

---

## MÉMOIRES

---

### DE L'ACTION DES RAYONS X-FRONTIÈRE SUR BACTERIES ET CHAMPIGNONS

Par Albert BERTRAND et Albéric MARIN.

Les rayons X de très grande longueur d'onde (rayons grenz, r. frontière, r. infra-roentgen) ont environ 2 angstrom de longueur d'onde moyenne.

Ils ne sont utilisés qu'en radiothérapie superficielle, leur pouvoir de pénétration étant des plus réduits.

Ces rayons sont produits par une tension ne dépassant pas 10 kilovolts. Ils sont émis par un tube spécial, le tube Muller, lequel possède une fenêtre de verre Lindeman (borate de lithium). Ce verre permet le passage de ces rayons très mous, alors que la paroi du tube Coolidge ordinaire les éliminerait en grande partie.

Désireux de savoir si ces rayons de très grande longueur d'onde avaient quelque vertu parasiticide, ou s'ils en étaient dénués ainsi que les rayons X ordinaires (de plus courte longueur d'onde), nous avons fait les recherches suivantes au laboratoire de l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

**1ère expérience.**—Une culture sur gelose en boîte de Petri de staphylocoque doré, âgée de 24 heures, reçoit 2 doses érythèmes (6 minutes) et est ensuite réensemencée sur une nouvelle boîte de gelose. La culture irradiée se comporte comme la culture témoin non irradiée, c'est-à-dire qu'elle se développe avec la même intensité et la même rapidité que cette dernière.

**2ème expérience.**—Une culture sur gelose en boîte de Pétri de staphylocoque doré, âgée de 24 heures, reçoit 5 doses érythèmes (15 minutes)

et est réensemencée sur gelose. Aucune différence n'est observée avec une culture témoin non irradiée.

**3ème expérience.**—Une culture sur gelose Sabouraud de *Microsporum Audouini* reçoit 5 doses érythèmes (15 minutes). La culture repiquée se développe avec la même rapidité que la culture témoin et sans perte de ses caractères macroscopiques.

**4ème expérience.**—Deux cobayes sensiblement de même poids et de même taille reçoivent sous la peau du ventre: l'un  $\frac{1}{2}$  cc d'une émulsion en eau salée d'une culture de staphylocoque dorée préalablement irradiée avec 5 doses érythèmes (15 minutes): l'autre devant servir de témoin reçoit également sous la peau du ventre  $\frac{1}{2}$  cc de la même émulsion non irradiée.

Les deux cobayes se comportent de la même manière. Dans les jours qui suivent ils présentent tous deux un peu d'affaissement. On constate au niveau du point d'inoculation une légère induration.

Le 4ème jour les cobayes présentent tous deux au point d'inoculation une ulcération mesurant environ 1 cm de diamètre chez le cobaye témoin et légèrement plus petite chez le cobaye inoculé avec la culture irradiée. La cicatrisation se fait à peu près dans les mêmes conditions chez les deux cobayes et 15 jours après il n'y a plus trace d'intervention ni chez l'un ni chez l'autre.

## CONCLUSIONS

Il semble donc d'après ces quelques expériences que les rayons "Grantz" sont sans effet, du moins *in vitro*, sur les microbes et champignons étudiés puisqu'il n'a été constaté ni retard dans le développement des cultures irradiées, ni perte de virulence dans les cultures inoculées après irradiation.

## RECUEIL DE FAITS

---

### UN CAS DE RHUMATISME BLENNORRAGIQUE CHEZ UNE FILLETTE DE TROIS ANS

Par **Paul LETONDAL**,  
Médecin de l'Hôpital Sainte-Justine.

Le rhumatisme blennorragique est, à juste titre, un sujet d'actualité.

D'une façon générale, il n'est pas d'affection plus grave que l'arthrite gonococcique; il en est peu dont les conséquences éloignées soient aussi redoutables, lorsqu'elle est négligée ou incorrectement traitée.

Cette complication de la blennorragie, qui a fait récemment l'objet de nombreux travaux — dont le remarquable livre de Mondor (1) — intéresse tous les médecins.

Quoique rare, le rhumatisme blennorragique existe chez l'enfant et s'observe principalement dans deux circonstances: chez le nouveau-né à la suite de l'ophtalmie purulente, chez la petite fille comme complication de la vulvo-vaginite. Alors que chez le nouveau-né l'affection se présente sous forme de polyarthrite aiguë suppurée particulièrement grave, chez la petite fille, au contraire, l'affection est dans la règle monoarticulaire, se présente avec une évolution subaiguë et un pronostic plus favorable.

Il nous a été permis récemment d'observer un cas de rhumatisme blennorragique chez une fillette de trois ans, survenu à la suite d'une vulvo-vaginite à gonocoque. Nous avons cru intéressant d'en présenter l'observation.

**Observation.**—Le 8 octobre 1928, une fillette de 3 ans entrant à l'hôpital Ste-Justine pour douleur et gonflement du genou droit.

---

(1) H. Mondor. Les arthrites gonococciques, 1928.

Son père souffre d'une uréthrite gonococcique pour laquelle il se fait traiter actuellement. Sa mère a des pertes blanches, mais elle n'a jamais eu de fausse couche et ne tousse pas. Elle n'a qu'un seul enfant: la petite malade.

Celle-ci est née à terme, pesant 7 livres. Sa croissance jusqu'à date a été normale.

A part une angine diphtérique à l'âge de 2 ans, traitée dès le début par le sérum, elle n'a jamais été malade.

*La maladie actuelle* a débuté un mois avant son entrée à l'hôpital par un écoulement vaginal purulent, verdâtre, abondant. Traitement sans résultat par des douches à l'eau boricuée.

Quinze jours après l'apparition de cette vulvo-vaginite, le genou droit devient gonflé et douloureux, cependant que l'écoulement vaginal diminue. Un médecin constate que l'enfant fait de la température, prescrit des pansements humides chauds, mais ne pratique pas d'extension.

Comme tous ces symptômes persistent en dépit du traitement, la mère sur les conseils de son médecin, conduit sa fillette à l'hôpital Ste-Justine dans le service du regretté professeur Raoul Masson.

*L'examen fait à l'entrée, le 8 octobre 1928*, révèle une température à 100° F., un pouls à 128, et un état général relativement bon.

Le genou droit très gonflé et douloureux est en flexion. Au niveau de la région vulvaire, il n'y a ni rougeur, ni érosion, mais on constate un écoulement épais, verdâtre, peu abondant, provenant du vagin.

On note une légère pâleur des téguments. Le pannicule adipeux est abondant au ventre. Il existe de la polyadénopathie inguinale, axillaire et cervicale. L'examen des différents viscères n'offre rien de particulier. La gorge est normale.

Le traitement institué a d'abord consisté dans l'extension et l'immobilisation de l'articulation malade et dans l'administration de douches vaginales à l'aide d'une solution de permanganate de potasse au quatre millième, au trois millième, puis au deux millième.

*Le 9 octobre*, un examen bactériologique ayant révélé, d'une manière non douteuse, la présence du gonocoque dans les sécrétions vaginales, on porte avec certitude le diagnostic de rhumatisme blennorragique, soupçonné depuis son entrée.

Dans ces conditions, au traitement déjà institué, on ajoute la vaccinothérapie à l'aide de "l'immunogène anti-gonococcique". Le vaccin est administré tous les jours en injections intra-musculaires, à doses progressives. On fait une série de 16 piqûres, et on injecte comme dose globale 6½ centimètres cubes de vaccin.

*Le 13 novembre*, on constate au niveau du genou droit une disparition complète de la douleur et du gonflement. L'immobilisation est remplacée par la mobilisation et les massages.

*Le 17 décembre*, l'écoulement vaginal étant complètement et définitivement disparu, on supprime les douches.

Nous avons fait subir à cette enfant quelques *examens complémentaires* et certaines *recherches biologiques* dont voici les résultats.

1.—La *cuti-réaction* a la tuberculine pratiquée à deux reprises s'est montrée négative.

2.—Les *examens des urines* n'ont jamais donné autre chose que des traces d'albumine.

3.—Un *examen hématologique* pratiqué le 30 octobre 1928 a donné ce qui suit:

Globules rouges . . . . .	3,020,000
Hémoglobine . . . . .	72%
Valeur globulaire . . . . .	1.1
Globules blancs . . . . .	7,500
Polynucléaires neutrophiles . . . . .	63%
Grands et moyens mononucléaires . . . . .	3%
Lymphocytes . . . . .	34%

4.—La *réaction de Bordet-Wassermann* avec le sang de la mère a été négative.

5.—Une *radiographie* du genou droit, faite le 6 janvier 1929 par le docteur A. Comtois, ne montre pas d'érosion des surfaces articulaires et le cartilage paraît intact. Les travées osseuses sont sensiblement normales. Les tissus mous péri-articulaires paraissent épaissis.

M. le professeur A. Ferron, à notre demande, examine la malade le lendemain et la trouve "en parfaite condition".

Nous avons pu récemment avoir des nouvelles de la fillette qui continue à aller très bien.

\*

\* \*

Cette observation de rhumatisme blennorragique chez une fillette, à la suite d'une vulvo-vaginite à gonocoque, pourrait prêter à de multiples considérations. Nous nous bornerons à faire deux remarques.

1.—Tout d'abord nous désirons souligner la rareté de cette observation. Le rhumatisme blennorragique chez l'enfant est à tel point exceptionnel qu'on en compte les cas dans la littérature médicale. Mondor dans son livre récent, particulièrement documenté, n'a pu en relever que 142 cas chez les enfants.

2.—Il se dégage de la lecture de notre observation que le médecin est exposé dans le traitement des cas de ce genre à commettre deux erreurs thérapeutiques :

1° À traiter à la légère la vulvo-vaginite des petites filles qui dans l'immense majorité des cas est d'origine gonococcique, et qui, partant, comme toute infection due au gonocoque doit être traitée

sérieusement. Ce n'est pas avec des solutions anodines d'acide borique qu'il convient de soigner ces malades, mais bien avec des antiseptiques qui ont fait leurs preuves. Nous traitons à l'hôpital Sainte-Justine les vulvo-vaginites des petites filles au moyen de douches au permanganate de potasse en solution au quatre millième, au trois millième, puis au deux millième, s'il y a lieu.

2° Une autre erreur que le praticien est exposé à commettre en présence d'un cas de rhumatisme blennorragique, c'est de laisser l'articulation malade en mauvaise position. L'arthrite gonococcique demeure la plus ankylosante des arthrites, et comme telle doit toujours être traitée au début par une immobilisation en bonne position. Bien entendu, après la phase aiguë, il faudra substituer à l'immobilisation la mobilisation et les massages. Quant à la vaccinothérapie, elle nous paraît actuellement devoir être considérée comme une méthode adjuvante utile, "quoique inconstante dans ses résultats" (1).

---

(1) MINET et DEBAINS. Journ. d'Urol., 1923. C. R. du XXIIIe Congrès d'Urol., 1923.

(Travail de la Clinique des Maladies Infantiles de l'Université de Montréal: Hôpital Ste-Justine.)

## REVUE GÉNÉRALE

---

### LA VACCINATION CONTRE LA TUBERCULOSE PAR LE "B. C. G."

Par **J. A. BAUDOIN**,

Directeur de l'Ecole d'Hygiène appliquée de l'Université de Montréal.

(Suite et fin)

#### **Rapport de l'administration du "BCG" par l'Ecole d'Hygiène Sociale de l'Université de Montréal**

Fondée en 1925, l'Ecole d'Hygiène sociale appliquée de l'Université de Montréal, après entente avec les autorités intéressées, reçut un territoire pour y faire l'application des données de l'hygiène au sein des familles. Ce programme d'action comporte nécessairement la lutte contre la tuberculose. Elle est faite en coopération avec les dispensaires de l'Institut Bruchési, par les divers moyens reconnus et notamment par la vaccination des nouveau-nés.

Ce territoire a compris d'abord la paroisse de Sainte-Catherine dans laquelle l'Ecole est située, puis, depuis le mois de septembre 1926, la paroisse voisine du Sacré-Cœur.

Le recensement de notre population, fait par les soins de l'Ecole en décembre 1926, nous a donné les chiffres suivants: Sainte-Catherine, 8,365; Sacré-Cœur, 10,390; Total, 18,955.

Le nombre de familles constaté a été le suivant: Sainte-Catherine, 2,042; Sacré-Cœur, 2,352; Total, 3,494.

Notre population appartient presque exclusivement à la classe ouvrière. On réalisera l'importance que prend une campagne d'hygiène dans notre territoire par la comparaison entre sa mortalité générale et celle de toute la ville. Les taux sont les suivants :

Années	Ste-Catherine	S.-Cœur	Total du territoire	Ville de Montréal
1926	16.8	19.3	18.1	14.1
1927	13.0	19.9	16.7	14.3

Un autre renseignement propre à faire apprécier la vaccination des nouveau-nés est le nombre de naissances relevé dans le territoire. Il a été le suivant :

Années	Ste-Catherine	S.-Cœur	Total
1926	240	388	628
1927	265	391	656

Les naissances survenues dans nos deux paroisses nous sont signalées régulièrement toutes les semaines. Avant de procéder à l'immunisation du nouveau-né, autorisation est demandée au médecin traitant conformément à la lettre et à la formule que nous lui adressons immédiatement.

Sur réponse favorable du médecin nous exigeons en plus le consentement des parents. Avec ces formalités dûment remplies, le vaccin est administré par nos infirmières, conformément aux instructions que nous a données M. le docteur A. Pettit.(1)

Le vaccin a aussi été administré en dehors de notre territoire soit par des infirmières de l'Institut Bruchési ou de l'Assistance Maternelle, soit à la demande des médecins praticiens.

Le nombre total des nouveau-nés vaccinés du 23 juin 1926 au 30 juin 1928 a été de 615. Ces nombreuses vaccinations ont permis d'établir la parfaite inocuité du vaccin. Dans aucun cas a-t-on pu constater la moindre réaction ou le moindre malaise imputable au vaccin. L'administration s'en fait avec la plus grande facilité.

Nos 615 nouveau-nés vaccinés peuvent se diviser comme suit :

Années	Sainte-Catherine	S.-Cœur	Total du territoire	Hors du territoire	Grand total
23 juin 1926 au 30 juin 1927 . .	113	27	140	74	214
1er juillet 1927 au 30 juin 1928	142	75	217	184	401
Totaux . . . . .	255	102	357	258	615

(1) Instructions à suivre pour l'administration :

Le vaccin doit être administré le plus tôt possible après sa préparation (2-3 jours).

Chaque vaccination comporte trois doses. Chaque dose est mélangée dans du lait à 37° C.; elle est ingurgitée par l'enfant une demi-heure avant la tétée pour la première vaccination et 1 heure avant le repas du matin pour les revaccinations.

La première dose doit être absorbée le 3ème jour après la naissance; la seconde le 5e, et la 3e, le 7ème jour.

Calmette recommande de vacciner les nouveau-nés, spécialement les enfants nés de mères tuberculeuses et ceux qui vivent dans des milieux exposés à la contagion tuberculeuse.

Pas de cuti- ni d'intradermo-réaction chez les vaccinés.

Reportées aux naissances survenues dans nos deux paroisses, ces vaccinations donnent les pourcentages suivants :

Années	Ste-Catherine	S.-Cœur	Total du territoire
23 juin 1926 au 30 juin 1927 . . . . .	45.4	6.5	21.2
1er juillet 1927 au 30 juin 1928 . . . . .	52.2	18.8	32.3
Moyenne . . . . .	49.0	12.5	26.3

Le déficit est fait du refus de quelques rares médecins, de plus nombreux parents, mais surtout du délai apporté à remplir les formalités nécessaires.

On sait, en effet, qu'il faut se hâter puisque l'administration du vaccin doit être faite le plus tôt possible après la naissance et que dans aucun cas elle peut être différée après le premier mois.

Mais la répartition la plus importante est celle des nouveau-nés en milieu indemne et en milieu contaminé. Cette division est la suivante :

Familles indemnes de cas connus de tuberculose . . . . .	56
Familles avec un membre souffrant de tuberculose . . . . .	53

Ce dernier groupe peut encore se subdiviser comme suit :

Cas évolutifs . . . . .	17
Cas suspects . . . . .	36
	—
Total . . . . .	53

L'administration du "BCG" est chose facile. Mais ce qui est difficile, dans un milieu urbain important comme la ville de Montréal, c'est de suivre nos nouveau-nés vaccinés. Ce qui complique particulièrement le problème c'est le caractère migrateur de la population de nos quartiers. On s'en rendra compte quand on saura que la proportion de nos familles qui nous quittent tous les printemps et sont remplacées par d'autres est de 30 à 40 pour cent. Dans de telles conditions, il devient bien difficile pour ne pas dire impossible de les localiser. Ce qu'il nous faut pour obvier le plus possible à ce grave inconvénient, c'est un fichier central de nos œuvres d'hygiène sociale.

Malgré cette difficulté, les plus grands efforts ont été tentés, au cours du mois de mai et du mois de juin derniers, pour retracer le plus grand nombre possible de nos vaccinés. Le résultat obtenu a été le suivant :





"En conséquence, il conseille son application en masse à tous les enfants nouveau-nés, c'est-à-dire nés de parents sains et élevés en milieu indemne de tuberculose."

"Le "BCG" est absolument incapable de déterminer des lésions de tuberculoses progressive."

"Son passage par des animaux sensibles ne peut davantage lui faire récupérer la virulence du bacille de Koch normal."

"Mais en même temps nous avons la preuve la plus évidente qu'il n'est pas un microbe banal et anodin, puisqu'il pullule dans l'organisme, qu'il l'envahit par la voie lymphatique, qu'il fait parfois des lésions viscérales où on retrouve, après des mois, le "BCG"; qu'enfin on peut noter aussi une réaction générale, surtout une hyperthermie."

"Tous ces phénomènes ont une intensité variable suivant les sujets; souvent ils sont très légers; mais parfois ils ont aussi une importance qu'on ne peut nier."

"Comme conclusion logique, je m'élève de toutes mes forces contre les vaccinations en masse, et je dis que le "BCG" doit être exclusivement réservé pour des sujets nés de parents tuberculeux ou élevés en milieux contaminés, c'est-à-dire où la contagion tuberculeuse est à craindre."

Dans le numéro de janvier 1928 du Bulletin de l'Union Internationale contre la Tuberculose, le Prof. Calmette résume le débat dans les termes suivants :

"Dans une communication à l'Académie de Médecine (26 juil. 1926), le professeur Liguère (de Buenos Aires), après avoir constaté par ses propres expériences que notre culture de "BCG" ne donne la tuberculose ni au veau ni au cobaye, et qu'elle représente bien réellement une race atténuée *fixe*, que les passages par les cobayes ou par le veau ne parviennent pas à modifier; après avoir constaté, en outre, que l'action prémunisante qu'elle détermine semble de plus longue durée qu'on ne l'avait cru jusqu'ici, exprime l'avis qu'il convient cependant de limiter l'emploi du "BCG" aux seuls cas où la contagion tuberculeuse est à craindre."

"Le professeur Liguère n'apporte d'ailleurs aucune observation ni aucun fait qui justifie cette restriction."

"Nous estimons qu'elle n'est aucune fondée. La démonstration en est faite par des dizaines de milliers d'enfants sains et élevés en milieu indemne qui ont été prémunis au moyen du "BCG" depuis cinq ans, en France et en d'autres pays."

Les observations de Petroff sont aussi traitées par le Professeur Calmette dans le même endroit. Il s'exprime comme suit :

"Dans une note récente (Proceedings of the Soc. of Exper. Biology and Med., 1927, xxv), S. A. Petroff, du laboratoire de recherches de la Fondation Trudeau, à Trudeau, N. Y., dit avoir isolé la culture du "BCG" sur son milieu x l'œuf, violet de gentiane, deux sortes de colonies bacillaires, l'une (R), non virulente, se développant bien sur bile et sur milieu de sauton, l'autre (S), beaucoup plus rare, virulente pour le cobaye et ne croissant pas sur bile ni sur sauton."

"S. A. Petroff ajoute qu'il aurait réussi à restituer au bacille (R) la virulence du bacille (S) par passages successifs dans le testicule de cobaye."

"Nous ne croions pas qu'on puisse invoquer ces affirmations à l'encontre de l'utilisation pratique du "BCG". La première ne saurait être retenue comme exacte pour les raisons suivantes :

"1. Dans les milliers d'inoculations que nous-mêmes et beaucoup d'autres expérimentateurs avons effectuées avec le "BCG" au cobaye, jamais on n'a obtenu, chez cet animal, de lésions tuberculeuses *réinoculables*;

"2. Puisque le "BCG" est cultivé en séries ininterrompues sur bile de bœuf depuis 1906, donc depuis 22 ans, et, pour la préparation des émulsions vaccinales, sur milieu de sauton, en admettant que la souche (S) virulente de S. A. Petroff eut existé, elle eut forcément été éliminée par les cultures successives sur bile et sur sauton puisqu'elle ne pousse pas sur ces milieux."

"Quant à la restitution de la virulence par inoculation intratesticulaire, nous avons vainement tenté de l'obtenir en opérant comme l'indique S. A. Petroff. Déjà au quatrième passage la culture ne se fait plus dans le testicule du cobaye et l'inoculation reste négative."

La conclusion semble donc s'imposer. Le "BCG" n'est pas virulent et ne peut pas le devenir. De plus, chez-nous, ainsi qu'on l'a remarqué dans le rapport du Dr J. A. Breton, comme garantie additionnelle de sécurité, des injections de contrôle au cobaye sont toujours effectuées avant la sortie du vaccin du laboratoire.

Reste la démonstration de l'efficacité du vaccin.

Les seuls faits que nous puissions apporter à l'appui de cette thèse sont les suivants :

1. De 17 nouveau-nés vaccinés, vivant en contact avec des cas évolutifs de tuberculose, 14 se sont conservés en bonne santé après plusieurs mois d'infections virulentes inévitables.

2. De 35 nouveau-nés vaccinés, vivant en contact avec des cas suspects de tuberculose, 25 sont encore en bonne santé.

Les trois décès relevés au cours de ce rapport dans ces deux groupes de nouveau-nés vaccinés ne peuvent pas être versés au dossier puisque l'autopsie n'a été effectuée dans aucun cas. De plus nombreuses observations pourront nous fournir de plus amples renseignements à ce sujet.

Nous restons avec la conviction de la nécessité non seulement d'administrer le vaccin aux enfants nés et élevés en milieu contaminé, mais de le généraliser à tous les nouveau-nés, parce que l'expérience de tous les maîtres nous démontrent qu'ils ne pourront pas manquer, à plus ou moins brève échéance, de recevoir des infections plus ou moins massives et plus ou moins virulentes de bacille de Koch. L'adage bien connu "mieux vaut prévenir que guérir" trouve ici comme toujours son incontestable raison d'être. En effet, puisque Calmette constate que "l'immunité persiste au moins cinq ans", la vaccination va nous permettre de maintenir nos enfants indemnes du grand mal de la tuberculose pendant toute cette période de leur vie où ils sont particulièrement sensibles aux infections graves.

S'il en est ainsi, les générations de demain n'auront plus à craindre la peste blanche. L'humanité aura fait un pas de plus vers la réalisation du rêve prophétique de Pasteur qui a dit: "Il est au pouvoir de l'homme de bannir de la terre toutes les maladies contagieuses."

## MOUVEMENT MÉDICAL

---

### DES PNEUMONIES ET CONGESTIONS PULMONAIRES A DÉBUT VISCERALGIQUE ÉLOIGNÉ <sup>(1)</sup>

L'auteur se propose de rechercher les correspondances de certaines zones douloureuses du tégument avec les viscérales profondes.

Deux observations servent de base à ce travail. Dans un premier cas, il s'agit d'une enfant, prise d'un grand frisson avec vomissement et se plaignant d'une douleur dans le flanc gauche. Elle émet des urines rouges et troubles. L'examen du matin révèle une contracture nette de toute la partie droite de l'abdomen. Le soir, un autre examen permet de constater une polypnée marquée, avec, au sommet du poumon droit, dans une zone de submatité, un souffle léger aux deux temps; les signes abdominaux ont disparu. Dans un second cas, voici une affection chez un enfant, débutant la nuit, par des frissons, de la fièvre, des vomissements alimentaires et une douleur violente du côté gauche de l'abdomen. En ville, le palper réveille un point très douloureux au MacBurney. A l'hôpital, une respiration de 51 à la minute justifie un examen pulmonaire minutieux, et on y découvre une submatité du sommet pulmonaire gauche, siège aussi d'un souffle à timbre rude.

Dans les deux cas, au bout de trois jours, les signes stéthacoustiques disparaissent. Nous voilà donc en présence de congestions pulmonaires ou de "pneumonies abortives", qui, pendant vingt-quatre heures, en ont imposé pour une affection péritonéale ou une appendicite aiguë.

#### I.—*La péritonite est-elle en cause ?*

Les réactions du péritoine au cours des pneumopathies sont fréquentes. On pourrait, à l'autopsie des pneumoniques, reconnaître,

---

(1) Par René Cruchet, "Presse Médicale", 15 août 1928).

par la coloration de lamelles appliquées contre la séreuse, le pneumocoque. Il est admis que "des douleurs abdominales, un faciès péritonéal, un arrêt des gaz et des matières de trente-six heures, au cours d'une pneumopathie, affirment l'existence d' "une péritonite légère superficielle".

Mais avec des symptômes abdominaux moins nets associés à une pneumopathie aiguë, seules les péritonites pneumococciques à rechutes, avec début antérieur, permettront de mettre ce point de côté abdominal sur le compte d'une "péritonite légère abortive".

## II.—*La douleur du point de côté est d'origine centrale.*

Son début brutal, sa localisation variable, son évolution extrêmement rapide, en vingt-quatre à trente-six heures, font songer à une origine nerveuse.

Ce point de côté classique, comment le décrit-on? Douleur vive, "en coup de poignard", de préférence dans la région mamelonnaire du même côté que le poumon atteint, dit-on. Mais elle s'irradie, cette douleur, et c'est tantôt vers l'épaule du même côté ou vers la région hépatique et même au dessous, gagnant la région de l'appendice, tantôt vers la région iliaque du côté opposé.

"Les caractères de cette douleur en point de côté sont-ils profonds, projetés sur la paroi thoracique à la manière de la névralgie centrale, ou bien sont-ils réellement sentis au niveau du point cutané de projection?"

Cette exaspération de la douleur par la toux et les mouvements respiratoires, cette hyperesthésie cutanée au moindre frôlement des couvertures, cette "véritable contraction de défense", qui gêne l'examen, plaident fortement en faveur d'une projection cutanée de la douleur.

### *Comment expliquer ces faits?*

Que la sensation douloureuse, à partir d'un point déterminé des téguments, ait suivi la voie centripète de conduction sensitive pour parvenir aux cellules de la corne postérieure et la remonter jusqu'aux centres supérieurs de l'intelligence, cela, c'est la vie normale du système nerveux de relation.

"Mais comment le viscère malade peut-il crier sa douleur jusqu'au revêtement périphérique cutané? Là commence la difficulté."

Pour les anciens, tous les viscères étaient douloureux pour eux-

mêmes. James Ross, en 1888, dissocia le premier douleur en *splanchnique*, c'est-à-dire viscérale, et *somatique*, cette même douleur rapportée à la périphérie du corps. Pour expliquer la douleur interscapulaire de l'ulcère stomacal, celui-ci démontra que les nerfs

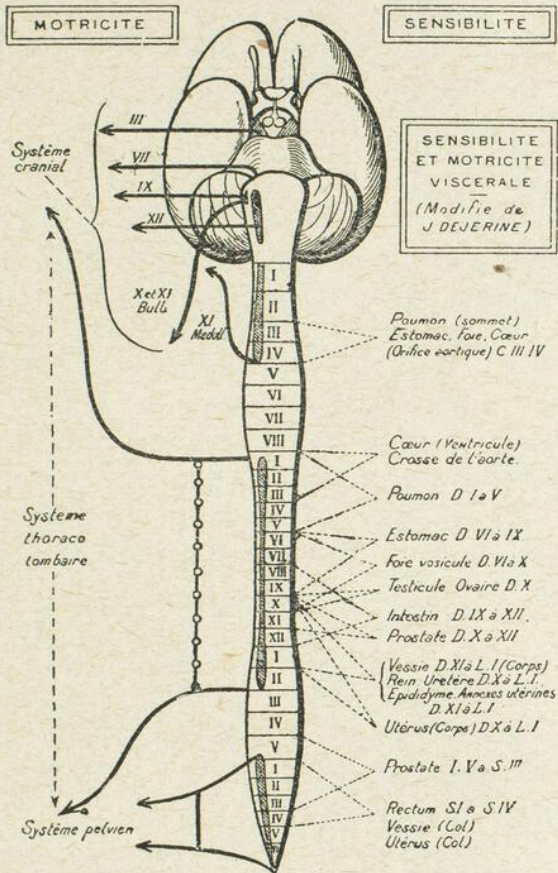


Fig. 1 (Guillaume).

sympathiques innervant l'estomac, cause de la douleur, portaient du même segment de la moelle que les nerfs cutanés se rendant à la région interscapulaire. En 1909, James Mackenzie établit qu'il n'existe pas de douleurs viscérales proprement dites, mais des zones d'hyperalgésie cutanée en rapport avec les organes viscéraux malades.

On admet aujourd'hui qu'à chaque viscère correspond une zone de projection de la sensibilité sur la surface du corps. Cette topographie est basée sur la métamérie.

En se reportant à la figure I, on constate que les segments

médullaires ou métamériques, *correspondant* aux poumons, sont C<sup>2</sup> à C<sup>5</sup> pour le sommet et D<sup>1</sup> à D<sup>6</sup> pour le reste du poumon. Or, si l'on connaît la distribution des nerfs de relation, on se rendra compte que ceux-ci innervent une région de projection cutanée s'étendant du scapulaire jusqu'aux dernières côtes.

D'autre part, les zones de projection du foie, de l'estomac, de l'intestin chevauchent ou voisinent les métamères des poumons, et ceci éclaircirait le problème des irradiations, se confondant si intimement en projection cutanée au point que la douleur cutanée est perçue dans les hypochondres ou les flancs droit ou gauche.

*Objections.*—Mais comment prétendre expliquer cette sensation douloureuse, périphérique et cutanée en fin de compte par les relations qui unissent une surface cutanée à un viscère, le poumon, par exemple, s'il est bien prouvé, en physiologie, que tout viscère à la section ou au pincement est tout à fait insensible ?

Seul le système nerveux de relation peut donner la sensibilité douloureuse, et voici que le poumon est innervé par le système sympathique, indolore dans sa définition.

*Alors la question se pose :* où et comment un viscère, appartenant au système nerveux autonome, emprunte-t-il le système nerveux de relation pour manifester sa souffrance ?

D'après James Ross, la voie sympathique aboutissant aux mêmes centres médullaires que la voie sensitive centripète, le viscère malade réagit sur les mêmes centres médullaires, en projetant la douleur sur la périphérie. Mais ceci explique-t-il pourquoi le neurone sympathique en s'articulant avec le neurone de relation, réveille une douleur cutanée ?

A ceci, Mackenzie oppose un *réflexe viscéro-sensible*, faisant de l'hyperalgie cutanée le résultat d'une excitation passant du système autonome au système cérébro-spinal. Ce schéma prouve bien qu'il faut rapporter les douleurs fulgurantes d'un tabétique ou les élancements des membres dans les radiculites, à une lésion portant sur le trajet d'un neurone sensitif. Mais comment expliquer que dans ces derniers cas, les injections sous-cutanées de cocaïnes restent sans effet sur la douleur alors que dans toute viscéralgie avec hyperesthésie cutanée, l'épreuve de la cocaïne se montre souveraine si ce n'est plutôt par un *réflexe viscéro-cutané*.

Parce que la douleur est périphérique, la cocaïne, la glace ou la chaleur d'un cataplasme agissent en la calmant. Si l'excitation

se transmettait au niveau de la moelle ou du ganglion spinal — selon Lemaire — à quoi servirait la glace ou la cocaïne ?

*Solutions proposées.*—Henri Verger a fait la conjonction des deux systèmes dans la zone périphérique elle-même.

“On sait, précise Henri Verger, que les organes sensitifs cutanés et sous-cutanés sont assortis de formations vasculaires qu'ils coiffent, en sorte que, vraisemblablement, les variations vaso-motrices de ces bouquets vasculaires agissent comme excitants des terminaisons sensitives.” Et comme le sympathique innerve ces vaisseaux, on comprend que les variations de celui-ci puissent réagir sur le système cérébro-spinal. En se reportant au schéma, on verra qu'un réflexe,

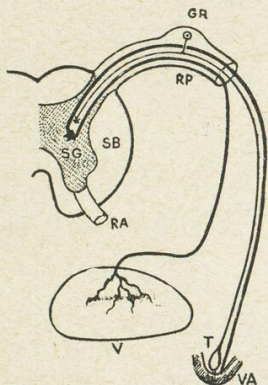


Fig. 2. — Schéma de Henri Verger.

SG, substance grise; SB, substance blanche; RA, racine antérieure; RP, racine postérieure; GR, ganglion rachidien; V, viscère; VA, vaisseau; T, corpuscule du tact.

— Système sympathique.  
— Système cérébro-spinal.

sympathique, passant par les “rami communicantes” avec un centre dans la substance grise médullaire, ressort par la voie sensitive jusqu’aux terminaisons sous-cutanées correspondantes. (Fig. 2, trajet de “V” à SG jusqu’en Va; retour par “T” en SG.)

M. René Cruchet simplifie ce schéma. “N’est-il pas possible, dit-il, de penser que chaque viscère communique directement par

l'intermédiaire de ganglions sympathiques et des rameaux communicants au moyen de filets sympathiques qui se rendent dans les bouquets vasculaires de certains territoires cutanés déterminés ?”

Ainsi, en physiologie, on pratique couramment l'expérience de sectionner le nerf péricrânien, la racine postérieure ou le segment de la moelle correspondant à une région cutanée et, cependant, cette même région subit l'épreuve de la sinapisation.

Pourquoi donc ne pas figurer une relation directe entre le poumon, par exemple, et un territoire cutané, d'une part, et ne pas concevoir en second lieu l'excitation partant des organes sensitifs sous-cutanés pour remonter par les voies ordinaires dans la substance grise médullaire. (Fig 3, trajet de P en VA; de T en SG.)

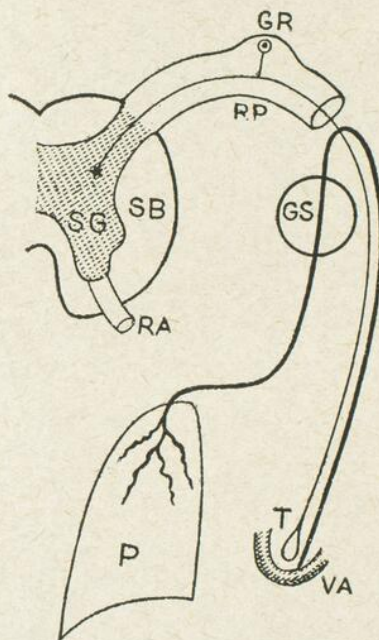


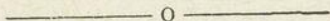
Fig. 3. — Réflexe viscéro-cutané (schéma de R. Cruchet).  
P, poumon; Ra, racine antérieure; RP, racine postérieure; T, corpuscule du tact; SB, substance blanche; GR, ganglion rachidien; GS, ganglion sympathique.

— Système sympathique.  
- - - Système cérébro-spinal.

Cette hypothèse n'est pas en désaccord avec la physiologie qui apprend comment les fibres sympathiques provenant de ganglions sympathiques, toujours par l'intermédiaire des "rami communicantes", se rendent tout droit aux nerfs périphériques.

Cette étude contient une partie pratique. Elle explique les succès obtenus par l'application empirique du vésicatoire, de la glace, des pointes de feu ou des frictions énergiques, de l'hydrothérapie même, et prouve que ces douleurs viscéralgiques, plus ou moins éloignées, à côté du point pneumonique, ne prennent pas place dans le chapitre des troubles psychiques, comme certains contemporains l'ont pensé.

Jean LeSAGE.



## EN MARGE DU CONGRÈS INTERNATIONAL CONTRE LA TUBERCULOSE À ROME EN OCTOBRE 1928

Par **J. A. JARRY**,  
Directeur médical de l'Institut Bruchési.

Le voyage en Europe organisé par l'Association Canadienne antituberculeuse, grâce au patronage de la compagnie d'assurance canadienne "Sun Life", fut pour le groupe important des médecins canadiens, un voyage intéressant d'observation et d'étude, très profitable pour l'organisation antituberculeuse au Canada. Qu'il me soit permis de féliciter et de remercier la "Sun Life" de l'intérêt qu'elle porte à la lutte contre la tuberculose en notre pays.

C'est bien en renseignant les chefs du mouvement que l'on peut le mieux promouvoir cette lutte.

Car les 32 médecins de ce groupe sont, pour le plupart, l'état-major de l'armée antituberculeuse, depuis de nombreuses années, à la tête de sanatoriums ou d'hôpitaux, de dispensaires, de services d'hygiène, d'organisations gouvernementales.

Le voyage fut très instructif. C'était bien en réalité un voyage d'étude, car à part les conférences officielles du groupe, à l'aller et au retour les conversations portaient habituellement sur un point quelconque de la phtisiologie.

Comme en un petit congrès ambulante furent discutés certains problèmes locaux: la construction d'un sanatorium, son administration et le coût journalier de son maintien; les cliniques ambulantes, le diagnostic de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant, le B.C.G., etc.

Tenant compte des observations faites dans les pays et dans les organisations antituberculeuses visités, le même groupe devait, à son retour, proposer certaines résolutions relatives à la cure des tuberculoses par l'héliothérapie, à l'augmentation des dispensaires dans les centres peuplés, et des cliniques ambulantes dans les campagnes.

Choisi par l'Association canadienne antituberculeuse, pour prendre part à ces voyages d'étude, comme directeur médical de l'Institut Bruchési, il me semble que jé dois à mes collègues et à ceux qui s'intéressent à la lutte antituberculeuse chez nous, de leur

faire part de mes impressions sur l'organisation de la lutte contre la tuberculose dans les différents pays que nous avons parcourus.

### En Angleterre

C'est à Liverpool que nous posons le pied en Angleterre, et après la réception du Doyen et du Chapitre de la Cathédrale, nous nous rendons à Leasow, à l' "hôpital de plein air pour les enfants". Nous y sommes reçus par Sir Alfred Paton, par le Dr Hartley Martin, surintendant de l'hôpital, et le Dr Dingwall Fordyce.

Nous avons eu la bonne fortune de rencontrer dans nos visites en Angleterre, des hommes qui eurent la bienveillance d'abandonner quelque temps leurs fonctions ou leurs affaires pour nous recevoir et nous exposer leur travail et leurs intérêts.

Ils étaient animés du meilleur esprit philanthropique, et sans nul doute, aussi de la légitime fierté de nous montrer leurs organisations vraiment admirables.

Ce qui nous a le plus frappés, sur notre parcours en Angleterre, c'est le nombre considérable d'enfants atteints de la tuberculose des os et de la peau. Cette constatation cadrait mal avec l'impression que nous avait laissée un paysage magnifique, qui semble refléter la prospérité et le bien-être, avec aussi, la vue des enfants jouant au grand air, jambes, bras et tête nus.

Ainsi, chez les enfants au-dessus d'un an, la mortalité par tuberculose osseuse est très élevée. Ceci semble dû au mauvais lait, qui n'est soumis à aucune inspection et qui est délivré à travers les rues en bidons ouverts.

A l'hôpital des enfants, à Liverpool, on ne garde aucun cas de tuberculose pulmonaire. L'héliothérapie naturelle ou artificielle, avec la vie complètement en plein air, est à la base du traitement.

A ce sujet, l'endroit le plus instructif est sans contredit l'hôpital "Lord Mayor Talcarth" à Alton, sous la direction de Sir Henry Gauvain. Nul n'a oublié la magistrale conférence qu'il a donnée au congrès des médecins de langue française à Montréal, il y a quelques années.

Nous avons passé des heures intéressantes au "College", où les pauvres petits infirmes, tout en suivant leur cure, apprennent le métier de valisier. Nous avons assisté aux traitements de la lampe à arc. L'emploi des rayons ultra-violets peut être bienfaisant ou

dangereux; son efficacité dépend du dosage et de l'habileté de la personne qui l'applique.

Nous avons remarqué là beaucoup d'enfants défigurés par le lupus, comme des lépreux. Mais il y a, à côté, la chirurgie plastique qui reconstruit les parties détruites par le mal.

L'hôpital d'Alton héberge 400 petits malades. Il lui faudrait 1200 lits au moins pour faire face aux besoins. Le problème de l'hospitalisation, on le voit, a ses crises là comme chez nous, comme partout, d'ailleurs.

Mais voici un autre point intéressants de l'organisation anti-tuberculeuse à Alton.

A 35 milles de là, sur le bord de la mer, à Hayling Island, se trouve un camp d'hiver comme d'été, pour les enfants dont la réossification est complétée. Ils y jouissent des bienfaits de l'air salin et des bains de mer. Voici de quelle curieuse manière ils sont baignés. On les porte sur une civière, on les dépose dans l'eau. On les ramène ensuite auprès d'un pavillon où ils prennent un bain de pieds dans l'eau chaude, tout en se séchant et en buvant une potion de lait chaud.

Sous l'habile direction de Sir Henry Gauvain, il se fait à Alton et au camp marin, une œuvre merveilleuse. Le plâtre est délaissé. On utilise des appareils ingénieux et très simples, des lits spéciaux adaptés aux différents cas. On peut dire la même chose de l'hôpital orthopédique de Wingfield, à Oxford.

Des méthodes plus modernes remplacent les anciennes, et la vie au grand air, même au vent, est mise à la base du traitement.

Nous n'avons pas, heureusement, au Canada, une aussi forte proportion de tuberculose osseuse qu'en Angleterre; mais il ne serait pas à dédaigner de posséder les moyens d'hospitalisation et de traitement, correspondants à nos besoins, que possède la Grande Bretagne.

L'Angleterre est dotée d'une magnifique organisation sanatoriale, déjà ancienne et qui a contribué pour une large part à la diminution de la mortalité tuberculeuse.

C'est ainsi que Birmingham, avec une population d'un million, comptait, en 1908, une mortalité de 130. Aujourd'hui elle a été réduite à 89. Mais aussi la ville de Birmingham possède 600 lits répartis en 4 sanatoria, ce qui couvre amplement les besoins.

J'ai été vivement frappé de l'apparence magnifique du sanatorium Romsley Hill, flanqué sur une hauteur, à 35 milles de Birmingham, et d'où l'on découvre un superbe panorama. C'est un

seul bâtiment divisé en deux sections: une pour les femmes, une pour les hommes, et séparées par l'administration centrale. En bas se trouve une galerie de cure, tandis qu'au deuxième étage ce sont de larges fenêtres. L'opinion générale en Angleterre, en France et au Canada est qu'il vaut mieux avoir des sanatoria séparés pour les deux sexes.

A côté de la grande plaie tuberculeuse, et sans nul doute, alimentée par celle-ci, Birmingham souffrait également de la plaie du mauvais logement; c'est en résolvant le deuxième problème d'une façon énergique qu'elle est arrivée à garder la mortalité la plus basse de l'Angleterre. J'en dirai un mot plus loin.

Pour le moment je voudrais m'en tenir à l'observation des sanatoria que nous avons visités au cours d'une randonnée de 750 milles en autocar.

Dans le pays de Galles, l'organisation antituberculeuse, particulière à cette contrée, possède 14 dispensaires et 1400 lits de sanatorium, dans le sud à Talgarth, pour les hommes et les garçons, dans le nord, pour les femmes et les jeunes filles. A part cela, il y a 12 hôpitaux spéciaux pour les cas moins favorables.

La compréhension du traitement tuberculeux par la cure de travail n'a pas produit une bonne impression sur le groupe des médecins canadiens. On comprend cependant que l'état de santé de ces patients les invite à une vie moins inactive et que la pensée de Marcus Patterson, si mêlé aux origines de l'organisation au pays de Galles, n'a pu être totalement abandonnée. Il y a certainement une mitigation dans la cure de travail: ainsi aucun travail n'est permis au fébricitant. Mais enfin, ce n'est pas notre conception du traitement par le repos absolu.

Le pays de Galles montre, dans l'effort magnifique qu'il a fait pour résister à la tuberculose, son tempérament opiniâtre de peuple invincible et invaincu, type de l'ancien Gaulois, petit et trapu, animé d'une énergie indomptable, qui peut dire plus véritablement que son ancien ennemi: "What we have, we hold". Il a gardé sa langue, celle des bardes antiques, bien avant la conquête des Gaules par Jules César, il a gardé la fascination de son passé fait de lutte et de résistance. Il garde jalousement ce qu'il tient au cœur.

En route vers Londres, nous visitons à Widhurst le sanatorium Edouard VII, sanatorium d'un type spécial et tout à fait unique. Les plans furent choisis au concours en 1905. Chaque lit coûte environ \$7,000 de la valeur d'avant-guerre. Les 104 lits ne sont pas

réservés, comme on pourrait le croire, aux tuberculeux riches. Ils sont destinés aux bourses moyennes. On ne calcule pas l'intérêt du capital investi, mais seulement le coût de fonctionnement. Un confort inusité rend plus agréable la vie du sanatorium. Contrairement à la pratique de Talgarth, ici c'est le traitement de repos très longtemps, suivi d'un peu de marche. D'ailleurs cette catégorie de malades n'est guère apte au travail physique, ayant toujours mené une vie sédentaire.

Nous arrivons à Londres et pendant 3 jours, nous visitons les institutions antituberculeuses de la capitale.

A l'hôpital des poumons de Brompton, qui contient 300 lits, nous étudions le travail de cette institution au point de vue médical, avec le Dr Burrell, et au point de vue chirurgical, avec le Dr T. Edwards. Notre curiosité a été piquée par une méthode originale de traiter l'asthme par des inhalations de créosote dans une chambre fermée, et les cas de bronchiectasie par la respiration sous pression d'air.

A Frimley, à 40 milles, nous visitons le sanatorium associé à l'hôpital de Brompton. Comme dans les sanatoria du pays de Galles, la théorie de Marcus Patterson y est en honneur, mais modifiée ici également. On ne livre à la cure du travail que les cas favorables déjà mis au repos pendant un temps assez long et qui peuvent supporter sans réaction l'exercice imposé. Nous avons vu là un appareil pour la collapsothérapie par compression extérieure. Le traitement par pneumothorax artificiel est administré à un tiers des malades. Contrairement à notre manière de voir, l'héliothérapie est peu en vogue à Frimley, et l'héliothérapie artificielle ne l'est pas du tout.

Nous visitons à côté du sanatorium une "colonie" d'hommes et de garçons tuberculeux. Elle fut primitivement destinée aux anciens soldats tuberculeux. Mais fatigués des travaux et des misères de la tranchée, ces hommes préfèrent le repos dans le sanatorium.

La colonie passa sous l'administration de l'Association nationale contre la Tuberculose. Cependant, les malades qui y furent envoyés auraient plutôt dû être gardés au lit. A l'heure actuelle, en effet, comme 36 seulement des 80 résidents travaillent, on peut plutôt la considérer comme un autre sanatorium. Toutefois il s'y cultive des fleurs qui sont expédiées sur les marchés de Londres. D'énormes sommes ont été dépensées pour préparer un terrain qui était inculte et sauvage.

La colonie la plus intéressante, spécialement destinée aux sortants de sanatorium, et la plus active est sans contredit celle de Papworth. Le village compte environ 100 maisons, sans compter les hôtels et les hôpitaux. Deux cents des 700 habitants s'adonnent à différents travaux, tels que la menuiserie, le bourrage, l'imprimerie, la reliure, la cordonnerie, l'aviculture, etc. Les hommes mariés y demeurent avec leur famille, les célibataires logent dans deux hôtels de 40 lits et dans les chalets construits à l'entour. Là, d'une façon parfaite, est résolue la question de donner à l'ancien tuberculeux une occupation professionnelle plus conforme avec son état de santé, sous la surveillance continue du médecin.

Sans nul doute, c'est, à l'homme malade et conscient de sa déchéance, un souci bien amer que le lendemain pour lui et pour sa famille. L'assurance qu'il pourra trouver, après sa cure au sanatorium, un travail compatible avec ses forces, lui est un soutien et un encouragement.

Papworth est unique en son genre. Après avoir débuté comme institution de cure, il est devenu "colonie professionnelle".

La plupart des institutions de cure anglaises, soit pour les enfants, soit pour les civils hommes et femmes, soit pour les marins, sont formées de pavillons en bois, anciennes baraques militaires facilement transformées, attendu qu'il n'est pas question de chauffage en ce pays. Il en résulte une dépense initiale moins considérable et un coût d'entretien moins élevé.

L'opinion publique ne nous permettrait pas de faire la même chose au Canada. Il y a dans les mémoires trop de lamentables catastrophes pour qu'on ne vise pas maintenant à construire nos institutions hospitalières à l'épreuve du feu.

Les pays, les villes ont chacun leurs problèmes parfois terribles. L'hospitalisation à Montréal en est un. Londres a le sien également. Mais à Londres la crise du système hospitalier est tellement aiguë, et le changement tellement complet que le Dr Menzies, dans un entretien qu'il nous donnait sur l'organisation sanitaire de la capitale anglaise, la qualifiait de révolutionnaire.

Il y a à Londres 100 hôpitaux volontaires qui soignent chaque année 13,000 malades, tandis que 50,000 autres sont traités par des hôpitaux existant sous l'empire de la "loi des indigents". Or l'opinion publique s'est modifiée depuis la guerre. On ne veut plus porter l'étiquette d'"indigent" dans les hôpitaux civiques. Les soldats de retour du front ont refusé l'hospitalisation. La ville a dû construire

pour eux des hôpitaux. Mais d'un autre côté les citoyens qui ont fait partie de la conscription du travail se demandent pourquoi ils ne seraient pas traités de la même façon.

Pour régler la question tous les citoyens seront mis sur un même pied d'égalité. Tous les hôpitaux volontaires vont tomber sous la juridiction du service d'hygiène publique.

Au point de vue professionnel que résultera-t-il pour les médecins de ce changement de lits et de direction en un même moment ?

Le Dr Menzies se demande si cette mesure révolutionnaire ne va pas, en versant dans le service de l'hygiène publique un grand nombre de médecins, étatiser la médecine !

Cependant, pour ce qui regarde le malade, et c'est comme toujours ce à quoi vise le peuple égoïste, l'Angleterre est organisée magnifiquement: elle possède 350,000 lits.

L'organisation antituberculeuse de Londres est l'une des plus complètes: elle comprend 30 dispensaires, 6,000 lits pour toutes les formes de tuberculose, et un service de surveillance à domicile, après la cure. Plus de 1,000 lits sont réservés aux enfants infirmes.

Les grandes cités anglaises ont à résoudre un autre problème qui semble beaucoup plus grave que chez nous: c'est le logement ouvrier.

L'ère de la vapeur a créé l'ère de l'industrie et créé un bouleversement de toute la population. Des agglomérations, des villes se sont formées avec une rapidité qui n'a pas permis d'établir un plan général d'habitations salubres.

Il a donc fallu, il y a quelques années, mettre sur le tapis la question du logement, et comme c'était une nécessité publique, l'Etat s'est chargé de la résoudre lui-même.

A l'heure présente, Londres a construit 56,000 maisons pour loger 280,000 personnes.

Liverpool étale avec complaisance ses rangées de maisons neuves en briques et en tuiles rouges.

Birmingham en a construit 27,000 pour loger 100,000 personnes et se propose d'en bâtir encore 17,000, en moyenne 3,000 par année.

Bourneville a donné le type des maisons ouvrières dans un centre industriel.

Nous avons visité la manufacture de chocolat Cadbury et dîné avec le président de la compagnie à Bourneville. Les conditions de travail des employés et les avantages qui leur sont donnés nous ont laissé une excellente impression. Il y a dans la manufacture des bassins de natation, des chambres de repos, des salles pour le dîner,

des restaurants, des concerts l'après-midi. Il y a des terrains de sport, plus de 60 courts de tennis, des terrains de jeux pour les hommes et pour les femmes.

Les chefs de l'usine se sont intéressés avant tout au logement de leurs employés depuis 1875. Aujourd'hui Bourneville possède 2,000 maisons, pour environ 10,000 personnes. On a expérimenté dans la construction divers modèles, diverses grandeurs, divers matériaux. On en est arrivé à la conclusion que la maison la plus recommandable est celle de briques avec toiture de tuiles. Il y a des logements de deux pièces pour les jeunes ménages, des chambres pour les femmes, des maisons pour les vieillards, des maisons pour les jeunes filles.

A Bourneville le travail doit certainement être agréable, la vie heureuse; en tout cas, les employés sont satisfaits de leurs salaires, ils n'ont pas besoin d'union professionnelle, et jamais il n'est question de grève.

La fabrique de chocolat Cadbury peut être donnée en exemple à nos manufactures canadiennes. L'hygiène industrielle n'a fixé ses racines que çà et là. Il y a encore un grand travail à faire avant de voir se généraliser l'usine modèle où l'hygiène et le bien-être matériel et moral de l'ouvrier rendent le travail plus productif.

On parle du problème de l'habitation salubre à Montréal. Ce problème existe en réalité comme dans les grandes cités anglaises, mais cependant avec une moindre intensité. L'habitation canadienne ne peut guère être comparée à celle de la Grande-Bretagne, à cause du climat. Montréal s'agrandit et l'on construit sans cesse de nouvelles maisons que l'on paraît vouloir rendre confortables; mais l'on pourrait davantage s'inspirer de l'hygiène grâce à l'action du gouvernement ou des grandes industries et construire moins en vue du profit.

Des parties de quartiers à Montréal devraient être traitées comme l'ont été les "slums" de Londres. Il faudrait rebâtir ensuite en vue de rendre la vie plus saine et de combattre la tuberculose.

Depuis 10 ans, le gouvernement anglais, a dit M. Chamberlain, a donné son aide dans la construction de 2,000,000 de maisons. Voilà encore une autre raison à la baisse de la mortalité tuberculeuse en Angleterre.

Je n'aurais pas signalé un autre côté intéressant du problème du logement ouvrier en Angleterre si je ne parlais pas de la crise de l'habitation à Glasgow.

La municipalité qui a elle-même si magnifiquement entrepris la lutte à la tuberculose, est handicapée par le mauvais logement.

13% des familles logent dans un appartement, 50% dans deux et 21% dans trois. Le surpeuplement est aggravé par le fait que des familles ayant 2 appartements en sous-louent un à autre famille.

Près de la moitié des maisons à un appartement logent chacune plus de 3 personnes.

La dissémination de la maladie, l'ivrognerie, le vice et tout le reste sont les conséquences de ce mauvais logement.

Glasgow n'est pas la seule à souffrir de ces disgrâces, le surpeuplement des habitations est la plaie de toutes les villes importantes en Angleterre.

Mais déjà un mouvement s'opère, suivant l'exemple de Londres et de Birmingham. Des "slums" ont été rasées et des maisons hygiéniques construites.

Peu à peu l'hygiène aura raison du surpeuplement et de l'immoralité.

L'Anglais, d'ailleurs, a le caractère agissant. Dès qu'il connaît, il met en pratique. Les gouvernements envisagent la tuberculose non seulement comme une maladie de l'individu, mais de la société, et ils agissent pour défendre la société sans égard aux sommes fabuleuses qu'il faut dépenser.

Le citoyen anglais lui-même sait donner généreusement pour les bonnes causes.

Ainsi à Aberdeen, chaque homme, chaque femme, chaque enfant a donné pour la fondation d'un hôpital au cours d'une quête publique une moyenne de \$12.50, en un moment de dépression industrielle et commerciale. \$12.50, c'est presque ce que chaque citoyen, adulte et enfant, de Montréal, dépense pour les amusements pendant une année.

Mais quand s'agit d'aider à la lutte contre la tuberculose, les bourses canadiennes restent fermées.

Nous sommes un peu égoïstes.

## FORMULAIRE

---

### TRAITEMENT DES DIARRHÉES GRAVES DU NOURRISSON

- 1° Faire un diagnostic étiologique: importance des diarrhées primitives (d'origine alimentaire) l'été, des diarrhées secondaires ou symptomatiques (d'origine infectieuse) l'hiver. Traiter la cause s'il y a lieu.
- 2° Diète hydrique dès le début. Donner au moins 125 grammes d'eau bouillie par kilo dans les 24 heures. D'une manière générale la diète hydrique ne doit jamais dépasser 3 jours.
- 3° Réalimentation à l'aide de laits modifiés: lait condensé, lait sec ou babeurre. Elle doit toujours être progressive.
- 4° Lutter contre la déshydratation par des injections sous-cutanées de solutions salines isotoniques: 20 à 40 centimètres cubes matin et soir.
- 5° Bains chauds simples ou sinapisés s'il y a menace de collapsus.
- 6° Au besoin soutenir le cœur en injectant sous la peau de l'huile camphrée au dixième:  $\frac{1}{2}$  à 1 centimètre cube une à deux fois par jour.
- 7° Pas de purgatifs, surtout à la phase aiguë. Une fois les symptômes toxiques disparus, donner avant chaque repas une cuillerée à thé de la potion suivante :

Carbonate de bismuth . . . . . 3 grammes  
Julep gommeux . . . . . 150 grammes

Paul LETONDAL.

## ANALYSES

### MEDECINE

RAYMOND GREGOIRE et P. EMILE WEIL. — **Les gastrorrhagies de la splénomégalie** ("Arch. des Mal. de l'App. Digestif et des Mal. de la Nutrition", juin 1928).

Le cancer et surtout l'ulcère de l'estomac, si souvent incriminés dans les hématomésés considérables, ne sont pas toujours les deux uniques lésions organiques susceptibles de réaliser cet effrayant syndrome hémorrhagique.

A côté des gastrorrhagies d'origine cirrhotique, se trouvent les gastrorrhagies d'origine splénique, (splénomégalies chroniques primitives) trop souvent insoupçonnées du médecin comme du chirurgien et donnant lieu à un syndrome particulier bien décrit par les auteurs.

Chez des individus de santé en apparence satisfaisante, sans passé gastrique, apparaît une sensibilité spontanée et à la pression, au-dessous du rebord costal gauche, au voisinage de l'épigastre, invitant à supprimer tout lien constricteur, ceinture ou corset; puis brusquement un malaise indéfinissable, une grande lassitude, la tête tourne, les oreilles bourdonnent, des nausées se font sentir, puis dans un effort le malade rend une grande quantité de sang.

Ces gastrorrhagies d'origine splénique se distinguent par leur abondance stupéfiante et la soudaineté de leur apparition; une anurie aiguë survient toujours quand la mort n'est pas la terminaison de ces accidents terrifiants; toutefois, ces splénomégalies peuvent parfois évoluer lentement vers la cachexie, sans jamais causer d'hématémèse.

Les auteurs rapportent cinq observations intéressantes où l'on avait d'abord pensé à l'ulcère d'estomac; mais la radiographie restait négative et l'histoire clinique de ces malades ne décelait aucun symptôme révélateur d'ulcère gastrique; plus tard, on découvrit que chacun de ces malades était porteur d'une très grosse rate. Quand aux causes déterminantes de ces gastrorrhagies, plusieurs hypothèses ont été émises sans conclusions définitives.

Fait à retenir: le cancer gastrique et l'ulcère se rencontrent dans la plupart des cas chez des malades ayant un passé morbide chargé, et dans ce cas la radiographie et la radioscopie révèlent des signes qui permettent d'affirmer l'existence de lésions caractéristiques de chacune de ces affections; mais du moment que chez un individu de bonne santé apparente l'on voit apparaître soudainement des hématomésés considé-

rables, il ne faut jamais oublier d'examiner la rate; une splénomégalie aidera à poser le diagnostic de "gastrorrhagie splénomégalique".

J.-Alfred MOUSSEAU.

Dr PERGET. — **Contribution à l'étude du traitement de l'insomnie** (Thèse de Paris, 1928).

Il est absolument nécessaire, en matière d'insomnie, d'en connaître les causes, et celles-ci une fois connues, d'instituer le traitement étiologique. C'est le cas par exemple dans toutes les insomnies symptomatiques; dans les insomnies secondaires à la douleur, le pantopon, la morphine, l'héroïne, l'allonal ont leurs applications, agissant contre l'algie et indirectement contre l'agryphie; dans l'insomnie des différentes psychoses, les bromures, le sédobrol, les valérianes, les crataegus, le somnifère, le laudanum sont des adjuvants excellents à divers titres; dans l'insomnie légère et dans l'insomnie des anxieux, l'auteur donne la préférence au sédormid; ce nouveau sédatif hypnogène n'est pas un barbiturique: c'est l'allylisopropylacétylcarbamide. De nombreuses expérimentations physiologiques et cliniques ont démontré que le sédormid est un sédatif doux, constant dans ses effets, absolument inoffensif pour le cœur et pour les reins. Sa destruction rapide dans l'organisme est garante de l'absence d'effets cumulatifs, et, chez tous les malades auxquels on l'a administré, on a constaté sa non toxicité aux doses thérapeutiques.

En résumé, le retour au sommeil normal et la sédation de l'anxiété sont de règle chez tous les malades traités par le sédormid, et l'auteur a pu conclure que cet hypnotique doux, bien toléré et possédant une maniabilité très grande, peut et doit rendre, dans la pratique médicale, de très précieux services, car il semble parfaitement réaliser le meilleur médicament des petits insomniaques et des petits anxieux; de même il semble devoir être, chez tous les vieillards, chez les femmes, chez tous les pusillanimes, un excellent sédatif sans inconvénients.

Paul A. GAGNON.

Léon BIZARD. — **Pipe, cigare ou cigarette ?** ("Siècle Médical" cité dans "Bruxelles Médical", No 20, 17 mars 1929).

Considérant la généralisation de l'usage du tabac aussi bien chez presque tous les hommes que chez les femmes à notre époque, peut-on se prononcer d'une façon définitive sur l'inocuité ou la nocivité de cette habitude sur la santé générale du fumeur? Il est des preuves scientifiques équivalentes à de véritables expériences de laboratoire qui démontrent avec certitude que le tabac, sans être inoffensif, vient bien loin en arrière des intoxications par l'alcool, l'opium, la morphine et la cocaïne. Les accidents dus au tabac sont locaux i.e. provenant de l'effet direct de la fumée sur les muqueuses buccale, pharyngée et laryngée par la chaleur de la fumée d'abord et par le dépôt continu des particules

de nicotine sur ces muqueuses, et généraux i.e. causés par l'action de la nicotine sur le système nerveux sympathique. Les accidents d'ordre général portant surtout sur le cœur et la circulation se manifestent par des bourdonnements d'oreilles, des palpitations, des intermittences, des vertiges, de l'oppression, des troubles visuels, de la diminution de la mémoire et de l'asthénie, mais c'est à tort qu'on considère le tabac comme une cause de l'artério-sclérose. Mais pour que ces symptômes soient dus à une véritable intoxication nicotinique il faut que le fumeur avale la fumée habituellement ou bien, séjournant dans un local enfumé, aspire la nicotine qui se trouve dans l'atmosphère ambiante. L'usage de la pipe, nocif localement parce que le tuyau même de la pipe toujours surchauffé laisse passer à grande bouffée une fumée qui atteint une température très élevée, très irritante pour les muqueuses, n'entraîne presque jamais d'accidents généraux. L'inconvénient de la cigarette réside en ce fait que fumeur invétéré n'est jamais rassasié et qu'il s'intoxique lentement mais plus sûrement par des doses minimales mais trop souvent renouvelées. Les amateurs de cigares, au contraire, sont rarement aussi passionnés dans leur habitude que les fumeurs de cigarettes et la fumée du cigare est de température beaucoup moins élevée que celle de la cigarette. De plus le cigare n'est pas constamment tenu entre les lèvres, se fume plus lentement, provoque plus de salive que la cigarette, qui en étant rejetée, balaie mieux la cavité buccale, et l'expérience démontre que chez les fumeurs de cigares les accidents attribuables au tabac sont beaucoup plus rares.

Gabriel LAFRESNIERE.

## CHIRURGIE

M. CAMPBELL. — **Varicocèle** ("Surgery, Gynecology, Obstetrics").

Le varicocèle est caractérisé par l'élongation, la dilatation et la flexuosité des veines du plexus pempiniforme. L'affection peut être secondaire, provient d'une compression de la veine spermatique et est alors symptomatique d'une tumeur intra-abdominale, le plus souvent du rein. Ce varicocèle apparaît soudainement chez des gens plutôt âgés et siège indifféremment des deux côtés.

Le varicocèle spontané se manifeste vers l'âge de 15 à 35 ans, se développe généralement du côté gauche et serait dû surtout à une congestion des organes génitaux avec manque d'hygiène puisque le mariage suffit à lui seul à guérir la plupart des varicocèles. La lésion des veines peut finir par entraîner une dégénérescence graisseuse puis la sclérose du testicule correspondant.

*Traitement.*—Avec l'âge, le varicocèle rétrocede généralement. D'autre part, une grande partie des sujets se plaignant de cette affection sont des psychopathes qui ne sont nullement améliorés par l'opération.

Au point de vue thérapeutique et clinique les sujets porteurs de varicocèle doivent être divisés en trois groupes: a) Ceux qui ne présentent pas de symptôme; il vaut mieux les laisser tranquilles; b) ceux qui, présentant une sensation de pesanteur ou de tiraillement dans le scrotum, le long du cordon ou dans le flanc, ont en même temps des lésions appréciables; ici l'opération est indiquée et donnera des résultats; c) ceux du troisième groupe, et ce sont les plus nombreux, sont ceux qui présentent des symptômes disproportionnés aux lésions qui sont minimes; ceux-là gagnent à ne pas être touchés, et ne seront opérés que si le port d'un bon suspensoir n'a amené aucune amélioration.

Pour la cure du varicocèle l'auteur recommande l'opération préconisée par Vincent.

1° Anesthésie de la peau et iricision comme pour une hernie basse de façon à bien découvrir l'anneau inguinal extérieur et le cordon spermatique.

2° Incision longitudinale du cremaster et de la couche spermatique externe. Le groupe antérieur des veines dilatées est isolé depuis l'anneau inguinal externe jusqu'à un point qui reporte à cet anneau élèverait le testicule de deux centimètres au-dessus de sa position normale. Ce tronçon de veines est sectionné entre quatre pinces.

3° Chaque moignon est solidement lié par transfixion à un centimètre du bout. Les fils du bout attenant au testicule sont laissés longs; les autres sont coupés courts et on laisse remonter le moignon dans le canal inguinal.

4° Avec une sonde cannelée un tunnel est pratiqué dans le canal inguinal sous le grand oblique jusque vis-à-vis l'anneau inguinal interne. Les fils restés longs y sont alors introduits et poussés à travers l'aponévrose du grand oblique où ils sont liés ensemble, soulevant ainsi le testicule de trois centimètres environ.

5° Fermeture sans drainage puis application d'un bon suspensoir qui maintiendra le testicule dans sa nouvelle position. Séjour au lit durant cinq à six jours et port du suspensoir durant au moins dix jours.

Comme complication l'auteur signale: l'hydrocèle qui sera généralement évitée si l'on prend soin d'opérer dans la région inguinale loin du testicule; l'atrophie du testicule rare; l'hémorragie qui peut être grave, mais la transfixion faite systématiquement éliminera à peu près sûrement les hémorragies graves.

L'auteur base ses observations sur 500 cas opérés avec la technique plus haut décrite à l'hôpital Bellevue.

Roland ROUX.

Robert B. CARSLAW. — **Ptose viscérale droite; étude de 242 cas traités par la colopexie droite** ("British Journal of Surgery", vol. XV, No 60, pp. 545-604).

L'auteur a pratiqué 242 colopexies et a de plus suivi ses opérés pendant plusieurs années.

De 239 opérés suivis, 213 ont obtenu un résultat satisfaisant. Vu à la radio, il fut constaté dans tous les cas, sauf un, que le côlon reste en sa nouvelle position normale. Dans plusieurs cas opérés ultérieurement pour d'autres conditions pathologiques, l'auteur constata que les membranes péricoliques ne s'étaient pas reformées.

Mercier FAUTEUX.

M. FRIESLEDEN. — **Constataions bactériologiques sur les vésicules biliaires extirpées** ("Munch. med. Woch.", 13 janvier 1928, pp. 81-83).

Cette étude porte sur 147 cas de cholécystectomies:

60 cas de cholécystite aiguë.

64 cas de lithiase biliaire.

11 cas d'empyème.

8 cas de stase de la vésicule biliaire.

3 cas d'hydropisie vésiculaire.

Le contenu de la vésicule fut trouvé stérile 44 fois; mais la paroi de la vésicule montra 23 fois des staphylocoques, 7 fois des streptocoques, 1 fois des entérocoques, 16 fois des germes indéterminés.

Mercier FAUTEUX.

## PEDIATRIE

Léon TIXIER. — **L'anorexie des nourrissons et son traitement** ("Le Monde Médical", 1er octobre 1928).

Il ne faut pas oublier que l'anorexie est un syndrome que tout syndrome reconnaît des causes différentes. Après avoir éliminé du cadre de son étude les fausses anorexies c'est-à-dire la situation des nouveau-nés qui présentent une agénésie, ou encore une insuffisance de respiration natale ou bien les prématurés et les débiles qui ont des sécrétions digestives ralenties, l'auteur parle des causes exceptionnelles et des causes fréquentes.

*Causes exceptionnelles.*—Un enfant nourri un jour avec une bouillie brûlante; ou bien anorexie contemporaine d'un accès de tétanie.

*Causes fréquentes.*—Troubles inhérents à la germination dentaire, sevrage, perturbations des fonctions digestives (gastro entéritec, terrain neuro-arthritique).

L'anorexie s'accuse insensiblement chaque jour, pour atteindre son paroxysme après quelques semaines d'alimentation difficile mais encore possible. L'enfant refuse d'abord un demi-biberon ou un biberon, avale très lentement, quelquefois rejette une bonne partie de ce qu'il a bu. L'état général reste assez bon mais la thérapeutique pathogénique doit être appliquée assez tôt.

Il faut varier le traitement suivant telle ou telle modalité clinique. L'anorexie des dyspeptiques et des anémiques sera traitée en corrigeant la qualité du lait ou en donnant une alimentation plus variée. Chez les nourrissons anémiques la médication ferrugineuse (protoxalate de fer) rend les plus signalés services. Les injections sous-cutanées de sérum physiologique n'ont pas donné tout le succès attendu.

Il faut toujours rechercher l'hérédité syphilitique en présence d'un nourrisson anorexique et l'appétit revient vite dans ces cas en prescrivant le traitement spécifique.

Rien n'est plus commun dans la pratique courante que de voir l'appétit se ralentir ou même se supprimer tout à fait au moment des poussées dentaires. Faut-il incriminer les douleurs périostées ou faut-il voir dans l'apparition de ce symptôme les conséquences de perturbations de la nutrition, ou d'une infection générale à point de départ périosté? Peu importe, il suffit de savoir que l'appétit revient très vite quand on a provoqué la percée dentaire.

La médication thyroïdienne, les rayons ultra-violetts rendront de grands services aux hypotrophiques et aux tuberculeux anorexiques, tandis que dans l'anorexie essentielle le lavage de l'estomac, fait chaque jour, donne des résultats merveilleux.

Les anorexies mentales et nerveuses sont justifiables de l'isolement et du gavage.

En présence d'un nourrisson anorexique chez lequel il est impossible de mettre en évidence une des causes simples précitées (anémie, hérédosyphilis, poussée dentaire, dystrophie simple ou tuberculeuse) l'auteur croit que l'on aurait tort de parler d'anorexie mentale et de recourir au gavage si l'on n'a pas eu la précaution de s'assurer de l'état du contenu de l'estomac.

Presque toujours, lorsque celui-ci est débarrassé des glaires sanieuses qui l'encombrent, l'appétit renaît et les familles sont enchantées de voir une thérapeutique aussi simple réussir, alors que les médications plus compliquées avaient échoué.

Henri BARIL.

## TUBERCULOSE

### A. COURCOUX et A. BIDERMAN. — L'oléothorax dans la tuberculose pulmonaire et pleurale ("Paris Médical", 9 janvier 1929).

L'injection d'huile ou de paraffine rendue antiseptique par le goménol est indiqué: 1° Dans la symphise pleurale progressive au cours d'un pneumothorax artificiel; en agissant comme topique sur la plèvre, l'huile est plus incompressible. 2° Dans les collapsus pulmonaires insuffisants, l'huile maintient des pressions élevées permanentes tandis qu'après l'insufflation, l'air se résorbe. 3° Dans les pleurésies purulentes chroniques tuberculeuses si la pleurésie purulente après pneumothorax s'installe,

avant d'intervenir chirurgicalement, l'action compressive et antiseptique de l'huile est à tenter une fois le pus évacué et la plèvre lavée au sérum artificiel. A cause de la longue durée de la compression, un malade indocile et la distance indiquent enfin l'oléothorax.

Paul-René ARCHAMBAULT.

## UROLOGIE

KRETSCHMER et DOEHRING. — **Adénome du rein** [**Adenoma of the kidney**] ("Surgery, Gynecology and Obstetrics", mai 1929, p. 629).

Les auteurs rapportent un cas d'adénome du rein opéré et guéri depuis 8 ans. Le seul signe que présentait le malade était la présence d'une masse dans le flanc droit qui augmente de volume.

La pyélographie montre une déviation de l'uretère qui est reporté vers la colonne vertébrale et décrit une courbe à concavité externe; les calices sont arrondis et le bassin est aplati, horizontal. Au cathétérisme des uretères, on trouve une diminution fonctionnelle du rein droit. L'opération montre un adénome du pôle inférieur du rein. Cette tumeur est réséquée du parenchyme rénal. Les suites opératoires sont normales.

K. et D. termine leur article par une revue de la littérature médicale sur l'adénome du rein. Chez tous les malades, le seul symptôme est la tumeur rénale. Le seul traitement, la néphrectomie partielle avec résection de la tumeur.

Oscar MERCIER.

## CHIRURGIE INFANTILE et ORTHOPÉDIE

JOHN J. CORBETT. — **Prolapsus du rectum chez l'enfant** [**Prolapse of the rectum in children**] ("Surg., Gyne. & Obs.", vol. XLVII, No 2, fév. 1929).

Le prolapsus du rectum chez l'enfant est assez fréquent et se traduit par une descente presque toujours incomplète de la muqueuse rectale. Quelques enfants y sont prédisposés mais il existe plusieurs causes favorisantes et l'auteur croit que le rachitisme, la diarrhée verte et les infections graves de l'enfance, de même que la constipation, jouent un rôle considérable.

Les symptômes sont peu nombreux; le diagnostic se pose facilement mais le prolapsus ne doit pas être confondu avec les hémorroïdes qui sont exceptionnelles chez l'enfant ou encore avec le polype, qui se rencontre assez souvent.

La réduction du prolapsus est facile, mais son maintien en place ne l'est pas toujours. Lorsque la cause est connue, il faut la combattre, mais quelquefois le traitement chirurgical devient nécessaire. Plusieurs

interventions ont été préconisées; l'excision partielle ou complète de la muqueuse prolabée, la cautérisation, les sutures de la muqueuse au sacrum, l'encerclage métallique, les injections sous-muqueuse de substances irritantes telles que l'acide phénique, l'alcool, etc., mais l'auteur croit que la cautérisation linéaire doit être préférée à toutes ces méthodes. Il cite une statistique de 62 malades chez qui il a obtenu d'excellents résultats par cette technique.

Malgré la statistique intéressante de l'auteur, nous croyons que l'encerclage métallique est une excellente opération et nous sommes convaincus qu'il nous a donné des résultats comparables à la méthode préconisée.

Edmond DUBE.

C HIGGINS et WELTI. — **Traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire**  
 [Surgical treatment of undescended testicles] ("S. G. & O.", 4-29,  
 p. 536).

L'auteur donne en détail la technique opératoire du Professeur Ombrédanne pour l'orchidopexie. Il cite les statistiques de différents auteurs quand à la fréquence de l'ectopie, lesquelles varient entre 1% et 3%; plus grande fréquence à droite. Il donne environ huit théories pouvant expliquer la lésion, ainsi que l'anatomie, la pathologie et l'histologie.

Les principales complications de la lésion sont: 1) la dégénérescence maligne; 2) la torsion; 3) la douleur; 4) l'inflammation; 5) l'atrophie; 6) les désordres psychiques. Le meilleur âge pour opérer est entre huit et dix ans.

La technique opératoire doit viser à la conservation de l'intégrité de la glande. Comme détails: incision sur le trajet du canal inguinal, libération du cordon et de la glande, repérage du raphé scrotal, transfixation de la cloison interscrotale, passage de la glande à travers, fermeture de la cloison, fixation de la glande entre la peau et la fibreuse.

Les résultats opératoires sont favorables.

Joseph RIVARD.

## GYNECOLOGIE

S. DE PALMA et M. STARE. — **Rupture spontanée d'un pyosalpinx dans la vessie** [Spontaneous rupture of pyosalpinx into the urinary bladder] ("Surgery, Gynaecology and Obstetrics", mars 1929).

Un certain nombre de cas ont déjà été rapportés de rupture d'abcès pelviens dans la vessie, mais les auteurs se gardent bien d'ajouter foi à tous et chacun, dans plusieurs cas aucune cystoscopie n'ayant été faite pour prouver les avancés. De nombreuses fistules vésicales avec des organes voisins remplis de pus ne peuvent être considérés comme des

ruptures spontanées. La symptomatologie est étudiée en détail et le diagnostic à l'aide de la cystoscopie fait l'objet d'un paragraphe spécial. Enfin, le traitement médical et opératoire termine l'article avant la compilation des histoires de cas.

Léon GERIN-LAJOIE.

**G. G. WARD. — La technique opératoire de la réparation de la rectocèle et des traumatismes au plancher pelvien ("Surgery, Gynaecology and Obstetrics", mars 1929).**

Rappelant brièvement le mécanisme du fonctionnement du sphincter vaginal en comparaison avec le sphincter anal, l'auteur insiste sur l'anatomie tout à fait différente de ces deux régions et particulièrement des deux muscles intéressés. W. aborde ainsi la question afin de mieux faire comprendre sa technique qu'il illustre de dix schémas expliquant les points et les temps principaux de l'opération qu'il préconise. Il s'agit de refaire aussi exactement que possible le sphincter vaginal normal et il croit l'atteindre en pratiquant la rectopexie dont il a déjà parlé en 1913. En procédant à la décollation du rectum de la paroi vaginale postérieure jusqu'au cul-de-sac de Douglas, l'ablation en quelque sorte de la poche rectale constituant la rectocèle, et la suture du rectum ainsi mis à nu tiré en haut et fixé à la paroi vaginale postérieure qui n'a pas été endommagée par le traumatisme, telle est brièvement résumée la technique de l'auteur.

Léon GERIN-LAJOIE.

### DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

**CONSTANTINESCOU et VATAMANN. — Un cas de syphilis d'emblée par transfusion sanguine ("Annales des maladies vénériennes", mars 1929).**

Les cas connus jusqu'à présent n'étaient qu'au nombre de deux: l'un appartenant à Spillmann et l'autre à Morel.

La syphilis dans ces cas est toujours directement généralisée et sans accident primaire.

Le cas que les auteurs rapportent est celui d'une femme de 42 ans qui avait subi une transfusion sanguine de 150 grammes, afin de combattre une anémie aiguë résultant d'une métrorragie abondante. Le sang transfusé provenait d'un jeune homme, connaissance de la famille, donneur d'occasion.

Le 17 septembre le malade présente sur le corps une éruption généralisée de syphilides papuleuses, des syphilides papulo-érosives vulvaires et des syphilides amygdaliennes, éruption apparaissant 2 mois et demi après la transfusion.

Vers la même date, le donneur présentait des syphilides érosives fénienues et amygdaliennes ainsi que des adénopathies généralisées.

Voilà donc une malade ayant subi une transfusion sanguine avec le sang d'un individu souffrant à l'époque, depuis environ deux mois, d'une affection génitale (probablement chancre mixte) et ayant montré plus tard lors d'un examen confrontatif, des signes indubitables d'infection syphilitique.

Et tant qu'au mari, il avait déclaré s'être abstenu de tout rapport sexuel, depuis la métrorragie de sa femme. Les auteurs concluent donc qu'il est absolument indispensable que tout donneur soit soumis au préalable à un examen minutieux afin d'éviter toute possibilité de transmission syphilitique de sa part.

Et cet examen doit être, non seulement sérologique, mais aussi clinique, accordant une attention spéciale à l'inspection des organes génitaux, car on sait que le sang d'un syphilitique peut-être virulent et transmettre la maladie bien avant que les réactions sérologiques ne soient devenues positives.

Paul POIRIER.

## ELECTRO-RADIOLOGIE

### A. LAQUERRIERE. — Les ondes galvaniques alternatives à longues périodes ("Journal de Radiologie et d'Electrologie", février 1929).

Il faut entendre par ce terme, suivant Laquerrière, un courant continu ondulé et inversé qui, arrivé à son maximum, reste à l'état constant durant un certain temps avant de redescendre à zéro pour s'inverser.

Des observations antérieures ont fait voir que les muscles en dégénérescence répondaient mieux à l'excitation d'une onde progressivement croissante qu'à une onde brusque, telle celle produite par la fermeture d'une clé. Ce courant tout à fait particulier doit être employé lorsqu'il s'agit de provoquer une bonne gymnastique musculaire ou d'exercer une action trophique intense.

Les muscles électrisés ne se fatiguent pas. La décontraction se fait grâce à la période d'état constant lorsque le courant est au plus haut potentiel. Le résultat est que l'irrigation du muscle est meilleure, chose importante pour l'élimination des déchets et la nutrition du muscle.

Avec cette forme de courant on peut obtenir des contractions beaucoup plus fortes qu'avec les autres courants, à intensité tolérable égale.

Des expériences de laboratoire ont prouvé que le courant continu avait des effets nutritifs sur la cellule à condition de ne pas dépasser une certaine dose, sans quoi son action devenait nocive. Cet effet paraît dû plutôt à un brassage des ions qu'à une action chimique. Or, avec les ondes galvaniques alternatives à longues périodes on évite cette action chimique. Il appert que les résultats obtenus avec ces ondes sur des muscles sains ou peu malades ne sont pas supérieurs à ceux obtenus par

la faradisation ou le galvanique brusquement interrompu. Cependant dans les cas de paralysie infantile ou de névrite motrice grave leur emploi est préférable. La précaution à prendre dans la paralysie infantile au début est d'étaler les ondes de manière à ne pas provoquer de contraction musculaire.

Dans les névrites motrices, elles sont contre-indiquées durant la période douloureuse.

Albert COMTOIS.

### MEDECINE LEGALE

Marcel LABBE. — **A propos du diabète traumatique** ("Bulletin officiel de la Société de Méd. Lég. de France", mars 1929).

A une séance de la Société de Médecine Légale de Paris, M. Rousselier avait rapporté deux observations qui avaient été acceptées, au point de vue médico-légal comme exemples de diabète traumatique.

M. Marcel Labbé, qui a toujours mis en doute l'étiologie traumatique du diabète, à la dernière séance de la même société, discute ces observations.

Le premier fait (constatation dans les urines d'un homme de 65 ans d'une dose de 0 gr. 82 par litre de substances réductrices, dix jours après un traumatisme; disparition de ces substances réductrices, deux mois plus tard, à la suite d'un nouveau choc physique) ne lui paraît pas pouvoir être qualifié de diabète. Toute glycosurie, dit-il, ne représente pas un diabète; quantité de glycosuries en rapport avec des troubles fonctionnels du foie ou des glandes endocrines ne sont point liées au diabète. D'ailleurs, dit M. Labbé, une glycosurie de moins de 1 gramme par litre peut à peine être qualifiée de glycosurie, car il n'est pas toujours certain que les substances réductrices trouvées en si petite quantité dans les urines soient du glucose. Le seul moyen de trouver un trouble glyco-régulateur diabétique dans un cas de ce genre eut été de pratiquer l'épreuve d'hyperglycémie par ingestion de glycose suivant la technique connue.

Dans le second cas rapporté, il s'agit bien d'un diabète mais M. Labbé de penser qu'il s'agisse d'un diabète traumatique.

L'auteur conclut que les observations apportées par M. Rousselier ne peuvent être retenues parmi les exemples de diabète traumatique et qu'elles montrent qu'il y aurait à reviser bien des jugements de tribunaux au sujet du diabète.

R. FONTAINE.

**LABORATOIRE**

Paul MICHON. — **Individualité humorale et groupes sanguins** ("Compte rendu Soc. Biol.", 1929, p. 745).

L'individualité humorale liée aux réactions d'iso-hémagglutination est-elle cantonnée au sang ou s'étend-elle à tout l'organisme ? La question n'est pas encore nettement résolue.

Paul Michon a fait dans ce sens une série d'études comparatives entre des sérums fortement agglutinants et divers liquides de l'organisme: urines, liquides céphalo-rachidiens, épanchements pleuraux abdominaux. Sur 10 essais effectués sur ces divers produits il n'a pas été permis à l'auteur de constater une seule agglutination macroscopique évidente comparable à celles produites par les sérums correspondants à ces liquides.

D'où l'auteur conclut que le phénomène physico-chimique de l'agglutination, tout en étant une des caractéristiques de l'individu et d'une stabilité considérable n'en est pas moins un phénomène purement local.

A. BERTRAND.

---

**AVIS**

Le Dr F. de S. Prévost, oculiste et auriste, attaché depuis de nombreuses années au Dispensaire de Nazareth, a continué le même Dispensaire, occupé anciennement par l'Institut Ophtalmique, 187 Ste-Catherine Ouest. Heures du Dispensaire: tous les jours, de 9 heures à 11 heures a. m.

## SOCIÉTÉS

# ASSOCIATION MÉDICALE DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

## LA CONVENTION ANNUELLE DE MONTREAL

Les 17, 18, 19, 20 et 21 juin

Convention conjointe avec la "Canadian Medical Association"

---

### Tournoi de Golf — "Ontario Cup"

Le tournoi sera joué sur les "Dixie Links" au Royal Montreal Golf Club, le mardi 18 juin.

Les entrées doivent être faites au Dr S. Hanford McKee, 1528 rue Crescent, Montréal.

### CALENDRIER DE LA SEMAINE

#### Quartiers généraux — Hôtel Windsor

##### Lundi, 17 juin

- 9.00 a.m. Réunion du Conseil — Ladies Ordinary.
- 12.30 p.m. Déjeuner du Conseil — Hôtes du Président, Salon Prince de Galles.
- 2.00 p.m. Réunion du Conseil — Ladies Ordinary.
- 7.00 p.m. Dîner du Conseil — Hôtes de la Montreal Medico-Chirurgical Society, Salon Prince de Galles.

##### Mardi, 18 juin

- 9.00 a.m. Réunion du Conseil — Ladies Ordinary.  
Section de l'Hygiène Publique — Salle Windsor.  
Section de l'Hygiène Publique (Exécutif) — Chambre 129.
- 12.30 p.m. Déjeuner du Conseil — Hôtes de la Société Médicale de Montréal; Salon Prince de Galles.
- 2.00 p.m. Conseil. Visite officielle des exhibits commerciaux.
- 2.30 p.m. Réunion du Conseil — Ladies Ordinary.
- 2.00 p.m. Section de l'Hygiène Publique — Salle Windsor.
- 7.00 p.m. Dîner du Conseil. Hôtes de l'Association Médicale de la Province de Québec — Salon Prince de Galles.
- 9.00 p.m. Réunion annuelle de l'Association Médicale de la Province de Québec — Salle Windsor.

##### Mercredi, 19 juin

- 9.00 a.m. Section de l'Hygiène Publique — Ladies Ordinary.  
Section des Maladies Mentales — Salon Prince de Galles.

- Section de Radiologie et Physiothérapie — Chambre 135.  
 Section de Pédiatrie — Salle Windsor.  
 12.30 p.m. Section d'Urologie — Déjeuner — Salons A et B.  
 2.00 p.m. Session Général (anglaise) — Salle Windsor.  
 Séance Plénière (Section française) — Salon Prince de Galles.  
 4.30 p.m. Divertissement.  
 8.00 p.m. Danse et Dîner Annuels — Salle Windsor.

#### Jedi, 20 juin

- 9.00 a.m. Section de l'Hygiène Publique — Ladies Ordinary.  
 Section des maladies des Yeux, des Oreilles, du Nez et de la Gorge — Salon Prince de Galles.  
 Section de l'Hygiène Publique. Laboratoire. — Chambre 129.  
 Section de Radiologie et Physiothérapie. — Chambre 135.  
 Section de Médecine — Salle Windsor.  
 12.30 p.m. Réunion des Femmes Médecins du Canada. — Déjeuner. — Salons A et B.  
 2.00 p.m. Section de l'Hygiène Publique — Ladies Ordinary.  
 Séance Plénière (Section anglaise) — Salle Windsor.  
 Séance Plénière (Section française) — Salon Prince de Galles.  
 British Society of Dermatology (Section canadienne). — Chambre 129.  
 4.30 p.m. Canadian Medical Protective Association — Salle Windsor.  
 Divertissements, McGill University Campus.  
 6.30 p.m. Dîner annuel de l'Association de Médecine Industrielle de la Province de Québec. — Salon Prince de Galles.  
 9.00 p.m. A la mémoire d'Osler. — Salle Windsor.

#### Vendredi, 21 juin

- 9.00 a.m. Section de l'Hygiène Publique — Ladies Ordinary.  
 Section de Gynécologie et Obstétrique. — Salon Prince de Galles.  
 Section de radiologie et Physiothérapie. — Chambre 135.  
 Section de Chirurgie. — Salle Windsor.  
 12.30 p.m. Section de l'Histoire de la Médecine — Déjeuner — Salons A et B.  
 2.00 p.m. Séance Plénière (Section anglaise) — Salle Windsor.  
 Séance Plénière (Section française) — Salon Prince de Galles.  
 Section de l'Hygiène Publique — Ladies Ordinary.  
 Section d'Anesthésie — Chambre 129.  
 4.30 p.m. Divertissements.  
 7 30 p.m. Alumni Dinners — Dîners des Gradués.

Pour détails consulter le programme des Sessions Générales, des Sections et des Hôpitaux.

## SEANCES PLENIERES

### SECTION FRANÇAISE

Comité local.—Président: Dr Téléspore Parizeau; Secrétaire: Dr Gustave Archambault; Membres: Drs J. E. Dubé, Albert LeSage, B. G. Bourgeois, P. Z. Rhéaume.

## PROGRAMME

**Mercredi, 19 juin.** — Hôtel Windsor, Salon Prince de Galles.  
Président: Dr J. Edmond Dubé.

2.00 Dr C. F. MARTIN, Montréal: L'examen médical périodique (avec cinéma). — Prof L. AMBARD, Strasbourg: Signification de l'hyperglycémie dans le diabète. — Drs G. ARCHAMBAULT et Albéric MARIN, Montréal: Conception moderne de la dermatologie et de la syphillographie. — Dr J. A. Cairns FORSYTH, F. R. C. S., Londres, Angleterre: Chirurgie des voies biliaires et du pancréas. — Présentation le Dr LÉO PARISEAU: Film Harvey.

**Jedi, 20 juin.** — Hôtel Windsor, Salon du Prince de Galles.  
Président: Dr B. G. Bourgeois.

2.00 Prof. E. RIST, Paris: Le début lobaire de la tuberculose pulmonaire. — Dr J. E. GENDREAU, Montréal: Le traitement du cancer par les radiations, à l'heure actuelle. — Drs Róméo BOUCHER et R. ARCHAMBAULT, Montréal: Répercussions gastriques de l'abdomen droit. — Sir St. Clair THOMPSON, Londres, Angleterre: Cancer intrinsèque du larynx; cure permanente par laryngo-fissure dans quatre-vingt pour cent des cas.

**Vendredi, 21 juin.** — Hôtel Windsor, Salon du Prince de Galles.  
Président: Dr P. Z. Rhéaume.

2.00 Prof. G. B. ROATTA, Florence, Italie: Le bien-être de l'enfance à la base de l'hygiène publique. — Dr J. A. BAUDOUIN, Montréal: La vaccination antituberculeuse à l'Ecole Sociale d'Hygiène Appliquée. — Dr P. F. ARMAND-DeLILLE, Paris: Diagnostic au début de la tuberculose pulmonaire chez le nourrisson et l'enfant. — Dr J. Oscar MERCIER, fils: Diagnostic précoce des maladies de l'appareil urinaire en clientèle.

## ENGLISH SECTION

Local Committee—Chairman: Dr. J. C. Meakins; Secretary: Dr. J. Fraser; Members: Drs. H. M. Little, Wilder Penfield, H. B. Cushing, D. S. Lewis, C. P. Howard, E. M. Eberts.

## PROGRAM

**Wednesday, June 19** — Windsor Hall

- 2.00 Dr Duncan GRAHAM, Toronto: The Differential Diagnosis of Clinical Conditions accompanied by Jaundice.  
2.00 Sir St. Clair THOMSON, London, England: Intrinsic Cancer of the Larynx. Lasting Cure in Eighty per cent of Cases by Laryngo-Fissure.  
2.50 Dr P. F. ARMAND-DeLILLE, Paris: Diagnosis of the Early Stages of Pulmonary Tuberculosis in Infancy and Childhood.  
3.20 Dr Alex. GIBSON, Winnipeg: Nerve Lesions in Civil Practice.  
3.40 Dr WADE-WRIGHT: Industrial Hygiene.

**Thursday, June 20** — Windsor Hall

- 2.00 Prof. R. L. STEHLE, Montreal: Acidosis in Anaesthesia.  
2.20 Prof. G. B. ROATTA, Florence, Italy: Child Welfare, the Basis of Public Health.

- 2.50 Mr. J. A. CAIRNS-FORSYTH, London, England: The Surgery of the Biliary Tract and Pancreas.
- 3.20 Dr C. F. MARTIN, Montreal: Periodic Health Examinations. (Moving Picture.)
- 3.40 Dr Gustave ARCHAMBAULT, and Dr Albéric MARIN, Montreal: The Modern Conception of Dermatology and Syphilology.
- Friday, June 21 — Windsor Hall**
- 2.00 Dr. H. H. MURPHY, Kamloops, B.C.: The Duty of the Doctor to the Hospital.
- 2 20 Prof. E. RIST, Paris, France: The Sudden Onset of Pulmonary Tuberculosis and its Lobar Localizations.
- 2.50 Prof. L. AMBARD, Strasbourg, France: Significance of Hyperglycemia in Diabetes.
- 3.20 Dr H. R. CLOUSTON, Huntingdon, Que.: An Hereditary Ectodermal Dystrophy.

An analysis, through six generations, of a condition which is extremely rare in the literature but relatively common in the Montreal area. It is easily recognized. It affects the hair, nails, epidermis, sebaceous glands, nervous system, and there is interesting evidence of involvement of the adrenal medulla and the pituitary. It follows the Mendelian law of hybrids.

- 3.40 Demonstrated by Dr L. E. PARISEAU, Montreal: "The Harvey Film".

### OSLER COMMEMORATION

Président du Comité d'Osler: Dr J. H. Mullin, Hamilton.

Comité local.—Président: Dr C. P. Howard; Secrétaire: Dr E. S. Mills; Membres: Dr M. E. Abbott, D. A. Hingston, W. L. Delaney, J. G. Brown, H. P. Wright.

**Jeudi, 20 juin (soirée).** — Hôtel Windsor.

### PROGRAMME

- 9 00 p.m. 1. Remarques préliminaires — Le Président de la Canadian Medical Association.
2. La Bibliothèque d'Osler. Dr Wm. Francis, bibliothécaire.
3. Discours. Préparé par feu Francis J. Shepherd. Présenté par le Dr H. A. Lafleur.

### SECTION D'ANESTHESIE

Prés.: Dr Samuel Johnston, Toronto — Sec. Dr William Defries, Toronto

Comité local—Président: Dr Wesley Bourne; Secrétaire: Dr Charles LaRocque; Membres: Dr Harold Griffith, W. B. Howell, J. E. Racicot, C. C. Stewart.

**Avant-midis de Mercredi, Jeudi et Vendredi**

Démonstrations pratiques, dans les hôpitaux, des différentes méthodes d'administration des agents anesthésiques variés.

**Jeu**di, 20 juin. — Salle Windsor.

2.00 Prof. R. L. STEHLE: The Acidosis of Anaesthesia.

**Vend**redi 21 juin. — Hôtel Windsor, Chambre 129.

2.00 Assemblée d'affaires. Election d'un Président et Secrétaire pour la prochaine réunion de la Section. — Drs James ROSS et C. C. STEWART: Post-operative pulmonary complications. Discussion ouverte par les Drs Roméo PEPIN et F. A. C. SCRIMGER. — Prof. V. E. HENDERSON et (par invitation) G. H. W. INCAS: A new anaesthetic gas. Discussion ouverte par le Dr Charles LaROCQUE. — Drs C. R. BROW et C. M. H. LONG: The bio-chemical changes in the heart under anaesthesia. Discussion ouverte par le Prof. J. B. COLLIP.

## SECTION DES YEUX, DES OREILLES, DU NEZ ET DE LA GORGE

Prés : Dr R. E. Mathers, Halifax. — Sec.: Dr L. de V. Chipman, St. John.

Comité local.—Président: Dr A. Lassalle; Secrétaire: Dr G. Badeaux; Membres: Dr Geo. Mathewson, George Hodge, W. G. M. Byers, J. T. Rogers, Branley Moore, Jules Brault, P. Bousquet, D. Bussière.

### P R O G R A M M E

Mercredi, 19 juin.

HOTEL-DIEU

#### CLINIQUES ET OPERATIONS

9.00 Dr P. BOUSQUET: Demonstration of technique in fronto-ethmoidomaxillary sinusitis. — Dr G. BADEAUX: La diathermie dans les affections du nez et du pharynx. — Dr G. BEDARD: Epithélioma de la paupière: opération et autoplastie. Présentation de malade. — Dr A. LASSALLE: Injections de lipiodol dans les voies lacrymales. Radiographies.

#### MONTREAL GENERAL HOSPITAL

9.00 Dr A. E. LUNDON: Maxillary Sinusitis: Radical Operation: Local Anaesthesia. — Dr H. BABY: Zinc Ionization in Chronic Suppurative Otitis Media. Technique and Results. — Dr A. O. FREEDMAN: Tonsillectomy under Local Anaesthesia. — Drs G. HODGE et V. P. HENEY: Bronchoscopic Technique: Demonstration of Cases. — Drs G. MATHEWSON, H. McKEE, A. BRANLEY-MOORE, G. G. RAMSAY, S. O. McMURTRY: A series of Cases of Eye Diseases and Abnormalities.

#### HOPITAL NOTRE-DAME

9.00 Dr J. N. ROY: Opération de la Dacryo-rhinostomie. — Dr J. N. ROY: Chirurgie faciale.

#### ROYAL VICTORIA HOSPITAL

9.00 Dr G. E. TREMBLE: Tonsillectomy under Local Anaesthesia. — Dr D. BALLON: Lipiodol Injection in Tracheo-bronchial Treatment. —

Dr W. G. McNALLY: Demonstration of the Audiometer, with Labyrinth Test. — Dr K. O. HUTCHISON: Tonsillectomy.

#### HOPITAL SAINTE-JUSTINE

9 00 Drs J. A. ST-ONGE, D. BUSSIERE, J. A. MIGNAULT: Kératite interstitielle: Traitement: Présentation de malades. — Abscès rétro-pharyngiens: Complications: Traitement. — Strabisme et traitement.

**Jedi, 20 juin.** — Hôtel Windsor, Salon du Prince de Galles.

9 00 Dr I. Reubert SMITH, Toronto: Upper Respiratory Infection in Relation to Pulmonary Diseases. — Dr Alex. E. MacDONALD: Toronto: The Relationship between Sub-hyaloid and Intracranial Haemorrhage. — Dr J. ROSENBAUM, Montreal: Pregnancy as a Cause of Disturbed Vision. — Sir ST. CLAIR THOMSON, London, England: The operation of Laryngo-fissure for Intrinsic Cancer of the Larynx (Lanterne). — Dr Geo. W. FLETCHER, Winnipeg: The Antra of Highmore as a Cause of Chronic Nasal Catarrh. — Dr J. N. ROY, Montreal: A case of Typhoid Neuritis of the Recurrent Nerves with Consequent Paralysis of the Laryngeal Dilators.

**Vendredi, 21 juin.**

#### HOTEL-DIEU

#### CLINIQUES ET OPERATIONS

9.00 Dr F. BADEAUX: Autoplastie oculo-palpébrale. — Dr F. BADEAUX: Mucocèle du sinus frontal. — Dr F. BADEAUX: Amygdaléctomies: Anesthésie locale. — Drs A. LASSALLE, P. BOUSQUET et G. BEDARD: Lésions neuro-oculaires.

#### MONTREAL GENERAL HOSPITAL

9 00 Personnel: Tonsil and Adenoid Operations. — Dr. A. O. FREEDMAN: Practical points in the Functional Testing of the Ear. — Dr. B. F. MacNAUGHTON: Plastic Surgery of the Nose (Lanterne). — Dr. GEO. HODGE: Common Bronchoscopic Lesions (Lanterne). — Dr. A. E. LUNDON: Présentation des cas suivants: Laryngectomy; Brain Abscess; Papilloma of Larynx. — Dr Geo. MATHEWSON et Personnel: Demonstration of Clinical Cases in Ophthalmology.

#### HOPITAL NOTRE-DAME

9.00 Dr J. BRAULT: Glaucoma: Operation: Presentation of Cases. — Strabismus: Operation: Presentation of Cases.

#### ROYAL VICTORIA HOSPITAL

9.00 Le Personnel: Surgery of the Mastoid. — Dr J. T. ROGERS: Accessory Sinuses. — Dr G. E. TREMBLE: Demonstration of the Audiometer. Pathological Specimens. — Le Personnel: Tonsil and Adenoid Operations: Intranasal Operations.

**SECTION DE GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE**

Prés.: Dr W. A. Scott, Toronto. — Sec.: Dr W. A. Dafoe, Toronto.

Comité local.—Président: Dr L. de L. Harwood; Secrétaire: Dr Léon Gérin-Lajoie; Membres: Drs W. W. Chipman, C. C. Gurd, S. Langevin, H. M. Little, H. L. Reddy, Gaston René de Cotret, E. St-Jacques.

**PROGRAMME**

**Mercredi, 19 juin.**

HOPITAL NOTRE-DAME

**CLINIQUES ET OPERATIONS**

Drs L. de L. HARWOOD, A. ETHIER, R. TRUDEAU, H. AUBRY, L. GERIN-LAJOIE: 9.00—10.30 Dispensaire et examen des malades.  
10.30—12.00 Opérations: Hystérectomie sub-totale avec drainage par le col pour suppuration pelvienne. Ligamentopenie extra-péritonéale.  
9.00—11.00 Drs A. E. R. de COTRET, D. A. BENOIT, A. PINSONNEAULT: Dispensaire: Examen des malades.

ROYAL VICTORIA HOSPITAL—MATERNITY HOSPITAL

9.00 Dr W. W. CHIPMAN et le Personnel: Forceps Delivery (a) Anterior Position; (b) Posterior Position. — The Management of the Third Stage of Labour. — Episiotomy: Its indications and Repair. — Caesarean Section.

**Jedi, 20 juin.**

HOPITAL NOTRE-DAME

**CLINIQUES ET OPERATIONS**

Drs L. de L. HARWOOD, A. ETHIER, R. TRUDEAU, H. AUBRY, L. GERIN-LAJOIE.  
9.00—10.30 Visite des salles.  
10.30—12.00 Opérations. Hystérectomie totale. Amputation du col pour élongation hypertrophique sus-vaginale.  
Drs A. E. R. de COTRET, D. A. BENOIT, A. PINSONNEAULT.  
9.00—10.30 Démonstrations et présentations de malades à l'amphithéâtre.  
10.30—12.00 Visite des salles.

MONTREAL GENERAL HOSPITAL (dispensaire et amphithéâtre)

9.00—12.00 Dr H. M. LITTLE et le Personnel: Anatomy of the Female Pelvis, with Special Reference to Obstetric Injury. — Demonstration with actual cases: Cystogram for Diagnosis of Cystocele. Protein Therapy in Pelvic Infections. The Actual Cautery in Endocervicitis. Radium in Carcinoma of the Uterus. — Opérations: Birth Trauma; Cystocele, Rectocele, Prolapse. Laparotomy, with Special Reference to Minor Points of Technique.

ROYAL VICTORIA HOSPITAL—MATERNITY HOSPITAL

9.00 Dr W. W. CHIPMAN et le Personnel: Sacro-Pubic Hernia; Cystocele, Prolapsus Uteri and Rectocele. Its Operative Repair. —

Checked Pelvis (an Inveterate Neisser Infection); Operative Treatment. — Cancer Cervix; Early and Moderately Advanced; Radium or Hysterectomy.

**Vendredi, 21 juin.** — Hôtel Windsor, Salon Prince de Galles.

- 9.00 1. Election des officiers pour la prochaine réunion de la section.  
 2. Dr W. B. BURNETT, Vancouver: Technique of Version. Lanterne.  
 3. Dr Ross MITHCELL, Winnipeg: Toxaemias of Pregnancy.  
 4. Dr H. B. ATLEE, Halifax: A Plea for a Livelier Puerperium.  
 5. Dr N. O. FRAWLEY, Toronto: Radiotherapy in Gynaecology.  
 6. Dr W. W. LAILEY, Toronto: Rupture of Uterus.  
 7. Symposium sur la Morbidité et la Mortalité Maternelle (statistiques apportées pour comparaison par les conférenciers ci-haut mentionnés).  
 Discussion ouverte (par invitation): Dr E. B. PIPER, de Philadelphie, Pa.

### SECTION DE L'HISTOIRE DE LA MEDECINE

Prés.: Dr J. W. Crane, London, Ont. — Sec.: Dr J. H. Elliott, Toronto.

Comité local.—Président: Dr Léo Pariseau; Secrétaires: Dr Oscar Mercier, Jr., Dr H. E. MacDermot; Membres: Dr Maude E. Abbott, Sir Andrew MacPhail, Dr A. Vallée, Dr Eugène St-Jacques.

### PROGRAMME

**Mercredi, 19 juin** — Hôtel-Dieu

- 9.00 1. Exposition des archives de l'Hôpital, avec d'autres matériels d'intérêt historique, qui sera décrite en détail dans un pamphlet séparé. L'exposition sera présentée par le Dr Léo Pariseau.  
 2. Dr A. VALLEE, Québec: L'anatomie pathologique en France il y a cent ans.

### JOURNEE POUR COMMEMORER OSLER

**Jedi, 20 juin.** — McGill University, Medical Building.

- 9.00 1. Un choix sera fait dans la Bibliothèque d'Osler, sur lequel le Dr Francis fera quelques commentaires. La Bibliothèque Osler elle-même sera ouverte pour visite. Il y aura aussi exposition dans la Bibliothèque Médicale.  
 2. Sir Andrew MacPHAIL, Montreal: Some Problems in Diagnosis. (Dealing with obscure points regarding illness of some famous men.)  
 3. Dr J. H. ELLIOTT, Toronto: The First License of the Upper Canada Medical Board, 1819.

**Vendredi, 21 juin.** — Bibliothèque St-Sulpice, 1700 rue St-Denis.

- 9.00 1. Exposition des livres rares de la Bibliothèque et des Archives provinciales, présentés par le Dr Léo Pariseau. Les détails décrits seront mis dans le pamphlet.  
 2. Dr Wm. BOYD, Winnipeg: Paper. Addison.  
 12 30 Déjeuner pour les membres de la Section — Hôtel Windsor, Salon A.  
 Réunion pour élire le Président et le Secrétaire. (Billets pour Déjeuner, au bureau d'Enregistrement.)

La Section participe aussi à d'autres activités de la convention telles que: la Présentation du Film Harvey aux séances plénières par le Dr Léo Pariseau; le Choix du sujet de reproduction pour la carte du menu du dîner annuel.

### SECTION DE MEDECINE INTERNE

Président: Dr C. F. Martin — Secrétaire: Dr C. C. Birchard

Comité Local.—Président: Dr C. F. Martin; Secrétaire: Dr C. C. Birchard; Membres: Drs J. E. Dubé, A. LeSage, E. H. Mason, I. M. Rabinovitch.

### PROGRAMME

Mercredi, 19 juin.

HOTEL-DIEU

9.00—11.00 Drs J. E. DUBE, E. T. BRUNEAU et le Personnel: Démonstrations et Cliniques.

#### MONTREAL GENERAL HOSPITAL

- 9.00 Dr C. P. HOWARD: Bed-side Clinics. (Ward E).  
 10.30 Dr L. C. MONTGOMERY: Rheumatism. (Lecture Room, Nurses' Home).  
 11.00 Dr F. H. MacKAY: Poliomyelitis. (Lecture Room, Nurses' Home).  
 11.30 Dr H. E. MacDERMOT: Differential Diagnosis and Treatment of Asthma. (Lecture Room, Nurses' Home).  
 12.00 Dr. E. S. MILLS: Diagnosis and Treatment of the Anaemia. (Lecture Room, Nurses' Home).

#### HOPITAL NOTRE-DAME

- 9.00—10.30 Amphithéâtre.  
 1. Dr A. DeGUISE: Le traitement de l'insuffisance aiguë du cœur par l'ouabaïne.  
 2. Dr R. BOUCHER: Un cas d'érythromélagie. Tuberculose à localisations multiples sans tuberculose pulmonaire.  
 3. Prof. A. LEGER: Traitement salicylé dans le rhumatisme articulaire aigu.  
 4. Prof. A. LeSAGE: De l'action de la quinidine dans quelques affections cardiaques. De quelques indications du neptal comme diurétique dans les affections de la plèvre et du foie.

#### ROYAL VICTORIA HOSPITAL — Amphithéâtre et Dispensaire

- 9.30 Dr W. De M. SCRIVER: Therapeutic Results with the Newer Drugs for Lowering Blood Pressure.  
 10.00 Dr G. R. BROW: Appreciation of Cardiac Arrhythmias by Physical Examination.  
 10.30 Dr E. H. MASON: Diagnosis of Diabetes Mellitus.  
 11.00 Dr J. C. MEAKINS: Treatment of Paroxysmal Tachycardia.  
 11.30 Drs R. H. M. HARDISTY and C. G. SUTHERLAND: Dispensary Treatment of Peptic Ulcer.  
 12.00 Dr J. KAUFMANN: Post-tonsillectomy Lung Abscess; Fusospirochaetal Infection.

**Jeudi, 20 juin** — Windsor Hall

(Communications de 15 minutes chacune — pas de discussion)

9.30—12.30

1. Dr. Norman VINER, Montréal: Relief of Intractable Pelvic and Leg Pains by Means of Sacral Epidural Injections.
- Dr I. M. RABINOVITCH, Montréal: Influence of Iodine and Vitamines on Exophtalmic Goitre.
3. Dr A. A. FLETCHER, Toronto: Chronic Arthritis.
4. Dr W. R. CAMPBELL, Toronto: Changes in the Fundus Oculi in Certain General Diseases.
5. Dr F. J. H. CAMPBELL, London: Mental Changes in Physical Diseases.
6. Dr J. E. DUBE, Montréal: Preventive Medicine in Relation to Degenerative Diseases.
7. Dr C. A. PETERS, Montréal: Differential Diagnostic of Thoracic Pain.
8. Dr A. H. GORDON, Montréal: An Evaluation of the Methods of Treatment in Pneumonia.
9. Dr C. P. HOWARD, Montréal: Visceral Manifestations and the Erythema Syndrome. (S'il reste du temps.)
10. Dr J. C. MEAKINS, Montréal: Lung Volume and its Variations. (S'il reste du temps.)

**Vendredi, 21 juin.**

## HOTEL-DIEU

9.00—11.00 Drs J. E. DUBE, T. E. BRUNEAU et le Personnel: Démonstration et Cliniques.

## MONTREAL GENERAL HOSPITAL

- 9.30 Dr A. H. GORDON: Bed-side Clinics (Salle C).  
 10.30 Dr D. G. CAMPBELL: The Use and Abuse of Vaccine and Sera. (Lecture Room, Nurses' Home).  
 11.00 Dr C. C. BIRCHARD: Diagnosis and Treatment of the More Common Pulse Irregularities. (Lecture Room, Nurses' Home).  
 11.30 Dr I. M. RABINOVITCH: Principles of the Diagnosis and Treatment of Diabetes Mellitus. (Lecture Room, Nurses' Home).

## HOPITAL NOTRE-DAME — Amphithéâtre

9.00—10.30

1. Dr L. H. GARIEPY: Nouveau Traitement de la Pneumonie.
2. Dr J. A. MOUSSEAU: L'alimentation duodénale par le tubage d'Einhorn dans le traitement médical des ulcères gastro-pyloriques.
3. Dr J. A. ROULEAU: Présentation de malade
4. Prof. E. P. BENOIT: Le vaccin colitique dans les colibacilluries.

## ROYAL VICTORIA HOSPITAL — Amphithéâtre et Dispensaire

- 9.30 Dr C. K. RUSSEL: Newer Adjuncts in the Diagnosis of Diseases of the Nervous System.  
 10.00 Dr D. S. LEWIS: Relationship Between Acute Infections and Haemorrhagic Nephritis.  
 10.30 Dr T. R. WAUGH: Early Diagnosis of Pernicious Anaemia.  
 11.00 Dr W. F. HAMILTON: Intrathoracic Malignancy.

- 11.30 Dr C. F. MOFFATT: Coronary Artery Diseases in Relation to Cardiac Failure.  
 12.00 Dr A. T. HENDERSON: Unusual Cases of Pernicious Anaemia.

### SECTION DES MALADIES MENTALES

Comité local.—Président: Dr C. A. Porteous; Secrétaire: Dr E. C. Menzies; Membres: Drs R. H. Angrove, A. H. Desloges, F. E. Devlin, W. T. B. Mitchell, Daniel Plouffe.

### PROGRAMME

**Mercredi, 19 juin.** — Hôtel Windsor, Salon du Prince de Galles

- 9.00 1. Dr A. H. DESLOGES, Montréal: Remarques d'ouverture.  
 2. Assemblée d'affaires. Application faite à la Canadian Medical Association pour l'enrôlement de cette section. Election d'un Président et Secrétaire pour la réunion prochaine de cette Section.  
 3. Dr J. C. MILLER, Québec: Feeble-mindedness. — Discussion ouverte par le Dr D. PLOUFFE, Montréal.  
 4. Dr R. H. ANGROVE, Ste-Anne de Bellevue, Québec: Ten Years with Psychopatic Disorders among Ex-Soldiers. — Discussion ouverte par le Dr A. BROUSSEAU, Québec.  
 5. Dr G. DESROCHERS, Québec: A Study of Some Cases of Traumatic Psychoses. — Discussion ouverte par le Dr E. LEGRAND, Montréal.  
 6. Dr W. T. B. MITCHELL, Montréal: The Clinical Significance of some Trends in Adolescence. — Discussion ouverte par le Dr C. B. FARRAR, Toronto.  
 7. Dr E. E. DEVLIN, Montréal: Problems of Alcoholism. — Discussion ouverte par le Dr E. W. RYAN, Kingston.

**Jeudi, 20 juin** — Verdun Protestant Hospital

- 9.30 1. Dr E. C. MENZIES, Verdun, Québec: Review of Six Years of Treatment for Cerebrospinal Lues at the Verdun Protestant Hospital and Conclusions arrived at—with Presentation of Cases. — Discussion ouverte par le Dr Norman VINER, Montréal.  
 2. Dr A. FIERTZ, New-York: Observations on the Problem of Neuro-Syphilis. — Discussion ouverte par le Dr A. G. MORPHY, Montréal.  
 3. Dr Geo. E. REED, Verdun, Québec: Some Observations for the Use of Manganese Chloride in the Treatment of Dementia Praecox — Discussion ouverte par le Dr W. W. ENGLISH, Brockville, Ontario.

**Vendredi, 21 juin** — Hôpital Saint-Jean-de-Dieu

- 9.00 1. Dr Paul DECARY: Conception française du Délire Systématisé. Discussion ouverte par le Dr Georges LOIGNON.  
 2. Dr George RAVENAL: Traitement de l'Épilepsie. — Discussion ouverte par le Dr R. RICHARD.  
 3. Dr Emile LEGRAND: Démembrement de la Démence Précoce. Discussion ouverte par le Dr Gaston De BELLEFEUILLE.  
 4. Dr A. BERTRAND: Démonstration de la réaction à la gomme

d'épINETTE dans le liquide céphalo-rachidien. — Discussion ouverte par le Dr Paul DECARY.

### SECTION DE PEDIATRIE

Prés.: Dr M. J. Carney, Halifax — Sec.: Dr G. B. Wiswell, Halifax

Comité local.—Président: Dr H. B. Cushing; Secrétaire: Dr H. P. Wright; Membres: Drs G. Lapierre, J. A. Leduc, L. M. Lindsay, D. Longpré, R. R. Struthers.

### PROGRAMME

**Mercredi, 19 juin** — Windsor Hall

9.00 Assemblée d'affaires de cette Section. Election d'un Président et Secrétaire pour la prochaine réunion annuelle de cette Section.

#### POLIOMYELITIS. SYMPOSIUM.

- 9.30 (a) Dr L. J. RHEA, Montréal: The Pathology of Poliomyelitis. (Lanterne).  
 (b) Dr C. F. McKHANN, Boston: The Early Diagnosis of Poliomyelitis. (Cinéma).  
 (c) Dr H. B. CUSHING, Montréal: The Specific Treatment of Poliomyelitis.
- 10.30 Dr P. F. ARMAND-DeLILLE, Paris: (Titre sera annoncé).
- 11.00 Dr Gladys BOYD: The Treatment of Diabetic Coma in Children.

**Jendredi, 20 juin**

HOPITAL SAINTE-JUSTINE

9.30—11.30 Drs A. FERRON, A. Z. CREPAULT, E. DUBE, J. H. RIVARD: Présentation de malades.

ROYAL VICTORIA HOSPITAL (Grand Amphithéâtre de Chirurgie)

- 9.00 Dr H. C. BUSSIERES: Methods for the Collection of Urine in Infancy.  
 9.20 Dr A. K. GEDDES: The Treatment of Congenital Lues.  
 9.40 Dr H. P. WRIGHT: Tuberculin Tests in Infancy and Childhood.  
 10.00 Dr S. G. ROSS: The use of Irradiated Ergosterol in the Treatment of Rickets.  
 10.20 Dr Cameron STEWART: Administration of Fluids in Infancy.  
 10.40 Dr W. E. WILLIAMS: The X-Ray Treatment of Enlarged Thymus in Infancy.  
 11.00 Dr J. B. SCRIVER: A Case of Sickle Cell Anaemia.

CHILDREN'S MEMORIAL HOSPITAL (Dispensaire)

- 11.30 Dr A. LAX: Case of Celiac Disease.  
 11.45 Drs H. B. CUSHING et M. W. BLOOMBERG: Rickets and its Treatment.  
 12.00 Dr A. GOLDBLOOM: Tuberculosis in Childhood.  
 12.15 Dr L. M. LINSAY: Case of Diabetes Insipidus.

## LA CRECHE D'YOUVILLE

11.30—12.30 Visite des Salles avec démonstration du soin et de la nourriture donnés aux enfants.

## MONTREAL FOUNDLING and BABY HOSPITAL

11.30—12.30 Visite des Salles avec démonstration du soin et de la nourriture donnés aux enfants.

**Vendredi, 21 juin**

## HOPITAL SAINTE-JUSTINE

9.00—11.30

1. Dr J. C. BOURGOUIN: Présentation de Malade.
2. Dr Gaston LAPIERRE: Comment Etablir la Valeur de la Prophylaxie contre la Diphtérie.
3. Dr Henri BARIL: Méningite cérébro-spinale et Sérothérapie: Cas rapportés de guérison.
4. Dr Paul LETONDAL: Le Rhumatisme Blennorrhagique chez une fillette de trois ans.
5. Drs A. J. LAFLEUR, A. DUTILLY, O. HAMEL, L. COUTU: Présentation de malades.

## MONTREAL GENERAL HOSPITAL

## CONFERENCES. MAISON DES GARDE-MALADES.

- 9.00 Dr Mary CHILDS: A Case of Hyperthyroidism in a Child.  
 9.15 Dr L. J. RHEA: Demonstration of the Pathological Lesions of Rheumatic Heart Disease in Children.  
 9.45 Dr A. E. CHANDLER: Active Immunization of Children Against Scarlet Fever. Results of Three Years' Investigation as to Dosage, Reaction and Duration of Immunity.  
 10.15 Dr S. J. USHER: The Treatment of Enuresis.  
 10.30 Dr R. R. STRUTHERS: Pyuria in Children.  
 10.45 Dr B. BENJAMIN: Enlargement of the Thymus Gland in Infancy.

## HOPITAL SAINT-PAUL (Maladies infectieuses)

11.30—12.20 Visite des Salles.

## ALEXANDRA HOSPITAL (Maladies infectieuses)

11.30—12.30 Visite des Salles.

## SECTION DE PATHOLOGIE ET DE BACTERIOLOGIE

Président: Dr Gordon C. Cameron, Toronto  
 Secrétaire: Dr W. J. Deadman, Hamilton

Comité local.—Président: Professeur Pierre Masson; Secrétaires: Drs L. J. Rhea et L. C. Simard.

1. Dr L. J. ADAMS, Montréal: Multiple Septic Cerebral Emboli in a Case of Sub-acute Bacterial Endocarditis.
2. Dr L. PATERSON-SMYTH, Montréal: Sphenoidal Chordoma.

3. Dr W. V. Cone, Montréal : Newer Methods of Stains for the Central Nervous System.
  4. Drs W. H. CHASE et Maude E. ABBOTT, Montréal : Remarks upon a Case of Bicuspid Aortic Valve and Associated Hypoplasia of the Aorta, and Interventricular Septal Defect, with Death from Extensive Myocardial Infarction Secondary to Mycotic Aneurysm of Coronary Artery in Subacute Bacterial Endocarditis.
  5. Dr L. PARE, Montréal : Le dépistage de la Diphtérie à l'Hôpital Ste-Justine; mise au point étayée de quelques faits personnels.
  6. Dr L. PARE, Montréal : Sur un cas d'Adamantinome.
  7. Dr I. H. ERB, Toronto : Ewing's Sarcoma.
  8. Dr J. E. BATES, Toronto : Amaebic Dysentery in Canada, with Report of a Fatal Case.
  9. Dr E. C. FIELDEN, Toronto : Primary Thrombosis of Pulmonary Arteries, with two Case Reports.
  10. Dr G. C. CAMERON, Toronto : An Investigation in Heterohæmagglutination.
  11. J. E. PRICHARD, Montréal : Malignant Tumours of the Bones of Vascular Origin.
  12. Dr J. B. ROSS, Montreal : Serological Diagnosis of Bacillus Abortus Infection.
  13. Miss H. DOUGLAS, Montréal : A Demonstration of the Preparation of Wax Mouldages from Pathological Specimens.
  14. Dr R. R. FITZGERALD, Montréal : Follicular Gastro-duodenitis. (Cinq cas.)
  15. Dr L. J. RHEA, Montréal : Hemangioblastoma of the Liver.
  16. Dr. W. W. BEATTLE, Montréal : An Epizotic produced by a hæmolytic Streptococcus in Laboratory Guinea-pigs with Abscess Formation.
  17. Dr L. BERGER, Québec : Recherches histologiques sur la neurocrinie.
  18. Drs L. BERGER et A. VALLEE, Québec : Un cas de mycosis fongoïde.
  19. Dr A. VALLEE, Québec : Moules bronchiques expectorés in toto.
  20. Drs A. VALLE et E. MORIN, Québec : Complications streptococciques de la dernière épidémie grippale.
  21. Dr A. VALLEE et E. MORIN, Québec : Les milieux sucrés au sucre d'érable en bactériologie.
  22. Dr P. MASSON, Montréal : Le complexe musculo-nerveux de la sous-muqueuse appendiculaire et ses lésions dans l'appendicite chronique.
  23. Dr L. C. SIMARD, Montréal : Lymphadénôme du médiastin.
  24. Dr W. HAY, Kingston : Two Cases of Thyoma.
  25. Dr F. D. ACKMAN, Montréal : Report of a Case of Pyloric Stenosis in a Man 70 years of Age. (Lanterne).
  26. Dr S. HANFORD McKEE, Montréal : A Series of Intraocular Tumours. (Lanterne).
  27. Dr A. VALLEE, Québec : Papillo-adénomes multiples de la vésicule biliaire.
  28. Dr A. BERTRAND, Montréal : La gomme d'épinette comme antigène pour le diagnostic de la syphilis dans le liquide céphalo-rachidien.
  29. Dr W. BOYD, Winnipeg : Pathology of Adenomatous Goitre.
  30. Dr L. C. SIMARD, Montréal : Huit cas de Maladie de Paget du mamelon.
-

**SECTION D'HYGIENE PUBLIQUE**

Avec le concours de la Canadian Public Health Association et le Canadian Social Hygiene Council.

Prés. : Dr Geo. D. Porter, Toronto. — Sec. : Dr J. T. Phair, Toronto.

Comité local—Président : Dr A. Grant Fleming; Secrétaire : Dr J.-A. Baudoin; Membres : Drs S. Boucher, Jean Décarie, A. H. Desloges; R. St. J. Macdonald, W. T. B. Mitchell, F. G. Pedley, T. A. Starkey, C. N. Valin.

**PROGRAMME**

**Mardi, 18 juin.** — Windsor Hall.

**CANADIAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION**

- 9.30 1. Sanitary Officers. Rapport du Comité sur les activités des Inspecteurs de Santé. Président : Dr A. C. DOUGLAS, Officier Médical d'Hygiène, Winnipeg, Manitoba.
2. The Present Status of Milk Control in Urban Centres. Rapport du Comité sur le Contrôle du Lait. Président : R. H. MURRAY, C. E., Département d'Hygiène Publique, Saskatchewan.
3. The County as a Unit of Public Health Nursing. Mlle R. E. HAMILTON, R.N., Toronto, Directrice de la Campagne de la Canadian Red Cross Society.
4. Some aspects of the Mental Hygiene of Childhood. Dr Baruch SILVERMAN, Assistant-Directeur du Mental Hygiene Committee de Montréal.
5. The Control of Rabies in Canada. Dr George HILTON, Directeur Général des Vétérinaires, Ottawa.
6. Administrative Features of the Toxoid Campaign in Toronto. Dr F. S. BURKE, Département de l'Hygiène Publique, Toronto.
7. The Correction of Defects among Pre-School Children. Dr. J. W. FRASER, Inspecteur Médical d'Hygiène, Kitchener, Ontario.

**Mardi, 18 juin.** — Windsor Hall.

**CANADIAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION.**

- 2.30 1. Adresse de Bienvenue de la part de la Province de Québec et du Conseil de la Ville de Montréal.
2. Presidential Address. Dr Norman MacI. HARRIS, Chief, Laboratoire d'Hygiène, Département des Pensions et d'Hygiène Nationale, Ottawa.
3. Recent Progress in Studies of Acute Respiratory Diseases. Dr James A. DOULL, Ecole d'Hygiène et de Santé Publique, de Johns Hopkins University. Directeur : le John J. Abel Fund.
4. A Retrospective Study of Public Health in the Province of Quebec During the Last Twenty-five Years. Dr Emile NADEAU, Assistant-Directeur du Bureau Provincial de Santé, Québec.
5. Recent Contributions to our Knowledge of Vitamins. Dr Charles H. BEST, Professeur de Physiologie, de l'Université de Toronto, et E. W. McHENRY, M.A., Ecole d'Hygiène, Université de Toronto.

**Mercredi, 19 juin**

**SECTION D'HYGIENE PUBLIQUE**

- 9.15 1. Réunion annuelle d'affaires, et Election des Officiers de la Section d'Hygiène Publique, de la Canadian Medical Association.

2. Observations on the Use of B. C. G. Vaccine in Montreal. Dr J. A. BAUDOIN, Professeur d'Hygiène de l'Université de Montréal.
3. Communication dont le titre sera annoncé. Dr William WARWICK, Inspecteur Médical de District de Santé, St. John, N.B.
4. Regulations for the Control of the Minor Communicable Diseases. Rapport du Comité; Président : Dr Fred ADAMS, Inspecteur médical de santé, Essex Border Municipalities, Ontario.
5. The Use of Convalescent Serum in the Outbreak of Anterior Poliomyelitis in Winnipeg. Dr John A. McEACHERN, Comité Médical de Recherche, Faculté de Médecine, Université de Manitoba.
6. Industrial Hygiene. Dr. O. A. CANNON, The Steel Company of Canada, Hamilton, Ontario.
7. Immunization Against Diphtheria in Montreal. Dr J. H. GERVAIS, Surintendant de la Division des Maladies Contagieuses, Département de Santé, Montréal.

**Jeudi, 20 juin, Chambre 129**

**SECTION D'HYGIENE PUBLIQUE**

- 9.30
1. Organisation de la Division de l'Hygiène de l'Enfance. Dr Ad. GROULX, Surintendant de la Division de l'Hygiène de l'Enfance, Service de Santé, Montréal.
  2. Prophylaxie Générale de la Tuberculose. Dr R. P. BEAUDRY, Dispensaire Antituberculeux, Sherbrooke.
  3. L'Expérience de Trois Années à la Crèche d'Youville de Montréal. Dr Daniel LONGPRE, Chef du Service des Nourrissons à la Crèche d'Youville des Sœurs Grises de Montréal.
  4. Les Unités Sanitaires des Comtés dans la Province de Québec. Dr L. R. VEZINA, Unité Sanitaire du Comté de Terrebonne, Québec.
  5. La Pasteurisation du Lait. Théodore J. LAFRENIERE, I. C., Ingénieur Sanitaire-en-Chef, Service Provincial d'Hygiène, Province de Québec.

**Section de Laboratoire**

**Jeudi, 20 juin**

**CANADIAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION**

**LADIES ORDINARY**

- 9.15
1. Adresse du Président : Dr G. B. REED, Professeur de Bactériologie au Queen's University.
  2. Bacteriological Analysis of Milk in Montreal. Dr A. BOLDUC, Surintendant de la Division de Laboratoire, Service de Santé, Montréal.
  3. Report of Committee on Methods for Active Immunization. Président, Dr D. T. FRASER, Université de Toronto.
  4. Undulant Fever in Canada. Rapport du Comité. Président : Dr Chas. A. MITCHELL, de la Division de la Santé des Animaux, Service d'Agriculture, Ottawa.

5. The Incidence of Bovine Tuberculosis in Childhood. Dr R. N. PRICE, de la Division de Pathologie et de Bactériologie, Université de Toronto.
6. Leptospira Icterohaemorrhagiae. Occurrence de Rats Sauvages. Dr Gordon C. CAMERON et Dr D. A. IRWIN, Division de Pathologie et de Bactériologie, Université de Toronto et du Laboratoire Bactériologique du Toronto General Hospital.
7. The Influence of Oxidized and Reduced B. Welchii Toxin in the Production of Anæmia. Dr J. H. ORR, Département de Bactériologie, Queens University.
8. Mechanism of Oxidation. Reduction Potentials in Bacterial Culture. Dr E. M. BOYD, Département de Bactériologie, Queen's University.
9. Bacteriological Findings in Recovered Cases of Typhoid Fever. M. M. JOHNSTON, M.A. et Dr D. W. CAMERON. Ecole d'Hygiène et Laboratoires Connaught, Université de Toronto.

**Judi, 20 juin**

**CANADIAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION**

**LADIES ORDINARY**

- 11.45 Réunion annuelle d'Affaires de la Canadian Public Health Association. Recommandation du Conseil Exécutif. Rapport de la Nomination et de la Résolution du Conseil. Rapport du Secrétaire Général. Rapport du Comité de Rédaction. Rapport du Trésorier.

**Judi, 20 juin. — Section des Infirmières Hygiénistes**

**CANADIAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION**

**LADIES' ORDINARY**

- 2.30 1. Adresse de la Présidente, Mlle Edith B. HURLEY, Professeur d'Hygiène Publique aux Infirmières, Université de Montréal.
2. The Problem of Securing Recruits for the Public Health Nursing Field. Mlle Elisabeth L. SMELLIE, Ottawa, Surintendante en Chef du Victorian Order of Nurses pour le Canada.
3. Les Infirmières de la Division de l'Hygiène de l'Enfance du Service de Santé de Montréal. Mlle Maria ROY, Surveillante des Infirmières de la Division de l'Hygiène de l'Enfance, Service de Santé de Montréal.

**CONGRES 6**

4. The Nurses of the Division of Child Hygiene of the Department of Health of Montreal.
5. Some Aspects of Industrial Nursing Mile M. Dorothea MacDERMOTT, Infirmière-en-Chef de la National Breweries Limited, Montréal. Discussion ouverte par Mlle Blanche LECOMPTE, Infirmière-en-Chef de la Brasserie Frontenac, Montréal.

**Vendredi, 21 juin**

**LADIES' ORDINARY**

- 9.30 1. Communicable Diseases in Canada and the Need for Public Education. Dr A. Grant FLEMING, Directeur du Service de Santé et de Médecine Préventive, McGill University.

2. Some Problems in Medical Organization having to do with the Control of Preventable Illness. Dr. J. H. HOLDBROOK, Directeur du Mountain Sanatorium, Hamilton, Ontario.
3. Present Status of Venereal Disease Control in Canada. Dr Gordon BATES, Secrétaire-Général du Canadian Social Hygiene Council, Toronto.

**Vendredi, 21 juin**

**CANADIAN SOCIAL HYGIENE COUNCIL**

**LADIES' ORDINARY**

- 2.30 Réunion annuelle du Canadian Social Hygiene Council. Rapports des Comités actuels.

**SECTION DE RADIOLOGIE ET DE PHYSIOTHERAPIE**

Président : Dr Stanley Kirkland, St. John, N.B.  
Secrétaire : Dr W. L. Ritchie, Montréal.

Comité local—Président : Dr W. L. Ritchie; Secrétaire : Dr J. W. MacKay; Membres: Dr A. Pirie, L. Pariseau.

**P R O G R A M M E**

**Mercredi, 19 juin.**—Hotel Windsor, Chambre 135  
(Temps limité, 20 minutes)

- 9 00 1. Dr. P. M. ANDRUS, London, Ont.: The Standardization of Roentgenography.  
2. Dr W. H. DICKSON, Toronto: Studies on the Colon.  
3. Dr S. R. JOHNSON, Halifax: The Study of the Gastric Mucous Membrane as an Aid in the Diagnosis of Obscure Gastric Haemorrhage.  
4. Dr J. Currie McMILLAM, Winnipeg: X-Ray Diagnosis in Abdominal Tumours.  
5. Drs Gustave ARCHAMBAULT et Albéric MARIN, Montréal: Electro-dessication versus Radio-Therapy in the Treatment of Basal-cell Epithelioma of the Skin.

**Jedi, 20 juin.**—Windsor Hotel, chambre 135

- 9 00 1. Dr Ralson PATERSON, Toronto: Primary Carcinoma of the Lung.  
2. Dr H. C. SINGLETON, Toronto: Enlarged Thymus in the New-born.  
3. Dr H. H. MURPHY, Kamloops, B.C.: Massive Collapse of the Lung.  
4. Dr Frank A. SMITH, Winnipeg: Uterine Conditions Treated by Radium.  
5. Dr W. V. Cone, Montréal: The Interpretation of Roentograms after Ventriculography and Encephalography.

**Vendredi, 21 juin** — Hôtel-Dieu

Dr L. PARISEAU, Montréal: Téléstéréoradiographie.

**Vendredi, 21 juin.**—Hôtel Windsor, chambre 135

- 9.00 1. Dr W. A. JONES, Kingston : Observations regarding Light Therapy.  
 2. Dr Earle E. SHEPLEY, Saskatoon, Sask. : The Relationship of Physiotherapy to the Practice of Medicine.  
 3. Dr L. PARISEAU, Montréal: Sur la distribution en profondeur des courants de haute fréquence.

**Samedi, 22 juin**

Des arrangements ont été faits pour permettre de visiter les divers hôpitaux, y compris l'Institut du Radium.

**SECTION DE CHIRURGIE**

Prés. : Dr George Wilson, Toronto. — Sec. : Dr John Sparks, Kingston.

Comité local—Président : Dr P. Z. Rhéaume; Sec. : Dr F. A. C. Scrimger; Membres: Drs B. B. Bourgeois, F. DeMartigny, E. Dubé, R. R. Fitzgerald, E. Trottier.

**Mercredi, 19 juin****CLINIQUE ET OPERATIONS****HOTEL-DIEU**

- 9.00 Prof. RHEAUME et le Personnel — Opérations : Cancer du Rectum; Gastro-entérostomie; Gastrectomie; Hystérectomie; Appendicectomie; Hystérectomie totale; Appareil plâtré pour fracture.  
 11.00 Dr E. ST-JACQUES — Amphithéâtre : Les splénomégalies.  
 Dr D. A. HINGSTON : Quelques indications pour la chirurgie de la glande thyroïde.  
 Dr L. SENECALE : Greffe osseuse dans le mal de Pott.  
 Dr W. M. DEROME : Un cas d'entérolithe.  
 Dr M. FAUTEUX : Un cas de maladie de Buerger.  
 Dr J. P. ROUX : Deux cas de goître frustes.

**MONTREAL GENERAL HOSPITAL**

- 9.00 Dr A. T. BAZIN : Amphithéâtre.  
 Dr W. PENFIELD : Operations on the Central Nervous System for the Relief of Intractable Pain.  
 11.00 Dr J. A. NUTTER : Orthopædic Operations.  
 9.00-12 Dr A. T. BAZIN et le Personnel — Petits Théâtres : Opérations habituelles.  
 9.00-12 Dr Fraser GURD — Galerie L et M.: Fractures.

**HOPITAL NOTRE-DAME**

- 9.00-10.30 Prof. O. F. MERCIER, L. BLAGDON, J. U. GARIEPY, R. DORE — Opérations : 1) Ostéo-synthèse temporaire, appareil amovible; 2) Appendicectomie; 3) Cholécystectomie; 4) Thyroïdectomie : anesthésie locale.  
 10.30-12.00 Dr R. DORE : Technique de la thyroïdectomie sous anesthésie locale.

Dr J. U. GARIEPY : Greffe ankylosante d'Albee pour mal de Pott. Thrombo-angéite oblitérante  
 Dr L. BLAGDON : Sur la chirurgie gastrique.  
 Dr O. F. MERCIER : L'ostéo-synthèse temporaire par l'appareil amovible Mercier.

## ROYAL VICTORIA HOSPITAL

(Amphithéâtre No 1)

9.00-12.30 Dr C. B. KEENAN : Post-operative Ileus; Discussion of Diagnosis and Treatment. Surgical Treatment of Gastric and Duodenal Ulcer. Operative Cases.  
 Dr F. McKENTY : Operative Cases.

## CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

Drs W. B. TURNER et W. J. PATTERSON — Opérations : Extra Articular Fusion of the Hip Joint; Bone Graft of Spine.

Présentation de malades : Separation of Femoral Epiphysis; Slipped Epiphysis of Femur; Bone Graft of Spine.

## HOPITAL STE-JEANNE-D'ARC

9.30 Dr NOVE-JOSSERAND : Des arthropathies tabétiques.  
 Dr René DESAULNIERS : De la pression artérielle en clientèle.  
 Dr F. DeMARTIGNY : De l'infection puerpérale et de ses traitements. De l'appendicite.  
 Dr Armand PARE : De l'occlusion intestinale.

Jeudi, 20 juin

## CLINIQUE ET OPERATIONS

## HOTEL-DIEU

9.00 Drs E. ST-JACQUES, D. A. HINGSTON et le Personnel — Opérations : Thyroïdectomie par la méthode de Sebileau; Cholécystectomie; Fibrome utérin; Hémorroïdes; Transfusion sanguine.  
 11.00 Dr P. Z. RHEAUME — Clinique : Procédé spécial d'anūs artificiel; Sténose pylorique congénital; Traitement du cancer du rectum par la chirurgie et le Radium.  
 Dr A. ST-PIERRE : Traitement du cancer du col utérin par le radium et la chirurgie.  
 Dr A. PARE : Perforation traumatique de l'estomac. Un cas de gastro-entérostomisation.  
 Dr E. TROTTIER : Deux cas d'occlusion intestinale. Un cas de déchirure du ménisque du genou.  
 Dr E. PRUD'HOMME : Deux cas d'absence congénitale du vagin.  
 Dr P. MARCHILDON : Un cas de Gastrectomie partielle pour cancer.  
 Dr Oscar MERCIER : Utilité de la Pyélographie dans les calculs du rein.

## MONTREAL GENERAL HOSPITAL

9.00-11.00 Dr E. M. EBERTS — Amphithéâtre : Operation for goitre; Operation for Gastric Disease.

- 9.00-12.00 Dr E. M. EBERTS et le Personnel — Petits Théâtres : Opérations habituelles.  
 9.00-12.00 Dr F. J. TEES — Galerie L. et M. : Fractures.

## HOPITAL NOTRE-DAME

- 9.00-10.30 Prof. B. BOURGEOIS, J. A. DEMERS, O. A. GAGNON, A. BELLEROSE — Opérations : 1) Cholécystectomie; 2) Gastro-entérostomie; 3) Appendicectomie; 4) Hémorroïdectomie (anesthésie épidurale).  
 10.30-12.00 Dr A. BELLEROSE — Amphithéâtre : Traitement des fractures du coude.  
 Dr O. A. GAGNON : A propos de l'hallux valgus. Sérothérapie antigangréneuse.  
 Dr J. A. DEMERS : Présentation de malade.  
 Prof. B. BOURGEOIS : A propos de l'appendicite chronique.

ROYAL VICTORIA HOSPITAL  
(Amphithéâtre No 1)

- 9.00-12.30 Dr E. W. ARCHIBALD : Surgery of Pulmonary Tuberculosis. Chronic Non-tuberculous Bronchiectasis. Opérations : Extra Pleural Thoracoplasty. Phrenic Exeresis. Dr F. A. C. SCRIMGER : Idiopathic Dilatation of Œsophagus : Discussion et Présentation de malades. Ramisection for the Relief of Abdominal Pain : Discussion et Présentation de malades. Opérations : Thyroidectomy and Herniotomy.

## (Amphithéâtre No 2)

Dr W. PENFIELD : Surgical Treatment of Spina Bifida : Présentation de malades et Illustration de cette nouvelle Méthode.  
 Dr W. V. CONE : Demonstration of the Infection Method for the Treatment of Varicose Veins.

## HOPITAL STE-JUSTINE

- 9.30-10.30 Drs A. FERRON, A. Z. CREPAULT, E. DUBE et J. H. RIVARD : Malades des Salles avec Explications. Opérations : Bec-de-Lièvre (1er temps). Cryptorchidie. Prolapsus du Rectum.

## Vendredi, 21 juin

## HOTEL WINDSOR (General Hall)

- 9.30-12.30 Réunion d'affaires de la Section. Election d'un Président et Secrétaire pour la prochaine réunion.  
 Dr R. I. HARRIS, Toronto : The Pathology and Treatment of Burns.  
 Dr J. E. SANSON, Québec : Arthroplastie du genou.  
 Dr Roscoe GRAHAM, Toronto : Thyroid Toxaemia.  
 Dr C. K. P. HENRY : The Modern Treatment of Cancer; Surgical and Physical Agents.  
 Dr A. L. WILKIE, Montreal : The Bacteriology of Gallbladder Disease, Clinical and Experimental.  
 Dr F. A. Brockenshire, Windsor : Osteomyelitis.  
 Dr J. H. RIVARD, Montréal : Exstrophy of the Bladder.  
 Dr L. J. AUSTIN, Kingston : Injury to Internal Iliac Artery (Cas rapporté).

**SECTION D'UROLOGIE**

Prés. : Dr F. S. Patch, Montréal. — Sec. : Dr J. C. McClelland, Toronto.

Comité local : Président : Dr F. S. Patch; Secrétaire : Dr O. Mercier, Jr.; Membres : Drs D. W. MacKenzie, N. Fournier et A. B. Hawthorne.

**PROGRAMME****Mercredi, 19 juin****HOTEL WINDSOR (Room 129)**

- 9.00 Dr Chas. H. HAIR, Toronto : Lesions of the Deep Urethra.  
 Dr Walter P. Hogarth, Fort William : A series of Forty Cases of Ureteral Calculi Treated by Manipulation.  
 Dr G. S. FOULDS, Toronto : Injuries to the Urethra and Bladder. Discussion par N. E. Berry, O. Mercier et A. M. J. Tanney.  
 Dr Magnus I. SENG, Montreal : A Study of Blood Pressure in Prostatism.  
 Dr J. C. McCLELLAND, Toronto : Guinae Pig and X-Ray Diagnosis of Renal Tuberculosis.  
 Dr Ralph E. POWELL, Montréal : Tuberculosis of the Kidney; A Review of the Cases in the Montreal General Hospital since 1906.  
 Dr Robin PEARSE, Toronto : Bladder Tumours; Treatment and Results.  
 Dr C. R. B. Crompton, Toronto : Case Report of Unilateral Fusel Kidney with Bilateral Calculi.  
 Dr A. B. HAWTHORNE, Montreal : Some Surgical Aspects of Double Ureter with Review of a Series of Cases.  
 Dr O. Mercier, Montréal : Two Cases of Horseshoe Kidney.
- 12.30 Déjeuner pour les membres de cette Section, Salon "A", durant lequel se tiendra la réunion d'affaires de la Section.  
 Affaires : Election des Officiers pour la prochaine réunion annuelle. On pourra se procurer les billets au Bureau d'Enregistrement.

**Judi, 20 juin****HOTEL-DIEU**

- 9.00-11.00 Dr O. MERCIER et le Personnel.  
 Clinique opératoire : Néphrectomie; Urétérolithotomie.  
 Clinique Théorique : Un appareil pour urétérostomie iliaque.  
 Pyelogrammes : Reins en fer à cheval. Uretere double.  
 Cystogrammes : Reflux urétéral.

**ROYAL VICTORIA HOSPITAL  
(Amphithéâtre No 2)**

- 11.00-1.00 Dr D. W. MacKENZIE et le Personnel.  
 Clinique opératoire : Renal Tumours; Renal Infections; Ureteral Calculi; The Prostate with some of its Problems.

Vendredi, 21 juin

HOPITAL NOTRE-DAME

- 9.00 Dr B. G. BOURGEOIS, N. FOURNIER, O. A. GAGNON.  
Clinique opératoire: Néphrectomie, Prostatectomie, 1er temps, (anesthésie locale).  
Dr FOURNIER: Indications du lavage des vésicules séminales dans le traitement de la blennorrhagie.  
Opération: Anesthésie locale.  
Dr O. A. GAGNON: Epithélioma de la verge traité par radium-chirurgie.

MONTREAL GENERAL HOSPITAL

- 11.00-1.00 Dr I. S. PATCH et le Personnel: Clinique Opératoire.

— o —

### La Société Médicale de Montréal

Séance du 5 mars 1929

Présidence: M. le Professeur A. Léger

Après la lecture du procès-verbal, M. Letondal, d'accord avec le président, invite les membres qui, à l'avenir, prendront la parole, à vouloir bien remettre au Secrétaire de séance, avant la fin de chaque réunion, un résumé de leurs communications ou des paroles prononcées en discussion. La principale raison motivant ce changement est d'assurer un compte rendu plus fidèle des séances, dans l'intérêt même de la Société.

Election de membres.—MM. Chs Amiot, J.-I. Bessette, G. Deshaies, G.-A. Forest, A. Groulx, F. Leclerc, J. Saucier, E. Vigeant sont élus membres de la Société après ballottage secret.

Communications.

#### a) Discussion sur l'abcès pulmonaire.

M. L. Blagdon estime que les abcès pulmonaires véritables sont rares et souvent confondus avec les pleurésies interlobaires. Le diagnostic clinique doit toujours être contrôlé par la radiographie; la ponction exploratrice est dangereuse et inutile. Le traitement de l'abcès pulmonaire est médical ou chirurgical suivant les cas.

Le traitement médical est indiqué au début, lorsque le poumon n'est pas adhérent à la plèvre. Les cas qui s'accompagnent de pneumonie ou de broncho-pneumonie, les cas d'abcès multiples relèvent également du traitement médical.

Le traitement chirurgical trouve ses indications lorsque le poumon est adhérent à la plèvre, que l'abcès pulmonaire est unique et bien localisé. L'opération pratiquée en pareil cas est la pneumotomie en un ou deux temps.

M. L. Henri Gariépy a eu l'occasion de traiter dans le service de médecine de l'hôpital Notre-Dame un cas d'abcès pulmonaire suivant le procédé de Gekler, du sanatorium d'Albuquerque. Ce procédé consiste

à perforer au moyen du thermocautère l'espace intercostal au niveau de l'abcès. Le thermocautère est ensuite enfoncé en plein parenchyme jusqu'à la cavité de l'abcès. L'aspiration du pus, réalisé au moyen d'une seringue et d'une sonde molle, est suivie de pulvérisations au violet de gentiane. Le malade, suivi pendant trois ans, n'a pas présenté de récurrence, et est mort de tuberculose pulmonaire évolutive du côté opposé.

M. Chs Bertrand soutient que le traitement de l'abcès pulmonaire, à l'heure présente, est un sujet fort complexe; mais, pour avoir quelque chance de succès, ce traitement doit reposer avant tout sur une classification étiologique des abcès pulmonaires.

Se basant sur des expériences faites chez l'animal par Lemon et Myerson, M. Bertrand ne croit pas qu'une intervention sur les amygdales ou une extraction dentaire, faite sous anesthésie générale, puissent être cause d'un abcès pulmonaire. Néanmoins, M. Bertrand s'incline devant le fait indiscutable rapporté par M. Mignault à la dernière séance.

M. Mignault termine la discussion en invitant nos chirurgiens à s'occuper davantage de la chirurgie pulmonaire et nos spécialistes en oto-rhino-laryngologie à manier plus souvent le bronchoscope.

#### b) Discussion sur la sténose pylorique congénitale.

M. Paul Letondal souligne la rareté de la sténose congénitale du pylore et l'oppose à la fréquence du pylorospasme et des vomissements habituels par sous-alimentation. A cet égard, M. Letondal apporte une statistique de Park, citée par le professeur Lereboullet dans le Journal Médical Français de l'année 1925; pendant la guerre, Park a pu, au Havre, examiner 13,262 enfants français et belges, sans relever aucun cas de sténose. La sténose hypertrophique du pylore est donc une affection exceptionnelle.

#### c) M. A. BRETON.—Etude expérimentale sur le B.C.G.

M. Breton fait d'abord l'historique de la question et rapporte les nombreuses expériences de Calmette sur les animaux. Ces expériences ont démontré l'inocuité et l'efficacité du B.C.G. chez l'animal.

À l'Université de Montréal, le vaccin dit B.C.G. est préparé par M. Breton au laboratoire de microbiologie de la Faculté de Médecine suivant les données mêmes de M. Calmette. Un contrôle pour l'inocuité du vaccin est fait tous les mois à l'aide d'une inoculation de B.C.G. à deux cobayes. Jamais il n'a été décelé de lésion tuberculeuse chez ces animaux de contrôle; un seul a présenté des lésions douteuses du foie, lésions qui n'ont pas été réinoculables.

M. Breton conclut à l'inocuité du B.C.G. du point de vue expérimental.

M. Chs Bertrand tente d'expliquer le mécanisme de l'immunité anti-tuberculeuse par le B.C.G., et croit que le vaccin de Calmette est inoffensif.

#### d) M. D. MARION.—Déchirures du périnée, prévention et réparation.

M. Marion s'étant excusé, pour des raisons d'ordre professionnel, à ne pouvoir présenter son travail, sa communication est remise à la prochaine séance.

e) M. O. MERCIER.—Deux cas de calculs bilatéraux des reins, opération, guérison.

M. Mercier présente l'observation de deux malades qui étaient porteurs de deux calculs dans les deux reins. Ces deux malades furent opérés et guéris grâce à une technique opératoire spéciale, consistant dans une pyélotomie élargie, combinée dans un cas à une petite néphrotomie partielle.

M. Mercier croit que les indications opératoires dans les calculs bilatéraux des reins seront élargies, si on met de côté la grande néphrotomie, qui est une intervention excessivement dangereuse, et si on lui substitue la pyélotomie, combinée ou non suivant les cas à la petite néphrotomie.

f) MM. A. LeSAGE et L.-C. SIMARD.—**Un cas de rétrécissement mitral.**

M. LeSage rapporte, avec MM. Léger et DeGuise, l'observation d'un malade de son service à l'hôpital Notre-Dame atteint de rétrécissement mitral, qu'il a eu l'occasion de traiter, et qui a succombé à la suite d'une fibrillation aiguë de l'oreillette gauche compliquée d'apoplexie pulmonaire.

Ce malade avait présenté des signes non douteux de pachypleurite double et de rétrécissement mitral. Au surplus, il avait été contaminé de bonne heure par un père tuberculeux, décédé à l'âge de 40 ans, et il avait contracté la syphilis dans sa jeunesse.

M. LeSage discute la part de la syphilis et de la tuberculose dans la genèse du syndrome clinique particulièrement complexe que présentait ce malade et se demande quelle ligne de conduite il convient de tenir dans ces cas. Faut-il imposer à ces malades le traitement spécifique ? Le rapporteur ne le croit pas. Il est préférable, dit-il, de considérer de tels malades comme des cardiaques. Le traitement spécifique en pareil cas provoque le plus souvent de l'anémie et de l'amaigrissement sans reculer l'évolution vers l'asystolie.

M. L.-C. Simard qui a pratiqué l'autopsie de ce malade, a constaté un cœur très gros, pesant 600 grammes, présentant une dilatation considérable de l'oreillette gauche, accompagnée d'une véritable soudure avec épaissement et infiltration calcaire de la valvule mitrale. Symphyse presque totale des plèvres. Splénisation des deux poumons.

Aucune affaire de routine ni avis de motion n'étant au programme, la séance est levée à 11 heures.

Paul LETONDAL,  
Secrétaire de séance.

## BIBLIOGRAPHIE

LA SEPTICEMIE EN OBSTETRIQUE. — Par le Dr Jacques, Assistant du Pr. Schickele. (Communication faite le 13 novembre 1926 à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Strasbourg).

A la clinique d'accouchement et à l'Ecole des Sages-Femmes de Strasbourg, nous employons depuis deux ans systématiquement la Septicémine dans les cas d'infection puerpérale. Les observations de deux années avec un matériel dépassant 6000 accouchements nous autorisent à nous prononcer sur la valeur de cette médication en obstétrique.

Parmi les moyens thérapeutiques en usage, tels que la médication colloïdale, la protéinothérapie, la vaccino et la sérothérapie, l'abcès de fixation et la chimiothérapie avec la Gonacrine ou Tripaflavine, le Novarsénobenzol, les sels mercuriels et la Septicémine — nous mettons à part l'intervention chirurgicale — il nous semble que la chimiothérapie en général, la Septicémine en particulier, répond le mieux à la conception actuelle de la fièvre puerpérale.

En effet, si nous considérons qu'il se passe dans l'organisme infecté des phénomènes commandés par deux facteurs, d'une part la virulence du germe, d'autre part le pouvoir bactéricide du sang et ce que l'on pourrait appeler la disposition de l'organisme à l'infection, il nous semble que toute médication employée doit avant tout garantir de ne pas amoindrir les fonctions défensives naturelles de l'organisme. Or, j'estime que les moyens thérapeutiques qui visent à obtenir un choc, ou l'obtiennent sans le vouloir, de même les médicaments qui agissent par une violente réaction de l'organisme, déterminent des phénomènes trop loin de notre contrôle pour qu'on puisse toujours impunément abandonner à l'incertitude de leur action brutale un moyen défensif naturel et par là même excellent.

La chimiothérapie nous met à l'abri de cette incertitude. Son action, sa nocivité peuvent être contrôlées expérimentalement. Son innocuité respecte les moyens défensifs de l'organisme, sa composition semble les renforcer. La combinaison d'hexaméthylènetétramine et d'iode fait de la Septicémine une antiseptique puissant. Maloens, dans un travail sur les méningites purulentes généralisées septiques, souligne son action désinfectante aussi bien dans l'organisme en total

que dans la région du foyer causal. L'iode, en se libérant, stimulerait les fonctions endocriniennes, activerait les oxydations intraorganiques et renforcerait la leucocytose. L'hexaméthylènetétramine par ses noyaux aminés aurait une action neutralisante sur les toxines.

L'action de la Septicémine a été résumée par Pettit à la Société de Pathologie Comparée: "L'intérêt thérapeutique de la Septicémine paraît être fonction de l'instabilité de sa combinaison d'Iode et d'Hexaméthylènetétramine, dans la dislocation instantanée de leurs molécules au contact de la matière vivante qui s'impregne d'Iode, de Formol et de Phénol à l'état naissant."

Nous administrons la Septicémine de préférence par voie veineuse et à des doses variant de 4-16 cc. par jour, selon la gravité de l'infection. Nous l'employons préventivement et curativement. Préventivement avant ou après les interventions obstétricales importantes, dans les accouchements laborieux ou toutes autres circonstances qui font craindre une infection. Curativement dans toute élévation de température pendant l'accouchement ou dans les suites de couches qu'elle qu'en soit la cause.

Nous avons réuni 150 cas d'infection puerpérale où la Septicémine avait été donnée comme médication exclusive et d'après la méthode que nous avons reconnue être la meilleure, c'est-à-dire une administration quotidienne systématique et continuée quelques jours au delà de la chute de la température.

De ces observations nous tirons des conclusions que je résumerai ainsi :

1.—Les résultats sont aussi bons, sinon meilleurs, que ceux que nous avons obtenus autrefois par l'emploi du sérum antistreptococcique. En plus, avec la Septicémine, nous n'avons pas les inconvénients de la sérothérapie.

2.—La Septicémine trouve son indication essentielle dans la médication préventive; elle peut être très utile pour empêcher la généralisation d'une infection généralisée.

3.—Dans l'infection généralisée, dans la septicémie ou la pyémie, l'action de la Septicémine est difficile à apprécier. Nous avons observé quelques cas heureux qui semblent donner un avis favorable pour la Septicémine, mais en face de ces cas heureux nous avons observé d'autres cas où la Septicémine n'a pas empêché l'issue fatale.

4.—D'après la littérature, la Septicémine n'agirait pas seulement dans le milieu sanguin, mais aussi dans les tissus mêmes, c'est-à-dire

dans une infection localisée. Nos observations n'ont pas confirmé ceci. Dans les localisations paramétrales ou annexielles, la Septicémine s'est montrée inefficace. Aussi arrêtons-nous l'administration de la Septicémine dès que l'inflammation est nettement circonscrite, ne laissant plus craindre un essaimage microbien, quitte d'ailleurs à reprendre le traitement à la moindre alerte.

5.—Dans la pyélite, les résultats sont bons. Et il fallait bien s'y attendre puisqu'au traitement habituel à l'Urotropine, la Septicémine ajoute l'Iode.

### Observations.

I.—Grossesse à terme. Ipare. 31 ans. Pendant les derniers jours de la grossesse, quelques hémorragies de faible intensité. La veille de l'accouchement, hémorragie plus importante qui fut attribuée après examen d'une sage-femme et d'un médecin à la campagne à un placenta prævia. La femme fut adressée au service où on institua immédiatement le traitement à la Septicémine. Pendant l'accouchement, température 39°; on fit une version et une irrigation intra-utérine. Dans la suite, la température resta autour de 38°, les lochies étaient fétides, mais il n'y eut aucun signe d'infection au dehors de l'utérus. Le 5ème jour, violent frisson et température à 41°. Le lendemain et le surlendemain, la température atteignit encore 38°, mais resta ensuite au-dessous jusqu'au départ de la femme le 13ème jour.

II.—Grossesse à terme. IVpare. 38 ans. Accouchement normal très rapide sans aucun examen préalable. La femme portait à sa jambe gauche une plaie purulente dont l'examen bactériologique révéla la présence de staphylocoques dorés. (Traitement à la Septicémine). Le 4ème jour après l'accouchement, la femme accusa subitement une élévation de température à 39.8°, le lendemain à 40°. Une hémoculture confirma la présence de staphylocoques dorés dans le sang. La température oscilla le 6ème et le 7ème jour autour de 39°, puis descendit à 37°. Pendant ce temps, il n'y avait rien de particulier du côté des organes génitaux. Comme le 8ème jour la température était descendue à la normale, on cessa à ce moment de donner de la Septicémine, lorsque le 11ème jour la température remonta à 38°6. On reprit le traitement et la température descendit le 12ème jour pour se maintenir définitivement à la normale.

J'attire l'attention sur cette observation, car elle démontre la nécessité de continuer le traitement au delà de la chute de la température.

III.—Une IIIpare de 32 ans a accouché chez elle le 12/IV spontanément, le médecin fit un décollement manuel du placenta. Les suites étaient normales pendant 10 jours; à partir du 11ème jour, fièvre,

frissons répétés, mauvais état général. Le 27/VI, la femme fut admise au service. Température 37.0°, pouls à 100. Il y avait du subictère, un léger ballonnement du ventre. L'examen gynécologique ne révéla rien de particulier; l'examen du sang par hémoculture révéla la présence d'entérocoques. Le 30/VI, violent frisson et une température dépassant 40°. Dès le jour suivant, la température avait le type rémittent accompagné de plusieurs frissons. Le 2 juillet, on palpe dans le paramètre g. une veine thrombosée, mais l'état général devint meilleur. La guérison de la femme fut un peu retardée par un petit foyer broncho-pneumonique embolique, mais elle quitta le service guérie le 31ème jour. La Septicémine avait été administrée exclusivement dès l'admission de la malade jusqu'à la chute définitive de la température.

En résumé, si à l'heure actuelle nous ne possédons pas encore un médicament spécifique contre la fièvre puerpérale, du moins trouvons-nous dans la Septicémine un moyen thérapeutique supérieur à ceux dont je vous ai parlé plus haut, supérieur par sa qualité antiseptique et par l'avantage appréciable d'un emploi facile et à l'abri de tout accident.

# L'Union Médicale du Canada

## Comité de Direction

MM. Archambault, Benoît, Boulet, Bourgeois, Bruneau, DeCotret, Derome, (Wilfrid), Desloges, Dubé, Harwood, Lassalle, Leduc, LeSage, Marien, Masson (D.), Mercier, Parizeau (T.), Rhéaume, Roy, Saint-Jacques.

Président: O. F. Mercier; Secrétaire-trésorier: G. Archambault.

## Comité de Rédaction

MM. Badaeux, François; Bellerose, A.; Bertrand, A.; Boucher, R.; Brault, Jules; Comtois, A.; Dubé, E.; DeGuise, A.; Fontaine, R.; Gérin-Lajoie, L.; Lapierre, G.; Legrand, E.; Letondal, P.; Marin, A.; Marion, D.; Mercier, Oscar; Mercier-Fauteux; Mousseau, J. Alfred; Pepin, R.; Rivard, J.; Simard, Ls C.; Trottier, E.; Vidal, J. A.

Président: A. LeSage; Vice-Président: A. Marin;  
Secrétaire: O. Mercier.

## Prix de l'abonnement pour 1928

Canada et Etats-Unis .. . . . . .	\$3.00
Etranger (pays faisant partie de l'Union Postale) .. . . . . .	4.00
Etudiants .. . . . . .	1.50
Prix du numéro .. . . . . .	0.25

## 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 devront 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

Pour la médecine: au Dr Roméo Boucher, 312 square St-Louis. Tél. Lancaster 9837.

Pour la Chirurgie: au Dr Oscar Mercier, 934 rue Cherrier. Tél.: Frontenac 1033.

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

## SUITE DU SOMMAIRE

### ANALYSES

#### MEDECINE

Antoine et Rolland, Etude de quelques poudres dans le traitement des affections gastro-intestinales (p. 438). — D. Bines, La cure d'engraissement par l'insuline (p. 439). — Blum, Van Cau-laert et Grabar, Les différents types de néphrites avec azotémie (p. 439). — Ulrich-Leoz, Traitement opothérapique des symptômes: obésité, stérilité, migraine, dans les insuffisances ovariennes (p. 440).

#### CHIRURGIE

Stanley E. Denyer, Tétanos traité par une injection intraveineuse de sérum anti-tétanique (p. 441). — R. Bernard, Traitement chirurgical des cancers du plancher de la bouche propagés au maxillaire inférieur par la résection partielle du maxillaire (p. 441). — Wakeley, Tumeurs des glandes salivaires (p. 442).

#### PEDIATRIE

Mouriquaud, Bernheim, Puig et Crevat, Oedèmes néphrosiques et néphrose lipoidique chez l'enfant (p. 443). — Cathala et Vermorel, Le problème de l'alimentation sans lait dans la première enfance (p. 444).

#### TUBERCULOSE

Pruvost, Symphyse pleurale au cours du pneumothorax thérapeutique (p. 445).

#### UROLOGIE

Sabrazès, L'anatomie pathologique de la tuberculose épидидymaire (p. 446).

#### OBSTETRIQUE

Devraigne, Obstétrique (p. 447).

#### ORTHOPEDIE ET CHIRURGIE INFANTILE

Kleinberg, Résultats de la greffe osseuse dans les scolioses (p. 449). — Diveley, Poliomyélite aiguë (p. 450). — Leroy von Lackum, Torticolis; ablation dans le bas âge de la masse fibreuse du sterno-cléido-mastoïdien (p. 450).

#### DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

Louste, La syphilis rénale (p. 451). — Hudedo et Rabut, Lupus vulgaire et syphilis (p. 452). — Gaté et Rousset, A propos d'un cas d'éléphantiasis vulvaire (p. 452).

#### ELECTRO-RADIOLOGIE

Zimmern et Chailley-Bert, Expériences pour déterminer l'action des radiations sur le système neuro-végétatif (p. 453).

#### MEDECINE LEGALE

Simonin, La valeur médico-légale de l'examen des taches de sperme à la lumière de Wood (p. 454). — Tage-Jensen, Faux par surcharge (p. 454).