délégation spéciale du Bureau. Le comité d'études qui rédigea ce projet de loi était ainsi composé: Docteur **LEBOURDAIS**, Président du Bureau, et les Docteurs **HOLMES**, **ARNOLDI**, **HALL** et **BRUNEAU**. Comme de ce projet découle, à n'en pas douter, la loi de 1847, nous tenons à le faire connaître dans sa teneur. Nous le publions en entier à la fin de ce chapitre, sous le titre original: **HEADS OF MEDICAL BILL**.

Et pendant que le projet était à l'étude dans un comité spécial, l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal, fondée en 1843, obtenait sa Charte le 29 mars, 1845; il en fut de même pour l'École de Médecine de Québec (29 mars, 1845). Celle-ci ne commença à fonctionner qu'en 1848.

La dernière séance du Bureau médical de Montréal eut lieu le 15 mai 1847, sous la présidence de **NELSON**. — **ARNOLDI**, **BADGLEY**, **McCALLOCH**, **MUNRO**, **BIBAUD**, **CAMPBELL**, **SEWELL**, **SUTHERLAND**, **HALL** et **CRAWFORD** y assistaient. **J. C. MONTGOMERY**, **CHS. A. LATOUR**, **ALCIDE PHANEUF** et **J. A. B. LAROCQUE** y regurent leur licence. Ce furent les dernières licences accordées par le Bureau médical de Montréal.

## HEADS OF MEDICAL BILL.

- 1st That before any candidate shall be allowed to commence the study of medicine, he shall satisfy the Examiners that he has acquired a liberal Education either English or French, and that he possesses a competent knowledge of the Latin Language. The same to becertained by examination or testimonial.
- 2nd That every student (except those who graduate in any university hereinafter specified) shall serve an apprenticeship to a regular practitioner of Medicine for at least five years and shall adduce certified testimonial, that he has attended a course of lecture, on each of the following branches:

**Anatomy & Physiology**  
 Chemistry & Pharmacy  
 Materia Medical & Therapeutics  
 Theory & Practice of Physic  
 Principles & Practice of Surgery  
 Midwifery & diseases of women & children.

- Each course to contain at least 80 lectures. Six months attendance on a Public Hospital containing at least forty beds, & whose medical attendance shall consist of at least two practitioners of not less than four years standing. He shall also produce testimonials of having followed an apprenticeship for five years with a medical practitioner duly licenced.
- 3 That the period of study shall be reduced to four years if the candidate produce satisfactory evidence of having attended all the above courses twice.
- 4 That no candidate if found disqualified shall be remanded to his studies for a less period than six months.
- 5 That every candidate shall produce testimonials of moral character and a certificate that he has attained the full age of twenty one years.
- 6 Certificates of attendance on Lectures from Foreign Universities or schools of Medicine shall not be received unless the candidate produce proof that he has studied for six months in some public school of Medicine within Her Majesty's Dominions.
- 7 That no Foreign Diploma shall be received for more than a mere certificate and that every candidate producing such Diploma shall notwithstanding conform to the fore going regulations and submit to an examination.
- 8 That all persons holding a medical Degree or Diploma from any University, medical college or incorporated school of Medicine in the British Dominion, all persons holding a diploma or warrant in the Majesty's army or navy, and all Physicians and surgeons in the said army or navy on active duty within

the Province, shall be exempted from examination, upon attesting before the President of a Medical Board on oath, that they are the individual, mentioned in such degrees on diplomas or warrants and that they have obtained the same honestly. For this the President of the respective Boards shall be authorized to administer such oath.

- 9 That every person desirous of practicing as an Apothecary Druggist or Vendor of Medecines shall serve an apprenticeship of at least three years to a duly licensed Apothecary Druggist or Vendor of Medecine and shall produce testimonials of attendance on the following branches of medical study. Viz.

Each course

consisting of Two courses of Chemistry and Pharmacy

at least

eighty lec- Two courses of Materia Medica

tures.

- 10 That no person shall for gain practice Physic surgery or Midwifery or as an apothecary, Druggist of Medecines within this Province without a licence duly had and obtained under a penalty of ten pounds currency and twenty pounds for every succeeding offense, to be imprisoned till the fine be paid.
- 11 That the penalty aforesaid be recoverable by the deposition of one or more credible witnesses within three months after the commission of the offense, before any more of Her Majesty's Justices of the Peace, who shall be authorized to issue his warrant for the apprehension the offender.
- 12 That a medical Board shall be appointed by the Governor General or the person administering the government in the respective cities of Quebec Toronto and Montreal.
- 13 That each Medical Board shall consist of at least nine members of whom five shall constitute a quorum and if practicable at least seven of them shall be medical practioners resident in the respective cities in which the Boards shall sit. The respective Boards shall elect their Presidents and it shall be their duty to meet at least once every three months for the purpose of examining candidates entering on the study of medecine and to recommend for licence those they may find duly qualified to practice Medecine Surgery and Midwifery or as Apothecaries Druggists and Vendors of Medecines.
- 14 That each candidate on receiving the credentials entitling him to obtain a licence shall pay a sum not exceeding one pound to be applied to defray the contingent expenses of the Board granting the credentials.

Sign.

J. B. LEBOURDAIS, Président.

J. C. SEWELL, Secrétaire.

Nous venons de rappeler très succinctement l'existence éphémère du BUREAU MEDICAL DE MONTREAL, existence de transition qui n'eut qu'un but: donner aux médecins anglais du Montreal General Hospital l'illusion, sinon le mérite, d'être les fondateurs du Collège des Médecins et Chirurgiens du Bas-Canada, puisqu'ils eurent l'honneur indéniable de rédiger les HEADS OF THE MEDICAL BILL qui devinrent la Grande Charte, en 1847.

A la distance où nous sommes, il est assez difficile de répartir les mérites. Ce qu'il y a de certain, c'est que l'influence professionnelle anglaise fut prédominante dans la Grande Charte: Influence professionnelle anglaise du Montreal General Hospital, et influence professionnelle anglaise du Montreal Medical Board.

Les médecins Canadiens-français de l'époque, ne prévoyant pas la prépondérance qu'ils devaient bientôt acquérir, virent plutôt d'un mauvais œil l'avènement du Collège des Médecins et Chirurgiens du Bas-Canada. Tout occupés qu'ils étaient à la fondation de l'Université Laval à Québec, au fonctionnement de l'École de Médecine et de Chirurgie à Montréal, ils crurent plutôt à l'avènement d'un organisme destiné à entraver leur action mutuelle. Heureusement, la suite des événements les rendit moins catégoriques. De bonne heure à Québec où MORRIN entraîna à sa suite tout ce que la profession comptait de compétences et d'influences parmi les médecins des deux races, tard à Montréal où l'École de Médecine et de Chirurgie se croyait persécutée par le Collège des Médecins et Chirurgiens, (1) ils comprirent qu'en définitive l'organisation professionnelle était ce qui pouvait arriver de mieux dans l'intérêt de la santé publique et pour la sauvegarde de la réputation du médecin québécois, de quelque nationalité fût-il.

Il serait pourtant puéril de croire que l'antagonisme disparut avec la promulgation de la Grande Charte en 1847.

Il n'est peut-être pas de période plus douloureuse pour la profession médicale québécoise que celle qui s'étend de 1847 à 1891: Période durant laquelle l'élément anglais s'aperçoit que la suprématie lui échappe, en même temps que grandissent de façon formidable l'influence et le nombre des médecins canadiens-français; période d'amertume et de découragement pour le groupe médical canadien-français de l'École de médecine et de chirurgie de Montréal, qui voit la profession devenir maîtresse de ses destinées sous la poussée anglaise; les professeurs de l'Université McGill d'abord, ceux de l'Université

---

(1) Le docteur L. D. Mignault le dit catégoriquement dans son mémoire.

Laval ensuite dominant la situation; ce groupe médical ne rencontre nulle part aucune sympathie, jusqu'à ce qu'enfin il soit obligé de fusionner avec la succursale de l'Université Laval à Montréal.

Contentons-nous, pour l'heure, de rappeler la lenteur de nos progrès, les années nombreuses qui séparèrent chacune de nos étapes.

Bureau médical de Québec	1788.
Bureau médical de Montréal	1839. (51 ans)
La Grande Charte	1847.
La Charte Nouvelle	1909. (62 ans)

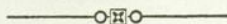
Et à qui éprouverait de nos jours le besoin de tout bouleverser, pour le mieux ou pour le pire, nous conseillons un peu de patience dans l'attente, à la lumière de ce qui s'est fait au cours de ces deux longs demi-siècles. C'est une tournure d'esprit, assez commune aujourd'hui, qui pousse certains médecins à vouloir diriger de façon nouvelle la profession, à lui imposer des obligations ou des charges qui ne sont point de sa compétence, à "la mettre au pas" comme on dit. On semble totalement méconnaître la prudence avec laquelle elle s'est d'abord orientée, la lenteur voulue de ses progrès, la longueur demi-séculaire de ses étapes, et surtout l'idéal qu'elle a toujours poursuivi. Ce qui fait peut-être le plus défaut aux réformateurs modernes du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, c'est la connaissance de son histoire. Avons-nous tort de la raconter? Est-ce trop tôt lever le voile sur les périodes les plus mouvementées de son existence?

Jusqu'ici, nous avons été sobre de réflexions. Il va falloir maintenant nous prononcer sur bien des sujets qui, traités et même résolus au cours du dernier siècle, sont encore à l'ordre du jour, dans certains milieux. Par exemple, le moment est venu de se rendre compte si, dans l'intérêt de la profession, le principe de décentralisation est préférable au principe de centralisation. La comparaison entre les résultats de la loi décentralisatrice de 1847 et ceux de la loi centralisatrice de 1909 sera, à ce point de vue, d'une très grande utilité; et ainsi du reste.

Evidemment, dans les réflexions qui vont suivre, il sera difficile pour nous de mettre à l'écart certains jugements qui se font jour avant l'heure. Nous sommes de l'âge nouveau. Les principes de la réforme de 1909 nous ont été inculqués avant la lettre de la loi. Cette loi 1909, nous l'avons votée et vécue d'enthousiasme. Notre vie, dans ce qu'elle a de plus essentiel, lui a été entièrement consacrée.

Nous craignons de ne pouvoir en parler impartialement. Nos lecteurs seront juges. Dans la mesure où l'intelligence peut se mettre au-dessus du sentiment, nous allons essayer, jusqu'à la fin, d'être impartial. Nous allons continuer à raconter ce que nous savons, sans parti-pris, à la lumière des documents connus, dans la sérénité d'une fin de carrière qui s'annonce. Nos positions ne sont pas à défendre. De quoi demain sera fait, peu nous importe. Nous ne faisons que poursuivre ce que nous avons toujours recherché depuis vingt-cinq ans, la vérité.

Néanmoins, nous prions nos lecteurs de se reporter à notre "Avant-Propos", dans lequel nous déclarons ne discuter sur certaines situations que pour provoquer d'autres discussions. Nous ne sommes qu'un précurseur. L'histoire du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec sera encore à écrire après cette série d'articles. Nos jugements, s'ils sont respectables et sincères, ne sont pas définitifs. Sont-ils plutôt des suggestions? Ce serait un mérite comme un autre, et nous souhaitons qu'il nous soit reconnu.



N. B. — Pour nous mettre au pas du Grand Anniversaire, le prochain article, anticipé pour la circonstance, sera intitulé: **"L'Union Médicale du Canada, en liaison avec le Collège des Médecins et Chirurgiens durant soixante ans: 1872 à 1932."**

# FORMULAIRE

---

## QUELQUES FORMULES ANTISPASMODIQUES ET SÉDATIVES.

### 1. — Les bromures: —

#### a

℞ Bromure de potasse.  
Pour une tablette ..... No 100

Sig.: une tablette diluée dans un demi-verre d'eau, trois fois par jour.

Pour un traitement de longue durée:—

#### b

℞ Bromure de potasse ..... 25 grammes.  
Elixir aromatique ..... 60 c.c.  
Eau jusqu'à ..... 250 c.c.

Sig.: une cuillerée à dessert diluée, quatre fois par jour.

Pour un traitement de courte durée:—

Dans l'épilepsie l'expérience clinique démontre qu'il est inutile de dépasser cinq grammes de bromure par jour — il vaut alors mieux ajouter la belladonne ou la jusquiame. Ainsi:—

#### c

℞ Bromure de potasse ..... 25 grammes.  
Teinture de belladonne ..... 6 c.c.  
Elixir aromatique ..... 60 c.c.  
Eau jusqu'à ..... 250 c.c.

Sig.: une cuillerée à dessert diluée, quatre fois par jour.

Dans les cas d'hystérie l'on peut associer la valériane au bromure.

#### d

℞ Bromure de potasse ..... 25 grammes.  
Teinture de valériane ammoniatée 40 c.c.  
Elixir aromatique ..... 60 c.c.  
Eau jusqu'à ..... 250 c.c.

Sig.: une cuillerée à dessert diluée, quatre fois par jour.

e

## 2. — Le luminal (pheno barbital).

Le médicament le plus employé dans l'épilepsie:

℞ Luminal ..... 0 gr. 03  
 Pour une tablette ..... No 100

Sig.: une tablette deux fois par jour, augmenter au besoin à six par jour.

f

℞ Luminal sodique ..... 1 gr. 50  
 Elixir aromatique ..... 60 c.c.  
 Eau jusqu'à ..... 250 c.c.

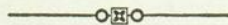
Sig.: une cuillerée à dessert dans de l'eau, trois fois par jour.

g

℞ Luminal sodique ..... 10 centgr.  
 Eau distillée ..... 1 c.c.  
 Pour une ampoule.

Sig.: une injection intra musculaire, dans les crises sub-intrantes.

Louis FORTIER,



# ANALYSES

## MEDECINE

MM. E. CHABROL, A. BUSSON et J. MENNECIER. — **Les ictères de l'acide phénylquinoléine carboxylique.** Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris. (2 novembre 1931).

Brugsch et Horsters démontrent en 1924 l'action de la phénylquinoléine carboxylique sur la sécrétion hépatique de la bile. Worster et Drought rapportent en Angleterre durant la même époque une première observation de jaunisse chez un goutteux qui a absorbé 1gr. 50 de phénylquinoléine pendant quatre jours seulement. Depuis, les cas d'ictère se sont multipliés. Ces ictères ont-ils une individualité bien tranchée et doivent-ils nous faire abandonner ce produit dans le traitement de la goutte et des rhumatismes articulaires? Dans le commerce, on trouve ce produit sous les noms d'atophan cincophène, atophanyl, atoquinol, etc.

Sur quarante-neuf observations publiées, vingt-deux sont des ictères bénins et vingt-sept des ictères mortels.

Le début de ces ictères est brusque ou se fait progressivement en cours de traitement. On note un état saburral, de l'anorexie, de la gêne au creux épigastrique et même des vomissements, de l'asthénie, de la céphalée. Ce sont des ictères toxiques. On compare l'action de la phénylquinoléine sur le foie à celle du mercure sur le rein. Cependant on constate que ce n'est point sur des bases chimiques très précises que l'on a étayé la notion de la toxicité ictérogène de la phénylquinoléine.

Comme conclusion: depuis plus de vingt ans que l'on emploie les produits quinoléiques avec succès dans le traitement de la goutte et les troubles ictériques sont plutôt rares. Dans certains cas, on pourrait expliquer l'ictère en faisant intervenir une coïncidence ou un réveil biologique très comparable à celui que l'on invoque pour interpréter les ictères arsénobenzoliques. La crainte de l'ictère ne doit pas nous empêcher l'emploi de ce médicament très précieux contre la goutte et les rhumatismes chronique ou aigu. Pour éviter tous ces troubles, on l'emploiera par voie buccale, à doses modérées et par intermittence.

Paul René ARCHAMBAULT.

S. F. GOMES DA COSTA (Lisbonne). — **L'action de l'insuline sur les cancers ulcérés de la peau.** Presse Médicale du 21 octobre 1931.

Les travaux fondamentaux de Warburg et de ses collaborateurs ont mis en évidence les relations entre le métabolisme des cellules néoplasiques et les hydrates de carbone. On sait aujourd'hui que, dans certaines conditions, la consommation de glucose par les tissus cancéreux peut être 70 fois plus grande que par la plupart des tissus normaux. Cette consommation n'est

pas imputable aux phénomènes d'oxydation. Elle est due presque exclusivement à un mécanisme différent, c'est-à-dire à des phénomènes de glycolyse.

Le problème des relations entre le métabolisme général des cancers et des hydrates de carbone peut encore être étudié en déterminant une carence en hydrates de carbone chez les cancéreux, et en recherchant si l'activité de prolifération des tissus cancéreux est diminuée ou même inhibée par cette carence.

La découverte de l'insuline a permis des recherches dans ce sens, puisque cette substance peut déterminer une carence relative de l'organisme en hydrates de carbone sans dénutrition concomitante.

Cette action de l'insuline sur les cancers a été étudiée sur des tumeurs expérimentales par de nombreux auteurs, avec des résultats discordants; mais, il convient de préciser que, dans toutes ces expériences, l'insuline a toujours été administrée par injections.

L'insuline n'exerce qu'une action purement locale sur les cellules néoplasiques. Son action inhibitrice sur le développement des néoplasies (quel que soit le mécanisme du phénomène: métabolisation des sucres par les cellules cancéreuses, etc.) ayant été observée par la plupart des auteurs, l'hypothèse que l'insuline appliquée localement pourrait empêcher le développement de la néoplasie et créer localement aussi des conditions déterminant sa regression semblait permise à l'auteur.

Utilisant une insuline en solution, versée goutte à goutte, ou la pommade Fornet à l'insuline, G. da C. a obtenu, 20 jours après application du traitement, la cicatrisation complète de cancers ulcérés de la face, dont un de récidive opératoire.

Il est encore trop tôt pour parler de guérison de cancers ulcérés de la face. G. da C. estime ces résultats très intéressants même au point de vue pratique. Il poursuit actuellement ses recherches vers d'autres techniques d'application locale d'insuline ainsi que d'autres composés possédant quelques-unes des propriétés de cette substance. Ses résultats feront l'objet d'autres publications.

L.-Henri GARIEPY.

**R. POINClOUX et H. ARLOING. — Vaccination régionale par la porte d'entrée; son emploi contre l'infection colibacillaire.** Arch. Mal. App. Digestif et Mal. de la Nutrition. Oct. 1931.

Le Bacterium Coli, saprophyte normal de l'intestin, peut devenir, seul ou associé à d'autres microbes, et par suite d'une simple effraction de la muqueuse intestinale, l'agent d'une maladie générale, la colibacillose.

Les auteurs ci-haut mentionnés viennent de créer une nouvelle méthode d'immunisation curative contre les différentes manifestations, urinaires, génitales ou intestinales du bactérium coli.

Par exemple, sur 230 malades atteintes de lésions gynécologiques infectieuses, non tuberculeuses, le coli-bacille était en cause 90 fois; 39 fois seul et 45 fois associé au gonocoque.

Dans la colibacillose génitale, associée à une colibacillose urinaire ou à des troubles du gros intestin, constipation ou diarrhée; même dans les cas de seule constipation opiniâtre, infirmité si banale, mais considérée par les Auteurs, comme une maladie infectieuse et justiciable de tout autre traitement que ceux mis en oeuvre couramment pour la combattre, les auteurs ont appliqué la "Vaccination régionale par la porte d'entrée" partant du principe reçu que, dès que le colibacille est en cause, on est fondé à admettre que la muqueuse du gros intestin ait servi à pénétrer dans l'organisme du malade.

Le mode actuel d'utilisation de leur méthode consiste à se servir d'un bon stock vaccin colibacillaire ou de préférence d'un auto vaccin bien préparé, et à l'injecter exactement *dans et sous la muqueuse du rectum*, avec un rectoscope court et large, une seringue munie d'une prolonge adéquate et d'une aiguille fine et brève.

La dose initiale à injecter est de  $\frac{1}{2}$  c. c. que l'on peut augmenter de  $\frac{1}{2}$  c. c. jusqu'à la dose de 3 c. c., les traitements ne devant pas être répétés sans avoir attendu 24 à 48 heures avant la fin de la réaction provoquée par la précédente. Cependant, ce vaccin n'a jamais donné lieu à aucune réaction inquiétante; et les résultats thérapeutiques que les auteurs en ont obtenus dans les 14 cas rapportés, m'évitent d'attirer l'attention sur ce nouveau mode de traitement des affections colibacillaires.

J. Alfred MOUSSEAU.

C. ALEXANDRESCO, DERSA et PIERRE TOCSA. — **Trois cas de syndrome de Bernheim.** La Presse Médicale, Paris, 30 septembre 1931.

Tandis que l'asystolie classique est produite par une dilatation de la cavité du ventricule droit, l'autre asystolie appelée syndrome de Bernheim (de Nancy) reconnaît comme cause productrice une sténose de la cavité du ventricule droit par déviation de la cloison interventriculaire, elle-même conditionnée par une hypertrophie excentrique du coeur gauche. Les auteurs ont observé trois malades ayant présenté tous trois les signes d'une insuffisance cardiaque grave qui avait abouti à la mort et chez lesquels, à l'autopsie, on a trouvé que les trois coeurs présentaient une capacité du ventricule droit extrêmement diminuée de volume et que cette diminution de capacité résultait de la pénétration de la paroi du coeur gauche dans la cavité ventriculaire droite.

Le diagnostic exact de cette variété d'insuffisance cardiaque, pendant la vie, est très difficile, car ni la clinique, ni la radiologie ne sont à même de nous fournir les renseignements nécessaires et suffisants pour le poser avec certitude, mais la constatation d'une grande hypertrophie du ventricule gauche associée à de l'hypertension artérielle et à des signes de myocardite peut constituer les éléments de présomption pour la possibilité de l'existence d'une insuffisance cardiaque par syndrome de Bernheim.

Gabriel LAFRESNIERE.

LEON BERNARD et JEAN PARAY. — **Néphrite hydropigène tuberculeuse et néphrose lipoïdique.** — La Presse Médicale, Paris, 31 octobre 1931.

D'après l'expérience des auteurs, le syndrome humoral caractéristique de la néphrose lipoïdique: présence de corps biréfringents dans les urines et surtout hyperlipidémie avec diminution du taux des protides et inversion du rapport sérine-globuline, ne constitue pas une entité anatomo-clinique mais se surajoute tout simplement à la néphrite hydropigène à rein blanc, dont l'un d'eux a bien montré les liens avec la tuberculose. Cette étiologie, dans trois observations rapportées au cours de cette étude, est attestée non seulement par l'histoire anatomo-clinique des malades, la localisation pulmonaire qui précède ou qui se manifeste après la localisation rénale, mais encore par les réactions biologiques démontrant la nature tuberculeuse de l'affection (antigène et inoculations aux cobayes.)

On peut considérer, à cet égard, deux catégories de sujets, les uns sont des tuberculeux avérés, chez lesquels la détermination rénale est une complication, les autres, en pleine santé, apparente du moins, sont atteints par la néphropathie qui ne révèle sa véritable nature que plus tard.

Dès maintenant, il faut rechercher systématiquement la tuberculose derrière le masque de la néphrite hydropigène caractérisée par son début insidieux, l'apparition progressive d'œdèmes se généralisant avec albuminurie importante, absence de signes cardio-vasculaires et de rétention azotée, que ce syndrome soit accompagné ou non du syndrome humoral attribué à la néphrose lipoïdique.

Gabriel LAFRESNIERE.

#### CHIRURGIE

JONES, D. F. — **Le diagnostic et les principes de traitement du cancer du côlon et du rectum.** Annals of Surgery, vol. XCIV, nov. 1931 pp. 860-870.

L'on n'attache, d'après l'auteur, pas assez d'importance à cette affection, Il base cet avancé sur les statistiques de l'état du Massachusetts. Dans cet état il y a 11,000 décès de cancer par année, et sur ces cas 12% sont des cancers intestinaux; ce qui représente à peu près 1200 cas d'hépithéliomas du côlon et du rectum. Et si l'on relève les statistiques des hôpitaux, l'on trouve que l'on ne fait pas plus, et peut-être moins, que 150 opérations radicales par année. Ce qui veut dire que seulement à peu près 10% des malades se présentant avec cette affection reçoivent une chance de vivre et d'obtenir une guérison.

La raison d'être de ce gaspillage de vie est, d'après l'auteur, imputable avant tout au fait que les médecins et même les chirurgiens n'attachent guère de valeur aux moyens actuels que nous possédons pour traiter cette affection.

Cet état de choses changera lorsque l'on montrera davantage que l'on peut, si un diagnostic précoce est fait et si une intervention adéquate est pratiquée, obtenir des résultats satisfaisants avec une mortalité beaucoup moindre que celle que l'on suppose actuellement.

L'A. rappelle ensuite les principaux symptômes qui doivent orienter un examen vers le cancer du rectum et donne la valeur respective des différentes interventions que l'on peut pratiquer contre cette affection,

Mercier FAUTEUX.

BANCROFT, F. W. — **L'hémangiome du sigmoïde et du côlon.** *Annals of Surgery*. vol. XCIV, nov. 1931, pp. 828-837.

L'hémangiome du colon recto-sigmoïdien est généralement une affection congénitale. Le symptôme le plus fréquemment observé est l'entérorragie qui commencerait d'ailleurs dès la première décade de la vie. Cet état pathologique est toujours grave, car les hémorragies répétées peuvent à la longue entraîner la mort. Les cas rapportés ayant été traités n'ont pas été très améliorés. Tout de même l'on a rapporté un cas maintenu guéri après injection sclérosante de la veine hémorroïdale supérieure.

Mercier FAUTEUX.

### OBSTÉTRIQUE

BLAND, WENRICH, GOLDSTEIN. — **Le trichomonas dans la vaginite de la grossesse.** (*Trichomonas vaginitis in pregnancy*). *Surgery Gynecology and Obstetrics*, December 1931.

Existe-t-il une relation entre la leucorrhée, accompagnée de vaginite et la présence du trichomonas dans les sécrétions vaginales des femmes gravides? Tel est le problème envisagé au point de vue morphologique et clinique que les A. essaient de résoudre depuis janvier 1930.

Ce protozoaire isolé par Donnè en 1836 a été trouvé dans les sécrétions vaginales selon une proportion de 20 à 50%.

On pourrait faire le diagnostic de sa présence dans la majorité des cas par l'examen clinique seul; leucorrhée profuse, de coloration jaunâtre, purulente, persistant pendant des mois et même des années. La muqueuse vaginale est rouge; quelques patientes se plaignent de prurit. Au microscope, on trouve, en plus du trichomonas, des cellules épithéliales, des leucocytes et de nombreuses bactéries.

De l'étude comparée avec le trichomonas de la bouche et de l'intestin, le trichomonas vaginalis paraît posséder son entité propre, capable de produire par sa seule présence cette réaction inflammatoire du vagin. Il favoriserait, de plus, la morbidité puerpérale. Pour Gragert, le taux de la morbidité était de 11%, lorsque l'examen des sécrétions vaginales donnait un résultat négatif, pendant que les patientes chez lesquelles on signalait la présence du trichomonas, la morbidité atteignait 29. 1%.

Comme mesure prophylactique, il n'est pas inutile de faire la désinfection du vagin durant la grossesse. La vulve et le vagin sont d'abord lavés à l'eau chaude et au savon vert, puis badigeonnés avec une solution d'acide picrique à 1%. Deux fois par semaine, on peut donner une injection vaginale à l'acide lactique (1%) dans le but de restaurer la flore microbienne normale.

Donatien MARION.

## PEDIATRIE

RICHARD C. CLARKE, LONDON, ENGLE. — **L'enfant épuisé.** — "Clinical Excerpts, 1931.

L'épuisement et ses effets sur l'enfant ont été l'objet d'une importante observation de l'auteur depuis quelques années. Ce dernier souligne le peu d'attention qu'y apportent les éducateurs.

Cette condition laisse voir les signes évidents sous la dépendance d'une atonie musculaire, relevant à la fois des muscles volontaires et involontaires. Le plus dramatique de ces signes est celui qui est décrit dans ces mots typiques: "the child standing over itself". En effet il parvient à maintenir sa station droite par ses os et ses ligaments, et non par son tonus musculaire. Un autre signe est l'hyper-extension du coude, qui est mise en évidence si on demande à l'enfant de se tenir debout, le bras étendu. La main prend une position d'extension des doigts et de flexion du poignet, et l'omoplate est proéminent. L'abdomen est protubérant, et la paroi abdominale est atone.

*Les symptômes.* Le système nerveux domine la scène. La majorité de ces sujets sont des enfants à grande dépense d'activité cérébrale et autre, difficiles à conduire, émotifs, négativistes. L'opinion de l'auteur est que l'amyotomie est un symptôme d'épuisement. La pyrexie est très fréquente chez ces enfants, souvent sans que l'on puisse en trouver de cause.

Les symptômes relevant du système cardiovasculaire dépendent du système nerveux autonome. Ils consistent en pâleur et évanouissements faciles. Il y a souvent une arythmie marquée et il peut même y avoir des extrasystoles. Un autre signe de l'instabilité vasomotrice est l'albuminurie orthostatique.

L'anorexie et un appétit capricieux sont fréquents, ainsi que des vomissements. La constipation alternant avec la diarrhée, et des douleurs abdominales, surviennent souvent.

L'énurèse, qui est toujours une névrose est très fréquente.

*Le diagnostic différentiel.* L'examen du cœur en particulier aidera à éliminer le rhumatisme sub-aigu. Au point de vue du système alimentaire, les trois diagnostics favoris sont; les ganglions mésentériques, l'appendicite chronique et la toxémie intestinale. Si les patients tombent dans les mains du chirurgien, ils s'en tireront rarement avec un appendice intact. Quant au système respiratoire, le plus fréquent diagnostic est "des amygdales malades". Il est évident que des amygdales malades doivent être enlevées.

Mais l'auteur considère que toute la symptomatologie en question est causée par l'épuisement, mental ou physique, parfois les deux, et que tout le traitement doit se rattacher à cela.

Il est évident que les nerfs de l'enfant moderne sont sacrifiés à l'efficacité et à la compétition, et qu'il est trop entouré par une éducation inappropriée à la bonne santé.

*Le traitement* réside dans le repos. Corriger les régimes, alléger les fatigues, supprimer les sources d'infection réelle. Le coucher à bonne heure, la sieste du milieu de la journée, pas de cinéma, pas de veillées fatigantes, une vie aussi tranquille que possible; voilà une partie importante du traitement.

Dans les mauvais cas, le début du traitement pourra comporter le séjour au lit pendant un mois.

*Conclusions.* —

- A — L'amyotomie des enfants est une condition accompagnée de signes physiques évidents et de symptômes.
- B — Quoique la majorité de ces enfants sont des nerveux, quelques-uns ne le sont pas.
- C — Cette condition est produite par l'épuisement mental et physique.
- D — La guérison est obtenue par le repos mental et physique.
- E — Cette condition devient plus fréquente, et elle est particulière à toutes les classes.
- F — La position debout de l'enfant constitue le plus important test de sa santé mentale et physique.

Gaston LAPIERRE.

L. MANDEL. — **Enurèse.** "Abstracts of Current Public Health Literature", oct. 1931.

L'Enurèse constitue un des problèmes les plus difficiles de la médecine. Peu de progrès a été fait dans la recherche de son étiologie, et partout dans l'avancement de son traitement. Il y en a peu parmi nous qui n'ont pas désespéré parfois d'obtenir des résultats favorables. A cette question se rattache non seulement un intérêt clinique, mais aussi un côté social important. A part la souffrance mentale apportée au patient et le malheur aux parents, l'énurèse constitue un sérieux problème pour l'éducateur. L'excuse ordinaire que "cela se passera un jour" constitue un aveu d'échec. Le médecin de famille est le mieux placé, à cause de sa connaissance du milieu où vit le patient, de son histoire personnelle et de celle de sa famille, pour diagnostiquer la cause de l'énurèse, et en organiser convenablement le traitement.

La diète figure au premier plan du traitement. Tout ce qui excite outre mesure les réflexes vésicaux doit être écarté. La quantité des liquides doit être très réduite chaque jour, à partir du repas du midi; et après cinq heures, aucun breuvage ne doit être pris. Les nourritures grasses doivent être évitées. Tous les diurétiques (thé, extraits de viandes, etc.) doivent être aussi évités.

L'enfant doit être éveillé à des heures fixes pour uriner. Les mesures drastiques, telles que les douches froides, etc., doivent être évitées.

Il est bon d'utiliser un sédatif, tel que le Luminal (grain  $\frac{1}{2}$ ), pour tâcher d'obtenir un relâchement du système nerveux meilleur et plus complet. Le monobromure de camphre est conseillé par Pototsky, qui y joint parfois du lactate de calcium. Cette médication doit être prise le soir.

D'autres méthodes pour diminuer l'hypersensibilité de la vessie peuvent être tentées, v.g. élever le pied du lit, faire coucher l'enfant sur le côté.

Il faut tenter, lorsqu'elle existent, de faire disparaître certaines causes irritantes particulières: vers intestinaux, cystite, sur-distension de la vessie, etc.

Chez l'instable, l'hypernerveux, chez qui l'on trouve en plus des vomissements cycliques, de la vagotonie, etc., toutes les mesures diététiques et médicales appropriées à cet état pourront en plus s'ajouter au traitement.

Chez l'enfant psychopathique, le traitement psychologique sera le mieux approprié.

Chez l'endocrinien, en particulier dans l'hypothyroïdisme, de petites doses d'extrait de glande thyroïde constituent un traitement approprié.

Chez le convalescent ou l'enfant débile, le traitement général tonique est indiqué.

Dans la majorité des cas, écrit le Dr Mandel, l'énurèse est un trouble nerveux, et le traitement doit être institué en conséquence.

Gaston LAPIERRE.

**FELIX WEISS. — Les manifestations urinaires de la syphilis congénitale du nourrisson.** Revue Française de Pédiatrie, Tome IV, (1931).

Les recherches de l'existence d'une lésion histo-pathologique spécifique a été exécutée pour la première fois par Hochsinger. Il faut également entre une syphilis fœtale et une syphilis infantile du rein, et c'est dans ce dernier cas que les altérations inflammatoires sont de beaucoup plus importantes que les signes d'un retard de développement.

Il existe des stades de la lésion rénale syphilitique où l'urine ne présente pas de signes caractéristiques qui sont les suivants: réaction fortement albumineuse, présence de cylindres hyalins et granulés, leucocytes et détritrus en grande quantité et surtout des hématies en quantité.

Des essais fréquemment répétés n'ont jamais permis d'isoler le tréponème de l'urine, de même une épreuve fonctionnelle exacte des reins est difficile à pratiquer chez des nourrissons qui pour la plupart sont débiles et gravement malades.

D'après les statistiques de l'auteur, il en vient à la conclusion qu'il a trouvé une fréquence de  $11\frac{1}{2}\%$  de lésions rénales cliniquement saisissables. Sur 51 nourrissons hérédo-spécifiques, chez lesquels l'urine fut examinée, il a trouvé six fois une lésion rénale spécifique correspondant à la néphrite syphilitique parenchymateuse aiguë de Hari.

A. DUTILLY.

**G. PAPOVICIN, (Roumanie). — Contribution au traitement des diarrhées parentérales des enfants, par le régime des pommes.** Revue Française de Pédiatrie, Tome IV, 1931.

Le traitement des états diarrhéiques de l'enfance a été enrichi dans les derniers temps par le régime des pommes, recommandé il y a un an par Noro et qui a donné d'excellents résultats. Il consiste en une absorption exclusive pendant une journée ou deux, le plus souvent d'une purée de pommes crues, faite avec des pommes mûres molles, pelées, débarrassées des pépins et de leur enveloppe et râpées sur une râpe en verre. Noro, après des recherches et des expériences faites sur un grand nombre d'enfants atteints d'affections variées du tube gastro-intestinal, pose les fondements scientifiques de ce vieux remède populaire.

Après Noro, Heisles, Adler, François Ibrahim, Ludberg, recommandent à côté des pommes qu'ils donnent, d'autres fruits, des jus de fruits, des concombres crus. Le succès de ce régime est immédiat et durable dans les cas de dyspepsie aiguë, de dysenterie et de diarrhées dysentériques.

L'auteur rapporte une série de 25 cas de dyspepsie parentérale dont 14 nourrissons; les succès ont été surtout remarquables chez les enfants de plus d'un an. Des réflexions d'ordre physiopathologiques font penser que les dyspepsies parentérales représentent le domaine le plus favorable pour le régime des pommes, plus indiqué que dans les troubles alimentaires.

Le mode d'action du régime des pommes semble être particulièrement indiqué pour modifier le changement de la flore intestinale ou une lésion de la paroi intestinale et l'action diurétique des acides de fruits, qui, par oxydation, sont transformés en carbonates peu diffusibles et la teneur élevée en vitamines jouent un rôle important, dans les diarrhées parentérales.

En résumé, l'auteur croit prouver par ses observations que le régime des pommes en cas de dyspepsies parentérales chez le nourrisson a une influence favorable sur les diarrhées d'origine infectieuse. Les succès sont parfaitement brillants.

A. DUTILLY.

## LABORATOIRE

MEDLAR, E. M.—**Avian tuberculosis in normal and vaccinated rabbits.**  
The American Journal of Pathology, Vol. VII, No. 5, septembre 1931.

Conclusions de l'auteur;

1° Les lapins normaux et les lapins vaccinés, inoculés avec le bacille tuberculeux aviaire, virulent, montrent une grande différence de lésions macroscopiques et microscopiques.

2° Le follicule et le tubercule tels que décrits dans les livres classiques seraient des lésions plutôt régressives que progressives.

3° Il existe une différence marquée dans la réaction leucocytaire chez les lapins normaux et vaccinés, inoculés avec le bacille tuberculeux aviaire virulent.

4° Cette réaction leucocytaire chez les lapins vaccinés ressemble de très près à celle que l'on observe dans la tuberculose humaine progressive. Cette réaction n'est pas spécifique de la tuberculose: elle est causée par une infection bacillaire tuberculeuse pure.

5° Le mégakaryocyte joue un rôle important dans la tuberculose aiguë aviaire du lapin. L'Auteur ne peut établir la signification réelle de la participation du mégakaryocyte à la tuberculose aiguë.

L. C. SIMARD.

## SOCIÉTÉS

---

### LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL

Séance du 3 novembre 1931

Président: M. J. A. JARRY

**De la diathermie dans la pneumonie chez l'enfant.** — M. ALBERT COMTOIS, présente l'histoire clinique et la description radiographique d'un cas observé à l'Hôpital Ste-Justine, à la suite du traitement de ce cas par la diathermie. M. COMTOIS a obtenu une amélioration rapide et marquée.

Le rapporteur présente alors quelques statistiques ainsi que quelques considérations sur la technique à employer.

M. J. A. JARRY demande quels étaient les signes cliniques présentés dans le cas du Docteur Comtois.

M. A. NOVE-JOSSERAND demande quels sont les résultats de la diathermie dans la pneumonie chez l'adulte.

M. COMTOIS en réponse dit que les signes pulmonaires présents dans son cas étaient peu précis. La confirmation du diagnostic est faite au moyen de la radiographie. La diathermie donne des succès dans une proportion plus élevée dans la pneumonie de l'adulte.

**La malariathérapie à la Prison de Bordeaux.** — M. A. BARBEAU rapporte que la thérapeutique de la paralysie générale par injection de la malaria tierce n'est sûrement pas une panacée. Les statistiques le démontrent. Une autre preuve nous en est fournie par la multitude des traitements que l'on persiste à essayer en but de guérir la méningo-encéphalite diffuse progressive, sans d'ailleurs obtenir avec eux des résultats nettement supérieurs à ceux fournis par la malaria. La tendance actuelle de la majorité des auteurs vise à combiner différentes thérapeutiques dans le but de donner aux malades toutes les chances possibles de guérison. Négliger l'emploi de la malaria à cause de ses contre-indications nombreuses, de ses insuccès relatifs, ses complications parfois mortelles, constitue une lamentable erreur. M. BARBEAU présente au public médical les données de son expérience personnelle à l'Hôpital de Bordeaux. L'étude date du mois d'août 1927 au mois d'avril 1931. Quarante-huit paralytiques généraux ont été admis à l'Hôpital de Bordeaux au cours de la période fixée. L'état physique précaire de vingt d'entre eux constituait une contre-indication formelle à toute tentative de traitement. Restent vingt-deux paralytiques généraux dont deux furent traités par le Dmelcos sans aucun succès, qui sont morts depuis. Vingt malades recurent donc l'impaludation. Onze présentèrent une régression telle qu'on les remit en liberté, et aux dernières nouvelles ils se comportent très bien à l'extérieur. Quatre ne présentèrent aucune

amélioration. Il semble que le seul bénéfice qu'ils aient tiré de la malarithérapie ait été un prolongement indéfini de leur état pathologique. Tous les malades impaludés, moins un, avaient un Wasserman positif dans le sang. Toutes les réactions biologiques du liquide céphalo-rachidien revinrent positives. M. BARBEAU s'est servi de la voie sous-cutanée pour impaluder ses malades. Il injecte 2 ou 3 cc. de sang palludéen. La période d'invasion varie de 12 à 20 jours. Il laisse évoluer de 12 à 15 accès, selon la résistance physique du malade. La température monte à environ 103 ou 104. Les seules complications observées se constituent en diarrhée profuse dans trois cas, et une tachycardie à 140 sur les trois malades souffrant de myocardite chronique. Au cours du traitement à titre de médication adjuvante, des injections d'huile camphrée. Après ce traitement par la malaria, des injections de muthanol, de bismuthoidol, et de stovarsol sont faites aux malades. Les formes qui réagissent le mieux à la malarithérapie sont celles avec affaiblissement sans délire à forme tabétique et la forme maniaque expansive. M. BARBEAU affirme en terminant que la malarithérapie constitue à l'heure actuelle l'un des meilleurs, sinon le meilleur traitement de la paralysie générale.

M. F. L. BOULAIS demande si dans des cas non améliorés, la ré-impaludation est possible.

M. A. SABETTA dit qu'il emploie la voie intra-veineuse pour introduire le paludisme. La durée d'invasion est de sept jours. Il croit que la voie intra-veineuse n'amène pas de conséquence sérieuse: il a souvent observé une fièvre quotidienne. Il demande si l'on peut penser à une fièvre tierce double. Il a observé des complications intestinales qui seules sont propres au paludisme.

M. DUFRESNE demande si l'on observe de l'hématémèse fréquemment au cours de la malarithérapie.

M. A. BARBEAU en réponse dit que la ré-impaludation est possible et qu'un sujet peut réagir favorablement à une seconde tentative. Tout en admettant que la voie veineuse soit plus rapide, M. BARBEAU se déclare satisfait de l'emploi de la voie sous-cutanée. Au sujet de la courbe thermique le cycle du protozoaire peut être très variable. M. BARBEAU n'a observé aucune hématémèse.

**c) Présentation d'un appareil Thomas modifié pour fracture du bras.** — M. A. BELLEROSE. L'appareillage moderne des fractures des membres doit produire une correction suffisante tout en prévenant l'atrophie musculaire et les raideurs articulaires. Bien plus il doit favoriser la nutrition du membre lésé en permettant une certaine mobilité dans les articulations situées au voisinage du foyer de fracture. M. BELLEROSE présente un appareil pour fracture du bras qui remplit ces desiderata. Il consiste en attelles de Thomas sur lesquelles sont branchées des attelles de Henry. A cet appareil le Docteur BELLEROSE a ajouté un système de poulies situées aux extrémités des attelles ce qui permet de faire une traction parfaitement mesurée en même temps que la mobilisation du coude et de l'épaule. Cet appareil diminue la longueur du temps des consolidations et prévient des séquelles, telles que: atrophie musculaire, raideurs articulaires, qui pour guérir demandent souvent un traitement très prolongé.

M. H. M. BRISEBOIS demande la procédure à suivre pour appliquer l'appareil. M. A. COMTOIS demande si l'appareil Thomas modifié est à conseiller dans les fractures de l'épiphyse inférieure de l'humérus chez l'enfant.

M. R. DORE dit avoir employé cet appareil qu'il considère utile pour les fractures moyennes et hautes. Pour les fractures basses, il préfère l'immobilisation au moyen d'un plâtre.

M. A. BELLEROSE emploie le traitement de Jones pour les fractures de l'épiphyse inférieure de l'humérus chez les enfants, qui consiste dans l'immobilisation de l'avant-bras en hyperflexion. La technique d'application de l'appareil Thomas modifié est celle-ci: le malade est placé dans le décubitus dorsal les membres en extension et en abduction. Une fois les attelles en position, l'avant-bras est fléchi à angle droit sur le bras avec une traction de 7 à 8 livres au coude et de 2 ou 3 livres à la main, au moyen de diachylon, de cordes et de poids. Dans les cas de fractures de l'épiphyse inférieure de l'humérus, les plis du coude et de l'avant-bras servent de point d'appui pour la traction exercée sur le bras.

d) **Laboratoire et Clinique.** — M. G. BARIL rapporte qu'il s'est tenu à Liège en septembre 1930, le 21ème Congrès Français de Médecine. Les deux rapports principaux des hyperthyroïdies et le métabolisme du calcium ont donné lieu à des discussions intéressantes sur la valeur diagnostique du métabolisme basal d'une part, et sur celle du dosage du calcium sanguin dans le rachitisme d'autre part. Le compte rendu résumé du Congrès par la Presse Médicale nous fournit l'occasion d'écrire quelques observations sur la façon dont nos confrères se servent du Laboratoire, sans négliger de nous occuper de ceux qui ne le consultent jamais.

Voici les réflexions de M. BARIL.

1o Il faut être prudent dans l'interprétation des chiffres que le laboratoire fournit au clinicien. On doit éviter de leur donner un sens trop absolu, s'appliquant à les interpréter en fonction de l'ensemble de signes cliniques que révèle un examen attentif. Agir autrement expose à commettre des erreurs graves de diagnostic. 2o. Il faut user de discernement dans le choix des analyses que l'on demande au laboratoire. Certaines analyses faites en temps propice offrent un caractère pathognomonique; d'autres sont simplement utiles; quelques-unes sont franchement inutiles. Pour délimiter le domaine de chacune d'elles, le médecin doit faire appel aux avis du chef de laboratoire. Il serait à désirer que celui-ci fut considéré comme un consultant et non comme un simple technicien. L'on ne doit pas admettre que l'on fasse faire systématiquement certains groupes d'analyses sans examen préalable du malade. Choisir judicieusement l'analyse propre à éclairer le diagnostic, interpréter cette analyse correctement, c'est le fruit d'un vaste entraînement clinique doublé d'une fréquentation assidue du Laboratoire. Une collaboration intime entre le clinicien et le pathologiste est indispensable à l'obtention du maximum de rendement des analyses diverses.

Election. — MM. Charles Mathieu, Ulric Frénette et Gaston Caisse sont élus membres *titulaires* de la Société Médicale de Montréal.

Louis FORTIER.

Secrétaire de Séances.

## LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE MONTREAL

Séance du 7 octobre 1931

Président : M. B. G. BOURGEOIS

M. TROTTIER.

Deux cas de fractures du col chirurgical de l'humérus.

Nous fait voir les résultats de réduction de fractures du col chirurgical. Le but à atteindre est d'amener le grand fragment en opposition avec l'épiphyse qui est plus mobile.

Parmi les appareils nous avons les appareils de Hennequin, l'appareil plâtré et les appareils à extension continue.

T. présente deux cas de fractures par traumatisme direct. Le premier cas est celui d'un garçon de 17 ans, la radio montre un déplacement assez considérable avec la diaphyse en avant. La deuxième radio montre la réduction presque parfaite. Tous les mouvements sont revenus à la normale.

Le deuxième cas est une fracture avec pénétration de la diaphyse dans l'épiphyse; le résultat est parfait.

L'appareil employé est l'appareil de Zimmer (aéroplane splint) qui a l'avantage de placer la diaphyse en opposition avec l'épiphyse.

M. GAGNON.

Nous avons eu des résultats avec l'appareil de Zimmer et aussi avec l'appareil de Thomas modifié. Nous avons l'habitude de mettre des appareils plâtrés après avoir laissé les appareils Zimmer ou Thomas pour un certain temps. L'idéal serait de laisser ces appareils en place plus longtemps.

M. PRUD'HOMME.

A réduit une fracture du col chirurgical chez une femme de 72 ans avec un appareil à extension continue.

M. DUFRESNE.

Félicite M. Trottier du résultat de ces fractures.

### Fistules urétéro-vaginales et vésico-vaginales.

M. MERCIER.

Présente deux cas de fistules urétéro-vaginales, la première malade âgée de 30 ans se présente pour perte des urines par le vagin, cette lésion date de 16 mois à la suite d'une hystérectomie vaginale. Réplétion de la vessie avec du bleu de méthylène; rien de spécial. Le cathétérisme des urètres se fait facilement; de plus dans le vagin on peut faire le cathétérisme de l'urètre par la fistule. Le P. S. P. laisse voir une déficience du côté sectionné, on fait la néphrectomie.

A l'examen le rein est atteint de néphrite scléreuse.

L'autre malade fut opérée il y a sept ans pour hystérectomie vaginale; par la suite elle a commencé à perdre ses urines par le vagin. Quelque temps après on a tenté de fermer une fistule vésico-vaginale.

Au cathétérisme des urètres la sonde butte à gauche, à droite la sonde monte jusqu'au rein. Le P. S. P. droit donne 37%, néphrectomie gauche, drainage abondant, guérison par première intention. Le rein est atteint de glomérulo-néphrite.

## NOUVELLES

---

### NOMINATIONS A LA DIRECTION DE L'UNION MEDICALE.

M. le docteur J.-A. Vidal a été nommé secrétaire-trésorier de la Direction de l'Union Médicale du Canada, et M. le docteur Léon Gérin-Lajoie le secrétaire actuel de la Rédaction a été élu Directeur à la dernière réunion du Bureau de Direction tenu le mois dernier.

Nos félicitations aux nouveaux élus.

---

### NOMINATIONS

Trois de nos collaborateurs distingués ont obtenu des promotions que nous sommes heureux de signaler à l'attention des lecteurs de L'Union Médicale.

M. le professeur J. N. Roy, a été nommé chef du service d'Ophthlmo-otrhino-laryngologie à l'hôpital Notre-Dame.

M. le professeur agrégé Albérie Marin a été nommé chef du service de dermato-syphiligraphie à l'hôpital Notre-Dame.

M. le professeur agrégé Edmond Dubé a été nommé Directeur Médical de l'hôpital Sainte-Justine.

Nos félicitations aux nouveaux élus.

---

### L'EXECUTIF DE LA SOCIETE MEDICALE DE MONTREAL.

Les membres de la Société Médicale de Montréal à leur séance régulière tenue le 15 décembre dernier, ont élu leurs officiers pour l'année 1932.

M. Albert LaSalle a été élu Président;

M. Louis Verschelden, Vice-Président;

M. Léon Gérin-Lajoie, Secrétaire-Trésorier Général;

M. Louis Fortier, Secrétaire de Séances.

Nos félicitations aux nouveaux élus.

---

### PLACES VACANTES A L'HOPITAL STE-JUSTINE

L'hôpital Sainte-Justine déclare des places vacantes dans les services de Médecine et d'Oto-Rhino-Laryngologie. Les applications peuvent être adressées au Directeur Médical.

**L'EXECUTIF DE LA SOCIETE DE CHIRURGIE DE MONTREAL.**

A la séance du 2 décembre, les membres de la Société de Chirurgie de Montréal ont élu leurs officiers pour l'année 1932. Le résultat fut le suivant:

Président: M. Pierre Z. Rhéaume;  
Vice-Président: M. Aldège Ethier;  
Secrétaire Général: M. Léon Gérin-Lajoie;  
Trésorier: M. Ernest Trottier;  
Secrétaire Annuel: M. Jos. Rivard;  
Bibliothécaire-Archiviste: M. Paul Sénécal.

---

**A. D. R. M.****COURS EN ANGLAIS A PARIS EN 1931.**

Grâce au concours du Professeur Dubé (de Montréal), du Professeur Smithies (de Chicago) et à celui de M. Cardinaux qui a obtenu une aide pécuniaire du Syndicat des Fabricants d'appareils radiologiques, d'instruments de chirurgie, des produits pharmaceutiques, des éditeurs médicaux, nous avons pu faire pour les cours en anglais une importante publicité dans les périodiques médicaux d'Outre-Atlantique. Malheureusement la crise qui a retenu dans leur pays la plupart des Américains, qui a réduit, comme on vient de le lire, le nombre des membres des caravanes organisées chaque année, a retenu beaucoup de post-graduate qui, pour ces conditions défavorables, seraient certainement venus en plus grand nombre.

Quelques-uns de ces cours ont été très appréciés de leurs auditeurs, nous citerons, en particulier, ceux faits sous la direction des professeurs Gosset et Sergent.

Il est malheureusement très regrettable que quelques-uns de ceux qui avaient annoncé des cours ne les ont pas faits parce qu'ils trouvaient le nombre des élèves inscrits insuffisants. On n'arrivera à avoir un gros recrutement et à concurrencer les cours faits à Vienne et à Berlin qu'en faisant un effort de plusieurs années. Il faut, au début, un dévouement réel de ceux qui ont charge de l'enseignement; ils ne récolteront qu'après avoir semé. Aussi, devons-nous remercier ceux qui ayant pris la charge d'un cours n'ont pas hésité à remplir leurs engagements et ont fait leurs leçons, bien qu'il n'y eût qu'un petit nombre d'élèves inscrits.

# L'Union Médicale du Canada

Fondée en 1872

## Comité de Direction

MM. Archambault, Benoit, Boucher, (R.), Boulet, Bousquet, Bourgeois, Bruneau, DeCotret, Derome (Wilfrid), Desloges, Dubé, Gérin-Lajoie (Léon), Harwood, Lassalle, Leduc, LeSage, Marien, Marin (Albéric), Marion (D.), Masson (D.), Mercier, Parizeau, Rhéaume, Roy, Saint-Jacques, Vidal.

Président: J. E. Dubé; Secrétaire-trésorier: J. A. Vidal.  
Membre d'honneur: Professeur Pierre Masson.

## Comité de Rédaction

MM. Amyot, Roma; Badeaux, François; Bellerose, Antonio; Bertrand, Albert; Boucher, Roméo; Brault, Jules; Comtois, Albert; DeGuise, Albert; Desloges, Alfred; Doré, Réal; Dubé, Edmond; Dutilly, Arthème; Fauteux, Mercier; Fontaine, Rosario; Gérin-Lajoie, Léon; Lapierre, Gaston; Legrand, Emile; Letondal, Paul; Magnan, Arthur; Marin, Albéric; Marion, Donatien; Mathieu, Emile; Mercier, Oscar; Mousseau, J. Alfred; Pépin, Roméo; Rivard, Jos; Saucier, Jean; Simard, Charles; Trottier, Ernest; Vidal, J. Avila.

Président: A. LeSage; Vice-président: J. A. Vidal;  
Secrétaire: Léon Gérin-Lajoie;  
Assistant-secrétaire: Donatien Marion.

## Prix de l'abonnement pour 1932

Canada et Etats-Unis .....	\$3.00
Etranger (pays faisant partie de l'Union Postale) .....	4.00
Etudiants .....	1.50
Prix du numéro .....	0.50

## Conditions de Publication

L'Union Médicale du Canada paraît tous les mois par fascicules de 60 pages. Chaque numéro contient des mémoires originaux, des faits cliniques, une revue générale, un mouvement médical, des notes de pharmacologie, des analyses et des nouvelles médicales.

Le Comité de Rédaction accepte des articles de tous les médecins à condition que ceux-ci n'aient pas déjà été publiés dans un autre journal. Les Mémoires Originaux ne doivent pas excéder 15 pages; les Faits Cliniques auront un maximum de 5 pages et les Revues Générales comprendront au plus 10 pages.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé franco, au rédacteur en chef, Dr Albert LeSage, 260, Square Saint-Louis, ou au secrétaire, Dr Léon Gérin-Lajoie, 1414, rue Drummond, Montréal, Téléphone: Harbour 8444.

Tout ce qui concerne l'administration doit être adressé franco à M. T. Valiquette, administrateur, 3705 rue St-André, ou Boîte Postale 3026.

## MEMOIRES

Au sujet des traitements physiothérapiques et plus particulièrement de la gymnastique musculaire électriquement provoquée dans le traitement de la paralysie infantile .....	Dr LAQUERRIERE .... 280
Contractions spasmodiques de l'utérus au cours du travail .....	Donatien MARION .... 287
Notes sur l'identité des localisations radiologiques des tuberculeuses familiales .....	Fernand CARDIS et Albert JOANNETTE .... 293

## RECUEIL DE FAITS.

Corps étranger dans la vessie .....	S. GAUTHIER .... 302
Fibro-myome interstitiel du col utérin .....	L. de L. HARWOOD et Arthur MAGNAN .... 305
Un cas de mort subite par embolie secondaire à une thrombose occulte d'origine variqueuse .....	Pierre MASSON et Albert LeSAGE .... 309
A propos des erreurs dans le diagnostic des lésions du secteur droit de l'abdomen .....	B. G. BOURGEOIS et O. A. GAGNON .. 314
Corps étranger laryngo-trachéal. Trachéotomie. Ablation .....	J. N. ROY .... 319
Un procédé simplifié pour la transfusion .....	F. de MARTIGNY .... 325
La pression moyenne .....	Roméo BOUCHER et Gabriel LAFRESNIERE .... 329
Un cas de cancer de l'urètre chez l'homme .....	Oscar MERCIER .... 336
Tuberculose calcifiante à foyers multiples .....	J. A. VIDAL .. 343
Interprétation clinique et radiologique de certains troubles fonctionnels de l'estomac et de l'intestin .....	J. Alfred MOUSSEAU .... 348
Un cas de tuberculose génitale chez la femme .....	Léon GERIN-LAJOIE .. 354
Les fractures de la clavicule chez les enfants .....	Edmond DUBE .... 359
Goitre toxique sans modification du métabolisme .....	R. DORE et Ch. SIMARD 362
Syndrome d'hypertension Intracranienne. La Méningite dite: "Séreuse" ..	Jean SAUCIER .... 365
Automatisme ambulatoire comitial suivi d'inertie psychomotrice prolongée; délire épileptique .....	Roma AMYOT .... 369
Electro-coagulation des kystes salivaires .....	Alfred DESLOGES .... 376
Un cas d'urticaire profonde compliqué de paralysie du plexus brachial .....	Emile MATHIEU .... 377
Sur un cas de facalôme géant diagnostiqué par la radiologie .....	Roméo GRONDIN .. 383
Quelques troubles attribuables au Spina Bifida occulta .....	J. Ed. SAMSON .... 386

## PETITE CLINIQUE.

Traitement de l'hémorragie gastrique l'ulcère .....	Damien MASSON ....	390
L'Uucus Rodens — Son traitement ....	Albéric MARIN ....	393
Notes de clinique radiologique. Diag- nostic des images d'aspect calculeux du bassin .....	W. VIGNAL ....	397
Fractures du coude chez l'enfant .....	J. H. RIVARD ....	403

## REVUE GENERALE

L'enseignement de l'hygiène et la pro- fession médicale .....	J. A. BAUDOIN ....	408
Eclampsie .....	Stephen LANGEVIN ..	415
La gymnastique et les jeux de l'enfant	Gaston LAPIERRE ....	418
Conduite à tenir dans les accouchements dystociques dus à une dégénérescen- ce fibromateuse du corps, du seg- ment inférieur ou du col de l'utérus	J. A. MANSEAU ....	422

## MOUVEMENT MEDICAL

Considérations générales sur les tech- niques et l'arsenal chirurgicaux. Les salles d'opérations, etc. ....	Pierre Z. RHEAUME ....	425
L'Angiome chez l'enfant .....	Albert COMTOIS ....	432

## REVUE DES LIVRES

Cours d'hygiène professé à l'Université de Montréal .....	L. de L. HARWOOD ....	435
Embonpoint et Obésité .....	Jean LeSAGE ....	436

## MEDECINE PRATIQUE

Troubles digestifs .....	L. E. FORTIER et Louis FORTIER ....	439
--------------------------	--	-----

## NOTES BIBLIOGRAPHIQUES

A notre administrateur .....	Le Rédacteur-en-chef ..	440
------------------------------	-------------------------	-----

## SOCIETES

La Société Médicale de Montréal ....	Louis VERSCHOLDEN, ....	459
La Société de Chirurgie de Montréal ....	J. H. RIVARD ....	462

## NOUVELLES

Bureau à louer .....		465
----------------------	--	-----

## TABLES

Table chronologique des rédacteurs, depuis 1872 ....		466
Table alphabétique des Annonces .....		468

# SUITE DU SOMMAIRE

## ANALYSES

### MEDECINE

L'élimination hépatique de la tétraiodophénophtaléïne et ses rapports avec la cholécystographie, (p. 443). L'auto-pyovaccin dans le traitement des suppurations pulmonaires putrides, (p. 445). Diabète insipide d'origine syphilitique. Obésité, troubles génitaux, troubles de la régulation thermique et du métabolisme hydrocarboné, (p. 445). Traitement de l'angine de poitrine par les injections intraveineuses iodées intensives et par les injections sous-cutanées d'acide carbonique, (p. 446). Quatre petits signes cliniques, (p. 446). Les hyperthyroïdies et leur traitement, (p. 447).

### CHIRURGIE

Sur un signe précoce de lésions viscérales dans les contusions et plaies de l'abdomen, (p. 448). Embolie et infarctus pulmonaires, (p. 448). Technique opératoire de l'amputation du rectum cancéreux par voie abdomino-périnéale avec abaissement du côlon au périnée, (p. 449). Volvulus d'un mégacôlon sigmoïdien, (p. 450).

### OBSTETRIQUE

Observation sur l'emploi de l'huile de ricin, la quinine et l'extrait pituitaire pour provoquer le travail, (p. 450). Nature du liquide Amniotique, (p. 451).

### GYNECOLOGIE

Les ovarites suppurées puerpérales, (p. 451).

### PEDIATRIE

La pneumonie silencieuse de l'enfant, (p. 452). Le sort des enfants ayant présenté une kérato-conjonctivite phlycténulaire, (p. 452). La période d'incubation de la rougeole, (p. 453).

### CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPEDIE

L'anesthésie locale dans le traitement des fractures, avec commentaires, (p. 453). Fractures du fémur mal consolidées, (p. 454). Osteochondromatose du genou. Osteochondromatosis of the knee joint, (p. 454).

### DERMATO — SYPHILIGRAPHIE

Le bismuth liposoluble en syphiligraphie, (p. 455). Pathogénie de l'urticaire, (p. 455). Splénomégalie avant et pendant le chancre, (p. 456).

### ELECTRO-RADIOLOGIE

La radiothérapie surrénale dans les gangrènes sèches, (p. 456). Sur le diagnostic radiologique des abcès du poumon, (p. 457).

### LABORATOIRE

Immunisation antidiphthérique des enfants par une injection unique d'anatoxine diphthérique purifiée et concentrée, (p. 457).