



77/67
146

Le Bulletin Médical

Journal consacré aux intérêts de la profession médicale
dans le district de Québec

DIRECTION SCIENTIFIQUE

MM. A. SIMARD, Prof. de Pathol. ext. et de clin. chir. à l'Université Laval, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Président du Conseil Supérieur d'hygiène de la Province.

A. ROUSSEAU, Prof. de Pathol. gén. et de Clin. méd. à l'Université Laval, médecin de l'Hôtel-Dieu.

A. VALLEE, Prof. d'Anat.-Pathol. et de chimie méd. à l'Université Laval, Anatomo-Pathologiste de l'Hôtel-Dieu.

COLLABORATION SCIENTIFIQUE

D. BROCHU, Prof. de Pathol. int. de maladies mentales et de clin. méd. à l'Université Laval, Médecin de l'Hôtel-Dieu, Sur. de l'Asile d'Aliénés de Beauport

S. GRONDIN, Prof. d'Obstét. et de Gynéc., de clin. gynécol., Gynécologiste de l'Hôtel-Dieu, Accoucheur de la Maternité.

R. FORTIER, Prof. d'hyg., de méd. infantile et de clin. des maladies des enfants, Médecin de l'Hôtel-Dieu et de l'Hosp. St. Vincent de Paul.

N.-A. DUSSAULT, Prof. de clin. ophtalm. et rhino-laryngologique, Médecin de l'Hôtel-Dieu.

P.-C. DAGNEAU, Prof. d'Anat. descrip., et de clin. chirg., chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

R. MYRAND, Prof. de Dermat. et de Physiothérapie à l'Université Laval, Médecin de

l'Hôtel-Dieu, chef du service d'électrothérapie.

C.-R. PAQUIN, Prof. d'Hygiène pub. à l'Université Laval, médecin municipal.

D. PAGE, Prof. à l'Université Laval, Surin. du service méd. des immigrants à Québec.

A. PAQUET, Prof. d'Anat. pratique et de méd. opér.

J.-O. LECLERC, Prof. de Physiologie, Assist. à la clin. méd. à l'Hôtel-Dieu.

JOBIN, A. Prof. agrégé à l'Université Laval. Assist. de la Clin. des Maladies des enfants à l'Hôtel-Dieu.

EDG. COUILLARD, D. P. H., Assist.-chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

E.-M.-A. SAVARD, D. P. H. Médecin du Dispensaire Anti-Tuberculeux.

JOS. VAILLANCOURT, Prof. agrégé, Assist. de la clin. ophtalmologique à l'Hôtel-Dieu.

G. PINAULT, Chirurgien à Campbellton, N. B.

J. PETITCLERC, G. AHERN, Assts à la clinique chirurgicale.

CHS. VÉZINA, Asst.-Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

ACH. PAQUET

A. LESSARD, Prof. agrégé. Assist. clinique médicale.

DUBÉ, L.-F. Lauréat de la Société Int. de la tuberculose, Paris. Notre-Dame-du-Lac, P. Q.

NADEAU, E. Assist.-surint. Hop. de l'immigration.

Rédacteur en chef : A. VALLEE

Secrétaire de la rédaction : Edg. COUILLARD et J. H. LALIBERTE

Bibliothécaire : G. AHERN

Administration : J. VAILLANCOURT, 46, rue St-Louis, Québec

SPECIALITEES — WAMPOLE

Nous recommandons les Preparations suivantes
. . . DANS LES CAS DE GRIPPE . . .

**HUILE DE FOIE MORUE,
CREO-TERPINE COMPOSE
CREO-MUR,
FORMOLIDE-THROAT EASE,
PARAFORMIC,
FORMOLIDE SOL. ANTISEPTIQUE,
FORMOLIDE-MAGNESIA,
SANGUINARIA COMPOSE
QUININE PHOSPHO,
PHOSPHO-LECITHINE,
PEROXIDE HYDROGENE.**

Echantillon envoyé sur demande.

**HENRY K. WAMPOLE & Cie, Ltée
PERTH, ONT., CANADA**

TABLE DES MATIERES DU "BULLETIN MEDICAL" DE QUEBEC

1920-1921 — 22ème année.

LIVRAISON DE SEPTEMBRE 1920.

TRAVAUX ORIGINAUX

La Rédaction du Bulletin Médical.....	A Vallée	1
Le Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord.....		2
Discours d'ouverture du VIe congrès des mé- decins de langue française de l'Amérique du Nord	A. Rousseau.....	5
Rapport du secrétaire général.....	A. Vallée.....	7
Discours prononcé à la séance publique du VIe congrès	A. Rousseau	13
Discours du Dr Lessard.....		17
Quelques formes cliniques d'appendicite chro- nique et leur traitement chirurgical.....	Alexandre Achpise.....	20

REVUE DES JOURNAUX

La Presse Médicale.....		29
Hospitalisation des indigents.....	C. A. Bouchard.....	31
Bibliographie	Pages 4, 12, 16, 32	

LIVRAISON D'OCTOBRE 1920

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement des fractures de la rotule.....	O. Bourque.....	33
Sténose du pylore chez l'enfant.....	Albert Jobin.....	39
Des ravages de la gastro-entérite dans les mu- nicipalités rurales.....	J. L. Houde.....	51
Le charlatanisme ou la pratique illégale de la médecine dans la Province de Québec en 1920	Jos. Gauvreau.....	57

REVUE DES JOURNAUX

Revue des journaux.....		61
Notes thérapeutiques.....		64
Bibliographie.....		49

LIVRAISON DE NOVEMBRE 1920

TRAVAUX ORIGINAUX

Un cas de dicéphale.....	J. C. Avila Aicard.....	65
Les vitamines	G. Desrochers.....	68
Le charlatanisme ou la pratique illégale de la médecine dans la Province de Québec en 1920	Jos. Gauvreau.....	80
Les maladies mentales dans l'oeuvre de Cour- teline (suite)	Geo. Ahern.....	93
Notes de pharmacologie.....		89
Le charlatanisme		79

LIVRAISON DE DECEMBRE 1920

TRAVAUX ORIGINAUX

Un épisode intéressant dans le cours d'une pleurésie purulente médiastine.....	E. Iesjardins.....	97
Le mariage et son influence salutaire sur la santé	J. W. Bonnier.....	103
Contributions à l'étude des tumeurs du sein chez l'homme.....	J. E. Verreault.....	108
Les maladies mentales dans l'oeuvre de Cour- teline (suite)	Geo. Ahern.....	118
Thérapeutique pratique—Les médicaments utilisés contre l'uricé- mie		112
Bibliographie		125

LIVRAISON DE JANVIER 1921

TRAVAUX ORIGINAUX

L'inversion de la formule thermique et l'hip- pocratisme	A. Jacquemin.....	129
Sur un cas de dilatation aiguë de l'estomac....	A. Achpise.....	133
Prophylaxie de la tuberculose chez l'enfant en bas âge	A. Corsin.....	140
Une anomalie des vaisseaux utéro-ovariens.....	Geo. Ahern.....	151

ANALYSE

Traitement des fractures du col de fémur.....	J. B. Lacroix.....	149
---	--------------------	-----

NOTES THERAPEUTIQUES

Tuberculose, etc.....		153
Bibliographie		160

LIVRAISON DE FEVRIER 1921

TRAVAUX ORIGINAUX

Le public et l'hospitalisation.....	P. C. Dagneau.....	161
Hygiène et l'habitation rurale.....	Savary	166
Des dangers de l'anesthésie générale au chlo- rure d'éthyle	J. B. Lacroix.....	171
L'hygiène dans les hôtels de nos petites villes et dans nos campagnes.....	H. Samson.....	176

La Christian Science.....		186
Observation clinique		180

THERAPEUTIQUE

Traitement des tuberculoses chroniques par les sulphates de terre cérique		182
Traitement du rhume de cerveau.....		190

LIVRAISON DE MARS 1921

TRAVAUX ORIGINAUX

Tuberculose et grippe.....	J. O. Leclerc.....	193
La tuberculose bovine dans la province de Québec.—Ses dangers.....	L. J. O. Sirois.....	205
Le dispensaire dans la lutte contre la tuberculose	A. Jarry.....	213
Technique, indications et résultats du traitement des tuberculoses chroniques par les sulfates de terre cérique (suite).....		220

LIVRAISON D'AVRIL 1921

TRAVAUX ORIGINAUX

De la sporotricose dans la pratique médicale....	Langlais	225
Quelques aspects de la lutte pour la protection de l'enfance	Gagnon.....	233
Les étapes médicales et chirurgicales d'un constipé	Dargein	241

THERAPEUTIQUE

Technique, indications et résultats du traitement des tuberculoses chroniques par les sulfates de terre cérique (suite et fin).....		251
---	--	-----

LIVRAISON DE MAI 1921.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les vésiculites séminales méconnues et le moyen de les dépister.....	Dr Bélisle	257
La tuberculose bovine et son contrôle dans la Province de Québec.....	Dr Wood	273
Les maladies contagieuses.....	Dr Laberge ..	277

LIVRAISON DE JUIN, JUILLET ET AOUT, 1921.

TRAVAUX ORIGINAUX

Le service municipal d'Hygiène.....	Couillard	291
Maladie d'Oppenheim	Jobin ..	305
Variole et diphtérie.....	Dumais	310

REVUE DES JOURNAUX

L'urétrite postérieure et son traitement.....		313
Divers		318
Morbidité et mortalités (statistiques)		320
Société Médicale de Trois-Rivières.....		322

LA REDACTION DU BULLETIN MEDICAL

Avec ce numéro qui commence la 22ième année, M. le docteur J.-B. Lacroix devient rédacteur en chef du *Bulletin Médical* de Québec.

Notre Revue demande des développements; il importe qu'elle étende son champ d'action, qu'elle élargisse son cadre, qu'elle devienne à la fois plus pratique et plus variée. Il lui fallait pour cela du sang nouveau et des énergies nouvelles. Nous avons pendant près de dix ans dirigé sa course et surveillé très en marge de notre travail quotidien sa publication. La tâche ne nous est plus possible aujourd'hui et nous comprenons du reste qu'il faut pouvoir s'y dévouer plus entièrement, suivre de plus près sa composition, y fournir soi-même plus de travaux cliniques et scientifiques, en organiser définitivement le service d'analyse, de bibliographie, de nouvelles, de notes thérapeutiques et pratiques.

Nous ne quittons pas la rédaction d'un journal que nous voulons voir grandir, avec l'intention de nous en désintéresser complètement, et de perdre avec lui tout point de contact. Seulement, nous croyons devoir passer à des mains plus habiles, plus actives, et peut-être momentanément plus libres, un travail qui mérite

**INFECTIONS ET TOUTES
SEPTICEMIES**

(Académie des Sciences et Société
des Hôpitaux du 22 décembre
1911.)

LABORATOIRE COUTURIEUX
18, Avenue Hoche - Paris

Traitement LANTOL
— PAR LE —

Rhodium B. Colloïdal
électrique

Ampoules de 3 c'm.

toute notre attention. M. le docteur Lacroix qui vient de terminer sa formation médicale par un séjour prolongé aux États-Unis et en Europe est tout désigné pour entreprendre une réorganisation qui sied bien à son activité, à sa curiosité scientifique et à son goût prononcé pour la culture générale. Nous ne doutons pas des succès qu'il remportera ici et de la transformation sensible que nos lecteurs constateront dans le journal.

Nous ne voudrions pas quitter cette rédaction sans remercier tous ceux qui pendant ces quelques années nous ont aidés et encouragés. Nous leur demandons de vouloir bien continuer leur concours au *Bulletin Médical* et lui en attirer d'autres.

Que tous travaillent à établir dans notre Province une Presse médicale canadienne-française qui, par sa valeur et sa portée contribue à notre formation et à notre prestige.

A. VALLÉE, M. D.

—:00:—

LE VI^e CONGRES DES MEDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMERIQUE DU NORD

Le VI^e Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord est chose du passé. Après de longues années d'attente, il a vécu son heure et rempli sa mission de façon, semble-t-il, très satisfaisante. L'Association revivifiée, ira confiante vers l'avenir, et ses succès grandissants contribueront au développement et à l'influence de la médecine canadienne-française en Amérique.

La dernière réunion établit de façon très précise, l'intérêt qu'on apporte chaque jour à la culture et au rapprochement de notre profession. Plus de quatre cents confrères se sont inscrits au Congrès de 1920. Exactement trois cent trente-sept y ont pris part de *façon active*. Et en soulignant ces mots nous tenons à établir en effet que l'assistance aux séances et la valeur des travaux qui y furent présentés démontrent le réveil intellectuel très marqué de tout le corps médical. La mentalité scientifique nous pénètre sans conteste et garantira les lendemains par la montée lente et sûre d'une génération avertie que le passé a sagement préparée et dont les aînés recueillent déjà les fruits.

Nous pourrions douter des résultats et des espérances; il n'est plus permis aujourd'hui d'hésiter. Notre profession a compris son devoir, elle sait tenir son rôle et sa réponse doit être consolante à ceux qui naguèrent surent dépenser leur énergie pour la faire grande et forte et lui préparer les voies larges et les directions qui la mettent à l'égal des groupements étrangers ou nationaux d'autre origine. Nous sommes maintenant sur le terrain, sachons nous y maintenir. L'effort du reste sera facile, et le Congrès de Montréal, en affermissant les bases, continuera l'édification d'un organisme puissant, au point de vue national et efficace à l'extension de la science et de la culture française.

C'est l'aurore d'un glorieux matin, dont il faut savoir dès maintenant et sans tarder utiliser les heures, pour que rien ne se perde du travail commencé. La profession médicale toute entière mérite les félicitations de toute la race, mais elle se crée des responsabilités qu'il lui faudra comprendre et savoir endosser sans escompter les sacrifices nécessaires et en luttant de toutes manières et dans tous les domaines contre "le culte de l'incompétence". Il faut aller jusqu'au bout et

" Demain sur nos tombeaux,
Les blés seront plus beaux ".

—:o:—

Le numéro du 2 octobre 1920, du grand magazine médical dirigé par le professeur Gilbert, est exclusivement consacré à la *Neurologie*.

Il comprend les articles suivants :

La neurologie en 1920, (*revue annuelle*), par Jean Camus.— Quelques particularités de l'état mental dans le syndrome parkinsonien, par Henri Claude.—L'étude du métabolisme basal dans la maladie de Basedow, par G. Roussy.—Les syndromes physiopathologiques du corps strié, par J. Lhermitte.—La névralgie du trijumeau et son traitement, par de Martel.—Le coma frontal, par Milian.—De la méningite chronique syphilitique au tabès et à la paralysie générale, par Cl. Vincent.—Les enseignements psychiatriques de la guerre, par Porot et Hesnard.—La nouvelle fondation J. Dejerine, par Jean Camus.—L'œuvre psychiatrique et sociale de Gilbert Ballet, par Laignel-Lavastine.

Envoi de ce numéro contre 1 franc en timbres-poste adressé à la librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.

DISCOURS D'OUVERTURE DU VI^e CONGRES DES MEDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMERIQUE DU NORD

M. le professeur ARTHUR ROUSSEAU, Président.

Messieurs,

A travers les péripéties qui ont éprouvé son destin, l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord a enfin saisi l'heure de son VI^e Congrès.

Vous ne vous étiez pas lassés de l'attendre, puisque vous êtes accourus en grand nombre à cette réunion deux fois retardée par de douloureux événements.

Vous êtes les bienvenus, vous qui êtes ici pour nous faire part de vos connaissances et vous qui cherchez simplement à vous initier aux secrets des maîtres. Un commun amour de la science et du bien de l'humanité vous rassemble et vous unit.

Mais votre empressement à répondre à l'appel de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord ne découle pas uniquement de vos préoccupations professionnelles.

Vous pouviez aussi avantageusement vous tourner vers les associations américaines et anglaises qui vous eussent prodigué des informations scientifiques utiles et eussent constitué un milieu choisi pour l'exposition de vos travaux.

Mais l'attrait des souvenirs et de puissantes affinités vous ont conduits de préférence vers nous. Plusieurs ont parcouru de longues distances pour trouver cette pure atmosphère française où

nul mouvement de leur âme ne puisse manquer de réveiller des échos sympathiques.

Soyez assurés, Messieurs, que la vieille cité de Champlain vous accueille avec fierté et avec joie, que les médecins québécois vous saluent comme des frères, et que l'Université Laval vous fait pénétrer dans un foyer réchauffé d'une ardeur toujours vive à servir vos intérêts moraux et intellectuels.

Vous êtes en Amérique, dans le domaine de la médecine, les représentants de la culture française. Cet insigne honneur vous impose le devoir de travailler avec persévérance à lui donner ici l'éclat dont elle brille au-delà des mers.

Pour être témoin de vos efforts et pour les guider, la France a daigné vous déléguer un de ses savants distingués.

Sous son regard, nous nous initierons aux progrès de cette science médicale dont l'humanité est redevable en bonne partie à sa patrie, mère de la nôtre. Bien plus, nous nous approprierons comme un bien de famille ces qualités de clarté, de précision, de mesure, ces vertus de probité et de désintéressement, qui, dans l'ordre spéculatif aussi bien que dans l'ordre pratique, donnent une valeur incomparable à la médecine française.

Pour que nous nous empressions vers cet idéal, je vous invite, Messieurs, à commencer les travaux du VI^e Congrès de notre Association.

RAPPORT DU SECRETAIRE GENERAL

M. le professeur ARTHUR VALLÉE

—

Monsieur le Président, Messieurs,

C'est après un silence prolongé que l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord peut enfin reprendre le cours normal de son existence.

Cet état léthargique de dix années, entrecoupé de quelques sursauts, qui ont fait croire à certains moments au réveil, est dû vous le savez à des circonstances tout à fait incontrôlables. Il ne semble pas que la vitalité de l'Association en ait été atteinte, et ce repos forcé aura au contraire stimulé pour toujours ses énergies, l'activité d'aujourd'hui après cette longue période établit combien elle fait maintenant partie de l'organisme de la vie médicale canadienne-française.

Notre dernier congrès remonte à 1910. Il réunissait à Sherbrooke, sous la présidence de l'honorable docteur Pelletier, Haut Commissaire de la Province à Londres, plus de deux cents confrères. D'importants rapports y furent discutés, de très nombreux travaux furent présentés aux séances de sections et le côté social de la réunion fut à la hauteur des brillantes manifestations des assemblées précédentes. Malheureusement le rapport du Ve Congrès ne fut pas publié.

Dès ce moment, il avait été décidé que l'Association ne siégerait à l'avenir que tous les trois ans, le sixième Congrès devant avoir lieu à Montréal en 1913, sous la présidence de Monsieur le Professeur Hervieux. A dater de cette heure, une série de circonstances malheureuses vinrent entraver les projets des organisa-

teurs et compromettre les succès futurs garantis heureusement par l'esprit de corps et l'ardent patriotisme scientifique des médecins de langue française de l'Amérique du Nord.

On était déjà au travail, lorsque l'homme distingué qui devait présider cette réunion, mourut en laissant son œuvre inachevée, tant dans le domaine de notre Association que dans celui de son activité professionnelle et du brillant enseignement qu'il donnait depuis plusieurs années à la Faculté de Médecine de Montréal. Le Comité un moment ébranlé et déçu par sa perte cruelle, crut devoir élire à la présidence Monsieur le Professeur Arthur Rousseau et demander à Québec de mener à bonne fin l'œuvre entreprise et maintenant hésitante. Il fallait se hâter; la date de la réunion fut immédiatement fixée à septembre 1914, et toute l'activité possible mise en œuvre pour mettre sur pied une organisation qui promettait un succès. Le travail était complété et le programme rédigé, lorsque brusquement vint la triste journée du 2 août. C'était la guerre! La France en armes se levait et le 4 la décision de l'Angleterre entraînait à notre satisfaction le Canada dans le conflit. Personne n'en prévoyait la durée, mais en tout cas, il devenait impossible de songer à une réunion alors que toutes les activités seraient appelées ailleurs et que les esprits inquiets devaient forcément s'orienter d'autre côté. Après consultation, le Congrès fut reporté à une date indéterminée que nous osions croire prochaine.

C'est pour commémorer cette date fatidique, les craintes du moment et les jours heureux de septembre 1914 qui correspondaient au Congrès projeté et où la France victorieuse à la Marne, sauvait avec la science française l'univers entier, que votre comité a cru devoir conserver et vous remettre aujourd'hui l'insigne préparée pour ces jours lointains. Nous voudrions rappeler par là l'origine du Congrès de 1920.

La France, comme par le passé, avait voulu se faire représenter au Congrès de 1914. Monsieur le docteur Henri Triboulet,

que nous connaissions déjà, pour l'avoir rencontré au Congrès des Trois-Rivières y était délégué. Nous avons aujourd'hui à déplorer sa mort. Comme tant d'autres maîtres disparus des écoles françaises, le Docteur Triboulet avait souffert moralement et d'une façon particulière de la guerre cruelle. Il y avait perdu son fils, au lendemain de la victoire, il a succombé lui-même à une longue maladie. Consciente de la perte qu'elle faisait par la disparition de ce grand ami, fidèle à son œuvre et attaché à l'âme canadienne qu'il avait su comprendre, notre Association a cru devoir déposer sur sa tombe une palme funéraire. Grâce à l'obligeance de l'Honorable docteur Philippe Roy, Haut Commissaire du Canada à Paris, ce geste de piété et de dernier hommage a pu être accompli et nous avons reçu les remerciements émus de Madame Triboulet pour ce pieux souvenir des médecins canadiens-français.

Après le nouvel échec de 1914, l'attente fut longue sans qu'il fut possible de songer à l'organisation. Au lendemain de la signature du traité de Versailles, la question des possibilités fut aussitôt reprise et une délégation allait rencontrer les confrères montréalais pour s'entendre sur le sujet dès l'automne dernier. Jouant de malheur, nous arrivions auprès d'eux au matin du triste incendie de l'Université de Montréal. Malgré les circonstances et dans un sursaut d'énergie, les médecins de la métropole nous assurèrent de leur plus entier concours et nous avons pu apprécier depuis jusqu'à quel point ils étaient sincères et combien ils nous ont aidés dans notre organisation. Qu'il nous soit permis de remercier tout particulièrement les rapporteurs qu'ils ont choisis et les officiers de sections qu'ils ont désignés, puis d'une façon spéciale leur dévoué secrétaire M. le Professeur J. A. Saint-Pierre pour l'activité dont il a bien voulu faire preuve.

A dater de ce moment, le travail fut repris avec ardeur et vous pouvez juger aujourd'hui de l'empressement avec lequel on a répondu à notre appel et consenti pour plusieurs à payer de nou-

veau une contribution dont le montant avait déjà été englouti dans les préparatifs d'approche si malheureusement inutiles.

Vous nous pardonnerez, Messieurs, d'avoir voulu vous rappeler les nombreuses péripéties du VI^e Congrès, afin de permettre à l'histoire d'établir les raisons funestes du long silence de notre Association.

Les questions mises à l'étude comme sujets de rapport sont pour une part : les néphrites et les accidents du travail, celles qui avaient été choisies pour 1914. Deux autres, empruntant aux circonstances d'hier et à celles de demain, leur opportunité, y ont été ajoutées : le traitement des plaies qui découle des travaux de guerre et les maladies vénériennes qui tirent leur actualité du fait de la campagne engagée dans la Province.

Les rapporteurs désignés pour ces travaux, sont pour la Section de Médecine : " Les néphrites ", Monsieur le Professeur Albert LeSage, de l'Université de Montréal et Monsieur le docteur Emile Fortier, Médecin de l'Hôpital St-François d'Assises, à Québec.

Pour la Section d'Hygiène : " Les maladies vénériennes ", Monsieur le docteur A. H. Deloges, directeur des Asiles d'Aliénés de l'Assistance Publique de la Province, Directeur de la lutte anti-vénérienne. Monsieur le docteur W. Brunet, délégué de l'American Social Hygiene Association. Monsieur le Professeur Robert Mayrand de l'Université Laval, Monsieur le docteur Noé Fournier, professeur agrégé de l'Université de Montréal, et Gustave Archambault, professeur agrégé de la même Université.

" Les Accidents du travail ", Monsieur le Professeur Arthur Simard de l'Université Laval, Président du Conseil Supérieur d'Hygiène de la Province, Monsieur le docteur Charles Vézina, professeur agrégé à l'Université Laval.

En plus près de cent travaux sont inscrits au programme des sections de Médecine, de Chirurgie et d'Hygiène qui siégeront à

trois reprises durant le congrès. Les rapports seront soumis au contraire en séances générales.

En mentionnant les noms de ces travailleurs, nous ne pouvons oublier de rappeler à votre mémoire ceux de deux confrères assidus à nos réunions. Le mois dernier, Monsieur le docteur Georges Paquin, de Portneuf, décédait subitement, après s'être inscrit un des premiers pour ce Congrès. Puis tout récemment, nous perdions dans la personne de Monsieur le docteur Albert Laurendeau, un des plus dévoués adeptes de l'Association. Monsieur le docteur Laurendeau s'était inscrit pour un travail sur un sujet qui lui était particulièrement cher puisqu'il l'avait déjà traité au Congrès de Montréal et à celui des Trois-Rivières: "La chirurgie à la campagne". A ces deux membres du VI Congrès trop tôt disparus, nous voulons donner un dernier souvenir.

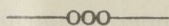
La France aujourd'hui encore comme par le passé, a répondu à l'appel de notre Association. Malgré les circonstances difficiles de cette période de reconstruction, elle a voulu être présente à ce Congrès pour témoigner de l'intérêt incessant qu'elle nous porte. Monsieur le docteur Peyron de l'Institut Pasteur de Paris nous apporte avec le salut affectueux de la mère patrie le concours de sa valeur personnelle et de la maison de la rue Dutot qui une fois encore envoie de par le monde les missionnaires de la science intangible. Nous le prions de vouloir bien transmettre à son Gouvernement l'hommage de notre plus vive reconnaissance et de témoigner à l'institution dont il fait partie toute l'admiration des médecins canadiens français disciples du maître qui la fonda.

Nous ne voudrions pas terminer sans remercier tous les collaborateurs dévoués qui ont bien voulu nous aider dans le travail à accomplir. Ils nous ont rendu la tâche facile et agréable, et tous les confrères qui ont si généreusement répondu à notre appel, nous rendent à leur tour fiers du résultat.

Il nous faut encore offrir au Gouvernement de la Province et à l'Université Laval nos plus sincères remerciements.

Par l'entremise de l'honorable Secrétaire Provincial, Monsieur Athanase David, le Gouvernement a bien voulu nous accorder une aide des plus substantielles. Notre vieille Université, de son côté, en nous ouvrant larges ses portes, assure à nos réunions les locaux nécessaires et prouve une fois encore l'intérêt qu'elle a toujours porté au mouvement scientifique. Puisse de glorieux lendemains luire encore pour elle grâce à l'enthousiasme qui accueille aujourd'hui l'Aide à Laval.

Le VI^e Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord entre maintenant en séance et le succès qui le couronnera vous revient en effet, Messieurs, qui avez bien voulu seconder si aimablement nos efforts.



LE TRAITEMENT DES FRACTURES ET LUXATIONS EN CLIENTELE.—Par Fernand Masmonteil, Ancien Interne des Hôpitaux de Paris. Lauréat de l'Académie de Médecine. In-8, 1920. 10 fr.

Cet ouvrage n'a aucune prétention scientifique. C'est un manuel où les praticiens trouveront, avec les notions indispensables à connaître pour le traitement des fractures, la description d'appareils nouveaux, pour la plupart issus de la guerre, et le moyen de les construire partout même avec le concours de modestes ouvriers de campagne. Nul n'était plus qualifié que le docteur Fernand Masmonteil pour écrire cet ouvrage tant par sa thèse et ses publications sur la chirurgie osseuse, que par son séjour dans un centre osseux au cours de la guerre, qui en fait un des spécialistes les plus avertis.

C'est un manuel clair, bien présenté, orné de nombreux dessins et de photographies explicatives; il sera d'une grande utilité à tous les praticiens.

DISCOURS PRONONCE A LA SEANCE PUBLIQUE DU VI^e CONGRES

Par M. le professeur ARTHUR ROUSSEAU

Monsieur le Lieutenant-Gouverneur,

Mgr le Recteur,

Mesdames et Messieurs,

L'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord s'honore et se réjouit de votre participation à cette séance d'inauguration de son VI^e Congrès. Le précieux témoignage d'appréciation que vous lui donnez, l'affermir dans sa volonté de poursuivre activement son œuvre d'utilité publique. Elle vous en remercie cordialement.

Elle tient aussi à souligner spécialement sa profonde gratitude envers le gouvernement français qui lui fait le très grand honneur de se faire représenter au Congrès. Son délégué—malheureusement retardé d'un jour — viendra attester la permanence de l'union morale qui existe entre la vieille France et la Nouvelle.

L'extraordinaire survivance de la race française en Amérique n'est pas, Mesdames et Mesieurs, un phénomène fortuit. Elle est attribuable à des causes qui ont agi suivant le jeu ordinaire des forces. Notre amour de la langue et des traditions, que leur valeur éprouvée nous rendait justement chères, ne nous aurait pas protégés contre l'assimilation, si des institutions n'avaient surgi au cours de notre évolution qui ont scrupuleusement façonné les générations successives suivant le type ancestral.

C'est aussi pour développer et diriger conformément à l'idéal de la race notre activité scientifique que l'Association des Méde-

cins de langue Française a été fondée et qu'elle entend se maintenir.

Nous savons bien que la médecine, que la science en général n'a pas de patrie. Les acquisitions scientifiques entrent immédiatement dans le patrimoine universel, et quiconque, dans le pays le plus avancé, prétendrait ignorer ce qui se fait à l'étranger, se condamnerait à une infériorité manifeste.

Mais les éléments communs de la science ne sauraient uniformiser les esprits; fondre ensemble les grandes écoles scientifiques et les soumettre semblablement à l'élaboration d'une doctrine universelle qu'un visiteur distingué nous vantait naguère comme la science cosmopolite de son pays.

Les phénomènes de la nature ne provoquent pas chez les hommes des différents pays des réactions intellectuelles identiques. Pour employer une expression devenue familière aux biologistes, les hommes réagissent suivant un état de sensibilisation variable qui est le produit de l'hérédité et de l'éducation.

Ainsi, chaque peuple développe-t-il des aptitudes et des habitudes d'esprit qui le conduisent à des conceptions particulières des choses.

Quant à nous, héritiers directs de la civilisation romaine, une discipline séculaire nous pousse, à travers les faits, à rechercher passionnément les lois et les principes; elle nous arrête de préférence à la réflexion qu'à la documentation; elle nous fait tendre à l'universalité plutôt qu'à la spécialisation.

Ce n'est pas que nous vivions dans le rêve des théories. Nous sommes des logiciens positifs qui demandons à nous appuyer sur la réalité et réclamons les leçons des choses. Mais, le contact en quelque sorte matériel avec l'objet scientifique ne nous satisfait pas pleinement; nous aimons à le scruter dans notre esprit, et notre facilité pour les abstractions nous fait trouver plaisir et profit dans l'enseignement magistral.

En vérité, le développement d'un esprit latin ne saurait se faire exclusivement dans les laboratoires.

Les procédés réalistes, grâce auxquels les Anglo-américains ont accompli leurs progrès, ne répondent qu'imparfaitement à nos tendances et à nos besoins. Notre initiation, nécessaire, au secret de leurs succès, ne doit pas comporter une imitation servile. Nous serions à la gêne sous leur tutelle. Il convient de nous approprier de leurs méthodes et de leurs nombreuses innovations que ce qui peut être adapté au mécanisme de nos institutions sans en fausser le fonctionnement pré-établi.

C'est dans ce sens, croyons-nous, que le génie de notre race nous appelle à poursuivre notre destin; afin que nous reproduisions en des créations achevées cette forme de culture qui a fait la grandeur de notre mère-patrie.

De fortes écoles scientifiques, française d'esprit comme de langage, seront pour notre pays, à côté des brillantes institutions anglo-américaines, un bienfait et un ornement.

Notre Association, Mesdames et Messieurs, s'inspire de ces pensées pour s'appliquer à l'instruction et à la formation scientifique de ses membres. Elle les a engagés dans des travaux et des œuvres où s'est accrue leur curiosité avec leur savoir, leur désir de produire avec leur succès. Nos populations et la société ont largement bénéficié de l'activité intellectuelle et de l'élan de générosité qu'elle a provoqué au sein de la profession médicale.

Grâce à ses inspirations, des réformes sociales et hygiéniques ont été accomplies, des entreprises philanthropiques conçues et menées à bonne fin. Aujourd'hui, encore, elle s'applique à la solution des problèmes angoissants de la tuberculose et des maladies vénériennes, lorsqu'une initiative heureuse met ces questions au programme de notre Gouvernement.

Par ses préoccupations et ses réalisations, le groupe médical canadien-français commence à s'affirmer. Espérons qu'un effort

persévérant le fera s'acheminer d'un pas sûr à travers des œuvres réfléchies et bien ordonnées plutôt que hâtives, vers la conquête de l'autorité et du prestige qui sera la consécration en Amérique de la valeur de la culture française, en même temps qu'une gloire et une force pour le Canada.

—:000:—

Revisa Médica del Uruguay, publication mensuelle, organe officiel de la Société de Médecine de Montévidéo.

Voici le sommaire de cette grande revue médicale uruguayenne (No 3, mars 1920.—Vol. XXIII, XXIIIe année):

Eruption par l'huile de croton; maladie contagieuse simulée.—

Duprat.

Arthrite gonococcique temporo maxilaire.—Di Lorenzo A.

Considérations sur la grippe.—Paladino.

Bacériologie de la grippe.—Prunell.

Sociétés Médicales de l'Uruguay.

Société de Médecine de Montévidéo.

Analyses et Extraits.

Suppléments.

S'adresser à l'Administration du journal: 1424, Rue Rio Branco, Montévidéo, Uruguay, Amérique du Sud.

DISCOURS DE M. LE DR LESSARD

Professeur à L'Université Laval

AU DINER DU CONGRÈS, DONNÉ AU CHATEAU-FRONTENAC.

Monsieur le Président,

Messieurs,

Pour la sixième fois depuis 1902, les médecins de langue française de l'Amérique du Nord se réunissent en corps et pour la troisième fois, ceux du vieux Québec, cœur de la race et foyer où viennent se réchauffer les âmes canadiennes françaises, ont l'agréable privilège et la tâche bien douce de souhaiter aux confrères qui nous visitent, la plus cordiale des bienvenues. Dès maintenant l'on peut affirmer que ce congrès, tant au point de vue scientifique qu'au point de vue du nombre des adhérents aura eu le plus grand succès, et si pour une part ce succès est dû au zèle inlassable et à l'incomparable dévouement du président et du secrétaire général, on le doit aussi pour une autre part, à l'assistance nombreuse de ceux qui de tous les coins du pays et de la Nouvelle-Angleterre ont répondu à votre appel. Aussi, c'est pour vous accueillir, vous remercier et porter votre santé que je me lève, vous, citoyens de la république voisine, qui, sous les plis du drapeau étoilé, n'avez jamais cessé de porter à la vieille terre des ancêtres, l'amour inviolé de vos cœurs restés canadiens, qui tout en acceptant loyalement l'allégeance américaine, n'avez jamais cessé d'être, et par la langue que vous continuez à parler et par les traditions que vous avez conservées, des exemples vivants de fidélité à la race, formant par votre élite les conseillers naturels et les dirigeants de toutes ces populations que nous n'avons

pas pu garder et qui se tournent vers nous et vers le prêtre canadien pour y trouver leur direction aux heures de crise et de danger.

C'est pour porter votre santé que je me lève, vous, frères des autres provinces de notre Canada, qui des temps du pays d'Évangéline, des vallées de la rivière St-Jean et du Méramichi, des plaines fécondes de l'Ouest, êtes venus à nous, et vous, qui des belles plaines d'Essex et de Kent et des vieilles paroisses de Prescott et de Russell, apportez ici le sentiment confraternel des médecins canadiens-français d'Ontario.

Et à vous tous qui formez le gros de notre association, médecins de nos campagnes, médecins de nos villes, qui vous êtes arrachés à vos labeurs ardu pour venir respirer un peu d'air québécois, figures familières qui, à chacun de nos congrès, n'avez jamais manqué d'apparaître et de soutenir de vos encouragements la tâche de ceux qui les organisent, salut et bienvenue. Et parmi ceux-là, qu'il me soit permis de mentionner tout particulièrement et avec éloges, nos bons amis de la ville de Montréal, confrères dont la distinction professionnelle et la solidité scientifique constituent un des ornements de notre congrès. Tout glorieux et fiers du grand effort qu'avec l'élite de la région montréalaise ils viennent d'accomplir pour relever de ses cendres leur Université détruite, ils ont droit à nos félicitations les plus sincères et ils sont un exemple réconfortant pour ceux qui, dans la région de Québec, ont inauguré ce mouvement d'Aide à Laval, mouvement qui ne fait que commencer, mais dont l'élan ne s'arrêtera que lorsque les bases sur lesquelles est assise notre toujours chère Alma Mater se seront élargies et auront acquis une solidité qui défiera l'usure des temps. Le succès remporté par nos amis de Montréal nous donne confiance que l'appel lancé pour décharger un peu du fardeau notre bon vieux Séminaire de Québec qui fut toujours à la tâche, sans autre récompense que le contentement du bien qu'il

accomplissait, ne tombera pas dans des oreilles fermées, et je n'en veux pour garant que l'ardeur avec laquelle, de tous les coins de notre province, l'élite intellectuelle que forment nos médecins a répondu à notre invitation et en a ainsi assuré le succès.

Je ne saurais passer sous silence les noms de Messieurs les Docteurs Amyot, Brunet et Bates qui ont honoré de leur présence les délibérations de ce congrès. Qu'ils soient assurés, qu'en ce qui concerne les médecins de langue française, tous les efforts seront faits pour atteindre le but auquel ils s'intéressent et travaillent avec tant d'ardeur. Demain Messieurs, vous retournerez dans vos foyers reprendre la tâche, oh! combien ingrate, de chaque jour. Vous emporterez avec nos remerciements et nos bons souhaits, le sentiment que le vieux Québec est toujours resté ce qu'il était, la vieille maison paternelle, le toit accueillant, le foyer qui se fait doux pour accueillir et réchauffer les enfants de la race, d'où qu'ils viennent. Avant peu d'années, espérons-le, nous nous réunirons encore pour bénéficier en commun des travaux scientifiques, de ceux qui font honneur à notre belle profession les heures trop courtes pendant lesquelles de vieilles amitiés se sont renouées et des nouvelles se sont contractées, se présenteront de nouveau, comme à la terminaison de chaque congrès, nous nous sentirons meilleurs, nous nous sentirons plus forts pour le bien être de la race, pour sa sauvegarde, pour son avancement, pour son bonheur.

Messieurs, à la santé de nos hôtes.

Québec, le 10 septembre 1920.

—ooo—

QUELQUES FORMES CLINIQUES D'APPENDICITE CHRONIQUE ET LEUR TRAITEMENT CHIRURGICAL

Par le Docteur ALEXANDRE ACHPISSE

De la Faculté de Médecine de Paris.

L'intervention chirurgicale dans l'appendicite a passer depuis l'identification de cette affection par des phases les plus différentes. La plupart des membres qui ont pris part à la discussion récente à la Société de Chirurgie de Paris, se sont ralliés à l'idée de l'acte opératoire aussi précoce que possible dans l'appendicite aiguë. L'appendicite chronique trouve encore, surtout parmi les médecins, des nombreux partisans de l'abstention chirurgicale.

Cette conduite semble trouver sa justification dans la présence incontestable des séquelles après certaines appendicectomies. Actuellement on peut affirmer qu'il y a de nombreux malades opérés pour appendicite chronique qui ne sont nullement guéris, ni mêmes améliorés par l'intervention. Les statistiques chirurgicales indiquent un pourcentage de ces faits qui s'élève à 25%. Le docteur Cerf a recueilli 48 dans une période de 3 mois à une consultation spéciale de l'hôpital de la Pitié de Paris.

La recherche de la cause de ces insuccès et la conduite chirurgicale qu'ils commandent, contribue à notre avis l'intérêt de la question.

La grande variabilité du tableau clinique est presque une des caractéristiques de l'inflammation chronique du vermis. Cependant, surtout à la lueur des séquelles d'appendicectomies, deux

grandes formes cliniques attirent l'attention : celle qui simule la tuberculose et qui a été décrite par Faisanes, et l'autre, mise en relief par les recherches modernes, fait partie d'une ptose viscérale généralisée. La première est caractérisée par des douleurs vagues dans le flanc droit, ressenties spontanément et s'irradiant vers l'ombilic, vers la région sous-hépatique, plus rarement vers la jambe droite. Mais ce qui domine c'est le mauvais état général avec une petite fièvre vespérale, persistente, qui diminue par le repos, s'accuse par l'effort de la marche. La déglobulisation est prononcée, la leucocytose est modérée, on constate fréquemment une légère réaction myéloïde ¹.

L'examen de la paroi abdominale de ces malades relève tantôt une simple défense, tantôt une sensation plus profonde de rénitence, de corde ou même de tuméfaction. Cette douleur très vague dans le flanc droit et surtout la déchéance physique et la fièvre égare le médecin et fait poser le diagnostic de tuberculose pulmonaire au début ou même tuberculose appendiculaire.

Dans la seconde forme, pas d'élévation thermique, mais douleurs tardives avec renvois et constipation opiniâtre. Parfois aussi des crises douloureuses paroxystiques qui rappellent les grandes crises sympathiques abdominales avec anxiété, sueurs, hypothermies. A la constipation fait place, sous formes de crises, de débâcles, de fausse diarrhée accompagnées de glaires et de muco-membranes.

L'examen physique des malades relève des signes d'une ptose viscérale généralisée, mais surtout un gros cœcum dilaté et gorgouillant ; le colon descendant douloureux à la pression, spasmé, donne, donne la sensation d'une corde. La région appendiculaire

1. D'après Enriquet, la formule leucocytaire comporte une augmentation modérée des grands mononucléaires, 10 à 14% au lieu de 5 à 8 qui représentent les chiffres normaux et, surtout, une éosinophilie qui apparaît avec une certaine constance et qui varie de 3 à 8%, au lieu de 1 à 1.

est sensible, mais le maximum de la douleur est le plus souvent impossible à préciser.

Il est évident que ces formes cliniques correspondent à des états anatomiques très différents. La notion de *péri-appendicite*, connue depuis le mémorable travail de Talamon, résume le processus inflammatoire chronique étendu à tout le système lymphatique péri-appendiculaire. Aux lésions de l'appendice s'ajoute les péricolites adhésives, (pérityphlites, péricolites de l'angle colique droit, membranes de Jackson), et, surtout, l'épiploïte plus ou moins étendue¹. C'est cette généralisation du processus inflammatoire dans la fosse iliaque droite qui explique une certaine quantité des séquelles de l'appendicectomie. Elle est l'explication anatomique de la forme clinique qui simule la tuberculose.

Mais dans d'autres cas et de beaucoup les plus fréquents, le chirurgien, à l'ouverture de la paroi abdominale trouve à côté de l'appendice malade un cæcum dilaté et boursoufflé, décoloré, mou et même friable. L'aspect est tellement caractéristique qu'il suffit de le voir une fois pour le fixer dans la mémoire. Ce cæcum peut être mobile. Cette mobilité du cæcum et du côlon ascendant a été magistralement étudiée par Sir Aburnotte Lane et Jordan. Elle a conduit ultérieurement ces auteurs à la conception et au traitement chirurgical, du syndrome de la colite.

A côté de ces malformations exceptionnellement on peut apercevoir les dernières anses du grêle, formant une masse pelotonnée, appendue au cæcum par une anse grêle de calibre réduit. Cet état morbide produit le syndrome décrit par Sir Aburnotte Lane sous le nom de stase intestinale chronique; elle est due, d'après l'auteur, à l'angle plus ou moins aigu sous lequel

1. La péricolite membranense est considérée par les uns comme une péritonite plastique acquise, par les autres comme un accident du développement de l'épiploon (Dr Leveuf.—Thèse de la Faculté de Paris).

la dernière anse iléale aborde le cæcum. Ce syndrome est fréquemment désigné sous le nom de coudure de Lane.

Toutes ces malformations anatomiques entre dans le cadre de la seconde forme clinique d'appendicite chronique,—celle dans laquelle le facteur mécanique de ptose joue le rôle prépondérant.

Ainsi il est évident que les signes classiques de l'inflammation chronique de l'appendicite ne résument pas toute la pathologie de la fosse iliaque droite. Les formes cliniques d'appendicite chronique que nous avons décrites, qui sont loin de la conception simpliste de cette affection, peuvent être diagnostiquées avant tout acte opératoire. C'est l'examen radiologique qui nous permet actuellement de préciser l'étendue des lésions et fréquemment même la conduite chirurgicale à suivre. Voici, d'après Enriquet, l'aspect radiologique sous lequel peuvent se présenter les malades atteints d'appendicite chronique¹.

Dans la première variété se manifestant surtout par un mauvais état général avec anémie grave les schémas orthodiagramés fournissent les images suivantes :

1°. L'estomac est tonique ou même hypertonique; son axe n'est pas vertical: il présente une direction générale nettement oblique de gauche à droite, le pylore fortement attiré vers l'angle colique droit.

2°. La portion terminale du côlon ascendant, au lieu de présenter une direction de bas en haut et de gauche à droite, offre une direction inverse, si bien que l'angle colique droit est fortement ramené vers la ligne médiane dans la direction du pylore. Cet angle reste fermé dans la position couchée, alors que normalement, il doit s'ouvrir largement à angle droit. Cette fermeture à l'angle se prolonge souvent sur une certaine longueur et se manifeste par un accollement en canon de fusil du côlon ascendant et

¹ Enriquet.—Les séquelles de l'appendicectomie. *Journal de Médecine et de Chirurgie*. T. I X C p. 397—405.

de la première portion du transverse, qu'on n'arrive pas à séparer l'un de l'autre.

3°. Le cæcum peut être modifié dans sa forme, mais surtout, on constate la fixité de son extrémité inférieure, qui ne remonte pas dans la position couchée, alors que l'angle colique doit remonter de 3 à 5 centimètres.

4°. Dans tous les cas, il existe un retard plus ou moins marqué de l'évacuation iléale dans le cæcum, qui se traduit par la visibilité des dernières anses grêles contenant encore du bismuth, 10, 12 heures et même davantage après la dernière prise.

5°. Enfin, la palpation directe dans l'écran permet de localiser exactement les principaux points douloureux; il n'est pas rare, en dehors de la région appendiculaire, de trouver d'autres points plus haut placés, ne correspondant nullement au trajet colique lui-même, ne suivant pas ses déplacements, situés tantôt au dessus, plus souvent au dessous de lui et que dans ces conditions on est en droit de rapporter à une réaction péritonéale, le plus souvent à l'épiploïte, surtout quand cette zone douloureuse correspond exactement à cette portion de la paroi qui a fourni la sensation de rénitence, de corde et de tumeur.

Nous avons donc un aspect radiologique des plus précis, superposé avec signes cliniques, il permet de poser le diagnostic d'inflammation chronique localisée autour du cæcum et du vermis, — d'une *péri-appendicite*.

Dans la seconde variété clinique les images radioscopiques sont les suivantes:

1°. L'estomac, du type atonique, montre le crochet caractéristique de la ptose, son axe général reste vertical; la région pylorique est plus ou moins dilatée.

2°. Le gros intestin est généralement fortement ptosé, les deux angles abaissés, le transverse derrière le pubis.

3°. Le cæcum très bas situé dans la position debout est difficile

à reconnaître dans son extrémité inférieure. Dans la position couchée, en règle générale, le côlon remonte dans son ensemble, mais il faut néanmoins savoir que le transverse peut rester fixé en position basse sans qu'il soit retenu par la moindre adhérence. Par contre, le cæcum remonte très haut, l'ascension de son extrémité inférieure atteint et dépasse 10 cent., réalisant ainsi le type décrit par Wilm, sous le nom de cæcum mobile.

4°. L'ascension du cæcum dans la position couchée met facilement en évidence une stase iléale bismuthée très prononcée, les dernières anses grêles descendent, elles aussi, très bas et forment une masse pelotonnée. C'est le coudre de Lane.

Nous avons une image radiologique qui indique le phénomène de ptose dans lequel prend part l'estomac et le gros intestin, accompagné fréquemment de mobilité du cæcum et quelquefois de coudure de Lane.

Ainsi la radiologie dans l'une ou dans l'autre variété d'appendicite chronique nous permet, seule, après examen clinique préalable, d'affirmer le diagnostic.

Nous avons donc l'habitude de la pratiquer avant tout acte opératoire et pour tout malade atteint d'appendicite chronique.

L'incision pratiquée par le chirurgien a, dans les cas que nous envisageons une importance capitale. Le Mac-Burney classique, surtout en incision petite de 25 à 28 millimètres, dite esthétique, semble être de plus en plus abandonnée toutes les fois que l'examen clinique et radiologique permet de prévoir des complications au cours de l'intervention. Le reproche qu'on adresse à cette incision, c'est la difficulté avec laquelle on peut l'agrandir. Selon la technique adoptée dans le service de notre maître M. le Prof. Delbet, nous pratiquons d'habitude l'incision de Jalaguier¹, facile à agrandir, et qui assure ultérieurement une paroi abdominale des

1. Incision le long du bord externe du grand droit dont elle ouvre la gaine.

plus solide. Quand la clinique et la radioscopie s'accordent pour affirmer la nécessité de l'exploration complète du méso, de l'angle iléo-cæcal, du cæcum, de l'angle colique droit ou de l'épiploon—l'incision de Jalaguier peut être remplacée, soit par l'incision médiane, conseillée par Walther, soit par l'incision transversale sous-ombilicale droite adoptée par Gosset.

Une fois la cavité abdominale ouverte et l'appendice enlevé, l'attention du chirurgien se porte vers l'épiploon. Walther, en France, fut un des premiers qui a attiré l'attention sur l'épiploïte, au cours de l'appendicite chronique. L'ablation des plaquarts épiploïques malades macroscopiquement est pratiquée actuellement par des nombreux chirurgiens et assure ainsi, entre les mains de Gosset une guérison rapide et définitive d'une malade atteinte de cette forme anémique d'appendicite chronique. La malade a été considérée comme atteinte d'une tuberculose pulmonaire.

Quand les phénomènes inflammatoires sont plus importants, le chirurgien, prévenu par l'examen radioscopique, peut être appelé à intervenir dans le carrefour : angle colique droit, pylore, duodénum, vésicule. Nous avons vu ainsi notre Maître M. le Prof. Delbet, séparer le côlon ascendant de la première partie du transverse accolés en canon de fusil.

La conduite chirurgicale devient plus difficile à préciser dans la seconde variété d'appendicite chronique que nous envisageons avec ptose gastro-colique comme facteur principal. La première technique proposée, déjà anciennement, essaye de parer à la mobilité et à la ptose cæcale par sa fixation à la paroi abdominale. Notre Maître, M. le Prof. Delbet, après avoir pratiquée la cæcoplexie pendant des longues années a complètement abandonné cette méthode opératoire. Les adhérences entre le cæcum et le péritoine pariétal, tirillées, provoquent des douleurs sourdes ou même vives, la plupart des phénomènes anormaux observés avant l'intervention persistent. Il est naturellement beaucoup plus pré-

férable de fixer la face postérieure du cæcum et du côlon ascendant. Mais un coup d'œil jetés sur les rapports anatomiques de cette face postérieure suffira pour se rendre compte de la difficulté du problème. A notre connaissance une opération ayant pour but la fixation de la face postérieure du cæcum n'a pas encore été proposée.

En élargissant la question et en admettant que le cæcum n'est pas le coupable, mais la victime de la colite et de l'atonie générale de l'intestin Sir Aburnotte Lane a introduit la colectomie partielle, puis la colectomie totale. L'éminent chirurgien anglais arrive ainsi à parer à la "stase intestinale chronique". En France on se contente de faire une colectomie partielle, en faisant l'ablation du côlon droit, suivie d'une *iléo-transversostomie* termino-terminale ¹.

Plus récemment, Lardennois et Okinczye ont proposé la Typhlo-sigmoidostomie en Y, laquelle, pratiquée 5 fois par ces auteurs a donné 5 guérisons.

Mais, nous dirons avec Okinczye, il n'y a pas *une* stase intestinale chronique, mais *des* stases intestinales chroniques ². Elles nécessitent tout d'abord un traitement médical à la suite duquel on discutera l'opportunité du traitement chirurgical et le choix d'une opération appropriée à telle ou telle variété de stase. C'est seulement "quand la stase intestinale devient une véritable infirmité qu'elle légitime nos audaces chirurgicales" (Okinczye).

1. L'école anglaise pratique généralement une *cæco-transversostomie*. Mais, aucun segment du tube digestif ne se réunit si mal que le gros intestin. Il semble donc préférable se faire une anastomose de l'intestin grêle avec le côlon. D'autre part, l'artère mésentérique se terminant à 60 cm. environ de l'abouchement du grêle, cette dernière partie de l'intestin est insuffisamment irriguée par l'artère termino-iléale. Ces considérations conduisent les chirurgiens français à pratiquer une section du grêle à 40 à 60 cm. de son abouchement dans le cæcum et de l'anastomoser ensuite avec le transverse.

2. J. Okinczye-Chirurgie du gros intestin. *Presse Médicale* 13 Décembre 1919, p. 763—766.

D'autre part, au cours de l'appendicectomie, le chirurgien doit s'efforcer d'améliorer l'état dans lequel il trouve le cæcum : dilaté, boursoufflé, mou et friable. Selon la technique adoptée dans le service de notre Maître, M. le Prof. Delbet, nous avons l'habitude de pratiquer la cæcorraphie dans tous les cas d'appendicite chronique.

Après l'ablation de l'appendice nous pratiquons l'enfouissement du moignon et du méso appendiculaire, le dernier non enfoui peut donner secondairement des adhérences. Au fil de soie et à l'aiguille de couturière nous commençons ensuite un surjet juste à l'endroit où les trois bandelettes du cæcum aboutissent au point d'implantation de l'appendice. Le surjet est fait à points non passés, prenant la bandelette de la face antérieure et celle de la face postéro-externe. Quand le cæcum est très dilaté et ces deux points d'appui sont trop éloignés, nous hésitons pas à prendre la paroi cæcale par un point intermédiaire aux 2 bandelettes et non perforant. Le surjet est arrêté selon la distention du cæcum. Dans les cas les plus graves il est poussé si loin que possible.

En résumé, l'appendicite chronique peut s'accompagner des complications qui constituent le syndrome inflammatoire ou mécanique. La radioscopie, après examen clinique préalable, permet de poser le diagnostic, elle doit donc être toujours pratiquée avant l'ablation du vermis. Par la séparation de l'accolement du côlon ascendant au transverse, surtout par l'ablation de l'épiploon malade, le chirurgien arrive à combattre les complications d'ordre inflammatoire. La cæcorraphie, dans l'état de nos connaissances actuelles, est la seule technique opératoire courante qui permet de parer aux accidents d'ordre mécanique.

REVUE DES JOURNAUX

Docteur GEORGES AUDET

Médecin-interne en chirurgie à l'Hôtel-Dieu

LA PRESSE MEDICALE

L'opothérapie en théapeutique infantile.—E. Apert, 29 mai 1920.

L'action sur l'organisme, des trois glandes à sécrétion interne, c'est-à-dire, les glandes thyroïdes, surrénales et l'hypophyse, peut ainsi se résumer :

Thyroïde.—Activation de la croissance et du développement sexuel parrallèlement l'un à l'autre et sans déviation hors du type normal.

Surrénale.—Activation du développement sexuel et des caractères sexuels accessoires, particulièrement du développement du système fibreux, avec tendance au virilisme et à l'obésité.

Hypophyse.—Activation de l'accroissement en hauteur de la taille, avec arrêt du développement sexuel et arrêt de la tendance à la soudure des cartilages d'accroissement.

En principe, l'opothérapie thyroïdienne trouvera son emploi dans les arrêts et retards uniformes du développement général; l'opothérapie surrénale sera indiqué dans les états languissants avec affaiblissement et apathie et croissance exagérée en taille; enfin l'opothérapie hypophysaire trouve ses indications dans les états inverses, chez les sujets trapus, ramassés sur eux-mêmes, obèses, hirsutes, ayant tendance à une puberté trop précoce.

Mais certains effets accessoires, c'est-à-dire effets sur le pouls, sur les sécrétions sudorales et urinaires, sur l'activité corporelle et le fonctionnement cérébral, sur l'appétit et l'assimilation; sur le métabolisme en général, nous réduisent à l'emploi de doses assez minimes dans l'administration des poudres de glandes et conséquemment nous font obtenir de l'opothérapie un résultat peu notable. Comment remédier à cet état de choses? En associant les diverses poudres de glandes, ce qui permet de donner des doses plus élevées et en même temps, de neutraliser les unes par les autres, les actions gênantes accessoires.

Dans les retards uniformes de la croissance, c'est-à-dire chez les enfants retardataires, la médication thyroïdienne fait merveille, mais on obtient des résultats de beaucoup meilleur en associant à la poudre de thyroïde des doses minimes de poudre de surrénale, surtout quand il s'agit de sujets maigres, faibles et anémiques. Si enfin au cours de cette dernière médication le développement semble l'emporter sur la croissance corporelle générale, il faudra ajouter la médication hypophysaire aux médications thyroïdienne et surrénale ou même suspendre celle-ci.

Enfin la poly-opothérapie semble avoir une action très efficace sur les organismes infantiles qui ont gravement souffert du fait de maladies successives, à complications prolongées.

Posologie.—Suivant M. Apert, il vaut mieux débiter par de petites doses, qu'on donne par exemple trois jours consécutifs par semaine, en surveillant le pouls, le poids, l'excitabilité. De là, on augmente à quatre, cinq jours de traitements par semaine, pour en arriver à la dose quotidienne et cesser d'augmenter quand l'efficacité du traitement se manifeste. Au bout de deux ou trois semaines on peut espacer les doses, car pour que l'effet se maintienne il suffit d'une dose beaucoup moindre.

Une médication adjuvante seconde heureusement la poly-opothérapie: les glycérophosphates sont efficaces dans les états lan-

guissants et apathiques du système nerveux; la chaux et la magnésie sont utiles pour aider à l'ossification; la chaux aide à l'action du corps thyroïde alors que la manganèse facilite l'action de la surrénale. La strychnine et le cacodylate de soude peuvent aussi être employés.

HOSPITALISATION DES INDIGENTS ¹

“ La Société Médicale des Trois-Rivières a appris avec beaucoup de satisfaction la déclaration de l'Honorable Premier Ministre, au Congrès des médecins de Québec, dans laquelle il a laissé comprendre, qu'à la prochaine session de la Législature, le Gouvernement verrait à décréter par une loi, que les municipalités seront forcées de payer les hôpitaux pour l'hospitalisation de leurs indigents.

2°. Que la Société Médicale approuve grandement cette réforme qui contribuera à soutenir nos hôpitaux.

3°. Que copie de cette résolution soit adressée aux Honorables Messieurs Taschereau, Premier Ministre, et Tessier, Ministre de la Voirie, citoyen des Trois-Rivières, ainsi qu'aux revues médicales: *l'Union Médicale*, *La Clinique*, *Le Bulletin Médical* et *l'Indépendance Médicale*.

Dr C. A. BOUCHARD,
Secrétaire.

1. Copie d'une résolution passée par la Société médicale de Trois-Rivières et adoptée à l'unanimité.

BIBLIOGRAPHIE

GAZETTE HEBDOMADAIRE DES SCIENCES MEDICALES

Blennorragie. Technique des lavages abortifs à l'argyrol. 16 mai, 1920.

Après miction, lavages successifs du gland, du méat, de la fosse naviculaire, des premiers centimètres de l'urètre, puis de l'urètre antérieur jusqu'au bulbe, avec un demi-litre d'une solution d'argyrol à 2/1000. Exprimer l'urètre.

Après avoir recommandé au patient de ne pas se laisser aller, comme lorsqu'il urine afin de fermer l'urètre postérieur, injecter lentement avec la seringue de Janet, 5 à 7 cc. d'une solution d'argyrol à 20 p. 100. Faire séjourner cinq minutes, en fermant le méat entre le pouce et l'index; laisser échapper de temps en temps quelques gouttes qui viendront imprégner la fosse naviculaire et le méat. Laisser écouler la solution; encapuchonner le gland d'un tampon de ouate (protection contre les taches).

Après chaque miction (rares), le malade fera, avec la même technique minutieuse, une injection de 5 cc. d'argyrol à 10 p. 100.

Au bout de vingt-quatre heures, examen de la sécrétion: 1° Chances de réussite: scellules épithéliales, nombreux leucocytes, gonocoques en débris amorphes intra-cellulaires. Dans ce cas, continuer pendant quatre jours le même cycle que le premier jour. Abandonner l'abortion en cas de trouble dans le deuxième verre. Après le quatrième jour, cesser tout, si le gonocoque a disparu; surveiller pendant cinq jours et faire une épreuve de bière. 2° Echec probable: mêmes cellules, mais gonocoques non altérés. Tenter une deuxième période de vingt-quatre heures; puis si l'on trouve encore des gonocoques, passer aux grands lavages.

N. B.—L'argyrol doit être dissous à froid.