

L'Union Médicale du Canada

Revue mensuelle de Médecine et de Chirurgie

LA PLUS ANCIENNE REVUE MEDICALE FRANÇAISE
AU CANADA

FONDEE EN 1872

TOME 55ième

Ont collaboré à ce volume :

Achpise (A.), Archambault (G.), Asselin (E.-G.), Badeaux (Frs),
Barbeau (Ant.), Baril (G.-H.), Baudouin (J.-A.), Beauchamp (Arth.),
Bédard (G.-E.), Bellerose (Ant.), Benoît (E.-P.), Bertrand (Alb.),
Bertrand (Chs), Blagdon (L.), Boucher (R.), Bourgeois (B.-G.),
Caillau (A.), Constant (Sr), Cushing (H. B.), De Cotret (E.-A. René),
Del Vecchio (P.), Derome (W.), Desloges (A.-H.), Dubé (Edm.),
Dubé (J.-E.), Dubé (L.-F.), Dufaut (Paul), Fauteux-Mercier, Fitz-
gerald (J. G.), Fontaine (R.), Fournier (N.), Gauvreau (Jos.),
Gérin-Lajoie (Léon), Hamel (G.), Hautefeuille (Pr.), Heineck (A.-
P.), Jutras (L.), Laberge (J.-E.), Lacerte (E.), Lapierre (G.),
Lassalle (Alb.), Latreille (Eug.), Léger (A.), Legrand (H.), LeSage
(A.), Letondal (P.), Lian (C.), Longpré (D.), Louste (A.), Marin
(Albéric), Masson (R.), Mercier (Osc.), Mercier-Fauteux, Mignault
(G.-E.), Mignault (L.-D.), Montpetit (Ed.), Paré (Louis), Pariseau
(Léo), Prud'homme (Ern.), Rathery (F.), Rhéaume (P.-Z.), Robi-
chaud (P.), Roy (J.-N.), Saint-Jacques (Eug.), Saucier (Jean),
Sénécal (P.), Sergent (Emile), Sirois (L.-J.-O.), Trottier (A.),
Ujhély (V.), Viau (Osc.), Vidal (J.-A.), Wood (William).

SAINT-JULIEN

Publié par un Comité de Direction

composé de

MM. Archambault, Benoît, Boulet, Bourgeois, Bruneau, de Cotret, Derome,
Desloges, Dubé, Harwood, Lassalle, Latreille, Leduc, LeSage,
Marien (A.), Masson (D.), Masson (R.), Mercier (O. F.),
Pariseau (L.), Pariseau (T.), Rhéaume,
Roy, Saint-Jacques.

Rédacteur en chef: **Albert LeSage.**

Secrétaire-Trésorier: **Gust. Archambault.**

Secrétaire de la rédaction: **Roméo R. Boucher.**

Pour le Canada et les Etats-Unis	\$3.00
Pour les pays faisant partie de "l'Union Postale" (Etranger)	4.00
Etudiants	1.50
Payable d'avance par Mandat-Poste ou autrement.	
Le fascicule	0.50 cts

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé **franco** à M. le Docteur LeSage, 46, Place Saint-Louis, Montréal, ou au Secrétaire, 5130, Avenue du Parc, Montréal.

Tout ce qui concerne l'administration doit être adressé **franco** à M. T. Valiquette, Comptable, 3705 Rue Saint-André, à Montréal, ou Boîte Postale No. 3026.

3705 RUE SAINT-ANDRÉ

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, fondée en 1872

Vol. LIV

DECEMBRE 1925

No 12

JANVIER 1926

"JE ME SOUVIENS"

LE CENTENAIRE DE LA FONDATION DU "JOURNAL DE MÉDECINE DE QUÉBEC"

*Par le Docteur LEO PARISEAU,
Radiologiste à l'Hôtel-Dieu,
Président de la Société Médicale,
Officier de l'Instruction Publique.*

L'aurore de cette année 1926 marque le centenaire de la fondation du "Journal de Médecine de Québec", rédigé par Xavier Tessier. Nos confrères de la vieille capitale vont sans doute souligner comme elle mérite une date aussi importante dans l'histoire de la médecine canadienne.

Je laisse à leurs archivistes l'agréable tâche de faire revivre Tessier, Blanchet, Perreault, Painchaud et Morrin qui collaborèrent à la première livraison. L'exemple entraînera peut-être l'un de nous à consacrer une courte étude aux montréalais Caldwell, Robertson, Holmes et Stephenson dont les noms se trouvent au bas des rapports émanant du vieux "General".

Pour ma part je me contenterai de résumer le numéro qui parut en janvier, 1826.

Je vais respecter l'orthographe et la ponctuation sans mettre des "sic" partout où il serait indiqué de le faire. Cela deviendrait fastidieux. Par contre il me faudra abuser des guillemets.

Un fait nous frappe dès l'abord: le journal est bilingue. Il l'est au point d'avoir deux pages-titre qui sont l'exacte reproduction l'une de l'autre. Les articles sont écrits tantôt en anglais, tantôt en français, et ne sont pas traduits. En guise d'épigraphe, le plus connu des aphorismes d'Hippocrate: "Vita brevis, ars longa, occasio praeceps, experientia fallax, judicium difficile". Au bas de la page, l'adresse de l'imprimeur: "Frs. Lemaître, rue Ste Famille, No 3, Haute Ville".

91785

La *Préface* est courte. Tessier dit qu'il espère être utile au corps médical "en lui donnant la faculté de communiquer avec les maîtres de l'art dans l'une ou l'autre Hémisphère, et au Public particulièrement en détruisant des préjugés qui ne sont que trop enracinés et qui paralysent sans cesse le zèle du Médecin Canadien". — Des confrères ont généreusement promis leur collaboration. Ainsi soutenu, il se détermine "à solliciter la protection des amis des sciences et la faveur du public en général". Il soumet donc le *Plan du Journal*.

A cause des circonstances toutes particulières, impossible d'imiter les autres journaux médicaux. L'ouvrage se divisera en trois parties: la première sera consacrée à l'analyse des publications du jour; la seconde formera un recueil de toutes les nouvelles découvertes et des cas extraordinaires; la troisième sera proprement canadienne.

Les collaborateurs ne seront pas tenus de signer leurs articles, *mais*, dit le rédacteur, "le bon ordre que nous désirons voir régner dans les discussions où il est quelquefois difficile de se contenir dans de justes bornes, nous oblige d'interdire l'entrée de notre journal à tout écrit anonyme qui comporterait une critique trop sévère d'opinions avancées par un correspondant qui aura paru avec sa signature". Cependant, Tessier, en vrai chevalier, ajoute: "tout écrit anonyme qui n'attaquerait que nos propres opinions recevra un accueil favorable".

Suit la pièce de résistance, le "*Discours Préliminaire*". C'est un tableau de l'origine de la médecine et de ses progrès à travers les âges depuis le moment où l'homme "sortit des mains de la nature" jusqu'à l'époque où, dans le Nouveau Monde, les médecins canadiens "trouvent la nature encore au berceau".

Tessier a lu Jean-Jacques, n'en doutez point, et il bâtit sur la bonté humaine tout un roman historique où les premiers essais de médecine sont placés avant la naissance de la société et attribués "aux délices que tout être sensible éprouve à soulager son semblable".

Le jour où il atteint "l'état social" l'homme se préoccupe de faire de la Médecine une véritable caste aux prérogatives héréditaires. "Un pas de plus dans la civilisation" met l'art de guérir aux mains de tous ceux qui veulent le pratiquer.

Malheureusement, "la crédulité des peuples avait jusqu'alors considéré les maladies comme les effets du courroux des Dieux, et la secte des Prêtres qui se plaisaient à l'entretenir, jouissait encore de quelque crédit lorsqu'Hippocrate vint lever le voile".

Nouvelle chute dans l'obscurantisme et la Médecine ne devint "qu'un tissu de frivolités puisées dans le Philosophisme".

Renaissance avec Galien, trop tôt suivie de "quinze siècles de tâtonnements et de charlatanisme"... "Tel était alors l'état de la société qu'il fallait encore moins de courage que de génie pour faire appercevoir aux hommes la vérité qui était sous leurs yeux et qu'ils ne voyaient pas". Les hommes de cœur qui osèrent lever le voile "payèrent dans les supplices un bienfait aussi signalé, et l'homme se dégradra en versant la sang de ses bienfaiteurs... Le fanatisme et la scholastique s'alarmèrent, mais la Philosophie prit l'essor et la Médecine redevint une science."

Je serais curieux de savoir comment ces tirades furent reçues à Québec. Une autre tendance, très manifeste chez Tessier, dut provoquer des commentaires aigres-doux. Je veux parler de son anglophilie.

Certes, il faut reconnaître avec lui que la médecine moderne est née en Angleterre et que, pendant le dix-septième et le dix-huitième siècles, la France s'occupa surtout de faire progresser la chirurgie. Tout de même, on est choqué de l'entendre dire que notre art prit en Angleterre "un empire que lui promettait le génie d'un peuple fait pour éclairer l'univers", ou encore, que les Américains, "guidés par le génie de la liberté qui avait porté l'Angleterre au sommet de sa gloire, étonnèrent le monde par leur sagesse".

Avec de tels sentiments, dignes d'un "bureaucrate", Tessier pouvait réaliser il y a cent ans le tour-de-force de la revue bilingue. Qui donc aurait le triste courage de tenter l'aventure, aujourd'hui, s'il fallait, pour assurer le succès, servilement concéder aux anglosaxons un rôle dont ils ne sont pas toujours dignes et des qualités qu'ils ne possèdent pas à un degré plus haut que les autres ?

Mais passons. Tout le monde, je pense, dut se trouver d'accord avec cette conclusion: "Tâchons donc de nous préserver de ce malheureux esprit de spéculation que nous avons déploré chez les anciens, et à l'exemple de nos voisins, ne perdons pas dans les frivolités hypothétiques, ni dans l'embarras des systèmes, un tems d'autant plus précieux pour nous qu'il est celui de notre début, et qu'il doit décider de notre sort futur."

A la suite du Discours viennent les *Analyses* des livres et des périodiques récemment parus. Trente-six pages, dont vingt-deux en anglais et le reste en français. On y commente un volume publié en 1822 "Sur les déformations de la colonne, du thorax et des

membres; avec des remarques sur la paralysie et autres troubles de la locomotion". C'est un habile plaidoyer en faveur de la mécanothérapie active. L'auteur recommande aussi, comme adjuvants, "le galvanisme, l'électricité".

Autre ouvrage analysé: le "Traité sur les Dislocations et les Fractures", du grand chirurgien Astley Cooper. Les dix pages qui le résument fourniraient la matière d'une très belle clinique pour nos modernes "Dimanches du Praticien". Un seul passage fait date et nous rappelle que nous sommes à une époque où l'anesthésie n'était pas encore née. Avant de réduire un membre luxé ou fracturé, Cooper conseille de provoquer la syncope en saignant le patient debout; des fomentations chaudes et l'administration de tartre stibié entretiendront l'état syncopal !

Mentionnons, pour mémoire, le résumé d'une très belle étude sur l'hypocondrie et le suicide. L'auteur, P. Falret, s'y montre le digne élève de Pinel et d'Esquirol, ces géants qui venaient de créer la Psychiatrie.

Et voici la *Revue des revues*. On y décrit un nouveau procédé pour la lithotomie chez la femme, dû au docteur Lisfranc. — Dans le tic douloureux qui résiste à la solution arsénicale, on recommande le carbonate de fer. — Un cas de tétanos a été guéri par l'ingestion de fortes doses de térébenthine dans du gruau. — Le docteur Hoffmann recommande le Cuprum sulphuretum comme un excellent remède dans le croup. — Le docteur Robert Ernest recommande le vin de groseilles dans l'hydropisie, etc., etc.

Toutes ces vieilleries vous font sourire de pitié, chers confrères ? Apprenez que certains produits de votre thérapeutique ultra-moderne ont déjà cent ans de bouteille au moins. Par exemple: "On lit dans le journal de Physique que M. Piédagnel a guéri une violente douleur périodique du nerf intra-orbitaire en donnant 24 grains de Quinina." Même succès dans la sciatique et la névralgie faciale... "L'Iodine en onctions s'est montrée utile dans la Grosse-Gorge. On prescrivit aussi intérieurement vingt gouttes de teinture d'Iodine trois fois le jour dans un verre d'eau, la proportion dans l'onguent fut augmentée jusqu'à 56 grains et le malade fut complètement guéri." (En somme, au lieu de dissoudre l'iode dans de l'alcool, nos Mayos, nos Crile et nos Plummer le dissolvent dans de l'eau iodurée. Ils appellent ça "weak Lugol's solution" et le tour est joué !)

Sachez aussi, Messieurs, qu'il y a cent ans vos collègues de Québec et de Montréal ne se désintéressaient pas des travaux de

science pure, malgré qu'ils n'eussent aucun Ecole de Médecine ni le moindre laboratoire. Voici deux pages consacrées à des "Recherches expérimentales sur l'Absorption et l'Exhalation, lues à l'Institut de France". D'ailleurs, en ces temps-là on était, comme disent nos gens, vraiment "tirribles" pour la recherche. Lisez plutôt le récit des "Expériences relativement à la fièvre jaune, faites par M. Guyon, à Port-Royal, Martinique".

"Le 18 juin 1822, M. Guyon prit la chemise d'un soldat affecté de la fièvre jaune, qui était toute imbibée de la sueur du malade, la mit aussitôt sur lui et la porta pendant vingt-quatre heures. Le 30 du même mois il avala un verre d'environ deux onces de la matière noire du vomissement; et après s'être frotté les mains de la même matière, s'en fit inoculer." Le 1er juillet, un autre malade étant mort, M. Guyon mit sur lui sa chemise teinte de la matière noire encore toute chaude, et se mit aussitôt dans le lit du défunt qui était souillé d'excréments. Il y demeura six heures et demi, transpira et y dormit." Et les expériences se poursuivent, non moins dangereuses et non moins répugnantes. Malgré tout cela "M. Guyon a durant tout ce temps jouit de la meilleure santé".

On frémit en pensant à l'effroyable danger que courut cet homme, non pas tant de la fièvre jaune que de la septicémie. Ce qui l'a sauvé, sans doute, c'est que Pasteur n'était pas encore né!

Pour en finir avec les revues, rapportons deux "cas rares". Le premier a trait à une hystérique danoise dont il fallut extraire, en moins de dix-huit mois, deux cent soixante-treize aiguilles "dans l'ordre que l'on voit par la table". — L'autre observation curieuse est celle d'un enfant de trois ans et quatre mois qui présentait les particularités suivantes: "Depuis la nuque du col jusqu'au pelvis il était couvert de poils... il lève un demi-quintal d'une main... il a une émission pendant la nuit, une fois la semaine... la longueur du penis est de trois pouces, et pendant l'érection il a six pouces de long et quatre pouces de circonférence."

Sans nous préoccuper de l'avenir de cet enfant prodige, passons à la section canadienne du journal, qui figure sous la rubrique "*Matières domestiques*".

"Nous consacrerons cette partie de notre ouvrage à tout ce qui regarde l'avancement de la science dans les Canadas", dit Tessier. Plus loin il ajoute: "Nous osons nous flatter que cette partie deviendra bientôt la plus considérable de l'ouvrage."

En attendant l'âge d'or, qui ne vient pas et qui n'est pas encore arrivé après un siècle, le rédacteur va donner dans chaque numéro "un aperçu général de l'état de la saison, de la nature des maladies qui y ont prévalu et des moyens propres à les faire disparaître". Il se justifie très habilement de parler d'hygiène domestique au lieu d'hygiène tout court. En ce faisant il se conforme "à des circonstances qui n'existent pas ailleurs".

Le *Rapport de l'Etat de la Santé Publique durant la dernière Saison* est d'une lamentable banalité. L'échantillon suivant en donne le ton: "la saison qui vient de passer a été remarquable par la sécheresse et la chaleur, et l'automne a eu plus l'apparence d'une continuation de l'été que de l'approche de l'hiver. Le froid qui avait coutume de se faire sentir au commencement de novembre, et quelquefois plutôt, n'est enfin survenu qu'à la fin de ce mois."

Tessier parle ensuite de la Rougeole qui a fait des progrès alarmants "comme épidémie parmi les enfans". — "En général, l'éruption est demeurée pâle et son action s'est fréquemment portée vers les poumons et le canal alimentaire, sans qu'il fut possible de la rappeler à la peau." On a, paraît-il, fait un abus déplorable de la chaleur. C'est là une des "pratiques injurieuses qui sont malheureusement trop en usage dans les familles". — Il y eut beaucoup de "Cocluche", mais peu grave. La Petite Vérole a été légère. Là encore la population s'est obstinée à réchauffer les varioleux, contre l'avis des médecins.

Les remarques sur la Vaccine méritent d'être citées à cause de leur intérêt rétrospectif. "L'indifférence qui règne en ce pays pour la vaccine (Picotte de Vache) est portée à un tel point qu'il nous est arrivé plus d'une fois d'avoir été refusé d'inoculer des enfans parce que nous ne voulions pas inoculer la petite-vérole." Ainsi donc, en ces temps-là, nos ancêtres préféraient à la vaccination au moyen de la lymphé de vache, la dangereuse inoculation bras-à-bras. Avarice ou néophobie ?

Ni l'une ni l'autre s'il faut en croire Tessier: "Par une fatalité attachée à la plupart de nos institutions l'introduction de la Vaccine au Canada a été accompagnée de difficultés qui semblaient avoir leur source dans le peu de soin que l'on avait pris à intéresser le public dans le succès de l'entreprise, ce qui ouvrait un libre champ à l'imposture et à tous les abus... Les Canadiens ne méritent pas tant de blâme qu'on ne l'a voulu faire croire." Pour remédier au triste état de choses Tessier souhaite la fondation d'une Société qui

ferait de la propagande et qui exercerait un contrôle salubre sur les producteurs de vaccin.

Il ne nous reste plus qu'à jeter un coup d'œil sur les *rapports* fournis par le "Montreal General Hospital" et par le "Emigrant Hospital" de Québec. Ce dernier, comme on s'en doute, hébergeait surtout des Irlandais et le typhus y faisait largement la part de la statistique. Les rapporteurs ont soin de distinguer entre le typhus vrai et le typhus "mitior".

Les statistiques de l'hôpital montréalais présentent une particularité qui m'intrigue beaucoup. En dépouillant les trois rapports qui couvrent la période écoulée entre le 1er février et le 31 juillet 1825, je constate qu'un nombre égal de catholiques et de protestants ont été reçus dans les salles ou dans les dispensaires. Subitement, pendant l'exercice qui commence le 29 juillet, le nombre des catholiques devient le double de celui des protestants. Pourquoi? Il y a là un petit problème que je sou mets à nos Massicotte et à nos Ahearn.

Pour finir, signalons une grande feuille hors-texte portant les observations météorologiques des trois derniers mois faites à Québec et à Montréal.

Tel fut le premier numéro de la première revue médicale du Canada, publiée il y a cent ans. Six autres parurent, à intervalles de trois mois. L'abonnement était de 20 "chellings". Le format était d'environ 5½ par 9. La couverture était d'un bleu-vert sombre et portait le nom du journal dans les deux langues. Au quatrième numéro, pour des raisons que j'ignore, Tessier renonça au titre français du journal, mais la matière n'en resta pas moins bilingue. En janvier 1827, l'épaisseur de la publication doubla; 128 pages au lieu de 64. Hélas! ce n'était pas de l'embonpoint, c'était de l'œdème. Au mois d'octobre de l'an mil huit cent vingt-sept le Journal de Médecine de Québec quitta ce monde, sans faire le moindre bruit. Les uns disent qu'il mourut d'une maladie de carence; d'autres prétendent qu'il mourut étranglé. Pour ma part je crois que les deux camps ont raison; il se mourait déjà lorsqu'on l'étrangla. Qui vient trop tôt et parle haut ne dure guère.

Quoi qu'il en soit soit, dans sa courte vie le "Journal" fit un peu de bien. Il me reste à montrer comment. Ce sera pour une autre fois.

P.S.—Mon ami le docteur E. P. Chagnon, le plus acharné de nos collectionneurs de *Canadiana* médicaux, me permettra bien de le remercier ici. C'est à lui que je dois d'avoir pu feuilleter la série complète des sept numéros. Je ne possédais que le premier.

Léo E. PARSIEAU.

LE SERUM ANTISCARLATINEUX, SES USAGES

*Par M. le Professeur H. B. CUSHING,
Professeur de Médecine infantile et de maladies contagieuses
à la Faculté de Médecine de l'Université McGill,
Directeur médical de l'Hôpital Alexandra.*

et

*DANIEL LONGPRE,
de l'Hôpital Saint-Paul.*

La découverte de la cause déterminante de la scarlatine, et les différentes méthodes de diagnostic, de prophylaxie et de thérapeutique que cette découverte a facilitées, peuvent être, à juste titre, considérées comme un des progrès les plus considérables que la médecine ait réalisés durant ces dernières années. On peut se procurer du sérum antiscarlatineux depuis à peine un an. Nous avons cru d'intérêt général de donner un aperçu, même si cet aperçu doit être forcément succinct, de l'usage qu'on en peut faire et des résultats qu'on en peut obtenir.

Il n'est peut-être pas superflu de dire que le sérum antiscarlatineux, comme l'antitoxine diphtérique, est un sérum de cheval immunisé soit par la méthode de Dick, qui consiste à injecter de semaine en semaine, ou à peu près, une certaine dose de plus en plus considérable de toxines streptococciques, soit par la méthode de Dochez, où l'immunité est produite par l'injection, non pas de toxines, mais de streptococoques vivants, ou encore par la combinaison de ces deux méthodes. Le gouvernement des Etats-Unis exige qu'un c.c. de sérum puisse neutraliser 1000 unités de toxines, mais la plupart des sérums actuellement employés ont un pouvoir immunisant beaucoup plus considérable que ne l'exige le standard américain. Les sérums dont nous avons fait l'essai tant à l'hôpital Alexandra qu'à Saint-Paul ont présenté quelques différences dans leur degré de concentration et dans leur pouvoir antitoxique, mais tous ont donné des résultats identiques.

On se sert du sérum antiscarlatineux pour le diagnostic, la prophylaxie, le traitement de la scarlatine.

Pour le diagnostic.—Une injection de 0.2 c.c. de sérum nous donne ce que l'on appelle le phénomène d'extinction de Schultz-Charlton. C'est-à-dire que l'érythème que l'on veut diagnostiquer disparaît au bout de quelques heures autour du point d'injection, si

cet érythème est réellement un érythème scarlatin. Ce phénomène est une aide très précieuse dans le diagnostic de la scarlatine, et lorsqu'il se produit, on peut le considérer comme pathognomonique de cette maladie. En effet, jusqu'ici, du moins, personne n'a réussi à le produire ailleurs que dans la scarlatine ou avec un autre sérum que le sérum antiscarlatineux. Il est indispensable dans le diagnostic des scarlatines chirurgicales ou puerpérales, et il prouve une fois pour toutes que ces deux affections reconnaissent la même cause que la scarlatine ordinaire, et qu'elles ne forment toutes les trois qu'une seule et même maladie.

Il est bon de faire remarquer que le Schultz-Charlton est quelquefois douteux, par exemple, dans les scarlatines où l'éruption n'est pas très prononcée, précisément dans les cas où il pourrait le plus nous aider, et qu'il est toujours négatif après la troisième journée de maladie. Ceci démontrerait que l'éruption, toxique au début, devient inflammatoire après la troisième journée.

En somme, une réaction positive veut dire: scarlatine; une réaction négative ne veut rien dire du tout.

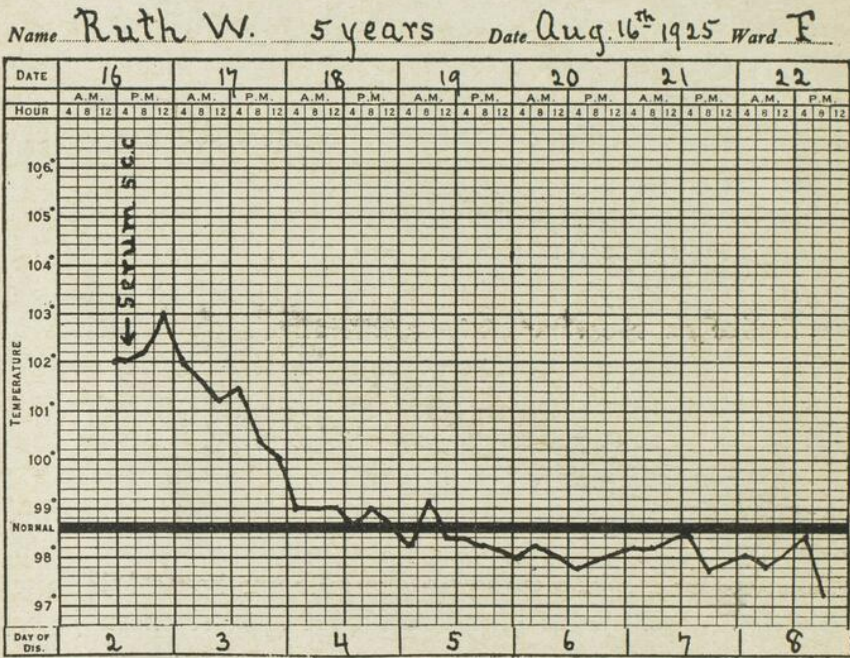
Dans la prophylaxie:—On peut mettre à l'abri de la contagion une famille ou une salle d'hôpital accidentellement exposées à la scarlatine, grâce à une injection préventive de sérum anti-scarlatineux. L'efficacité de cette méthode est aujourd'hui plus que démontrée. L'un de nous a en sa possession, l'histoire de 75 personnes, *la plupart des enfants*, qui, exposées à la contagion mais immunisées par l'injection d'une dose de sérum, n'ont pas contracté la scarlatine. D'un autre côté, l'immunité que procure le sérum antiscarlatineux semble être encore plus éphémère que celle que l'on a à la suite de l'injection préventive de sérum antidiphthérique, si on en juge par l'observation suivante:

Soixante-quinze garde-malades de l'Hôpital Alexandra ont reçu une dose immunisante de sérum antiscarlatineux. Cette dose est comme on sait de 1/10 à 1/4 de la dose curative. Six d'entre elles, c'est-à-dire 9 p. 100, contractèrent une scarlatine à forme bénigne, trois semaines après leur entrée dans le service. Avant le sérum, 15 p. 100 des infirmières étaient contaminées, la plupart très gravement, durant la semaine de leur stage hospitalier.

Ce qui revient à dire que le sérum antiscarlatineux confère une immunité qui diminue, et disparaît même, au bout de trois semaines. Mais malgré cela, en attendant la découverte qui ne saurait tarder d'une toxine-antitoxine ou d'une anatoxine scarlatineuse, ce produit

peut évidemment rendre d'énormes services dans la prophylaxie de la scarlatine, surtout si on a soin de soustraire aussitôt que possible à la contagion l'individu que l'on a vacciné.

Dans le traitement:—Dans les débuts le sérum était tellement rarement et tellement peu connu qu'on ne s'en servait que dans les cas très malins et à peu désespérés. A l'Hôpital Alexandra, sur 32 de ces cas traités par "acquit de conscience", 4 sont morts. Le personnel de cette institution fut vite convaincu que, donné assez tôt, le sérum antiscarlatineux devrait produire des résultats merveilleux. C'est pourquoi on décida de suivre la ligne de conduite suivie dans

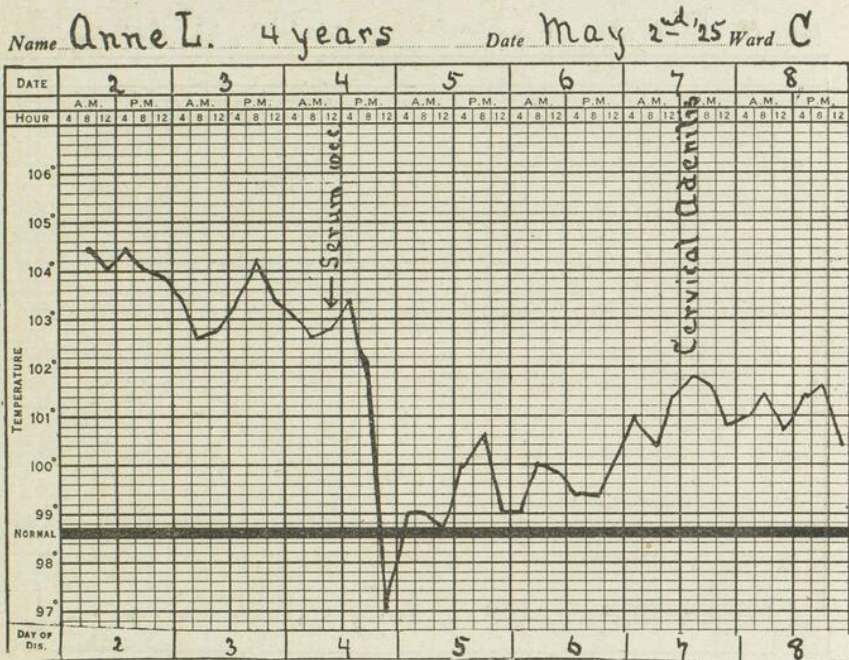


Graphique 1
Scarlatine ordinaire traitée par le sérum antiscarlatineux.

le traitement de la diphtérie, et on donne maintenant une dose de 10 c.c. de sérum concentré, en injection intra musculaire, à tous les scarlatineux qui entrent à l'hôpital. Si le cas est bénin il ne reçoit que 5 c.c.; s'il est très grave, 10 c.c. en injection intra-veineuse. Depuis les premiers jours de juillet dernier, 125 malades ont été admis et traités de cette façon, et pas un cas de mort n'a été enregistré.

L'effet du sérum antiscarlatineux, si on l'administre dans les premiers six jours de maladie, est, pour ainsi dire, le même dans

tous les cas. Après une légère élévation de 1° ou 2° de deux à quatre heures après l'injection, la courbe de température descend à la normale ou aux environs de la normale vingt-quatre à trente-six heures après l'injection (graphique 1). Si on administre le sérum par la voie intra-veineuse, il se produit un léger frisson, et, après une légère ascension, la courbe de température tombe à a normale ou en dessous de la normale 3 ou 4 heures à peine après l'injection (graphique 2). Avec la chute de la température, les



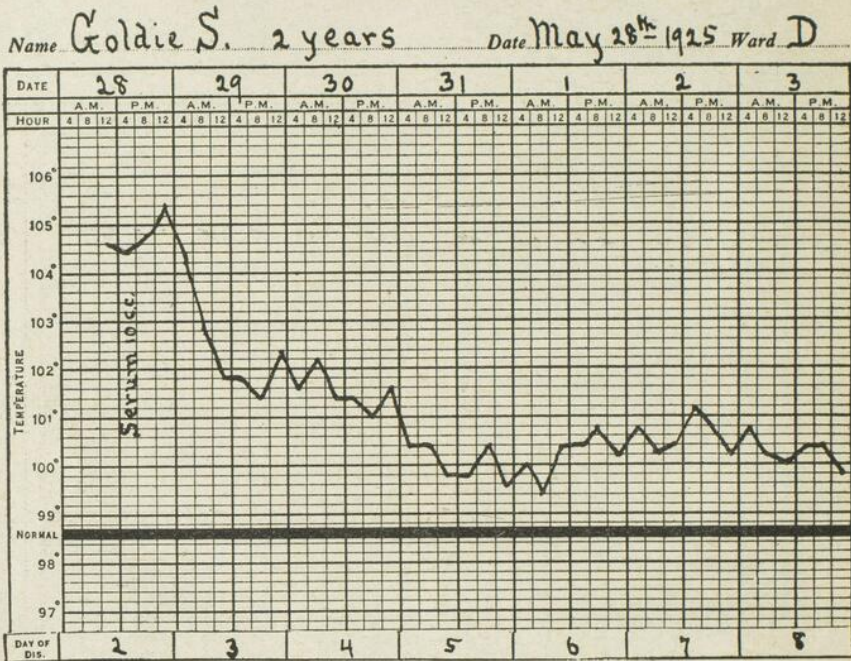
Graphique 2. — Scarlatine hypertoxique.

Sérum antiscarlatineux au quatrième jour de la maladie guérie après avoir présenté comme complication une légère adénite cervicale n'ayant pas nécessité d'intervention.

autres symptômes diminuent d'intensité ou disparaissent. Le pouls devient plus lent, l'éruption pâlit, l'angine diminue et dans certains cas disparaît, et le malade perd son apparence typhique caractéristique: les grands enfants et les adultes, qui, la veille, paraissaient très souffrants, très intoxiqués et refusaient même les liquides, le lendemain, que leur température soit descendue à la normale ou non, nous attendent, assis dans leur lit, et nous demandent de les laisser manger !

Dans les cas hypertoxiques, avec température très élevée, les symptômes généraux sont également améliorés; la température,

cependant, ne tombe pas jusqu'à la normale, mais après être descendue de 3 ou 4 degrés, reste stationnaire entre 99° et 101° durant une dizaine de jours, puis descend graduellement à la normale (graphique 3). Si quelque complication, otite, adénite cervicale ou autre, survient, la température remontera de nouveau, mais la résistance du malade semble tellement accrue que ces complications ont, la plupart du temps, un caractère plutôt bénin et ne nécessitent que très rarement une intervention chirurgicale.



Graphique 3

Scarlatine hypertoxique, guérie sans complications.

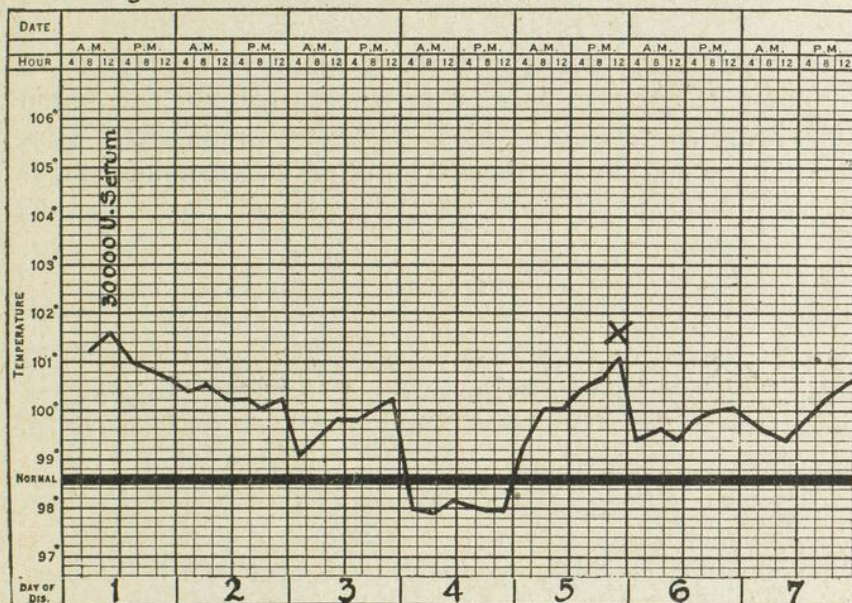
Le sérum antiscarlatineux est antitoxique et non bactéricide. Si on l'administre dans la première semaine de la maladie, c'est-à-dire durant la phase toxique avant que l'infection streptococcique ne se soit généralisée, il fera disparaître, comme nous venons de le voir, les manifestations toxiques. De cette façon, il empêchera l'éclosion de complications infectieuses en ménageant les forces combattives de l'organisme. C'est d'ailleurs tout ce que nous obtenons avec le sérum antidiphthérique (graphique 4).

On ne réussit pas à empêcher l'éclosion de toutes les complications, et il faudrait un très grand nombre d'observations pour pouvoir affirmer avec certitude que les complications sont aujourd'hui

moins nombreuses. Nous avons tout de même cru noter sur 200 cas traités à l'aide du sérum, tant à l'hôpital Alexandra qu'à Saint-Paul, que les complications habituelles de la scarlatine, otite, mastoïdite, adénite cervicale, arthrite, néphrite, ont été moins fréquentes, ou du moins, apparemment moins graves qu'elles ne le sont d'habitude. Les seuls cas où une intervention chirurgicale a été nécessaire furent trois cas d'adénite cervicale qui avaient débuté d'ailleurs avant l'injection de sérum.

Un des effets les plus évidents du sérum, c'est d'avoir changé l'aspect clinique de la maladie. Nous ne voyons pratiquement plus

Name Marguerite O. 11 ans Date 8 sept. 1925 Ward



Graphique 4. — Diphtérie ordinaire avec complication supprimée. Sérum antidiphtérique la première journée de la maladie: Température normale 48 heures après; + adénite cervicale ayant nécessité une ouverture et un drainage.

dans nos salles de scarlatineux réellement malades. Il n'y a pas d'affection en face de laquelle, tout récemment encore, nous nous sentions aussi complètement désarmés que la scarlatine maligne, avec sa pyrexie décourageante, se prolongeant pendant 10, 15, 20 jours, jusqu'à ce que le malade, littéralement "brûlé", succombât d'une complication ou eût toutes les misères du monde à en triompher. Bien plus, de nombreux cas, bénins au début, évoluaient de telle sorte qu'au bout de 4 ou 5 jours, ils devenaient septiques, et s'éter-

nisaient dans de multiples complications. Aujourd'hui, au contraire, on peut être moralement certain de pouvoir le soulager en moins de 36 heures, et, en neutralisant les mauvais effets des toxines streptococciques, permettre à l'organisme de lutter contre les complications septiques de la scarlatine.

Résumons: Le sérum antiscarlatineux fait disparaître l'éruption en moins de 36 heures, de même que tous les symptômes toxiques, malaises généraux, céphalée, angine, etc. Si les pseudo-membranes scarlatineuses et les ulcérations pharyngées ne sont pas affectées par le sérum, elles sont certainement moins aptes à se produire.

Le sérum ne prévient pas la desquamation; mais, apparemment, elle est moins prononcée et moins généralisée si le sérum est donné au début de la maladie.

Les accidents sériques rencontrés au début, et qui étaient les mêmes que ceux que nous avons à la suite de l'injection de sérum antidiphthérique non concentré, ne se produisent pratiquement plus, aujourd'hui que nous nous servons d'un sérum désalbuminé dont le volume est 5 fois moins considérable que le premier.

Conclusions

1° Le sérum concentré antiscarlatineux, donné dans les premiers jours de la maladie, fait complètement disparaître tous les symptômes de la scarlatine. Ses effets sont identiques à ceux que l'on obtient avec le sérum antidiphthérique.

2° Il doit être donné aussitôt que possible, de préférence avant la quatrième journée, à tous les cas de scarlatine, et attendre quelques jours pour voir si le cas va évoluer normalement vers la guérison, c'est courir le risque inutile de voir "évoluer normalement les complications et la mort".

3° Donné au début, il semble diminuer le nombre des complications et les rend certainement moins sévères.

4° Il est sans effet dans les manifestations septiques post-scarlatineuses.

DIAGNOSTIC CLINIQUE DIFFÉRENTIEL DE CERTAINES AFFECTIONS DU CUIR CHEVELU

Par le Docteur ALBERIC MARIN,
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame,
Assistant à la Chaire de Dermato-Syphiligraphie
de l'Université de Montréal.

Dans ces quelques notes nous avons tenté de dresser un tableau de diagnostic clinique différentiel mettant en regard les affections les plus communes du cuir chevelu.

Nous avons cru que ceci pourrait être de quelque utilité aux médecins non initiés au chaos dermatologique où les notions sont le plus souvent éparses et non systématisées.

La confusion y est parfois extrême. Elle est due, d'une part, à la similitude d'aspect de plusieurs lésions et, d'autre part, à une terminologie fréquemment effarante dans sa diversité. A tel point que faire un diagnostic dermatologique est parfois un exercice périlleux.

Nous nous sommes donc attaché à grouper ici quelques signes cliniques afin de le faciliter. Nous avons omis de parler des moyens de laboratoire qui, en certains cas, peuvent confirmer ou écarter un diagnostic hésitant.

Nous n'avons pas tenu compte de l'étiologie des maladies en jeu. Elle est d'ailleurs incomplètement connue pour plusieurs d'entre elles.

C'est au diagnostic morphologique seul que nous avons eu recours, la lésion visible à l'œil nu étant le guide qui doit nous conduire.

Essayons donc de sérier les faits.

De quelque façon que l'on retourne le sujet, il nous est possible de le diviser en deux grandes variétés:

A) *Affections alopéciques*, celles qui font tomber le poil, de façon définitive ou passagère, cicatricielles ou non.

B) *Affections squameuses*, ou *croûteuses*, qui présentent entre autres signes objectifs, une squame ou une croûte à leur surface.

Nous ne visons pas dans cet essai de classification à élever des cloisons bien étanches entre ces deux variétés.

En effet une affection peut commencer par être squameuse (lupus érythémateux) ou croûteuse (impétigo) et donner après coup de l'alopecie, ce qui ne sera après tout qu'un symptôme accessoire.

Et même alors certains indices nous permettent de faire un diagnostic rétrospectif.

D'autre part ces affections primitivement squameuses seront tout de même distinguées des affections alopéciques proprement dites parce que celles-ci n'auront jamais, au cours de leur évolution, présenté de la desquamation ou de l'incrustation. Quoi qu'il en soit, nous nous efforcerons de mettre en vedette ceux des signes cliniques qui les individualisent le mieux.

Le cadre suivant est celui que nous avons adopté. Il est loin de renfermer toutes les affections du cuir chevelu. Nous n'y avons mis que les plus usuelles, celles qui pourraient prêter à confusion à la suite d'un examen trop hâtif.

Affections alopéciques

Alopécies diffuses	A. post-pyrexique
	A. post-opératoire
	A. post-partum
	A. syphilitique
	A. séborrhéique
Alopécies circonscrites	Pelade
	Pseudo-pelade
	Acné décalvante

Affections squameuses ou crouteuses

Impétigo
 Sycosis Capilliti
 Acné nécrotique
 Favus
 Microsporidie
 Tricophytie
 Pityriasis
 Eczématides
 Teigne amiantacée d'Alibert-Devergie
 Psoriasis
 Lupus érythémateux.

Voyons donc maintenant les principaux signes particuliers à chacun de ces syndromes et indiquons, au passage, leurs points de ressemblance et leurs caractères différentiels.

Affections alopéciques

1° Alopecies diffuses:

Alopecie post-pyrexique: Beaucoup de maladies infectieuses occasionnent une alopecie diffuse et aiguë. Mais il est un fait physiologique qu'il ne faut pas perdre de vue: le cheveu ne tombe que de 75 à 90 jours après sa mort.

D'autre part, l'alopecie ne sera appréciable que si la température a atteint 104° ou a dépassé ce niveau pendant plusieurs jours.

Autrement l'alopecie est le plus souvent inaperçue.

Alopecie post-partum: L'accouchement, même normal, et la fausse-couche, sans complications secondaires, peuvent être suivis, toujours à deux et demi ou trois mois d'intervalle, d'une alopecie diffuse et aiguë.

Alopecie post-opératoire: Les interventions chirurgicales, surtout abdominales et péritonéales, sont, comme les accouchements et les hautes pyrexies, souvent suivies d'alopecie diffuse et aiguë.

Mais jamais avant le délai indispensable de 10 à 12 semaines.

Alopecie syphilitique: Celle-ci, contrairement à ce que pensent plusieurs, n'est pas toujours l'alopecie "en clairières"; parfois elle n'est caractérisée que par un simple éclaircissement du cuir chevelu.

Les cheveux tombent diffusément, çà et là. Mais le plus souvent, cette chute diffuse s'accompagne de la présence de régions incomplètement dénudées surtout pariétales, nombreuses et petites. La présence d'autres symptômes de syphilis secondaire lèvera les doutes.

Les alopecies dont nous avons parlé — post-pyrexique, post-opératoire, post-partum, syphilitique — sont des alopecies aiguës, c'est-à-dire durant 6 à 10 semaines.

Le médecin, sachant donc que l'alopecie diffuse n'existe que depuis fort peu de temps, se trouve orienté vers une série d'affections dont le questionnaire et l'examen lui feront retracer l'origine.

Mais si, au contraire, cette alopecie est chronique, si les cheveux tombent déjà depuis 6 mois et plus, il s'agit alors d'

Alopecie séborrhéique: Elle succède, dans l'immense majorité des cas, au pityriasis sec et gras.

Le cuir chevelu est toujours très gras. Les savonnages, même quotidiens, n'y peuvent remédier.

Cette alopecie, bien que diffuse, a son maximum d'intensité à l'endroit de la tonsure et aux parties latérales du front.

Les cheveux tombent, avec un bulbe plein, puis sont remplacés par d'autres plus fins qui tomberont à leur tour.

Les régions d'élection se dénuderont de plus en plus et s'agrandiront.

Et la calvitie s'installera plus ou moins précoce, selon l'intensité du processus, mais inexorable de toute façon.

Ceci la distingue encore des autres alopecies que nous avons mentionnées plus haut, qui durent peu et permettent la repousse du cheveu.

Il ne faudrait pas chercher de signes différentiels dans l'étude du cheveu lui-même. Dans tous les cas les cheveux sont identiques avec leur bulbe plein.

2° Alopecies circonscrites.

Pelade: Constituée par des taches glabres bien délimitées, rondes ou ovalaires.

Leur nombre et leur dimension varient. A leur surface, la peau apparaît saine, jamais cicatricielle.

Au pourtour de la plaque dénudée on trouve, lorsque celle-ci est en voie d'extension, des cheveux cassés.

Ces cheveux péladiques, plus ou moins abondants selon le degré de progression de l'alopecie, auront disparu lorsque la maladie sera en voie de régression.

Ils sont courts. L'extrémité aérienne est renflée, massuée, comme celle d'un épi, la tige effilée est plus mince au ras du cuir chevelu. Selon la comparaison classique, ils ressemblent à un point d'exclamation d'imprimerie (!). Ils s'épilent sans se casser en cédant facilement à la traction.

Il est à remarquer que l'extrémité massuée est plus foncée que la tige.

Après un temps plus ou moins long, de un à six mois, l'aire peladique se couvre de follets, souvent décolorés.

Peu à peu des cheveux, plus gros et plus foncés, apparaissent et tout rentre dans l'ordre jusqu'à la prochaine récurrence, fait extrêmement fréquent.

La variété "ophiasis" est constituée par une bande glabre, régulièrement répartie le long de la bordure du cuir chevelu.

La variété "pelade décalvante" est plus sérieuse. Après avoir débuté comme la forme ordinaire elle se généralise brusquement à

tout le cuir chevelu. Elle peut durer d'un à quatre ans et ne guérir qu'incomplètement chez les sujets d'un certain âge.

En dépit de ses caractères bien nets, la pelade est souvent confondue avec d'autres affections.

Au fur et à mesure que nous aborderons ces dernières, nous en signalerons les caractères différentiels.

Pseudo-pelade: C'est une folliculite dépilante cicatricielle où l'inflammation folliculaire est peu ou pas du tout appréciable. C'est l'alopecia parvimaçulata de Drew.

Elle est caractérisée par un cuir chevelu criblé de petites taches alopéciques, cicatricielles, disséminées ou agminées.

En effet, certaines finissent par se fusionner pour former des plaques irrégulières, à contours déchiquetés.

La surface est non squameuse, blanche, cicatricielle, complètement glabre, n'ayant ni cheveux cassés, ni follets.

L'alopecie est évidemment définitive puisqu'il y a cicatrice.

L'évolution en est très lente.

Les progrès de cette pseudo-pelade ne sont pas toujours perçus. Quand on les constate on voit, habituellement en bordure d'un point glabre ou dans son voisinage, un cheveu présentant à son émergence un mince anneau rouge, alors que le reste du cuir chevelu est parfaitement sain, du moins en apparence.

Cet anneau rouge circumpilaire est l'indice discret d'une folliculite sourde qui amène la destruction totale de ce follicule pileux.

Les placards orbiculaires et non cicatriciels de la pelade ne pourront pas être confondus avec cette affection.

Le favus présente peut-être certaines analogies. Nous en parlerons lorsque nous en serons au chapitre de cette tondante, qui est d'ailleurs crouteuse.

Acné décalvante: C'est le type précédent plus accentué. L'aspect cicatriciel des petites taches et plaques est le même. La différence réside dans le fait que nous trouvons en bordure de la lésion de petites pustules folliculaires, qui sont sur la zone d'accroissement.

Affections squameuses et croûteuses

Impétigo: Streptococcie dont l'élément éruptif est une bulle séro-prulente, éphémère. Le plafond ne tarde pas à s'affaisser, laissant écouler un liquide jaunâtre et filant qui se concrétise en croûte mélicérique.

La bulle est parfois inaperçue mais la croûte fine et jaunâtre, qui s'accroît par sa périphérie, bordée d'une auréole rosée et recouvrant une érosion rouge et suintante, est bien caractéristique.

L'attaque d'impétigo survient brusquement, souvent sur plusieurs points à la fois ou s'essaimant rapidement à plusieurs endroits qui peuvent se conglomérer. Le cheveu est emmêlé dans la squame. Si le processus a été assez violent et un peu prolongé la croûte en tombant entraînera les cheveux avec elle. Cette petite plaque alopecique, temporaire, rose vif, non cicatricielle, non orbiculaire, succédant à une croûte, sera aisément différenciée de la pelade et de la pseudo-pelade.

Donc impétuosité de l'attaque, généralisation rapide, croûte recouvrant une érosion suintante et légèrement suppurante, rapidité de la guérison par des moyens antiseptiques ordinaires, sont là des signes bien nets.

Le favus pourra parfois simuler l'impétigo, nous en reparlerons plus bas.

Sycosis capillitii: Nous assistons ici à des poussées de folliculite, qui de plus en plus rapprochées deviennent sub-intrantes et passent à la chronicité.

Nous aurons au cuir chevelu un semis de petites pustules folliculaires.

Les follicules pileux seront détruits et nous finirons par voir des surfaces glabres, cicatricielles, irrégulières et déchiquetées, comme d'ailleurs dans la pseudo-pelade et l'acné décalvante dont l'origine est vraisemblablement la même mais dont l'allure est beaucoup moins tumultueuse.

La lésion élémentaire est donc ici la pustule circumpilaire, centrée par un poil non cassé, non décoloré.

L'affection peut durer pendant des mois.

Nous dirons sur quels signes il faut s'appuyer pour ne pas la confondre avec le favus.

Acné nécrotique: Elle est facilement individualisée.

Eruption localisée à la bordure du cuir chevelu, au front, aux tempes, à la région rétro-auriculaire.

Petites papules rosées, bientôt surmontées d'une vésico-pustule qui se dessèche en croûte brunâtre. La croûte tombe et laisse voir une cicatrice indélébile.

Par poussées continues ou intermittentes.

Favus: Epidermocose due à l'Ochorion Schonleini.

Les lésions sont représentées par l'aspect du cheveu et par un élément pathognomonique, le godet favique. C'est une formation à contour arrondi, creusée en cupule, de coloration jaune sale, de consistance analogue à celle de l'argile sèche. Elle est limitée par un bourrelet et du fond de la cupule émerge un cheveu.

Ce cheveu favique est surtout caractérisé par son changement de couleur.

Il est décoloré et terne, sans être cassant ou cassé comme le cheveu microsporique ou tricophytique.

Les godets, par coalescence, peuvent finir par former une véritable carapace jaunâtre dégageant une odeur particulière: odeur de souris.

L'évolution en est très lente; cette maladie parasitaire, non traitée, dure toute la vie. Les cheveux finissent par disparaître définitivement et les godets après leur chute laissent à découvert une peau glabre et cicatricielle.

Ces placards dénudés sont irréguliers, plus ou moins étendus. Ils peuvent couvrir la presque totalité du cuir chevelu, hormis une bordure périphérique, qui est toujours respectée.

A côté de cette "forme à godets" si caractéristique le favus peut se présenter sous la "forme impétigineuse".

Celle-ci simule à s'y tromper l'impétigo, sur la description duquel nous ne reviendrons pas. Le diagnostic différentiel sera aisé quand on se rappellera que l'impétigo est une maladie brève, dont l'attaque est impétueuse alors que le favus évolue avec une très grande lenteur et que son début est le plus souvent méconnu.

De plus le cheveu blanc et décoloré est spécial au favus alors que l'impétigo ne le modifie pas.

Enfin l'impétigo ne détermine pas de cicatrices et guérit en quelques jours par un simple traitement antiseptique.

Le favus affecte parfois la "forme à folliculite". Le diagnostic est à faire avec le sycosis capillitii, affection souvent chronique du cuir chevelu.

Mais dans le sycosis, la lésion élémentaire est une pustule circumpilaire, survenant par poussées. La poussée folliculitique à laquelle on assiste est un élément important de diagnostic, car elle n'existe pas dans le favus, où de plus le cheveu est terne et décoloré.

La favus enfin peut prendre la "forme pityriasiqne".

Pas de godet, mais des plaques squameuses d'où sortent invariablement des cheveux faviques et c'est l'élément de diagnostic différentiel.

En outre la peau sous ces plaques est rouge, alors qu'elle est normale dans le pityriasis, et ne présentant jamais de cicatrices.

Quant aux placards de psoriasis du cuir chevelu, ils se distinguent du favus en ce que les cheveux qui en sortent sont entièrement de couleur normale et que la peau sous-jacente n'est pas cicatricielle.

La pseudo-pelade de Brocq qui laisse après elle des cicatrices irrégulières et émiettées comme le favus, s'en distingue cependant par l'absence de godets ou de croûtes au cours de son évolution. La cicatrice en est aussi moins rouge et les cheveux ternes et décolorés font défaut.

Microsporie: La teigne tondante à petites spores se traduit par la présence de plaques arrondies, de dimensions variant de un à plusieurs centimètres.

Ces plaques ne sont pas très nombreuses. On en rencontre rarement plus d'une douzaine.

A la surface de ces clairières recouvertes de squames, les cheveux sont cassés court mais non pas de manière à ne pouvoir les saisir avec les doigts. Quand on les épile, on voit qu'ils sont engainés d'une couche grisâtre et poussiéreuse.

Cette affection guérit spontanément à la puberté. Les plaques, non cicatricielles, se recouvrant de cheveux sains.

La pelade ne saurait être confondue avec cette mycose. La présence de squames et de cheveux cassés, l'absence de cheveux peladiques sont des caractères suffisants pour éviter cette méprise.

Dans la pseudo-pelade les plaques alopéciques sont cicatricielles et irrégulières, non squameuses et ne présentent pas de cheveux cassés.

Dans le favus les cheveux ne sont pas cassés courts. Ils sont décolorés. De plus, quand squames et poils tombent l'alopécie est cicatricielle et définitive.

Le pityriasis est plus diffus et n'a pas de cheveux cassés.

Dans le psoriasis les poils sortent drus et normaux de la squame.

Tricophytie: Cette teigne se distingue de la précédente en ce qu'elle montre des plaques petites, que l'on peut recouvrir avec le bout du doigt, beaucoup plus nombreuses que dans la précédente, disséminées par tout le cuir chevelu.

Ces points alopéciques peuvent se fusionner et former des placards irréguliers plus ou moins grands, où l'on trouve à côté de cheveux sains des cheveux tricophytiques.

Ceux-ci, à l'inverse des cheveux microscopiques, ne sont pas épilables avec les doigts: ils sont cassé trop court.

Ils apparaissent le plus souvent sous la forme de gros points noirs, sous la squame épidermique.

En soulevant cette squame on peut dégager ce poil, plus volumineux qu'à l'état normal et d'une très grande friabilité.

Donc, lésions plus diffuses, plus petites, plus nombreuses que dans la microsporie avec coexistence de cheveux sains et de cheveux cassés courts, non épilables avec les doigts.

Cette mycose guérit habituellement vers la 20ème année sans laisser de cicatrice.

Les cheveux repoussent normaux.

La pelade avec ses plaques lisses et nettes, la pseudo-pelade à surface cicatricielle et partant définitivement glabre, seront aisément distinguées.

Le pityriasis peut parfois induire en erreur. Cependant ici les pellicules ne sont pas localisées en des points spéciaux, mais uniformément répartis à tout le cuir chevelu.

On n'y voit pas de clairières ayant des cheveux cassés au ras de leur émergence.

Les cheveux tombent, mais de longueur normale.

Pityriasis: C'est une desquamation furfuracée, non inflammatoire.

L'épiderme corné est épaissi et tombe en s'émiettant. C'est un processus très lent et qui conduit plus ou moins prématurément à la calvitie. On en distingue deux variétés dont l'une succède à l'autre insensiblement. La ligne de démarcation entre elles est parfois bien difficilement tracée.

D'abord le *pityriasis sec*.

Ce sont les pellicules vulgaires. Le cuir chevelu subit partout une desquamation fine.

Pas de plaques alopéciques (excepté parfois dans la fausse teigne amiantacée d'Alibert-Devergie que nous décrirons plus bas), pas de cheveux cassés ou décolorés.

Puis lui succède le *pityriasis gras* avec des squames onctueuses et jaunâtres. Mais la peau sous-jacente est de coloration normale et non suintante, ce qui suffirait à le distinguer de l'impétigo.

Les cheveux tombent abondamment, non en aires, mais diffusément. Ils ne sont ni cassés, ni décolorés, ni engainés de blanc.

Ils tombent d'abord à l'endroit de la tonsure et aux régions fronto-pariétales. La dénudation du sommet du crâne sera plus ou moins complète et plus ou moins précoce selon la marche de l'affection.

Ces caractères sont trop nets pour qu'il soit nécessaire d'insister davantage.

Eczématides: Ici nous avons affaire non plus à des squames mais à des croûtes dont la formation succède à une phase de suintement. Elles sont faites de sérum desséché.

A leur niveau la peau est rose et légèrement suintante. Les cheveux, de longueur et de coloration normales, y sont collés et englués, contrairement au cheveu psoriasique qui passe droit et ferme au travers du placard de psoriasis.

Ces lésions s'impétiginisent souvent. Leur caractère purulent les fera reconnaître.

A l'état pur, leur couleur rosée ou rosé jaunâtre, leur desquamation fine et sèche, leur disposition plutôt circonscrite les individualisera.

Fausse-teigne amiantacée d'Alibert-Devergie: Nous décrivons ce type à part, dans l'embarras où nous sommes de le classer exactement.

Certains auteurs, dont Sabouraud, le rangent parmi les eczémas, alors que d'autres, dont Darier, la font rentrer parmi les pityriasis.

Nous croyons, pour notre part, que les uns et les autres ont raison en ce sens que certains eczémas secs du cuir chevelu et certaines formes de pityriasis à son degré extrême peuvent revêtir ce même aspect clinique.

Quoi qu'il en soit, l'erreur ne peut avoir ici de graves conséquences puisque le traitement est sensiblement le même.

Cette fausse-teigne présente de grosses pellicules adhérentes, d'aspect réellement amiantacé, où les cheveux sont couchés et emmêlés.

Ces squames irrégulières sont superposées et présentent ce que Sabouraud a appelé le phénomène de "l'écaille de poisson".

En effet, si l'on saisit les cheveux pour les soulever, au niveau d'une de celles-ci, les poils redressent cette squame en écailles.

La comparaison en est frappante.

La squame-croûte, lorsqu'elle tombe, peut entraîner les cheveux qui y sont englobés.

Il y aura une plaque alopecique qui peut parfois avoir la dimension d'une paume.

La fausse-teigne ne saurait être confondue avec le favus dont l'évolution est d'une durée fort lente, qui laisse des cicatrices derrière lui. Le poil est décoloré mais traverse la croûte.

Dans le psoriasis, les cheveux, nous l'avons déjà dit, traversent la squame droits et fermes.

Ni le favus, ni le psoriasis ne présentent le phénomène de l'écaille de poisson.

Psoriasis: Les placards de cette dermatose érythémato-squameuse ont les mêmes caractères au cuir chevelu que sur les autres points du tégument.

Limitation nette, squames blanchâtres, abondantes, stratifiées, donnant le signe de "la tache de bougie", recouvrant une surface rouge, non suintante, non cicatricielle. Le grattage donnera "la rosée sanglante".

Quant aux cheveux, nous le répétons encore, ils sont normaux, traversent la squame et ne cèdent pas à la traction.

Nous avons déjà indiqué plus haut les affections avec lesquelles on pourrait confondre le psoriasis et donné les signes différentiels.

Nous n'y reviendrons pas.

Lupus érythémateux: se présente sous forme de taches squameuses, bien limitées, rouges, à évolution lente, à extension périphérique avec atrophie cicatricielle centrale.

Les squames sont spéciales. Elles sont adhérentes. Leur adhérence provient de ce que leur face profonde est munie de petits prolongements cornés qui s'enfoncent dans des dépressions de l'épiderme.

C'est là "la ponctuation cornée", signe caractéristique du Lupus érythémateux.

Cette ponctuation cornée rend difficile l'avulsion de la squame.

Cette tuberculide centrifuge ou serpigineuse laisse derrière elle un état cicatriciel de la peau où se voient de petites telangiectasies et parfois de la pigmentation.

Cette surface cicatricielle est tout à fait dépourvue de cheveux.

Le psoriasis a des squames friables et ne laisse pas de cicatrices.

Il n'y a pas eu de rougeur et de squames dans la pseudo-pelade.

Dans le favus, le poil est décoloré.

La pelade n'est ni cicatricielle, ni squameuse.

Les tondantes microscopiques et tricophytiques ont des cheveux cassés à leur surface et ne sont pas cicatricielles.

*

* *

Voilà résumés brièvement les principaux points de diagnostic clinique différentiel des affections du cuir chevelu.

Nous ne prétendons pas que ce diagnostic soit toujours d'une extrême simplicité, mais nous croyons qu'à la lumière des données précédentes il sera rendu facile dans la grande majorité des cas.

Il est d'une importance extrême puisqu'il est le guide d'une thérapeutique précise et efficace.

En effet, un pityriasis ne saurait être traité comme un impétigo lequel relève d'un traitement bien différent de celui du favus. Appliquer aux teignes microscopiques et tricophytiques une médication anti-peladique aurait un effet désastreux. Nul n'en disconvienda.

Il importe donc de reconnaître si nous avons affaire à

1° de l'alopecie, si elle est diffuse ou en aires, si elle est aiguë ou chronique.

2° Si le cheveu est cassé, décoloré, massué, engainé; s'il pousse droit ou s'il est englué; s'il cède ou non à la traction.

3° S'il y a ou non des squames, croûtes, godets.

4° Si la peau est blanche, lisse, rouge, normale ou cicatricielle.

Ce sont là des points de repère qu'il faudra n'oublier jamais.

BIBLIOGRAPHIE

Adamson.—Dermatitis papillaris capillitii.

Acne keloid.

Baradjan.—Favus capillitii et lupus erythematosus disseminatus.

Bodin.—Coexistence des teignes favueuse et tricophytique sur un même cuir chevelu.

Cumston.—Treatment of Seborrhea of scalp.

Darier.—Pelade décalvante totale.

Alopecie atrophiante en clairières.

Discussion sur la séborrhée et les alopecies.

Examen microscopique des cheveux dans l'alopecie syphilitique.

Fox.—Lupus erythematosus localised on the scalp.

Gaucher.—Maladies de la peau.

Hyde.—Skin Diseases.

McLeod.—Case of alopecia following severe impetigo of scalp in a girl.

Sabouraud.—Les teignes.

Les maladies séborrhéiques.

Les entretiens dermatologiques.

SUR UN CAS D'APPENDICITE AIGUE

*Par le Docteur E. TROTTIER
de l'Hôtel-Dieu*

J'ai pensé qu'il serait intéressant de rapporter ici l'histoire d'un cas d'appendicite aiguë, ne serait-ce que pour apporter une nouvelle preuve de la nécessité de l'intervention précoce dans l'appendicite aiguë.

Dans un travail présenté à la Société Médicale de Montréal, l'an dernier, j'ai insisté sur l'importance d'intervenir opératoirement, dès le début d'une crise, chaque fois que la chose est possible.

A l'aide de statistiques sérieuses, j'ai pu démontrer à l'évidence que c'était la meilleure pratique à suivre pour sauver le plus grand nombre de malades.

Cependant les médecins ne sont pas tous convertis à cette idée, et encore moins les malades; nous en avons malheureusement la preuve trop souvent dans nos services hospitaliers.

Certes l'expectative et le refroidissement peuvent parfois conduire le malade à travers une crise, vers une guérison problématique, mais à combien d'écueils et au risque de quels périls n'expose-t-on pas le malade.

Que de complications inconnues peuvent survenir au cours d'une crise appendiculaire et contre lesquelles il faut agir énergiquement et promptement.

En effet, savons-nous jamais quelle sera la résistance du malade aux phénomènes de toxicité possible? Comment réagira-t-il dans une péritonite soit diffuse, soit localisée? Les perforations intestinales ou appendiculaires, les abcès pelviens, parfois même l'occlusion intestinale, sont autant de dangers très graves auxquels est exposée toute personne qui entre en crise appendiculaire aiguë.

A la pensée qu'un seul de ces accidents graves peut causer la mort, ne faut-il pas faire tout en son possible pour les éviter? Et quel est le meilleur moyen d'empêcher ces complications mortelles de se produire sinon de prévenir leur moindre manifestation par une opération radicale et précoce? Nous ne saurions trop le répéter, si nous voulons sauver nos malades dans l'appendicite aiguë, faisons-les opérer et surtout dès le début. Dans certains cas que j'appellerai "suraigus" même les heures peuvent compter. Voici à ce sujet un cas typique.

Albert C., 28 ans, journaliste. Le samedi 13 juin dernier, vers 1 heure de l'après-midi, au moment où il quittait le bureau d'une maison commerciale, fut pris d'une douleur subite très violente au bas de l'abdomen; il s'affaissa sur le parquet, incapable d'aller plus loin.

Transporté aussitôt à l'Hôtel-Dieu, le docteur Robichaud fut appelé et diagnostiqua une appendicite aiguë. Appelé à mon tour, je vis le malade environ une heure après le début de la crise.

Jeune homme d'apparence robuste, facies pâle et crispé par la douleur, transpiration abondante.

Le malade répond mal aux questions; cependant il nous dit que depuis quelques jours il éprouvait un malaise général, un peu d'épuisement, sans aucun trouble digestif, sans douleur abdominale.

La température était de 95°, le pouls battait à 92.

L'examen de l'abdomen révéla une défense musculaire généralisée à toute la paroi, pas de ballonnement, mais une douleur très vive surtout au niveau de la fosse iliaque. Le malade souffrait terriblement, il se tordait dans son lit où il fallait le maintenir. Nous étions évidemment en présence d'une crise aiguë d'appendicite, et d'accord avec le Dr Robichaud nous proposâmes une opération immédiate.

Le malade refusa catégoriquement toute intervention et continua ainsi à souffrir pendant deux heures, alors que, rendu à bout de forces, il demanda à être opéré.

Anesthésie par mixture d'éther et chloroforme donnée par le Dr Larocque. Incision de Jaloguer large. Le péritoine est adhérent au cæcum mais se décolle assez facilement; lésion de pérityphlite; la cavité abdominale est remplie d'un liquide jaunâtre sous pression; l'appendice est rétro-cæcal, congestionné, replié sur lui-même et recouvert de membranes blanchâtres; il existe une petite perforation vers la base. Appendicectomie assez laborieuse et enfouissement du moignon appendiculaire. Large drainage par deux gros drains "cigarettes", un point total au crin à chaque extrémité de l'incision.

Le lendemain de l'opération, la température monta à 99°, le pouls à 120, des vomissements noirs apparaissent, le pansement est changé et le drainage s'effectue très abondamment.

Le cathétérisme vésical ramène 550 c.c. d'urine. Les vomissements persistent, le pouls est rapide et petit, la température tombe à 90°.

Malgré une thérapeutique très active: propidon, septicémine, goutte à goutte rectal, lavage d'estomac, huile camphre, etc., le malade meurt la troisième journée après l'opération. Ce cas est surtout intéressant par son début brusque, dramatique, et le développement des phénomènes toxiques qui suivirent. Voici un homme en bonne santé apparente qui tombe tout à coup comme foudroyé sur la rue par une attaque d'appendicite aiguë sans aucune crise antérieure; il ressentait simplement un malaise général depuis quelques jours.

Sans prodromes abdominaux, insidieusement, la maladie s'était établie pour se manifester par une crise brusque et soudaine.

Il était évident à l'opération que les lésions abdominales dataient d'au moins quelques jours. Les lésions inflammatoires, l'épanchement abdominal, la perforation sont le résultat d'un processus morbide lent mais qui peut se manifester brusquement. C'est probablement la perforation qui a déclenché cette crise subite et c'est à partir de ce moment que les heures comptent.

Tous les phénomènes d'intoxication grave nous montrent ici une appendicite toxique. Le début de la crise est masqué, c'est un malaise général, pas de symptômes abdominaux, et tout à coup la crise éclate, puis apparaissent les phénomènes d'intoxication. Le facies est terreux, la respiration courte et rapide, le pouls devient petit, la température s'abaisse, les urines sont diminuées et enfin les vomissements noirâtres apparaissent et persistent. Ces appendicites toxiques sont des plus graves et des plus difficiles à diagnostiquer. Il faut toujours y penser et surtout les faire opérer avant qu'il ne soit trop tard.

LA GREFFE OVARIENNE ET L'HYSTERECTOMIE FUNDIQUE

*Par le Dr ALEXANDRE ACHPISSE,
de la Faculté de Médecine de Paris
Licencié du Conseil Médical du Canada
Licencié du Conseil Médical Général de l'Empire Britannique*

L'article plein d'intérêts de notre confrère le Dr Pierre Z. Rhéaume paru tout récemment dans les colonnes de ce journal, m'induit à quelques réflexions sur le même sujet.

Avant tout la greffe ovarienne a-t-elle jamais donné des résultats? Nous pouvons répondre franchement que ces résultats sont nuls.

Le promoteur de la méthode en France, le Pr Tuffier, l'a abandonné complètement.

Bien plus la greffe ovarienne après une hystérectomie totale ou sub-totale est un procédé non seulement inefficace contre les troubles de la ménopause mais présente même un certain danger par la possibilité de la non tolérance de l'ovaire greffé.

Tuffier a été obligé d'en pratiquer l'ablation secondaire.

Le travail du Dr Rhéaume démontrant que l'ovaire greffé vit en corps étranger dans l'organisme explique très bien ces phénomènes d'intolérance et apporte une intéressante preuve histologique à la constatation clinique.

D'autre part, l'expérience clinique a montré aux chirurgiens que si on laisse en place un ovaire, même normal et pourvu de ses vaisseaux propres et de ses nerfs, et si on enlève en même temps la totalité du corps utérin avec sa muqueuse (hystérectomie supra-vaginale ou totale) on obtient aucun résultat en ce qui concerne la prévention des accidents de ménopause anticipée.

La conservation de l'ovaire expose même les malades à des accidents parfois sérieux (ovaire donnant naissance à une hémato-cèle).

Une discussion intéressante à la Société de Chirurgie, en 1905, rend ce fait évident; la conclusion de cette discussion à laquelle prirent part Tuffier, Routier, Hartmann, Second, Le Dentu, Mauclaire, notre Maître Delbet fut que:

1) Les greffes ovariennes après hystérectomie totale ou sub-totale sont un procédé sans efficacité contre le trouble de la ménopause artificielle.

2) Il faut laisser un ovaire et l'utérus; mais laisser un ovaire seul est dangereux.

La déduction capitale qui résulte de tous ces faits expérimentaux c'est que l'essentiel pour une femme jeune à qui l'on est obligé de faire subir une mutilation grave de son appareil génital interne c'est *de lui laisser un ovaire en place, bien irrigué et une portion notable de la muqueuse du corps de l'utérus.*

Cette constatation de la conservation de la menstruation après ablation de deux trompes et d'un ovaire par présence seulement d'un fragment d'un ovaire et de la muqueuse utérine a été faite par nous d'une façon un peu imprévue.

Sœur X, française, 32 ans, nous consulte en 1921 pour des douleurs dans le flanc gauche et des menstruations excessivement douloureuses, voire syncopales. La malade a été opérée quatre ans auparavant, elle a subi une salpingectomie unilatérale droite.

A l'examen nous constatons une masse dans le cul de sac latéral gauche.

Opération sous anesthésie générale à l'éther. Opérateur: Dr Achpise, Anesthésiste: Dr H. Beaulac. Laparatomie médiane sous-ombilicale. Salpingite gauche scléro-kystique partiellement adhérente. Vu l'état précaire de la malade, nous nous contentons d'une ablation de la trompe gauche avec son ovaire, prenant soin d'enlever la corne d'implantation de la trompe dans l'utérus. Nous constatons l'absence de l'annexe droit et de l'appendice. Réunion par première intention. Guérison.

Grand a été notre étonnement quand un mois environ après l'intervention sont apparues les règles, peu abondantes et non douloureuses; ces règles se sont maintenues; la malade a fait néanmoins de l'adipose généralisée.

L'explication qui nous semble s'imposer c'est la persistance d'un fragment d'ovaire lors de la première intervention, lequel fragment en présence de l'endomètre utérin maintient la fonction menstruelle.

Le mécanisme physiologique précis de l'action de l'ovaire sur l'endomètre nous échappe encore, (action vaso-motrice réflexe ou ou action hormonique), mais *le fait expérimental est incontestable* et doit guider le chirurgien.

Ce fait de la persistance de la menstruation et de l'absence des troubles stomatiques chez les opérées auxquelles on a conservé un ovaire et *une portion notable de la muqueuse du corps utérin* est connu depuis longtemps.

En 1899, Zweifel prouva ce fait par l'étude de trois opérées; après lui Virth (1902), Alban-Dauran (1905), Pfannestiel (1906), Cohn et Duhersen (1908), préconisèrent une conservation d'un ovaire et d'un moignon suffisant du corps utérin.

En Italie, Bertino et Spinelli (1911), en Amérique Kelly (1909), proposèrent une opération très analogue.

La pensée chirurgicale s'étant ensuite engagée sur le chemin de la greffe, l'exécution de l'opération conservatrice présentant d'autre part, quelques difficultés techniques — très relatives, — c'est seulement avec les travaux de Lecène sur "l'hystérectomie fundique" que les chirurgiens français se sont orientés vers cette opération.

Il n'entre pas dans le cadre de cet article de décrire la technique de l'opération de Lecène. Son idée directrice est de conserver d'une part un ovaire normal, avec ses vaisseaux et ses nerfs, d'autre part une quantité suffisante de la muqueuse de corps de l'utérus pour que la fonction menstruelle soit conservée chez l'opérée.

Nous reproduisons néanmoins les indications typiques de l'hystérectomie fundique telles que les comprend son auteur:

1) Annexites bilatérales, kystiques et adhérentes, rebelles au traitement médical.

2) Fibromes du fond de l'utérus non énucléables.

3) Métrorragies graves dues à une endométrite hémorragique sans lésions annexielles inflammatoires.

4) Certains cas plus rares: par exemple, grossesse extra-utérine avec lésions de la trompe du côté opposé et ovaire conservable.

Il est évident que l'hystérectomie fundique ne remplace pas l'hystérectomie supra-vaginale ou totale ou même l'ablation unilatérale des annexes — opérations qui gardent la majeure partie de leurs indications.

Dans son travail paru en 1922, Lecène apporte les résultats fonctionnels observés sur ses 17 opérées.

Dans 13 cas soit 76 p. 100), les résultats de l'hystérectomie fundique ont été excellents: aucun trouble de ménopause anticipée, *les opérées ont des règles*, le plus souvent moins abondantes, mais quelquefois aussi abondantes qu'avant l'opération. Dans 3 cas (8 p.

INNOXA

Produits de Beauté Inoffensifs

Les **PRODUITS INNOXA** ont été créés pour les personnes qui ont un épiderme délicat, et sont recommandés par les dermatologistes les plus éminents des Hôpitaux de Paris.

Le **LAIT INNOXA** est destiné à remplacer le savon pour la toilette du visage. Il calme, repose et nourrit l'épiderme. Le Lait Innoxa donne au teint la fraîcheur de la jeunesse et convient à tous les épidermes.

La **MOUSSE INNOXA**: crème spéciale pour le jour. Rend le teint mat et donne au visage une étonnante fraîcheur. La Mousse Innoxa fixe admirablement la poudre de riz. Non seulement elle n'irrite jamais, mais encore elle adoucit l'épiderme, prévient les dartres, les rougeurs et les rides.

La **POUDRE INNOXA** veloute l'épiderme sans le dessécher. Se fait en huit nuances (blanche, rachel, rose, rosée, rose thé, chair, ocre, corail).

Les **LABORATOIRES INNOXA**, 22 avenue de l'Opéra, Paris, fonctionnent sous un contrôle médical sévère; ils donnent toute garantie sur la pureté et l'inocuité absolue des matières premières employées.

Echantillon médical sur demande à

J. I. EDDE, Agent général

New Birks Building,

Montréal

100), le résultat n'était que moyen. Dans un cas enfin (6. p. 100), le résultat a été nul: la malade était âgée de 40 ans.

Il nous semble que l'hystérectomie fundique de Lecène, qui permet de conserver les règles dans 75 p. 100 des cas, mérite d'être répandue.

Conserver la menstruation après une opération gynécologique mutilante est un avantage dont l'évidence est incontestable.

"L'hystérectomie fundique ayant des indications précises, mais limitées, il est bien évident qu'il ne faut l'appliquer qu'à bon escient, si l'on veut obtenir des résultats favorables." (Lecène).

— o —

Electrothérapie

Cours de Perfectionnement donné par la Faculté de Médecine

La Faculté de Médecine de l'Université de Montréal fait donner par le Dr Ernest Gendreau un cours de perfectionnement sur la physique médicale, les relations entre la physique et la physiologie, l'application médicale des différents courants électriques et des radiations lumineuses et caloriques.

Ces cours ont lieu les mardis et jeudis, à 5 heures de l'après-midi, à l'Université, depuis le 12 janvier.

Les médecins qui désirent suivre ces cours devront s'inscrire immédiatement au bureau du Secrétariat de la Faculté de Médecine.

THERAPEUTIQUE APPLIQUEE

TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

Nous savons tous que la typhoïde est causée par la présence dans l'intestin d'un bacille bien connu, mobile à cause des cils vibratils qu'il possède et transmissible par l'eau, le lait, les selles, la salive et la sueur des malades.

Nous savons aussi que les convalescents ou les typhiques anciens peuvent desséminer la maladie dans leur entourage parce que leur urine et leurs selles renferment des bacilles véhiculés par le sang et la bile. Ces notions sont utiles à connaître et à retenir au point de vue prophylactique.

Nous diviserons ce chapitre en deux parties: 1° le traitement curatif; 2° le traitement préventif.

1° Traitement curatif

Première période: malaises généraux, asthénie, fièvre le soir, inappétence, insomnie, cauchemars, langue saburrale, transpirations, douleurs vagues à l'abdomen, constipation ou diarrhée intermittentes. Le pouls n'est pas accéléré. L'examen somatique est incertain.

1) Repos au lit dans une pièce bien ventilée et bien éclairée.

2) Un lavement avec: eau 100 c.c., glycérine 15 c.c., huile d'olive 30 c.c. Pression douce, lentement, évacuation complète de l'ampoule rectale et des colons.

3) Huile de ricin: une cuillerée à thé matin et soir dans un peu de lait chaud et de ginger-ale chez les constipés.

4) Au début, on peut appliquer un sac de glace sur la région précordiale, dans l'appréhension d'une infection pouvant évoluer sur l'endocarde.

5) Injection sous-cutanée d'une ampoule d'électrargol de 5 c.c. que vous pouvez répéter chaque jour jusqu'à confirmation du diagnostic.

6) Vous conseillez à votre malade de boire copieusement: eau-lait, un jaune d'oeuf dans un verre de lait avec sucre, du thé avec lait et sucre, du café, du cacao, du gruau, du bouillon dégraissé, du jus de fruits.

Vous observez votre malade chaque jour en modifiant la diète au besoin.

Seconde période: accentuation des signes précédents, séro-diagnostic positif, taches rosées sur l'abdomen ou desséminées ailleurs, fièvre en plateau, langue rouge sur les bords, souvent desséchée et fendillée. toux sans expectoration, sub-délire, langage incohérent durant le sommeil, indifférence du malade pour la nourriture, refus quelquefois, diarrhée, entérorrhagies dans certains cas. Douleur à la pression dans le voisinage de l'ombilic, crampes, vomissements, pouls dicrote.

1) Glace sur abdomen; entourer le sac d'une gaze fine pour prévenir les engelures. Enlever les sacs durant quelques heures si la peau devient

rouge ou rouge sombre et l'enduire de vaseline. Changer fréquemment ce pansement; avoir soin de casser la glace en petits morceaux afin d'obtenir une surface uniforme; s'assurer que le bouchon est hermétique afin que le malade repose dans un lit sec. On évite ainsi les escarres.

2) Coussin d'air sous le siège pour protéger la peau du sacrum. Dans certains cas, on place un dyachilon sur le coccyx et les épines sacrées, pour empêcher la friction prolongée de la peau sur les draps.

3) Bains d'éponge à l'eau fraîche, chaque jour, suivis d'une friction légère à l'alcool camphré (alcool pur et non alcool méthylique).

4) Nettoyer la bouche et les dents afin de prévenir les fermentations et les lésions ulcéreuses de la bouche, qui empêchent toute alimentation à cause des douleurs qu'elles provoquent.

5) Entourer les talons d'un épais coussin de ouate pour prévenir l'apparition des escarres. Changer fréquemment le malade de position dans le même but.

6) **Diète:** liquide généreuse. Se rappeler que le lait est insuffisant. Pour subvenir aux dépenses un malade devrait absorber au moins 4 litres de lait pour produire 2,500 calories que nous utilisons chaque jour. Cette quantité de liquide est trop considérable. Pour rétablir l'équilibre on ajoute du bouillon, un jaune d'oeuf, du gruau bien cuit et passé au tamis, du cacao, du thé, du café, du jus de fruits.

Il importe de nourrir les typhiques si on veut prévenir une foule de complications qui relèvent beaucoup plus de la carence alimentaire que de la maladie elle-même.

On doit donner peu à la fois et souvent. Le typhique, à cette période, est indifférent et ne se soucie guère de lui-même.

Il est utile de tenir un compte détaillé des aliments absorbés durant le jour afin de calculer, approximativement, les calories. On peut, ainsi, se rendre compte de la valeur de telle alimentation. Un grand nombre de typhiques souffrent de la faim. Ce point est de la plus haute importance.

7) **Médication:** c'est une médication purement symptomatique.

Contre la constipation, vous prescrirez l'huile de ricin à petites doses: une cuillerée à thé ou deux par jour, le matin et le soir ou une fois le matin seulement.

Contre la diarrhée: Carbonate de Bismuth 2 grammes, 3 à 4 fois par jour. On diminue ou suspend selon les cas.

Chaque jour il est utile de donner un petit lavement glycérimé avec une poire afin de vider l'ampoule rectale où s'accumulent les toxines et matières putrides. On prévient, ainsi, le ténésme d'une part ou l'incontinence d'autre part.

Les **antiseptiques** n'ont aucune valeur réelle. Ils ont quelquefois le privilège d'irriter l'estomac sans profit pour l'intestin.

Contre les hémorrhagies: suspendre toute alimentation, même la glace qui excite le péristaltisme. Compresses chaudes. Morphine, adrénaline 15 à 20 gouttes 2 fois par jour durant 2 à 3 jours. La gélatine, le **chlorure de calcium** à la dose de 1 gramme, 3 à 4 fois par jour, dilué dans beaucoup d'eau, suivi de lait.

Les petites injections sous-cutanées de sérum (15^{ml} c.c.) agissent favorablement.

Hémoplastine en injection hypodermique.

Contre le ballonnement: nous sommes quelquefois très embarrassés. Cela est dû à une parésie intestinale, nous devons user de ménagement. La compresse humide froide, la glace, l'adrénaline peuvent rendre des services. La sonde rectale à demeure favorise l'évacuation des gaz. La pituitrine est dangereuse à cause des contractions violentes incontrôlables qu'elle peut provoquer sur la musculature de l'intestin. C'est un syndrome dû à un déséquilibre du grand système vago-sympathique.

Contre la congestion hypostatique des poumons: les ventouses sèches, qui agissent non seulement sur le symptôme congestion, mais comme auto-hémothérapie.

Contre le délire et la myoclonie chez les malades déshydratés qui souffrent de carence alimentaire: les bains chauds lentement et légèrement refroidis, chaque jour. On les enveloppe dans un drap, puis on les plonge ainsi dans un bain tiède durant 10 à 15 minutes, en ayant soin de les stimuler préalablement (cognac et eau, etc.). Puis on les enroule, en sortant, dans une couverture de lit en laine, chaude. Au bout d'une demi-heure on les frictionne avec de l'alcool camphré.

Ce bain calme les malades et permet à la peau d'absorber une certaine quantité d'eau. L'aspect du malade se transforme rapidement.

Contre l'hypotension artérielle, on peut injecter l'huile camphrée en ampoules stérilisée à 20 pour cent: une ou deux par jour selon les cas.

Contre l'oligurie ou l'anurie: s'assurer qu'il n'y a pas de rétention vésicale, analyser fréquemment les urines. L'albumine n'a pas de signification importante. S'efforcer, dans ces cas, de faire boire les malades davantage.

Contre l'hyperthermie: les médicaments exercent une action passagère dont les malades ne profitent guère. Il faut compter davantage sur la glace, l'eau froide, et les bains, si possible. Ne pas négliger la ventilation de la chambre. Cette habitude rend de grands services au malade et à son entourage.

2° Traitement préventif

Nous laisserons de côté toutes les mesures hygiéniques contre l'eau, le lait et la literie.

La mesure la plus efficace, c'est la **vaccination** et la **revaccination**.

Les vaccins antityphiques sont nombreux:

1° **Vaccin de Vincent T. A. B.**, préparé avec plusieurs races de bacilles typhiques et paratyphiques A et B. On pratique quatre injections de un tiers, une demi, 1 à 2 cc. chacune à huit jours d'intervalle.

2° **Lipovaccin T. A. B.**, Lemoignic. Vaccin mixte préparé à l'Institut Pasteur. Contre les trois variétés. T. A. B. Son grand avantage est la vaccination en une seule injection de 1 c.c. Ce lipovaccin consiste en une suspension, dans l'huile, de bacilles tués par la chaleur et l'eugénol. Le rôle de l'excipient huileux est de ralentir l'absorption des

bacilles et d'atténuer leurs efforts toxiques; aussi, peut-on injecter en une seule fois la dose vaccinnante.

Technique: agiter énergiquement l'ampoule durant une minute. Pratiquer l'injection dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région deltoïdienne, à gauche de préférence. Le sujet étant assis, après badiageonnage iodé de la peau, enfoncer l'aiguille de 2 centimètres environ: s'assurer qu'elle a bien dépassé le derme, qu'elle est bien mobile sous les téguments, qu'elle n'a pas pénétré dans les muscles, et qu'il ne s'écoule pas de sang.

Le jour et le lendemain de l'injection, le sujet devra éviter toute fatigue et son alimentation sera légère.

Il ne devra pas s'exposer au froid.

Contre-indications.—Etats fébriles, lésions organiques mal compensées. Tuberculose et autres affections chroniques du poumon, des reins, du foie.

Revaccination.—Elle sera pratiquée au bout d'un an.

3° La convalescence

Le typhique, à ce moment, réclame une nourriture saine et réconfortante: une diète liquide généreuse à laquelle on peut ajouter du jus de viande fraîche. Peu à peu l'équilibre se rétablit. Grâce à un exercice bien dosé, il reprend ses activités habituelles.

Je signale en terminant le **cœur**. La **myocardite typhique** est fréquente. Souvent elle évolue silencieusement. On fera bien de prescrire chaque mois, durant deux ou trois mois, un tonique cardiaque: digitaline ou autres à la dose de **cinq gouttes** le matin durant dix jours.

Enfin le médecin ne doit pas oublier que ce typhique est un porteur éventuel de bacilles, et qu'il peut disséminer la maladie dans son entourage.

On doit mettre le malade en garde contre ce danger, et lui prescrire des capsules de **bleu de méthylène**: une matin et soir durant quelques jours, puis une le soir seulement durant quelques semaines. Le **bleu** s'élimine par le rein et stérilise les urines.

D'autre part, on peut prescrire l'**urotropine**, à la dose de 0 gr. 50 centigr. 3 fois par jour. L'élimination de ce formiate de soude agit sur la fonction biliaire. Si celle-ci véhicule des bacilles ce médicament centralisera — du moins théoriquement — leur action.

De temps à autre une dose de calomel produira un bon effet.

Calomel	0 gr. 10 centigr.
(?)	0 gr. 05 centigr.
Lactose	0 gr. 25 centigr.

Pour une poudre No 4

Une d'heure en heure, suivie, trois heures après la dernière poudre, d'une à deux cuillerées à soupe d'huile de ricin.

Telles sont les directives générales du traitement de la fièvre typhoïde: hygiéno-diététique.

Albert LeSAGE.

REVUE GÉNÉRALE

Analyses de quelques travaux récents

La perméabilité méningée n'est qu'un des modes de la perméabilité vasculaire (Cestan, Laborde, e Riser, Cf. "La Presse Médicale" No 80, 7 octobre 1925).

Les substances qui entrent dans la composition normale des humeurs : chlorure de sodium, acide urique, glucose, passent aisément dans le liquide céphalo-rachidien quand leur taux dans le sang s'élève au-dessus de la normale.

Au contraire, les substances étrangères se classent en 2 groupes :

a) Certaines d'entre elles, injectées dans le torrent circulatoire, même en quantité très élevée, ne se retrouvent ni dans le liquide céphalo-rachidien, ni dans le parenchyme nerveux ; tels sont les iodures, la phénolsulfonephthaléine, pourtant très diffusibles.

b) Par contre, d'autres substances, comme les salicylates, les bromures, sont très faciles à mettre en évidence dans les tissus nerveux et dans le liquide céphalo-rachidien quelques minutes après leur injection dans la circulation sanguine.

Il existe donc un mécanisme spécial qui protège le tissu nerveux, le L. C. R. contre certaines substances étrangères que peut renfermer le sang, ce mécanisme s'opposant entièrement au passage de certains produits et permettant à d'autres de franchir la barrière, mais toujours à dose minime.

C'est l'ensemble de ces phénomènes que l'on désigne sous le nom de "*perméabilité méningée*", perméabilité du sang vers le L. C. R. ou du L. C. R. vers le sang.

Lorsque les méninges sont malades, les règles précédentes sont bouleversées, le mécanisme d'arrêt est supprimé, et tous les corps étrangers introduits expérimentalement dans le torrent circulatoire passent indistinctement dans le L. C. R.

Il est donc évident qu'il existe une barrière interposée entre le sang circulant et le système nerveux. Quel est son substratum anatomique ? A quel niveau a lieu le passage de ces substances du sang dans le L. C. R. ?

Les auteurs ont fait des recherches personnelles, à l'abri des causes d'erreur. Il se dégage de leurs travaux (étude sur le taux de l'urée, du salicylate, à différents étages du névraxe, très près ou très loin des plexus choroïdes, ceux-ci isolés ou non) 1° *que la perméabilité méningée mérite bien son nom ; ce sont les méninges, en effet, qui sur toute leur hauteur règlent la pénétration dans le L. C. R. de substances introduites dans le sang circulant.*—OSCAR VIAÛ.

Les Accidents de la première dentition (A. B. Marfan, Le Nourrisson, septembre 1925).

Entre les commentateurs exagérés d'Hippocrate qui attribuent à la sortie des dents toutes les affections communes du premier âge et ceux qui nient absolument l'existence des accidents de dentition se placent les médecins qui, tout en se défendant d'être trop crédules, croient devoir s'incliner devant certains faits cliniques et cherchent à les interpréter. C'est parmi eux que se place le Professeur Marfan.

Pour mettre quelque clarté dans l'étude des accidents de la première dentition il faut étudier séparément 1° les faits certains, 2° les faits discutés.

Dans le premier groupe se placent les accidents qu'on désigne habituellement sous le nom de "dentition difficile" et sur lesquels il semble qu'on doive s'accorder. Il s'agit d'enfants dont la percée de la dent est lente, retardée et qui à l'occasion de celle-ci présentent un état subfébrile (37°7, 37°8; rarement plus de 38 degrés), une baisse de poids, de l'agitation. Localement on constate une saillie de la muqueuse recouvrant le follicule dentaire; elle est tendre, violacée ou pâle, s'accompagne le plus souvent de prurit et de base. Mais un jour la gencive cède, la dent sort et tout rentre dans l'ordre. Tels sont les accidents qu'on désigne sous le nom de "dentition difficile", dont le caractère primordial est de cesser avec la sortie de la dent et de se reproduire à chaque éruption dentaire.

Ces phénomènes de dentition peuvent parfois se compliquer d'accidents "d'infection locale" qui revêtent deux types: celui de la péri-coronarite exudative ou purulente, celui de la stomatite ulcéreuse commune. L'histoire de la péri-coronarite est du plus haut intérêt pour l'étude de la pathogénie de la dentition difficile. On peut se demander avec le Professeur Marfan si les manifestations qu'on désigne sous le nom de "dentition difficile" ne sont pas en rapport avec un léger degré de péri-coronarite congestive qu'arrête la percée de la dent.

Dans le second groupe se rangent les faits qui méritent d'être discutés. Le problème est le suivant: l'éruption dentaire est-elle capable à elle seule de déterminer une maladie, de provoquer de la fièvre (fièvre de dentition), de la toux (bronchite de dentition), de la diarrhée (diarrhée des dents), de l'eczéma ou du prurigo (feux des dents), des convulsions ou des accidents méningés (méningite de dentition)? A la question ainsi posée, on peut répondre négativement. Mais si l'éruption dentaire agissant seule n'est pas une cause efficiente de la maladie, elle peut surtout quand elle est difficile aggraver une maladie préexistante ou mettre en activité une disposition morbide latente.

La dentition difficile soulève des questions de pratique qui sont très discutées: celle du hochet, de la sucette, celle des sirops de dentition, celle de l'incision cruciale des gencives.

La pratique de la sucette a des inconvénients, quand elle est vide, car elle favorise l'aérophagie, quand elle n'est pas propre, car elle peut être une source d'infection, quand elle renferme des substances toxiques

Les vomissements habituels relèvent le plus souvent d'une "superexcitabilité" de la muqueuse gastrique déterminant un spasme total de l'estomac: c'est la maladie des vomissements habituels du Professeur Marfan causée dans 68 p. 100 des cas par l'hérédosyphilis et qui guérit presque toujours avec la solution de lactate neutre d'hydrargyre au millième. D'autres fois les vomissements habituels sont le fait de la spasmophilie ou de l'aérophagie.

La sténose hypertrophique du pylore dont certains auteurs américains ont exagéré la fréquence, est en réalité exceptionnelle et il ne faudra y songer que lorsque toutes les autres causes de vomissements, en particulier les erreurs alimentaires, auront été éliminées. Plus souvent, disent les auteurs, nous avons eu à réformer des diagnostics de sténose portés à tort, que nous n'avons eu à en affirmer là où elle était méconnue.

Dans le groupe des vomissements accidentels de causes rares se rangent les vomissements symptomatiques ou secondaires, le mérycisme ou rumination, le pseudo-vomissement aérophagien dû à un spasme, ou du cardia, ou du diaphragme.

Pour avoir quelque chance de succès, le traitement des vomissements du nourrisson doit être fondé sur l'étiologie, ou tout au moins sur la physiologie pathologique. C'est par un interrogatoire bien dirigé, par un examen clinique méthodique et complet, au besoin par un examen radioscopique qu'on y parviendra le plus sûrement.

Dans la thérapeutique des vomissements du nourrisson, au régime alimentaire qui doit être placé au premier plan, s'ajoutent divers moyens physiques et de nombreux médicaments qui agissent soit sur les aliments pour en faciliter la digestion, soit sur la muqueuse gastrique pour en modifier le fonctionnement.

Le traitement chirurgical, traitement d'exception, ne s'applique qu'à la sténose hypertrophique du pylore dûment diagnostiquée.

Paul LETONDAL.

Rétention chlorurée sèche dans les néphrites. (Léon Blum & Van Caulaert Cf. Bull. & Mém. Soc. Méd. Hôp. de Paris. 2 juillet 1925.)

B & C ont fait des recherches sur le sang des sujets présentant de la rétention chlorurée sèche, et leurs analyses montrent qu'à cette période il existe:

- 1° une concentration du sang;
- 2° une hyperchlorémie;
- 3° une hyponatrémie;
- 4° une légère azotémie.

L'appauvrissement du sang en eau et l'augmentation du taux en chlore suffisent pour assurer le diagnostic de rétention chlorurée sèche.

Ces analyses étant faciles et de pratique courante, les auteurs préférèrent cette méthode à celle, longue et sujette à erreurs, d'Ambard et de Beaujard (courbe du poids et bilan des chlorures).

B & C démontrent encore que le sodium conditionne l'hydratation.

Il ressort de leurs observations que la rétention chlorurée sèche est plus commune qu'on ne le croit, et qu'elle se rencontre non seulement dans les néphrites chroniques, mais aussi dans les néphrites aiguës.

Oscar VIAU.

Traitement de l'épilepsie par le gardénal. Equivalents psychiques.
(Henri Colin, Cf. Paris Médical, 17 oct. 1925.)

Le gardénal ne réussit pas à faire disparaître les accès dans tous les cas d'épilepsie, mais il supprime les phénomènes moteurs chez un très grand nombre de malades. C'est un médicament de premier ordre, qui n'a pas les inconvénients du bromure (troubles généraux, éruptions cutanées).

Certains individus réagissent d'une façon particulière au traitement gardénalique. Les crises motrices disparaissent mais peuvent être remplacées par des équivalents psychiques de formes multiples (accès délirant, etc.).

OSCAR VIAU.

o

Association Canadienne contre la Tuberculose

Procès-verbal de la séance extraordinaire de l'Association Canadienne contre la Tuberculose, tenue en l'Hôtel Mont-Royal le vendredi

15 mai 1925, sous les auspices de la Société Médicale de Montréal.

Le docteur William Soper, de l'Institut Saranac et membre de la Fondation Rockefeller, en France, fait un exposé de la situation actuelle en France, en ce qui concerne la tuberculose, ses progrès et les moyens que l'on prend pour l'éliminer autant que possible, devant une assistance nombreuse et choisie. Il rappelle qu'il y a peu de temps que la France fait quelque chose pour tâcher d'enrayer le terrible fléau et qu'à venir jusqu'à ces dernières années, elle laissa aux initiatives privées, le soin de lutter. M. Léon Bourgeois, dont le nom est bien connu, est un de ceux qui le premier s'intéressa à cette oeuvre. C'est grâce à lui que furent fondés des dispensaires.

C'est en 1915, au cours de la guerre qu'on dut créer des stations sanitaires pour faire des stages aux soldats français et étrangers qui revenaient du front atteint du terrible mal, avant de les diriger dans leurs familles. Ces stations sanitaires furent transformées après l'armistice en sanatoriums où sont traités des milliers et des milliers de patients. Le conférencier rappelle l'aide précieuse des infirmières dans cette belle lutte, et souligne qu'on dut créer des écoles spéciales pour la formation de ces infirmières qui se sentaient la vocation et le goût de participer à cette oeuvre. Il loue hautement l'Institut Rockefeller qui a contribué énormément à la formation de plus de 150 médecins français dans cette spécialité, qui ont ensuite été dirigés vers les dispensaires. Le conférencier cite les bienfaits accomplis par le Comité National français, contre la tuberculose, dont l'ouvrage peut se résumer à quatre points: l'inspection technique des malades, la statistique, le subventionnement des écoles d'infirmières, enfin, le service de propagande. Il explique ce qui est fait dans chacun de ces sphères.

M. le professeur Louis de L. Harwood, Monsieur le professeur E. Dubé, et Monsieur R. Woodhouse, secrétaire de l'Association Canadienne contre la Tuberculose, remercièrent tour à tour le conférencier.

LEON GERIN-LAJOIE, M.D.

Le Secrétaire.

SOCIÉTÉS

Ecole d'Hygiène Sociale

Première assemblée tenue le 2 décembre 1925, à l'Ecole d'Hygiène sociale appliquée de l'Université de Montréal, 655 rue de Montigny Est.

Sont présents: MM. les professeurs Raoul Masson, président, J. Edmond Dubé, MM. les docteurs J. U. Lalonde, H. Baril, G. Lapierre, A. Comtois, E. Brunet, Ed. Dubé, D. Longpré, S. Boucher, P. Letondal, L. Roux, W. Ouimet, A. J. Lafleur, J. U. Larose, G. H. Martineau, C. A. Bourdon, R. Blouin, Jos. Bourgouin, L. A. Bernard, J. L. Bélanger, J. A. Lussier, C. F. Milot, H. Geoffroy et J. A. Baudouin, secrétaire, et quelques autres médecins dont nous n'avons pu nous procurer les noms.

RAOUL MASSON

Monsieur le président ouvre la séance en prononçant l'allocation suivante :

Messieurs,

Permettez-moi de vous remercier d'avoir répondu avec tant d'empressement à l'invitation qui vous a été adressée de vous joindre à cette Société d'Hygiène Infantile qui ce soir fait ses premiers pas.

Le Comité temporaire était convaincu que son appel serait entendu, et la preuve que son espérance était fondée nous en est fournie par votre présence ce soir d'abord, et ensuite par le nombre considérable de confrères qui ont adressé leur adhésion au secrétaire.

Tout d'abord laissez-moi remercier le Directeur de la Ligue Anti-tuberculeuse et ses collègues, en particulier M. le Dr Fleming, qui nous offrent leur coopération appréciée en nous fournissant gracieusement le local pour tenir nos délibérations et nous laissent entendre qu'ils se chargeront des frais de fonctionnement de notre organisation.

Cette preuve de bienveillance à notre égard servira, pour le moment, de critérium quant à l'utilité et l'importance du mouvement dont nous voyons ce soir la première manifestation.

Née du hasard d'une rencontre de quelques médecins que les questions du bien-être des enfants intéressent tout particulièrement, l'idée d'un organisme, s'occupant au point de vue pratique et scientifique de toutes les questions d'hygiène infantile, fit rapidement son chemin.

Nous constatons ce soir que la nécessité d'un tel organisme était manifestement désirable puisque, messieurs, en aussi grand nombre, vous avez bien voulu vous arracher à vos obligations multiples pour nous encourager de votre présence. Nous croyons fermement que cette soirée sera profitable et qu'elle fera époque dans la lutte contre la mortalité infantile, dont tous connaissons et déplorons les ravages parmi notre population.

Le but que la Société d'Hygiène Infantile se propose est de combattre ce fléau national, c'est un but unique, et dans sa généralisation il nous permet d'embrasser tous les sujets pertinents à la survivance et au bien-être des enfants au point de vue moral et physique.

Savez-vous, messieurs, qu'il est parfois embarrassant de redire trop souvent les mêmes choses quelque vraies soient-elles, et que de parler sans cesse sur les mêmes sujets finit par gêner considérablement celui qui est forcé d'en parler encore avec l'obligation de se répéter en plus d'une criconstance ?

Cependant forts du but que nous poursuivons, et convaincus de l'importance du problème dont nous cherchons la solution, nous abordons franchement la situation.

Notre mortalité infantile est trop élevée et cet état de chose est préjudiciable à notre pays en général et met même en danger notre avenir national.

Cette hypothèse est, je crois, acceptable sans distinction, car elle est admise pour tous les peuples civilisés. pour lesquels le même problème existe avec les mêmes conséquences.

Notre bilan sanitaire en matière infantile pour nous de la Province de Québec. va vous être exposé tout à l'heure par mon collègue, M. le Dr Baudouin, avec tableaux et statistiques à l'appui, aussi ne me hazarderai-je pas à m'égarer dans des chiffres qui ne peuvent rien changer à l'opinion que nous avons tous, que nos enfants meurent en trop grand nombre.

C'est en cherchant à découvrir des remèdes à appliquer sur cette plaie toujours vive, que l'idée nous est venue de la création de cette Société d'Hygiène Infantile.

En cela nous n'avons fait que suivre les exemples multiples que nous fournissent mille et une organisations analogues existant ailleurs et poursuivant le même but.

Nous nous sommes donc adressés à ceux qui le plus efficacement pourraient contribuer à l'effort commun, tant par leur compétence que par leur dévouement bien connu aux questions humanitaires, c'est-à-dire aux médecins.

Notre profession, messieurs, parfois décriée, quelquefois ridiculisée n'a jamais que je sache suscité le mépris.

Trop de dévouements, trop d'abnégation et de sacrifices sont inhérents à nos activités professionnelles, pour que l'on ne puisse à tous les moments reconnaître les charités que chacun d'entre nous est appelé à faire quotidiennement; et celui qui donne avec une bonne intention ne peut être méprisé.

Le médecin semble être un paradoxe constant.

Vivant du malade ou par le malade nous le trouvons toujours à la tête de toutes les organisations de prophylaxie dont le but est d'empêcher les gens d'être malades, et ceci fut de tout temps en tous lieux.

Le médecin s'applique sans cesse à découvrir des moyens plus perfectionnés pour protéger l'humanité contre les multiples infections qui la menacent qu'il s'agisse de mesures hygiéniques pour assurer un

approvisionnement d'eau potable, ou de mesures de protection par la vaccination, l'isolement, la désinfection des locaux contaminés ou de toute autre mesure de prophylaxie, nous trouvons toujours le médecin prêt à donner son concours pour mettre fin à une situation qui si elle persistait serait pour lui une source de revenus justement rémunérateurs.

Rendons-nous ce témoignage si d'autres ne valent pas nous le rendre, notre profession est éminemment altruiste et fait passer l'intérêt général avant l'intérêt particulier.

Voilà pourquoi, encore une fois, vous êtes conviés à participer et à contribuer à ce nouvel effort qui a pour but de combattre la mortalité infantile.

Sans distinction de classe ou de spécialité nous vous avons convoqués, ouvrant nos portes largement surtout et presque avec préférence au médecin praticien qui, par son activité professionnelle, pénètre dans tous les foyers et est ainsi le plus apte à répandre en tous lieux les notions salutaires de l'hygiène et de la prophylaxie.

Conseiller et ami de son client le médecin de quartier continuant les faits et gestes de nos prédécesseurs est resté fidèle aux traditions, veilleur infatigable sur la santé publique à toute heure du jour et de la nuit, il est prêt à répondre à l'appel du plus humble comme du plus huppé de ses clients.

Privé de l'assurance ou du prestige que peut donner la fréquentation quotidienne des hôpitaux, surchargé de besogne, livré aux seules ressources de son habileté et de ses connaissances médicales, souvent obligé de recourir à des moyens de fortune dans les cas urgents, le médecin praticien est dans la meilleure position pour nous apporter ici sans gêne ni fausse modestie le fruit de son expérience et les conclusions de son observation personnelle.

C'est par l'échange de nos pensées communes sur un même sujet que naîtra d'abord une cordialité désirable dans nos relations professionnelles, et une collaboration plus effective dans notre travail pour le plus grand bénéfice de cette classe si intéressante de clients que sont les petits enfants.

Le programme que le Comité se propose de suivre sera le suivant que nous soumettons à votre approbation.

A chaque réunion mensuelle, un conférencier traitera d'un sujet particulier de médecine ou d'hygiène infantile ou de toute autre question se rattachant à l'enfance; suivra une discussion générale sur un sujet de pratique courante.

Le sujet à discuter sera exposé par un ou deux rapporteurs désignés lors de la séance précédente en même temps que le sujet lui-même sera choisi à la discrétion des membres présents.

Le Comité tient à ce que chaque membre puisse librement et en connaissance de cause prendre part à la discussion, exposer ses vues, et faire bénéficier chacun de l'expérience individuelle.

Nous espérons ainsi réaliser plus de méthode et d'uniformité dans notre travail commun, et créer par là même, entre les différents groupes qui s'occupent des questions infantiles, des rapprochements désirables,

une meilleure appréciation de l'effort individuelle et un rendement supérieur dans l'oeuvre collective.

Nous sommes ici sur un terrain neutre où il ne saurait être question de suprématie, de partis ou de préséance.

Chacun de nous dans sa sphère d'action enseignera et apprendra, tour à tour donneur et receveur, avec la sincérité et la franchise qui doivent guider ceux qui veulent faire le mieux en faisant le bien.

Parmi les questions qui, je crois, devraient arrêter notre attention seraient: l'organisation uniforme des différentes gouttes de lait tant municipales que paroissiales, l'étude et la rédaction des cartes d'enregistrement et d'observation; le mode de contrôle et de recrutement, la révision des statistiques; la création de bourses d'encouragement pour les mères nourrices; la division pour les concours: s'ils doivent être maintenus, entre les enfants élevés au biberon et ceux élevés au sein; le mode de jugement primés; le choix des juges des concours; l'opportunité de créer dans les gouttes de lait des consultations pour les enfants d'âge préscolaire et de consultations prénatales; l'opportunité d'attacher à chaque goutte de lait une garde-malade compétente, la distribution gratuite de lait aux enfants des écoles jugés débiles ou hypoalimentés; l'application des mesures de prophylaxie contre la scarlatine et la diphtérie; les colonies de vacances; la création de consultations pour les débiles ou arriérés mentaux; l'organisation de centres de rééducation physique et de gymnastique orthopédique pour les enfants déficients au points de vue physique, l'école en plein air, et j'en oublie sûrement.

Le programme est vaste et la tâche ardue, mais ne sommes-nous pas toujours en face de problèmes que souvent seuls nous avons à résoudre; je ne sache pas de problèmes insoluble lorsque la coopération effective consent à l'étudier sérieusement.

Messieurs, vous êtes les premiers membres de cette Société, à vous il appartient d'en ériger les statuts et de déterminer les qualifications requises pour pouvoir ou devoir y entrer.

Nous sommes en pays démocratique, une voix en vaut une autre et c'est de la discussion des idées exprimées que naîtront peut-être des solutions désirables aux questions soumises à l'étude.

Avant de laisser la parole à mon collègue, M. le Professeur Baudouin laissez-moi vous annoncer que lors de notre prochaine réunion le conférencier sera M. le Professeur Léo Parizeau, membre de notre société qui nous parlera de la médecine des enfants à travers les âges.

Les sujets soumis à la discussion sont laissés à votre discrétion et vous voudrez bien les choisir avant la fin de la séance et nommer un ou deux rapporteurs selon le cas.

DISCUSSION.—Le professeur J, Edmond Dubé présente au conférencier ses sincères félicitations pour la belle initiative qu'il a prise en fondant la nouvelle Société d'Hygiène Infantile qui est appelée à jouer un rôle important dans la lutte qui est menée contre la mortalité infantile. Il souhaite ardemment que tous les médecins praticiens, pour qui elle est particulièrement fondée, assistent régulièrement aux séances qui

ne pourront pas manquer de leur procurer de grands bénéfices. Personnellement il sera heureux de les suivre et d'y apporter son concours.

Le docteur J. A. Baudouin présente, avec nombreux graphiques à l'appui, une analyse des statistiques publiées par le Service Provincial d'Hygiène au sujet de la mortalité infantile dans la province de Québec. De cette étude il ressort :

1.—La mortalité infantile nous enlève, d'après les rapports officiels, une moyenne de 12,452 vies par année. Elle est de beaucoup la plus importante de nos causes de décès. Elle exerce une influence prépondérante sur le taux de notre mortalité générale.

2.—Si quelques pays sont plus mal partagés que nous, il est aussi démontré que nous sommes en retard sur un trop grand nombre d'autres et sur toutes les autres provinces du Canada.

3.—Notre natalité élevée peut, jusqu'à un certain point, être une excuse pour expliquer notre situation défavorable; elle n'est pas une raison pour nous empêcher de l'améliorer.

4.—La mortalité infantile semble sévir plus fortement chez les Canadiens-français.

5.—La mortalité infantile est généralement plus forte à la ville qu'à la campagne, mais cette règle n'est pas absolue. Les décès de zéro à un an surviennent en plus grand nombre dans les régions de Montréal (Jacques Cartier, Laval, Deux-Montagnes, Hochelaga, Maisonneuve, Montréal, Westmount, Chambly-Verchères) 5,373, de Québec (Montmorency, Québec Comté, Québec ville, Portneuf, Charlevoix, Lévis) 1510, de Trois-Rivières (Champlain, St-Maurice, Trois-Rivières) 665, et de St-Hyacinthe-Rouville 177. Ces comtés donnent un total de 7,725 décès, soit 58 pour cent, de la mortalité infantile dans toute la province.

6.—La mortalité infantile est surtout causée par la gastro-entérite. Cette maladie est beaucoup plus cruelle ici que partout ailleurs. A noter toutefois qu'elle a tendance heureuse à diminuer. Elle est beaucoup plus meurtrière en été qu'en hiver.

7.—La débilité congénitale est la deuxième cause de notre mortalité infantile. Cependant son taux s'est amélioré de sorte que, aujourd'hui, la province de Québec, avec sa natalité qui se maintient si bonne, peut assez favorablement soutenir la comparaison avec les autres provinces.

8.—Les taux de la mortalité par les maladies des voies respiratoires et par les maladies contagieuses chez les enfants de moins d'un an au cours de la décade 1912-1921 ont été respectivement de 14 et de 11. Bien qu'elles ne nous causent pas autant de décès que la gastro-entérite et que la débilité congénitale, ces maladies cependant ne doivent pas être négligées puisqu'une campagne entreprise contre elles peut nous donner une notable épargne de vies.

Ces faits réclament une réaction. Ils sont de plus autant de directives qui doivent nous guider dans la lutte à entreprendre contre ce qu'on est convenu d'appeler le fléau de la mortalité infantile.

Le travail du Dr Baudouin est suivi d'une discussion très alerte à laquelle prennent part plusieurs des membres présents et au cours de laquelle sont soulevées des questions très importantes.

Le docteur S. Boucher ouvre la série des remarques en apportant des précisions sur la situation de la mortalité infantile à Montréal. Les statistiques de Montréal sont lourdement grevées par la mortalité excessive que l'on relève dans les crèches, ainsi qu'il l'a établi dans son dernier rapport annuel de 1924. La mortalité infantile des illégitimes a été en effet de 788; celle de toute la ville, de 146; et celle des légitimes de 111 seulement. La conclusion s'impose ainsi de la nécessité de travailler à diminuer la mortalité infantile dans les crèches.

Un second point est celui de la relation qui existe entre la natalité élevée et une mortalité infantile augmentée. Il a déjà démontré dans un de ses rapports annuels, que nos enfants qui naissent en si grand nombre, sont cependant bien viables.

Le professeur J. Edmond Dubé s'élève contre la dénomination de débilité congénitale qu'il trouve trop générale et susceptible de couvrir plusieurs causes spécifiques différentes qui sont restées inconnues. Cette rubrique n'est pas plus satisfaisante que celle de débilité sénile qui n'est pas acceptée par les compagnies d'assurance-vie.

Le docteur Edmond Dubé a souvent trouvé que des décès classifiés sous la rubrique de débilité congénitale, avaient été causés par des causes bien définies révélées à l'autopsie.

Le docteur Paul Letondal suggère, comme moyens de réduire la mortalité exagérée dans les crèches le boxage des nourrissons et l'augmentation du personnel.

Le docteur Roux demande si les statistiques de Montréal comprennent la classification de la mortalité infantile par nationalité.

Le docteur S. Boucher répond que cette classification est bien difficile attendu que nous n'avons pas de recensement municipal et que l'enregistrement des naissances des nationalités étrangères, notamment chez les Juifs laissent trop à désirer.

Le docteur Paul Letondal demande quelle est l'importance de la syphilis dans la mortalité infantile.

Le docteur J. A. Baudouin constate que l'on ne peut pas tabler sur les rapports officiels pour l'établir.

Le docteur S. Boucher estime qu'on peut l'établir de 1 à 2%.

Le président se déclare enchanté de cette discussion qui démontre bien tout l'intérêt qu'apportent les membres à l'étude des questions soulevées. Il estime à son tour que la mortalité dans les crèches est excessive et inexplicable. Il rappelle la belle étude que le docteur Plante a présentée sur ce sujet à la Canadian Public Health Association en juin dernier.

A l'hôpital Sainte-Justine, où l'on reçoit des enfants malades dont plusieurs sont reçus dans un état désespéré, la mortalité se maintient de 10 à 12%.

La débilité congénitale si souvent indiquée dans les certificats de décès démontre la difficulté dans un très grand nombre de cas de faire un diagnostic précis.

Il constate aussi que cette rubrique aide singulièrement les médecins qui trop souvent signent des certificats de décès pour des enfants qu'ils n'ont pas traités. Voilà une question qu'il faudra bien étudier.

Le docteur R. Masson pose ensuite la question suivante: "Pourquoi la province de Québec n'est-elle pas incluse dans les rapports statistiques publiés par le gouvernement fédéral?"

Le docteur Edmond Dubé se demande comment est organisé le service médical dans les crèches. Il est sous l'impression que le contrôle médical est presque nul et soumet que cette question pourrait être étudiée par la Société.

Le président est très heureux que la question soit soulevée. Son expérience personnelle lui a fait constater des cas vraiment navrants. Il demande aux membres de choisir la question qui sera mise à l'étude à la prochaine assemblée de février et d'en désigner le rapporteur.

Le docteur S. Boucher suggère qu'il soit formé un comité de 2 ou 3 membres chargé de s'enquérir des faits qui concernent les services médicaux dans toutes les institutions où l'on garde des enfants, crèches, jardins de l'enfance, écoles d'industries, écoles de réforme, pensionnats, etc.

La suggestion du Dr S. Boucher est agréée et les docteurs Paul Letondal, Daniel Longpré et J. A. Baudouin sont nommés membres du Comité.

La séance est levée.

Société Médicale de Montréal

Procès-verbal de la neuvième séance de la Société Médicale de Montréal tenue sous la présidence de Monsieur le Professeur Albert LeSage, le mardi 17 novembre 1925.

Présentations de malades et de pièces anatomiques:

Un cas d'acanthosis nigricans.—M. le Prof. Gustave Archambault.

Le professeur Gustave Archambault présente un malade atteint d'une dermatose très rare et très intéressante, très rare parce que la littérature médicale n'en rapporte qu'une centaine de cas à peine, très intéressante parce que cette dermatose est presque toujours la première manifestation clinique d'un cancer de la cavité abdominale, et qu'en plus c'est le premier cas observé au Canada.

Il s'agit d'un M. D..., tailleur, de son métier, âgé d'environ 50 ans, qui présente depuis quelques mois des lésions typiques d'acanthosis nigricans: état rugueux de la peau avec végétations papillomateuses, et pigmentation de certaines régions. La maladie a commencé il y a environ 6 mois par les mains, où le malade constata d'abord de la sécheresse, puis bientôt un état particulier de la peau lui donnant une sensation caractéristique d'une râpe ou d'une lime à la palpation. Cet état rugueux de la peau se complique, quelques semaines après, de pigmentation et de petits papillomes ressemblant à des verrues vulgaires. D'autres

régions furent bientôt prises, la face, la nuque, le dos, le coccyx, les aisselles et les aines, et à tous ces endroits, les mêmes lésions firent leur apparition. De plus, à l'examen clinique on peut constater aujourd'hui plusieurs petits naevi pigmentaires dans le dos, ainsi que des lésions buccales que l'on voit à la voûte palatine et qui sont constituées par un fin semis granuleux, de couleur rose pâle. Le malade se plaint d'un prurit intense qui lui cause de l'insomnie, et son état général est assez satisfaisant, sauf qu'il a maigri de 30 livres depuis un an, et qu'il a passé du sang deux ou trois fois dans ses selles depuis deux ans. La recherche d'un néoplasme abdominal, examen clinique, radioscopique, n'a pu rien révéler, mais la réaction de Botello a été franchement positive. Les autres examens de laboratoire, Wassermann, urines, examen des fèces, étude du chimisme stomacal, ont tous été négatifs.

Le diagnostic d'acanthosis nigricans ne fait cependant aucun doute. Après avoir repassé les différentes dermatoses qui ressemblent à celles-ci, les mélanodermies, la psorospermo folliculaire, le xéroderma pigmentosum, le docteur Archambault ajoute que le rapport du laboratoire de l'hôpital Notre-Dame confirme le diagnostic clinique, et en plus il donne lecture du rapport anatomo-pathologique très détaillé et très complet qui lui a été envoyé par le docteur Albéric Marin, de l'hôpital St-Louis de Paris, auquel il avait expédié quelques pièces biopsiées. Ce rapport confirme lui aussi le diagnostic clinique, et le docteur Archambault profite de l'occasion pour féliciter le docteur Marin du travail sérieux qu'il accomplit actuellement à Paris, et le remercier du magnifique rapport scientifique qu'il a fait au sujet de ce cas.

Quant au traitement, il croit que la meilleure chose à faire à l'heure actuelle est de tenir le malade sous une surveillance continuelle, et d'intervenir au premier signe clinique de cancer abdominal.

En Europe, quelques-uns conseillent, dans les cas de ce genre, de ne pas attendre et de faire plutôt une laparotomie exploratrice qui n'est plus tellement dangereuse et qui pourrait peut-être découvrir un néoplasme à ses débuts, et permettre ainsi une intervention qui sauverait le malade.

Travaux originaux et techniques:

a) **La mesure de la pression artérielle: ses bases physiques et ses techniques** (démonstration spéciale de l'oscillométrie, etc).—Monsieur le docteur Léo Pariseau.

Le docteur Léo Pariseau a parlé des méthodes qui servent à mesurer la pression artérielle, plus particulièrement de l'oscillométrie. Partant d'un schéma de la circulation aux parties purement mécaniques et rigides, par des retouches successives il amena l'auditoire à une conception très nette de la pression artérielle et de ses causes. La masse du sang et sa consistance comptent pour peu. L'émycarde qui fléchit se trahit par une hypotension, mais le coeur en hyperactivité élève rarement la pression. L'état des parois vasculaires, les actions vasomotrices et les obstacles à la circulation sont les véritables modificateurs de la pression. Ces considérations théoriques furent suivies d'un exposé

historique et critique des trois méthodes: palpatoire, auscultatoire et oscillométrique. La dernière a toujours été reconnue la plus exacte et tend à reconquérir une faveur qu'elle avait perdue. La capsule de Pachon est très sensible sous tous les régimes de pression parce que ses parois ne sont jamais tendues. Malheureusement, sa sensibilité même fait qu'elle enregistre la poussée de l'ondée sanguine sur le rebord supérieur du brassard même après collapsus complet de l'artère; il s'ensuit de petites oscillations dites supra-maximales qui masquent l'instant précis de l'arrivée à la pression systolique. Le double brassard de Gallavardin supprime ces oscillations parasites et le seul reproche qu'on puisse faire aujourd'hui au Pachon, c'est d'être peu transportable. Il reste, dit Martinet, le meilleur de tous pour le cabinet de consultation. Le docteur Pariseau avait improvisé pour sa causerie un oscillomètre dont les deux échelles furent projetées sur l'écran lumineux. Il fit aussi la démonstration de divers manomètres. Le manomètre à mercure est indé réglable mais encombrant; les petits appareils, genre Tycos, sont commodes mais infidèles. Il faut, de temps à autre, contrôler ceux-ci avec celui-là.

DISCUSSION.—M. Léger emploie, depuis quelque temps, la méthode palpatoire et auscultatoire pour la recherche de la pression artérielle chez ses malades. On peut entendre des bruits lorsqu'on monte l'aiguille à des pressions très élevées, et demande ce qu'on entend par le trou auscultatoire.

M. Larocque: L'étude de la pression artérielle intéresse particulièrement M. Larocque, surtout au point de vue de l'effet de l'anesthésie sur la tension. Les Américains font grand état de celle-ci durant l'anesthésie.

M. Pariseau ne peut expliquer la raison du trou auscultatoire.

b) M. le professeur Saint-Jacques étant malade, monsieur le docteur LeSage présente ses excuses et formule des voeux pour son prompt rétablissement.

Affaires routine: Avis de motions: nil.

La séance est levée à 11 heures 10.

Le Secrétaire:

LEON GERIN-LAJOIE, M.D.

Rapport annuel du Secrétaire pour la session 1925

Si l'on ne jugeait de l'activité d'une Société que par le nombre de ses séances, l'on serait porté à croire que la Société Médicale se serait laissé aller quelque peu cette année. En effet, nous n'avons eu que onze séances régulières et deux extraordinaires; toutefois, si ce nombre peut paraître restreint, la Société a, par ailleurs, étudié plusieurs questions et disposé de plusieurs résolutions. Je dois prendre une certaine part de responsabilité pour le nombre limitée de séances, car la reprise de celles-ci est survenue à un moment où je n'ai pu porter toute l'attention que je voulais à l'agencement des programmes. A la suite d'un malentendu,

celui qui devait me remplacer durant mon absence n'a pu lui-même s'occuper de l'organisation des assemblées et de la réfection de l'ordre du jour. Il n'en reste pas moins que les diverses séances furent toutes extrêmement intéressantes et les travaux des plus variés.

L'assistance moyenne fut de 61.

Trois nouveaux membres sont venus s'ajouter à notre liste: ce sont MM. Réginald Blouin, Roméo Turgeon, et Rosario Fontaine.

C'est surtout dans l'étude des diverses questions d'ordre social que le secrétariat a fait un travail considérable.

Par l'approbation de la loi concernant la réglementation du lait telle que préparée par le Bureau de Santé de la Ville, la Société n'a fait qu'adopter une mesure à laquelle elle avait déjà donné son appui, mais sans résultat. Cette fois-ci, les démarches du Bureau de Santé auprès du Conseil de Ville furent plus fructueuses, en ce sens que les règlements concernant le lait furent discutés et approuvés. La loi doit être mise en force au printemps.

La médecine préventive a pris un essor considérable. De partout, ce sont organisations de bienfaisance, sociétés mutuelles, service social des hôpitaux, qui cherchent à faire l'éducation du peuple sur la façon d'enrayer les épidémies ou de prévenir les maladies. La Société Médicale ne pouvait prêter la sourde oreille et rester inactive. Sur proposition de l'un de ses membres, elle a fait parvenir à toutes les institutions laïques et religieuses chargées de l'éducation ou de la garde d'un groupe important de personnes, une circulaire suggérant qu'à quiconque souffre d'une crise abdominale douloureuse, on interdise l'administration d'un purgatif et qu'on insiste sur l'appel urgent d'un médecin, cette crise pouvant être une crise d'appendicite.

Au Premier Ministre de la Province de Québec, une résolution fut envoyée à l'effet que le Gouvernement fasse chez les cultivateurs une campagne plus intense pour enrayer la tuberculose bovine, une des grandes sources de contagion du terrible fléau qui cause tant de ravages chez nous.

A la séance extraordinaire de la Metropolitan Life Insurance Company donnée sous les auspices conjointes de la Société Médicale de Montréal et de la Montreal Medico-Chirurgical Society, à laquelle le docteur Park de New-York est venu nous causer des méthodes d'épreuve de Schick et des frères Dick, il a été résolu de former un Comité afin d'étudier le problème d'approvisionnement de Toxine et de Toxine Antitoxine pour distribution gratuite aux médecins. Ce Comité a rapporté progrès et suggestions soumises au Conseil de Ville.

Plus avant dans l'année, dans une des dernières séances, le mouvement entrepris par la Montreal Anti-Tuberculosis and General Health League, de créer des centres d'immunisation contre la diphtérie, a été fortement appuyée par la Société Médicale qui doit coopérer dans le mouvement, en enseignant aux médecins praticiens ce qu'est cette méthode de prévention de la diphtérie par l'anatoxine de Ramon, reconnue aujourd'hui la plus efficace.

A la Ligue de la Sécurité de la Province de Québec, la Société a fourni de ses deniers au nom des membres, pour tâcher d'enrayer le nombre des accidents qui surviennent toujours trop fréquemment.

Enfin, comme activité extérieure, MM. les professeurs Albert LeSage, Damien Masson et J. Edmond Dubé nous ont représenté au Congrès des médecins de Langue Française à Nancy, en juillet dernier. Nous connaissons suffisamment leur valeur pour être convaincus que la Société fut dignement représentée.

Du Bureau International du Travail, de la Société des Nations, à Genève, sont venues des demandes de renseignement sur notre Société pour publication dans l'Annuaire International du Travail. Une copie des règlements et des détails sur l'activité de la Société furent envoyés.

En terminant ce compte-rendu annuel, je tiens à remercier Messieurs les Président et Vice-président pour les conseils qu'ils m'ont donnés et Monsieur le Trésorier pour l'appui toujours efficace dont il sait nous soutenir.

Suit la liste des travaux présentés.

LEON GERIN-LAJOIE,

Secrétaire de la Société Médicale de Montréal.

Ce 15 décembre 1925.

Liste des travaux présentés à la Société Médicale de Montréal
durant sa session de l'année 1925.

1^{ère} séance, 20 janvier 1925:

Discours du Président, M. le Prof. Wilfrid Derome.

Certains aspects cliniques des splénomégalies (avec projections).—M. le Prof. Eugène Saint-Jacques.

2^{ème} séance, 3 février 1925:

Ascite chyleuse: étude clinique.—M. le Prof. Eugène Saint-Jacques et Louis-Paul Sénécal;

Forme, diagnostic et traitement des troubles du système organo-végétatif.—M. Roméo Boucher.

3^{ème} séance, 18 février 1925:

Un cas de rhinoplastie.—M. J. N. Roy.

De l'action du somnifère sur la crise éclamptique.—M. Donatien Marion.

Hygiène du cœur.—M. Hector Palardy.

4^{ème} séance, 3 mars 1925:

Un cas de tératome de l'ovaire; grossesse concomitante.—M. le Prof. L. de L. Harwood et M. Gérin-Lajoie.

L'abcès de fixation en pratique psychiatrique.—M. G. Lef. DeBellefeuille.

Trois cas d'appendicites atypiques.—M. François de Martigny.

Séance spéciale, 11 mars 1925:

La Prévention de la Diphtérie et de la fièvre scarlatine au moyen de l'inoculation préventive.—M. William H. Park (New-York).

5ème séance, 17 mars 1925:

Un cas d'aphasie sensorielle de Wernicke.—M. P.-E. Bousquet.

Pneumocèle cérébrale et aphasie sensorielle secondaires à une fracture du frontal.—M. P.-E. Bousquet.

Comment meurent les hypertendus.—M. le Prof. J. E. Dubé.

6ème séance, 7 avril 1925:

La photographie médico-légale (avec projections).—M. Rosario Fontaine.

Wassermann et clinique: un cas d'arséno-résistance.—M. le Prof. Gustave Archambault.

7ème séance, 21 avril 1925:

Sur quelques cas traités par le sérum antiscarlatineux.—M. Daniel Longpré.

Deux cas d'obésité monstrueuse.—M. Roméo Boucher.

Séance spéciale, 15 mai 1925:

L'oeuvre de Calmette.—M. W. B. Soper (Saranac).

8ème séance, 3 novembre 1925:

Accident primaire du pouce.

Chancelle phagédénique.—M. le Prof. Gustave Archambault.

Quelques mots sur les vomissements infantiles.—M. Daniel Longpré.

Du rôles des épines viscérales dans l'asthme.—M. le Prof. Albert LeSage.

9ème séance, 17 novembre 1925:

Un cas d'acanthosis nigricans.—M. le Prof. Gustave Archambault.

La mesure de la pression artérielle: ses bases physiques et ses techniques (démonstration spéciale de l'oscillométrie, etc.).—M. Léo Pariseau.

10ème séance, 1er décembre 1925:

Un cas de cholécystectomie et de gastro-entérostomie.—M. le Prof. T. Parizeau.

Un procédé de séro-diagnostic du cancer: méthode de Botehlo.—M. Louis Paré;

Une mise au point au sujet de la diphtérie.—M. J. A. Baudouin.

11ème séance, 15 décembre 1925:

Foie, rate et pancréas.—MM. Geo.-E. Mignault et A. Jutras.

Un cas de vomissements infantiles par hypoalimentation.—M. Daniel Longpré.

Rapport du Secrétaire, M. Léon-Gérin-Lajoie.

Rapport du Trésorier, M. Louis Paré.

Discours du Président sortant de charge, M. Wilfrid Derome.

LEON GERIN-LAJOIE,

Secrétaire de la Société Médicale de Montréal.

Résumé du rapport des délégués au Congrès de Nancy

Nous avons reçu ces jours derniers le rapport de nos délégués au Congrès des médecins de Langue Française tenu à Nancy, les 16, 17, 18 et 19 juillet 1925. Ce rapport préparé par Monsieur le professeur Albert LeSage fut en tous points approuvé par ses collègues Messieurs les professeurs Damien Masson et J. Edmond Dubé.

Il forme un superbe travail de 30 pages dont la lecture est excessivement intéressante. Nous ne saurions dans une soirée régulière lire en entier ce compte rendu détaillé. Je le tiens à la disposition des membres qui désireraient le parcourir.

Permettez que je le résume afin de vous en donner la substance pour que vous vous rendiez compte de ce qui s'est fait à Nancy durant le Congrès.

Monsieur LeSage débute ainsi:

"Le XVIIIème Congrès français de Médecine s'est ouvert à Nancy le 16 juillet 1925, à 9 heures du matin sous la présidence d'honneur de MM. Mangin, maire de Nancy, Ch. Adam, de l'Institut, recteur de l'Université; L. Spillman, doyen de la Faculté de Médecine de Nancy; Krug, président de la Commission administrative des hospices; Veber, président de la Société des Sciences médicales du Grand Duché de Luxembourg.

"Le Président, le professeur Simon, annonce que plus de 500 membres avaient répondu à l'invitation de l'Association des médecins de Langue Française, et que seize nations différentes étaient représentées "par les personnalités médicales les plus autorisées". Il souhaite la bienvenue à tous, en particulier aux délégués étrangers dont il donne la liste."

Monsieur le recteur Adam et le doyen Spillman souhaitent également la bienvenue aux délégués qui sont tour à tour appelés à exprimer les sentiments de leurs pays respectifs en cette occasion.

"Nous vous apportons, dit monsieur LeSage, mes collègues, les professeurs Dubé, Masson et moi-même, l'hommage du Canada tout entier, mais surtout du Canada français.

"Notre ministre de l'Hygiène, à Ottawa, siège du gouvernement canadien, l'honorable docteur H. Bélard, un français de coeur et d'esprit, nous a délégués afin de vous transmettre l'expression très sympathique de son gouvernement. Il vous adresse un message de fidélité à la France intégrale, dont il célébrait les vertus séculaires dans une démonstration internationale retentissante qui eut lieu à Versailles, l'année dernière."

Puis c'est au nom de la province de Québec, délégués de l'honorable Athanase David, ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, au

nom de l'Université de Montréal, dont il donne quelques aperçus, principalement au sujet de la Faculté de Médecine, au nom de la Société Médicale de Montréal, de la Société pour l'Avancement des Sciences, de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, sur laquelle l'auteur s'étend un peu, que monsieur LeSage adresse la parole, en traçant "en un tableau synthétique ces communautés d'origine, de culture, de méthode et de sentiments qui unissent nos deux pays, en recherchant la trace dans la littérature, les types psychologiques et les habitudes sociales." Il a conclu en affirmant que "si la France savait tenir, le Canada sait durer."

M. LeSage passe ensuite au compte-rendu des travaux scientifiques. Dans un travail d'une belle facture il résume ce qui a été dit sur l'angine de poitrine, dont les rapporteurs furent messieurs les professeurs Gallavardin, de Lyon, et Richou, de Nancy;

b) sur l'acidose, rapporté par monsieur Labbé, qui a parlé de l'acidose diabétique, non diabétique, de jeûne, et comme corollaire, une communication de monsieur Dautrevande, de Bruxelles, sur le PH et la réserve alcaline; et enfin,

c) sur les formes cliniques et traitement des gangrènes pulmonaires, séance qui fut présidée par l'auteur lui-même. Les rapporteurs furent messieurs Bezançon et Caussade, de Nancy.

M. LeSage termine ainsi la partie scientifique de son travail: "D'autres communications nombreuses et importantes s'ajoutent à la liste de ces rapports. Elles paraissent au programme officiel.

"Dans les intervalles des séances, nous avons pu visiter l'Université de Nancy et son organisation dans la lutte contre les maladies sociales: la tuberculose, la syphilis, la mortalité infantile, et le cancer."

C'est alors que dans une troisième partie de son travail, l'auteur nous met sous les yeux l'histoire et l'état actuel de ce qu'est l'Université de Nancy. Elle se compose de trois groupes distincts: la Faculté de Médecine, la Faculté des Sciences et un groupe disparate: le Droit, les Lettres et la Pharmacie.

Naturellement, c'est la Faculté de Médecine qui intéresse particulièrement le rapporteur et qui mérite notre attention. L'auteur sait nous transporter d'une clinique à l'autre sans effort et l'agrément de réflexion personnelles; il compare ce qui se fait là-bas dans le sens de l'hospitalisation des malades avec ce qui se pratique ici depuis très longtemps.

Dans un autre chapitre, le docteur LeSage aborde la question de la "Lutte contre les maladies sociales", lutte dirigée par un Conseil d'Administration central composé de médecins, d'industriels et de dames patronesses. L'auteur détaille ce qui se fait contre la tuberculose: il étudie le fonctionnement: a) du dispensaire; b) de l'hôpital pour tuberculeux; c) du sanatorium; d) du préventorium. La syphilis, la protection de l'enfance, le cancer, sont d'autres questions qui occupent tous les instants de l'Office d'Hygiène Sociale, dont "la lutte contre ces maladies fait

honneur à la Faculté de Médecine et à toutes les autorités compétentes qui se sont groupées autour d'elle."

La Faculté des Sciences fait l'objet d'une étude détaillée de la part de l'auteur. Elle fut créée surtout pour soutenir le choc des industries chimiques envahissantes de l'Allemagne et c'est après 1870 qu'elle se développe surtout. L'Ecole de Brasserie, le Laboratoire d'Electrotechnie, puis plus tard l'Institut Electrotechnique furent créés. Depuis la guerre, une école supérieure de Métallurgie et des Industries Minières prit naissance. Enfin, un Institut de Géologie y est attaché.

La Pharmacie, les Lettres et le Droit sont l'objet de commentaires élogieux de la part du rapporteur qui nous en fait également l'historique.

L'auteur souligne l'existence d'une Association Générale des Etudiants avec salles de récréations, des fêtes, de travail, de lecture, d'escrime, de laboratoire, de photographie. D'un terrain de jeux pour les sports, d'un restaurant universitaire, d'un office de renseignement.

"Fière de ses origines, écrit le docteur LeSage, consciente de sa force, et convaincue de la grandeur de sa mission, l'Université de Nancy poursuit son oeuvre de haut enseignement et de forte éducation morale. Elle contribue ainsi à forger la conscience nationale, dont elle formait hier l'avant-garde, des hommes de demain qui mériteront d'être inscrits dans son livre d'or, tels: Foch, Lyautey, Barrès et Poincaré.

"Telle est l'organisation splendide de l'Université de Nancy, que nous avons pu étudier sur place et admirer. Elle peut servir de modèle à l'Université de Montréal."

En dernière analyse, l'auteur raconte les parties de théâtre, les banquets, les excursions, dont deux aux stations thermales Contrexeville et Vittell, auxquels les congressistes prirent part.

"Enfin, pour conclure, c'est le docteur LeSage qui parle, le Conseil de l'Association des Médecins de Langue Française de France a passé la résolution suivante:

— Qu'une proposition soit faite au Président des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord à l'effet d'accepter, à titre de membre adhérent à l'Association des Médecins de Langue Française de France, moyennant 20 francs tous les deux ans, les médecins canadiens qui souscriront comme membres des Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord.

"Le Secrétaire général de l'association française, le professeur Arloing, de Lyon, nous a communiqué la copie de cette résolution.

"Le Comité Exécutif de l'Association canadienne en a accepté le principe. Dernièrement, dans une réunion plénière, à Montréal, les membres actifs de notre Association ont voté l'inscription dans l'Association française dans les termes et aux conditions proposées par le secrétaire général de l'Association de France."

"Je rappellerai à mes confrères canadiens, continue le docteur LeSage, que ces messieurs, qui forment partie du personnel de l'enseignement de Nancy, ont été l'objet d'une citation que je transcris textuellement:

(Citation de la Faculté de Médecine de Nancy à l'ordre du Pays):
"Le Gouvernement porté à la connaissance du Pays la belle conduite du personnel enseignant de la Faculté de Médecine de Nancy. Il a, avec le personnel auxiliaire et le personnel de service, pendant toute la durée des hostilités, à courte distance du front, assuré sa mission avec les éléments laissés par la mobilisation, unis dans un complet esprit de solidarité pour l'enseignement aussi bien qu'en faveur des victimes militaires ou civiles dans les hôpitaux dont elle avait la charge. Malgré les dangers fréquents auxquels Nancy fut exposée, notamment en 1918, alors que par ordre du gouvernement tous les établissements universitaires avaient dû être fermés, la Faculté de Médecine, restée ouverte en raison de ses obligations hospitalières, a donné l'exemple de l'énergie constante, du courage tranquille, du devoir quotidien modestement accompli." (Journal officiel du 16 avril 1920.)

"Notre mission qui représentait le Canada, la province de Québec, l'Université de Montréal, la Faculté de Médecine, la Société Médicale de Montréal, l'Association pour l'Avancement des Sciences, et l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, a donc créé des liens nouveaux entre nos deux associations médicales en permettant à leurs membres respectifs de participer activement à l'avenir aux travaux des Congrès qui auront lieu à intervalles réguliers en France et dans la Province de Québec.

"Les médecins canadiens-français iront plus fréquemment en France, puiser à la source; les médecins français viendront dans la province de Québec, plus nombreux et plus souvent, régénérer nos théories et notre enseignement. C'est ainsi que nous atteindrons notre idéal."

LEON GERIN-LAJOIE,

Secrétaire de la Société Médicale de Montréal.

BIBLIOGRAPHIE

LE MEGACOLON CHEZ L'ENFANT

Thèse de Paris, 1925.

J'ai lu avec grand intérêt la thèse que M. le Dr Paul Letondal a présentée en juin dernier à la Faculté de Médecine de Paris, et dont il a eu l'amabilité de nous adresser un exemplaire.

Inspirée par le Prof. Marfan, cette monographie de la maladie de Hirschsprung offre des particularités instructives pour tous les médecins ayant à traiter des enfants. L'importance de cette affection de l'enfance, qui souvent doit passer inaperçue en certains milieux, nous est démontrée par le grand nombre d'auteurs qui s'en sont préoccupés.

M. Letondal, avec méthode, nous relate l'évolution de 63 observations de megacôlon chez l'enfant, et l'étendue de la bibliographie utilisée pour les fins de cette thèse nous prouve le soin que l'auteur y a apporté.

L'étiologie, congénitale ou mécanique, de cette affection curieuse, y est exposée et analysée systématiquement.

La fréquence du megacôlon chez l'enfant est assez remarquable pour que le médecin praticien soit averti et son esprit tenu en éveil.

En présence de ces cas de constipation opiniâtre, avec ballonnement, météorisme, surtout si au palper on perçoit une masse dans l'abdomen de l'enfant, il faut songer à la maladie de Hirschsprung et aviser au moyen de confirmer le diagnostic de l'affection soupçonnée.

Le traitement est discuté et expliqué avec ses indications; tantôt il sera médicale par le régime et l'entérocluse pour combattre la constipation habituelle et souvent opiniâtre, chirurgical ensuite si le premier échoue.

Au point de vue pratique, nous devons retenir que le diagnostic peut se faire assez tôt avec le contrôle de la radiographie, et qu'il faut y avoir recours dès que l'on constate les symptômes classiques de cette affection curieuse dont l'étiologie est encore assez vaguement connue lorsque la cause ne réside pas dans un obstacle mécanique au cours normal des résidus intestinaux.

Une réflexion s'impose à notre esprit à la suite de la lecture de chacune de ces thèses que nos jeunes collègues sont tenus de préparer

comme couronnement de leurs études médicales dans les Universités françaises, et nous espérons toujours voir cette coutume se généraliser chez-nous, au moins pour les concours d'internat ou d'agrégation.

M. Letondal nous donne l'exemple de ce que peut produire l'application, l'esprit de recherche, la méthode dans la présentation des travaux scientifiques.

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris, M. Letondal s'est spécialisé en médecine infantile.

Nous avons cru bien faire en nous assurant sa collaboration pour notre hôpital d'enfants. Et les petits malades de Sainte-Justine profiteront d'une expérience acquise au contact des maîtres de la pédiatrie française.

Raoul MASSON.

CHIMIE BIOLOGIQUE MEDICALE, Guide pour les manipulations de chimie physiologique et de chimie clinique, par E. Derrien et G. Fontès, professeurs aux Facultés de Montpellier et Strasbourg, 1926. 1 vol. in-16 de 436 pages avec figures: 20 fr. (Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.)

Ce livre a été conçu avec l'intention de coordonner, en vue des applications pratiques, les formes diverses qu'affecte, dans les Facultés de Médecine, l'enseignement de deux des aspects de la chimie biologique: la **chimie physiologique** et la **chimie clinique**.

Ce sont ces deux aspects que le nouveau régime des études médicales range dans le groupe des enseignements sanctionnés et par un examen théorique et par un examen pratique.

En se bornant aux données essentielles de la **chimie de l'homme sain et de l'homme malade**, ce que MM. Derrien et Fontès sont parvenus à réaliser, c'est moins l'association d'un **recueil de manipulations de chimie physiologique déduites de notions théoriques résumées** et d'un **précis de technique courante de diagnostic chimique**, qu'un guide s'efforçant d'enchaîner ces formes d'enseignement, afin de permettre au débutant d'aborder les travaux pratiques de chimie pour passer, de là, aux laboratoires de diagnostic chimique annexés aux cliniques.

Enfin si, à la suite des exercices et des techniques simples, les auteurs n'ont pas craint d'accorder, dans certains cas, une place, soit à des méthodes qui exigent plus de temps, d'attention et de pratique du laboratoire, soit à des indications d'où puisse se dégager l'impression que certaines difficultés ne peuvent être résolues simplement, c'est à dessein, dans l'espoir d'encourager le goût des approximations meilleures chez ceux qui voudront aller plus loin et passer des laboratoires de diagnostic aux laboratoires de recherches.

Grâce à ce livre l'étudiant arrivera à rattacher les exercices pratiques à l'enseignement théorique dont les auteurs résument les grandes lignes et le **praticien** (médecin ou chimiste) pourra reconnaître que les applications au diagnostic ne sont que le prolongement des exercices pratiques; — enfin le **chercheur** pourra, grâce à ce livre, exécuter ses premiers travaux scientifiques.

La première partie du volume est consacrée aux constituants chimiques de l'organisme et des aliments; la 2e partie à la digestion et aux sucs digestifs; la 3e partie au sang, aux humeurs dérivées du plasma et aux produits de sécrétions internes; la 4e partie à l'urine et à ses constituants constants; la 5e aux constituants inconstants, normaux, anormaux et pathologiques, aux sédiments et calculs urinaires.

— 0 —

L'appétit de l'enfant

Tous les médecins qui soignent des enfants, dont l'âge varie de deux à douze ans, connaissent la différence de leur appétit. Quelques-uns, en minorité, sont voraces et toujours affamés. Ce sont des phlegmatiques. D'autres, un système nerveux plus délicat, ne se préoccupent pas de leurs repas et doivent être grondés ou cajolés pour manger un peu plus. Ces enfants ne doivent pas être forcés à manger ce dont ils ne veulent pas, ce qui pourrait accentuer une tendance névropathique ou entraîner des troubles digestifs. Dans ces cas, il est indiqué de donner un apéritif, pourvu qu'il soit agréable au goût et non irritant. Le Pepto-Mangan de Gude remplit ces conditions. Non seulement il stimule l'appétit, mais il fournit du fer et du manganèse qui activent la formation des globules rouges et de l'hémoglobine à tel point que l'enfant en vient bientôt à désirer l'heure des repas. A remarquer aussi que le fer et le manganèse du Pepto-Mangan de Gude contribuent à l'oxygénisation du sang en fournissant des éléments oxydants qui manquent la plupart du temps dans la nourriture déminéralisée que mangent aujourd'hui non seulement les enfants, mais aussi les adultes. Ce qui rend le Pepto-Mangan de Gude un excellent tonique et apéritif pour les uns et pour les autres.

Echantillons, littérature, etc., sur requête à M. J. Breitenbach Co., New-York, N.-Y.

Section des Voyages de "Bruxelles-Médical", rue Froissart, 62, Bruxelles

Croisière Médicale Internationale en Orient

17 MARS — 13 AVRIL 1926

La Croisière en Méditerranée.—Après de longs pourparlers entièrement dominés par l'épineuse question du change et le désir de maintenir l'importante réduction médicale consentie, la "Section des Voyages Médicaux" est arrivée aux prix définitifs suivants, dont la modicité dépasse toutes les prévisions:

1re classe: 4,000 francs belges.

2e classe: 2,625 francs belges.

3e classe: 1,600 francs belges.

Les 3mes classes — étudiants en médecine — sont des cabines de 4 à 6 couchettes. Nous prenons des mesures pour que les voyageurs médicaux de seconde et de troisième classe puissent participer à la vie de bord des voyageurs de première, hormis le restaurant.

D'autre part, à titre d'essai des appartements de grand luxe, de luxe et de demi luxe sont disponibles à prix spéciaux. Ils pourraient être éventuellement occupés par des clients — convalescents d'affections non contagieuses — que des confrères voudraient emmener. Des places de 1re pourraient aussi leur être réservées, avec une légère majoration.

Toutes les inscriptions seront clôturées le 15 janvier.

Le "Lotus" quittera Marseille le 17 mars pour y rentrer le mardi 13 avril. Il est spécialement affrété pour "Bruxelles-Médical".

Itinéraire: Marseille, Naples, Malte, Le Pirée, Constantinople, Smyrne, Rhodes, Chypres, Beyrouth, Jaffa, Alexandrie, Marseille.

Le bateau sert d'hôtel-restaurant aux escales; les prix médicaux ne comprennent pas les visites des villes: celles-ci, de même que l'excursion à Athènes, au Bosphore, à Damas, aux Cèdres du Liban, à Tripoli, à Baalbeck, à Jérusalem, au Caire, sont relativement peu coûteuses à organiser.

Une brochure-guide illustrée spécialement éditée pour nos croisières et contenant tous les renseignements utiles, sera envoyée sous peu aux confrères qui en feront la demande au docteur R. Bernard, 62, rue Froissart, Bruxelles; adresse télégr.: Belgfranav, Bruxelles.

Association des Dermatologistes et Syphiligraphes de Langue Française**IIIème Congrès des Dermatologistes & Syphiligraphes
de Langue Française****BRUXELLES — 25-28 JUILLET 1926**

Secrétaire Général: Dr L. DEKEYSER, 9 Rue des Sablons, Bruxelles

Monsieur et cher Confrère,

Nous avons l'honneur de vous informer que le IIIe Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de langue française se réunira à Bruxelles les 25, 26, 27 et 28 juillet 1926.

Les détails du programme général vous seront communiqués ultérieurement, mais nous tenons à vous signaler dès maintenant les questions mises à l'ordre du jour et les noms des rapporteurs qui furent désignés par le Conseil d'administration de l'Association.

I. Tuberculides: nature et traitement.

Rapporteurs: Prof. Pautrier (Strasbourg);
Dr Schumann (Stockholm).

II. Herpès et zona: étiologie.

Rapporteurs: Dr Levaditi (Paris).
Dr Flandrin (Paris).

III. Purpuras: pathogénie.

Rapporteurs: Dr Lespinne et Ferond (Bruxelles);
Dr P. G. Weill (Paris);
Dr Roskam (Liège).

IV. Réinfection syphilitique, pseudoréinfection, superinfection.

Rapporteurs: Dr Marcel Pinard (Paris);
Dr Carle (Lyon);
Dr Bernard (Bruxelles).

V. Les troubles endocriniens d'origine hérédosyphilitique.

Rapporteurs: Drs André Leri et Barthélémy (Paris);
Prof. Nicolas et Dr Carré (Lyon).

VI. L'état actuel des traitements des lupus et des tuberculoses cutanées.

Rapporteurs: Drs François (Anvers);
Prof. Halkin (Liège);
Dr L. Dekeyser (Bruxelles).

Nous vous saurions gré, si vous ne l'avez fait déjà, de nous envoyer votre adhésion sans retard en remplissant et en nous faisant parvenir la

carte jointe à la circulaire. Ceci afin d'être fixé le plus tôt possible sur le nombre des adhérents, de façon à pouvoir faire les démarches nécessaires en vue de l'obtention de réductions sur les moyens de transport.

Si vous comptez faire une communication, nous vous prions de bien vouloir nous en envoyer le titre rapidement.

Vous trouverez ci-dessous un extrait des statuts.

Veillez agréer, Monsieur et cher Collègue, l'expression de nos sentiments les plus distingués.

Pour le comité d'organisation:

Le Secrétaire général:

Dr L. DEKEYSER,

(9, rue des Sablons, Bruxelles).

EXTRAIT DES STATUTS

Règlement des Congrès

Art. 3.—Sont membres des Congrès:

1° Titulaires: les membres de l'Association;

2° Adhérents: les dermato-syphiligraphes non membres de l'Association, mais agréés par le bureau du congrès auquel ils auront adressé leur demande; ils n'ont ni droit d'accession à l'assemblée générale, ni droit de vote.

3° Invités: les personnalités que le bureau du congrès croirait utile de prier de prendre part à ses séances.

Les membres titulaires et les membres adhérents doivent verser une cotisation dont le taux sera fixé par l'assemblée générale en même temps que la date et le siège du congrès.

Art. 8.—Les rapports doivent être remis au bureau en temps utile pour être imprimés et distribués à l'avance.

Art. 11.—La lecture ou l'exposé des communications ne devra pas dépasser dix minutes; chaque argumentateur aura droit à cinq minutes.

Produits biologiques

On entend communément par ces mots tout sérum ou tout vaccin. Il y a d'autres produits biologiques, mais ces deux-là les prédominent. Les fabricants de vaccins et de sérums n'obtiennent une licence du gouvernement qu'après inspection du matériel et du personnel afin d'assurer à la qualité du produit un minimum "standard".

Mais comme il y a de la concurrence entre les fabricants, ceux-ci ne vendent leurs produits qu'en autant qu'ils dépassent le minimum requis par la loi et qu'ils mettent en pratique les plus récentes découvertes de la bactériologie. Un matériel capable de dépasser ainsi ce minimum est un grand avantage, surtout lorsqu'il se double d'une longue expérience. Pour donner à son malade les meilleurs soins possibles, le médecin, s'il croit aux différences entre les produits, doit spécifier quelle est sa préférence quand il en prescrit.

Nos lecteurs ne manqueront pas de lire l'article intitulé "Différences entre les produits biologiques" qui paraît dans ce numéro.

— o —

HOTEL DE VILLE, SERVICE DE SANTE

Montréal, le 14 décembre 1925

L'Union Médicale du Canada,
46 Square St-Louis,
Ville.

Monsieur,

Le tableau XII de la page 22, dans le Rapport Annuel du Service de Santé de la Cité de Montréal a été inséré par erreur.

Veillez trouver ci-inclus le tableau XII corrigé, que je vous serais obligé de bien vouloir placer dans le rapport annuel qui vous a été adressé en octobre dernier.

TABLEAU XII (Corrigé)
Enfants illégitimes, décès et taux par 1000 décès à différentes périodes d'âges.

VILLES		Total des décès	Décès 0 à 1 mois	% par 1000	Décès de 1 à 6 mois	% par 1000	Décès de 6 à 12 mois	% par 1000
Montréal	1923	819	219	268.0	501	611.7	99	120.8
	1924	878	242	276.0	542	617.0	94	107.0
Bruxelles		85	26	305.8	35	411.7	24	282.3
Anvers		87	24	275.8	40	459.7	23	264.3
Paris		1253	391	312.0	625	498.8	237	189.1
Aberdeen		66	22	333.3	32	484.8	12	181.8
Baltimore	1915	281	102	362.6	120	427.0	59	209.9
	1921	104	38	365.3	32	307.6	34	326.9

S. BOUCHER
Directeur du Service de Santé.