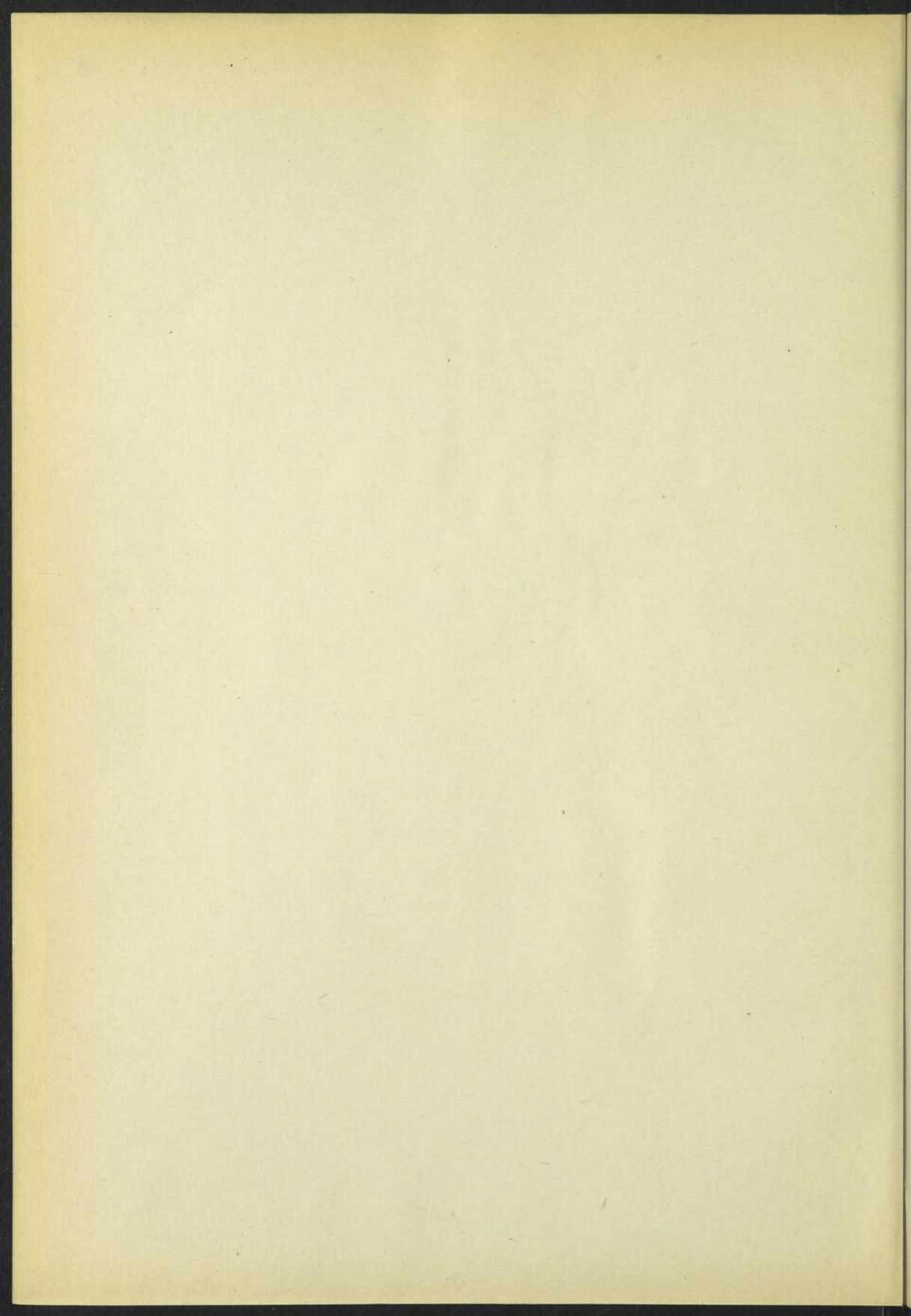


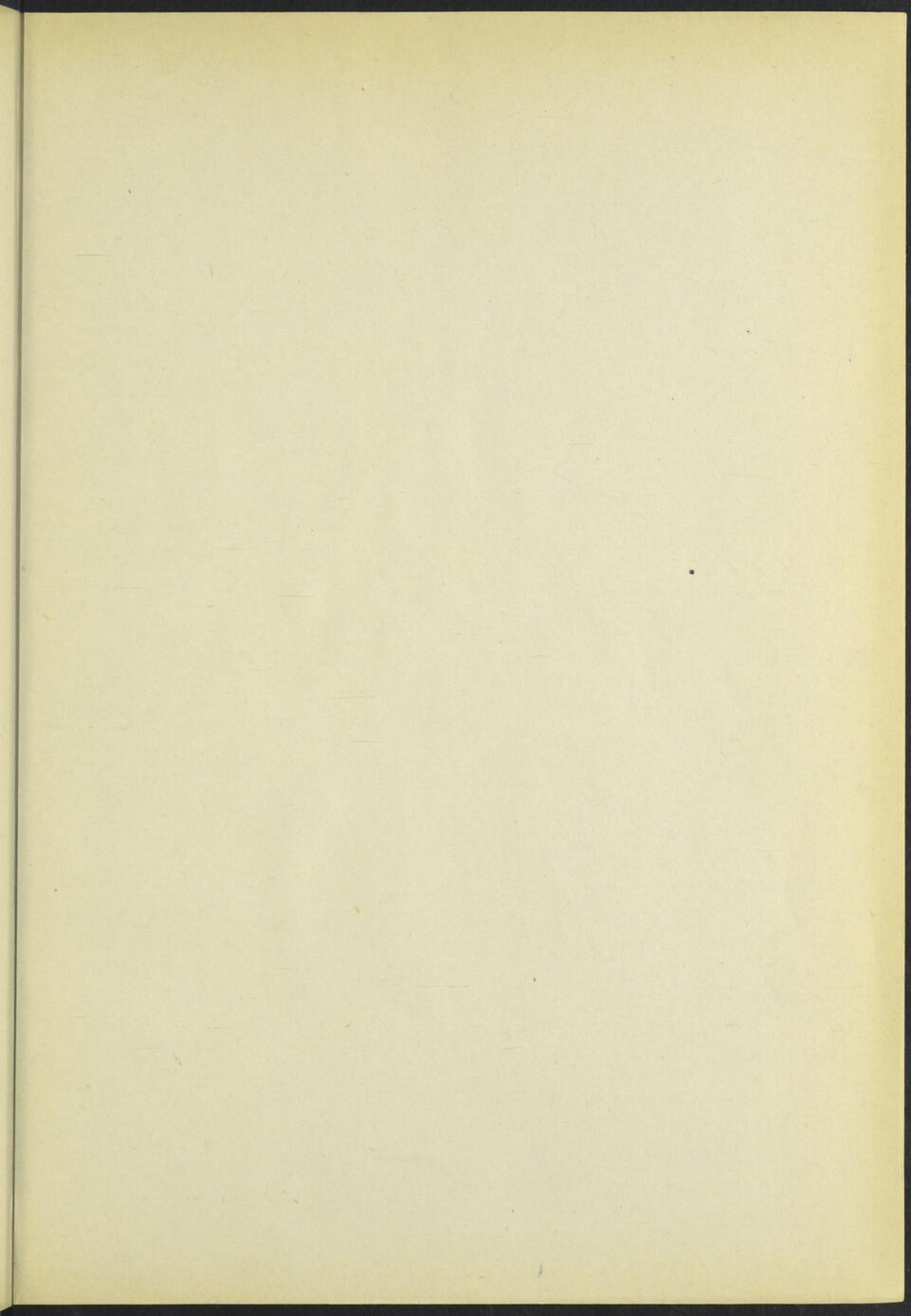
Per  
J-83  
5)

**R**

195-

B-law







S610  
J826hd

Numéro 1

Douzième année

**LE JOURNAL**

... de ...

**L'HÔTEL-DIEU DE MONTRÉAL**



JANVIER-FÉVRIER

1943



(LECTURE: 5 JOURS ET 4 HEURES)

IL faudrait plus de cinq jours de lecture rapide et ininterrompue pour repasser toute la littérature sur le Nembutal. Celui qui entreprendrait la tâche aurait à lire près de sept cents rapports dans des douzaines de revues scientifiques, médicales et autres, publiées dans plusieurs langues. (Avant qu'il n'ait fini, il est tout probable qu'un nouveau rapport aurait paru!)

Ce flot formidable de littérature clinique et pharmacologique place le Nembutal dans une position vraiment unique. On a fait une étude non seulement étendue, mais minutieuse, des actions et des effets de ce médicament. Par conséquent, toute incertitude dans l'emploi du Nembutal est virtuellement éliminée.

Les rapports ont à maintes reprises fait ressortir certaines caractéristiques et certains avantages du produit:

1. Du point de vue clinique, le Nembutal est un des barbituriques offrant le plus de sécurité.

2. L'action du Nembutal est rapide mais de peu de durée.  
3. Le Nembutal agit efficacement à dose environ moitié moindre de celle requise pour la plupart des barbituriques.

On peut se procurer le Nembutal dans toutes les bonnes pharmacies en capsules de  $\frac{1}{2}$  grain, de  $\frac{3}{4}$  de grain et de  $1\frac{1}{2}$  grain; en suppositoires de 2 grains; en ampoule contenant 0.5 gm. ( $7\frac{1}{2}$  grains) de poudre; en ampoule contenant  $3\frac{3}{4}$  grains de la drogue en solution; et enfin sous forme d'Elixir de Nembutal contenant 2 grains de Nembutal à l'once fluide. LABORATOIRES ABBOTT LIMITÉE, MONTRÉAL

# NEMBUTAL

NOM DÉPOSÉ AU CANADA

[Ethyl (1-Méthylbutyl) Barbiturate de Soude, Abbott]

TIRAGE CERTIFIÉ : 2350 EXEMPLAIRES

## SOMMAIRE du No 1

Janvier-Février 1943

Mgr PHILIPPE PERRIER — Jérôme LeRoy de la Dauversière	1
SAMUEL LETENDRE et JACQUES OLIVIER — Récentes acquisitions sur la pathologie du cycle menstruel .. . . .	13
JEAN-PAUL LEGAULT — La cystite incrustée .. . . .	35
LÉON LONGTIN — Signes pour apprécier la profondeur de l'anesthésie par inhalation .. . . .	40
GÉRARD POUPART — Un cas d'urémie curable avec ulcère duodéal .. . . .	46
NOËL MAILLOUX, O.P. — Le test de Rorschach .. . . .	51
ALBERT JUTRAS — L'hôpital de l'avenir .. . . .	57
PAUL POIRIER — Histoire de la syphilis en Amérique .. . . .	64
EDOUARD DESJARDINS — Nécrologie :	
B. G. Bourgeois .. . . .	72
Charles Saint-Pierre .. . . .	72

NADEAU

PRÉPAREZ LA GÉNÉRATION DE DEMAIN

GOUTTES

**VIGOGEN**

NADEAU

(2 gouttes équivalent à 1 cuillerée à thé d'huile de foie de morue).

100 ST. PAUL O. LABORATOIRE NADEAU LIMITÉE MONTRÉAL, CAN.

# RÉDIGER son TESTAMENT

*est la chose la plus importante de la vie.*

AVEZ-VOUS PENSÉ AU VÔTRE?  
**CONSULTEZ-NOUS**

**Société d'Administration et de Fiducie**  
*Administratrice et fiduciaire*

5 EST, RUE ST-JACQUES - MONTRÉAL  
(Immeuble Crédit Foncier Franco-Canadien) - Téléphone : PLateau 3821

AGENCES :

QUÉBEC - WINNIPEG - REGINA - EDMONTON - VANCOUVER

## FURONCULOSE

•  
ABCÈS

•  
ANTHRAX

•  
ACNÉ

•  
FOLLICULITES

•  
ORGELETS

•  
OSTÉO-MYÉLITE

Laboratoires Ch. Couturieux, 18, avenue HOCHÉ, Paris.

*Les comprimés glutinisés de*

# GLÉSION

*agissent...*

dans les cas rebelles de FURONCULOSE  
et des diverses infections staphylococciques

### FORMULE :

Levure de Bière (extrait sec.)	... ..	0 gm. 17
Etain colloïdal	... ..	0 gm. 07
Extrait sec de bardane	... ..	0 gm. 08
Soufre colloïdal	... ..	0 gm. 04

### TRAITEMENT DE CHOC :

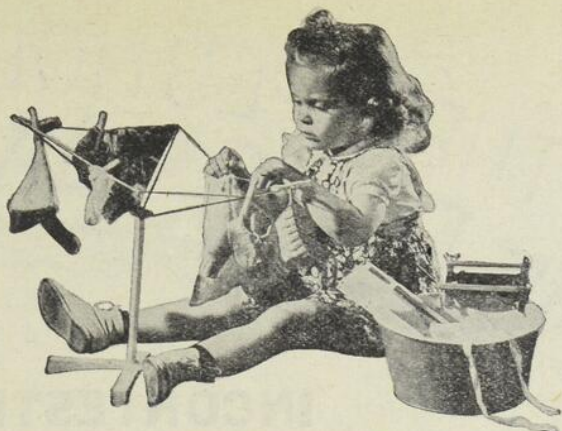
15 à 20 comp. par jour toutes les  
4 heures.

Entretien : 4 à 8 par jour.

Prix spécial au mille pour MM. les Médecins et les Hôpitaux.

Agents au Canada :

LABORATOIRES JEAN OLIVE, 200, rue Vallée, Montréal



*Une Préparation de Vitamine D  
qui se mêle bien avec le lait*

**POUR LES NOURRISSONS ET LES ENFANTS**

**L** E DRISDOL en solution de glycol-propylène offre tous les avantages désirables de l'association de la vitamine D avec la ration quotidienne de lait. Cette préparation est simple, commode et facile à employer et la quantité requise dans la prophylaxie et le traitement du rachitisme est relativement faible — seulement deux gouttes par jour.

Le Drisdol en solution de Glycol-Propylène  
ne surnage pas sur le lait... n'adhère pas au biberon  
n'a aucune saveur de poisson... n'a aucune odeur de poisson

Le Drisdol en solution de glycol-propylène — 10,000 unités par gramme — est présenté en flacons de 5 cc. et de 50 cc. Un compte-gouttes spécial, libérant 250 unités Int. de vitamine D par goutte, accompagne chaque flacon.

**DRISDOL** IN PROPYLENE GLYCOL

*Marque de commerce enregistrée aux États-Unis et au Canada*

*Marque de la Vitamine D cristallisée provenant de l'ergostérol.*

**WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.,**

*Produits pharmaceutiques supérieurs à l'usage  
de la Faculté.*

Administration : WINDSOR, Ontario

Bureaux à l'usage de MM. les médecins: Immeuble "Dominion Square", Montréal, P. Q.



AGENT THÉRAPEUTIQUE  
D'UNE PUISSANCE

INCONTESTÉE  
DANS LE TRAITEMENT DE LA  
**PNEUMONIE**  
**PNEUMOCOCCIQUE**

**SOLUDAGENAN**

Dans les cas où la voie orale ne permet pas l'absorption complète du médicament ou dans les cas *in extremis* (méningites, septicémies, etc.), le SOLUDAGENAN, solution stable de DAGENAN, prête pour l'injection, fournit le moyen d'une thérapeutique intense.

Le DAGENAN, depuis son apparition en thérapeutique, s'est révélé le médicament le plus actif et le plus efficace dans le traitement de la pneumonie d'origine pneumococcique.

La multitude des cas qui ont été publiés à date permet de conclure que le DAGENAN est toujours le plus puissant agent thérapeutique dans le traitement de la pneumonie d'origine pneumococcique et que c'est le médicament auquel on doit avoir recours au début de l'infection.

*Le DAGENAN est offert en comprimés dosés à 0 gr. 50 (7½ grains), en tube de 20, flacon de 100, boîtes de 500 et de 1,000 comprimés.*

*Le SOLUDAGENAN est présenté en ampoules de 3 c.c. chacune contenant 1 gramme de DAGENAN.\* Boîtes de 10 et de 50 ampoules.*

*Laboratoires Poulenc Frères*

DU CANADA LIMITÉE - MONTRÉAL

# “THIOZOL”

Chimiothérapie du Sulfathiazole sous ses différentes formes assimilables. Médication par excellence dans les infections streptococciques, staphylococciques, gonococciques, pneumococciques, colibacillaires et génito-urinaires :

1) **Comprimés :**

S'administrent d'abord en doses massives, et maintiennent un taux maximum de concentration jusqu'à abaissement de la température; une légère addition d'acide nicotinique corrigera la dépression causée par les nausées et les étourdissements relevés chez certains malades.

2) **Suppositoires :**

La médication tout indiquée pour remplacer le traitement par voie buccale quand celui-ci est impossible.

3) **Onguent :**

Une des formes les plus facile de traiter les infections localisées tout en évitant de saturer l'organisme en entier.

4) **Emulsion :**

Produit des effets merveilleux en application locale particulièrement en pansements des brûlures, engelures, herpès, furonculoses, ulcères, infection du vagin et de l'utérus.

5) **Ovules :**

Traitement radical dans les métrites, leucorrhée, gonorrhée et autres infections du vagin et de l'utérus.

6) **Poudre Antiseptique :**

Agent Bactériostatique puissant; recommandé dans les traumatismes accidentels et post-opératoires, abcès, ulcères, pieds d'athlète, favorise la granulation et la cicatrisation.

Le “Thiozol” (Sulfathiazole) occupe donc le premier rang dans le groupe des sulfamidés et dans la série des indications thérapeutiques.

---

**CASGRAIN & CHARBONNEAU LIMITÉE**

445 BLVD. ST-LAURENT

MONTREAL

# CIBAZOL *“CIBA”*

## SULFATHIAZOLE

sous **7** différentes formes médicamenteuses

- 1 Comprimés :** Cette forme du sulfathiazole s'administre à fortes doses au début, puis à doses dégressives; il est recommandé de bien mâcher les comprimés pour faciliter la résorption intestinale.
- 2 Ampoules à 20% :** L'injection intramusculaire ou intraveineuse est bien tolérée. L'intraveineuse nécessite toutefois la dilution à 5% du contenu d'une ampoule par addition de 15 c.c. d'eau distillée ou de sérum physiologique.
- 3 Onguent :** Permet d'atteindre l'organe intéressé avec une concentration difficile à obtenir par voie buccale; il limite pratiquement l'effet du médicament à l'endroit atteint et évite de surcharger inutilement le reste de l'organisme.
- 4 Poudre à saupoudrer :** Exerce une action bactéricide rapide, désodorise la surface de la plaie, tarit la sécrétion, stimule la granulation et la cicatrisation.
- 5 Suppositoires :** Un à trois suppositoires par jour rendent d'excellents services lorsque, pour une raison quelconque, l'on désire éviter l'administration par voie buccale et parentérale.
- 6 Crayons gynécologiques :** Conviennent particulièrement au traitement des cervimétrites, de la cervicite et d'autres infections à coques de l'utérus et des annexes.
- 7 Émulsion :** Préparée d'après la formule du « Montreal General Hospital », l'émulsion est employée avantageusement au traitement des brûlures et de certaines dermatoses, et en gynécologie.

Action sûre et rapide, très bonne tolérance.

COMPAGNIE CIBA Limitée - Montréal



# SCILLITRINE

*Médication d'Urgence  
des crises*



LABORATOIRE PERRIER FRANCE

*Agents généraux pour le Canada*

MILLET ROUX & CIE, LIMITEE

1215 RUE ST-DENIS

MONTREAL

TRAITEMENT MAGNÉSIEN

PAR LE

## TOTAL MAGNÉSIEN

Chlorure de magnésium, médicinal, déshydraté

INDICATIONS :

Manifestations arthritiques, Affections de la prostate, Asthénies, Tremblements Séniles, Tumeurs bénignes, Verrues, Herpès, Acné, Eczéma, Toubles hépatiques, Constipation et Prophylaxie des Néoplasmes.

LABORATOIRES du "TOTAL MAGNÉSIEN"

24 BOULEVARD SÉBASTOPOL

PARIS, FRANCE

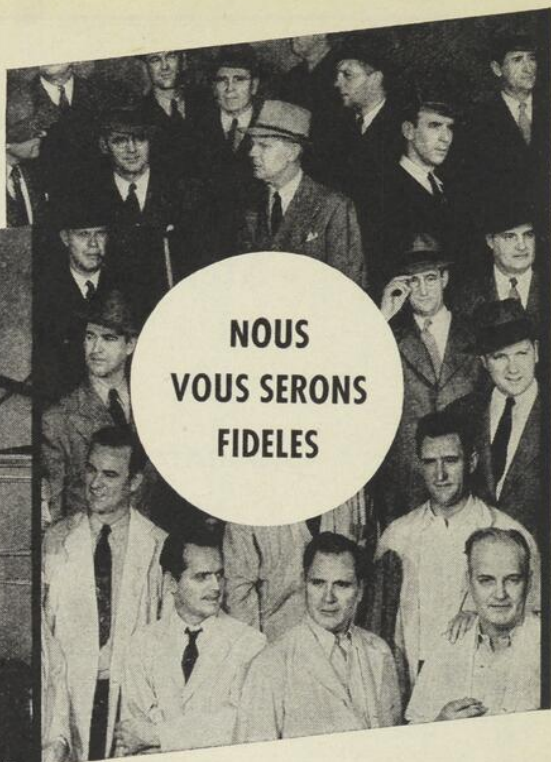
*Agents généraux au Canada :*

MILLET, ROUX & CIE LIMITÉE

1215. RUE ST-DENIS

MONTRÉAL

*Le même service  
sera maintenu pour votre  
appareil G.-E.*



**NOUS  
VOUS SERONS  
FIDELES**

**A**UX milliers d'hôpitaux, de cliniques et de médecins faisant usage des appareils d'électricité-médicale et de Rayons-X, nous adressons ce message: les succursales locales G-E, dans tous les Etats-Unis et le Canada, qui ont répondu à vos besoins pendant des années, continueront de vous donner le même service pour l'entretien de vos appareils. Ce service est d'une grande importance aujourd'hui dans le problème du maintien de la santé.

Puisque votre appareil doit fonctionner, probablement plus que jamais, il est important de le garder en bon état. Nous n'oublions pas la responsabilité que nous avons assumée lorsque vous avez acheté votre appareil G-E. — c'est-à-dire de vous aider à le garder dans le meilleur état de fonctionnement possible.

Nous vous l'assurons, en dépit des difficultés auxquelles nos représentants ont à faire face en raison du rationnement des pneus et de l'essence et autres restrictions du temps de guerre. Ces hommes seront toujours prêts à vous rendre service et à sacrifier volontiers leur temps lorsque votre appareil aura un besoin urgent de réparation, car ils désirent justifier la confiance que vous avez mise dans l'organisation G-E. *Ils ne vous négligeront pas!*

**VICTOR X-RAY CORPORATION of CANADA, Ltd.**

DISTRIBUTORS FOR GENERAL  ELECTRIC X-RAY CORPORATION

TORONTO, 30 Bloor St. W. • VANCOUVER, Motor Trans. Bldg., 570 Dunsmuir St.  
MONTREAL, 600 Medical Arts Building • WINNIPEG, Medical Arts Building

# Le Journal de l'Hôtel-Dieu de Montréal

Fondé en 1932

par

Oscar Mercier — Léo-E. Pariseau — Ernest Prud'homme — Ernest Trottler

BUREAU DE DIRECTION

ALBERT JUTRAS, *Président*

LÉO-E. PARISEAU, *Vice-Président*

ÉDOUARD DESJARDINS, *Secrétaire-trésorier*

RÉDACTION

ANTONIO BARBEAU, *Rédacteur-en-chef*

PAUL DUMAS, *Secrétaire de la rédaction*

Le Journal de l'Hôtel-Dieu est un journal médical rédigé en collaboration. Les auteurs des articles restent seuls responsables des opinions émises sous leur signature.

---

---

No 1

Janvier-Février 1943

---

---

## JÉRÔME LE ROYER DE LA DAUVERSIÈRE <sup>1</sup>

*Par* MGR PHILIPPE PERRIER

Le fondateur de la ville de Montréal, ce n'est pas Maisonneuve, c'est Jérôme Le Royer de la Dauversière. Voilà qui contredit bien des notions populaires; et cela semble bien la vérité historique.

Né sur la fin du XVI<sup>e</sup> siècle, le 2 mai 1597, d'une noble et ancienne famille de Bretagne, Jérôme le Royer de la Dauversière fut un des premiers élèves des Jésuites à la Flèche. C'est là qu'il connut les PP. Charles Lalemant, Paul Lejeune et Barthélemy Vimont, qui devaient l'aider plus tard dans l'établissement de Montréal.

### I. — UN RÊVE MYSTIQUE

Dès le 2 février 1630, ce pieux laïque, après avoir communiqué dans l'église de Notre-Dame-du-Chef-du-Pont, se sentit fortement inspiré du ciel de fonder un Institut d'Hospitalières, sous le vocable de Saint-Joseph, et d'établir dans

<sup>1</sup> Extrait d'une conférence prononcée par Mgr Perrier le 16 mai 1942.

100418

l'île de Montréal, qu'il devra coloniser, un hôpital desservi par les religieuses de la nouvelle congrégation. C'est l'Hôtel-Dieu.

Marié à une femme pieuse, Jeanne de Bauge, il a de nombreux enfants tous dignes de lui. Une de ses filles entrera dans la communauté fondée par son père, alors que deux de ses fils se feront prêtres.

Fonder une communauté de religieuses missionnaires pour l'établissement d'un hôpital à Montréal, semble bien « une folle entreprise ». Cela suppose une colonie qu'il faut établir à plus de treize cents lieues de France, dans un pays inconnu et sauvage, à soixante lieues au-delà de Québec, alors le poste le plus avancé de la Nouvelle-France !

Nous comprenons l'attitude de son confesseur, à qui il fait part de son projet. Il lui répondit d'attendre, de se contenter de prier Dieu et d'attendre dans une sainte indifférence qu'il lui plût de manifester sa volonté.

Or, ce confesseur, c'est le Père Etienne, récollet, directeur de M. de la Dauversière, dès avant 1630. Son pénitent est ce qu'on appellerait aujourd'hui « un homme d'oeuvres ». Mère Gaudin, l'une des annalistes les plus accréditées de l'Institut de Saint-Joseph, lui rend ce témoignage : « Nous avons trouvé dans les archives des notaires de cette ville un grand nombre d'actes notariés qui prouvent avec quel dévouement il agissait, soit comme père temporel des Récollets, soit comme procureur de la confrérie du Saint-Sacrement, soit comme tuteur des orphelins. Il entreprenait tout et il suffisait à tout ».

Son rôle de syndie le mettait en relations avec les Récollets. En ce temps-là, les découvertes du Nouveau-Monde étaient en vogue. Au XVIIe siècle et au siècle précédent, elles intéressaient toute l'Europe. La France, sous François

Ier, Henri IV et ses successeurs, rivalisa d'ardeur avec les autres pays, par l'entremise de Cartier et Champlain. Cet intérêt s'explique par l'extraordinaire, l'inouï de ces contrées, par le zèle de l'apostolat, l'appât des richesses et le goût des aventures chez les marins de métier.

Un historien de la question coloniale en France avait déjà compté en 1892 qu'il y parut, de 1494 à 1624, près de 300 livres sur les terres nouvelles. Les recherches bibliographiques en auront, depuis, largement augmenté la liste. (Cf. Dubois, *Systèmes coloniaux*, p. 254.)

L'Etat ne pouvait entreprendre par ses seules ressources cette expansion coloniale et « fit appel aux intérêts particuliers ». Ces particuliers, recrutés parmi les marins, les marchands et les civils, formaient un groupe appelé Compagnie. De cette Compagnie dépendait tout le succès ou la faillite de l'entreprise. Elle était à peu près l'unique ressource et espoir des colons. De là les démarches et la propagande extraordinaire des colons auprès de leurs protecteurs, afin de s'assurer les vivres et tous les autres secours.

Les Récollets, que Champlain avait associés à son oeuvre de colonisation, ne firent pas autrement de 1615 à 1629, c'est-à-dire durant les quinze années qui précédèrent la grande révélation de Le Royer au sujet de l'Île de Montréal. Ils faisaient connaître leur entreprise par la plus grande publicité possible. Nous sommes ici à la source des influences franciscaines sur De La Dauversière, source qui va toujours s'élargissant. La fondation de Québec créa tout un courant d'idées, à cette époque, et le nier conduit à l'inintelligence des faits historiques contemporains. Nous avons, pour affirmer l'existence de cette influence franciscaine, de nombreux écrits imprimés ou manuscrits, des faits tirés de ces écrits, et la vie de M. de la Dauversière.

Les nouvelles locales étant vite épuisées, l'on devait s'entretenir de ces missions au Canada, semblable, sous ce rapport, à certaines régions reculées du Thibet, territoire contigu à la Chine et inaccessible aux étrangers pendant très longtemps. Peut-être se trouvait-il parmi les religieux des témoins authentiques de ces pays lointains. Le Couvent de la Flèche, après 1619, relève de la province des Récollets de Ste-Marie-Madeleine d'Angers. A cette province appartient un des premiers missionnaires du Canada, le Père Jean Dolbeau qui, dès son retour en France, y fut nommé maître des novices.

Le sujet était inépuisable : le péril de la traversée, la beauté du pays, les moeurs des sauvages. Ce dernier point fournissait au narrateur un développement à la fois facile, concret et des plus émouvants. La description des tortures endurées par les colons et missionnaires était horrible. Le nom du Père Guillaume Poullain était resté dans toutes les mémoires : ce religieux mort un an après son retour en France, probablement des suites de blessures reçues. Son pauvre corps, en effet, fut fixé au poteau et délivré par des compagnons, alors que les sauvages commençaient à le torturer par le feu. L'on revivait ces scènes atroces, l'on revoyait ces sauvages couper à belles dents les doigts de leurs victimes, percer et faire brûler leur chair à petit feu et forcer le supplicié à manger cette viande à moitié cuite et tranchée à même son corps.

Si des tortures l'on passait à la nourriture habituelle des sauvages, nourriture qu'un jour ou l'autre les missionnaires furent obligés d'absorber, la conversation ne diminuait pas d'intérêt. Ces repas à la Junipère valaient pour ces peuplades le meilleur de nos banquets. Tout ce qui était mangeable : pois, pruneaux, galettes, blé, viandes, poissons, trouvaient place dans une immense chaudière qui n'était jamais lavée. S'il fallait couper de trop gros morceaux de

viande, les sauvages tenaient contre terre avec leurs pieds des morceaux sales et jetaient dans la chaudière chaque pièce ainsi taillée, sans autre sel que le sable qui y tenait attaché. Le tout était mélangé au-dessus du feu et distribué largement. Ces récits et d'autres semblables (Jouve, pp. 384 et 244) étaient sans doute répétés à chaque nouvel auditeur, y compris M. le Syndic.

Quand la Dauversière reçut la mission d'établir un nouvel ordre d'hospitalières pour le service des pauvres, le transporter dans l'île déserte alors de Montréal, peupler cette terre et la cultiver, en faire enfin un avant-poste de l'évangélisation dans l'ouest de la Nouvelle-France, il en fut abasourdi. Il s'entoura de conseils et les suivit à la lettre. Le Père Etienne le fit prier, le fit attendre, lui conseilla de choisir un guide plus expérimenté. Au surplus, le Canada restitué à la France devait recevoir les Jésuites comme missionnaires. Rien de plus naturel pour le père Etienne que de diriger son pénitent vers le fameux collège de la Flèche, où les Jésuites y comptaient des conseillers éclairés. La Dauversière, qui retrouvait dans cette maison déjà fameuse des anciens maîtres, se mit sous la conduite du Père Chauveau qui avait appris l'art difficile de la direction des esprits. Tout comme le récollet, il éprouva la foi et la patience de son pénitent : il prit son temps.

## II. — LA RÉALISATION DE SON RÊVE MYSTIQUE

### a) *Fondation des Hospitalières.*

Jérôme le Royer est nommé administrateur de l'hôpital Sainte-Marguerite de la Flèche.

Or, dans une de ses visites aux malades de l'hospice, il rencontre une pieuse demoiselle, Marie de la Ferre. On

l'appelle la sainte demoiselle, la mère des indigents. Une pure et inaltérable amitié s'établit promptement entre la sainte demoiselle et l'homme de Dieu.

Née en 1592, Marie de la Ferre apprend très jeune que « pour avoir une âme pure et plaire à Dieu, il faut copier Jésus-Christ autant que nous le pouvons ». C'est le parfait modèle mis sous nos yeux par le Père éternel, qui nous ordonne de l'étudier et le reproduire.

Après une jeunesse qui n'est pas sans ressemblance avec celle de Sainte Marguerite-Marie, Notre-Seigneur lui fait sentir qu'il est un Dieu jaloux : c'en est fini de la vanité mondaine ! Adieu bijoux et parures, réceptions et soirées !

Le 22 juillet 1608, Marie de la Ferre, âgée de seize ans, vient annoncer à son confesseur sa décision de se consacrer à Dieu. Toutefois, elle demeurera encore vingt-huit ans dans le monde, avant de pouvoir préciser sa vocation. Elle profitera de ce délai pour faire l'apprentissage d'une vie toute sainte dévouée au soulagement des malheureux, et elle inaugure en France la visite des pauvres et des malades à domicile.

Marie de la Ferre raconta à M. de la Dauversière qu'un jour, dans la prière, elle fut transportée en esprit dans une vaste salle remplie d'un grand nombre de lits rangés avec ordre, et qu'une voix d'en haut lui dit : « Voilà ton occupation et le moyen de satisfaire au précepte de l'amour que je désire de toi en reconnaissance de mes bienfaits ».

Jérôme écoute en silence, avec une visible émotion. Sa pensée se reporte aux paroles qu'il a entendues quelques années auparavant, le jour de la Purification. Il ouvre aussi son âme à la sainte demoiselle et lui fait connaître l'oeuvre qu'il a reçu mission de créer, son nom, son but, son organisation. Evidemment Dieu les destine tous deux à fonder

la même oeuvre, ils se promettent de prier et de faire pénitence à cette intention.

En 1636, le Père Chauveau, éclairé et convaincu, donne son consentement. Jérôme le Royer se met aussitôt à l'oeuvre, et Marie de la Ferre dit adieu au monde pour se retirer à l'hôpital Sainte-Marguerite. Elle s'engagea publiquement, avec sa cousine Anne Foureau et quelques compagnes, à consacrer sa vie au service des pauvres et des malades de l'hôpital. Jérôme rédige les constitutions de la petite communauté et les soumet à l'approbation de Mgr de Rueil, évêque d'Angers. La Congrégation des Filles hospitalières de Saint-Joseph est fondée.

*b) Fondation d'une colonie.*

Une partie de la "pieuse chimère" a pris cours; reste la seconde, la plus difficile: l'établissement d'une colonie et la fondation d'un Hôtel-Dieu à Montréal.

Or voici que six semaines durant, à la fin de l'été 1639, M. de la Dauversière « voit à ses côtés l'humanité sacrée de Notre-Seigneur avec laquelle il communique franchement ».

« Ce dessein est-il bien de Dieu ? » demande Jérôme à son directeur.

« N'en doutez pas, Monsieur, répond le Père Chauveau, vaincu désormais par la puissance des faits, employez-vous y tout de bon ».

Sur les avis de son directeur, M. de la Dauversière se rend à Paris pour consulter le Père Charles Lalemant, procureur des Missions des Jésuites au Canada. Ancien supérieur des Missions au Canada, le P. Lalemant est l'homme tout désigné pour aider M. de la Dauversière.

Dès son arrivée à Paris, ce dernier « se rend à l'église Notre-Dame pour s'offrir à Marie et réclamer sa protection.

Là, il reçut la sainte communion avec sa ferveur accoutumée, et pendant son action de grâces auprès de la statue de Marie, il reçoit de nouveau de Notre-Seigneur le commandement qu'il lui a déjà réitéré si souvent, et l'assurance d'être assisté de sa grâce. « Travaillez fortement à mon oeuvre, lui dit Notre-Seigneur, ma grâce vous suffit et ne vous manquera pas ». Il connaît même distinctement alors toutes les personnes qui doivent concourir avec lui à ce dessein. La promesse de Notre-Seigneur se vérifie immédiatement dans ce voyage même ».

Faut-il rappeler la fameuse rencontre de Meudon, où M. de la Dauversière, « sa pieuse chimère » en tête, la force du Seigneur dans l'âme, se trouve face à face avec M. Olier, futur fondateur des prêtres de Saint-Sulpice qui, lui aussi, a reçu de la Vierge, en la fête de la Purification, la vocation d'être « une lumière pour éclairer les gentils ». Tout à fait inconnus l'un à l'autre, poussés par une sorte d'inspiration ils se saluent mutuellement par leur nom. Ils s'entretennent pendant plusieurs heures de l'établissement de Montréal et décident la fondation d'une société pour assurer le succès de l'entreprise.

Les Associés de Montréal, en devenant propriétaires de l'île, s'étaient engagés à y fonder une colonie et à y établir :

- 1° un séminaire d'ecclésiastiques destinés à l'exercice du culte, à la prédication, à la conversion des sauvages ;
- 2° une communauté de religieuses institutrices pour les filles ;
- 3° un hôpital pour le service des malades.

Ces trois communautés s'engageaient à honorer Jésus, Marie, Joseph, et à participer à l'esprit de leur auguste patron.

## LA « FOLLE ENTREPRISE »

« Un tel dessein était sans doute fort extraordinaire ; mais ce qui ne l'est pas moins, c'est que les Associés, quoique en très petit nombre, se proposaient de l'exécuter à leurs propres frais, sans être à charge au roi, au clergé ni au peuple ; et aussi sans en retirer aucune sorte de bénéfice, ni même de dédommagement, malgré les grandes dépenses que devrait exiger une si onéreuse entreprise. »

Pour que leur oeuvre soit un succès, les Associés n'épargneront rien. Ils dépensent sans compter. Des sommes énormes sont jetées par eux en pur don, dans cette folie. Et le plus beau, c'est qu'ils continueront sans un sou de bénéfice. Ils veulent que leur libéralité même demeure inconnue. « Il ne faut pas mesurer, disent les Associés, les pensées de Dieu avec les nôtres, ni estimer qu'il nous ait ouvert des chemins auparavant inconnus, à travers tant de mer, pour en rapporter seulement des castors et des pelleteries ; cela est bon pour la bassesse des desseins des hommes, mais trop éloigné de la majesté et de la profondeur de ses voies et des inventions secrètes et admirables de sa bonté ».

Ce qu'il y a de plus extraordinaire dans ce dessein, ce n'est pas le plan lui-même ; des rêves, les têtes humaines en sont pleines ; mais c'est que le plan fût réalisé de point en point. « Ville-Marie a été bâtie dans l'île de Montréal, sans que le roi, le clergé, ni le peuple y aient contribué en rien, et sans que les fondateurs aient retiré du pays une seule obole. »

Et pour quels motifs ? « Parce que, disaient les Associés, les laïcs sont obligés de contribuer à la conversion des infidèles, parce que le salut des infidèles est bien supérieur aux oeuvres temporelles les plus pressantes, et parce que ces peuples sont les plus dépourvus de secours spirituels ».

On fit l'acquisition de l'île de Montréal; la Providence mit à la disposition des Associés « un moine armé », désireux de servir Dieu et son roi dans le métier des armes mais loin des dangers pour son âme, ce fut Maisonneuve avec toutes ses belles qualités.

Il faut une femme sage et intelligente, d'un courage à toute épreuve, pour remplir dans la colonie la charge d'économe et d'infirmière; c'est Jeanne Mance, appelée par une vocation spéciale à travailler au salut des tribus indiennes, et à devenir la co-fondatrice de Montréal avec Maisonneuve.

Ce ne fut pas sans de grandes contradictions que M. Le Royer fut blâmé de faire des entreprises si hasardeuses et si peu conformes à la prudence humaine. On alla jusqu'à faire circuler la rumeur qu'il envoyait de force ces saintes filles au Canada. Aussi bien, dans la nuit du 31 mai s'organisa une émeute populaire. Obstacles de toutes sortes se dressent sur la route.

Enfin le matin du départ vint. Parmi les quelque cent personnes à bord du « St-André », M. de la Dauversière dut distinguer, avec émotion et reconnaissance envers Dieu, le groupe figuratif de la Sainte-Famille représenté par les Sulpiciens de Paris, les Hospitalières de la Flèche, et Marguerite Bourgeoys. Cette dernière amenait avec elle quatre compagnes destinées à former le noyau de la future congrégation de Notre-Dame.

A cette heure solennelle entre toutes, la Providence accordait à Jérôme le Royer la consolation de voir, sur le sol même de sa patrie, l'exécution de son oeuvre canadienne.

La Dauversière avait joint, à la recrue, plusieurs « ménages », en vue de favoriser l'établissement de la famille chrétienne, qu'il mit sous le patronage de Saint-Joseph, le Chef du foyer modèle...

Nous n'avons pas à raconter les oeuvres de notre Hôtel-Dieu. D'autres l'ont fait avec éloquence. Vous avez lu le beau livre de Soeur Mondoux, et l'on nous a rappelé le temps où il pleuvait et neigeait dans l'Hôtel-Dieu, le temps où l'on manquait du nécessaire.

... Le 2 juillet 1659, lorsque les blanches voiles du « Saint-André » n'apparaissaient plus dans le lointain, semblables à de minuscules mouettes effleurant les vagues, le colonisateur de Montréal avait repris le chemin de la Flèche...

*Conclusion de Dom Jamet.*

« Dégagée des clichés et des généralisations prétendues historiques qui glissent spontanément des plumes et encombrant nos mémoires, l'histoire de la fondation et des commencements de Montréal s'incarne principalement *dans un homme*. L'initiateur, le promoteur de l'entreprise, c'est Jérôme le Royer de La Dauversière. C'est lui, les *Véritables motifs* l'affirment, qui en groupe les premiers et les principaux ouvriers: Olier, Maisonneuve, Jeanne Mance. L'Oeuvre lancée, il s'efface »...

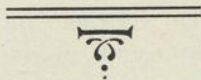
Salone a raison, et Faillon aussi, quand il écrit si judicieusement que « La Dauversière fut le principal agent de la Providence dans l'entreprise de Montréal ».

De 1644 à 1659, le gros de l'intérêt se transporte naturellement au Canada. En France, on ne nous montre plus guère qu'une société anonyme, mais aux cent bras. Pourtant toujours, dans les moments critiques, alors que tout est compromis, un homme fend l'ombre et paraît au grand jour: La Dauversière. Lui seul, en France, a fait de Montréal son oeuvre capitale, exclusive, vraiment son affaire. Là, il a aventuré, repos, santé, fortune, les biens mêmes des siens. D'autres y sont allés très généreusement, au sur-

plus, de leur surcroît. Lui, c'est tout son capital qu'il a engagé. Il lui suffisait de rentrer dans ses fonds; la société, qui dut un jour se déclarer insolvable, ne put jamais le rembourser. Il n'en continue pas moins ses avances. Pour Montréal, il multiplia ses emprunts, accumula les dettes, se ruina. En 1649, il était au bord de la banqueroute. A sa mort, l'Etat et ses créanciers firent aussitôt main basse sur ses coffres et les vidèrent de tout leur contenu. Nous pouvons bien nous demander ce qu'il en aurait été de Montréal sans La Dauversière.

Montréal n'aurait jamais eu ni ses Sulpiciens, ni ses Hospitalières, ni ses Filles de la Congrégation. Nous n'aurions pas eu, non plus, ces familles héroïques qui ont fait le fonds de notre population.

Le Montréal actuel ne serait pas ce qu'il est. De proche en proche, on imagine d'autres réactions. La Congrégation n'aurait point essaimé ses missions sur les rives du Saint-Laurent; la jeune canadienne n'aurait pas eu de mère spirituelle pour lui apprendre à être la femme et la chrétienne qui a fait le pays. C'est tout le Canada qui se serait senti et se sentirait pour toujours de l'absence de ces hommes dans son histoire. »



## RÉCENTES ACQUISITIONS SUR LA PATHOLOGIE DU CYCLE MENSTRUEL <sup>1</sup>

Par SAMUEL LETENDRE et JACQUES OLIVIER

Au cours des dernières décades de remarquables progrès ont été réalisés dans le domaine de l'endocrinologie par des chercheurs de race et de discipline différentes. L'ensemble des travaux effectués sur la physiologie des hormones génitales et l'étude du cycle menstruel a suscité de nombreuses recherches cliniques, dans le désir d'appliquer aux faits pathologiques les connaissances nouvelles.

On m'a demandé de traiter devant vous la physiopathologie du cycle menstruel. Je diviserai donc mon sujet en trois chapitres principaux où je parlerai des troubles de la puberté, de ceux que l'on rencontre au cours de la vie génitale de la femme et des modifications qui accompagnent la fin de cette vie génitale, c'est-à-dire la ménopause.

Au début de toute considération sur les troubles du cycle menstruel, ne croyez-vous pas qu'il serait maintenant désirable d'abandonner certaines classifications autrefois fort en honneur, mais qui avaient le tort de ne pas apporter de différenciation entre une hémorragie utérine périodique faisant suite à une ovulation, une hémorragie cyclique apparaissant à la fin d'un cycle anovulaire et une hémorragie privée de tout caractère rythmique.

\* \* \*

Quand on veut passer du domaine expérimental aux applications cliniques, le premier soin doit être d'étudier

---

<sup>1</sup> Travail présenté à la Société Médicale de Montréal, lors de la séance tenue à l'Hôtel-Dieu le 20 mai 1941.

les tests qui permettent d'apprécier le comportement hormonal d'une malade gynécologique. Leur recherche revêt une particulière importance dans ce qu'on a appelé les « troubles fonctionnels » sans substratum anatomique décelable, et présente tout autant d'intérêt dans certaines affections génitales accompagnées de lésions anatomiques appréciables.

\* \* \*

On doit employer aujourd'hui le terme « menstruation » pour désigner « l'écoulement sanguin périodique de provenance utérine qui survient comme un phénomène normal et physiologique, de la puberté à la ménopause. Cet écoulement sanguin apparaît à la suite d'une désintégration de la muqueuse utérine qui a subi une préparation bien déterminée, laquelle est accompagnée du développement d'un follicule de de Graaf, de l'ovulation, de la formation d'un corps jaune au niveau de l'ovaire » et de la transformation prégravidique de l'endomètre. « L'ensemble de toutes ces modifications, y compris la phase d'écoulement sanguin, constitue un *cycle menstruel*, qu'on dénommera aussi *cycle ovulaire*. En l'absence de tous ces changements, le cycle sera étiqueté *cycle anovulaire* ».

Si nous rencontrons parfois des cycles présumés « anovulaires », nous ne devons pas forcément conclure à un état pathologique. Car nous croyons que, pour être normale, une femme ne doit pas nécessairement ovuler à chaque mois. Au contraire, si l'absence d'ovulation semble être un fait à peu près constant, les chances de fécondation sont, par le fait même, très réduites pour ne pas dire compromises. Dans ce cas nous pourrions conclure à un état anormal, de même si au niveau des ovaires ou de l'endomètre il se développe des modifications pathologiques.

L'usage généralisé de considérer le premier jour des menstruations comme le premier jour du cycle est, du point de vue biologique, une façon de voir tout à fait inexacte, puisque la menstruation représente à la vérité la fin d'un cycle et que le cycle commence véritablement avec la phase de reconstitution et de réparation de la muqueuse utérine.

\* \* \*

« De temps immémorial, le cycle menstruel humain de 28 jours fut considéré comme le cycle type et toute déviation de ce chiffre, d'ailleurs tout à fait conventionnel, fut imputée à une condition pathologique ». Or, il est aujourd'hui admis et prouvé qu'il existe une large variation dans la longueur des cycles, non seulement chez différentes femmes, mais aussi chez la même personne, jouissant, par ailleurs, d'une parfaite santé. De fait, la seule régularité qui existe touchant le cycle menstruel, c'est son irrégularité.

Le cycle menstruel dépend de facteurs tellement compliqués et est sujet à des heurts tellement délicats qu'il peut être aisément troublé par toutes sortes d'influences d'origine soit locale soit générale. C'est pourquoi nos connaissances actuelles nous amènent à considérer ces troubles non pas comme des maladies ou entités définies, mais plutôt comme des symptômes cliniques. De plus, il ne faut pas oublier que ces désordres ne surviennent pas toujours seuls, mais qu'il peut y avoir coexistence de plusieurs dérangements à la fois.

\* \* \*

Si le premier signe d'activité ovarienne fonctionnelle est le développement des caractères sexuels secondaires, la manifestation la plus frappante est, sans contredit, l'apparition de la première menstruation qui survient en moyenne entre 13 et 14½ ans.

« Dans une *vraie puberté précoce* nous voyons reproduits tous les événements de la physiologie normale: développement des caractères sexuels secondaires, poussée de la croissance et apparition de menstruations revenant à intervalles périodiques ». A noter que les cycles sont ovulatoires. La gestation est donc possible. L'étiologie, probablement d'origine endocrinienne, n'est pas connue.

\* \* \*

A côté de la vraie puberté précoce, il y a la *pseudo puberté précoce*. Chez ces sujets, on rencontre bien un écoulement sanguin périodique, d'origine utérine, avec développement des caractères sexuels secondaires, mais les cycles sont anovulaires. Au point de vue étiologique, les seuls cas qu'on a pu débrouiller ont été associés à des tumeurs ovariennes.

\* \* \*

Parmi les troubles d'apparition de la menstruation, le premier est évidemment l'*aménorrhée* qui sera *primaire* « lorsque la patiente n'a jamais été menstruée », et *secondaire* « lorsqu'elle survient chez des femmes ayant été déjà menstruée pendant des périodes de temps plus ou moins longues ».

Certains parlent souvent de *puberté tardive* et d'*aménorrhée primaire* en donnant à ces deux termes une même signification alors que d'autres établissent une distinction entre eux suivant l'âge de la patiente. Dans le dernier groupe on réservait le terme de « puberté tardive » aux jeunes filles âgées de 16 à 18 ans et celui d'« aménorrhée primaire » à celles qui ont dépassé cet âge.

D'après Kurzrok, c'est une erreur de considérer une fille de 16 ans comme un cas d'aménorrhée primaire simplement parce qu'elle n'a pas encore eu sa première menstrua-

tion. En somme, à quoi se rapportent ces deux termes, sinon à un retard dans l'apparition de la première menstruation qui, d'ailleurs, s'accompagnent souvent de différents troubles dans d'autres modifications de la période de l'adolescence.

Sans oublier les facteurs héréditaires, constitutionnels, raciaux, les maladies organiques, l'état général, la malnutrition, l'entourage, Kurzrok émet l'opinion que l'« aménorrhée primaire peut être due à l'un des trois facteurs étiologiques suivants ou à l'association de deux ou des trois à la fois :

1. Déficience de l'antéhypophyse,
2.     "       ovarienne,
3.     "       dans le système des canaux de Muller.

L'*aménorrhée secondaire* est un symptôme très connu en gynécologie. La période d'aménorrhée secondaire peut varier de quelques semaines à plusieurs années. « Si elle devient permanente chez des jeunes femmes, on peut, d'après Fluhmann, la considérer comme une « ménopause prématurée ».

Sous le titre d'aménorrhée secondaire, on peut réunir bien des syndrômes, pour la simple raison que les cas se présentent à nous non pas comme des syndrômes ni des entités définies, mais simplement comme des patientes avec un symptôme prédominant, l'aménorrhée secondaire. Il est un fait certain, c'est que le trouble réside toujours au niveau des ovaires qui faillissent à leur tâche en n'accomplissant plus leur cycle normal. On peut en rechercher la cause dans certaines influences qui, en agissant sur l'antéhypophyse, ont une action directe ou indirecte sur les ovaires.

Nombreuses sont les causes qui peuvent amener une aménorrhée secondaire. Nous rencontrons d'abord les mala-

dies qui affectent l'état général. Si nous admettons que les organes de la reproduction sont d'abord sous le contrôle des glandes endocrines, ces dernières sont, à leur tour, contrôlées par le système nerveux central, et les divers troubles d'origine émotionnelle qui peuvent apparaître sont autant de causes qui, fréquemment, amènent l'arrêt des règles.

Par ailleurs, « la majorité des patientes aménorrhéiques, d'après Fluhmann, souffrent d'abord d'un dérangement endocrinien ». Bien souvent il est très difficile d'affirmer avec certitude que telle ou telle glande est en cause par le fait que l'aménorrhée ne s'accompagne pas toujours de signes cliniques bien définis. Ce qui en rend le diagnostic vraiment ardu.

\* \* \*

A la suite des troubles d'apparition de la menstruation nous voyons des cas chez lesquels la brièveté ou la longueur de cycles consécutifs sont tellement prononcés qu'elles attirent l'attention du gynécologue, et lui font soupçonner l'existence de quelque irrégularité.

Ainsi la *polyménorrhée*, qui se caractérise par une diminution de la longueur moyenne du cycle menstruel, peut persister pendant un certain nombre de cycles. « Elle peut, comme le fait remarquer Fluhmann, apparaître comme un fait isolé dans une série de cycles normaux ou encore précéder ou suivre des cycles allongés ». Elle est souvent associée à une ménorragie.

D'après cet auteur, on la rencontre le plus souvent associée à certaines maladies inflammatoires du pelvis. Elle apparaît fréquemment dans la période préménopausique et dans les déficiences ovariennes associées à de l'hypothyroïdisme. On a aussi suggéré une cause d'origine psychogéné-

tique. Schröder et ses collaborateurs, ont noté que la polyménorrhée peut survenir comme phénomène secondaire à des troubles constitutionnels et des maladies organiques.

Voulant expliquer le mécanisme de la polyménorrhée, certains auteurs ont décrit ce trouble comme étant dû à une hyperactivité ovarienne résultant d'une hyperactivité anté-hypophysaire. Cette hypothèse demande des faits pour la prouver.

Plus intéressante est l'étude histologique de l'endomètre entreprise par Schröder chez 84 malades présentant de la polyménorrhée. Cet auteur trouva que « le passage de la phase proliférative à la phase sécrétoire s'effectuait environ vers le 14<sup>e</sup> jour du cycle, ce que l'on rencontre au même temps qu'au cours des cycles de moyenne étendue ». Cette étude nous apporte des renseignements de la plus haute importance puisqu'elle nous permet de déduire que la polyménorrhée semble plutôt traduire une déficience ovarienne, que « la brièveté du cycle n'est pas due à une diminution de longueur de toutes les phases, mais simplement de la période post-ovulatoire ». Dans ce cas il y aurait une régression prématurée du corps jaune, ce qui aurait pour conséquence de hâter l'apparition de la menstruation suivante.

Ajoutons que l'examen de l'endomètre est ici essentiel afin d'éliminer 1°) l'existence d'une métropathie hémorragique; 2°) d'un cycle anovulaire et 3°) d'une menstruation de quinzaine.

L'*oligoménorrhée* qui est « la prolongation du cycle menstruel au-delà des limites habituelles » est considérée par un certain nombre d'auteurs comme une manifestation primaire ou secondaire d'une déficience ovarienne. Au point de vue étiologique on peut lui imputer toutes les cau-

ses rencontrées au cours de l'aménorrhée dont il est souvent difficile de la différencier.

Si l'on étudie le mécanisme de l'allongement d'un cycle, on trouve qu'il n'y a pas de modification dans la durée de la phase folliculinaire au niveau des ovaires : cette dernière est à peu près constante. Il est donc probable que l'allongement du cycle au-delà de la normale soit dû à la persistance du corps jaune. A l'appui de cet avancé, Fluhman apporte le fait que « dans de tels cycles l'augmentation de concentration des hormones oestrogènes dans le sang apparaît plus tôt qu'au cours des cycles ordinaires ».

Schröder et ses élèves ont suggéré une seconde possibilité : « l'ovaire subirait une période de repos entre les périodes menstruelles ». Ce qui aurait pour conséquence un retard dans l'apparition de la maturation folliculaire et de l'ovulation subséquente, et, par conséquent, un prolongement du cycle.

\* \* \*

Lorsqu'il y a diminution dans l'abondance ou la durée de la menstruation, nous avons affaire à une *hypoménorrhée*, dont on peut partager les cas en deux groupes. Dans le premier, nous aurions affaire à des troubles endocriniens dont l'aboutissement serait une déficience ovarienne. Dans le second groupe, l'hypoménorrhée est due à une insuffisance de l'endomètre : il est facile de comprendre qu'une hystérectomie sub-totale, qui n'a laissé que très peu de muqueuse utérine ou pas du tout, de même qu'un curettage effectué d'une façon traumatisante et destructive, aussi bien que des traitements chimiques abusifs ou une infection étendue puissent amener une hypoménorrhée par insuffisance ou absence de l'endomètre. Il peut y avoir aussi en cause un trouble inhérent et indéterminé de l'endomètre qui

l'empêche de répondre suffisamment au stimulus qui provoque l'écoulement.

Les deux termes *hyperménorrhée* et *ménorragie* comprennent les cas dans lesquels les menstruations, tout en conservant leur rythme régulier, se traduisent par une hémorragie trop abondante ou trop prolongée. Comme cela se rencontre dans d'autres troubles, les ménorragies peuvent être une simple manifestation extérieure d'une maladie organique ou d'un état pathologique du petit bassin.

Au point de vue étiologique, on peut, d'abord, soupçonner un trouble de contractilité de l'utérus ou penser à une subinvolution utérine, mais très souvent on rencontrera l'existence d'une lésion inflammatoire aiguë ou chronique des organes pelviens, les fibromyômes utérins, les adénomyomes, une endométrite, un état de congestion passive chez les cardiaques et les pulmonaires, certains troubles de la crase sanguine et certains troubles psychiques. Dans un certain nombre de cas, on peut incriminer des facteurs endocriniens dont, entre autre, une hyperactivité ovarienne et l'hypothyroïdisme.

\* \* \*

Un des phénomènes les plus importants du cycle menstruel est bien l'ovulation. Autrefois, la menstruation apparaissait comme le terme de la succession des deux phases folliculiniques et le folliculino-lutéinique du follicule de De Graaf. Nous savons aujourd'hui que le corps jaune n'est nullement nécessaire à la production de l'hémorragie menstruelle. Cliniquement, il est impossible de distinguer une menstruation anovulaire d'une menstruation ovulaire. Disons, en passant, que les tests actuellement à notre disposition pour déceler l'ovulation et qui ont une réelle valeur sont l'examen cyto-hormonal de l'endomètre et le dosage du glyceuronate de prégnandiol dans les urines.

Dans les cas de menstruation anovulaire, nous devons invoquer une déficience ovarienne, puisqu'il en résulte une absence d'ovulation, et cette dernière peut être secondaire à une diminution d'activité de l'antéhypophyse.

Au point de vue pathogénique, on peut dire que les modifications observées lors d'une menstruation anovulaire ressemblent par bien des côtés à celles qu'on observe dans les métropathies néorrhagiques.

De fait, elles peuvent représenter des réactions identiques ne différant simplement que dans le degré de réponse ovarienne et endométriale.

Il est inutile d'insister sur l'importance pratique que présentent les cycles anovulaires dans l'étude du problème de la stérilité.

\* \* \*

Nous rencontrons souvent, au cours de la vie génitale de la femme, des hémorragies utérines qui ont perdu tout caractère de rythme, de durée normale et qui n'ont plus aucune périodicité. On les a appelées *métrorragies*, *hémorragies utérines fonctionnelles*, *métropathies hémorragiques*. Nous éliminerons les métrorragies dont l'existence est liée à l'évolution d'une grossesse normale ou pathologique ainsi qu'à leurs complications, et nous laisserons de côté les hémorragies acycliques en relation avec une affection ou une lésion quelconque de l'appareil génital.

Dans cette présente communication, nous réserverons le terme de « métropathies hémorragiques » à cette entité endocrinienne bien définie par Schröder et qui se caractérise par un écoulement sanguin acyclique d'origine utérine, provenant d'une muqueuse endométriale épaissie, fongueuse, qui a les caractères d'une hyperplasie de l'endomètre, avec

absence d'ovulation et de formation de corps jaune. C'est ce qu'on appelait autrefois l'« endométrie fongueuse ». De cette muqueuse hyperplasiée ou hypertrophiée on a longtemps fait un signe d'inflammation ou d'infection, mais bien à tort, car très souvent il n'en est rien.

Il n'est pas rare, encore de nos jours, de rencontrer nombre de métrorragies fonctionnelles étiquetées *métrites hémorragiques*. On prend bien garde d'établir, au préalable, un contrôle histo-pathologique ou hormonal quelconque. Diagnostic et traitement se bornent à une laparotomie avec castration. Il n'est pas besoin d'insister sur les graves conséquences d'une telle façon d'agir.

La métropathie hémorragique traduirait une hyperactivité ovarienne, ou peut être due à une hyper-réceptivité de l'endomètre vis-à-vis une sécrétion de quantité normale des substances oestrogènes. Les ovaires peuvent présenter une légère augmentation de volume et contiennent un ou plusieurs kystes, indiquent une maturation folliculaire précipitée avec dégénérescence kystique du follicule ou une maturation simultanée de plusieurs follicules demeurant à l'état de follicules athrétiques, sans formation de corps jaune. Il y a donc absence d'ovulation chez ces malades. Ainsi, sans ovulation, l'endomètre reçoit constamment la stimulation des substances oestrogènes et se voit privé de l'influence bienfaisante de la progestérone. Le même phénomène se produit lorsque l'ovaire est le siège d'une tumeur de la granulosa.

\* \* \*

Mentionnons, en passant, l'*hémorragie de l'intermenstruum* qui peut être périodique, s'accompagne souvent d'une douleur dans l'hypogastre et est, en général, très peu abondante. Ce sont les *petites règles de quinzaine*.

Nous ne savons rien de précis touchant l'étiologie de cette hémorragie de l'intermenstruum si ce n'est qu'elle correspond en somme à la rupture du follicule rendu à maturation.

En second lieu, nous savons qu'« elle a son homologue dans le cycle oestrien de certains animaux ». Ainsi, elle correspondrait au proestrus chez la chienne et à l'oestrus chez la vache.

En troisième lieu, d'après Hartman, elle correspond à l'hémorragie intermenstruelle que l'on remarque chez le macaque dans la majorité des cycles ovulaires.

Chez la femme, elle survient à un temps du cycle où les substances oestrogènes dans le sang atteignent une concentration maxima.

Dans la très grande majorité des cas elle est sans gravité clinique.

\* \* \*

Les irrégularités que l'on rencontre au cours du cycle menstruel ne sont pas seulement reliées à l'écoulement sanguin ; il est certains phénomènes du cycle qui sont assez souvent associés à la douleur et c'est ce dernier et seul symptôme qui amène les malades à venir consulter. On peut considérer ce problème de la douleur rencontrée au cours du cycle menstruel sous bien des aspects. En l'occurrence nous adopterons la division de Fluhmann qui envisage ce problème sous cinq aspects différents :

- 1° La mastalgie prémenstruelle,
- 2° La douleur intermenstruelle,
- 3° La dysménorrhée,
- 4° La céphalée, type migraine,
- 5° La céphalée occipitale.

1. — Nous connaissons tous aujourd'hui les variations cycliques que présentent certains tissus ou organes au cours du cycle menstruel, tels l'ovaire, l'endomètre, le vagin, etc. A ces phénomènes ajoutons les modifications qui s'effectuent au niveau de la glande mammaire et dont le caractère et l'intensité se manifestent particulièrement durant la phase post-ovulatoire.

Nous laissons naturellement de côté les cas où une lésion pathologique vient augmenter une douleur locale en période prémenstruelle.

I — Des études récentes, poursuivies par G. L. Cheatle et M. Cutler, G. Cotte et G. Pallot, D. Lewis et C. F. Geschickter, H. C. Taylor, Jr., démontrent que « ce genre de mastalgie représente un processus physiologique s'effectuant d'une façon exagérée plutôt qu'une vraie lésion pathologique, et qu'au point de vue étiologique on lui reconnaît une origine endocrinienne ». Vu le caractère de réceptivité de la glande mammaire vis-à-vis les substances oestrogènes, certains auteurs verraient là une hypersécrétion de ces hormones s'accumulant en quantités anormales au niveau de cette glande ; d'autres, par contre, attribuent cette condition à un hyperfonctionnement du corps jaune.

II — La douleur intermenstruelle (le *midmenstruum pain* des anglais ou le *mittelschmerz* des allemands) décrite par Pouchet en 1847, par Priestley en 1872 et par Fehling en 1881, serait un phénomène en relation avec l'ovulation, et un questionnaire mieux conduit chez des malades gynécologiques permettrait de la déceler plus fréquemment.

Certains auteurs voient dans cette douleur une réaction péritonéale succédant à la perforation de la tunique de l'ovaire qu'on appelle albuginée. D'autres émettent l'hypothèse qu'il y aurait lors de la rupture du follicule une aug-

mentation des contractions utérines et une accentuation des mouvements péristaltiques des trompes.

Des observations faites à l'opération ont montré que cette douleur intermenstruelle est loin d'être toujours associée à une modification pelvienne quelconque.

III — Pour faciliter l'étude du chapitre de la dysménorrhée, suivant la division de Fluhmann et d'autres, nous partagerons en deux groupes les malades souffrant de cette affection. Dans le premier groupe, nous ferons entrer les malades présentant une « dysménorrhée extrinsèque ou secondaire, dans laquelle la douleur a pour cause une lésion organique pelvienne » ou relevant d'une maladie de l'état général. Le second groupe comprendra les cas de « dysménorrhée intrinsèque ou primaire, dans laquelle on ne peut déceler aucune lésion organique appréciable pelvienne ou extra pelvienne ».

Touchant l'étiologie de cette affection, les auteurs contemporains sont assez unanimes à admettre comme cause immédiate de la dysménorrhée un trouble de contraction ou un spasme du muscle utérin. Quelle en est la cause fondamentale? Ce point reste encore à être éclairci. Comme il est impossible de disséquer ici l'abondante littérature qui existe sur ce sujet, nous nous contenterons d'indiquer quelques-unes des plus importantes théories émises là-dessus. Nous emprunterons la division de Fluhmann, celle de Kurzrok et d'autres auteurs est à peu près la même.

1°. La première, et c'est l'une des plus vieilles théories, soutenue par Marion Sims, veut que la dysménorrhée soit le résultat d'une obstruction congénitale du canal cervical.

2°. Une seconde théorie invoque des facteurs d'ordre psychogénétiques.

3°. Certains auteurs rendent responsables de la dysménorrhée primitive un manque de développement des organes pelviens et spécialement une hypoplasie utérine.

4°. Une quatrième théorie mettrait en cause des facteurs neurologiques: névralgie ou névrite du sympathique, irritation ou lésion du plexus hypogastrique supérieur, hyperactivité du système nerveux sympathique abdomino-pelvien.

5°. Une cinquième théorie incriminerait des glandes endocrines: déficience ou excès des hormones oestrogènes, insuffisance ou excès de la progestérone. Herzler et ses collaborateurs ont parlé de l'existence d'une « thyrotoxicose interstitielle ». D'autres auteurs ont noté un état d'hypothyroïdisme. Tedstrom et Wilson ont considéré la dysménorrhée comme une manifestation de l'hypoglycémie. Boynton et Hartley ont cru à une déficience en calcium.

6°. Théorie de la « dysménorrhée membraneuse ».

7°. Spasme du muscle utérin causé par une vasoconstriction.

Disons, en terminant ce chapitre, — et ceci est très important — que la dysménorrhée intrinsèque est, d'après les auteurs sérieux, un symptôme de menstruation ovulaire.

IV. Lors du « molimen » cataménial, nous pouvons assister à une perturbation de toutes les fonctions du système nerveux. Dans le domaine de la sensibilité, de tous les accidents rencontrés au cours du molimen, les plus fréquents sont les céphalées qui surviennent plutôt au temps de la menstruation que dans l'intermenstruum. Chez un petit nombre de malades, cette céphalée est particulièrement intense et on lui a donné le nom de « migraine menstruelle ».

Ce trouble qui apparaît fréquemment à la puberté disparaît lors de la grossesse et ne se rencontre ordinairement

plus après la ménopause. Cette céphalée se rencontre surtout chez les nerveuses, les angoissées, les neurasthéniques.

On ne connaît pas le mécanisme exact de cette céphalée. Certains auteurs ont trouvé les lésions intra-craniennes et certaines anomalies dans la région de la selle turcique. Dans nombre de cas, il faut envisager l'existence de causes extragénitales.

V. — Outre la céphalée à type migraine, nous rencontrons assez souvent une céphalée occipitale basse qui survient juste avant les règles et est surtout accusée le premier jour des menstrues.

Dans la plupart des cas, il semblerait que la cause de cette douleur n'a aucune relation avec le cycle menstruel et l'on a affaire à un état purement orthopédique; « le plus souvent elle résulte d'une maladie ou d'un trouble de la colonne vertébrale ou d'une irritation musculaire résultant d'une position défectueuse ». Cependant, une opinion assez courante veut que cette douleur occipitale puisse être due à une infection ou un trouble quelconque des organes du petit bassin.

W. E. Chamberlain a décrit un type de céphalée occipitale menstruelle qu'il attribue directement à un effet d'ordre endocrinien. D'après cet auteur, cette céphalée serait « le résultat d'un relâchement temporaire des articulations du bassin », ce qu'il a d'ailleurs démontré par des radiographies. Cette idée se défend assez bien par le fait qu'un tel relâchement, même plus accentué, ne se rencontre pas seulement lors de la période menstruelle mais qu'on l'aurait parfois noté au cours de la grossesse. Bien plus, Hisaw et ses collaborateurs ont montré qu'une hormone provenant du corps jaune et qu'on appelle « relaxin » serait capable de produire une séparation marquée de la symphyse pubien-

ne du cobaye; et ces auteurs de conclure que cette hormone pourrait bien être mise en cause dans la céphalée occipitale menstruelle chez la femme.

\* \* \*

En questionnant scrupuleusement les malades, n'avez-vous pas souvent noté que bon nombre de femmes, durant la période qui précède les règles, accusent un certain nombre de symptômes auxquels il faut accorder toute notre attention! Elles s'avouent plus nerveuses, plus irritables, ressentent toutes sortes de malaises inaccoutumés: sensation de froid et de fatigue, manque d'entrain, tendance à pleurer; parfois même un état nauséux et souvent un gonflement abdominal.

En certains cas, ces signes peuvent être très accentués. Qu'il y ait un terrain psychique chez beaucoup d'entre elles, cela est probable, mais beaucoup d'auteurs sont d'avis que tous ces signes proviennent d'un trouble endocrinien. Frank a appelé cet état: *premenstrual tension*. Bien qu'on n'ait pas pu apporter de conclusions évidentes à l'appui de cette hypothèse, cet auteur attribue cette tension prémenstruelle à un excès de substance oestrogènes dans le sang. En France, Ferrier et Varangot ont beaucoup parlé du syndrome d'hyper-folliculinisme, qui en somme a trait au même état de chose. Il est très intéressant de noter que récemment on émettait la suggestion que cette tension prémenstruelle était le résultat d'un oedème généralisé qui accompagne si souvent cette période du cycle menstruel. Nous savons aujourd'hui que juste avant et durant la menstruation il y a dans l'organisme de la femme accumulation de sel et d'eau, à tel point que nombre de femmes normales, d'après les observations de Sweeney, gagnent plusieurs livres de poids à cette époque.

Depuis les observations cliniques rapportées par Mackenzie en 1884, un certain nombre d'autres observations a fait naître l'idée qu'il existait une relation physiologique naso-génitale. En premier lieu, nous sommes frappés de constater que la muqueuse qui recouvre les cornets possède une structure caverneuse qu'on peut fort bien rapprocher du tissu érectile du pénis et du clitoris, et « les excitations olfactives sont étroitement associées aux impulsions et aux divers comportements sexuels ».

Parmi les multiples petits signes inhabituels que peut présenter la femme au temps de la menstruation, il en est un d'observation moins courante, c'est la congestion nasale dont s'accompagne souvent l'épistaxis et qui fait son apparition régulière chez bon nombre d'entre elles à cette époque. Chose plus curieuse, il n'est pas rare de noter l'apparition d'une hémorragie nasale à la puberté et cela dans les deux sexes. Cette hémorragie nasale qui survient chez les filles et même chez les femmes au moment où devrait apparaître la menstruation a semblé remplacer cette dernière qui ne venait pas; c'est pourquoi certains auteurs l'ont appelée, mais bien à tort, « menstruation vicariante » ou si l'on veut « menstruation de substitution ». Chez les femmes au cours de la grossesse on a souvent rencontré de la rougeur et du gonflement de la muqueuse nasale; on a observé ces mêmes signes chez les singes au cours de l'oestrus. Des expérimentateurs ont rapporté qu'en excitant la partie interne du nez on modifiait la périodicité des cycles oestriens chez les rats, tandis que chez les jeunes animaux le fait d'exciser les cornets provoquait une hypoplasie des organes sexuels.

Par ailleurs, on a observé que la castration était suivie de modifications de dégénérescence au niveau de la muqueuse nasale et qu'on pouvait faire disparaître ces troubles en utilisant les injections d'oestrine.

Mortimer, Wright et Collip ont fait une étude minutieuse de tous les membres d'une même famille qui souffrait de « rhinite atrophique ». Or, à l'examen des skiagrammes de ces sujets, ces auteurs ont trouvé des signes qu'on a alors interprétés comme étant l'indice d'anormalités pituitaires.

Ainsi la possibilité d'une relation de cause à effet entre la pituitaire (i.e. déficience de l'hormone gonadotrope) et les maladies nasales a-t-elle suggéré de tenter l'essai de l'oestrine dans le traitement de la rhinite atrophique. On utiliserait cette hormone en application locale.

« Chez la moyenne des femmes la période de reproduction dure de 25 à 35 ans », d'après Hamblen. A cette période de vie génitale active succède une période de régression des caractères sexuels qui s'établit graduellement et peut se continuer pendant un certain nombre d'années variable. Une des caractéristiques les plus marquantes de cette régression sexuelle est bien celle qui a trait à la perte de pouvoir concevoir; un second point à noter, c'est l'atrophie qu'on remarque au niveau du tractus génital. Pour ce qui est du libido et de la jouissance dans les rapports sexuels, ils ne sont pas, en général, modifiés à cette époque et peuvent encore persister pendant un certain nombre d'années. « A la suite de ce phénomène de réajustements endocriniens responsables de ces modifications, la femme continue à présenter un comportement physique satisfaisant jusqu'à ce que ce dernier soit troublé par une sénilité somatique ».

D'après Kurzrok, « les facteurs qui contrôlent la fin de l'époque sexuelle sont intimement liés à ceux qui étaient intéressés à son apparition. Ainsi, continue cet auteur, si nous connaissions la cause exacte de la puberté, nous connaîtrions la venue de la ménopause ».

Lorsque nous parlons de la période de la régression sexuelle, nous employons le terme *ménopause*. Or, ce terme est inexact, puisqu'il signifie simplement l'arrêt des règles. On devrait plutôt employer le terme d'« époque climatérique » dont le sens ne se limite pas à l'arrêt des règles mais embrasse l'ensemble des symptômes subjectifs et des modifications endocriniennes que l'on rencontre à cette époque de la vie de la femme.

On croit qu'il existe un état de stérilité physiologique bien avant qu'on puisse noter une irrégularité quelconque dans l'hémorragie utérine. Cette stérilité physiologique existerait de même dans les années qui suivent l'apparition de la première menstruation.

En général, l'arrêt des règles survient entre 45 et 50 ans, mais on peut l'observer bien avant, même chez des femmes jeunes, de même que beaucoup plus tard, l'âge de 73 et de 93 ans ayant déjà été noté. Certains facteurs de race, d'hérédité, de climat, d'état général, de condition sociale et de lésions pelviennes peuvent influencer l'apparition de la ménopause. On estime généralement qu'il y a une espèce de relation entre l'âge d'apparition de la première menstruation et celui de la ménopause. Ainsi a-t-on observé que chez une personne qui avait ses premières règles tardivement, la venue de la ménopause était précoce.

En plus de l'ablation chirurgicale et de la castration par rayons X ou radium, les causes que l'on peut invoquer dans la ménopause précoce sont, entre autres, d'après Hamblen, une lactation prolongée, les maladies chroniques et certains syndromes endocriniens caractérisés par un hypofonctionnement de l'ovaire. Il est intéressant de noter qu'à la suite de l'hystérectomie qui amène une cessation brusque de la menstruation, il n'y a pas de signes évidents immédiats de déficience ovarienne.

Des auteurs, tels que Novak et Hutton, estiment que plus de 10 à 12½% des femmes voient leur ménopause après l'âge de 50 ans. Si la ménopause dépasse d'âge de 55 ans, il faut garder ces femmes sous observation minutieuse et penser à quelque chose de malin à la moindre hémorragie anormale.

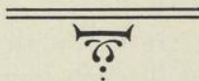
Au point de vue de l'étiologie de l'« époque climatérique » nous pouvons invoquer les trois facteurs suivants: l'antéhypophyse, les ovaires et l'utérus. Mais c'est encore au niveau des ovaires qu'apparaissent, d'une façon constante et frappante, les modifications anatomiques et fonctionnelles. Ces modifications qui s'opèrent graduellement dans les ovaires sont des phénomènes de dégénérescence, phénomènes qui, conséquemment, apparaissent sur tout le tractus génital et au niveau de la glande mammaire. Il est, cependant, un fait, contrôlé par l'expérimentation, sur lequel il est bon d'insister, c'est que la fonction ovarienne ne cesse pas entièrement avec l'apparition de la ménopause.

Touchant l'hormonologie de cette époque de la vie de la femme, nous pouvons résumer comme suit: les ovaires perdent graduellement de leur capacité fonctionnelle et présentent une espèce de réfractivité vis-à-vis les influences gonadotropes de l'antéhypophyse. Il n'y a plus d'ovulation et partant plus de formation de corps jaune. Il s'ensuit une mise en liberté dans l'organisme d'une plus grande quantité de prolan A concurremment à une hyperactivité du cortex surrénal. A son tour, l'antéhypophyse sera troublée dans sa fonction gonadotropique tant au point de vue qualitatif que quantitatif. D'après Hamblen, « les modifications de régression sexuelle qui caractérisent l'« époque climatérique » peuvent être dus plutôt à l'action déféminisante de l'hypersécrétion des substances androgènes qu'à la baisse du taux des substances oestrogènes ».

Le réajustement endocrinien serait donc un processus lent et graduel pouvant se continuer longtemps après la cessation de la menstruation. En conclusion on peut dire que l'« époque climatérique » se caractérise par une suite de modifications et d'altérations graduées et sans limites précises.

## BIBLIOGRAPHIE

- (1) BEST & TAYLOR. — *Phys. Basis of Med. Pract.* 2e édition, 1940.
- (2) BOYNTON, R. E., et HARTLEY, E. C.: *Am. J. Obst. & Gyn.* 27: 253, 1934.
- (3) CHAMBERLAIN, W. E. — *Am. J. Roentgenol.* 24: 621, 1930.
- (4) COTTE, Gaston. — *Troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme*, 2e édit. Masson & Cie. Paris, 1931.
- (5) COTTE, G. et PALLOT, G. — *Gynec. et Obst.* 33: 113, 1936.
- (6) FLUHMANN, C. F. — *Menstrual Disorders* (W. B. Saunders Co. 1939).
- (7) FLUHMANN, C. F. — *J. A. M. A.* Vol. 116: (1 mars) 1941.
- (8) HAMBLÉN, E. C. — *Endocrine Gynec.* (Chs. C. Thomas 1939).
- (9) KURZROK, R. — *The Endocrines in Obst. & Gynec.* (The Williams & Wilkins Co. 1938).
- (10) MORICARD, R. — *Bull. Soc. d'Obst. et de Gynec.* 1er juin 1936.
- (11) PAPANICOLAOU, G. N. — *Meeting Am. Assn. Anato.* Durham, N. C., 1936.
- (12) SAINTON, P., SIMONNET, H. et BROUHA L. — « *Endocrinologie: Clinique Thérap. et expérim.* » Masson & Cie, Paris, 1937.
- (13) FONDATION SINGER-POLIGNAC: *Les hormones sexuelles.* Hermann & Cie. Paris, 1938.
- (14) TEDSTROM, M. K., et Wilson, G. E.: *Calif. & West Med.* 44: 375, 1936.



LA CYSTITE INCRUSTÉE <sup>1</sup>

Par JEAN-PAUL LEGAULT

C'est toujours une question délicate pour un urologiste de traiter un sujet de sa spécialité qui puisse être d'un intérêt commun à tous. Je crois que dans la cystite incrustée l'intérêt commun est trouvé. En effet, c'est le médecin de famille qui, le plus souvent, voit le premier le malade présentant de la cystite incrustée. Souvent le malade guérira si le médecin de famille fait un diagnostic précoce et institue le traitement adéquat, réservant les échecs ou la récurrence aux soins de l'urologiste. De toutes les cystites, la cystite tuberculeuse excluse, la cystite incrustée est la plus rebelle au traitement parce que le plus souvent ignorée. Le malade se présentant maintes et maintes fois à la consultation, se plaignant toujours de sa vessie, malgré une certaine médication prescrite. La raison de son incurabilité relative et passagère, réside dans le fait que le traitement approprié n'avait pas été fait, à moins que le diagnostic lui-même soit totalement ignoré.

Le cas suivant va illustrer mes affirmations. —

Madame X. — 23 ans — est envoyée par son médecin pour cystite rebelle; laquelle cystite a coïncidé au début avec un accouchement survenu il y a au plus quelques mois. A son arrivée à l'hôpital, la patiente se plaint de cystite intense, *i.e.* pollakiurie, douleurs à la miction et même hématurie intermittente avec, disait-elle des coquilles dans le passage.

L'examen des urines révèle du pus — de l'alcalinité et des bactéries, du staphylocoque en l'occurrence. La cystos-

<sup>1</sup> Communication présentée à la réunion de la Société Médicale de Montréal, tenue à l'hôtel-Dieu, le 17 novembre 1942.

copie nous montre une cystite intense, grade II avec deux plaques de cystite incrustée à 8 heures et 5 heures :

On lui prescrivit du nitrate d'ammonium à la dose de 3 comprimés de 0 gr. 50 — 3 fois par jour, — des lavages de vessie suivis d'instillation de nitrate d'argent à 1%.

Comme la malade ne s'améliorait pas, on décida de fulgurer sa plaque. Après la fulguration, le même traitement local est continué pour un certain temps. La malade s'améliore mais n'est pas entièrement guérie.

Une seconde fulguration est décidée.

Théoriquement, la malade est guérie mais de fait, elle a filé à l'anglaise. C'est pour cette raison qu'elle n'est pas ici mais son traitement l'avait quand même améliorée. Et son médecin averti, continuera le traitement local. Nous la reverrons sûrement.

La cystite incrustée est caractérisée par des plaques calcaires, plus ou moins saillantes — blanches ou grises — filamenteuses ou compactes, provenant d'une nécrose de la muqueuse vésicale. Si l'on va de la surface à la profondeur, la plaque est constituée de tissu nécrosé avec des amas calcaires de phosphates de chaux; d'une seconde couche — constituée de cellules embryonnaires avec de nombreuses colonies microbiennes, de vaisseaux thrombosés; d'une troisième couche — la sous-muqueuse — infiltrée et sclérosée.

La cystite incrustée a une double cause. Pour citer le professeur Mercier, on peut dire, qu'elle relève d'une part, d'une ulcération de la paroi vésicale et d'autre part, d'une infection vésicale dont les microbes ont une affinité spéciale à alcaliniser les urines et ainsi à favoriser la précipitation des sels de chaux. L'ulcération de la vessie peut provenir d'une vieille cystite, d'origine endogène ou exogène. La

# LORAVINE

*Décongestif*

*Veineux*

•  
*Sédatif*

*Nervin*

La LORAVINE renferme, dans une solution glycéro-alcoolique, des éléments végétaux naturels vaso-constricteurs et sédatifs considérés comme base classique du traitement des affections du système veineux.

De plus, à ces éléments est ajouté un sel métallique dont l'action décongestive se manifeste d'une façon constante et efficace.

## FORMULE

Alcoolature de Marron d'Inde — Teinture d'Hydrastis  
Teinture d'Hamamelis — Alcoolature d'Anémone — Extrait  
de Valériane — Chlorure de Magnésium.

## INDICATIONS

Les résultats obtenus ont établi d'une façon très nette l'efficacité de la LORAVINE dans les cas de :

**VARICES - PHLÉBITES - HÉMORROÏDES ET  
AFFECTIONS NERVEUSES CONCOMITANTES**

*Fabricants et Concessionnaires au Canada*

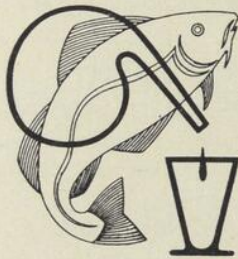
**ROUGIER FRÈRES**

350, RUE LE MOYNE

- MONTRÉAL

NADEAU

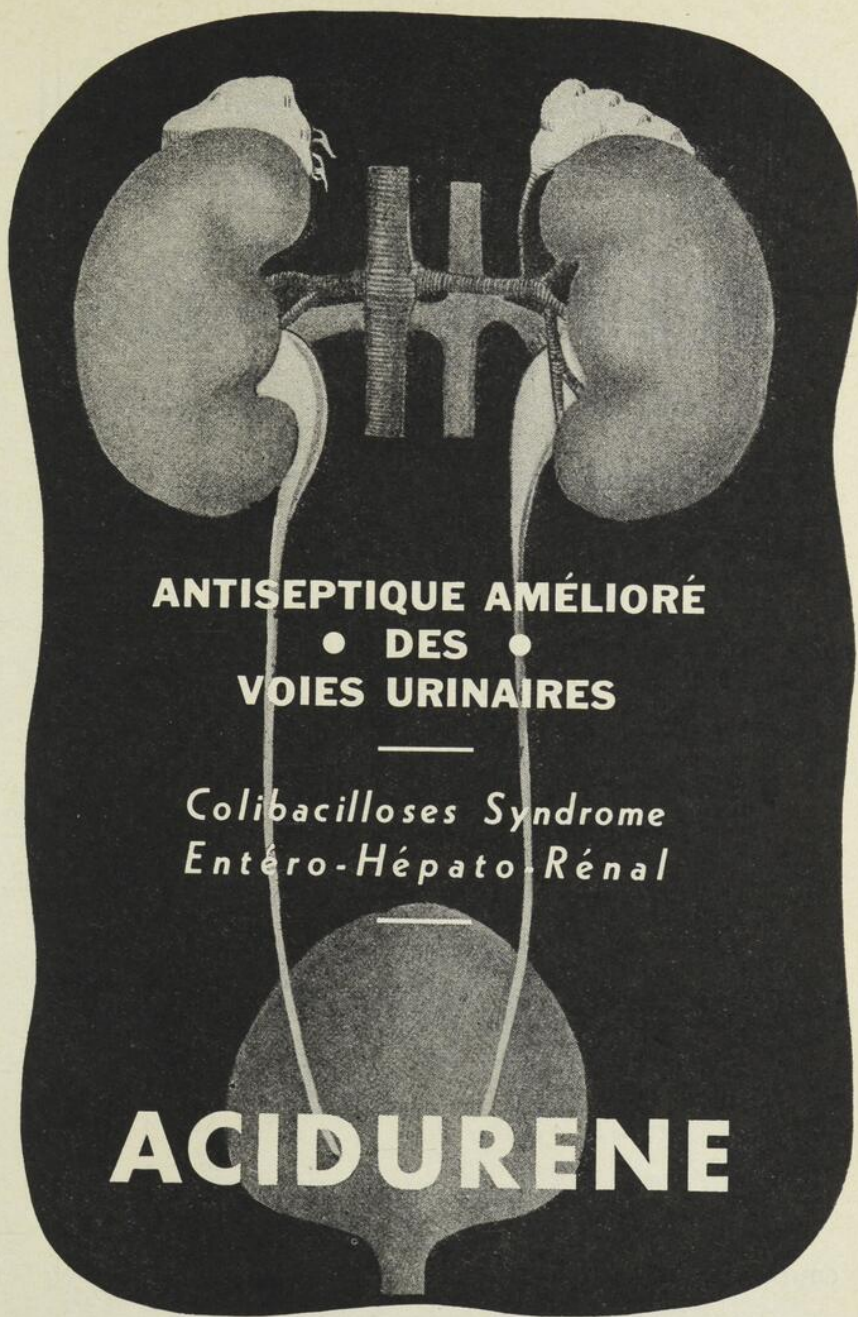
# HUILE DE FOIE DE MORUE 3000



LABORATOIRE NADEAU LIMITÉE

100 OUEST, RUE ST-PAUL

MONTREAL



**ANTISEPTIQUE AMÉLIORÉ**  
• **DES** •  
**VOIES URINAIRES**

*Colibacilloses Syndrome*  
*Entéro-Hépto-Rénal*

**ACIDURENE**

*Littérature et échantillon sur demande*

**ANGLO-FRENCH DRUG CIE.,**

**MONTREAL**

*3 gouttes dans chaque narine . . .*

*et le coryza disparaît*

# **PRIVINE "CIBA"**

*Solution à 1:1000 de chlorhydrate de 2-(naphthyl-1'-méthyl)-imidazoline*

## **GOUTTES NASALES**

Au nombre des importants travaux de chimie-pharmacologie de l'année 1940 se rangent la synthèse du 2-(naphthyl-1'-méthyl)-imidazoline, réalisée dans les Laboratoires "Ciba", et son classement comme puissant vaso-constricteur et décongestionnant des muqueuses nasales et pharyngiennes. Déjà plus active que l'éphédrine, l'épinéphrine se voit à son tour surpassée par la Privine, quatre fois plus efficace et d'une durée d'action trois fois plus longue.

L'observation clinique prouve que la Privine, qui assure non seulement l'ischémie, mais encore la décongestion des muqueuses, des fosses nasales principalement, convient parfaitement au traitement des affections nasopharyngiennes sous toutes leurs formes. Quelques instants après l'instillation de 3 gouttes de Privine dans les narines, la céphalée et la sensation de lourdeur de la tête disparaissent, tandis que la respiration nasale devient libre. Le nasillemeent des enrhumés et le larmoieement cessent, la voix retrouve son timbre normal, l'odorat est récupéré. La Privine rend aussi d'excellents services au dentiste, à l'oculiste et comme complément aux anesthésiques.

### **DOSE**

**3 gouttes dans chaque narine, 1 à 3 fois par jour.**

### **PRÉSENTATION**

**Flacon de ½ once, avec compte-gouttes.**

**Flacon de 4 onces.**

*Littérature et échantillons sur demande.*

**COMPAGNIE CIBA LIMITÉE**

**MONTRÉAL**

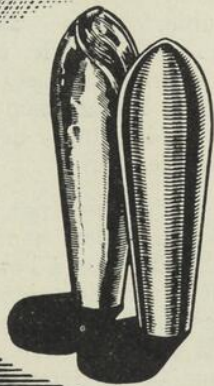


POUR LE  
SOULAGEMENT  
DES  
HÉMORROÏDES

# WYANOIDS

*Wyeth's*

INTRODUCTION FACILE  
RÉTENTION IMMÉDIATE



John Wyeth & Brother (Canada) Limited  
WALKERVILLE, ONT.

# ACTION SYNERGISTIQUE!

## "ACETOPHEN" COMPOSÉ AVEC CODÉINE

### COMPOSÉ D'ACETOPHEN (et CODÉINE)

C.T. no 222 *Frosst*

Acetophen  $3\frac{1}{2}$  grains (0.224 g)  
Oxéthylpara-acétanilide  $2\frac{1}{4}$  grains (0.160 g)  
Citrate de caféine  $\frac{1}{2}$  grain (0.032 g)  
Phosphate de codéine  $\frac{1}{8}$  grain (0.008 g)

Dose:—1 comprimé, avec de l'eau, 2 ou 3 fois par jour au besoin.

### COMPOSÉ D'ACETOPHEN (et CODÉINE) R<sub>2</sub>

C.T. no 282 *Frosst*

Formule du C.T. no 222 avec du phosphate de codéine  $\frac{1}{4}$  grain (0.016 g)

### COMPOSÉ D'ACETOPHEN (et CODÉINE) R<sub>3</sub>

C.T. no 292 *Frosst*

Formule du C.T. no 222 avec du phosphate de codéine  $\frac{1}{2}$  grain (0.032 g)

C.T. no 273 *Frosst*  
pour enfants. Le quart de la force du C.T. no 222

CES COMPRIMÉS N'ENTRAÎNENT PAS LA FORMATION D'UNE HABITUDE MORBIDE. ON PEUT LES OBTENIR, SUR ORDONNANCE, EN TOUTE QUANTITÉ JUGÉE NÉCESSAIRE POUR UN TRAITEMENT COMPLET.

dans le traitement

du rhumatisme articulaire aigu, de l'influenza, du rhume ordinaire, du lumbago, de la sciatique, des douleurs de l'arthrite, de la dysménorrhée, et des douleurs consécutives au trauma et aux interventions chirurgicales.

La formule du composé d'"Acetophen" est un exemple remarquable de la synergie de certains médicaments. Combiné avec l'oxéthylpara-acétanilide, l'Acetophen en augmente l'efficacité et devient lui-même plus efficace. De même, dans cette formule, la valeur de la caféine est portée au double; combinée avec l'Acetophen et l'oxéthylpara-acétanilide, elle semble accentuer leur effet antalgique et, en outre, agit comme diurétique hémodynamique, aidant ainsi l'élimination par le rein, si désirable en présence de toute infection.

Pris seul, le phosphate de codéine n'est pas un puissant sédatif des nerfs, mais il devient très efficace si on l'associe à l'Acetophen, à l'oxéthylpara-acétanilide et au citrate de caféine. La synergie de ces trois substances s'attaque à la cause excitatrice de la douleur — *i.e.*, le micro-organisme infectieux — et détermine l'antalgie en "décongestionnant" le cerveau et les muscles.

Charles E. Frosst & Co.  
MONTREAL - CANADA

À ÉGALITÉ DE PRIX ET DE QUALITÉ, PRESCRIVEZ UN PRODUIT CANADIEN!

# TAXOL

RÉÉDUCATEUR  
TYPE  
DE L'INTESTIN  
SANS  
ACCOUTUMANCE

Laboratoires LOBICA  
Suc. Continental Laboratories Ltd.  
Londres

J. EDDÉ Ltée, Agents

*Echantillons sur demande.*

# ETHER PUR

*pour Anesthésie*

De la plus haute qualité  
possible, telle qu'employée  
par les principaux hôpitaux  
à travers l'Amérique.

MALLINCKRODT CHEMICAL WORKS, LIMITED

378, RUE SAINT-PAUL OUEST  
MONTRÉAL

## iodaseptine cortial

TUBERCULOSE  
PULMONAIRE CHRONIQUE

ADENOPATHIES  
DE L'ENFANCE

RHUMATISMES  
CHRONIQUES

SUPPRESSION DE LA DOULEUR  
NI IODISME, NI INTOLÉRANCE

LABORATOIRES  
CORTIAL  
15 B<sup>o</sup> PASTEUR  
PARIS (XV<sup>e</sup>)

RHUMATISMES  
AIGUS

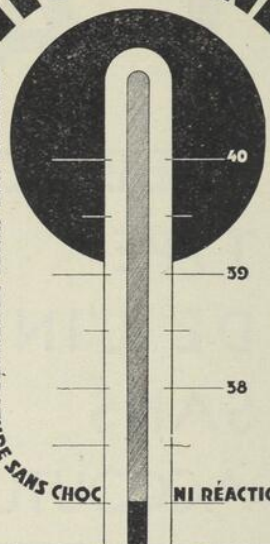
## iodaseptine salicylée

UNIT

L'ACTION DE L'IODE A L'EFFET SALICYLÉ

DANS TOUTES LES GRANDES INFECTIONS AIGUES LA...  
**SEPTICEMINE**

ENTRAINE UNE CHUTE DE TEMPERATURE SANS CHOC



LABORATOIRES CORTIAL . 15 BOUL<sup>e</sup> PASTEUR . PARIS

SOLUCAMPBRE

O  
L  
U  
C  
A  
M  
P  
B  
R  
E

# SOLUCAMPBRE

DELANDE

Camphre en Solution aqueuse

Même Posologie, mêmes indications que  
l'Huile Camphrée, sans aucun de ses inconvénients. — 3 fois plus actif

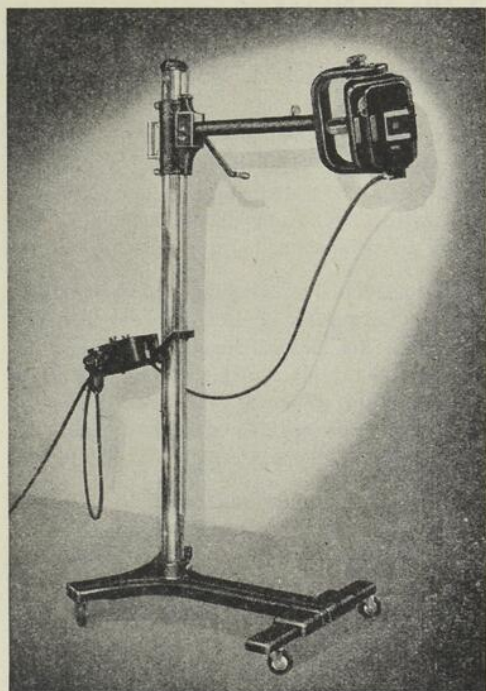
2 Formes : SOLUCAMPBRE SIMPLE  
SOLUCAMPBRE SPARTEINE

MILLET ROUX & CIE, LIMITÉE

1215 RUE ST-DENIS

MONTREAL

# Appareil à Rayons-X *Westinghouse*



• L'appareil démonté est composé des pièces telles que montrées dans la photographie de côté, lesquelles sont faciles de manipulation.

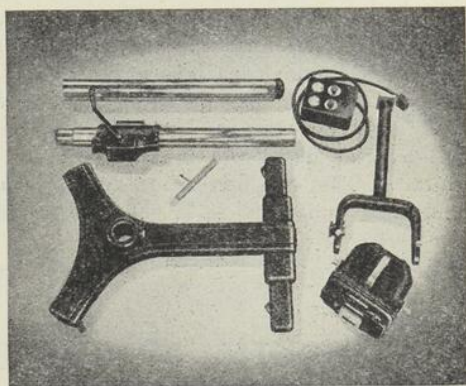
Le montage ou démontage se fait des plus rapidement.

PORTATIF MODÈLE 'C'

CAPACITÉ : 15 MA. à 75 KVC

3 MA. à 84 KVC

• Lorsqu'assemblé il travaille comme une unité mobile au dessus ou sous un lit. La tête est mobile sur joint universel permettant toutes les angulations désirées. C'est l'appareil qui s'adapte au patient et non le patient à l'appareil. Hauteur totale 74 pouces. Portée radiographique complète.



*Littérature et renseignements sur demande*

## *Casgrain & Charbonneau Limitée*

*Département des Rayons-X*

MONTREAL

XVII

---

---

---

---

---

---

## LES LABORATOIRES DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL

En 1886, le gouvernement de la province de Québec instituait un Conseil d'Hygiène et, en 1894, créait une division d'expériences scientifiques et d'analyses bactériologiques. Ce fut le premier laboratoire d'état à faire gratuitement le diagnostic de la fièvre typhoïde par le procédé d'agglutination (réaction de Widal), avec du sang desséché. Cette innovation fut rapidement adoptée dans le monde entier.

Jusqu'en 1910, le travail de ce service se limite annuellement à quelques centaines d'exams, mais cette année-là il fut complètement réorganisé. A mesure que la diffusion des notions d'hygiène se faisait dans notre province, les différentes branches du département prenaient de l'extension. Les médecins, les municipalités et la population en général acquièrent l'habitude d'utiliser les laboratoires pour résoudre les problèmes d'hygiène. L'augmentation considérable des échantillons soumis à l'analyse durant ces dernières années le démontre d'une façon évidente.

L'établissement actuel occupe le quatrième et le cinquième étage de l'édifice du gouvernement, 89 est, rue Notre-Dame, à Montréal. Au cinquième étage sont situées les salles où se font la préparation des nécessaires; on y trouve aussi la salle de stérilisation de la verrerie, la préparation des nécessaires; on y trouve aussi la salle des animaux de laboratoire, la salle d'expédition des nécessaires et de réception des échantillons par la poste ou par messageries. Au quatrième étage sont situés les bureaux de l'administration et les pièces où se font les travaux d'analyse. Voilà ce que la province met à la disposition des médecins.

Toutes les analyses sont gratuites pour les particuliers, les médecins et les municipalités. Il est inutile d'ajouter que les employés sont tenus au secret le plus rigoureux. Le personnel des laboratoires est à la disposition de tous. Médecins, officiers sanitaires et profanes sont toujours admis et peuvent visiter les différentes salles avec facilité. Tous sont invités à profiter des avantages qu'offrent les laboratoires, qu'il s'agisse d'analyses bactériologiques, sérologiques ou de chimie et de contrôle sanitaire. C'est une institution destinée au public, fondée dans le but d'améliorer les conditions sanitaires de la province et de servir la population.

●

### LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL

HON. HENRI GROULX  
ministre

JEAN GRÉGOIRE, M.D.  
sous-ministre

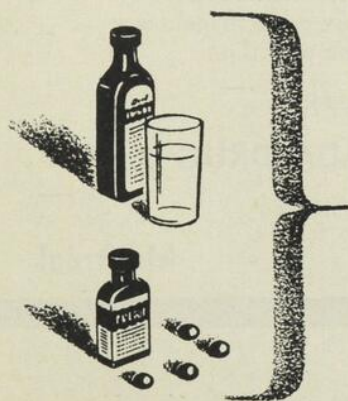
# Prémarine



# Emménine

## LE TRAITEMENT EFFICACE ET SÛR DE LA MÉNOPAUSE PAR LES OESTROGÈNES NATURELS ACTIFS *PER OS*

Durant nombre d'années, on a employé l'Emménine avec beaucoup de succès dans le traitement des maux bénins de la ménopause. A l'heure actuelle, la "Prémarine", la plus puissante de toutes les préparations oestrogènes naturelles actives *per os* s'avère très efficace pour soulager rapidement les symptômes ménopausiques même les plus marqués. Là où l'on peut diminuer la dose de la "Prémarine" à moins d'un comprimé tous les deux jours, il y aura lieu d'y substituer l'Emménine. Ces oestrogènes naturels actifs par voie buccale procurent une sensation d'euphorie.



"Prémarine" oestrogènes conjugués chevalins: no 866  
—en bouteilles de 20 et 100 comprimés.

"Emménine" oestrogènes conjugués placentaires:  
Comprimés, no 701, en bouteilles de 42;  
Liquide, no 927, en bouteilles de 4 onces.

Présentées avec l'approbation de l'Institut de Recherches d'Endocrinologie,  
Université McGill, dont le chef est le docteur J. B. Collip.

Les Vitamines seules ne suffisent pas.

Elles sont plus utiles associées à des sels minéraux.

## **BETAGEN**

contient la Vitamine B. associée aux glycerophosphates alcalins, à la lécithine et l'avénine, et est une combinaison heureuse qui par l'action synergique de ses éléments constituants en fait un médicament précieux comme...

### COMPOSITION

Chaque once contient:  
500 U. I. de Vitamine B<sub>1</sub>  
Chlorure de Thiamine  
1 mgm. Riboflavine  
avec les autres facteurs de la  
Vitamine B Complexe,  
B<sub>3</sub>, B<sub>4</sub>, B<sub>5</sub> et B<sub>6</sub>  
Lécithine d'oeufs 1/16 gr.  
Avenine ... .. 1/30  
Glycerophosphates  
de Sodium 8 grs.  
de Calcium 4 grs.  
de Potassium 4 grs.  
de Strychnine 1/60 gr.

## **Tonique et Aliment Nervin**

RECOMMANDÉ

Pertes d'Énergie et d'appétit - Anémie  
Neurasthénie - Troubles Gastro-intestinaux  
et dans les cas où le système nerveux  
est affaibli.

### MODE D'EMPLOI

Adultes: Une cuillerée à dessert quatre fois par jour, de préférence avant les repas et le coucher. Enfants: Selon l'âge, de ½ cuillerée à thé à une cuillerée à dessert.

## **PAVERAL**

*reste toujours le médicament de choix pour le traitement scientifique  
de la*

## **COQUELUCHE**

Le PAVERAL est journellement prescrit avec succès  
pour les cas de coqueluche et des toux coqueluchoïdes.

Ne cause ni intolérance, ni complication.

Littérature sur demande.

Agents : LA CIE CANADA DRUG

PHARMACIENS EN GROS

857, rue Saint-Maurice, - - - Montréal

● **Pour tout appareil à rayons X**

RADIODIAGNOSTIC

RADIOTHÉRAPIE

● **Pour tout matériel radio-photographique**

FILMS

PRODUITS CHIMIQUES

● **Pour tout instrument électro-médical**

DIATHERMIE À ONDES LONGUES OU  
À ONDES COURTES

RAYONS ULTRA-VIOLETS

RAYONS INFRA-ROUGES

COURANTS GALVANIQUES ET FARADIQUES

● **Pour appareils électro-cardiographiques**

SANBORN

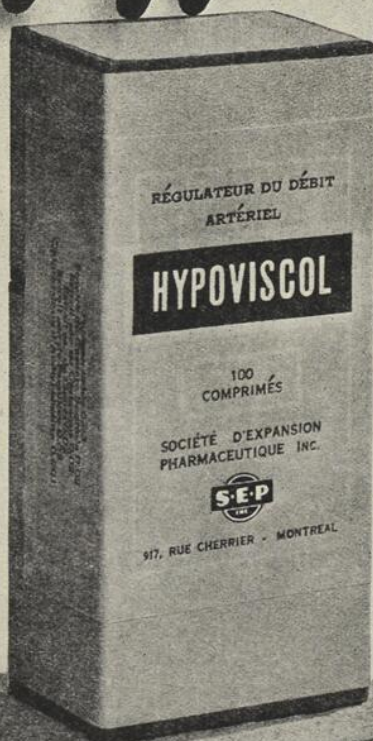
**CONSOLIDATED X-RAY COMPANY  
LIMITED**

313 Dominion Square Building

MONTREAL

HARBOUR 3717

# Hypoviscol



*Hypertension*



SOCIÉTÉ D'EXPANSION PHARMACEUTIQUE INC.  
917, RUE CHERRIER - MONTRÉAL

— C O M P R I M É S —

---


# D'ORETON-M

---

DANS L'HYPOGONADISME ET LES TROUBLES  
PSYCHIQUES QUI ACCOMPAGNENT L'AFFAIBLIS-  
SEMENT DE LA FONCTION TESTICULAIRE. EN  
GYNÉCOLOGIE POUR ENRAYER L'HÉMORRAGIE  
UTÉRINE FONCTIONNELLE ET CONTRE LA DYS-  
MÉNORRHÉE RÉFRACTAIRE. EN OBSTÉTRIQUE  
POUR LA SUPPRESSION DE LA LACTATION ET  
POUR LE SOULAGEMENT DE L'ENGORGEMENT  
DES SEINS. COMPRIMÉS D'ORÉTON-M DE 10 MG.  
EN BOÎTES DE 15, DE 20 ET DE 100.

SCHERING CORPORATION LIMITED  
137 St. Peter St., Montreal

---



## *À votre disposition*

Votre banque n'est pas seulement votre caissière et la dépositaire de vos capitaux d'épargne. Elle est en état de vous rendre d'autres services. Vos occupations et vos préoccupations d'ordre professionnel ne vous laissent guère le loisir de vous documenter au jour le jour sur les questions d'affaires. Vous n'en êtes pas moins tenu, à l'occasion, de résoudre certains problèmes financiers qui mettent en jeu vos intérêts. Recourez donc avec confiance au gérant de votre banque dont les avis désintéressés vous seront souvent utiles.

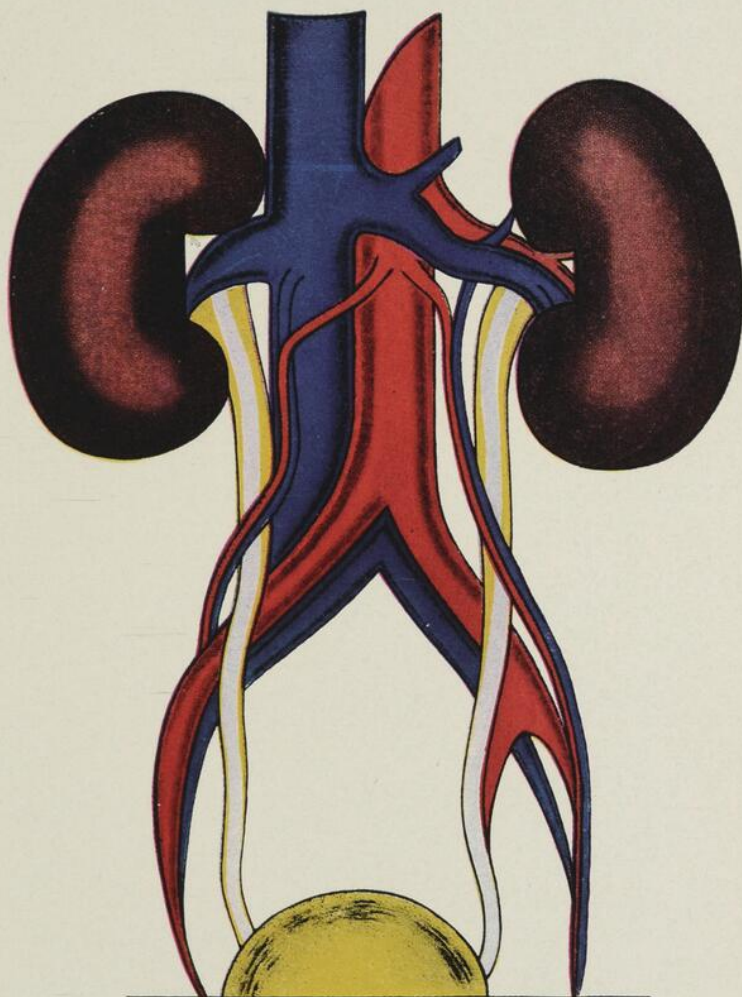
## **BANQUE CANADIENNE NATIONALE**

ACTIF, ENVIRON \$180,000,000

529 bureaux au Canada

# PHEZINE

Antiseptique Urinaire Essentiellement Nouveau



Bactéricide non toxique indiqué dans la  
Pyélo-néphrite, Pyélite, Pyurie, les Colibacillooses.

DE 6 À 12 COMPRIMÉS PAR JOUR.

Conditionné en flacons de 100 comprimés.

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE SUR DEMANDE.

**LABORATOIRES DES BERGERS-BISMOL**

388 ouest, rue St-Paul

**MONTREAL — CANADA**



## Tous les facteurs NATURELS

**Les auteurs s'accordent à dire que . . .**

*"LA DÉFICIENCE D'UN FACTEUR DU COMPLEXE B est toujours accompagnée d'une DÉFICIENCE GÉNÉRALE des 12 FACTEURS connus."*

(Vit. Ther. ds Gen. Frac. Gordon & Sevringhaus, 1941.)

Vu la grande importance biologique d'un groupe de facteurs contenu dans le COMPLEXE NATUREL, la VITAMINE B NATURELLE TOTALE (**B-ToTum**) doit être préférée aux produits de synthèse.

*"Nous devons nous méfier des produits synthétiques ajoutés aux concentrés naturels parce qu'une VITAMINE PARTICULIÈRE est ainsi administrée hors de toute proportion avec les autres facteurs."*

(C. Elvehjem ds "Nutrition", 1941.)

**-ToTum** est un COMPLEXE B NATUREL TOTAL. Chaque facteur garde proportion existante dans la nature. Il est stable, facile à prendre et relativement peu coûteux au patient.

Littératures et échantillons sur demande.

**LABORATOIRES DES BERGERS-BISMOL**

**MONTREAL**

**CANADA**

cause exogène paraît la plus fréquente, car c'est surtout à la suite de manipulations vésicales qu'on la trouve — suites de couches, cathétérismes répétés etc.

Quant au microbe alcalinisant ou « urea-splitting » comme l'appellent les méricains, c'est habituellement le bacille proteus que l'on trouve. On a, à tort, invoqué un terrain spécifique.

Comme sexe la femme plus favorisée que l'homme. Ce dernier en souffrirait à l'âge prostatique.

Le symptôme pathognomonique de cette affection est le passage de « coquilles d'oeufs » dans les urines fortement alcalines: (*coquilles d'oeufs*). Les autres symptômes sont ceux de la cystite: poilakiurie — douleurs à la miction, pyurie, accompagnées souvent d'hématurie; à part cela, l'état général peut être mauvais, du fait de cette pollakiurie intense avec nycturie.

Les symptômes ne regressent jamais spontanément, mais augmentent. Le diagnostic peut se faire assez facilement par le seul examen des urines. Si vous trouvez « des coquilles d'oeufs » dans des urines fortement alcalines avec des symptômes de cystite tenace — rebelle au traitement, vous avez de fortes probabilités d'avoir affaire à une cystite incrustée. Evidemment, la cystoscopie tranchera la question en cas de doute. A part la cystite incrustée, la cystite tuberculeuse est celle qui persiste et devient rebelle au traitement. Mais la cystite tuberculeuse est *de réaction acide et amicrobienne*.

On peut aussi penser à une tumeur de la vessie avec incrustation des franges, s'il s'agit par exemple d'un polype.

Un calcul de vessie peut aussi donner des symptômes assez identiques. La cystoscopie viendra ici au secours.

Mais à la cystoscopie, on peut errer entre une plaque de cystite incrustée et une plaque de leucoplasie. Cette dernière est habituellement uniforme et ne donne pas au grattage, la sensation rugueuse de la plaque de cystite incrustée.

Le pronostic de cette affection est bon, car avec le traitement approprié il y a guérison définitive.

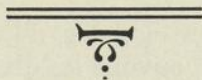
Ce traitement quel sera-t-il? Il sera de deux ordres: il y a le traitement d'ordre général — celui d'acidifier les urines et de suppléer à la perte de chaux par l'organisme et le traitement local, qui consistera à décaper la plaque calcaire et à détruire l'infection vésicale.

L'acidification des urines se fera par le régime et la médication. On peut donner le régime acidifiant ordinaire: suppression du lait, des laitages, des oeufs, des légumes verts à feuilles tels que: laitue, choux, épinards — des fruits crus et de certains aliments riches en phosphates de chaux, comme la cervelle et le ris de veau. On peut aussi prescrire le régime cétogène. Il est difficile à suivre à la maison et même à l'hôpital, les malades s'en plaignent.

Quant aux acidifiants urinaires, ils sont multiples sur le marché. Pour n'en mentionner que quelques uns: le nitrate d'ammonium ou le chlorure d'ammonium, l'acide mandélique, le salicyl, la potion de Joulie. La quantité à donner sera contrôlée au papier tournesol: habituellement de 3 à 4 grammes par jour en pilules kératinisées. C'est au traitement local qu'il faut surtout s'attacher. Celui-ci consistera, soit en lavage de vessie avec instillation, soit en fulguration des plaques calcaires à l'électro-déssiccation; soit en curetage de la vessie. Cette dernière méthode nécessitant l'ouverture de la vessie par la cystostomie relèvera de l'urologiste dans les cas très rebelles. Comme médication de lavage on emploiera le nitrate d'argent au millième, le per-

manganate de potasse au 5 millième. Comme médicament d'instillation, le nitrate d'argent au centième donne les meilleurs résultats. Au début, on peut faire les traitements bi-quotidiens. Si après un délai de temps raisonnable, l'amélioration ne se fait pas, on pourra remédier à l'échec en suggérant alors la fulguration de plaques calcaires à l'électrodessiccation. La cystostomie pour curetage ne devant être fait qu'en tout dernier ressort.

En résumé donc, la cystite incrustée est une maladie assez fréquente. Le médecin de famille par un diagnostic précoce et un traitement approprié peut la traiter et la guérir. En cas d'échec, l'urologiste viendra à son aide. Et ce dernier favorisé par son instrumentation, complètera heureusement le travail commencé et amènera guérison définitive, même s'il faut pratiquer l'étincelage ou la taille vésicale.



#### UNE REVUE NOUVELLE : LE SYMPATHIQUE

Ce nouveau Journal des Gardes-Malades de l'Hôtel-Dieu a choisi un titre qui plaît et qui lui va. Il s'excuse de débiter modestement, car il veut durer. Sa toilette typographique est irréprochable et sa tenue littéraire fort agréable.

Rédigé en collaboration il fait appel à tous les talents et les concours poétiques, scientifiques, littéraires et religieux ont rendu la lecture du premier numéro — celui de février-mars 1943 — digne d'intérêt.

Le Journal de l'Hôtel-Dieu lui souhaite longue vie et prospérité.

## SIGNES POUR APPRÉCIER LA PROFONDEUR DE L'ANESTHÉSIE PAR INHALATION <sup>1</sup>

Par LÉON LONGTIN,  
anesthésiste à l'Hôtel-Dieu.

Les anesthésistes disposent d'un certain nombre de signes cliniques qui leur permettent d'apprécier chez un malade, la profondeur de l'anesthésie par inhalation. Pour simplifier cet exposé, nous laisserons de côté un certain nombre de signes, les uns : nerveux, les autres : musculaires, respiratoires et circulatoires.

Ces signes prennent de la valeur seulement au cours d'anesthésies prolongées, qui, le plus souvent sont administrées par des spécialistes.

Les signes qui vont garder notre attention sont les signes oculaires. Nous pouvons les diviser en trois groupes : les signes palpébraux, les signes du globe oculaire et les signes pupillaires.

Les signes palpébraux sont ainsi appelés réflexes palpébraux parce qu'ils consistent en un mouvement réflexe de la paupière dû à une irritation de la conjonctive ou de la cornée. On peut subdiviser les réflexes palpébraux en trois sortes selon la façon de provoquer ce réflexe. 1) le réflexe conjunctivo-palpébral; celui-ci se cherche de la façon suivante : on soulève la paupière supérieure, on touche la conjonctive avec le médius et en réponse on obtient une contraction de la paupière. Ce réflexe a peu d'importance parce qu'il existe seulement au cours d'une anesthésie superficielle, insuffisante pour permettre un acte chirurgical.

<sup>1</sup> Travail présenté à la Société Médicale de Montréal.

2) le réflexe cornéen; pour retracer ce réflexe, il faut doucement remuer la paupière supérieure, ensuite, séparer les paupières: la supérieure, avec l'index, l'inférieure, avec l'annulaire puis, on touche la cornée avec le médius. La rapidité avec laquelle les paupières se ferment et le degré de fermeture des paupières nous fournissent un signe invariable et sûr de la profondeur de l'anesthésie. Cependant, ce réflexe disparaît au cours d'une anesthésie profonde et sa réapparition est un des premiers signes du réveil.

3) le réflexe de Pearson; pour trouver ce réflexe, il faut presser le milieu du cartilage de la paupière sur la cornée au niveau de la pupille: cette pression fait mouvoir la paupière inférieure dans la direction de l'angle interne de l'oeil. Ce réflexe disparaît en même temps que le réflexe cornéen, ce qui équivaut à dire qu'il n'a pas grande valeur.

Les signes du globe oculaire se limitent à deux. Au début de l'anesthésie, les globes oculaires se meuvent dans le sens latéral avec une certaine vitesse. A mesure que l'anesthésie s'approfondit, ces oscillations se ralentissent et en période d'anesthésie normale, l'oeil reste immobile au centre. La reprise des mouvements du globe oculaire est un signe de réveil. Ce signe est assez précieux surtout s'il s'agit de vérifier si le patient a tendance à se réveiller, car il est assez constant au commencement du réveil du malade. Un autre signe du globe oculaire est celui que donne une excitation du sympathique en provoquant la sécrétion lacrymale: au début de l'anesthésie, les yeux sont humides et brillants; les yeux s'assèchent à mesure que l'anesthésie gagne en profondeur; dans la zone dangereuse de l'anesthésie, les yeux sont devenus ternes et vitreux. Les signes pupillaires: les réactions de la pupille dépendent des différentes conditions d'innervation. Le dilatateur de la pupille est commandé par le sympathique. Le sphincter pupillaire, le muscle circulaire de l'iris, qui commande la contraction

de la pupille, est innervé par les ramifications de la 3e paire crânienne, le moteur oculaire commun. Dans la période de début le sympathique est stimulé, la pupille se dilate, dilatation réflexe due à l'émotivité, à l'instabilité nerveuse, aux agents anesthésiques, mais la réaction à la lumière persiste. Pendant la période d'anesthésie normale on arrive tout doucement à une paralysie complète du sympathique qui n'agit plus. Le constricteur reprenant le dessus on observe alors une contraction de la pupille. Lorsque l'anesthésie s'approfondit, on arrive à une paralysie du constricteur et les pupilles s'élargissent à nouveau, mais elles ne réagissent plus à la lumière. Une pupille étroite est toujours rassurante; une pupille moyenne ou légèrement dilatée doit attirer notre attention et nous inciter à surveiller la narcose de près. Une pupille dilatée ne réagissant pas à la lumière est toujours un signe de danger.

Pour résumer, indiquons les signes importants que l'oeil peut nous donner aux différentes périodes de l'anesthésie:

*Anesthésie légère:*

Quelques mouvements légers des globes oculaires et des pupilles légèrement contractées.

*Anesthésie normale:*

Disparition des mouvements oculaires. Les pupilles perdent la réaction à la lumière et redeviennent d'une grandeur normale. Le réflexe cornéen est disparu.

*Anesthésie profonde:*

Les globes oculaires sont fixes, les paupières sont légèrement entr'ouvertes. Les pupilles sont plus ou moins dilatées. Tous les réflexes palpébraux sont disparus.

*Période dangereuse :*

Les pupilles sont dilatées et leur contour est parfois irrégulier, elles ne réagissent plus à la lumière. Les yeux sont secs, ternes, vitreux.

Toutes ces réactions pupillaires sont fortement modifiées surtout au début de l'anesthésie par différents facteurs dont les plus importants sont : la peur, les émotions en général, la médication pré-anesthésique. Selon que le sympathique est stimulé ou paralysé, nous aurons une dilatation ou une contraction de la pupille. Selon que le parasympathique sera stimulé ou paralysé, nous aurons au contraire, une contraction ou une dilatation de la pupille. Les émotions et la peur agissent plutôt comme stimulants du sympathique et donnent donc une dilatation de la pupille. Parmi les médicaments que nous donnons le plus souvent comme pré-anesthésiques, nous rencontrons 1) la morphine : elle paralyse le sympathique et en conséquence donne une contraction de la pupille. On donne aussi de l'atropine : ce médicament paralyse le parasympathique et donne une dilatation de la pupille. L'ésérine se donne aussi en association comme pré-anesthésique : elle est un stimulant du parasympathique et donne une contraction pupillaire. Quand on donne atropine-morphine, généralement l'effet produit par celle-ci l'emporte et la contraction pupillaire est de règle. Les anesthésiques n'agissent pas tous de la même façon sur la pupille ; l'éthylène et le protoxyde d'azote ne sont pas assez puissants pour approfondir une anesthésie au point d'obtenir une dilatation de la pupille. Si celle-ci se produit parfois, elle est d'origine anoxique.

Bien que le cyclopropane soit un anesthésique très puissant, il ne produit que peu de dilatation pupillaire, l'oxygène étant toujours donné, au cours de cette narcose, en quantité suffisante. Dans l'anesthésie au cyclopropane,

la présence ou l'absence des mouvements du globe oculaire est un guide des plus précieux; les autres signes, respiratoires et circulatoires, sont beaucoup plus difficiles à observer avec cet anesthésique.

D'autres facteurs rendent la lecture des réflexes pupillaires difficile; ce sont: la position du malade sur la table, la position de Trendelenburg par exemple; la compression sur la face par le masque; les tractions et les manoeuvres douloureuses pendant l'opération.

On peut se rendre compte combien il est difficile d'interpréter les signes pupillaires et de s'y fier, quand, cliniquement, nous connaissons un si grand nombre de facteurs qui peuvent les influencer et les modifier; en d'autres termes, l'interprétation de la profondeur de l'anesthésie par inhalation devient très difficile avec les signes dont nous disposons.

L'idéal pour l'anesthésiste, pour apprécier la profondeur de l'anesthésie, serait d'avoir un réflexe qui ne se fatigue pas, que les médicaments n'influencent pas et qui reste indifférent aux émotions, à la douleur et au changement de position. Pour avoir une réponse uniforme ou un réflexe uniforme, il faut nécessairement avoir toujours la même excitation, une excitation égale et ce qui serait encore préférable, une excitation dosable, c'est-à-dire qu'on pourrait augmenter graduellement à mesure que l'anesthésie s'approfondit.

L'idéal théorique que nous venons d'exposer pour l'anesthésie peut presque se mettre en pratique par le réflexe linguomaxillaire. En effet, ce réflexe est infatigable, n'est pas influencé par les médicaments ni par leur autres facteurs mentionnés ci-haut. On le recherche en produisant une excitation électrique au niveau de la langue, du palais ou des gencives et on obtient comme réponse:

l'ouverture du maxillaire inférieur provoquée surtout par la contraction des digastriques. Nous avons observé que, à mesure que l'anesthésie s'approfondit, il est nécessaire d'avoir une plus grande quantité d'électricité pour avoir une réponse égale. La mise au point d'un appareil pour mesurer la quantité d'électricité qui provoque l'excitation a fait les soucis du docteur Eugène Robillard (Rev. Can. de Biol., v. 1, 2-4-5).

Actuellement, les expériences faites sur les animaux et l'être humain dans ce sens nous ont permis d'espérer beaucoup de ces recherches.

### BIBLIOGRAPHIE

- Revue d'anesthésie et d'analgésie. Fév. 1939.  
Anesthesia et analgesia. Vol. 20, No 4, 1941.  
Anesthesia et Analgesia. Vol. 19, No 5, 1940.  
Canadian Medical Association Journal. Vol. 39, 1938.

---

### LES MÉDECINS DE L'HÔTEL-DIEU ET LA LITTÉRATURE MÉDICALE CANADIENNE

L'histoire est une maîtresse jalouse qui ne pardonne ni les fautes de typographie ni l'inexactitude. Nous tenons donc — sans fausse honte — à rectifier certaines erreurs contenues dans notre article du dernier numéro du Journal de l'Hôtel-Dieu. Il fallait lire :

- P. 480, ligne 18: *Chimie* au lieu de chirurgie.  
P. 480, lignes 23-24: *Journal de médecine de Québec* et non *Journal médical du Canada*.  
P. 480, ligne 31: J. G. Bibaud et non J. A. Bibaud.  
P. 481, ligne 13: J. E. Coderre et non J. C. Coderre.  
P. 481, ligne 14: 1885-1886 et non 1884.  
P. 481, ligne 17: *Québec* et non Lévis. — En fait La Revue médicale du Canada était éditée à Lévis. Son directeur pensa néanmoins qu'il serait plus digne et plus sérieux de faire paraître son journal sur l'acropole québécoise que sur les falaises plébéiennes de Lévis.

Nous avons écrit encore: « Il semble que le premier ouvrage publié par un médecin canadien soit celui de François Blanchet, ... » imprimé à New-York en 1800. L'opuscule de François Badelard sur le mal de la Baie St-Paul (cité par M. Paul Poirier dans son article sur l'histoire de la syphilis, p. 64 de ce numéro), est antérieur à celui de Blanchet, puisqu'il a été publié en 1785.

P. D.

## UN CAS D'URÉMIE CURABLE AVEC ULCÈRE DUODÉNAL

Par GÉRARD POUPART

M. E. L., âgé de 37 ans, entre à l'hôpital le 24 novembre dans le service de chirurgie pour vomissements et contractions musculaires. Voici l'histoire de sa maladie :

Depuis 5 ans le patient se plaint de troubles digestifs qui ont comme caractéristique d'être périodiques. En effet, durant cette période de temps, le patient a eu des moments d'accalmie qui ont duré même plusieurs mois. Les troubles étaient caractérisés par des douleurs au creux épigastrique, douleurs survenant une heure, deux heures et même jusqu'à trois heures après les repas... Souvent même le malade était réveillé la nuit à cause des douleurs. Ces douleurs étaient habituellement calmées par la prise d'aliments, soit un repas ou un verre de lait. Le malade nous dit avoir maigri de sept à huit livres depuis quelques années.

Vendredi, le 22 novembre, c'est-à-dire, deux jours avant son entrée à l'hôpital, les troubles accusés par le malade prirent un caractère plus grave. En effet, le patient ne pouvait pratiquement pas rien garder; il vomissait tout ce qu'il prenait. Il n'accusait pas de nausées, mais avait des douleurs au creux de l'estomac. Son entourage remarqua un changement de caractère.

Le 24 novembre au matin, jour de son hospitalisation, le malade fut pris d'un engourdissement de la face, des membres supérieurs et inférieurs, il présentait également de la contracture des membres supérieurs et inférieurs, à noter aussi que depuis quelques jours le patient ne garde rien. Au point de vue de ses antécédents personnels, nous notons une congestion pulmonaire à l'âge de 7 ans, une

amygdalectomie à 19 ans et une gonorrhée probable à 20 ans. Le patient nous dit avoir déjà remarqué que ses selles étaient noires.

Son père est mort de cancer d'intestins. Sa mère est morte subitement de cause inconnue du patient. Il a trois soeurs et trois frères vivants en bonne santé; sept sont morts en bas âge...

L'examen subjectif ne présente rien de particulier, à part l'histoire de sa maladie.

A l'examen objectif, nous notons des pupilles petites et réagissant très peu à la lumière, et une légère inégalité pupillaire. Nous notons également une prothèse dentaire supérieure. L'examen des poumons est négatif; les bruits du coeur sont réguliers et rapides, « 144 pulsations à son entrée ». La tension artérielle est de 150/96. L'abdomen est relativement souple; à la palpation profonde, on révèle une douleur au creux épigastrique; l'estomac semble rempli de liquide et nous notons des gargouillements. Les réflexes des membres sont vifs.

Rapports des examens du laboratoire faits à son entrée:

B. W. négatif.

Azotémie : 1 gr. 600‰.

Glycémie : 1 gr. 50‰.

Les urines sont alcalines et présentent de fortes traces d'albumine, nous notons la présence de sang, d'épithélium et de cylindres granuleux nombreux.

Une consultation en médecine donne le rapport suivant : « Ce patient fait sans conteste une néphrite azotémique » — le patient refuse tout traitement et désire retourner chez lui. Mais il est à noter que l'état de confusion mentale de notre patient a légèrement augmenté.

Le 29 novembre, c'est-à-dire trois jours après sa sortie de l'hôpital, le patient se fait réhospitaliser, cette fois pour se faire soigner. Il éprouve encore des troubles digestifs, avec douleurs au creux épigastrique. Un examen de son sang révèle une azotémie à 1 gr. 80‰, soit une légère augmentation sur sa précédente analyse. Cette fois son azotémie est vite maîtrisée avec des diurétiques et du sérum glucosé, un litre par jour, son azotémie de 1 gr. 80‰ à son arrivée, est tombée à sa sortie à 0 gr. 550‰.

Le patient a eu son congé 12 jours après son hospitalisation et on fit le diagnostic de néphrite azotémique.

Deux mois plus tard, le patient revient au dispensaire, accusant des troubles digestifs. C'est à ce moment-là que je vois le malade pour la première fois. Le malade se plaint de mauvaise digestion, de douleurs à l'estomac, de vomissements fréquents; il se sent affaiblir. A l'examen objectif nous notons une douleur assez marquée à la palpation profonde au carrefour duodénal, c'est alors que nous demandons une radiographie du tube digestif, et le rapport fut le suivant :

*Tube digestif par voie haute :*

Sténose ulcéreuse du pylore très avancée et déterminant avec la dilatation gastrique une rétention de vingt-quatre heures. Il est difficile d'établir avec précision si l'ulcus siège sur l'orifice pylorique ou sur le bulbe duodénal; nous croyons cette dernière localisation plus probable, en raison de déformation dans les contours bulbaires, d'ailleurs difficilement visibles précisément à cause de cet état sténosant. Du strict point de vue radiologique l'intervention paraît urgente.

Vu ce rapport nous demandons son hospitalisation d'urgence dans un service de chirurgie. Entré à l'hôpital

le 26 février, le patient est préparé durant quelques jours et le 3 mars il est opéré pour une gastro-duodénectomie. Dix-sept jours après son opération le patient quitte l'hôpital. Il s'alimente progressivement et son état général s'améliore graduellement.

Voici le rapport anatomo-pathologique de la pièce enlevée :

*Examen macroscopique*

Lambeau gastrique mesurant 14 x 19 cm.

Autre prélèvement mesurant 4 x 7 cm, creusé d'un ulcère profond mesurant 1 cm. de diamètre.

*Examen microscopique*

Ulcère peptique ayant dépassé la tunique musculaire, et s'y creusant dans une épaisse couche de tissu cicatriciel. Dans ce tissu cicatriciel, présence de nerfs et d'artéριοles atteintes d'endartérite oblitérante. Sur l'un de ses bords, la muqueuse est de type duodénal, de l'autre, la muqueuse présente des caractères ambigus : elle est soit pylorique, soit plus probablement duodénale — « Ulcère de la 1ère portion du duodénum ».

Gastrite interstitielle pylorique, avec atrophie légère des glandes ».

— Nous avons cru intéressant de rapporter en détail cette histoire de cas et avant de terminer nous nous permettons de faire quelques considérations sur les urémies curables.

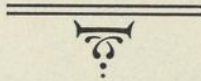
Le terme d'urémie s'applique à un syndrome clinique lié à l'insuffisance des fonctions rénales. Ce terme, considéré souvent comme annonciateur d'une fin plus ou moins prochaine l'est à tort, car le pronostic de l'urémie dépend

de la cause de l'insuffisance rénale. En effet, parfois l'urémie est liée à des altérations anatomiques graves, progressives et définitives des reins : c'est l'urémie incurable.

Mais souvent et heureusement l'urémie est curable.

- a) En effet, la cause qui lui a donné naissance n'est que transitoire et ne conduit pas à l'insuffisance rénale grave.
- b) Ou bien parce que la cause quoique durable peut être supprimée médicalement ou chirurgicalement.

Si nous jetons un coup d'oeil sur l'histoire rapportée plus haut nous voyons que le patient traité pour une néphrite azotémique qui aurait pu devenir grave a été guéri de cette maladie par une opération chirurgicale. En conclusion de ce trop court exposé, notons qu'il est très important de toujours rechercher la cause de l'urémie; en effet, s'il est possible de supprimer la cause comme chez notre patient, c'est par le fait même faire disparaître l'urémie.



## LE TEST DE RORSCHACH

Le 18 décembre dernier, après une brève présentation par le Dr Antonio Barbeau, le Dr Hans Lehman, du Verdun Protestant Hospital, faisait, devant le personnel du service de Neurologie et quelques invités, une très suggestive causerie sur le test de Rorschach et sur l'usage qu'on en peut faire en psychiatrie en tant qu'instrument de diagnostic.

En quelques phrases, le conférencier nous résume la carrière du psychiatre suisse. Ensuite, entre autres sources principales d'information concernant la méthode et les résultats qu'elle a permis d'obtenir, il cite une revue synthétique des recherches poursuivies jusqu'à 1934 présentée par M. Monnier dans *L'Encéphale* (vol. 29), ainsi que les travaux publiés, au cours des dernières années, dans « *Rorschach Research Exchange* », périodique édité par le *Rorschach Institute de New York*. Ces préliminaires s'achèvent par une description minutieuse du matériel en usage et par l'examen commenté des dix planches où sont reproduites les taches d'encre destinées à être interprétées par le sujet.

Déjà, Binet et Henri avaient abordé par ce biais l'étude des processus imaginatifs; mais, le premier, Rorschach reconnut que l'interprétation libre constituait un excellent moyen d'explorer, non seulement le domaine de l'imagination, mais encore celui de l'intelligence, de la volonté et même de l'affectivité. Bref, c'est toute la personnalité du sujet qui deviendrait par là saisissable. Il importe cependant de remarquer que, même après vingt années de recherches, le test de Rorschach est demeuré en deça du stade de la standardisation et qu'il ne possède jusqu'à présent qu'une valeur d'ordre empirique.

*Applications.* — Le but de Rorschach était de mettre au point une méthode de diagnostic au service de la psychiatrie et de la caractérologie. Mais, les résultats obtenus furent si impressionnants que la méthode ne tarda guère à attirer l'attention des psychologues, des pédagogues, etc. De nos jours, nombreux sont les hôpitaux où on l'emploie pour étudier, en rapport avec les symptômes cliniques, l'état psychologique d'un patient, et il n'est pas rare que l'on opère ainsi le dépistage d'une névrose latente.

Remarque importante : le test de Rorschach n'est pas un instrument de mesure. Il ne nous permet pas de situer un individu sur une échelle. Il prétend plutôt nous révéler la *structure* concrète d'une personnalité, la configuration qui résulte d'un ensemble de tendances affectives, de nuances intellectuelles, de modalités des processus associatifs. En d'autres termes, il fournit un aperçu général des forces qui concourent à l'équilibre ou au déséquilibre de la personnalité.

*Limitations.* — Le test de Rorschach est destiné à compléter l'examen clinique, non à se substituer à lui, surtout si l'on peut consacrer à ce dernier un temps suffisamment long.

*Technique.* — Les planches sont présentées au sujet, toujours dans le même ordre et dans le même sens. Sans qu'on lui suggère quoi que ce soit, celui-ci exprime la signification évoquée chez lui par les diverses taches d'encre. Les réponses sont notées *verbatim*. On tient compte, aussi, des attitudes du sujet au cours de l'examen : hésitations, inhibitions, etc., et de la durée de l'expérience.

*Analyse des résultats.* — Elle comporte trois phases successives que l'on peut décrire de la façon suivante :

1) Evaluation qualitative des réponses : elle consiste à identifier les facteurs déterminants de la perception, que

l'on désigne habituellement par des symboles tels que W (*whole*), D (*detail*), d (détail de moindre importance ou extraordinaire). Le rapport harmonieux des W et des D manifeste une intelligence moyenne, du « bon sens ». La proportion normale des W par rapport aux D étant de 1 à 4, un nombre exagéré de W trahit une attitude abstraite ou fantasque, ou encore, une ambition démesurée, un tempérament d'artiste. On ne saurait donc interpréter les W sans tenir compte des autres facteurs de la personnalité. La prédominance des D révèle une intelligence peu nuancée, impropre à l'abstraction. Les interprétations trop fréquentes d'espaces intermaculaires (S) permettent de soupçonner du négativisme. Les interprétations suggérées par les formes (F) nous renseignent sur le contrôle exercé par la conscience en tant qu'il se manifeste par la précision des processus associatifs, l'attention, le pouvoir de concentration. Les interprétations suggérées par le mouvement (M) indiquent une tendance à l'introversion: imagination vive, activité intellectuelle créatrice. Les interprétations suggérées par la couleur (C) indiquent une tendance à l'extraversion: intérêt pour le monde extérieur, prédominance de l'affectivité.

Quant aux nuances de la conscience, de l'imagination et de l'émotivité, on peut les apprécier à l'aide des catégories suivantes:

a) Les formes perçues par les sujets normaux sont habituellement bien vues (F+), i.e. cadrent bien avec ce que suggère le donné de la sensation;

b) Au contraire, chez les imbéciles ou les patients atteints de psychose organique ou fonctionnelle, on rencontre un fort pourcentage de formes pauvres ou mal vues (F—);

c) Les taches suggérant très facilement des perceptions d'animaux, le pourcentage de ces dernières peut devenir un indice de la stéréotypie de la pensée;

d) Lorsque ces perceptions sont en nombre insuffisant (moins de 15%), on peut conclure à un écart de la façon commune de penser. Cette insuffisance est souvent caractéristique des patients atteints de démence précoce;

e) Il convient d'interpréter de même les perceptions originales, extraordinaires: trop nombreuses, elles dénotent une mentalité exagérément abstraite, bizarre, fantasque, caractéristique de la démence précoce; absentes, elles dénotent une intelligence simpliste, stéréotypée;

f) Dans les perceptions de mouvements, on a remarqué: que l'attribution des mouvements à un être humain (M) est le signe de la qualité supérieure des fonctions mentales; que l'attribution des mouvements à des animaux (FM) est le signe d'une intelligence moins éveillée quoique normale; que l'attribution des mouvements à des objets inanimés (Mm) est le signe d'une dégénérescence des fonctions mentales;

g) Enfin, on a aussi observé: que les interprétations FC (où les formes l'emportent sur les couleurs) sont un indice d'équilibre affectif et de sociabilité; que les interprétations CF (vice versa constituent un indice d'instabilité émotive anormale, d'excitabilité et de suggestibilité exagérées; que les interprétations C (provoquées exclusivement par la couleur des taches) révèlent une émotivité explosive et impulsive.

Pour illustrer les phases subséquentes de l'analyse:

2) Evaluation quantitative des facteurs mentionnés plus haut, et

### 3) Interprétation des résultats obtenus,

le conférencier commente de la façon la plus suggestive un certain nombre de graphiques exprimant d'une façon quantitative les observations faites sur divers cas cliniques. Il termine en montrant comment ces graphiques constituent de véritables psychogrammes des patients examinés.

## DISCUSSION

— *Dr Bourque* : Pendant combien de temps faut-il administrer le test de Rorschach pour le maîtriser parfaitement ?

— *Rép.* : Pendant deux ans environ.

— *Dr Desrochers* : Dans l'interprétation des résultats, faut-il attacher plus d'importance au facteur quantitatif ou au facteur qualitatif ?

— *Rép.* : Le facteur qualitatif doit surtout retenir notre attention, car les perceptions originales sont souvent très significatives. Par exemple, des perceptions de perspective (cave, tunnel) révèlent souvent un état d'anxiété, au moins passager, etc.

— *Dr Vigneau* : Le temps alloué au sujet pour fournir une interprétation est-il limité ?

— *Rép.* : Il ne faut pas obliger le sujet à répondre dans un délai fixe. Par contre, il importe de déterminer la longueur des pauses, car les patients atteints de psychoses organiques procèdent avec une lenteur caractéristique. Les pauses déterminées par le « color shock » sont aussi très significatives.

— *Dr Desrochers* : Doit-on laisser le sujet parler librement jusqu'au bout ? Peut-on lui poser des questions ?

— *Rép.* : Si l'on intervient, on risque fort de suggérer une réponse au sujet. Mieux vaut remettre les questions à plus tard.

— *Dr Dumas* : Le sujet qui subit le test pour la première fois ne serait-il pas dans un état d'excitation susceptible d'influencer le résultat, au moins dans une certaine mesure ?

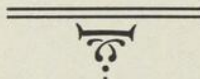
— *Rép.* : Généralement, il est facile de convaincre le sujet qu'il n'y a pas ici de réponses meilleures que les autres. Le test de Rorschach a sur beaucoup d'autres l'avantage d'éveiller tout de suite l'intérêt du sujet; aussi, il est plutôt rare que ce dernier ne réponde pas avec empressement à l'invitation de l'expérimentateur.

— *Dr Jutras* : Est-il nécessaire de vérifier la qualité de la vision ? Le test peut-il être répété sans inconvénient avec un même sujet ?

— *Rép.* : La qualité de la vision est sans importance ici. Quant à faire répéter le test, cela ne présenterait aucune utilité car le sujet se rappelle pendant un temps très long des réponses données.

Enfin, remerciant le conférencier au nom de tous, le Père Mailloux souligna les avantages d'une étroite collaboration entre la médecine et la psychologie. Ces avantages, quel plaidoyer contribueront plus efficacement à les faire apprécier que l'exposé serein et concret entendu ce soir-là ?

NOËL MAILLOUX, O.P.



## L'HÔPITAL DE L'AVENIR

*Par* ALBERT JUTRAS

Au milieu des oeuvres de mort et de sang, notre gouvernement, à l'instar des autres pays, organise la médecine. Selon la règle, il semble bien que les moins consultés dans cette affaire sont les principaux intéressés, c'est-à-dire les médecins. Pendant qu'on décide de leur vie future, ces derniers, avec leur curiosité et leur philosophie naturelles, regardent l'homme et la machine se battre pour la possession de la terre; apparemment sans autre souci, ils s'efforcent de comprendre comment notre organisme physique et mental agréée, si vite et si bien, l'avion, le sous-marin, la radiotéléphonie, les bombes à grande puissance destructive, l'air artificiel, le sang en boîte, la nourriture chimique et la quatrième dimension.

Car, ne l'oublions pas, jamais l'évolution humaine n'a progressé à pareille allure. Il y a plus que des bouleversements politiques et sociaux en voie de réalisation; notre espèce affronte une adaptation à des conditions biologiques brutalement nouvelles, à peine imaginables il y a vingt-cinq ans.

Les gens qui préfèrent une existence monotone aux passions et à l'aventure, déplorent de vivre en ces temps perturbés; mais les clairvoyants et les fervents, qui comprennent que les pages les plus tragiques du passé racontent des jeux d'enfants si l'on tient compte des événements actuels de notre monde, ceux-là ne bailleront pas leur vie s'ils savent observer et jouer leur rôle en plein drame.

Tout change et très vite, au rythme du présent.

Comparez la médecine d'hier et celle d'aujourd'hui. Quand vous étiez enfant et qu'un malaise vous prenait,

vous-même ou quelqu'un des vôtres, on envoyait quérir le docteur. Le pas des chevaux ou le son des grelots annonçait son arrivée. Des effluves d'iodoforme lui faisaient cortège. Ses vêtements singuliers, son allure imposante et son cérémonial laissaient pressentir une science prestigieuse, mais le sympathique savant ne faisait presque rien : le pouls, la langue, le thermomètre, quelques coups de stéthoscope sur la poitrine à peine découverte et, dans les grandes occasions, l'analyse des urines. S'il parlait d'électricité, c'était pour railler les charlatans. Sa voix et ses yeux s'attendrissaient en fonction de la gravité de la maladie.

Quelques pilules sur le coin de la table à côté d'une bouteille colorée et vous attendiez la volonté de Dieu.

Maintenant, c'est le téléphone et l'automobile ; si le patient est à la mer ou dans la forêt, c'est l'avion. Rien dans le costume ne distingue le médecin de ses concitoyens ; il dédaigne la canne et même la petite valise ; comme tout le monde, il porte un complet rayé, un chapeau gris, voire le béret.

Au chevet du malade, se pose le problème primordial : est-ce un cas d'hôpital ? Le médecin se hâte de découvrir les signes révélateurs d'un état qui exigerait une intervention immédiate : hémorragie interne, perforation digestive, étranglement d'hernie, etc. Cette crainte dissipée, il s'efforce d'établir un diagnostic positif. Il questionne, regarde, palpe, ausculte, mesure la pression artérielle, manipule abaisse-langue, marteau à réflexes, lumière de poche ; cependant, il demeure perplexe. Il lui faudrait, pour être sûr, telle épreuve biochimique, telle exploration aux rayons X, telle endoscopie, telle biopsie, tels examens par un spécialiste ou un groupe de spécialistes. Ah ! comme l'hôpital faciliterait tout cela ! Le praticien y songe mais n'ose faire la proposition. Il perdrait son malade ; pourtant, il est

encore bien à lui, bien honnêtement à lui, ce malade. La famille l'a appelé parce qu'elle avait confiance, et lui, le médecin, a lu dans les revues et entendu dans la bouche de ses maîtres les louanges de la clinique à domicile. Et puis, les ressources pécuniaires sont limitées; les consultants, l'ambulance, la chambre, les infirmières, la thérapeutique moderne, tout cela coûte cher. Comme il va falloir parler avec diplomatie, avec mesure! Si l'on accepte, le docteur sentira sa conscience soulagée. Il saura, dès lors, que la transfusion à laquelle il pensait, les injections à intervalles rapprochés, les ponctions lombaires, la radiothérapie, les traitements compliqués et répétés seront exécutés avec précision et selon les derniers perfectionnements, par un personnel expérimenté. Il aura été le guide scrupuleux et désintéressé; il n'attendra d'autre récompense qu'un peu de gratitude.

Pour le patient qui consulte au bureau, les difficultés ne se présentent pas avec la même acuité, mais on arrive à des solutions à peine différentes. Que faire, en effet, avec ce chronique qui a déjà épuisé le savoir et l'arsenal thérapeutique d'une dizaine de confrères? Evidemment, il faut un diagnostic et, pour l'obtenir, c'est encore les spécialistes, le laboratoire, les radiographies, etc.

En progressant, la médecine se complique; elle appelle à son service des équipes de plus en plus nombreuses d'hommes et de femmes toujours plus spécialisés, ainsi qu'un choix d'instruments dispendieux. Tout le monde reconnaît la supériorité d'une telle médecine scientifique et personne n'ignore que c'est dans les hôpitaux qu'elle s'exerce le plus confortablement. Toutes les classes de la société la réclament. Cependant, rares sont les budgets familiaux susceptibles de supporter les frais d'une hospitalisation prolongée, avec les derniers procédés de diagnostic et de traite-

ment; à vrai dire, dans ces conditions, les patients riches et les indigents de l'assistance publique en seront les seuls bénéficiaires. Mais la classe intermédiaire à revenus modestes, voulant mais ne pouvant tout payer, classe qui comprend la majeure partie de notre population, que doit-elle faire pour hospitaliser ses malades et leur assurer les meilleures chances de survivre et de guérir?

A cette question, d'autres pays ont donné deux réponses: l'assurance ou l'étatisation.

*L'assurance maladie* est la constitution bénévole, par un groupe important d'individus, d'un fonds commun servant, dans certaines conditions définies, soit à fournir aux souscripteurs l'argent nécessaire pour payer des soins médicaux, soit à leur assurer des traitements gratuits.<sup>1</sup>

Ce genre d'assurance peut relever d'une entreprise particulière ou être organisée et administrée par l'Etat. Dans l'un et l'autre cas, l'assurance-maladie donne lieu à des mécontentements car ces contrats comportent toujours des clauses échappatoires ou limitatives au profit de l'assureur; elle en est encore au Stade expérimental.

Par *médecine d'Etat* on entend, selon la définition de Routley, un système d'après lequel le gouvernement pourvoit au service médical de la nation entière et emploie les médecins, les dirige et les rétribue selon une échelle de salaires.

Ce mode d'administration médicale par l'Etat existe en Russie; à ce peuple moins choyé que d'autres, il donne satisfaction dans l'ensemble et, selon Penfield,<sup>2</sup> il a fort stimulé la recherche scientifique. A Londres, les Communes sont en train de voter une loi d'assurance obligatoire pour

<sup>1</sup> H. H. Wolfenden, C.M.A.J., 1941.

<sup>2</sup> W. Penfield, C.M.A.J., 47; 6: 523, déc., 1942.

tous les hommes, femmes et enfants des Iles Britanniques garantissant un revenu minimum pendant le chômage, les frais de maternité et de funérailles, en même temps qu'elle pourvoit à tous les soins médicaux sans restriction.

Angleterre et Russie représentent deux modalités d'étatisation médicale : dans le premier de ces pays, c'est la contrainte à l'assurance qui équivaut à une taxe ; dans le second, c'est le système de la répartition communiste du travail et des bénéfices.

Que se passera-t-il au Canada ? La Colombie Britannique et l'Alberta ont déjà socialisé la médecine curative.

La médecine préventive est partout aux mains des gouvernements qui, s'autorisant du devoir de sauvegarder la santé publique, nous forcent aux examens médicaux, à la déclaration des maladies transmissibles et, dans bien des cas, aux traitements à l'hôpital. Des lois obligent les instituteurs et beaucoup d'employés d'usines à fournir la preuve qu'ils sont sains. Le recrutement militaire impose à son tour des examens médicaux à la totalité des jeunes gens mobilisables et les résultats de ces examens deviennent propriété nationale. Les provinces administrent les accidents du travail. Ainsi, par la force des circonstances, l'Etat s'empare peu à peu de la médecine et amoindrit l'indépendance de la profession.

Comment notre système hospitalier réussira-t-il à se maintenir tel que nous le connaissons aujourd'hui ? L'avenir seul le dira. Le bon docteur de famille sera-t-il à jamais remplacé par des usines à guérisons, protégées par des politiciens et gérées par une hiérarchie de techniciens parmi lesquels les médecins ultra-spécialisés ne seront plus que des employés arbitrairement indemnisés, classés par concours et par influences ? Ces hypothèses sont permises :

mais il semble vain d'organiser l'avenir sans savoir quand et comment se terminera la guerre. Au lendemain du prochain armistice, la mise en congé de millions d'employés aux travaux de guerre et la démobilisation poseront de formidables problèmes économiques. Il paraît bien improbable que les systèmes volontaires d'assurance-maladie, que l'on commence seulement à proposer chez nous comme mesures palliatives, puissent longtemps satisfaire. Il faudra trouver mieux. La réorganisation de l'économie médicale ne s'accommodera guère de solutions partielles, de rapiècements; il est à prévoir que les expériences sociales dans les crises futures achèveront de changer la pratique médicale telle que nous l'avons connue. Pour l'heure, le devoir suprême du médecin et de ses collaborateurs, c'est encore de mettre tout leur coeur à sauver des vies et à améliorer des santés, bien que l'admiration du monde et les honneurs aillent aux grands destructeurs d'hommes.

Les réflexions de Pasteur, touchant la guerre de 1870, restent d'actualité: « Deux lois contraires semblent aujourd'hui en lutte: une loi de sang et de mort qui, en imaginant chaque jour de nouveaux moyens de combat, oblige les peuples à être toujours prêts pour le champ de bataille, et une loi de paix, de travail, de salut, qui ne songe qu'à délivrer l'homme des fléaux qui l'assiègent. L'une ne cherche que les conquêtes violentes, l'autre que le soulagement de l'humanité. Celle-ci met une vie humaine au-dessus de toutes les victoires; celle-là sacrifierait des centaines de mille existences à l'ambition d'un seul. La loi dont nous sommes les instruments cherche même à travers le carnage à guérir les maux sanglants de cette loi de guerre. »

La civilisation finira bien par l'emporter, une fois pour toutes, sur la barbarie. Mais pourquoi faut-il que le bonheur de l'homme se paie de tant de sang?

Souffrance et mort sont des rançons de la vie. Le christianisme a conquis le monde par la charité en donnant un sens à la douleur et à la mort.

C'est à la lumière et à la chaleur de la charité chrétienne que la médecine a atteint sa grandeur actuelle, qu'elle n'a cessé d'être humaine en devenant scientifique.

Si l'hôpital de l'avenir veut conserver son rôle humanitaire, s'il veut se comporter avec succès et dignité en médecin de famille, il devra maintenir l'accord entre la puissance des moyens, dont le progrès continuera de l'enrichir sans fin, et les besoins du cœur qui réclame autre chose que des mots techniques et des mesures de précision. Le travail de la machine devra toujours, quoiqu'il advienne, ce synchroniser avec les mouvements de l'âme. La maladie à guérir ne sera jamais qu'un des nombreux devoirs du médecin.



## HISTOIRE DE LA SYPHILIS EN AMÉRIQUE

Par PAUL POIRIER

« Parmi les problèmes dont s'occupe la pathologie historique, il en est peu d'aussi passionnants. »

JEANSELME<sup>1</sup>

— *Traité de la syphilis.*

Qu'il soit dit tout de suite que la question de l'origine américaine de la syphilis n'est pas encore réglée. L'agitation des historiens à ce sujet ne semble pas sur le point de cesser. Dernièrement, paraissait à Londres un travail de J. R. Whitwell<sup>2</sup> dans lequel l'auteur absout Christophe-Colomb, spécifiant que « *this disease was no one but that had existed from time immemorial.* »

Déjà en 1793, Christophe Girtanner<sup>3</sup> avait compilé et analysé 1,912 publications sur l'origine de la syphilis.

Voltaire lui-même fait allusion à la vérole de provenance américaine, dans « *Candide* » ; il précise dans « *L'homme aux 40 écus* » en disant : « *Ce fleau commença dans l'Europe . . . . au retour du premier voyage de Christophe-Colomb chez des peuples innocents qui ne connaissaient ni l'avarice ni la guerre, vers 1494. Ces nations simples et justes étaient attaquées de ce mal de temps immémorial, comme la lèpre régnait chez les Arabes et chez les Juifs, et la peste chez les Egyptiens. Le premier fruit que les Espagnols recueillirent de cette conquête du Nouveau-Monde fut la vérole.* »

<sup>1</sup> JEANSELME, Ed. *Traité de la syphilis*. Vol. 1. Doin & Cie. Paris, 1931.

<sup>2</sup> WHITWELL, J. R. *Syphilis in earlier days*. 50 pp. 5 s. H. K. Lewis, London, 1940.

<sup>3</sup> GIRTANNER, Christophe. Chiffres cités par Jeanselme : *Traité de la syphilis*. Vol. 1. Doin & Cie. Paris, 1931.

Jean Astruc<sup>4</sup> (1684-1766) a aussi défendu la théorie américaine de la syphilis, tandis que l'Espagnol Antonio Numez Ribéro Sanchez<sup>5</sup> a soutenu toute sa vie des opinions contraires.

Rudolf Virchow,<sup>6</sup> qui a parcouru la plupart des musées anthropologiques de l'ancien monde, n'avait observé jusqu'en 1911 aucune altération suspecte de syphilis sur les ossements attribués aux temps préhistoriques, à l'antiquité ou au moyen âge.

Sur ce continent, Joseph Jones<sup>7</sup> a effectué des fouilles remarquables dans les Mounds et les tombeaux du Tennessee. Les documents qu'il a livrés n'ont pas manqué d'intéresser anatomistes, histologistes, radiologistes, syphiligraphes, etc.

De ses recherches, Jones<sup>7</sup> tire la conclusion que voici : *« Les os que j'ai recueillis dans les tombes de pierre du Tennessee sont vraisemblablement les os syphilitiques les plus anciens du monde. »* Cependant, l'affirmation reste discutable et le dernier mot n'est pas dit. Virchow<sup>6</sup> estime que les altérations décrites par Jones ne sont pas assez caractéristiques pour qu'on puisse leur donner une signification absolue. En outre, l'âge des Mounds du Tennessee n'est nullement établi. D'après L. Wolff<sup>8</sup> on a inhumé,

<sup>4</sup> ASTRUC, Jean. Cité par Jeanselme: *Traité de la syphilis*. Vol. 1; Doin et Cie, Paris, 1931.

<sup>5</sup> SANCHEZ, R. Cité par Jeanselme: *Traité de la syphilis*. Vol. 1; Doin et Cie, Paris, 1931.

<sup>6</sup> VIRCHOW, Rudolf. Cité par Jeanselme: *Traité de la syphilis*. Vol. 1; Doin et Cie, Paris, 1931.

<sup>7</sup> JONES, Joseph. *Exploration of the aboriginal remains of Tennessee*, in *Smithsonian Contribution to Knowledge*, Washington 1876, p. 49, 61, 65 à 73, 85.

<sup>8</sup> WOLFF, L. Cité par Jeanselme: *Traité de la syphilis*. Vol. 1; Doin et Cie, Paris, 1931.

jusqu'aux temps présents, des Indiens dans des sarcophages identiques à ceux que Jones a découverts. Le docteur Brinton<sup>9</sup> dans ses exhumations a trouvé des ornements et des « objets de fabrication européenne ». Jeanselme<sup>10</sup> ajoute : « *Des Mounds qui, comme on sait, sont situés sur la côte occidentale de l'Amérique du Nord, il n'a été extrait aucune pièce dont les américanistes puissent tirer argument. Le mobilier funéraire de ces tombeaux montre que les peuplades de ces régions étaient en contact avec des populations asiatiques.* »

Si l'on pouvait déceler des lésions indubitablement syphilitiques sur les squelettes ou les dents d'un sujet dont la date et le lieu d'inhumation seraient établis avec rigueur, le berceau de la syphilis n'aurait plus guère de mystère.

Après procès sommaire, Christophe-Colomb et son équipage ont passé pour avoir donné au reste du monde la syphilis qu'ils auraient acquise sur notre continent.

#### ORIGINE DE LA SYPHILIS AU CANADA

Parmi les marins qui accompagnaient Jacques Cartier dans son premier voyage au Canada, en 1534, il y avait, rapporte-t-on, un vieux syphilitique; on a prétendu qu'il s'était guéri à manger de l'écorce de gaïac. (Pariseau)<sup>11</sup>.

C'est en cette année, 1534, que Jérôme Fracastor,<sup>12</sup> poète italien, créait le mot « *syphilis* ». Le docteur Pari-

<sup>9</sup> BRINTON, Docteur. Cité par Jeanselme: Traité de la syphilis. Vol. 1; Doin et Cie, Paris, 1931.

<sup>10</sup> JEANSELME, Ed. Traité de la syphilis. Vol. 1. Doin et Cie, Paris, 1931.

<sup>11</sup> PARISEAU, Léo. En marge du Récit de la « Grosse Maladie » du Capitaine Cartier, Thérien Frères Ltée. Montréal, 1934.

<sup>12</sup> FRACASTOR, Jérôme. Cité par Pariseau, Léo. En marge du Récit de la « Grosse maladie » du Capitaine Cartier. Thérien Frères Ltée. Montréal, 1934.

seau<sup>13</sup> souligne que pour cette raison, l'étude de la syphilis a vraiment commencé à l'époque de Cartier. Il en fut ainsi du scorbut. Longtemps, scorbut et vérole furent considérés comme deux maladies apparentées, souvent coexistantes. Pourquoi n'y aurait-il pas eu un scorbutate de vérole, comme il y eut jadis le scrofulate de vérole? se demande Pariseau.<sup>13</sup>

Mais il ne faut pas se tromper. Aussi bien les épidémies du temps de Cartier que celles qui survinrent sous Samuel de Champlain (1604-1605 et 1608) n'étaient-elles que du scorbut? La première autopsie au Canada fut pratiquée en 1535 sous les ordres de Cartier (Jutras, Albert).<sup>14</sup> Elle est attribuée à Ripeault (Pariseau)<sup>13</sup> et concernait un scorbutique. Le docteur Pariseau<sup>13</sup> dans une plaquette publiée lors du troisième centenaire de la découverte du Canada, compare le rapport de Ripeault et le compte-rendu nécropsique rédigé en 1920 par un certain Hess<sup>15</sup> sur une victime du scorbut. La ressemblance des observations ne laisse aucun doute qu'il s'agit de la même maladie dans les deux cas; de la sorte, selon Pariseau,<sup>13</sup> il est définitivement acquis que la grosse maladie du Capitaine Cartier n'était autre que du scorbut, de même que le mal de terre de Samuel de Champlain.

#### LE MAL DE LA BAIE ST-PAUL

Tout autre est le mal de la Baie St-Paul. L'infection qui a commencé à cet endroit et qui s'est répandue dans

<sup>13</sup> PARISEAU, Léo. En marge du Récit de la « Grosse Maladie » du Capitaine Cartier, Thérien Frères Ltée. Montréal, 1934.

<sup>14</sup> JUTRAS, Albert. Les progrès scientifiques dans nos hôpitaux. Le Journal de l'Hôtel-Dieu de Montréal, V. VIII, No 5, pp. 314-327. Oct. 1939.

<sup>15</sup> HESS. Scurvy, past and present. — Cité par Pariseau, Léo. En marge du récit de la « Grosse Maladie » du Capitaine Cartier. Thérien Frères Ltée. Montréal, 1934.

toute la province, était sans conteste la syphilis. Ce fait a une importance historique et médicale. Le Professeur Marin<sup>16</sup> a déjà attiré l'attention sur cet événement.

Cette première épidémie de vérole en notre pays, que dis-je, en notre province de Québec, se remarque par la gravité des cas, le nombre des malades atteints et le parcours suivi par la dissémination.

D'après Maud Abbott<sup>17</sup> vers 1773, un détachement de soldats écossais, à la suite d'un accident de navigation, fut forcé de s'arrêter à la Baie St-Paul. On sait qu'à cette époque existait en Ecosse une épidémie de syphilis, la maladie y étant désignée sous le nom de Sibbans ou Sivvans. Dans le groupe des immigrants, il s'en trouvait au moins deux atteints de l'infection. Ils firent si bien qu'en 1785 on pouvait compter 5801 personnes authentiquement reconnues comme syphilitiques; ajoutons à ce nombre la foule de ceux qui, par honte ou par crainte, réussirent à dissimuler leur *mauvais mal*.

La maladie remonta bientôt le Saint-Laurent, envahit l'Île Jésus, puis continua sur l'Outaouais jusqu'à Michilimackinac. La province de Québec fut touchée dans toutes ses parties. « *Certaines paroisses n'étaient qu'un vaste hôpital où régnait la désolation* » dit Bowman. Par respect de la vérité il faut bien reconnaître avec Heagerty<sup>18</sup> qu'il y eut peut-être exagération de nombre, car le docteur Bowman, chargé du dépistage par le gouvernement, était rétribué à tant du cas (one shilling per head).

<sup>16</sup> MARIN, Albéric. Contribution à l'étude de la syphilis infantile. Huitième Congrès des Médecins de la Langue française de l'Amérique du Nord. Laflamme, Edit. 1925.

<sup>17</sup> ABBOTT, Maud. History of Medicine in the Province of Quebec, 1931.

<sup>18</sup> HEAGERTY, John Joseph. Four Centuries of Medical History in Canada.

Dans les extraits des mandements des évêques de Québec, on y lit; « Elle (l'épidémie de la Baie St-Paul) fait de plus en plus de déplorables progrès; il n'y a presque pas de paroisses dans ce diocèse où elle ne se soit répandue; elle commence à nuire au commerce et à l'union sociale; elle retient les voyageurs dans une vigilance gênante; je sais même qu'elle a déjà nui aux fonctions du Saint Ministère; l'administration du Sacrement de l'Eucharistie et même de la Pénitence peut devenir dangereuse au Ministère », J. C. L. Evêque de Québec, 9 février 1783 (Abbé C. A. Gagnon).<sup>19</sup>

Les écrits du temps permettent de conclure que la contamination ne fut pas le fruit du dévergondage, mais d'habitudes antihygiéniques. Le docteur Blake,<sup>20</sup> dans une lettre au gouvernement, donne la raison toute simple de cette épidémie. Pour lui elle tient au fait que les parents mâchent d'abord les aliments avant de les mettre dans la bouche de leurs bébés. Des méthodes de transmission plus ou moins microbiennes se sont observées dans tous les pays du monde avant l'ère pastorienne. Ainsi, Ehlers,<sup>21</sup> parlant de la syphilis, écrit: « Songez aux repas d'autrefois, où toute la famille mangeait à une même table et dans le même plat. Chacun avait sa propre cuillère en bois, mais pour la nettoyer on se contentait de la lécher, de l'essuyer sommairement sur une manche usée et graisseuse, puis on la plaçait sur une poutre du plafond. Imaginez un tel intérieur — quand j'étais enfant je l'ai vu de mes propres yeux — et vous aurez une idée de ce qui pourrait arriver si un jour la syphilis faisait inopinément son apparition dans un pareil milieu... Ma Mère défunte m'a fait le récit des fêtes qui se passaient

<sup>19</sup> GAGNON, C. O. Abbé. Mandement des Evêques de Québec (1888).

<sup>20</sup> BLAKE, Doc. cité par Benjamin Sulte. — Bulletin des recherches historiques, vol. 22.

<sup>21</sup> EHLERS, Ed. Le syphiloïde de Jutland. Paris, Masson, Edit. 1923, in 8o. 85 pages.

dans son pays pendant son enfance (1840) pour lesquelles on préparait, la veille, de grandes provisions de sucre candi pour le café, en le cassant avec les dents pour éviter cette peine aux convives. »

L'attention du gouvernement fut attirée sur la maladie de la Baie St-Paul, dès l'automne de 1873. De célèbres médecins anglais, James Menzies, Bowman, de l'Hôtel-Dieu de Québec, Mervin Nooth, Charles Blake, Robert Sym, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Montréal, furent chargés d'étudier la nature de la contagion qui intriguait le monde médical européen. Aucun de ces savants ne semble en avoir trouvé la cause. (Maud E. Abbott) <sup>22</sup>.

Le docteur Robert Jones <sup>23</sup> publia en 1786 un ouvrage sur le Mal de la Baie Saint-Paul pour démontrer que celui-ci ne s'étant pas propagé par contacts vénériens dans la majorité des cas, il ne pouvait s'agir de syphilis. De sa part, l'intention était très louable, mais son argument était faux. Ce petit livre de 20 pages est conservé à la bibliothèque de l'Université McGill.

Le seul qui vit clair dans cette affaire fut le docteur Philippe Louis François Badelard <sup>24</sup> qui, en 1785, fut chargé par le Gouverneur Haldimand de faire une étude spéciale sur la maladie qu'il avait bien appris à observer. Il publia la même année son rapport qui, selon Maud Abbott <sup>22</sup>, est apparemment la première publication médicale au Canada. Le manuscrit original des observations de Badelard se trou-

<sup>22</sup> ABBOTT, Maud E. *History of Medicine in the Province of Québec*. 1931.

<sup>23</sup> JONES, Robert. *Molbay Disease. — Description of its symptoms*. Printed by F. Fleury Mesplets. MDCCLXXXVI.

<sup>24</sup> BADELARD, François. *Direction pour la guérison du Mal de la Baie St-Paul*. A Québec, — Chez Guillaume Brown, au milieu de la Grande Côte. MDCCLXXXV.

ve au Musée de l'Université Laval. Il en existe un fac-similé à la Bibliothèque Municipale de Montréal.

Les conclusions sont que le mal de la Baie St-Paul<sup>25</sup> représente toutes les formes cliniques d'une syphilis très virulente. C'est un procès terminé, jugé, classé.

Ce drame n'a pas connu la même publicité que le massacre de Lachine, la déportation des Acadiens ou les troubles de 1837, mais à tout prendre il y a eu sans doute des répercussions plus profondes, plus pernicieuses et plus lointaines, vu qu'une grande part de la petite colonie a été atteinte par une affection dont on ne connaissait pas le traitement et qui se transmet par hérédité comme par contact.

Il reste étonnant que le premier livre de médecine publié au Canada ait porté sur un sujet de syphiligraphie. Pour les médecins, Philippe Louis François Badelard mérite autant pour son ouvrage médical que pour ses exploits sur les plaines d'Abraham.

---

<sup>25</sup> L'Hôpital actuel de la Baie St-Paul n'a aucun rapport avec cette épidémie. Construit en 1889, il abrite 1031 malades, presque tous dégénérés physiques et mentaux, dont le plus grand nombre sont descendants d'immigrants étrangers et viennent de Montréal et des environs.



Nécrologie**B.-G. BOURGEOIS**

Le double deuil de la famille Bourgeois afflige profondément la profession médicale. La disparition tragique du fils, mort au devoir, montre bien ce que l'exemple du père avait de grand.

Ce n'est pas sans émotion que l'Hôtel-Dieu déplore la perte du parfait honnête homme qui fut des siens de 1902 à 1909. Il était alors ce qu'il ne cessa jamais d'être: un homme de devoir.

Chirurgien de grande classe, excellent professeur, administrateur sage et de bon conseil, B.-G. Bourgeois eut le don très rare de commander, en plus de l'admiration générale, l'estime universelle; il aurait pu avoir des adversaires, il n'eut pas d'ennemis.

Ils sont rares chez nous, ceux qui méritent le titre de maître, ceux qui savent perpétuer la tradition française du grand patron. Bourgeois était un maître en chirurgie et si nous en jugeons par la profonde tristesse de ses assistants, il était le véritable patron.

Le Journal de l'Hôtel-Dieu prie la famille Bourgeois, l'hôpital Notre-Dame et l'Université de Montréal de croire à la très vive sympathie des Religieuses et des médecins de l'Hôtel-Dieu.

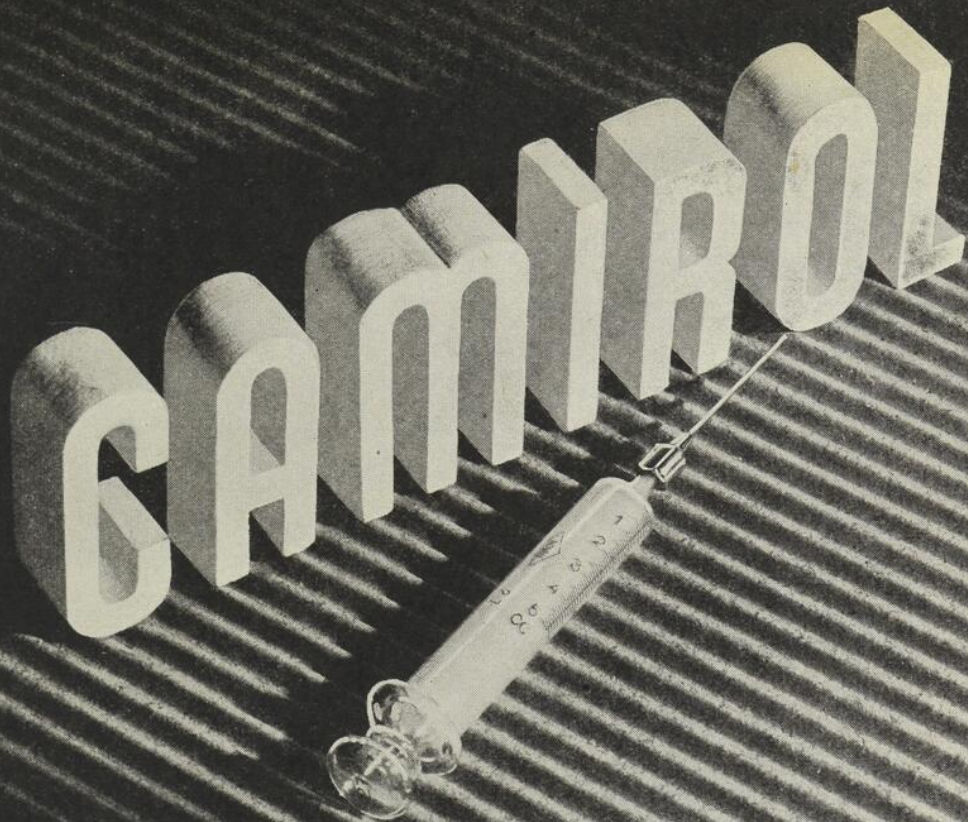
---

**CHARLES SAINT-PIERRE**

La mort de Charles Saint-Pierre a été toute une surprise pénible pour ses confrères. Il était l'image parfaite de l'équanimité. Toujours souriant, d'humeur égale, il apportait à ses malades le réconfort d'une personnalité sympathique. D'une affabilité extraordinaire, il savait s'attacher l'estime de ses collaborateurs. Il fit longtemps du laboratoire à l'Hôtel-Dieu; assistant de Latreille, il participa à l'enseignement. Les plus de quarante ans se rappelleront toujours son dévouement lors des travaux pratiques et les conseils qu'il donnait aux débutants du microscope.

Le Journal de l'Hôtel-Dieu se fait l'interprète des Religieuses de l'Hôtel-Dieu et des médecins de la maison pour offrir au docteur Alexandre Saint-Pierre et à sa famille l'expression de leurs plus sincères condoléances.

Edouard DESJARDINS



## *Nouvelle Médication*

*pour la sinusite et les infections  
des voies respiratoires  
injection intramusculaire*

### FORMULE

Iodoforme      Menthol  
Iodures        Camphre  
Ampoule de 1 cc.  
(En solution huileuse de  
faible acidité.)

Documentation complète et échantillon sur demande

REPRÉSENTANTS POUR LE CANADA

# HERDT & CHARTON, INC.

"MÉDICAMENTS DE MARQUE"

2027, AVENUE DU COLLÈGE MCGILL, MONTRÉAL

# CARRIÈRE & SENÉCAL

Limitée

ÉMILE CARRIÈRE, o.o.d.

ADRIEN SENÉCAL, o.o.d.

---

OPTOMÉTRISTES-OPTICIENS À L'HÔTEL-DIEU

---

277 RUE SAINTE-CATHERINE EST - MONTRÉAL

Tél.: LANcaster 2211-2212

•

## SPÉCIALITÉS :

Ajustement des yeux artificiels - Prescription de MM. les Oculistes  
remplies avec soin.

•

*Pour la durée de la guerre, nos bureaux seront fermés  
à 6 heures P.M. du lundi au samedi inclusivement.*

Spécialité:  
Responsabilité professionnelle

Voulez-vous épargner  
**20%**  
sur le coût de vos assurances



Protégez votre revenu par  
l'Assurance Accident-Maladie !

# GASTON RIVET

Automobile - Accident-Maladie - Etc.  
Assurances Générales et Vie

266, ST-JACQUES OUEST - MONTRÉAL

Bureau: MA. 2587 - Rés.: DO. 7415

## LES MEILLEURS CONTRATS AUX MEILLEURS PRIX

*Demandez des détails sur nos contrats, sans obligation de votre part.*

DES CENTAINES DE MÉDECINS SONT NOS CLIENTS SATISFAITS

Toutes Grosseurs  
D'ANTHRACITES

"WELSH"

"SCOTCH"

et

"SCRANTON"

'bleu'

"Le Marchand Indépendant"

# F. H. Phelan

"A la Tonne ou au Char"



Marquette 1279

315, RUE COLBORNE

Charbons  
BITUMINEUX

—  
HUILE A  
CHAUFFAGE

—  
COKE

Essayez L'Ohio

# CYCLOPROPANE

Dans les NOUVEAUX CYLINDRES  
FINIS CHROMÉS.

Environ 40% plus léger, ces nouveaux cylindres réduiront considérablement les frais de transport. Ils sont expédiés dans de légères boîtes contenant un, deux ou quatre cylindres chacun.

Quand les cylindres seront vides, ils pourront être retournés dans ces mêmes boîtes, suffisamment cachetées.

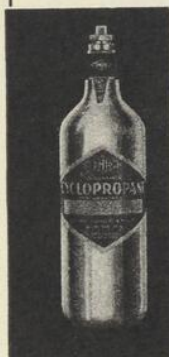
*Ecrivez-nous pour nos prix et pour de plus amples renseignements.*

**COMPAGNIE D'OXYGÈNE DU CANADA**

Succursale de l'"Ohio Chemical & Mfg. Company"

2549 ouest, rue Saint-Jacques - Montréal, Qué.

Téléphone: WIlbank 1728



Savez-vous que chez

## Dupuis Frères

LIMITÉE

il y a un

### Technicien Orthopédiste

qui s'occupe tout particulièrement de l'ajustement des chaussures pour les pieds faibles, malades ou difformes ? Vous pouvez lui envoyer vos clients en toute confiance; car chez DUPUIS on obtient toujours satisfaction.

865 STE-CATHERINE EST

PLateau 5151

# LECITAMINE

Tonique nervin, récalcifiant, régénérateur du sang,  
apéritif, nutritif.

Ac. Nucléinique	Gluconate de Calcium ... 2 grs.	0.13
Ovo-lécithine	Glycérophos de Sodium... 4 grs.	0.26
Cérébro-lécithine	Glycérophos de Potassium 2 grs.	0.13
Vitamine B <sub>1</sub> ... .. 320 unités intern.	Guaranine ... .. 1 gr.	0.06
Vitamine C ... .. 800 unités intern.		

DÉSÉQUILIBRE PAR DÉFICIENCE  
VITAMINIQUE.

UNE OU DEUX CUILLERÉES À THÉ  
AUX REPAS.

LABORATOIRE NADEAU LIMITÉE  
MONTRÉAL

Pour vos IMPRESSIONS, consultez

**THÉRIEN FRÈRES**

LIMITÉE

IMPRIMEURS - LITHOGRAPHERS - GRAVEURS  
PHOTOLITHO

494 OUEST, RUE LAGAUCHETIÈRE - MONTRÉAL  
HArbour \* 5288



« L'IMPRIMERIE EST L'ARTILLERIE DE LA PENSÉE »



## DERNIERS DEVOIRS . . .

— Laissez-nous vous assister dans vos derniers devoirs envers ceux qui partent. Nos conseils sont basés sur l'expérience.

▲  
—  
SALONS MORTUAIRES  
SERVICE D'AMBULANCE  
—  
▼

# GEO. VANDELAC

FONDÉE EN 1890

LIMITÉE

*G. Vandelac, Jr. - Alex. Gour*

●  
120 EST, RUE RACHEL - MONTRÉAL

BEIair 1717

# MASSOTHÉRAPIE

Mademoiselle IRÈNE MARTINEAU, G.M.E.

Graduée de l'Hôtel-Dieu et de l'Université de Montréal,

Diplômée en Massage Suédois et en Gymnastique

corrective de l'Hôpital Ste-Justine,

*annonce*

qu'elle se tient à la disposition des médecins pour donner  
à leurs malades des massages à domicile.

Téléphone : CHerrier 7494

**Vous pouvez les recommander en toute confiance**



Composés d'hydrates de carbone sous leur forme la plus facilement assimilable — les sirops de blé d'Inde (Maïs), "CROWN BRAND" et "LILY WHITE" servis avec le lait, constituent la nourriture la plus substantielle et la plus économique pour les bébés. Leur coût modique, leur qualité ne le cèdent en rien aux préparations d'hydrates de carbone les plus dispendieuses, et en font la nourriture d'enfants la plus économique dont vous puissiez vous servir.

Nombre de médecins réputés recommandent depuis des années ces deux célèbres marques, sachant qu'elles sont fabriquées dans les conditions les plus hygiéniques.



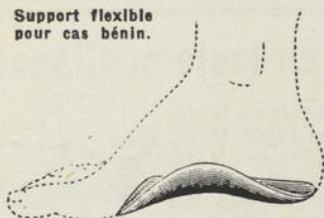
**SIROPS de MAÏS**  
**Edwardsburg "CROWN BRAND"**  
**et "LILY WHITE"**

Produits de THE CANADA STARCH CO. Limited - MONTREAL

## TABLE DES ANNONCEURS

Page	Page
Abbot Lab. .... Couvert. 2	Martineau, Mlle Irène ..... XXXIII
Anglo-French Drug ..... XI	Merk & Co. .... Couvert. 4
Ayers, McKenna & Harrison Ltée XIX	Millet, Roux et Cie ..... VII-XVI
Banque Canadienne Nationale ..... XXIV	Ministère de la Santé ..... XVIII
Canada Drug ..... XX	Oxygène du Canada (Compagnie) XXX
Canada Starch Co. Ltd. .... XXXIII	Phelan, F. H. .... XXIX
Carrière et Sénécal ..... XXVIII	Rivet, Gaston ..... XXIX
Casgrain & Charbonneau ..... V-XVII	Rougier Frères ..... IX
Ciba (Compagnie) ..... VI-XII	Schering Corporation Limited ..... XXIII
Consolidated X-Ray Company ..... XXI	Soc. d'Administration et de
Duckett, J. A. .... XXXIV	Fiducie ..... II
Dupuis Frères ..... XXX	Société d'Expansion Pharmaceutique
Eddé, J. Ltée ..... XV	Inc. .... XXII
Frosst, Charles E. & Co. .... XIV	Thérien Frères Limitée ..... XXXI
Herdt & Charton, Inc. .... XXVII	Vandelac, Georges ..... XXXII
Laboratoire du Bismol ..... XXV-XXVI	Victor X Ray Corporation ..... VIII
Laboratoire Jean Olive ..... II	Winthrop Chemical Company, Inc. .... III
Laboratoire Nadeau Ltée ..... I-X-XXXI	Wyeth, John & Brother (Canada)
Laboratoires Poulenc ..... IV	Ltd. .... XIII
Mallinckrodt Chem. .... XV	

Support flexible  
pour cas bénin.



Cas grave où le support  
Whitman est recommandé.



### PES PLANUS — PIED PLAT

Il y a toute une variété de supports plantaires fabriqués en série dont les prétendus mérites sont vantés à grand renfort de publicité. Il est douteux que ces soutiens uniformes donnent des résultats dans plus de dix pour cent des cas. Le support plantaire par excellence, recommandé par les orthopédistes, est celui que nous façonnons d'après une empreinte plâtrée du pied corrigé, sur les instructions du spécialiste. Il n'y a pas d'à peu près dans sa fabrication. Aussi, est-il très efficace et partant moins coûteux à la longue. Dans les cas graves, nous recommandons le soutien Whitman. Dans les cas ordinaires, le support Duckett, léger et flexible apportera un soulagement appréciable à votre patient.

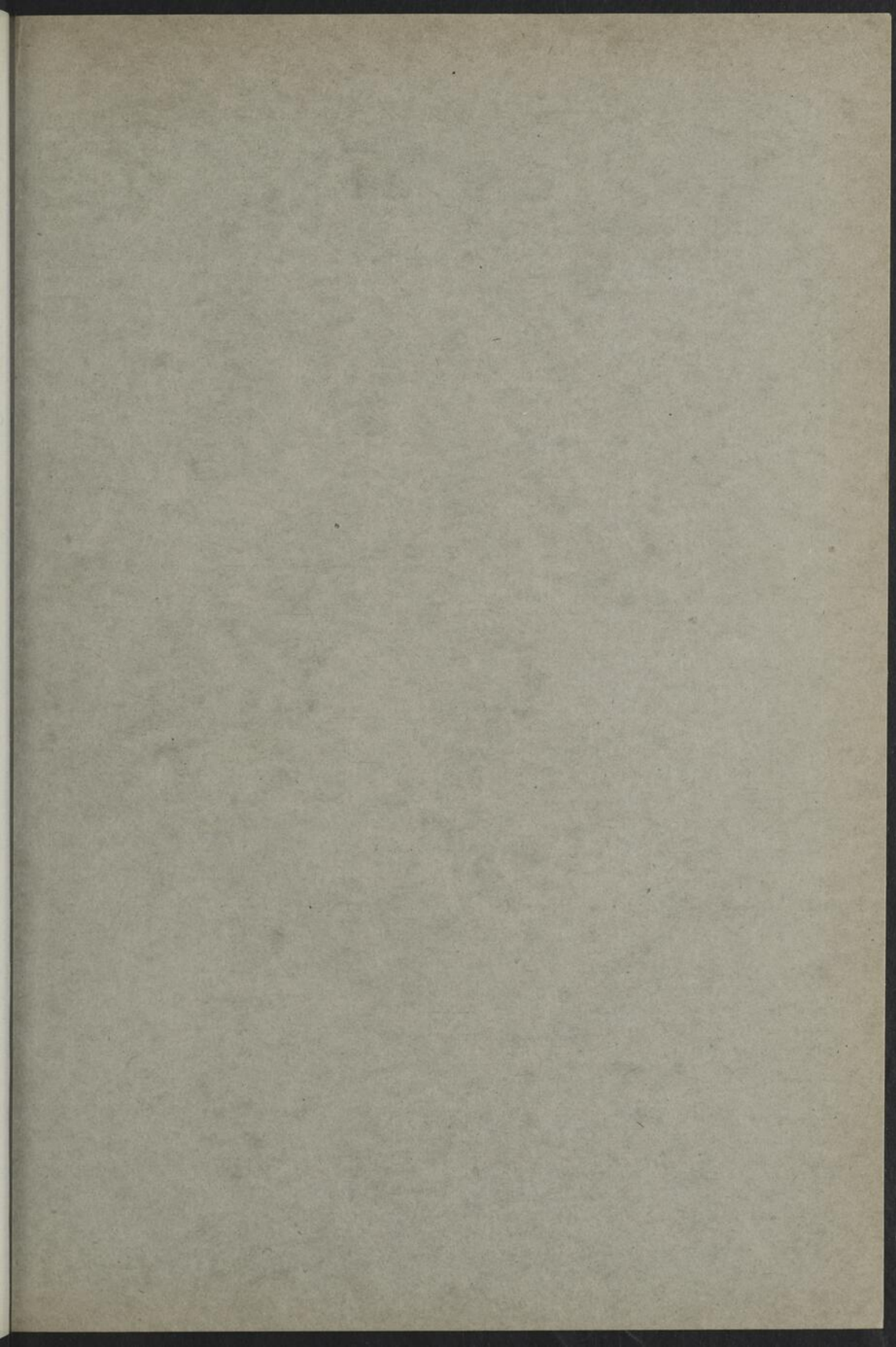
Veuillez conseiller à vos patients de se rendre à nos bureaux sur rendez-vous de façon à ne pas faire antichambre.

## J. A. DUCKETT

MEMBRES ARTIFICIELS, APPAREILS ORTHOPÉDIQUES, BANDES HERNIAIRES,  
CEINTURES ABDOMINALES, SUPPORTS PLANTAIRES, ETC.

2008-2014-2020, RUE BLEURY, angle Ontario, - Téléphone: HArbour 0630 - MONTRÉAL

Imprimé chez THÉRIEN FRÈRES, LIMITÉE  
494 OUEST, RUE LAGAUCHETIÈRE, MONTRÉAL





## Afin de réduire les absences du travail causées par les infections urinaires

Dans cette lutte vitale de la production il est essentiel que chaque ouvrier soit à l'oeuvre et en pleine capacité de production.

Pyridium rend un service marqué, quand un ouvrier de guerre est atteint d'une des infections urinaires banales. Ceci est surtout évident dans les formes atténuées, ambulatoires de l'infection urinaire.

Le soulagement prompt et efficace apporté par Pyridium permet un retour à la santé plus rapide avec ce résultat que l'ouvrier peut reprendre son travail plus tôt qu'il ne l'aurait pu faire autrement.

Pyridium est d'administration aisée. La dose moyenne par la bouche est de 2 comprimés t.i.d. A ce dosage, il possède les avantages combinés de non toxicité relative, d'efficacité en milieu urinaire ou acide ou alcalin et d'analgésie locale sur la muqueuse urogénitale.

# PYRIDIUM

Marque de commerce déposée

(Mono-hydrochlorure de phenylazo-alpha-alpha-diamino-pyridine)

Une décade de service  
dans les infections  
génito-urinaires

MERCK & CO. Limited - Fabricants-Chimistes - MONTRÉAL, P.Q.