

## BULLETIN

LE PROGRAMME DE L'UNION MÉDICALE  
DU CANADA

1872-1932

N'attendez pas que je vous dise tout ce que mon esprit évoque en ce moment à l'occasion du soixantenaire de la fondation de L'UNION MÉDICALE DU CANADA et de son programme depuis 1872.

En de telles circonstances les mots n'ont guère de signification à moins que les faits ne s'enchaînent les uns les autres à la suite des idées qui ont inspiré notre Revue, des points de vue SOCIAL, PROFESSIONNEL, SCIENTIFIQUE ET TRADITIONNEL.

J'hésite, en face des pensées qui m'assiègent, à prononcer les paroles qui conviennent, car je sens bien que je resterai en deçà de la tâche que vous m'avez assignée. Ceci me rappelle un fait personnel: un jour, visitant un musée où l'on exposait les œuvres d'un artiste justement célèbre, je m'arrêtai devant un moulage dont l'expression saisissante m'impressionna. C'était la tête d'une jeune femme en proie à un tourment mystérieux: un songe énigmatique sans doute. Ses lèvres et ses paupières sont closes, mais l'angoisse de ses traits révèle la dramatique contention de son esprit. Elle émerge d'un bloc abrupt de marbre et elle n'a ni bras, ni jambes.

Comme j'en exprimais ma surprise au guide qui m'accompagnait, celui-ci me donna l'explication suivante: "Le sujet que vous avez devant vous, dit-il, représente LA MÉDITATION. Voilà pourquoi elle n'a ni bras pour agir, ni jambes pour marcher. L'artiste a voulu démontrer que la réflexion, quand elle est poussée très loin, suggère des arguments si plausibles pour les déterminations les plus opposées qu'elle conseille l'inertie."

Je compris que cette femme représentait "le symbole de l'intelligence humaine éprise d'un idéal qu'elle ne peut réaliser en présence des problèmes qu'elle ne peut résoudre". Je ressentis, par l'expres-

---

(1) Allocution prononcée au nom de l'Union Médicale du Canada en l'honneur du sixantième anniversaire de sa fondation, le 7 mars 1932, au Cercle Universitaire de Montréal.

sion de sa figure, "la torture de sa pensée à creuser des questions auxquelles elle était incapable de répondre". Les véritables artistes ont toujours eu des ambitions philosophiques qu'ils ont essayé d'exprimer dans leurs œuvres.

Ce soir, ce souvenir m'envahit et m'étreint. Je sens que ce buste, que je dois à la munificence de mes amis et au talent d'un artiste canadien, m'impose une grande discrétion à cause de l'étendue du sujet, qui concerne plusieurs générations. Mais nos jeunes amis du bureau de rédaction, tous anciens élèves, ont placé près de lui cette jeune femme au profil délicat dans l'espoir de provoquer de simples aveux qu'ils surprendront peut-être si "*je me souviens*" du passé.

Quelle délicieuse et intelligente conspiration! Je pardonne.

L'un de nos meilleurs collaborateurs, dont la plume alerte sait faire revivre les anciens, grâce à une documentation sûre qu'il consulte en historien impartial, le Docteur Gauvreau, l'érudit et distingué registraire du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, a écrit, dans le numéro jubilaire de notre Revue, la phrase suivante: "Cette Revue est avant tout une revue scientifique et une revue d'idées. Les mêlées de la vie ne l'émeuvent que dans la mesure où elle trouve un principe à défendre. Les hommes pondérés qui de tout temps la dirigèrent, ne sont jamais laissés impressionner par les luttes de guérillas et les escarmouches d'homme à homme. Avant d'intervenir ils attendent toujours que les principes ou les institutions soient en cause, et cette attitude réjouit les sages".

Merci, cher ami, d'avoir épinglé en marge de ce volume souvenir l'âme même de "L'UNION MÉDICALE DU CANADA". Oui! En quelques mots vous en avez résumé le programme entier depuis sa fondation.

Permettez-moi d'apporter quelques faits qui justifient l'opinion que vous avez proclamée si magnifiquement dans vos derniers articles. Je m'inspirerai d'une pensée d'un grand orateur sacré du siècle dernier: "Le fil de l'histoire, dit-il, va et revient sans cesse du passé à l'avenir; de l'avenir au passé, et ce que nous voyons de nos yeux sera plus clair à notre postérité qu'à nous-mêmes, parce qu'elle achèvera sur la toile où nous travaillons des dessins qui ne sont pas encore sortis de la main de l'ouvrier".

### I LE POINT DE VUE SOCIAL.

Les fondateurs de l'Union Médicale du Canada ont compris immédiatement que les médecins forment un corps responsable devant l'opinion publique. C'est dans ce but qu'ils s'efforcèrent de les grouper en vue de l'action sociale. Dès 1872 et durant les années qui ont

suivi, l'Union Médicale a constamment prêché l'hygiène publique. Il suffit de parcourir la série ininterrompue des 60 volumes pour s'en convaincre. Toutes les questions en rapport avec les intérêts généraux ont fait le sujet de discussions et de résolutions qui ont fini par convaincre l'opinion publique d'abord, puis les législateurs. Peu à peu, grâce à leur influence, la vaccination, l'épuration des eaux d'alimentation, l'inspection des aliments, l'inspection médicale des écoles, la fondation d'un Conseil d'Hygiène Provincial, les unités sanitaires, les maladies mentales, les maladies vénériennes, les maladies épidémiques de toutes sortes, la mortalité infantile, la lutte contre la tuberculose, ont reçu les sanctions officielles nécessaires pour protéger la société contre les dangers de toutes ces maladies sociales si répandues.

Comparez nos statistiques avec celles des temps anciens en tenant compte de l'augmentation de la population, et vous verrez que toutes ces mesures, qui ont constamment reçu l'appui de l'Union Médicale, pour ne pas dire qu'elles y ont toutes pris naissance, ont abaissé le taux de la mortalité et de la morbidité. Non seulement ces luttes, épiques quelquefois, ont ouvert les yeux de nos gouvernements, mais elles ont pénétré peu à peu dans nos mœurs. Aujourd'hui, grâce à ces splendides organisations, la santé publique et l'état économique de notre province se sont stabilisés et se perfectionnent chaque jour davantage.

Durant cette longue étape de 60 années, tous les chefs qui ont dirigé ces mouvements ont occupé un fauteuil dans le bureau de direction de l'Union Médicale du Canada. Notre journal devenait une tribune autorisée, une force, un guide.

## II

*LE POINT DE VUE PROFESSIONNEL* a constamment préoccupé les fondateurs de l'Union Médicale ainsi que leurs successeurs. Lisons les 60 volumes de la série de nos publications: partout nous y voyons ses directeurs aux prises avec le charlatanisme. En 1872 et au cours des années suivantes, le rédacteur en chef et ses assistants en exposent de façon magistrale les dangers. Sans doute nous n'avons pas réussi à le déloger complètement de nos mœurs, loin de là; plus on le combat, paraît-il, plus il lutte. D'ailleurs le public recherche constamment le miracle. Le médecin n'en peut faire, dit-on, parce qu'il n'a pas reçu du ciel les dons merveilleux et inexplicables qui l'engendrent, à moins d'une intervention divine, entre les mains de gens de condition modeste qui réussissent, croit-on, où les savants médecins échouent.

Le mystérieux a toujours attiré les esprits même les plus clairvoyants; rien d'étonnant à ce que le public recherche, dans les pratiques occultes du charlatanisme besogneux, un refuge contre les misères humaines. Néanmoins, il y a une limite à la fiction et le médecin a le devoir de redresser certaines erreurs qui pénètrent même dans les milieux les mieux avertis. Lorsque l'exemple part de haut il trouve facilement des imitateurs.

L'Union Médicale n'a jamais failli à la tâche. Les médecins applaudirent lorsque cette campagne débuta. Voici un paragraphe, extrait d'une lettre de mon père, en 1873, au Dr Georges Grenier, rédacteur en chef. "... nous sentirions souvent le courage nous manquer et la foi dans notre dignité professionnelle se perdre bientôt si une voix amie, appelée en ce moment l'Union Médicale, ne venait nous soutenir dans la lutte... Dans ce siècle où nous voyons toutes les classes de la société se former en association pour se protéger, seuls nous restons les esclaves de cette société sans avoir encore obtenu d'elle, en retour, une protection efficace".

L'année précédente, les directeurs de l'Union Médicale avaient adopté des résolutions dans le but de créer une institution qui pût lutter contre les empiètements de l'Acte Médical. Ils réussirent bientôt à créer le *Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec* dont le devoir, en un mot, est de protéger les médecins contre le charlatanisme sous toutes ses formes. Nous n'entreprendrons pas d'exposer en détail les mesures adoptées par les législateurs en vue de servir les intérêts du public mais, dans certaines circonstances, notre Revue a pris des attitudes tellement déterminées, qui nous ont valu quelquefois de vives ripostes, que les gouvernements ont fini par s'émouvoir et qu'ils ont consenti, à la suite d'abus regrettables et scandaleux, à admettre que le bureau du Collège des Médecins serait, à l'avenir, consulté préalablement dans toutes les mesures qui concernent les intérêts professionnels, avant qu'un député ose, de son chef, présenter un bill de cette nature à la Chambre. Ce fut, là, notre plus grande victoire: nous devenions un corps public autonome, responsable et maître de ses destinées. La politique rendait les armes et la médecine traditionnelle, désintéressée, consciencieuse, reprenait ses droits en vue de protéger le public, mais jamais pour servir des intérêts particuliers.

Aujourd'hui, nous dirigeons nous-mêmes notre barque. Conservons jalousement ces magnifiques prérogatives et soyons unis lorsqu'il s'agit des principes qui nous guident. Ayons le respect de la tradition et de nous-mêmes, présentons un front uni en face de l'opinion publique et envisageons l'avenir avec confiance.

## III

*LE POINT DE VUE SCIENTIFIQUE* a été l'âme de toutes nos activités. Sans l'Union Médicale du Canada, nous osons le dire, nous ne posséderions pas aujourd'hui ces splendides organisations universitaires et hospitalières qui font l'orgueil de notre race et qui alimentent toutes nos ambitions. Si le groupe de l'Union Médicale, vers 1878 ou 80, n'avait pas compris que l'Enseignement Supérieur devait nous assurer une place éminente dans la Province de Québec et au Canada, les groupes divergents de ce temps-là n'auraient pas admis que certaines luttes devaient cesser et que l'union devait s'accomplir, homogène, pour constituer une force vraiment digne de nous.

L'Université Laval à Montréal et, plus tard, l'Université de Montréal ont toujours trouvé parmi les directeurs de l'Union Médicale des conseillers réfléchis et clairvoyants, constamment préoccupés, comme les autorités compétentes, de créer une unité depuis si longtemps désirable. Il s'agissait de grouper toutes les Facultés éparses en une université autonome. Leur dévouement et leur savoir ne faisaient aucun doute, mais leurs directives un peu trop particularistes ne servaient pas complètement les intérêts généraux de l'Enseignement Supérieur.

Aujourd'hui, l'Union Médicale est devenue un des organes officiels de l'Université de Montréal. Rien de ce qui la concerne ne la laisse indifférente. Elle épouse toutes ses ambitions, elle contribue à maintenir sa stabilité, et elle supplie que ses grands bras tendus vers le ciel reçoivent les bénédictions que l'on accorde à ceux qui croient avant qu'ils ne meurent aux pieds d'une nouvelle Acropole.

Sans l'Union Médicale, la Société Médicale de Montréal, fondée en 1871, ne se fût pas réveillée après une longue période de léthargie, sous les coups rudes du comité des études, vers 1897, pour devenir la femme souriante, savante et rajeunie qui représente si bien la Société Médicale d'aujourd'hui.

Sans l'Union Médicale, vous ne verriez pas s'essaimer, au cours des âges, les splendides hôpitaux que nous possédons aujourd'hui et dont le personnel, ancien et nouveau, se recrute en grande partie parmi les directeurs et les collaborateurs de notre Revue. C'est chez nous qu'ils publient, depuis 60 ans, la plupart de leurs observations; c'est chez nous qu'ils apprennent à penser et à écrire; c'est chez nous qu'ils produisent leur brevet de compétence.

Une Revue Médicale est une nécessité. Le médecin des hôpitaux a le devoir d'extérioriser sa pensée pour qu'elle enseigne ceux qui exercent dans le champ restreint des districts ruraux. Est-il besoin

d'ajouter, qu'à ce seul point de vue l'Union Médicale a été, depuis 60 ans, le vulgarisateur attiré de la médecine canadienne-française.

Sans l'Union Médicale, l'Association Médicale Canadienne, connue aujourd'hui sous le nom de Canadian Medical Association, n'aurait peut-être pas reçu l'accueil qui lui a été fait au début si le groupe des fondateurs de ce temps-là ne s'était uni à leurs collègues canadiens-français pour fonder cette splendide unité qui fait honneur au Canada tout entier.

Sans l'Union Médicale, nous n'hésitons pas à proclamer hautement que l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord n'aurait pas survécu à l'effort magnifique de son parrain sans l'appui du groupe nombreux et averti qu'elle représentait en 1902 au moment de sa fondation.

Grâce à ses activités, jointes à celles de nos amis de Québec, nous avons réussi à créer un lien puissant entre la médecine canadienne-française et la médecine française tout court.

C'est ainsi que nous pouvons compter, parmi nous, des professeurs et des médecins français dont la réputation internationale jette du lustre sur nos Universités et nos hôpitaux.

Grâce aux démarches incessantes de notre Revue, nous avons réussi à obtenir l'aide puissante du gouvernement de Québec, en démontrant à ces Messieurs, dont nous ne cesserons jamais de proclamer le générosité et la clairvoyance, que si nous voulions maintenir notre influence comme race nous devons demander du secours à la France intellectuelle. Eloignés des centres de recherches, dépourvus partiellement des moyens indispensables pour continuer nos travaux au Canada, nous avons besoin d'être secourus financièrement. Les congrès médicaux devenaient des moyens de propagande scientifique française, mais nous ne pouvions pas, seuls, assumer les lourdes responsabilités d'une telle organisation. Les gouvernements provincial et municipal le comprirent, grâce à des conversations fréquentes avec les ministres et nos édiles, qui étaient devenus nos amis à cause de l'esprit public dont nous donnions des preuves à chaque instant. Les crédits et les encouragements ne manquèrent jamais depuis 1902.

Aujourd'hui, nous pouvons dire que l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord est une institution d'utilité publique. C'est elle qui nous a ouvert les portes des hôpitaux et de la Faculté de Médecine de Paris; c'est elle qui a incité les Français, surtout les médecins, à venir au Canada assister à nos congrès et y donner des leçons qui proclament l'excellence de l'enseignement français et le bien qu'il répand autour de nous depuis quelques années.

C'est elle qui a donné de l'expansion à certaines branches du commerce français. C'est elle qui a permis la fondation de l'Institut Franco-Canadien dont la mission splendide évangélise tous les esprits et consacre tous les talents. C'est elle, un jour, nous le souhaitons, qui recevra sur les bords du St-Laurent sa sœur aînée: *l'Association des Médecins de Langue Française de France*, où nous avons l'honneur de vous représenter dans le bureau de direction, et que nous avons mission d'inviter, à Nancy, en 1925, comme représentant officiel du Canada et de la Province de Québec avec mes collègues Dubé et Masson, à tenir l'un de ses prochains congrès parmi nous.

C'est elle, enfin, qui démontrera le mieux que si "*nous vivons par la France, la France survivra par nous*".

#### IV

*NOS TRADITIONS* ont constamment préoccupé nos fondateurs et leurs successeurs dans toutes les mesures introduites aux parlements fédéral et provincial, qui pussent léser les droits conférés aux minorités par l'Acte de l'Amérique Britannique du Nord.

En 1872, lorsque l'Acte Médical du Canada, rédigé par un comité de la Canadian Medical Association, s'attribuait le pouvoir d'exercer un contrôle sur notre enseignement secondaire, même notre enseignement supérieur, le rédacteur en chef de l'Union Médicale s'opposa vivement à l'adoption de ce bill en démontrant le danger qui nous menaçait. Il réussit, en groupant tous les directeurs de l'Union Médicale et, derrière eux, la profession médicale canadienne-française, à faire renvoyer ce bill à une date ultérieure malgré un vote hostile de la majorité des membres de l'Association. J'ajoute que le président ne voulut pas en forcer d'adoption par respect pour l'opinion unanime de ses collègues canadiens-français. Ceci est tout à l'honneur des médecins anglais de ce temps-là.

Plus tard, en 1902 et en 1910, lorsque le bill Roddick voulut ressusciter l'Acte Médical de 1872, avec les mêmes prérogatives et la menace d'une Université d'Etat, l'Union Médicale, avec le Bulletin de Québec, prit nettement position contre l'adoption de ce bill et ce fut un comité spécial choisi parmi ses directeurs qui proposa les amendements nécessaires pour protéger nos institutions contre les empiètements d'une majorité trop ambitieuse. Nous avons, à ce moment, grâce à notre attitude énergique, sauvé l'autonomie de nos universités canadiennes-françaises.

C'est vers cette époque, à propos de ce bill, que nous avons soutenu publiquement la valeur indiscutable de notre enseignement secondaire. Nous croyons encore que c'est aux vaillants collègues classiques que nous devons notre situation très enviable au sein du groupe nombreux de nos compatriotes anglo-canadiens. Ce sont nos collègues classiques qui développent chez nos enfants ces qualités que l'on appelle : l'attention, la réflexion, le jugement, la discipline, la persévérance, la volonté, le caractère enfin. Or, la valeur d'un homme se mesure moins à son instruction qu'à son caractère. On peut avoir de l'esprit, de la science, même du génie et ne pas avoir de caractère. Elargissons nos cadres, créons une élite, mais poursuivons fermement notre destinée en fortifiant nos positions.

C'est pour obéir à nos traditions que l'Union Médicale, avec le Président de ce soir et notre Doyen actuel, a appuyé de toutes ses forces, durant la guerre de 1914, la création d'hôpitaux militaires canadiens-français où un grand nombre de nos professeurs, réunis autour de ces tables, occupèrent des postes responsables sur les champs de bataille. Nous avons inscrit dans nos annales les hauts faits qui leur ont mérité de justes récompenses de la part du gouvernement français, et le commandant du célèbre 22ème bataillon de ce temps-là, ici présent, peut, ce soir, en témoigner.

“Si notre attitude fut digne de vous en élégance, cher Consul général de France, et si nous avons su à votre exemple montrer suffisamment d'esprit à nous battre, croyez qu'elle est le plus bel hommage que votre vaillance puisse se rendre à elle-même”.

Bon sang ne saurait mentir.

C'est au nom de notre tradition et grâce à notre Revue que nous maintenons ici, intégral, depuis 35 ans, l'enseignement de la médecine par les méthodes françaises, parce qu'elles tiennent du génie latin dont nous descendons. C'est pour en assurer la pérennité au Canada et, autant que possible, dans l'Amérique du Nord, que nous allons en France puiser à la source même et que nous y envoyons le plus grand nombre de nos boursiers. Que la France tienne compte de notre inlassable tenacité. Sans doute elle a eu pour nous des tendresses toutes maternelles, son cœur a même saigné sur nos poitrines, mais elle nous doit davantage et mieux : origine, affinités, culture, paysages même, tout nous rapproche et nous lie.

Que l'Union Médicale du Canada continue d'être un lien puissant de nos deux pensées et que ceux qui demeurent soient dignes de vous et d'eux-mêmes.

\* \* \*

Tels sont, Messieurs et chers amis, les sommets de la route parcourue par l'Union Médicale du Canada depuis soixante ans.

Au cours de nos remarques nous n'avons cité aucun nom, nous sommes resté au-dessus des contingences, dans le domaine de l'idée pure, car notre Revue nous personnifie tous. D'ailleurs nos collaborateurs ont généreusement répondu à l'appel dans le numéro jubilaire. Qu'on le lise.

Avant de terminer, nous adressons un cordial merci, au nom de l'Union Médicale, aux représentants de la presse médicale canadienne. Que leurs vœux soient exaucés et que l'harmonie règne parmi nous dans toutes les questions d'intérêt général. Les divergences d'opinion sont toujours compatibles avec les accords nécessaires lorsqu'on néglige les personnes pour suivre les idées.

Le rôle de la presse médicale est si grand que nous devons user de prudence et de modération en toutes circonstances; il ne faut pas, dit-on, satisfaire trop souvent son tempérament.

Nous adressons aux directeurs de notre Revue l'expression de notre plus vive gratitude pour la confiance qu'ils nous ont accordée, constamment, sans restriction, et pour ce bronze, témoin de notre amitié et des souvenirs d'un long passé si fécond en réminiscences de toutes sortes. Je les refoule avec peine en ce moment, tant elles désirent monter du cœur aux lèvres, après les paroles si cordiales à l'adresse de mes compagnons et de nous-même.

Mais je ne puis m'empêcher de vous lire, à ce sujet, un paragraphe d'une lettre que j'ai reçue, hier, de notre cher ami le Docteur Boulet, président notre ancien Bureau durant 25 ans.

"Vous vous disposez à fêter le 60ème anniversaire de l'Union Médicale, écrit-il, et je ne serai pas là! Quel dommage! Quelles bonnes œuvres et quels précieux souvenirs sont nés de cette collaboration! C'est à dessein que j'évite de m'aventurer à les évoquer. Dans les circonstances, ils provoqueraient une perle à ma paupière, que je tiens à dissimuler. C'était le beau temps!

Mon cher ami, tout mon cœur et ma pensée la plus élevée sont avec vous dans cette célébration".

Aux membres du Comité de rédaction, j'exprime la reconnaissance d'une mère — notre Revue — pour l'enfant qui a bien mérité. Vous savez tous, Messieurs et anciens élèves, avec quel intérêt, quelle sollicitude même, nous vous avons suivis. Quel plus bel hommage pouvons-nous vous adresser, nous vos anciens maîtres, sinon de vous désigner publiquement comme les héritiers de cette Revue et des trois générations qui vous ont précédés?

Nous sommes très touchés de la marque d'estime que vous nous donnez, ce soir, dans ma personne, et des paroles trop généreuses qui émanent de ce bronze véritablement symbolique: oui, avec vous, "Je me souviens". Avant de disparaître dans les ombres de la nuit, le cygne reçoit avec orgueil les derniers mirages de l'onde transparente.

Vous avez apporté un sang nouveau dans les activités de notre Revue, elle marche avec assurance vers un nouvel anniversaire dont vous serez, comme nous ce soir, les derniers thuriféraires.

Que nos collaborateurs reçoivent aussi le témoignage de notre reconnaissance, ainsi que nos fidèles abonnés.

Nous avons été heureux de convier à ces agapes fraternelles le groupe imposant de nos annonceurs à qui nous devons le très grand plaisir de nous rencontrer, ce soir, puisqu'ils sont les piliers de l'œuvre. La science et l'industrie forment une arche d'alliance où les sages ne sont pas toujours ceux que l'on pense. Continuons notre route ensemble, Messieurs, enseignez-nous les secrets de l'alchimie qui guérit tous les maux.

Enfin, nous adressons un remerciement particulier et ému à notre administrateur. Son intégrité, son abnégation et son inlassable dévouement depuis plus de 25 ans, ont permis ce miracle — c'est presque un miracle français mon cher Consul général — d'assurer financièrement la constance et la régularité de notre Revue.

Quant à nous, directeurs — absents ou disparus — et rédacteur en chef de cette Revue depuis 32 ans, serviteurs convaincus et sincères de toutes ses œuvres, nous emportons de notre long voyage en sa compagnie la conviction d'une fidélité indéfectible et la satisfaction d'avoir servi les meilleurs intérêts de la médecine canadienne-française en groupant autour d'elle l'élite de nos médecins.

"Toute vie a un but: c'est l'accomplissement de ce but qui juge la vie".

Albert LESAGE.

---

## LES TOASTS AU DINER DU SOIXANTENAIRE DE L'UNION MÉDICALE DU CANADA<sup>(1)</sup>

Le Professeur J. E. DUBE,  
Le président:

MM. avant d'inviter à tour de rôle, nos orateurs à proposer les toasts; laissez-moi dire deux mots pour vous faire connaître toute la joie que j'éprouve en ce moment. Les circonstances ont voulu que je fusse le président du Conseil d'administration de l'Union Médicale en 1932, ce qui m'a valu l'honneur d'être le président au cours de la soixantième année de ce journal médical et de présider cette fête de famille. Fête de famille que le conseil d'administration offre de grand cœur à ses collaborateurs, à ceux qui ont collaboré au numéro spécial qui a été publié récemment; qu'il offre également avec grande joie à ses annonceurs, à ceux qui apportent le nerf de la guerre, qui nous ont permis de subsister dans le passé et qui nous permettront encore dans l'avenir de faire mieux, si possible, en nous apportant leurs annonces; que nous offrons également à nos invités, à monsieur le Consul général de France, qui nous a fait l'honneur de venir ce soir, à nos invités que nous voyons autour de ces tables. Banquet offert pour rendre hommage, évidemment, à ce bon vieux journal, qui a toujours vécu et combattu avec cœur et sincérité, mais aussi pour rendre hommage, à son rédacteur en chef, le Docteur LeSage... (Applaudissements), qui est resté à la tâche pendant 32 années. Nous, ses collègues, savons ce que cela veut dire: 32 ans de ce travail, les plus jeunes l'apprendront à leur tour.

Personne mieux que moi, messieurs, ne connaît Albert LeSage; personne mieux que moi connaît son dévouement à sa famille et l'attachement que les siens ont pour lui. Je veux dire combien je suis heureux qu'il ait dirigé son fils dans la profession médicale. Grand-père médecin, père médecin comme Albert, et fils médecin comme sera son fils.

Nous avons tenu, messieurs, à ce que les membres de sa famille soient à ses côtés. Ses beaux-frères, comme Arthur Lemieux, que tous nous connaissons — pas pour les malices qu'il nous a faites.

---

(1) A la demande expresse des nombreux convives qui ont assisté au dîner du soixantenaire de l'Union Médicale du Canada, le lundi 7 mars, nous reproduisons presque in extenso les allocutions qui y ont été prononcées pour célébrer ce mémorable anniversaire.

Nous avons tenu à ce que le Colonel Dubuc, Arthur Dubuc, un des héros de la grande guerre, soit à ses côtés; et son frère Edmond, et ses neveux médecins, et son frère de père, dentiste. Nous avons tenu enfin à ce que plusieurs de ses amis les plus intimes soient ici, en ce jour de fête qui lui est particulièrement destiné.

Nous avons voulu aussi avoir des amis de L'Union Médicale, comme le professeur Foucher, mon vieux maître, le Docteur Fortier, qui m'a enseigné les matières médicales, et Delorme, qui m'a enseigné un peu d'anatomie. Je ne parle pas de Harwood, parce qu'il est des nôtres, mais tout de même, si je connais quelque chose en gynécologie, c'est de lui que je l'ai appris.

J'ai tenu particulièrement, messieurs, à ce que notre ami Arthur Terroux soit avec nous, un ami de la cause médicale, un para-médical, comme je le dis souvent, et l'un des administrateurs distingués de l'Hôpital Notre-Dame.

Messieurs, il m'est doux, parfaitement doux, de proposer la santé de la presse médicale canadienne, et je vous demanderai de lever vos verres à la santé de la presse médicale anglaise et de la presse médicale française, et je donnerai ensuite la parole à notre cher ami le Docteur Nichols, rédacteur en chef du Canadian Medical Journal.

\* \* \*

Le Doyen L de L. HARWOOD,

*Au nom du Bureau de Direction.*

Messieurs:—

Je vous remercie du fond du cœur — vous particulièrement MM. du Bureau de Direction de l'Union Médicale — de m'avoir appelé à me faire, amicalement, l'interprète de vos sentiments à la réunion de ce soir, organisée pour rendre hommage à une œuvre scientifique tout en y réservant une large part à l'amitié.

J'apprécie ce témoignage de confiance; j'en suis fort heureux.

Heureux, parce qu'au cours de la vie intense que nous menons, les moments se font de plus en plus rares où il nous soit permis de mettre en commun nos amitiés, et d'en offrir l'hommage aux plus méritants.

Heureux, parce que cela me procure l'occasion d'un large retour vers le passé, et de signaler à ceux qui m'écoutent, avec le souvenir de certains rêves, la réalisation de ceux-ci dans la personne de quelqu'un qui m'est très cher.

Autour de 1894, alors que j'étais attaché au service de gynécologie, dirigé par le Professeur Brennan, notre attention fut particulièrement attirée, sur une jeune homme, soucieux d'apprendre, et rédigeant avec une incomparable netteté d'expressions ses notes de cours, que parfois il voulut bien nous communiquer.

Déjà, à cette époque, ses maîtres auguraient de lui qu'il serait quelqu'un.

Trois ans plus tard, il nous revenait d'Europe, Docteur en médecine de la Faculté de Paris, et se fixait à Montréal, comme tant d'autres, pour y faire sa vie.

C'est alors que nous nous liâmes d'amitié; nos relations se resserrèrent; nous mîmes en commun nos rêves de jeunesse et ensemble depuis lors, beau temps, mauvais temps, sur la même nacelle universitaire, nous avons essayé de *ramer*, quelquefois sans trop de difficultés dans le sens des vents, presque toujours à l'encontre des courants.

Le long du chemin, nous avons dû, hélas! élaguer bien des rêves communs, et la plupart de nos rêves particuliers. Nous n'en manifestons pas trop d'amertume: c'est le sort habituel de la vie; mais il faut avoir vécu pour s'en rendre compte.

Mon compagnon, cependant, caressait un rêve qui lui était propre, à cause de ses aptitudes particulières: celui d'être un jour le Directeur d'une grande revue médicale. Quelques années à peine après son retour d'Europe, l'occasion s'en offrit. Avec quelques compagnons d'études, MM. Boulet, Dubé, Hervieux, Marien et moi-même, il acquit celle qui déjà était l'aînée des revues médicales. En 1900, il devint le principal Rédacteur de l'Union Médicale du Canada, et il n'a cessé de l'être depuis trente-deux ans.

En cette année bissextile de 1932, où nous célébrons le soixantième anniversaire de l'Union Médicale du Canada, restaurée, agrandie, rédigée en collaboration par une pléiade de jeunes rédacteurs avides de science et soucieux de bien écrire, l'aîné de mes élèves, — il me permet bien ce souvenir, plus flatteur pour moi que pour lui — l'aîné de mes élèves, dis-je, mon ami le Professeur Albert LeSage, d'aspect toujours jeune et de mise invariablement impeccable, de sa plume fine et bien trempée, continue d'être le Directeur scientifique de la Revue de ses rêves.

A ce titre il a bien mérité de la profession médicale canadienne et de notre Faculté en particulier.

Trente-deux ans à la direction d'une revue scientifique est une chose si peu commune, je puis dire dans le monde entier, et tellement

unique en notre pays, qu'elle vaut bien la peine qu'on la souligne à l'époque d'un jubilé de diamant.

MM., vous comprenez maintenant pourquoi je suis particulièrement heureux d'être en ce moment, votre interprète auprès du Professeur Albert LeSage, en le priant d'accepter ce souvenir tangible de notre amitié et de notre reconnaissance, à l'occasion du soixantième anniversaire de la fondation de la plus importante Revue médicale française d'Amérique, l'Union Médicale du Canada dont il est, depuis trente-deux ans, le si distingué Directeur.

\* \* \*

Le Docteur SIMARD,

*Au nom des membres du Comité de Rédaction.*

Je ne sais si vous comprenez à quel point je puis être anxieux et troublé, quand je regarde l'assistance devant laquelle on m'a demandé de parler. Je vois ici trois générations de la médecine canadienne-française réunies pour fêter un jubilé de l'esprit, pour rendre hommage à celui qui, depuis plus de trente ans, dirige les destinées du journal médical français le plus important de l'Amérique du Nord. Je me rassure cependant à penser que nous sommes aussi à une fête de famille, où c'est l'habitude que l'un des benjamins vienne dire son compliment.

Sur la première page du numéro spécial de l'Union Médicale trois mots sont à l'honneur devoir, régularité, constance. La fin du dix-neuvième siècle marque une ère importante de la médecine au Canada français. C'est à cette époque que le médecin canadien-français prend conscience de toutes ses responsabilités, défend ses droits de culture médicale, rattachés à ceux de la langue et de la foi. La médecine ne prit vraiment son ampleur sociale chez nous, qu'avec la génération des fondateurs de l'Union Médicale. La tenacité de ceux qui suivirent, leur dévouement, leur enthousiasme, maintinrent les droits acquis, et l'Union Médicale est aujourd'hui l'indicateur de l'œuvre accomplie. Ces fondateurs et leurs successeurs ont droit à l'admiration de la génération qui monte.

Cette génération, née avec le vingtième siècle, n'oublie pas les sacrifices que se sont imposés ces pionniers de la science médicale française au Canada. Elle ne dédaigne pas, quoi qu'on dise, ce groupe de professeurs vénérés qui, par des rémunérations dérisoires, avec des moyens réduits, au milieu de leurs multiples occupations et de la lutte pour

l'existence ont, pendant plusieurs décades, transmis à leurs élèves le culte de la curiosité, le culte du souvenir.

Oh certes, on peut douter quelquefois d'une jeunesse qui est impatiente, et veut voir se réaliser rapidement les réformes, les espoirs et l'idéal dont son cœur est rempli. Que les défauts de cette jeunesse impatiente soit excusés par cette pensée que toute génération est animée d'un désir de mieux faire.

N'est-ce pas l'un de nos ancêtres qui disait "L'enfant qui n'est pas plus fin que son père .....

Notre génération, Messieurs les aînés, pratique comme vous, la religion du passé, cette religion, dit Firmin Roz, qui est la plus grande idée des hommes après celle qui les rattache à Dieu. Nous gardons le souvenir de ceux qui nous ont précédés à la tâche, comme certaines familles conservent jalousement leurs titres de noblesse. Ces titres sont nos antécédents, notre raison d'être, ce sont les conditions mêmes de notre avenir et de notre succès.

Ce qui caractérise donc l'œuvre de l'Union Médicale de 1872 jusqu'à nos jours, c'est le devoir, la régularité et la constance. La jeune génération voit dans ce numéro du soixantenaire, un symbole. Ce fascicule nous apparaît comme une flèche placée à l'entrée de ces chemins de montagne, difficiles et sur laquelle est écrit: sens unique. C'est la flèche qui indiquera à tous la route qu'il faut prendre pour atteindre le sommet.

Mon cher maître, vous avez compris toute l'importance de la collaboration. Dans ce numéro souvenir vous avez fait appel à toutes nos institutions médicales et l'étranger verra dans cette manifestation l'idée d'une collaboration magnifique où ne sauraient entrer la partisanerie et la mesquinerie. Tout homme est capable de faire du bien à son prochain, mais c'est mériter des dieux que de servir et faire prospérer toute une société.

Depuis quatre ans vous vous êtes entouré de rédacteurs qui ont essayé de rendre plus large, plus féconde l'œuvre commencée il y a soixante ans. Derrière le geste que font les rédacteurs, ce soir, en vous offrant l'œuvre de l'un de nos artistes canadiens, il y a notre gratitude pour l'un des aînés qui nous a le mieux compris, toute notre admiration pour un idéaliste, semeur d'idées.

Veuillez agréer, mon cher Maître ce témoignage d'estime et d'admiration, des membres du comité de rédaction. C'est une jeune fille, déjà sérieuse, pensive, qui se souvient.

Je vois là d'un côté, le symbole du devoir accompli, de l'autre, celui de la reconnaissance et du souvenir.

M. NICHOLLS,

*Redacteur en chef du Canadian Medical Association Journal.*

M. le Président; Messieurs:

Veillez d'abord me permettre de vous exprimer mes remerciements les plus sincères pour m'avoir fait l'honneur de me demander de représenter le Canadian Medical Association Journal en une occasion aussi importante que celle qui nous réunit ce soir. Je me rends très bien compte de n'être pas parfaitement préparé pour ce rôle. Je ne parle pas, malheureusement, votre langue magnifique avec l'aisance qu'elle mérite.

Vous vous souvenez, sans doute, de la religieuse que mentionne notre grand poète anglais — Chaucer — dans ses Contes de Cantorbéry. Elle connaissait, dit-il, le français qu'on parle à l'école de Stratford at Bowe car le français des français lui était absolument inconnu. Je suis un peu comme cette religieuse, et mon français ne ressemble, sans doute, guère au vôtre; c'est celui de Stratford at Bowe. Mais vous connaissez le vieux proverbe — "Aide-toi, le ciel t'aidera." Je vais faire de mon mieux et j'espère que vous m'accorderez pour le reste votre bienveillante assistance.

Soixante années comptent dans la vie d'un homme; elles comptent tout autant dans le développement d'un journal scientifique. Soixante années de succès signalé et ininterrompu font indubitablement ranger aujourd'hui l'Union Médicale du Canada parmi les meilleures publications de notre pays. Elle est devenue célèbre par la qualité insigne, la haute valeur et la solidité de ses articles. Les médecins de langue française ont toujours été des premiers à exposer leurs opinions et leur idéal. N'oublions pas que c'est à un médecin de cette langue, au Dr Xavier Tessier de la ville de Québec — hommage à lui — qu'est due la fondation du premier journal médical publié au Canada, le Journal de Médecine de Québec, en l'année 1826. (il était publié dans les deux langues). Depuis cette date d'ailleurs les publications médicales ont pullulé, dans les deux langues.

Nous célébrons ce soir le soixantième anniversaire de la fondation de l'Union Médicale du Canada. Or, je viens de découvrir que, à ma propre surprise, par une curieuse coïncidence, le Canadian Medical Association Journal a précisément le même âge. Il est vrai que l'histoire de votre revue présente une remarquable continuité, alors que le nôtre a changé trois fois de nom au cours de son existence mouvementée. En effet, si le Canadian Medical Association Journal — organe officiel de la Canadian Medical Association — date de 1911

seulement, sa naissance n'est que le résultat du mariage du Montreal Medical Journal et du Maritime Medical News; l'enfant se montra robuste bien que sa mère, et son père aussi, aient succombé dans l'opération. Or, le Montreal Medical Journal était le rejeton du Canada Medical and Surgical Journal qui se trouve ainsi être le grand-père de notre publication actuelle et qui lui avait été fondé précisément en 1872. Ainsi, nos deux grands périodiques, français et anglais, se trouvent avoir été, pour ainsi dire, compagnons d'armes dès leur berceau.

C'est là pour moi un fait d'excellent augure. Nous sommes unis non seulement par le désir de faire progresser la science de la médecine et de fournir un moyen d'expression aux recherches médicales canadiennes mais aussi par la volonté sincère d'accentuer encore ce rapprochement cordial et cette bonne entente qui doivent exister et existent déjà entre les deux races de notre pays. Travaillons donc, messieurs, la main dans la main, et efforçons-nous d'atteindre ensemble ces nobles buts. De notre part, nous avons déjà inclus dans le bureau de rédaction du Canadian Medical Association Journal deux médecins de langue française — le Dr Simard, de Montréal, et le Dr Dagneau, de Québec. Nous serions heureux si des échanges de matières littéraires, d'articles, de comptes-rendus et de nouvelles pouvaient amener entre les deux grandes publications médicales un contact plus étroit encore et une plus complète collaboration.

Pour finir, messieurs, aux noms de mes confrères de la rédaction du Canadian Medical Association Journal, et en mon nom personnel comme rédacteur en chef, j'ai l'honneur et le grand plaisir de vous présenter ici nos meilleurs vœux de prospérité et de succès. Votre journal et le notre sont frères. *Floreat ambo.*

\* \* \*

Le Docteur DESROCHERS:

Monsieur le président, messieurs:

Au nom de la presse Médicale Canadienne française, l'Action Médicale comme tous les autres, est appelée à célébrer avec vous le Soixantième anniversaire de L'Union Médicale. Laissez-moi d'abord vous exprimer toute mon admiration pour la justice et le talent que l'on a déployés, tant par la parole que par les écrits, à satisfaire à la dette de reconnaissance que le journal actuel doit aux devanciers, aux pionniers de la science médicale française en cette province. Tout ce que l'on a fait a été de telle sorte que je crains réellement d'ajouter

quoi que ce soit aux éloges qui ont été si éloquemment écrits, de peur d'affaiblir l'impression qui vous est restée du mérite et du caractère des hommes si clairvoyants qui ont présidé au développement de l'Union Médicale. D'ailleurs, l'histoire ne saurait être mieux faite et d'une façon plus vibrante que par ceux-là qui ont été en contact intime avec les créateurs mêmes de l'histoire. Les écrits, les œuvres peuvent s'analyser, mais personne mieux qu'eux ne pourra peindre les luttes, les angoisses et les inquiétudes au creuset desquelles s'est affirmée la beauté des caractères de ces hommes qui ont été des héros. Ils ont été des créateurs, des fondateurs, ne marchandant pas avec leur devoir. Ils ont eu confiance en l'avenir et leur vie n'a été qu'un long acte de foi.

L'amour mène et l'art seconde, dit un refrain d'un poète de Provence. Les pionniers ont fondé une œuvre plus nourrie par l'amour que secondée par l'art, mais, comme dit Maurras en parlant d'Auguste Comte, qui avait puisé dans sa sensibilité tous les éléments de ses fortes œuvres et un système qui lui commandait de grands actes, pour affirmer la vertu et pour donner au courage l'aile de la victoire, rien ne vaut le spectacle d'un tel effort.

Quelqu'un disait un jour qu'au Canada une seule chose est plus banale que la naissance d'une revue, c'est la mort d'une revue. Eh bien ! messieurs, L'Union Médicale a eu pour présider à son développement des hommes, toute une catégorie, toute une série d'hommes éclairés et dévoués, qui ont bien servi l'art médical et l'ont fait progresser, mais ils ont cru qu'ils devaient limiter leurs efforts uniquement à cette tâche. A des temps nouveaux, des devoirs nouveaux. Les exigences matérielles ont pris de telles proportions que pour les satisfaire il faut des revenus proportionnés. Il y a donc là un problème d'adaptation à la crise actuelle, puisque tout le monde admet dans le corps médical qu'il y a une crise.

Le corps médical est à un tournant de son histoire ; tout le monde sait que nous sommes dans la mêlée des différents intérêts de classes qui assaillent de toutes parts notre profession, et bien dépourvu de cœur et d'intelligence serait celui qui voudrait diminuer l'importance des intérêts professionnels, car il s'agit de maintenir notre prestige social et d'envisager la question de savoir si nous ne tomberons pas dans la considération publique et jusqu'à quel point. Mais j'ose espérer que non, et que, au contraire, animés d'une généreuse ardeur pour le prestige de notre profession et chacun travaillant dans la sphère qui lui est assigné, nous nous efforcerons de faire disparaître entre nous les causes de méfiance et travaillerons à continuer l'œuvre des pionniers de l'Union Médicale.

Honneur donc, messieurs, aux ouvriers de la première heure. Honneur à cette phalange de jeunes qui continuent si vaillamment la tradition des maîtres, afin de transmettre à la génération future le flambeau de l'Union Médicale française au Canada.

\* \* \*

Le Professeur A. A. FOUCHER:

Monsieur le Président, messieurs:

J'ai souvent entendu dire que les noyés avant de mourir voyaient repasser dans leur esprit comme une revue synoptique de toute leur vie passée. Je ne sais pas si au point de vue scientifique la chose est aussi exacte qu'on semble le croire, mais aux symptômes que j'ai éprouvés depuis quelques années, je crois que cela est vrai. En trois ou quatre circonstances différentes, j'ai vu repasser dans mon esprit les différentes activités de ma vie passée: cinquante ans de pratique médicale, cinquante ans de professorat à l'université et cinquante ans de pratique médicale à l'Hôpital Notre-Dame, et enfin, ce soir, au-delà de cinquante ans de collaboration active et constante à mon cher journal *L'Union Médicale*.

Lorsque je fus reçu médecin en 1879, avant de partir pour l'Europe, j'allais rendre visite au rédacteur de *L'Union Médicale*, parce que je désirais m'assurer le service du journal là où j'irais étudier à Paris. En même temps qu'il me donnait mon reçu, il me donna un petit papier m'autorisant à agir comme correspondant pendant mon séjour en Europe. Ce papier je le déposai précieusement sur mon sein comme une relique, et je partis pensant bien qu'il m'ouvrirait bien des portes que je ne pourrais pas ouvrir autrement. Il en fut ainsi.

Rendu à Paris, j'eus l'occasion de rencontrer plusieurs jeunes gens avec qui je me liai d'amitié; entre autres, un Italien, un très gentil garçon du nom de Valdese. Ce monsieur Valdese avait des relations avec le professeur Galezowski, avec de Waeker, et même au collège de France. Alors, je me disais que cette amitié était précieuse. Chez Galezowski mes entrées étaient libres. Valdese étant Italien, et de plus ayant épousé la fille du grand ténor Tamberlick, il s'ensuivait que les Italiens qui étaient de passage à Paris étaient toujours les bienvenus chez Galezowski. Et comme les amis de nos amis sont nos amis, je profitais de bien des choses par les relations de Valdese. Je dois dire en passant que le Docteur Valdese avait, par une opération rendu la vue à la fille de Tamberlick, qui était venue au monde avec la cataracte, et pour sa récompense il avait eu sa main.

Comme je l'ai dit, les relations de mon ami Valdese s'étendaient au collège de France. Il connaissait très bien le Dr Paul Bert qui était alors agrégé en sciences naturelles au collège de France, et faisait des expériences sur les yeux de grenouilles et sur les cornées de lapins pour connaître la marche de la filtration des liquides dans la cornée. L'autorisation nous fut accordée d'assister à ces expériences, et là nous eûmes l'occasion de faire la connaissance de Paul Bert.

Paul Bert à ce moment-là se proposait de faire des expériences sur l'anesthésie au chloroforme, donné à haute pression, à la pression de deux atmosphères. Le petit papier m'obtint l'autorisation d'assister à l'expérience. Il s'agissait pour l'occasion de construire une cloche en métal, parfaitement étanche, de la grandeur nécessaire pour y loger un lit et trois ou quatre personnes. Naturellement, la cloche ne pouvait pas contenir un grand nombre de personnes, parce que l'atmosphère n'aurait pas permis d'y vivre longtemps. Paul Bert, ses deux assistants et moi-même, nous entrâmes sous la cloche. Je croyais qu'il n'y avait aucun danger; je me disais: D'ailleurs, s'il y a du danger pour moi, il y en a autant pour les autres. Alors, j'entrai en toute confiance dans la cloche en question et l'opération commença. Mais j'avais oublié une chose importante: c'est que j'avais contracté un rhume quelques jours auparavant et j'avais une trompé d'Eustache qui ne fonctionnait pas bien. A peine l'opération avait-elle commencé que je ressentis des bourdonnements d'oreilles, des vertiges, et je m'affaissai sur le parquet. Les messieurs qui étaient là étaient trop occupés à leur opération pour s'occuper de moi. Je pensai que la syncope pouvait être mortelle; elle ne le fut pas, heureusement. Je revins graduellement à moi, et en reprenant ma connaissance je me disais, comme Jonas dans la baleine: Mon Dieu, je voudrais bien m'en aller. Quel que fût mon désir, je dus attendre que la pression se rétablisse à la normale, et alors je vous assure que je ne fus pas le dernier à sortir.

Jamais plus de ma vie je ne revis Paul Bert. J'aurais dû, pour remplir mon mandat de correspondant de L'Union Médicale, rendre compte de cette grande expérience, qui aurait certainement intéressé le public canadien; seulement, je n'y avais rien vu et rien entendu non plus. Et je tremble encore en songeant à ce qui aurait pu arriver. En effet, si ma syncope eut été mortelle, Paul Bert aurait été obligé de me prendre dans ses bras pour tâcher de me ramener à la vie, et si j'étais mort dans ses bras je ne sais pas comment je serais arrivé de l'autre côté. Paul Bert, si vous vous en rappelez, n'avait pas dans le temps une réputation très enviable au point de vue religieux. Ses démêlés avec les Jésuites et sa polémique avec Monseigneur Freppel

ne le rendaient pas apte à me donner un aide bien efficace pour forcer les portes du Paradis. Même avec la haute pression qu'il avait développée dans la cloche, je pense bien qu'il n'aurait pu en forcer les portes. D'un autre côté, comme j'étais professeur à l'Université Catholique de Montréal, j'aurais peut-être eu des chances. Heureusement, messieurs, il n'en fut rien. Autrement, si j'étais mort entre les bras de Paul Bert, vous auriez probablement une troisième statue ici, parce que je serais bien mort héros pour l'Union Médicale.

Messieurs, si jamais vous allez en France et que vous trouviez quelque part, dans un musée, la cloche de Paul Bert, ayez, s'il vous plaît, un souvenir pour moi.

Je ne suis pas mort, heureusement, et cela a peut-être été un brevet de longue vie, puisque vous me voyez assister au Soixantième anniversaire de L'Union Médicale. Je suis heureux d'avoir survécu, ne serait-ce que pour avoir l'occasion de féliciter mon ami LeSage du beau travail qu'il a fait à la rédaction pour mettre L'Union Médicale sur un aussi haut pied d'efficacité.

\* \* \*

M. Edouard CARTERON,

*Consul général de France :*

Monsieur le Président, messieurs :

Ce soir, je suis allé de découvertes en émerveillements. Le professeur Dubé, quand il a eu la bonté de m'inviter à me joindre à vous, m'a dit : "Vous y rencontrerez quelques médecins que vous connaissez et qui sont dans mon genre". C'était l'invitation la plus engageante. Je vous assure que mes espérances ce soir sont dépassées, puisque vous êtes tous des médecins dans le genre de monsieur le Docteur Dubé, c'est-à-dire de bons médecins.

La fête de ce soir dans ses découvertes m'a encore appris que vous saviez unir votre reconnaissance à votre dévouement, vous, jeune génération aux générations passées. Il ne faut jamais oublier ceux qui ont semé, et quand je vois que les benjamins ont couronné les maîtres de la première heure, je les félicite. Il y avait en France un grand homme que l'on félicitait pour ses travaux, et dans son émotion il ne put dire qu'une seule parole : "C'était tout naturel, messieurs, j'ai eu de si bons maîtres".

Messieurs, en votre présence, je remercie tous les bons maîtres qui vous entourent et que vous avez placés si haut parmi vous. Je les connais depuis longtemps, grâce à la Revue que j'ai été invité à lire

depuis que je suis parmi vous. Je reçois beaucoup de revues au Consulat. Ne croyez pas qu'elles aillent au panier; les revues passent, soit devant les yeux de mes collaborateurs, soit devant mes yeux, et je me suis attaché beaucoup à cette revue de *L'Union Médicale*, depuis que j'y ai vu un article de monsieur le rédacteur en chef sur un médecin qui m'était très cher, parce que je l'avais bien connu, le Docteur Oscar Mercier. Après sa mort vous avez eu des paroles touchantes sur sa mémoire, mon cher Docteur LeSage, et je vous remercie d'avoir su faire revivre longtemps l'un des vôtres.

Un autre émerveillement, ou plutôt une autre découverte, a été ce soir devant ces drapeaux qui couvraient ces deux bustes. Je voyais bien sous le tricolore un peu de bleu et je me disais: C'est un pan du ciel, ce doit être pour Saint-Albert. Et puis un pan de rouge, et je me disais: Ce doit être en souvenir d'Albert le roi-soldat. Il appartenait au Canada de fixer sur le bronze la Sagesse dans le buste d'Albert LeSage.

Messieurs, une autre découverte a été celle que m'a donnée le discours du Docteur Nichols. On nous a enseigné que les lignes parallèles sont des lignes qui en se prolongeant indéfiniment ne se rencontrent pas. Ce soir, il nous a prouvé le contraire. Parties en même temps, la Canadian Medical Association et *L'Union Médicale*, dans des limites parallèles, se retrouvent au rendez-vous de l'amitié et des commémorations. Il est agréable de saluer ces deux connaissances parallèles, ces deux connaissances qui ont célébré pendant soixante ans les chercheurs. Parce que, messieurs, si vous permettez à un Philistin égaré parmi les savants de venir porter un témoignage, c'est celui que je vous rendais tout à l'heure: Vous êtes de bons médecins. Pourquoi? vous êtes de bons médecins parce que, votre journée achevée, vous ne vous contentez pas d'avoir vu des malades; comme dans toutes les autres professions, vous creusez les cas que vous avez rencontrés pendant la journée. Certes, il y a des médecins, beaucoup de médecins, — vous y avez fait allusion tout à l'heure, — qui continuent pendant toute leur vie, tous les jours, la médiocrité quotidienne de leur savoir, mais il y en a d'autres, et vous en êtes, qui ne se contentent pas d'avoir donné la guérison, ou d'avoir donné un médicament, mais qui rencontrent sur leur chemin des cas qui leur paraissent particuliers et méritent une étude spéciale. Eh bien, cette étude spéciale, vous la rencontrez le soir, sous la lampe, dans les livres, vous la rencontrez dans vos recettes. Vous êtes des découvreurs. Les autres professions ont également la sagesse de l'étude quotidienne, et un avocat a aussi besoin de la paix, de la paix chez soi, pour retrouver ses idées, les mettre ensemble, et ajouter de temps en temps aux

livres anciens un livre nouveau. Vous, pour faire prospérer votre art, vous ne pouvez que faire état de vos constatations personnelles et faire état des constatations des autres. Tout ce qui est guérison existe en soi, mais c'est à vous à le découvrir; vous ne pouvez pas l'inventer autrement que par une longue patience au chevet des malades ou bien par de longues recherches dans les laboratoires.

Vous êtes, messieurs, les bons médecins, qui ne croyez pas qu'en rentrant chez vous votre journée est terminée. Je vous salue et je vous remercie. Vous avez travaillé d'une façon constante et travaillé en collaboration avec L'Union Médicale. Vous avez cherché les uns et les autres la science du voisin et vous avez versé également dans vos articles votre science propre.

Vous avez dit tout à l'heure, mon cher Docteur LeSage, que vous aimez les musées et que dans un musée vous aviez remarqué un jour une statue, une statue méditative. J'ai également un souvenir de statue. C'est une statue d'un sculpteur célèbre, aussi célèbre en France que mon cher ami Hébert l'est au Canada, c'est le sculpteur Rodin. Rodin avait fait une statue de "L'homme qui marche", une statue très belle par son mouvement, une statue dynamique, — mais une statue, — comment dirais-je? une statue un peu décapitée, et dans son milieu un peu mutilée. Et un combat s'est engagé entre Rodin et l'ambassadeur de France à Rome. Rodin voulait que sa statue fût placée dans le palais Farnèse et l'ambassadeur de France à Rome, M. Barère, s'y opposait. L'artiste fut assez puissant pour y faire placer sa statue. C'est alors que Monseigneur Duchesne, un homme très savant, un homme plein de sens, qui, sous son masque, qui ressemblait au masque de Voltaire, avait beaucoup l'esprit de celui-ci, dit: "Mon Dieu, cette statue fait très mal dans un musée, parce qu'elle n'a ni queue ni tête".

Eh bien, messieurs, je crois qu'une statue doit avoir une tête. Je crois qu'une statue doit réfléchir la pensée. Je crois que celle qu'on vous a donnée réfléchit tout ce que soixante ans d'union médicale peuvent vous donner de valeur, à vous Canadiens-français, dans votre art médical.

Vous avez dit tout à l'heure que les études classiques ont donné au corps médical du Canada certaines vertus, comme l'amour, le dévouement, le don de soi-même. J'y ajouterai une autre vertu que vous avez c'est la persévérance dans le travail. C'est cela que je glorifiais tout à l'heure en vous, les chercheurs.

Monsieur le doyen Harwood a dit quelque chose tout à l'heure contre quoi je proteste. Il a dit qu'une revue qui a trente ans d'exis-

tence, qui a soixante ans d'existence, est une chose rare au Canada, où rien ne dure. Et bien ! messieurs, je proteste de toute mon énergie contre cette parole. S'il y a un pays où quelque chose dure, c'est bien le Canada français.

Je rappellerai, messieurs, pour finir, cette admirable image du cher Docteur Simard : le chemin de montagne. J'ai été en Suisse et j'en ai vu souvent. Des autobus rapides essaient de s'insérer dans les lacets du chemin de montagne, jusqu'au sommet. Les autobus vont vite et ils ont droit de préférence sur tout autre véhicule, parce qu'il y a des dangers sur les chemins de montagne ; d'un côté il y a le vide et de l'autre, le mont. Il semble que quand ces gros automobiles sont lancés à toute vitesse, ils représentent ce que la science a de mieux pour arriver au sommet. Vous avez suivi les mêmes chemins, les mêmes chemins de montagne, prenant garde aux précipices qui étaient à gauche et vous agrippant à la montagne qui vous soutenait. Je vous félicite et je vous remercie, messieurs, collaborateurs et médecins de L'Union Médicale du Canada, d'être montés si gaillardement à l'assaut du sommet, à l'assaut du succès, d'avoir tout le long de ce chemin de montagne entonné une chanson de bonne humeur et de l'avoir fait en français.

\* \* \*

Le Docteur HARWOOD :

Monsieur le Consul :

Je suis flatté que vous ayez pu retenir quelque chose de ce que j'ai dit ; seulement, à cause probablement de la voix enrouée que j'ai ce soir, je tiens à mettre les choses au point. Je n'ai pas dit que c'est une chose extraordinaire qu'une revue ait duré soixante ans dans notre pays, j'ai simplement dit que c'est un fait à souligner qu'un homme ait été pendant trente-deux ans de suite le rédacteur-en-chef d'une revue. C'est un record que l'on rencontre rarement ailleurs et qui est particulièrement remarquable dans notre jeune pays.

Je tiens à corriger, parce que vos paroles ont été sténographiées et je redoute la publicité.

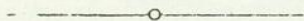
LE PRESIDENT : Avant de lever la séance, vous me permettez bien, en ma qualité de président, d'ajouter un mot de remerciement, en premier lieu, aux directeurs du Cercle Universitaire pour l'effort qu'ils ont fait en organisant la préparation de ce banquet d'une façon si parfaite. Et ensuite, permettez-moi de remercier, en

votre nom comme au mien, monsieur le secrétaire-général Vidal, Monsieur le secrétaire Léon Gérin-Lajoie et l'assistant secrétaire Marion.

Ils ont travaillé énormément. Je faisais partie, en qualité de président, du comité d'organisation, mais avant qu'ils ne le disent je tiens à confesser que je n'ai rien fait dans l'organisation de ce banquet, tout l'honneur leur revient.

Maintenant, si vous le vouliez, nous pourrions faire une chose, qui n'est pas habituelle, mais le sujet le mérite. Formons une docte faculté: appelons-la, si vous voulez, la faculté de médecine de L'Union Médicale, et sur ma proposition, simplement faite, je propose que nous nommions Docteur en médecine, honoris causa, notre brave et distingué administrateur, M. Théophile Valiquette. (Applaudissements)

Monsieur Valiquette, nous nous engageons à faire fabriquer quelque part ce qu'il faut sur la tête ainsi que la toge, afin que dans le public on sache que quand vous passez, c'est un docteur en médecine de la faculté de médecine de L'Union Médicale qu'ils ont devant les yeux.



# MÉMOIRES

---

## TRAITEMENT DES BRONCHOPNEUMONIES DE L'ENFANT <sup>(1)</sup>

Par G. PAISSEAU,  
Médecin de l'Hôpital Trousseau, à Paris.

On doit distinguer dans le traitement des bronchopneumonies un traitement prophylactique qui se propose de prévenir l'apparition de cette complication, un traitement symptomatique qui se borne à atténuer certains symptômes et à maintenir l'état général et un traitement dit curatif dont l'ambition serait de modifier l'évolution de la maladie en agissant directement sur sa cause.

### *Prophylaxie.*

Il est possible de prévenir dans une certaine mesure l'apparition des complications bronchopneumoniques au cours des maladies infectieuses de l'enfance dont elles sont l'accident le plus redoutable et dont elles règlent le pronostic.

On peut poser en principe que la prophylaxie des bronchopneumonies est essentiellement d'ordre hygiénique et qu'aucune sérothérapie ni vaccination préventive n'a fourni, jusqu'à présent la preuve de son efficacité.

Les enfants atteints de rougeole, de diphtérie, de coqueluche et de grippe devront être isolés aussi strictement que possible, l'isolement en boxes individuels bien surveillé et bien réglé, par un personnel exercé et suffisamment nombreux est, pour les milieux hospitaliers, le procédé de choix dont l'efficacité n'est plus à démontrer.

Les malades seront maintenus au lit, dans un local bien éclairé et bien aéré, à la température optima de 17° environ; l'alimentation, pendant la période fébrile sera semi-liquide. Il n'est pas inutile de maintenir en permanence dans la chambre un récipient d'eau en ébullition additionné de une ou deux feuilles d'eucalyptus.

---

(1) Ce mémoire a été écrit spécialement pour *L'Union Médicale du Canada*, à la demande de notre collègue et ami, le docteur Paul Letondal, actuellement à Paris. Nous adressons à l'éminent pédiatre nos sincères remerciements. — N.D.L.R.

On s'efforcera de maintenir en état de propreté rigoureuse la peau et les muqueuses et de désinfecter soigneusement toutes les suppurations cutanéomuqueuses qui constituent autant de foyers d'infection aptes à se propager à l'arbre respiratoire à l'occasion de ces maladies infectieuses.

*Traitement symptomatique.*

On associe l'hydrothérapie à quelques médications, surtout toniques, mais l'hydrothérapie en est le moyen essentiel, aucun autre traitement curatif n'autorise à s'en dispenser, d'autant qu'elle est, chez l'enfant, d'application facile, utilisable dans tous les milieux; on peut la régler de la façon suivante:

Toutes les trois heures ou toutes les 4 heures, selon la gravité du cas et tant que la température atteindra 39 ou 38, 5 on fera régulièrement un enveloppement humide du thorax et du tronc, toutefois un enveloppement pourra être sauté la nuit, si l'enfant dort calmement.

On procédera de la façon suivante:

On peut employer soit une serviette ordinaire disposée de façon que, enroulée autour du corps elle l'entoure depuis la clavicule jusqu'à l'ombilic, soit de la tarlatane avec laquelle on prépare une bande de 12 à 16 épaisseurs ayant une hauteur et une longueur suffisante pour envelopper tout le tronc et se croisant sur la poitrine; on la coud à grands points et on la fait bouillir pour enlever l'apprêt.

Sur une table ou un lit on dispose, les uns sur les autres et dans l'ordre:

Une bande de flanelle de dimensions convenables ou une serviette pliée; une couche d'ouate ordinaire, épaisse de un ou deux centimètres, un taffetas imperméable débordant d'ouate; on prépare quelques épingles de nourrice et deux bandes de toile qui servent d'épaulettes.

On déshabille l'enfant et on l'enveloppe tout nu dans une couverture. On trempe la serviette ou la tarlatane dans de l'eau à 20 ou 25 degrés, on l'exprime de manière qu'il ne se produise pas de suintement et on l'étend sur le taffetas chiffon.

Le petit malade est couché sur le linge humide; on ramène et on croise sur sa poitrine successivement ce dernier puis le taffetas, l'ouate et la bande de flanelle. On fixe celle-ci avec des épingles et, au besoin on place les épaulettes. Le tout doit être tenu suffisamment serré pour empêcher les déplacements, sans toutefois gêner la respiration. Le malade est enveloppé dans une robe de flanelle ou dans une couverture et couché. L'opération doit être menée rapidement.

Certains médecins laissent l'enveloppement en place jusqu'au suivant, mais cette pratique a l'inconvénient de macérer la peau et de l'exposer aux infections pour peu que la maladie soit de longue durée, nous préférons le retirer au bout d'une demi-heure ou d'une heure lorsqu'il a pris la température du corps et n'a plus pour cette raison d'efficacité.

On peut associer le maillot humide au bain chaud, soit en remplaçant, une ou deux fois par jour, l'enveloppement par un bain à 37° d'une durée de dix minutes soit en associant le maillot au bain dont il prolonge l'action. Dans ce cas on place l'enfant dans le maillot au sortir de la couverture chaude où on l'a séché au sortir du bain.

Les enveloppements chauds sinapisés sont aussi très employés, ils rendent des services dans les bronchites simples ou dans les catarrhes suffocants, mais, dans les bronchopneumonies de longue durée ils ont l'inconvénient d'irriter la peau ce qui, joint à la macération peut provoquer des infections qui pourraient mettre obstacle à l'emploi des enveloppements. Dans ce cas ou lorsqu'il s'agit d'un malade atteint d'une infection de la peau on peut faire les enveloppements avec du sérum physiologique.

Ce mode de traitement a une action antithermique, révulsive et décongestionnante; il n'est pas rare de voir un enfant agité et suffoquant se calmer et s'endormir au bout de peu de temps dans son maillot humide.

A titre d'adjuvant on fera prendre, par cuillerées administrées toutes les deux ou trois heures une potion stimulante à l'acétate d'ammoniaque (0 gr 50 par année d'âge) et, en cas de dépression, tendance à l'algidité, on aura recours aux injections d'huile camphrée au dixième ou de camphre hydrosoluble (de 1/2 à 1 cmc. deux à trois fois par jour, selon l'âge), ou encore à la strychnine:

Sulfate de strychnine centigramme

Sirop de sucre 100 gr.

Une cuillerée à café — un demi-milligramme (Un milligramme à partir de 3 ans, deux milligrammes jusqu'à dix ans).

En cas de dyspnée et de cyanose les inhalations d'oxygène peuvent rendre des services à condition d'être administrées dans une chambre d'oxygénation ou avec un appareil à masque mais l'efficacité des inhalations avec le ballon d'oxygène est des plus réduites et celle des injections sous-cutanées discutables.

#### *Traitement curatif.*

On peut compter trois méthodes qui se proposent d'agir sur le processus infectieux, cause de la bronchopneumonie: la sérothérapie,

la vaccinothérapie, la colloïdothérapie; aucune de ces méthodes ne s'est imposée de façon suffisamment indiscutable non seulement pour dispenser des autres procédés de traitement, surtout de l'hydrothérapie, qui reste le fondement de la thérapeutique des bronchopneumonies, mais même pour aboutir à une méthode généralement adoptée; les statistiques, fondées sur des cas non comparables entre eux en raison des variations épidémiques et saisonnières de la gravité des bronchopneumonies, de la difficulté de définir même la bronchopneumonie, ne permettent aucune conclusion précise; aussi les pratiques sont-elles fondées sur des impressions purement cliniques et personnelles. Nous exposerons donc les différentes méthodes en indiquant celle à laquelle nous nous sommes personnellement arrêté.

#### *Sérothérapie.*

On emploie le sérum antipneumococcique polyvalent, le sérum antistreptococcique et le sérum antidiphthérique mais les résultats obtenus sont si peu démonstratifs que ces sérums ne sont employés qu'à titre d'adjuvants, associés à d'autres procédés, notamment à la vaccinothérapie.

#### *Vaccinothérapie.*

Elles est d'un emploi courant, depuis les travaux de M. Minet et de M. Dufourt, et son innocuité a contribué à en généraliser l'emploi dans une affection où le médecin est si désarmé.

Les vaccins le plus communément employés sont des stocks— vaccins polyvalents renfermant principalement des pneumocoques, streptocoques, entérocoques, staphylocoques et accessoirement des bacilles de Pfeiffer, de Friedlander, du pyocyanique etc. Les vaccins les plus employés sont ceux de Minet, antipneumonique, de Weill et Dufourt (Pneumocoques, entérocoques, staphylocoques, tétragènes) le pneumovaccin Clin, pulmonaire de Ronchèse, broncho-Vaelydun (lysats-vaccins) de Duchon, etc.

Les injections se font sous la peau, tous les jours ou tous les deux jours, en commençant par une dose de 1/4 ou 1/2 cm.c. en augmentant de la même dose jusqu'à la dose limite de un ou deux cm.c. selon les vaccins. Il est recommandé de poursuivre le traitement jusque l'apyrexie mais il semble plus prudent d'interrompre cette médication au bout de 6 à 8 injections si aucun résultat appréciable n'a été obtenu.

Certains auteurs associent la sérothérapie à la vaccinothérapie, on peut par exemple, comme le conseille M. D'Oelsnitz faire, pendant deux ou trois jours avant de commencer les injections de vaccin, des

injections de sérum antipneumococcique et antistreptococcique. M. Duchon admet que le bacille diphtérique joue un rôle très important dans les bronchopneumonies, il injecte pendant trois jours du sérum antidiphtérique et commence ensuite le traitement par son lysat-vaccin.

Il semble bien, en effet, que dans les milieux hospitaliers ou en période d'épidémité diphtérique l'action du bacille de Loeffler ne soit pas négligeable et nous croyons que l'on peut conseiller cette pratique lorsqu'il existe un corps purulent ou lorsque l'ensemencement permet de constater la présence dans la gorge ou dans les fosses nasales de bacille diphtérique long ou moyen.

#### *Colloïdothérapie.*

Les injections de collargol sont depuis longtemps employées dans le traitement des bronchopneumonies, mais la voie endo-veineuse ne peut être d'un emploi courant chez l'enfant et l'efficacité par voie intramusculaire est plus incertaine; personnellement nous donnons la préférence à la colloïdothérapie et nous utilisons les préparations d'or colloïdal par voie intramusculaire a fortes doses: injections d'une et ensuite de deux ampoules, tous les deux jours. C'est le seul traitement qui nous ait paru doué d'une action certaine sur la courbe thermique dans un assez grand nombre de cas.

Nous associons la colloïdothérapie à la sérothérapie diphtérique lorsque nous en trouvons les indications que nous avons signalées ci-dessus. Dans certaines formes prolongées il nous a semblé qu'à la phase tardive des bronchopneumonies, lorsque les injections de métaux colloïdaux ne donnent plus de résultat, une série d'injections de vaccin semblait parfois d'une certaine efficacité.

Enfin, dans les cas très graves on doit poser la question de l'abcès de fixation.

Les inconvénients de ces abcès ne sont pas niables aussi ne doit-on les considérer que comme un procédé d'exception réservé aux cas désespérés, mais ils nous ont paru, parfois, d'une efficacité non douteuse. D'ailleurs certaines précautions les atténuant notablement, l'injection sous-cutanée de 1/2 à un cent.c. d'essence de térébenthine doit être rigoureusement sous-cutanée, faite avec une aiguille non souillée par l'essence qui aura été puisée avec une autre aiguille et suivie de l'injection de quelques bulles d'air pour bien purger l'aiguille de l'essence au moment de l'extraction; on évite ainsi la pénétration de l'essence dans le derme qui est la cause du sphacèle de la peau, le principal inconvénient de l'abcès de fixation. L'abcès, s'il se collecte, doit être incisé vers le sixième jour.

## RECUEIL DE FAITS

---

### UN CAS DE PLEURO-PNEUMONIE GUÉRIE PAR UNE INJECTION INTRA-FOCALE D'AUTO-FILTRAT

Par Paul DESAIVE.

Le 12 juin 1930, à la soirée, entre à l'Hôpital l'enfant M... Joseph, âgé de 16 mois, né à terme et sans antécédents pathologiques, héréditaires ou personnels. L'affection qui motive l'hospitalisation de cet enfant a débuté, vers la mi-Mai par une pneumonie de la base droite; celle-ci après avoir évolué assez normalement jusqu'à la fin Mai, s'est compliquée d'une otite moyenne double qui a dû être opérée; après une amélioration passagère, la fièvre se rallume au début de Juin et prend rapidement une allure hectique et c'est avec le diagnostic de pleurésie purulente métapneumonique droite que l'enfant nous est adressé par le Dr. Demoulin.

L'examen clinique nous donne les éléments suivants: enfant pâle, amaigri, secoué de petites quintes de toux; dyspnée, tachycardie, température: 38°. — matité à la base droite s'étendant en haut jusqu'à la 7ème côte; à ce même endroit, atténuation du murmure vésiculaire, menus frottements, diminution légère de la perception manuelle du cri. Une ponction exploratrice, faite entre la 7ème et la 8ème côte, ramène un peu de pus épais et verdâtre, à pneumocoques. Ainsi se confirme le diagnostic initial de pleurésie purulente.

La longue période de pyrexie qu'a traversée l'enfant, l'atteinte profonde de son état général, la connaissance de la bénignité relative des interventions chirurgicales curatives de l'empyème à pneumocoques, nous autorisent à pratiquer immédiatement le drainage chirurgical de la plèvre: sous anesthésie générale au protoxyde d'Azote, résection partielle des 9ème et 10ème côtes dans la ligne axillaire postérieure, incision de la plèvre pariétale, écoulement de 40 cm<sup>3</sup> de pus environ — gros drain unique au ras de la plèvre, fermeture. — La faible quantité de pus écoulé ne laisse pas de nous étonner: mais l'état grave de l'opéré nous oblige à surseoir à toute exploration complémentaire.

Le 13 Juin, la température se maintient au dessus de 39° (voir courbe, fig. 1) et atteint 39°8 le 14 Juin au matin; la matité persiste sous la 7ème côte et le drain donne à peine quelques gouttes de pus; dès lors, il nous paraît évident que notre intervention n'a vidé qu'une partie de la collection

purulente et pour nous éclairer, nous demandons une radiographie du thorax. Celle-ci (voir figure 2.) montre:

- 1) un hémithorax gauche pratiquement normal.
- 2) un hémithorax droit présentant:
  - a) une zone supérieure claire.
  - b) une zone inférieure obscure, répondant aux lobes inférieur et moyen et parcourue par une bande claire, la grosse bronche droite. L'ombre du drain se dessine à la partie droite de cette région.

Nous pensons à un foyer de pneumonie lobaire droite, sous jacent à un épanchement pleural vraisemblablement cloisonné et nous instituons un traitement d'attente (ventouses, pansements chauds, boissons abondantes, régime riche en protéines et légumes verts, bains généraux et rayons ultra-violets, potion calmante et expectorante, irrigations au liquide de Dakin de la poche purulente ouverte).

Malgré ce traitement, la situation reste inchangée, ce qui nous amène à pratiquer le 19 Juin en plein foyer de matité à 3 cm. environ au dessus de l'orifice de costotomie, une nouvelle ponction qui ramène 10 cm<sup>3</sup> de pus verdâtre et est suivie le lendemain d'une rémission passagère de la tem-

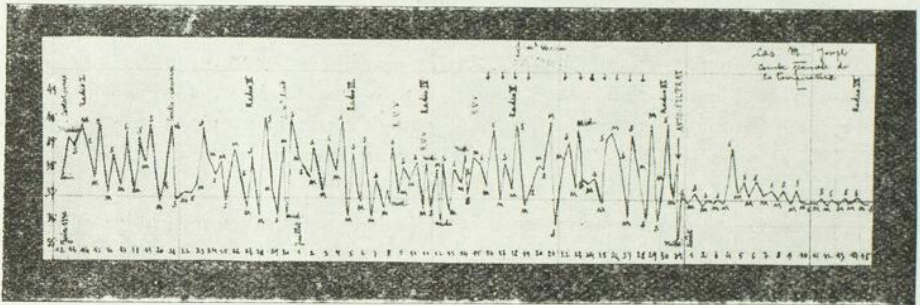


Fig. I. — Courbe de température établie du 12 Juin au 15 août 1930. A noter la brusque stabilisation au voisinage de la normale immédiatement après l'injection d'auto-filtrat le 31 Juillet.

pérature. Celle-ci remonte à 39°8 le 21 au matin, ce qui nous oblige à procéder à l'ouverture de la collection reconnue par la ponction, au moyen d'une pince de Kocher introduite par l'orifice de drainage et conduite verticalement en haut, parallèlement à la paroi thoracique interne; un petit drain est glissé dans la loge, probablement pleuro-pulmonaire, de l'abcès. — Cette manoeuvre provoque une chute importante de la température, malheureusement transitoire car dès le soir du 23 Juin, la fièvre reprend son allure hectique; les signes cliniques se modifient à peine (on perçoit sous l'épine de l'omoplate quelques râles muqueux mêlés aux frottements du début) et un deuxième cliché ne nous apprend rien de neuf.

A la fin de Juin la situation s'aggrave: l'amaigrissement s'accroît, les vomissements sont fréquents, la température dépasse par deux fois 40° — mais sans frisson. Une injection intra-fessière de lait bouilli (2 cm<sup>3</sup>) ne provoque aucune réaction notable.

A partir du 4 Juillet, nous observons une légère diminution des maxima thermiques, mais aussi une altération rapidement progressive de l'état général en rapport avec l'anorexie et même l'intolérance digestive. La maigreur est considérable, l'anémie importante (2.560.000 globules rouges — 15% d'hémoglobine) et la réaction leucocytaire, pratiquement nulle (8.100 globules blancs seulement). L'irrégularité de la température et l'absence de frissons nous font écarter le diagnostic de septicémie.

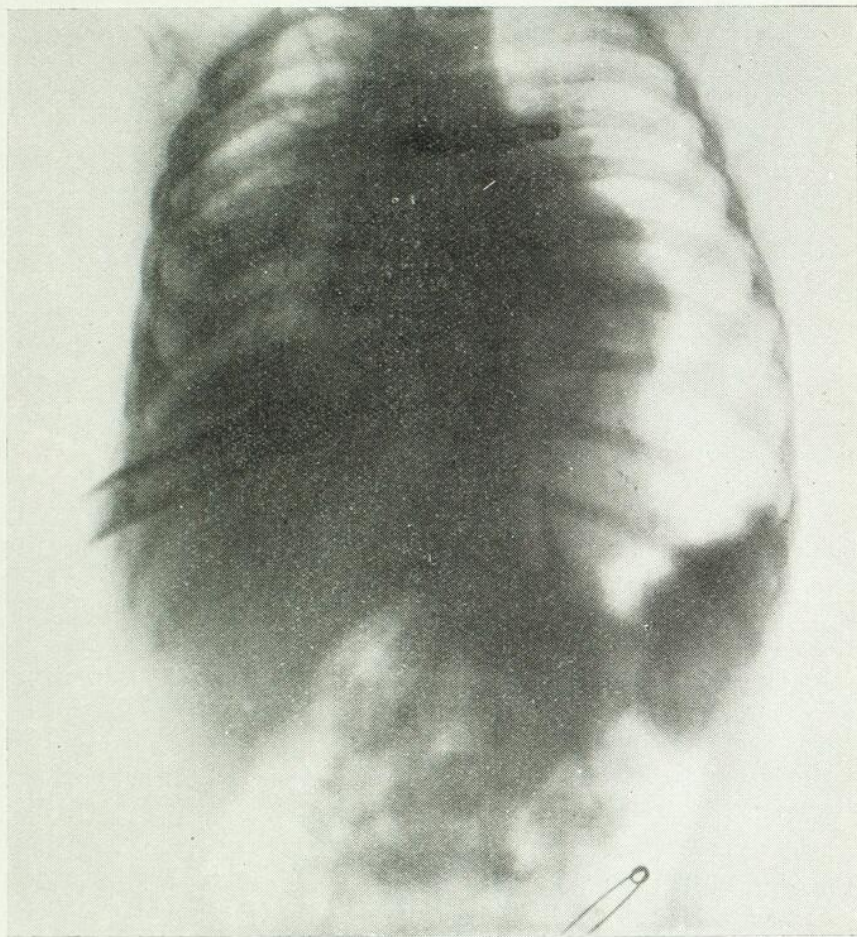


Fig. II. — Etat des poumons, le 14 Juin 1930, deux jours après la costotomie. Transparence parfaite du champ pulmonaire gauche. L'hyperpneumocolie met en évidence la silhouette de la rate et le bord inférieur du foie. La base du poumon gauche présente une obscurité non homogène parcourue de haut en bas par l'image claire bronchique. Le drain est visible à la partie inférieure du cliché.

Deux nouveaux clichés, faits à 6 jours d'intervalle, montrent de légères modifications dans le foyer obscur de la base droite: la condensation semble se concentrer dans la région para-hilaire, alors que la région basilaire s'éclaircit plutôt. Les signes cliniques subissent la même concentration et cependant plusieurs ponctions faites en cette région para-hilaire ne ramènent

qu'une goutte de liquide louche, dont la culture a permis de mettre en évidence un diplocoque (probablement pneumocoque) et de fabriquer, selon la méthode de Monsieur BESREDKA, un auto-filtrat.

Le 13 Juillet, le gros drain inférieur est supprimé, mais nous continuons les irrigations de Dakin dans le petit drain fin qui centre le foyer para-hilaire.

Le 17 Juillet, la température remonte à nouveau, une radiographie de profil ne montre rien d'autre qu'une infiltration diffuse de la base.

Du 16 au 18 Juillet, nous injectons quotidiennement sous la peau un 1/2 cm<sup>3</sup> de vaccin anti-pneumonique de Weil et Dufourt: la température ne se modifie pas, mais une défaillance cardiaque passagère nous oblige à interrompre deux jours le traitement et à prescrire du camphre soluble en injection et deux gouttes par jour de digitaline à 1/1000.

Le 28 et le 29 Juillet, nous introduisons dans la fistule pleurale persistante, 10 cm<sup>3</sup> d'auto-filtrat. Le 30, cette fistule est pratiquement fermée.

Les examens clinique et radiologique ne nous apprennent rien de neuf. A signaler seulement la persistance d'un très léger souffle à la base, dans la ligne axillaire postérieure droite. Mais l'état général de l'enfant est lamentable: la température subit de brusques sursauts, le pouls plafonne à 140 — 160 — la faiblesse est extrême, les accès de toux avec cyanose sont fréquents, la terminaison fatale paraît inévitable.

Nous pensons avoir affaire à un processus subaigu de suppuration pleurale en rapport avec la dissémination corticale (dans les deux lobes inférieurs droits) de nombreux foyers abcédés de broncho-pneumonie.

Le 31 Juillet, décidés à essayer, chez notre petit malade la méthode signalée par Nobécourt, de l'injection intra-pulmonaire de sérum ou de vaccin spécifique et frappés d'autre part par l'action particulièrement favorable qu'a eue, sur le tarissement de la fistule pleurale, l'application d'auto-filtrat, nous injectons en pleine zone inflammatoire, dans la ligne axillaire postérieure et à 3 cm. environ de profondeur, 6 cm<sup>3</sup> d'auto-filtrat. L'injection est poussée très lentement et en dehors de tout vaisseau.

Un quart d'heure après, réaction extrêmement violente: quintes de toux très rapprochées, extrémités froides et cyanosées, pouls incomptable, respiration saccadée, température à 35°5.

Sous l'influence de l'oxygène, de l'héxatone, de la suprarenine et des bains chauds sinapisés, l'enfant se calme et se recoloré peu à peu.

Vers 13 heures, il est remis au lit et y demeure prostré toute la journée.

Dans la soirée du 31 Juillet, la température se maintient aux environs de 37°. Le pouls et la respiration sont meilleurs. Du 1er au 3 août, l'état général s'améliore sensiblement: l'appétit renaît.

Le souffle disparaît le 3 août; il persiste des râles muqueux mais le murmure vésiculaire réapparaît le 5 août.

Après une hausse inexplicquée à 38° le 4 août (réaction anaphylactique?) la température tombe définitivement le 5 août.

Le 9 août, un cliché (voir figure 3) montre uniquement une région hilairé droite chargée de ganglions.

Le 10 août, l'examen de sang donne: 3.140.000 globules rouges — 20% d'hémoglobine — 13.200 globules blancs. Nous instituons dès lors une cure de foie (hépatrol) et de rayons U.V. et à la mi-septembre la guérison est complète (4.000.000 de globules rouges et 35% d'hémoglobine.)

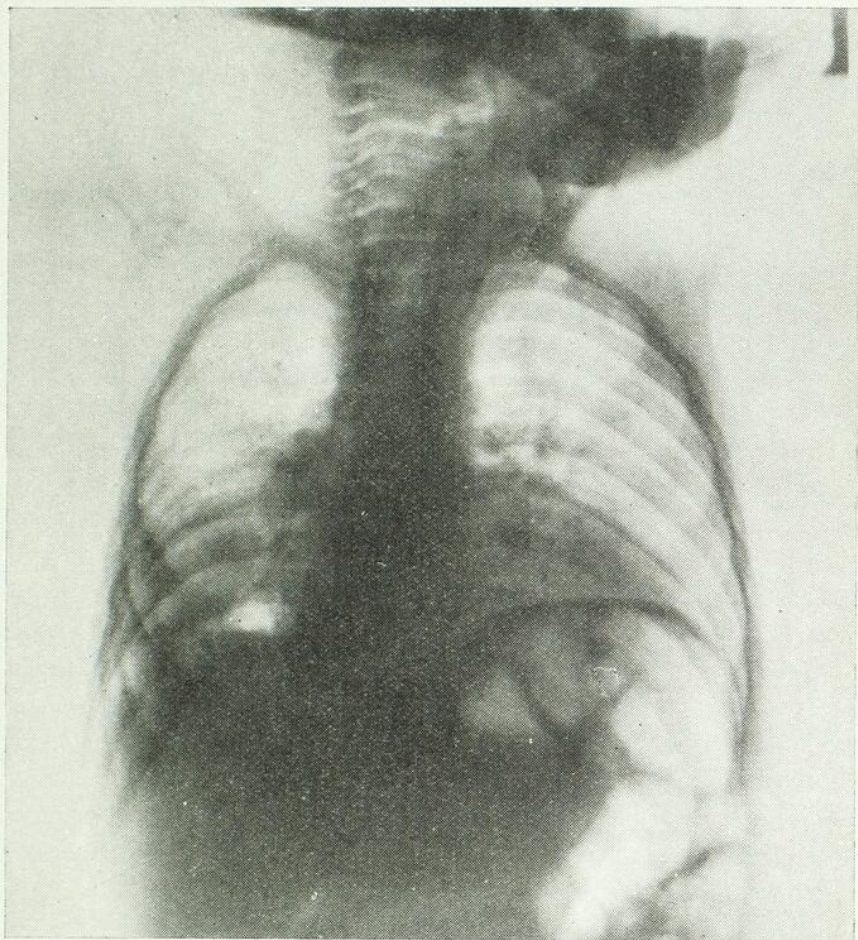


Fig. III. — Etat des poumons le 14 août, quinze jours après l'injection intra-focale d'auto-filtrat. Le champ pulmonaire droit s'est éclairci: il persiste une ombre ganglionnaire assez volumineuse dans la région hilare. A signaler la position particulièrement élevée du diaphragme gauche, sans doute en relation avec l'aérocolie.

On ne peut mettre en doute l'action remarquablement rapide de l'injection intra-focale d'auto-filtrat, car cette thérapeutique a été suivie brusquement de modifications très favorables dans l'état local et général, mais comment expliquer le revirement si rapide et si complet?

Est-ce par un choc protéinique direct analogue à celui provoqué par l'injection intra-veineuse de peptone, préconisée par Nolf dans les états septicémiques? C'est peu probable, car: l'injection n'a certainement pas été intraveineuse, la crise n'est survenue que plus d'un quart d'heure après la piqûre, la toux violente et quinteuse qui accompagnait la crise semblait témoigner d'une participation intense de l'appareil pulmonaire.

S'agit-il plutôt d'une action essentiellement spécifique de l'auto-filtrat, porté directement à l'endroit malade? Divers auteurs ont obtenu de réels succès par la sérothérapie ou la vaccinothérapie intrapulmonaire dans des cas de pneumonie ou de broncho-pneumonie; dernièrement encore le Docteur NIHOUL (1) relatait un cas de broncho-pneumonie grave dans lequel la sérothérapie antipneumococcique intrapulmonaire avait déterminé en 24 heures une marche rapide vers la guérison. Mais nulle part nous n'avons vu signaler d'action aussi rapide et aussi dramatique que celle de l'auto-filtrat dans le cas de mon petit malade. Peut-être y a-t-il eu chez lui une association singulière de divers phénomènes; l'antivirus, introduit brusquement et en quantité suffisante dans le foyer infecté a diffusé par les espaces lymphatiques pulmonaires (ce qui explique la réaction respiratoire précoce de l'enfant) puis a réalisé vis-à-vis des cellules pulmonaires réceptives au virus l'opération complexe de la désensibilisation; le virus cessant d'être fixé a fusé dans la circulation générale un chimiotactisme leucocytaire positif s'est établi et les perturbations générales provoquées dans le milieu par ces deux phénomènes concomittants peuvent expliquer l'intense réaction constatée.

Cette explication basée sur les théories de Monsieur Besredka est à notre avis la seule acceptable dans l'état actuel de nos connaissances.

---

(1) Liège Médical — 6 Avril 1930.

## LA CHORÉE ET SON TRAITEMENT

Par Gabriel LAFRESNIERE,  
Médecin de l'Hôpital Saint-Luc.

Jusqu'à l'époque de sa description par Sydenham, en 1688, la chorée était appelée danse de Saint-Guy, parce que sévissant au XIV<sup>e</sup> siècle, sous forme épidémique, en Hollande et en Allemagne, ceux qui en étaient atteints, se rendaient en pèlerinage à Dresselhausen, en Souabe, à la chapelle de saint Vitus ou saint Guy qui avait la réputation de guérir cette maladie.

Elle frappe surtout les enfants, entre six et quinze ans et de préférence les filles. Sa pathogénie, à l'heure actuelle, est très imparfaitement établie et on peut grouper ainsi les différentes opinions : une théorie rhumatismale qui la considère comme le rhumatisme du système cérébro-spinal, une théorie nerveuse qui en fait une névrose cérébro-spinale et une troisième théorie, celle qui réunit le plus de partisans et qui lui attribue une cause infectieuse avec en tête l'encéphalite épidémique.

Les troubles moteurs qui caractérisent cette affection consistent en mouvements anormaux, débutant ordinairement par le membre supérieur gauche puis envahissant progressivement un côté de la face, le membre inférieur correspondant, le tronc et enfin les membres du côté opposé. Ils sont assez souvent plus prononcés d'un côté et localisés à la moitié du corps, constituant ainsi l'hémichorée. Ce sont des contractions musculaires involontaires, spontanées, illogiques, désordonnées, imprévues, brusques, rapides, violentes et continuellement variables, augmentant par les émotions, le travail intellectuel et la fatigue et calmées par le sommeil naturel ou provoqué.

Le diagnostic différentiel doit éliminer les affections caractérisées par des mouvements non choréiques, telles que l'athétose, les myoclonies, les tics nerveux et la maladie de Friedreich, les tremblements causés par l'alcoolisme, l'hydrargyrisme, la maladie de Parkinson et la sclérose en plaques, et les affections au cours desquelles on observe des mouvements choréiques comme l'hémichorée des hémiplegiques, la paralysie infantile, les polynévrites et la chorée hystérique.

Bien qu'il ne soit nullement spécifique l'arsenic reste toujours le médicament classique et celui qui donne généralement les meilleurs résultats.

L'arsénite de potasse, sous forme de liqueur de Fowler, se donne à la dose de II gouttes par jour et par année d'âge, en augmentant chaque jour, d'une goutte, jusqu'à atteindre XX gouttes, pour redescendre graduellement au zéro. La solution aqueuse d'acide arsénieux à 1 pour 1000, comme sous le nom de liqueur de Boudin est administrée à doses progressivement croissantes, en commençant par quatre grammes par jour, en dilution dans une potion, et en augmentant de 2 grammes par jour, de façon à atteindre la dose moyenne et généralement suffisante, de vingt-cinq grammes, puis on diminue de deux grammes *pro die*.

Le novarsénobenzol une fois par semaine et le sulfarsénol tous les cinq jours, employés à doses progressives, comme pour le traitement de la syphilis et le cacodylate de soude ont donné des résultats inconstants et très discutables.

Pour que ces fortes doses d'arsenic soient bien tolérées, il faut adjoindre le régime lacté absolu, le repos au lit et l'isolement mais malgré ces précautions, on observe très souvent des accidents d'intoxication, en général peu graves, mais tout de même assez sérieux: nausées, vomissements, diarrhée, inappétence, amaigrissement, etc.

D'autre part, incorporé à un corps gras, spécialement le beurre, selon la méthode du professeur Weill, l'acide arsénieux ne provoque aucun accident toxique et est en même temps très facilement accepté par les enfants.

Cinq milligrammes au départ, avec augmentation de cinq milligrammes par jour, jusqu'à un chiffre maximum de quarante milligrammes; cette dernière dose peut être maintenue pendant quelques jours, puis on réduit de cinq milligrammes par jour jusqu'au zéro. Chaque dose d'acide arsénieux est incorporée à dix grammes de beurre bien étalé sur du pain. Cette tartine au beurre arsénical doit être mangée une fois par jour, au milieu ou à la fin du repas, mais jamais à jeun. C'est la méthode de choix.

L'antipyrine à la dose de trois à six grammes par jour, agit rapidement en huit à quinze jours; dans certains cas mais après trois semaines, il est inutile de continuer la médication, s'il n'y a pas d'amélioration notable.

Le gardénal, préconisé par certains auteurs, s'emploie à dose fractionnée, par comprimés d'un centigramme, toutes les deux heures, jusqu'à huit par jour. Dans les cas graves, on peut associer à la médication arsénicale, un traitement anti-spasmodique énergique sous forme d'injections sous-cutanées de bromhydrate d'hyoscine à la dose de 1/10e à 3/10es de millgr. par jour. (Babinsky et Dormay).

En Allemagne, on a fait grand état d'un médicament appelé nirvanol (phényl-éthyl-hydantoin) et dont la formule chimique est voisine de celle de phéno-barbital. (B. Seichtentritt, W. Langsfeld and M. Selberberg) (Jahrb f. Kinderh, 122: 12) 1928. Il agit non pas par son action hypnotique mais par la réaction spécifique qu'il produit après huit à quinze jours d'administration et qu'on appelle maladie du nirvanol, caractérisée par une éruption morbilliforme et de la fièvre. L'observation de cette dernière particularité permet d'affirmer l'hypothèse que cette thérapeutique constitue tout probablement une pyrétothérapie et c'est ce qui a incité un auteur américain (L. P. Sutton Journal of American Association, 1er août, 1931.) à traiter la chorée par l'hyperthermie provoquée. Chez vingt-quatre enfants choréiques traités par des injections intra-veineuses journalières de petites doses de vaccin anti-typhique combiné (T.A.B.) les résultats ont été excellents, la durée de la maladie après le début du traitement n'ayant été que de huit jours.

Voici les observations résumées de quatre cas de chorée que nous avons eu l'occasion de suivre, en même temps, dans notre service.

*Obs. I.* Dossier 4509. Lucien A..., 16 ans, écolier, entré le 30 novembre 1931.

Antécédents personnels: croup, rougeole et scarlatine en bas âge, bronchite aiguë en mars 1931.

Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, changement dans le caractère: irascibilité, émotivité, etc. Mouvements choréiques, déviation de la bouche, tremblement de la langue, parole embarrassée.

A l'examen objectif, rien de particulier, si ce n'est l'hypertrophie des amygdales.

Tension artérielle: gauche 96/60, droite 90/50.

B. W. négatif, analyse d'urine normale.

Les mouvements sont plus marqués du côté droit.

Traité pendant deux semaines à la liqueur de Fowler sans résultats appréciables.

Depuis le 14 décembre 1931, beurre arsénical.

Le 19 décembre 1931, complications pulmonaires: submatité du tiers inférieur du poumon droit et râles sous-crépitants, zone de respiration soufflante près du bord inférieur de l'omoplate.

Le 22 décembre 1931, submatité à gauche, mais moins étendue qu'à droite et présence de râles sous-crépitants. Le 12 janvier 1932, rien aux poumons.

Disparition à peu près complète des mouvements et parole facile constatées le 26 janvier 1932. Amélioration continue.

*Obs. II.* Dossier 4685. Yvette T..., 15 ans, entrée le 13 décembre 1931.

Antécédents héréditaires: père mort de tuberculose à 30 ans, mère vivante, en bonne santé. Deux sœurs vivantes, dont l'une a déjà fait de la poliomyélite et l'autre est tuberculeuse. Trois frères morts en bas âge et un vivant, nerveux (chorée?)

Antécédents personnels: rougeole, scarlatine, diphtérie, varicelle. A déjà été traitée à l'Institut Bruchési. Menstruée à 15 ans, cet été, ne l'a été qu'une seule fois depuis, le 27 septembre 1931, avec accompagnement de céphalée, nausées et vomissements. C'est un mois après, que ses troubles commencèrent: nervosité, caprices, puis mouvements brusques incoordonnés, débutant à l'épaule droite et au bras droit pour prendre successivement tous les membres.

Tension artérielle: 100/65. Poids 80½ lb. B. W. négatif, analyse d'urine normale.

A l'examen objectif, rien de particulier, si ce n'est un souffle systolique à la pointe du coeur et une légère scoliose à concavité gauche.

Deux séries de beurre arsénical amenèrent la disparition des mouvements, constatée le 1er février 1932.

Le souffle systolique a disparu, mais les deux bruits sont claqués à la pointe.

*Obs. III.* Dossier 4724. J. A. D..., 15 ans, écolier, entré le 29 décembre 1931.

Antécédents personnels: rougeole, variole. Amygdalectomisé et herniotomisé. Première atteinte de chorée, il y a six ans, se répétant depuis, chaque année.

La crise qui l'amène a débuté, il y a 15 jours.

Mouvements involontaires, spontanés et brusques de tous les membres et des muscles de la face. Tuméfactions indolores aux tibias, micropolydermie à la région convicale, incontinence d'urine diurne et nocturne.

Pression artérielle: 115/80. B. W. négatif. Hémoculture négative après quarante-huit heures.

Petit souffle systolique à la pointe.

Traitement au beurre arsénical.

Le 12 janvier 1932: mouvements légèrement diminués, disparition du petit souffle.

Le 26 janvier 1932: mouvements nettement atténués et très légères contractures de la face.

Le deuxième bruit à la pointe est un peu dur.

A date, le malade s'améliore de plus en plus.

*Obs. IV.* Dossier 4762. L. M..., 6 ans, entré le 8 janvier 1932.

Antécédents héréditaires: père et mère en bonne santé, deux sœurs et un frère. Dix frères et sœurs morts en bas âge.

Première atteinte de chorée, il y a un mois. Mouvements brusques, désordonnés, involontaires des membres et de la figure, ressemblant presque à des convulsions, parole difficile et cris répétés.

Tension artérielle: 108/46. B. W. négatif.

Cœur: dédoublement constant du premier temps et claquement du second temps à la pointe.

Chez ce malade nous avons voulu faire de la pyrétothérapie, mais incapable de nous procurer le vaccin T.A.B. nous avons employé le phylacogène anti-typhique, qui d'ailleurs n'a produit aucune élévation thermique et partant n'a donné aucun résultat.

Au bout d'une semaine, nous avons recouru au beurre arsénical.

Le 20 janvier 1932, les mouvements sont beaucoup moins prononcés et la parole est plus facile.

Le patient continue à s'améliorer.

En définitive, le traitement de la chorée est purement empirique et tous les auteurs sont d'accord pour donner la préférence à la médication arsénicale, en particulier à l'acide arsénieux. Ce dernier administré, selon la méthode de Weill, sous la forme de beurre arsénical est, croyons-nous, la médication idéale parce que la plus simple, la plus facile est en même temps la seule qui soit dénuée de toute toxicité. (1)

---

(1) Travail du service de médecine de l'hôpital Saint-Luc.

## ADHÉRENCE ET RÉSISTANCE ANORMALES DES MEMBRANES

Par Jean CHAMPEAU

de la clinique obstétricale de l'hôpital général de la Miséricorde.

La rupture précoce artificielle des membranes peut-être indiquée comme traitement à différents temps au cours de la période de dilatation.

Mademoiselle X. 21 ans, primipare, est hospitalisée le 6 novembre. Elle entre à la salle d'attente à 10 heures de l'avant-midi. Le travail débute. Elle ressent des douleurs dans le bas-ventre à toutes les 20 minutes.

Antécédents héréditaires: Stigmates de rachitisme de l'enfance.

Rougeole en bas-âge. Rhumatisme articulaire avec étape fébrile vers l'âge de la puberté.

Spécificité depuis cette dernière grossesse.

Carie dentaire prononcée.

Gestation actuelle: Son état général est satisfaisant. Dernières menstruations du 20 au 26 mars. Au 2e mois de sa grossesse apparaissent quelques troubles sympathiques. Elle souffre de son estomac. Des nausées et vomissements matutinaux durent un mois. Sa figure est pâle et pigmentée. Sa taille est plutôt petite. L'utérus gravide gêne son intestin et cause de la stase fécale.

Cette patiente est intéressante par sa longue période de dilatation. Les douleurs prolongées exposent à l'hémorragie, à l'infection, à la mort du fœtus in utero. Dès son entrée à la salle, on examine cette primigeste. Elle est de huit mois à peu près. Les diamètres externes du bassin sont normaux. Le promonto-sous-pubien mesure 11½c. Le sacrum est normal. La présentation est longitudinale, en position occipito-iliaque gauche.

Le cœur foetal est entendu 120 fois à la minute. Ses battements sont perçus à mi-chemin sur la ligne qui réunit l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'ombilic. Des glaires teintées de sang s'écoulent du vagin sur la vulve.

*Le 7 novembre à 4½ heures:* On pratique le premier toucher. La vulve est celle d'une primipare, l'hymen à moitié disparue, les parois vaginales sont normales. Le col presque effacé, présente une dilatation de dix sous. La poche des eaux est intacte. La température est à 98°/ la pulsation à 100.

*Le 7 novembre à 20½ heures:* La patiente souffre depuis 20 heures. Un nouvel examen montre un col effacé, dilaté de 50 sous. La tête est engagée et basse. La poche des eaux est plate et tendue.

*Le 8 novembre à 2½ heures:* Après 28½ heures de douleurs, un autre examen n'indique aucun changement dans la dilatation depuis les huit dernières heures. Le col est effacé, dilaté de 50 sous. La poche des eaux intacte.

Ce retard de dilatation mérite notre attention. Cette patiente devrait être accouchée depuis dix heures et n'a qu'une dilatation de 50 sous. La patiente souffre beaucoup et gémit. Le médecin de service pratique un nouvel examen et constate que la dilatation a quelque peu progressé. On vérifie de nouveau que le bassin est normal, on ne trouve pas de tumeur praevia, ni d'anomalie du fœtus qui est en sommet gauche antérieur. Les douleurs durent depuis 36 heures.

Seule la poche des eaux tient bon et présente une résistance anormale. Elle donne au toucher digital la sensation du parchemin. Elle est tendue paraît épaisse et résiste fortement. En pareil cas d'anomalie de dilatation du col, nous incriminons la résistance et l'adhérence anormales des membranes sur les parois internes du segment inférieur. En plus de la fatigue de la mère, l'enfant souffre, son cœur irrégulier bat à 150.

Comme traitement: nous sommes justifiables de rompre précocement et artificiellement la poche des eaux.

Nous présumons que l'accouchement se terminera rapidement.

En effet, après la rupture de la poche des eaux, la marche de la dilatation s'accélère. Les douleurs changent de caractère, le travail se précipite. La tête fœtale franchit le col, vient appuyer sur le plancher périméal, apparaît à la vulve. En deux heures elle complète sa dilatation terminant l'expulsion. Elle accouche d'un hérédo-spécifique de 5½ livres, apparemment bien constitué, en asphyxie bleue.

Le repos physiologique se prolonge au delà de 40 minutes. La période de délivrance dure une heure. Aucun incident ne trouble cette phase d'inertie utérine.

Durant les suites de couches, la courbe thermique varie de 99 à 101 degrés du 3e au 6e jour. Cette température est due à l'infection utérine causée peut-être par les touchers répétés, nécessités par la surveillance de cet accouchement prolongé.

Nous concluons que cette période de dilatation fut beaucoup trop prolongée. Nous aurions pu éviter 20 heures de douleurs et de dépression à cette parturiente. Il s'agissait de rompre plus précocement cette poche des eaux. Nous notons tout de même qu'un utérus qui contient un œuf ouvert est voué à l'infection, s'il ne se vide pas assez rapidement. C'est ce risque d'infection probable qui nous rend hésitant à ouvrir les membranes avant la dilatation complète.

Selon J. Kreis, professeur agrégé de la clinique de gynécologie et d'obstétrique de Strasbourg ce cas confirme la valeur d'une méthode médicale qui facilite l'évolution de l'accouchement et qui élimine des variétés d'obstacles à la dilatation.

## A PROPOS D'UN CAS DE DYSTOCIE FOETALE

Par Alc. RICARD.  
Médecin de la Miséricorde.

L'excès de volume du fœtus, est une cause plutôt rare de dystocie. Il nous est cependant donné d'en observer quelques cas isolés, un sur trois mille accouchements environ.

Le seul fait de se rappeler l'existence de cette anomalie peut rendre à l'occasion de grands services.

L'augmentation du volume de l'abdomen fœtal peut être attribuée à trois causes différentes :

- 1/ La présence d'ascite.
- 2/ La rétention d'urine.
- 3/ La dégénérescence polykystique des reins.

Quelles sont les causes de ces troubles congénitaux ?

1/ L'ascite est rare, et souvent apparenté avec la syphilis. Dans d'autres cas la syphilis n'existe pas, et l'ascite coïncide avec des lésions du foie, de la rate, des reins ou encore avec des malformations cardiaques. La quantité de liquide peut varier de 100 grammes à deux litres.

2/ La rétention d'urine est due en général à une malformation congénitale de l'urètre.

Parfois il s'agit d'un simple accolement des parois urétrales.

La vessie peut contenir un à deux litres d'urines.

3/ La dégénérescence polykystique des reins est une affection rare. Le rein est transformé en une tumeur solide, brunâtre, plus ou moins farci de kystes de dimensions diverses.

Le liquide des kystes est transparent et jaunâtre. Le poids total des deux reins peut atteindre jusqu'à 1000 grammes.

Il va sans dire que le diagnostic de ces causes de dystocie fœtale est impossible à faire durant la grossesse.

Pendant le travail, le diagnostic ne se pose qu'au moment où une difficulté surgit après l'extraction de la tête ou du siège.

Le toucher manuel profond seul permet de reconnaître cette anomalie congénitale de la grossesse.

Conduite à tenir en pareille occurrence?

Ponctionner ou éviscérer selon le cas.

Il m'a été donné au cours de la pratique obstétricale d'observer une de ces dystocies, espérant être utile à quelques confrères j'en fais mention :

Madame D..., 35 ans, mère de trois enfants, en bonne santé, fait une grossesse normale.

Le travail de l'accouchement se déclanche et progresse normalement.

Après dilatation complète son médecin constatant l'arrêt de la progression du travail bien que les douleurs soient intenses et que la tête foetale ne soit pas disproportionnée aux diamètres du détroit supérieur, donne un  $\frac{1}{2}$ c. c. d'extrait hypophysaire.

Les douleurs redoublent, n'amenant aucune progression du travail.

Après une heure d'attente, il réinjecte 1c. c. d'extrait hypophysaire et obtient le même résultat.

Une applications de forceps est alors tenté, efforts vains.

A ce moment, nous fûmes demandés en consultation.

L'histoire du cas raconté par le confrère, et surtout le souvenir d'un cas semblable raconté par le Professeur DeCotret il y a quelque dix ans me fit penser à la possibilité de cette dystocie.

Nous fîmes un examen de l'état physique du foetus après introduction de toute la main dans les voies vaginales. Il nous fût alors facile de constater qu'il s'agissait d'un cas d'ascite foetale, une ponction faite tout simplement par l'introduction d'une longue aiguille de gros calibre dans la ligne médiane de l'abdomen juste en dessous du diaphragme laissa s'écouler 1500c. c. d'un liquide jaune citrin.

Les douleurs permirent après, l'expulsion d'un foetus mort.

#### REFLEXIONS :

1° La tétanisation utérine, la rupture de ce même organe ne sont-elles pas souvent occasionnées par l'administration intempestive de l'extrait hypophysaire?

2° L'enfant n'est-il pas mort par la même cause?

3° La notion de cette anomalie ne sera-t-elle pas utile à l'occasion.

---

## PETITE CLINIQUE

---

### PURPURA HÉMORRHAGIQUE ET RHUMATOÏDE POST-ARSENOBENZOLIQUE

Par Alberic MARIN.

Chef du service de dermato-syphiligraphie à l'hôpital Notre-Dame.

“Voici un jeune homme de 26 ans qui s'est présenté à notre Service, le 5 décembre 1930, en pleine éclosion clinique de syphilis secondaire: micro-polyadénopathie, plaques muqueuses, roséole, vestiges de chancre préputial; son Wasserman était positif total. Il est mis au traitement par le Novar qui ne lui cause aucune réaction. En mars 1931 son Wassermann est devenu négatif. Peu après il reçoit des injections bi-hebdomadaires de Bismuth qu'il supporte fort bien. En décembre 1931 (son Wassermann étant toujours négatif) il est soumis à des injections de Sulfarsenol intra-musculaires. Après cinq piqûres (0.12ctg, 0.18, 0.24, 0.30, 0.48) données une fois la semaine il revient à la Clinique le 19 janvier 1932 avec une éruption de petites taches purpuriques disséminées à presque tout le tégument, mais réparties beaucoup plus abondamment aux membres, surtout aux inférieurs. Deux jours après il est pris de saignements de nez, des gencives, en même temps que se montrent de petites hémorragies sous-conjonctivales.

“De plus les grandes articulations (coup de pied, genoux, coudes, épaules) sont devenues douloureuses, soit spontanément, soit à l'occasion d'un mouvement. On n'y décèle aucun gonflement. Cet état nécessite son hospitalisation.

“Il est pâle, ses muqueuses sont décolorées. L'hémorragie des muqueuses persiste sans arrêt durant 48 heures, puis cessant par intervalles et diminuant d'intensité, s'arrête tout à fait au bout de cinq jours. Sa formule leucocytaire n'indique alors que 3½ millions de globules rouges.

“Durant la phase hémorragique le temps de saignement est de 30 minutes et le temps de coagulation considérablement augmenté.

“Les arthralgies vont décroissant peu à peu. Les taches de purpura s'effacent graduellement; en une quinzaine le malade peut sortir du service complètement remis. Le traitement consiste en repos au lit, chlorure de calcium et hémoplastine.”

\* \* \*

Les arsénobenzènes, administrés à *quelque dose que ce soit* peuvent donner lieu à divers accidents immédiats ou éloignés.

*La crise nitritoïde*, qui survient en cours d'injection ou immédiatement après est parfois dramatique. Dans les cas intenses, le malade présente une injection rouge vif des conjonctives, une fluxion de la face avec bouffissures des paupières et des lèvres, du gonflement de la langue. Il peut à peine parler, sa respiration est difficile. Puis il est pris de vomissements, coliques, diarrhée. Cette crise est néanmoins facilement jugulée par l'injection sous-cutanée immédiate d'un centimètre cube d'adrénaline au 1000e. La crise nitritoïde intense se présente assez rarement. Durant l'année 1933 sur 12000 injections arsénicales données dans notre service de l'hôpital Notre-Dame nous n'avons enregistré que cinq crises nitritoïdes qui furent toutes aisément contrôlées.

*L'apoplexie séreuse* survient 2 ou 3 jours après l'injection. C'est un accident le plus habituellement fatal.

Le malade souffre d'abord de contractures du cou, se met à délirer, peut faire des convulsions puis sombre peu à peu dans le coma et meurt. Des ponctions lombaires répétées et des injections nombreuses d'adrénaline auraient déjà sauvé quelques malades.

C'est un accident des plus rare. Il nous a été donné de n'en observer qu'un seul cas.

*L'ictère* post-thérapeutique s'observe parfois. Il se présente au cours d'une série d'injections novarsénicales. C'est une contre-indication formelle à la poursuite du traitement. Il ne faut pas le confondre avec *l'ictère syphilitique* lequel traduit une hépatite syphilitique et survient chez des malades insuffisamment traités environ deux mois après la dernière piqûre. La reprise du traitement amène la rétrocession rapide de cet ictère syphilitique.

La grande *érythrodermie œdemato-vésiculeuse* est une autre grave complication post-thérapeutique. Elle survient tout aussi bien chez ceux qui ont reçu quelques petites doses de novar que chez ceux qui sont traités intensément depuis longtemps. Elle est donc attribuable à une intolérance d'emblée ou acquise plutôt qu'à une intoxication. Le malade devient rouge de la tête aux pieds avec œdèmes locaux (paupières, lèvres, jambes) en même temps que se montrent une vésiculation et un suintement qui durent environ 3 ou 4 semaines. Puis une large desquamation lamelleuse s'installe qui devient peu à peu furfuracée. L'évolution dure de 2 à 3 mois. Plusieurs cas de morts lui sont imputables. Eventualité, somme toute, assez rare, puisqu'en 1931 sur 12000 injections de 914 nous n'avons enregistré que cinq grandes érythrodermies qui toutes se terminèrent par la guérison.

Plusieurs autres éruptions peuvent survenir en cours de traitement: urticariennes, eczématoïdes, psoriasiformes, pityriasiformes. Nous avons eu l'occasion d'observer 7 ou 8 cas de pityriasis rosé de Gibert survenant en cours de traitement arsénobenzolique. Il s'agissait de pityriasis rosé caractéristique avec sa plaque initiale et ses médaillons typiques. Cette éruption était sans doute due à une réaction biotropique.

Nous avons pu observer chez deux femmes après 2 ou 3 séries de 914 l'apparition de multiples petits angiomes tubéreux (points rubis) disséminés en assez grande abondance çà et là. C'est un fait dont nous n'avons pu retrouver aucune observation dans la littérature.

Enfin le purpura peut apparaître, purpura simplex ou purpura rhumatoïde ou purpura hémorragique ou encore comme chez notre malade rhumatoïde et hémorragique.

Ces diverses complications tout en présentant de graves inconvénients n'ont que rarement un dénouement fatal. D'autre part elles présentent l'indication formelle de cesser toute thérapeutique arsénobenzolique. Et ces tréponémiques perdront les avantages extraordinaires que donnent cette médication l'une des grandes découvertes de ce siècle.

---

# MOUVEMENT MÉDICAL

---

## LE SEPTIÈME CONGRÈS DES PÉDIATRES DE LANGUE FRANÇAISE

(Strasbourg, 5, 6 et 7 octobre 1931)

(*suite et fin*) (1)

**Par Paul LETONDAL,**

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

La connaissance des avitaminoses est de date relativement récente. C'est en effet en 1897 que Eykmann montre que le bérubéri est dû à l'emploi exclusif du riz décortiqué et c'est en 1912 que Funk essaye d'isoler le principe actif contenu dans les cuticules des céréales et crée le terme de vitamine. Depuis ce moment le cadre des avitaminoses s'est élargi: un certain nombre de syndromes cliniques, par exemple le scorbut, le bérubéri, la xérophtalmie, et pour une part le rachitisme en font partie. Ce sont là des maladies classées, avec des symptômes bien définis et un tableau clinique complet.

Les avitaminoses ne diffèrent pas des autres maladies de la nutrition: elles ne se constituent pas d'emblée, mais par une lente progression vers le stade définitif. A un premier degré aucun des symptômes habituels qui marquent la carence n'est apparu: c'est une période de troubles de la nutrition et de la croissance. C'est le stade latent de Hess, ou stade de précarence de Weill et Mouriquand. A une phase plus avancée, les signes n'apparaissent qu'ébauchés, ou bien un symptôme accessoire, ordinairement de second plan, domine à lui seul la scène clinique. Ce sont les formes frustes des avitaminoses, qui lorsque les conditions que nous allons maintenant énumérer se trouvent réunies pourront aboutir aux formes complètes.

---

(1) Voir *L'Union Médicale du Canada*, Nos de janvier et mars.

*Des conditions nécessaires pour aboutir à un état d'avitaminose au stade complet.*

Au début de la connaissance des avitaminoses, celles-ci étaient apparues comme différentes des autres troubles nutritifs déjà étudiés. La suppression de la vitamine devait déterminer l'apparition des troubles spécifiques. Les études très nombreuses qui ont été faites depuis 1912 ont montré que les phénomènes ne se passaient pas d'une façon aussi simple: il y a toute une série de conditions nécessaires à l'apparition de l'avitaminose. Elles tiennent soit à la vitamine elle-même, soit à l'organisme sur lequel elle agit, et de la combinaison de ces divers facteurs sont faites la date d'apparition des troubles par carence, leur intensité et leur variété.

1° *La quantité de vitamines.* — Au début cette notion de quantité semblait ne pas devoir intervenir. Hopkins qui, le premier, montra l'importance de ces substances minimales, leur attribuait une action catalytique ou stimulante et considérait la quantité de ces substances comme négligeable. En réalité, il faut pour éviter l'avitaminose une quantité déterminée de vitamines. Si elles restent au dessous du chiffre normal, on voit apparaître ce que Weill et Mouriquand ont appelé les carences partielles. La plus connue de toutes est le scorbut chronique expérimental dans lequel les signes de certitude n'apparaissent qu'au 80e jour, alors que dans le scorbut expérimental aigu, ils apparaissent au 12e jour. Cette prolongation du stade latent est due à ce que le régime alimentaire du scorbut chronique contient une quantité de vitamines C égale seulement au quart de la dose suffisante. On peut comparer d'une façon absolue ces résultats à ceux que fournit la clinique. Les formes frustes et latentes de l'avitaminose C sont le résultat de carences partielles:

2° *La notion du terrain.* — Il ne suffit pas pour avoir une nutrition normale de fournir à l'organisme une certaine quantité de vitamines. Des recherches ont montré que cette quantité fût-elle suffisante l'organisme qui la reçoit peut l'utiliser d'une façon défectueuse, lorsqu'interviennent différentes causes qu'il convient d'étudier séparément.

a) *Age.* — Plus l'organisme est jeune, plus il réclame une quantité importante de vitamines. Pour éviter le scorbut, il faut chez le jeune sujet des quantités proportionnellement plus considérables de jus de citron que chez l'adulte. C'est ce qui ressort des recherches de Mouriquand, Michel et Bernheim. A cette règle, il y a une exception,

pour les premières semaines de la vie. Les premiers auteurs ont montré que chez le nouveau-né, le syndrome de carence apparaissait plus tardivement que dans les semaines suivantes, comme si l'organisme jeune arrivait au monde avec une réserve de vitamines à lui léguée par la mère. Ainsi serait expliqué la très grande rareté du scorbut au cours des premiers mois.

b) *L'état de la nutrition.* — La quantité de vitamines nécessaires est réglée également par l'activité de la croissance; plus celle-ci est intense, plus grande doit être la quantité fournie. C'est pour cette raison que le nourrisson présente des avitaminoses plus facilement que l'adulte, car dans le premier âge le métabolisme est plus actif que par la suite. Il faut un apport calorique suffisant pour la mise en évidence des symptômes caractéristiques des avitaminoses. Dans le scorbut, pour prendre un exemple, plus le nombre de calories est grand par rapport à la quantité de vitamines C, plus les symptômes de la maladie se manifestent. L'écart calories-vitamines joue de façon précise; un large écart (régime large) entraînant l'apparition du scorbut, un faible écart (régime restreint) ne permettant pas son apparition (Mouriquand).

c) *Les infections.* — Les rapports qui existent entre les infections et les avitaminoses peuvent être considérés de deux points de vue différents. Ou bien on peut étudier l'évolution des infections sur un terrain carencé, ou bien on peut chercher à savoir quelle est l'influence des infections sur l'apparition de l'avitaminose. Il est un fait certain, c'est qu'en clinique une infection marque souvent le moment d'apparition des signes manifestes de la carence. Les exemples sont nombreux et le rapporteur en expose quelques uns parmi les plus caractéristiques. Bien que les faits expérimentaux aient donné des résultats différents de ceux qu'on observe en clinique et qui montrent la complexité du problème, les observations recueillies chez le nourrisson laissent à penser que les infections concourent à la formation d'un terrain sensible à la carence. On peut en dire autant des intoxications qui agissent dans le même sens.

#### *Etude clinique des avitaminoses.*

Tout le monde reconnaît comme maladies dues à des avitaminoses le scorbut, le bérubéri, la xérophtalmie et le rachitisme. Leur rapport avec la carence en vitamines A.B.C.D. a été établi cliniquement et biologiquement. L'intérêt de l'étude de ces maladies réside donc principalement dans leur forme fruste et aussi dans la période plus ou moins longue qui précède l'apparition des symptômes caractéristiques et qui constitue le stade latent.

*Avitaminose C.*

*Le prescorbut.* — Afin d'éviter toute équivoque dans la description des formes frustes et latentes du scorbut, il importe de définir exactement leur limites c'est-à-dire de préciser les signes du scorbut confirmé. Ce qui fait la caractéristique du scorbut et en permet le diagnostic en dehors de toute autre constatation, c'est l'hémorragie ostéo-périostée. En même temps que les hémorragies ostéo-périostées ou indépendantes d'elles, on voit un autre signe: les hémorragies gingivales. Chez le nourrisson ce symptôme est inconstant, car il dépend de l'apparition des dents et il ne se produit pas si celles-ci n'existent pas. En dehors de ces deux symptômes, il n'existe pas de signes caractéristiques du scorbut confirmé.

*Fréquence et durée du prescorbut.* — Si l'on s'en tenait aux cas publiés, il semblerait que les scorbut frustes et latents soient des raretés. Il n'en est rien et ce n'est qu'une apparence due à ce que ces états ne sont ni connus ni diagnostiqués. Quant à la durée et à la date d'apparition, elles sont essentiellement variables suivant les conditions de terrain et d'apport de vitamine C. On sait cependant que le scorbut typique n'apparaît chez les nourrissons guère avant le sixième mois, et le cas le plus précoce observé par Hess l'a été à 4 mois et demi. C'est donc dans le courant des six premiers mois que l'on doit observer le plus fréquemment le scorbut latent et aux approches du sixième mois les signes du scorbut fruste.

*Description générale du prescorbut.* — Avant d'entreprendre l'étude détaillée des signes du prescorbut, il nous paraît utile de donner une idée générale de la façon dont se présente en clinique la période préparatoire du scorbut. Aux environs de six mois, le nourrisson cesse de prospérer, de prendre du poids, de respirer la santé et d'avoir de l'appétit. Il est pâle, a souvent un léger œdème des paupières supérieures. L'enfant est irritable et criard. Les gencives montrent une certaine lividité ou un rebord cramoisi. Les papilles de la pointe de la langue sont particulièrement congestives et on peut voir une tache pétéchiiale sur le frein. Il y a de la flaccidité des membres inférieurs, de l'oligurie. Ce tableau constitue le fond commun sur lequel vont évoluer les signes que nous allons maintenant étudier en détail.

Les différents symptômes qui, par leur apparition précoce, constituent les formes monosymptomatiques du scorbut, peuvent se grouper en deux catégories. La première comprend ceux qui rappellent la dominante symptomatique du scorbut, les hémorragies et les anémies; ce sont les véritables formes frustes; la deuxième est constituée par

des troubles organiques ou des altérations de la nutrition générale qui ne rappellent en rien le scorbut: ce sont les formes latentes.

a) *Les hémorragies.* — Les plus fréquentes sont les hémorragies cutanées. Elles apparaissent sous forme de pétéchies petites, de la grosseur d'une tête d'épingle. On les trouve souvent localisées au visage, sur le cou, aux environs de l'épaule, souvent sur la peau du tronc, plus rarement au bras. Les extrémités inférieures n'en ont pas. Celles des muqueuses se voient sur le palais, à l'intérieur de la lèvre inférieure, à la pointe de la langue, aux plis de la langue, sur la conjonctive. Mais l'hémorragie muqueuse la plus importante est l'érythrocyturie signalée depuis longtemps par Comby comme un des premiers signes du scorbut. Il existe des manifestations plus rares: la pleurésie hémorragique, l'eczéma sanguinolent, certaines formes hémorragiques des fièvres éruptives, etc.

b) *Les anémies.* — L'anémie est un symptôme très fréquent dans le scorbut, ainsi que l'ont montré les recherches hématologiques chez l'homme et chez l'animal. D'après Mouriquand, on trouve au moment de l'installation du scorbut expérimental la formule suivante: 2.500.000 globules rouges avec 50 à 60 p. 100 d'hémoglobine. La carence en facteur antiscorbutique peut-elle produire une anémie sans provoquer en même temps des signes typiques de scorbut? C'est l'opinion du rapporteur, et il avance que certaines anémies dites idiopathiques peuvent être un symptôme de carence fruste. Elles peuvent également apparaître à la période de précarence: c'est le cas le plus fréquent. Ces anémies de la période de précarence ne diffèrent des anémies d'autres causes par aucun symptôme particulier, mais uniquement par leur réaction à la thérapeutique.

c) *Les œdèmes.* — Au cours du scorbut confirmé, on peut voir au niveau des épiphyses présentant des hématomes sous-périostés un œdème de la peau qui est une réaction locale en rapport avec l'hémorragie sous-périostée. Mais il existe au cours du scorbut un autre œdème, qui peut se voir au stade latent. Dans ces conditions, il se présente comme un turgor anormal, qui masque la perte de poids due à l'évolution de la dystrophie scorbutique. Puis, il se localise et on constate une légère bouffissure des paupières, du visage, du dos de la main et du pied. A ce stade initial, il est rénitent et ne donne pas de godet par la pression du doigt. Plus tard, il se montre avec des symptômes caractéristiques sur la face libre du tibia. A l'instar de tous les symptômes du scorbut, il disparaît par l'emploi du jus de citron.

d) *Les troubles cutanés.* — La peau peut être touchée par l'avitaminose C. György signale que dans le scorbut manifeste et aussi dans le scorbut latent on peut voir de l'hyperkératose, une peau rafeuse, "en peau d'oie", surtout des poussées d'eczéma. Wiltshire a noté le rapport de celui-ci avec le scorbut et la possibilité de sa guérison par le jus d'orange. Hess en a observé également plusieurs cas. A cet égard, il convient de rappeler que la diathèse exsudative (intertrigo, eczéma, asthme) est fréquemment associée au scorbut, que les enfants qui en sont atteints y sont particulièrement sensibles et le constituent plus rapidement que les autres.

e) *Les troubles digestifs.* — Ils se présentent habituellement sous la forme diarrhée ou même de dysenterie avec selles sanglantes. Ces troubles sont rebelles à la thérapeutique habituelle et persistent de longues semaines jusqu'au jour où on fait le véritable diagnostic, celui de scorbut fruste; On peut rapprocher de ces faits les observations publiées par M. Rohmer sur les bons effets de la vitamine C. dans la maladie cœliaque. L'avitaminose ne serait pas la cause de cette affection, mais les troubles digestifs qui l'accompagnent produiraient une perte considérable de vitamines et réaliseraient un certain état de carence.

f) *Les douleurs.* — C'est un symptôme qui marque la fin de la période du pré-scorbut et son passage au scorbut typique. Mais elles peuvent exister fort longtemps avant l'apparition de la maladie, et c'est à ce titre qu'elles font partie du scorbut fruste. Elles sont en rapport avec le mouvement et le contact. Elles siègent au niveau des épiphyses, mais surtout à la cage thoracique. Hess a signalé depuis longtemps la sensibilité du sternum comme un symptôme très précoce noté par la mère.

g) *Les troubles de la croissance et les dystrophies.* — Tous les signes que nous venons d'énumérer peuvent entrer dans la symptomatologie du scorbut fruste. Mais avant la constatation de ces signes, il existe des modifications de l'état général, n'ayant aucun caractère spécifique, qui sont cependant bien dûs à l'avitaminose, puisqu'elles disparaissent en même temps que celui-ci. C'est là véritablement le stade latent du scorbut. Cette période commence par l'anorexie, bientôt associée à la pâleur, à la faiblesse, à la modification du caractère de l'enfant, et surtout à un arrêt dans la croissance staturale et pondérale. Lorsque ces troubles de croissance existent, ils débutent ordinairement de 1 à 3 mois avant l'apparition du scorbut typique.

h) *La diminution de résistance aux infections.* — Nous avons vu que celles-ci font apparaître l'avitaminose. Inversement, il existe une dysergie surtout à l'égard des infections banales : colibacillose, staphylococcie, phlegmons, pyérites, diphtérie, grippe; on a pu ainsi dresser un index infectiosus qui se montre chargé. Cette notion de l'infection au cours du scorbut latent et confirmé nous amène à dire un mot de la fièvre scorbutique et présorbutique. Il s'agit d'une fièvre élevée, irrégulière, désordonnée, sans troubles digestifs concomitants, sauf l'anorexie. Elle est due vraiment à la carence elle-même et les observations montrent qu'elle ne peut être rapportée ni à la résorption des épanchements sanguins, ni à une infection concomitante.

*Éléments de diagnostic des scorbutus frustes et latents.* — En présence de symptômes aussi variés que ceux que nous venons d'énumérer on comprend combien il est difficile de retrouver la trace du scorbut. Il en est cependant quelques-uns qui, par leur nature même, mettent sur la voie du diagnostic: ce sont ceux qui appartiennent à l'angio-dystrophie scorbutique, les hémorragies diverses et même les douleurs qui sont la première manifestation des troubles ostéo-hémorragiques. Mais à côté de ceux-là il en est d'autres que rien ne rattache au scorbut. Tels sont les troubles cutanés, les troubles de croissance, la moindre résistance aux infections. Nous ne pouvons les rattacher à leur cause que par leur évolution vers le scorbut typique ou par comparaison avec des cas similaires. Il est donc intéressant à leur sujet de se demander s'il n'existe pas des tests qui permettent de les identifier.

Le test chimique n'a donné jusqu'ici aucun résultat. Il en est de même des tests cliniques. Plus importants sont les tests radiologiques qui permettent de constater les signes suivants: a) Ligne épiphysaire bien calcifiée, irrégulière, accrue deux à trois fois dans sa largeur (Fraenkel); b) Petit éperon latéral de la ligne épiphysaire; c) Bande d'opacité diminuée derrière la ligne épiphysaire; d) Corticale très mince, ligne blanche étroite; e) diaphyse transparente comme du verre par disparition des trabécules; f) ombres circulaires bordant les noyaux des os longs (Wimberger). L'association de deux ou trois de ces signes est pathognomique du scorbut; ils sont précoces, apparaissant avant la douleur à la pression.

*Notions étiologiques.* — Le premier fait à mettre en évidence, est la très grande rareté des scorbutus chez les enfants nourris au sein. Par contre, les enfants nourris avec des laits non humains sont ceux qui fournissent le plus grand nombre de cas de scorbut infantile. Les laits les plus scorbutigènes: le lait homogénéisé, le lait stérilisé et le

lait condensé non sucré. Mais n'oublions pas de rappeler à propos de la valeur antiscorbutique des différents laits que "l'avitaminose n'est pas tout, et que la question de terrain est très importante" (Lesné et Vaglianos).

*Epreuve thérapeutique.* — L'épreuve thérapeutique constitue une excellente méthode de diagnostic. Pour obtenir un résultat, il faut donner la substance antiscorbutique en quantité suffisante et pendant un temps prolongé. Les meilleures substances anti-scorbutiques sont le jus de fruits, de citron, d'orange, de tomates, de framboises. Si l'on veut simplement prévenir le scorbut, il suffit de donner une ou deux cuillerées à café de jus de citron, d'orange ou de tomate; après 4 ou 5 mois, on pourra ajouter à l'alimentation des épinards, des carottes ou des pommes de terre. Pour guérir le scorbut, il faut utiliser des doses considérables allant de 200 à 500 c.c. de jus de fruits par jour.

#### *Avitaminose A.*

Pratiquement il faut savoir que le beurre, l'huile de foie de morue, le foie, le jaune d'œuf, l'épinard et la carotte, de même que le lait non écrémé, sont des sources très importantes de facteur A. Le seul accident qui permette d'affirmer chez le nourrisson le diagnostic d'avitaminose A. est la kératomalacie. On voit la cornée s'opacifier progressivement et prendre une coloration blanc jaunâtre. Sa surface est sèche. Puis, il se produit une ulcération suivant le grand axe transversal de la cornée. Elle se perfore, l'iris fait prolapsus. L'évolution se produit en quelques jours, quelquefois même en quelques heures: Si une thérapeutique spécifique n'est pas instituée, la mort survient avec ou sans phénomènes infectieux surajoutés. Au contraire, si on donne précocement de l'huile de foie de morue, la mort ne survient pas et suivant le moment où on est intervenu, les lésions oculaires se guérissent avec ou sans leucome.

Les formes frustes et latentes de l'avitaminose A. sont constituées par des accidents qui n'ont aucun caractère spécifique, mais qui n'en sont pas moins dus à la carence et qui guérissent à l'aide d'une thérapeutique appropriée. Troubles digestifs à prédominance de diarrhée, anémies et troubles sanguins, dystrophies, prédisposition aux infections, troubles oculaires autres que la xérophtalmie, (tels que conjonctivites, etc.) sont des manifestations bien étudiées par le rapporteur; le clinicien ne pourra souvent en comprendre la signification que s'il remonte à la véritable cause, c'est-à-dire au déséquilibre alimentaire.

Comme dans l'avitaminose C. c'est surtout l'allaitement artificiel qui est responsable de la carence. A ce point de vue les laits varient suivant leur préparation. Les laits écrémés ou stérilisés d'une façon intense et prolongée, l'emploi exclusif des farines sont d'ordinaire responsables de la plupart des états de carence en vitamine A.

La thérapeutique se résume à l'emploi du lait complet, de l'huile de foie de morue et du foie.

#### *Avitaminose B.*

A l'heure présente, il ne faut plus parler de la vitamine B. mais des vitamines B hydrosolubles qu'on peut classer: a) en vitamine B antinévritique abondante dans les enveloppes péricarpiques et les embryons des graminées, le lait, la levure de bière; b) en vitamine B d'utilisation nutritive et d'entretien; c) en vitamine B hydrosoluble dite d'utilisation cellulaire ou de croissance des micro-organismes; d) enfin, en vitamine B anti-pellagreuse, abondante dans la viande et le lait. En réalité, de ces quatre vitamines B actuellement isolées, les deux premières surtout nous intéressent en médecine infantile: la vitamine antinévritique et la vitamine de croissance.

On ne rencontre le bérubéri que chez les nourrissons allaités par leur mère, recevant une alimentation carencée. Les symptômes initiaux apparaissent dès le deuxième mois et comprennent: la perte de l'appétit et les vomissements. La constipation est fréquente. L'enfant crie faiblement, devient pâle, urine peu, l'amaigrissement est rapide, les troubles cardio-vasculaires apparaissent, enfin surviennent les paralysies.

Les signes initiaux de l'avitaminose B dans l'expérimentation sont: la perte de l'appétit, la diarrhée, l'amaigrissement, la faiblesse générale. Ribadeau-Dumas a isolé un syndrome fruste de l'avitaminose B chez le nourrisson constitué par un arrêt dans la croissance pondérale, de l'anorexie, de la constipation et des troubles nerveux.

Il est intéressant de savoir si l'alimentation habituelle du nourrisson comprenant du lait et des farines, contient de ce facteur B une quantité suffisante. Les farines employées chez le nourrisson sont ordinairement carencées en facteur B. Le lait, que ce soit le lait de femme ou le lait de vache, est pauvre en vitamines B. Par contre, le facteur B existe en quantité considérable dans les germes de céréales et la levure de bière. Lorsque les notions étiologiques et le tableau clinique feront penser à une avitaminose B, il faudra donner large-

ment de ces substances. La reprise de la croissance et la disparition des symptômes que nous avons énumérés seront souvent les seuls moyens d'établir un diagnostic.

### *Vitamine D.*

La question est plus complexe pour la vitamine D que pour les vitamines A.B.C. la maladie qui est considérée comme produite par sa carence est le rachitisme, mais on doit se demander s'il satisfait complètement à la définition des avitaminoses. Le rachitisme est bien guéri par l'apport de vitamines D, mais est-il produit par la carence en facteur D? Cette carence entre seulement pour une part dans la constitution du rachitisme humain; les causes en sont multiples et on ne peut encore savoir quelle importance il faut lui attribuer. On ne saurait donc comparer les rapports de la vitamine D et du rachitisme, avec ceux par exemple de la vitamine C et du scorbut.

Avec les réserves que nous venons d'indiquer, on peut considérer comme des formes frustes de l'avitaminose D les premiers stades du rachitisme du nourrisson. Bien avant que n'apparaissent les signes cliniques, la radiographie montre les lésions de la région dia-épiphysaire des os longs qui sont le premier stade de la maladie. Mais avant même l'apparition de ces signes radiologiques, il existe des troubles du métabolisme du phosphore et du calcium qui constituent vraiment un stade latent de l'avitaminose D.

### *Conception d'ensemble des avitaminoses frustes et latentes.*

Nous venons de passer en revue pour chaque vitamine les différents symptômes attribués à la carence de chacune d'elles. Schématiquement, on peut diviser les faits observés en deux groupes. Le premier comprend ceux dont on peut faire le diagnostic cliniquement: ce sont les *formes frustes*. Il en est ainsi des hémorragies diverses de l'avitaminose C et des signes oculaires de l'avitaminose A. Ces faits ne sont pas discutables. Mais il y a un deuxième groupe dans lequel aucun signe ne rappelle l'avitaminose typique. Les tableaux cliniques ne font que reproduire quelques-uns des grands syndromes de la pathologie du nourrisson. Les anémies, les troubles digestifs sont de ce groupe. Mais ce qui caractérise les *avitaminoses latentes*, ce sont les troubles de croissance staturale et pondérale. Ceux-ci quelle que soit la vitamine déficiente, sont identiques et ne se distinguent pas d'autres

troubles de croissance produits par des fautes d'hygiène ou des erreurs alimentaires, telles une ration insuffisante en albumines ou en sels. Toutefois, les avitaminoses les produisent avec une telle fréquence qu'on n'a pas le droit de ne pas y penser, en présence d'un enfant dont la croissance s'est ralentie ou arrêtée sans cause apparente.

Ce que l'on doit retenir de ces faits, c'est *la fréquence certaine des avitaminoses dans la production de ces grands syndromes*. Jusqu'à l'heure actuelle il ne semble pas qu'on leur ait accordé une importance suffisante. On avait jugé les avitaminoses par leurs tableaux cliniques typiques qui sont très rares dans les conditions actuelles.

Il découle de ces notions des règles de thérapeutique et de prophylaxie. Le régime du jeune enfant exclusivement composé de lait et de farine peut n'être pas suffisant. Dans ces conditions, il ne faut pas hésiter à y ajouter, de très bonne heure, des jus de fruit, des légumes, de l'huile de foie de morue, qui le compléteront en vitamines. Il faut tendre chez le nourrisson à une très grande variété alimentaire.

(Fin).

---

# REVUE GÉNÉRALE

---

## L'ULCÈRE PEPTIQUE POST-OPÉRATOIRE <sup>(1)</sup> PATHOGÉNIE

Pierre SMITH.

L'ulcère peptique post-opératoire est essentiellement une maladie des anastomoses faites sur des estomacs hyperacides.

Du point de vue philosophique, on pourrâit dire qu'il est la plus belle démonstration qui ait jamais été donnée aux chirurgiens qu'on ne peut pas violenter impunément, même avec des visées thérapeutiques très légitimes, la physiologie normale: la nature ne connaît pas la doctrine de l'intention.

Du point de vue chirurgical, cette complication du traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux soulève une série de problèmes auxquels il est encore impossible de donner une solution.

Pendant longtemps, tant que l'ulcère jéjunal post-opératoire paraissait rare, on a pu légitimement supposer qu'il tenait à une faute de technique, mauvaise hémostase, mauvaise suture, emploi de fils non résorbables, emploi de boutons anastomotiques, excision de muqueuse redondante, emploi de clamps offensants, infection ou hématome au contact de l'anastomose.

Nous savons aujourd'hui la fréquence de l'U. P., (P.-O.), nous devons compter avec lui et le concevoir comme une suite, une récidive de la maladie. Les thérapeutiques dirigées contre l'U., ne sont jamais pathogéniques. Elles sont symptomatiques comme la gastro-entérostomie, anatomiques comme l'excision, à visée physiologique comme la

---

(1) Résumé de l'Autoréfère d'un Rapport présenté au XLe Congrès français de Chirurgie, Paris, 5-10 Octobre 1931. Journal de Chirurgie. — Tome XXXVIII, No. 4. Octobre 1931. — L'article original, est scindé en deux chapitres; 1° Pathogénie de l'Ulceré Peptique (P.-O.) par René Leriche. 2° Traitement de l'Ulceré Peptique (P.-O.) par M. A. Gosset.

Le texte de ces auteurs à la fois concis et complet a été reproduit littéralement en maints passages. Travail présenté à la réunion du Bureau Médical de l'Hôpital St-Luc (Janvier 1932)

gastro-pylorectomie. Il semble normal qu'après l'opération la maladie continue. Si un nouvel ulcère apparaît, il a la même cause que le premier.

La pathogénie de l'U. (P.-O.), se confond donc avec celle de l'U. gastro-duodénal. Si nous connaissions celle-ci, nous connaîtrions l'autre à coup sûr.

L'auteur agrandissant le thème proposé, étudie dans une première partie la pathogénie de l'ulcère spontanée; dans une seconde, celle de l'U. (P.-O.), en se basant sur des recherches faites à sa clinique de 1928 à 1931.

\* \* \*

#### Pathogénie de l'Ulcère spontané gastro-duodénal.

- 1°. L'ulcère du point de vue anatomique; son étude n'apprend rien sur l'origine de l'ulcère.
- 2°. L'ulcère du point de vue bactériologique; il n'est pas prouvé que l'ulcère soit d'origine microbienne.
- 3°. L'ulcère du point de vue expérimental; l'expérimentation a produit des ulcères de toutes sortes de façons et les plus contradictoires, mais aucun des ulcères obtenus n'évolue avec le cortège fonctionnel qui accompagne la maladie humaine et lui donne sa physionomie propre. L'expérimentation a réalisé la lésion anatomique, elle n'a pas réalisé la maladie.

Le problème de la pathogénie de l'Ulcère ne sera résolu que quand nous saurons par quel mécanisme une section antrale suivie de suture ou une gastro-entérostomie arrive à déclancher les modifications histologiques et fonctionnelles qui conduisent à la formation d'un ulcère, et quand nous pourrons superposer ces modifications à celles qu'on trouve chez l'homme qui fait un ulcère pour une cause encore inconnue.

Si nous arrivions à déterminer cela, la mise en équation de la pathogénie de l'ulcère deviendrait simple, ou toucherait au but:

Mais, de ces modifications post-opératoires des conditions de la vie de l'estomac, nous ne savons rien. Elles doivent être d'un sens très élémentaire comme le sont toutes les réactions post-opératoires.

On remarquera ce paradoxe qu'elles guérissent la maladie quand elle existe déjà, qu'elles la produisent quand elle n'existe pas.

4°. L'Ulcère du point de vue des particularités anatomo-cliniques de son évolution :

- a) Souvent, l'ulcère guérit facilement, par le régime, par la gastro-entérostomie, par le simple enfouissement (ulcères perforés).
- b) Par contre, il y a des ulcères résistant au traitement médical, qui récidivent après n'importe quelle opération, même après la réaction. Il y a donc des conditions qui créent des ulcères récidivants.
- c) L'Ulcère soit gastrique, soit duodéal évolue pratiquement toujours avec hypersécrétion et hyperchlordrie.
- d) On dit couramment que certains ulcères creusent dans les organes voisins, dans le foie ou le pancréas.  
Il n'y a là qu'une simple apparence: l'ulcère à fond pancréatique ou hépatique n'est pas réellement intra-pancréatique ou intra-hépatique. Sa cavité n'est pas limitée par des travées pancréatiques ou hépatiques mises à nu. Il y a toujours un fond de granulations sur la base d'un tissu scléreux prépancréatique ou préhépatique. Cependant, dans les ulcères post-opératoires, on voit souvent se faire une communication gastro-colique. Comment et sous quelle action cela se fait-il? Il y a là un problème non résolu et qui n'est pas simple.
- e) Les bords d'un ulcère, même calleux, sont aptes à la réparation et à la soudure, sans avivement et sans excision.

*Topographie des ulcères.* Nous avons tort de parler toujours d'ulcère de l'estomac et d'ulcère du duodénum. L'ulcère ne se voit pratiquement que sur la petite courbure, sur l'antra, les versants pyloriques, la première portion du duodénum avec prédilection pour le bulbe. Cette zone des ulcères est caractérisée par la présence d'un type de glandes spéciales, des glandes contournées à mucus, glandes de type intestinal, qui d'un côté du pylore prennent le nom de glandes pyloriques, et de l'autre côté celui de glandes de Brunner, pour disparaître généralement au delà du bulbe.

La zone des ulcères est donc celle d'un type de glandes spéciales; il faut donc se demander ce qu'il y a de particulier dans cette zone de glandes à mucus et ce qui lui donne ce singulier privilège d'être la zone des ulcères.

Leriche envisageant le mucus gastrique, ses propriétés, son rôle, la topographie de la zone d'élaboration de l'acide et de l'acidité gastrique, émet l'hypothèse de l'origine de l'ulcère par modification

du mucus antral; et croit à la nécessité d'une étude générale du mucus et de ses conditions de production qui conduira peut-être à une thérapeutique nouvelle et à une chirurgie de glandes à mucus.

L'auteur établit ainsi la chronologie des lésions qui conduisent à l'ulcère: troubles de la sécrétion ou de l'excrétion du mucus de surface dans la région petite courbure, antre-pylore, bulbe duodénal, sous des causes à peine pathologiques, probablement circulatoires; gastrite inflammatoire; gastrite atrophique; métaplasie; régression mucoïde de l'épithélium différenciée pour la production du mucus de protection; attaque corrosive ou peptique d'une muqueuse mal protégée; ulcère.

En fin de compte, l'ulcère spontané paraît être un ulcère peptique développé sur une muqueuse alcaline, dont le mucus spécialisé, normalement dissous et non précipité, a été modifié par une hyperémie préalable et par l'hyperacidité, l'action peptique étant le fait d'une excito-sécrétion du fundus créée par les lésions antrales.

On est alors conduit à se demander: Qu'est-ce qui gouverne la sécrétion et l'excrétion du mucus! Qu'est-ce que le mucus?

C'est à ces questions qu'il faut désormais chercher une solution, si nous voulons comprendre ce que c'est que l'ulcère gastrique. Le temps est fini où l'on pouvait se contenter de réaliser des ulcères expérimentaux.

## II. Pathogénie de l'Ulçère post-opératoire.

L'ulcère post-opératoire est, dans l'esprit général, un ulcère apparaissant sur un segment du tube digestif, opératoirement abouché dans l'estomac, (ulcère gastro-jéjunal ou jéjunal).

Le jéjunum n'est pas accoutumé à recevoir une bouillie acido-peptique. Il n'a pas pour se protéger, cet abondant mucus alcalin qui tapisse la région antro-duodénale.

Il n'est pas étonnant, dans ces conditions, que les anastomoses gastro-jéjunales faites pour guérir un ulcère soient suivies de temps en temps, de l'apparition d'un ulcère jéjunal. En tout cas cet ulcère est un *véritable* ulcère expérimental.

### Particularités des ulcères post-opératoires.

- a) Ils apparaissent à des dates très variables après l'opération pour ulcère (de quelques jours après l'opération à 7 ou 8 ans après).

- b) Ces ulcères siègent le plus souvent sur le bout efférent de l'anse jéjunale anastomosée.
- c) L'ulcère est habituellement unique.
- d) L'état inflammatoire de l'intestin porteur d'un ulcère.

Conditions d'apparition de l'ulcère post-opératoire.

- 1°. Ulcère après gastro-entérostomie; fréquence de 1 à 6 p. 100 des cas, la fréquence augmente après la jéjuno-jéjunostomie jointe à la gastro-entérostomie et aussi après la gastro-entérostomie en Y. Le bouton, les champs, les anastomoses à anses longues ne sont que des détails de technique qui importent peu. Ce qui importe le plus, c'est que la gastro-entérostomie ne laisse pas persister certaines conditions physiologiques accompagnant l'ulcère primitif et en premier lieu: la stase. Peut-être, est-ce là, la cause des si grandes divergences d'opinion qui existent touchant la fréquence de l'ulcère peptique après la gastro-entérostomie suivant les chirurgiens: les uns font habituellement des anastomoses qui suppriment tout résidu, et d'autres habituellement des bouches qui en laissent persister un, cliniquement peu important, physiologiquement très fâcheux. Les premiers ne voient pas d'ulcère peptique, les autres en observent.
- 2°. Ulcère après exclusion par section ou ligature. L'exclusion antrale ou pylorique est le plus sûr procédé que l'on connaisse pour produire chez l'homme un ulcère post-opératoire.
- 3°. Ulcère après excision ou brûlure et gastro-entérostomie: Balfour, Judd, disent qu'après excision et gastro-entérostomie, l'ulcère post-opératoire est presque inconnu.
- 4°. Ulcère après résection pour exclusion (Finsterer). La résection pour exclusion n'est pas suivie d'ulcère peptique, quand elle a rendu l'estomac achlorydrique; elle atteint ce résultat habituellement; mais non toujours, et au prix d'un sacrifice énorme qui dépasse la mesure. Sa supériorité n'est pas assez évidente sur la simple gastro-entérostomie, et, quoi qu'on en dise, elle est sûrement plus grave.
- 5°. Ulcère après pyloro-gastrectomie. Supprimant la gastrite et diminuant l'acidité, la gastrectomie paraissait l'opération définitive, destinée à supplanter la gastro-entérostomie surtout. La résection étendue est de toutes les opérations gastriques dirigées contre l'ulcère celle qui est le moins

souvent suivie d'ulcère secondaire: Leriche n'en tire pas la conclusion que, par conséquent, c'est elle qui doit avoir la première place dans la thérapeutique. L'U P.-O., n'est pas la seule cause des troubles qui survivent à une opération pour ulcère. Il y a bien d'autres causes de résultats défectueux, même après la gastrectomie.

Ce qui importe, c'est tout d'abord qu'il n'y ait pas de stase, c'est surtout et presque uniquement, que l'estomac ne soit plus acide après la résection.

Le Polya est le procédé qui assure la meilleure évacuation gastrique. Mais il reste acquis, pour l'heure présente, qu'aucune gastrectomie ne peut mettre à coup sûr à l'abri de l'ulcère post-opératoire. Toute gastrectomie qui laisse persister un fragment d'estomac, peut laisser persister l'acidité et être suivie d'ulcère secondaire.

(à suivre).

---

## VARIÉTÉS

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

son évolution depuis la cession jusqu'à nos jours.

Par le Docteur Joseph Gauvreau

### MÉDECINS LICENCIÉS PAR LE BUREAU MÉDICAL DE QUÉBEC, (1788 à 1847), ET PAR LE BUREAU MÉDICAL DE MONTRÉAL, (1839 à 1847), qui exerçaient leur profession dans le Bas-Canada, en 1847, à l'époque de la GRANDE CHARTE

(suite)

| NOM                                 | RESIDENCE                | Date de Licence  |
|-------------------------------------|--------------------------|------------------|
| J.                                  |                          |                  |
| Jardine, William A. . . . .         | Laprairie . . . . .      | Mars . . 5, 1827 |
| Jenks, Otis . . . . .               | . . . . .                | Août 11, 1829    |
| Jessup, Hamilton Dible . . . . .    | . . . . .                | Fév. 24, 1830    |
| Johnston, James Bell, M. D. . . . . | . . . . .                | Oct. 13, 1831    |
| Jameson, John . . . . .             | . . . . .                | Janv. 16, 1832   |
| Jackson, Alfred . . . . .           | . . . . .                | Oct. 30, 1833    |
| Jones, Thomas Walter, M. D. . . . . | . . . . .                | Fév. 19, 1834    |
| Jones, Richard . . . . .            | . . . . .                | Oct. 14, 1835    |
| Jacques, Edward . . . . .           | . . . . .                | Sept. 18, 1839   |
| Jacques, Isaac . . . . .            | . . . . .                | Juin 7, 1845     |
| Jacques, Isaac . . . . .            | . . . . .                | Mai 9, 1846      |
| Jameson, Benjamin R. . . . .        | . . . . .                | Juin 27, 1846    |
| Johnstone, John E. . . . .          | . . . . .                | Mai 24, 1847     |
| K.                                  |                          |                  |
| Kimbert, M. D. . . . .              | Trois-Rivières . . . . . | Juillet 22, 1811 |
| Keegan, Thomas G. . . . .           | Montréal . . . . .       | Mai 17, 1828     |
| Kirkwood, Edward . . . . .          | . . . . .                | Avril 13, 1836   |
| Keefer, Charles H. . . . .          | . . . . .                | Juin 5, 1847     |

| NOM                            | RESIDENCE        | Date de Licence   |
|--------------------------------|------------------|-------------------|
| L.                             |                  |                   |
| Leodel, Henry                  | Montréal         | Nov. 24, 1788     |
| Labrie, Jacques                | St-Eustache      | Août 12, 1808     |
| Lebourdais, Jean Baptiste      | Montréal         | Juin 12, 1811     |
| Laterrière, M. P. de S.        | Eboulements      | Avril 23, 1812    |
| Lyonais, J. F. B.              | Chambly          | Mars 31, 1813     |
| Leduc, J.                      | Vaudreuil        | Oct. 9, 1818      |
| Larue, George                  | St-André         | Mai 19, 1819      |
| Lusignan, Alexander            | Montréal         | Déc. 4, 1819      |
| Lamoureux, E. P.               | Chateau Richer   | Août 1, 1820      |
| Larue, William                 | Québec           | Sept. 2, 1822     |
| Leslie, Samuel W. H.           | Montréal         | Nov. 10, 1825     |
| Leslie, Hamilton               | Québec           | Mars 14, 1826     |
| Lavaux, Joseph                 | Québec           | Mars 15, 1828     |
| Laffin, Uriah                  | Caldwell's Manor | Mai 4, 1829       |
| Lull, James                    |                  | Août, 26, 1830    |
| Lyons, William                 |                  | Fév. 2, 1830      |
| Lyons, William, M.D. half pay  |                  | Mai 25, 1831      |
| Lacroix, André                 |                  | Oct. 26, 1831     |
| Lloyd, Thomas, M.R.C.S.L.      |                  | Janv. 18, 1832    |
| Leitch, John                   |                  | Juillet, 22, 1832 |
| Liddell, William               |                  | Janv. 15, 1834    |
| Lord, Emanuel                  |                  | Avril 30, 1834    |
| Latour, Théophile H.           |                  | Avril 30, 1834    |
| Lachaine, Joseph               |                  | Mai 20, 1835      |
| Labrecque, Louis               |                  | Oct. 14, 1835     |
| Lafontaine, Isidore Stanislaus |                  | Janv. 5, 1837     |
| Lachance, Gabriel              |                  | Oct. 4, 1837      |
| Lachapelle, Léon               |                  | Janv. 12, 1839    |
| Larocque, Bazile               |                  | Juillet 10, 1839  |
| Leprohon, Bernard Henri, M. D. |                  | Oct. 15, 1839     |
| Landry, Louis E.               |                  | Nov. 11, 1839     |
| Landry, Jean                   |                  | Juillet 15, 1840  |
| Logan, David D., M. D.         |                  | Août 16, 1842     |
| Liddle, William                |                  | Août 16, 1842     |
| Laurier, Ovide                 |                  | Fév. 9, 1843      |
| Lespérance, Joseph             |                  | Juillet 13, 1843  |
| Lusignan, Joseph, M. D.        |                  | Oct. 6, 1843      |
| Larocque, Eusèbe               |                  | Avril 4, 1844     |
| Laurier, Louis                 |                  | Juillet 12, 1844  |
| Larue, F. X. Praxede           |                  | Sept. 20, 1844    |
| Lawrence, John                 |                  | Mai 17, 1845      |
| Lemieux, Louis                 |                  | Juin 7, 1845      |

| NOM                                  | RESIDENCE                   | Date de Licence |          |
|--------------------------------------|-----------------------------|-----------------|----------|
| Leprohon, Jean Lucien, M. D. . . . . | . . . . .                   | Déc.            | 5, 1845  |
| Long, Alexander, M. D. . . . .       | . . . . .                   | Mai             | 9, 1846  |
| LeTourneux, Gabriel . . . . .        | . . . . .                   | Juin            | 27, 1846 |
| Larochelle, Pierre . . . . .         | . . . . .                   | Août            | 29, 1846 |
| Lloyd, Andrew C. . . . .             | . . . . .                   | Nov.            | 7, 1846  |
| Latour, Charles Huguet . . . . .     | . . . . .                   | Août            | 7, 1847  |
| M.                                   |                             |                 |          |
| Munro, Henry . . . . .               | Montréal . . . . .          | Août            | 17, 1795 |
| May, Calvin . . . . .                | Missisquoi Bay . . . . .    | Fév.            | 27, 1811 |
| Morley, John . . . . .               | Boucherville . . . . .      | Janv.           | 18, 1813 |
| Morrin, Joseph . . . . .             | Québec . . . . .            | Juillet         | 15, 1815 |
| M'Kerman . . . . .                   | . . . . .                   | Juillet         | 14, 1817 |
| Mount, Henry . . . . .               | Montréal . . . . .          | Août            | 8, 1818  |
| Munchel, Ernest . . . . .            | Aubert Gallion . . . . .    | Janv.           | 29, 1819 |
| Mackay, Pierre . . . . .             | St-Michel . . . . .         | Nov.            | 22, 1819 |
| M'Donald, Dugald . . . . .           | La Baie du Febvre . . . . . | Mai             | 14, 1823 |
| Macculloch, Michael, M. D. . . . .   | Montréal . . . . .          | Sept.           | 6, 1823  |
| Murray, Francis . . . . .            | . . . . .                   | Sept.           | 30, 1825 |
| Meilleur, Jean Bte, M. D. . . . .    | Montréal . . . . .          | Avril           | 5, 1826  |
| Murray, Bernard . . . . .            | . . . . .                   | Nov.            | 21, 1826 |
| Mulholland, Michael . . . . .        | Ste-Anne . . . . .          | Janv.           | 2, 1827  |
| Martin, François J. . . . .          | . . . . .                   | Mai             | 23, 1827 |
| May, Horatio N. . . . .              | Henryville . . . . .        | Juillet         | 4, 1827  |
| Martin, Henry J. . . . .             | Trois-Rivières . . . . .    | Sept.           | 3, 1827  |
| M'Dowall, Henry . . . . .            | Ste-Rose . . . . .          | Sept.           | 22, 1827 |
| M'Nabb, John . . . . .               | Cedats . . . . .            | Déc.            | 24, 1827 |
| Moreau, Edouard . . . . .            | St-Laurent . . . . .        | Mai             | 15, 1828 |
| Marsden, William, M. D. . . . .      | . . . . .                   | Avril           | 10, 1830 |
| Menard, Edouard . . . . .            | . . . . .                   | Oct.            | 26, 1831 |
| Manning, James . . . . .             | . . . . .                   | Janv.           | 5, 1832  |
| Mills, Samuel B. . . . .             | . . . . .                   | Juillet         | 22, 1832 |
| Martin, Vincent . . . . .            | . . . . .                   | Oct.            | 17, 1832 |
| Miller, James . . . . .              | . . . . .                   | Janv.           | 16, 1833 |
| Michaud, Alexis Thomas . . . . .     | . . . . .                   | Avril           | 10, 1833 |
| Masson, Luc Hyacinthe . . . . .      | . . . . .                   | Juin            | 26, 1833 |
| Munro, Pierre E. C. . . . .          | . . . . .                   | Avril           | 30, 1834 |
| McMillon, John . . . . .             | . . . . .                   | Mai             | 13, 1835 |
| McNaughton, Patrick, M. D. . . . .   | . . . . .                   | Mai             | 27, 1835 |
| Merriman, Lewis . . . . .            | . . . . .                   | Oct.            | 7, 1835  |
| Molloy, Patrick E. . . . .           | . . . . .                   | Janv.           | 13, 1836 |
| Minckler, Ezechiel . . . . .         | . . . . .                   | Août            | 3, 1836  |
| Morin, Prisque . . . . .             | . . . . .                   | Oct.            | 5, 1836  |

| NOM                                  | RESIDENCE                | Date de Licence  |
|--------------------------------------|--------------------------|------------------|
| McKenzie, Robert .. . . .            | .. . . .                 | Oct. 26, 1836    |
| Macnider, William, M. D. .. . . .    | .. . . .                 | Avril 5, 1837    |
| MacKay, Alexander, M. D. .. . . .    | .. . . .                 | Juin 21, 1837    |
| Marmette, Joseph .. . . .            | .. . . .                 | Juillet 17, 1839 |
| Moll, Louis Joseph .. . . .          | .. . . .                 | Mai 29, 1840     |
| Malhiot, Adolphe .. . . .            | .. . . .                 | Mai 29, 1840     |
| Morehead, Robert George .. . . .     | .. . . .                 | Fév. 20, 1941    |
| Moreau, Mayse .. . . .               | .. . . .                 | Juin 16, 1841    |
| McMurray, Samuel, M. D. .. . . .     | .. . . .                 | Déc. 9, 1841     |
| Mesnard, Félix .. . . .              | .. . . .                 | Avril 20, 1842   |
| Mayrand, François Xavier .. . . .    | .. . . .                 | Avril 20, 1842   |
| Marquis, Solyme .. . . .             | .. . . .                 | Avril 20, 1842   |
| Mignault, G. B. .. . . .             | .. . . .                 | Déc. 2, 1842     |
| Mignault, Pierre E. .. . . .         | .. . . .                 | Déc. 23, 1842    |
| McMahon .. . . .                     | .. . . .                 | Mai 26, 1843     |
| McDonald, Stephen .. . . .           | .. . . .                 | Oct. 13, 1843    |
| Mignault, Joseph Auspice .. . . .    | .. . . .                 | Août 23, 1845    |
| Masse, Pierre Vincelas .. . . .      | .. . . .                 | Nov. 22, 1845    |
| M'Kay, James Angus .. . . .          | .. . . .                 | Mai 23, 1846     |
| M'Callum, Duncan .. . . .            | .. . . .                 | Juin 27, 1846    |
| Macdonell, Robert L., M. D. .. . . . | .. . . .                 | Oct. 3, 1846     |
| Moffatt, Peter, M. D. .. . . .       | .. . . .                 | Nov. 14, 1846    |
| Malhiot, Alfred, M. D. .. . . .      | .. . . .                 | Nov. 21, 1846    |
| McDonald, Edmund .. . . .            | .. . . .                 | Nov. 28, 1846    |
| Morin, Joseph Olivier .. . . .       | .. . . .                 | Avril 17, 1846   |
| Montgomery, John W. .. . . .         | .. . . .                 | Mai 24, 1847     |
| N.                                   |                          |                  |
| Nelson, Wolfred .. . . .             | Montréal .. . . .        | Fév. 13, 1811    |
| Newcomb, Samuel .. . . .             | .. . . .                 | Oct. 10, 1812    |
| Nelson, Robert .. . . .              | .. . . .                 | Avril 15, 1814   |
| Nicholas, Joseph .. . . .            | Boucherville .. . . .    | Avril 27, 1825   |
| Noel, Jean Bte .. . . .              | .. . . .                 | Juillet 3, 1828  |
| Nowland, Charles J. .. . . .         | .. . . .                 | Août 7, 1829     |
| Nault, Jean Zéphérin .. . . .        | .. . . .                 | Janv. 21, 1835   |
| Nelson, Horace, M. D. .. . . .       | .. . . .                 | Sept. 15, 1843   |
| Newton, John Thompson .. . . .       | .. . . .                 | Mai 24, 1847     |
| O.                                   |                          |                  |
| O'Leary, James .. . . .              | Rivière Ouelle. .. . . . | Août 9, 1822     |
| O'Dogherty, C.G., M. D. .. . . .     | Montréal .. . . .        | Nov. 21, 1826    |
| O'Callaghan, E.B., M. D. .. . . .    | Québec .. . . .          | Oct. 15, 1827    |
| Ouellet, Pierre .. . . .             | .. . . .                 | Mai 17, 1845     |

| NOM                                   | RESIDENCE             | Date de Licence  |
|---------------------------------------|-----------------------|------------------|
| P.                                    |                       |                  |
| Porter, Henry . . . . .               | Quinzechien . . . . . | Juin 17, 1805    |
| Painchaud, Joseph, M. D. . . . .      | Québec . . . . .      | Janv. 9, 1811    |
| Pardey, William, M. D. . . . .        | Montréal . . . . .    | Oct. 14, 1817    |
| Perreault, C.N., M.D. . . . .         | Québec . . . . .      | Juillet 24, 1818 |
| Parent, Joseph . . . . .              | Québec . . . . .      | Août 29, 1820    |
| Pellisson . . . . .                   | Québec . . . . .      | Fév. 16, 1826    |
| Panet, Thomas Alfred . . . . .        | St-Thomas . . . . .   | Juin 4, 1828     |
| Parker, John . . . . .                | . . . . .             | Août 7, 1829     |
| Pratte, Joseph . . . . .              | . . . . .             | Avril 24, 1833   |
| Parmelu, Rotus . . . . .              | . . . . .             | Juillet 16, 1834 |
| Pearson, Michael . . . . .            | . . . . .             | Avril 15, 1835   |
| Pike, John, M. D. . . . .             | . . . . .             | Juillet 22, 1835 |
| Perrault, Joseph Adolphe . . . . .    | . . . . .             | Avril 5, 1837    |
| Foulin, François Xaxier . . . . .     | . . . . .             | Oct. 15, 1839    |
| Pillet, Francis . . . . .             | . . . . .             | Août 21, 1841    |
| Pominville, Joseph . . . . .          | . . . . .             | Nov. 19, 1842    |
| Poulin, J. A. . . . .                 | . . . . .             | Mars 24, 1843    |
| Paquin, Jean-Marie . . . . .          | . . . . .             | Juin 24, 1843    |
| Pinquet, Jean C. . . . .              | . . . . .             | Juillet 13, 1843 |
| Painchaud, Charles François . . . . . | . . . . .             | Juillet 12, 1844 |
| Papineau, J. B. Lactance . . . . .    | . . . . .             | Août 31, 1844    |
| Proulx, Philéas . . . . .             | . . . . .             | Août 31, 1844    |
| Provost, Michel . . . . .             | . . . . .             | Sept. 20, 1844   |
| Pominville, Théodule . . . . .        | . . . . .             | Mai 17, 1845     |
| Poisson, Urgel Médéric . . . . .      | . . . . .             | Nov. 15, 1845    |
| Peltier, Hector, M. D. . . . .        | . . . . .             | Déc. 13, 1846    |
| Purvis, George A. . . . .             | . . . . .             | Mai 23, 1846     |
| Poisson, Edouard N. . . . .           | . . . . .             | Mai 29, 1846     |
| Picton, Thomas . . . . .              | . . . . .             | Nov. 21, 1846    |
| Paradis, Henry, M.D. . . . .          | . . . . .             | Nov. 28, 1846    |
| Painchaud, Joseph . . . . .           | . . . . .             | Nov. 28, 1846    |
| Q.                                    |                       |                  |
| Quesnel, Timoléon . . . . .           | L'Acadie . . . . .    | Mai 6, 1822      |
| Quesnel, C. . . . .                   | Bécancourt. . . . .   | Juin 11, 1822    |
| R.                                    |                       |                  |
| Rice, Abner . . . . .                 | St-Andrews . . . . .  | Oct. 4, 1804     |
| Rogers, Henry V. . . . .              | . . . . .             | Mai 17, 1811     |
| Robertson, Wm., M. D. . . . .         | Montréal . . . . .    | Mai 10, 1815     |

| NOM                                | RESIDENCE            | Date de Licence |          |
|------------------------------------|----------------------|-----------------|----------|
| Rowley, John .. . . . . .          | Québec.. . . . . .   | Juin            | 14, 1819 |
| Rousseau, L. .. . . . . .          | Yamaska .. . . . . . | Oct.            | 5, 1822  |
| Roberts, George .. . . . . .       | Québec.. . . . . .   | Mars            | 29, 1823 |
| Roe, John Hill .. . . . . .        | Henryville. . . . .  | Sept.           | 11, 1823 |
| Rees, William .. . . . . .         | Québec.. . . . . .   | Sept.           | 15, 1823 |
| Roe, Archibald .. . . . . .        | St-Andrews .. . . .  | Janv.           | 17, 1824 |
| Rankin, George C. .. . . . .       | .. . . . . .         | Août            | 5, 1824  |
| Ransom, Eliska J. .. . . . .       | .. . . . . .         | Juillet,        | 25, 1825 |
| Robinson, A. W. .. . . . . .       | St-Vincent de Paul   | Fév.            | 27, 1826 |
| Rankin, John Ed. .. . . . . .      | .. . . . . .         | Mai             | 1, 1828  |
| Rousseau, Edouard .. . . . .       | .. . . . . .         | Juillet         | 21, 1830 |
| Rousseau, Ovide .. . . . . .       | .. . . . . .         | Mars            | 9, 1831  |
| Robertson, James, M. D. .. . .     | .. . . . . .         | Oct.            | 26, 1831 |
| Racey, John, M. D. .. . . . .      | .. . . . . .         | Oct.            | 17, 1832 |
| Robitaille, James .. . . . . .     | .. . . . . .         | Juillet         | 31, 1834 |
| Rice, Ira W. .. . . . . .          | .. . . . . .         | Août            | 6, 1834  |
| Richelieu, John J. .. . . . . .    | .. . . . . .         | Mai             | 20, 1835 |
| Robinson, Thomas Slade .. . . .    | .. . . . . .         | Juillet         | 12, 1837 |
| Robitaille, Olivier .. . . . . .   | .. . . . . .         | Juillet         | 11, 1838 |
| Robertson, William, C.S.L. .. . .  | .. . . . . .         | Août            | 21, 1839 |
| Rollin, Alexis .. . . . . .        | .. . . . . .         | Août            | 21, 1841 |
| Rosenstein, John George .. . . .   | .. . . . . .         | Août            | 11, 1845 |
| Russel, Robert Henry, M. D. .. . . | .. . . . . .         | Nov.            | 25, 1843 |
| Robineau, François N. .. . . . .   | .. . . . . .         | Août            | 31, 1844 |
| Roy de Lussier, Louis Joseph .. .  | .. . . . . .         | Nov.            | 16, 1844 |
| Rowand, Alexander, M.D. .. . . .   | .. . . . . .         | Fév.            | 22, 1845 |
| Roy, J. Hercules .. . . . . .      | .. . . . . .         | Mars            | 8, 1845  |
| Rousseau, Louis R. .. . . . . .    | .. . . . . .         | Août            | 23, 1845 |
| Rinfret dit Malouin, Remi Fred. .  | .. . . . . .         | Oct.            | 4, 1845  |
| Robichaud, Joseph Emmanuel .. .    | .. . . . . .         | Nov.            | 15, 1845 |
| Russel, Trueman .. . . . . .       | .. . . . . .         | Nov.            | 28, 1846 |
| Russell, John Partington, M.D. .   | .. . . . . .         | Nov.            | 28, 1846 |
| Robillard, Edmond .. . . . . .     | .. . . . . .         | Janv.           | 30, 1847 |
| Roy, Saluste .. . . . . .          | .. . . . . .         | Mars            | 13, 1847 |
| Richardson, James Henry .. . . .   | .. . . . . .         | Juillet         | 31, 1847 |
| S.                                 |                      |                 |          |
| Stephenson, John, M.D .. . . . .   | Montréal .. . . . .  | Oct.            | 19, 1821 |
| Séguin, François H. .. . . . . .   | Québec.. . . . . .   | Sept.           | 18, 1822 |
| Steiger, Rodolphe .. . . . . .     | Longueil .. . . . .  | Avril           | 12, 1825 |
| Sims, Lindsay .. . . . . .         | .. . . . . .         | Juin            | 12, 1826 |
| Sterns, Truman .. . . . . .        | L'Assomption.. . . . | Nov.            | 13, 1827 |

| NOM                                      | RESIDENCE              | Date de Licence  |
|--|------------------------|------------------|
| Spooner, John R. . . . .                 | Montréal . . . . .     | Mai 9, 1828      |
| Stubinger, Henry . . . . .               | St-Hyacinthe . . . . . | Juin 14, 1828    |
| Selby, Geo. . . . .                      | Montréal . . . . .     | Mbre du B. Méd.  |
| Shirriff, Francis Walker . . . . .       | . . . . .              | Oct. 23, 1833    |
| Sewell, James Arthur, M.D. . . . .       | . . . . .              | Fév. 19, 1834    |
| Smallwood, Charles . . . . .             | . . . . .              | Juillet 31, 1834 |
| Sewell, Stephen Charles, M. D. . . . .   | . . . . .              | Oct. 7, 1835     |
| Sewell, Edward Quincy, M.D. . . . .      | . . . . .              | Oct. 7, 1835     |
| Smith, William Primerose . . . . .       | . . . . .              | Oct. 28, 1835    |
| Scott, Montague . . . . .                | . . . . .              | Janv. 13, 1836   |
| Sabourin, Charles . . . . .              | . . . . .              | Juin 22, 1836    |
| Scott, Alexander . . . . .               | . . . . .              | Juillet 12, 1837 |
| Sanche, Joseph Flavier T. . . . .        | . . . . .              | Nov. 11, 1839    |
| Scott, William E., M.D. . . . .          | . . . . .              | Août 16, 1842    |
| Sherman, Pliny . . . . .                 | . . . . .              | Déc. 23, 1842    |
| Stansfield, Robert W. . . . .            | . . . . .              | Fév. 23, 1844    |
| Sparham, Emmanuel B. . . . .             | . . . . .              | Août 16, 1845    |
| Sarois, Chrysogone . . . . .             | . . . . .              | Mars 28, 1846    |
| Sauvé, H. H. . . . .                     | . . . . .              | Août 14, 1847    |
| T.                                       |                        |                  |
| Thurber, William . . . . .               | Montréal . . . . .     | Juillet 13, 1815 |
| Taché, Etienne P. . . . .                | St-Thomas . . . . .    | Mars 18, 1819    |
| Tresler, John B.C., M. D. . . . .        | Montréal . . . . .     | Déc. 20, 1822    |
| Thurber, William . . . . .               | . . . . .              | Mai 30, 1832     |
| Tremblay, Laurent . . . . .              | . . . . .              | Nov. 12, 1834    |
| Turcotte, Laurent . . . . .              | . . . . .              | Oct. 15, 1839    |
| Tavernier, Louis François . . . . .      | . . . . .              | Janv. 15, 1841   |
| Tourangeau, Pierre Guillet, M.D. . . . . | . . . . .              | Nov. 15, 1841    |
| Turcot, Magloire . . . . .               | . . . . .              | Avril 13, 1843   |
| Trudelle, Joseph E. . . . .              | . . . . .              | Déc. 15, 1843    |
| Turdelle, Eugène H. . . . .              | . . . . .              | Août 31, 1844    |
| Tasché, Charles . . . . .                | . . . . .              | Nov. 16, 1844    |
| Thizfault, J. M. . . . .                 | . . . . .              | Juin 7, 1845     |
| Tremblay, Louis . . . . .                | . . . . .              | Juin 28, 1845    |
| Têtu, Ludger . . . . .                   | . . . . .              | Nov. 22, 1845    |
| Tassé, Zéphérin . . . . .                | . . . . .              | Déc. 13, 1845    |
| Thibault, Michel . . . . .               | . . . . .              | Nov. 21, 1846    |
| Trudel, Charles . . . . .                | . . . . .              | Mars 6, 1847     |
| V.                                       |                        |                  |
| Von Iffland, A., M.D. . . . .            | Yamaska . . . . .      | Juillet 25, 1818 |
| Vallée, Wm. J., M.D. . . . .             | Montréal . . . . .     | Juillet 10, 1824 |

| NOM                                   | RESIDENCE               | Date de Licence  |
|---------------------------------------|-------------------------|------------------|
| Valois, Michel F. . . . .             | Pointe Claire. . . . .  | Mai 10, 1826     |
| Voyer, Antoine Toussant . . . . .     | . . . . .               | Avril, 15, 1830  |
| Viger, Séraphin . . . . .             | . . . . .               | Avril 11, 1832   |
| Van Courtland, Edward . . . . .       | . . . . .               | Déc. 21, 1832    |
| Vallée, Benjamin O. . . . .           | . . . . .               | Juin 16, 1841    |
| Vincent, Ferdinand . . . . .          | . . . . .               | Oct. 6, 1843     |
| Verchères de Boucherville, P. . . . . | . . . . .               | Fév. 22, 1845    |
| Varin, Joseph . . . . .               | . . . . .               | Mai 17, 1845     |
| Valiquet, Jean-Baptiste . . . . .     | . . . . .               | Nov. 15, 1845    |
| W.                                    |                         |                  |
| Weston, John . . . . .                | Hatley . . . . .        | Juillet 28, 1814 |
| Weilbrenner, R. C. . . . .            | Boucherville . . . . .  | Mai 5, 1825      |
| Walker, John . . . . .                | Montréal . . . . .      | Juin 25, 1825    |
| Whitelow, John . . . . .              | Trois Saumons . . . . . | Juin 21, 1826    |
| Waller, Samuel . . . . .              | Montréal . . . . .      | Août 14, 1828    |
| Weilbrenner, Joseph . . . . .         | . . . . .               | Mars 5, 1829     |
| Walmsley, R.M.G. . . . .              | Lacadie . . . . .       | Avril 24, 1829   |
| Wight, Robert H. . . . .              | . . . . .               | Oct. 29, 1834    |
| Watson, Henry . . . . .               | . . . . .               | Janv. 21, 1835   |
| Workman, Joseph, M.D. . . . .         | . . . . .               | Juillet 15, 1835 |
| Worthington, Edward D., M. D. . . . . | . . . . .               | Août 11, 1843    |
| Weeks, Henry . . . . .                | . . . . .               | Fév. 15, 1845    |
| Wallace, Thomas . . . . .             | . . . . .               | Août 15, 1846    |
| Watt, John, M.D. . . . .              | . . . . .               | Nov. 28, 1846    |
| Wilsam, John Wilbred, M.D. . . . .    | . . . . .               | Janv. 2, 1847    |
| Weels, Philippe . . . . .             | . . . . .               | Mars 6, 1847     |
| Y.                                    |                         |                  |
| Yeomans, David P. . . . .             | . . . . .               | Mai 24, 1847     |

Il ressort de ce tableau que, à l'époque de la Grande Charte, en 1847, cinq cent quarante (540) médecins exerçaient dans le Bas Canada. Quatre cent quarante et un n'étaient que des Clercs licenciés. Quatre-vingt-dix-neuf étaient des diplômés universitaires. Le total se composait de 286 médecins d'origine anglaise, et 254 médecins d'origine Canadienne-française. Les quatre-vingt-dix-neuf diplômés comprenaient 73 médecins d'origine anglaise, et 26 d'origine Canadienne-française. Il est facile de retracer les uns et les autres en relisant le tableau ci-dessus.

Voici, par ordre de séniorité, la liste des vingt-six diplômés universitaires Canadiens-français qui exerçaient au Bas-Canada, en 1847. La date qui précède le nom est celle de la licence obtenue sans examen, à la faveur du diplôme de docteur en médecine d'une Université reconnue.

|      |                  |      |                      |
|------|------------------|------|----------------------|
| 1811 | Joseph Painchaud | 1839 | Henri Leprohon       |
| 1818 | C. N. Perreault  | 1840 | F. Denis Blanchet    |
| 1823 | Benj. Berthelet  | 1840 | Geo. M. Déchesne     |
| 1824 | W. J. Vallée     | 1841 | P. G. Tourangeau     |
| 1826 | O. F. Bruneau    | 1842 | G. Bibaud            |
| 1826 | O. F. Meilleur   | 1842 | Chs. Dansereau       |
| 1828 | Pierre Beaubien  | 1843 | Horace Nelson        |
| 1829 | Chs. J. Frémont  | 1843 | Cléophas Parnard     |
| 1836 | A. H. David      | 1843 | Joseph Lusignan      |
| 1836 | Ls. H. Gauvreau  | 1843 | Chs. de Boucherville |
| 1839 | Benoni Guay      | 1845 | Jean Lucien Leprohon |
| 1839 | Hendy Cartier    | 1846 | Hector Peltier       |
| 1839 | Sévérin Belleau  | 1846 | Henry Paradis.       |

Nous verrons, dans le chapitre suivant, que sur les 540, **180 médecins seulement, 81 Anglais et 99 Canadiens-français**, consentirent à se faire pétitionnaires de la Grande Charte. Nous donnerons leurs noms.

# CHRONIQUE

---

## SOIXANTENAIRE

L'Union Médicale du Canada a célébré magistralement ses noces de diamants par l'édition d'un fascicule spécial, véritable volume couvrant près de 500 pages de texte historique et scientifique. C'est le digne couronnement de "l'accomplissement d'un devoir". Nous laissons à d'autres le soin de juger si nous avons eu raison de nous glorifier d'avoir maintenu l'existence de ce journal de médecine, le plus ancien du Canada, actuellement encore vivant et bien vivant, "oeuvre de régularité et de constance".

Mais nul anniversaire de cette importance n'eut été complet s'il à moins d'être célébré par un banquet auquel toute la grande famille de l'Union Médicale fut convoquée. Aussi le lundi, 7 mars dernier, dans la vaste salle à manger du Cercle Universitaire de Montréal, aménagée pour la circonstance d'un parterre de verdure d'où surgissaient palmes et fougères, autour d'une seule table, une table d'honneur, un U immense, avaient pris place 110 collaborateurs assidus, directeurs, rédacteurs, annonceurs, tous travailleurs, quelques-uns de la première heure, d'autres de la onzième, la plupart ayant connu des jours difficiles et pénibles pour la Revue, en particulier durant l'époque sombre de la Grande Guerre où nombre de nos énergies et de nos talents médicaux avaient abandonné leur plume scientifique pour manier le bistouri et les pinces aux heures mêmes où en d'autres circonstances elle était consacrée au recueillement et aux observations.

C'était une seule table d'honneur et si au trait d'union des deux branches du U on avait placé le président, **M. J.-E. Dubé**, la répartition des convives sur sa droite et sur sa gauche a été difficile tant les valeurs, l'âge et le dévouement se mêlaient à chaque nom mentionné. Il appartenait à monsieur **Edouard Carteron**, Consul général de France, qu'il fût à l'honneur en cette fête de langue et de médecine françaises. Il devait à cause de son rang, occuper le fauteuil placé à la droite du Président. Monsieur le doyen **Louis de Lotbinière Harwood** de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal méritait les seconds honneurs et se trouvait à la gauche du Président, puis se succédaient alternativement à la droite et à la gauche MM. **A.-A. Foucher**, l'un des jubilaires d'hier à la Faculté de Médecine et à l'Hôpital Notre-Dame, **Arthur Terroux**, un ami et un bienfaiteur insigne de la profession médicale, **Albert LeSage**, rédacteur en chef depuis 32 ans, **A.-G. Nicholls**, représentant le Canadian National Association Journal, le **Colonel Arthur Dubuc**, le distingué commandant du 22ème régiment et beau-frère du Docteur LeSage, **L.-E. Fortier**, professeur

de thérapeutique, le **Dr. Edmond LeSage**, ancien député au fédéral, frère du docteur Albert LeSage, etc., etc. Il serait trop long de les énumérer, il faudrait les nommer tous. Quelques absences cependant furent remarquées et nous ne saurions passer sous silence l'impossibilité dans laquelle se trouvaient Le Bulletin Médical de Québec que l'on avait désigné à cause de son âge, pour répondre à la santé de la Presse Médicale canadienne-française, et la Faculté de Médecine de l'Université Laval de ne pouvoir être représentés.

Mais à ce banquet délicieux où les mets fins et apprêtés avec un art consommé étaient arrosés de vins d'un fumet exquis, se détachait une figure vers laquelle se tournaient les yeux des convives. Il semblait presque que ce fut sa fête; devant son couvert une corbeille de roses avait été placée, douce pensée féminine — sa belle-mère — qui se joignait à nous.

Oui, c'était bien un hôte que nous fêtions en même temps que les 60 ans d'existence de la Revue. Albert LeSage, toujours jeune, parce qu'il s'est toujours mêlé aux jeunes, comme il se plaît à le dire, et qu'il évolue avec eux, recevait des Directeurs son buste, oeuvre magistrale de M. Henri Hébert, tandis que les Rédacteurs, qu'il avait primitivement choisis et triés, lui présentaient sur une base d'ébène où étaient inscrits leurs noms sur plaque de cuivre, un bronze, une tête de femme, jeune, souriante, méditative et personnifiant le souvenir, "Je me souviens" de M. Suzor Côté.

Ailleurs, dans ce numéro, vous pourrez lire les discours qui ont été prononcés: ils se passent de commentaire. Tous furent brillants, profondément émouvants. Pour les jeunes, ce fut un exemple admirable de volonté et de persévérance; pour les aînés un jour d'orgueil et de gloire.

L'organisation de ce dîner mérite une mention toute spéciale à l'adresse de MM. Vidal, Marion, Lajoie et Valiquette, pour la sobriété et le bon goût qui ont accompagné cette belle démonstration.

L'Union Médicale du Canada a vécu soixante ans, elle vivra toujours!

LE SECRETAIRE DE LA REDACTION.

---

## FORMULAIRE

---

### Contre migraine:

|                  |     |    |               |
|------------------|-----|----|---------------|
| Pyramidon ....   | og. | 30 | centigrammes. |
| Phénacatine .... | og. | 20 | "             |
| Caféine ....     | og. | 05 | "             |

Deux à trois durant un jour. Répéter au besoin.

---

### La toux:

|                         |   |    |                  |
|-------------------------|---|----|------------------|
| Sirop Codéine           | } | ââ | 20 c.c.          |
| Sirop belladone         |   |    |                  |
| Eau Laurier-cerise .... |   |    | 5 grammes.       |
| Eau de tilleul ....     |   |    | Q. S. P. 90 c.c. |

Une cuillerée à thé 3 à 4 fois par jour.

---

### Contre toux émétisante:

|                             |     |          |               |
|-----------------------------|-----|----------|---------------|
| Menthol ....                | og. | 10       | centigrammes. |
| Eau chloroformée ....       |     | 30       | grammes.      |
| Chlohydrate de cocaïne .... |     | deux     | centigrammes. |
| Julep gommeux ....          |     | Q. S. P. | 60 c.c.       |

A prendre en 24 heures avant les repas.

---

### Pour stimuler l'appétit:

|                        |  |    |          |
|------------------------|--|----|----------|
| Tr. noix vomique ....  |  | 4  | grammes. |
| Tr. colombo ....       |  | 10 | grammes. |
| Tr. quassia amara .... |  | 10 | grammes. |

XX gouttes dans un peu d'eau avant le repas.

---

### Poudre Ferrier. (recalcification.)

|                         |     |    |              |
|-------------------------|-----|----|--------------|
| Carbonate de chaux .... | og. | 50 | centigrammes |
| Phosphate de chaux .... | og. | 20 | "            |
| Magnésie calcinée ....  | og. | 05 | "            |

Trois fois par jour aux repas.

## REVUE DES LIVRES

---

**Le Journal de l'Hôtel-Dieu de Montréal.** — No. 1. Janvier-février 1932.

“Allez et bonne chance!! nous aussi nous vous le disons et de tout coeur. Nous sommes sûrs également que vous réussirez!

Le Journal de l'Hôtel-Dieu nous est arrivé bien rédigé, intéressant, prometteur de succès et de longue vie. Dès sa première page, nous sentons l'énergie, la conviction, la décision de paraître pour exister et vivre sa vie en faisant sa marque. Bravo! Médecins de l'Hôtel-Dieu, l'Union Médicale vous félicite. N'avez-vous pas sept directeurs et 7 rédacteurs parmi nous? Notre Président même est un des vôtres. Votre initiative recevra l'accueil que vous méritez; soyez assurés de notre plus entière sympathie et de notre sincère encouragement.

Cinq travaux scientifiques font les frais de ce numéro *un* et les sujets sont aussi intéressants que variés traitant chacun de questions dont le praticien, à qui s'adresse cette revue devrait faire son profit. Elle est entre les mains de plus de 2000 médecins de langue française; vous tous qui me lisez avez dû la recevoir; l'espace m'empêche d'en faire des analyses même détaillées, mais je ne puis passer sous silence l'article de M. Georges H. Baril “Laboratoire et Examen clinique du médecin”, que j'incite tous et chacun à approfondir et à conserver en mémoire, lorsqu'un malade se présentera devant eux. En demandant au laboratoire ce qu'il peut faire pour vous aider à poser un diagnostic, n'oublions pas que la clinique est avant tout la pierre d'achoppement qui nous permettra d'étiqueter un malade, sans demander à ce même laboratoire de faire le diagnostic sans avoir vu le patient. C'est la collaboration du biologiste, du pathologiste, du bactériologiste, du radiologiste avec le clinicien qui servira la cause du patient qui se confie à nous pour améliorer sa santé. Ce n'est pas moi qui le dis, c'est un homme de laboratoire qui sait et dont l'expérience est considérable.

En parcourant les autres numéros qui paraîtront tous les deux mois, M. Léo Pariseau nous promet un banquet fait de “Miettes Médicales de l'Histoire du Canada” servi avec l'élégance et le piquant que nous lui connaissons.

Ce premier numéro qui devrait être un numéro de réjouissance est malheureusement assombri par l'éloge funèbre de deux collègues disparus le même jour, tous deux médecins distingués et dévoués. Il semble toutefois que de leur tombe à peine fermée ils apportent leur collaboration à cette revue de “chez eux” qu'ils ont servi avec science et désintéressement.

L. G. L.

## NÉCROLOGIE

---

### Le docteur A. D. BLACKADER

Le Canadian Medical Association Journal vient de perdre son rédacteur en chef "emeritus"; l'Union Médicale du Canada ne peut laisser passer sous silence cette disparition d'une figure remarquable de la profession médicale de la Province de Québec et du Canada tout entier. La vie de Blackader fut d'une activité débordante. Professeur de Pédiatrie à la Faculté de Médecine de l'Université McGill, membre de nombreuses Associations, mêlé à quantité de mouvements professionnels, il avait été appelé à la direction du Canadian Medical Association Journal, et lorsque la maladie l'obligea à abandonner cette oeuvre qu'il avait à coeur, il fut nommé rédacteur en chef "emeritus", honneur bien accordé s'il en fût.

Lors de la réunion du British Medical Association tenue à Winnipeg en 1930, le docteur Blackader à qui l'on devait conférer un titre honorifique avait tenu à être présent, malgré la maladie qui le gardait au lit presque constamment. Il n'hésita pas un seul instant toutefois à faire ce voyage long, monotone, fatigant, même pour un homme en santé: durant le trajet il reste dans son compartiment, on lui sert ses repas au lit et dès son arrivée à l'hôte<sup>l</sup> il s'alite pour ne se lever que quelques heures, deux jours plus tard pour prendre part à la cérémonie des remises honorifiques. Nous l'accompagnions à son retour à Montréal, toujours au lit, dans sa chambrette, heureux d'avoir accompli son devoir, confiant dans l'avenir, en quête de plans à résoudre, de suggestions intéressantes pour améliorer la condition du Journal de langue anglaise dont la facture et la teneur des articles peut rivaliser avec tout autre du pays ou de l'étranger.

L'Union Médicale du Canada tient à offrir au Canadian Medical Association Journal et à la famille du regretté défunt l'expression de ses plus sincères condoléances.

L. GERIN-LAJOIE.

# NOTICE NÉCROLOGIQUE

## SUR

### LE PROFESSEUR GUSTAVE ARCHAMBAULT

Par le Dr. LOUSTE

Chef de Dermatologie à l'Hôpital St. Louis de Paris.

Lorsqu'un câblogramme nous apprit le décès du professeur Gustave ARCHAMBAULT, de Montréal, la veille d'une de nos réunions, je vous l'ai annoncé, nous remettons à plus tard l'agréable devoir d'évoquer devant vous celui que tant de liens attachent à l'École de Saint-Louis et à la France.

Beaucoup d'entre nous l'ont connu en 1906 à l'Hôpital Saint-Louis suivant un des premiers cours de perfectionnement; c'était le premier Canadien Français que nous recevions.

Jeune, — il avait 25 ans, — d'apparence réservée, un peu timide, timidité en contradiction avec l'ardeur et l'intelligence qui brillaient dans son regard. Il suivit le cours avec un enthousiasme remarquable occupant ses matinées dans les différents services de Saint-Louis. Il appréciait particulièrement l'accueil sympathique des maîtres de l'époque, avide d'apprendre, curieux de comprendre et on sentait déjà le travail intérieur qui devait faire de lui une personnalité.

Ce premier voyage d'étude, qui fut suivi de beaucoup d'autres, avait marqué chez lui une empreinte d'autant plus forte qu'il retrouvait dans la clarté, dans la précision d'examen, dans le jugement médical, les qualités de race que ses ancêtres avaient emportées et conservées, de la culture Française.

Membre de notre Société depuis cette époque, il ne manqua jamais de nous voir à chacun de ses voyages, venant en quelque sorte faire le pont de la dermatologie auprès de chacun de nous.

Membre fondateur de l'Association internationale de dermatologie et syphiligraphie de langue Française, nous le voyons à Paris en 1920, à Strasbourg, où sa parole chaude et vibrante évoque les souvenirs vécus dans les années pénibles. Il participe au Congrès de Bruxelles et de nouveau au Congrès de Paris, prenant une part active à tous nos travaux.

Au moment de nos épreuves nationales, en 1914, Gustave ARCHAMBAULT s'installait un des premiers en France pour apporter son talent, son expérience et son cœur à nos ambulances.

Il abandonnait sa famille, parents, amis, une situation pleine de promesses, pour les risques d'une aventure périlleuse, et peut-être le risque de sa vie, pour un principe et au nom d'une race, dit dans son éloge le Professeur LeSage (de Montréal) qui veut, elle aussi, lutter pour le "droit" contre la "force". Ce geste ne surprend pas ceux qui ont connu l'homme

d'action qu'il était, enthousiaste de sa profession, répondant à l'appel de toutes les souffrances, soucieux beaucoup plus d'accomplir un devoir que de réaliser un gain.

Fils de médecin, étudiant en médecine, interne, élève à l'hôpital Saint-Louis, plus tard chef de service à Montréal, agrégé, professeur titulaire de la clinique dermato-syphilygraphique, secrétaire de Conseil Médical de l'Hôpital de Notre-Dame, Médecin de l'Institut Bruchési de Saint-Jean-de-Dieu Membre du Conseil supérieur d'Hygiène provincial, Secrétaire Trésorier de l'Union Médicale du Canada, ancien Secrétaire Général de l'Association de Médecine de Langue Française de l'Amérique du Nord au Congrès de Montréal en 1926, ancien Président de la Société Médicale de Montréal, Membre de la Société Française de Dermatologie et syphilygraphie, ancien président de la "Canadian Dermatological Association" partout il déploie son activité scientifique, organisatrice et féconde dans les 25 années qui ont suivi son premier passage parmi nous.

Il devait ses succès à ses qualités d'intelligence, de finesse, de méthode, et à cette ténacité suivie d'une décision rapide, clairvoyante et constructive.

Il publia de nombreux travaux dermatologiques seul, et en collaboration avec son élève Albéric MARIN qu'il avait envoyé pendant deux années à Saint-Louis et que nous nous honorions de compter parmi nous.

Quelques uns ont été publiés en France, en Belgique, mais le plus grand nombra dans l'Union Médicale du Canada dont il était le Secrétaire.

Il tenait avant tout à la culture médicale Française et après avoir envoyé auprès de nous Albéric MARIN qui devenait, l'an dernier, son agrégé, et actuellement le remplace, nous voyons venir en France Jules ARCHAMBAULT son cousin, GARCEAU, DESFORGES, GAUMOND, ROBERT, qu'il dirigeait de loin et qui, sur ses conseils, travaillèrent à Lyon, Strasbourg avant de revenir à Saint-Louis, créant ainsi une filiation directe entre l'École Française et l'École Canadienne dont nous pouvons être fiers.

Officier d'Académie, Chevalier de la Légion d'Honneur, décoré de la médaille du Roi et des alliés, il portait dignement ces hommages rendus pour services à la France.

Au nom de la Société Française de Dermatologie et de syphilygraphie, j'apporte un témoignage de gratitude et d'estime sincère au Professeur Gustave ARCHAMBAULT, enlevé prématurément aux amis qui le regrettent, aux élèves qu'il abandonne; aux malades qu'il savait, comme chez nous, si bien guérir, soulager et consoler.

Sa vie est un exemple à méditer et ses élèves, ses fils spirituels savent qu'ils trouveront toujours, parmi nous, l'accueil, la sympathie et le dévouement que nous avait inspiré le premier des Canadiens Français qui leur a montré le chemin de l'École Saint-Louis et de la France.

---

Note.—Cette notice a été prononcée à la Société de Dermatologie et de syphilygraphie de Paris le 13 mars, et elle nous est transmise par le docteur Aimé Desforges, élève du Dr Louste à Saint-Louis, à Paris.

## ANALYSES

---

### MEDECINE

RENE A. GUTMAN, J. LOVAL et C. H. SCHLUMBERGER. — **Hémorragies digestives chez un angiomateux.** Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hop. de Paris. Séance du 29 janvier 1932.

Les auteurs rapportent une histoire clinique intéressante, où il est question d'un malade âgé de 45 ans, présentant des hémorragies digestives abondantes, accompagnées de méloena, réparties sur un espace de temps de 7 à 8 ans.

Ce syndrome hémorragique n'est accompagné, durant cette longue période d'aucune douleur épigastrique ou abdominale.

Les investigations cliniques et radiologiques, ne peuvent fournir de renseignements satisfaisants sur le lieu des hémorragies successives.

On intervient chirurgicalement. Une gastro-entérostomie, pratiquée à cause d'une petite marque d'aspect cicatriciel sur le bulbe, n'en prévient pas moins de nouvelles hémorragies.

Le diagnostic d'ulcère gastrique ou duodéal et celui d'hémorragie d'origine hépatique étant écartés un confrère consulté à ce sujet, suggère le diagnostic "d'hémorragies d'origine angiomateuse", s'appuyant sur une symptomatologie particulière présentée par le malade: sur la moitié droite de la partie supérieure du voile du palais, une large tache angiomateuse; énorme angiome de la moitié droite de la face; sur le thorax, une douzaine de naevi disséminés; des hémorragies spontanées des gencives; et à la suite de l'opération d'un varicocèle, formation d'une hématôme important. Un examen du sang concluait: petite hémophilo-hémogénie.

Pour toutes ces raisons, les auteurs prétendent qu'on doit ranger ce malade dans le groupe encore un peu mystérieux des hémorragies chez les porteurs d'angiomes, par suite d'une dyscrasie capillaire et hématique, substration de l'état hémorragique.

J., Alfred MOUSSEAU.

### CHIRURGIE

DESPLAS et RONCHESE. — **La vaccination Pré et Post-Opératoire des opérés.** (La Presse Médicale, Paris 17 fév. 1932.)

Ce qui se fait habituellement.

a/ Préparation des malades à opérer:

Ou bien par une série d'injections d'un vaccin généralement polymicrobien;

Ou bien par l'administration per os pendant plusieurs jours d'un vaccin buccal.

## b/ En cas d'infection post-opératoire:

Reprise de la vaccinothérapie seule, ou combinée avec toute autre médication anti-infectieuse, l'opéré étant laissé sans secours dans les premières journées post-opératoires au moment de sa défaillance.

De l'avis des auteurs, la méthode la plus complète de vaccination pour les opérés paraît être la suivante:

## a/ Préparation des malades à opérer:

Trois à quatre injections à deux jours d'intervalle d'un vaccin polymicrobien à base de lysats et de germes entiers tués.

b/ Protection des opérés après l'intervention et pendant quatre à six jours par l'administration per os, ou par lavement, ou dans un goutte à goutte, d'un vaccin à ingérer également polymicrobien à base de lysats et de germes entiers tués.

Cette méthode a donné les meilleurs résultats aux auteurs qui l'emploient depuis quelques mois.

E. TROTTIER.

## GYNECOLOGIE

M. A. BRANDAO-FILHO. — **Hernie de l'utérus gravide de cinq mois à travers l'anus.** (Bull. et Mem. de la Soc. Nat. de Chirurgie, Paris. No. 5, Février 1932.)

B.-F. rapporte un cas extraordinaire d'une Brésilienne de 25 ans. Après un retard menstruel de 4 mois, à la suite d'un effort pour évacuer, la malade éprouva une violente douleur et constata l'apparition d'une tumeur anale de la grosseur d'une tête d'enfant. En effet l'examen montra qu'il s'agissait d'un prolapsus du rectum contenant un utérus gravide.

L'opération consista à rompre la poche des eaux et à faire l'avortement pendant qu'un aide exerçait une légère pression sur la tumeur. Le prolapsus du rectum et de l'utérus fut alors aisément réduit.

Pour maintenir cette réduction il fallut faire le cerclage de l'anus. Le 26ème jour la malade quitta l'hôpital.

A. MAGNAN.

## PEDIATRIE

Dr ANDRE FINOT. — **L'Amygdale foyer d'infection.** (Revue thérapeutique des alcaloïdes, octobre 1931.)

L'amygdale est considérée comme une cause fréquente de troubles locaux: angines, phlegmons, adénites, toux, gêne respiratoire, asthme, etc. On avait pu observer aussi que l'amygdalite aiguë marquait souvent le premier temps d'affections générales ou à distance, telles que rhumatismes, néphrites, appendicites, etc. La théorie américaine de "focal infection" englobant pratiquement toute affection ne faisant pas sa preuve étiologique, tend à s'imposer tout au moins à l'attention générale. MM. Worms et LeMée ont institué un referendum étendu à l'Europe et à l'Amérique. Leurs principales conclusions sont intéressantes.

*A quoi servent les amygdales?* — De toutes les théories avancées à leur sujet, il ne subsisterait que celle-ci: elles possèdent à un très haut degré les propriétés générales du tissu lymphatique; plongées dans ce milieu essentiellement septique que constitue la cavité bucco-pharyngée, elles sont constamment sollicitées à réagir contre une agression également permanente.

*Résultats du referendum.* — Les amygdales peuvent-elles constituer une porte d'entrée et un foyer d'infections secondaires? La presque unanimité des réponses est affirmative et la théorie semble donc solidement établie. Parmi les foyers reconnus d'infection secondaire (amygdales, dents, oreilles, sinus, vésicules, prostate) 60% des réponses donnent la première place aux amygdales. Un certain nombre (18%) réservent aux dents l'action prédominante.

*Quelles sont les infections secondaires à point de départ amygdalien?* — Les septicémies, les fièvres passagères des enfants, la fièvre ganglionnaire, les rhumatismes, l'appareil circulatoire (myocardites, 90% des réponses affirmatives), l'appareil urinaire, l'appareil digestif (troubles gastro-intestinaux, surtout chez l'enfant: 60%), l'appareil respiratoire, le système nerveux (70% des réponses admettent l'origine amygdalienne de l'encéphalite épidémique et de la poliomyélite antérieure aiguë), le système osseux, la tuberculose (35% seulement l'admettent pour la tuberculose ganglionnaire et 15% pour la tuberculose pulmonaire).

*Comment reconnaître l'amygdale foyer d'infection?* — Par des moyens purement cliniques; issue de pus ou de muco-pus, hypertrophie des ganglions cervicaux, poussées répétées d'amygdalites aiguës, rougeur oedémateuse du pilier antérieur, hypertrophie rouge de l'amygdale, présence du caseum dans les cryptes, cicatrices à la surface de l'amygdale, certaines pyrexies, vespérales et traînantes, surtout chez les jeunes filles, toutes les manifestations auriculaires chez l'enfant.

Par la bactériologie: il faut la ponction profonde avec la pipette de Pasteur; on trouve surtout le streptocoque hémolytique.

Par le test amygdalien: on fait d'abord la numération des leucocytes sanguins, puis après massage ou ventousage de l'amygdale par instruments spéciaux, si un nouvel examen du sang montre une hyperleucocytose, on doit conclure qu'il y a amygdale infectée et infectante, même si les autres épreuves sont négatives. S'il n'y a pas hyperleucocytose, l'amygdale n'est pas pathogène.

*Doit-on enlever les amygdales?* — A l'heure actuelle, la grande majorité (76%) des auteurs estime que l'exérèse des amygdales, même saines, n'entraîne aucun trouble. 20% signalent des troubles généralement légers: hypertrophie compensatrice du tissu lymphatique pharyngé (surtout si l'on opère avant 2 ans; donc opérer toujours après cet âge), tendance aux laryngo-trachéites, voire à l'asthme et à l'emphysème, modification du timbre de la voie, exceptionnellement tendance à l'obésité.

Quoiqu'il en soit, devant la gravité possible de la "focal infection" amygdalienne, il n'y a pas à hésiter: toute amygdale malade doit être extirpée. Quant à l'amygdalectomie systématique, préconisée par certains auteurs américains, elle n'est pas à envisager et se présente, au contraire, comme "une pratique regrettable."

Gaston LAPIERRE.

## CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE

P. MATHIEU. — **La résection arthroplastique de la hanche.** (Journal de chirurgie, No. 34, 1931.)

L'auteur passe en revue les différents procédés d'arthroplastie de la hanche, qui presque tous consistent à réséquer la tête du fémur, à remodeler la portion du col qui demeure pour faciliter son introduction dans la cavité cotyloïde et à abaisser le grand trochanter. L'intervention a pour but de faire disparaître les douleurs de la hanche et à conserver les mouvements articulaires et rencontre des indications dans les luxations anciennes traumatiques, dans les fractures non-consolidées du col et dans les cas d'arthrite avec ankylose.

L'auteur préconise des modifications à la technique courante qui peuvent se résumer à six points importants: a) incision spéciale pour rendre l'accès de l'articulation plus facile; b) résection du grand trochanter et des insertions musculaires; c) ouverture de l'articulation et résection de la tête fémorale; d) remodelage de la tête et implantation dans la cavité cotyloïde; d) fixation du grand trochanter sur la diaphyse à l'aide d'une vis; e) fermeture, et application d'un grand appareil plâtré, la jambe en abduction et en rotation interne.

Après dix jours d'immobilisation, l'appareil plâtré peut être fénêtré ou bien la jambe peut être placée en extension continue, en ayant soin toutefois de conserver la position primitive.

S'il s'agit d'une lésion d'ankylose ancienne il peut être indiqué de faire la transplantation d'une portion du fascialata pour faciliter le glissement de la nouvelle tête fémorale, mais même dans ce cas, l'ankylose secondaire peut survenir et l'auteur estime que cette intervention est surtout indiquée pour les fractures non consolidées du col.

Edmond DUBE.

## DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

SEZARY. — **Faut-il traiter indéfiniment les syphilitiques.** Le Monde Médical, décembre 1931.

L'auteur, qui est un syphiligraphe réputé apporte une contribution importante à la solution de ce problème.

Les syphiligraphes ne sont pas toujours d'accord, sur les méthodes de traitement, de l'infection tréponémique. Une des questions les plus agitées actuellement concerne la durée du traitement.

Nicolas de Gougerot et beaucoup d'autres veulent faire un traitement chronique très long, 25 ans, pour ne pas dire indéfiniment prolongé.

Vernes veut faire un traitement minimum, basé sur les réactions biologiques des malades et suivi d'une période d'observation indéfinie.

Ravaut comme l'auteur de l'article, préconise un traitement assez long, dont la durée dépend des données cliniques et biologiques, mais auquel il met un terme, après qu'un résultat satisfaisant a été obtenu et suffisamment consolidé.

D'abord, un traitement longtemps ou mieux indéfiniment prolongé peut décourager les meilleures volontés; certains n'ont pas le temps, d'autres ne peuvent en faire les frais, beaucoup préfèrent les risques d'une complication.

Aussi un traitement indéfiniment prolongé n'est pas toujours inoffensif. Il faut compter aussi avec des lésions viscérales du foie, des reins, des nerfs périphériques qui peuvent survenir à la longue. A vrai dire, les altérations de nature toxique des organes, sont assez rares au cours des traitements anti-syphilitiques.

Mais il arrive que ce traitement, qu'elle que soit son intensité et sa durée, peut se montrer parfaitement impuissant.

L'auteur a rapporté sept cas à la Société Médicale des Hôpitaux, en 1930-31. Il s'agissait d'anciens syphilitiques qui avaient été traités d'une façon intensive, mais tardivement pendant de nombreuses années, et qui n'avaient pas moins eu des complications nerveuses graves.

Photinos, de son côté a rapporté le cas d'une syphilitique héréditaire de 17 ans, pesant 45 kilogrammes, qui de 1922 à 1929, reçut 230 injections de 914 dont 190 de 0.90 centigrammes, sans que la réaction de Wasserman ait été négative.

Sans doute tous les malades ont été insuffisamment traités au début de leur infection mais on avait espéré rattraper le temps perdu en prolongeant et en intensifiant le traitement.

Or, il n'en a rien été.

Dans chaque cas il y a des indications particulières qui tiennent à l'âge de la maladie, à la localisation du tréponème, à l'organisme du malade.

L'auteur est convaincu qu'un traitement indéfiniment prolongé, est complètement inutile chez beaucoup de syphilitiques. Si le malade se présente à la fin de la période primaire, ou dans les premières semaines de la période secondaire, un traitement de quatre années en tout, peut être suffisant, sous la réserve que ses effets sont contrôlés par l'étude du liquide céphalo-rachidien et par un examen complet de l'aorte et alors nous pouvons parler de la guérison de la syphilis.

La durée du traitement peut aussi être abrégée, si le malade a été traité dès les premiers jours du chancre, c'est-à-dire avant que la réaction du Wassermann soit devenue positive.

Paul POIRIER.

#### G. MILLAN, — **Le traitement de l'acné.** Clinique et Laboratoire, 29 février 1932.

L'auteur ne parle ici que de l'acné juvénile. A côté de la théorie classique de l'infection staphylococcique, des follicules pilosébacées des visages huileux, il émet la théorie que l'acné se développerait surtout chez des sujets ayant les attributs de la pré-tuberculose, se basant sur le fait que Ramel de Lauzanne a pu tuberculiser des cobayes avec des formations acnéiques de sujets jeunes.

En plus du traitement ordinaire par des lotions alcooliques et soufrées et dans les cas plus rebelles par les agents physiques, l'A. insiste sur le traitement général: la marche au grand air, les sports à la campagne, le som-

meil la fenêtre ouverte, le régime alimentaire, la désinfection intestinale et un reconstituant à base d'arsenic ou d'acide phosphorique.

*Notes:*

Parlant des Rayons X l'Auteur propose une dose de 5H une fois par mois durant quatre mois. Nous croyons que c'est là une dose susceptible de causer des radiodermites. Il voudrait sans doute mieux s'en tenir aux doses fractionnées; technique que nous employons avec beaucoup de satisfaction à la clinique de Dermatologie de l'Hôpital Notre-Dame.

F. L. BOULAIS.

## UROLOGIE

**JONA J. L. — Pyeloscopy; A Further Contribution to the Experimental Study of the Contractions of the Kidney Pelvis. (La pyéloscopie; une autre contribution à l'étude expérimentale des contractions du bassinnet.)** Surgery, Gynecology and Obstetrics, 1931, no. 53, p. 644.

L'auteur commence son article, en exposant le mécanisme de la contractilité musculaire des calices et du bassinnet. Il la compare avec celle du coeur dont nous connaissons la systole et la diastole. Lorsque les calices sont remplis de l'urine qui vient des tubes droits, ils se contractent. A ce moment, le bassinnet se relâche et reçoit l'urine des calices. Quand il a atteint sa réplétion, il entre en contraction; cette contraction ferme le canal, qui fait communiquer les calices avec la cavité pyélique. En résumé, pendant la systole calicale, le bassinnet est en diastole et alternativement, Il suffit qu'il y ait un spasme dans un ou plusieurs calices pour amener une sorte d'arythmie urinaire, dont la suite est l'apparition d'une douleur. Après ces considérations, Jona rapporte les observations qu'il a faites sur des chiens en regard à l'effet de différents médicaments sur la contractilité du bassinnet.

*La quinine* produit une chute de la pression artérielle et un relâchement de la contractilité musculaire du bassinnet avec diminution de l'intervalle qui existe entre les phases de contraction.

*L'aspirine* diminue légèrement la pression artérielle, augmente l'amplitude des contractions rythmiques du bassinnet.

*La caféine* élève légèrement la tension artérielle, et produit une sorte de contracture de la paroi pyélique avec amplitude de ses contractions.

*Le citrate de soude* cause une vasodilatation dont la conséquence est la chute de la pression artérielle et a le même effet que la caféine sur la paroi du bassinnet.

*Le pituitrine* fait contracter la paroi pyélique et augmente le rythme de ses contractions.

*L'éserine* possède une action identique.

*L'atropine* enlève le contrôle du nerf vague, dont l'action serait indubitable sur la contractilité pyélique.

*L'adrénaline* amène une contraction soutenue de la paroi du bassinnet, qui apparaît avant l'élévation de la pression artérielle.

*L'hyoscine* produit une chute de la pression artérielle associée à une constriction des vaisseaux du rein et un relâchement de la contraction pyélique.

*L'acriflavine* et le *mercurochrome* ont une action identique à l'hyoscine.

Pour terminer, l'auteur tire des conclusions pratiques. Il se demande si l'action diurétique du citrate de soude et de la caféine dépendrait de l'effet direct de ces médicaments sur la musculature pyélique. De plus, l'emploi de l'hyoscine, de l'acriflavine et du mercurochrome devrait être recherché dans les cas où il existe une stase urinaire pyélique.

Oscar MERCIER.

## NEURO-PSYCHIATRIE

TH. ALAJOUANINE et AD. HOROWITZ. — **Traitement des crises gastriques du tabes par les injections intra-veineuses de sulfate d'atropine.** (Bull. et Mém. de la Soc. Méd. de Hop. de Paris, 15 février 1932, p. 178.)

Les auteurs ont employé cette thérapeutique, depuis 1928, chez 30 cas de crises gastriques tabétiques. A l'exception de 2 cas (il s'agissait de tabétiques morphinomanes de longue date) le succès a été constant.

Ils ont pris l'habitude d'injecter d'abord  $\frac{1}{2}$  milligramme d'atropine, afin d'explorer la susceptibilité du sujet, puis, quelques heures plus tard, 1 milligramme, 1 millig.  $\frac{1}{2}$  et même 2 milligrammes (en sol. dans 1 cc. d'eau distillée). Quand il était nécessaire, ils administrèrent 1 millig.  $\frac{1}{2}$  ou 2 millig. une ou deux fois par jour, selon les besoins, pendant quelques jours. Habituellement, la crise fut jugulée, sinon la première journée du traitement, du moins après quelques jours.

Innocuité remarquable de cette thérapeutique. Il serait prudent, cependant, de ne pas user de cette médication chez les malades à insuffisance cardiaque accentuée avec arythmie.

Les auteurs ont essayé leur thérapeutique auprès de tabétiques ayant des crises de douleurs fulgurantes. Ils ont obtenu souvent des succès remarquables, d'une façon moins constante cependant qu'à l'égard des crises gastriques. Ils se proposent d'ailleurs de poursuivre cette application de leur médication d'une façon plus prolongée et chez de plus nombreux cas de crises douloureuses, afin de se former une opinion plus précise.

Roma AMYOT.

# SOCIÉTÉS

---

## LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL

Séance du 15 décembre.

Président: M. J. A. JARRY.

a) **Un cas de sarcôme primitif de l'intestin grêle opéré.** — M. MERCIER FAUTEUX rapporte une observation très intéressante. Il s'agit d'une patiente qui s'est présentée à la consultation pour masse abdominale plutôt embarrassante que douloureuse. Cette patiente présentait un amaigrissement marqué et une anémie assez avancée. Après l'examen clinique complet et examen radiologique, le diagnostic de néoplasie intestinale fut posé. A l'opération l'on trouva une masse au petit intestin et un peu de métastase ganglionnaire. L'examen histo-pathologique en a révélé la nature sarcomeuse. M. Fauteux présente alors la pièce pathologique aux membres de la Société.

M. J.-A. JARRY croit que l'on doit considérer le diagnostic comme ayant été fait précocement en ce cas et l'intervention opportune étant donné les résultats.

M. R. DORE préconise la laparotomie exploratrice plus fréquente dans les cas de ce genre.

M. L.-C. SIMARD mentionne un cas opéré par le Docteur Urgel Gariépy qui présentait un sarcôme du petit intestin. Ce malade opéré il y a quelques années est actuellement en bonne santé.

M. L. GERIN-LAJOIE dit qu'un examen radiologique négatif ne doit pas faire éliminer l'idée du diagnostic d'une néoplasie digestive.

M. DUFRESNE félicite M. FAUTEUX pour le succès opératoire et préconise lui aussi l'intervention précoce.

b) **Goitre toxique sans modification du métabolisme.** — MM. REAL DORE et L.-C. SIMARD. M. DORE présente l'observation d'un goitre cliniquement toxique, mais dont le métabolisme était normal. Il a fait une thyroïdectomie sub-totale avec résultats satisfaisants. M. DORE discute les raisons de cette anomalie du métabolisme. Il mentionne tout spécialement le traitement antérieur médical ou radiologique. M. SIMARD donne une description de l'image histologique du cas opéré par M. DORE. Il fait des considérations générales sur l'aspect histologique des goitres toxiques, et insiste sur le fait qu'actuellement le Laboratoire est dans l'impossibilité d'affirmer si un goitre est en évolution ou en résolution.

M. SIMARD mentionne le fait que l'examen microscopique se fait sur des sections de glande totale.

M. L.-H. GARIEPY offre des explications au phénomène observé, c'est-à-dire au métabolisme peu élevé dans des cas de goitre toxique. Il y a deux choses à considérer: 1° l'hypersécrétion de thyroxine qui augmente les échanges respiratoires; 2° les symptômes d'excitation du sympathique. L'iode agirait sur cette thyroxine, et ainsi diminuerait les échanges respiratoires, d'où métabolisme abaissé, mais sans action immédiate sur l'hyperexcitation sympathique.

M. GARIEPY au moyen d'un schéma fait ressortir le fait de la variabilité du métabolisme basal chez les personnes normales. Il croit que cette épreuve doit faire partie d'un syndrome à titre de symptôme.

M. BARBEAU fait ressortir le fait de la classification moderne des tempéraments basée sur l'équilibre endocrinien.

M. LOUIS FORTIER demande au Docteur DORE quelle est la fréquence des accidents toxiques aigus à la suite de l'intervention.

M. DORE en réponse, dit que certains cliniciens américains portent peu attention au métabolisme pour décider de l'intervention. Dans le cas rapporté cette malade avait été médicalement traitée durant quatre ans, sans succès notable. M. DORE a observé des phénomènes d'hyperexcitation à la suite de l'intervention.

Louis FORTIER, M. D.  
Secrétaire des Séances.

Séance du 19 janvier 1932.

Président: M. L. VERSCHELDEN.

**a) Un cas d'épispadias total chez une jeune femme.** — M. MERCIER discute les différentes techniques opératoires employées dans ces cas, et il décrit une technique opératoire personnelle qui consiste à former un canal urétral au moyen d'un lambeau vaginal et à compléter un sphincter par périnéorrhaphie antérieure. Cette opération pratiquée chez la patiente de M. MERCIER a donné un succès complet avec continence urinaire.

M. A. LAROCHE félicite M. MERCIER pour sa belle démonstration de chirurgie plastique.

M. LANGEVIN demande si les organes voisins étaient anormaux.

M. MERCIER dit que la radiographie n'a pas démontré d'écartement de la symphyse pelvienne ni autre anomalie.

M. VERSCHELDEN dit que l'obtention de la continence dans ce cas est certainement un résultat à admirer.

**b) Un cas de carotinémié.** — M. ALBERIC MARIN. Il s'agit d'un jeune homme de vingt ans qui présente depuis environ deux mois une coloration jaune serin des paumes et des plantes. Ces régions sont uniformément colorées, cette teinte s'estompe à la bordure et s'émiette irrégulièrement. Rien d'autre à remarquer sur le reste des téguments ou muqueuses. Il nous apprend que depuis environ un an et demi sur l'avis d'un médecin, il s'est soumis à un régime végétarien composé en majeure partie de carottes. L'examen de son sérum montre une coloration ambrée bien différente de celle d'un sérum normal. De plus la réaction du plâtre de Paris éther

permet d'en précipiter le carotène. Ce cas de carotinémié n'est pas associé à l'hyperglycémie ou au diabète comme la plupart des cas rapportés à date. Le carotène est un lipochrome, une vitamine A contenu en abondance dans les carottes et dans beaucoup de légumes verts: tels que laitue, épinards, céleri, etc. Il peut s'il est mal éliminé, colorer le sang puis se fixer dans certains tissus, régions palméo-plantaires, la face, le thorax. La cessation du régime alimentaire riche en carotène fait disparaître cette teinte jaune

M. BARBEAU demande si l'on doit associer la teinte jaune des cancéreux à la présence de carotène dans le sang.

M. MARIN dit que le carotène est facile à rechercher dans ces cas.

M. LEGER dit que la carotinémié survient chez les diabétiques parce qu'ils mangent trop de carottes. Le teint des cancéreux serait plutôt dû à l'hémolyse.

M. MARIN dit que cet état se rencontre souvent quand la cholestérine du sang augmente, ainsi dans le diabète et dans le xanthôme.

**c) Un cas de tuberculose génitale.** — M. GERIN-LAJOIE rapporte un cas de tuberculose génitale qui avait été étiquetée primitivement annexe double d'origine tuberculeuse et gonococcique. L'auteur souligne la difficulté qu'il y a parfois à classifier bactériologiquement les infections génitales, et insiste sur la prudence qu'on doit apporter dans la variété microbienne en cause. Le cas particulier rapporté avait envahi en plus des trompes et des ovaires, la muqueuse utérine, forme rare de tuberculose génitale.

M. LANGEVIN demande pourquoi l'on a insufflé les trompes chez cette malade.

M. GERIN-LAJOIE: Parce que ces trompes ne paraissaient pas perméables.

M. LANGEVIN: le lipiodol est-il considéré comme antiseptique?

M. GERIN-LAJOIE dit que sur certains cas de lipiodol on a observé deux petites réactions.

M. PRUD'HOMME demande pourquoi l'opération de cette malade n'a pas été faite d'emblée.

M. GERIN-LAJOIE donne alors des détails de son cas. Cette malade s'était présentée pour cause de stérilité, les trompes semblaient oblitérées. C'est alors que le lipiodol a été conseillé. Plus tard une infection secondaire s'est déclarée non imputable au lipiodol et alors l'intervention a été faite.

M. MIGNAULT demande si M. GERIN-LAJOIE aurait opéré s'il avait su que c'était de nature tuberculeuse. Il note la présence de fistules après l'opération sur des cas de ce genre.

M. GERIN-LAJOIE dit qu'il vaut toujours mieux enlever les organes intra-abdominaux qui peuvent être atteints de bacillose.

Louis FORTIER, M.-D.

Secrétaire des Séances.

---

## LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE MONTREAL

Mercredi, le 13 janvier, le Président de la Société de Chirurgie, M. Rhéaume, recevait à dîner les membres de la Société au Cercle Universitaire. Après le dîner, les officiers présentèrent leurs rapports.

### Rapport du Secrétaire:

Durant l'année 1931 nous avons eu sept séances. Le nombre des présents s'élève à 80, soit une moyenne de 12 par séance, sur 20 membres actifs. De plus, au cours de cette année, 30 membres se sont fait excuser. Durant l'année, nous avons eu 17 communications tant de chirurgie générale, d'urologie et de gynécologie, les membres prirent part aux discussions 70 fois; nous avons eu deux présentations de malades et 7 présentations de pièces avec l'histoire clinique s'y rapportant.

En janvier, M. De Martigny a présenté un malade blessé par un éclat d'obus, M. Dufresne a présenté un cas d'onychogryphose. M. C. E. Hébert comme travail d'admission nous présentait un cas de hernie crurale habitée par un diverticule de Meckel. A la fin de la séance M. Gérin-Lajoie présentait une pièce de salpingite. M. Bourgeois présentait un rein rupturé à la suite d'un traumatisme.

En février, Monsieur le Doyen Harwood nous lisait un travail du Dr. Magnan sur les obturations tubaires, leurs causes, le diagnostic et le traitement.

Monsieur Gérin-Lajoie présentait une pièce de l'utérus dans lequel l'oeuf était très visible à travers l'amnios, cette pièce provenait d'une femme morte d'une hémorragie cérébrale. M. Rhéaume nous présentait un travail sur la cholécotomie trans-duodénale. En fin de séance M. Dubé amorçait la discussion sur l'étiologie des pieds bots. En mars, M. Belle-rose nous parlait du traitement de l'ulcère perforé de l'estomac. M. Mercier nous rapportait un cas d'abcès pelvien ouvert dans la vessie chez la femme. A cette séance assistait notre confrère Aucoin que nous avons eu le malheur de perdre durant l'année.

La séance d'avril fut sous la présidence de M. Trottier. A cette séance il fut proposé l'admission de cinq nouveaux membres. La séance de mai nous donnait le travail de M. Doré sur le basedow opéré. Cette communication fut lue par M. Gagnon. M. Gérin-Lajoie nous communiquait un cas d'hydronéphrose énorme simulant un kyste de l'ovaire. En fin de séance M. Gérin-Lajoie présentait une pièce de grossesse extra-utérine non rupturée.

La séance d'octobre fut remplie par Messieurs Trottier, Mercier et Gagnon. M. Trottier nous donnait les résultats de deux cas de fractures du col chirurgical de l'humérus. M. Mercier nous parlait des fistules vésico-vaginales. M. Gagnon nous donnait quelques considérations sur la maladie osseuse de Paget.

En décembre, Monsieur Crépault présentait l'histoire d'un cas de kyste de l'ovaire à pédicule tordu chez une fillette de sept ans. M. Belle-rose présentait un appareil Thomas modifié pour fracture de l'humérus. M. Mercier Fauteux clôturait la série des travaux par quelques notes sur un cas

de sarcome primitif de l'intestin grêle. La dernière présentation d'une pièce fut faite par M. Gagnon; c'était un rein farci de granulations tuberculeuses.

Voici le résultat des élections pour 1932.

M. Rhéaume, Président.

M. Ethier, Vice-Président.

M. Gérin-Lajoie, Secrétaire Général;

M. Trottier, trésorier;

M. Rivard, secrétaire;

M. Sénécal, Bibliothécaire-archiviste.

**Discours du Président sortant de charge. M. BOURGEOIS.**

Avant de quitter le fauteuil où m'ont placé votre sympathie et votre bonne amitié, je veux vous en exprimer à nouveau toute ma gratitude. J'ai apprécié à sa valeur l'honneur que vous m'avez fait, et j'ai essayé de réaliser les responsabilités qu'il comportait.

Aussi bien le programme élaboré dans mes quelques remarques de l'an dernier signalait-il, entre autres choses, la nécessité pour votre exécutif de bien comprendre le rôle que s'est imposé votre Société. Calquée sur un modèle dont la réputation s'est étendue aux quatre coins du monde, chargée d'un nom prétentieux peut-être qui peut évoquer par analogie ou similitude tout ce qui se rattache de grand et de bon à celui de la Société de Chirurgie de Paris, notre Société de Chirurgie de Montréal s'est attribuée de très lourdes responsabilités. Pouvons-nous ce soir après un rapide examen de nos activités nous rendre le témoignage du devoir accompli!

Sans doute nous avons tenu des réunions assez régulièrement. Quelques membres dévoués, souvent les mêmes, se sont imposés l'agréable tâche de s'instruire en instruisant les autres.

Mais, en somme, la Société représentant la totalité de ses membres, doit-elle être satisfaite de l'oeuvre accomplie? Je laisse à chacun d'entre vous, qui êtes ici présents, le soin de juger et je demande à tous, à vous qui êtes réunis autour de cette table comme à ceux que des engagements sérieux ont empêché de nous joindre, de faire en son intérieur l'examen de conscience qui puisse établir le rapport entre le travail de cette année et celui prescrit par nos statuts et nos règlements.

Il se peut, et j'en ai l'espoir, que ce court examen nous fasse voir l'écart qui peut exister entre ce que nous avons fait et ce que nous devons faire.

La liste de nos membres n'est pas grande mais elle contient à peu près tous ceux qui, par leur situation tant à l'Université que dans les Hôpitaux ont à leur disposition un matériel abondant pour alimenter le programme de nos séances.

Malheureusement que d'observations intéressantes prennent le chemin des archives sans que les membres de notre Société en puissent faire leur profit.

Que de pièces rares ou tout au moins instructives sont enfouies dans les bocaux de nos laboratoires et qui cependant pourraient faire ici le sujet de discussions intéressantes et avantageuses.

Les petites causes produisent souvent de grands effets. Et les faits les plus ordinaires, ceux de tous les jours, peuvent présenter des points dont une analyse judicieuse peut tirer les plus heureuses déductions.

Puisque donc nous avons le matériel nous pouvons et devons l'utiliser. Et c'est alors que s'impose à l'esprit la nécessité d'une collaboration générale, la plus générale possible. Que tous, dans l'exécution de notre travail quotidien, nous pensions plus souvent à la Société de Chirurgie et mettions en réserve pour la réunion prochaine, ce qui peut être utile.

Je vois ainsi des programmes chargés, intéressants et des assemblées nombreuses et intéressées.

Oh! je sais et je le sais par une longue expérience personnelle, que l'existence du chirurgien ne laisse pas beaucoup de loisirs! Les exigences du service d'hôpital, l'enseignement, les nécessités de la clientèle, le soin de la famille demandent souvent plus que les heures dont un homme peut raisonnablement disposer chaque jour. Mais je n'oublie pas non plus que le médecin ou le chirurgien, par tradition comme par entraînement a des ressources incroyables d'endurance et d'esprit social, et je sais qu'il n'hésite pas à allonger ses heures de travail et ses veilles pour apporter sa contribution aux bons mouvements à l'effort général. La Société de Chirurgie est de ceux-ci! C'est pourquoi malgré tout, j'ai confiance dans l'avenir de la Société de Chirurgie! Et cette confiance se reconforte, Messieurs, à l'idée que nous aurons pour la diriger l'an prochain mon excellent ami le Dr. Rhéaume.

Le Dr. Rhéaume est un homme d'action que nous avons vu à l'oeuvre en plusieurs occasions et je suis convaincu qu'il saura utiliser le dévouement inlassable de l'exécutif et en particulier celui de notre excellent secrétaire pour mettre au développement de notre Société toute l'activité et l'initiative que nous lui connaissons.

#### **Discours du nouveau Président:**

M. Rhéaume remercie les membres de la Société de l'honneur qu'on lui a fait en le nommant au poste de Président.

M. le Président ne croit pas que nous puissions faire ici tout ce que la Société de Chirurgie de Paris peut faire, étant donné le milieu où se trouve celle-ci. Il nous faut être modeste, en nous comparant avec d'autres pays, tel la Belgique par exemple, il n'est pas surprenant de voir que le nombre de nos membres soit plutôt restreint.

Il ne faut pas que la Société de Chirurgie soit une Société trop fermée. Il faudrait penser à d'autres spécialités qui pourraient faire partie de notre Société. Il faut encourager les jeunes à en faire partie, étant donné que toutes les qualifications soient remplies.

J.-H. RIVARD.

---

**ASSOCIATION POUR LE DEVELOPPEMENT DES RELATIONS  
MEDICALES. (A.D.R.M.)**  
(Section canadienne).

2e Séance: 19 février 1932.

Présidence du Professeur J. E. DUBE

L'assemblée est convoquée au Cercle Universitaire de Montréal.

Sont présents: Les professeurs Foucher, Dubé et Benoît, les Docteurs Laquerrière, Vignal, Dalbis, Valin (Ottawa), Lapointe (Ottawa), DeBlois (Trois-Rivières), Trottier, Prince, Dutilly, ainsi que M. Paul Cardinaux.

M. Carteron, consul général de France, le Dr. Martin, doyen de la Faculté de Médecine de l'Université McGill, le prof. LeSage et le Dr. Bertrand, de Sherbrooke, s'excusent de ne pouvoir être présents.

Le procès-verbal de la séance de fondation (17 avril 1931) est lu et adopté.

Le rapport financier pour l'année 1931 est également lu et adopté.

**I. — Publicité par l'A. D. R. M. (Montréal) avec la collaboration de la section américaine (Chicago).**

Les annonces publiées dans six grandes revues de médecine américaines ont eu comme résultat le séjour à Paris de 27 médecins américains inscrits à dix cours différents. Ce nombre peu considérable est dû, tout le monde s'en rend compte, à la crise financière actuelle qui empêche les médecins de voyager. Le même fait s'est produit dans tous les autres centres européens. Ainsi Vienne, par exemple, qui reçoit habituellement chaque année environ six cents médecins étrangers, n'en a reçu en 1931 que soixante quinze.

Les membres de la section canadienne sont néanmoins d'avis que la publicité doit continuer si l'on ne veut pas perdre le bénéfice de celle commencée l'année dernière. La campagne de publicité devra s'étendre aux journaux de médecine canadiens, particulièrement ceux de langue anglaise, en vue de la réunion au mois de juin 1932 à Londres de la Canadian Medical Association.

L'assemblée adopte unanimement les propositions suivantes:

1°. Que la publicité de l'A. D. R. M. touche la clientèle anglo-canadienne en même temps que la clientèle américaine.

2°. Que l'A. D. R. M. de Paris invite à venir en France la délégation médicale canadienne qui se rendra nombreuse à Londres en juin 1932.

3°. Que les cours anglais et les intentions de la clinique française dans l'avenir soient connus de l'A. D. R. M. (section canadienne et américaine) au moins avant le 1er janvier de chaque année afin que des mesures puissent être prises pour la direction de la publicité avant le 1er janvier.

La liste des membres à date des sections canadiennes et américaines est communiquée à l'assemblée.

## II. — Collaboration de l'Institut Scientifique Franco-Canadien.

L'A. D. R. M. désire que l'Institut leur signale ceux de ses conférenciers-médecins qui viennent au Canada pour une période relativement longue. Il serait possible, à l'occasion de leur séjour à Montréal, par exemple, de consacrer une semaine à un enseignement et à des cliniques en langue anglaise que l'A. D. R. M. (section canadienne et américaine) ferait connaître aux Etats-Unis en liaison intime avec l'organisation de M. le prof. Dalbis.

Cette publicité supplémentaire aurait l'avantage:

a) de faire connaître de plus en plus l'Institut Scientifique Franco-Canadien;

b) d'attirer l'attention des médecins américains sur les Facultés de Médecine canadiennes-françaises de Montréal et de Québec, ce qui est un but de l'A. D. R. M.;

c) de donner à de nombreux médecins américains qui ne peuvent se rendre à Paris ou en France, l'occasion d'entendre ces médecins réputés sur terre américaine.

Il serait très facile à Montréal et à Québec de trouver les interprètes voulus dans le cas où le conférencier ne parlerait pas lui-même couramment l'anglais.

Le président de l'Institut Scientifique Franco-Canadien, M. Dalbis, est favorable à ce projet. Il signale seulement que les conférenciers médecins que l'Institut fait venir au Canada sont les hôtes des facultés de médecine de Québec et de Montréal et qu'il faudrait s'entendre avec elles.

Les officiers de la section canadienne sont autorisés à se mettre en rapport avec les Facultés à ce sujet.

## III. — Recommandations à l'A. D. R. M. de Paris.

La section canadienne émet le vœu que tous ses membres lui signalent leur départ pour la France et celui de médecins — leurs amis ou connaissances — afin d'obtenir du bureau des lettres d'introduction auprès du président de la section de Paris et des chefs de service que ces médecins veulent visiter ou entendre.

## IV. — Le Congrès Français de Médecine de 1934 au Canada.

Le 4<sup>e</sup> centenaire de la découverte du Canada par Jacques Cartier (1534-1934) doit donner lieu dans la province de Québec à de grandes fêtes qui seront tenues à Québec et à Gaspé. Cette même année, la ville de Trois-Rivières fêtera son tricentenaire et élèvera un monument au fondateur de la ville, M. Lavolette.

A l'occasion de ces fêtes de 1934, la section canadienne de l'A. D. R. M. émet le vœu:

“Que le Congrès des Médecins de langue française de l'Europe soit invité à tenir ses assises en 1934 au Canada simultanément avec le Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord et décide de transmettre ce vœu;

1° Au conseil de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord;

2° au gouvernement de la province de Québec;

3° au président du Congrès des médecins de langue française d'Europe qui se tient à Paris en octobre prochain.

Le bureau de l'A. D. R. M. du Canada se tient à la disposition des intéressés pour faire, si on le juge utile, les démarches nécessaires.

#### V. — Collaboration d'Ottawa et de Québec.

Le président demande de la part des vice-présidents et secrétaires d'Ottawa et de Québec, des comptes-rendus périodiques sur leurs activités et le recrutement de membres dans leurs centres d'influence respectifs.

#### VI. — Proposition de moratoire.

Certains médecins du dehors ayant suggéré que l'A. D. R. M., à cause de la crise actuelle, ajourne ses activités, l'assemblée est unanime à se prononcer contre cette idée. Elle suggère, suivant la proposition du prof. Smitheris de Chicago, que le prof. Hartmann invite les médecins américains à visiter régulièrement leurs collègues des hôpitaux français et les cliniques françaises.

L'A. D. R. M. canadienne juge indispensable, si l'on veut arriver à un résultat définitif, de poursuivre inlassablement l'oeuvre commencée, qui ne peut atteindre sa plénitude qu'au bout de plusieurs années de propagande. Elle insiste donc pour que les cours de langue anglaise soient continués en 1932, même si par suite de la crise mondiale on ne peut faire que peu de propagande, même si on ne devrait avoir cette année aucun élève. Elle estime qu'aucune interruption ne doit être encouragée.

#### VII. — Publication du procès-verbal.

L'assemblée demande qu'un compte-rendu de la séance et des voeux exprimés soit envoyé à l'A. D. R. M. de Paris, au prof. Smitheirs, ainsi qu'aux journaux médicaux officiels de la province de Québec (Union Médicale du Canada, Bulletin Médical de Québec).

#### VIII. — Suggestion et félicitations.

L'assemblée suggère que les voeux exprimés par elle soient transmis à M. Carteron, consul général de France à Montréal.

L'assemblée félicite le bureau du travail accompli durant l'année 1931. Puis la séance est levée.

E. P. BENOIT,  
Secrétaire.

# NOUVELLES

---

## CONGRES INTERNATIONAL DE LA LITHIASSE BILIAIRE

Les rapports suivants seront exposés en séances publiques, toutes sections réunies, au Congrès International de la Lithiasse Biliaire qui se tiendra à Vichy, du 19 au 22 Septembre 1932, sous le Haut Patronage de Monsieur le Ministre de la Santé Publique et où trente huit pays seront représentés.

### 1°) *LES SEQUELLES DE LA CHOLECYSTECTOMIE.*

- |   |   |
|---|---|
| A—Etude pathogénique des Séquelles de la cholécystectomie     | Dr. Victor DONNET<br>New-York.                        |
| B—Etude clinique des séquelles de la cholécystectomie         | Pr. Mariano CASTEX<br>Buenos-Aires.                   |
| C—Les Phénomènes douloureux consécutifs à la cholécystectomie | Pr. CASTAIGNE<br>Clermont-Ferrand.                    |
| D—Indications chirurgicales                                   | Pr. GOSSET <i>et</i><br>Dr. PETIT-DUTAILLIS<br>Paris. |
| E—Thérapeutique Médicale et Hydrologique                      | Pr. GIRAUD<br>Montpellier.                            |
| F—Diagnostic Radiologique                                     | Dr. H. BECLERE<br>Paris.                              |

### 2°) *LE TRAITEMENT MEDICAL ET HYDROMINERAL DU CHOLECYSTE DANS LA LITHIASSE BILIAIRE.*

- |   |  |
|---|--|
| A—Les indications principales du drainage vésiculaire médical dans la lithiasse biliaire    | Pr. Agrégé CHIRAY, Paris<br><i>et</i> Dr. PAVEL, Bucarest. |
| B—Indications <i>et</i> contre-indications des cholérétiques dans la lithiasse vésiculaire. | Pr. Agrégé CHABROL<br>Paris.                               |

- C—La thérapeutique des infections du cholécyste. Pr. Agrégé ABRAMI, Paris
- D—Thérapeutique protectrice du parenchyme du foie des opérés. Pr. UMBER  
Berlin.
- E—Action des eaux minérales sur le milieu vésiculaire. Pr. PIERY  
Lyon.
- F—La physiothérapie sédative dans les affections vésiculaires. Dr. DELHERM et  
Dr. DAUSSET  
Paris.

### 3° LE FOIE LITHIASIQUE.

- A—Le rôle du foie dans la pathogénie de la lithiase biliaire. Pr. Noël FIESSINGER  
Paris.
- B—L'ictère dans la lithiase de la voie biliaire principale. Pr. Agrégé BRULE  
Paris.
- C—Les lésions du foie dans les ictères lithiasiques. Pr. Agrégé HARVIER  
Paris.
- D—Méthodes d'exploration du foie dans l'ictère lithiasique:  
a) méthodes chimiques Dr. DIERYCK, Louvain  
b) méthodes radiologiques Dr. GILBERT, Genève.
- E—Déductions chirurgicales dans l'ictère lithiasique. Pr. Agrégé GATELLIER  
Paris.

*BUREAU DU CONGRES.* — M. le Professeur Paul CARNOT, Président; MM. les Professeurs: Maurice LOEPER, Président de la Section de Médecine — Pierre DUVAL, Président de la Section de Chirurgie — Maurice VILLARET, Président de la Section de Thérapeutique et Hydrologie — MM. les Docteurs J. BELOT, Président de la Section d'Electro-Radiologie et Physiothérapie; J. AIMARD, Secrétaire Général et R. GLENARD, Secrétaire-Adjoint.

Les adhésions et les demandes de renseignements doivent être adressées au Secrétariat Général du Congrès, 24 Boulevard des Capucines, PARIS, (9e).

**Réunion Internationale de prophylaxie et d'hygiène mentale.**  
du 21 septembre 1931.

Une réunion Internationale de Prophylaxie et d'Hygiène mentale s'est réunie à Paris, à l'Hôpital Henri Rousselle, le 21 septembre 1931, sous la présidence de M. Justin Godart, Sénateur, ancien Ministre de l'Hygiène.

La Conférence sur la proposition du Dr Toulouse et après un échange de vues auquel prennent part notamment M. Hubert Bond, M. Daniel Ross, M. Ley, M. Repond, M. Pappenheim adopte les vœux suivants:

— Que l'Hygiène et la Prophylaxie mentales soient étudiées par tous les organismes psychiatriques et d'hygiène mentale dans leurs bases scientifiques à l'aide des méthodes objectives, et surtout biologique;

— Que la Prophylaxie mentale soit organisée intensivement à l'exemple de la lutte contre les autres fléaux sociaux, tuberculose, syphilis, cancer...

— Qu'elle vise toutes les formes de psychopathies et notamment la psychopathie infantile;

— Que la prophylaxie du crime soit rattachée à la prophylaxie mentale;

— Que les formations de prophylaxie mentale exercent leur action dans le domaine sexologique en vue de diminuer le nombre des individus tarés neuro-biologiquement;

— Que l'hôpital psychiatrique ouvert soit l'organisme essentiel de l'assistance psychiatrique;

— Que l'asile d'aliénés soit transformé en hôpital psychiatrique ouvert comprenant une section fermée;

— Que les régimes concernant l'internement, le maintien et la sortie des aliénés soient unifiés autant que possible dans les divers pays en donnant au médecin le rôle prédominant, et que la mesure de l'internement soit réservée aux seuls malades dangereux;

— Que toutes les formations psychiatriques et d'hygiène mentale soient fusionnées dans des Unions nationales, groupées en une Fédération Internationale;

— Que les gouvernements soient sollicités de poursuivre la création d'un organisme de Prophylaxie mentale à la Société des Nations.

Il a ensuite été décidé de faire figurer à l'ordre du jour de la Réunion internationale de 1932 les questions suivantes:

I. — Les services psychiatriques ouverts (Rapporteur: Dr Toulouse).

II. — Eugénique et Prophylaxie mentale (Rapporteur: Pr Rudin).

III. — Unification des statistiques psychiatriques (Rapporteur: Dr Bersot).

Enfin la Commission d'organisation des futures Réunions internationales annuelles a été constituée comme suit: MM. Bond, Genil-Perrin, Ley, Repond, Sommer, Toulouse, Weygandt.

L'impression d'ensemble qui se dégage de la Réunion Internationale de 1931 est celle d'une grande cordialité et de la plus grande communauté de vues. Evidemment, les problèmes de l'Hygiène et de la Prophylaxie men-

tales se posent de la façon un peu différente suivant les pays. Mais les principes ne sont pas en cause. Ce qui diffère ce sont les possibilités pratiques, naturellement soumises aux contingences législatives et administratives propres à chaque peuple. La coopération internationale s'efforcera d'ailleurs de réduire ces différences au minimum inévitable.

Par ailleurs, la situation de ces Réunions annuelles par rapport aux Congrès Internationaux s'est bien précisée: Le but de ces réunions restreintes est plus spécialement scientifique et technique. Mais, pratiquement, il y aura lieu de profiter de ces prises de contact périodiques pour coopérer à la préparation des futurs Congrès Internationaux.

---

#### **American Academy of Ophthalmology and Otolaryngology.**

La prochaine réunion de l'American Academy of Ophthalmology and Otolaryngology sera tenue à Montréal du 19 au 23 septembre 1932, les Quartiers Généraux étant à l'Hôtel Mont-Royal.

L'American Board of OTOLARYNGOLOGY fera passer des examens le samedi 17 septembre à l'Hôpital Royal Victoria.

Les candidats désireux de participer à ces examens pourront s'adresser au Secrétaire, le Docteur W.-P. Wherry, 1500 Medical Arts Building, Omaha, Nebraska, afin d'obtenir les renseignements sur le sujet et des blancs d'application.

Cette réunion annuelle sera sous la présidence du Docteur Hanford McKee de Montréal.

---

#### **MISE AU POINT.**

L'on nous écrit au sujet de l'article du Docteur J.-E. Dubé dans le numéro souvenir: "Nos Hôpitaux" qu'il y a eu oubli en ce qui regarde les médecins de l'Hôpital Ste-Justine. En effet à la page 184, on lit au 3ème paragraphe, 3ème ligne, "Les Docteurs Lapierre, Dutilly et Letondal sont en charge de la médecine." On devrait lire: "Le service de Médecine est sous la direction des Docteurs Gaston Lapierre et Henri Baril avec comme assistants les Docteurs J.-A. Lafleur, Paul Letondal, A. Dutilly, J.-O. Hamel et L. Coutu...".

---

#### **NOMINATION.**

Monsieur le docteur B. G. Bourgeois, chirurgien en chef de l'Hôpital Notre-Dame, a été nommé Président de la Canadian Association of Clinical Surgeons, lors de sa dernière réunion. Nos félicitations à notre Directeur pour cet honneur bien mérité.

### LE PROCES DE LUBECK.

"Dans ses attendus, le Tribunal de Lubeck, qui a condamné le professeur Deycke, chef du laboratoire municipal de Lubeck, accusé principal dans l'affaire des vaccins, à deux ans de prison, et le docteur Altstaedt du Service national d'hygiène, à un an et trois mois de la même peine, déclare que la tragédie de Lubeck n'a pas été provoquée par un retour à la virulence du B. C. G.

Le Tribunal estime que la souche de B. C. G. qui provenait de l'Institut Pasteur a été souillée au laboratoire de Lubeck, ou bien il y a eu confusion avec une souche de bacilles humains cultivés aussi dans le laboratoire du professeur Deycke.

*Il s'agit, déclare le Tribunal, de méprise reconnue.* Il faut reprocher au professeur Deycke et au docteur Altstaedt d'avoir fait utiliser pour des êtres humains un vaccin qui avait été préparé dans un laboratoire nullement approprié.

Le professeur Deycke aurait dû compter avec la possibilité d'une souillure des cultures et il n'aurait pas dû délivrer ce vaccin.

Le chef du laboratoire s'est rendu coupable d'homicide par imprudence dans 68 cas et de blessures par imprudence dans 131 cas.

Le docteur Altstaedt est coupable, lui aussi. Il a omis de faire vérifier sur des animaux l'innocuité d'un vaccin dont il devait être fait usage sur des enfants." (Havas).

L'Institut Pasteur communique à ce propos la note suivante:

"Les débats du procès de Lubeck, qui vient enfin de s'achever le 6 février après 76 séances, ont définitivement établi que le vaccin B. C. G. ne peut, en aucune manière, être rendu responsable des nombreux décès d'enfants qui se sont produits dans cette ville pendant les premiers mois de 1930.

Le jugement du Tribunal et les rapports des experts du gouvernement allemand ont démontré que ces décès sont dus à ce que le laboratoire de l'hôpital de Lubeck a distribué aux médecins et aux sages-femmes, au lieu de vaccin B. C. G., une émulsion contenant des bacilles virulents d'origine humaine, dont les cultures étaient utilisées pour d'autres usages dans le même laboratoire et par le même personnel.

En conséquence, il importe que, dans tous les pays où la vaccination B. C. G. a été mise en pratique, soit à titre d'expérience, soit comme mesure générale de prophylaxie antituberculeuse, le public médical et les familles soient informés et rassurés.

Le B. C. G., préparé conformément aux prescriptions des auteurs de la méthode, est parfaitement inoffensif."

---

#### BUREAU A LOUER

Bureau à louer à des conditions avantageuses. S'adresser au Dr. R. Doré, 320, Carré St. Louis. Lancaster 9698.

---

#### DEPLACEMENT.

Le docteur Albéric Marin, déménagera ses bureaux, vers le premier mai à 1414, rue Drummond, Drummond Medical Building.

## TABLE ALPHABETIQUE DES ANNONCES

---

|   |        |
|---|--------|
| <b>Abbott Laboratories Ltd, (<i>Haliver Oil</i>)</b> . . . . .  | XL     |
| <b>Angier Chemical Company, (<i>Emulsion Angier</i>)</b> . . . . .  | IV     |
| <b>Anglo-French Drug Cie., (<i>Le Laboratoire du Bactériophage</i>)</b> . . . . .   | XXII   |
| <b>Ayerst, McKenna &amp; Harrison, Limited, (<i>Alphamettes</i>)</b>  | XLVI   |
| <b>Bailly, A., Spécialités,</b> . . . . .   | XVIII  |
| <b>Boulet R. &amp; Brault Jules, (<i>Maladies des yeux, etc.</i>)</b> . .   | L      |
| <b>Breitenbach Co., M. J., (<i>Gude's Pepto-Mangan</i>)</b> . . . . .   | I      |
| <b>British Drug Houses (Canada), Ltd, The, (<i>Radio-Malt</i>)</b> .  | XXXII  |
| <b>Bristol-Myers Co., (<i>Sal Hepatica</i>)</b> . . . . .   | LIX    |
| <b>Canada Drug Company, (<i>Paveral</i>)</b> . . . . .  | I      |
| <b>Canada Pond Tampon Co., (<i>Les Tampons Pond</i>)</b> . . . .  | XLVIII |
| <b>Cardinaux, Paul, (<i>Gaiffe, Gallot &amp; Pilon et Ropiquet, Hazard &amp; Roycourt</i>). <i>Diathermie, Rayons X, Electrologie</i></b> . . . . . | XI     |
| <b>Casgrain &amp; Charbonneau Ltée, (<i>Hormocrine "F"-C. &amp; C.</i>), (<i>Ovacrine C. &amp; C.</i>)</b> . . . . .                                | LX     |
| <b>Chapman Ltée, La Cie J. H., (<i>Instruments de Chirurgie</i>)</b>  | LIX    |
| <b>Ciba, Compagnie Limitée, (<i>Phytine "Ciba"</i>)</b> . . . . .   | VII    |
| <b>Colman-Keen (Canada) Limited, (<i>Le Bain de Pieds à la Moutarde</i>)</b> . . . . .  | XXXIX  |
| <b>Denver Chemical Manufacturing Co., (<i>Antiphlogistine</i>)</b>  | IX     |
| <b>de Passillé, H. B., (<i>Bronchodermine</i>)</b> . . . . .  | XXVIII |
| <b>de Passillé, H. B., (<i>Charbon Tissot</i>)</b> . . . . .  | XXVIII |
| <b>de Passillé, H. B., (<i>Sirop Guilliermond</i>)</b> . . . . .  | XXVIII |
| <b>de Passillé, H. B., (<i>"Yse"</i>)</b> . . . . .   | XXVIII |
| <b>de Passillé, H. B., (<i>Ludin</i>)</b> . . . . .   | XXXVII |
| <b>de Passillé, H. B., (<i>Seroma Rey</i>)</b> . . . . .  | XXXVII |
| <b>Duckett J. A., (<i>Orthopédie</i>)</b> . . . . .   | XLIV   |
| <b>Eddé, J., Limitée, (<i>Diathèse Urique</i>)</b> . . . . .  | IV     |
| <b>Eddé, J., Limitée, (<i>Piperazine Midy</i>)</b> . . . . .  | IV     |

|   |        |
|---|--------|
| Eddé, J., Limitée, ( <i>Iodogénol Pépin</i> ) . . . . .   | XIX    |
| Eddé, J., Limitée, ( <i>Hémostyl</i> ) . . . . .  | XXIX   |
| Eddé, J., Limitée, ( <i>Neurinase</i> ) . . . . .   | XXXIII |
| Eddé, J., Limitée, ( <i>Nucléarsitol Robin</i> ) . . . . .  | XXXIV  |
| Eddé, J., Limitée, (" <i>Radio-Magnésium</i> ") . . . . .   | XLIX   |
| Eddé, J., Limitée, ( <i>Peptonate de Fer Robin</i> ) . . . . .  | LI     |
| Fellows Medical Mfg, Co., ( <i>Sirop Fellows</i> ) . . . . .  | XXXIII |
| Frosst, Charles E. & Co. ( <i>Urosine</i> )<br><i>Deuxième page intérieure de la couverture.</i>              |        |
| Harris, J. A., ( <i>Philogyne</i> ) . . . . .   | XVI    |
| Harris, J. A., ( <i>Nausicide</i> ) . . . . .   | XVI    |
| Harris, J. A., ( <i>Helonarsine</i> ) . . . . .   | XVI    |
| Harris, J. A., ( <i>Peptone iodée Lery</i> ) . . . . .  | LII    |
| Harris, J. A., ( <i>Tussiva</i> ) . . . . .   | LVIII  |
| Harris, J. A., ( <i>Hypocardine</i> ) . . . . .   | LVIII  |
| Herd & Charton, Inc., ( <i>Serodausse</i> ) . . . . .   | XLIX   |
| Herd & Charton, Inc., ( <i>Tricalcine</i> ) . . . . .   | LI     |
| Hoffmann-La Roche Limitée, ( <i>Sirop Roche</i> ) . . . . .   | XLII   |
| Horner, Frank W., Limitée, ( <i>Sérobactérine composée</i> )<br><i>Mulford contre l'Influenza</i> ) . . . . . | V      |
| Horner, Frank W., Limitée, ( <i>Maltlevol</i> ) . . . . .   | LVII   |
| John Wyeth & Brother, Inc., ( <i>Suppositoire Wyeth</i> ) . . . . .   | III    |
| Joubert, J. J., Limitée, ( <i>Santéine</i> ) . . . . .  | V      |
| Jouot, C., ( <i>Æthone</i> ) . . . . .  | LIX    |
| Laboratoire du Bismol, ( <i>Bismol</i> ) . . . . .  | VI     |
| Laboratoires du Dr Débat, ( <i>Pancrinol</i> ) . . . . .  | XXXVI  |
| La Cie Canadienne des Agences Modernes, ( <i>Les Lithi-<br/>nés du Dr Gustin</i> ) . . . . .                  | L      |
| La Cie Canadienne des Agences Modernes, ( <i>Magnésie du<br/>Dr Gustin</i> ) . . . . .                        | L      |
| Lejeune, A., (Laboratoire)- ( <i>Indhameline Lejeune</i> ) . . . . .  | LII    |
| Listers Limited, ( <i>Listers</i> ) . . . . .   | II     |
| Lyman Agencies, Limited, ( <i>Pineoleum</i> ) . . . . .   | XXXII  |
| Merck & Co. Limited, ( <i>Pyridium</i> ) . . . . .  | LIII   |
| Millet, Roux & Lafon, Ltée, ( <i>Iodaseptine</i> ) . . . . .  | XXX    |
| Millet, Roux & Lafon, Ltée, ( <i>Septicemine</i> ) . . . . .  | XXX    |

|  |       |
|--|-------|
| Millet, Roux & Lafon, Ltée, ( <i>Opocalcium</i> ) . . . . .  | LII   |
| Millet, Roux & Lafon, Ltée, ( <i>Codoforme Bottu</i> ) . . . . .   | LXII  |
| Millet, Roux & Lafon, Ltée, ( <i>Arhemapectol</i> ) . . . . .  | LXII  |
| Millet, Roux & Lafon, Ltée, ( <i>Digibaïne</i> ) . . . . .   | LXII  |
| Millet, Roux & Lafon, Ltée, ( <i>Solucamphre Delalande</i> ) . . . . .                                       | LXII  |
| Old Chum ( <i>Tabac</i> ) . . . . .  | XLIII |
| Ouimet J. Alfred, ( <i>Vittel</i> ) . . . . .  | II    |
| Ouimet, J. Alfred, ( <i>Heudebert</i> ) . . . . .  | XLII  |
| Panneton, J. E. Dr, ( <i>Electricité Médicale, Rayons X</i> )<br>Troisième page intérieure de la couverture. |       |
| Parke, Davis & Cie., ( <i>Haliver Oil</i> )<br>Quatrième page de la couverture.                              |       |
| Rougier Frères, ( <i>l'Acétylarsan</i> ) . . . . .   | XIII  |
| Rougier Frères, ( <i>Cardyl</i> ) . . . . .  | XIII  |
| Rougier Frères, ( <i>Hepathemo</i> ) . . . . .   | XVII  |
| Rougier Frères, ( <i>Spectrol</i> ) . . . . .  | XXI   |
| Rougier Frères, ( <i>Natibaïne</i> ) . . . . .   | XXI   |
| Rougier Frères, ( <i>Néotonine</i> ) . . . . .   | XXIII |
| Rougier Frères, ( <i>Soneryl</i> ) . . . . .   | XXIV  |
| Rougier Frères, ( <i>Le "Laurtoqit"</i> ) . . . . .  | XXV   |
| Rougier Frères, ( <i>Rami</i> ) . . . . .  | XXVI  |
| Rougier Frères, ( <i>Le Colitique</i> ) . . . . .  | XXVII |
| Rougier Frères, ( <i>La Stalusine</i> ) . . . . .  | XXVII |
| Rougier Frères, ( <i>Hémoaglobine Deschiens</i> ) . . . . .  | XXXI  |
| Rougier Frères, ( <i>Carnine Lefrançq</i> ) . . . . .  | XXXIV |
| Rougier Frères, ( <i>Draquées Gelineau</i> ) . . . . .   | XXXV  |
| Rougier Frères, ( <i>Vin d'Anduran</i> ) . . . . .   | XXXV  |
| Rougier Frères, ( <i>Elisir Ducro</i> ) . . . . .  | XXXV  |
| Rougier Frères, ( <i>Chloral Bromure du Dr Dubois</i> ) . . . . .  | XXXV  |
| Rougier Frères, ( <i>Quinoïd</i> ) . . . . .   | XXXV  |
| Rougier Frères, ( <i>Seidlitz Chanteaud</i> ) . . . . .  | XLI   |
| Rougier Frères, ( <i>Stenol Chanteaud</i> ) . . . . .  | XLI   |
| Rougier Frères, ( <i>Ureol Chanteaud</i> ) . . . . .   | XLI   |
| Rougier Frères, ( <i>Sulphydral Chanteaud</i> ) . . . . .  | XLI   |
| Rougier Frères, ( <i>Granules Antinausiques Chanteaud</i> ) . . . . .  | XLI   |

|   |         |
|---|---------|
| <b>Rougier Frères, (<i>Lipiodol Radiologique</i>)</b> . . . . .                               | XLI     |
| <b>Rougier Frères, (<i>Sirop Famel</i>)</b> . . . . .   | XLIV    |
| <b>Rougier Frères, (<i>Uraseptine Rogier</i>)</b> . . . . .                                   | XLV     |
| <b>Rougier Frères, (<i>Lactolaxine Fydau</i>)</b> . . . . .                                   | XLV     |
| <b>Rougier Frères, (<i>Hémotonine</i>)</b> . . . . .  | LIV     |
| <b>Rougier Frères, (<i>Chloramine Freyssinge</i>)</b> . . . . .                               | LIV     |
| <b>Rougier Frères, (<i>Capsules Dartois</i>)</b> . . . . .                                    | LIV     |
| <b>Rougier Frères, (<i>Névrosthénine Freyssinge</i>)</b> . . . . .                            | LIV     |
| <b>Rougier Frères, (<i>Iodalose Galbrun</i>)</b> . . . . .                                    | LVII    |
| <b>Rougier Frères, (<i>Prosthénase</i>)</b> . . . . .   | LVII    |
| <b>Sanatorium de Blois</b> . . . . .  | VIII    |
| <b>Sanatorium du Lac Edouard</b> . . . . .  | X       |
| <b>Sanatorium Prévost</b> . . . . .   | XIV     |
| <b>Sanatorium Prévost</b> . . . . .   | XV      |
| <b>Schering (Canada), Ltd., (<i>Niazo</i>)</b> . . . . .                                      | XXXVIII |
| <b>Sorignet, Aug., (<i>Iodure de Caféine</i>)</b> . . . . .                                   | XXX     |
| <b>Sorignet, Aug., (<i>L'eau précieuse</i>)</b> . . . . .                                     | XXX     |
| <b>Vinant Limitée, (<i>Strychno-Phospharsinées</i>)</b> . . . . .                             | XII     |
| <b>Vinant Limitée, (<i>Pan glandulaire Byla</i>)</b> . . . . .                                | XII     |
| <b>Wander, A., Limited, (<i>Ovaltine</i>)</b> . . . . .                                       | XX      |
| <b>Warner, William, R., &amp; Co. Inc., (<i>Suppositoires Anusol</i>)</b>                     | LXI     |
| <b>Waterbury Chemical Company of Canada, Limited, (<i>Waterbury's Compound</i>)</b> . . . . . | XXVI    |
| <b>Western Distributors Ltd,</b> . . . . .  | XLVII   |
| <b>Winthrop Chemical Company, Inc., (<i>Kres-Lumin</i>)</b> . . . . .                         | XLVII   |

# L'Union Médicale du Canada

Fondée en 1872

## Comité de Direction

MM. Benoit, Boucher, (R.), Boulet, Bousquet, Bourgeois, Bru-  
neau, DeCotret, Desloges, Dubé, Gérin-Lajoie (Léon),  
Harwood, Leduc, LeSage, Marien, Marin (Albéric), Ma-  
rion (D.), Masson (D.), Mercier, Parizeau, Rhéaume,  
Roy, Saint-Jacques, Vidal.

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

## Comité de Rédaction

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

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

## Prix de l'abonnement pour 1932

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

## Conditions de Publication

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

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

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

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

# SUITE DU SOMMAIRE

## REVUE DES LIVRES ET DES JOURNAUX

|   |                    |       |
|---|--------------------|-------|
| Précis de pratique médical. P. Savy ....  | Albert LeSAGE .... | 719   |
| Gazette médicale de France et des Pays<br>de langue française ....                      | Albert LeSAGE .... | 720   |
| Formulaire thérapeutique odonto-stoma-<br>tologique. R. Boissier et A. Bouland<br>..... | .....              | ..... |
| La dentition chez les enfants ....  | CASSOUILLE ....    | 722   |
| L'année médicale pratique ....  | .....              | 723   |

## FORMULAIRE

|                                       |                   |     |
|---------------------------------------|-------------------|-----|
| Traitement de l'asthme bronchique ... | Roméo BOUCHER ... | 725 |
|---------------------------------------|-------------------|-----|

## ANALYSES

|                        |       |   |
|------------------------|-------|---|
| Voir détails page .... | ..... | X |
|------------------------|-------|---|

## SOCIÉTÉS

|   |                       |     |
|---|-----------------------|-----|
| La Société Médicale de Montréal ....    | Louis FORTIER ....    | 744 |
| La Société de Chirurgie de Montréal ... | Jos. H. RIVARD ....   | 746 |
| A. P. I. M. ....                        | Léon GERIN-LAJOIE ... | 750 |

## NECROLOGIE

|                             |               |     |
|-----------------------------|---------------|-----|
| Le docteur A. Brassard .... | L. G.-L. .... | 752 |
|-----------------------------|---------------|-----|

## NOUVELLES

|   |       |     |
|---|-------|-----|
| Rectification. Bureau à louer ....              | ..... | 753 |
| Voyage médical au Canada et aux Etats-Unis .... | ..... | 753 |
| Déplacement, Bureau à louer ....                | ..... | 754 |

## ANALYSES

### MEDECINE

Traitement médico-chirurgical du dolicho-colon-pelvien (p. 726). Signification des aspects radiologiques de l'ulcère duodénal (p. 728). L'action sucre-insuline en thérapeutique cardiaque (p. 729). Traitements des broncho-pneumonies aiguës par créosote de hêtre (p. 730). Traitement des oxyures chez l'adulte (p. 731). Considérations cliniques et thérapeutiques sur l'angine de poitrine (p. 731).

### CHIRURGIE

Goitre toxique (p. 732).

### UROLOGIE

Etude du pyridium comme antiseptique urinaire particulièrement au point de vue de son élimination par les reins (p. 733).

### GYNECOLOGIE

La gynécologie en 1931 (p. 735).

### PEDIATRIE

Rôle de l'hérédosyphilis dans le déterminisme des encéphalopathies infantiles (p. 736). Tétanie (p. 737).

### CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPEDIE

L'aspiration dans les épanchements articulaires (p. 738).

### ELECTRO-RADIOLOGIE

A propos de l'ulcère duodénal de face. (p. 738).

### DERMATO — SYPHILIGRAPHIE

Physico-thérapie en dermatologie (p. 739).

### PHTISIOLOGIE.

Etat actuel des méthodes collapsothérapeutiques. (p. 740).

### NEURO-PSYCHIATRIE.

La constitution épileptoïde (p. 741). Effet de la diète au cerveau sur la dégénérescence combinée sub-aiguë de la moëlle (p. 742). Traitement de la dégénérescence combinée de la moëlle par l'administration de doses massives de fer. (p. 742).

### LABORATOIRE

Réaction de précipitation microscopique dans la syphilis (p. 743).

