



Bulletin de l'Association  
des Médecins de Langue Française  
du Canada  
(Fondée à Québec en 1902)

L'Union Médicale  
du Canada

(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

**Centenaire du Collège des Médecins et Chirurgiens  
de la Province de Québec**

**ADMINISTRATION  
ET SECRÉTARIAT**

326 est, boul. Saint-Joseph  
Montréal

Tél.: LAncaster 9888

**Montréal, le 10 et 11  
septembre 1947**

**SECRÉTARIAT**

128, rue Sainte-Anne  
Québec

*Pour la Profession Médicale*

Une des fonctions les plus importantes des Laboratoires de Recherches Lilly consiste à convertir les découvertes scientifiques en agents utiles à la profession médicale. Là, les observations de laboratoire se développent et deviennent des réalités pratiques. Les produits Lilly sont préparés à l'intention des ordonnances médicales et toute publicité à leur égard n'est faite qu'aux seules fins professionnelles.

Une solution pour vos malades . . .

# SOLUSEPTAZINE

## avec ÉPHÉDRINE

Pour application locale, dans les infections du nez, de la gorge et des oreilles.

Solution stable et non irritante du dérivé sulfamidé le moins toxique associé à l'éphédrine.

Son pH neutre prévient l'irritation de la muqueuse la plus sensible.

La Soluseptazine avec Ephédrine est présentée en flacons de 30 c.c. et de 250 c.c. et s'administre à l'aide d'un vaporisateur, d'un compte-gouttes ou d'un tampon.

*Laboratoires Poulenc Frères*

DU CANADA LIMITÉE - MONTRÉAL

*Une nouvelle forme de "Béminal"*

# "BÉMINAL" FORTE

**INJECTABLE**

**(DESSÉCHÉ)**

**No 495**

Le "Béminal" Forte remis en solution fournit, à une concentration élevée, les facteurs les plus importants de la vitamine B et constitue dès lors une médication intensive. Étant en poudre, il permet de préparer des solutions à des concentrations variables et conserve sa force indéfiniment.

*Préparation titrée dont chaque flacon renferme:*

Chlorure de thiamine.....	300 mg.
Riboflavine.....	30 mg.
Niacinamide.....	700 mg.
Pyridoxine.....	50 mg.
d-pantothénate de calcium.....	50 mg.



VOIE INTRAMUSCULAIRE

**AYERST, McKENNA & HARRISON LIMITÉE**

*Biologistes et Pharmaciens*

MONTRÉAL

CANADA



454F

# SOMMAIRE

## BULLETIN

Roma AMYOT

A propos du centenaire du Collège des Médecins et Chirurgiens de la  
Province de Québec . . . . . 247

• • •

M. CHIRAY

Les fausses cholécystites . . . . . 251

Cap. Jean FORTIER

Séquelles cardiaques de la malnutrition . . . . . 259

De la Broquerie FORTIER et Paule LADOUCEUR-DUPUIS

Les prématurés . . . . . 263

Raymond DARGET

Traitement de la stérilité masculine . . . . . 269

Marcel LANGLOIS, Roland THIBAudeau et Marie ROUSSEAU

Broncho-pneumonie en milieu hospitalier . . . . . 272

# Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

## AVIS CONCERNANT LES EXAMENS EN 1947

### ASSOCIÉ (FELLOW) EN MÉDECINE

L'examen peut être passé en MÉDECINE, ou en Médecine en accentuant sur l'une des spécialités suivantes :

Dermatologie et syphiligraphie	Pédiatrie
Neurologie et psychiatrie	Radiologie

### ASSOCIÉ (FELLOW) EN CHIRURGIE

L'examen peut être passé en CHIRURGIE, ou en Chirurgie en accentuant sur l'une des spécialités suivantes :

Neuro-chirurgie	Chirurgie orthopédique
Obstétrique et/ou gynécologie	Urologie

### CERTIFICATS EN SPÉCIALITÉS

Les Spécialités approuvées pour le certificat sont les suivantes :

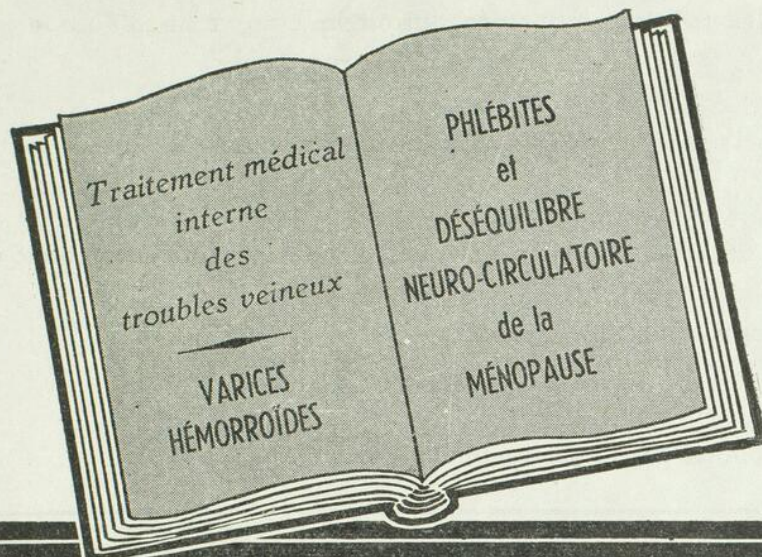
Anesthésie	Otolaryngologie
Dermatologie et syphiligraphie	Pédiatrie
Chirurgie générale	Pathologie et/ou bactériologie
Médecine interne	Médecine physique
Neurologie et/ou psychiatrie	Chirurgie plastique
Neuro-chirurgie	Radiologie: Diagnostique et/ou thérapeutique
Obstétrique et/ou gynécologie	Chirurgie thoracique
Ophthalmologie	Urologie
Chirurgie orthopédique	

Les applications pour les examens qui auront lieu en octobre et novembre 1947 devront être reçues avant le 30 juin.

Pour le titre d'Associé (Fellow) aussi bien que pour l'obtention du Certificat, tous les candidats doivent passer l'examen écrit, oral et clinique sur toutes les parties de l'examen.

On peut obtenir des renseignements concernant les dates pour l'obtention du titre d'Associé et le Certificat pour examens, copies des règlements et formules d'application en s'adressant à :

**JOHN E. PLUNKETT, M.D., F.R.C.P. (C), Secrétaire honoraire,**  
Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada, 150, rue Metcalfe, Ottawa, Canada.



# LOVARINE

SÉCURITÉ • FACILITÉ D'EMPLOI • EFFICACITÉ

Bien que le mode d'action de l'extrait de Marrons d'Inde ne soit pas encore complètement éclairci, les effets n'en demeurent pas moins réels, et depuis très longtemps cet extrait a été employé en France et en Europe avec de bons résultats dans le traitement des Hémorroïdes et Ulcères Variqueux. Dans la LOVARINE, son action est renforcée par l'association d'éléments décongestifs. Les nombreux témoignages d'appréciation de la LOVARINE qui nous parviennent tous les jours témoignent de la valeur indiscutable du produit dans le traitement des troubles veineux.



*Fabricants et Concessionnaires au Canada*

## ROUGIER FRÈRES

350, RUE LE MOYNE

MONTRÉAL

## SOMMAIRE

(Suite)

Jean SIROIS  
A propos de ponction lombaire et de lésions compressives intracérébrales 274

Cap. John O'NEIL  
Symptômes mentaux observés durant la campagne d'Europe . . . . . 279

### RECUEIL DE FAITS

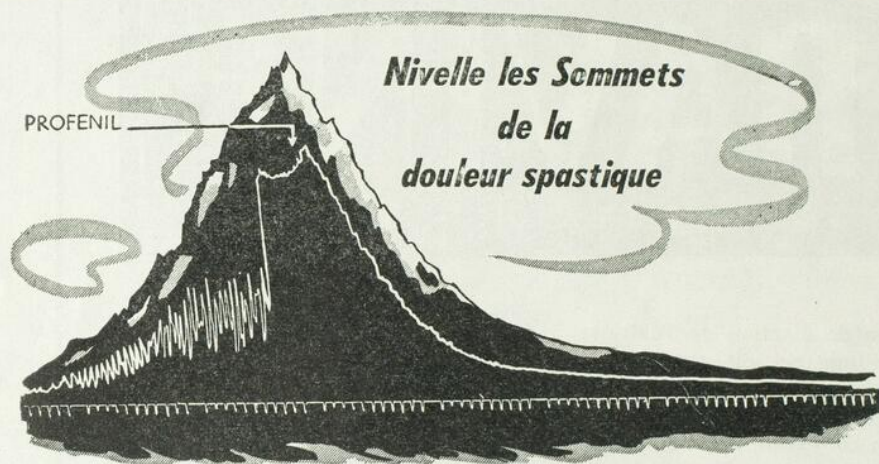
Albert BERTRAND  
Utilité de l'épreuve directe majeure comme contrôle avant toute trans-  
fusion . . . . . 283

Marcel VERSCHOLDEN  
Troubles digestifs néfastes au cours de certains pneumothorax gauches 286

Lucien JULIEN  
Rupture spontanée de l'utérus . . . . . 289

### REVUE GÉNÉRALE

Pierre MEUNIER  
Considérations sur l'hystérectomie totale . . . . . 294



**LA CLINIQUE\***  
**CONFIRME PLEINEMENT**  
**LES OBSERVATIONS**  
**EXPÉRIMENTALES**

Comprimés dosés à 60 mgr. du citrate  
Ampoules dosées à 45 mgr. du chlorhydrate

Suppositoires {Adultes à 48 mgr.}  
                  {Enfants à 24 mgr.} de la base

# profenil

Bis-gamma-phénylpropyléthylamine

**ANTISPASMODIQUE**  
**SYNTHÉTIQUE NOUVEAU**  
**NON NARCOTIQUE**

Quelle que soit la thérapeutique employée dans les affections gastro-intestinales ou des voies biliaires, il est toujours avantageux d'utiliser le Profénil pour relâcher le spasme de la musculature lisse.

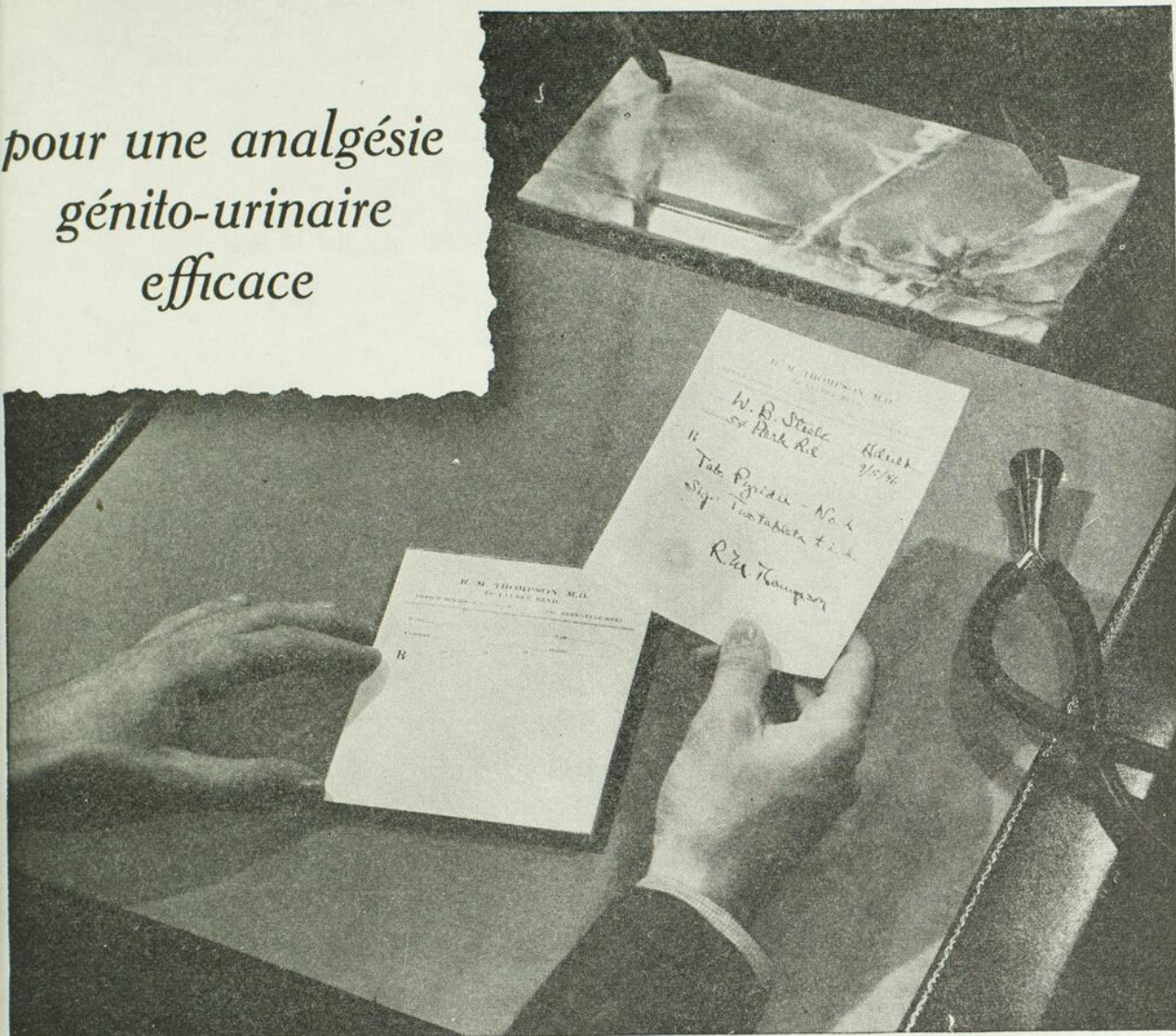
\* The Review of Gastroenterology, vol. 12, number 6, pages 436-439, Nov.-Dec. 1945.  
Medical Times, vol. 74, No 11, pp. 305, Nov. 1946.



LABORATOIRES  
**Lafayette** LTÉE

1410, rue Wolfe, Montréal

*pour une analgésie  
génito-urinaire  
efficace*



L'administration du Pyridium est suivie d'une analgésie bien déterminée. Cette action apporte un soulagement rapide et efficace si réconfortant pour le malade souffrant de symptômes urinaires pénibles.

L'effet primordial du Pyridium est essentiellement local, puisqu'il agit directement sur la muqueuse génito-urinaire. Il n'est pas associé

ou dû à une sédation de l'organisme ou à l'action d'un narcotique.

Les doses thérapeutiques du Pyridium peuvent être administrées avec une sécurité quasi complète pendant toute la durée de la cystite, de la pyélo-néphrite, de la prostatite et de l'urétrite. Documentation sur demande.

# PYRIDIDIUM

(Phenylazo-alpha-alpha-diamino-pyridine mono-hydrochloride)

**MERCK & CO. LIMITED**

*Fabricants chimistes*

MONTRÉAL — TORONTO — VALLEYFIELD

Pyridium est le nom  
déposé au Canada du  
produit fabriqué par  
Pyridium Corporation.

# SOMMAIRE

(Suite)

## ÉDITORIAL

- Edouard DESJARDINS  
Progrès de l'esprit scientifique . . . . . 298

## VARIÉTÉS

- Albert LeSAGE  
75<sup>e</sup> anniversaire de la fondation de "L'Union Médicale du Canada"  
(Les anciens et nous) . . . . . 300

## MÉDECINE SOCIALE

- Gaston LAPIERRE  
Quinze années de B. C. G. à l'hôpital Sainte-Justine . . . . . 328  
G. CHAREST  
Epidémiologie des entérites estivales de la région de Montréal . . . . . 332  
Adélarde GROULX  
Le bilan-santé de Montréal en 1946 . . . . . 336

## CORRESPONDANCE

- Claude BERTRAND  
Lettre d'Oxford . . . . . 339  
Louis-Félix DUBÉ  
Centenaire de la médecine dans le Québec . . . . . 341

## CHRONIQUE THÉRAPEUTIQUE

- Roger DUFRESNE  
Les vitamines . . . . . 342

## MÉDECINE PRATIQUE

- Léo TASSÉ  
Un nouveau médicament en obstétrique . . . . . 344  
• • •  
"L'Union Médicale du Canada" en 1878 . . . . . 346

- ANALYSES . . . . . 348

## MÉDECINE

La Stilbamidine et la Pentamidine dans le traitement des myélomes multiples (348).

## NEURO-PSYCHIATRIE

Il faut employer avec prudence le curare dans la thérapie par le choc chez les patients atteints de troubles psychiatriques associés à la myasthénie grave (349). Hérité du rétinoblastome. Cas observés dans deux familles (349).

## ORTHOPÉDIE

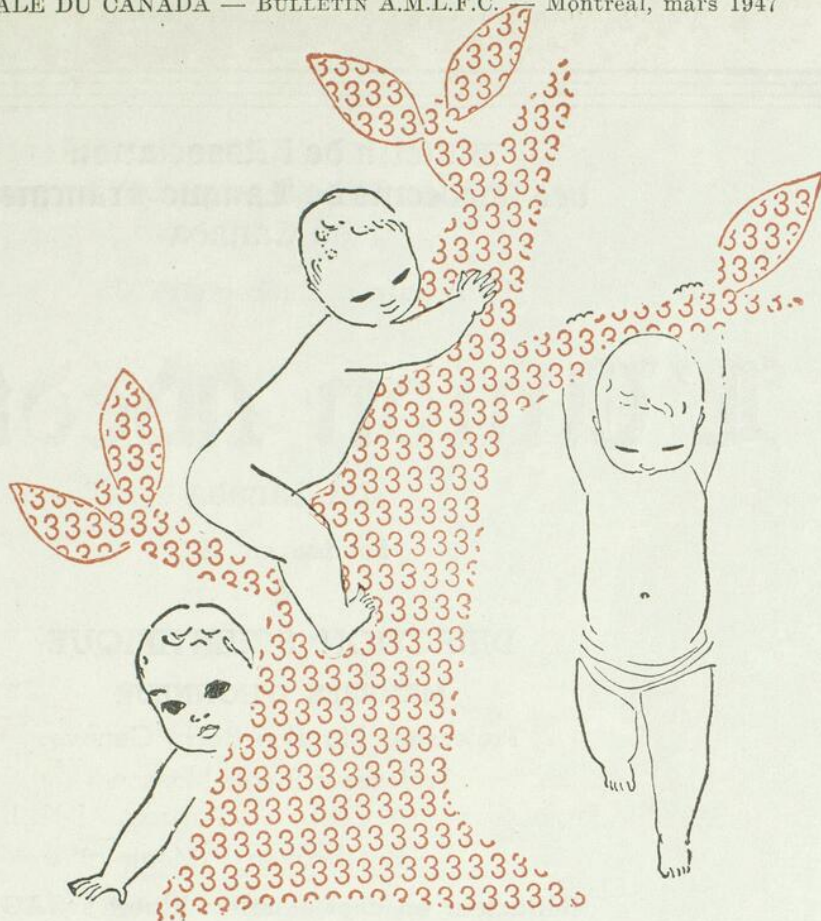
Les ostéoporoses aiguës; ostéoporose d'immobilisation ou ostéoporose d'alarme (350). De l'usage des copeaux d'os spongieux pour fins de greffe osseuse (351). Une conception thérapeutique de l'ostéite chronique (351). Enclouage médullaire des fractures des os longs (352). La subluxation du pied bot (353). Résultats opératoires dans les disques intervertébraux (353).

- SOCIÉTÉS . . . . . 355

Société Médicale de Montréal: allocution du docteur Edouard Desjardins, président pour 1947 (355); séance du 3 décembre 1946 (357).  
Société Médicale de Québec: 296<sup>e</sup> réunion tenue à l'École de Médecine (359).

- LIVRES REÇUS . . . . . 360

- NOUVELLES . . . . . 362



## le groupe des "trois"

La dose moyenne de Navitol avec Vioستérol pendant l'enfance jusqu'à l'adolescence, est seulement de *trois gouttes par jour*. Cette dose moderne de *trois gouttes* protège l'enfant normal contre le rachitisme *au cours de la période active de la croissance*.

Les teneurs maxima d'Oléovitamines concentrées A et D, spécifiées par l'U.S.P. XII — 5,000 U. I. de vitamine A et 1,000 U. I. de vitamine D — sont contenues dans ces trois gouttes. Le Navitol est savoureux et, si nécessaire, on peut le déposer sur la langue du bébé. Il est pour ainsi dire sans odeur, ce qui le rend très précieux pour les mamans. Et économique! Seulement un demi-sou par jour pour cette dose de trois gouttes!

Documentation sur demande à:  
E. R. Squibb & Sons of Canada Limited,  
36-48 Caledonia Road, Toronto.

# Navitol

## SQUIBB

Nom. déposé  
AVEC VIOSTÉROL

E. R. SQUIBB & SONS OF CANADA LIMITED, 36-48 CALEDONIA ROAD, TORONTO.

**Bulletin de l'Association  
des Médecins de Langue Française  
du Canada**

Fondée à Québec en 1902

# L'Union Médicale

du Canada

Fondée en 1872



## DIRECTION SCIENTIFIQUE

### MEMBRES D'HONNEUR

Professeur Maurice Roch, Genève.

Professeur Pierre Masson

Professeurs J.-A. Leduc, T. Parizeau, J.-N. Roy,

E. Saint-Jacques (Montréal).

**Rédacteur en chef émérite: Albert LeSAGE.**

## BUREAU DE DIRECTION

MM. R. Amyot, Antonio Barbeau, Albert Bertrand, R. Boucher, A. Comtois, J.-A. Denoncourt, Edouard Desjardins, Edmond Dubé, Richard Gaudet, C.-A. Gauthier, L. Gérin-Lajoie, Albert Jutras, Renaud Lemieux, Albert LeSage, Paul Letondal, A. Marin, D. Marion, L.-P. Petitclerc, Jean Saucier, L.-C. Simard, Pierre Smith, Hermile Trudel, R.-E. Valin, J.-A. Vidal, Sénateur Lacasse.

## BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef

**Roma AMYOT**

**Assistant-rédacteur en chef**

Edouard Desjardins

**Secrétaire de la Rédaction**

Pierre Smith

Secrétaire adjoint à Montréal

Roger Dufresne

326 est, boulevard Saint-Joseph.

Secrétaire adjoint à Québec

Maurice Beaudry

128, rue Sainte-Anne.

## BUREAU DE COLLABORATION

MM. P.-R. Archambault, Maurice Beaudry, P. Bourgeois, A. Cantero, Roland Cauchon, Fernand Charest, C.-E. Côté, René Dandurand, Paul David, F.-X. Demers, R. Doré, Guy Drouin, Paul Dumas, Origène Dufresne, Roger Dufresne, Roland Dussault, H. Gélinas, A. Gratton, Pierre Jobin, V. Latraverse, Rosaire Lauzer, Sylvio Leblond, J. LeSage, Léon Longtin, Emile Maranda, J.-P. Paquette, Antoine Pettigrew, Germain Pinsonneault, M. Plamondon, P. Poirier, J.-L. Riopelle, L.-P. Roy, Henri Smith, Félix Têtu, Malcolm Vachon, Norbert Vézina.

# Médication intensive

PAR LES VITAMINES DU GROUPE B, OUTRE LES VITAMINES C ET D



## COMPRIMÉS "BEFORTE"

### INDICATIONS

Dans les affections énumérées ci-dessous, il y a, ou il peut y avoir, dans la ration alimentaire, absence ou insuffisance des vitamines indispensables. Un complément est donc indiqué.

**RESTRICTIONS DU RÉGIME:** ulcère simple de l'estomac, colite, diabète sucré, alcoolisme chronique, régimes irrationnels, anorexie nerveuse, cardiopathies, néphrite, sénescence.

**ABSORPTION ANORMALE:** colite, maladie de Gee, dysenterie, cardiopathies avancées.

**CAS HORS DE L'ORDINAIRE:** hyperthyroïdie, infections aiguës, avant et après une opération, grossesse et lactation, affections débilitantes (tuberculose, arthrite, asthme chronique, etc.).

**MAL DES RAYONS:** Prophylaxie du mal des irradiations pénétrantes (Béclère) — commencer administration de comprimés de "Beforte" 3 ou 4 jours avant le traitement par les rayons X ou par le radium, et la continuer pendant toute la durée de ce traitement.

### COMPRIMÉS DE "BEFORTE"

S.C.T. No 360 *Frost*

#### FORMULE

Un concentré de levure de bière - 150 mg.  
Vitamine B<sub>1</sub> (chlorhydrate de thiamine) 3 mg.  
(1000 unités int.)  
Riboflavine (vitamine B<sub>2</sub>) - - - 2 mg.  
Niacinamide - - - - - 12½ mg.  
Chlorhydrate de pyridoxine (vitamine B<sub>6</sub>) 1 mg.  
D-pantothénate de calcium - - - 5 mg.  
Vitamine D - - - - - 500 unités int.  
Vitamine C (acide ascorbique) - - 25 mg.

Le rôle que ces vitamines (i.e., la pyridoxine et le d-pantothénate de calcium) jouent dans la nutrition humaine n'est pas encore déterminée.

**DOSE:** de 1 à 3 comprimés par jour.

**PRÉSENTATION:** flacons de 30, 100 et 500 comprimés.

### "BEFORTE" LIQUIDE

Chaque cuillerée à thé équivaut à 1 comprimé de Beforte, moins la vitamine C.

Le "Beforte" liquide et les solutions sirupeuses étant compatibles, on peut l'employer comme véhicule (riche en vitamines et de goût agréable) pour certains médicaments solubles dans le sirop simple — les bromures, par exemple.

**DOSE:** de 1 à 2 cuillerées à thé par jour.

**PRÉSENTATION:** flacons de 4 et 8 onces.



# "ALAMINO"



Combinée avec l'aluminium, la glycine (un des acides aminés) nous apporte un nouveau médicament, d'une grande utilité

*dans le traitement de*  
**l'HYPERCHLORHYDRE et de l'ULCÈRE SIMPLE de l'ESTOMAC**

C'est aux recherches de Krantz, Kibler et Bell que nous sommes redevables de l'Alamino. Ils ont constaté qu'un sel d'aluminium d'un acide aminé (la glycine, par exemple) avait un double effet: (a) une combinaison immédiate avec un acide par le groupe des aminés de l'acide aminé, et (b) une action secondaire, anti-acide et prolongée, causée par la décomposition du sel d'aluminium, la concentration des ions acides H du contenu gastro-intestinal étant ainsi stabilisée entre pH4 et 5. L'efficacité de l'Alamino a été abondamment démontrée par des épreuves pharmacologiques et cliniques conduites au Canada et aux Etats-Unis.

# "ALAMINO"

## OFFRE 5 AVANTAGES DISTINCTS:

1. Action thérapeutique rapide — prompt soulagement de la douleur dans les cas d'ulcère simple de l'estomac (sans complications).
2. Action anti-acide prolongée, sans risque d'alcalose.
3. Forte capacité déchlorhydrante avec teneur minimum en aluminium (40 p. 100 de moins que l'hydroxide d'aluminium desséché), rendue possible par sa combinaison chimique (unique en son genre) avec la glycine.
4. Désagrégation rapide et dispersion immédiate dans le contenu de l'estomac.
5. Petits comprimés de goût agréable, pouvant être ingérés sans mastication préalable. Ils tiennent peu de place dans le gousset ou le sac à main.

## "ALAMINO"

C.T. No 381 "Frosst"

Chaque comprimé contient:

Glycinate d'aluminium - - - - - 7.7 gr. (0.5 g)

## "ALAMINO" COMPOSÉ

C.T. No 382 "Frosst"

Chaque comprimé contient:

Glycinate d'aluminium - - - - - 7.7 gr. (0.5 g)

Sulfate d'atropine - - - - - 1/500 gr. (0.13 mg)

'Noctinal' (Sodium ethyl sec.-butyl barbiturate "Frosst") - 1/4 gr. (16 mg)

**DOSE:** 1 ou 2 comprimés, une ou deux heures après les repas et au coucher.

**PRÉSENTATION:** flacons de 50, 100 et 500 comprimés.



Charles E. Frosst & Co.

MONTREAL

CANADA

# DOULEURS CARDIAQUES causées par la STÉNOSE DES CORONAIRES, de l'ASTHME NON SPÉCIFIQUE, de la COLIQUE HÉPATIQUE



## "THEOLAMINE"

LA DIAMINE ÉTHYLÉNIQUE DE THÉOPHYLLINE (AMINOPHYLLINE "Frossl")

### COMPRIMÉS DE "THEOLAMINE"

#### "Théolamine" et "Noctinal"

E.C.T. No 412 "Frossl"  
(Enrobage entérique)

Théolamine..... 3 gr. (0.2 G.)  
\*Noctinal..... 1/2 gr. (32 mg.)

\*Sodium ethyl sec.-butyl barbiturate "Frossl"  
Un comprimé 3 fois par jour

#### "Théolamine"

C.C.T. No 313 "Frossl"  
(Enrobage de chocolat)

Théolamine..... 1 1/2 gr. (0.1 G.)

#### "Théolamine" et Phénobarbital

C.C.T. No 326 "Frossl"  
(Enrobage de chocolat)

Théolamine..... 1 1/2 gr. (0.1 G.)  
Phénobarbital..... 1/4 gr. (16 mg.)

Dose: 1 ou 2 comprimés 3 fois par jour.  
Présentation: flacons de 100 et 500 comprimés.

### AMPOULES DE "THEOLAMINE"

Ampoule No 541 "Frossl"

Théolamine..... 7 1/2 grains (0.5g)  
Eau distillée..... q.s. pour obtenir 10 cc.

Dose: injecter lentement (3-5 minutes)  
10 cm<sup>3</sup> par voie intraveineuse; répéter  
toutes les 6 heures au besoin.

Présentation: boîtes de 6 et 25 ampoules.

Envoi d'une liste complète des formules  
à la demande des intéressés.

1. L'administration de "Théolamine" a pour résultat de dilater les artères coronaires en augmentant le cours du sang à travers le muscle du cœur. L'hypémie cardiaque est ainsi soulagée et les limites de "l'effort sans douleur" conséquemment reculées. La "Théolamine" est promptement absorbée; son effet persiste pendant plusieurs heures.

Outre qu'elle dilate les coronaires la "Théolamine" est aussi un puissant diurétique. Dans les cas d'affaiblissement des battements cardiaques, la "Théolamine" et la digitale activent la circulation dans les coronaires, favorisent l'économie de l'effort du muscle du cœur, et facilitent la sécrétion urinaire. Apparemment, cette combinaison de "Théolamine" et de petites quantités de digitale est plus efficace que l'un ou l'autre de ces médicaments administré seul. L'addition d'une faible dose de phénobarbital agit utilement en calmant le sujet anxieux et agité.

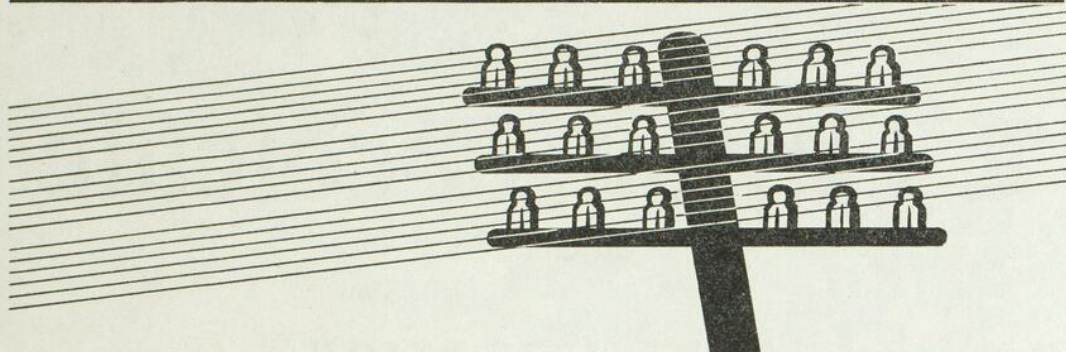
La "Théolamine" additionnée de "Noctinal" est particulièrement recommandée dans les cas où l'on doit se méfier d'une sédation excessive. L'enrobage gastrique prévient toute irritation gastrique.

2. La "Théolamine" est aussi un puissant dilatateur des petites bronches et des bronchioles. Une seule injection intraveineuse de 0.5 gramme de "Théolamine" procurera un soulagement remarquable, persistant jusqu'à six heures, dans les cas d'asthme réfractaire à l'épinéphrine. Dans les cas moins aigus, l'administration régulière de "Dilamine" (E.C.T. No 414 "Frossl") peut être prophylactique et calmer les crises de dyspnée paroxystique.

3. L'injection intraveineuse de 0.5 gramme de "Théolamine" soulage la douleur de la colique hépatique plus efficacement que toute autre méthode employée jusqu'ici. On peut logiquement supposer que la "Théolamine" relâche les principales voies biliaires et le sphincter d'Oddi, ce qui facilite la migration du calcul dans le duodénum.



## UNE MÉDICATION D'URGENCE DES CRISES



**TRINITRINE, SCILLE,  
PHÉNYLETHYLMALONYLURÉE**

**CRISES** d'Angor, d'Hypertension paroxystique, de Tachycardie paroxystique, d'Asthme, d'Aérogastrie, d'Aérocolie, des Faux Cardiaques, le Hoquet, les Quintes de Toux.

Les dragées de  
**SCILLITRINE**  
renfermant un noyau mou l'absorption a lieu instantanément à travers la muqueuse buccale et l'action est immédiate lorsqu'on les croque lentement.



# Scillitrine

MILLET, ROUX & CIE, LIMITÉE  
MONTRÉAL, P. Q.

---

---

Bulletin de l'Association  
des Médecins de Langue Française  
du Canada

Fondée à Québec en 1902

# L'Union Médicale

du Canada

## ADMINISTRATION

### OFFICIERS

Président: A. Bertrand  
Vice-présidents: Richard Gaudet et Jean Saucier  
Secrétaire-trésorier: J.-A. Vidal

### COMITÉ EXÉCUTIF

MM. A. Bertrand, R. Amyot, J.-A. Vidal, D. Marion, Richard Gaudet.

### COMITÉ DE PUBLICITÉ

MM. R. Amyot, D. Marion, J.-A. Vidal.

### CORRESPONDANTS

MM. A. Plichet (Paris);  
L.-P. Phaneuf (Boston);  
Charles P. Mathé (San Francisco);  
A. Fontaine (Woonsocket);  
J.-H. Lapointe, J.-E. Gaulin, L. Mantha (Ottawa);  
L.-F. Dubé (Notre-Dame-du-Lac);  
Eug. Tremblay (Chicoutimi);  
P. Bertrand, R. Gaudet (Sherbrooke);  
Aug. Panneton, J.-A. Denoncourt (Trois-Rivières);  
D. Collin (Saint-Boniface);  
L.-P. Mousseau (Edmonton).

Le Président, le Rédacteur en chef et le Secrétaire-trésorier sont, "ex-officio",  
membres de tous les comités.

Publicité: Jacques D. Clerk, 326 est. blvd Saint-Joseph. L'Ancaster 9888.



# ★ FOLVITE

Nom Déposé

## ACIDE FOLIQUE *Lederle*

### TRAITEMENT DES ANÉMIES MÉGALOCYTAIRES

Cette substance extraordinaire dont l'action sur la maturation des hématies est spécifique, est maintenant indiquée dans tous les cas de sprue et dans les anémies mégalo-cy-taires de la grossesse, de l'enfance et de la pellagre. Dans l'anémie pernicieuse, l'acide folique administré avec des extraits de foie peut se montrer supérieur à l'un ou l'autre de ces deux médicaments administré isolément.

#### ADMINISTRATION PAR VOIE BUCCALE

Adultes — 5 à 20 mg. par jour, en doses fractionnées.

Enfants (de tout âge) — 5 à 10 mg. par jour.

Les cas réfractaires peuvent réclamer des doses plus fortes.

#### ADMINISTRATION PAR INJECTION

On recommande cette forme d'administration de l'acide folique dans les anémies mégalo-cy-taires si la maladie est grave et résiste au traitement, ou si l'absorption gastro-intestinale est défectueuse. L'administration de ce produit doit se faire par injection intramusculaire aux niveaux suivants:

Adultes — 15 mg. une fois par jour.

Enfants (de tout âge) — 15 mg. une fois par jour.

#### DOSE D'ENTRETIEN

Lorsque les symptômes cliniques sont disparus et que le tableau sanguin est redevenu normal, on recommande une dose d'entretien égale à la moitié de la dose recommandée plus haut, mais toujours d'au moins 5 mg. par jour. Les malades devraient être étroitement surveillés, et dans le cas de menace de rechute la dose d'entretien devrait être ajustée.

#### PRÉSENTATION

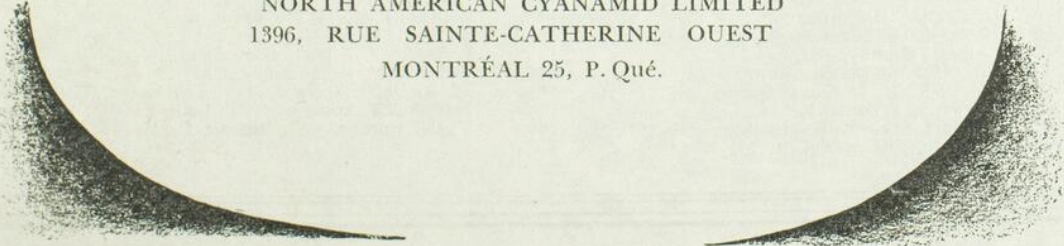
##### COMPRIMÉS

*Tubes de 25 et flacons de 100 comprimés, 5 mg. chacun.*

##### SOLUTION

*Ampoules de 1 cc, 15 mg. par cc.*

## LEDERLE LABORATORIES DIVISION



NORTH AMERICAN CYANAMID LIMITED  
1396, RUE SAINTE-CATHERINE OUEST  
MONTRÉAL 25, P. Qué.

# OFFICIERS

DE

## L'Association des Médecins de Langue Française du Canada

Fondée à Québec en 1902

DIRECTEUR GÉNÉRAL HONORAIRE

**R.-E. VALIN**

165 est, rue Laurier, Ottawa.

DIRECTEUR GÉNÉRAL

**Donatien MARION,**  
326 est, boul. St-Joseph  
Montréal.

SECRÉTAIRE-TRÉSORIER GÉNÉRAL

**Hermile TRUDEL,**  
1990 est, rue Rachel  
Montréal.

EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

**Donatien MARION,** Montréal.  
**Hermile TRUDEL,** Montréal.  
**Chs VÉZINA,** Québec.  
**L.-A. RICHARD,** Ottawa  
**J.-A. VIDAL,** Montréal.  
**J.-A. LECOURS,** Ottawa  
**J.-E. PERRAS,** Hull

COMITÉ DU XIX<sup>e</sup> CONGRÈS

**L.-A. RICHARD,** président.

<b>J.-A. VIDAL,</b>	1 <sup>er</sup> Vice-président.	<b>A. FONTAINE,</b>	5 <sup>e</sup> Vice-président.
<b>Richard GAUDET,</b>	2 <sup>e</sup> "	<b>G. LACASSE, sén.,</b>	6 <sup>e</sup> "
<b>I.-A. DENONCOURT,</b>	3 <sup>e</sup> "	<b>J.-A. LECOURS,</b>	Secrétaire.
<b>J.-B. JOBIN,</b>	4 <sup>e</sup> "	<b>J.-E. PERRAS,</b>	Trésorier.

ANCIENS PRÉSIDENTS

<b>Albert LeSAGE,</b>	<b>Albert PAQUET,</b>	<b>J.-A. JARRY,</b>
<b>J.-H. LAPOINTE,</b>	<b>Chs-N. DeBLOIS,</b>	<b>Chs VÉZINA.</b>

MEMBRES DU CONSEIL

AMYOT, Roma, 454 est, rue Sherbrooke, Montréal . . . . .	1950	LACHARITE, Vilmer, St-Célestin, P. Q. . . . .	1948
ARCHAMBAULT, Gérard, Henryville, P. Q. . . . .	1948	LAFRAMBOISE, J.-M., 692, St-Patrice, Ottawa . . . . .	1950
BAILLY, Roland, St-Pie de Bagot, P. Q. . . . .	1948	LAROCHELLE, J.-R., Manchester, N. H. . . . .	1948
BEAUCHEMIN, L.-O., Calgary, Alberta . . . . .	1950	LEBEL, M.-H., 3646, Laval, Montréal . . . . .	1948
BELIVEAU, P., Méthégen, N.-E. . . . .	1948	LEMIEUX, J.-R., 17, Ste-Ursule, Québec . . . . .	1948
BIBAUD, B., Valleyfield, P. Q. . . . .	1948	MANSEAU, Georges, 244a, rue Principale, Ville St-Laurent, P. Q. . . . .	1948
BLAIN, Emile, 3464, St-Denis, Montréal . . . . .	1948	MICHAUD, R., Moose Jaw, Saskatchewan . . . . .	1950
BLANCHET, Roméo, 54, avenue Laurier, Québec . . . . .	1948	MILOT, J.-D., 1017, Stafford Road, Fall River . . . . .	1948
BOHEMIER, Anatole, 3425, rue St-Hubert, Montréal . . . . .	1948	MORRISSETTE, Pierre, St-Georges, Beauce, P. Q. . . . .	1948
BONIN, Wilbrod, 2620, boul. Pie IX, Montréal . . . . .	1950	PELLETIER, A., Winchendon, Mass. . . . .	1950
BROUSSEAU, L.-P., Malartic, P. Q. . . . .	1950	PERRON, Jos., Shawinigan Falls, P. Q. . . . .	1950
CARON, Sylvio, Mastā, Québec . . . . .	1948	PIETTE, Edmond, Joliette, P. Q. . . . .	1950
CHOLETTE, A. M., 1451 est, boul. St-Joseph, Montréal . . . . .	1950	POWERS, A., 11, Front, Hull, P. Q. . . . .	1950
COUTURIER, Alphonse, Rivière-du-Loup, P. Q. . . . .	1950	RIOUX, J.-Emila, Ste-Anne-des-Monts, P. Q. . . . .	1950
D'ARGENCOURT, Guy, Drummondville, P. Q. . . . .	1950	SMITH, Pierre, 300, carré St-Louis, Montréal . . . . .	1948
DESMEULES, Roland, 167, Grande-Allée, Québec . . . . .	1948	SORMANY, Albert, Edmunston, N.-B. . . . .	1950
DOMINCUE, Albert, Granby, P. Q. . . . .	1948	TANGUAY, R., Sudbury, Ont. . . . .	1950
DUBE, Edmond, 6055, St-Denis, Montréal . . . . .	1950	TETRAULT, Adélar, 429, Laviolette, T.-Rivières, P. Q. . . . .	1950
GAUTHIER, C.-A., 531½, St-Louis, Québec . . . . .	1950	THIBAUT, Eugène, 4070, boul. Lasalle, Verdun, P. Q. . . . .	1950
GAUTHIER, Henri-E., Woonsocket, R. I. . . . .	1950	VIAU, Horace, 467, Rideau, Ottawa . . . . .	1950
JOANNETTE, Albert, Ste-Agathe-des-Monts, P. Q. . . . .	1948		
LACHANCE, Wilfrid, Chicoutimi, P. Q. . . . .	1948		

**PRATIQUÉE CHEZ SOI OU AILLEURS**

# L'ÉPREUVE "ÉCLAIR"

**SIMPLIFIE LA RECHERCHE DU SUCRE ET DE L'ACÉTONE DANS LES URINES**

**PAS D'ÉPROUVETTES**

**PAS DE DOSAGE**

**PAS D'ÉBULLITION**

Les diabétiques accueilleront avec plaisir l'épreuve "Eclair" (réactif sec prêt à utiliser), en raison de sa simplicité et de sa facilité d'emploi. Pas d'éprouvettes, pas d'ébullition, pas de dosage; simplement un peu de poudre, un peu d'urine — s'il y a présence de sucre ou d'acétone, la modification de couleur se produit à l'instant.

*Galatest*

POUR LA RECHERCHE DU SUCRE  
DANS L'URINE

*Réactif à l'Acétone*

(DENCO)

POUR LA RECHERCHE DE L'ACÉTONE  
DANS L'URINE

**LA MÊME SIMPLE MÉTHODE POUR LES DEUX ÉPREUVES**

1. UN PEU DE POUDRE



2. UN PEU D'URINE

**MODIFICATION DE COULEUR  
INSTANTANÉE**

Nécessaire contenant une fiole de réactif d'acétone (Denco) et une fiole de Galatest maintenant disponible. Très commode pour la trousse du médecin ou du diabétique. Le nécessaire contient aussi un stilligoutte médical et une échelle des couleurs. Ce nécessaire si commode ou les fioles de rechange sont en vente à toutes les pharmacies d'ordonnances et chez les marchands d'instruments chirurgicaux.

*Accepté pour publicité dans le "Journal of the American Medical Association".*

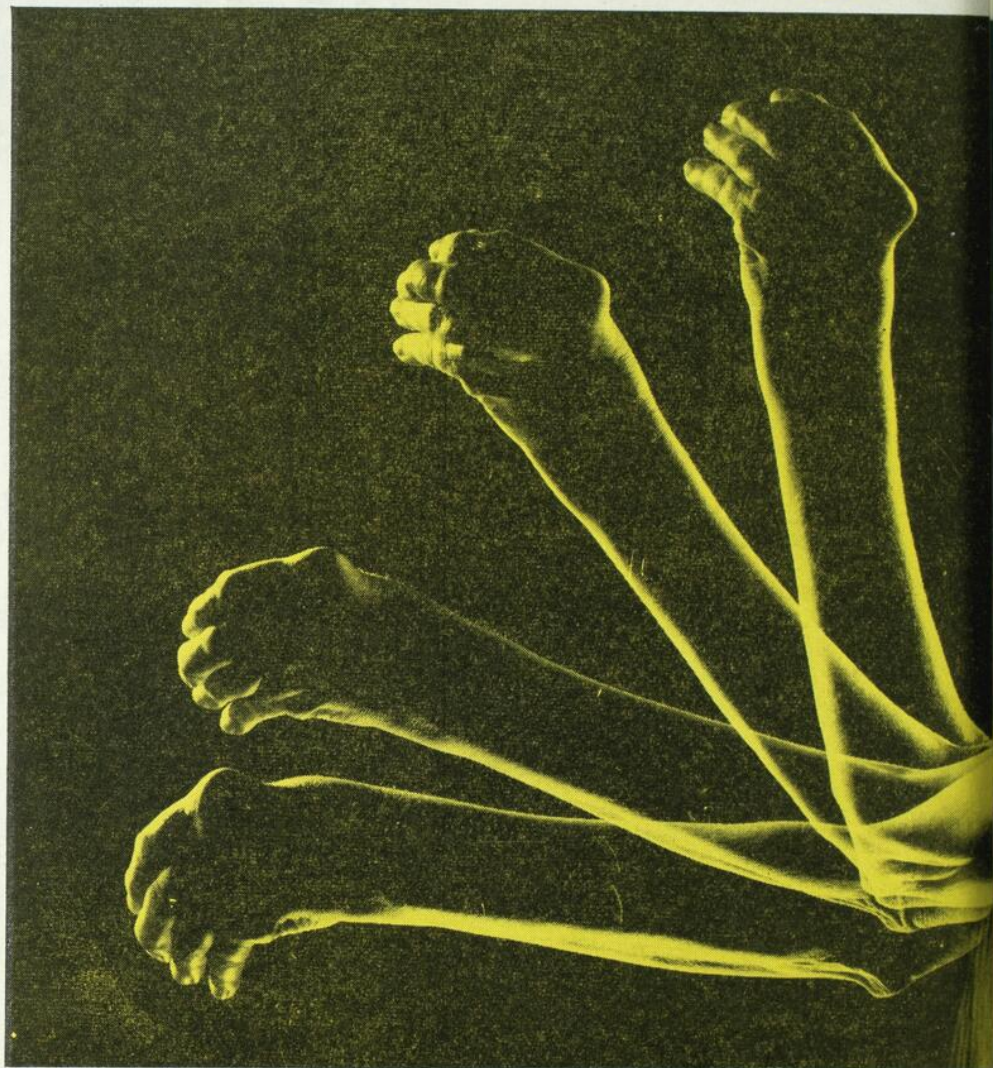
NOTICES DESCRIPTIVES SUR DEMANDE



**THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING COMPANY**

286 ouest, rue St. Paul, Montréal

quelle est la preuve objective de



1. Steck, I. E.: Clinical Experience in the Treatment of Arthritis with Massive Doses of Vitamin D, *Ill. Med. J.*, 71:243 (March) 1937.
2. Traeger, C. H., Squires, W. H. and Rudd, E.: Therapeutic Value of Electrically Activated Vaporized Ergosterol, *Indust. Med.*, 14:202 (March) 1945.
3. Levinthal, D. H. and Logan, C. E.: The Orthopedic and Medical Management of Arthritis, *Journal Lancet*, 63:48 (Feb.) 1943.
4. Horwitz, H. and Joseph, N. R.: Prolonged Observation on a Group of Arthritic Patients, *Indust. Med.*, 15:100 (Feb.) 1946.

# la stéroïdothérapie dans l'arthrite?

Pour évaluer d'une façon satisfaisante la réaction du malade à la stéroïdothérapie par l'Ertron, les découvertes objectives des chercheurs offrent un grand intérêt.

## RÉSULTATS OBJECTIFS OBTENUS PAR L'ERTRON

**Tuméfaction** — Comme preuve de l'effet favorable de l'Ertron, on rapporta bientôt une diminution de la tuméfaction<sup>1</sup>. Les radiographies démontrèrent que ce résultat se manifestait par l'atténuation de l'épanchement<sup>2</sup> dans les articulations et la diminution de la tuméfaction des tissus mous<sup>3</sup>.

**Activité** — L'action générale de l'Ertron se manifeste par l'amélioration de la tonicité musculaire, constatée par la lecture<sup>4</sup> de l'enregistrement par le test dynamométrique au cours du traitement.

**Mobilité** — L'augmentation de la mobilité passive et active<sup>5,6,7</sup> des articulations atteintes est marquée chez les malades Ertronisés.

**Poids** — Chez les individus amaigris, asthéniques, l'augmentation du poids accompagnée d'un meilleur appétit constitue la preuve de l'action générale de l'Ertron.

## ERTRON

L'action thérapeutique distinctive de l'Ertron s'explique par sa composition chimique unique. La méthode d'activation employée dans la préparation de l'Ertron conduit à la formation d'un complexe contenant des facteurs qui n'avaient pas encore été reconnus et qui font partie du groupe des stéroïdes. La séparation de ces corps à l'état pur et leur identification ont confirmé que l'Ertron est unique au point

de vue chimique et qu'il est formé d'un complexe stéroïde.

Présenté en flacons de 50, 100 et 500 capsules. Chaque capsule contient cinq milligrammes de produits d'activation titrés biologiquement à une activité antirachitique de cinquante mille unités internationales. Aussi sous forme injectable, en boîtes de 6 ampoules de 1 cc. Publicité exclusivement médicale.

*Ertron est le nom déposé d'un produit fabriqué par les  
Nutrition Research Laboratories, Chicago, U.S.A.*

*Concessionnaires pour le Canada:*

**LAURENTIAN AGENCIES, REG'D., MONTRÉAL, P. Q.**

Livingston, S. K.: Vitamin D and Fever Therapy in Chronic Arthritis, *Arch. Phys. Therapy*, 17:704 (Nov.) 1936.

Snyder, R. G., Squires, W. H., Forster, J. W., Traeger, C. H. and Wagner, L. C.: Treatment of Two Hundred Cases of Chronic Arthritis with Electrically Activated Vaporized Sterol, *Indust. Med.*, 11:295 (July) 1942.

7. Farley, R. T.: The Treatment of Arthritis with Massive Dosage Vitamin D, *J. Am. Inst. Homeop.*, 31:405 (July) 1938.

8. Snyder, R. G., Squires, W. H. and Forster, J. W.: A Six-Year Study of Arthritis Therapy— with Special Reference to the Pharmacology, Toxicology and Therapeutics, *Indust. Med.*, 12:291 (May) 1943.

# TRAITEMENT DE LA TOUX

## SUPPOSITOIRES

# RECTOCRINE



### FORMULE:

Carbonate de gaïacol	Aminophilline
Succinate de Benzyl et Sodium	
Sulfogaïacolate de Potassium	
Camphosulfonate de Sodium	Vitamine B <sub>1</sub>

Deux formules: **Enfant — Adulte**  
Présentation: Boîtes de 12 suppositoires

Les suppositoires **RECTOCRINE** sont préparés sous la surveillance et le contrôle immédiat de:

Charles Laurin, B.A., B.Ph.,  
Léopold Bergeron, B.A., B.Ph.,  
Assistant bactériologiste,  
Marcel Daoust, B.A., B.Ph.,  
Jean-E. Perras, L.Sc., M.C.I.C.,  
Pharmaciens, Chimistes, Analystes,  
et Biochimistes,

Tous diplômés de l'Université de Montréal.

•  
*Echantillons sur demande*  
*à Messieurs les Médecins seulement.*  
•

Spécialité du Laboratoire

**ASGRAIN & HARBONNEAU**  
Limitée

UNIVERS PHARMACEUTIQUE ET MÉDICAL

# Quand



**plusieurs**

**vitamines font défaut**

## **"THÉRAVITE"** - pour l'usage thérapeutique

*Doses massives de neuf différents facteurs*

*vitaminiques pour traiter les carences aiguës.*

*Les capsules de "Théravite", No 238, sont*

*présentées en bouteilles de 30 et de 100.*

## **"SUPPLAVITE"** - pour compléter le régime

*Doses prophylactiques de six différents facteurs*

*vitaminiques pour le traitement des carences*

*légères ou lorsque les besoins augmentent.*

*Les Comprimés de "Supplavite", No 833, sont*

*présentés en bouteilles de 36, 100 et 500; la "Supplavite"*

*Liquide, No 950, en bouteilles de 2 et 8 onces.*

*Ayerst*

AYERST, McKENNA & HARRISON LIMITÉE - BIOLOGISTES ET PHARMACIENS - MONTRÉAL, CANADA

# "ENZIFLUR"

## AIDE A PRÉVENIR LA CARIE DENTAIRE



DANS UNE RÉCENTE EXPÉRIENCE SUR 512 ENFANTS\*

Le nombre des caries chez ceux qui ne reçurent aucune médication augmenta de . . . . .

65%

Chez ceux qui prirent les comprimés de fluorure de calcium, l'augmentation des caries a été de . . . . .

32%

Chez ceux qui prirent du fluorure de calcium combiné avec les vitamines C et D ("ENZIFLUR") l'augmentation des caries n'a été que de . . . . .

15%

Chaque Pastille d'Enziflur contient:

Fluorure de calcium . . . . . 2 mg.

Vitamine C . . . . . 30 mg.

Vitamine D . . . . . 400 unités int.

Bouteilles de 30 et de 100 pastilles

N.B.—On doit laisser dissoudre la pastille lentement dans la bouche, ce qui met la surface des dents en contact avec la salive imprégnée de fluor.

\*Strear, L. P. et Beaudet, J. P.: New York State J. Med. 45: 2183 (15 oct.) 1945.



# AYERST, MCKENNA & HARRISON LIMITÉE

Biologistes et Pharmaciens  
MONTRÉAL CANADA





La roue a de nouveau tourné! Aujourd'hui, l'emploi du sel ferreux, longtemps dévalorisé dans le traitement d'anémies d'insuffisance de fer, est réapparu et accepté presque universellement. S'il y a une variante dans les principes émis et pratiqués par Blaud, Niemeyer, Immerman et Osler, c'est que l'inclination moderne est vers un plus haut dosage.

La tendance du fer inorganique, donné seul et en doses massives, à produire de l'irritation gastro-intestinale, fut une des raisons qui lui fit perdre la faveur du

médecin. C'est avec cela en vue que la formule 'FERAD' 'Tabloid' contient assez de carbonate de sodium pour améliorer sensiblement la tolérance gastrique pour le sulfate ferreux et permet au médecin d'employer une thérapie du fer adouci.

## 'TABLOID' No.2 'FERAD'\*

Chaque produit dragéfié contient:

Sulfate ferreux, anhydre 3 grs.  
(Equivalent à 5½ grs. de sulfate ferreux)  
P.B., carbonate de sodium, anhydre, 2 grs.

Flacons de 100 et 500

\*'Ferad' et 'Tabloid'  
sont des marques enregistrées



BURROUGHS WELLCOME & CO. (The Wellcome Foundation Ltd.) MONTREAL

AMINO-VITOL contient les ingrédients indispensables à être administrés dans les déficiences protéiniques, les anémies symptomatiques, l'amaigrissement, et la perte d'appétit ainsi que durant les diètes sévères.

AMINO-VITOL, contenant 10% d'acides aminés, pourra être prescrit dans l'hypoprotéinémie. L'extrait de foie et le fer combattront la déglobulisation et les vitamines B stimuleront l'appétit et arrêteront l'amaigrissement.

# AMINO-VITOL

CONTIENT PAR 100 C.C.:

Acides Aminés avec Tryptophane . . . . .	10 grms
Extrait de foie . . . . .	5.417 grms
Hémoglobine . . . . .	1.296 grms
Glycérophosphate de soude . . . . .	0.864 grms
Peptone . . . . .	0.434 grms
Sérum frais de cheval . . . . .	134 gouttes
Chlorure de thiamine "B <sub>1</sub> " par c.c. . . . .	0.158 mgms
Riboflavine "B <sub>2</sub> " par c.c. . . . .	0.062 mgms

## POSOLOGIE

Deux cuillerées à thé, trois ou quatre fois par jour.

**MONODIUM**

**VOMICIDE**

**TONISEDINE**

**VEINASE**

**HEMO-VITOL**

# OXYCHOLINE

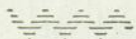
TROUVE SON CHAMP D'ACTION DANS L'ENGORGEMENT DU FOIE, LA CHOLÉCYSTITE, LA LITHIASÉ ET LA CIRRHOSÉ BILIAIRES

Dans l'insuffisance hépatique, le déficit biliaire doit être compensé à cause de l'indigestion des gras. L'agent puissant qui servira à la transformation de ces derniers sera l'acide déoxycholique qui augmentera la sécrétion biliaire sans nuire à la vésicule. Il entre dans la proportion d'un cinquième dans la sécrétion quotidienne d'acide biliaire.

Nous joignons à son action celle de l'extrait de foie indiquée dans toutes les formes d'insuffisance hépatique légère secondaires aux infections et aux intoxications aiguës ou chroniques.

Ne devra pas être prescrit dans l'hépatite aiguë et l'obstruction complète des conduits.

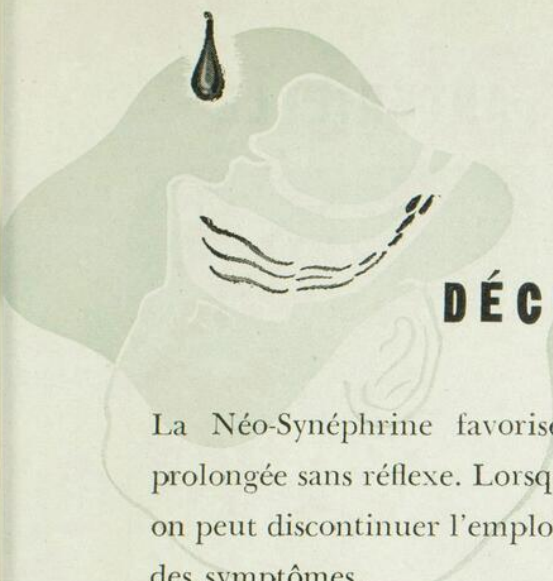
POSOLOGIE: Un à deux comprimés deux ou trois fois par jour, après les repas.



Laboratoire

**MAROIS**

Montréal



## DÉCONGESTIF SANS RÉFLEXE

La Néo-Synéphrine favorise une décongestion nasale rapide et prolongée sans réflexe. Lorsque la cause de la congestion est enrayée, on peut discontinuer l'emploi de la Néo-Synéphrine sans aggravation des symptômes.

# Neo-Synéphrine

HYDROCHLORIDE

Chlorhydrate de hydroxy-méthylamino-3-hydroxy éthylbenzène lévogyre

POUR LA DÉCONGESTION NASALE



**Présentation:** Solution à ¼% et 1%, en flacons de 1 once, aussi en gelée à ½%, en tube applicateur.



*Frederick Stearns & Company*

*of Canada, Ltd.*

WINDSOR • ONTARIO

NEW YORK    KANSAS CITY    SAN FRANCISCO    DÉTROIT, MICH.    SYDNEY, AUSTRALIE    AUCKLAND, N.-ZÉLANDE

### DES FAITS CONCERNANT LA NÉO-SYNÉPHRINE

Décongestion nasale **rapide** et prolongée par suite de la vasoconstriction locale consécutive à l'application topique.

**Efficacité** non diminuée par des applications répétées.

**Application locale bien tolérée** — les solutions sont isotoniques et quasi non irritantes pour la muqueuse nasale.

**L'action des cils vibratiles** n'est sensiblement pas gênée.

**L'absence presque complète** d'effets fâcheux sur l'organisme élargit le champ d'utilisation de la Néo-Synéphrine — son application provoque rarement une stimulation du système nerveux central.

**Indications:** Dans le soulagement symptomatique du rhume banal, de la sinusite, des manifestations allergiques nasales et autres affections semblables.

**Mode d'emploi:** Soit au moyen du compte-gouttes, du vaporisateur ou du tampon.

D'AUTRES FAITS VOUS SERONT ENVOYÉS AVEC PLAISIR SUR DEMANDE

Néo-Synéphrine—Nom déposé aux Etats-Unis

## DANS L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE



### *Détente* BIENFAISANTE

Dans le traitement de l'hypertension artérielle, enseigner au malade la façon de se reposer est une question primordiale. Dans bien des cas, la tâche n'est pas facile, mais on peut la faciliter en ajoutant aux conseils d'un jugement sain l'administration du Théominal. Ce sédatif vaso-dilatateur à action lente contribue à diminuer graduellement l'hypertension et à amener une détente plus complète grâce à son action légèrement sédatif.

**POSOLOGIE:**

La dose ordinaire du Théominal est de 1 comprimé deux ou trois fois par jour; la dose peut être diminuée dès que se manifeste une amélioration. Chaque comprimé contient 5 grains de théobromine et 1/2 grain de Luminal\*.

\* Luminal (marque de commerce enregistrée), Winthrop Chemical Company, Inc., marque du phénobarbital.

# THEOMINAL

Marque de commerce enregistrée aux Etats-Unis et au Canada.

PRÉSENTÉ EN FLACONS DE 25, 100 ET 500 COMPRIMÉS

## WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

*Produits pharmaceutiques de qualité pour le médecin*

Succursale au service de  
MM. les médecins du Québec:  
Immeuble "Dominion Square"  
Montréal.

Administration et laboratoires:  
1019 ouest, rue Elliott  
Windsor, Ontario.

# Proténol 75

## Haute Concentration D'acides Aminés Sous Forme De Poudre De Saveur Agréable

Préparation concentrée à 75% — renferme tous les Acides Aminés essentiels — ce produit trouve ses indications dans le traitement des ulcères gastriques et duodénaux et dans toutes les conditions caractérisées par une hypoprotéinémie. Présenté en flacon de 4½ onces suffisant pour le traitement d'une journée, et aussi en flacon de 13 onces et en jarre de 3¼ lbs. (grandeur hospital).

### AMINOGRANS

Renferme les vitamines "B" essentielles et les acides aminés sous forme de granules de saveur agréable. Profitable aux enfants et aux patients plus âgés et durant la grossesse et l'allaitement — En flacon de 8 et de 14 onces.—

### PROTENOL "30"

Protéines prédigérées à 30%. C'est un adjuvant précieux au régime, durant la convalescence, à la suite d'opération, chez les patients plus âgés, et dans toutes les conditions caractérisées par un besoin accru d'acides aminés.—

Présenté en flacon de 4½ onces, de 12 onces et en jarre de 4 lbs. (grandeur hospital).



Mowatt & Moore Ltd  
FINE PHARMACEUTICALS  
MONTREAL

Littérature complète  
envoyée sur demande.

# une chimiothérapie locale des plus



*White*

LABORATORIES  
CANADA, LTD.

64-66 est, rue Gerrard, Toronto, Ontario

# efficaces dans les infections de l'oreille

1. **CHAMP D'ACTION:** efficace dans les affections de l'oreille TANT aiguës QUE chroniques.
2. **POUVOIR ANTIBACTÉRIEN:** possède une action antibactérienne très puissante.
3. **DIFFUSIBILITÉ:** pénètre plus profondément dans les tissus infectés.
4. **DÉBRIDEMENT PHYSIOLOGIQUE PLUS COMPLET:** en raison de son action chimique sur les tissus nécrosés.
5. **ANALGÉSIQUE:** sans affaiblissement de l'action des sulfamidés.
6. **pH PHYSIOLOGIQUE:** action presque neutre — non irritante.
7. **DÉSODORISANT:** enrayer rapidement toute odeur malsaine engendrée par l'écoulement purulent.

L'Otomide White est composé de 5 pour cent de sulfamilamide, 10 pour cent d'urée (carbamide) et de 3 pour cent de chlorobutanol anhydre, dans un véhicule glycéринé spécial, exceptionnellement hygroscopique.

Se vend en flacons compte-gouttes d'une demi-once (15 cc.) — sur ordonnance seulement.

White's

# Otomide



## “JELONET”

LE PANSEMENT DE GAZE “GELÉE DE PÉTROLE” EST INDIQUÉ pour les greffes épidermiques, les fractures compliquées, les brûlures, etc., comme pansement non adhésif, pour susciter la granulation.

Les mèches ouvertes facilitent la suppuration, assurent la ventilation aux greffes épidermiques, et à épithélium jeune, tout en causant

le moins de traumatisme possible aux granulations.

La saturation uniforme avec de la Gelée de Pétrole empêche les hausses sérieuses de température causées par l'absorption de toxiques. Elle prévient aussi la dermatite secondaire de la peau environnante, provenant de l'écoulement, et permet de s'enlever facilement dans les cas de blessures profondes.

“Jelonet” est une gaze à mailles ouvertes, saturée uniformément de Gelée de Pétrole et de Baume du Pérou. Elle est emballée dans des contenants scellés de 36 pansements, stérilisés, prêts à servir immédiatement.

Paquet spécial pour les hôpitaux: Longueurs continues de 8 verges.

**SMITH & NEPHEW**

378 ouest, St-Paul, Montréal, P. Q.

Fait en Angleterre par les fabricants de “Elastoplast” et de “Gypsona”

T. J. SMITH & NEPHEW LTD., HULL.

**Les autres facteurs sont aussi importants**

**AUTRES FACTEURS**

Chlorhydrate de thiamine  
Riboflavine  
Niacine  
Pyridoxine  
Acide Pantothénique

**FACTEURS NON IDENTIFIÉS**

**B-PLEX**  
Elixir B-COMPLEX  
Alcool 10%

**PRE C.C. CONTAINS: UN C.C. CONTIENT:**

Thiamine Hydrochloride (41 I.U.)	35 mg.
Riboflavin	15 mg.
Niacin	125 mg.
Pyridoxine Hydrochloride	45 mg.
Calcium Pantothenate	2,000 mg.
Choline	1,000 mg.
Inositol	1,000 mg.
Biotin, Vitamins	90 mg.

Also contains significant amounts of the B-complex factors as found in rice bran extract. Contains several other quantities appreciable of B factors, many of which have been reported in the extract of rice bran decorticated.

To be used by or on the prescription of a physician.

À usage de médecin ou selon ses ordonnances.

**JOHN WYETH & BROTHER (CANADA) LIMITED**  
NUTRITIONAL DIVISION  
WALKERVILLE, ONTARIO

Les magnifiques résultats obtenus grâce à la thérapeutique de la vitamine B sont dus à l'action combinée de nombreux constituants dont quelques-uns bien connus et d'autres non encore identifiés.

L'engouement sans cesse croissant pour la thérapeutique par la vitamine naturelle B-complexe n'a d'égal que le principe de plus en plus admis que les carences en vitamine B sont d'ordinaire multiples.

B-PLEX Wyeth est un extrait aqueux de riz non décortiqué—une des sources naturelles les plus riches du B-complexe—Equilibré biologiquement<sup>1</sup> par l'addition de facteurs B cristallisés. B-PLEX fournit le chlorhydrate de thiamine, la riboflavine et la niacine dans la proportion de 1:2:10<sup>2</sup> PLUS des quantités adéquates de pyridoxine, d'acide pantothénique PLUS les facteurs non identifiés qui existent à l'état naturel dans l'extrait de riz non décortiqué.

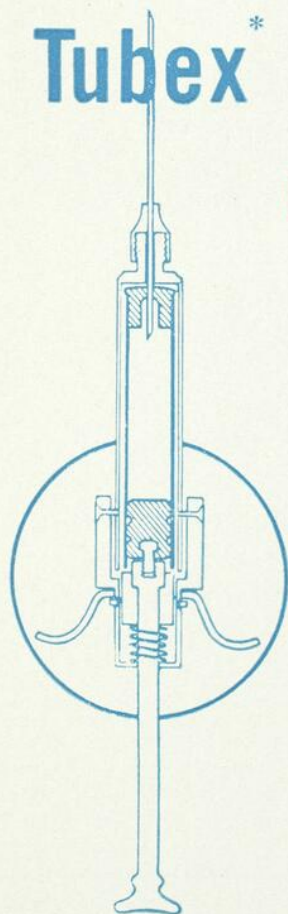
<sup>1</sup> L'évaluation des préparations de la vitamine B-complexe. Mai, 1942.

<sup>2</sup> Bureau de Pharmacie et de Chimie et Bureau des Aliments et de la Nutrition. J.A.M.A. 119-12-948.

Nom Déposé au Canada



**Tubex**\*



## PENICILLINE DANS L'HUILE ET LA CIRE (FORMULE DE ROMANSKY)

*Maintenant dans le commerce, le nécessaire sûr, commode pour injection avec la seringue Tubex*

- La plupart des cas de gonorrhée sont guéris par une injection unique.
- Les injections à pneumocoques, à streptocoques et à staphylocoques cèdent d'ordinaire à un ou deux Tubex par jour.
- Les taux thérapeutiques dans le sang sont maintenus durant vingtquatre heures chez la plupart des patients.

← **L'ensemble Tubex associe la commodité à la sécurité... Par le jeu d'une pression négative (par aspirateur) il est facile de s'assurer avant l'injection qu'on n'a pas pénétré dans un vaisseau sanguin.**

Boîtes de 6 Tubex (1 cc.) avec seringue Tubex et 6 aiguilles Tubex. Chaque comprimé contient une dose unique de 300.000 unités internationale de pénicilline calcique desséchée dans de l'huile d'arachide avec 4.8% de cire d'abeille. On peut se procurer un seul Tubex avec une aiguille. Mode d'emploi avec chaque emballage.

\* Nom Déposé au Canada

LA SCIENCE AU SERVICE DE LA MEDECINE



FRANK W. HORNER LIMITED  
MONTREAL, CANADA

# Spartoval

*Isovalérianate Neutre de Spartéine*

SEDATIF CARDIO - VASCULAIRE ANTISPASMODIQUE

Dragées de Spartoval (dosées à 0 gr, 05,) 2 à 6 par jour.

# Sparto-Camphre

*Campho-Sulfonate de Spartéine et Campho-Sulfonate de Sodium*

VERITABLE SYNERGIE CARDIOTONIQUE

Diurétique et Cardiotonique d'Entretien

Ampoules de Sparto-camphre: de 2 et 5 cc. (injections sous-cutanées ou intramusculaires).

Dragées de Sparto-camphre: 2 à 6 par jour.

# Génistéнал

*Ethylphénylbarbiturate Neutre de Spartéine*

NEURO-SEDATIF & HYPNOGENE «EQUILIBRANT»

du Système nerveux végétatif

Dragées de Génistéнал (0.035 d'éthylphénylmalonylurée et 0.015 de spartéine).

Adultes: 1 à 6 dragées par jour.

— Enfants: ½ à 4

LABORATOIRES CLIN, COMAR & CIE, PARIS

Agents, pour le Canada: VINANT, Ltée, 200, rue Vallée, MONTREAL

# Tous les Médecins en parlent!



La science médicale fait une autre avance considérable avec la mise au point de la THERAPEUTIQUE ULCAP! . . . le nouveau traitement acide des ulcères peptiques.

ULCAPS contiennent les principes actifs en vue du soulagement et de la cicatrisation de l'ulcère peptique . . . ils ne gênent aucunement l'action des glandes à sécrétion acide de l'estomac, mais sont plutôt susceptibles de protéger et cicatriser, quel que soit le niveau d'acidité de cet organe.

Si vous désirez être au courant de la discussion soulevée par ULCAPS dans les cercles médicaux, demandez un exemplaire de la brochure de 36 pages intitulée « Traitement acide des ulcères peptiques » . . . renfermant une étude très élaborée de plus de 200 observations ainsi que des radiographies préparées par des radiologistes bien connus.



**Anglo-Canadian**  
**DRUG Company**  
 LIMITED  
 OSHAWA CANADA

Sur demande, nous vous enverrons un échantillon pour essai clinique.

Distributeurs pour la province de Québec:

MILLET, ROUX & CIE LIMITÉE  
 MONTRÉAL - P. Q.



**PIPÉRAZINE**

**MIDY**

“ANTI-URIQUE TYPE”

2 à 4 cuillères à café par jour.

**LABORATOIRES DE LA PIPÉRAZINE MIDY - PARIS**

Agents pour le Canada: **VINANT Ltée, 200, rue Vallée, MONTRÉAL**

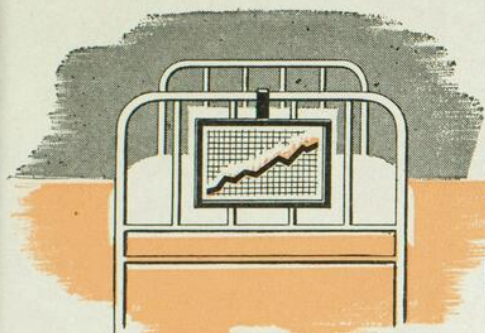
# **RHINAMIDE**

## **Affections des Fosses Nasales du Rhino-Pharynx**

- Composition:** Sulfanilamide — Ephédrine — Ultracaïne.
- Propriétés:** Solution antiseptique et décongestive des fosses nasales du Rhino-Pharynx et de leurs annexes.
- Indications:** Obstruction nasale, coryzas, rhinites simples et purulentes, pharyngites, écoulements d'oreilles, otites, sinusite (maxillaire et frontale).
- Mode d'emploi:** Instillations avec compte-gouttes cinq à six fois par jour dans les narines, ainsi que dans le conduit auditif, suivant l'affection, à raison de 4 à 5 gouttes par instillation. Également en pulvérisations. Toujours suivre les indications du médecin.
- Présentation:** Flacon compte-gouttes de 30 cc.

**Laboratoires A. BAILLY - Paris**

Agents pour le Canada: **VINANT Limitée, 200, rue Vallée, MONTRÉAL.**



## QUAND LES FLAMMES D'UN MÉTABOLISME EXCESSIF S'ALIMENTENT AUX DÉPENS DES PROTÉINES DE L'ORGANISME...

La déplétion des réserves de protéines offre une menace constante au cours d'une fièvre et, dans plusieurs cas, l'alimentation seule est insuffisante pour compenser la perte accrue des matières azotées. L'administration de la Parénamine par voie parentérale rétablit et maintient efficacement l'équilibre des matières azotées dans la plupart des cas; ainsi, cette préparation accélère la guérison — contribue à bien préparer le malade à l'intervention chirurgicale et abrège la convalescence.

# Parenamine

## Acides Aminés Stearns

### INJECTABLES

#### DANS LES ÉTATS DE CARENCE PROTÉINIQUE



Présentée en flacons de 100 cc.  
avec capsule de caoutchouc.

*Frederick Stearns & Company*  
of Canada, Ltd.

WINDSOR • ONTARIO

NEW YORK KANSAS CITY SAN FRANCISCO DÉTROIT, MICH. SYDNEY, AUSTRALIE AUCKLAND, N.-ZÉLANDE

#### DES FAITS CONCERNANT LA PARENAMINE

La **Parénamine** est une solution stérile à 15% d'un mélange de tous les acides aminés reconnus essentiels à la nutrition humaine.

**Administration:** Par voies intraveineuse, sous-cutanée ou intrasternale.

La **Parénamine** est assidûment contrôlée par des expériences de

laboratoire, des épreuves sur l'animal et par l'injection de doses thérapeutiques maxima pour s'assurer de sa stérilité et de l'absence de pyrogènes.

**Indications:** Dans les déficiences protéiniques et les cas de restriction alimentaire, les besoins accrus ou la perte excessive de

protéines. Elle est particulièrement avantageuse dans le traitement pré et post-opératoire, dans la grossesse, les brûlures graves, la cicatrisation lente, les troubles gastro-intestinaux, la cirrhose, la néphrite, les états fébriles et autres cas de métabolisme excessif.

AUTRES FAITS ET EXTRAITS DE TRAVAUX CLINIQUES ENVOYÉS SUR DEMANDE



**NOUS ANNONÇONS**

**Méprane**

3.4-bis-(m-méthyl-p-propionoxyphényl) hexane

**ŒSTROGÈNE SYNTHÉTIQUE ACTIF PAR VOIE BUCCALE**

Les médecins disposent maintenant d'une œstrogénothérapie économique ne comportant pas de risque de gêner la malade ou de ne procurer qu'un soulagement incomplet des symptômes ménopausiques.

**AVANTAGES MARQUANTS**

- Soulage promptement les symptômes ménopausiques.
- Redonne une sensation de bien-être.
- N'occasionne virtuellement pas de réactions désagréables.
- Est exceptionnellement économique.

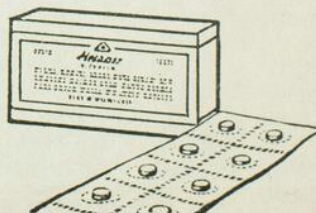
Des études cliniques étendues dans des centres médicaux renommés attestent l'activité œstrogène et la sûreté clinique du Méprane. Dans un groupe de cas nombreux, on a rapporté un prompt soulagement des symptômes de la ménopause, et les malades éprouvaient généralement une rémission partielle de leurs symptômes dès les premiers jours du traitement. Les réactions désagréables étaient virtuellement inexistantes.

POSOLOGIE: Dans la ménopause, traitement d'attaque—3 comprimés par jour; traitement d'entretien—1 à 2 comprimés par jour.

PRÉSENTATION: Boîtes de 30 et de 100 comprimés de 1 mg. (1/65 de grain), emballés individuellement. Notices et échantillons sur demande.

**Méprane** ● POUR LE BIEN-ÊTRE DURANT LA MÉNOPAUSE

**REED & CARRICK (CANADA) LTD.**  
TORONTO, ONTARIO, CANADA



# Architecte Eminent . . .



*Diététicien Manqué!*

Il établit les plans des villes de demain . . . mais son alimentation n'est pas affranchie des notions fausses d'hier. Tout comme d'innombrables autres gens affairés, son régime est dicté par la négligence, l'indifférence et le choix de repas qui lui "épar- gnent" du temps. Il en résulte inévitablement qu'il va grossir les rangs de la foule de ceux qui contri- buent à la fréquence, malheureusement beaucoup trop élevée, des hypovitaminoses subcliniques: personnes hantées par des idées fantaisistes sur l'alimentation, gros fumeurs chez qui l'abus du tabac émousse l'appétit, individus qui ont des aversions très prononcées et déraisonnées pour certaines nourritures, personnes mal avisées qui s'imposent des régimes amaigrissants ou dits "de beauté", sédentaires qui, à cause de leurs faibles besoins énergétiques et de leur manque d'appétit, ne mangent pas suffisamment. Dans les cas de ce genre, on pense naturellement en premier lieu à corriger l'alimentation, mais beaucoup de médecins pres- crivent en outre une bonne préparation vitaminique . . . un produit Abbott. Ils spécifient le nom Abbott afin d'être assurés que leurs malades reçoivent bien les quantités voulues de vitamines. Voulez-vous la même assurance pour vos malades? Votre pharmacien tient le produit en stock et ne demande qu'à collaborer.

LABORATOIRES ABBOTT LIMITÉE - MONTRÉAL 8

SPÉCIFIER

## SURBEX

NOM DÉPOSÉ

COMPRIMES A HAUTE TENEUR EN  
COMPLEXE VITAMINIQUE B ABBOTT



Reddition sans conditions

A Tout Coup!

Les petits enfants n'essaient jamais de se dérober ou de discuter lorsqu'il s'agit de prendre un liquide aussi bon au goût que le Vi-Daylin. Il est difficile pour la plupart des enfants d'avaler des comprimés ou des capsules, et beaucoup d'autres ne veulent pas prendre les émulsions épaisses employées anciennement, ou les produits à base de malt moins bons au goût. Le Vi-Daylin convient donc particulièrement bien pour l'administration aux bébés et aux enfants des appoints vitaminiques journaliers. Le Vi-Daylin est un mélange homogénéisé stable de vitamines A et D, de chlorhydrate de thiamine, de riboflavine, d'acide ascorbique et de nicotinamide.

Il ne contient que des traces d'alcool (au plus 0.5 pour cent), et une cuillerée à thé (5 cc.) fournit au moins deux fois les besoins minimum journaliers des bébés en vitamines A et D et en riboflavine, au moins trois fois ceux en vitamine B<sub>1</sub>, quatre fois ceux en vitamine C, et plus que l'apport journalier de nicotinamide recommandé par les autorités compétentes. Le Vi-Daylin se mélange facilement aux céréales, au lait et aux jus, mais les enfants, ainsi que les adultes, en aiment le goût d'agrumes quand ils le prennent directement à la cuillère. La teneur de chaque vitamine dans le Vi-Daylin est soigneusement contrôlée. Il se vend dans toutes les bonnes pharmacies en flacons de 90 cc.

**Vi-Daylin**  
TRADE MARK

(Mélange homogénéisé de vitamines A, D, B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub>, C et Nicotinamide, Abbott)

Bulletin de l'Association  
des Médecins de Langue Française  
du Canada

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale  
du Canada

Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872

ONT COLLABORÉ AU VOLUME 75:

MM. Allard (Eugène); Amyot (Roma); Arcand (Arthur); Archambault (Jules); Archambault (Paul-René); Badeaux (François); Beaudoin (Hervé); Beaudry (Maurice); Beaulieu (Roger); Beauregard (Jean-Marie); Béclère (Claude); Bélisle (Maurice); Bélisle (Philippe); Bertrand (Albert); Bisson (Christophe); Blain (Emile); Blanchard (G.-A.); Boisvert (Raymond); Bombardier (J.-P.); Bonnier (Maurice); Boucher (Roméo); Boudreau (Marcel-A.); Bourgeois (Paul); Bousquet (Jean-Paul); Brodeur (Paul); Brun (José F.); Bruneau (Jacques); Cantero (Antonio); Cauchon (Roland); Cayer (Lomer); Champeau (Jean); Charbonneau (J.-H.); Charest (F.); Charest (G.); Charpy (J.); Chicoine (Paul); Clermont (Moïse); Côté (G.-Léo); Courchesne (Georges-H.); Cousineau (Georges); Couture (Ernest); Dandurand (René); David (Paul); Demers (F.-X.); Desjardins (Edouard); Doré (Ré-1); Duberger (R.-L.); Dufresne (Origène); Dufresne (Roger-R.); Dumas (Paul); Dussault (Roland); Fauteux (Mercier); Finland (Maxwell); Fortier (de la Broquerie); Frappier (Armand); Frégault (Guy); Gagnon (Arthur); Gagnon (Jacques); Gariépy (J.-U.); Gariépy (L.-Henri); Gauthier (Fernand); Gauthier (P.); Gélinas (Henri); Gérin-Lajoie (Léon); Gilbert (Jules); Gratton (Armand); Grégoire (Fernand); Grégoire (Georges); Groleau (Lionel); Groulx (Adélarde); Houot (A.); Jobin (Pierre); Julien (P.-E.); Jutras (Albert); Laberge (Lasalle); Lacasse (Gustave); Lachance (Roger); Lacharité

(Hervé); Laliberté (Henri); Lambert (Adrien); Laperrière (Vincent); Lapière (Gaston); Larichellière (Raymond); Laroche (A.-G.); Latraverse (V.); Laurier (Yvon); Lauzer (Rosaire); Leblond (Sylvio); Leblond (Wilfrid); Lefrançois (Charles); Legault (Jean-Paul); Léger (Jean-Louis); Lépine (Edgar); LeSage (Albert); LeSage (Jean); L'Espérance (A.); Lessard (Richard); Letendre (Paul); Letondal (Paul); Longpré (Daniel); Longtin (Léon); P. L.; Maranda (E.); Marin (Albéric); Marion (Donatien); Marion (Pierre); Morin (Eustace); Morissette (Léopold); Noël (Victor); Panisset (Maurice); Paquet (Adrien); Paquette (J.-Philippe); Paré (Louis); Pesant (Laurent); Pettigrew (Ant.); Pichette (Henri); Pinsonneault (G.); Plamondon (Marcel); Plichet (André); Plouffe (Adrien); Poliquin (Paul-A.); Pouliot (Ant.); Prévost (Jules); Riopelle (Joseph-Luc); Rioux (Armand); Rochette (Roméo); Roy (Louis-Philippe); Saint-Martin (Maurice); Samson (J.-Ed.); Sanche Hector; Saucier (Jean); Selye (Hans); Simard (Raymond); Simonnet (Henri); Sirois (Jean); Smith (Henri); Smith (Pierre); St-Onge (Gérard); Sylvestre (J.-Ernest); Sylvestre (Lucien); Tagnon (Henri-J.); Tétreault (Adélarde); Têtu (Félix); Thébaud (Jules); Thibault (Eugène); Tourangeau (F.-J.); Tremblay (Jean); Turcotte (M.); Vachon (Malcolm); Vallée (Louis-Yvan); Valois (Antoine); Vézina (Norbert); Vidal (J.-A.); Voyer (Victorin); Wallis (Robert).

L'Association, pour un corps professionnel surtout, n'est-ce pas une idée plus large de la vie intellectuelle? n'est-ce pas le progrès de l'esprit scientifique, le stimulant des hautes études et des patientes recherches pour atteindre les sommets les plus élevés de la science? L'association, c'est aussi la satisfaction qui naît d'une œuvre à faire en commun, la joie de sentir en des jours comme ceux-ci, l'union intime des cœurs, des intelligences et des volontés, la conscience de notre force pour entreprendre les luttes de l'avenir, pour défendre nos privilèges et arriver à la réalisation des rêves ambitieux que nous formons pour l'avenir d'une race qui nous est chère.

Et lorsque cette association se trouve basée non seulement sur la communauté des intérêts, sur les mêmes traditions et sur un même but dans l'activité intellectuelle, mais aussi et surtout, sur la communauté de langue, elle établit encore je ne sais quels liens plus étroits et plus intimes qui font que les cœurs et les âmes se touchent de plus près.

C'est qu'en effet, comme l'a dit un brillant écrivain français, parler la même langue, c'est nécessairement penser, c'est combiner, associer ses idées de la même manière, c'est sentir ensemble, c'est éprouver des mêmes choses les mêmes impressions: et c'est là, sans doute, la raison du culte que tous les grands peuples ont professé pour leur littérature nationale. Mais, ce qui consacre le plus la valeur des œuvres littéraires et ce qui contribue le plus à en assurer la durée, ce n'est pas uniquement la beauté de la forme, la vérité du fond, mais ce qui les immortalise surtout c'est ce qu'elles contiennent de plus conforme aux qualités les plus intérieures de l'âme nationale.

Il me semble que l'on pourrait dire avec vraisemblance qu'il en sera de même pour notre jeune association, qui donne aujourd'hui l'exemple du plus beau ralliement qui se soit encore accompli parmi la nationalité franco-américaine. On pourra peut-être juger en certains endroits qu'il lui manque encore quelques perfectionnements dans la forme; peut-être, même, quelques-uns iront-ils jusqu'à mettre en doute la vérité du fond. Mais personne n'osera contester qu'elle ne soit entièrement conforme aux aspirations les plus intimes de tous les médecins français et qu'elle ne contienne quelque chose des qualités les plus intérieures de notre âme nationale. Et cette âme nationale n'est autre pour nous, descendants de la vieille France, que l'« âme française », cette communauté héréditaire d'idées et de sentiments, comme on l'a si bien définie, qui a sa source dans les traditions et l'histoire communes et qui puise sa force dans l'idée d'une même patrie d'origine. Ne pouvons-nous pas espérer que ce sera là précisément, pour notre Association, comme pour les œuvres littéraires, — reflets de l'âme des peuples à travers les générations successives, — ce qui en consacra le plus la valeur, et ce qui contribuera le plus à en assurer la durée et l'avenir?

(Brochu — 1902)

## BULLETIN

---

### À PROPOS DU CENTENAIRE DU COLLÈGE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

Il y a 100 ans cette année a été institué le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

Certes, fait qui ne doit pas passer inaperçu et que l'on désire, à très bon droit, mettre en lumière et porter à l'attention des médecins et du public de cette Province, par des démonstrations sociales et scientifiques. Nous ne voulons pas anticiper sur les intentions et les projets du comité de publicité du Collège, mais nous croyons qu'il est de notre devoir de souligner ces cent années d'existence.

Hiérarchiquement, de tous les organismes et sociétés médicales de notre Province, le Collège occupe la première place; il représente la corporation des médecins et constitue leur entité légale depuis 1847.

C'est par lui que l'ordre et la cohésion peuvent se maintenir au sein de notre corps professionnel, c'est par lui encore qu'est conservée, reconnue et acceptée la tenue morale et scientifique du groupe médical de Québec.

C'est nous respecter nous-mêmes que respecter le Collège et lui manifester opportunément notre appréciation et notre loyalisme. Ce sera reconnaître sa nécessité et le rôle éminent qu'il remplit parmi nous que de participer, au moins par la pensée et par un esprit d'entière coopération, aux événements qui marqueront une si vénérable commémoration.

Le Collège des Médecins a pour fonction de veiller aux intérêts de la profession; mais il y a plus, il est, par-dessus tout, une institution de sauvegarde sociale: il veille sur l'exercice de la médecine auprès des citoyens, sur leur santé, leur assurant des soins appropriés à leurs maux, de la part de médecins dignes par la maîtrise, la science et la morale, de l'entière confiance qu'on place en eux.

Et ce fut précisément cette considération transcendante qui porta, par étapes, à la création du Collège; ce fut là le but qu'on désira atteindre en fondant un organisme de vigilance, de gouverne et de discipline auprès de la profession, concernant aussi bien l'enseignement et l'exercice de la médecine que la valeur des candidats à la licence.

Après la cession du Canada à l'Angleterre, la médecine dans le Bas-Canada fut dans un état lamentable. Aucun contrôle, aucune surveillance n'étaient opérés; le premier venu avec le moindre bagage de connaissances médicales pouvait s'investir du titre de médecin et en exercer la fonction. D'autant plus que les médecins de la colonie sous le régime français avaient réintégré la France après la défaite. Il y avait bien les médecins anglophones des garnisons, des hôpitaux militaires qui offraient les garanties nécessaires de préparation, d'expérience et de connaissance scientifiques, mais le petit peuple des villes et des campagnes ne pouvait arriver jusqu'à eux et devait se contenter des besogneuses attentions de sages-femmes improvisées et de médecins sans formation.

Deux enquêtes furent menées, en 1776 par Badelart et en 1785 par James Bowman (tous deux de Québec), sur le « mal de la Baie Saint-Paul » (qui couvrit la Province, dura une quinzaine d'années, aurait touché environ 6,000 personnes, soit 5% de la population, et aurait été de la syphilis). Des rapports furent soumis aux gouverneurs Carleton et Haldimand.

Bowman, dans le sien, affirmait sans ambages: « Dans peu de paroisses ai-je trouvé les personnes qui pratiquent la médecine et la chirurgie, plus instruites sur ces matières que ne l'étaient les curés; et où l'on constatait le contraire, les curés pourraient facilement se rendre plus savants que leurs médecins. »

Est-ce éloge aux curés ou apostrophe lapidaire aux pseudo-médecins du temps?

En 1786, à la suite d'une demande d'enquête formulée par le gouverneur Lord Dorchester (second séjour de Carleton cette fois titré et membre de la Chambre d'Angleterre) et qui devait porter sur la population, la colonisation et l'agriculture, Fisher, chirurgien en chef de la garnison de Québec, rédigea un mémoire qui fut pris en très sérieuse considération. Ses observations étaient d'une brutale franchise et eurent pour effet d'impressionner profondément le gouverneur. Il soulignait le nombre important des médecins empiriques qui exerçaient sans aucun contrôle, autrement dit des charlatans. Ils les trouva sans instruction ni caractère, ne pensant qu'à l'argent et constituant un danger pour la santé et même la vie de la population. Il recommanda que soit constitué un Bureau Médical dont le rôle devrait être de faire subir un examen à tout candidat à l'exercice de la médecine. Lord Dorchester se rendit sans tarder au conseil de Fisher et établit en 1788, par une ordonnance, le Bureau Médical de Québec qui aura pour mission de recommander au gouverneur, pour la pratique de la médecine et de la chirurgie dans la Province et de l'obstétrique dans les villes de Québec et de Montréal et leurs faubourgs, les candidats heureux aux examens.

En fait, ce Bureau fonctionna tant bien que mal, mais il contribua sûrement au relèvement de la médecine dans la Province. Un premier pas avait été fait.

En 1822, un groupe de médecins et chirurgiens du « Montreal General Hospital », déjà établi en 1818, sollicitèrent du gouverneur Dalhousie l'autorisation de fonder et administrer un institut d'enseignement de la médecine. Leur demande fut acceptée et ainsi fut créée en 1824 la première école d'enseignement de la médecine au Canada, sous la dénomination de « Montreal Medical Institute ». Elle était constituée de médecins et chirurgiens du « Montreal General Hospital ».

C'est à la demande du même groupe de médecins également adressée au gouverneur, en 1822, que fut définitivement organisé en 1839 le Bureau Médical de Montréal auquel s'adjoignirent les médecins du « Montreal General Hospital » et dont le rôle devait être le même que celui du Bureau de Québec. De la sorte, les candidats de Montréal pouvaient éviter le voyage à Québec et le prestige de la ville était reconnu, la légitime fierté de ses médecins, satisfaite. Les docteurs Holmes, Stephenson et Robertson tout particulièrement ont alors joué un rôle de première grandeur eu égard à l'éclosion de l'enseignement de la médecine au Canada, à la réglementation et au relèvement scientifique de la médecine en Québec et à Montréal. Ils rendirent un réel et très estimable service à toute la population.

Mais la mission du groupe du « Montreal General Hospital » n'était pas terminée. En effet, ce fut à l'instigation du Bureau Médical de Montréal que fut fondé le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec. Même plus, le projet dont s'inspira la législation qui créa le Collège avait été préalablement étudié à fond par un comité de ce Bureau Médical, dont les membres étaient les docteurs Lebourdais, Arnoldi, Hall et Bruneau.

Voilà, en quelques lignes et bien succinctement, les conjonctures qui ont préparé la création du Collège et les grandes avenues de sa genèse.

Sans nul doute, on fera connaître à l'occasion des fêtes du centenaire, avec beaucoup de détails, les événements qui préparèrent sa fondation et surtout son histoire, son évolution de sa fondation à nos jours.

Il est indubitable qu'aux médecins anglophones revient le crédit d'avoir organisé, légalisé et rehaussé l'exercice de la médecine en Québec, d'avoir ainsi amélioré la santé de ses habitants et sauvegardé leur confiance.

L'action des médecins francophones ne commencera de se manifester que quelques années plus tard, quand leur nombre se sera grossi et qu'aura grandi leur influence.

A tout événement, on doit accorder à chacun des groupes la part des mérites qui lui revient et on doit estimer, à sa valeur de tout premier ordre, l'institution qui conserve à notre profession la tenue morale et scientifique à laquelle ont droit les profanes.

Les humains donnent entière confiance à leurs médecins, ils leur livrent leur corps et bien souvent ce qui, joies ou souffrances, s'agite au plus profond de leur être moral. Cela oblige à la compétence et à la probité; cela oblige aussi à la surveillance contre l'imposture qui sait profiter de la suggestibilité, de l'ignorance et de la faiblesse qu'apporte l'affolement dans la souffrance.

La seule existence du Collège est déjà un gage d'ordre et de discipline; son activité plus agissante peut produire des effets plus profonds sur l'enseignement et la pratique de la profession.

Depuis 1847 des périodes de calme ont succédé à des périodes d'action. Certains bureaux se sont montrés plus zélés, d'autres plus sages, d'autres enfin moins opérants. Les archives et les documents ont enregistré ces diverses fluctuations.

L'histoire jugera de l'honneur et du mérite qui reviennent à chacune des équipes qui ont présidé jusqu'à maintenant à la destinée du Collège.

Roma AMYOT.

# LES FAUSSES CHOLÉCYSTITES<sup>1</sup>

Le professeur M. CHIRAY (Paris).

Une pratique déjà longue de l'hépatologie m'a donné la conviction que de très nombreux malades sont traités à tort pour une cholécystite qu'ils n'ont pas et, de ce fait, ne retirent aucun soulagement, soit des cures médicales ou thermales, soit et encore moins des interventions opératoires basées sur un point de départ erroné. Souvent même, surtout dans le domaine chirurgical, l'erreur engendre chez de tels malades une aggravation manifeste de l'état antérieur. Il existe, en somme, au grand dam des malades, de fausses cholécystites presque aussi nombreuses que les fausses appendicites dont témoignent les doléances des balafrés du ventre dans les salons où fleurissent les conversations médico-mondaines.

De ces fausses cholécystites, trois catégories principales peuvent être distinguées:

1) LES FAUSSES CHOLÉCYSTITES LIÉES À DES TROUBLES OU LÉSIONS DES ORGANES VOISINS DE LA VÉSICULE.

2) LES FAUSSES CHOLÉCYSTITES ENGENDRÉES PAR LES ERREURS RADIOLOGIQUES.

3) LES FAUSSES CHOLÉCYSTITES ENGENDRÉES PAR DES SYNDROMES PHYSIO-PATHOLOGIQUES BILIAIRES NON LÉSIONNELS.

\* \* \*

1) LES FAUSSES CHOLÉCYSTITES LIÉES À DES TROUBLES OU LÉSIONS DES ORGANES VOISINS DE LA VÉSICULE s'observent dans deux catégories d'affections différentes, les congestions hépatiques et les colites spasmodiques. Elles constituent une catégorie d'erreurs extraordinairement fréquentes et sur laquelle il est vraiment indispensable d'attirer l'attention.

*Les fausses cholécystites par congestion hépatique* prennent leur origine dans le fait

que pour beaucoup de malades, et malheureusement aussi de médecins, toute douleur sous les fausses côtes droites, qu'elle soit seulement spontanée ou qu'elle soit contresignée par l'exploration palpatoire, équivaut à une affection vésiculaire. C'est que, et je m'excuse d'entrer dans ce détail de séméiologie clinique élémentaire, les méthodes d'examen usuelles employées par les médecins dans ce domaine dissocient peu ou mal les douleurs hépatiques et les douleurs vésiculaires.

Depuis de nombreuses années, nous nous sommes attachés avec mes collaborateurs A. Lomon, G. Albot et I. Pavel, de Bucarest, à perfectionner, à l'aide de la clinique et de la radiologie, ce détail d'examen, en apparence, rudimentaire. Nous examinons les malades en position assise, le corps passivement penché en avant, dans un relâchement aussi complet que possible. Nous plaçant derrière le sujet, nous explorons dans cette position toute la zone sous-costale droite, avec les doigts de la main droite recourbés en crochet, et nous étudions, d'une part, la surface débordante du foie, d'autre part, son bord inférieur en essayant d'apprécier les variations d'intensité douloureuse provoquée par le palper entre la ligne médiane et la verticale axillaire antérieure. Par cette méthode, en cas de cholécystite, la sensation la plus désagréable correspond au bas-fond vésiculaire. Elle va decrescendo à mesure qu'on s'éloigne de celui-ci en se déplaçant soit vers la ligne médiane, soit vers la verticale axillaire antérieure. En cas de congestion hépatique, il en va tout autrement, et la pression qui est également pénible tout le long de la zone sous-costale droite devient de moins en moins tolérable à mesure qu'on évolue vers la ligne verticale axillaire droite pour atteindre son summum au niveau de la pointe du lobe droit. Un tel examen ne laisse pas de doute, sauf

1. Communication au XVIII<sup>e</sup> Congrès de l'A. M. L. F. C., Québec, juin 1946.

dans les cas rares, mais réels, où sont conjuguées une congestion hépatique et une cholécystite. Par cette méthode on peut même, mais ceci n'est plus dans notre sujet, assez aisément dissocier les points pyloriques et les points duodénaux, particulièrement ceux de l'ulcus du bulbe duodénal.

Les fausses cholécystites par congestion hépatique que grâce à cette méthode nous avons pu facilement repérer et ramener à un état satisfaisant après une thérapeutique rationnelle sont principalement les congestions hépatiques digestives et les congestions hépatiques de l'amibiase chronique.

Les congestions hépatiques digestives se rencontrent, soit chez de gros mangeurs, obèses ou non, soit et surtout chez les stasiques intestinaux, de toute provenance, dolichocôlons, typhlectasiques et typhlatoniques avec ou sans pérityphlite, atoniques ou spasmodiques du sigmoïde. Combien n'ai-je pas vu de ces malades abonnés depuis des années aux thérapeutiques vésiculaires les plus variées et les plus savantes ou condamnés, à une ou plusieurs reprises, à des cures de Vichy qu'ils acceptaient avec répugnance parce que leur propre expérience la leur montrait inopérante. Et quelle était leur surprise et leur joie quand, à ces années de vie inconfortable, succédait un *modus vivendi* acceptable et même agréable sous l'influence d'une meilleure hygiène intestinale, d'une diététique partiellement restrictive et de cures thermales telles que celle de Chatel Guyon, toutes prescriptions orientées sur l'idée principale d'une congestion hépatique d'origine intestinale et complètement dissociée de la préoccupation vésiculaire antérieure.

Les mêmes faits, je les ai retrouvés maintes et maintes fois au cours de la congestion amibienne chronique devenue si fréquente en France depuis la guerre 1914-1918. Qu'il s'agisse d'amibiase de guerre contractée sur les fronts d'Orient, ou au contact des effectifs nord-africains, sénégalais ou hindous, pendant cette campagne, ou qu'il s'agisse d'amibiase de paix, séquelles d'une vie coloniale quelcon-

que, ou de voyages en pays infestés, on peut dire que presque tous les amibiens insuffisamment et surtout trop brièvement traités traînent, dans nos climats peu favorables à l'abécédation, des congestions amibiennes chroniques presque toujours méconnues parce que non suppurées. Ce sont ces sujets chez lesquels l'infestation première est, soit ignorée, soit oubliée, qui fournissent le plus grand nombre de fausses cholécystites. Le diagnostic est basé sur la gêne douloureuse sous-costale droite d'intensité variable, mais de persistance tenace, soit à l'état spontané, soit après palpation appuyée.

Les poussées intermittentes de subictère, les crises bilieuses revenant de temps à autre, semblent contresigner l'atteinte vésiculaire. Et pourtant le palper du foie par notre méthode montre immédiatement qu'il ne s'agit pas d'une vésicule malade, mais d'un foie congestionné. Alors, l'alerte étant donnée, comme il devient facile de remonter à la cause! L'enquête la plus sommaire apprend que ces sujets traînent depuis des années des accidents colitiques plus ou moins tenaces, soit sous forme de diarrhées récidivantes, soit sous forme de colite spasmodique exceptionnellement intense. Une seule difficulté peut surgir, c'est la coexistence d'une hépatite amibienne chronique avec une vraie cholécystite, ces vieux colitiques ayant bien le droit d'infecter un jour ou l'autre leur vésicule au départ des ulcérations intestinales. Mais ici encore, avec notre méthode, on arrive à identifier le double point hépatique et vésiculaire. C'est d'ailleurs une conjonction plutôt rare et dont il est facile de sortir par un traitement en deux actes, le premier s'adressant à la congestion amibienne du foie et le second à la cholécystite. Dans la majorité des cas, lorsque nous avons vu ces malades atteints de pseudo-cholécystite par congestion amibienne chronique, ils traînaient de médecin en médecin depuis 5, 10, 15, 20 ans et plus avec cette malheureuse étiquette de cholécystite, quand ce n'était pas celle, plus néfaste encore, d'insuffisance hépatique! Presque toujours un traitement ami-

bien léger transformait en deux ou trois mois ces sujets et leur faisait oublier leurs longues années d'accidents hépato-biliaires. On peut même les guérir définitivement lorsqu'ils ont la sagesse et la constance de persévérer pendant deux à trois ans dans leur lutte antimibienne. Sans cette précaution, ils sont irrémédiablement voués à des récives indéfinies qui font quelquefois et à tort figure d'atteintes nouvelles.

A côté de cette première catégorie de fausses cholécystites par lésions des organes paravésiculaires, *il convient de faire une place tout aussi importante aux fausses cholécystites par spasme du côlon transverse*, lesquelles constituent une cause d'erreur presque aussi fréquente d'après mon expérience personnelle. Dans sa forme banale, la cœlite spasmodique se localise au côlon descendant et à l'anse sigmoïde, déterminant, pour le médecin, dans le segment gauche de l'abdomen la perception d'un boudin dur, mobile et hypersensible et, pour le malade, une douleur plus ou moins vive, soit dans la fosse iliaque gauche où réside le spasme intestinal, soit dans la région splénique sus-jacente par distension de l'angle colique gauche sous la pression des gaz bloqués par le spasme sigmoïdien. Telle est la forme banale de la cœlite spasmodique; mais, dans beaucoup de cas, le spasme colique se propage au côlon transverse ou même s'y localise exclusivement. Il réalise alors dans la zone sous-hépatique un foyer de crises douloureuses intermittentes qui en imposent pour des coliques hépatiques et sont traitées comme telles sans succès indéfiniment. Certaines complications de ces cœlites spasmodiques segmentaires du transverse viennent parfois encore apporter une malencontreuse confirmation à l'erreur initiale. C'est ainsi que, chez ces grands spasmodiques du côlon, il arrive qu'au spasme intestinal se surajoute un spasme biliaire de même pathogénie neuro-hormonale. Alors la crise douloureuse se conjugue ou se complète par des atteintes ictériques, généralement légères et passagères. Mais quel argument en apparence définitif que cette

survenance d'un ictère épisodique suivant la crise douloureuse réputée colique hépatique! Et l'erreur peut encore se trouver plus solidement scellée quand, comme le fait est fréquent, la crise de cœlite spasmodique se termine par l'émission de sable intestinal dans les selles. Alors de la triade: crise douloureuse sous-hépatique, subictère léger et passager, présence de sable soi-disant biliaire dans les selles, ressort un diagnostic en apparence irrécusable de cholécystite lithiasique. Pour le mettre à mal, il suffirait cependant d'un examen radiologique objectivant le spasme du côlon transverse ainsi que l'imprégnation parfaite de la vésicule et d'un examen chimique montrant que le soi-disant sable biliaire évacué par les selles est fait de phosphate de chaux et non de cholestérine, comme c'est le devoir de tout vrai sable biliaire.

\* \* \*

## 2) LES FAUSSES CHOLÉCYSTITES PAR ERREURS RADIOLOGIQUES.

La seconde catégorie de fausses cholécystites est fournie par les erreurs radiologiques que l'on retrouve dans certains cas d'ulcères duodénaux ou avec les vésicules à imprégnation retardée ou enfin avec les vésicules médianes.

Il est classique de faire *le diagnostic entre l'ulcère duodéal et la cholécystite lithiasique* et de nombreux signes cliniques ou radiologiques permettent en théorie une facile différenciation entre les deux affections. Nous n'y insisterons pas ici. Soulignons seulement que, dans l'ordre clinique, certaines crises douloureuses atypiques peuvent prendre la morphologie ulcéreuse dans la cholécystite et vice versa. Rappelons que le subictère passager, post-critique, appartient à l'une ou l'autre infection, que même les suintements sanguins, pour plus fréquents qu'ils soient dans l'ulcère, ne sont pas bannis du champ symptomatique de la cholécystite calculeuse. Signalons enfin que les examens radiologiques n'objectivent pas toutes les vésicules calculeuses, ni tous les ulcères duodénaux. Nous voudrions surtout

insister ici sur une cause d'erreur que nous avons très souvent rencontrée dans ces cas de diagnostic difficile au cours des examens radiologiques consacrés aux ulcères duodénaux, cause d'erreur qui a parfois entraîné des décisions opératoires non complètement justifiées. Le fait en question sur lequel on ne saurait trop attirer l'attention est le suivant. Dans l'ulcère duodénal, sans aucune complication vésiculaire, la cholécystographie n'aboutit le plus souvent pas à une imprégnation normale du cholécyste, même si celui-ci est complètement hors de cause, et c'est là que réside le danger d'erreur. Cette carence de l'ombre vésiculaire tétraiodée implique en effet une forte suspicion de cholécystite, lorsque par ailleurs les signes cliniques ou radiologiques de la série ulcéreuse ne sont pas évidents. Comment expliquer cette dangereuse anomalie? A notre avis, elle tient à une exagération du réflexe duodéno-vésiculaire en vertu duquel, en physiologie normale, chaque bonchée du chyme gastrique qui transite à travers le duodénum entraîne une contraction vésiculaire avec éjaculation d'une petite quantité de bile concentrée destinée à collaborer avec le suc pancréatique à la digestion des aliments. Dans l'état pathologique que crée l'ulcère duodénal, le réflexe duodéno-vésiculaire se trouve exalté. Avec ou sans provocation alimentaire la vésicule se contracte brusquement déversant dans le duodénum, non pas une partie mais la totalité de son contenu de bile tétraiodée, si bien qu'au moment où le film est pris, l'imprégnation vésiculaire a cessé d'être perceptible et passe alors pour ne l'avoir jamais été; absence d'ombre vésiculaire égale pour beaucoup de médecins cholécystite.

*Les vésicules à imprégnation retardée* constituent une seconde variété de fausses cholécystites et nous avons étudié ces cas avec mon collègue, le docteur Le Canuet. A plusieurs reprises dans l'année, des malades nous ont été adressés par nos collègues chirurgiens avec le diagnostic probable de cholécystite basé sur quelque syndrome douloureux sous-hépatique et une absence d'imprégnation vé-

siculaire par le tétraïode employé suivant la méthode classique. Avec le docteur Le Canuet nous avons eu l'idée de ne pas accepter comme définitive, en pareil cas, la première constatation négative et avons mis en œuvre la méthode dite de la surimprégnation dont la pratique est extrêmement simple. Le soir même du jour où a été constatée l'absence d'imprégnation vésiculaire, une nouvelle dose de 4 grammes de tétraïode est donnée au malade et le lendemain entre 11 heures et midi un second film de la région vésiculaire est tiré. Dans ces conditions nous avons eu, à diverses reprises, la surprise d'obtenir une image vésiculaire parfaite alors que le premier examen n'avait pas réalisé l'imprégnation du cholécyste. Si ce retard anormal de l'imprégnation ne peut être accepté sans l'arrière-pensée d'un état quelque peu anormal, il ne saurait toutefois pas être compatible avec une lésion grave du cholécyste. Tout au plus, s'agirait-il d'une cholécystite « en miniature » et encore la chose n'est-elle pas certaine. En tout cas, cette méthode de la surimprégnation nous a permis de retenir sur le bord de la table opératoire un certain nombre de sujets que la primitive non-imprégnation semblait condamner au traitement chirurgical.

Les *vésicules médianes* fournissent une autre variété de fausses cholécystites radiologiques. C'est encore une erreur que nous observons plusieurs fois chaque année. Dans certains cas l'ombre de la vésicule biliaire opacifiée se trouve placée sur la ligne médiane plus ou moins confondue avec la colonne vertébrale. A un examen rapide il semble que cette ombre n'existe pas et, pour peu que quelques symptômes hépato-biliaires aient été accusés par le patient, on discute un traitement opératoire. Cette erreur ne peut d'ailleurs se produire qu'après des examens un peu légers ou trop rapides. Par une inspection méticuleuse du film on peut, en effet, toujours apercevoir entre deux vertèbres l'ombre vésiculaire ou même voir plus largement l'ombre du corps cholécystique débordant très légèrement sur le côté droit du profil vertébral. Dès que la

suspicion d'une vésicule médiane a pris corps, rien n'est plus facile que d'aboutir à un diagnostic précis. La radiographie en position oblique dite de Von Abreu, après absorption de tétraïode, objective, de façon indiscutable, un réservoir biliaire normalement imprégné.

\* \* \*

3) UNE TROISIÈME VARIÉTÉ DE FAUSSES CHOLÉCYSTITES EST RÉALISÉE PAR CERTAINS SYNDROMES PHYSIO-PATHOLOGIQUES QUI INTÉRESSENT LA TONICITÉ ET LA CONTRACTILITÉ DE L'APPAREIL CHOLÉCYSTO-BILIAIRE, LES ATONIES VÉSICULAIRES ET LES HYPERTONIES BILIAIRES.

*L'atonie vésiculaire ou cholécystatonie* est un syndrome que j'ai isolé puis étudié avec mes collaborateurs, en particulier A. Lomon, I. Pavel, de Bucarest, M. Milochevitch, de Belgrade, et Samuel Zitzermann<sup>1</sup>. Cliniquement, on la rencontre sur des terrains vagotoniques avérés plus ou moins associée avec la dislocation gastrique, des ptoses viscérales et la côlite spasmodique. Les malades se plaignent, pendant des années, de gêne dans la région du foie habituellement sans grandes crises. Ils accusent des troubles dyspeptiques gastriques variés avec des signes de constipation spasmodique et des symptômes de la série hépato-biliaire. Ce sont des maigres, inquiets, avec mauvais état général.

Deux ordres d'accidents assez révélateurs peuvent orienter le diagnostic. Ce sont les vomissements et les migraines biliaires, parfois conjugués, parfois séparés. Les vomissements biliaires surviennent de temps à autre, en général très abondants, les malades remplissant des cuvettes entières de bile jaune ou verte au grand effarement de leur entourage. Avant la crise ils présentent souvent des symptômes prémonitoires, par exemple un subictère très léger; après la crise une grande sensation de bien-être. Les migraines biliaires, fréquentes chez ces sujets, se présentent avec

tous les caractères de la migraine banale à ceci près qu'elles sont calmées complètement par les grands vomissements bilieux. Ce ne sont pas les petits vomissements aqueux, muqueux ou à peine bilieux de la migraine banale, mais les grands débordements de bile jaune ou verte ci-dessus décrits. Et ce qui achève de montrer les rapports intimes entre la migraine et la stase biliaire, c'est le fait qu'on allège, qu'on prévient et qu'on supprime ces migraines biliaires par les tubages duodénaux et le drainage médical biliaire convenablement réglé réalisant par avance le vidage hépato-vésiculaire comme le fait le grand vomissement biliaire. Chez ces sujets souvent considérés comme atteints de cholécystite ou d'insuffisance hépatique, les examens radiologiques et biologiques peuvent, quand ils sont bien interprétés, éviter l'erreur en démontrant qu'il s'agit d'une cholécystatonie. Radiologiquement, la vésicule après absorption de tétraïode se montre augmentée de volume descendant très bas avec son bas-fond mollement aplati sur le gros intestin. Elle donne ainsi l'impression d'un sac à parois molles sans tonicité. Son ombre est souvent anormalement pâle, quelquefois divisée en deux zones étagées, la zone inférieure plus sombre que la supérieure. Enfin la contractilité se montre atteinte parallèlement à la tonicité car le réservoir biliaire se vide peu et mal par le repas de Boyden. Il n'est même pas rare que son ombre persiste pendant un ou deux jours après la cholécystographie, puisque la chasse biliaire est peu ou mal réalisée. Dans cet examen radiologique des cholécystatonies, il peut même arriver que l'ombre vésiculaire reste complètement invisible donnant ainsi un argument au diagnostic de cholécystite. C'est que, lorsque l'atonie du réservoir biliaire est extrême, il se vide si peu et si mal que lors de l'épreuve tétraiodée la bile qui sort du foie chargée de la substance de contraste ne peut pénétrer dans la vésicule complètement remplie d'une bile non tétraiodée. On ne peut mettre du vin dans une bouteille remplie d'eau si celle-ci n'est pas préalablement évacuée. C'est dans

1. M. Chiray, I. Pavel et M. Milochevitch: « La cholécystatonie. » *Presse médicale*, 18 sept. 1925.

de telles conditions que l'imprégnation vésiculaire ne se fait pas et que l'erreur peut être amorcée.

Biologiquement, le drainage biliaire confirme aisément le diagnostic de cholécystatonie. Il extrait une bile B anormalement sombre et anormalement abondante objectivant ainsi la présence prolongée et, par voie de conséquence, l'hyperconcentration de la bile dans une vésicule atone distendue et privée de ses contractions normales. Quelquefois même, en pareil cas, les premiers tubages peuvent, eux aussi, orienter vers le diagnostic de cholécystite, parce qu'ils ne ramènent aucune bile B et qu'en apparence il n'y a pas de réponse vésiculaire. Mais si on les répète, si, d'autre part, on réalise une sommation d'excitations vésiculaires en ajoutant par exemple, à l'huile chaude par la sonde, les injections intramusculaires d'extrait hypophysaire, on obtient la contraction du réservoir biliaire et partant la bile sombre. D'une séance à l'autre, au fur et à mesure que s'améliore la contractilité sous l'influence des excitations multiples, cette sorte de culture physique vésiculaire donne de plus en plus facilement la bile sombre, puis progressivement apparaît une bile de moins en moins sombre parce que la stase vésiculaire est diminuée.

Un point est intéressant à noter à propos de la bile sombre dans ces pseudo-cholécystites par atonie vésiculaire. Nous avons montré avec S. Zitzermann que, chez de tels malades, existent toujours des tendances mélancoliques. Ce sont des déprimés, des inquiets, voire même des anxieux, et les phénomènes de dépression mentale semblent évoluer en sens inverse de l'hyperconcentration biliaire. Quand sous l'influence de drainages biliaires en série la bile vésiculaire se fait plus claire, l'horizon psychique de ces sujets s'éclaircit. Ils reprennent confiance en eux-mêmes et ils le disent. Ils cessent de voir la vie en noir. Par quel miracle de présience nos devanciers ont-ils deviné en quelque sorte cette équation biopsychologique en attachant aux états dépressifs l'étiquette de mélancolie (du grec  $\mu\acute{\epsilon}\lambda\alpha\nu$ , noir, et

$\chi\omicron\lambda\acute{\eta}$ , bile) ou d'atrabile au XVIII<sup>e</sup> siècle (atra, noire)? Je laisse à mes auditeurs le soin de prospecter ce curieux problème.

Un mot pour en terminer avec ces pseudo-cholécystites par atonie vésiculaire. Il ressort des récents travaux de l'école lyonnaise et, en particulier, de ceux de Mallet Guy et R. Guillet<sup>2</sup> qu'on améliore et guérit ces états de cholécystatonie par la sympathectomie médicale (infiltration novocaïnique du splanchnique) ou chirurgicale. Ne pourrait-on valablement conclure de ces faits que derrière la perturbation anatomo-physiologique il y a un dérèglement de la commande nerveuse? Il faut même voir plus loin, car cette dysfonction nerveuse n'est sans doute que la dernière étape d'une chaîne pathogénique. Il en est une première, plus élevée, qui réside dans les déviations hormonales de nature souvent difficile à préciser, encore que leur existence soit certaine. Nous allons d'ailleurs retrouver les divers anneaux de cette même chaîne pathogénique dans les états inverses des atonies vésiculaires, les hypertonies biliaires, autre aspect des pseudo-cholécystites.

Avec les *hypertonies biliaires* nous entrons, en effet, dans le vif de notre sujet car ces hypertonies créent des syndromes douloureux sous-hépatiques qui, inmanquablement, évoquent le diagnostic de cholécystite. Ces syndromes s'opposent à celui de l'atonie vésiculaire, comme les spasmes gastriques s'opposent aux dilatations atoniques de l'estomac. Ils constituent une des dernières acquisitions de la pathologie biliaire, encore que depuis longtemps les spécialistes du foie aient pu suspecter leur existence. La première notion du syndrome d'hypertonie biliaire s'est, en effet, établie dans les conditions suivantes. Des malades présentant des crises douloureuses vésiculaires répétées sans qu'aucun examen révélât l'existence d'une lithiase ou d'une cholécystite étaient, finalement et de guerre lasse,

2. Mallet Guy et R. Guillet: «Innervation des voies biliaires et possibilités chirurgicales.» *Presse médicale*, no 33, p. 483, 4 septembre 1943.

confiés au chirurgien à qui l'on demandait de pratiquer une cholécystostomie. Après cette opération de nouveaux contrôles étaient faits, en particulier par angiocholégraphie et par étude histo-chimique de la bile fistulaire, sans fournir aucun argument de plus en faveur d'une lésion quelconque des voies biliaires. C'est d'ailleurs ce qu'avait fait prévoir l'exploration préopératoire de celle-ci qui avait éliminé l'existence de tout obstacle cholécystique ou cholédocien. A partir du moment où le chirurgien avait ouvert à la paroi une soupape de sûreté biliaire, toute crise douloureuse sous-hépatique, toute colique hépatique, était et restait disparue. Mais, dès que la dite soupape cessait de fonctionner, soit que la sonde de drainage se bouchât, soit que la fistule vînt à se fermer, le syndrome reparaisait dans son entier. Ainsi en arrivait-on à chercher et à trouver quelquefois, mais pas toujours, la solution du problème dans une dérivation interne, cholécystoduodénostomie ou cholécystogastrostomie.

Tels sont les premiers fondements cliniques du syndrome d'hypertonie biliaire. Celui-ci a pris une existence plus certaine depuis l'avènement de la radiomanométrie biliaire, nouvelle technique instaurée par Bergeret et Caroli, par Delouvry puis par P. Brocq, G. Albot, F. Poilleux et H. Libaude<sup>3</sup>. En utilisant la fistule biliaire chirurgicale et grâce à un manomètre relié à la sonde introduite dans la fistule, ces auteurs ont pu étudier la pression de franchissement du sphincter de la vésicule et celle du sphincter d'Oddi. Ils ont constaté, dans les cas d'hypertonie, une élévation anormale de cette pression et la production de douleurs à type de colique hépatique au moment du forcement du sphincter spasmodique. Il ne paraît pas douteux que, quand sera perfectionné le matériel instrumental employé dans ces examens, des données plus précises seront acquises qui donneront à ce syndrome d'hyper-

tonie biliaire une objectivité de plus en plus solide.

Il y a donc des fausses cholécystites par hypertonie biliaire, comme il en est qui dérivent de l'atonie vésiculaire et, au fond, il s'agit d'une même catégorie de phénomènes. En effet, si l'hypertonie est de toute évidence un phénomène d'excitation nerveuse, l'atonie n'est, au regard des lois physiologiques actuellement admises, pas davantage un phénomène passif que l'hypertonie. C'est également un phénomène actif qui disparaît, quand on supprime l'action nerveuse provocatrice. Il ne faut parler ni d'atonie, ni d'hypertonie, mais de dystonie, perturbation motrice de sens divers pouvant porter sur la vésicule biliaire comme sur l'estomac, l'intestin, les bronches et les artères, la localisation du trouble nerveux dépendant des causes les plus minimes, pointes de paratonnerre qui attirent la foudre. Dans ce mécanisme pathogénique la cause déclenchante sera des plus variables, d'ordre traumatique, climatique et électro-atmosphérique, psychique, toxique, anaphylactique. De cette dernière catégorie relèvent les coliques hépatiques de la sérothérapie. En dehors du facteur de localisation, en dehors de la cause déclenchante, il faut un terrain spécial de déséquilibre neuro-végétatif que commandent, dans presque tous les cas, certaines déficiences hormonales. Cette question a été longuement étudiée par nous<sup>4</sup>, non seulement dans le domaine de la vésicule, mais dans celui des spasmes et atonies, des hémorragies et même des ulcérations digestives. En pathologie vésiculaire elle était de longtemps connue et les anciens cliniciens n'ignoraient pas les rapports possibles des coliques hépatiques chez la femme avec les phénomènes menstruels, la ménopause et les grossesses. Nous n'en savons pas beaucoup plus qu'eux, si ce n'est que nous pouvons en pareil cas incriminer, souvent au hasard et rarement sur des bases solides, les

3. P. Brocq, G. Albot, F. Poilleux et H. Libaude: « L'hypertonie biliaire réflexe. » *Presse médicale*, no 7, 8 avril 1944, page 501, et *Revue du foie*, t. III, no 4, juillet-août 1944, page 193.

4. M. Chiray, H. Mollard et H. Maschas: *Syndromes digestifs et perturbations neuro-hormonales*. Un volume, 1945. — Maloine et Cie, éditeurs.

perturbations des hormones sexuelles, hyper ou hypofolliculinie, hyper ou hypolutéinie. Ce rôle des dysfonctions viscérales liées aux actions ovariennes ne se limite d'ailleurs pas à la vésicule. Ne connaît-on pas, par exemple, dans un domaine parallèle, leur répercussion sur la côlite spasmodique, sur l'asthme bronchique, sur les congestions pulmonaires et les hémophysies? Mais le retentissement des dysfonctions hormonales sur la physiologie vésiculaire ne se limite pas, d'après mes observations et celles de mes collaborateurs, aux hormones sexuelles femelles. Nous croyons que, dans un certain nombre de cas observés par nous, pouvaient être incriminées l'insuffisance de la sécrétion testiculaire interne, l'hypotestostéronémie, et même, dans les cas plus rares, l'hypertestostéronémie à laquelle nous avons essayé d'esquisser une physionomie clinique. En dehors des glandes sexuelles, l'insuffisance ou l'hyperactivité de la plupart des glandes à sécrétion interne peut déclencher ou empêcher des spasmes vésiculaires générateurs de fausses cholécystites. Ainsi en est-il de l'hormone parathyroïdienne qui, avec ou sans adjonction du calcium, exerce en thérapeutique un rôle sédatif indubitable, ce qui donne à penser que son insuffisance pourrait engendrer la tétanie vésiculaire. Les hormones hypophysaires jouent à n'en pas douter un rôle inverse, puisque le simple extrait hypophysaire fait violemment contracter la vésicule. Nous pensons, pour notre part, que les coliques hépatiques de la grossesse, assez rarement apparentées à la lithiase, relèvent le plus souvent de l'hypertrophie anatomique et de l'hyperfonction phy-

siologique de l'hypophyse génératrices « in fine » des contractions utérines libératrices de l'accouchement. Et l'on peut également penser aux hormones cortico-surrénales qui, par action directe ou indirecte sur les autres glandes, doivent sans doute intervenir parfois dans la pathologie fonctionnelle des voies biliaires.

Ces dystonies vésiculaires, causes d'une certaine catégorie de fausses cholécystites, doivent, dans notre conception, cesser d'appartenir à la pathologie biliaire, pour être rattachées aux syndromes neuro-hormonaux. C'est là une évolution générale et nécessaire de la pathologie viscérale qui se détachera progressivement de l'organicisme étroit dans lequel elle a été enfermée depuis que l'anatomie pathologique codifiée par Laënnec et par Cruveilhier a fait prédominer les études statiques sur les conceptions dynamiques, cristallisant, par exemple, l'attention des médecins sur la morphologie statique ou évolutive des ulcères d'estomac ou sur les répercussions anatomiques des calculs biliaires vis-à-vis de la vésicule. La pathologie fonctionnelle viscérale doit reprendre et reprendra de plus en plus d'importance dans les années qui viennent. Ainsi pourra-t-on mieux approfondir la genèse d'affections, en apparence « sine materia », et, par conséquent, mieux les comprendre et mieux les traiter. Les fausses cholécystites par dystonie vésiculaire d'origine neuro-endocrinienne nous paraissent être un des plus beaux exemples de cette pathologie nouvelle si riche d'enseignements et de satisfactions pour les cliniciens.

---

## SÉQUELLES CARDIAQUES DE LA MALNUTRITION

Capitaine Jean FORTIER, R.C.A.M.C. (Québec).

Dans les pays orientaux où la diète est mal balancée et où la famine sévit périodiquement, on sait depuis longtemps que des troubles cardio-vasculaires peuvent résulter de la malnutrition. Dans nos régions, cependant, ce n'est que depuis 1937, alors que Soma Weiss en présentait 67 cas, que l'on a pensé à attribuer une étiologie alimentaire à certaines cardiopathies jusque-là considérées idiopathiques.

En théorie, les déficiences alimentaires pouvant retentir sur l'appareil cardio-vasculaire sont les suivantes:

### 1. La déficience en vitamine B<sub>1</sub>.

Elle entraîne le bérubéri cardiaque, affection caractérisée par une infiltration œdémateuse du myocarde, surtout du ventricule droit, avec dilatation secondaire. Cliniquement, le bérubéri cardiaque se manifeste au début par de la dyspnée, des palpitations et des précordialgies. A l'examen, on note une coloration rouge violacée des téguments, un pouls rapide et claqué, une tension artérielle basse; le cœur apparaît augmenté de volume et très fréquemment, à l'auscultation; on perçoit un souffle systolique d'insuffisance. A une phase plus avancée apparaissent les signes classiques de la défaillance ventriculaire qui sera le plus souvent droite mais parfois gauche ou même les deux à la fois. Alors que, dans les affections myocardiques ordinaires, il y a proportion entre le degré d'insuffisance et le ralentissement circulatoire, dans le bérubéri c'est le contraire, il y a accélération. Cette différence est due au fait que la déficience en vitamine B<sub>1</sub> entraîne, en plus de la dilatation cardiaque, une dilatation des artérioles. Le traitement est également différent de celui que l'on applique généralement à l'insuffisance cardiaque; en effet, la digitale et les diurétiques ici seront à peu près inefficaces, mais, par contre, la vitamine B<sub>1</sub> en

injection fera souvent des merveilles. Elle entraînera une constriction des artérioles, d'où ralentissement de la circulation en même temps qu'un retour du cœur à des diamètres normaux.

### 2. Déficience en vitamine B<sub>2</sub>.

D'après certains auteurs, dans la pellagre il n'y aurait pas de troubles cardiaques et, lorsqu'il y en aurait, ces troubles seraient dus à une déficience associée de B<sub>1</sub>. D'autres, au contraire, prétendent qu'elle jouerait le même rôle en pathologie cardiaque que la vitamine B<sub>1</sub>.

### 3. Déficience en vitamine C.

Le scorbut peut retentir sur le cœur de la même façon que sur les autres organes, en provoquant des hémorragies dans le péricarde ou le myocarde avec établissement ultérieur de foyers de sclérose.

### 4. Déficience en vitamine D.

Dans le syndrome du rachitisme, on rencontre parfois des dilatations cardiaques avec insuffisance secondaire. Ce fait a été démontré par les Américains lors de l'autopsie de 8 enfants rachitiques morts en état d'asystolie et chez lesquels on n'a pu trouver, pour expliquer la dilatation cardiaque qu'ils présentaient, aucune autre cause que la déficience en vitamine D.

### 5. Déficience en protéines.

Cette déficience ne retentit pas sur le cœur lui-même, mais par suite d'un trouble de la pression oncotique entraîne des œdèmes généralisés qui peuvent être confondus avec ceux que l'on rencontre dans le syndrome de l'insuffisance ventriculaire droite. On sait en effet que les œdèmes apparaissent lorsque le taux des protéines sanguines est inférieur à 4.5%.

1. Travail présenté au XVIII<sup>e</sup> Congrès de l'A. M. L. F. C., Québec, juin 1946.

La déficience en protéines n'est donc pas un facteur étiologique de cardiopathie, mais elle agit comme facteur secondaire en contribuant à aggraver un syndrome cardiaque préexistant. Il serait peut-être intéressant, chez les cardiaques en état d'asystolie depuis longtemps et soumis à un régime fructo-végétarien, de faire un dosage des protéines dans le sang. Peut-être serions-nous surpris de trouver des chiffres inférieurs à la normale et parfois de voir les œdèmes régresser par l'addition au régime d'un certain taux de matières protéiques.

\* \* \*

Tels sont en théorie les différents syndromes cardio-vasculaires observés au cours de la malnutrition. En pratique cependant, et surtout dans nos régions, ces syndromes seront rarement secondaires à une carence particulière mais plutôt à une carence totale. En effet, on les observera chez des gens dont la diète aura été déficiente totalement pendant longtemps, tels les alcooliques invétérés, les femmes enceintes présentant de graves désordres gastro-intestinaux ou certains psychopathes se refusant à toute alimentation.

Au cours des six derniers mois, nous avons examiné à l'hôpital militaire de Québec 350 soldats du régiment des Royal Rifles, récemment libérés des camps de concentration japonais. Ces militaires avaient subi, avant leur départ pour l'Orient, plusieurs examens médicaux et avaient été classés A 1. On peut donc supposer qu'ils étaient indemnes de toute cardiopathie. Pendant 4 ans ils furent soumis à des privations dépassant l'imagination, à tel point que chacun d'entre eux perdit en moyenne de 40 à 50 livres. Leur alimentation était excessivement pauvre tant qualitativement que quantitativement. Elle se composait exclusivement de riz, de fèves soya et occasionnellement de poissons séchés; c'était donc une carence quasi totale. En plus, ils étaient soumis à un travail intense soit dans les mines, soit dans les chantiers maritimes.

Ce qui s'est passé dans les camps, nous ne le savons pas par expérience personnelle,

mais par l'histoire des patients, par les documents médicaux réunis au cours de ces 4 ans et par ce que nous ont raconté les médecins qui les accompagnaient, nous avons pu nous en faire une assez bonne idée.

Pendant les premiers mois de leur captivité l'état physique des prisonniers se maintint stationnaire. Peu à peu ils se mirent à maigrir et à perdre leurs forces. Ils devinrent dyspnéiques à l'effort et des œdèmes apparurent aux parties déclives pour se généraliser ensuite rapidement. Lorsque le sujet devenait incapable de travailler, il était transporté à l'hôpital. Certains mouraient ainsi dans un état d'anasarque. D'autres s'améliorèrent assez pour retourner au travail. D'autres, au contraire, qui paraissaient peu atteints, mouraient subitement. A l'autopsie on aurait alors constaté une sclérose coronarienne avancée.

Après 4 ans de cette vie de misère, ceux qui avaient survécu furent finalement libérés et, aussitôt que leur état de santé le permit, ils furent renvoyés dans le district militaire d'où ils étaient partis 4 ans auparavant en parfaite santé. Pendant le voyage de retour, grâce à une alimentation généreuse et à une thérapeutique vitaminée intense, les symptômes de malnutrition s'améliorèrent rapidement à tel point que, lorsqu'ils nous parvinrent, la plupart étaient convalescents et prêts à retourner chez eux en congé.

Comme cependant environ 90% avaient présenté des symptômes rattachables à l'appareil cardio-vasculaire, nous avons été intéressés à savoir ce qu'il en demeurait. En conséquence, nous avons pratiqué un examen aussi complet que possible de l'appareil cardio-vasculaire comprenant un interrogatoire serré, un examen physique complet, une radiographie du cœur et un électrocardiogramme.

A l'interrogatoire, 70% des sujets examinés ont accusé les symptômes fonctionnels suivants: 1° dyspnée à l'exercice, à la marche, à la montée des escaliers; 2° palpitations à l'exercice et parfois au repos survenant de façon intermittente; 3° précordialgies; ces douleurs siégeaient à la pointe, ne s'irradiaient pas et étaient en général peu intenses.

De tous ces sujets ayant des troubles subjectifs, 20% ne présentaient aucun signe physique anormal et tous les autres examens étaient négatifs. Nous avons, alors, porté le diagnostic d'asthénie neuro-circulatoire.

A l'examen physique, nous avons constaté que le pouls, d'amplitude normale, battait à un rythme de plus de 90 par minute dans 50% des cas. La tension artérielle fut trouvée au-dessous de 100 maxima et 80 minima chez 70 sujets. Trois seulement avaient une pression de 150 systolique et 100 diastolique ou plus. Les autres avaient une pression normale. Plus de la moitié des patients examinés présentaient, à un degré variable, des œdèmes. Ces œdèmes étaient blancs, mous, laissant un godet, diminuant le matin pour réapparaître le soir après exercice, œdèmes siégeant exclusivement aux parties déclives. Aucun cas ne présentait de congestion des organes profonds; le foie et la rate sont toujours apparus de volume normal et nous n'avons jamais constaté d'épanchements dans la cavité abdominale ou pleurale.

Chez tous ces sujets présentant des œdèmes, une protéinémie a été faite, mais aucun résultat ne nous est parvenu avec des chiffres inférieurs à 4.5 grammes %. Il semblerait donc que le facteur hypoprotéinémie ne serait pas intervenu dans le mécanisme de production de ces œdèmes. Cette constatation nous a un peu surpris et nous croyons, du moins dans certains cas, qu'il peut s'être agi d'erreurs de laboratoire.

A l'auscultation du cœur, le signe rencontré le plus fréquemment était un assourdissement net des bruits cardiaques. Parfois un souffle systolique pouvait être décelé, mais ce souffle ne présentait pas les caractères de l'insuffisance fonctionnelle et toujours il a été classé comme physiologique.

Radiographie. Croyant plus en la valeur de la téléradio à 6 pieds qu'en un orthodiagramme, nous nous sommes basé sur cet examen pour apprécier le volume de cœur. Seulement 11 cœurs apparurent augmentés en masse avec index cardio-thoracique de plus

de 50%. Trois cas présentaient une dilatation moyenne du cœur droit et un cas seulement, une hypertrophie du cœur gauche. Ce dernier cependant, âgé de 54 ans, avait en plus une pression artérielle élevée et un élargissement de l'aorte ascendante; il avait probablement le même syndrome avant son départ.

Electrocardiogramme. Les différents auteurs que nous avons consultés ne semblent pas s'entendre au sujet des constatations électrocardiographiques dans le béri-béri. On admet cependant que les modifications surviennent tardivement, même parfois après le début du traitement, et qu'elles ne disparaissent que longtemps après la disparition des autres symptômes.

Aalsmeer et Wenckebach prétendent que dans le béri-béri, même avancé, l'électrocardiogramme est parfaitement normal sauf que l'espace P-R serait parfois raccourci. Ils expliquent ceci par le fait que d'après eux il n'y aurait pas atteinte vraie du myocarde; l'excitabilité et la conductibilité se feraient normalement même si la contractilité du muscle cardiaque était diminuée.

Keefe, qui a étudié plusieurs cas de béri-béri cardiaque en Chine, et Hashimoto, qui a fait la même étude au Japon, croient qu'il n'y a pas de changement caractéristique dans l'électrocardiogramme. Les seules modifications qu'ils ont observées étaient une accélération du rythme, une amplitude des complexes diminuée et parfois, mais très rarement, une élévation marquée de l'onde T en deuxième dérivation.

D'après Scott et Hermann, médecins de la Louisiane, les complexes seraient aplatis, souvent épaissis; l'onde T serait négative fréquemment en D 1 et D 3. Ils en concluent que dans le béri-béri cardiaque il y aurait atteinte certaine du myocarde.

Enfin Soma Weiss a constaté, dans 93% des électrocardiogrammes qu'il avait pris chez des sujets présentant des manifestations cardiaques en rapport avec la malnutrition, des tracés anormaux. Les principales modifications consistaient en une prédominance ven-

triculaire droite, une prolongation de l'espace Q-T, une diminution d'amplitude des complexes, et dans 68% des cas une inversion de l'onde T soit en D 1, D 2, D 3, D 4. Il aurait rencontré quelques cas d'arythmie extrasystolique et trois cas de fibrillation auriculaire. Cependant les cas qu'il a étudiés souffraient d'une carence alimentaire totale et non pas exclusive vis-à-vis la vitamine B<sub>1</sub>. C'est pourquoi, probablement, nos constatations électrocardiographiques se rapprochent plus de celles de Weiss que de celles des autres auteurs.

Voici les constatations électrocardiographiques que nous avons faites chez nos militaires:

<i>Tracés normaux</i> . . . . .	200
<i>Tracés anormaux</i> . . . . .	100
Prédominance ventriculaire droite . . . . .	28
Prédominance ventriculaire gauche . . . . .	3
Espace P-R allongé à plus que 20 . . . . .	8
Espace P-R raccourci à moins que 10 . . . . .	2
Espace Q-T allongé à plus que 40 . . . . .	5
Amplitude des complexes diminuée . . . . .	25
Épaississement et encoches du Q-R-S dans plus d'une dérivation . . . . .	16
Segment S-T modifié, élevé . . . . .	8
Segment S-T abaissé . . . . .	0
Onde T inversée ou diaphasique ou négative dans une dérivation autre que la troisième . . . . .	21
Onde T d'amplitude marquée dans les quatre dérivations . . . . .	1

Au point de vue du rythme, nous avons constaté une tachycardie sinusale de plus de 90, en moyenne 102 dans 151 cas. Trois seulement avaient une bradycardie au-dessous de 50. Une arythmie extrasystolique ventriculaire était présente chez 3 sujets. Un seul cas de fibrillation auriculaire fut rencontré. Ce patient, âgé de 30 ans et autrefois en parfaite santé, présenta, après 6 mois d'internement, du bérubéri à forme cardiaque. Des crises intermittentes de fibrillation auriculaire survinrent et ont persisté depuis. Malgré tous les examens, aucune étiologie précise n'a pu être attribuée à cette fibrillation. Tous les traitements essayés: vitamine B complexe, acide ni-

cotinique, digitaline et quinidine ont été inefficaces, et le sujet est encore à l'hôpital.

Telles sont les constatations électrocardiographiques que nous avons faites chez nos malades. Après quatre mois, tous ont eu un contrôle, qui a montré une amélioration nette des tracés et chez plusieurs une disparition totale des symptômes anormaux précédemment constatés. Les anomalies du segment S-T et de l'onde T ont disparu sauf dans deux cas. L'espace Q-T est revenu à la normale. La déviation de l'axe vers la droite a persisté dans 8 cas, la tachycardie dans 12 cas, l'espace P-R allongé dans 4 cas, l'arythmie extrasystolique dans 2 cas. Il est possible que, chez ces sujets où il n'y a pas eu de changement, le tracé électrocardiographique aurait été le même si on l'avait fait avant leur départ pour Hong-Kong. Chez les autres, l'épreuve du traitement semble prouver que les modifications étaient en rapport avec la malnutrition.

Le traitement chez tous les militaires de retour des camps de concentration, quelle que soit la pathologie présentée, a été le même, c'est-à-dire diète généreuse, riche en protéines et en hydrate de carbone, vitamines composées et acide nicotinique. Les sujets ayant des manifestations bérubériques recevaient en plus 50 milligrammes de vitamine B<sub>1</sub> en injection, tous les jours.

L'amélioration des signes subjectifs et objectifs du côté de l'appareil cardio-vasculaire s'est maintenue et, lorsqu'il y a 2 mois, à l'occasion de leur libération de l'armée nous avons réexaminé ces sujets, seulement 5% accusaient des signes subjectifs de déficience cardio-vasculaire. Aucun cas ne présente maintenant d'œdème. Les bruits cardiaques sont bien frappés et à la radiographie le cœur est revenu à des diamètres normaux. Le pouls s'est ralenti et la pression artérielle est remontée à des chiffres normaux.

Ceci termine l'étude des effets de la malnutrition sur l'appareil cardio-vasculaire.

\* \* \*

Trois conclusions s'imposent:

*Premièrement*, que la malnutrition joue un rôle indéniable en pathologie cardiaque.

*Deuxièmement*, qu'elle entraîne une atteinte du myocarde comme l'ont démontré les anomalies constatées à l'électrocardiogramme.

Enfin, *troisièmement*, que cette atteinte du myocarde n'est pas permanente mais susceptible de disparaître complètement par une thé-

rapeutique appropriée. En effet, nos malades, un mois après leur libération, ne présentaient plus que des symptômes atténués d'insuffisance cardiaque, et 6 mois après pouvaient être considérés indemnes de toute affection cardio-vasculaire.

## LES PRÉMATURÉS<sup>1</sup>

de la Broquerie FORTIER et Paule LADOUCEUR-DUPUIS,  
Service de Pédiatrie de l'hôpital de l'Enfant-Jésus (Québec).

Résister au traumatisme de sa naissance est, pourrait-on dire, la première loi à laquelle doit se soumettre tout être humain. En aucun temps de sa vie, l'homme n'aura peut-être à subir une compression généralisée aussi totale et prolongée que lors de sa naissance. Les forces de la nature, qui jusqu'à ce moment s'unissaient, s'harmonisaient entre elles pour favoriser le développement embryonnaire et fœtal d'un nouvel être humain, obéissent aveuglement tout à coup à une loi inéluctable qui conduit à une expulsion rapide, brutale parfois, du produit de la conception. La rapidité de cette expulsion entraîne des changements physico-chimiques importants, et pour peu que la compression se prolonge, les conséquences se produisent par des perturbations organiques d'intensité et de durée variable dont les plus fréquentes sont l'asphyxie et l'hémorragie cérébro-méningée.

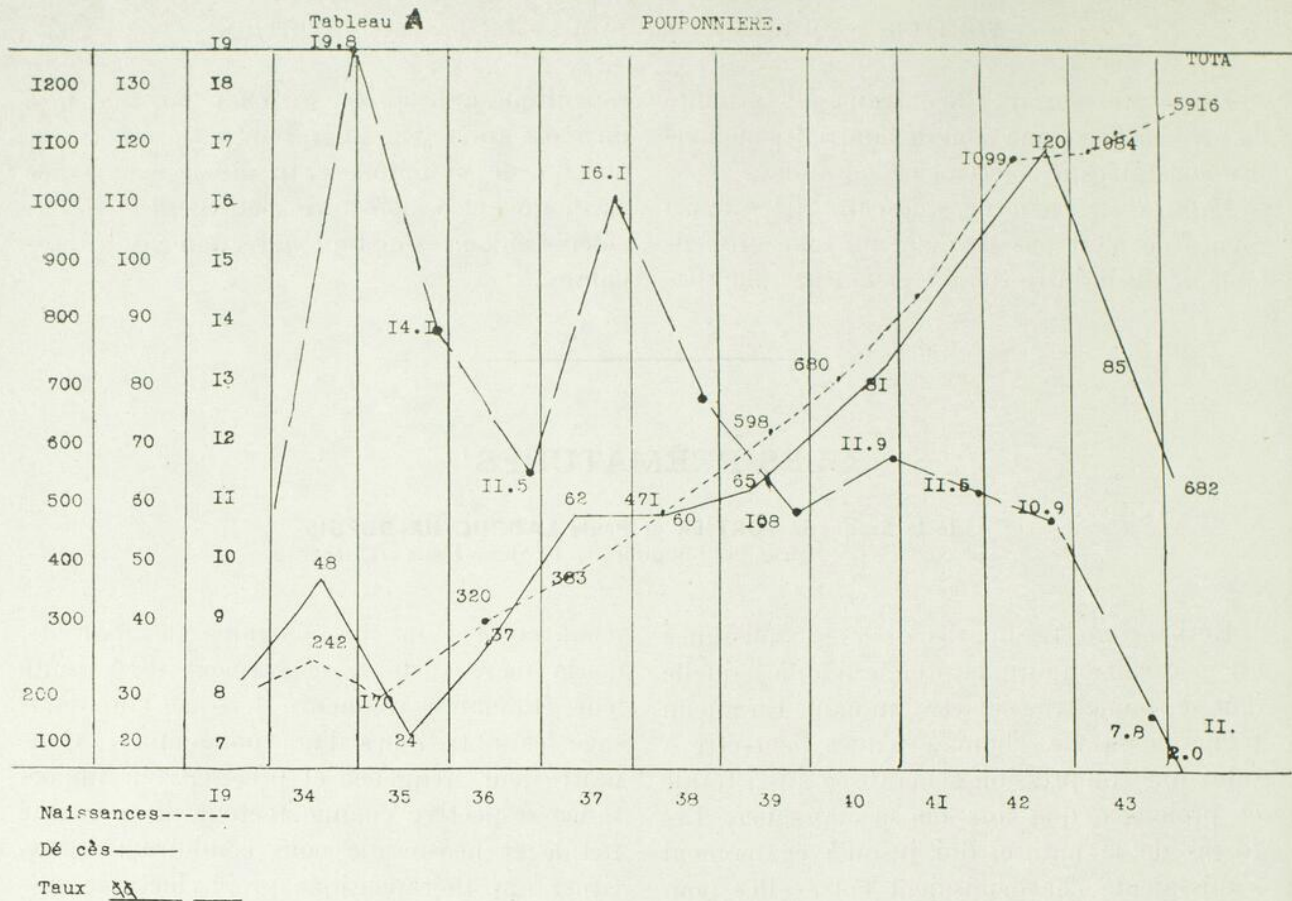
De plus, le nouveau-né apporte avec lui tout un ensemble de caractéristiques morphologiques, physiologiques et pathologiques transmises par la fusion de deux êtres différents. Il subit l'état physico-pathologique de ses ascendants et dès le moment de sa naissance il vous révèle les manifestations. Nous assistons alors à l'expulsion d'un mort-né, d'un prématuré, d'un infirme, d'un monstre ou d'un enfant en apparence sain. Toutes ces manifestations physiques inhérentes à l'accouche-

ment ou à l'état pathologique des parents, de la mère surtout, se révèlent dans toute leur étonnante fréquence lorsque l'on envisage les statistiques d'une pouponnière. Connaître leur fréquence et préciser leur importance respective comme facteur de mortalité fœtale et néo-natale nous conduiront à instituer une thérapeutique prophylactique susceptible de diminuer cette mortalité qui, chez nous, plus qu'en toute autre province est encore très élevée.

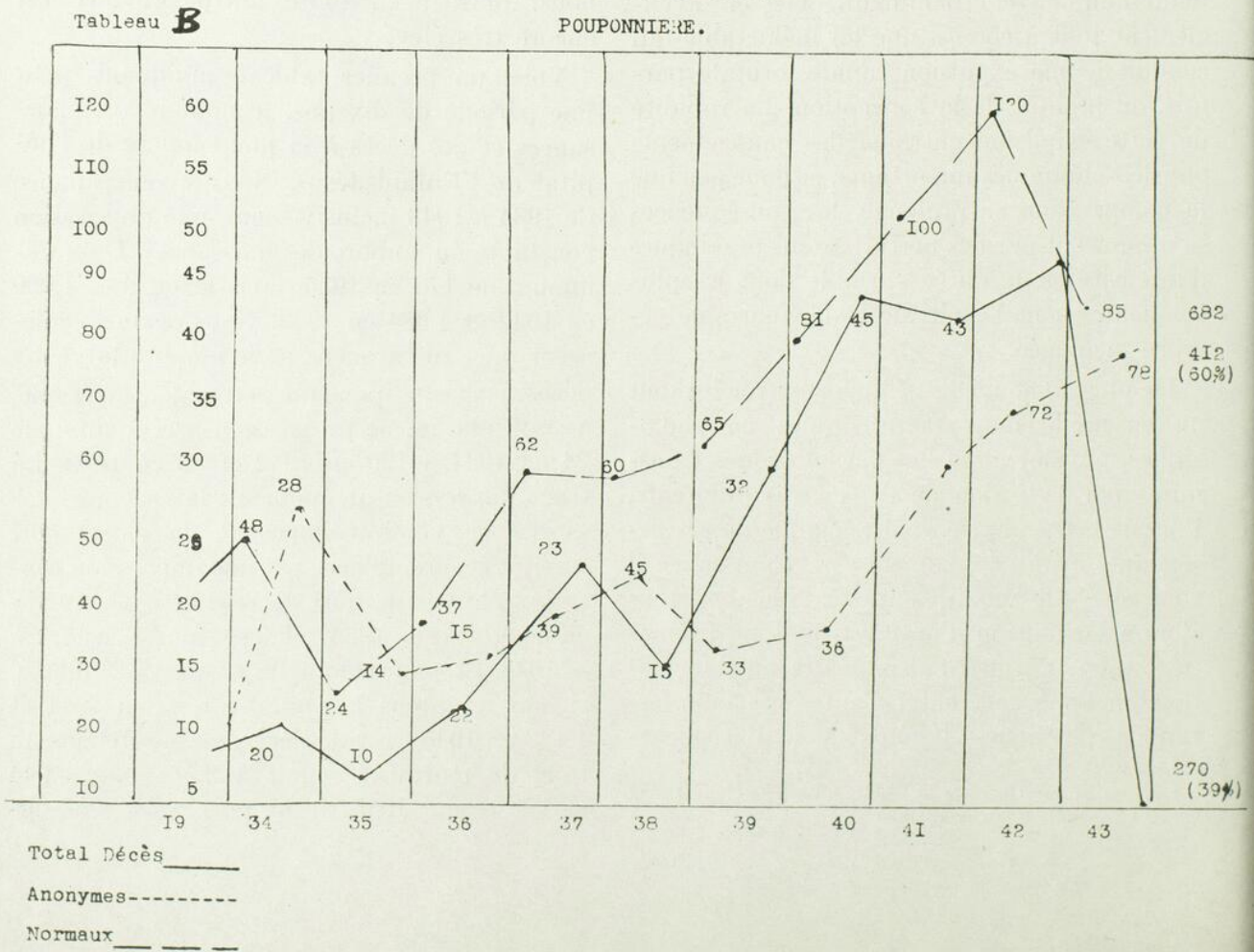
Voici un premier tableau indiquant, pour une période de dix ans, le nombre des naissances et des décès à la pouponnière de l'hôpital de l'Enfant-Jésus. Nous y remarquons, de 1934 à 1943 inclusivement, une progression constante du nombre des naissances. D'un minimum de 170 en 1935, nous atteignons 1,099 en 1942 et 1,084 en 1943. Nous devons également faire remarquer que le nombre total des décès, survenus pendant cette même période, a suivi une même progression ascendante: de 24 en 1934 à 120 en 1942 et 85 en 1943. La triste impression que pourrait laisser dans vos esprits ce nombre imposant de morts doit aussitôt être remplacée par une impression contraire à la vue du taux de mortalité. De 19.8% qu'il était en 1934, il est tombé à 7.8% en 1943. Et, pour compléter ce premier tableau, si nous ajoutons 1,141 naissances en 1944 et 1,122 en 1945 avec 38 décès, nous obtenons un taux de mortalité réduit à 2.5% pour 1944 et 1.1% pour 1945. Je ne puis résister à sug-

1. Communication au XVIII<sup>e</sup> Congrès de l'A. M. L. F. C., Québec, juin 1946.

HOPITAL DE L'ENFANT-JESUS.



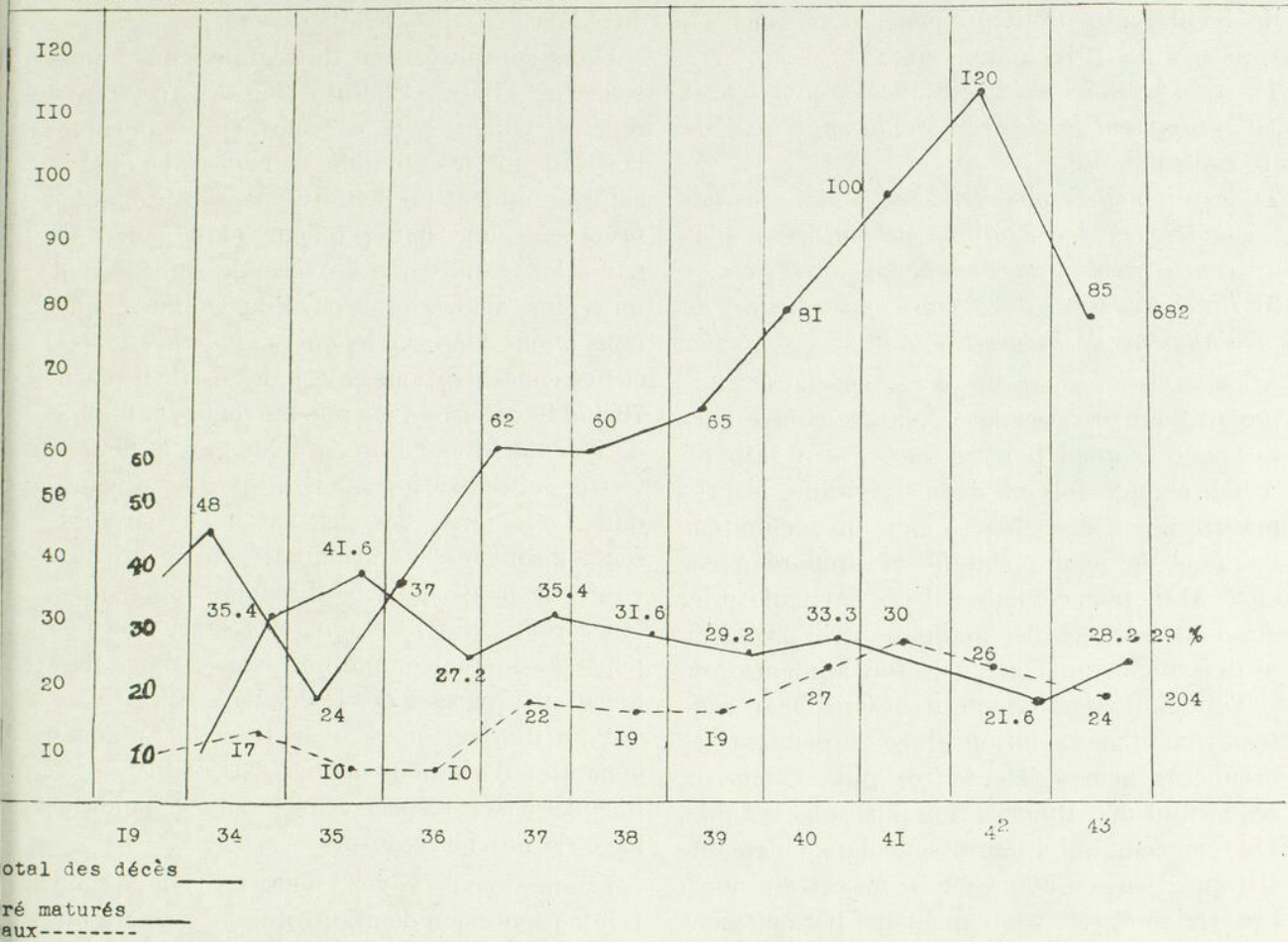
HOPITAL DE L'ENFANT-JESUS.



HOPITAL DE L'ENFANT-JESUS.

Tableau C.

POUPONNIERE.



gérer que ce taux est tout à l'honneur de l'hôpital.

Dans un deuxième graphique, nous considérons le nombre total des décès, 682, mais nous divisons ce chiffre en deux parties: les « anonymes », enfants mort-nés, ou morts dans les quelques minutes qui suivirent l'accouchement, et ceux qui ont survécu plus de 24 heures à l'accouchement, ont reçu les soins à la pouponnière, mais qui sont morts malgré ces soins. De ce total de 682, nous constatons que 412 n'ont pas vécu plus de quelques heures, alors que 27 sont décédés dans les premiers jours et que, sur cette somme totale, 204 étaient des prématurés.

La recherche des causes de mortalité fœtale et néo-natale nous permet de dresser ici un tableau établissant avec une rigueur aussi

absolue que possible l'importance relative de chacune de ces causes:

- |                            |     |     |
|----------------------------|-----|-----|
| 1. Prématurés . . . . .    | 225 | 38% |
| 2. Asphyxie . . . . .      | 179 | 36% |
| 3. Hémorragie . . . . .    | 46  | 9%  |
| 4. Atélectasie . . . . .   | 24  | 5%  |
| 5. Malformations . . . . . | 37  | 7%  |
| 6. Pneumonie . . . . .     | 36  | 7%  |
| 7. Traumatismes . . . . .  | 17  |     |
| 8. Syphilis . . . . .      | 6   |     |
| 9. Ictère . . . . .        | 5   |     |
| 10. Diarrhée . . . . .     | 8   |     |
| 11. Atrepsie . . . . .     | 3   |     |
| 12. Septicémie . . . . .   | 3   |     |
| 13. Inconnues . . . . .    | 26  |     |

La cause la plus importante est, sans contredit, la prématurité, comprenant la débilité. En raison de cette importance, il est du de-

voir de tout médecin de rechercher l'étiologie de la prématurition qui peut se résumer en trois points principaux, soit:

- 1) *les affections médicales des procréateurs: notamment la tuberculose, la syphilis, l'alcoolisme, etc.*
- 2) *les anomalies obstétricales, comme les hémorragies, les ruptures prématurées, placenta prævia, surmenage physique, etc.*
- 3) *l'inobservance des règles essentielles de l'hygiène de la gestation.*

Une fois né, certains soins spéciaux s'imposent pour protéger le prématuré contre l'atmosphère auquel il n'est pas encore préparé. Aussi, chaque fois qu'il sera possible, le prématuré devra être déposé dans un incubateur ou dans un panier chauffé et préparé à cet effet. Mais tous connaissent ces particularités; aussi envisageons dès maintenant le problème le plus important: celui de son alimentation.

Tandis que les tout-petits d'un kilo se contenteront d'une solution glucosée pendant les premières heures, les autres plus vigoureux requerront une alimentation plus substantielle. De tous ceux qui apparaissent dans notre statistique, nous en avons choisi un certain nombre, treize exactement, qui nous permettaient de mieux étudier les réactions biologiques consécutives à l'alimentation prescrite. Cette alimentation fut très variée, puisqu'elle comprend: l'emploi du lait maternel, du lait éva-

poré, du lait de beurre, du lait condensé sucré, du « Dryco », du « Frailac », etc.

Dans l'établissement du régime, nous avons conservé l'horaire habituel des petits repas répétés. Quant à la concentration calorique, l'on sait que les opinions françaises et américaines semblent un peu diverger, les premières favorisant une haute teneur (110 à 160 C. par kilo), tandis que les secondes préconisent un régime à 80 calories par kilo. Quant à nous, nous avons conservé le « *in medio stat virtus* » et nos concentrations caloriques oscillent entre 70 et 140 calories avec une moyenne habituelle de 95 calories par kilo de poids par 24 heures. Cette concentration nous a paru suffisante dans la majorité des cas; sur les 13 cas présents, 2 sont restés stationnaires, 6 ont fait une chute de poids dans les premiers jours, mais ont repris rapidement une croissance que l'on peut considérer comme normale, et les 5 derniers ont progressé dès le début.

Pour illustrer, nous avons tracé une planche générale, d'où nous avons extrait deux tableaux, basés respectivement sur le poids et l'âge de nos nouveau-nés.

Comme vous voyez, nous n'avons qu'une faible proportion d'enfants qui ont reçu du lait maternel. Ce dernier est certes l'aliment de choix pour le petit; cependant, pour le prématuré qui requiert une haute valeur calorique, il n'est pas toujours suffisant et il est préférable

TABLEAU I

*L'alimentation du prématuré*  
*Poids*

<i>Dossier</i>	<i>Age</i>	<i>Naissance</i>	<i>7 jours</i>	<i>2 mois</i>	<i>Gain</i>	<i>Régime</i>
41139	6½	2.15	3.0	4.3	1.9	Babeurre — Lait évaporé.
47468	7	3.0	2.12	4.0	1.3	Lait maternel et babeurre.
53870	7	3.10	3.10	6.2	3.5	Babeurre.
48956	7	4.6	4.6	7.12	2.10	Dryco.
62674	7½	3.10	3.13	5.9	1.13	Frailac et lait condensé sucré.
64498	7½	3.14	3.4	5.2	2.4	Babeurre et lait condensé sucré.
38733	7½	4.1	3.4	5.3	1.2	Dryco et lait pasteurisé.
58191	7½	4.5	4.9	7.6	2.11	Babeurre.
42583	7½	4.6	4.3	6.6	2.0	Lait c. sucré et Dryco et lait évaporé.
44840	7½	4.15	4.9	6.8	1.9	Babeurre.
55553	7½	5.14	6.0	6.8	1	Babeurre et lait évaporé.
58942	8	4.8	5.1	6.4	1.13	Lait pasteurisé.
50875	8	5	4.13	7.0	2	Lait évaporé.

TABLEAU II

<i>Dossier</i>	<i>Poids</i>	<i>Gain</i>	<i>Régime</i>
41139	2.15	1.9	Babeurre et lait évaporé.
47468	3.0	1.3	Lait maternel et babeurre.
53870	3.10	3.5	Babeurre.
62674	3.10	1.14	Frailac et lait condensé sucré.
64498	3.14	2.4	Babeurre et lait condensé sucré.
38733	4.1	1.2	Dryco et lait pasteurisé.
58191	4.5	2.11	Babeurre.
42583	4.6	2.0	Lait c. sucré et Dryco et lait évaporé.
48956	4.6	2.10	Dryco.
58942	4.8	1.12	Lait pasteurisé.
44840	4.15	1.9	Babeurre.
50875	5.0	2	Lait évaporé.
55553	5.14	1	Babeurre et lait évaporé.

TABLEAU III

<i>Dossier</i>	<i>Age</i>	<i>Gain</i>	<i>Régime</i>
41139	6½	1.9	Babeurre et lait évaporé.
47468	7	1.3	Lait maternel et babeurre.
53870	7	3.5	Babeurre.
48956	7	3.10	Dryco.
48744	7½	1.2	Dryco et lait pasteurisé.
44840	7½	1.9	Babeurre.
62674	7½	1.13	Frailac et lait condensé sucré.
42583	7½	2	Lait c. sucré et Dryco et lait évaporé.
64498	7½	2.4	Babeurre et lait condensé sucré.
58191	7½	2.11	Babeurre.
55553	7½	1	Babeurre et lait évaporé.
58942	8	1.12	Lait pasteurisé.
50875	8	2	Lait évaporé.

de lui ajouter un complément de lait de beurre ou de lait sec, etc. Pour nous, malheureusement, il nous fallut recourir le plus souvent à l'alimentation artificielle.

En suivant les trois tableaux, nous pouvons constater que, de façon générale, le lait de beurre donne les résultats les plus brillants chez les plus jeunes. Ce dernier nous est fourni par une laiterie locale et son acidité est de 0.7. Le lait de beurre est suivi de près par le lait condensé sucré et par le lait évaporé.

Maintenant que nous avons envisagé le problème de l'hygiène générale du prématuré, terminons par une note optimiste: celle de la prophylaxie et la thérapeutique. L'assistance médicale joue un rôle primordial dans la préservation du foyer et de la race et une attention toute spéciale doit être réservée à la

femme enceinte, à tous les temps de sa grossesse. Les visites à domicile par des infirmières spécialisées, la création d'institutions prénatales, intra-natales et post-natales, sous forme de consultations régulières et fréquentes sont des facteurs indispensables.

Pour être réellement efficace, l'assistance médicale doit être complétée par l'assistance sociale, qui a pour but de procurer aux femmes, pendant la gestation et le post-partum, le repos nécessaire et l'assistance matérielle, aussi bien pendant les derniers mois de la gestation que pendant les premiers mois qui suivent l'accouchement. On contribue de cette manière à la réalisation de la puériculture intra et extra-utérine. Différentes organisations ont été créées à cet effet dans les pays d'Europe et devraient être adoptées au pays, telles que

l'assurance maternelle, la maison maternelle, où l'on reçoit les femmes à l'époque de la maternité, les mutualités maternelles, qui accordent, en échange d'une cotisation minime, des secours lors de la grossesse, les cantines maternelles, où l'on distribue une alimentation de bonne qualité aux femmes privées de moyens, et les institutions pour filles-mères. L'assistance sociale, qu'elle soit collective ou particulière, est accomplie par des infirmières visiteuses. Dans ce but, il est nécessaire de fonder et de répandre les écoles d'infirmières d'hygiène, qui jouent un rôle dominant dans l'hygiène préventive de la maternité.

Il faut également parfaire l'éducation dès l'âge scolaire et la compléter dans les consultations prénatales, et après l'accouchement par la création de ligues des jeunes mères, de cours de protection maternelle et infantile, de conférences sur la nutrition, etc.

La propagande représente également une méthode très efficace pour la diffusion des connaissances d'hygiène maternelle. Elle est utilisée dans une très grande mesure dans tous les pays et l'on se sert généralement des moyens suivants: feuilles volantes, brochures éducatives, affiches, conférences, etc., etc.

En somme, une prophylaxie préconceptionnelle dirigée vers la suppression des maladies, dites sociales, une thérapeutique adéquate maternelle, une surveillance médicale périodique pendant toute la durée de la grossesse, et une technique éprouvée non interventionniste lors de l'accouchement sont les moyens les plus sûrs de lutter contre l'armée d'anonymes qui peuple ou plutôt gêne notre statistique de mortalité néo-natale.

Toutes ces mesures, le médecin se doit de les appliquer avec le plus de sévérité possible. Sa

contribution précieuse et indispensable, celle qui à notre avis est la plus importante, s'effectue cependant dans un rayon d'activité limité. Le praticien joue le rôle qui lui appartient; mais, pour atteindre toute la collectivité, il nous faut faire appel à des organismes d'hygiène maternelle et infantile. C'est par eux seuls que nous parviendrons à diminuer notre taux de mortalité infantile. La lutte contre les maladies sociales ne peut être efficace si elle ne s'appuie sur une organisation sociale complète, centrale, groupant toutes les œuvres de protection maternelle et infantile. Comment songer à faire l'éducation médicale prophylactique des masses sans une œuvre centrale qui coordonne et suggère les moyens éducatifs les mieux adaptés?

Ne croyez-vous pas que l'on pourrait souscrire à ce que disait le Sénateur Paul Strauss, alors président du Congrès de Protection Maternelle et Infantile, en 1922: « Une part prépondérante doit être désormais réservée à la protection maternelle et infantile dans les pré-occupations des pouvoirs publics et dans la conscience de tous les peuples civilisés. Aucune tâche n'est à la fois plus haute, plus complexe et plus malaisée; elle est unie par lien étroit à tous les problèmes de la vie: travail des femmes, devoirs et droits des mères, protection des enfants à tous les âges, lutte contre les maladies évitables: tuberculose, syphilis, cancer, alcoolisme, etc., lutte contre le taudis, contre le paupérisme et l'ignorance.

Les pouvoirs publics et les initiatives privées doivent collaborer constamment, coopérer cordialement, lutter ensemble en associant de plus en plus, de mieux en mieux, la maternité populaire et l'enfance, avant, pendant et après l'accouchement.

# TRAITEMENT DE LA STÉRILITÉ MASCULINE <sup>1</sup>

Raymond DARGET (Bordeaux).

Elle est depuis quelques années à l'ordre du jour et le mérite bien quand on considère que dans cinquante à soixante pour cent des couples stériles c'est l'homme qu'il faut incriminer.

Cette stérilité masculine, si l'on ne tient pas compte des *troubles fonctionnels* qui peuvent y présider, relève de la mauvaise qualité du sperme qui rend impossible la fécondation.

Cette qualité défectueuse tient à 2 causes: *des troubles sécrétoires, des troubles excrétoires.*

Les *troubles sécrétoires* traduisent une atteinte de la glande séminale, oreillons, pour ne citer que les causes les plus fréquentes.

Ils entraînent: 1° une *modification du nombre* des spermatozoïdes avec *oligospermie* ou *azoospermie* totale; 2° une modification de la forme des spermatozoïdes; 3° une *modification de la motilité* qui peut être absente dans la *nécrospermie*. Toutes ces modifications pathologiques qui correspondent à des troubles sécrétoires influent profondément sur l'aptitude à la fécondation et paraissent peut réversibles; ils sont d'un pronostic fâcheux. A côté de ces *troubles sécrétoires*, par contre, les *troubles excrétoires* avec oblitération bilatérale des voies spermatiques se traduisant par une *azoospermie totale* comportent un pronostic plus favorable si l'on conçoit que l'obstacle mécanique qui préside à l'azoospermie puisse être levé. C'est à cet aspect particulier de la stérilité masculine, à la *stérilité par obstruction des voies spermatiques* que nous limitons notre étude pour montrer *comment* on doit *essayer* de restaurer la perméabilité perdue, comment on y parvient assez souvent.

Cette question de l'oblitération épидидymaire est du reste bien *française* à l'origine avec les travaux de Gosselin, d'Humbert qui déjà, en 1891, réalise la première anastomose vaso-

épидидymaire, de Delbet et Chevassu enfin.

Ces auteurs, en 1908, ont montré les premiers combien l'oblitération du canal épидидymaire long de 5 à 6 cm. et si délicat était facile à la suite d'un traumatisme et surtout d'une épидидymite. C'est essentiellement l'*épидидymite blennorragique* qui est en cause avec cette double particularité si intéressante:

1° *l'oblitération siège le plus souvent* à la queue de l'épидидyme;

2° *la glande testiculaire elle-même* est habituellement respectée, des biopsies en font foi.

*Dans la tuberculose*, au contraire, il n'en est pas de même.

Quant aux épидидymites à *colibacilles* et à *staphylocoques*, il paraît résulter de nos premières recherches qu'elles ne sont pas non plus *limitées étroitement* à l'épидидyme comme dans la blennorragie.

En ce qui concerne ces *épидидymites blennorragiques* qui nous intéressent particulièrement dans la stérilité masculine, Chevassu a montré en outre que la localisation de l'inflammation *au seul épидидyme* avait pour corollaire la présence de *spermatozoïdes vivants* dans la tête de l'épидидyme.

Dans une observation restée classique, 13 ans après l'atteinte épидидymaire, l'examen d'une biopsie montrait une *lignée séminale normale, spermatozoïdes compris.*

Dans ces conditions il venait tout naturellement à l'esprit d'anastomoser la tête de l'épидидyme au canal déférent pour rendre libre la voie spermatique en évitant l'obstacle oblitérant et c'est ainsi que Chevassu et Delbet après Humbert réalisèrent effectivement une anastomose en implantant le canal déférent sectionné et perméable dans la tête épидидymaire. Mais tout cela tomba dans l'oubli. Puis en Amérique, *Martin*, de Philadelphie, réalisa la première anastomose *logique* par un abouchement *latéral* de la tête de l'épидидymaire et du déférent: je dis *logique* car, le canal

1. Communication au XVIII<sup>e</sup> Congrès de l'A. M. L. F. C., Québec, juin 1946.

déférent étant un conduit musculaire et contractile, il apparaît certain qu'une *anastomose latérale* a moins de chance de troubler la contractilité qu'une anastomose après section transversale.

C'est, pour ma part, à l'anastomose latérale que je donne la préférence et la technique la plus souvent adoptée aujourd'hui en France connue en Amérique Chevassu, Bayle, Hagner, est à peu de choses près, celle que j'ai adoptée moi-même et dont vous verrez dans un instant les détails. Voyons maintenant comment *cliniquement* les choses se passent.

Un homme, marié depuis plusieurs années, n'a pas d'enfant. Le premier réflexe est un examen souvent compliqué de sa femme, ce qui est peu logique si l'on se rappelle que 50% des couples stériles le sont par la faute de l'homme, ce dont un examen du sperme avvertira si simplement. Commencez donc par examiner l'homme. Il y a *azoospermie confirmée* et la question qui se pose est celle-ci: cette azoospermie est-elle liée à une oblitération bilatérale des voies spermatiques?

On peut l'espérer si après contrôle préalable des voies séminales basses, des canaux éjaculateurs en particulier, le malade accuse une épидидymite *blennorragique bilatérale* antérieure ou que l'on perçoit au niveau de chaque queue épидидymaire un *nodule fibreux, cause de l'oblitération*.

Mais les choses ne sont pas toujours *aussi simples*. Au lieu d'une azoospermie totale, on peut avoir affaire à une *oligospermie* dans le cas complexe par exemple de l'oblitération complète de l'épидидyme *d'un côté*, le *testicule susjacent* étant sain coïncidant avec des lésions de tout autre ordre, ourliennes par exemple, du testicule congénère. Celui-ci *malade mais libre* élimine des spermatozoïdes rares et anormaux. Cette *oligospermie* qui entraîne la stérilité comme une oblitération bilatérale sera guérissable si l'on peut libérer le *testicule exclu*.

Par ailleurs une *oblitération épидидymaire* ne se traduit pas toujours par des signes phy-

siques évidents et la palpation fournit des *signes incertains*.

Pour ces différentes raisons, dans les cas d'*azoospermie totale* et dans certains cas d'*oligospermie*, quand il n'y a pas d'atrophie ou de modification apparente des testicules, il est indiqué de recourir à une *exploration directe*, seul moyen de savoir avec certitude si les troubles sont d'origine mécanique ou au contraire d'ordre sécrétoire.

La *biopsie testiculaire*, si en faveur aux Etats-Unis, permet de résoudre ce problème, avec ce renseignement précis complémentaire: la valeur réelle de la glande testiculaire et ce que l'on peut en attendre au point de vue de son aptitude à la fécondation.

Mais la fonction n'est pas *inoffensive* et nous lui préférons l'exploration directe de la tête de l'épидидyme après incision de celle-ci pour la recherche dans le liquide recueilli de *spermatozoïdes vivants et nombreux* dans les cas favorables, *absents*, si tout l'épидидyme est sclérosé ou la glande sans fonction, *rares et peu mobiles* s'il y a un certain degré d'atteinte glandulaire. Dans ce dernier cas, disent certains auteurs américains, il est inutile d'aller plus loin et de tenter une anastomose pour remédier à l'oblitération épидидymaire surajoutée: il n'y a rien à en attendre au point de vue fécondation.

Nous répondons: s'il est évidemment souhaitable de rétablir le cours de spermatozoïdes vivants et fertiles, il ne nous paraît pas *négligeable* de le faire également pour les *spermatozoïdes abâtardés*. Outre que l'on ne puisse d'une façon absolue engager l'avenir en ce qui concerne l'impossibilité d'une fécondation dans ce cas, il est un *avantage moral* indiscutable: le retour en effet de spermatozoïdes, contrôlables, voire insuffisants, dans le sperme étant susceptible d'avoir une répercussion heureuse, considérable sur l'*obsédé azoospermique* auquel nous avons parfois affaire.

*Spermatozoïdes normaux ou anormaux* étant constatés (il va sans dire que dans l'azoospermie il est inutile d'aller plus loin), si ces

spermatozoïdes constatés à l'origine du canal épидидymaire n'apparaissent pas dans le sperme éjaculé, c'est qu'ils sont arrêtés dans leur trajet.

Pour nous assurer que l'oblitération est bien épидидymaire, explorez la perméabilité du canal déférent en injectant un liquide coloré après ponction avec un trocart de Belfield. Si la perméabilité existe, nous réalisons l'anastomose.

Y a-t-il au contraire oblitération du canal déférent, laissez les choses en l'état, explorez le côté opposé où des lésions inverses pourront exister: absences de spermatozoïdes, canal déférent libre, ce qui nous permettra d'envisager l'anastomose croisée de l'épididyme d'un côté avec le canal déférent de l'autre.

Quels ont été les résultats de cette opération?

Ils concordent entre les mains de ceux qui en France comme en Amérique en ont l'expérience, Hagner, Bayle et moi-même par exemple.

50% des succès avec réapparition des sper-

matozoïdes vivants dans le sperme et grossesses consécutives: voilà les chiffres.

Hagner aurait même obtenu 60% de réussite, ce qui, pour une opération inoffensive, est tout de même un très beau résultat.

J'insiste sur la nécessité d'opérer avec une précision d'horlogerie dans la technique des sutures.

Ne considérez pas un premier échec comme définitif: une première anastomose manquée pourra être réussie une deuxième fois et c'est pourquoi j'approuve absolument la technique de Bayle qui conseille de faire l'incision épидидymaire en ménageant la place pour faire au-dessus une nouvelle anastomose en cas d'échec de la première.

Quant à la tentative de fécondation artificielle que je pratique systématiquement, si elle n'a pas été jusqu'ici couronnée de succès, je me refuse à penser que des spermatozoïdes bien vivants dilués dans un liquide vecteur favorable ne pourront jamais réaliser une insémination le jour où nous connaissons exactement le moment du cycle menstruel où l'injection intra-utérine devra être pratiquée.

### Rectification.

Dans le travail intitulé: « L'hyperparathyroïdie » paru dans la livraison de février 1947, lire au paragraphe commençant au bas de la page 185, au lieu de « Cope présente des statistiques à peu près l'inverse de celle-ci », plutôt ce qui suit: « Cope présente des statistiques à peu près semblables. Par contre de nombreuses autres statistiques montrent une image à peu près l'inverse de celle-ci. »

## BRONCHO-PNEUMONIE EN MILIEU HOSPITALIER

(1er janvier 1930 - 1er mars 1946)

**Marcel LANGLOIS, Roland THIBAudeau, Marie ROUSSEAU,**  
Hôpital du Saint-Sacrement (Québec).

Du premier janvier 1930 au 1er mars 1946, nous avons recueilli 529 cas de broncho-pneumonies dans le Service de Pédiatrie de l'hôpital du Saint-Sacrement. 385 de ces observations ont fait le sujet d'une communication antérieure,<sup>2</sup> laissant 144 nouveaux cas ouverts à la discussion.

Cette longue période d'observation a posé un double problème: 1° un problème diagnostique; 2° un problème thérapeutique.

Le diagnostic de broncho-pneumonie a toujours exigé pour nous la constatation de signes auscultatoires habituels: lésions à foyers uniques ou multiples, avec présence de râles sous-crépitants en fin d'inspiration. Il a été appuyé concurremment sur un minimum de signes physiques dont le tirage, la toux, la pâleur toxique et par l'autopsie lorsque ce fut possible.

Il ne paraît pas superflu de mentionner que le diagnostic a toujours été posé ou contrôlé par le même clinicien, assurant ainsi l'uniformité de conception. On s'en est surtout tenu à l'état clinique de la maladie plutôt qu'à ses multiples modalités anatomiques.

Le problème thérapeutique a été particulièrement modifié pendant ces années par l'apparition successive des sulfamidés, de leurs dérivés et de la pénicilline.

La phase première, qui a duré environ cinq ans, a consisté en des traitements symptomatiques. Après, est venue la phase seconde de 4½ ans, où un effort thérapeutique a été tenté avec quelque amélioration grâce à un lysat-vaccin polyvalent (Propidon). Vers la fin de 1939, sont apparus le Dagenan et les autres sulfamidés. La sulfapyridine, malgré

quelque apparence de succès, dut être abandonnée à cause de sa haute toxicité. Les autres sulfamidés, particulièrement le sulfathiazole et le sulfadiazine, n'ont pas donné les mêmes résultats et le taux de la mortalité s'est accru.

Depuis 1945, nous avons adopté la pénicilline associée ou non à la sulfadiazine, cette dernière n'étant employée qu'à défaut de l'action de la pénicilline.

TABLEAU A

<i>Années</i>	<i>Nombre de cas de broncho-pneumonies</i>	<i>Morts</i>	<i>Taux de la mortalité %</i>
1930	16	14	87.5
1931	11	7	63.7
1932	19	13	68.4
1933	29	17	58.6
1934	42	22	52.3
1935	41	19	46.4
1936	46	23	50.0
1937	66	25	38.0
1938	71	28	40.0
1939	44	14	31.8
1940	41	16	39.0
1941	18	10	55.5
1942	20	10	50.0
1943	16	10	62.5
1944	12	9	75.0
1945	27	8	29.6
1946 janv. et fév.	10	2	20.0
TOTAL	529	247 Moy.	% 46.7

Ce tableau illustre la fluctuation annuelle du nombre de malades hospitalisés pour broncho-pneumonies en même temps que celle de la mortalité. Celle-ci présente une courbe nettement descendante de 87.5% à 20%.

Sur les tableaux B et B-1, figure en opposition l'incidence de la mortalité chez les moins et chez les plus de six mois. La statistique de tous les auteurs est en ce point conforme à la nôtre.

1. Communication au XVIIIe Congrès de l'A. M. L. F. C., Québec, juin 1946.

2. *Laval Médical*, vol. V, octobre 1940, page 34.

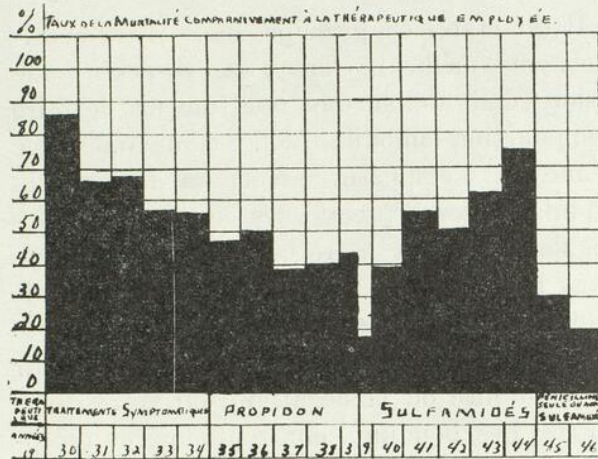
TABLEAU B

Taux de la mortalité % chez les moins de 6 mois      Taux de la mortalité % chez les plus de 6 mois

Années	de 6 mois	de 6 mois
1930	100	84.6
1931	87.5	39.9
1932	91.0	50.0
1933	87.5	52.6
1934	75.0	46.4
1935	83.3	36.0
1936	63.2	44.0
1937	35.0	41.8
1938	52.7	28.4
1939	39.1	25.0
1940	72.7	26.6
1941	52.1	54.5
1942	60.0	40.0
1943	60.0	63.6
1944	75.0	75.0
1945	38.8	11.1
1946	40.0	0

Cette étude de 16 années consécutives nous a aussi permis de constater:

TABLEAU C

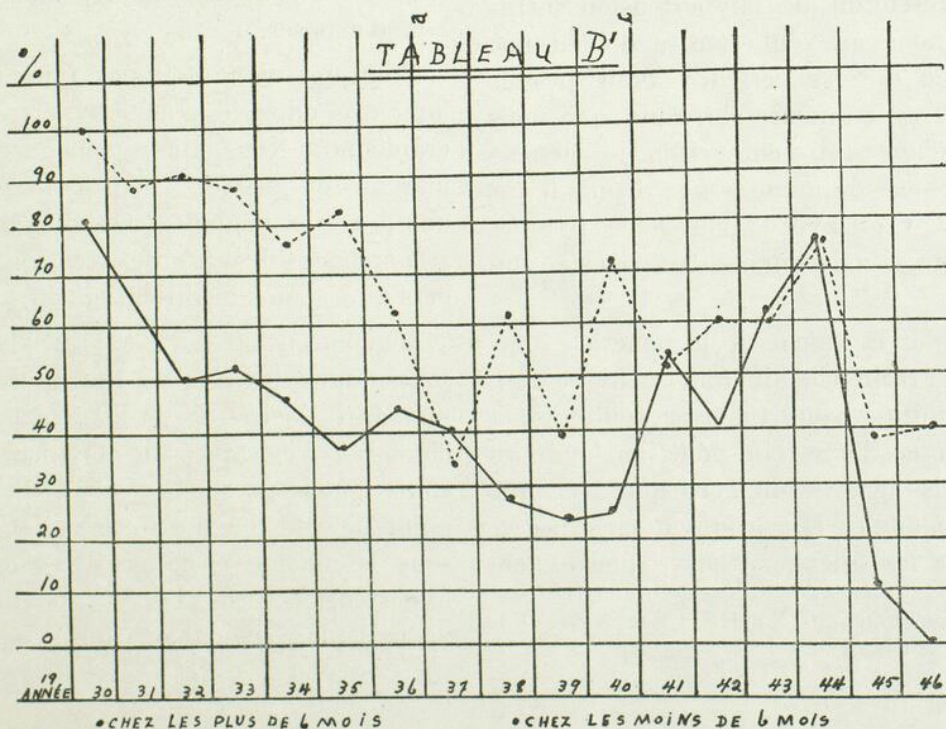


La thérapeutique appliquée dans les deux groupes fut chronologiquement identique. Il faut donc de toute évidence concéder aux plus de six mois un meilleur pronostic.

La division graphique du tableau C en quatre périodes est assez explicite par elle-même.

Si peu concluants que soient nos résultats, nous les croyons suffisants pour nous autoriser à continuer le même traitement.

1. que l'incidence broncho-pulmonaire variait d'une année à l'autre sans qu'il soit possible d'en déterminer la cause;
2. que la thérapeutique n'est pas tout;
3. que la régression de la broncho-pneumonie est proportionnelle à la progression des mesures hygiéno-diététiques et à l'accentuation de la prophylaxie des infections des voies respiratoires supérieures.



## À PROPOS DE PONCTION LOMBAIRE ET DE LÉSIONS COMPRESSIVES INTRACÉRÉBRALES <sup>1</sup>

Jean SIROIS,

Neuro-chirurgien à l'hôpital de l'Enfant-Jésus (Québec).

Il est établi en principe, dans notre enseignement médical, lorsqu'on suspecte une lésion cérébrale, surtout une tumeur, de faire une ponction lombaire. L'on recommande avec beaucoup d'emphase: prenez la tension du liquide, faites l'épreuve des compressions des jugulaires, faites la recherche de l'albumine dans le liquide, recherchez la dissociation albumino-cytologique. En vous basant sur le résultat de ces recherches, vous pouvez établir la possibilité ou la négativité de votre diagnostic. Les bouquins ont reproduit et reproduisent encore ces principes et, bien que l'expérience ait prouvé leur valeur très très limitée, l'on voit couramment des malades qui n'ont pas manqué l'être ponctionnés avant même qu'un examen neurologique sérieux et détaillé ait été fait. Je crois qu'il est temps de faire le point à ce sujet et de faire éviter des tragédies regrettables malheureusement trop fréquentes. Il est de pratique courante de faire des ponctions lombaires à des malades suspects de lésion cérébrale. Très peu de malades, présentant de l'hypertension intracrânienne, nous arrivent sans avoir eu une ponction. Ce que l'expérience avait prouvé à mes maîtres en neuro-chirurgie qui nous enseignaient avec forte conviction, je l'ai personnellement vérifié maintes fois depuis 6 ans ici à Québec. C'est avec l'appui de ces preuves concrètes que je me permets d'affirmer ce qui suivra.

Loin de nier la valeur de la ponction lombaire et de la recherche albuminorachique du l. c.-r., je voudrais vous montrer toutefois la non-importance d'une telle ponction lombaire et surtout les graves dangers que l'on fait courir au malade en la pratiquant sans discernement chez les sujets porteurs d'une hyper-

tension intracrânienne due à une lésion compressive localisée.

Au cours de cet exposé, je vous présenterai 30 cas de malades chez qui une tumeur a été décelée soit à l'intervention soit à l'autopsie et chez qui la ponction lombaire ne fut d'aucune utilité quelconque.

Je crois que nous devrions ériger en principe dans l'enseignement neurologique que, lorsque nous avons lieu de suspecter le moindre, soit par des signes objectifs, soit par des signes subjectifs, une hypertension intracrânienne par lésion compressive localisée, nous ne devons jamais pratiquer de ponction lombaire. La ponction lombaire ne doit être réservée qu'aux cas d'infection aiguë, suraiguë ou chronique, aux cas d'hypertension crânienne post-traumatique mais au moins 48 heures après le traumatisme, à tous les cas d'atteinte non compressive du système nerveux cérébro-spinal et enfin à tous les cas suspects de lésion médullaire quelle qu'en soit la nature.

Il est quelques grands principes qu'il est bon d'exposer.

Pourquoi ne faut-il pas faire de ponction lombaire dans les cas d'hypertension intracrânienne? Nous allons répondre en posant une autre question. Pourquoi veut-on faire une ponction lombaire? On nous dit qu'il faut rechercher s'il y a hypertension du liquide et s'il y a une modification du l. c.-r.

L'hypertension du l. c.-r. n'existe pas toujours, dans les cas de lésions compressives, puis après la lecture du manomètre nous concluons à l'existence de l'hypertension. Par contre, nous ne sommes pas plus avancés au point de vue diagnostique précis et nous exposons le malade à de graves dangers si une hypertension existe. De plus, pourquoi exposer un malade à ces dangers qui seront énumérés

1. Communication au XVIII<sup>e</sup> Congrès de l'A. M. L. F. C., Québec, juin 1946.

plus bas, alors que nous avons des moyens bien précis de rechercher l'hypertension intracrânienne tels que l'examen du fond d'œil, la radiographie simple du crâne, etc.

Le l. c.-r. se modifie très peu dans les tumeurs cérébrales même si ces tumeurs sont situées à la corticalité ou aux cavités ventriculaires. Les nombres de cas rapportés sont, il me semble, une preuve suffisante pour se passer de commentaires supplémentaires.

Sur 90 dossiers vérifiés, 1.5% seulement ont montré une albuminorachie, et encore n'était-elle que très légèrement élevée.

La ponction lombaire n'est d'aucune utilité dans 99% des cas de lésion compressive localisée. L'observation bien faite et bien détaillée, l'examen neurologique complet avec un examen du fond d'œil même répété à intervalles fréquents dans les cas suspects et enfin une bonne radiographie du crâne avec recherche de tous les petits signes d'hypertension intracrânienne sont fortement suffisants pour faire porter le diagnostic d'une hypertension intracrânienne.

Dès que ceci est dépisté, les autres recherches de la cause et de la localisation de cette étiologie hypertensive doivent être laissées à des mains exercées et surtout dans un milieu approprié et préparé à répondre à toutes les éventualités d'urgence qui peuvent se présenter et se présentent fréquemment dans ces cas.

Dès qu'il existe une hypertension intracrânienne par lésion localisée, nous avons une perturbation dans la circulation du l. c.-r. Il existe alors une tension intraventriculaire positive augmentée à laquelle progressivement les parties cérébrales vitales se sont adaptées. Si nous pratiquons une ponction à la voie lombaire, la tension à cet endroit peut être augmentée et même une tension lombaire négative par rapport à la tension ventriculaire et intracérébrale positive augmentée; il se produit un appel du vide, un déplacement lent ou brusque et, lorsque la compression localisée se déplace ainsi, l'œdème cérébral se produit avec rapidité et il faut avoir vu, lors d'une inter-

vention, avec quelle rapidité l'œdème progresse, ne trouvant pas d'expansion en surface. Ce sont soit les amygdales cérébelleuses qui se glissent dans le trou occipital, soit le lobe temporal dans la fente cérébrale de Bichat. Le cône de pression ainsi subitement formé comprime le bulbe et la protubérance et nous assistons par inhibition bulbaire brusque à une mort subite. J'ai vu de ces morts et elles sont tragiques et regrettables en général, à un point tel qu'elles nous laissent par la suite bien perplexes quand il s'agit de pratiquer une ponction lombaire chez un autre malade présentant une hypertension intracrânienne.

Il est tout à fait et toujours contre-indiqué, même si l'on fait une ponction lombaire, de pratiquer une compression jugulaire à tout malade le moindrement suspect d'hypertension intracrânienne. Nous n'en retirons aucun renseignement quelconque. Nous n'obtenons jamais la traduction d'un blocage à moins que la tumeur ait obstrué complètement le 4ème ventricule ou l'aqueduc de Sylvius, et dans ces cas, comme dans tous les autres présentant une lésion supra-tentoriale, une compression jugulaire, pour les mêmes raisons expliquées plus haut, expose considérablement la vie du malade en établissant très fréquemment un cône de pression amygdalien ou temporal. Et vous savez, par expérience, que l'on ne manque pas de pratiquer une compression jugulaire chaque fois qu'une ponction lombaire est pratiquée. Pourquoi? On ne le sait pas.

Que dire maintenant des malades présentant une hypertension post-infectieuse ou post-traumatique?

Dans les cas d'infection, nous avons affaire à une hypertension généralisée le plus souvent due à une augmentation du volume du liquide lui-même. Alors la ponction décompressive pratiquée, en plus d'avoir un but de diagnostic, servira sans doute à un but thérapeutique et il n'existe pas de danger de déplacement brusque ou lent comme dans les cas de lésions localisées. C'est donc dire que le cône de pression amygdalien ou temporal n'est pas à

craindre. L'on peut donc faire et souvent l'on doit faire librement des ponctions lombaires dans ces cas.

Quant aux traumatismes, si l'on constate immédiatement après ce dernier une hypertension intracrânienne qui se manifestera par de l'inconscience, du coma, des pupilles fixes, etc., l'on ne doit pas faire de ponction lombaire avant au moins 36 à 48 heures du traumatisme. Pourquoi? Si le malade, en effet, avait une hémorragie intracrânienne, quelle que soit sa localisation à l'intérieur de la boîte crânienne, nous avons alors affaire à une compression localisée et pour les raisons déjà énumérées, surtout à cause du danger du cône de compression, la ponction met la vie du malade en danger. De plus, quels renseignements croit-on pouvoir retirer? Rechercher par la ponction s'il y a hypertension intracrânienne? Mais l'état du malade nous en fournit l'évidence même. Rechercher s'il y a présence de sang dans le liquide? La moindre commotion cérébrale donnera du sang dans le liquide et, si le sang est constaté en plus ou moins grande abondance, nous ne pouvons en déduire qu'il s'agit nécessairement d'une hémorragie compressive. Nous ne sommes donc pas plus avancés au point de vue diagnostic, que nous constatons du sang ou non dans le liquide, immédiatement après un traumatisme, par ponction lombaire, et tel que mentionné, nous exposons inutilement la vie du malade.

Il faut traiter ces traumatisés sans ponction et surveiller attentivement les manifestations cliniques neurologiques qui se développent dans les heures qui suivent le traumatisme, afin de pouvoir mieux orienter notre diagnostic précis et orienter notre thérapeutique médicale ou chirurgicale, si cette dernière éventualité devient indiquée.

La ponction lombaire post-traumatique se fera avec avantage et sans danger pour le malade, si cliniquement, 36 ou 48 heures après ce traumatisme crânien important, nous n'avons aucune manifestation clinique de compression localisée et que l'hypertension généralisée persiste se manifestant par la progres-

sion ou la continuation de l'inconscience, l'agitation marquée du malade, etc. Alors seulement nous rendrons de grands services au malade en pratiquant une telle ponction.

Quelles sont donc les conclusions que l'on doit retenir de tout ceci?

1. Dans les cas suspects de compressions cérébrales localisées, la ponction lombaire est contre-indiquée parce que dangereuse.

2. La ponction lombaire dans les compressions par tumeur ne fournit pas de renseignements utiles dans 99% des cas.

3. La ponction lombaire expose la vie du malade lors des lésions localisées et provoque un cône de compression amygdalien ou temporal.

4. Dès qu'il y a la moindre hypertension intracrânienne, ne jamais faire l'épreuve de Queckenstead qui ne présente aucune utilité quelconque.

5. La ponction lombaire peut se faire librement sans danger dans les infections qui causent de l'hypertension intracrânienne constatée cliniquement.

\* \* \*

Voici un tableau synoptique de vingt cas de malades chez qui la présence d'une lésion tumorale cérébrale a été vérifiée à l'intervention et à l'examen anatomo-pathologique et qui auparavant avaient subi une ponction lombaire dont la formule avait été essentiellement négative à ce sujet.

1° No 46-023 — Lucien B.

Diagnostic clinique: tumeur pariétale gauche.

Intervention: le 24 août 1942.

Diagnostic opératoire: anévrisme cirsoïde pariétal gauche.

L. c.-r.:

Albumine:	0 gramme	.18 ctgrs p.	1000
Lymphocytes:	2.0	p.	mm/3
Monocytes:	0.8	p.	mm/3
Autres éléments:	0.0	p.	mm/3

## 2° No 49.260 — Armande P.

Diagnostic clinique: tumeur temporo-pariétale droite.

Intervention: le 8 mars 1943.

Diagnostic pathologique: méningiome. (Dr L. Berger)

*L. c.-r.:*

Albumine:	0 gramme .30 ctgrs p.	1000
Lymphocytes:	1.4	p. mm/3
Monocytes:	0.0	p. mm/3
Autres éléments:	0.0	p. mm/3

## 3° No 53.134 — Edgar B.

Diagnostic clinique: tumeur de la poche de Rathké.

Intervention: le 5 novembre 1943.

Diagnostic pathologique: tumeur de la poche de Rathké. (Dr L. Berger)

*L. c.-r.:*

Albumine:	0 gramme .28 ctgrs p.	1000
Lymphocytes:	1.9	p. mm/3
Monocytes:	0.9	p. mm/3
Autres éléments:	0.0	p. mm/3

## 4° No 54.189 — Daniel E.

Diagnostic clinique: tumeur frontale gauche.

Intervention: le 17 janvier 1944.

Diagnostic pathologique: vieil hématome sous-duremérien. (Dr L. Berger)

*L. c.-r.:*

Albumine:	0 gramme .30 ctgrs p.	1000
Lymphocytes:	4.6	p. mm/3
Monocytes:	1.8	p. mm/3
Autres éléments	0.0	p. mm/3

## 5° No 56.745 — Arthur B.

Diagnostic clinique: tumeur pariétale droite.

Intervention: le 6 juillet 1944.

Diagnostic pathologique: gliome. (Dr L. Berger)

*L. c.-r.:*

Albumine:	0 gramme .28 ctgrs p.	1000
Lymphocytes:	4.0	p. mm/3
Monocytes:	0.9	p. mm/3
Autres éléments:	0.0	p. mm/3

## 6° No 56.878 — Marcel R.

Diagnostic clinique: tumeur cérébelleuse gauche.

Intervention: le 28 juillet 1944.

Diagnostic pathologique: tuberculome. (Dr L. Berger)

*L. c.-r.:*

Albumine:	0 gramme .18 ctgrs p.	1000
Lymphocytes:	0.4	p. mm/3
Autres éléments:	0.0	p. mm/3

## 7° No 58.132 — Mme Paul B.

Diagnostic clinique: tumeur temporale droite.

Intervention: le 25 septembre 1944.

Diagnostic pathologique: glioblastome polymorphe. (Dr L. Berger)

*L. c.-r.:*

Albumine:	0 gramme .18 ctgrs p.	1000
Lymphocytes:	6.0	p. mm/3
Monocytes:	1.1	p. mm/3
Autres éléments:	0.0	p. mm/3

## 8° No 59.594 — Gilles G.

Diagnostic clinique: tumeur du cervelet.

Intervention: le 4 janvier 1945.

Diagnostic pathologique: épéndymo-gliome. (Dr L. Berger)

*L. c.-r.:*

Albumine:	0 gramme .30 ctgrs p.	1000
Lymphocytes:	1.0	p. mm/3
Autres éléments:	0.0	p. mm/3

## 9° No 60.019 — Mme Rex R.

Diagnostic clinique: tumeur pariétale gauche.

Intervention: le 24 février 1945.

Diagnostic pathologique: oligodendroglioblastome. (Dr L. Berger)

*L. c.-r.:*

Albumine:	0 gramme .25 ctgrs p.	1000
Lymphocytes:	6.8	p. mm/3
Autres éléments:	0.0	p. mm/3

## 10° No 60.528 — Mme J. Pascal R.

Diagnostic clinique: tumeur fronto-pariétale gauche.

Intervention: le 13 mars 1945.

Diagnostic pathologique: méningoblastome. (Dr L. Berger)

*L. c.-r.:*

Albumine:	0 gramme .20 ctgrs p.	1000
Lymphocytes:	1.2	p. mm/3
Monocytes:	0.4	p. mm/3
Autres éléments:	0.0	p. mm/3

## 11° No 60.681 — Adrien M.

Diagnostic clinique: tumeur frontale gauche.

Intervention: le 10 avril 1945.

Diagnostic pathologique: astroblastome. (Dr L. Berger)

*L. c.-r.:*

Albumine:	0 gramme .22 ctgrs p.	1000
Lymphocytes:	1.4	p. mm/3
Monocytes:	0.9	p. mm/3
Autres éléments:	0.0	p. mm/3

## 12° No 60.980 — Gertrude D.

Diagnostic clinique: tumeur cérébelleuse gauche.

Intervention: le 19 avril 1945.

Diagnostic pathologique: tuberculome. (Dr L. Berger)

Albumine:	0 gramme .28 ctgrs p.	1000
Lymphocytes:	2.3	p. mm/3
Autres éléments:	0.0	p. mm/3
Bactériologique:	pas de microbes visibles	

## 13° No 61.199 — Jeannine F.

Diagnostic clinique: tumeur de la poche de Rathké.

Intervention: le 3 mai 1945.

Diagnostic opératoire: anévrisme de l'artère cérébrale antérieure droite.

*L. c.-r.:*

Albumine:	0 gramme .10 ctgrs p.	1000
Lymphocytes:	1.8	p. mm/3
Autres éléments:	0.0	p. mm/3

## 14° No 61.820 — Gérard T.

Diagnostic clinique: tumeur cérébelleuse gauche.

Intervention: le 4 juin 1945.

Diagnostic pathologique: tuberculome. (Dr L. Berger)

*L. c.-r.:*

Albumine:	0 gramme .25 ctgrs p.	1000
Lymphocytes:	1.4	p. mm/3
Autres éléments:	0.0	p. mm/3

## 15° No 61.884 — Mme John L. L.

Diagnostic clinique: tumeur temporale gauche.

Intervention: le 9 juin 1945.

Diagnostic pathologique: gliome protoplasmique. (Dr L. Berger)

*L. c.-r.:*

Albumine:	0 gramme .18 ctgrs p.	1000
Lymphocytes:	1.9	p. mm/3
Autres éléments:	0.0	p. mm/3

## 16° No 62.637 — Solange L.

Diagnostic clinique: tumeur cérébelleuse gauche.

Intervention: le 27 août 1945.

Diagnostic pathologique: glioblastome. (Dr L. Berger)

*L. c.-r.:*

Albumine:	moins de 0 gr. .05 ctgrs p.	1000
Lymphocytes:	0.0	p. mm/3
Autres éléments:	0.0	p. mm/3

## 17° No 63.361 — Léonard R.

Diagnostic clinique: tumeur fronto-temporale droite.

Intervention: le 5 septembre 1945.

Diagnostic pathologique: astroblastome. (Dr L. Berger)

*L. c.-r.:*

Albumine:	0 gramme .10 ctgrs p.	1000
Lymphocytes:	0.8	p. mm/3
Autres éléments:	0.0	p. mm/3

## 18° No 64,621 — Hector F.

Diagnostic clinique: tumeur cérébelleuse droite.

Intervention: le 26 novembre 1945.

Diagnostic pathologique: astroblastome. (Dr L. Berger)

*L. c.-r.:*

Albumine: 0 gramme .10 ctgrs p. 1000  
Lymphocytes: 0.9 p. mm/3  
Autres éléments: 0.0 p. mm/3

## 19° No 65,166 — Jean Marc T.

Diagnostic clinique: tumeur de la poche de Rathké.

Intervention: le 3 janvier 1946.

Diagnostic pathologique: gliome de l'infundibulum. (Dr L. Berger)

*L. c.-r.:*

Albumine: 0 gramme .10 ctgrs p. 1000  
Lymphocytes: 0.9 p. mm/3  
Monocytes: 0.1 p. mm/3  
Autres éléments: 0.0 p. mm/3

## 20° No 65,373 — Mme Origène P.

Diagnostic clinique: tumeur pariétale gauche.

Intervention: le 23 janvier 1946.

Diagnostic pathologique: méningoblastome. (Dr L. Berger)

*L. c.-r.:*

Albumine: 0 gramme .18 ctgrs p. 1000  
Lymphocytes: 0.6 p. mm/3  
Monocytes: 0.4 p. mm/3  
Autres éléments: 0.0 p. mm/3

## SYMPTÔMES MENTAUX OBSERVÉS DURANT LA CAMPAGNE D'EUROPE <sup>1</sup>

Capitaine John O'NEIL (Québec).

Plus de 60% des soldats examinés pendant la campagne d'Europe, l'ont été à cause de troubles mentaux ou psychosomatiques. Les uns n'avaient pas encore vu le feu, d'autres peu, d'autres avaient passé à travers des engagements violents; plusieurs étaient décorés, beaucoup avaient 8 à 10 mois d'action à leur crédit. Un groupe important n'a manifesté des signes de névrose qu'après la victoire ou au moment du retour à la vie civile. Beaucoup ont été évacués à cause de troubles organiques et ont ensuite été vus par le psychiatre. Les réactions émotionnelles observées n'ont pas différé beaucoup de celles qu'on avait vues jusque là dans l'armée. Si on considère le type d'homme le plus exposé à manifester des symptômes à l'action, on a: 1° le *névropathe constitutionnel et l'hystérique*; 2° le *psychopathe criminel et le débile mental*; 3° le *blessé*; 4° le *vieux soldat* après des mois d'action.

1. *Le névropathe constitutionnel*, pusillanime, appelé par les psychiatres anglais « psychopathic personality inadequate ». Souvent, il a flanché avant le débarquement. Bien que souvent réfugié dans une position de 2ème ligne, il a vite montré tous les signes de terreur qui l'ont rendu invalide.

2. *L'hystérique* a réagi par des convulsions, des tics de la face, du torticolis, des spasmes, des monoplégies, etc.

3. *Le psychopathe criminel ou agressif* n'a été, en action comme durant la paix, qu'une source d'embarras et une cause de désordre. Un essai fait en Italie avec une unité de psychopathes agressifs ou criminels avait d'ailleurs prouvé leur inutilité. Comme toujours, ils ont réagi en désertant ou en commettant des délits qui ont assuré leur internement et par suite leur éloignement du danger.

4. *Le débile mental* s'était assez bien comporté au régiment, parce qu'on le ménageait.

1. Communication au XVIIIe Congrès de l'A. M. L. F. C., Québec, juin 1946.

Mais son manque d'imagination ne lui avait pas permis de prévoir ce que pouvait être un débarquement ou un embarquement. Il s'est soudainement trouvé dans une situation nouvelle, qu'il ne pouvait comprendre. Le tableau clinique était presque toujours le même: confusion avec hallucinations visuelles ou auditives passagères survenant dans un dur sommeil et suivie d'une période d'exaltation. C'était presque toujours son père, sa mère ou un saint favori lui enjoignant de retourner chez lui.

Le psychasthénique, le neurasthénique et l'anxieux, s'ils étaient d'intelligence et de moral supérieurs, ont souvent enduré leurs symptômes pour des mois. Plusieurs n'ont faibli qu'après la paix ou au moment d'une promotion. Ce sont là des recrues qu'un psychiatre aurait rejetées à l'enrôlement.

5. Un autre qui a vite montré de l'instabilité nerveuse, c'est le *blessé*, quelle qu'ait été la gravité de sa blessure ou sa compétence antérieurement à l'évacuation. Presque tous les blessés semblaient moins inquiets de la gravité de leurs blessures que soulagés et même très contents à l'idée de sortir de la fournaise avec gloire. Le temps venu de retourner au feu, la plupart ne pouvaient s'y résigner. Les uns devenaient anxieux, les autres développaient des paralysies ou anesthésies localisées au membre blessé.

6. Enfin, un grand problème fut le *soldat intelligent*, de bon moral, sans tares névropathiques familiales ou personnelles. Pendant des mois il avait combattu sans défaillance. Ses amis étaient disparus. Il avait passé fréquemment à deux doigts de la mort. Un jour, le sujet devenait convaincu que la prochaine bombe ne pouvait être que pour lui. Aucun encouragement, aucune explication ne pouvait le débarrasser de cette idée fixe. Tellement qu'en entendant tomber l'obus, il se jetait hors de son abri sans se soucier du danger qu'il courait. D'autres désertaient ou s'infligeaient des blessures assez graves, s'exposaient les pieds hors de la tranchée dans l'espoir qu'un éclat d'obus les frappe. Pour ce qui est

des psychoses, il ne semble pas que le combat lui-même en ait causées. Il a pu précipiter des poussées de manie ou de dépression chez des cyclothymiques, il a donné une teinte spéciale au délire des paranoïaques. Mais le schizophrène a continué à vivre sa vie et à faire ses poussées aiguës sans trop se soucier de la situation stratégique.

#### LE FACTEUR

Abstraction faite du terrain névropathique, une foule de facteurs ont été mis en cause par les patients pour expliquer leur état. Ce sont par ordre de fréquence: le feu d'artillerie intensif sur un petit secteur, surtout par les canons de D.C.A.; les obus, les fusées et les mortiers; le bombardement aérien; l'avance dans l'eau et la glace, d'une digue à l'autre, alors que les nouvelles positions étaient toujours connues de l'Allemand; la perte d'un ami protecteur, d'un officier favori; l'attaque à l'aveugle, sans idée sûre de l'objectif et sous les ordres d'un officier incompetent; les patrouilles en terrain miné; le feu des franc-tireurs; la promotion; la permission à l'arrière avec la détente qu'elle amenait.

#### LA RÉACTION

La réaction la plus fréquente à l'époque des grandes batailles comme celles de Caen et de Falaise fut la terreur soudaine avec excitation et confusion. Elle commençait généralement après un coup près. Le soldat, abasourdi ou seulement ébloué par l'explosion, se relevait en sanglotant, sortait de son trou en criant et courait vers l'arrière en chancelant au milieu des explosions. Il arrivait ou était amené au poste de secours le regard apeuré, souvent violent. Complètement aphone ou bégayant, il semblait incapable de répondre aux questions. Parfois on l'arrêtait des milles en arrière, encore confus, incapable de donner son nom ou d'expliquer son absence du régiment. Apathique ou irritable, ralenti au point de vue psychique et moteur, il accusait une

amnésie pour la période survenue depuis l'explosion. Elle cédait facilement aux questions répétées ou à la narco-analyse. Souvent on observait chez lui l'anesthésie hystérique complète, des monoplégies avec cyanose et œdème, de la cécité. La surdité était souvent fonctionnelle, mais parfois d'origine organique. Le symptôme d'hystérie prédominait-il, le patient était généralement calme et désintéressé. Le pronostic, quant à son retour au front, était défavorable, d'abord parce que ce syndrome apparaissait surtout chez le pusillanime et ensuite parce que la guérison ne faisait que déclencher l'apparition de l'anxiété pure. D'où le diagnostic: anxiété-hystérie.

Quand la guerre se fut un peu ralentie d'intensité et d'allure, le diagnostic le plus commun fut: « Anxiety State ». Dans ce cas, pas d'excitation violente, pas de mouvements violents ou choréiformes, pas de tremblement grossier de la tête ou des extrémités. Le patient était un soldat de meilleure étoffe, un subalterne ou un officier, qui avait longtemps souffert avant de voir l'officier médical. C'était presque toujours le vieux syndrome d'effort avec asthénie, sentiment de dépression, difficulté d'attention et d'idéation, tremblement nerveux des extrémités, de la tête et des lèvres, insomnie tenace, sommeil entrecoupé de cauchemars, sensibilité extrême au bruit. Sur le syndrome d'effort presque constant venaient se greffer une foule de symptômes psychosomatiques:

1. *Troubles gastro-intestinaux*: inappétence, vomissements, hyperchlorhydrie, aérophagie, crampes intestinales, diarrhée des combattants, constipation tenace, diarrhée muco-membraneuse.

2. *Troubles urinaires*: pollakiurie, polyurie, dysurie avec lombalgie.

3. *Troubles neuro-végétatifs*: comme le syndrome de Raynaud, les urticaires, les sudations profuses.

4. *Autres symptômes*: la céphalée en casque ou localisée au site d'une blessure légère avec vertige et surdité et amblyopie, la cécité, l'aphonie, le bégaiement.

Quand les lignes allemandes étaient à quelques verges, certains symptômes isolés furent plus fréquents qui demandaient l'évacuation immédiate: pollakiurie, toux quinteuse, ronflements, cauchemars avec cris, cécité nocturne. L'apparition de ces troubles était souvent conditionnée par une situation particulière ou par l'usage d'une arme spéciale, par exemple: la mitrailleuse Smiezer, la carabine du franc-tireur allemand, le « 88 », le mortier surnommé « Moaning Minnie », la vue d'un tank, l'usage d'une motocyclette ou d'un « jeep ».

Un soldat de la Chaudière se réfugia dans un trou au début de l'attaque. S'il n'entendait pas de « 88 », il rejoignait ses amis au feu.

Un soldat du 22e Régiment voyait apparaître en quelques minutes un urticaire à la région deltoïdienne droite s'il montait en « jeep » ou parfois au simple souvenir d'un accident subi en Italie.

Nous avons à l'hôpital un sergent du 22e chez qui la vue d'une motocyclette en marche amène l'apparition de l'angoisse.

#### LE TRAITEMENT

On avait préconisé le traitement conduit le plus près possible de la ligne de feu pour que le soldat demeure dans l'atmosphère du combat et ne perde pas ses velléités d'y retourner. En fait, la proximité de la ligne fut souvent une cause d'échec et nécessita l'administration de sédatifs à doses trop fortes. On s'efforça de respecter autant que possible le rang, la discipline et la routine militaire.

A l'admission, après une légère collation, le patient recevait une forte dose de nembutal, de medinal ou d'amytal. Il dormait son saoul: 10 à 18 heures. Au réveil, bain et repos. Puis l'interview rapide pour dépister les sujets les plus prometteurs. Ensuite venait l'histoire psychiatrique complète, avec examen physique, suivie de l'explication des symptômes présents.

La narco-analyse ou l'hypnotisme furent très efficaces dans la recherche des causes de

la maladie et dans le traitement. Dans un demi-sommeil, le patient revivait l'incident qui avait occasionné ses troubles. L'amnésie disparue, la psychothérapie devenait plus facile. Les grands anxieux bénéficièrent de la narcothérapie, soit 20 à 22 heures de sommeil pendant 4 à 10 jours. Ce traitement n'était possible qu'à la base.

C'est l'insuline qui a donné les meilleurs résultats chez l'anxieux; l'effet recherché fut d'abord la sédation, puis le relâchement musculaire et la sensation de bien-être physique quand l'appétit et le sommeil devenaient normaux. Les doses ont varié de 50 à 160 unités par jour. L'accès d'hypoglycémie arrêtée, les patients assistaient à une causerie où une explication aussi satisfaisante que possible de leurs symptômes leur était donnée.

## RÉSULTATS

Si on prend comme critère de guérison la disparition des symptômes, 80% des patients furent guéris.

Mais seulement 13 à 15% des patients retournèrent à l'action. Les autres servirent à la base ou aux lignes de communication. L'Armée en bataille ne peut tenir compte des défaillances de tel ou tel homme par ailleurs très compétent. Même guéri, le patient était susceptible de faire une rechute et, par là, de nuire au bon rendement de son unité ou de mettre en danger la vie de ses camarades. Autant de risques qu'une unité à l'action ne peut se permettre de prendre.

---

## RECUEIL DE FAITS

### UTILITÉ DE L'ÉPREUVE DIRECTE MAJEURE COMME CONTRÔLE AVANT TOUTE TRANSFUSION<sup>1</sup>

Albert BERTRAND,

Professeur agrégé à l'Université de Montréal,  
Chef du laboratoire de bactériologie à l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

Au rythme où se font les transfusions sanguines de nos jours, on serait porté à croire que ce genre d'intervention est dépourvu de tout danger. Il n'en est pas ainsi malheureusement; la transfusion peut entraîner la mort du patient s'il existe une incompatibilité entre le sang du donneur et celui du receveur. On évite naturellement cette possibilité en établissant avec soin les groupes sanguins respectifs de l'un et de l'autre sujet. Mais encore faut-il que les sérums utilisés à cette fin soient de bonne qualité et suffisamment riches en agglutinines pour que l'interprétation des résultats ne laisse aucun doute dans l'esprit du sérologiste.

Certains laboratoires d'hôpitaux préparent leurs propres sérums agglutinants alors que d'autres laboratoires préfèrent s'en rapporter aux sérums vendus par des maisons spécialisées. Pendant plusieurs années nous avons, à l'hôpital Notre-Dame, préparé nous-mêmes nos sérums avec des résultats très satisfaisants. Toutefois, le nombre de transfusions augmentant continuellement, nous avons dû, pour des raisons de technique, discontinuer cette façon de procéder, et depuis un an environ nous nous adressons à une maison étrangère qui nous fournit tous les mois la quantité de sérum stipulée dans le contrat. Nous avons eu entière satisfaction avec ces sérums jusqu'à ces derniers temps alors qu'il s'est produit une série d'incidents qui auraient pu avoir des conséquences graves et que nous voulons rapporter ici.

Disons d'abord que la technique que nous suivons pour la détermination des groupes est la suivante:

A: *détermination du groupe sanguin du receveur.*

Nous utilisons trois sérums, soit, sérum A (coloré en bleu), sérum B (coloré en rouge), sérum 0 (incolore). Les sérums A et B sont fournis par une maison spécialisée alors que le sérum 0 est préparé à l'hôpital même et constitué par un mélange de plusieurs sérums du type 0.

B: *détermination du groupe sanguin du donneur.*

Nous employons les mêmes sérums A, B et 0 et nous ajoutons comme contrôle le sérum du patient pour qui se présente le donneur.

En procédant de la sorte nous avons un contrôle, sérum 0, pour le groupe sanguin du receveur, et deux contrôles, sérum 0 et sérum du patient (épreuve directe majeure), pour le groupe sanguin du donneur.

Cette méthode nous a paru la plus sûre et nous nous félicitons aujourd'hui de l'avoir suivie. En voici la raison.

Samedi, le 15 novembre dernier, nous avons à déterminer le groupe sanguin de nouveaux patients. Nous utilisons à cette fin des sérums reçus depuis peu et non encore éprouvés. Nous procédons selon la technique indiquée plus haut et nous obtenons:

	Sérum A	Sérum B	Sérum 0
Patient X	----	----	----
Patient Z	----	----	----

soit deux patients de groupe sanguin 0. Jusqu'ici rien de particulier à noter.

1. Communication à l'Assemblée scientifique du Bureau médical de l'hôpital Notre-Dame, séance de janvier 1947.

Le soir du même jour notre technicienne est appelée d'urgence pour établir le groupe sanguin d'une nouvelle patiente et pour servir un sang de la Banque. Par la même technique elle obtient:

	Sérum A	Sérum B	Sérum 0
Patiente C	xxxx	xxxx	xxxx

donc patiente de groupe sanguin AB. En pratiquant l'épreuve directe majeure (sérum de la patiente et globules rouges d'un sang AB conservé à la glacière), notre technicienne constate une agglutination marquée des globules de ce donneur. Croyant à une erreur commise dans l'une ou l'autre détermination des groupes, elle refait les épreuves pour arriver aux mêmes conclusions: patiente de groupe AB, sang conservé de groupe AB, mais épreuve directe majeure, agglutination.

Prévenu de ce fait inusité, nous faisons les mêmes constatations et nous décidons alors de donner, après contrôle par l'épreuve directe majeure, un sang de groupe 0 qui est très bien supporté par la patiente. Nous mettons cependant de côté et le sang de la patiente et le sang de la Banque pour vérification ultérieure.

Dimanche, le 16, dans la journée, l'interne de service au laboratoire se trouve également en présence des mêmes difficultés: nouvelle patiente de groupe sanguin AB dont le sérum agglutine les globules rouges d'un sang de Banque, groupe AB. L'interne donne à cette patiente du sang de groupe 0 et la transfusion se fait sans incident.

Lundi, le 17, groupe sanguin d'une troisième patiente qui donne encore groupe AB. Etant donné la rareté des groupes de type AB, environ 5%, nous nous inquiétons de cette fréquence inusitée et nous soupçonnons un défaut de la qualité des sérums agglutinants.

Nous préparons extemporéamment des sérums A et B que nous mettons en présence des globules rouges des trois dernières patientes classées AB de même qu'en contact avec les deux sangs de la Banque et nous constatons

à notre surprise que les trois patientes ne sont pas de groupe AB mais bien de groupe A. Par ailleurs les deux sangs de la Banque restent ce qu'ils étaient antérieurement, c'est-à-dire des sangs de groupe AB.

Le sérum qu'on nous avait vendu n'était donc pas du sérum de groupe A ou contenait autre chose en plus. Il s'agissait maintenant d'en déterminer la nature.

Pour ce faire, nous avons utilisé neuf sangs dont les groupes ont été d'abord déterminés avec des sérums éprouvés et nous avons comparé certains des résultats obtenus avec un sérum B absorbé, c'est-à-dire avec un sérum ne contenant que l'agglutinine a', sérum utilisé pour différencier les sous-groupes A<sup>1</sup> et A<sup>2</sup>.

Voici les résultats que nous avons obtenus.

Patient No	Groupe sanguin	Sérum A? (défectueux)	Sérum B absorbé (contenant a')
1	0	----	
2	0	----	
3	A	----	---- (sous gr. A <sup>2</sup> )
4	A	xxxx	xxxx " " A <sup>1</sup>
5	A	xxxx	xxxx " " A <sup>1</sup>
6	AB	xxxx	---- " " A <sup>2</sup> B
7	A	xxxx	xxxx " " A <sup>1</sup>
8	B	xxxx	
9	B	xxxx	

xxxx agglutination; ---- absence d'agglutination.

#### Discussion des résultats.

Un sérum A normal contient l'agglutinine b mais non l'agglutinine a; il doit agglutiner normalement les globules rouges AB (6) et B (8, 9) mais non les globules rouges A (4, 5, 7). Le sérum A (défectueux) que nous avons reçu contient donc une agglutinine anti-a puisqu'il agglutine les sangs A (4, 5, 7).

Par ailleurs, si le sérum A (défectueux) n'agglutine pas le sang A (3) alors qu'il agglutine les sangs A (4, 5, 7), c'est que le sang A (3) est différent des sangs A (4, 5, 7).

Or l'épreuve faite avec le sérum B absorbé (contenant l'agglutinine a') démontre que A (3) est en réalité de sous-groupe A<sup>2</sup> et que

AB (6) est de sous-groupe A<sup>2</sup>B alors que A (4, 5, 7) sont de sous-groupe A<sup>1</sup>.

La comparaison entre le sérum A (défectueux) et le sérum B absorbé laisse voir de grandes similitudes d'action sur tous les globules rouges du type A, mais on constate en plus que le sérum A (défectueux) agglutine pour son propre compte et les globules rouges B (8, 9) et les globules rouges AB (6). Il faut donc qu'il y ait dans ce sérum une agglutinine anti-b.

Si on accepte comme authentique le sérum B absorbé, il faut admettre qu'il existe également dans le sérum A (défectueux) deux agglutinines, l'une, a', qui se comporte comme l'agglutinine a' du sérum B absorbé, l'autre, b, qui agit comme l'agglutinine normale du sérum A.

Mais comment expliquer la présence de ces deux agglutinines, a' et b, dans un sérum qui ne doit contenir normalement que l'agglutinine b? A notre avis trois causes peuvent expliquer ce fait:

1. Soit qu'on ait mélangé par erreur du sérum B absorbé (contenant a') au sérum A (contenant b) au moment de la préparation de ce dernier sérum, ou vice versa.

2. Soit qu'on ait utilisé pour la préparation du sérum B absorbé (le sérum B normal contient les agglutinines a et a') des globules rouges A<sup>2</sup> non suffisamment lavés pour enlever

toute trace de sérum, lequel sérum contient normalement l'agglutinine b.

3. Soit qu'on ait utilisé pour la préparation du sérum B absorbé (ce qui est peu probable mais possible) un sérum de groupe 0 contenant les agglutinines normales a, a' et b, et qu'on ait omis d'absorber l'agglutinine b tout en absorbant avec des globules rouges A<sup>2</sup> bien lavés l'agglutinine a.

Quelle que soit la cause de cette erreur, car erreur il y a eu dans la préparation du sérum A (défectueux), celle-ci aurait pu avoir des conséquences fatales si nous n'avions pas établi comme ligne de conduite de faire des épreuves de contrôle avant toute transfusion.

Nous avons déjà attiré l'attention des médecins sur l'importance de l'épreuve directe majeure avant de permettre une transfusion et nous savons que dans maintes institutions, et non des moins réputées, on laisse de côté ce genre de contrôle sous prétexte qu'il est inutile lorsque les sérums agglutinants sont de bonne qualité. Après ce que nous venons de constater, nous restons convaincus plus que jamais de la nécessité de ce contrôle et nous ne craignons pas d'affirmer que sans l'épreuve directe majeure que nous avons faite, comme nous l'avons établi pour toutes nos transfusions, nous aurions eu à déplorer très vraisemblablement trois accidents graves, sinon mortels.

---

## TROUBLES DIGESTIFS NÉFASTES AU COURS DE CERTAINS PNEUMOTHORAX GAUCHES

Marcel VERSCHULDEN,

Médecin de l'hôpital du Sacré-Cœur (Montréal).

Je n'apprendrai rien de nouveau à ceux qui ont eu la bonne fortune de lire la publication du docteur Feinsilver, de Worcester, parue dans le *Diseases of the Chest* d'avril 1945, sous le titre: « Paralyse mécanique de l'hémidiaphragme gauche compliquant le pneumothorax en T. B. pulmonaire ».

Je veux simplement commenter son article et y appliquer quelques cas personnels qui m'ont paru intéressants.

Chaque phthisiologue a pu constater au cours de sa pratique des troubles gastro-intestinaux à la suite de paralysie du diaphragme et en certaines circonstances a observé que ces troubles étaient plus fréquents lorsqu'il y avait paralysie de l'hémidiaphragme gauche.

Naturellement ces désordres de la fonction digestive, amenant la perte d'appétit et les nausées, ne peuvent que produire un amaigrissement progressif compromettant les bienfaits attendus de telle ou telle intervention mécanique sur le poumon malade.

Plusieurs, dont Lemon, Joannides, Wilson et Irving, ont donné des explications assez rationnelles à ce phénomène, et ils l'ont expliqué en s'inspirant de deux considérations, qu'ils ont tout de même confirmées par des expériences, à savoir: 1° que le diaphragme n'est pas un organe servant uniquement à la respiration; 2° que les organes du tube digestif immédiatement placés sous le diaphragme sont influencés par la motilité de ce même diaphragme.

Pour le 1er item: à savoir que le diaphragme n'est pas un organe servant uniquement à la respiration, Lemon l'a démontré expérimentalement. Il a montré la capacité respiratoire, la capacité vitale du poumon avant et après la paralysie du phrénique, et il n'a constaté qu'une très légère diminution de

cette capacité vitale, diminution qui quelquefois n'a été même que transitoire. De plus, après avoir pratiqué une paralysie diaphragmatique bilatérale chez des chiens et les avoir soumis à l'effort, il n'a noté aucune diminution appréciable de la fonction respiratoire et il l'explique par une compensation de la part des muscles intercostaux.

Quant à l'action des hémidiaphragmes et surtout du gauche sur les organes sous-jacents, elle a été démontrée par Joannides dans un article intitulé: « The Relation of the Diaphragm to Gastric Peristalsis ».

D'après cet auteur, il n'y a pas de doute que la motilité de l'estomac est influencée favorablement ou non, selon la course complète, diminuée ou nulle des hémidiaphragmes.

Par des manœuvres fluoroscopiques il a prouvé les effets nuisibles de la paralysie de l'hémidiaphragme droit sur les contractions du pylore. A plus forte raison, le fondus de l'estomac étant en contact direct avec l'hémidiaphragme gauche, on peut comprendre que les troubles de péristaltisme produits de ce côté seront d'une importance clinique plus appréciable.

De plus, Wilson et Irving, dans un article intitulé: « Pressure in the Stomach », ont mesuré les pressions intragastriques avant et après ingestion de grande quantité de liquide; ils trouvent une pression de 2 à 4 centimètres cubes d'eau dans l'estomac vide, et ils constatent que cette pression demeure la même après ingestion rapide d'un litre d'eau.

Ils en concluent que, si cette adaptation remarquable du fond de l'estomac est due en partie à une bonne flexibilité de la paroi abdominale, elle est surtout expliquée par la mobilité et la motilité du muscle diaphragmatique.

Voilà pourquoi un muscle rigide et descendu, à cause de sa relation avec l'estomac, ne peut que limiter sa capacité à absorber des aliments et par conséquent produire de l'anorexie et le syndrome clinique qui s'ensuit. Ce sont ces patients qui ont une faim modérée et qui pourraient manger de façon raisonnable, mais qui, après avoir pris quelques bouchées, ne sentent aucun besoin d'ingurgiter davantage. Il s'ensuit un état général médiocre et souvent un amaigrissement progressif qui compromet un traitement apparemment efficace sur la lésion.

Mais, avant d'aller trop loin, il faudrait mettre en lumière ce fait que le pneumothorax diminue la course diaphragmatique des deux côtés, mais d'une façon plus marquée sur le côté collabé. Il est très facile de constater ces réactions au moyen de la fluoroscopie.

Quant à leur explication: le nerf phrénique étant intact, de même que le muscle diaphragmatique, le seul changement existant est la pression intrathoracique. Il s'ensuit que la mobilité du diaphragme ne dépend pas seulement de la force contractile de ses fibres musculaires, ni de l'intégrité du nerf phrénique, mais aussi du niveau de la pression intrathoracique.

A l'inspiration, le diaphragme s'abaisse et, à l'expiration, il remonte. Mais quand il existe de l'air dans la cage thoracique et que cet air est sous une tension plus ou moins grande, la capacité du diaphragme à remonter est plus ou moins affectée.

Alors on constate que l'excursion diaphragmatique est très limitée et même, dans certains cas, elle est pratiquement nulle.

Je ne voudrais pas faire croire ici que tous les cas de paralysies du diaphragme, qu'elles soient causées par phrénicectomie ou qu'elles apparaissent après un pneumothorax, amènent des troubles digestifs ou de l'anorexie ou des désordres sur l'état général.

On connaît trop bien ces cas de phrénicectomie ou de phrénemphraxie, on pourrait dire géants, là où le diaphragme est immobile

et remonté jusqu'au milieu de l'hémithorax, et qui n'ont donné aucun désordre.

Voici trois observations qui m'ont paru intéressantes, et chez lesquelles ces notions semblent s'appliquer.

#### Observation 1.

R. B., 35 ans, mécanicien, marié: deux enfants. Admis à l'hôpital le 6 mai 1944.

Diagnostic: T II B exsudative gauche.

Début en février 1944 par de l'asthénie, toux, expectoration muco-purulente. En avril, hémoptysies (crachats hémoptoïques qui se répètent à différents intervalles jusqu'à son admission au Sacré-Cœur).

A l'entrée: température, 98 degrés; pouls, 75 à 80; respiration, 22; poids, 132 lbs.

L'examen subjectif et objectif du système digestif et de l'abdomen est négatif. Le patient a bon appétit et digère bien.

L'examen clinique des poumons ne dénote aucun signe. La sédimentation est à 17. Urines et formule sanguine: normales. Les B. K. sont positifs à la 3e analyse. Gaffky III. Une bronchoscopie ne dénote aucune lésion endobronchique.

Le patient est mis à la cure. Il demeure négatif jusqu'au 3 novembre 1944 (2 examens directs, 3 homogénéisations et un liquide gastrique). Le 3/11/44, examen direct: B. K. positif. Gaffky II.

On décide d'amorcer un pneumothorax gauche à cause des bacilles. Amorce le 23 janvier 1945: -8 -2; 225 cc. -8 0. Poids, 146 (132) plus 14 lbs. L'air entre facilement et sans incident, pneumothorax complet à 50%.

Déjà le 4 février (12 jours après l'amorce) nausées, vomissements qui durent 2 jours. Le 12 février, on note: inappétence, amaigrissement de 5 livres (141), asthénie. On donne une potion à la belladone, du bromure de soude, etc. Ces troubles se continuent encore pendant un mois, et surtout durant les deux jours qui suivent l'insufflation, le patient ne mange pas et vomit la faible quantité d'aliments qu'il peut ingurgiter.

Le 20 mars, le poids est à 135 livres et c'est le patient qui nous demande d'arrêter le pneumo parce qu'il se sent trop faible. Le pneumo est abandonné le 22 mars 1945. Les dernières pressions: -10 0; 400 cc., -4 0. Le patient est mis à la cure.

Le 24 avril 1945, un mois après l'abandon, le poids est remonté de 3 livres à 137. Le patient a bon appétit, a repris de la vigueur. En juin, poids 140 livres et état général, bon. Il quitte sans congé au début de juillet.

Revu le 1er mai 1946 au dispensaire, il a commencé à travailler. Poids 148 livres, soit une augmentation de 13 livres.

### Observation 2.

J. L., 18 ans, écolier. Admis le 26 février 1945.

Diagnostic: T. pneumonique du lobe supérieur gauche, type exsudatif. B. K., positif dans le liquide gastrique. Gaffky, IV. Lésion datant de quatre mois, pour laquelle on décide d'amorcer un pneumothorax gauche. Au moment du pneumo on note: température, 98° à 99°; pouls, 75 à 80; respiration, 24; poids, 119 livres. Système digestif: bon appétit, digère bien. Tousse peu, expectore 1 once.

Pneumo gauche amorcé le 13 mars 1945: -8 -12; 300 cc., -5 -8. Aucune réaction immédiate. Image de pneumothorax à 40%. Quelques adhérences.

Le 20 mars, i. e. à la 4e insufflation, on note: nausées, inappétence. Poids, 118½ livres. On remarque l'immobilité diaphragmatique gauche.

Le 10 avril 1945. Vomissements, nausées, anorexie. Le patient ne peut rien manger. Poids, 116 livres.

Le 14 mai 1945, le pneumo est abandonné à cause du mauvais état général, des troubles digestifs et de la chute de poids à 114½ (moins 5 livres).

Le 29 mai, on note: l'état général est extérieurement le même, mais le patient se sent mieux.

Le 20 juin: 5 semaines après abandon du pneumo. Le patient est bien, bon appétit, bonne digestion. Poids, plus 2 livres, à 117.

Le 23 août: poids 120, amélioration de l'état général et, dernièrement, le poids se maintient de 127 à 128 et le patient a commencé une légère activité.

### Observation 3.

E. T., 26 ans, commis. Admis le 31 juillet 1943.

Diagnostic: T. fibro-caséuse bilatérale. B. K., positif. Gaffky V.

Hémoptysies après son admission. Amorce droite le 19 août 1943. Pneumo partiel: adhérences. Abandon le 23 nov. 1943 (après 3 mois). Cause: adhérences, cavité ouverte. Le patient est remis à la cure.

En avril 1944, apparition d'une image annulaire sous-claviculaire gauche. Les bacilles qui étaient disparus réapparaissent. Gaffky, III.

Amorce gauche le 19 mai 1944. Aucune réaction. Pneumothorax à 50%, légères adhérences à l'apex. A ce moment le poids est à 129 livres; température à 98 degrés. Aucun syndrome digestif pathologique. Le pneumo gauche est fait toutes les semaines durant 10 mois. Durant ce temps le patient se plaint d'inappétence, de mauvaise digestion, de vomissements même. Le poids se maintient entre 127 et 130 livres, le même qu'au début. La courbe diaphragmatique gauche est nulle, la droite est diminuée de moitié. Il est prescrit pour ce patient: magnésie, pepsine et charbon, Phénobarb, neuro-trasentin, poudre Caroïd, hypophosphites, gardénal, préparation d'acide chlorhydrique, apéritifs, etc., etc., et ceci jusqu'au 4 avril 1945, alors que la fiche du dossier indique: cesser toute médication. C'est alors que nous retardons les insufflations à toutes les deux semaines et qu'au lieu d'injecter 300 cc. nous ne mettons que 200 cc., même au risque de perdre notre pneumo.

A ce moment la pression finale, qui était de 0 à la fin de chaque insufflation, devient né-

gative -6 -2. La coupole diaphragmatique gauche, qui était immobile, reprend le 1/3 de sa course et immédiatement l'état général et digestif du patient s'améliore. Le poids, qui se maintenait à 129 depuis 10 mois, passe à 132 après un mois, à 137 après trois mois, et malgré l'activité que nous avons donnée au patient, 6 mois après, le poids était à 142, soit 13 livres de plus. Un an après, i. e. actuellement, le poids est à 154 livres, soit 25 livres de plus, et le sujet est en pleine activité.

Il est en voie de perdre son pneumo car nous ne mettons que 150 cc. tous les 15 jours, mais je crois que c'est ce qui le sauvera.

### Conclusions.

Quelles conclusions tirer de ceci? D'abord:

1° Cet abaissement, cette paralysie du diaphragme est purement mécanique, car le

nerf phrénique et le muscle diaphragmatique sont normaux.

2° Le syndrome décrit est quelquefois tellement violent qu'il nous empêche de continuer un traitement qui semblerait effectif sur la lésion pulmonaire.

3° Dans les cas où le syndrome est modéré, on doit continuer le pneumothorax mais en diminuant les doses ou en éloignant les insufflations au risque de perdre petit à petit le pneumo, mais avec l'espérance que la lésion aura été collabée assez longtemps pour produire un effet salutaire.

4° Et surtout tous les cas de pneumothorax gauche, même avec abaissement et immobilité diaphragmatique, ne présentent pas tous des troubles digestifs et le tableau clinique que je viens de vous montrer.

## RUPTURE SPONTANÉE DE L'UTÉRUS <sup>1</sup>

Lucien JULIEN,

Chirurgien de l'hôpital Sainte-Jeanne d'Arc (Montréal).

La rupture spontanée de l'utérus est, de l'avis de la plupart des auteurs, la complication la plus redoutable à laquelle aient à faire face les obstétriciens; et il s'en faut de beaucoup que le diagnostic de cette affection ne rencontre jamais de difficultés, bien que la symptomatologie classique en soit parfaitement décrite.

Souvent cette rupture n'est accompagnée d'aucun signe ou symptôme alarmant et c'est avec beaucoup d'étonnement quelquefois que le chirurgien se trouve, lors d'une deuxième césarienne, en face d'un utérus dont la cicatrice ancienne a cédé et qui laisse bomber entre ses lèvres un sac amniotique tendu; d'autres fois, le tableau clinique est celui de l'hémorragie interne avec collapsus cardiaque. Mais entre ces deux extrêmes, il y a place pour une

multitude de variétés qui ne trouvent pas toutes droit de cité dans les traités.

La grande vogue des césariennes et l'usage des extraits pituitaires, comme le dit DeLee, sont responsables d'un grand nombre de cas de ruptures utérines.

Par bonheur, une telle éventualité n'arrive pas trop fréquemment, bien qu'il soit impossible d'établir au juste le pourcentage des ruptures sur le nombre des accouchements. Les statistiques varient, en effet, de une pour quatre-vingt-quinze (95) à une pour six mille (6,000).

Lynch, du « Boston City Hospital », rapporte trente-trois cas durant une période de vingt ans, soit une rupture pour 1,105 accouchements; Dugger, de Philadelphie, 105 cas, soit une pour 3,029 accouchements, de 1931 à 1941, avec 65 morts, soit un taux de mortalité maternelle de 62%. Sheldon rapporte 36 cas

1. Travail présenté à la Société de Chirurgie de Montréal, le 4 septembre 1946.

sur 47,554 accouchements ou une pour 1,839.

La mortalité fœtale atteint 90% ou plus, et la mortalité maternelle varie de 40 à 60%, selon les différents auteurs. Dans la ville de Brooklyn, de janvier 1937 à septembre 1942, au moins 30 femmes moururent de rupture de l'utérus, soit 5.4% du taux total de mortalité, alors que la grossesse ectopique, pendant la même période de temps, était responsable de 5.7% de toutes les morts. On voit donc que la rupture de l'utérus égale ou tout au moins approche la grossesse ectopique, comme cause de mortalité maternelle, et dans les cas de mort après accouchement, ce taux augmenterait encore de beaucoup s'il nous était donné de faire systématiquement des autopsies, car combien de ruptures n'ont-elles pas été étiquetées: inertie, choc postopératoire, hémorragie, etc.

La rupture utérine arrive plus fréquemment chez les multipares et le danger de rupture augmente avec le nombre des accouchements. DeLee croit que le taux en est huit fois plus élevé chez les multipares que chez les primipares. Schumann le place dans la proportion de douze à un.

#### ÉTILOGIE

La rupture de cicatrice de césariennes anciennes vient au premier rang des causes de cette affection, comme l'ont indiqué Bill et Barney. Cette rupture peut avoir lieu avant et pendant le travail, mais elle est beaucoup plus fréquente pendant le travail, à cause des contractions que subit l'utérus. Les ruptures spontanées étant celles qui se produisent en dehors de toute cause traumatique, opératoire ou médicamenteuse, la multiparité est bien celle qui d'ordinaire prédispose le plus à cet état de choses.

Pour qu'il y ait rupture spontanée de l'utérus, comme le dit Brindeau, il faut que l'organe soit placé dans des conditions spéciales, que son tissu altéré soit moins résistant qu'à l'ordinaire ou que le muscle ait à

vaincre un obstacle anormal. Signalons ici le cancer, les fibromes, la môle hydatiforme, qui sont des causes de friabilité du tissu utérin. Les cicatrices consécutives à des opérations ayant porté sur le corps utérin méritent plus d'attention encore, comme la myomectomie, bien que plusieurs patientes aient pu accoucher normalement après cette opération, et surtout les césariennes itératives, qui d'emblée sont les plus responsables des ruptures spontanées.

Les sutures au catgut, l'insertion du placenta au niveau de la cicatrice et principalement les suites opératoires septiques semblent y prédisposer.

Les anciennes déchirures du col et les adhérences de l'utérus aux parties voisines (ventro-fixation, fistules vésico-vaginales) prennent aussi de l'importance dans l'étiologie des ruptures spontanées de l'utérus.

La rupture facile de certains utérus par un amincissement partiel du muscle a aussi servi d'explication à certains auteurs comme Lebram et Blind. Il est certain que la déchirure se produit souvent au niveau de l'insertion placentaire qui constitue une zone amincie. D'autres fois, la paroi musculaire étant très mince, il s'est produit une dissociation des faisceaux musculaires, lors d'un accouchement antérieur, amenant la formation de points plus faibles (Bayer). Dans certains cas, l'amincissement partiel semble avoir été produit par un curetage antérieur (Meyer et Staude).

Les altérations microscopiques, comme la dégénérescence grasseuse ou hyaline, les altérations des vaisseaux (athérome, sclérose), prédisposent aussi aux ruptures, mais sont loin d'être constantes.

Les ruptures utérines par manœuvres obstétricales comme les versions, prises de forceps, dilatation du col, de même que celles produites par les produits ocytociques entrant dans le cadre des ruptures traumatiques, seront passées sous silence, ne faisant pas l'objet de cette communication.

Nous avons dit donc que la multiparité

passait au premier rang des ruptures spontanées de l'utérus, mais cette rupture peut se produire aussi chez les primipares dans une proportion de 6% pour Koblack, de 13% pour Freund, et de 12% pour Lobenstine.

Et voici l'observation d'une patiente qu'il nous a été donné d'opérer il y a quelques mois, et qui n'a pas manqué de nous impressionner vivement, par le manque de symptômes classiques et connus. On peut d'ailleurs en retracer plusieurs cas dans la littérature.

#### Observation.

Madame A. G., 33 ans, dossier 69537, est admise à l'hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc, le 24 janvier 1946, à 2.30 heures de l'après-midi. C'est une primipare dont l'état général est excellent, et qui est en travail depuis une douzaine d'heures. Son pouls bat à 96 et sa température est de 98.2 degrés. La tension artérielle est à 118/80. Une fausse couche de 2 mois, l'année précédente, suivie d'un curetage. Le fœtus est à terme et les douleurs ont été régulières jusque vers huit heures du matin, où elle fit une hémorragie assez considérable avec douleurs plus marquées, ce qui alarma la garde-malade qui fit demander son médecin. A ce moment, la dilatation est presque à petite paume et on diagnostique un *placenta prævia* marginal. Un second médecin appelé en consultation corrobore les données du précédent et on lui injecte une ampoule de Sédol. Quelque temps après, les douleurs sont calmées et l'hémorragie cesse. On décide son transport à l'hôpital pour césarienne. L'hôpital encombré ne peut la recevoir que dans l'après-midi.

A l'ouverture du péritoine, nous sommes surpris d'apercevoir du sang en abondance dans l'abdomen avec un fœtus libre, mort, passé tout entier dans la cavité abdominale; il nage au milieu de l'intestin et refoule l'utérus dans le pelvis. Le sang est fluide et non mélangé de méconium et on y trouve également des caillots plus ou moins volumineux dans le bassin et entre les intestins. Nous

croions d'abord avoir affaire à une grossesse abdominale, mais nous constatons ensuite une large rupture complète, anfractueuse sur la face postérieure gauche de l'utérus. Le placenta est encore dans la cavité et retenu au segment inférieur. Hystérectomie sub-totale et salpingo-ovariectomie bilatérale. Deux drains-cigarettes dans le « Douglas » et fermeture par plans séparés. Guérison *per primam* avec pouls et température n'ayant jamais quitté la normale. Sérum mixte vitaminé le jour de l'opération seulement et pénicilline pendant quatre jours. Pas de transfusion ni plasma. La patiente quitte l'hôpital le douzième jour après son opération.

Voici donc un cas qui heureusement nous en fait oublier beaucoup d'autres. Mais tant s'en faut qu'il en soit toujours ainsi. Cette patiente, à notre avis, fut sauvée par son *placenta prævia*, qui fut la cause de son entrée à l'hôpital. Elle était loin de présenter le tableau tragique de la rupture classique. Une douleur un peu plus marquée sans aucune faiblesse apparente fit passer inaperçue une rupture pourtant existante, et qui ne fut diagnostiquée qu'à l'opération.

#### COMMENTAIRES.

Les constatations opératoires seules nous ayant révélé la rupture complète de l'utérus sur sa face postérieure, les causes de cette rupture demeurent, chez cette primipare, pour le moins enveloppées de mystère. Nous sommes enclin à croire que, comme dans le cas de Meyer, l'amincissement partiel de l'utérus semble avoir été produit par le curetage antérieur, ou que, peut-être, comme il est suggéré par Gordon et Rosenthal, l'ancienne dilatation du col ait pu produire une déchirure subéquemment cicatrisée, partant du col pour gagner le fond de l'utérus au moment du travail. Aucune autre explication, semble-t-il, n'est parfaitement plausible.

Les ruptures utérines spontanées cependant n'affectent pas toutes la même allure et elles peuvent être complètes et incomplètes.

Celles qui sont complètes, comme chez notre patiente, intéressent toute l'épaisseur de la paroi utérine. Elles sont responsables des grands épanchements sanguins abdominaux et permettent souvent au fœtus de passer en entier ou en partie dans la cavité abdominale, car quelquefois il n'est pas entièrement libre dans l'abdomen et peut demeurer à cheval sur la brèche, la tête sortant la première par la déchirure et le siège restant dans l'utérus. Le placenta souvent aussi sort à son tour, mais il peut aussi rester adhérent, le cordon passant par l'orifice de la rupture comme nous fûmes à même de le voir, et des cas sont rapportés où l'œuf passe intact dans la cavité péritonéale.

La direction, l'étendue et la forme de la rupture sont infiniment variables, mais généralement irrégulières, sauf évidemment dans les cas de césarienne antérieure où la rupture siège au niveau de la cicatrice ancienne.

Si la rupture est incomplète, elle n'intéresse pas toute la paroi de l'utérus, mais peut n'intéresser que le muscle et la muqueuse en laissant le péritoine intact; c'est pourquoi un certain nombre peuvent passer inaperçues. Dans ces cas le péritoine peut parfois être décollé sur une grande étendue parce que lâchement uni à la paroi, et il se constitue des hématomes d'un volume qui peut devenir considérable. Le fœtus alors reste généralement dans l'utérus de même que le placenta.

Si l'on considère la malade au moment de la rupture, on constate qu'elle est prise d'une douleur subite qui souvent lui arrache des cris, et lui fait perdre connaissance. Puis bientôt les symptômes s'amendent, les douleurs se calment et les contractions disparaissent. Quand on l'examine, on est frappé par son facies pâle, le nez pincé, les yeux excavés. Son pouls est petit, fréquent, et ses extrémités sont froides avec une respiration fréquente. L'abdomen devient souvent ballonné et irrégulier, et le palper est douloureux. Souvent même il est possible, surtout chez les multipares, de palper le fœtus à travers la paroi. L'auscultation ne fait plus entendre les bruits

du cœur et le toucher alors donne des renseignements importants. On peut même remonter dans le vagin et de là dans l'utérus pour se rendre compte de l'étendue des lésions; l'intestin fuit sous les doigts par la déchirure.

Chez notre patiente, le diagnostic de *placenta prævia* étant posé et l'intervention décidée, il s'écoula tout de même une période de temps de 6 à 7 heures avant que celle-ci ne fût complétée. Et pourtant, pas de douleur subite, ni de faiblesse apparente. Son facies demeure excellent, et son pouls à 90 avec une respiration normale.

Peut-être bien l'injection de calmant masqua-t-elle sa douleur dans la suite, mais le fœtus ne put être perçu à travers la paroi, bien qu'on le considérât comme mort. Les touchers vaginaux, étant discontinués, ne donnèrent pas de renseignements.

L'issue heureuse pour cette patiente n'est cependant pas la même pour toutes, car souvent la marche de cette complication est très rapide, et la patiente succombe d'hémorragie dans l'espace de quelques heures.

Aussi ces ruptures sont-elles extrêmement graves, et la mort survient par choc, hémorragie ou infection consécutive, si elles sont abandonnées à elles-mêmes.

Si les symptômes de rupture existent tous, on voit que le diagnostic devient facile. Mais combien plus délicat ne devient-il pas quand on en vient aux prises avec des formes insidieuses et variées. Dans une série de trente décès chez des rupturées de l'utérus étudiées par Gordon et Rosenthal, onze fois le diagnostic ne fut fait qu'à l'autopsie.

Dans le *placenta prævia*, ainsi que nous l'avons vu chez notre patiente, il y a des pertes de sang rouge tandis que dans la rupture ces pertes sont surtout constituées par du sang noir. Mais Veit a bien montré que souvent dans la rupture utérine le placenta décollé devait descendre au niveau du col. On comprend que, trouvant des cotylédons par le toucher, on puisse alors penser à un *placenta prævia*.

Malgré tout, il est rare qu'une rupture utérine puisse être confondue avec une autre complication lors du travail, mais il est beaucoup plus fréquent de la voir passer inaperçue surtout quand la rupture ne suit pas l'allure normale.

Quand le diagnostic est fait, le traitement indiqué est la laparotomie, qui nous permet de voir les lésions, et de poser un geste approprié. Une fois les lésions bien reconnues, l'opérateur pourra opter entre la suture et l'hystérectomie.

La suture sera réservée aux cas où les bords de la déchirure sont bien nets et où il n'y a pas d'infection préalable. L'hystérectomie plus répandue met à l'abri des hémorragies et enlève la cause de l'infection. L'opération de Porro a l'avantage de la simplicité et de la rapidité, mais l'hystérectomie sub-totale est le traitement de choix. L'hystérectomie sub-totale est plus difficile et plus longue d'autant plus que les limites entre le col et le vagin sont quelquefois assez pénibles à repérer.

Dans la suite l'hémorragie et le choc seront traités de façon adéquate par les transfusions, les sérums et le plasma.

### Conclusion

Nous avons présenté un cas qui nous a fait voir que la rupture utérine peut se présenter sans ostentation, ni drame, et où la symptomatologie n'était pas écrite en détail. Aucun signe de choc, un pouls un peu plus rapide et un abdomen douloureux, chez une primipare n'ayant pas eu de manœuvres obstétricales, mais qui s'était soumise à un curettage un an auparavant.

Le pronostic de la rupture demeure, nonobstant, toujours très sérieux et pour la mère et pour l'enfant. Le diagnostic précoce et l'opération urgente dans ces cas étant de la plus haute importance.

### BIBLIOGRAPHIE

1. BILL et AL: « Rupture of the Uterus. » *Am. J. Obst. and Gynec.*, **47**: 712 (mai) 1944.
2. C. E. B. RICKARDS: *British Medical J.*, **1**: 1359 (25 juin) 1938.
3. SADOWSKY: « The diagnosis of uterine rupture. » *Amer. J. Surgery*, **55**: 544 (mars) 1942.
4. GORDON et ROSENTHAL: « Rupture of the uterus. » *Surgery, Gynec. and Obst.*, **77**: 26 (juillet) 1943.
5. SELEY: « Spontaneous rupture of pregnant uterus. » *Am. J. of Obst. and Gyn.*, **33**: 857 (juin) 1937.
6. A. BRINDEAU: *La dystocie*, pp. 557-579. 1927.

# REVUE GÉNÉRALE

## CONSIDÉRATIONS SUR L'HYSTÉRECTOMIE TOTALE <sup>1</sup>

Pierre MEUNIER,

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Montréal.

L'hystérectomie totale tend à remplacer de plus en plus l'hystérectomie sub-totale. A la Clinique Mayo, durant l'année 1945, on a pratiqué 666 hystérectomies totales contre 115 hystérectomie sub-totales, soit une proportion de 6 hystérectomies totales pour 1 hystérectomie sub-totale.

Cette prépondérance de l'hystérectomie totale tient à plusieurs facteurs :

*Premièrement*, grâce à l'amélioration des préparations opératoires, des techniques chirurgicales, de l'anesthésie et à de meilleurs soins postopératoires, la mortalité et la morbidité de cette opération ont été réduites au même niveau que dans l'hystérectomie sub-totale. Mengert, par exemple, sur un total de 1,925 cas, a pu réduire son taux de mortalité de 1.9% avant 1941 à 0.51% en 1942 et 0% en 1943. Sur les 666 cas rapportés à la Clinique Mayo, la mortalité est de 0.2%.

*Deuxièmement*, l'hystérectomie totale présente de nombreux avantages :

a) Elle prévient d'abord le développement d'un cancer dans le moignon cervical. De 1929 à 1934, sur un total de 890 cas de cancer du col, Cosbie rapporte que 62 de ces malades avaient subi une hystérectomie sub-totale auparavant, ce qui fait un pourcentage d'environ 7.2%. De ces 62 malades, 24 ont présenté des cancers du col moins d'un an après l'opération, ce qui porte à croire qu'au mo-

ment de celle-ci le cancer existait déjà, mais fut méconnu, soit qu'il agît d'un cancer endocervical occasionnant des métrorragies et faisant croire à une métrite hémorragique, soit que le cancer existât en même temps qu'un fibrome ou une autre lésion. Chez les 38 autres malades, le cancer s'est développé plusieurs années plus tard, jusqu'à 15 ans après. Il est à noter aussi que 9 de ces malades étaient des nullipares. On a jusqu'ici trop abusé de l'aspect normal du col chez les nullipares pour décider d'une hystérectomie sub-totale. Il ne faut pas oublier que les patientes atteintes de cancer du col sont nullipares dans une proportion de 23% selon Meigs, 25% selon Pemberton et 28% selon Watkins. Le fait qu'une patiente soit nullipare et que le col soit normal ne doit pas être une assurance contre le développement ultérieur d'un cancer, à plus forte raison s'il y a hérédité. Dans cette lutte générale entreprise contre le cancer, il est donc juste que le chirurgien fasse tout son possible pour en diminuer l'incidence. Or, la substitution de l'hystérectomie totale à l'hystérectomie sub-totale peut diminuer l'incidence du cancer du col dans une proportion de 5 à 7%.

b) L'hystérectomie totale permet aussi d'éliminer les cervicites et les leucorrhées persistantes d'une façon beaucoup plus radicale et beaucoup plus simple que ne le font les électro-coagulations complémentaires. Un col atteint de cervicite et lacéré ne doit pas normalement être laissé en place. Il sera souvent difficile d'en obtenir la guérison et il pourra

1. Travail présenté à la Société de Chirurgie de Montréal, le 2 octobre 1946.

facilement devenir le siège d'une lésion néoplasique.

c) L'hystérectomie totale permet enfin la conservation, *in situ*, d'un ou des deux ovaires si ceux-ci ne sont pas le siège d'une lésion tumorale ou inflammatoire. L'hystérectomie totale n'est pas une opération conservatrice, dit Cashman, mais elle l'est plus, cependant, que la castration ou l'ovariectomie bilatérale, qui accompagne généralement l'hystérectomie sub-totale. Il vaut mieux, en effet, sacrifier le col, dont le rôle est secondaire, aux ovaires, dont le rôle est essentiel à l'équilibre hormonal, physiologique et psychique de la malade. La conservation des ovaires, *in situ*, est en effet rarement pratiquée dans l'hystérectomie sub-totale à cause des réactions cervicales, lesquelles se manifestent par des douleurs périodiques ou constantes s'il y a en même temps une névrite du plexus de Frankenhauser. On observe même, à l'occasion, des pseudo-ménstruations s'il y a un résidu de muqueuse corporéale. Quant aux greffes ovariennes, elles ont une durée éphémère à quelques exceptions près, et peuvent occasionner les mêmes inconvénients. Quel est l'avenir des ovaires, *in situ*, après l'hystérectomie totale? Hepp et Cashman ont fait certaines recherches intéressantes du point de vue clinique, histologique et biologique. Ils ont constaté que les signes de la ménopause étaient retardés de plusieurs années, souvent même jusqu'à l'âge normal. Une de leurs malades ayant subi une laparotomie 5 ans après une hystérectomie totale, on y trouva un corps jaune actif. Les dosages hormonaux ont montré des valeurs de 125 à 250 unités internationales d'extrin, les 6 premières années après l'hystérectomie, et même encore de 20 à 55 unités internationales, 11 ans après l'opération. La possibilité de conserver les ovaires, *in situ*, sans inconvénient pour la patiente, est assurément un autre avantage important de l'hystérectomie totale.

Voyons maintenant quelles sont les objections à l'hystérectomie totale.

La première, si elle n'est pas toujours avouée, semble être la difficulté opératoire. Il est certain qu'à cause de la situation du col, en arrière de la vessie et entre les uretères, elle offre plus de dangers que l'hystérectomie sub-totale. Cependant, si on acquiert l'entraînement et si on y met de l'attention, elle peut être pratiquée sans difficulté et sans danger. La difficulté opératoire n'est pas un argument plus valide en ce qui concerne l'hystérectomie totale vis-à-vis l'hystérectomie sub-totale, qu'entre la gastrectomie vis-à-vis la gastroentérostomie.

La seconde objection est le raccourcissement possible du vagin. Ceci peut arriver dans certains cas où la paroi antérieure du vagin est courte congénitalement, ou à cause de cicatrices obstétricales. Dans ces cas il est préférable de pratiquer une hystérectomie sub-totale. Mais, dans la majorité des cas, cette condition n'existe pas et l'hystérectomie totale, si elle est bien faite, n'amène aucun raccourcissement du vagin. Pour éviter le raccourcissement, il faut avoir soin de sectionner le vagin à son insertion sur le col et non au delà du col.

La troisième objection serait la modification des sécrétions vaginales. Dans les milieux, cependant, où on a pratiqué des frottis vaginaux, du point de vue expérimental, on n'a observé aucune modification essentielle.

La quatrième objection est d'ordre sexuel. Cette objection est la seule qui soit véritablement fondée. Cependant il faut dire que très peu de patientes s'en plaignent.

La technique opératoire de l'hystérectomie totale est connue de tous les chirurgiens. Qu'il me soit permis, seulement, de faire ressortir quelques détails d'exécution. Nous pratiquons toujours une préparation vaginale de la façon suivante. Le vagin est d'abord nettoyé à sec et badigeonné avec une solution de Zephiran à 1/1000. Ensuite, on laisse une mèche imbibée de la même solution au contact du col

jusqu'au moment de l'ouverture du vagin, où elle est retirée par un assistant. Ceci, croyons-nous, assure une désinfection aussi parfaite que possible. En même temps on pratique un cathétérisme, ce qui élimine les ennuis causés par une vessie plus ou moins remplie. Cette préparation peut être faite rapidement, sans retarder l'opération d'une façon appréciable. La laparotomie sous-ombilicale n'a rien de particulier. Après l'application des écarteurs et des compresses abdominales, nous procédons à une inspection des lésions tumorales ou inflammatoires et décidons s'il y a lieu de faire une hystérectomie totale avec ou sans salpingo-ovariectomie, en tenant compte également de l'âge de la malade. Si on doit pratiquer une salpingo-ovariectomie bilatérale, on enlève immédiatement les trompes et les ovaires, et on remplace toutes les pincés par des ligatures, ce qui donne plus de place. Il faut éviter de soulever l'utérus par une pince à col qui, lorsqu'il est friable, pourra le déchirer. Il vaut mieux le soulever par deux pincés appliquées latéralement sur la partie supérieure des ligaments larges, lesquelles ferment en même temps l'anastomose utéro-ovarienne. On procède ensuite au refoulement de la vessie, à la dissection des artères utérines et à leur ligature. On tâche, si possible, d'appliquer la ligature à 1 cm. environ en-dessous de l'isthme utérin, ce qui permet de prendre en même temps des branches vaginales. On sectionne, ensuite, le long du bord latéral de l'utérus, en dedans des ligatures et en arrière vis-à-vis, l'insertion des ligaments utéro-sacrés. Dès que ceux-ci sont sectionnés, l'utérus se laisse attirer de plus en plus facilement. Occasionnellement, il faut appliquer des pincés sur quelques branches des artères vaginales. Bientôt, nous arrivons à l'insertion vaginale et à un temps important de l'opération qui est l'ouverture du vagin. Au lieu de faire une boutonnière dans la paroi antérieure, au delà de la projection du col, comme dans la technique classique, nous ouvrons ordinairement le vagin par en arrière, vis-à-vis l'insertion des ligaments utéro-sacrés. C'est une voie

d'abord, premièrement, beaucoup plus facile; deuxièmement, moins dangereuse si le col est gros, s'il y a une paramérite importante ou si l'utérus est très gros, fibromateux et occupe beaucoup de place dans le champ opératoire. De plus, en ouvrant le vagin vis-à-vis l'insertion des ligaments utéro-sacrés, on pénètre dans la partie la plus profonde des culs-de-sac et on ménage, nécessairement, en complétant la section, le plus de vagin possible. De cette façon, le vagin ne se trouve à peu près jamais raccourci.

La fermeture du vagin peut être faite avec un surjet ou des points séparés. Nous utilisons habituellement un surjet interrompu à 2 ou 3 endroits. Un détail qui a une certaine importance est le suivant: il vaut mieux, autant que possible, ne pas transfixer la muqueuse vaginale mais l'inverser, parce que, premièrement, l'accolement des surfaces conjonctives sera plus solide et plus rapide que l'accolement des muqueuses; deuxièmement, on observera moins de bourgeons charnus et de formations polypoïdes au fond du vagin. Elles n'avaient aucune conséquence grave, mais entretenaient des leucorrhées qui nécessitaient une cautérisation.

Le vagin fermé, il faut ensuite le relever en position normale, s'il a tendance à s'affaisser. Ceci s'opère en unissant les ligaments utéro-sacrés aux angles vaginaux et aux ligaments ronds. Il est inutile et même nuisible d'y joindre les pédicules ovariens. Cette suspension du dôme vaginal est utile, mais elle n'est pas une assurance, cependant, contre les colpoèles ultérieurs. Il ne faut pas oublier que les principaux soutiens du vagin sont les tissus paravaginaux et que le col en lui-même n'offre aucun support. Il ne faut pas négliger, non plus, de raccourcir et de rapprocher les ligaments utéro-sacrés s'il y a une hernie du cul-de-sac de Douglas. On peut aussi, à l'occasion, en utilisant la technique de Meigs, réparer une cystocèle au début. Celle-ci consiste à réséquer un lambeau triangulaire de la paroi vaginale antérieure, dont la base est

juxta-cervicale. On rapproche, ensuite, les bords du vagin, la partie antérieure des ligaments larges, et on complète par une périnéorrhaphie postérieure.

La péritonisation n'a rien de particulier.

Quant au drainage, il n'y a pas de règle fixe. Généralement, nous ne drainons pas. Il y a cependant certaines exceptions où nous préférons drainer par une simple cigarette que

nous enlevons quelques jours plus tard: les cas d'endométriose étendue, certains cas où il y a une sorte d'exsudat péritonéal, certaines patientes très anémiques ayant reçu plusieurs transfusions préopératoires.

Nous fermons la paroi avec des points en X au catgut, 1 chromé dans la moitié supérieure de l'incision et un surjet interrompu dans la moitié inférieure.

---

**Bulletin de l'Association  
des Médecins de Langue Française  
du Canada**

(Fondée à Québec en 1902)

**L'Union Médicale du Canada**

(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

Tome 76 — No 3      Montréal, mars 1947

**PROGRÈS  
DE L'ESPRIT SCIENTIFIQUE**

Les travaux de recherches s'amorcent et se développent de mieux en mieux au sein de nos groupements scientifiques. Les laboratoires de nos universités ouvrent leurs portes toutes grandes aux esprits curieux épris d'avancement. Beaucoup de médecins de nos hôpitaux consacrent le meilleur de leur temps à des applications cliniques de découvertes expérimentales; les praticiens eux-mêmes ne sont pas les derniers à donner suite aux publications récentes.

L'intérêt des malades, l'évolution scientifique et la participation aux concours sont les stimulants qui ont vaincu l'inertie traditionnelle et secoué les préjugés péjoratifs; il n'y a pas encore longtemps, les médecins qui ne consacraient pas tous leurs instants au seul exercice routinier de leur profession étaient considérés comme des ratés et ceux qui choisissaient de faire leur carrière dans l'enseignement et les travaux de recherches étaient cotés au rang des inaptes, le *Dun & Bradstreet* n'ayant pour eux aucune mention.

Grâce à un éveil de nos responsabilités, grâce à la coopération bienveillante de mécènes avertis, une ère nouvelle est en voie de se constituer. Et, pour s'en convaincre, il n'y a qu'à consulter le palmarès du concours Ciba

1946, organisé par la Société Médicale de Montréal. Quatre travaux remarquables y ont été primés et la démonstration en a été faite d'une manière évidente par la présentation d'un bref résumé de chacun de ces travaux à la séance du 18 février de la Société Médicale.

« Notre bilan-vie », du docteur Baudouin, est une œuvre digne d'un fils de St-Benoît et mérite de voir le jour sous la forme d'un beau volume.

Le docteur J.-Gérard Hébert a découvert « un nouvel appareil d'immobilisation dans la chirurgie réparatrice et reconstructive du nez ». Le procédé qu'il a innové et la technique qu'il a préconisée avec l'emploi d'un matériel original très ingénieux ont trouvé de nombreuses applications pratiques et les résultats qu'il a fait voir sont réellement très heureux.

Sous l'inspiration du docteur Eugène Robillard et avec la collaboration de plusieurs collègues, dont les docteurs Wilbrod Bonin, J.-A. Millet, P. Marchildon et autres, un médecin qui exerce à la campagne, le docteur Raymond Lecours, de St-Jacques l'Achigan, a fait des études sérieuses et très poussées dans un champ d'observation jusqu'à lui assez négligé: « La mesure des pressions abdominales humaines ». Son travail, dont la première partie a déjà paru dans le numéro de novembre 1946 du *Canadian Medical Association Journal*, est remarquable à plusieurs titres; il montre que l'intérêt scientifique ne se borne pas exclusivement aux savants officiels et que l'éloignement des centres urbains n'est pas un obstacle à l'œuvre de progrès chez celui qui a le feu sacré.

Le docteur Léon Longtin, anesthésiste de l'Hôtel-Dieu de Montréal, a mis au point un dispositif qui lui est personnel et qui est d'une simplicité étonnante, dont le but est de climatiser l'air inspiré au cours des anesthésies générales prolongées.<sup>1</sup>

Le docteur Longtin, dont l'expérience clinique est déjà très vaste, a basé la modification qu'il apporte à l'appareil à circuit fermé sur ses propres observations de malades qui ont subi de très longues interventions chirurgicales et en ont développé de graves complications. La lecture de communications faites par certains anesthésistes américains de marque, sur le *coup de chaleur* subi par les opérés lors des narcoses de plusieurs heures, a inspiré le docteur Longtin et lui a donné l'idée de réfrigérer l'air inspiré au moyen d'un tube-serpentin qui est enfoui dans la glace concassée et qui, par le fait même, abaisse au chiffre désiré le potentiel thermique de l'air inspiré par le ma-

lade. Lorsque cette addition mécanique sera adoptée et fixée à tous les appareils à circuit fermé, les résultats postopératoires seront, d'une manière surprenante, extrêmement beaux chez des opérés endormis pour des interventions de longue durée. Le *coup de chaleur*, qui est une cause peu connue de complications postopératoires, sera évité chez eux; l'opéré ne peut avoir un minimum de bien-être, quand l'air qu'il respire est au voisinage de 110° F. ou même plus.

Les travaux présentés à cette séance de la Société Médicale montrent que l'évolution dans le sens expérimental est en magnifique voie. Nul doute que l'exemple donné par ces médecins apportera des fruits, d'autant plus que, pour l'année 1947 également, la Société Médicale de Montréal décernera de nouveau une somme de mille dollars, mise à sa disposition et à cet effet par la Compagnie Ciba, à ceux de ses membres qui présenteront, avant le 30 novembre 1947, un travail original de portée pratique.

Edouard DESJARDINS.

---

1. Le titre du travail du docteur Léon Longtin était le suivant: « La climatisation de l'air inspiré au cours des anesthésies générales prolongées, avec circuit fermé et absorption de CO<sup>2</sup> ».

## VARIÉTÉS

### 75<sup>e</sup> ANNIVERSAIRE DE LA FONDATION DE "L'UNION MÉDICALE DU CANADA"

1872 - 1947

(Bulletin de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada)

#### Les Anciens... et nous

(Suite et fin.)

PROFESSEUR LOUIS DE LOTBINIÈRE HARWOOD

(1866-1934)

«L'avancement d'un peuple se juge par son degré de civilisation, c'est-à-dire l'enseignement universitaire et la culture artistique des classes.»

(Harwood)



Harwood est né à Vaudreuil en 1866.

Malgré son nom, il était Français par son prénom. C'est ainsi que la voix du sang a continué de chanter en lui à travers les siècles et malgré les alliances...

Il a aimé son village jusqu'à son dernier souffle. Ce fut probablement sa dernière pensée. Il y a grandi, il a parcouru en tous sens les coins pittoresques de la splendide et tranquille baie des Chenaux et ses grèves ombragées. Epris de liberté, il a erré longuement sous les grands ormes à la recherche de la vie nouvelle. Fils soumis et respectueux de parents d'une rare distinction, — je les ai bien connus — il fut, quand même, un bohème de grande classe; il incarnait sans doute l'âme et le rite d'un

autre siècle en souvenir de ses aïeux. S'il surgissait, tout à coup, il m'approuverait en esquissant un sourire familial. Il s'entoura d'amis d'une rare distinction et d'une belle culture: Maréchal, avocat, plus tard juge; Rodolphe Boulet, le si aimable compagnon dont je dirai un mot plus loin; Arthur Terroux, le financier habile et disert, au sourire inimitable; Auguste Richard, grand et fameux Mécène, l'industriel qui avait un culte pour notre ami; le sénateur Raymond, son voisin et conseiller technique; et que d'autres. Il y avait de l'atmosphère en ces lieux: car on y rencontrait aussi des femmes d'esprit, attirées par la maîtresse de céans. Rien de plus agréable que le thé de cinq heures, jadis, où se réunissaient les membres habitués de cette petite cour.

Il compléta ses études classiques au collège de Rigaud, puis il étudia la médecine à Laval, à Montréal. Après avoir reçu son diplôme de docteur en médecine, il occupa le poste d'interne en chef à Notre-Dame. En 1890 ou 91, il quitte l'hôpital pour épouser une héritière... d'un beau nom parmi les Canadiens français de Montréal et... d'une grande fortune!... Adieu la médecine... Domage!..

A cette époque on me le désigna, souvent, conduisant de magnifiques équipages barrant quelquefois la rue aux ambulants que nous étions, à Laval, après la fusion avec Victoria. C'était en 1892.

Harwood portait, aussi, un beau nom : de Lotbinière. C'était une belle carte à jouer... Il la joua admirablement ... Il y gagna... beaucoup!...

Il descendait, en ligne directe, du marquis de Vaudreuil, ancien gouverneur du Canada sous le régime français. Mais il y avait davantage dans ses armoiries : une légende, celle d'Alain Chartier, poète français né en 1385, qui fut secrétaire de Charles VI et de Charles VII. Il faisait remonter ses origines jusqu'à cet illustre ancêtre, et il aimait, après dîner, en raconter la charmante aventure en désignant, du doigt, une aquarelle fixée au mur de son vivoir. On y apercevait la gracieuse Marguerite d'Ecosse, épouse de Louis XI, s'approchant de Chartier, endormi et assis sur un banc, pour déposer un baiser sur la bouche « d'où sortaient tant de mots dorés ».

Scène délicieuse et très suggestive en songeant aux mystères de l'hérédité!...

Harwood était un homme agréable et distingué d'allure et de sentiments.

De taille moyenne, solide, malgré un brin d'indolence; il avait le front haut et large, les cheveux foncés, abondants et relevés en pompadour, le nez bourbonien. Ses yeux, bruns et doux, étaient dissimulés, souvent, derrière une paupière mi-close, d'où émanaient, quelquefois, l'étincelle qui embrase durant le simple aveu, ou les sombres reflets d'une ambition légitime impossible à refouler. Ce chevalier d'antan voulait tout conquérir. Il y réussit et n'osa jamais s'en repentir.

Sa voix était musicale. Sa parole, chaude et convaincante, révélait, heureusement, en maintes circonstances, ce que l'œil avait déjà pressenti. Magnétisme! disait-on. Je le crois. Bref, il possédait la manière, et il en usait. Ses attitudes, ses gestes, étaient ceux d'un grand seigneur, c'est-à-dire la prééminence de l'esprit sur le cœur... Aussi, n'osa-t-il jamais compter ses amis, car ils le réclamaient tous; ce qui le mit, quelquefois, en de grands embarras à cause de certaines alternatives auxquelles il n'avait pas songé. En ces moments critiques, il ressemblait au dieu Janus.

Bientôt, il se rendit compte de l'inanité du monde où il fréquentait; il avait, disait-il, dévié de sa route. Il voulait davantage ou mieux que ses alléchantes promesses et ses mille intrigues... Un jour, il renonça à tous ces mirages et revint à la médecine afin de reconquérir sa liberté intellectuelle. Ce fut une belle victoire sur lui-même...

Il s'embarqua pour Paris en 1893-94 avec sa famille, où, durant deux années, il étudia la gynécologie sous son illustre maître Pozzi. C'est là que je le rencontrai, la première fois. Il était devenu étudiant comme nous... En 1896, il rentra à Montréal comme assistant de Brennan dans le service de gynécologie de l'hôpital Notre-Dame. Il lui succéda quelques années plus tard. En 1906, il occupa le poste de surintendant en succédant au Dr E.-P. Lachapelle. En 1911, il est élu membre du Conseil de la Faculté de Médecine; il succède à Lamarche. Il était déjà chef du service de gynécologie. Harwood a été le premier, de notre groupe, à pénétrer dans ce temple et à siéger parmi les membres de cet aéropage. En 1916, il était président du Comité général chargé d'organiser l'hôpital militaire Laval en France. En 1918, il est élu, à l'unanimité, doyen de la Faculté de Médecine.

Il succède, une deuxième fois, à Lachapelle qui vient de mourir chez les Mayo.

Il a été un des membres fondateurs du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada; puis, plus tard, vice-président.

Son *décanat* fut un des plus fructueux à cause de la collaboration étroite et constante de son groupe et des réformes importantes opérées à cette époque. Enumérons, sans commentaires, les plus importantes:

1° *Organisation de l'année pré-médicale* dite P.C.N.

2° *L'internat obligatoire* pour les élèves de cinquième année.

3° *Fondation de bourses d'études pour l'Europe* avec le concours du Gouvernement de Québec.

4° *Création d'un poste de Directeur des Etudes médicales.*

5° *Affiliation des hôpitaux d'enseignement* à des conditions nouvelles et favorables pour les médecins.

6° *Création d'une Commission de l'Enseignement aux gardes-malades* avec diplôme universitaire.

7° *Le recrutement du personnel enseignant* en instituant des épreuves diverses pour les différents grades.

8° *Engagement par l'Université* et pour les hôpitaux universitaires de professeurs étrangers, surtout en anatomo-pathologie et en électro-radiologie.

9° *Fondation de l'Institut scientifique Franco-Canadien* en vue de cours et de conférences par des Maîtres d'Europe surtout.

10° *Fusion de la Faculté de Médecine* avec l'Université de Montréal.

11° *Elargissement des cadres de la Faculté de Médecine*, afin de favoriser les agrégés anciens.

12° *Subvention de 25,000 dollars* durant dix ans à la Faculté de Médecine par l'Institut Rockefeller.

Telles sont les réformes et innovations accomplies sous le décanat de Harwood.

13° Ajoutons, pour terminer, qu'il prit une part active au *projet de reconstruction de l'Université de Montréal* et à son installation à la Montagne.

Il a succombé à la tâche.

J'ajoute que toutes ces réformes se sont opérées avec le concours actif, constant et éclairé d'un groupe composé de Hervieux, Boulet, Dubé, Marien, et d'autres, auxquels j'ajoute les deux seuls survivants: Téléphore Parizeau et moi-même. L'histoire n'admet aucune réticence.

Mais son mérite ne se borne pas seulement à l'Université; il a pris une part prépondérante à la construction de l'hôpital Notre-Dame, rue Sherbrooke, surtout de l'aile sud, ainsi que du magnifique pavillon des gardes-malades. Il a eu le bonheur d'assister, comme président du bureau d'administration, à la réalisation du plan conçu par ses prédécesseurs, ses bienfaiteurs et les membres de son Conseil.

Harwood faisait partie du groupe qui acquit *L'Union Médicale du Canada* en avril 1900. Il en fut le président durant plusieurs années. Il en fut aussi un des directeurs jusqu'à sa mort.

*Comme professeur*, Harwood a peu enseigné ni publié à cause de la multiplicité de ses occupations. Il en avait les aptitudes, mais il n'acceptait pas facilement

la contrainte de l'étude et de la rédaction. Il comptait sur son expérience et les ressources de son esprit. « Je laisse à mes assistants, disait-il, la tâche d'entraîner mes élèves afin que ceux-ci conservent, de leur chef, l'opinion — c'est peut-être une illusion — que j'ai de moi-même, car je crains, en me prodiguant outre mesure, de défigurer la vérité sur mon compte et à laquelle ils croient. »

Cependant, il possédait l'esprit universitaire et il en comprenait la mission. Voici quelques citations qui le prouvent: « Nous sommes, disait-il, en Amérique, le groupe d'hommes auxquels les circonstances, pour ne pas dire la Providence, ont confié la mission de perpétuer, sur cet immense continent, la pensée, la culture et les traditions françaises. »

Il exprimait, là, tout l'esprit de notre groupe. Nous n'avons pas changé d'opinion. Qui donc voudrait soutenir le contraire?

Plus loin, il ajoute une phrase, prononcée en 1919, qui s'applique aux temps actuels: . . . « Il est consolant pour nous, peuple embryonnaire si vous le voulez, mais peuple quand même, de constater, au tournant de cette histoire du monde, que la civilisation dont nous jouissons ressemble, à s'y méprendre, à celle servant de modèle à l'idéal humanitaire recherché aujourd'hui par les réformateurs du globe. »<sup>1</sup>

Paroles prophétiques!...

Puis il termine en adressant un appel aux Maîtres de l'heure pour les adjurer de « développer chez nos élèves ce qu'il y a de meilleur en l'homme: la conscience, afin que, sur le chemin de la vie professionnelle, plus tard, forts de notre enseignement et de nos exemples, ils ne soient jamais de ceux qui mercantilisent la profession! »

Je pourrais synchroniser ces deux paragraphes dans la strophe suivante:

Ce qui tourmente une âme au déclin de la vie  
Ce n'est plus ou l'orgueil ou la crainte ou l'envie,  
C'est un désir ardent et plein d'anxiété  
De se juger soi-même en toute vérité.

— Telle est sa doctrine... la nôtre...

Harwood était membre correspondant de l'Académie de Chirurgie de Paris, et Chevalier de la Légion d'honneur.

J'ajoute qu'il était membre du Comité des quatre qui ont installé, privément, le premier laboratoire de bactériologie à Montréal et dans la province de Québec en 1896-97<sup>2</sup>.

Il n'eut pas que des succès au cours de sa longue existence; la vie lui a ménagé des coups de surprise qui l'ont, quelquefois, terrassé en ralentissant sa marche, mais il avait confiance dans son optimisme, sa prestance et son hérédité; cependant, il oubliait, qu'en ce monde, ces arguments ne valent que pour celui qui les invoque. Il se réfugiait dans l'idéologie tandis que le réalisme, plus impérieux, exige davantage.

Il l'apprit à ses dépens, mais trop tard.

Malgré tout, il croyait que « l'individu le plus complet, le plus libre, n'est pas celui qui s'enferme dans sa mesure et y crève de faim et d'ennui, mais celui qui passe sa vie sur le marché, donnant ce qu'il a, recevant ce qui lui manque... »

1. Au banquet du Ritz Carlton, le 5 fév. 1919. On pourrait relire ce discours avec profit.

2. Avec Parizeau, Dubé et LeSage.

Car il n'existe pas plus d'individus hors de la société pouvant se passer d'elle et réalisant l'individualisme absolu, qu'il n'existe de société sans individus. »

Puis, ce fut le drame inattendu de sa mort, soudaine, durant la nuit du 15 mai 1934. Après une matinée entière consacrée à des discussions aigres-douces sur la question universitaire, il rentra chez lui fourbu, presque désabusé, et il mourut foudroyé en quelques instants. J'en fus le témoin.

Aristocrate et propriétaire terrien, médecin des hôpitaux, universitaire, doyen, Harwood a laissé partout des amis et des élèves qui l'estimaient. Sa mémoire survivra encore longtemps si on veut bien se souvenir de lui!...

Combien peu nombreux sont ceux qui voient dans la nuit du passé!...

•

DOCTEUR RODOLPHE BOULET  
(1866-1935)

« Ce n'est que par un travail de collaboration efficace bien dirigé que la profession médicale parviendra à secouer la torpeur qui l'envahit. »

(Boulet)



Cette citation est tirée de son discours inaugural en occupant le fauteuil présidentiel du Collège des Médecins et Chirurgiens de la P. Q. en 1918.

Boulet avait beaucoup de charme. On le recherchait pour son bel esprit légèrement teinté d'un cynisme doux et bienveillant. Il doutait rarement des autres, trop souvent de lui-même, mais il avait toujours belle allure.

Il a été, longtemps, l'espoir des mères de famille qui avaient quelqu'un à offrir!... et de belles jeunes filles frivoles, sinon de mondaines averties, à la poursuite d'un bonheur fugitif — comme l'oiseau bleu — et inespéré jusque-là!...

C'était l'âge des mirages et des illusions. Il croyait que l'amour est facile à approcher quand on le veut, et qu'il suffit de tendre la main pour le saisir... Hélas! au moindre geste, il est déjà loin et à peine aperçu... « bien fol qui s'y fie... »

Il s'en plaignait en s'accusant de ne pas mieux mesurer la distance qui l'en séparait!... Que d'essais... que d'échecs!... Bref, las et isolé, il traversa les mers pour aller à sa recherche. Il mourut en Suisse, seul et désabusé, jurant que son « ingrate patrie n'aurait pas ses os ». Ses amis l'ont beaucoup regretté; ils y pensent toujours...

Je voudrais, en souvenir de lui, tracer une brève silhouette qui lui ressemble un peu.

Boulet est né à Joliette en 1866. Il fit ses études classiques au collège de cette ville. Son père était médecin et gentilhomme. Il vint étudier la médecine à Laval, à Montréal. Après avoir complété son cours, et son internat à Notre-Dame, il partit en Europe pour se consacrer tout spécialement à l'étude de l'ophtalmologie et de

l'oto-rhino-laryngologie. Il fut tour à tour élève de de Wecker et de son doux et sympathique assistant Masselon. Il fréquenta la clinique de Lubet-Barbon, puis celle de Panas, à l'Hôtel-Dieu de Paris. Il alla à Vienne, à Berlin, enfin à New-York.

En 1893, il arriva à Montréal, annoncé par le professeur Edouard Desjardins, dont j'ai parlé plus haut. Celui-ci venait de fonder l'*Institut Ophthalmique*, rue Ste-Catherine ouest. C'est là que je l'ai rencontré la première fois. J'étais étudiant en médecine. Il me fit une impression très favorable. C'était un Européen, bien vêtu. De taille au-dessous de la moyenne, il avait une allure et une figure agréables; des traits réguliers et fins, une barbe taillée à la française, une moustache hérissée, des yeux gris, rieurs et spirituels, un front haut et apte à monter, car il était à peine recouvert d'une chevelure châtaine, soyeuse et clairsemée; une parole sobre et sonore, une diction parfaite, une phrase correcte et brève. Dès le premier jour il avait fait notre conquête. Il plaisait et le savait. Entre le jeune maître et les nouveaux élèves, dont Dubé, s'établit un courant de sympathie qui nous lia durant quarante ans. Ce n'est pas le moindre de mes souvenirs que la fidélité, la loyauté et le désintéressement de notre commune amitié.

Ses succès furent rapides et constants. Il devint bientôt le spécialiste à la mode à cause de son stage à l'étranger, de sa compétence et de sa culture. Boulet était un artiste. Il cultivait les lettres et possédait une belle collection de tableaux. Il m'en a légué un, splendide: une marine dont les voiles, gonflées de souvenirs, m'emportent vers les rives d'antan. On dirait un nouvel embarquement pour Cythère! si tous ceux ou celles à qui je pense étaient là!...

En 1900, il fut du groupe de *L'Union Médicale du Canada* dont il demeura le président durant trente ans. Nous n'étions pas versatiles. Possédant une belle fortune jointe à une grande réputation, très répandu dans le monde, il était pour notre journal un appui solide et stable. Il contribua, maintes fois, à maintenir sa stabilité financière.

Plus tard, il devint chef de l'Institut Ophthalmique après le décès de son maître et chef, le professeur Edouard Desjardins. Il dirigea, aussi, durant dix-huit mois, le dispensaire d'ophtalmologie de l'Hôtel-Dieu.

A l'Université, il devint agrégé à la Faculté de Médecine, puis Président du C.M.C.P.Q. en 1918, et durant deux termes.

Il suivait très attentivement les progrès de sa spécialité. Chaque année, ou tous les deux ou trois ans, il allait en Europe assister aux Congrès étrangers. Il était membre correspondant de la *Société d'Oto-rhino-laryngologie* de Paris et membre de l'*American College of Surgeons*.

Il fut un des membres fondateurs de la *Société Médicale de Montréal* et de l'*Association des Médecins de Langue française du Canada*.

Il a été membre actif et directeur de *L'Alliance Française* de Montréal et du *Comité France-Amérique*. Il reçut la décoration française d'Officier de l'Instruction publique (France).

Boulet tenait salon. Chaque semaine, il recevait ses intimes chez lui. On y discutait des événements du jour: politique, religion, mouvement social, Université, enseignement, littérature, sciences, histoire et autres questions.

J'ai été le témoin de prodiges de mémoire et d'érudition. Notre cher ami,

le docteur Valin, y faisait de la musique pour se consoler de ses échecs en dermatologie ou autres!...

Durant les mois d'été, il nous recevait dans sa villa des Chenaux sur la baie de Vaudreuil. Il était encadré de ses deux intimes: Harwood et Aug. Richard.

Un jour, il trouva que la solitude lui pesait. Il crut, comme Harwood, mais trop tard, qu'il avait mal orienté sa vie; il en éprouvait des regrets. Comme une marée montante, le doute et l'incertitude envahissaient lentement son âme. Cette pensée le hantait; il en souffrit amèrement malgré nos appels réitérés au bon sens et à la raison.

Il voyagea pour dissiper l'implacable ennui qui s'attachait à ses pas. Il chercha de par le monde l'idole qu'il avait créée dans son esprit et qui pût lui livrer le secret d'un bonheur qui le fuyait.

Il m'accompagna en France en 1930. Ce fut sa dernière fugue.

Souvent, durant ce voyage, je le surpris, appuyé sur la balustrade, contemplant la mer. On eût dit qu'elle l'attirait, irrésistiblement. Je m'efforçais de l'en détourner, car je savais l'attrait irrésistible de la tentation sur lui...

— Vois-tu, mon cher LeSage, disait-il, la mer traduit fidèlement le monde agité que nous sommes. Son calme apparent n'est qu'une courte trêve entre des crises convulsives. Son incessante agitation gronde comme une menace constante en attendant les lendemains inconnus où souffle un vent de tempête, si bien que le génie de l'homme essaie en vain de la dompter; elle conserve sa maîtrise. C'est le rôle de la passion dans le cœur de l'homme; les jours heureux sont moins nombreux que les autres. Ils nous chargent d'illusions. Nous ne recueillons que des désappointements. C'est mon cas. N'est-ce pas ton avis?

— Mon Dieu, mon cher Boulet, je crois que la vie n'est pas toujours selon nos désirs. On ne doit pas croire à tout ce que l'on voit ou que l'on ressent; elle n'est supportable qu'avec un peu de scepticisme. On doit faire la part très large à l'égoïsme et à l'ambition d'autrui, sinon on est très malheureux. D'ailleurs, la vie n'est qu'alternatives agréables, décevantes ou fugitives, on oublie que le bonheur est instable, comme cette mer que tu aimes tant. C'est un symbole. On a dit avec raison que les eaux vivent... les eaux chantent... les eaux meurent... les eaux savent pleurer... rêver... aimer... se taire... Souviens-toi de ces deux vers impressionnants, que je cite:

Et c'est tout le bruit des échos de la terre  
Que l'océan s'émeut et gronde jour et nuit.

— Comme c'est admirable et vrai! Qu'importe, causons un peu, cela me calme.

Je ne rapporte pas ce souvenir sans émotion, car ce devait être le dernier...

A compter de ce jour, il vécut en Europe, surtout en Suisse, loin des siens et de son pays. Peu à peu, il se réfugia dans la solitude, sans oublier ses amis. Sa dernière pensée fut pour ceux qui restaient. Il n'était pas encore consolé de la perte d'Harwood...

Notre amitié était sincère et désintéressée. L'opinion que nous avons les uns des autres est tout entière dans celle de Boulet sur Harwood.

Voici la lettre qu'il m'écrivait, de Suisse, en réponse à la mienne lui annonçant la mort d'Harwood en mai 1934.

Mon cher ami,

La mauvaise fortune venait de nous atteindre; tu as compris, par un réflexe de solidarité amicale, que nous avions à nous rapprocher...

Par vos lettres vous avez voulu compenser pour ce que l'éloignement avait de pénible pour moi. Merci!

Ce cher Harwood n'est plus!... Après une belle carrière, non exempte de déboires et d'épreuves, il a quitté en pleine activité, quelques heures après une lutte fructueuse pour une cause qui lui tenait particulièrement à cœur. C'est un privilège d'avoir pu exécuter un si beau départ. Il l'avait bien mérité. Harwood avait un grand cœur, une belle intelligence et un jugement remarquable, surtout quand il s'agissait des affaires des autres.

Il savait assez de choses, surtout dans le domaine pratique, mais celles qu'il ignorait, il était susceptible de les comprendre toutes. Cet avantage, de vive compréhension, lui permettait de faire bonne figure partout où il se trouvait... Aimant à plaire, il y réussissait.

Sa vie professionnelle fut celle d'un grand praticien, habile chirurgien et profondément bon.

Ayant un esprit clair et la parole facile, il devait être un professeur très écouté, très apprécié. Sa voix chaude et sympathique lui permettait parfois d'atteindre à l'éloquence.

Quoique bien doué, il n'exécutait pas toujours ce qu'il aurait désiré; mettant sur le compte d'une santé déficitaire une certaine indolence de tempérament qui le rendait réfractaire à l'effort.

Faut-il en rendre responsable sa santé ou son caractère? Les deux, je crois.

Comme son père, ingénieur de profession, il avait une tournure d'esprit réaliste et s'intéressait surtout aux faits. Cependant, il y avait en lui un grand fonds de «bohème», de rêveur. Sa mère était fille de professeur de musique. Il était élite, il était indéniablement aristocrate. Il adorait la campagne, non pour son pittoresque, mais pour la terre à laquelle il était fortement attaché. C'était le type du gentleman terrien, fait pour être riche tout en dépensant modérément. Aimant le luxe, le beau, et pas du tout fait pour se priver de ce qui peut embellir la vie. Et, cependant, aimant tellement la terre, la campagne, qu'il lui aurait au besoin sacrifié ce goût de luxe.

Ce gentleman campagnard, dépourvu de tout sens des affaires, savait vendre son bétail, sa récolte. Il savait aussi parler aux paysans, s'en faire des amis, presque des camarades. Il avait, auprès d'eux, la patience et, acquise à leur contact, à leur exemple, la ténacité qui le rendait, malgré bien des entraves, apte à poursuivre une idée.

Cette idée maîtresse, chez notre ami, était la réalisation de certaines ambitions, car il était ambitieux, dans le bon sens du mot. La seconde place ne le satisfaisait pas. Comment dire de lui qu'il était indolent! Est-on si indolent lorsque, parti comme beaucoup parmi nous avec un petit bagage, ayant, comme capital, ses qualités physiques, ses qualités morales, les belles manières qu'il devait à son hérédité et à son éducation, on a accompli une des plus brillantes carrières à laquelle peut donner accès la profession de chirurgien!

Il me faisait souvent penser au professeur E.-P. Lachapelle, dont il avait beaucoup la tournure d'esprit et les qualités. D'ailleurs, Harwood en avait fait son modèle. Et c'est à la disparition de Lachapelle qu'il trouva l'occasion de se mettre en valeur. A ce moment, Harwood était dans de bonnes conditions pour recueillir sa succession. Il venait de trouver son équilibre dans un mariage récent avec une femme qui possédait des qualités d'énergie et d'ordre qui lui manquaient. Pas indifférent à l'ascension qui lui faisait atteindre la première place, il entreprit une tâche que j'avais crue alors supérieure — ou différente — à ses aptitudes, mais qu'il sut honorer et conduire à bonne fin, malgré des circonstances bien difficiles. Dans ce domaine, l'histoire le jugera.

Quant à moi, je n'ai qu'à retenir ses qualités d'ami et de gentleman en tout et partout. Celui que je pleure aujourd'hui fut mon meilleur ami. J'en garde le souvenir d'un homme loyal, très bon, d'une sensibilité exquise, aux contacts des plus agréables, aux manières des plus correctes et doué d'une âme des plus sympathiques. Avoir eu un tel homme comme ami pendant cinquante-quatre ans est une grande faveur de la vie. Le perdre est une bien grande épreuve.

Peut-être ai-je été un peu long! J'en sentais le besoin et je ne pouvais mieux m'adresser. Que notre cher ami repose en paix!

(Rodolphe Boulet.)

Quant à nous, Dubé et moi, voici son dernier mot, en 1905: « Je profite de mes derniers moments pour vous adresser mes derniers adieux... Je tiens à l'excellence de votre souvenir, je le garderai pour vous intact. Adieu, chers amis. »

Quel émouvant et suprême adieu! Il allait rejoindre son cher ami Harwood... La mort lui a rendu le repos que la vie avait troublé.

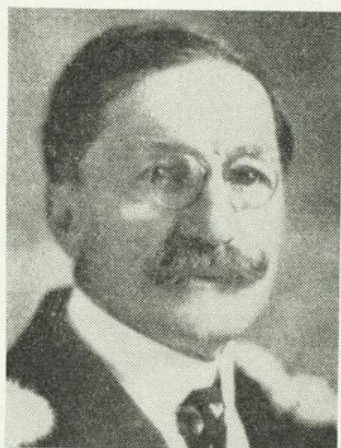
Boulet n'a pas oublié son Université: il a légué une somme de \$2,000 dont l'intérêt est destiné à récompenser le meilleur élève en médecine dans les matières de cinquième année.

Boulet a été un médecin instruit et influent, un professeur aimé des élèves et toujours empressé de collaborer en argent et personnellement à des œuvres sociales. *L'Union Médicale du Canada* lui doit un souvenir reconnaissant.

•

PROFESSEUR AMÉDÉE MARIEN  
(1866-1936)

« L'anatomie pathologique peut, seule, exercer un contrôle sur le pronostic en chirurgie. »  
(Marien)



Marien est né à la Rivière-des-Prairies en mai 1866.

Son père et son grand-père étaient médecins. Après ses études classiques au Collège de l'Assomption, il étudie la médecine à l'École Victoria, à Montréal, et à l'Hôtel-Dieu. Il obtint son diplôme en 1890. Aussitôt, il achète une pharmacie, mais il continue d'exercer la médecine durant quelques années. Au bout de deux ans, il s'embarque pour Paris, car il avait le goût de l'étude et il désirait occuper un haut rang dans sa profession.

A Paris, il débuta en anatomie et en histologie, puis en bactériologie à l'Institut Pasteur, et, plus tard, en anatomie pathologique avec Letulle et Brault. Nous l'avons rencontré, Dubé et moi, en 1894, chez Gombault, au laboratoire de l'école pratique de la Faculté de Paris, dirigé par Cornil, le Maître.

Ces travaux préliminaires l'avaient admirablement préparé à l'étude de la chirurgie dans le service du professeur Legueu, dont il devint un des assistants les plus dévoués. Connaissant bien la langue anglaise, il faisait des traductions de travaux anglais et américains pour son Maître. Entre le Maître et l'élève une entente parfaite.

En 1896, Marien fut élu membre de la Société Anatomique. Il possédait une forte instruction médicale qu'il se proposait de compléter à Montréal.

Il n'y manqua pas.

En arrivant, il entra à l'Hôtel-Dieu où il devint assistant de sir William Hingston. Il y rejoignit Brunelle et Merrill, ses aînés dans le service. Il s'efforça, aussitôt, d'introduire les méthodes nouvelles d'asepsie et d'antisepsie dans la

pratique chirurgicale. Il s'y consacra avec la conviction, l'enthousiasme, l'impétuosité et la ténacité de la jeunesse. Il fit des prosélytes partout: les religieuses, les élèves, les médecins et ses collègues. Il avait fait la conquête de Merrill. Bien entendu, Dubé, son ami, s'y appliquait avec toute la faveur que l'on sait. Son zèle à le seconder le mit, certain jour, dans de singuliers embarras. Mais la Providence veillait sur ces nouveaux apôtres.

Marien chercha des arguments surtout dans ses succès opératoires dus, sans doute, à la stérilisation méticuleuse des instruments, la préparation du champ opératoire et des pièces à pansements. La guérison par première intention réussit à convaincre les plus réfractaires.

A son arrivée, l'Hôtel-Dieu, comme d'autres hôpitaux, ne possédait aucun laboratoire d'analyse; on n'y connaissait pas encore la chimie, la bactériologie et l'anatomo-pathologie. Marien s'imposa cette tâche, car il faisait, chez lui, ses analyses et contrôlait ses diagnostics par l'examen anatomo-pathologique des pièces provenant de la salle d'opération ou d'autopsie. Afin d'atteindre son but, il avait formé un *Comité d'études* groupant quelques médecins, ses premiers élèves, le mardi de chaque semaine. Peu à peu, ce Comité attira l'attention de la Faculté de Médecine, et Marien fut chargé d'y enseigner l'Histologie.

C'est de ce Comité que naquit la *Société Médicale de Montréal*.

De 1896 à 1922, Marien a publié plus de cinquante travaux importants sur la chirurgie et l'anatomie pathologique.

Il pratiqua, pour la première fois, et avec succès cette fois, des opérations audacieuses: la gastro-entérostomie avec le bouton de Murphy, en ce temps-là; la cholécystectomie; la taille sus-pubienne; la pleurotomie, le pied-bot ballant; les arthrites tuberculeuses; les ptoses rénales. Je me souviens surtout d'un volumineux fibro-chondrome ostéoïde de la face, qu'il opéra publiquement et avec succès, en 1905, à l'Hôtel-Dieu, en présence de ses collègues anglais.

Marien était d'une grande ponctualité à l'hôpital, et il se préparait longuement avant de pratiquer une opération grave.

Il exigeait de ses assistants et de ses élèves les mêmes habitudes qu'il s'imposait à lui-même. Une faute d'inattention ou une négligence à la salle d'opération l'exaspéraient, et il prononçait quelquefois des mots durs qui étonnaient. Mais on lui pardonnait à cause de sa conception stricte de la responsabilité et du succès anticipé. Le malade était une chose sacrée pour lui. Ce sont ces exigences qui ont réussi à opérer des réformes radicales à l'Hôtel-Dieu.

Marien était un artiste. Sa maison, à la ville, et celle de la campagne renfermaient des objets d'art qu'il avait rapportés de ses voyages ou qu'il trouvait sur place. On y voyait des toiles nombreuses et de grand prix provenant soit de Paul Beau ou de Marc Atigna, deux artistes de grand talent qu'il fréquentait beaucoup.

Tels sont les faits essentiels d'une vie utile et féconde vouée à l'enseignement et au service d'un hôpital.

Une tâche aussi considérable, accomplie en peu d'années, exige autant d'érudition que de fortes études préliminaires et une méthode rigoureuse.

Marien n'en négligea aucune.

Comme Harwood, Marien a été un *gentleman farmer*. Rien de plus amusant que d'entendre ces deux «habitants» faire valoir les mérites respectifs de leur ferme et de leur troupeau: Holstein versus Ayrshire. Il montait de beaux

pur-sang. Il y avait une érablière sur sa ferme. Quels bons moments nous y avons passés, chaque année, à la fonte des neiges! Que de souvenirs de ce cher passé!

Marien demeure le grand initiateur en réformes chirurgicales et en anatomie pathologique.

Tour à tour, l'ambition, le succès, la renommée, la fortune ont conjugué leurs efforts autour de sa forte personnalité. Durant plusieurs années sa maîtrise a été complète.

De taille moyenne, front haut, cheveux opulents, yeux bruns et intelligents, moustache abondante et relevée aux pointes, sourire agréable, empressé ou obséquieux, il conservait une certaine hauteur dans le maintien et l'attitude. Il était ironique et piquant, sinon tranchant et impératif en d'autres circonstances.

Un jour, il écrivit quelques articles sur le « Rastaquouérisme » professionnel. Je cite:

« Le « Rastaquouère savant » s'offre à l'œil nu sous le portrait de types polymorphes; il constitue, dans notre milieu, un groupe de *parasites* qui ont des caractères multiples; il y en a des grands et des petits. Le plus redoutable, sinon le plus infect, est le Rastaquouère qui s'affuble de la peau d'un lion et qui imite la voix du prince de la Science.

« Dans un jeune pays comme le nôtre, où on a peu l'habitude d'entendre ni de voir des lions, il réussit à émouvoir sérieusement le public intelligent, voire même la profession médicale. »

« Au besoin, ce lion se fait dévot; il adore tous les dieux lorsqu'il ne prostitue pas les religions selon les besoins de sa cause. Il s'appelle « Docteur »; c'est un lion diplômé et licencié du puissant C.M.C.P.Q. . . . C'est un universel « spécialiste » . . . Enfin, un grand homme. . .

« Et l'on se demande pourquoi notre organisme scientifique s'affaiblit, s'étiole et se meurt! »

L'ironie apparaît à chaque ligne, nous pouvions y mettre des noms, en ce temps-là.

Dans un autre essai, il n'est pas moins cinglant. Je cite:

« Je me contenterai de dénoncer quelques types de Rastaquouères qui déshonorent et avilissent notre si noble profession en la prostituant et en l'exploitant sans vergogne . . . Le plus épatant est le Rastaquouère professionnel qui a ses bureaux de consultations dans les rues les plus fréquentées; il étale ses spécialités sur de larges plaques de cuivre et dans les carreaux de ses fenêtres. Mais son plus grand talent consiste dans l'art de faire des « annonces » . . . Ce Rastaquouère exploite le gros public, les petits bourgeois et les femmes du peuple . . . il est le dernier et le seul espoir des âmes simples, et la poule aux œufs d'or des grands quotidiens! . . . Il fait des miracles... d'impressions! . . . Si vous tentez de formuler des lois qui atteignent son « bedi-comerze », on vous répond « zut » dans les couloirs de la Chambre!... les députés nous disent: « Attendez un peu... il est influent... et mon élection!... bigre!... ne se fait pas avec des prières », pense-t-on philosophiquement... et le Rastaquouère triomphe! Pauvres médecins!

Voici un autre exemple de sa satire et de sa subtilité... Il avait l'habitude de trancher dans le vif!...

#### POUR ACCOTER MADAME

Depuis que nous sommes devenus une race de « quêteux à cheval », en médecine comme ailleurs, c'est l'âge d'or du snobisme.

Tous les badauds ont leur maladie grave, qu'ils portent, toutefois, avec beaucoup d'aisance. Quelques-uns en ont plusieurs à la fois, et pour chacune un "spécialiste" attitré.

Il n'y a plus de sujets de conversation qui offrent autant d'intérêt que la médecine, et la suprême élégance est d'être « éclopé ».

Et quand on parle de « mon régime » et de « mon eau de Vichy »!!!... Xerxès commandant de fouetter les flots ne devait mettre dans le geste ni plus d'ampleur ni plus de majesté!...

Il y a quelque temps, j'avais à mon bureau une petite dame très bien qui se « respectait (sic) trop pour manger de l'oignon ».

Si elle s'oubliait, parfois, au point de commettre ce blasphème gastronomique, ce n'était que pour « accoter » son mari quand celui-ci se permettait cette disgrâce au repas du soir.

Au cours de la consultation, Madame en vint à étaler sous mon œil inquisiteur une double rangée d'affreuses dents où le noir alternait avec le jaune, tandis que la carie faisait la moue aux fistules d'anciens abcès alvéolaires...

Et le regard percevait dans le lointain, comme fond de tableau, deux grosses amygdales, deux jumelles de fétidité, deux éponges à purulence...

Et moi, esprit simple autant que peu modelé aux discordances et contradictions de notre époque, je me demandais tout bonnement ce que l'époux, ce pauvre époux, devait manger, lui, pour être de force à accoter Madame!...

Dr X\*\*\*

— Que de traits cinglants! ... et actuels! ...

*L'Union Médicale* lui tenait au cœur. Il y collabora assidûment, même sur des sujets paramédicaux. J'en ai donné quelques exemples.

\* \* \*

Un jour, trop tôt, semble-t-il, il résolut de cesser toute activité. Il demanda un congé d'enseignement. Il s'isola de plus en plus avec ses souvenirs et ses fidèles et rares amitiés. Or, la médecine ne rend qu'à ceux qui la servent sans trêve ni repos; et puis, lorsque le cycle est révolu, le temps classe définitivement l'œuvre. Les témoins disparaissent, qui pourraient en exalter les mérites; l'oubli, inflexible, enveloppe d'un épais suaire les hommes et les choses. Si bien, que la récompense ne réside plus que dans *la conscience face au devoir*. La suite n'offre guère d'intérêt, car la vie morale inspire et domine souvent la vie spirituelle. Ce fut, là, le dernier refuge de notre cher ami Marien, tandis qu'une maladie impitoyable pavait la route vers les destinées éternelles!...

Marien, histologiste, anatomo-pathologiste, chirurgien habile et professeur de clinique chirurgicale, survivra, si on veut bien lire et méditer ces brèves notes.

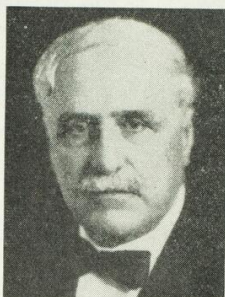
Le docteur Paré, le brillant professeur actuel de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu, est son neveu. La tradition se renouvelle...

## PROFESSEUR JOSEPH-EDMOND DUBÉ

(1868-1939)

« La survivance économique d'une race peut être envisagée à des points de vue différents... Pour un médecin, une seule chose l'intéresse tout particulièrement dans le domaine social : la conservation du capital humain. »

(Dubé)



Dubé est tout entier dans cette photo en tête d'un bref récit, véridique, écrit par l'ami de toujours qui l'accompagna jusqu'à la fin de sa vie. Il avait été transporté à l'Hôtel-Dieu. Se sentant mourir, comme l'oiseau blessé rasant le sol avant d'y choir, il me regarda longuement, le dernier soir, avec ses pauvres yeux qui distinguaient à peine, mais où on lisait l'expression d'une profonde reconnaissance. Il me tendit la main en me disant : « Merci! »... Puis il ajouta : « J'aurai donc, enfin, la paix! »... Ce furent ses dernières paroles.

Dubé a été une personnalité exceptionnelle. Il a connu le succès, il a subi de dures épreuves, mais il a toujours conservé son calme et son optimisme. Il a affronté la vie telle qu'elle est. Sa tête est celle d'un aristocrate et d'un intellectuel. Il a consacré son intelligence à des œuvres saines : professionnelles, scientifiques, hospitalières, universitaires et sociales. Il a été un défenseur irréductible de la santé publique.

Dubé, je le sais pertinemment, a été, lui aussi, un fils respectueux, un élève studieux et brillant, un médecin instruit et dévoué, un citoyen intègre et averti, un ami fidèle et loyal.

En 1890-91, il était un élève de « Victoria », à Montréal. Après la fusion, il étudia à Laval, où je le rencontraï, en 1892, et où il reçut son diplôme « avec la plus grande distinction », en 1894.

Dès son mariage il s'embarqua pour Paris aussitôt, où, après de fortes études, il obtint son diplôme de *docteur en médecine, diplôme d'Etat*, avec une thèse sur une question d'accouchement. C'est Vanier, agrégé et élève préféré de Pinard, qui lui en avait proposé le sujet. Il a surtout suivi les cliniques de Potain et de Dieulafoy. De retour à Montréal, il exerça dans le faubourg St-Antoine.

1) *La puériculture*. Il débuta à la *Maternité de Montréal* en organisant, avec Cormier, un dispensaire pour la lutte contre la *mortalité infantile*, dont le chiffre atteignait 95%. Il demanda à la presse quotidienne de seconder ses efforts et il entreprend une campagne contre « *le lait impur* » : la traite, le transport, la pasteurisation, la distribution et la conservation à domicile. Bref, il fonde les « *gouttes de lait* » dans le but d'enseigner aux mères comment nourrir et préserver les nourrissons. Cette fondation existe toujours. Que de vies épargnées!...

2) *L'Hôtel-Dieu*. Il devint médecin de l'Hôtel-Dieu en 1897. On lui confia le poste de *pathologiste*. Il pratiqua un nombre croissant d'autopsies dont les pièces, très instructives, alimentaient les séances du *Comité d'Etudes*.

En 1899, la Faculté de Médecine le nomma *assistant à la clinique médicale*, dirigée par Guerin.

*La fondation de l'hôpital Ste-Justine* remonte à une date ultérieure. D'accord avec madame Beaubien, il jette les bases de ce grand hôpital actuel pour les *enfants malades*, rue Saint-Denis. Il en étudia l'organisation dans sa chambre obscure, rue Sherbrooke, dans son lit où il est confiné, durant deux longues années, la tête sur la dure.

### 3) *Maladies sociales*.

a) *L'alcoolisme*. Après un long repos, il reprend ses activités en dirigeant une campagne intense à la ville et à la campagne contre l'alcoolisme « qui fait le lit de la tuberculose ». Il obtient la fermeture des débits au verre dans les villes.

b) *La tuberculose*. Voici son véritable cheval de bataille. Après des conférences et des publications innombrables, il établit le bilan de la mortalité par tuberculose. De bonne heure, il devint un membre actif de l'« *Antituberculous League of Montreal* », où il rencontre des médecins anglais et des citoyens en vue appartenant au commerce et à l'industrie. On y fonde le dispensaire « *Royal Edward* », en vue de dépister le tuberculeux.

c) *L'Institut Bruchési*. Mais bientôt germe dans son esprit l'idée d'une fondation similaire française. Il consulte Mgr Bruchési et il fonde un institut qu'il place sous le patronage de l'archevêque de Montréal. ce sera l'Institut Bruchési. Désormais, le dépistage alimentera le dispensaire. On ne saura jamais toute l'énergie et le temps qu'il a dépensés dans cette nouvelle fondation. Il a été admirable de courage et de confiance. Le Gouvernement de Québec y verse des octrois annuels. On y accomplit, depuis, un travail admirable de lutte anti-tuberculeuse et d'éducation familiale.

d) *La chaire de phtisiologie* est bientôt fondée, grâce à un mécène canadien-français: Auguste Richard, qui verse \$10,000 à la Faculté de Médecine. Dubé en devient le premier titulaire.

e) *Le Camp David*. Puis c'est le Camp David, au lac l'Achigan où, chaque année, cinq à six cents enfants de tuberculeux vont respirer, jouer, manger et dormir. Le soleil opère des miracles parmi eux. Dubé surveille et dirige.

f) *Sanatorium pour tuberculeux*. Mais comment isoler tous ces tuberculeux dépistés dans les domiciles où ils sèment la contagion? En construisant un ou plusieurs sanatoriums. Il dresse des plans, se fait céder un terrain dans un site approprié. On lui promet des octrois; il aperçoit le couronnement de sa carrière... Non! pas cette fois. Il attendra. D'autres en bénéficieront... oui! mais Dubé en demeure le pionnier.

g) *La Société de phtisiologie*. En attendant l'organisation d'une *ligue anti-tuberculeuse* dont il conçoit le projet, il fonde la *Société de phtisiologie*, qui est toujours très active.

On trouvera dans le numéro de décembre 1939 le texte d'une conférence faite à la Chambre de Commerce de Montréal, le 4 octobre 1938 — peu de temps avant sa mort — sur « *la lutte pour notre survivance économique* ». Il y accumule des statistiques du plus haut intérêt sur la tuberculose au Canada. C'est un document officiel.

4) *La Faculté de Médecine*. Le 24 janvier 1921, Dubé est élu au Conseil de la Faculté de Médecine. Il a attendu jusqu'à l'âge de cinquante-deux ans avant de recevoir la récompense d'un travail énorme, accompli sans trêve ni repos, et toujours sous l'égide de l'Université.

A compter de ce jour, il s'efforcera de redresser certaines erreurs ou omissions en proposant que « *tous les membres titulaires deviennent membres du Conseil* ». Il y réussit. Leur nombre augmenta de quinze à trente.

*Professeur de Clinique Médicale*. En 1921, il succède au professeur Guerin, décédé, comme professeur de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu.

5) *Société de Gastro-entérologie*. En 1934, il fonde la *Société de Gastro-entérologie*, dont il fut le premier président. Elle est aussitôt affiliée à la *Société internationale de Gastro-entérologie*.

6) *Chaire de Diététique*. Ce projet resta à l'état de projet. Il reçut, depuis, une sanction officielle, mais Dubé en restera le parrain.

7) *La Commission des Gardes-malades*. Dubé fut un membre de cette Commission. Il en assumait la direction avec son collègue Benoît. J'en ai parlé ailleurs. L'affiliation à l'Université eut lieu aussitôt. Depuis, les gardes-malades reçoivent un diplôme universitaire qui leur accorde des avantages du point de vue étranger.

8) *L'Association des Médecins de langue française du Canada*. Il en a été un des fondateurs à Québec et ancien président élu en 1920. Il a présidé le Congrès de 1922, à Montréal. Il avait réussi, à cause de sa personnalité, à amener une forte délégation française dirigée par le professeur Charles Achard, secrétaire perpétuel de l'Académie de Médecine de Paris et membre de l'Institut.

9) Il a été rapporteur, avec le professeur Clerc, de Paris, et Lipman, de New-York, sur *l'insuffisance cardiaque*, au Congrès de Montréal que je présidais en 1926.

10) *L'Union Médicale du Canada*. Il était un des membres du groupe qui en fit l'acquisition en 1900. Il fut un de ses plus fidèles et actifs collaborateurs.

Sur toutes les questions: scientifiques, professionnelles ou sociales, il avait quelque chose d'intéressant à dire. Jamais le rédacteur en chef ne s'adressa à lui en vain. On le lisait avec avidité, car il conservait son franc parler. C'est ici qu'apparaît la liste innombrable de ses publications. Je signale, en passant, *l'histoire des hôpitaux de Montréal*, dans le numéro-souvenir de *L'Union Médicale* en 1932. C'est un document qu'on ne trouvera nulle part ailleurs. Cette page est d'un haut intérêt parce qu'elle montre une des mille activités fécondes de notre groupe au point de vue scientifique et social. Que de fois, Dubé et moi, nous avons échangé des opinions sur le rôle de *La Presse Médicale*. Si elle dirige, habituellement, l'opinion du médecin, c'est celui-ci qui

l'alimente par l'intérêt qu'elle suscite. N'oublions pas que la presse médicale exerce une influence morale indiscutable sur le public et les médecins, qui triment tandis qu'elle est aux prises avec des questions d'enseignement supérieur, d'éthique professionnelle, d'hygiène publique ou privée, d'intérêt individuel ou corporatif dont les répercussions s'étendent au delà des frontières de la médecine. Cela dépend d'un « caractère » sur lequel la morale exerce une primauté, sinon le rôle de la presse médicale sera stérile ou néfaste. En effet, l'éducation humaine, surtout celle du médecin, exige, en premier lieu, une formation issue d'une doctrine sûre et logique, car c'est elle qui assure la conservation et la transmission des progrès accomplis d'une génération à une autre. Elle complète, heureusement, l'éducation intellectuelle et physique qui ne saurait suffire au médecin dont la tradition n'est ni sectaire ni unilatérale, mais conforme à l'idéal de la vie telle qu'il la conçoit.

Il croyait « qu'on ne doit pas se régler, toujours, sur ce qui a existé précédemment comme s'il était impossible de faire mieux ».

Nous étions toujours d'accord sur ces principes. Je lui dois, ainsi, un faisceau de bons conseils.

11) *Distinctions honorifiques.* Ce chapitre appartient exclusivement à notre groupe. Les anciens, nos prédécesseurs, n'ont reçu qu'à titre exceptionnel certaines décorations, tandis que les gens de notre génération en ont reçu de nombreuses autant qu'importantes. Ceci est dû moins aux hommes qu'aux circonstances. Enumérons succinctement celles de Dubé :

- 1) Membre correspondant des hôpitaux de Paris;
- 2) Membre correspondant des hôpitaux de Lyon;
- 3) Membre de l'*American Medical Association*;
- 4) Membre fondateur, *fellow* et membre du Conseil du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada;
- 5) Décoré de la médaille du Jubilé George VI;
- 6) Officier d'Académie;
- 7) Chevalier de la Légion d'Honneur.

12) *Laboratoire.* J'ajoute, en passant, que Dubé a été, avec Harwood, Parizeau et moi-même, membre du Comité, formé à Paris en 1896, dans le but d'acheter tout le matériel nécessaire pour installer un laboratoire de bactériologie, le premier à Montréal et dans la province de Québec <sup>1</sup>.

13) *Le compagnon.* Dubé a été un compagnon agréable. Il était conciliant. En 1925, durant notre mission à Nancy, où nous avons été reçus avec tant de cordialité, nous avons été les témoins de quelques incidents piquants, à Paris. Nous les racontions aux heures de repos.

Ainsi, Dubé me raconta celui-ci.

Il y avait à Paris, à ce moment-là, une gentille jeune fille canadienne-française en voyage. Il était son médecin. Je la connaissais bien. Un soir, réunis à l'Hôtel, rue de Rivoli, nous causions de l'emploi de notre soirée.

— Ce soir, dit Dubé, j'invite à dîner mademoiselle X...

— Je te félicite de préférer une Canadienne française à tant d'autres.

1. Nous l'avions installé à l'angle des rues Ste-Catherine et St-Denis au-dessus de l'ancienne pharmacie Décarie, dans les bureaux du dentiste Arthur Lemieux.

— Je vais au Café de Paris. Et toi? dit-il.

— Moi! je vais à l'Opéra. J'ai mon billet... Nous nous reverrons ce soir...

De retour, je le trouve dans notre chambre...

— Il m'est arrivé, dit-il, un incident qui nous a amusés tellement, que j'y pense encore. Nous avons pris un dîner excellent, nous avons causé à table; il y avait beaucoup de monde; menu et vins fins. Bref, en quittant, nous longeons une table et, en passant, nous entendons la remarque suivante: « Dis donc, ajouta un des hôtes en se penchant vers son compagnon, il ne se prive de rien, le sénateur, avec sa poule! »... Tu sais que ma vue est basse, mais j'ai « une oreille maudite »! Nous avons beaucoup ri en sortant. J'étais, selon ces messieurs, le héros d'une bonne fortune exceptionnelle!...

— Et toi?

— Voici, dis-je. En quittant le théâtre, le temps était magnifique, l'air léger et doux — c'était en septembre — j'ai pensé de rentrer à pied à l'hôtel, par l'avenue de l'Opéra. J'hésitai un moment en longeant le Café de Paris; j'avais envie d'y entrer, mais j'étais seul... alors!... « Pas cette fois, me dit Minerve... la déesse... rentrez, Monsieur. » Je marchais, plein des fortes émotions du Congrès de Nancy, lorsque j'entendis des pas précipités derrière moi. Puis, je vis une femme, petite et vive, me dépasser et s'arrêter un peu plus loin devant une vitrine à peine éclairée par l'œil glauque d'une lune indiscreète et solitaire.

— Tiens, dis-je en moi-même, voici une aventure!...

Je continue ma route.

Cette femme m'aborde: « Bonsoir! Tu es chic!... Tu ne voudrais pas m'offrir une consommation? »

Elle était vraiment gentille, et elle souriait dans une attitude pleine de grâce... à la française... quoi!... Je la regardai, un instant, immobile, en songeant à Dubé, juge sévère, au restaurant.

— Non, ma jeune amie, dis-je, pas ce soir!... Vois-tu, en ce moment, j'ai les pieds « nickelés »!...

— Ah! vraiment!... dit-elle... Tu as les pieds nickelés!... C'est dommage! car il me semble que tu marcherais quand même!... si tu voulais prendre ma main et te laisser conduire!...

— Quel esprit! On dit, qu'à Paris, il court les rues... Cette fois, c'était vrai. Je lui remis dix francs et la quittai non sans regret en songeant à son abandon...

Et voilà, mon cher!... Nous sommes quittes. Tu as eu une « poule »!... j'ai eu une « midinette »!... Nous aurons, chacun, un récit de voyage... à la lune!...

Quel plaisir nous éprouvions à nous raconter!...

— Je pourrais rapporter un autre souvenir, différent de celui-ci.

Un jour, en voyage, je lui signalais un point faible à propos d'un de ses chers projets.

— Le Sage, me dit-il, ne dis rien qui puisse refroidir mon enthousiasme... tu me tuerais, car il n'y a guère que ces yeux-là qui, maintenant, puissent me diriger et voir loin sans apercevoir les obstacles... si décevants...

Il avait raison. J'eus des regrets et pris des résolutions.

Durant un voyage en Suisse, il ne cessait d'exprimer son enthousiasme en face des magnifiques panoramas — lacs, montagnes, châteaux, grands hôtels — qui se déroulaient sous nos yeux et que je lui décrivais le mieux possible.

— Oui, disait-il, c'est grandiose. Ces montagnes! Les Alpes... Là-bas, le Mont Blanc. Quelle nature!...

Il voyait, semble-t-il, aussi bien que moi. Pure illusion, souci probable de m'épargner un chagrin! C'était du courage ou de la magnanimité.

— Pourquoi rapporter ces menus faits? Pour montrer simplement un aspect de cette mentalité si riche d'enthousiasme et d'énergie indomptable. Il aimait la vie, quand même!... Nous devons la lui rendre aussi légère que possible!...

— Je lui racontai, un soir, une autre aventure arrivée au bord du trottoir, rue de Castiglione, à Paris. Un soir, je marchais, sans but... lorsque deux femmes m'abordent en auto, dont l'une portant une cigarette à la bouche.

— Dis donc, cher ami, vous n'auriez pas une petite allumette... pour m'allumer..., dit-elle, en tenant sa cigarette à la main!... Nos sourires se croisent!...

— Je ne fume pas... Elle insiste que je les accompagne... je refuse.

Sa compagne reprit aussitôt:

— Rien à faire, ma chère, tu vois bien que c'est un monsieur qui n'allume que sur sa boîte!...

C'était l'étincelle, cette fois!...

Cette intimité ne manquait pas de charme...

Dubé était donc un aimable compagnon de voyage.

En voici un autre exemple.

Nous étions à Nice. Un jour, il m'aborde en me disant: « Dis donc, LeSage, pourquoi n'irions-nous pas à Grasse? Nous en entendons parler souvent; profitons d'une excursion qu'on organise et allons voir comment, avec ces fleurs exquises, que tu aimes tant, on fabrique les parfums qui grisent et nous font oublier, ne serait-ce qu'un instant, les désenchantements de la vie. Je ne pourrai certainement pas les voir, ces chères victimes qu'on immole à notre intention, mais tu les verras, toi, et tu me diras les étapes merveilleuses de leur trépas.

— Ta proposition m'intéresse. Plus j'y songe, plus je la trouve attrayante.

Nous voilà donc en marche, à travers les sombres « gorges du loup », vers les sommets où Grasse domine toutes ces vallées fameuses.

Nous voici rendus. Quel magnifique spectacle!... On nous invite à visiter ces établissements mystérieux où la fleur est soumise à toutes les tortures qu'on lui inflige avant de libérer son âme: son parfum. « Tout doit avoir son parfum, dit-on, encore inconcevable, dans l'espace, même un rayon de lune, un murmure dans l'eau, un nuage qui plane, un sourire de l'azur. »

C'est ici que le génie de l'homme est aux prises avec les secrets de la nature.

On débuta par la jonquille, le réséda et la tubéreuse, en continuant avec les roses. Suivons ces fleurs et assistons aux opérations du chimiste, qu'un aide complaisant veut bien nous exposer.

« *Que fait-on des roses?* dit-il. On les entasse dans d'immenses chaudières où passe la vapeur d'eau. Ces fleurs sont pleines de complaisance et de bonne volonté; elles livrent leur âme avec simplicité. Peu à peu, leur huile essentielle suinte goutte à goutte dans un tube de verre où on la recueille pieusement. « Voyez cette goutte couleur d'ambre », dit notre cicerone.

Mais, ajouta-t-il, l'opération *du jasmin* est plus délicate. Chaque matin, nous étalons un nouveau lit de ces fleurs un coussin de graisse froide épais

de deux doigts sur de grandes plaques de verre. Au bout de trois mois, après avoir dévoré quatre-vingt-dix générations de fleurs, la graisse est complètement saturée.

« *La violette*, au contraire, ne cède rien à la graisse froide. Elle requiert la chaleur. On chauffe la graisse au bain-marie; puis, on l'inonde d'alcool qui s'empare du parfum. On la réduit, on l'évapore, on la condense et la perle liquide de ces deux fleurs, pure, essentielle, inépuisable, est enfin recueillie dans une ampoule de cristal. Est-ce une résurrection? est-une apothéose? Je crois plutôt dans une réviviscence, une évocation. Rien ne meurt dans la nature... »

Ainsi parla notre guide. Ainsi se termina notre pèlerinage au pays des fleurs.

Dubé me rappela souvent, plus tard, le souvenir de ce voyage charmant dont il avait eu la bonne pensée. Sans doute, sa vue le privait de certaines impressions douces ou fortes. Mais, en causant, son imagination et son érudition suppléaient fort heureusement à son infirmité. Cependant, il ne prononça jamais un parole amère qui pût nous y faire penser et nous attrister durant ces heures délicieuses!...

Voilà comment Dubé fut un bon compagnon et un ami complaisant. Il a été, je le répète, un caractère. Ces anecdotes le démontrent; c'est dans ce but que je les rapporte.

*Sur les lacs italiens.* Je voudrais, pour terminer ce chapitre des anecdotes et des impressions, en raconter une dernière parmi les plus rares.

Après notre séjour au Congrès médical de Nancy, en 1925, où nous avons, Dubé et moi, reçu un accueil si cordial, comme délégués du Canada, nous avons conçu le projet de prendre un repos dans le nord de l'Italie, aux lacs italiens. C'est un paysage unique, fréquenté, avant la guerre de 1914, par les souverains et les grands de l'Europe centrale. Le lac Côme est le plus fameux des trois. En quittant l'historique villa d'Estée pour se rendre à Bellagio, située à l'autre extrémité, nous apercevons, de chaque côté, des châteaux historiques et des villas pittoresques, témoins orgueilleux et solitaires de la grandeur du passé. Rares étaient ceux ou celles qui étaient habités, en ce temps-là, entre autres, la résidence du duc de Brunswick, gendre de l'empereur d'Allemagne, située sur une petite île où on avait importé toutes les plantes exotiques imaginables. A ce moment, cette propriété était encore tenue sous séquestre par l'Italie.

Nous étions pourtant en 1925.

Bref, nous arrivons à Bellagio, jolie petite ville située sur la rive droite. Puis, on nous conduit à notre hôtel « *Serbelloni* ». Cette antique demeure princière a été construite sur les hauteurs qui dominent la ville, au centre d'une presqu'île avançant audacieusement dans les eaux calmes du lac pour aller, semble-t-il, défier les chaînes majestueuses des Alpes dont la ligne grisâtre et ondulée découpe le lointain et vaste horizon.

Nous voilà donc installés. Dubé s'en réjouit bruyamment. Sa vue est basse, mais son esprit, comme d'habitude, est bercé, quand même, de rêves et d'ambitions innombrables. Pourquoi, dit-il, ne pas jouir un instant de la vie qui passe en souriant près de nous, tandis qu'elle a déjà été si dure dans le passé?

N'oublions pas que:

Le bonheur est un rêve intime et sédentaire  
Qu'il ne faut pas froisser aux ronces du chemin.

— Ces deux vers sont d'Antoine Yvan.

N'a-t-on pas dit, aussi, que « tout bonheur que la main n'atteint pas n'est qu'un rêve » ?

Serait-ce une compensation en attendant la prochaine tuile.

L'endroit est charmant. En sortant de l'hôtel, nous entrons dans un parc magnifique. Sous la feuillée, nous entendons, près de nous, le bruit d'une fontaine qui jase. Que dit-elle? Elle pleure des larmes abondantes dans une vasque immense où elle s'attarde en un mirage attrayant avant de rejoindre, librement, les eaux profondes de son cher lac, qu'elle alimente.

Nous jouissons de la douceur des lieux; on dirait que

La terre s'est donnée aux désirs de l'été...  
Des palmiers ont dressé leurs branches qui mentent...  
D'invisibles essors s'échappent des rameaux...

Partout, on aperçoit de hautes statues de marbre représentant d'illustres personnages grecs ayant, sans doute, quitté l'Iliade depuis longtemps pour errer dans un monde moderne et y perpétuer l'attitude, les mœurs et le costume antiques. C'est un enchantement, une sensation d'art, nouvelle et inespérée.

Après le dîner, le directeur nous prie d'écrire un mot dans le « livre d'or ». Quelle fut cette pensée? Il y avait sans doute un brin d'idéalisme. Je m'en souviens, j'avais magnifié l'endroit.

Mais, voici sa majesté, le soir; il monte lentement. Peu à peu la nuit règne, claire et constellée d'étoiles. On dirait qu'elle est lamée d'incendies. Nous marchons un instant sur la terrasse qui domine les environs, et nous nous asseyons près de la balustrade pour admirer cette féerie. La duchesse d'Uzès, accompagnée de son neveu, dit-on, se tient près de nous. Nous échangeons nos impressions depuis quelques minutes lorsque nous entendons, soudain, des voix multiples et lointaines qui montent jusqu'à nous, par intervalles: des bouffées d'harmonie!

— Qu'est-ce?..

— C'est, aujourd'hui, fête nationale en Italie, nous apprend le directeur. Tout le monde s'en réjouit. C'est une coutume répandue dans tout le pays. On chante le « *Sancta Maria* ». Rien de plus impressionnant et nouveau pour nous.

Tandis que le charme se prolonge, nous apercevons, en face, enveloppé dans un manteau clair de lune, un pan de montagne illuminé des mille feux des habitations.

On aurait pu croire que toutes les étoiles du firmament étaient venues se brancher aux arbres du coteau pour entendre cet hymne inspiré avant de disparaître sous les feux de l'aurore!...

Dubé n'a jamais oublié la forte impression de cette apothéose nationale... moi non plus. Il en parlait souvent. Je la lui rappelle une dernière fois en songeant que, peut-être, « par delà les tombeaux, les yeux qu'on ferme voient encore! »... Je me plais à revivre cette minute inoubliable.

14) *Philosophe!* Dubé a été, aussi, un grand philosophe, car il a subi sans médire les pires épreuves: celles du cœur. Celui qui n'en a pas éprouvé au moins une n'a pas reçu le baptême de la vie. « Il faut savoir compter ses peines, ses sacrifices, ses jouissances, pour arriver à un résultat. »

La mort anticipée de son fils le trouva résigné. N'avait-il pas accepté, courageusement, durant deux longues années, l'épreuve de l'isolement et de

l'obscurité, la tête fixée sur un dur sommier afin de revoir de nouveau la lumière? Il guérit. Il supporta tout cela avec stoïcisme et grandeur. Depuis, il voulait vivre et poursuivre son œuvre, inachevée; elle sera, désormais, son principal refuge. Il y réussit en servant les autres.

15) *La retraite.* Puis, un jour, ce fut l'heure de la retraite qui sonna.

Partout, on lui rend hommage à cause de ses quarante années de service. Seule, l'Université lui refusa une petite pension, comme à d'autres anciens, malgré la requête unanime et motivée de la Faculté de Médecine; on invoqua une exception à la forme contre un de ses fils les plus brillants, et qui l'avait servie avec honneur!... Dubé en sortit amoindri, malgré l'estime et le respect de tous. Avec Achard, chef de la délégation française à son Congrès en 1922, il répétait, en le citant, que la retraite a quelquefois ses joies. « Les souvenirs, disait Achard, prennent plus d'éclat. Dégagé des petites questions personnelles, le jugement se fortifie et s'affranchit, la vie intérieure se développe et nous cultivons avec plus d'amour le jardin secret où se passe la meilleure part de notre existence spirituelle. »

« On dirait, ajoute Focillon, ancien professeur au Collège de France, que notre conscience du passé a besoin de ces haltes où toute discordance s'apaise, où le cours du temps semble suspendu au-dessus d'un horizon éternel. »

— Est-ce une fiction ou une vérité dans l'ordre humain?

— Ces faits et tant d'autres, nous forcent à réfléchir. Les pensées, les actes, les mérites, les exemples, devraient perpétuer notre mémoire!... J'en doute car, dans les temps actuels, on élève l'oubli à la hauteur d'un culte!... Songeons plutôt aux coups du sort et à l'incertitude des lendemains puisque personne n'est sûr de l'heure qui l'attend ni de l'épreuve qu'il subira; elle est nécessaire pour mesurer la valeur d'un caractère. Le bien est amollissant; il faut, pour le redresser, qu'il se sente épaulé par l'adversité qui longe constamment, silencieusement, la route poursuivie, attendant l'heure qu'elle a choisie. Seuls, l'énergie, le courage et la foi en la justice immanente peuvent nous sauver de nous-mêmes.

\* \* \*

Telle fut la vie et l'œuvre de Dubé. Elle méritait que son ami de cœur et d'esprit la racontât. J'appartiens à la phalange, clairsemée, de ceux qui passent. C'est une dernière occasion de parler de ceux que j'aimais; je la saisis, car elle ne reviendra plus...

Je termine cette biographie par un aveu de Dubé lui-même. « J'arrive à la fin de ma vie, me disait-il... J'en use pour remplir un devoir dont j'ignore les échéances; mais mon optimisme demeure une source inépuisable de confiance et d'élan. »

Ces paroles sont émouvantes et pleines d'une saine philosophie; elles vont rejoindre le témoignage posthume de son fils Paul:

D'en haut, la flèche d'or  
Sur cet homme qui dort  
Tombe, et lui tisse un fil  
Où son âme s'enfile<sup>1</sup>.

1. Paul Dubé: *L'éducation poétique*, « Etoile », p. 27.

JOSEPH-AUGUSTE RICHARD  
(1855-1924)

«... votre dévouement vaut plus que les succès pécuniaires. Continuez... et comptez toujours sur ma bonne volonté.»

(Richard à Dubé en 1911.)



Auguste Richard n'était pas médecin, mais il a été l'ami des médecins. Propriétaire d'un splendide domaine dans les Chenaux, il pouvait, à loisir, contempler la pittoresque baie de Vaudreuil, tandis qu'à l'autre extrémité il admirait les longues perspectives du lac des Deux-Montagnes. Sous les chênes séculaires, il avait fait construire un pavillon modeste mais confortable pour loger sa famille et y recevoir ses amis. Dans le voisinage immédiat se trouvait un golf, le sien, où nous assistions à des joutes fameuses entre amateurs du voisinage ou invités d'occasion. C'est là que nous lançions nos balles et que l'esprit prenait son essor après les soucis de la journée.

Auguste Richard est né en 1858, à Stanstead, P. Q. Après ses études, on le trouve à Winnipeg où il dirige une importante maison de commerce dans les vins et les alcools. Quelques années plus tard, il fonde, à Montréal, en 1898, la maison «*Fashion-Craft*», dont nous connaissons le succès constant; puis il devient directeur de la *Banque Provinciale* et du *Crédit Foncier*. Dans l'intervalle, on le nomme «*trustee*» de *National Gallery of Canada*. Enfin, il devient membre du bureau des *Ecoles Catholiques de Montréal*. Il occupait donc d'importantes situations dans le monde des affaires lorsqu'il aborda l'«*action sociale*». Il était, à cette époque, grand ami de sir Wilfrid Laurier, «*son pays*», qu'il admirait sincèrement et dont il possédait la confiance.

Bien entendu, cette biographie n'est pas complète. Je ne m'occupe que des faits essentiels de sa vie publique. Je laisse à d'autres le soin de la compléter.

Auguste Richard, riche industriel et généreux mécène, possédait un charme tout particulier. Il accueillait ses hôtes avec empressement et bienveillance. De taille moyenne, le front haut et large, les yeux gris et rieurs, le nez droit, la moustache courte, la bouche souriante et fine, la voix légèrement voilée et douce, il parlait lentement et avec mesure. Son attitude était simple et réfléchie; sa démarche était un peu nonchalante, mais le costume était sobre et de bon goût. Sa conversation était souvent piquante, sinon sceptique; il avait appris à connaître les hommes, il savait attendre avant de porter un jugement. C'est ainsi qu'il devenait, maintes fois, le juge impassible et désintéressé de tous les plaideurs qui l'entouraient, surtout lorsqu'ils étaient réunis chez lui, près d'un foyer éclatant et plein de flammes, tandis que le bon vin — il s'y connaissait — alternait avec le bel esprit!... Ah! le bon temps!...

C'est dans ce milieu qu'il apprit, un jour, la signification du mot «*action sociale*», en écoutant les propos de ses amis les médecins. C'est là qu'il prit la résolution de consacrer, à l'avenir, un peu d'énergie, de temps et d'argent pour

participer à quelques-unes de ces œuvres qui prolongent la vie au delà des tombeaux puisqu'elles sont destinées à une existence permanente. Il résolut donc de collaborer avec eux, et il le fit avec désintéressement, habileté et sagesse.

C'est pour rendre hommage à sa mémoire et à son esprit public que je le compte au nombre de ceux qui, parmi nous, y ont consacré beaucoup de temps et de persévérance. C'est là qu'on a pu apprécier sa droiture, son intelligence, si lucide, et sa maîtrise dans toutes les questions paramédicales qui méritaient de retenir son attention.

Auguste Richard était, aussi, un homme cultivé. Il brassait de grandes affaires, mais il aimait les classiques. Que de fois il nous a récité des vers et cité des pages entières des auteurs anciens et modernes. Il lisait beaucoup, malgré ses occupations; on aurait pu dire de lui, à la fin de sa vie, qu'il était un homme de lettres égaré dans le commerce.

Il avait, aussi, des goûts artistiques; il possédait des toiles et des bronzes de grand prix.

Voici quelques exemples de son goût pour la littérature.

Un jour de septembre, tandis que les feuilles commençaient de joncher le sol et que nous étions ses hôtes, il nous invita à contempler un coucher de soleil en train de plonger dans les eaux du lac.

— Vous ne trouvez pas cela plus beau qu'un soir d'été, mes amis? dit-il. Dites-moi donc quelle saison vous préférez.

Au bout de quelques instants, il se place en face de nous:

— Ecoutez, dit-il, l'opinion d'Henri de Régnier sur ce sujet; c'est aussi la mienne.

Il nous récita les vers suivants, sans la moindre hésitation, — il avait une mémoire fidèle.

#### LA SAISON PRÉFÉRÉE

Les matins de printemps ont des douceurs légères  
Qui font que, si l'on aime, on croit qu'on est aimé,  
Car on entend chanter, parmi les primevères,  
Les fontaines d'avril et les oiseaux de mai.

J'aime les jours d'été dont l'aurore est si belle  
Que la fleur s'illumine et que la feuille luit,  
Et qu'on pense, tant leur clarté semble éternelle  
Qu'ils n'auront pas de fin et qu'ils seront sans nuit.

Mais je préfère encor les rouges soirs d'automne  
Dont la pourpre flamboie à l'horizon en feu,  
Parce que notre cœur en sa cendre s'étonne  
D'avoir été pareil à leur ardent adieu!

*Henri de Régnier*

Après les félicitations de tous les amis présents, il continue:

— Mais il n'y a pas que les Français qui sachent écrire des vers. Il y en a aussi parmi nos bons Canadiens français. Je vais vous dire un autre sonnet que vous saurez apprécier; il est de Jean Charbonneau, avocat, de Montréal.

Richard était un patriote discret mais convaincu.

LE RÈGNE DU SILENCE

Contemple sans parler la majesté des choses:  
L'heure crépusculaire argente les ruisseaux;  
Et les lis inclinés sur le miroir des eaux  
Baignent dans le flot b'eu leurs corolles mi-closes.

L'air promène au sentier le cher parfum des roses;  
Dans les buissons s'éteint la chanson des oiseaux;  
La lune est apparue; et parmi les roseaux,  
Le song respendit en ses apothéoses.

Il passe autour de nous un doux apaisement,  
Dans les arbres pensifs, pas un tressaillement:  
On croirait que la nuit s'est recueillie et pense...

Ouvrez votre âme au soir, ô rêves endormeurs:  
Le bruit universel a cessé ses rumeurs,  
Et cède son empire au règne du silence.

Jean Charbonneau.

— Nos applaudissements, chaque fois, l'encourageaient.

Mais le poème qu'il préférait, c'était, incontestablement, celui, fameux, de François Fabié sur « *l'art de vieillir* » Il y mettait, en le récitant, une conviction, une sincérité presque mélancolique, sinon triste et douloureuse, nous laissant croire qu'il vivait toutes les phases de ce drame intérieur qu'on appelle « *la vieillesse* ». Son attitude, sa voix, l'expression lointaine de son regard, et la souriante amertume de sa bouche traduisaient fidèlement l'âme de ce poème philosophique et sentimental.

En terminant, notre beau diseur était ému; sur le bord de sa paupière perlait une larme qu'il s'empressait d'essuyer, car il craignait qu'un tel aveu, de sa part, pût attrister ses hôtes venus pour rire et non pour pleurer.

On le sait, il concevait l'hospitalité totale.

Voici, amputé de quelques strophes, ce poème célèbre:

SAVOIR VIEILLIR

Savoir vieillir! quel art, mais combien difficile!  
Que de ferme vouloir il y faut, et quels dons,  
Quelles victoires sur notre orgueil imbécile,  
Que de renoncements cruels et d'abandons!

. . . . .

Avec sincérité, dès que l'aube se lève,  
Se bien persuader qu'on est plus vieux d'un jour,  
A chaque cheveu blanc se séparer d'un rêve,  
Et lui dire tout bas un adieu sans retour.

. . . . .  
. . . . .

Rétrécir l'horizon des projets et des tâches  
Pour agrandir celui de l'au-delà sans fin,  
Eviter de son mieux les regrets bas et lâches  
Qui, des restes d'hier, voudraient nourrir demain.

. . . . .  
 . . . . .  
 . . . . .  
 . . . . .

Pour un soir s'en aller sans causer trop d'alarmes,  
 Discrètement; mourir juste comme on s'endort.  
 Pour que les tout petits ne versent pas de larmes  
 Et qu'ils ne sachent que plus tard ce qu'est la mort.

Voilà l'art merveilleux connu de nos grands-pères,  
 Et qui les faisait bons, tendres et vénérés,  
 Ils devenaient très vieux sans devenir austères.  
 Ils portaient souriants, certains d'être pleurés.

*François Fabié.*

Mais, ajoutait-il, en une autre occasion, on se console en songeant à l'avenir. L'âge, comme la nature, a aussi ses matins. Et il nous récita, un dimanche matin, ce délicieux sonnet qui ressemble à un lever de rideau:

#### MATIN

Sous un souffle qu'emplit l'aube des premiers temps  
 S'évapore la terre aux verdure nouvelles;  
 L'arbre enivré s'incline au bord des clairs étangs;  
 Et les feuilles au ciel battent comme des ailes  
 Dans l'âme fraîche du printemps.

Sur l'herbe où la rosée a perlé leurs pieds roses,  
 Les nymphes ont conduit les danses d'autrefois;  
 Et Pan qui rit au loin, les paupières mi-closes,  
 Ecoute en s'éveillant chanter de douces voix  
 Dans l'air fait du parfum des choses.

Dans l'innocente paix d'un matin enchanté,  
 La nature se vêt de grâce et d'harmonie;  
 Tout reprend la candeur de sa virginité;  
 Et, dans un souvenir d'existence bénie  
 Tout baigne et lustre sa beauté.

L'homme passe, oublieux des misères humaines,  
 En ce monde oublieux des mortelles saisons;  
 Et vers des dieux amis, purs encor de ses peines,  
 Son cœur léger, qui flotte en vagues floraisons,  
 S'en va sur les brises lointaines.

*Léon Dièrx.*

Malgré cette belle culture, il exprimait quelquefois le regret de ne pas s'y adonner davantage; mais on ne peut, en un jour, tout posséder. Il avait, jusqu'ici, été particulièrement favorisé. Il pouvait, du moins, s'en venger honorablement en protégeant ceux qu'il admirait de savoir les lettres, la philosophie et les arts. Il n'y manqua pas. Nombreux sont ceux qui peuvent en témoigner, car il avait autant de cœur que de fortune; il en usa discrètement ou ouvertement selon l'occasion. La main qui reçoit sait-elle, chaque fois, reconnaître la main qui donne? François Coppée l'a dit excellemment:

Donnez sans espoir qu'on vous rende,  
 Donnez sans savoir qui reçoit.  
 Le plus noble geste qui soit,  
 C'est d'ouvrir la main toute grande.

C'est ainsi qu'il a assumé les frais de publication de trois in-quarto de plus de 500 pages chacun sur « *L'Acadie* », écrits par son cousin Edouard Richard, et annotés par Henri d'Arles.

Il a aussi été agent consulaire français durant son séjour à Winnipeg.

Bref, Auguste Richard fut une personnalité et un véritable philanthrope. Il vivait près d'Harwood et de Boulet, en ville et à la campagne. Il les fréquentait beaucoup et il eut l'occasion d'y rencontrer leurs amis. Il les adopta... comme les enfants du hasard. Ce fut le début de cette carrière, nouvelle pour lui.

Suivons-le pour le voir à l'œuvre, et avec quel élan.

L'*Institut Bruchési* fut fondé en 1911. Il doit son existence à deux hommes : le docteur J.-E. Dubé, décédé en 1939, et le docteur Eugène Grenier, ancien élève de notre excellent ami Knopf, phtisiologue de grande réputation, de New-York, et que nous avons connu à Paris en 1895, chez Letulle. Membre fondateur de la *Montreal League for the Prevention of Tuberculosis*, Dubé voulut fonder une institution canadienne-française pour enrayer la tuberculose. Il s'adressa à la communauté des Sœurs de la Providence, et il put ouvrir un dispensaire qu'il mit sous le patronage de Mgr Bruchési. Ce fut le début de l'Institut Bruchési. Auguste Richard en fut le premier président en 1911. « Cet excellent ami, dit Dubé, homme d'affaires remarquable, avait un jugement sûr, et ses conseils étaient inappréciables. Après lui avoir exposé le but de ma visite et répondu à quelques questions, il promit de m'aider par tous les moyens possibles dans cette organisation, qu'il trouvait urgente. » Je l'accompagnais, en cette journée mémorable. C'était à son bureau, rue Saint-Laurent, près Ontario.

Le lendemain, Auguste Richard adressait à Dubé la lettre suivante :

Mon cher docteur, — Je vous transmets, ci-joint, mon chèque pour vous féliciter de votre esprit public. Vous donnez un exemple de désintéressement qui ne manquera pas d'avoir son influence sur vos confrères pour le plus grand bien de l'humanité. Le résultat de votre dévouement vaut plus que les succès pécuniaires. Continuez votre œuvre et comptez toujours sur ma bonne volonté. J.-Auguste RICHARD

Voilà, en quelques mots, l'esprit de cette nouvelle recrue.

Il occupa, le premier, le fauteuil de la présidence jusqu'en 1915 ou 1920, après avoir obtenu des Gouvernements provincial et municipal, ainsi que de généreux souscripteurs, des octrois annuels et des dons importants qui en assuraient l'existence.

Telle a été son œuvre de collaboration à cet Institut.

Mais son activité ne s'est pas arrêtée là.

Ses amis, médecins, lui exposaient un jour qu'une *chaire d'enseignement théorique de phtisiothérapie* était indispensable pour éduquer nos étudiants sur une question aussi importante et compléter l'œuvre du dispensaire.

Un soir donc, à Vaudreuil, il s'avise de poser à l'un de nous la question suivante :

— Combien, docteur, ce projet coûterait-il, par année?

— Environ \$400 pour assurer le fonctionnement de cette chaire.

— Si l'Université, dit-il aussitôt, est prête à fonder cette chaire, je m'engagerai à verser cette somme annuellement.

On soumit la proposition à Harwood, le doyen, qui en fut ravi; mais il fit aussitôt consentir à son excellent voisin et ami de cœur une dotation de \$10,000 pour en assurer la permanence.

Telle fut une autre fondation d'Auguste Richard, avec l'Institut Bruchési, dont il partage le mérite avec les docteurs Dubé et Grenier.

L'Université et l'École de Médecine acceptèrent ce legs avec reconnaissance en mai 1913. Dubé en fut le premier titulaire. Le professeur Jarry en est le titulaire actuel.

L'amitié avait scellé, encore une fois, un nouveau pacte d'union sacrée « plus fort que la mort » !...

*L'hôpital Notre-Dame.* Il s'est intéressé très activement aussi à cette institution. Il avait dû céder aux instances d'Harwood qui le tenait pour un sage conseiller et un homme influent dans les grandes institutions financières. Il en devint donc un des administrateurs de 1915 à 1918. En 1918, il fut élu deuxième vice-président, et en 1919, premier vice-président. Il a continué de siéger sur le bureau d'administration jusqu'en 1923.

Ce fut l'époque du grand dérangement: constructions nouvelles, déménagement et autres questions de la plus haute importance pour l'hôpital.

Que de délibérations: que de projets; que d'embarras de toutes sortes. Ces situations ne sont pas des sinécures, et ceux qui en assument la tâche méritent qu'on s'en souvienne.

Auguste Richard reçut le titre de *Docteur en Droit (L.L.D.) honoris causa* de l'Université Laval de Montréal, en reconnaissance de son dévouement à la cause du haut enseignement.

Tel fut l'homme; tels furent, en quelques mots, les résultats de son « *action sociale* ».

Lorsqu'un homme, industriel, épris d'idéologie, a eu le bonheur d'acquérir de la fortune et de posséder les qualités dominantes du véritable citoyen, c'est un rare privilège de pouvoir coopérer à des œuvres « d'utilité publique ».

Auguste Richard en avait compris le sens véritable lorsqu'il répétait après tant d'autres que « la charité, c'est tout le christianisme » (Bossuet).

— En concluant, j'ai publié ces biographies dans un double but: en premier lieu, j'ai voulu montrer, qu'au point de vue universitaire, les anciens, mes premiers maîtres, avaient hautement revendiqué les droits d'une minorité à l'enseignement supérieur, jusque-là, contrôlé exclusivement par les médecins anglais. D'ailleurs, ceux-ci peuvent s'en glorifier. Mes Maîtres ont donc fondé des Ecoles de médecine, des universités et des hôpitaux qui furent et demeurent français. Ils y ont réussi, malgré tout. A ce titre, ils méritent qu'on le sache et qu'on le proclame hautement.

— En second lieu, nos compatriotes ont compris, aussitôt que possible, la solidarité qui doit exister entre tous les médecins, anglais et canadiens-français, au point de vue professionnel, et ils se sont joints à leurs collègues anglais, qui

les avaient longuement devancés sur cette importante question. Ils ont, d'abord, coopéré avec eux, puis, peu à peu, en s'infiltrant dans leurs rangs, ils ont assumé, plus tard, la responsabilité et la direction du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, grâce surtout à la clairvoyance de deux d'entre eux: *Rottot* et *E.-P. Lachapelle*. Je fais allusion, bien entendu, aux seuls médecins canadiens-français.

— La génération suivante, la nôtre, a eu, surtout, le mérite d'implanter au Canada les méthodes pasteurienne en médecine et en chirurgie. Cela a entraîné des changements radicaux dans les hôpitaux et dans l'enseignement, à la Faculté de Médecine, sans compter les innovations si utiles et fécondes en médecine sociale.

Ces deux exemples constituent, pour nous, une page d'histoire qui mérite d'être inscrite dans nos annales.

*L'Union Médicale* devait leur rendre ce témoignage de gratitude à l'occasion du soixante-quinzième anniversaire de sa naissance!...

ALBERT LESAGE.

# MÉDECINE SOCIALE

## QUINZE ANNÉES DE B.C.G. À L'HÔPITAL STE-JUSTINE<sup>1</sup>

Gaston LAPIERRE,

Chef de Service à l'hôpital Sainte-Justine (Montréal).

De l'année 1928 au mois d'août 1934, 634 bébés ont été vaccinés par le B.C.G. à l'hôpital Sainte-Justine. Durant cette période, le Service du B.C.G. ne consistait qu'à faire la vaccination des nouveau-nés, et ceux-ci n'ont été visités qu'après l'organisation du Service Médico-Social du B.C.G. en août 1934.

C'était à l'époque de la plus forte opposition à cette vaccination, et il y avait alors plus d'adversaires que de partisans; maintenant la proportion est renversée.

Nous avons pratiqué l'immunisation par ingestion pendant plusieurs années sur un total de 4,612 enfants, puis par injection sur 1,226, pendant un certain temps, mais en face de l'opposition grandissante à cause du nombre d'abcès (199, dont 82 nodules résorbés), nous

avons retraits pour revenir à la méthode par ingestion, et plus récemment nous avons inauguré à Montréal la méthode de M. Nègre, de l'Institut Pasteur, par scarification, chez tous ceux dont les parents consentent.

Il faut bien se rendre compte du travail énorme, et sans cesse croissant, que représente un Service Médico-Social du B.C.G. Deux infirmières diplômées de l'hôpital Sainte-Justine et de l'École d'hygiène sociale appliquée en ont la charge, ce sont leurs uniques fonctions, et une troisième garde-malade se joint à elles de façon intermittente pour y accomplir le plus de travail possible. Le nombre des vaccinés en 1943 se chiffre à 859.

*Total des cas visités de 1934 à 1943: 3,858.*  
Vaccinés vivant en milieu supposé sain (ingestion).

Visités à 1 an et 2 ans.

*Vaccinés par ingestion: 500*

*Mantoux à 1 an.*

433 positifs

67 négatifs revaccinés	6 mois après:	61 positifs	4 positifs
		6 négatifs revaccinés	
			1 négatif revacciné, positif après 6 mois

1. Communication au XVIIIe Congrès de l'A. M. L. F. C., Québec, juin 1946.

*Mantoux à 2 ans.*

425 positifs

75 négatifs revaccinés	6 mois après: 56 positifs	13 négatifs revaccinés	8 positifs	5 négatifs revaccinés	3 positifs après 6 mois	2 restent négatifs après plusieurs revaccinations.
	4 Mantoux refusés	1 non retracé	1 décès à Pasteur (spasmophilie) anaphylaxie alimentaire.			

*Vaccinés vivant en milieu supposé sain (injection).*

78 Mantoux à 2 ans

78 Mantoux

78 positifs

38 positifs

45 négatifs

Visités à 1 an et 2 ans.

169 Mantoux à 1 an.

169 Mantoux à 2 ans.

162 positifs

169 positifs

7 négatifs	{ 1 refus 6 revaccinés	{ 4 positifs 2 refus
------------	---------------------------	-------------------------

1° *Vaccinés par ingestion.*

Visités à 6 mois et à 2 ans.

6 mois

2 ans

270

270

268 positifs

247 positifs

2 négatifs

23 négatifs

1° *Vaccinés par ingestion.*

Visités à 1 an et 2 ans avec témoins de 1 à 6 ans.

2° *Vaccinés par injection.*

Visités à 6 mois et à 2 ans.

6 mois

2 ans

270

270

270 positifs

267 positifs

3 négatifs

106 Mantoux à 2 ans

106 Mantoux

91 positifs

31 positifs

15 négatifs

75 négatifs

1° *Vaccinés par ingestion.*

Visités à 6 mois et 2 ans avec témoins de 1 à 6 ans.

2° *Vaccinés par injection.*

Visités à 1 an et 2 ans avec témoins de 1 à 6 ans.

*Vaccinés**Témoins*

55 Mantoux à 6 mois

49 positifs

6 négatifs

55 { 14 positifs  
41 négatifs

55 Mantoux à 2 ans

50 positifs

5 négatifs

55 { 13 positifs  
42 négatifs*Vaccinés**Témoins*

78 Mantoux à 1 an

78 Mantoux

77 positifs

19 positifs

1 négatif

50 négatifs

2° *Vaccinés par injection.*

Visités à 6 mois et 2 ans avec témoins de 1 à 6 ans.

<i>Vaccinés</i>	<i>Témoins</i>
54 Mantoux à 6 mois	54 } 12 positifs 42 négatifs
54 positifs	
54 Mantoux à 2 ans	54 } 11 positifs 43 négatifs
54 positifs	

*Cas revaccinés de 1934 à 1943: 911.*

Vaccinés par injection: 1,226.

Réactions causées par B.C.G.

199 abcès

92 nodules résorbés.

*Enfants visités.*

Vaccinés: 4,465 apparemment en bonne santé;

238 apparemment débiles. Examen médical conseillé.

Frères et sœurs de ces enfants visités.

Non vaccinés: 3,509 apparemment en bonne santé;

374 apparemment débiles. Examen médical conseillé.

*Enfants suivis annuellement de 1 à 5 ans.*

Vaccinés: Sains 286; Débiles 20

Non vaccinés: Sains 243; Débiles 36.

*Enfants vivant en milieu contaminé.*

Vaccinés: Sains 115; Débiles 11.

Non vaccinés: Sains 84; Débiles 18.

*Enfants décédés: 155.*

\* \* \*

*Détails relatifs à la cause du décès de 7 cas particuliers*

1. Robert B..., décédé à 3½ mois, le 6-3-41.

Empyème pleural.

Autopsie: empyème pleural. Collapsus pulmonaire. Hépatisation grise et abcès. Hépatite toxi-infectieuse.

Milieu familial: pas de contact de tuberculose connu. Trois sœurs surveillées par Bruchési centre.

2. Emile A..., décédé à 8½ mois, le 12-4-40.

Broncho-pneumonie et otite double.

Autopsie: oto-mastoïdite suppurée. Méningo-encéphalite exsudative. Pleuro-pneumonie de la base gauche (carnisation). Hépatisation grise du sommet droit. Broncho-pneumonie de la base droite. Hépatite toxi-infectieuse. Péricardite séreuse.

La radiographie prise pendant l'hospitalisation montrait une opacité homogène occupant la moitié supérieure de l'hémithorax droit et caractéristique d'un processus de pneumonie.

Diagnostic: pneumonie lobaire supérieure droite. Ponction lombaire: analyse du liquide céphalo-rachidien: liquide sanguinolent.

Examen chimique: albumine 0.40  
sucre 1.02

Examen bactériologique: pas de pus ni de bactéries.

Réaction Meyer: positive.

Milieu familial: père souffre de tuberculose osseuse. Sœur, décédée de méningite tuberculeuse à 10 ans.

3. Pierre P..., décédé à 7 mois, le 26-3-41.

Autopsie: refusée.

Diagnostic: broncho-pneumonie bilatérale.

Radiographie le 25-2-41.

Signes de broncho-pneumonie bilatérale surtout marqués à gauche. Le tout probablement tuberculeux.

Aucune analyse du laboratoire.

Milieu familial: supposé sain.

4. Lise F..., décédé à 5 mois, le 5-7-39.

Autopsie: oto-mastoïdite suppurée droite. Méningo-encéphalite. Bronchiolo-alvéolite suppurée gauche. Abcès multiples du cuir chevelu. Toxi-infection.

Radiographie: le 23-5-39.

Diminution de transparence des deux tiers supérieurs des deux hémithorax,

particulièrement marquée à droite, ainsi qu'une infiltration hilare bilatérale très marquée. Diagnostic: tuberculose ganglio-pulmonaire probable.

Diagnostic: septicémie et tuberculose pulmonaire?

Milieu familial: sain.

5. Claudette D..., décédée à 4½ mois le 5-3-39.

Autopsie: rétention purulente dans oreille moyenne gauche. Méningo-encéphalite. Foie toxi-infectieux. Processus toxi-infectieux généralisé.

Radiographie: le 6-2-39.

Infiltration hilare et un foyer pulmonaire para-hilaire droit. On note en plus une accentuation généralisée des traînées broncho-vasculaires des deux hémithorax. Il est possible qu'il s'agisse en l'occurrence d'une tuberculose ganglio-pulmonaire.

Diagnostic: broncho-pneumonie.

Milieu familial: supposé sain.

Témoin, 4 ans — 1 Mantoux: positif 1.

6. Céline L..., décédée à 3 mois, le 14-11-39.

Autopsie: broncho-pneumonie avec hépatisation grise sous-pleurale bilatérale. Nécropsie limitée à la cage thoracique. Hospitalisée moins de 24 heures.

Diagnostic: broncho-pneumonie.

Milieu familial: père décédé à l'Hôtel-Dieu de pneumonie tuberculeuse.

7. Gisèle P..., décédée à 5 mois, le 23-11-33.

Autopsie: otite moyenne aiguë bilatérale. Méningo-encéphalite. Broncho-pneumonie. Entérite. Cuti-réaction.

Diagnostic: gastro-entérite et broncho-pneumonie.

Milieu familial: entourage suspect, frère douteux.

\* \* \*

J'admire ceux qui peuvent établir des statistiques définitives dans un dédale de chiffres, de situations complexes, de refus des parents d'interventions à continuer, d'impossibilité de retracer un grand nombre de vaccinés après un délai parfois assez court, etc.

L'idéal, pour que le B.C.G. donne tout ce qu'on attend, serait la séparation immédiate du nouveau-né de sa famille, après sa naissance, de pratiquer la vaccination et de le garder isolé pendant quelques mois. Je crois que, pendant longtemps encore, ce ne sera possible que pour un nombre restreint d'enfants.

Il faut donc, avec la collaboration des hommes de laboratoire, compter sur une technique sûre et espérer les meilleurs résultats de cette vaccination, en nous basant sur les faits connus, en attendant le jour où nous pourrions isoler pendant quelques mois tous les enfants qui recevront le B.C.G. à la naissance.

## ÉPIDÉMIOLOGIE DES ENTÉRITES ESTIVALES DE LA RÉGION DE MONTRÉAL<sup>1</sup>

G. CHAREST, D.H.P.

Service de Santé de la Ville de Montréal.

L'influence qu'exercent les saisons sur l'évolution de la plupart des maladies endémiques est bien connue: c'est ainsi que beaucoup de maladies contagieuses localisées aux voies respiratoires supérieures, tels l'influenza, la diphtérie et la scarlatine, accusent une recrudescence durant l'automne et l'hiver. La saison estivale est au contraire responsable d'une augmentation des entérites et de la diarrhée.

Mais tandis que, pour les premières maladies mentionnées précédemment, l'étiologie est plus ou moins facile à établir, dans les entérites cependant le facteur causal est dans beaucoup de cas inconnu. A part les entérites spécifiques dues au bacille d'Eberth, pour la typhoïde, et aux autres infections par les bacilles du groupe *Salmonella* et dysentérique, la diarrhée peut également être due au colibacille et au proteus qui sont des parasites non pathogènes du tractus intestinal.

L'irritation de l'intestin peut également être attribuable à un poison chimique, à des aliments indigestibles ou à des réactions allergiques.

Dans un grand nombre de cas, on se préoccupe peu d'établir un diagnostic précis, et si l'on se trouve en pleine période de chaleurs, c'est-à-dire durant la canicule, qui est la période la plus chaude de l'année, et qui s'étend du 22 juillet au 23 août, on attribue à ce facteur les nombreux cas de diarrhée et d'entérites qui prévalent à cette époque. En effet, les anciens attribuaient aux jours caniculaires une influence désastreuse: d'après leurs croyances, les médecins sont impuissants contre la maladie et la nature seule peut réagir.

Maintenant, si nous considérons la situation dans notre ville, nous constatons qu'à cette

époque il y a beaucoup de citoyens qui se rendent à la campagne pour la durée des vacances: ceci nous amènera à vous faire voir les dangers qui existent en pareille occasion, et en second lieu nous vous indiquerons brièvement les progrès réalisés depuis 1935, concernant les décès par gastro-entérite et diarrhée, chez les nourrissons surtout.

Lors des vacances d'été, nous envahissons la campagne, habitués que nous sommes d'avoir un approvisionnement d'eau excellent et un lait pasteurisé sans nous préoccuper du danger qui nous guette. Chaque année, de nombreux citoyens reviennent, vers la fin d'août ou en septembre, atteints d'une fièvre typhoïde ou paratyphoïde. En 1941, 28 jeunes garçons d'une institution locale étaient atteints de typhoïde, après avoir consommé de l'eau d'une rivière située à proximité de notre ville. Depuis 5 ans, de 1941 à 1945 inclusivement, durant juin, juillet, août et septembre, 74 cas de typhoïde ont été rapportés et trouvés après enquête attribuables à une origine locale, en regard de 136 cas contractés à l'étranger durant ces quatre mêmes mois. (Tableau n° 1.)

Presque tous les cours d'eau situés dans un rayon de 25 milles de Montréal sont suspects et doivent être considérés comme dangereux. Il en est de même des puits de surface, qui peuvent être facilement contaminés s'ils sont mal protégés: quatre résidents de Montréal, à l'été de 1945, ont eu la typhoïde après avoir bu de l'eau de tels puits.

C'est pourquoi nous devons insister auprès des villégiateurs afin qu'ils fassent bouillir l'eau qu'ils consomment lorsqu'ils se rendent à la campagne, de même que le lait cru. De plus la vaccination antityphique et paratyphique devrait être recommandée, car elle donne une protection efficace contre ces maladies.

1. Communication aux « Journées Médicales » de la Société Médicale de Montréal, mai 1946.

Notons en passant que normalement la typhoïde est une maladie de la saison estivale: elle revient comme une moisson annuelle de juillet à octobre et c'est pourquoi elle est assez souvent contractée dans les endroits de villégiature.

Dans une grande ville comme Montréal, la typhoïde est endémique, c'est-à-dire qu'elle est entretenue par des porteurs de germes, par des aliments contaminés, par les contacts, par les mouches et également par l'infection apportée du dehors.

pour la santé, mais elle doit être tenue pour suspecte. Une eau polluée peut ne pas contenir des germes typhiques ou dysentériques. Il y a toujours probabilité cependant que des désordres gastro-intestinaux soient dues à une irritation bactérienne ou chimique par la pollution de l'eau par les égoûts. Une eau impure ne cause pas toujours de grands effets, mais à la longue peut altérer la santé et faire apparaître des lésions chroniques.

Les matières organiques dissoutes dans l'eau, à cause de leur dilution, ne sont pas nuisibles

TABLEAU I

*Cas de typhoïde et de paratyphoïde rapportés durant les 4 mois (juin, juillet, août, septembre) suivant l'origine et de l'année 1940 à 1945 inclusivement.*

Année	Origine locale					Origine étrangère				
	Juin	juillet	Août	Septembre	Total	Juin	Juillet	Août	Septembre	Total
1941	1	7	2	7	17	1	8	9	42	60
1942	3	5	4	4	16	2	2	5	5	14
1943	1	11	4	1	17	2	2	11	7	22
1944	2	0	6	4	12	0	0	12	7	19
1945	1	4	0	7	12	2	1	6	12	21
Total	8	27	16	23	74	7	13	43	73	136

La dysenterie bacillaire, si l'on en juge par les rapports de laboratoire qui nous parviennent, est plus rare dans la région de Montréal, et ce sont surtout les types Flexner et Sonne que l'on retrouve ordinairement. Cependant, comme nous le signalerons plus tard à propos de la gastro-entérite des nourrissons, l'on rencontrerait dans les crèches plus de cas de dysenterie bacillaire si l'on procédait à la recherche méthodique de ces bacilles dans les selles et les urines.

Cependant l'eau d'alimentation peut également causer des diarrhées si elle contient les bactéries suivantes, en grande quantité: le colibacille, le proteus, le pseudomonas *aeruginosa*, le clostridium *Welchii*, le *B. mesentericus* et le streptocoque. Ces bactéries ont été retrouvées dans l'eau et jugées responsables de l'éclosion de certaines entérites. Une eau trouble ou malodorante n'est pas nécessairement dangereuse

en elles-mêmes, mais elles se décomposent et il faut soupçonner que les produits ultimes de cette désintégration soient toxiques. Une personne habituée peut devenir immunisée contre ces substances, mais un nouvel arrivé peut en souffrir.

Le cas des matières organiques dans l'eau n'est pas clair pour ceux qui s'occupent de salubrité. Il est reconnu que si ces matières organiques ne proviennent pas d'eaux usées venant d'égoûts, c'est-à-dire de provenance animale, elles sont probablement sans danger. C'est ainsi que les matières organiques d'origine végétale ont été rarement incriminées et ne provoquent que des diarrhées bénignes.

On rapporte que le changement d'une eau douce à une eau dure peut causer de la diarrhée, surtout lorsque cette dernière contient des sels de magnésium. Mais les eaux contenant des chlorures, des carbonates, des sul-

fates et des silicates, soit de calcium, de magnésium, ou d'alumine, ne sont guère nuisibles pour la santé, à la concentration ordinairement rencontrée.

Il en va de même du lait, qui est un véhicule et un excellent milieu de culture pour le bacille de la typhoïde et la plupart des germes rencontrés dans le tractus intestinal. Mais, malgré la sécurité qu'offre un lait pasteurisé pour sa consommation, il faut prendre des précautions pour sa conservation et, surtout en ce qui regarde l'alimentation artificielle des nourrissons, la stérilisation des biberons et des sucs ou tétines est également de première importance. Nous ne possédons aucune statistique sur la morbidité par entérites et diarrhées chez les nourrissons, de sorte que le progrès accompli ne nous est révélé que par la régression du nombre des décès. Nous voyons que depuis 1935 le taux des décès par 1,000 naissances vivantes a été abaissé de moitié. (Tableau n° II.)

TABLEAU II

*Décès par diarrhée et entérite (119-120) par sexe, pour les enfants âgés de moins d'un an avec taux par 1,000 naissances vivantes*

Année	Total des naissances vivantes	Nombre des décès d'enfants de moins d'un an			Taux par 1,000 naissances vivantes
		M	F	Total	
1935	17,361	176	125	301	17.3
1936	16,725	104	80	184	11.0
1937	17,180	166	136	302	17.6
1938	17,062	121	73	194	11.4
1939	17,116	138	100	238	13.9
Moyenne	17,089	141	103	244	14.3
1940	18,713	70	46	116	6.2
1941	19,011	102	97	199	10.5
1942	20,606	83	69	152	7.4
1943	21,595	116	70	186	8.6
1944	21,068	120	75	195	9.2
Moyenne	20,198	98	71	169	8.3
1945	22,075	93	62	155	7.0

De plus, comme nous le verrons dans le tableau n° III, où sont compilés les décès durant les mois de juin, juillet, août, septembre, c'est en effet dans la période la plus chaude de l'année, vers la fin de juillet et au début d'août, que les entérites des nourrissons sont le plus fréquentes, car c'est durant le mois d'août qu'il y a le plus de décès, et le mois de septembre arrive bon second. (Tableau III.)

L'étiologie de ces entérites des nourrissons, comme nous l'avons mentionné au début, reste obscure, mais l'origine infectieuse semble être responsable du plus grand nombre de ces cas. En effet, la contagiosité serait grande dans les crèches où l'agglomération des nourrissons offre des conditions particulières de contamination. Un certain pédiatre américain croit même que les bacilles du groupe dysentérique sont en grande proportion les agents infectieux que l'on rencontre dans de telles circonstances. La température qui prévaut à cette époque favorise la multiplication des germes tels que le colibacille et les autres mentionnés précédemment; c'est pourquoi une véritable asepsie doit être recommandée pour éviter la propagation de ces entérites.

TABLEAU III

*Décès par entérite et diarrhée chez les enfants de moins d'un an.*

Année	Juin	Juillet	Août	Sept.	Total des 4 mois	Grand total de l'année
1936	12	11	31	31	85	184
1937	11	23	81	81	196	302
1938	14	17	33	25	89	194
1939	17	19	26	64	126	239
1940	6	13	13	16	48	116
1941	15	30	39	31	115	199
1942	11	19	20	30	80	152
1943	14	15	33	27	89	186
1944	14	12	51	26	103	195
1945	7	9	33	25	74	155
TOTAL	137	196	410	401	1,144	2,223

Si l'on passe maintenant aux enfants du groupe d'âge de 1 an et au groupe de 2 ans et plus, l'on remarque qu'il y a une amélioration notable, mais c'est encore en août et septembre qu'il y a le plus de décès enregistrés. (Tableau IV.)

qu'il faut prendre le plus de précaution.

S'il nous était permis de visiter les maisons de certains quartiers de notre ville et de voir les moyens de fortune dont on dispose pour la conservation des aliments, on s'apercevrait que les conditions hygiéniques y sont déplo-

TABLEAU IV

*Décès par diarrhée et entérite chez les enfants de 1 an à 2 ans et de 2 ans et plus pendant 4 mois de l'année 1940-1945.*

Année	Juin		Juillet		Août		Septembre		Total des 4 mois	Grand total de l'année
	1 an	2 ans et plus	1 an	2 ans et plus	1 an	2 ans et plus	1 an	2 ans et plus		
1940	1	2	1	3	0	4	2	5	18	43
1941	0	1	0	5	2	12	2	7	29	60
1942	1	7	0	4	0	10	3	12	37	65
1943	1	3	1	5	1	1	2	3	17	53
1944	2	3	3	1	4	6	1	5	25	46
1945	0	4	0	6	1	2	3	2	18	32
Total	5	20	5	24	8	35	13	34	144	299
	25		29		43		47			

Il est évident que la pasteurisation du lait à Montréal, dont la proportion atteint aujourd'hui 98.2% du lait consommé, est un facteur qui a contribué à abaisser les taux de mortalité par gastro-entérite, mais c'est par l'éducation du public que l'on réussira à atteindre des résultats encore meilleurs, en lui enseignant que les aliments doivent être conservés, surtout en été, à l'abri des mouches, de la poussière et à une température convenable, c'est-à-dire dans une glacière, et c'est pour le lait

rables, tout en se rappelant que le danger de contamination augmente durant les grandes chaleurs de l'été.

Je crois vous avoir indiqué brièvement les problèmes que suscitent, tant à la ville qu'à la campagne, les entérites estivales, et les moyens dont nous disposons pour les prévenir afin que nous puissions atteindre des résultats encore meilleurs dans l'avenir, en nous faisant les apôtres de cette éducation auprès de la population de notre ville.

## LE BILAN-SANTÉ DE MONTRÉAL EN 1946<sup>1</sup>

Adélarde GROULX,

Chef du service de Santé de la Ville de Montréal.

Dans une première causerie que j'ai eu l'honneur de prononcer à cette « Tribune des conférenciers de CKAC », en novembre dernier, j'ai exposé les grandes lignes de l'organisation et des fonctions du service de santé de la ville de Montréal, en insistant plus particulièrement, à la fin de mes remarques, sur le travail accompli par cet organisme au point de vue de la prévention des maladies contagieuses et, en particulier, de l'épidémie de poliomyélite.

A l'occasion de cette seconde et aimable invitation que m'a faite l'initiateur de cette émission, M. Claude Bourgeois, que je remercie pour sa trop élogieuse présentation de tout à l'heure, j'ai pensé, en utilisant les données du rapport préliminaire du service de santé que je viens de rendre public, vous présenter le bilan-santé de notre ville pour 1946. Je soulignerai aussi, brièvement, la somme de travail accompli par le personnel du Service que j'ai l'honneur de diriger et que je remercie pour sa généreuse coopération. Ces résultats sont assez consolants et encourageants pour qu'il me soit permis de les signaler à l'auditoire invisible qui m'écoute.

Le bon état de santé de notre population se révèle dans le fait que le taux de la mortalité générale s'est maintenu, en 1946, en bas de 10 par 1,000 de population, soit exactement à 9.8. Un autre fait important à signaler est la diminution très appréciable, malgré une augmentation dans le nombre des naissances qui a été, en 1946, de 22,812, de la mortalité maternelle et de la mortalité infantile, qui ont touché les taux les plus bas jamais enregistrés encore dans notre Ville, soit pour la mortalité maternelle 1.7 par 1,000 naissances vivantes et pour la mortalité chez les enfants de moins

d'un an, un taux de 50.7 par 1,000 naissances vivantes. Il y a seulement 10 ans, ces taux étaient respectivement de 5 et de 90 par 1,000 naissances vivantes. La cause principale de la mortalité infantile qui avait été, jusqu'à 1935, la diarrhée et l'entérite des nourrissons, est descendue à un taux très bas, soit celui de 2.9 par 1,000 naissances vivantes, comparativement à 17.6 il y a 10 ans.

Toutefois, cette diminution du taux de la mortalité infantile n'en révèle pas moins que le nombre des décès des nourrissons chez nous est encore trop élevé, surtout si nous comparons notre taux à celui d'autres grandes villes du Continent. Cette mortalité demeure toujours un problème auquel il faut chercher une solution.

Les causes premières de décès chez les enfants de moins d'un an sont d'ordre congénital et intranatal, telles la prématurité, d'où l'importance et la nécessité d'une bonne surveillance médicale de la femme enceinte et du rôle essentiel de l'hygiène prénatale pour la conservation de la santé de la mère et la mise au monde d'enfants sains et vigoureux. C'est par la reconnaissance de ce principe et sa mise en pratique que nous réussissons à diminuer encore la mortalité infantile chez nous.

Parmi les causes principales de décès qui, en 1946, accusent une augmentation, nous notons, par ordre d'incidence, les maladies du cœur, avec 1,883 décès et un taux de mortalité augmenté de 188.3 par 100,000 de population; vient en second lieu le cancer qui a aussi un taux de mortalité augmenté à 144.6 et qui a causé 1,446 décès en 1946. Cette cause de mortalité prend de plus en plus de proportion et devient, au rythme de son évolution actuelle, un problème social qui, à l'égal d'autres problèmes dont je parlerai plus loin, ne respecte ni la classe sociale, ni le sexe, ni l'âge des individus.

1. Causerie à l'émission de la « Tribune des conférenciers de CKAC », lundi, 27 janvier 1947.

Son Honneur le Maire de Montréal, M. Camilien Houde, a, dans une conférence récente, en parlant des problèmes sanitaires et d'hospitalisation dans la métropole, soulevé cette question du cancer et souligné l'importance qu'il y a de conjuguer les efforts de tous les intéressés pour apporter une solution à ce problème.

Les néphrites, avec un taux de mortalité de 120.5, la tuberculose sous toutes ses formes, avec un taux de 65.6, les maladies des artères coronaires, avec un taux de 64.9, sont les causes les plus marquées de mortalité et accusent aussi en 1946 une augmentation comparativement à 1945.

La tuberculose, malgré l'amélioration obtenue dans la dernière décennie, reste à Montréal un problème aigu, dont la solution est intimement liée à un problème économique, au dépistage précoce et à l'hospitalisation des cas dès les débuts de la maladie. Nous nous consolons à la pensée qu'avant longtemps, notre ville et le district métropolitain seront pourvus du nombre de lits d'hôpital et de sanatorium nécessaires pour le traitement de ces maladies, selon une déclaration récente de l'Honorable ministre provincial de la santé, le docteur J.-H.-A. Paquette.

Les maladies contagieuses n'évoluent plus au rythme ancien. En 1946, l'on peut dire que malgré les épidémies de rougeole et de poliomyélite, leur nombre a été peu élevé, bien qu'il y ait une augmentation comparativement à 1945, qui avait été une année record.

En 1946, il y a eu 12,185 cas de maladies contagieuses et 85 décès. Ce chiffre est inférieur à la moyenne des 10 dernières années.

On a enregistré, en 1946, 26 cas seulement de fièvre typhoïde et pour la première fois dans l'histoire de Montréal, aucun décès attribuable à cette maladie. Cette maladie n'est plus un problème grâce aux mesures sanitaires prises par la Ville par la filtration et la chloration de l'eau potable et la consommation, à un pourcentage de 98.8%, de lait pasteurisé et dont la production est bien surveillée.

La vaccination a prévenu une fois de plus l'apparition de la *variole*, dont aucun cas n'est survenu à Montréal depuis 1930. L'immunisation a été un facteur important dans la diminution du nombre des cas et des décès par la *diphtérie* depuis quelque vingt ans. Cependant, en 1946, il y a eu 149 cas et 22 décès attribuables à cette maladie. Je tiens, ici, à signaler aux parents que cette morbidité et cette mortalité attribuables à la diphtérie sont encore trop élevées, avec les moyens que la Ville et le service de santé mettent à la disposition du public. Il y a également une proportion trop élevée d'enfants qui ne sont pas protégés, parce qu'ils n'ont pas été soumis à l'immunisation, d'autant plus que, par la vaccination combinée, les enfants sont protégés et contre la diphtérie et contre la coqueluche, par une même série d'inoculations.

La *coqueluche*, en 1946, accuse une diminution sensible, avec 3 décès seulement. La scarlatine a augmenté légèrement; on en a enregistré, en 1946, 1,015 cas, mais aucun décès. La rougeole, dans les six premiers mois de l'année, a évolué à un rythme épidémique avec plus de 7,200 cas, ne causant toutefois que 10 décès.

Je n'insisterai pas sur l'épidémie de poliomyélite qui a sévi en 1946, avec 684 cas et 25 décès, parce que j'en ai parlé suffisamment lors de ma dernière causerie.

Le temps qui m'est alloué ne me permet pas de vous dire tout le travail accompli par le *personnel* du Service qu'il vous serait intéressant de connaître et qui a permis une plus grande protection de la population.

Le contrôle des maladies contagieuses, y compris la tuberculose et les maladies vénériennes, a nécessité, en 1946, 30,000 visites et enquêtes. 12,000 enfants ont été immunisés contre la diphtérie et 14,000 contre la coqueluche; 11,000 personnes ont été vaccinées contre la variole dans les consultations municipales et les écoles. 30,000 cartes de santé ont été émises aux manipulateurs d'aliments et autres personnes pour qui elles sont requises.

A la clinique municipale de radiographie, on a fait, en 1946, 28,000 examens des poumons aux rayons X.

La division des maladies vénériennes, créée en 1945, qui a commencé à fonctionner en 1946, par son rôle d'organisation de liaison avec la Police et la Province, a déjà rendu des services signalés et a démontré son utilité; par son entremise, plus de 5,400 prises de sang pour recherche de la syphilis et environ 3,800 prélèvements pour la recherche de la blennorrhagie, ont été faits.

Aux laboratoires municipaux, on a fait plus de 82,000 analyses bactériologiques et chimiques du lait, de l'eau et des aliments, du sang et des sécrétions pour aider le diagnostic des maladies.

Les médecins vétérinaires et les inspecteurs sanitaires du Service ont fait près de 270,000 visites et inspections de toutes natures, pour la salubrité générale de la Ville et des aliments, dont le lait.

Quant au travail fait par les médecins et les infirmières pour la sauvegarde de l'enfance, par les visites à domicile et les examens médicaux spéciaux dans les consultations et les écoles, j'aurai le plaisir d'y revenir, puisque j'aurai l'honneur, dans une prochaine causerie à cette Tribune, de vous entretenir de l'organisation des districts sanitaires à Montréal et de leurs relations avec le fonctionnement de la division de l'hygiène de l'enfance. Je mentionnerai, cependant, que les infirmières ont fait près de 110,000 visites à domiciles.

Les campagnes d'éducation entreprises contre les maladies vénériennes, et en faveur de l'alimentation rationnelle et de l'hygiène dentaire dans les écoles ont été continuées en 1946, avec intensité.

C'est l'ensemble de toutes ces mesures sanitaires et du travail d'équipe de chacun des 450 employés du service de santé qui ont rendu possible l'amélioration générale des conditions sanitaires à Montréal depuis un quart de siècle et, particulièrement, au cours de l'année 1946, dont je viens de vous entretenir. Il reste encore beaucoup à faire et c'est avec la collaboration du public que nous arriverons à faire de Montréal la ville la plus salubre du Canada.

L'importance des problèmes auxquels il faut apporter une solution et les résultats obtenus jusqu'ici justifient la Ville et ses administrateurs des facilités de travail accordées à son personnel sanitaire et de l'expansion prise par son service de santé. Le président, M. J.-O. Asselin, dans une de ses causeries à cette Tribune, vous exposera prochainement les projets réalisés depuis quelques années au service de santé et quels sont ceux qu'il reste à accomplir.

Les professions médicale et dentaire et les organisations volontaires qui s'occupent de santé publique par suite des développements scientifiques modernes de la sciences médicale ont aidé considérablement les efforts du service de santé dans la solution de nos problèmes d'hygiène qui sont d'ordre médical et d'ordre socio-économique.

## CORRESPONDANCE

### LETTRE D'OXFORD

#### IMPRESSIONS D'UN VOYAGE D'APRÈS-GUERRE

Au retour du continent européen et de Londres, ce qu'on remarque d'abord à Oxford, c'est le peu de traces du conflit mondial. Les édifices n'ont pas été touchés et l'esprit de l'Université peu modifié; ce ne sont que les nombreuses allusions à la guerre et les restrictions qui nous la rappellent.

Ici, trois endroits m'intéressent particulièrement: la « Rodcliffe Infirmary », l'un des dons du docteur Rodcliffe, médecin de Guillaume III. Lord Nuffield y a fait ériger récemment une aile des plus modernes pour la neurochirurgie qui fait contraste avec le reste de la construction. Cette section est dirigée par le professeur Hugh Cairns et possède un excellent département de neuropathologie. Elle a pris un essor remarquable pendant la guerre et déborde déjà ses cadres; l'« University Museum » auquel est jointe la « Rodcliffe Science Library »; ici l'on trouve tout ce qu'on peut désirer en sciences naturelles et, plus spécifiquement, les publications médicales du monde entier; enfin, derrière le musée, entre les départements de biochimie, de pharmacologie, de zoologie et de physiologie, se trouve le « Department of Human Anatomy » où je travaille sur la circulation intracérébrale.

Le directeur, le professeur W. E. Le Gros Clark, possède de vastes horizons sans être diffus. Les intérêts vont de l'histologie, de la neuro-anatomie, de l'anatomie comparée, sa pierre de touche, à la physiologie et à l'endocrinologie. Il a su grouper une équipe de spécialistes de divers pays dont les activités fort diverses sont coordonnées par des réunions hebdomadaires. C'est, je pense, une excellente idée d'éviter le divorce de la structure et de la fonction qui devient de moins

en moins possible avec le progrès de nos connaissances. Voici, par exemple, quelques-uns des travaux qui s'y font:

Dr Brodal établit de façon encore plus précise la corrélation fonctionnelle et morphologique qu'il a déjà démontrée entre l'olive bulbaire et le cervelet;

Dr Chacko poursuit l'étude du corps géniculé externe;

Dr Harrison trouve une diminution considérable de l'atrophie utérine, spécialement de la muqueuse, lorsqu'il joint la surrénalectomie à l'ovariectomie chez le rat et en recherche la cause;

Dr Weddell, par l'injection intraveineuse de bleu de méthylène, a démontré l'existence de fibres sensibles dans le muscle et continue son étude du muscle avec l'électromyographie;

Dr Sinclair, par l'application d'un sphygmomanomètre gonflé à 50 mm. Hg au-dessus de la pression artérielle maxima d'un membre, a démontré l'existence, entre autres sensations, de deux phénomènes constants: le « compression tingling », qui est une sensation de toucher, et le « released pricking », qui est une sensation douloureuse et qu'on ne retrouve pas lorsque les voies de la douleur sont abolies comme dans les cas de chordotomie. Ce sera peut-être là un moyen d'investigation de plus dans l'examen neurologique.

Ces derniers travaux ont déjà été présentés à la réunion de l'« Anatomical Society » au « Guy's Hospital », vénérable instituteur resté debout au milieu d'un amas de ruines.

A la même réunion, Rogers, à l'aide d'un appareil pour reproduire artificiellement la circulation du cercle artériel de Willis, établit

que ce cercle est insuffisant pour équilibrer la pression artérielle intracrânienne lors de l'occlusion d'une de ses branches importantes.

McConnell a présenté une nouvelle modification de la coloration du système nerveux au plomb. J. Z. Young a démontré de façon péremptoire que le calibre des fibres nerveuses qui se régénèrent après section d'un nerf, est proportionnel au retour fonctionnel et leur nombre en proportion inverse.

La semaine suivante, au « Queen Square Hospital », devant la « Physiological Society », Wilson a signalé l'action favorable du di-isopropyl-fluorophosphate sur la myasthénie grave.

Quelques jours plus tard, le 15 décembre, ma femme et moi nous envolions vers la France. A l'arrivée, on se serait cru dans le Paris d'avant-guerre tant la vivacité et l'hospitalité françaises masquent bien les cicatrices du conflit. Mais cette impression s'évanouit dès qu'on entre dans la vie intime de la Capitale. Les aliments, le charbon, la houille blanche, tout est rare et coûteux. Les difficultés matérielles sont partout évidentes; ici, on n'a pas de lamelles pour les coupes histologiques, tel ou tel instrument n'a pu être remplacé. L'organisation du travail doit surmonter bien des obstacles et ce n'est que l'ingéniosité qui sauve souvent la situation. Cependant, le travail scientifique, spécialement en neurologie, n'a rien perdu de sa qualité et la pensée française brille encore par son originalité. Sous le professeur Alajouanine, la Salpêtrière demeure un excellent foyer d'enseignement neurologique; grâce au docteur Pluvinage, j'ai le loisir de feuilleter, dans la bibliothèque de Charcot, les manuscrits du maître et d'admirer la précision des planches qui accompagnent le travail de Cruveilhier. A l'Hôtel-Dieu, je fus étonné par la personnalité engageante du professeur Vincent. Dans les librairies médicales, on a la preuve que la France n'a pas été stérile pendant le conflit. Deux volumes retiennent mon attention plus particulièrement: l'un pour sa valeur pratique malgré

quelques petites divergences d'opinion, la *Thérapeutique Neurologique Psychiatrique*, de Paul Cossa, H. Bougeant, E. Le Cocq et J. P. Grinda, l'autre à cause de son envergure et de son originalité, le *Traité de Neuro-Endocrinologie*, de G. Roussy et M. Mosinger.

A Lyon, bien qu'on ait déjà relevé presque tous les ponts qui croisent le Rhône et la Saône, la ville ne s'est pas encore remise des méfaits du sabotage et de l'occupation. Mon ami, le docteur Jean Lecuire, me présente au professeur Wertheimer, chirurgien, et au professeur Dechaume, neurologue. On y fait encore un volume imposant de chirurgie du sympathique et la technique pour la sympathectomie lombaire est d'une excellente simplicité.

Nous devons bientôt quitter Lyon pour nous rendre en Suisse, mais non sans avoir pris la résolution de revenir en France pour un plus long séjour, dans quelques mois. Aux environs de la ville, nous voyons les squelettes de l'immense machine de guerre allemande qui jonchent les abords des principales routes.

Peu après, dans la Suisse sereine et enneigée, on se croirait de retour au Canada. De Genève, nous allons à Zurich où le professeur Krayenbull a organisé un service de neurochirurgie des mieux outillés. Je lui envie le nombre des méningiomes qu'il opère, venant d'un pays où la récolte de ces tumeurs bénignes à croissance lente est déjà avancée.

Puis, nous reprenons le chemin de l'Angleterre et nous nous rendons à Cambridge, où se réunit la « Physiological Society ».

Avant la réunion, le docteur Orville Bailey, neuro-pathologiste de Boston, que le docteur Feindel et moi avons connu au « Montreal Neurological Institute », nous conduit à travers les splendides collèges séculaires de l'Université. Nous passons sur un petit pont que Newton, étudiant, a construit de ses mains, nous visitons les appartements qu'a occupés Tennyson, ceux de Bacon, de Darwin et les superbes chapelles. L'absence, ici et là, d'un précieux vitrail mis en lieu sûr est la seule

modification qu'a laissée la guerre. Enfin, nous arrivons aux laboratoires très modernes des sciences biologiques. Entre autres, nous y entendons un travail fort bien fait sur l'acétylcholine, où l'on avance que cette substance jouerait un rôle non seulement au synapse mais encore dans la contraction musculaire. L'après-midi, le professeur Adrian donne une démonstration sonore du rythme alpha du cortex. Après le thé, le docteur Feindel et moi reprenons le train pour retourner à « Comnor Place », vieille résidence où Walter Scott a

écrit son célèbre Kenilworth et que nous partageons avec un médecin finlandais de notre laboratoire, le docteur Frankenhauser.

Après cette tournée malheureusement trop rapide, on réalise tout de même avec plaisir que si la guerre a touché ces divers endroits à des degrés bien différents, si elle a nui momentanément au travail dans plusieurs milieux, partout, malgré l'incertitude du moment, l'esprit scientifique est animé du même enthousiasme.

Claude BERTRAND.

### CENTENAIRE DE LA MÉDECINE DANS LE QUÉBEC

1847 - 1947

Nous sommes rendus au mois de février 1947. Une seule revue médicale de notre province, L'Action Médicale, a parlé de la célébration du centenaire de la médecine dans le Québec. On suggère d'adopter les grandes lignes du programme des fêtes du centenaire de la médecine en Amérique.

Le premier article, le principal à notre point de vue, serait d'écrire l'histoire complète de cent années de médecine dans le Québec.

Nous passons la veillée, il y a environ dix ans, avec feu le docteur Joseph Gauvreau, ex-régistrare du Collège. Nous parlions de la préparation des fêtes du centenaire. « Il n'est pas trop tôt, me disait-il, pour commencer à ramasser les matériaux pour ceux qui écriront l'histoire du centenaire médical dans notre province. Dix ans sont vite passés, répétait-il. Il faut être prêts. »

Nous sommes à la veille de la célébration, à l'été, supposons-nous. A-t-on commencé ce travail? Qui va écrire l'histoire de cent années de médecine dans trois mois? Nous avons des médecins écrivains de talent, encore faut-il leur fournir la documentation, les dossiers, les notes, etc.

Puis n'oublions pas qu'à la documentation il faut ajouter le facteur temps. Chacun a sa besogne à faire.

Plusieurs noms se présentent à l'esprit: Ringuet et Sylvain se compléteraient, Albert LeSage, Roméo Boucher, Paul Dumas, Albert Jutras et Adrien Plouffe, pour ne mentionner qu'une poignée de Montréal.

Puis ajoutons Roméo Blanchet, Rosaire Potvin, C.-A. Gauthier et Pierre Jobin, de Québec.

Voici quelques noms qui s'imposent pour écrire l'histoire de la médecine. Et il y en a d'autres. A la documentation écrire, il ne faudrait pas oublier celle racontée par des témoins. Nous n'hésitons pas à recommander une bonne veillée passée en compagnie du Dr Donald A. Hingston, chez lui. Il a une tête d'Irlandais remplie de souvenirs médicaux qui vous étonneront. N'oublions pas que le Dr Donald est le fils de sir William et que sir William fut l'une des plus belles figures médicales à honorer la médecine et la chirurgie dans notre province.

Nous voulons, pour notre centenaire de la médecine, des fêtes grandioses et dignes du sujet. C'est le seul but de cette lettre.

Louis-Félix DUBE.

Villa-du-Verger.

# CHRONIQUE THÉRAPEUTIQUE

## LES VITAMINES

Roger DUFRESNE,

Médecin de l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

Le Journal de l'Association médicale américaine compte parmi ses rubriques les plus intéressantes et les plus pratiques pour le thérapeute les rapports du comité de pharmacie et de chimie. On y découvre sans retard tout ce qu'il faut connaître d'un médicament nouveau: provenance, action, dangers, doses, etc. Les maisons pharmaceutiques tiennent à obtenir pour leurs produits l'approbation du « Council » et, d'autre part, toute substance nouvelle intéressante au point de vue thérapeutique fait l'objet d'un rapport officiel.

A chaque année, le « Council » publie la liste des préparations qu'il a acceptées, dans un volume intitulé *New and non official remedies* (N.N.R.). Cette publication, entre autres, supplée aux lenteurs et aux exigences de la pharmacopée officielle.

Mais ce comité n'est pas le seul à guider l'opinion médicale. Le « Council on Foods and Nutrition » y va aussi de ses rapports et certains d'entre eux sont fort intéressants. C'est ainsi qu'en juin dernier<sup>1</sup> le *J.A.M.A.* publiait une mise au point officielle sur les avitaminoses, leurs symptômes et leur traitement. On y faisait d'abord de prudentes réserves. Le chapitre des vitamines se modifie continuellement; il faudra bientôt, sans doute, apporter des additions et des corrections aux données présentes. On insistait aussi sur l'importance du régime alimentaire adéquat que ne peut remplacer toute la kyrielle des vitamines. Au fait, qu'est-ce qu'on considère comme un régime quotidien adéquat? En 1944<sup>2</sup> le « Canadian Council on nutrition » l'établissait ainsi:

- A) du lait:  $\frac{1}{2}$  à 1 chopine pour un adulte, une chopine et demie à une pinte pour un enfant;
- B) fruit: un fruit du genre citrus ou tomate ou leurs jus, et un autre fruit;
- C) légumes: une portion de pommes de terre et de deux autres légumes, verts ou jaunes, et assez souvent crus;
- D) céréales et pain: une portion de céréale faite avec du blé entier et au moins 4 tranches de pain contenant la quantité officielle de vitamine B, et du beurre;
- E) viande et poissons: une portion de viande ou de poisson, et comme équivalents des fèves, des pois, des noix, des œufs et du fromage (du fromage et des œufs au moins trois fois la semaine).

Du sel iodé et beaucoup d'eau.

Tout cela est très bien. Mais, lorsque nous avons affaire à un individu qui, par pauvreté, ignorance, négligence, lubie ou autre raison valable à ses yeux, est incapable de se nourrir convenablement malgré nos conseils, mieux vaut lui assurer une nutrition imparfaite mais facile grâce aux vitamines. Les déficiences uniques sont relativement rares; aussi, la polyvitaminothérapie a-t-elle sa raison d'être. La levure de bière et l'extrait de foie de veau brut représentent des sources naturelles de complexe B plus précieuses que ne le laisse supposer leur teneur en vitamines connues.

A propos d'extrait de foie de veau, rappelons l'article de Guy W. Clark<sup>3</sup>. On y lit qu'à dose égale, l'extrait concentré, à 15 unités au c.c., contient un peu plus des principaux fac-

1. *J. A. M. A.*, **131**: 666 (22 juin) 1946.

2. *Canada M. A. J.*, **52**: 488 (mai) 1945.

3. *Am. J. Med. Sc.*, **209**: 520 (avril) 1945.

teurs du complexe B que l'extrait brut. La différence n'est pas grande et il faut, de plus, compter avec les variations amenées par les différents procédés d'extraction et même par la nutrition préalable de l'animal.

La liste des symptômes imputables au déficit en thiamine se traduit comme suit: apathie, léthargie, irritabilité et émotivité augmentées, hypersensibilité, céphalée, peurs vagues, confusion, perte de mémoire, asthénie, insomnie, anorexie, nausées, flatulence, douleur épigastrique, constipation, et j'en passe! Il n'est pas surprenant que l'on ait accommodé cette malheureuse vitamine B<sub>1</sub> à toutes les sauces et qu'elle ait remplacé, dans bien des cas, comme « vitamine du moral », la psychothérapie la plus élémentaire.

Une dernière remarque. Il nous arrive bien plus souvent de soupçonner l'avitaminose à cause de l'histoire du malade que d'en découvrir les stigmates. Et ceci, malgré un examen systématique chez tous ces patients qui ont suivi pendant longtemps des tristes régimes. Sans compter les cas où la lésion que nous

attribuons sagement à une déficience vitaminique dépend de toute autre chose!

Le tableau du « Council » est une mise au point utile au sujet des doses. On y fait la distinction nécessaire entre le traitement des avitaminoses aiguës et celui des déficiences chroniques. Mais cet aspect de la question est également discutable: d'un individu à l'autre, l'absorption et l'utilisation peuvent varier et les doses aussi. Nous lisons récemment la conférence<sup>4</sup> du professeur D. L. Thomson, de McGill, consacrée aux applications médicales de la chimie biologique. On nous permettra, pour conclure, d'en extraire, sans le traduire, le passage suivant: « This logical attitude is now even reaching the nutritionists, whose dictatorial insistence on the eternal rightness of some specified figure for the daily intake of vitamin x or y is being ever so slowly tempered by the realizations that men are not mass-produced to a standard pattern and that a vitamin exerts its influence in the brain or liver or muscle and not in the oesophagus. »

---

4. *Canad. M. A. J.*, 56: 129 (fév.) 1947.

# MÉDECINE PRATIQUE

## UN NOUVEAU MÉDICAMENT EN OBSTÉTRIQUE

Léo TASSÉ (Montréal).

Si la naissance d'un enfant normal est toujours une grande joie pour la famille, les heures qui précèdent son arrivée sont très pénibles pour la mère. Aussi l'accoucheur depuis longtemps s'efforce d'atténuer et si possible de supprimer les douleurs de l'enfantement.

Plusieurs genres d'anesthésies sont utilisés de nos jours.

Les anesthésiques volatils ne peuvent être employés qu'à la période d'expulsion et souvent produisent un effet d'inhibition sur la contraction de l'utérus. L'effet n'est pas toujours constant dans les anesthésies loco-régionales par infiltration. De plus, la technique est difficile et ne peut être pratiquée que par des spécialistes en la matière.

Les lavements au Pentothal, d'administration facile, sont aussi loin de donner un soulagement constant et sont souvent remis.

Les barbituriques, aux doses susceptibles de supprimer la douleur, ont une répercussion sur la contraction utérine et sont dangereux pour le fœtus.

Les opiacés ont leurs avantages, mais leur effet est de courte durée et toujours insuffisant.

J'ai cru devoir mentionner tous ces procédés d'anesthésies avant de parler d'un médicament que j'ai eu l'occasion d'essayer à l'hôpital Général de Verdun. Ce médicament s'appelle « Parturiol », ou encore « Ocyto-Nargéol ». Il est composé de dihydro-oxycodénone, de scopolamine, d'éphédrine, de sulfate de spartéine et de sulfonate de camphre. Il est le résultat de sept années de recherches faites depuis 1939 par les docteurs F. Mercier et A. Remlinger.

Les statistiques sur le « Parturiol » de la Maternité de Baudelocque sont basées sur 110 parturientes:

58 primipares,

52 multipares.

Le « Parturiol » s'est montré d'une innocuité totale. Les pulsations et la tension artérielle maternelle pendant et après l'accouchement n'ont oscillé après l'injection que dans les limites normales habituelles. L'étude de ces statistiques met en évidence l'évolution rapide de l'accouchement pour les primipares comme pour les multipares. Sur 110 accouchements il y eut 94 expulsions naturelles, 16 applications de forceps.

Si ce chiffre de seize applications de forceps peut paraître élevé, il faut rappeler que cinquante-quatre cas étaient en présentation céphalique position postérieure.

Dans les suites de couches, toutes les femmes se sont comportées normalement et l'allaitement n'a pas été influencé.

La mortalité des enfants à la naissance fut de zéro.

L'effet antalgique du « Parturiol » d'après ces statistiques est de trois à cinq heures.

Si on envisage le degré d'analgésie au moment du dégagement, il y eut:

58 dégagements indolores,

10 — — peu douloureux,

29 — — douloureux,

13 — — sous anesthésie et forceps.

J'ai employé le « Parturiol » chez sept malades, plutôt des primipares, n'ayant pu continuer son usage faute de médicament, et j'ai l'impression que ce nouveau produit est supérieur à tout ce qui fut employé jusqu'à ce jour comme analgésique chez la parturiente.

Son emploi consiste en une injection intramusculaire de 4 c.c. quand la dilatation est à pièce française et que les contractions sont bien amorcées. Dix minutes après l'injection, les douleurs sont presque complètement disparues, les contractions de l'utérus persistent, la malade est tout à fait lucide, la résolution musculaire est rapide. La malade a conscience que le travail progresse et n'éprouve qu'un peu de douleur au moment de l'expulsion.

L'enfant n'est pas affecté par l'emploi du « Parturiol ».

Les sept malades chez qui j'ai employé ce médicament n'ont pas fait de métrorragies après l'expulsion du fœtus.

Je suis convaincu que le « Parturiol » marque un progrès considérable si on le compare à ce que nous avons jusqu'à ce jour pour atténuer les douleurs de l'accouchement.

Il est de manipulation facile et peut être employé sans danger dans n'importe quel milieu.

Il est regrettable que le « Parturiol » n'existe pas encore en Amérique, mais je crois que nous pourrions nous le procurer prochainement.

#### B I B L I O G R A P H I E

Communication à la « Société Anesthésie et Analgésie », séance de mai 1946.

---

## “L'Union Médicale du Canada” en 1878

### Rétroversion.

Mars 1878.

Monsieur le Rédacteur,

Veillez insérer dans votre excellent journal une communication que je ne crois pas tout à fait dépourvue d'intérêt.

Le 18 décembre 1877, j'étais appelé auprès d'une jeune femme de 17 ans, se disant enceinte de son premier enfant. Suivant elle, elle en était rendue à 5 mois et demi de grossesse. J'appris, que peu de jours auparavant, elle avait fait un voyage de trois lieues et qu'elle attribuait aux cahotements de la voiture les symptômes suivants: miction fréquente, peu abondante, douloureuse, difficulté d'aller à la garde-robe, douleurs dans les aines, les reins, pesanteur à la région sacrée.

L'idée d'une rétroversion ne me vint pas d'abord à l'esprit, vu l'état avancé de la grossesse. Cependant, l'ayant interrogée sur ses antécédents, elle m'annonça que quelque temps avant (il y a de ça 2 mois), elle avait fait une chute sur l'abdomen en allant chercher un seau d'eau. Depuis ce temps, disait-elle, j'ai bien ressenti de la gêne en urinant et en allant à la selle mais non pas d'une manière aussi incommode qu'aujourd'hui.

Par le rectum, je constatai une tumeur qui pressait sur l'intestin au point de mettre un peu d'obstacle à l'entrée de mon doigt.

Quant au col, il était situé tellement en haut et en avant vers le pubis, que je ne pus l'atteindre; mais à la partie postérieure du vagin, je constatai la présence de la tumeur utérine.

Il n'y avait donc plus de doute. J'avais affaire à une mauvaise rétroversion qui datait de plus de 2 mois avec un utérus gravide dont le fœtus avait dû prendre de l'accroissement.

Je vidai la vessie et essayai de débarrasser le rectum. Deux ou trois lavements ne servirent qu'à gonfler l'intestin, tous les efforts que faisait la femme oblitéraient de plus en plus ce dernier.

Ayant fait mettre la femme sur les genoux et les coudes, j'introduisis un doigt dans le rectum et soulevai la tumeur, pendant que de la main opposée, je tentais d'abaisser le col. Impossible. J'eus recours aux pessaires, inutile encore. Les quatre doigts dans le rectum, au lieu d'un seul, ne produisirent pas plus d'effet.

Il me fallait choisir entre l'avortement et la mort de la femme. Je ne voyais nulle autre alternative.

Le Dr Bald appelé en consultation approuve mon diagnostic et répète mes tentatives toujours aussi infructueusement, excepté, toutefois, qu'une nouvelle injection procure un peu de matière fécale, ou plutôt le rejet des injonctions précédentes. Mon honorable confrère était d'avis d'attendre pour provoquer l'avortement.

Sur ces entrefaites le Dr Bald est mandé auprès de ses patients et je demeure seul encore devant cette grande difficulté. 3 ou 4 jours après, les symptômes s'aggravaient: fièvre, pouls vite, petit, dur, épuisement, respiration fréquente, douleur dans le bas ventre, impossibilité d'aller dans la garde-robe, nausées, vomissements. J'ordonnai alors des cataplasmes émollients en application et des toniques à l'intérieur.

Le mari de la jeune femme me demanda si j'aurais objection à ce qu'il fasse venir un médecin de Trois-Rivières; j'acceptai avec plaisir. Pendant que le mari était à la recherche d'un autre médecin une idée tout à coup me frappe. Si au lieu des quatre doigts comme je l'ai fait, il y a quelques jours, j'introduisais la main tout entière jusqu'au poignet, peut-être qu'alors, je pourrais réussir. Et me voilà cherchant à m'introduire la main entière, me promettant bien de mettre bas les armes si je manquais cette tentative. J'ai eu bien de la difficulté, mais une fois dans le rectum, je saisis la tumeur à pleine main et poussant, poussant toujours, je sentis que la tumeur céda peu à peu. Je poussai toujours et un bruit particulier m'apprit que l'utérus était en place.

Si jamais quelqu'un se trouvait dans les mêmes circonstances, je leur conseille de recourir au même moyen (mais pour cela il ne faut pas avoir une grosse main) et il est très probable qu'il leur réussira.

La femme est bien portante aujourd'hui.

Dr RICHER.

Shawinigan 8 février 1878.

### Société Médicale de Montréal.

Séance du 16 janvier 1878.

Le Dr A. Ricard, président, au fauteuil.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Lecture est faite d'une lettre du Dr J. Matte, témoignant sa gratitude à la Société Médicale pour son admission comme membre actif.

Une assemblée du comité de régie n'ayant pu avoir lieu, après un appel régulier, M. le Président communique à la Société Médicale les suggestions suivantes:

1° Je suggère que la Société se mette en rapport actif et régulier pour les matières d'hygiène avec la Société Française d'hygiène, et cela par l'office d'un comité désigné à cet effet.

2° Que le règlement concernant les séances soit suspendu et que, jusqu'au 1er juillet, elles aient lieu deux fois par mois: celle du commencement du mois, le mercredi soir, et celle de la fin du mois, le jeudi après-midi.

Ces arrangements satisferaient ainsi tous les membres, dont une bonne moitié, ne pouvant assister aux séances du soir, viendrait alors à celles de l'après-midi.

Il est proposé par le Dr S. Lachapelle, secondé par le Dr A. Demers, et résolu: que les membres de la Société qui croient pouvoir se permettre la pratique de la médecine au rabais, et cela au moyen d'annonces publiques, ou d'exercer cette pratique d'une manière blâmée par l'article 14 de la Société Médicale, soient rejetés de la Société, à moins que ces membres ne comprennent que leur conduite est erronée et doit être abandonnée.

Le Dr J. A. S. BRUNELLE fait une lecture sur les fractures du col du fémur. Il en décrit minutieusement les causes, le diagnostic et le pronostic. Il passe ensuite en revue les divers modes de traitement, démontrant que les progrès de l'anatomie pathologique avaient fait reconnaître la possibilité de guérir ces fractures.

Dr A. T. BROUSSEAU. Les fractures du col du fémur sont plus fréquentes chez les vieillards à cause de la raréfaction du tissu osseux et chez la femme parce que l'angle du fémur avec le bassin est plus considérable.

Les causes de ces fractures sont les coups directs ou les chutes.

Lorsqu'il y a implantation d'un fragment dans l'autre il faut éviter de le défaire, pour établir son diagnostic.

Les symptômes sont le raccourcissement, l'éversion du pied et la difficulté du mouvement; de plus, par la rotation, la grosse tubérosité du fémur ne décrit pas un cercle aussi grand.

M. Gosselin dit qu'il est impossible de diagnostiquer certainement les fractures intra et extra-capsulaires. Cependant, on a des probabilités. En dedans de la capsule, il y a moins de raccourcissement, et l'arc de cercle décrit par la grosse tubérosité est plus grand. En dehors de la capsule le contraire a lieu.

L'union osseuse est possible dans les deux cas.

Dans les fractures obliques, intus et extra, l'ossification se fera plutôt en dehors de la capsule.

Traitement: l'emploi de la longue clisse, l'extension et la contre-extension sont essentiels. Avec les poids, on ne remédie pas à l'éversion du pied. Il faut donc

considérer le bassin comme un des fragments, et la cuisse comme l'autre fragment, en immobilisant le tout par des bandages.

L'arthrite sèche, qui peut survenir après la réunion de la fracture, est une cause fréquente de claudication.

Dr BEAUDRY. Outre les divers modes de guérison rapportés par MM. les docteurs Brunelle et Brosseau, il y en a encore un autre qui a été observé, c'est lorsqu'il n'y a pas d'union des fragments. Dans les fractures intra-capsulaires du col du fémur, le fragment inférieur s'arrondit alors comme la tête d'un os, et se creuse une cavité dans le fragment supérieur; en sorte qu'il se forme comme une seconde articulation en dedans de la capsule.

Dr RICARD. Je félicite le Dr Brunelle de son beau et important travail qu'il a rédigé en peu de temps, au milieu de circonstances pénibles et de très sérieuses occupations. Il a réussi complètement dans son œuvre, et il nous a prouvé une fois de plus que *labor improbus omnia vincit*.

En vous donnant ce soir le fruit de ses observations et de son expérience comme interne à l'Hôtel-Dieu, il a démontré à l'évidence les immenses bienfaits de l'internat. Il est à espérer que le service des internes et des externes se perfectionnera dans notre hôpital et dans les hospices, et que nombre d'élèves de bonne volonté s'y formeront dans la pratique de l'art. L'exemple donné ce soir par le docteur Brunelle, qui paraît pour la première fois comme lecteur, ne manquera pas d'être suivi par les jeunes membres de la Société. C'est ici une arène où ils doivent exercer leurs talents. Il n'est pas nécessaire qu'ils aient des cas extraordinaires à rapporter. S'il fallait cette condition, les séances seraient réellement bien rares. Un travail sérieux, des observations judicieuses, voilà ce qu'il faut pour une séance qui se trouve alimentée et animée par les discussions intéressantes qui ne manquent pas de s'ensuivre.

Le Dr E. BERTRELOT donne avis de motion qu'à la prochaine séance, il proposera que les docteurs A. Ricard, A. Laramée et E.-P. Lachapelle forment un comité pour se mettre en rapport avec la Société Française d'hygiène.

Le Dr P.-A. ALLARD donne avis de motion qu'à la prochaine séance, il proposera que le règlement concernant les séances soit amendé, et que désormais les séances aient lieu deux fois par mois, jusqu'au mois de juillet, dont l'une le soir du premier mercredi, et l'autre l'après-midi du troisième jeudi.

M. le Dr ED. DESJARDINS donnera à la prochaine séance libre une lecture sur les staphylomes de la cornée.

Et la séance est levée.

G.-O. BEAUDRY,  
Sec.-trésorier S. M. de M.

## ANALYSES

---

Dans le but d'uniformiser les indications bibliographiques qui accompagnent les analyses, afin de les rendre plus complètes et utilisables, on est prié de les inscrire dans l'ordre suivant adopté par le « Quarterly Cumulative Index Medicus »: nom de l'auteur, titre de l'article, nom du périodique, le volume, la page, le mois (le jour du mois si le périodique est hebdomadaire), l'année. Exemple: J. Beerens. — Tuberculose et démence précoce. « Ann. Méd. psychol. », 94: 1 (juin) 1938.

### MEDECINE

SNAPPER. — **La Stilbamidine et la Pentamidine dans le traitement des myélomes multiples.** (*Stilbamidine and Pentamidine in multiple myeloma.*) "J. A. M. A.", 133: 157 (18 jan.) 1947.

En recourant à l'injection intraveineuse de Stilbamidine associée à une diète pauvre en matières protidiques animales, l'auteur a soulagé d'une manière remarquable les douleurs de treize patients atteints de myélomes multiples. Deux autres patients reçurent des injections intramusculaires de Pentamidine. Ces deux médicaments demeurent sans action si la diète est riche en matières protidiques.

La Stilbamidine peut se donner par voie intraveineuse dissoute dans cinq centimètres cubes de procaïne à 2 pour cent. Il employait, au début, 15 injections de 150 milligrammes. Il donne actuellement des séries de 4 à 5 grammes. L'injection peut être suivie d'une baisse de la pression artérielle, d'une transpiration profuse, d'étourdissements, de nausées et même de pertes de connaissance. L'atropine rend service contre la transpiration et les étourdissements. Dans quatre cas, l'auteur a remarqué, quelque temps après l'injection, une dissociation de l'anesthésie dans le territoire sous la dépendance du trijumeau. Celle-ci disparaît cependant assez rapidement. La Pentamidine se donne par voie intramusculaire à la dose de 100 milligrammes tous les

deux jours jusqu'à une dose de deux à trois grammes.

Il faut protéger les patients qui sont sous traitement contre les rayons lumineux. Ceux qui souffrent de troubles rénaux doivent faire l'objet d'une attention particulière.

Les quinze patients qui reçurent ce médicament obtinrent un grand soulagement de leurs douleurs et, des treize qui étaient immobilisés au lit, onze purent quitter l'hôpital en marchant. Trois moururent: l'un de coma diabétique et les deux autres de myélome du rein et de thrombopénie. Un quatrième présentait une paraplégie avant que le traitement soit commencé. La reprise du médicament s'est montrée efficace dans les rechutes. Dans certains cas, il a fallu recourir à la Pentamidine après avoir employé la Stilbamidine et vice versa. L'auteur se demande si les traitements radiothérapeutiques, donnés après l'injection de ces médicaments, n'apporteraient pas de meilleurs résultats.

Le diagnostic de tous les cas étudiés fut fait grâce à l'emploi de l'aspiration sternale et de biopsies. Le traitement modifie les cellules typiques du myélome, mais ne diminue pas leur nombre. Le Bence-Jones persiste dans l'urine. En résumé, la Stilbamidine et la Pentamidine arrêtent temporairement l'évolution des myélomes mais ne les guérissent pas.

Les trois cas rapportés s'étaient présentés à l'hôpital pour impotence fonctionnelle causée par des douleurs aux jambes et au dos par suite de nombreux foyers de myélome au niveau de la colonne vertébrale. Aucun ne présentait de paraplégie véritable. Le traitement les améliora rapidement.

F. CHAREST.

## NEURO-PSYCHIATRIE

L. M. EATON. — **Il faut employer avec prudence le curare dans la thérapie par le choc chez les patients atteints de troubles psychiatriques associés à la myasthénie grave.** (*A warning concerning the use of curare in convulsive shocktreatment of patients with psychiatric disorders who may have myasthenia gravis.*) "Proceedings of the Staff meetings of the Mayo Clinic", 22: 4 (8 janv.) 1947.

Walker, qui avait constaté que l'injection de curare reproduisait des symptômes ressemblant à la myasthénie grave, eut recours à l'antidote de ce médicament, la physostigmine, pour traiter cette maladie. Depuis, la prostigmine est demeurée le médicament de choix.

De plus, Bennett et Cash remarquèrent que les patients atteints de myasthénie étaient très sensibles à l'injection de curare et qu'une dose équivalente au dixième ou même au quarantième de la dose injectée à une personne normale, pouvait amener une aggravation parfois dramatique des symptômes. De là est venue l'idée de recourir à de très petites doses de curare dans les cas difficiles dans lesquels le médecin se demande s'il s'agit d'asthénie ou de myasthénie.

Le curare est aussi employé pour diminuer les complications qui peuvent survenir dans la convulsothérapie, qu'elle qu'en soit la forme. Selon l'auteur, avant d'injecter une dose de curare à un patient qui se présente pour dépression, il faut s'assurer s'il ne souffre pas en même temps de myasthénie grave.

*Observation.* Un patient, âgé de 36 ans, s'était présenté à la clinique, en mars 1944, pour fatigue, insomnie, crainte de la mort et même, idée de suicide. Ces symptômes duraient depuis 1938 avec périodes de rémission et d'exacerbation. A l'été de 1943, il remarqua qu'il ne voyait pas aussi bien qu'avant et qu'il avait une chute de la paupière droite. L'injection de 0.2 cc. d'Intocostrin augmenta la faiblesse. Il reçut son congé avec le diagnostic de psychose maniaco-dépressive et de myasthénie et avec instruction de prendre des com-

primés de bromure de prostigmine. A son retour à la Clinique, deux mois plus tard, les symptômes psychiatriques persistaient, malgré l'amélioration de la myasthénie. Dans une première série, il eut sept séances d'électrochoc et quatre dans une seconde série. Un an plus tard, le patient se portait bien et occupait une situation avantageuse.

Il aurait été excessivement dangereux de donner du curare à ce patient pour atténuer les crises convulsives. Des 175 cas de myasthénie grave observés à la Clinique Mayo dans les quatre dernières années, l'auteur a rencontré quatre cas qui présentaient des symptômes psychiatriques. Deux de ces patients eurent des séances d'électrochoc. De façon générale, il faut être bien sûr que tout patient déprimé qui doit recevoir une dose de curare pour électrochoc, n'est pas atteint de myasthénie grave.

F. CHAREST.

Harolds F. FALLS. — **Hérédité du rétinoblastome. Cas observés dans deux familles.** (*Inheritance of retinoblastoma. Two families supplying evidence.*) "J. A. M. A.", 133: 171 (18 janv.) 1947.

Weller, Griffith et Sorsby, Rados croient fortement que cette tumeur maligne rencontrée chez les enfants (tumeur de la rétine avec invasion rapide du cerveau) est héréditaire. L'auteur étudie d'abord l'histoire de jumeaux monozygotes (provenant de la fécondation d'un même ovule), extraits du dossier 502 de la Clinique de l'Hérédité de l'Université du Michigan.

C. J. Lab... fut vue à la Clinique Ophthalmique en juillet 1943 pour une diminution apparente de la vision. Elle était âgée de six mois. L'examen fut négatif, sauf la présence, au niveau des deux fonds d'œil, d'une masse gélatineuse qui ne pouvait être autre chose qu'un rétinoblastome. Les clichés radiographiques montrèrent de légères calcifications au niveau des globes oculaires. L'énucléation de l'œil droit fut proposée pour examen pathologique. Les parents refusèrent. Ils préférèrent

recourir à la radiothérapie. Il fut découvert, au cours de la conversation avec les parents, que la patiente avait une sœur jumelle. Cette dernière fut vue par un autre médecin, lorsqu'elle fut âgée de onze mois. Elle était apparemment en bonne santé. L'examen du fond de l'œil montra la présence de masses gélatineuses. Les deux fillettes moururent au bout de quelques mois. Il y avait au niveau des deux yeux un rétinoblastome qui présentait des zones de nécrose et de calcification. La tumeur avait envahi le cerveau.

Le dossier 574 est très intéressant. La mère eut un œil enlevé à l'âge de trois ans et demi. Cinq de ses neuf enfants connurent le même sort. Deux d'entre eux vécurent assez vieux pour pouvoir enfanter.

Il est difficile de déterminer s'il s'agit d'un caractère dominant ou récessif: le mode de transmission est assez compliqué. L'auteur suggère que les parents qui donnent naissance à un enfant atteint de rétinoblastome, devraient s'abstenir de procréer. Il va même jusqu'à proposer la stérilisation de toute personne qui survit à une énucléation pour rétinoblastome.

F. CHAREST.

#### ORTHOPÉDIE

A. LICHWITZ. — **Les ostéoporoses aiguës; ostéoporose d'immobilisation ou ostéoporose d'alarme.** "La Presse médicale", 54: 654 (5 octobre) 1946.

L'auteur définit l'ostéoporose comme suit: «Décalcification d'origine protéique», et fait la distinction entre cette décalcification et l'ostéomalacie, qu'il dit être d'origine minérale.

Il explique ensuite le mécanisme physiopathologique des ostéoporoses, à partir du métabolisme normal du calcium.

L'osséine, dit-il, qui est le fixateur normal des sels de calcium et de phosphore, est soit déficient, soit de mauvaise qualité.

Il résume le syndrome chimique comme suit: «dans le sang: calcémie et phosphaturie normales; dans les urines: au début, hypercalcémie puis hyperphosphaturie, puis tardivement,

quand l'os a été calcifié, calciurie et phosphaturie diminuées.»

Phosphatasémie, normale ou diminuée. Puis, il étudie spécialement l'ostéoporose des traumatisés, ou ostéoporose d'immobilisation d'Albright, ou ostéoporose d'alarme de Selye.

L'examen d'un traumatisé de la troisième semaine qui suit le traumatisme a révélé un trouble profond du métabolisme des protéines.

Une simple immobilisation peut modifier ce métabolisme selon Albright.

L'auteur parle du syndrome d'adaptation ou d'alarme de Selye.

Il analyse la symptomatologie des ostéoporoses aiguës et la physio-pathologie des accidents.

Il parle des troubles d'insuffisance rénale provoqués par l'hypercalcémie et l'hyperphosphaturie, et des troubles généraux et digestifs dus à l'hypercalcémie.

La pathogénie de ces troubles de l'ostéoporose aiguë est étudiée attentivement.

Les pressions et les tractions que les muscles impriment à l'os au cours des exercices déclenchent l'activité ostéoblastique alors que l'immobilisation diminue cette action. D'où l'insuffisance d'osséine fixateur des sels de ce phosphore; d'où hypercalciurie et troubles urinaires, et l'auteur étudie le métabolisme de l'azote.

Après un traumatisme chez un débilité, la balance protéique reste positive, affirme-t-il, parce qu'ils n'ont pas de protéine de réserve.

Le syndrome d'adaptation de Selye ou syndrome d'alarme est analysé dans cet article.

Les traumatismes accidentels ou opératoires, selon Selye, provoquent la formation d'une substance qui excite l'hypophyse avec toutes les conséquences de l'hyperfonctionnement hypophysaire.

D'où des modifications phosphocalciques. Et l'auteur fait la part du syndrome d'adaptation de Selye et de l'immobilisation dans la pathogénie de l'ostéoporose aiguë post-traumatique.

Edgar LEPINE.

S. L. HIGGS. — **De l'usage des copeaux d'os spongieux pour fins de greffe osseuse.** "The Journal of Bone and Joint Surgery", 28: 15 (janvier) 1946.

Le principe de la greffe osseuse et les différentes méthodes de la réaliser sont connus depuis bien des années. Les résultats obtenus durant la première guerre mondiale et jusqu'aujourd'hui furent encourageants. Mais il est un reproche que l'on n'a cessé de faire: la greffe osseuse est un procédé bien lent de reconstruction de la continuité osseuse.

L'emploi de copeaux d'os n'est pas une technique nouvelle. Ce qui est nouveau, c'est le choix de copeaux d'os spongieux prélevés sur la crête iliaque<sup>1</sup>.

Les prélèvements tibiaux en usage jusqu'à récemment ne possédaient qu'un très faible pouvoir ostéogénique et même dans les radiogrammes pris longtemps après l'opération les copeaux apparaissaient comme des fragments bien distincts. L'évidage des régions spongieuses du tibia ne ramène qu'un os peu abondant et de qualité moindre que l'os spongieux de la crête iliaque.

Sur 71 cas, les résultats sont 100% de reprise osseuse grâce à la greffe. Pour 51 de ces cas, on appliqua des greffons corticaux plus des copeaux d'os spongieux et la guérison est survenue deux fois plus vite, en moyenne, que dans les cas où seuls les greffons corticaux furent employés.

Pierre VAILLANCOURT.

I. M. ROBERTSON et J. N. BARRON. — **Une conception thérapeutique de l'ostéite chronique.** "The Journal of Bone and Joint Surgery", 28: 19 (janvier) 1946.

A cause de l'avènement de la pénicilline et du stimulus que furent les années de guerre, il nous a été donné de reviser nos conceptions du traitement de l'ostéite chronique.

Si dans l'ostéomyélite chronique les modifications pathologiques au niveau des téguments

et tissus mous peuvent compromettre de façon permanente la vascularisation tant sanguine que lymphatique, les ravages sont bien plus importants encore dans l'ostéite chronique consécutive aux plaies par balle ou à la fracture multiple infectée. La suppuration et la nécrose donnent alors une cicatrice indurée et infectée avec laquelle il faut compter dans l'entreprise du traitement.

En substance, on s'en tient encore à la méthode Orr-Trueta: évidemment puis paquage de la plaie avec drainage et contention au moyen d'un plâtre fermé.

La technique préconisée par les auteurs comporte trois temps et pour chacun on a donné de la pénicilline durant les 24 heures précédant l'opération ainsi que pendant les 4 jours qui suivirent, et ce, à la dose de 100.000 unités par jour. Le cas qui nous sert d'illustration est une profonde perte de substance localisée au tibia, région diaphysaire.

*1er temps:* débridement complet (en sous-minant) mais sans exagérer l'incursion en tissu sain, ce qui compromettrait la vascularisation cutanée déjà hypothéquée par le traumatisme.

Ceci fait, on prélève un lambeau épidermique qu'on dépose sur un morceau de tulle gras Lumière ou de gaze vaselinée découpée aux dimensions voulues. Avec le bistouri on perfore le lambeau et le tulle en différents endroits de façon à assurer le drainage. On met de la pénicilline en poudre dans la plaie qui reçoit ensuite le lambeau épidermique et le tulle qu'on déprime de manière à assurer un bon contact avec toutes les surfaces. Les bouts de sutures sont laissés assez longs pour être attachés au-dessus d'une épaisseur de laine imbibée de soluté salin qui comblera la perte de substance osseuse. Un pansement ordinaire recouvre le tout.

*2ème temps:* le lambeau épidermique est enlevé au bout de 4 semaines; il a joué le rôle de pansement, sans plus. Le second temps consiste dans la réfection des parties molles. Quand la profondeur de la perte de substance

1. Pour ce qui est de la manière de faire ce prélèvement, se reporter à l'article suivant par MM. Robertson et Barron.

l'exige, la cavité est comblée de copeaux d'os et de muscle. Une greffe cutanée totale (derme plus épiderme) vient ensuite.

Dans le cas qui nous sert d'illustration (plaie tibiale antérieure), on prendra le jumeau interne qu'on détachera du tendon d'Achille, l'on fera une rotation et la masse musculaire sera enfouie et suturée aux lèvres du périoste. On peut se dispenser de l'enfouissement musculaire quand il s'agit de plaies peu profondes, mais alors ce dernier est avantageux, car il fournit une base de vascularisation idéale pour la reprise vitale des copeaux osseux. Dans ces cas où la greffe cutanée ne suffit pas à cause de la trop grande profondeur de la perte de substance osseuse, on combine les 2ème et 3ème temps.

*3ème temps*: réfection osseuse au moyen de copeaux d'os spongieux. Quand la cavité à combler est très importante ou totale, c'est-à-dire de périoste à périoste, dans tous les diamètres, l'on emploie, en plus, des greffons d'os compact (vissés ou non) ainsi que des entretoises d'os spongieux enfoncés dans les deux extrémités de l'os en discontinuité.

Pour prélever les copeaux d'os spongieux, on incise la crête iliaque au bord antérieur sur une longueur de 6 pouces à partir de l'épine antéro-supérieure, la crête avec ses attaches musculaires est soulevée comme un couvercle et les tables d'os compact sont réséquées et légèrement écartées. On prélève alors sur le plan horizontal des lamelles d'environ 0.67 mm. d'épaisseur qu'on taille en copeaux de 1 cm. de long. Les tables sont alors rapprochées, le couvercle rabaissé et suturé. Le drainage n'est pas nécessaire. On applique un bandage type spica.

Pour ce qui est des avantages de ces opérations, on est prié de référer à l'article précédent.

Pierre VAILLANCOURT.

W. Russell MacAUSLAND. — **Enclouage médullaire des fractures des os longs.** (*Intramedular fixation of the Fractures of long bones.*) "Surgery, Gynecology and Obstetrics", 84: 85 (janvier) 1947.

C'est l'Allemand Kuentscher qui fut le premier, en 1940, à préconiser le traitement des fractures des os longs par l'enclouage médullaire. Ce problème a surtout été étudié en Allemagne et en Amérique du Sud.

En principe, la méthode de Kuentscher consiste à introduire une longue tige métallique dans la moelle des deux fragments. Les tiges sont faites d'acier V<sup>2</sup>A (acier spécial manufacturé en Allemagne), sont bilamellées et en coupe transversale affectent la forme d'un V. Il y en a de diverses longueurs et grosseurs. Le clou est introduit à distance du foyer de fracture. Son extrémité supérieure, qui est perforée, reste en dehors de l'os, permettant ainsi de l'enlever après consolidation.

Dans les cas rapportés ici, on a utilisé des clous de Tantale. La technique consiste à mettre à jour le foyer de fracture et à nettoyer les extrémités des fragments. Le clou est introduit dans le fragment proximal, les fragments sont rapprochés et le clou est dirigé à travers la plaie dans la moelle du fragment distal. Il semble qu'un clou légèrement incurvé fournit une plus grande puissance et une meilleure immobilisation.

Ce nouveau procédé comporte plusieurs avantages. Il assure une immobilisation absolue et prompte, laisse libres les articulations voisines permettant ainsi leur mobilisation précoce. Aucun plâtre ou support n'est nécessaire. Chez les patients souffrant de fracture du fémur, la marche à l'aide de béquilles devient possible après trois semaines et en moins de deux semaines dans les cas de fractures des deux os du 1/3 inférieur de la jambe. Un fracturé de l'humérus peut se servir de son bras après 2 semaines. Ces mouvements précoces préviennent les séquelles de rigidité, les troubles circulatoires et l'atrophie. De plus, à cause de l'immobilisation parfaite, les patients ne ressentent aucune douleur.

Les indications de l'enclouage médullaire sont encore mal définies. Ainsi Boehler, après une étude approfondie de la question, conclut que seulement un nombre limité de fractures

relèvent de ce procédé et que les meilleurs résultats sont obtenus dans les fractures transverses ou légèrement obliques. Il reconnaît une contre-indication dans les fractures ouvertes, infectées, et chez les enfants. Eholt, par contre, emploie la méthode principalement et avec succès dans les fractures ouvertes du  $\frac{1}{3}$  inférieur de la jambe.

Dans l'opinion de l'auteur, le procédé trouverait son application surtout dans les fractures fémorales situées juste sous le grand trochanter dans lesquelles il est difficile de contrôler le déplacement latéral interne du fragment distal; les fractures comminutives de la même région, les fractures obliques et comminutives de l'extrémité supérieure de l'humérus, les fractures des deux os de la jambe au niveau du  $\frac{1}{3}$  moyen, bénéficieront également de ce procédé.

La principale objection apportée au traitement serait le danger d'infection qui se trouve considérablement réduit par l'usage de pénicilline.

L'emploi du Tantale rend superflu l'enlèvement de la tige après la guérison.

On discute encore sur l'accélération ou le retard apporté à la formation du cal, quoique logiquement l'immobilisation complète et constante obtenue par le procédé devrait stimuler la formation du cal.

Bernard GAUTHIER.

Pierre MARIQUE. — **La subluxation du pied bot.** "La Presse médicale", 54: 411 (22 juin) 1946.

L'auteur insiste sur le fait que la subluxation est constante dans le pied bot et que c'est elle qui stabilise l'attitude en varus et en adduction. De plus, la subluxation rend l'équinisme irréductible. Les manipulations doivent se faire le genou fortement fléchi afin de relâcher le triceps. L'adduction de l'arrière-pied doit être corrigée avant de corriger la subluxation afin que l'astragale soit en face de la mortaise tibio-tarsienne et que la subluxation puisse se réduire sans difficulté

et complètement. L'immobilisation en position d'hypercorrection est maintenue de 10 à 15 jours.

L'auteur préconise de ne pas traiter ces cas avant la fin du premier mois de la vie. La section du tendon d'Achille est inutile à cause de la subluxation présente et parce que, une fois la subluxation réduite, l'équinisme jusque là irréductible se réduit facilement.

L'auteur conclut en disant que la réduction de la subluxation est possible chez le sujet jeune. Une réduction complète équivaut à la guérison du pied bot, alors que les traitements, quels qu'ils soient, qui laissent persister la subluxation, ne guérissent pas le pied bot.

J.-C.-A. MARCHAND.

Francis C. GRANT. — **Résultats opératoires dans les disques intervertébraux.** (*Operative results in intervertebral disks.*) "Ann. of Surgery", 124: 1066 (déc.) 1946.

Avant 1930 toute douleur lombo-sacrée s'irradiant dans le membre inférieur était étiquetée « névrite sciatique ». Le repos, la chaleur, la traction et d'autres méthodes conservatrices suffisaient souvent à améliorer nombre de patients.

C'est alors qu'apparut la notion de hernie du disque intervertébral qui expliquait très bien la douleur lombo-sacrée et son irradiation. On préconisa aussitôt l'exérèse chirurgicale du disque comme moyen d'assurer un soulagement prompt et certain.

Ici l'auteur se pose les questions suivantes: « Après l'opération, le patient sera-t-il suffisamment soulagé pour pouvoir retourner à ses occupations? Quel est le pourcentage d'échecs du traitement chirurgical ou même y aura-t-il aggravation de l'état d'incapacité? » Il faut d'abord savoir que la douleur produite par un disque hernié a deux composantes: la douleur dans le dos et celle dans le membre inférieur. La première est causée par la pression du disque sur les ligaments vertébraux postérieurs ou par leur rupture. La seconde reçoit

son explication par l'irritation des racines nerveuses lombaires adjacentes.

Sur un groupe de 200 cas opérés, les résultats s'établissent comme suit après un recul de 1½ an à 6½ ans. Avant l'intervention 35% des patients étaient alités, 55% incapables de travailler et 10% fortement handicapés dans leur travail. Avec le traitement chirurgical, 63% furent complètement soulagés, 29% améliorés et 10% ne furent pas améliorés. Il est intéressant de noter en plus que la proportion des guérisons varie notablement selon que le travail subséquent est plus ou moins dur.

Le problème est ensuite étudié en regard du degré de hernie du disque avant l'opération. Des 200 cas rapportés, il ressort nettement que le succès final est en fonction directe du degré de douleur existant avant le traitement. On doit encore souligner que, dans les 17 échecs rapportés, 9 patientes n'avaient eu qu'une seule crise douloureuse. Conséquemment, aujourd'hui, on ne doit envisager l'opération que si le malade a présenté au moins deux crises et que si la douleur est forte au moment où il vient consulter. En effet, intervenir chez des gens chez qui la douleur rétrocede d'elle-même est à déconseiller, parce qu'alors les suites opératoires seront désagréables, la période de réadaptation étant mal supportée.

La question est encore envisagée suivant un autre angle. Chez un groupe d'opérés, on ne trouva aucun disque anormal pendant que chez un groupe de porteurs de disques herniés, confirmés par la myélographie, on n'intervint pas. Dans le premier groupe, 45% furent

guéris, 28% améliorés et 28% non améliorés quoiqu'on n'enleva aucun disque.

Chez les non-opérés avec des disques herniés, un traitement conservateur a donné les résultats suivants: 23% guéris, 41% améliorés, 36% non améliorés. Il est admis que dans cette dernière catégorie les récives sont à craindre et ces patients demeurent des candidats éventuels à la chirurgie.

En conclusion de cette étude, on doit admettre qu'il n'y a aucune raison de modifier l'attitude conservatrice adoptée dans les années passées. Une myélographie au pentopaque devrait toujours précéder l'opération afin de confirmer le diagnostic, de localiser le disque et d'en déterminer le degré de la hernie. L'indication opératoire se pose si la myélographie montre une hernie importante du disque, si la douleur est marquée, si le patient a eu d'autres crises antérieures. Mais la chirurgie ne constitue pas l'unique traitement, car nombreux sont ceux qui bénéficieront de repos, de traction, du port d'un corset approprié et d'autres méthodes non chirurgicales. La nature se chargera de soulager de nombreux malades comme cela se produisait avant l'ère chirurgicale de 1930.

Remarque: l'arthrodèse vertébrale comme moyen d'atténuer la douleur lombo-sacrée, après que celle du membre a été soulagée par l'exérèse du disque, n'a pas été envisagée ici parce que les indications et les résultats en sont encore obscurs.

Bernard GAUTHIER.

## SOCIÉTÉS

---

« L'Union Médicale du Canada » publie les comptes rendus scientifiques de toute société savante de langue française de l'Amérique du Nord. Ces comptes rendus doivent cependant être rédigés succinctement en dactylographie par les secrétaires respectifs et être adressés, sans retard, à la Rédaction.

### LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL <sup>1</sup>

#### Allocution du docteur Edouard Desjardins, président pour 1947

Je n'arrive pas à trouver les mots qui conviennent pour vous dire l'émotion qui m'étreint au moment de prendre la parole pour vous remercier de m'avoir élu comme président de la Société Médicale de Montréal.

Votre choix m'honore; mais, je serais injuste si je n'ajoutais qu'en m'honorant, vous avez surtout voulu honorer le personnel médical de l'Hôtel-Dieu qui n'a jamais ménagé son concours, ni mesuré sa sympathie à l'égard de la Société Médicale.

Vous m'avez choisi parmi plusieurs de cette vénérable maison beaucoup plus dignes que moi, parce que, pénible confession, j'apportais avec l'âge et les cheveux blancs l'expérience requise au bon fonctionnement de la Société.

J'ai, en effet, servi sous trois présidents, fort différents les uns des autres. Leur commerce m'a été précieux; à leur contact, j'ai beaucoup appris et, de chacun des trois, j'ai retenu des souvenirs indélébiles, mais à des titres divers. Le docteur Urgel Gariépy m'a initié aux arcanes administratifs de la Société; le docteur Paul Letondal m'a été un exemple de dynamisme et d'activité hors-pair; le docteur Armand Frappier s'est montré sous le jour d'un administrateur capable et averti.

Je dois à mes trois prédécesseurs une vive reconnaissance; grâce à eux, mon postulat

s'est accompli avec un minimum de douleur, d'inévitables épreuves et de belles consolations.

Je suis appelé à leur succéder; je me sens incapable de les remplacer.

\*

\* \* \*

L'allocution inaugurale de vos présidents comporte, selon la coutume, l'énoncé de la politique à suivre durant l'année qui commence.

L'année 1947, cependant, ne sera fructueuse qu'à la condition expresse d'une communion intime entre le Bureau de la Société et l'ensemble des membres qui la composent. Il nous faut la pleine collaboration de tous. La coopération complète de mes collègues m'est assurée. Les docteurs François Archambault, Origène Dufresne et Jean Denis ne marchandent pas leurs efforts et je puis vous affirmer que le docteur Louis-Henri Gariépy, notre nouveau vice-président, nous sera de bon conseil.

La collaboration des membres est essentielle, si la Société veut réaliser le programme qu'elle s'était tracé lors de sa fondation, le 8 novembre 1871, qui comportait comme buts principaux:

- 1° de cimenter l'union entre les membres de la profession médicale;
- 2° de donner aux médecins un motif de se réunir et de fraterniser;
- 3° de s'instruire mutuellement par des lectures, par des discours et par des conférences; et,
- 4° de pratiquer mutuellement ce qui est conforme à l'honneur et à la fraternité.

1. Séance du 21 janvier 1947, tenue à l'Hôtel-Dieu de Montréal.

\*  
\*       \*  
\*

Le premier article du programme 1947 est de demeurer fidèle à l'esprit de la charte de 1871 et de conserver les traditions plus récentes: Journées Médicales annuelles, annuaire, Prix Ciba.

Vieille de 75 ans, la Société Médicale a, me semble-t-il, l'âge qu'il faut pour commander le respect et parler avec force. Riche d'expérience, elle est un merveilleux instrument de travail; elle est aussi une force imposante, puisqu'elle comprend au delà de 800 membres.

La Société veut cimenter l'union entre les membres de la profession médicale: mobile fort honorable, mais dont l'exécution répugne à notre individualisme morbide et congénital; la démonstration en est simple, — comptez le nombre des sociétés scientifiques médicales, dites spécialisées...

Mon premier président, le docteur Urgel Gariépy, avait conçu le projet de réunir en un généralat (si l'expression peut faire image) toutes ces associations, les puissantes, les médiocres et les faibles, et nous leur avions à cet effet consacré tout l'Annuaire de 1944. Le projet est encore à l'état de projet.

Quand le temps sera-t-il mûr d'entreprendre chez nous ce que nos collègues de langue différente ont accompli tout naturellement: une société-mère impressionnante et des filiales autonomes, mais non affranchies? Le vent souffle fort qui vient du Sud. Il a forcé certains obstacles; il pourrait tout aussi bien abattre d'autres qui demeurent.

D'ici là, je fais un appel pressant aux officiers des sociétés-sœurs. Respectez, si possible, nos soirs de réunion. Evitez les dualités. La plupart de ceux qui appartiennent à votre organisation sont également des nôtres. L'assistance que vous gagnez, nous la perdons; ceux qui viennent chez nous vous désertent.

Chers confrères-présidents, veuillez prendre note que les réunions de la Société Médicale de Montréal se tiennent *les premiers et troi-*

*sièmes mardis de chaque mois.* Cimenter l'union entre les membres de la profession médicale est impossible sans le concours des bonnes volontés.

\*  
\*       \*

Il n'y aura pas, en 1947, de dimanche du praticien. Cette formule, d'inspiration française et de réalisation montréalaise, fut tentée, il y a 20 ans, pour ne pas durer. Reprise avec un bel effort de publicité en 1945, elle n'a pas subi l'épreuve victorieusement. Faute d'assistance suffisante, la formule s'est éteinte avec la réunion d'octobre 1946. D'ailleurs, je comprends fort bien les médecins des hôpitaux, ainsi que les praticiens de la ville ou de la campagne: ils sont à la lourde tâche l'année longue, tous les jours de la semaine; aussi bien est-il logique de leur laisser le libre emploi du jour du Seigneur!

Je crois que la formule que nous essaierons cette année, bien que d'inspiration hétérogène, sera susceptible de plaire tout en instruisant.

« Les cliniques du mardi » constitueront la première séance de chaque mois. Elles débiteront à Notre-Dame, le 4 février. Six ou sept hôpitaux y seront mis à contribution. Ces séances consisteront exclusivement en présentations cliniques et seront dépouillées des procédures habituelles. Les séances dureront deux heures et, quelle que soit l'heure de l'arrivée, il y aura toujours à voir, à palper, à entendre. Cette formule me paraît très avantageuse pour le médecin qui fait du bureau le soir; il n'a pas besoin d'arriver tôt pour ne rien perdre, puisque le matériel clinique reste exposé pendant les deux heures.

Cette formule a réussi à l'ouest; il n'y a pas de raison qu'elle soit une faillite chez nous.

Les séances académiques auront lieu le troisième mardi de chaque mois; grâce à leur généreuse hospitalité, elles se tiendront à l'Hôtel-Dieu ou à Notre-Dame.

Votre bureau a l'intention de faire un appel particulier aux jeunes médecins; il faut qu'ils

apportent à notre tribune le fruit des travaux qu'ils préparent sous la direction de leurs aînés. Qu'ils ne craignent pas de s'inscrire; je suis certain que, dans tous les cas, les patrons seront heureux de prêter leur concours à ceux qui sont appelés à nous succéder, et, je l'espère, à nous dépasser.

Jeunes médecins, ne laissez pas passer l'occasion; vous êtes à l'âge ardent, vous ne craignez pas les tâches ardues, la lutte vous agrée, les polémiques vous enchantent. N'attendez pas, pour vos travaux de recherches, l'âge et l'expérience consacrés par la grande clientèle. Il sera alors trop tard. Vos maîtres ne demandent pas mieux que de vous fournir des sujets à développer. Travaillez ferme, d'autant plus qu'il y aura, cette année encore, un prix Ciba de mille dollars, petite somme qui, même fragmentée, peut fournir certaines consolations.

\*

\*      \*

La Société s'honorera également d'entendre certains de ses membres, habituellement discrets; elle n'est pas le fait d'un groupe; elle n'appartient à aucune coterie. Médecins des hôpitaux, praticiens de la ville ou de la campagne, nous serons heureux de vous entendre.

Afin de rayonner plus puissamment encore, la Société veut agrandir ses cadres; le recrutement des jeunes s'impose.

Etre membre de la Société confère de grands avantages dont le moindre n'est pas l'assurance-groupe. Cette assurance a rendu d'énormes services à certains; il ne faudrait pas, toutefois, que des abus viennent à en changer les dispositions ou à faire ajouter certaines restrictions. Comme le groupe agit à la manière d'une coopérative, il va sans dire que, du fait d'exagérations, les véritables malades risquent d'être lésés et de ne pas recevoir les bénéfices espérés.

Je ne voudrais pas terminer cette petite allocution sur une note aussi pénible. Je ne voulais pas, cependant, ne pas en dire un mot,

parce que l'intérêt des uns est subordonné aux actes des autres.

Le nouvel Exécutif a pris la résolution de commencer les séances à l'heure indiquée et de les terminer à une heure raisonnable. Le programme ne comportera, en règle générale, que deux travaux: un long et un court. Avec la prochaine séance, tenue à Notre-Dame, nous inaugurerons la formule en vogue chez nos confrères de langue anglaise: la présentation de malades, de dossiers, de graphiques, de transparents, de films, mais sans discours; la lecture du procès-verbal et les faits officiels seront, dans ce cas, remis à la séance suivante.

Venez-y nombreux. Votre présence sera la meilleure récompense de ceux qui ont consacré de longues heures à préparer ce qu'ils vous offrent. Le succès exige, je le répète, la coopération la plus entière de tous les membres de la Société.

### Séance du 3 décembre 1946 tenue à l'Hôtel-Dieu.

Présidence de M. Edouard Desjardins.

#### Formes pulmonaires de la sarcoïdose

M. Paul ROBERT.

M. Robert rapporte cinq observations de sarcoïdes pulmonaires découverts à la radiographie systématique des poumons des militaires à leur démobilisation. Trois de ces cas furent authentifiés par la biopsie d'un ganglion lymphatique périphérique. Dans les deux autres cas, le diagnostic n'a pas été affirmé aussi catégoriquement, mais repose sur l'histoire clinique, l'aspect radiologique et l'élimination des autres causes possibles. De nombreuses radiographies sont montrées.

L'auteur fait une revue générale de l'affection, décrivant ses différentes formes cliniques, s'attachant particulièrement à la description des formes médiastinales pulmonai-

res, puis décrivant plus rapidement les autres manifestations.

Il envisage ensuite les renseignements que l'on peut tirer des différentes méthodes de laboratoire pour faire ce diagnostic. Il en discute alors la pathogénie. Le pronostic lui en apparaît plus sombre que disent certains auteurs. Bien qu'il soumette encore ces malades au traitement par la radiothérapie profonde, il ne lui semble pas qu'il existe aucun traitement véritablement spécifique de cette affection.

#### Discussion.

M. V. LATRAVERSE demande quelles sont les observations endoscopiques dans ces cas.

M. ROBERT répond que ces examens n'ont pas été demandés. Le lipiodol pratiqué dans deux cas n'a pas donné de renseignements supplémentaires.

M. TRUDEL demande quelle différence radiologique existe entre la sarcoïdose et la granulie pulmonaire. Réponse: peu de différence tranchée; l'évolution clinique n'est pas la même.

M. VERSCHULDEN déclare qu'il ne voit pas de traitement efficace dans ces cas, sauf la cure sanatoriale. Il cite le cas d'un malade suivi durant quatre ans et qui se porte bien, ce qui n'enlève rien au caractère de gravité de la maladie.

#### Diagnostic et traitement de la persistance du canal artériel.

MM. Rodrigue LEFEBVRE, Rigaud CANGE  
et Jacques BRUNEAU

M. Lefebvre décrit l'anatomie et la physiologie du canal artériel chez le fœtus et le nouveau-né. Lorsque le canal persiste à la naissance et ne s'oblitére pas, il s'ensuit de nombreuses perturbations circulatoires: hypertrophie du ventricule gauche, puis hypertrophie moindre du ventricule droit; dilatation considérable de l'aorte et des artères pulmonaires; hypertension, avec baisse de la minima.

Comme symptômes, on note un poids en dessous de la normale, la présence d'un souffle rude imitant le bruit d'un train sous un tunnel, plus intense durant l'inspiration, diastolo-systolique au troisième espace intercostal. Il y a asymétrie des pouls.

La radiographie montre une hypertrophie des ventricules et une saillie de l'arc moyen.

Le pronostic n'est pas toujours grave et dépend du calibre du canal. En moyenne, la survie est abrégée de 23 ans et 80% des sujets sont voués à une mort certaine.

Le traitement est chirurgical et consiste à ligaturer le canal artériel. L'opération est retardée vers 6 ans. Les indications sont la persistance du canal avec troubles fonctionnels, et la présence d'infections surajoutées. Après l'intervention, les souffles disparaissent, la pression diastolique remonte, le cœur reposé diminue de volume et souvent les infections s'améliorent.

M. Rigaud Cangé présente quatre cas cliniques: le premier présente des complications fébriles, infectieuses; le second est mort d'insuffisance cardiaque; enfin, les deux derniers ont été opérés avec succès par M. Jacques Bruneau.

M. Jacques Bruneau explique la technique chirurgicale de cette intervention. Elle consiste dans la ligature ou plus exactement l'oblitération complète et permanente du canal artériel. Il faut d'abord localiser le canal, puis l'oblitérer en évitant les complications plus ou moins immédiates qui sont l'hémorragie grave et la reperméabilisation du canal. La technique de choix consiste à multiplier les ligatures, jusqu'à cinq.

#### Quelques cas d'allergie.

M. Gérard CASGRAIN

M. Casgrain illustre par de nombreux cas cliniques combien il est difficile de bien interpréter les cuti-réactions et combien il est dangereux de se fier uniquement à ces réactions ou tests cutanés. Il cite le cas d'un asthme saisonnier causé, non pas par un pollen,

mais par le poil de chat et de chien; deux cas d'asthme apparu après une infection respiratoire et dus, non pas à une sensibilisation bactérienne, mais à une allergie à l'éphédrine et aux sulfamidés; cas d'un enfant allergique au poisson qui continue à faire des crises d'asthme malgré un régime de restriction, parce qu'il prend une préparation vitaminée contenant de l'huile de flétan; cas d'un malade qui multiplie les prises d'éphédrine alors qu'il garde un gros chat dans la maison; plusieurs cas de malades où le facteur émotionnel est de première importance.

L'allergiste ne doit donc pas être un technicien qui fait des « tests », mais un vrai médecin qui sait étudier cliniquement et psychologiquement le malade.

Le secrétaire des séances,  
Jean DENIS.

## LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE QUÉBEC

### 296<sup>e</sup> réunion tenue à l'École de Médecine.

Présidence de M. Emile Gaumond.

Le Dr Gaumond résume la conférence du président de la Fédération, prononcée à Trois-Rivières, sur l'assurance-maladie, conférence envoyée à notre société pour information. La Fédération veut l'amélioration de la santé et des services médicaux dans la Province sous la direction d'un organisme composé des représentants du Collège, de la Fédération, des hôpitaux et du public. La Fédération rejette l'assurance-maladie fédérale pour les raisons données et la Croix-Bleue, compagnie d'assurance ordinaire.

### Traitement de la luxation récidivante de l'épaule.

M. Antoine POULIOT

L'articulation scapulo-humérale est du genre enarthrose, i.e. cavité glénoïde agrandie d'un fibro-cartilage et d'une tête qui s'y meut, le tout retenu en place par un système capsulo-ligamentaire complexe. Après l'étude de l'incidence, des variétés, de la physio-pathologie, le conférencier termine par les procédés thérapeutiques.

Procédé de Nicolas. Praticqué en E. U. A., a pour but la création d'un ligament intra-articulaire en mimant l'articulation coxo-fémorale. Le tunnel d'émergence doit se placer à la partie externe et non au centre.

Procédé de Oudard. Praticqué en France, a pour but la création d'une butée osseuse en allongeant la coracoïde par section ou par interposition d'un greffon osseux préalablement préparé.

Procédé de Banker. Les résultats seraient des meilleurs.

Le plissement et la résection capsulaire sont abandonnés.

Le Dr Ls-Philippe Roy félicite le conférencier de sa clarté et de ses résultats. Ajoute qu'on reproche au Oudard son grand délabrement, que le Nicolas donne des résultats très satisfaisants.

### Affection cutanée et psychiatrie.

M. G. VOYER.

Le Dr Voyer cite deux cas personnels. Premier cas: jeune homme urticarien, traité sans succès, rejoint l'armée, mésadaptation puis développement d'une psychose. Deuxième cas: servante, 29 ans, séborrhéique. Après une série de chocs émotionnels, elle développe un syndrome eczématiforme. Le Dr Voyer expose le traitement qui consiste en une désintoxication psychique après un examen psycho-somatique minutieux. Comme médication adjuvante, l'auteur a donné de l'insuline.

### Discussion.

M. C.-A. MARTIN, qui offre très largement la collaboration des psychiatres, dont la demande reste sur un très bas palier (manque probable d'intérêt du praticien), dit que les neuro-dermatoses sont très rares dans son milieu hospitalier.

M. S. CARON appuie sur la physio-pathologie. Chez les porteurs de neuro-dermatose, il y a toujours une prédisposition et des émotions chroniques vives et prolongées qui alimentent des désordres endocrino-sympathiques suivis

de lésions cutanées. On peut modifier la personnalité par la psychothérapie chez ceux qui reconnaissent leur tempérament pathologique, mais il y aura toujours des hauts et des bas. L'insuline tend à ramener vers l'équilibre les perturbations du métabolisme basal.

M. C.-A. GAUTHIER affirme qu'il y a plus de névrosés que les médecins ne le veulent. Les psycho-dermatoses prennent très souvent l'aspect prurigineux excepté chez les paranoïaques. Le métabolisme basal y est le plus souvent augmenté, d'où l'intensité accrue des phénomènes d'oxydo-réduction. Il y a toujours carence des facteurs « B ». Cette thérapeutique à base de « B » lui a toujours été satisfaisante.

M. EUSTACE MORIN dit qu'il ne veut pas entrer dans les détails cliniques ni pathologiques et soumet que l'école anglaise s'efforce surtout à se faire accepter du malade et vise à le désintoxiquer ensuite. Le malade trouvera mieux chez lui que chez le pharmacien les ingrédients de sa guérison.

M. EMILE GAUMOND admet un tempérament spécial chez le porteur de neuro-dermatose ainsi qu'une mésadaptation, cite trois cas personnels: contrebandier eczémateux puni de Dieu, traumatisé de l'épaule embêté d'un procès et d'une dyshydropse palmaire, eczémateuse mésadaptée génitale. Il soumet que le dermatologiste averti, mieux que le psychiatre, guérira la neuro-dermatose.

Le secrétaire, Charles COTE.

## LIVRES REÇUS

### Liste de livres reçus à "L'Union Médicale du Canada"

Février-mars 1947

- Diagnostic électrocardiographique.** André Jouve, Jacques Senez et Jean Pierron. — Masson et Cie, éditeurs, Paris.
- Diagnostic hormonal et traitements hormonaux en gynécologie.** Claude Béclère. — Masson et Cie, éditeurs, Paris.
- Tuberculose rénale sous l'angle de la thérapeutique.** Jean Cibert. — Masson et Cie, éditeurs, Paris.
- Manuel de biochimie.** Pierre Thomas. — Masson et Cie, éditeurs, Paris.
- Éléments de psycho-physiologie.** Henri Roger. — Masson et Cie, éditeurs, Paris.
- Traumatismes de la moelle et des racines. Sciatique traumatique.** R. Thurel. — Masson et Cie, éditeurs, Paris.
- Clinique et investigations.** Noël Fiessinger. — Masson et Cie, éditeurs, Paris.
- Hépatites rares.** Maurice Loeper. — Masson et Cie, éditeurs, Paris.
- Les maigreurs.** L. Cornil, M. Schachter. — Masson et Cie, éditeurs, Paris.
- Syndrome cortico-pleural.** J. Skladal. — Masson et Cie, éditeurs, Paris.
- Les néphropathies gravidiques.** H. Pigeaud et H. Dumont. — Masson et Cie, éditeurs, Paris.
- Le fibro-myome utérin.** J. Ducuing. — Masson et Cie, éditeurs, Paris.
- L'hémophilie — affection familiale.** P. Emile Weil. — Masson et Cie, éditeurs, Paris.
- L'hyperfolliculinie. Etude clinique, anatomopathologique et thérapeutique.** Max Wallet. — Masson et Cie, éditeurs, Paris.
- La périartérite noueuse. Maladie de Kussmaul.** P. Nicaud. — Masson et Cie, éditeurs, Paris.
- Thromboses artérielles. Physiologie pathologique et traitement chirurgical.** R. Leriche. — Masson et Cie, éditeurs, Paris.
- Le syndrome de Volkmann.** Maurice Cahuzac et François Jung. — Masson et Cie, éditeurs, Paris.
- Le diabète.** I. Pavel. — Masson et Cie, éditeurs, Paris.
- The Venous Pulse and Its Graphic Recording.** Franz M. Groedel, M.D. — Brooklyn Medical Press, New-York.

**Des expériences cliniques ont prouvé  
que l'administration des xanthines  
peut doubler la circulation coronaire  
et augmenter le rendement à l'effort.**



Chaque comprimé contient:

Théophylline .....	(1-1/2 grs.)	0 gr. 10
Théobromine .....	(1-1/2 grs.)	0 gr. 10
Iodure de Potassium .....	(2 grs.)	0 gr. 12
Phénobarbital .....	(1/4 gr.)	0 gr. 01
Bicarbonate de Soude .....	(2 grs.)	0 gr. 12

Flacons de 100

# XANTOPHEN

ROUGIER FRÈRES, 350, rue Le Moyne, MONTRÉAL (1)

## NOUVELLES

---

### LE CENTENAIRE DU COLLÈGE DES MÉDECINS

Le Collège des Médecins et Chirugiens de la Province de Québec fêtera, les 10 et 11 septembre 1947, le 100<sup>e</sup> anniversaire de son incorporation.

L'Exécutif du Collège vient de faire connaître les noms des membres des différents comités. Le comité d'honneur sera composé de l'hon. sir Eugène Fiset, M.D., Son Excellence Mgr Joseph Charbonneau, Rt Reverend John Dixon, MM. les ex-présidents du Collège, MM. les gouverneurs du Collège, MM. les doyens des facultés de médecine et de l'hon. J.-H.-A. Paquette, M.D.

Le comité central sera composé du président, le docteur Marc Trudel, des vice-présidents, les docteurs Beauchesne et Bibaud, et le secrétaire général sera le registraire, le docteur Jean Paquin.

---

### JOURNÉES MÉDICALES ANNUELLES 1947

L'Exécutif de la Société Médicale de Montréal est en voie de parfaire l'organisation des Journées Médicales Annuelles. Celles-ci seront tenues, comme les années précédentes, à l'hôtel Windsor et elles auront lieu les 5, 6, 7 et 8 mai 1947.

Elles consisteront, suivant la formule goûtée des réunions antérieures, en symposiums, en déjeuners-causeries, et elles se termineront, le 8 mai au soir, par le dîner annuel.

---

### ÉLECTIONS À "L'UNION MÉDICALE DU CANADA"

Jeudi, le 30 janvier 1947, a eu lieu au Cercle Universitaire de Montréal, l'assemblée annuelle de *L'Union Médicale du Canada*.

On a procédé aux élections. Le docteur Albert Bertrand a été nommé président pour l'année 1947 et les docteurs Richard Gaudet, de Sherbrooke, et Jean Saucier, de Montréal, ont été élus vice-présidents. Le docteur J.-A. Vidal demeure secrétaire-trésorier.

Les officiers du Comité de Rédaction n'ont pas été changés.

### NOMINATIONS DE LA FACULTÉ DE MONTRÉAL

Les nominations suivantes ont été faites par le Conseil de la Faculté, le 20 novembre 1946:

Le docteur Guy Bégin, assistant régulier à titre hospitalier en chirurgie générale à l'hôpital du Sacré-Cœur; le docteur Paul Brodeur, assistant régulier à titre hospitalier en électroradiologie à l'hôpital Notre-Dame; et, le 22 janvier 1947: le docteur Léon Longtin, assistant régulier à titre hospitalier dans le service de médecine de l'Hôtel-Dieu (section d'anesthésie); le docteur Fernand Grégoire, assistant régulier à titre hospitalier en chirurgie générale (section de la chirurgie thoracique) à l'hôpital du Sacré-Cœur; le docteur Jean-Charles Doucet, assistant régulier à titre hospitalier dans le service de médecine de l'hôpital Notre-Dame (section d'anesthésie); le docteur Roland Décarie, assistant régulier à titre hospitalier en chirurgie générale à l'hôpital Notre-Dame.

---

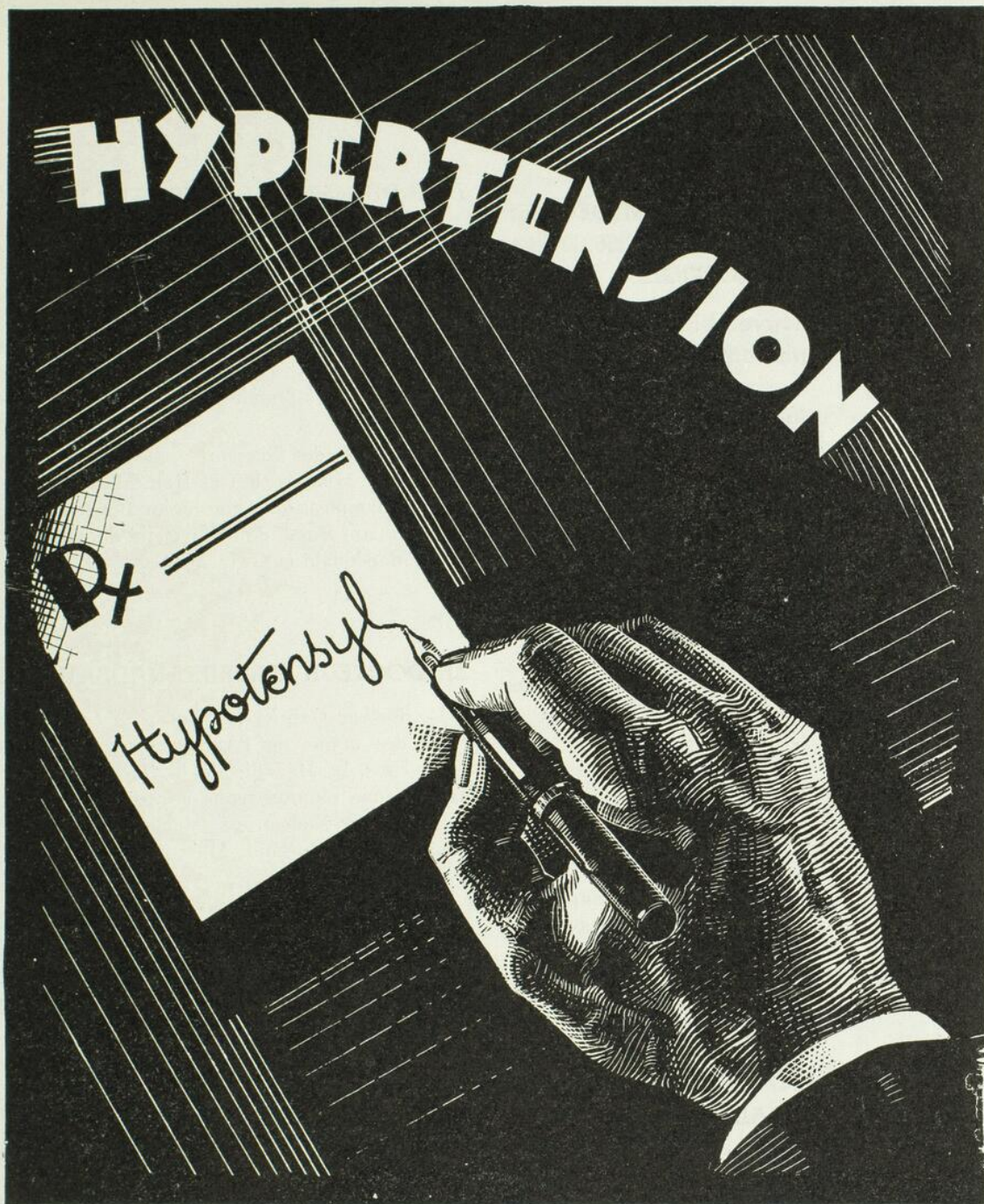
### AUX JEUNES DIPLÔMÉS EN MÉDECINE: BOURSE D'ÉTUDES DE \$1,500.00 EN VIROLOGIE.

Pour un an, renouvelable et sujette à augmentation.

*L'Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université de Montréal* offre une bourse d'études en *Virologie* aux candidats désireux de se créer une carrière dans les sciences médicales et la médecine préventive, et ayant des aptitudes pour la recherche.

Le candidat choisi devra accomplir un stage d'au moins un an à l'Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université de Montréal. Il aura d'abord la latitude de perfectionner ses connaissances en vue de l'étude avancée de la *Virologie*: cours spéciaux de Mathématiques, de Physique, de Chimie-physique, de Microbiologie et d'Immunologie. L'étude de la *Virologie* se poursuivra ensuite sous la direction du Professeur Pierre Lépine, virologue de grande réputation, chef de service à l'Institut Pasteur et professeur à l'École d'Hygiène de l'Université de Montréal. Des voyages à l'étranger pourront compléter cette formation.

Ces études de perfectionnement dureront au moins deux ans. L'Institut offre en outre une brillante carrière au candidat choisi.



**INDICATIONS**

Troubles de l'Hypertension :  
Maux de tête — Vertiges — Céphalées  
Spasmes Artériels, etc.

*Echantillons sur demande.*

**FORMULE**

Extrait de Gui  
" de Foie  
" Pancréatique

**ANGLO-FRENCH DRUG CIE, Ltée**

209 est, Ste-Catherine

**MONTRÉAL**

*Conditions:* Diplôme récent de médecine; bonne santé; acceptation du dossier moral et scientifique par le Directeur de l'Institut.

*L'offre est maintenue jusqu'à la fin d'avril 1947.*

---

♦♦

**AUX JEUNES DIPLÔMÉS EN MÉDECINE:  
BOURSE D'ÉTUDES DE \$1,500.00  
EN ÉPIDÉMIOLOGIE.**

**Pour un an, renouvelable et sujette à  
augmentation.**

*L'Ecole d'Hygiène de l'Université de Montréal* offre une bourse d'études en *Epidémiologie* aux candidats désireux de se créer une carrière dans les sciences médicales et la médecine préventive, et ayant des aptitudes pour l'enseignement et la recherche.

Le candidat choisi devra accomplir un stage d'au moins un an à l'Ecole d'Hygiène de l'Université de Montréal. Il aura la latitude de perfectionner ses connaissances en vue de l'étude avancée de *l'Epidémiologie*: cours spéciaux de Mathématiques, de Microbiologie et d'Immunologie et du diplôme en Hygiène publique. L'étude de *l'Epidémiologie* proprement dite se poursuivra dans une Ecole d'Hygiène de réputation internationale, en vue, si possible, d'obtenir un doctorat.

Ces études de perfectionnement dureront de deux à trois ans.

L'Ecole offre une brillante carrière au candidat choisi.

*Conditions:* Diplôme récent de médecine; bonne santé; acceptation du dossier moral et scientifique par le Directeur de l'Ecole.

*L'offre est maintenue jusqu'à la fin d'avril 1947.*

---

♦♦

**PRIX CIBA 1947 DÉCERNÉ PAR  
LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL**

Le directeur de la compagnie Ciba, Monsieur Angehrn, a de nouveau cette année souscrit, au nom de sa maison, un montant de \$1,000 qui a été mis à la disposition de la Société Médicale de Montréal, pour être distribué sous forme de prix aux membres de la Société qui présenteront des travaux originaux et inédits.

---

♦♦

**RÉAPPARITION DU  
"JOURNAL DE L'HÔTEL-DIEU"**

Il nous fait plaisir de souligner la réapparition du *Journal de l'Hôtel-Dieu*, dont le numéro de janvier-

février 1947 vient de paraître. Durant l'année 1946, le *Journal de l'Hôtel-Dieu* n'a fait paraître aucun numéro.

---

♦♦

**DON DE \$450,000 À L'INSTITUT DU CANCER**

Les fiduciaires du fonds Georges V viennent d'autoriser un don de \$450,000 au nouvel Institut national du Cancer du Canada. Cette décision a été prise lors d'une réunion à Ottawa, au cours de laquelle on a approuvé les décisions prises récemment par un groupe de savants et de sommités du monde médical sur les mesures à prendre pour combattre efficacement le cancer.

Au nombre des fiduciaires présents on remarquait: le Premier Ministre, le très Hon. Mackenzie King; le chef de l'opposition, l'hon. John Bracken; le professeur William Boyd, de l'Université de Toronto; MM. J. K. Macdonald et G. D. W. Cameron.

---

♦♦

**LE DOCTEUR GABRIEL NADEAU DÉCORÉ**

Le docteur Gabriel Nadeau a reçu, fin de janvier 1947, des mains de l'Ambassadeur de France aux Etats-Unis, la Médaille de la Reconnaissance Française, à une réunion tenue à Boston.

Le docteur Nadeau est attaché au « Rutland State Sanatorium », Rutland, Mass.

---

♦♦

**LES DOCTEURS DUBÉ, GARIÉPY ET FRANÇOIS ROY, HONORÉS PAR L'ACADÉMIE  
DE CHIRURGIE DE PARIS**

Récemment, l'Académie de Chirurgie de Paris a nommé trois chirurgiens canadiens-français membres associés étrangers. Ce sont: les docteurs Edmond Dubé, doyen de la Faculté de Médecine, J.-Urgel Gariépy, chirurgien en chef de l'hôpital Notre-Dame, et François Roy, chef de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu de Québec.

---

♦♦

**CONFÉRENCE DU DOCTEUR YVES  
CHAPUT**

Mardi, le 11 février 1947, la Société Médicale de Shawinigan Falls et de Grand'Mère tint une séance spéciale sous la présidence du docteur Victor Brasseur, de Grand'Mère.

# HEPAROS

EXTRAIT DE FOIE  
A HAUTE CONCENTRATION  
AVEC

## ACIDES AMINÉS

UN  
HÉMATOPOIÉTIQUE PUISSANT

Contient 10 ampoules  
buvaables.

Directions: Une ampoule  
par jour ou plus.

FABRIQUÉ PAR LES

### PIONNIERS

DANS LA

RECHERCHE  
ET LA FABRICATION

## D'ACIDES AMINÉS

AU  
CANADA

### DESBERGERS LIMITÉE

(LABORATOIRES DESBERGERS-BISMOL)

88 OUEST, RUE ST. PAUL

MONTREAL, CANADA



# SULFAMIDOTHÉRAPIE

## EFFICACE BACTÉRIOSTATIQUE



EN TUBES DE 1 ONCE ET  
POTS DE 4 ET 16 ONCES

### POUR BLESSURES, BRÛLURES ET ÉCORCHURES

Dans les cas de brûlures, blessures et écorchures, Vitazole antiseptise la plaie et encourage la formation de l'épithélium.

Le **VITAZOLE, E.B.S.**, possède la propriété bactériostatique des sulfamides, jointe à l'action bactéricide de l'Huile de Foie de Morue.

### COMPOSITION DU VITAZOLE

Huile de Foie de Morue ...	50%
Sulfanilamide .....	4%
Sulfathiazole .....	4%
Urée .....	5%
Onguent .....	37%

#### A chaque gramme est ajouté:

Vitamine A ....	1,000 Unités Int.
Vitamine D ....	100 Unités Int.

THE **E.B.S.** SHUTTLEWORTH CHEMICAL CO., LTD. TORONTO, CANADA

Le conférencier d'honneur était le docteur Yves Chaput, médecin de l'hôpital Notre-Dame, qui parla de la « colite ulcéreuse ». Les remerciements d'usage furent présentés par le docteur Julien, de Shawinigan Falls.

le B.C.G. Au nombre de ceux qui furent appelés à prendre la parole à cette occasion, on note les noms des docteurs Ferguson, Baudouin, Albert Guilbault et Armand Frappier.

### RAPPORT DU DOCTEUR ARMAND FRAPPIER SUR LE B.C.G. CHEZ LES INDIENS

Le docteur Armand Frappier, directeur de l'Institut de Microbiologie et de l'École d'Hygiène de l'Université de Montréal, a transmis au Département des Affaires Indiennes un rapport de trente pages sur l'opportunité, la possibilité et les moyens d'appliquer la vaccination par le B.C.G. chez les Indiens du Canada.

### UNE SOCIÉTÉ MÉDICALE MONDIALE

Le docteur T. C. Routley, de Toronto, secrétaire général de la « Canadian Medical Association », laisse prévoir pour octobre prochain, la formation d'une société médicale mondiale. Cette société serait sous les auspices des Nations Unies.

### LA FÉDÉRATION DES SOCIÉTÉS MÉDICALES

Le 25 janvier 1947, le Comité exécutif de la Fédération des Sociétés Médicales de la Province de Québec tenait à son siège social, 1896 ouest, rue Dorchester, à Montréal, une importante réunion. Y prenaient part, les docteurs Eugène Thibault, président; L.-P. Laporte, secrétaire-trésorier; R. Gaudet, A. Leduc, E. Dorion, G.-E. Roy, A. Tétréault, directeurs, et le docteur J.-F.-A. Gatien, représentant du Collège des médecins de la province.

Après la lecture des minutes de l'assemblée précédente, de la correspondance, du rapport du trésorier, qui furent tous unanimement approuvés et adoptés, et l'étude de quelques questions de routine, la question si importante des médecins de garde fut définitivement réglée.

Les rapports des assemblées des diverses sociétés de la province furent ensuite lus et étudiés.

Puis, le comité exécutif de la Fédération décida de demander de nouveau au Collège des Médecins de la Province où en est exactement la question des certificats de spécialistes. Il fut encore, également, discuté de l'Association des bureaux médicaux.

Il fut, par la suite, demandé au Collège des Médecins de trouver une formule différente pour que les médecins perdent moins de temps lorsqu'ils sont assignés à comparaître devant les tribunaux comme témoins.

### LE B.C.G. ET LA "MONTREAL MEDICO CHIRURGICAL SOCIETY"

La « Montreal Medico Chirurgical Society » a tenu une réunion à la Faculté de Médecine de l'Université McGill, le 14 février 1947. Cette réunion portait sur

### CONFÉRENCIERS À L'HEURE DE BIOLOGIE

Les conférences de la Société de Biologie se continuent régulièrement. Voici le programme des plus récentes causeries:

Le 30 janvier 1947, le docteur Arthur Gagnon parla des « progrès récents dans l'étude et l'utilisation des protéines isolées du plasma sanguin »;

le 6 février, le docteur Armand Frappier parla du « sang, de ses dérivés et de ses substituts pour les besoins des armées et des civils »;

le 13 février, monsieur Victorien Fredette parla du « rôle du sang dans la résistance aux maladies infectieuses ».

### L'ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE À QUÉBEC

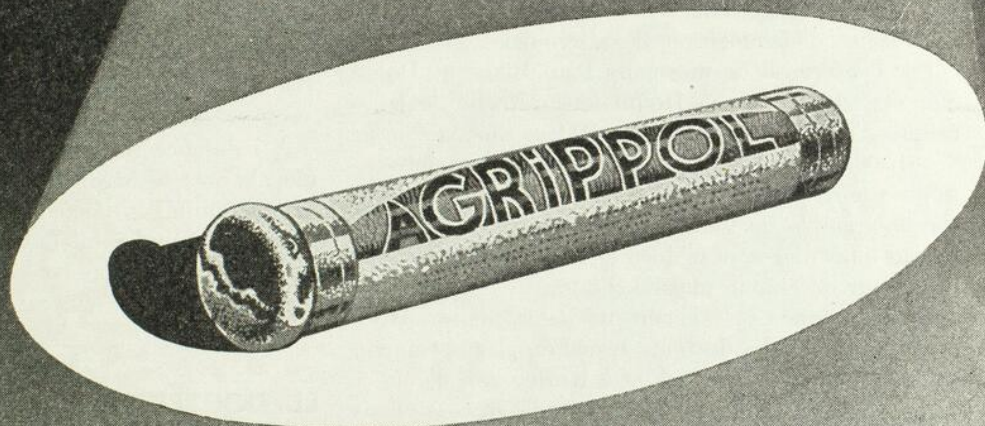
La réunion annuelle de l'Association Médicale Canadienne, Division de Québec, aura lieu à Québec, les vendredi et samedi, 18 et 19 avril 1947. Le Comité local des programmes a organisé des séances scientifiques dans les hôpitaux et à l'Université Laval.

L'assemblée annuelle d'affaires de la Division s'ouvrira à 4.30 p.m., le vendredi, 18 avril. Un programme sera ultérieurement expédié par la poste par le Comité de Québec.

### RÉCEPTION À L'INSTITUT DE MICROBIOLOGIE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Samedi matin, le 15 février 1947, l'Institut de Microbiologie et de Bactériologie de l'Université de Montréal a reçu la Société de Phtisiologie et la « Montreal Medico Chirurgical Society ». Ces deux sociétés visitèrent les services du B.C.G. et furent reçues à déjeuner.

# AGRIPPOL



ANTIPYRÉTIQUE - ANALGÉSIQUE - ANTISPASMODIQUE

**INDICATIONS**

Les comprimés Agrippol s'emploient pour soulager les symptômes accompagnant les rhumes, le coryza, la grippe, la bronchite, l'asthme des foins, l'asthme bronchique, la dysménorrhée, les maux de tête et les névralgies.

**COMPOSITION**

Acétophénétidine

Acide acétylsalicylique

Chlorhydrate d'aminoxide-atropine



ÉCHANTILLON MÉDICAL ET DOCUMENTATION COMPLÈTE SUR DEMANDE

**HERDT & CHARTON, INC.**

"MÉDICAMENTS DE MARQUE"

2027, AVENUE DU COLLÈGE MCGILL

— MONTRÉAL

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DE SOREL

La Société Médicale de Sorel a tenu une séance, le 13 février 1947. Le conférencier d'honneur était le docteur Armand Frappier et le sujet traité était intitulé: « La pénicilline et la streptomycine ».

## RÉUNION ANNUELLE DE LA CROIX-ROUGE

Le 12 février 1947 a été tenue à Montréal la 37<sup>e</sup> réunion annuelle de la Section de Québec de la Croix-Rouge Canadienne, sous la présidence de monsieur Paul Vaillancourt.

Au nombre des conférenciers invités, on pouvait relever le nom du docteur Armand Frappier, qui parla de la « contribution pastorienne à l'œuvre de la Croix-Rouge ».

## DONS DE LA MAISON HOFFMANN-LA ROCHE AU LABORATOIRE D'HISTOLOGIE

Monseigneur O. Maurault, recteur de l'Université de Montréal, recevait, il y a quelques jours, de la part de la maison Hoffmann-La Roche, une somme de cinquante dollars à attribuer aux recherches faites sous la direction du professeur Wilbrod Bonin, directeur du laboratoire d'histologie et d'embryologie.

Par l'entremise de messieurs Paul Blanc et Donat Saulnier, de la maison Hoffmann-La Roche, le laboratoire d'histologie a reçu, depuis deux ans, la somme de \$1,300. Les travaux de recherches ainsi subventionnés portent sur le rôle de la vitamine E; ils sont exécutés par le docteur Jean Frappier, assistant-professeur d'histologie, et le docteur A. Gagnon, assistant-professeur de chimie physiologique.

De plus, grâce à la générosité de la maison Hoffmann-La Roche, les docteurs Jean Frappier et Gagnon se sont rendus à New-York et à Nutley afin d'étudier sur place les méthodes et les techniques en usage dans les laboratoires de nutrition et, en particulier, dans les laboratoires de la maison à Nutley, N.-J.

Ce dernier laboratoire est sous la direction scientifique du docteur Elmer L. Severenghaus, autrefois professeur de médecine à l'Université du Wisconsin.

## DÉBUT DE L'INTERNAT DANS LES HÔPITAUX

La fin de l'année scolaire pour les élèves de 4<sup>e</sup> année aura lieu le 28 février 1947. Dès le 1<sup>er</sup> mars, les internes juniors entreront en fonctions. Ils seront ainsi répartis: 26 à l'Hôtel-Dieu; 30 à Notre-Dame;

4 au Sacré-Cœur; 4 à Saint-Jean-de-Dieu; 27 à Ste-Justine; 2 au laboratoire de physiologie de l'Université; 2 à l'hôpital de la Miséricorde et 2 à l'hôpital des Vétérans de la Reine Marie.

## DONS À LA FACULTÉ

La maison Chas. E. Frosst, grâce à monsieur Paul Bonhomme, a fait un magnifique don à la Faculté en complétant l'ameublement du bureau du doyen.

La maison Casgrain & Charbonneau, grâce à monsieur J.-A.-M. Charbonneau, a fait un superbe don à la Faculté, destiné à fournir un ameublement pour la salle du Conseil.

## LE DOCTEUR HANS SELYE

Le docteur Hans Selye, professeur de médecine et de chirurgie expérimentale, a fait des communications scientifiques le 4 décembre 1946, à l'Université de l'Illinois, à Chicago; le 6 décembre, à la Clinique Mayo, de Rochester, Minn., et le 10 décembre 1946, à New-York, sous les auspices de l'« American Pharmaceutical Manufacturers Association ».

## LE DOCTEUR R. BOUCHER HONORÉ PAR PARIS

A sa séance solennelle annuelle de décembre dernier, la Société Médicale des hôpitaux de Paris a élu, à l'unanimité, le docteur Roméo Boucher, médecin-chef de l'hôpital Saint-Luc et professeur à l'Université de Montréal, membre correspondant de ce groupement scientifique.

## LE DOCTEUR GEORGES MANSEAU, PRÉSIDENT DU BUREAU MÉDICAL DE L'HÔPITAL DU SACRÉ-CŒUR

Le docteur Georges Manseau, attaché à l'hôpital du Sacré-Cœur, à Cartierville, a été récemment élu président du bureau médical de cette institution. Le vice-président est le docteur Philippe Paquette et le secrétaire-trésorier le docteur J.-L. Pilon.

## COMITÉ CONSULTATIF DE LA TUBERCULOSE

Au cours d'une conférence de presse M. Duplessis a annoncé récemment la nomination des neuf mem-

tyrothricin stable

SOUS  
forme  
d'onguent!



La Crème de Tyrothricin 'TYRODERM' est particulièrement destinée au traitement de diverses affections cutanées. Mise au point par la Division des Recherches Médicales de Sharp & Dohme, cette Crème contient 0.5 mg. (500 microgrammes) de tyrothricin stable au gramme dans une base émolliente spéciale. Le tyrothricin contenu dans la Crème de Tyrothricin 'TYRODERM' est stable . . . il possède environ le même degré de spécificité bactéricide que la pénicilline . . . il reste en contact avec la région sous traitement pendant une période prolongée . . . il agit rapidement. La Crème de Tyrothricin 'TYRODERM' est indiquée dans le traitement des dermatoses telles que l'acnée vulgaire, l'impétigo, la dermite végétante, les dermatites eczémateuses infectieuses et autres dermatoses causées par les organismes Grams positifs. Cette crème est aussi très utile dans le traitement des ulcères variqueux ou ischémiques et des plaies de lit, de certaines plaies post-opératoires accessibles, de petites brûlures du second et du troisième degrés . . . Sharp & Dohme (Canada), Ltd., Toronto 5, Ontario.

TYRODERM

*Crème de Tyrothricin*

Présentée en tubes de 1 once et en pots de 1 livre

bres du comité consultatif de la tuberculose, sur recommandation de M. Albini Paquette, ministre de la Santé. Ce sont: le docteur J.-A. Vidal, d'Outremont, président ex-officio du comité; le docteur Louis Rousseau, de Québec; le docteur Basil Cuddihy, de Montréal; trois experts en lutte antituberculeuse: M. P.-E. Gagnon, ancien maire de Rimouski; M. C.-O. Monast, de Montréal, président de la Ligue antituberculeuse de la province; M. Elliott M. Little, de Québec; M. Chenier Picard, notaire de Sherbrooke; M. Alfred Charpentier, chef ouvrier de Montréal, et M. J. Henri René de Cotret, comptable des Trois-Rivières.

### HONNEUR AU DOCTEUR ADÉLARD GROULX

Le docteur Adélar Groulx, directeur du Service de Santé de la Ville de Montréal, vient d'être élu « Fellow » de l'« American Academy of Pediatrics ».

### À LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE MONTRÉAL

La Société de Chirurgie de Montréal a tenu le 12 février, à l'hôpital Notre-Dame, une séance sous la présidence du docteur C.-E. Hébert. Le docteur Mercier Fauteux présenta la communication suivante: « Les risques opératoires chez les cardiaques; comment les évaluer et les diminuer ».

### À LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DES ANESTHÉSISTES

Le programme des cinq cours donnés à Montréal par le docteur Robert A. Dripps, directeur du Service d'Anesthésie de l'hôpital de l'Université de Pennsylvanie, sous les auspices conjoints du département d'Anesthésie de l'Université McGill, du département de Physiologie de l'Université de Montréal et de la Société Canadienne des Anesthésistes, division de Québec, était le suivant:

Lundi, 3 février

7½ hrs p.m., Edifice Ciba, 1235 McGill College: « The Control of Respiration under general anesthesia ».

Mardi, 4 février

4 hrs p.m., Université de Montréal, salle H-4 (entrée Faculté de Médecine): « Some Pharmacological oddities of Ether, Morphine and Pentothal ».

8½ hrs p.m., Lecture Room A, Medical Building, McGill University: « Research techniques of interest to Anesthetists ».

Mercredi 5 février

4 hrs p.m., Université de Montréal, salle H-4 (entrée Faculté de Médecine): « Mechanism of the decrease of Blood Pressure associated with Spinal Anesthesia ».

8½ hrs p.m., Lecture Room A, Medical Building, McGill University: « The Histamine Liberating Property of Curare ».

### LE DOCTEUR FERNANDO HUDON, À TORONTO

La Société d'Anesthésie de l'Ontario a invité le docteur Fernando Hudon, professeur titulaire d'anesthésie à l'Université Laval de Québec, à donner une conférence sur « le pentothal associé aux autres anesthésiques et le curare ». La conférence a été donnée à l'Académie de Médecine de Toronto.

### ÉLECTIONS À LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE QUÉBEC

Les élections viennent d'avoir lieu à la Société Médicale de Québec et donnent, pour l'année 1947, le bureau suivant: président, docteur Mathieu Samson; vice-président, docteur A.-N. Turcotte; secrétaire, docteur C.-E. Côté.

### CONFÉRENCE DU DOCTEUR G.-E. CARTIER À L'HÔTEL-DIEU

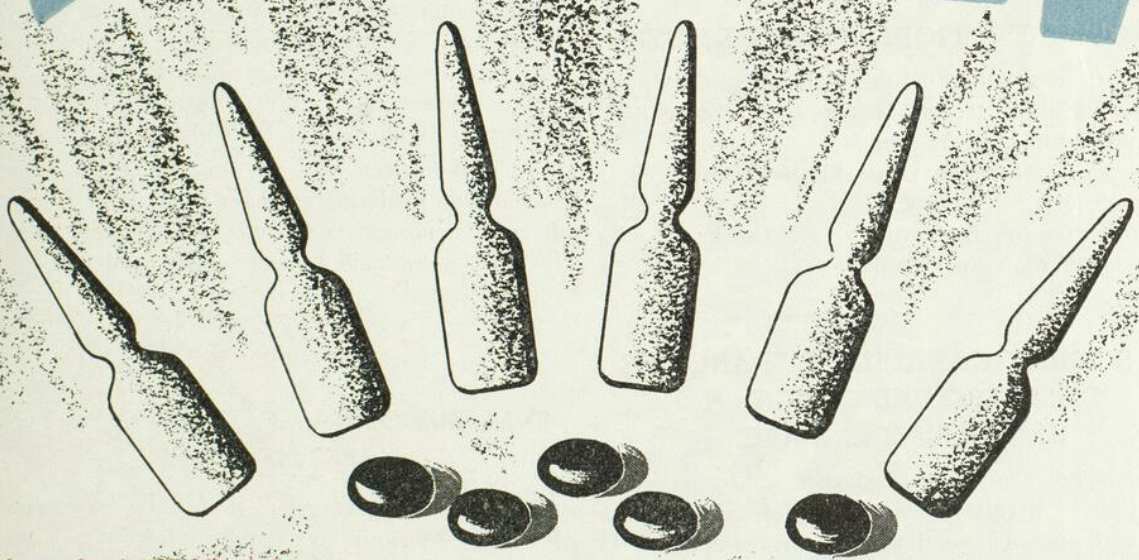
Mercredi, le 12 février 1947, le docteur Georges-Etienne Cartier, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, a donné, à l'auditorium des gardes-malades, une conférence publique pour fêter le quatrième anniversaire de la revue des infirmières de l'Hôtel-Dieu: *Le Sympathique*. Le docteur Pierre-Paul Gauthier présida.

### PROCHAIN CONGRÈS DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE

Le prochain congrès de l'Association des Médecins de Langue française du Canada se tiendra à Ottawa les 6, 7, 8 et 9 septembre 1948.

Les importantes assises de ce 19e congrès de l'Association auront pour thème général le cancer et aussi les maladies cardio-vasculaires. Ces questions seront traitées sous tous leurs aspects et dans les diverses spécialités médicales, par les plus hautes autorités du Canada et même de l'étranger.

# ROBUDEN



Ampoules injectables à base  
d'EXTRAITS d'ESTOMAC  
et d'INTESTIN GRÊLE,  
préparés de diverses  
méthodes

Comprimés à base d'EXTRAITS  
d'ESTOMAC et d'INTESTIN  
GRÊLE, préparés de diverses  
méthodes

Documentation et échantillon médical  
envoyés sur demande.

**POUR ULCÈRES GASTRIQUES ET DUODÉNAUX**

Préparé par  
**LES LABORATOIRES ROBAPHARM SOC.**  
BÂLE, SUISSE

Représentants exclusifs au Canada  
**HERDT & CHARTON, INC.**  
2027, AVENUE DU COLLEGE MCGILL MONTREAL

Au sujet du cancer, le public aura l'occasion de suivre activement les travaux du congrès. Il pourra se rendre compte ainsi des progrès de la science en ce domaine, ainsi que du désir de l'Association de coopérer avec les divers gouvernements contre cette terrible maladie.

### LE SANATORIUM DE MONT-JOLI

On a commencé, en novembre dernier, au sanatorium St-Georges, de Mont-Joli, des travaux d'agrandissement qui feront de cette institution une des plus belles et des plus vastes de la province.

Le nouveau pavillon, dont on vient de commencer la construction, logera près de 300 malades et il abritera toutes les religieuses et les infirmières laïques. Il servira aussi de local au service médical et aux membres de l'administration.

Ces travaux, ainsi que l'ameublement de la partie qui sera agrandie, entraîneront une dépense d'un million et demi à deux millions de dollars.

### SÉANCE SCIENTIFIQUE À SAINTE-JUSTINE

Il y eut une séance d'étude avec présentation de malades à l'hôpital Sainte-Justine le 22 février 1947.

Au programme on remarquait:

Docteur J.-Calixte Favreau: «Ostéomyélite aiguë: sulfamidés et pénicilline».

Docteurs Gaston Lapierre et N.-R. Bouziane: «Le problème du «lait au chocolat»».

### LA SOCIÉTÉ CANADIENNE-FRANÇAISE D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE À SAINTE-JEANNE D'ARC

La Société Canadienne-française d'Electro-radiologie tint sa dernière réunion le 7 février 1947, à l'hôpital Sainte-Jeanne d'Arc, sous la présidence du docteur Jules Gosselin.

Les docteurs Jules Gosselin et Jean Bouchard étaient au programme.

### DON DE LA COMPAGNIE CIBA AU LABORATOIRE DE PHYSIOLOGIE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Le directeur de la Compagnie Ciba, M. Angehrn, vient de transmettre un chèque de mille dollars au nom de sa maison, dont la somme devra être consacrée au laboratoire de physiologie de l'Université de Montréal pour des travaux de recherches à entreprendre sous la direction du docteur Eugène Robillard.

### LE DOCTEUR G. ROUSSEL

La Maison J. Eddé Ltée nous prie d'annoncer la mort du docteur Gaston Roussel, membre de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur, fondateur des Laboratoires Roussel.

C'est un des chefs les plus remarquables de l'industrie française qui disparaît. Médecin vétérinaire et docteur en médecine, M. Gaston Roussel avait commencé sa carrière par la clientèle de chiens, à Paris, dans le quartier de l'Europe. Un travail de Carnot sur l'hématopoïèse décida de son orientation vers le laboratoire, et, dès avant 1914, il commença à préparer l'hémostyl. Il ne disposait alors que de quatre chevaux. Quinze ans plus tard, 1,500 chevaux fournissaient les énormes quantités de sérum qui étaient mises en ampoules dans une usine déjà considérable.

Le docteur Roussel savait s'entourer d'excellents collaborateurs et osait entreprendre la production en grand des nouvelles substances thérapeutiques révélées par les chercheurs. Il organisa un travail d'équipe dont les résultats furent particulièrement féconds. C'est de la firme créée par lui, qui compte maintenant 5,000 personnes et s'étend sur plus de vingt hectares, qu'est sorti l'échantillon standard de folliculine. D'autres hormones naturelles ou synthétiques, des vitamines, des sulfamidés et divers autres médicaments en rendent la production très étendue.

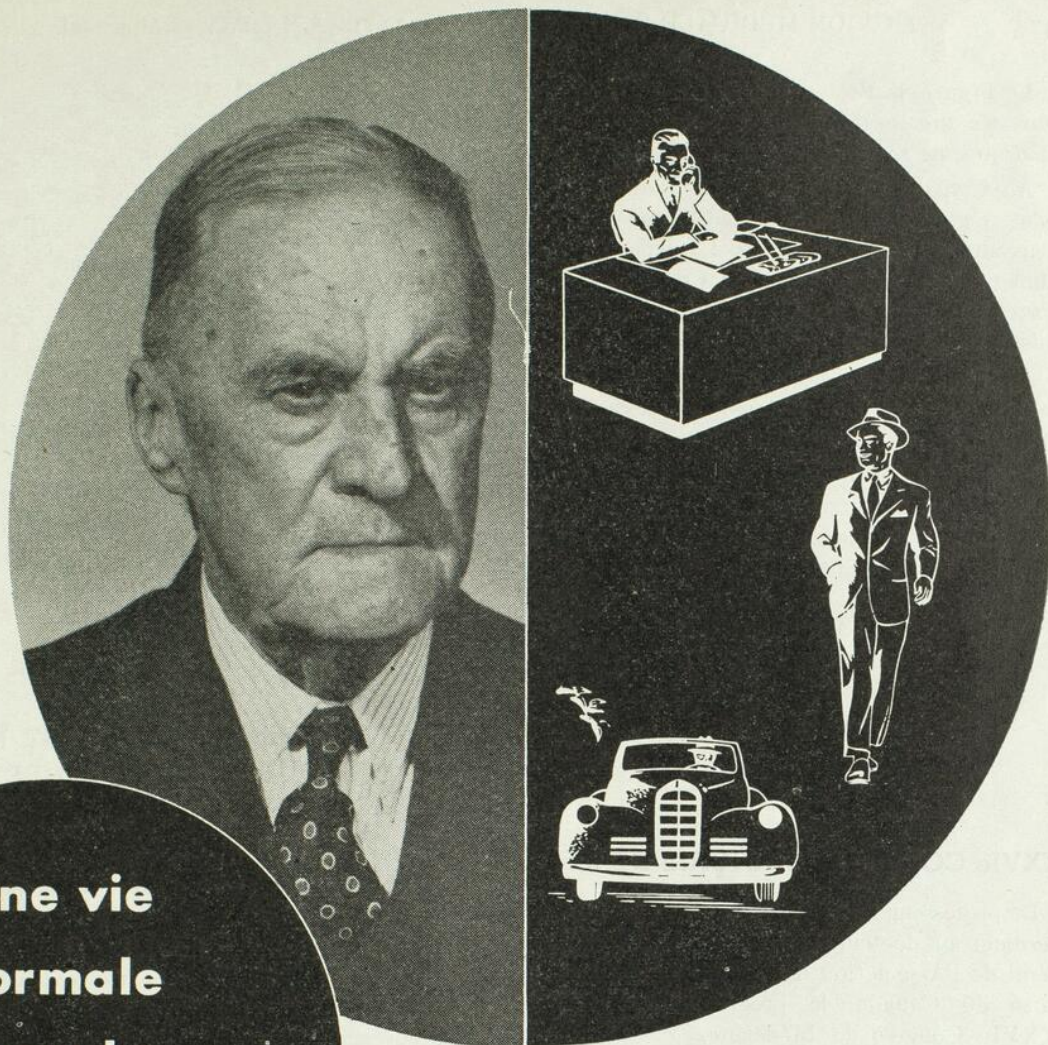
Le docteur Roussel avait été élu membre de l'Académie de médecine en mars 1945. Un solide traité du sérum normal, écrit en collaboration avec M. Brocq-Rousseau, de l'Académie de médecine, est en cours de publication.

### "VIA MEDECINA" FAIT APPEL À TOUS LES MÉDECINS

Quelques étudiants en médecine de l'Université de Montréal, soucieux de répondre à un besoin pressant, ont jeté les bases de l'organisme «Via Medecina», dont le but est d'apporter de l'aide médicale aux missions.

Personne n'ignore que le dispensaire ou le petit hôpital est pour le prêtre ou la religieuse-infirmière-missionnaire un moyen puissant de pénétration et de conquête. La main qui panse et qui soigne prêche silencieusement: la charité parle au cœur du pauvre païen.

Après les années destructrices de la guerre, nos missionnaires sont retournés sur les champs d'action; mais tout est détruit, il leur faut recommencer. Pour alimenter leurs pharmacies, ils doivent payer très cher pommades ou pilules indispensables ou bien laisser les tablettes vides.



Une vie  
normale  
pour le  
"cardiaque  
chronique"

Le praticien connaît bien les effets saisissants de la Coramine dans l'insuffisance respiratoire. Mais, administré sous forme de gouttes au malade ambulant atteint d'une affection cardio-vasculaire, ce médicament donne aussi d'excellents résultats. Les

**GOUTTES  
CORAMINE** sont indiquées dans les cures d'entretien où une amélioration progressive est préférable à une action énergique immédiate. L'administration orale de gouttes Coramine permet au patient de vaquer modérément à ses occupations ordinaires, L'ESPRIT TRANQUILLE. Ce facteur psychologique compte pour beaucoup dans le succès du traitement des troubles cardiaques.



#### PRÉSENTATION

GOUTTES, pour administration buccale: flacons de 15, 45 et 100 c.c.

AMPOULES pour administration intramusculaire: 1.5 c.c., boîtes de 5, 20 et 100; 5 c.c., boîtes de 3, 12 et 100.



La France, la Belgique, les Etas-Unis et autres pays ont des organisations d'aide médicale missionnaire. Pourquoi ne réaliserions-nous pas la même chose ici?

Au Canada, un grand nombre de médecins reçoivent régulièrement des échantillons médicaux qui souvent ne sont pas utilisés. Il se perd ainsi chaque année des quantités formidables de remèdes de toutes sortes qui seraient si utiles pour les dispensaires des missions.

Aujourd'hui, les étudiants font la cueillette. Il nous faut des caisses et des caisses de médicaments pour envoyer à nos missionnaires.

Nous comptons que tous les médecins de notre pays entendront notre appel et se feront un devoir d'y répondre. N'attendez pas; même si vous avez peu à envoyer, faites le paquet sans tarder et expédiez-le à:

« VIA MEDECINA »,  
a/s l'A. G. E. U. M.,  
Université de Montréal,  
2900, boul. du Mt-Royal, Montréal.

## XXVI<sup>e</sup> CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

Le professeur L. Justin-Besançon adressait ces jours derniers au docteur Donatien Marion, directeur général de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada, le programme préliminaire du XXVI<sup>e</sup> Congrès de Médecine.

### XXVI<sup>e</sup> CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

Le 26<sup>e</sup> Congrès de Médecine se tiendra à la Faculté de Médecine de Paris, les 16, 17 et 18 octobre 1947, sous la présidence du professeur A. Lemierre (secrétaire général: professeur L. Justin-Besançon). L'horaire du Congrès sera le suivant:

#### *Jeu*di 16

- 9 h. 30 — Séance solennelle d'ouverture, sous la présidence de M. le Ministre de la Santé publique.  
10 h. 30 — Présentation des rapports sur la génétique et les maladies familiales, par MM. Ludo Van Bogaert, A. Turpin, Maurice Lamy et Christiaens.  
14 h. 30 — Discussion des rapports sur la génétique et communications.

#### *Vend*redi 17

- 10 h. — Présentation des rapports sur les anti-histaminiques, par MM. Bickel, Gate et Pellerin, et Jacques Décourt.  
14 h. 30 — Discussion des rapports sur les anti-histaminiques et communications.

#### *Samedi* 18

- 10 h. — Présentation des rapports sur les kystes du poumon, par MM. Santy, Dufourt et Gally, Pruvost et Benhamou.  
14 h. 30 — Discussion des rapports sur les kystes du poumon et communications.

Le montant de l'inscription au Congrès, donnant droit au volume des Rapports et à celui des comptes rendus et communications, est de 1,000 fr. pour les membres titulaires. Il est de 500 fr. pour les membres associés (familles des congressistes).

Les admissions sont prises par le trésorier-adjoint, M. Georges Masson, 120 Boulevard St-Germain, à Paris (VI<sup>e</sup>) compte chèques postaux: Paris 599.

Les adhérents recevront le programme détaillé du Congrès et des réceptions ainsi que tous les renseignements concernant les voyages, logement, etc.

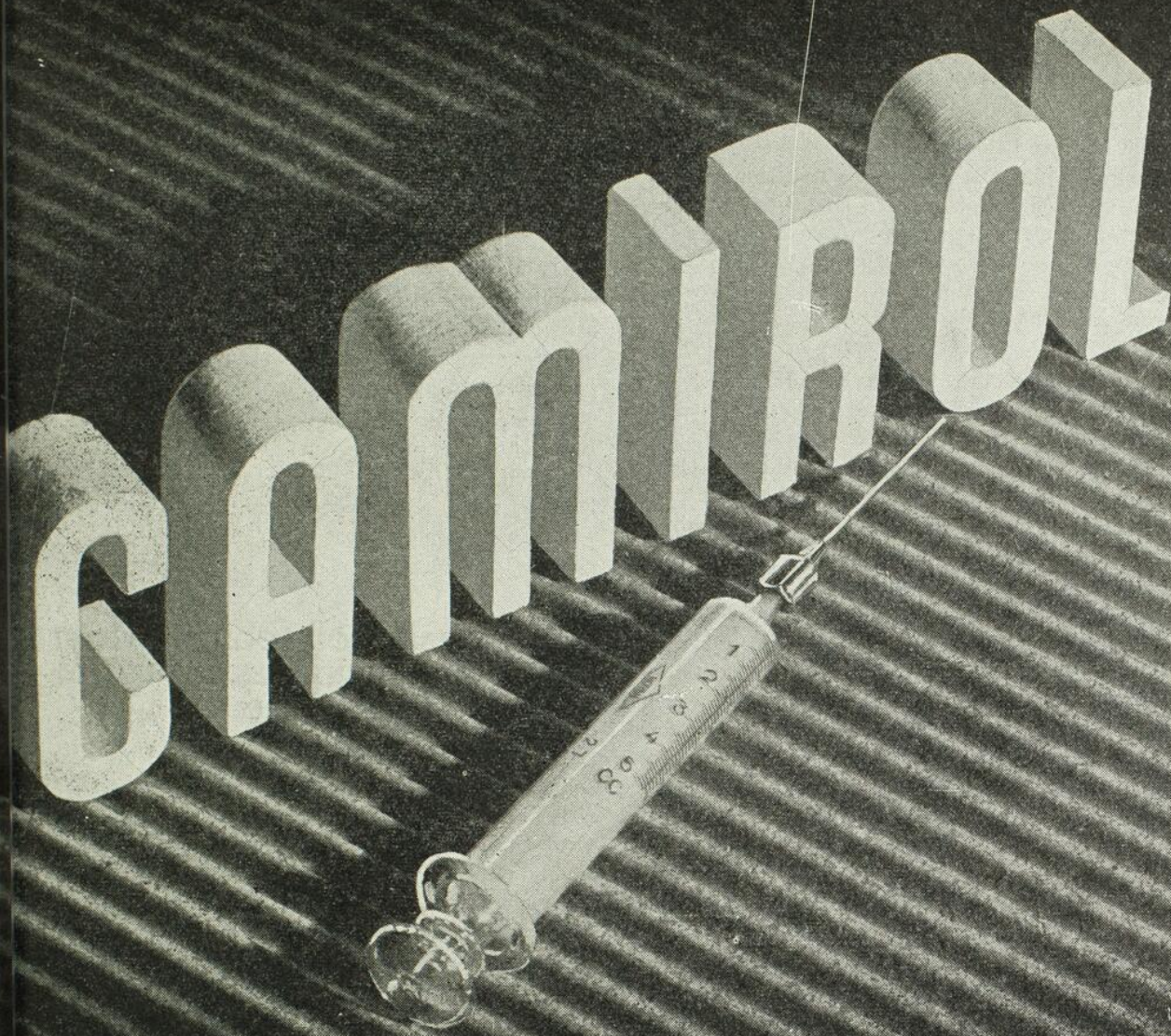
## LE GÉNIE DE BELL S'EST MANIFESTÉ JUSQUE DANS LE MONDE MÉDICAL

Le célèbre inventeur du téléphone, Alexander Graham Bell, fut créé, à titre honorifique, docteur en médecine de l'Université d'Heidelberg, en 1886. Si inusité que puisse paraître un tel honneur, les recherches de Bell dans des domaines connexes à la médecine semblent justifier complètement cette distinction. Sa contribution à la thérapie vocale par son enseignement de l'élocution aux sourds et ses recherches sur l'hérédité de la surdité ne marquèrent que le début de ses réussites médicales. Il développa aussi une balance à induction pour repérer les pièces de métal dans le corps humain, et une sonde téléphonique pour le même usage. Il est établi qu'il fut le premier à suggérer d'introduire du radium dans un tissu cancéreux et, dans une certaine mesure, il devança l'appareil radiographique de Röntgen.

La balance à induction et la sonde chirurgicale furent improvisées à la suite d'une circonstance grave. Le 2 juillet 1881, le président Garfield et le secrétaire d'Etat Blaine attendaient à la gare de Washington où Garfield devait prendre le train pour assister à la collation des grades au « Williams College », dans le Massachusetts. Dans la salle d'attente un quémandeur détraqué du nom de Guiteau tira soudain un revolver de sa poche et fit feu à brûle-pourpoint, blessant grièvement le président.

#### *Recherche de la balle*

Pendant des semaines la vie du président ne tint qu'à un fil. Des prières spéciales furent récitées dans les églises de Washington, et tout le pays attendait avec une vive anxiété le bulletin de santé du prési-



## *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

REPRESENTANTS POUR LE CANADA

**HERDT & CHARTON, INC.**

"MÉDICAMENTS DE MARQUE"

2027, AVENUE DU COLLEGE MCGILL,      MONTRÉAL

dent. Une des balles s'était logée entre les côtes inférieures, à un ou deux pouces de l'épine dorsale. On croyait qu'elle avait pénétré dans le bas de l'abdomen, mais il n'existait aucun moyen de repérer l'endroit exact. Elle avait pu aussi s'enkyster, mais, par contre, de son extraction hâtive pouvait dépendre la vie du président.

Ayant appris la chose, Bell, qui se trouvait alors à Boston, décida d'offrir ses services. Il envisagea la possibilité de repérer la balle à l'aide d'une balance à induction. L'appareil consistait en un circuit téléphonique relié à un mouvement d'horlogerie. Quand il était en équilibre, il était impossible d'entendre l'horloge, mais, si le voisinage d'un corps métallique venait rompre l'équilibre, on pouvait entendre le tic tac de l'horloge dans le téléphone.

Bell construisit l'appareil avec le concours de Sumner Tainter, mais il ne réussit pas à repérer la balle. On découvrit que le ressort du lit avait pu détraquer la balance. Toutefois, après la mort du président, survenue le 19 septembre, un examen révéla que la balle avait pénétré trop profondément pour être repérée par cette méthode. Expérimentant sur d'anciens soldats qui portaient encore en eux des balles de la guerre civile, Bell mit finalement son appareil au point en substituant une sonde à aiguille à la bobine qu'il promenait sur la peau du patient, et sa sonde électrique fut en usage durant quelques années.

L'invention des rayons X par Röntgen vint remplacer la sonde électrique pour de tels usages au tournant du siècle. Cependant d'autres orientèrent leurs recherches dans le même sens et mirent aux point des appareils pour repérer les sous-marins, tels que Asdic.

#### *Le poumon mécanique et le rayon X*

Une autre idée de Bell, une chemise à vide pour la respiration artificielle, devança la forme moderne du poumon mécanique.

Bell développa aussi une sorte de fluoroscope, un rayon X lumineux. Un tube opaque qu'éclairait une forte lumière intérieure était posé contre la peau du patient, la rendant lumineuse et faisant refléter à la surface l'ombrage d'une balle ou autre corps étranger. L'appareil fut supplanté par les rayons pénétrants, découverts par Röntgen, susceptibles d'agir sur une plaque photographique.

Il y a lieu de croire que Bell fut le premier à conseiller la méthode Snowden de faire servir le radium au traitement des cancers profondément enracinés. Le radium avait donné d'excellents résultats pour les cancers externes, mais était inefficace pour les cancers en profondeur. Bell, dans une lettre datée du 21 juillet 1903 au docteur Z. T. Sowers, de Washington, opinait que la cause de l'insuccès était

la couche de tissus sains que les radiations devaient traverser avant d'atteindre le cancer.

#### *Traitement par radium*

« Le tube de Crooks, disait-il, est certes trop volumineux pour être introduit dans la masse du cancer, mais il n'y a aucune raison qui puisse empêcher qu'on insère au cœur même du cancer un fragment de radium scellé dans un minuscule tube de verre. »

Ainsi, en dépit du fait que les études médicales de Bell se bornèrent à deux années passées à l'Université de Londres (1868-69) pour étudier l'anatomie de l'organe vocal, il semble qu'il ait hautement mérité son titre honorifique de docteur en médecine.

### 30.000 ENFANTS OU ÉCOLIERS BÉNÉFICENT DES AVANTAGES DES UNITÉS SANITAIRES

Dans la province de Québec, grâce aux Unités sanitaires, la santé est à la portée du pauvre comme du riche. Par des conférences d'hygiène générale, par des représentations cinématographiques, par la distribution d'imprimés contenant les principales notions d'hygiène et de médecine préventive, par le dépistage des maladies contagieuses et par une lutte constante contre les fléaux infectieux, par la distribution de produits biologiques aux médecins, par les vaccinations et immunisations, par l'enseignement de l'hygiène sous toutes ses formes et par une surveillance étroite de la salubrité publique dans la province, le ministère de la Santé, que dirige l'hon. Dr J.-H.-A. Paquette, assure une protection adéquate à notre population. Par exemple, au cours du dernier mois de 1946, les hygiénistes du ministère ont tenu 378 cliniques de puériculture, donné 670 conférences touchant l'hygiène de l'âge scolaire, assuré la vaccination antivariolique de plus de mille enfants, la vaccination antityphoïdique de 499 et l'immunisation antidiphthérique complète de 2.685 autres. Au cours des cliniques de puériculture, ils ont examiné 6.762 nourrissons et 5.091 enfants d'âge préscolaire. A cela, il faut ajouter la visite à domicile de 7.163 nourrissons et de 9.062 enfants d'âge préscolaire. Plus de 20.000 écoliers ont bénéficié des cours d'hygiène donnés en décembre.

En outre il ne faut jamais oublier de consulter le médecin de famille chaque fois que l'on a des doutes touchant sa santé. Chaque année le marchand fait l'inventaire de ce qu'il a sur ses tablettes. En matière de santé, nous serions sages d'en faire autant. Pro-cédons, nous aussi, à l'inventaire périodique de tout ce qui peut nous aider à résister à la maladie. Ainsi nous pourrions adopter un train de vie qui ne nous demande pas plus que nous pouvons donner.

A TOUS LES POINTS DE VUE

# Amélioration

DANS L'HYGIÈNE MENSTRUELLE

A tous les points de vue (psychologique, physiologique et physique) pour les femmes qui travaillent ou celles qui s'adonnent aux sports — à l'efficacité de la protection interne, le tampon TAMPAX ajoute de remarquables avantages: facilité d'insertion du tampon et de s'en débarrasser par suite; absence d'odeur, d'irritation, de bourrelets révélateurs, de ceinture et d'épingles . . . ainsi qu'une liberté parfaite dans les activités sportives et les devoirs sociaux.

Toutes ces raisons expliquent bien pourquoi des milliers de médecins recommandent TAMPAX pour une hygiène menstruelle parfaite . . . et pourquoi la plupart des femmes, une fois qu'elles l'ont essayé, le préfèrent tellement aux anciennes méthodes de protection menstruelle.

TAMPAX se vend en trois degrés d'absorption pour répondre à chaque besoin particulier: Régulier, Super et Junior. Le coupon ci-dessous est à votre disposition.


## TAMPAX

**Pour une PROTECTION MENSTRUELLE AMÉLIORÉE**  
*Publicité acceptée par le "Journal of the American Medical Association"*


**CANADIAN TAMPAX CORPORATION LTD., Brampton, Ont.**

Veuillez me faire parvenir des échantillons de Tampax sous les trois degrés d'absorption — ainsi qu'un résumé de 6,500 cas.

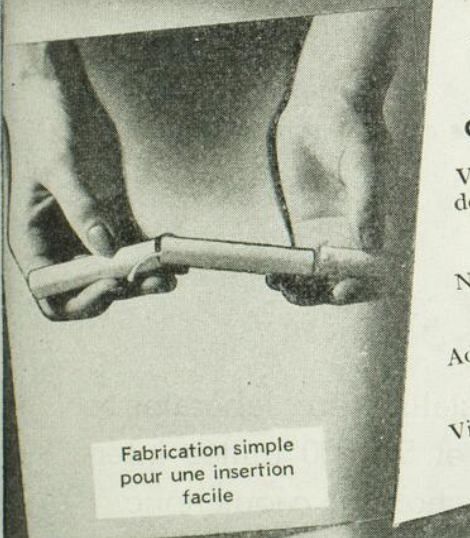
Nom ..... (lettres moulées)  
Adresse .....  
Ville ..... Prov. .... P7-6



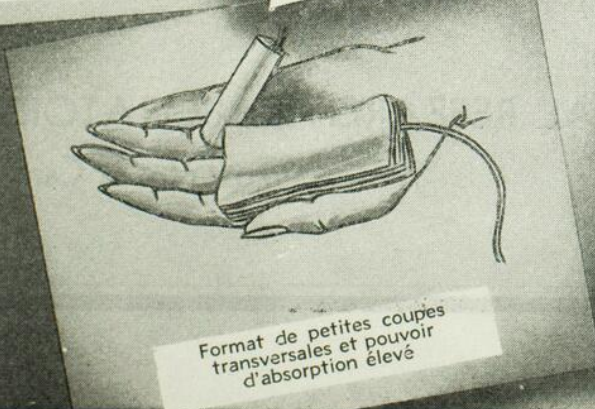
Emballage commode et discret




Tampon avec applicateur individuel



Fabrication simple pour une insertion facile



Format de petites coupes transversales et pouvoir d'absorption élevé



Protection interne physiologiquement saine

## **PÉNICILLINE CRISTALLINE — CONNAUGHT**

Les recherches effectuées dans les Connaught Medical Research Laboratories permettent d'offrir maintenant à la profession médicale canadienne une pénicilline hautement purifiée sous forme cristalline.

### **AVANTAGES**

**GRANDE PURETÉ** — Ce produit est présenté sous forme de poudre cristalline blanche.

**MINIMUM DE DOULEUR OU DE RÉACTION LOCALE.** — En raison de sa très grande pureté, la douleur consécutive à l'injection ou les réactions locales sont extrêmement rares.

**STABLE À LA TEMPÉRATURE DE LA PIÈCE** — La pénicilline cristalline est stable à la chaleur et, sous forme sèche, on peut la garder à la température de la pièce pour une période d'au moins trois ans. Aucune réfrigération n'est nécessaire, excepté lorsque la substance est en solution.



PHOTOMICROGRAPHIE  
DE CRISTAUX DE PÉNICILLINE

### **PRÉSENTATION**

On peut se procurer la pénicilline cristalline aux laboratoires en quantités de 100,000, 200,000, 300,000 et 500,000 unités internationales, en fioles scellées par un bouchon en caoutchouc.

**CONNAUGHT MEDICAL RESEARCH LABORATORIES**  
University of Toronto Toronto 4, Canada

TRAITEMENT DES TROUBLES DU FOIE PAR LES DRAGÉES ENTÉRIQUES

## ENTERYDINE

(Autrefois Entero-Boldine)

Recommandées contre les hépatites aiguës ou chroniques, et toute insuffisance biliaire, cause éventuelle de la constipation et de la jaunisse.

Effectuent une dérivation nécessaire aux engorgements du foie, prévenant ainsi la lithiase biliaire qui en découle.

CHAQUE DRAGÉE CONTIENT:

Sels biliaires	.130 gm.	Cascara Sagrada	0.65 gm.
Eukinase	.065 gm.	Artichaut	0.65 gm.
Pancréatine	.065 gm.	Phénolphtaléine	.030 gm.
	Boldine pure	.001 gm.	

MODE D'EMPLOI:

Une ou deux dragées entre les repas ou deux dragées au coucher, suivant l'avis du médecin.

---

## DRAGÉES GLUTINISÉES PYÉLOSE

DIURÉTIQUE ACIDIFIANT MICROBICIDE

INDICATIONS: *Pyélites, pyélonéphrites, lithiases, cystites, cholécystites.*

Réalise la désinfection des voies biliaires et urinaires.

CHAQUE DRAGÉE CONTIENT:

Mandolate de Calcium	.06 gm.	Phosphate d'Ammonium	.06 gm.
Hydrate de Terpène	.03 gm.	Acide Nicotinique	.03 gm.
	Benzométhoxyquinoléine	.04 gm.	

POSOLOGIE: Deux dragées trois fois par jour suivant l'avis du médecin.

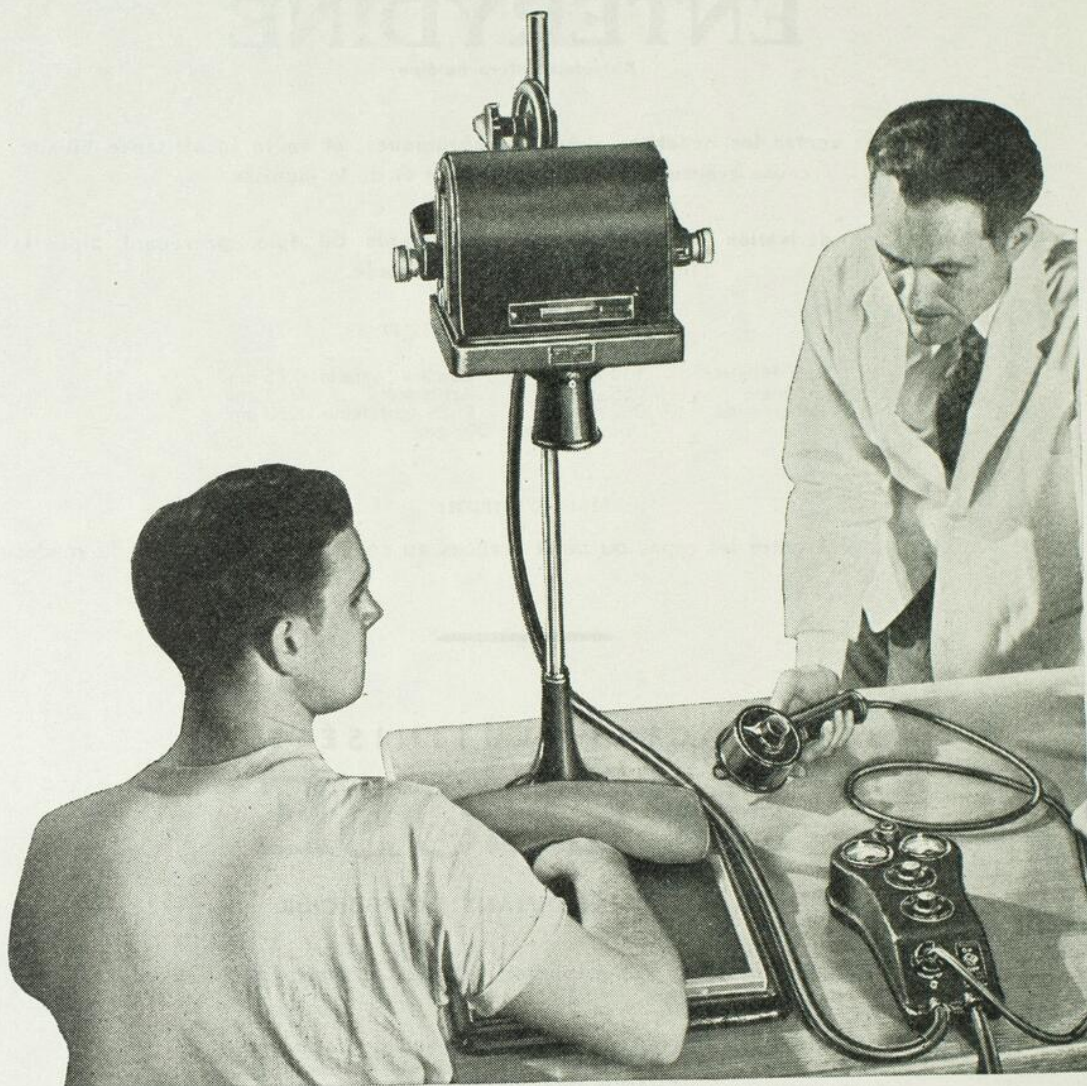
---

CIRCULAIRES ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE.

**LABORATOIRES DESAUTELS LABORATORIES**  
LIMITÉE MONTREAL CANADA LIMITED



## POURQUOI CET APPAREIL DE RAYONS X PORTATIF DANS VOTRE CABINET DE CONSULTATION ?



Le fait que des milliers de médecins emploient aujourd'hui l'appareil à Rayons X *Modèle F Portatif* de G. E. constitue la preuve la plus convaincante de sa valeur reconnue.

De tous les avantages offerts par cet appareil, la qualité des radiographies qu'il réalise ne le cède en rien à celle d'aucun autre instrument. Vous apprécierez aussi la haute qualité de la main-d'œuvre à tous égards.

Le placement modéré qu'il nécessite et la valeur exceptionnelle d'un *Modèle F* dans votre pratique médicale, justifient certainement votre demande de renseignements. Adressez-nous aujourd'hui le coupon ci-contre.

*Veillez avoir l'obligeance de m'envoyer des renseignements sur l'appareil à Rayons X Modèle F Portatif G. E.*

Nom .....

Adresse .....

Ville .....

Province .....

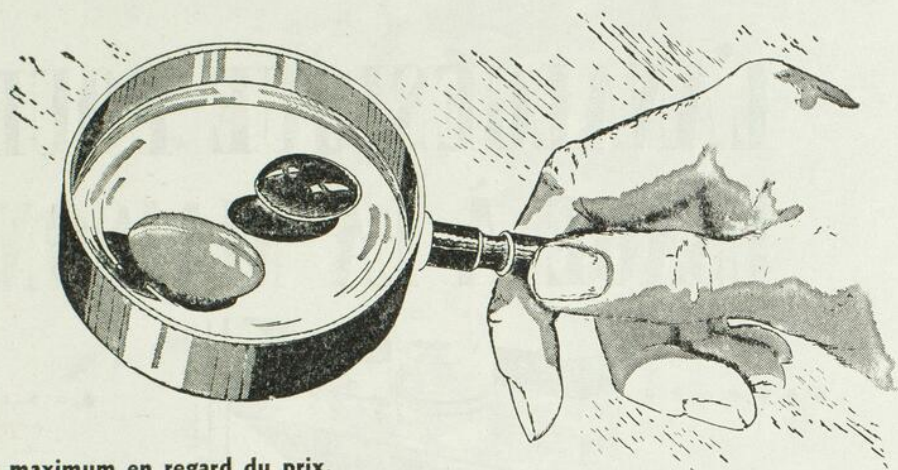
C13

**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

## L'INTÉGRITÉ D'UN FABRICANT DE VITAMINES



- Dosage maximum en regard du prix.
- Exactitude selon les standards officiels.
- Uniformité assurée par des contrôles rigoureux.

# SUPPLÉMENT ALIMENTAIRE B. D. H.

UNE CAPSULE ET UN COMPRIMÉ CONSTITUENT UNE SEULE DOSE

### VITAMINES

chaque capsule contient:

Vitamine A	1,500 U.I.
Pro-vitamine A	
Beta-carotène	1,500 U.I.
Vitamine D	600 U.I.
Chlorhydrate de thiamine (vitamine B <sub>1</sub> )	1.2 mg.
Riboflavine (vitamine B <sub>2</sub> )	1.0 mg.
Amide d'acide nicotinique	10.0 mg.
Acide ascorbique	25.0 mg.

### SELS MINÉRAUX

chaque comprimé contient:

Sulfate ferreux B.P. desséché	2.0 grains
Phosphate de calcium B.P.	2.0 grains

*Pour préserver le chlorhydrate de thiamine de l'action destructive des sels de fer, le Supplément Alimentaire B.D.H. est présenté sous deux formes: les vitamines en capsules et les sels minéraux en comprimés.*

L'effort consciencieux et constant effectué en vue d'améliorer les substances nutritives impose une responsabilité au fabricant de produits pharmaceutiques. De nouveaux produits sont constamment mis à point pour répondre aux besoins que les recherches poussées en nutrition mettent à jour; les formules sont revisées afin d'assurer l'exactitude des aliments essentiels sans gaspillage de substances précieuses; l'uniformité est assurée par un contrôle de laboratoire rigoureux.

Des investigations récentes\* ont démontré l'importance du carotène dans l'alimentation maternelle; c'est pour cette raison que le beta-carotène représente la moitié de la teneur en vitamine A dans le Supplément Alimentaire B.D.H.

Les minéraux essentiels et les vitamines sont combinés dans des proportions reconnues les plus avantageuses comme supplément alimentaire pour prévenir et corriger les carences alimentaires ordinaires.

\* Lund, Curtis J., Kimble, Marion S.:  
Amer. J. Obs. & Gynec., 46:207 (août) 1943.

Présentation: en boîtes contenant un flacon de 100 capsules et un flacon de 100 comprimés.

**BRITISH DRUG HOUSES (CANADA) LTD.**

TORONTO

CANADA

67A<sup>F</sup>



# L'ANALGÉSIQUE POUR USAGE À LA MAISON...



Les Laboratoires Bayer se sont spécialisés dans la production de l'“ASPIRIN” depuis plus de quarante-six ans. Seuls les ingrédients les plus purs et les meilleurs sont employés dans sa fabrication. Chaque lot est soumis à des contrôles scientifiques complets et sévères. On conduit soixante-dix vérifications et essais différents pour assurer la qualité, la pureté et l'uniformité du produit fini.

## “ASPIRIN”



## Pour l'Antiseptie Chirurgicale

Le Chlorure de Zephiran est un germicide d'une grande puissance bactéricide et bactériostatique. Dilué selon les indications, il n'est ni irritant ni toxique pour les tissus cellulaires.

Le Chlorure de Zephiran possède des propriétés détersives, kératolytiques et émulsives susceptibles de favoriser l'imprégnation de la surface des tissus, ce qui a pour effet de faciliter l'enlèvement de la saleté, du gras de l'épiderme et de la peau en desquamation.

### INDICATIONS

Le Chlorure de Zephiran est largement employé dans l'antiseptie de la peau et des membranes muqueuses — la désinfection pré-opératoire de la peau et des membranes muqueuses dénudées, dans les instillations et les irrigations vaginales, les irrigations vésicales et urétrales, les pansements humides, en irrigations dans les infections des yeux, des oreilles, du nez, de la gorge, etc.

*Demandez la brochure descriptive*

**WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.**

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

Succursale au service de MM. les médecins  
Immeuble "Dominion Square"  
Montréal

### PRÉSENTATION

Le Chlorure de Zephiran est disponible sous les formes suivantes

TEINTURE 1:1000 colorée

TEINTURE 1:1000 pure

SOLUTION AQUEUSE 1:100  
en flacons de 8 oz. et de 1 gal.



Administration:  
1010 ouest, rue Elliott  
Windsor, Ontario

# ZEPHIRAN CHLORIDE

"Zephiran" Trademark Reg. U.S. Pat. Off. & Canada  
Brand of BENZALKONIUM CHLORIDE REFINED

# Nouvelles Teneurs Accrues!

100% PLUS de VITAMINES A ET D  
PLUS DE 40% DE VITAMINE B<sub>1</sub>

... SANS AUGMENTATION DU PRIX!

## VI-SYNERAL

Chaque capsule de vitamine (groupe des teneurs spéciales) fournit maintenant:

Vitamine A (naturelle)	12,000 U.I.
Vitamine D (naturelle)	1,000 U.I.
Thiamine (B <sub>1</sub> )	5.0 mg.
Riboflavine (B <sub>2</sub> )	3.5 mg.
Niacinamide	20.0 mg.
Pyridoxine (B <sub>6</sub> )	2.0 mg.
Pantothénate de calcium	5.0 mg.
Acide ascorbique (C)	75.0 mg.
Alpha tocophérol (E)	4.0 mg.
Facteurs du complexe B	50 mg. levure

La capsule de sels minéraux Vi-Syneral fournit: calcium, phosphore, fer, iode, cuivre, manganèse, zinc, magnésium.

De nouvelles teneurs accrues (avec vitamines naturelles A et D) sont aussi disponibles sous d'autres formules spéciales de Vi-Syneral: NOURRISSONS et ENFANTS, ENFANTS et ADOLESCENTS - ADULTES - FEMMES ENCEINTES et en période de lactation.



### VITAMINE D NATURELLE EN ENTIER

Les vitamines A et D sous forme naturelle, concentrées et provenant d'huiles de foie de poisson.



DOCUMENTATION  
ET ÉCHANTILLONS  
MÉDICAUX

U. S. VITAMIN CORPORATION • 250 E. 43 St. • NEW YORK 17, N. Y.

Concessionnaire canadien: FRED J. WHITLOW & CO., LTD., Toronto, Ontario



Patiente ayant subi une colostomie. Les seins ptosés sont aussi à remarquer. Un support pour les seins et une ceinture abdominale Spencer furent prescrits.



Même patiente portant le support Spencer pour les seins, et la ceinture pour cas de colostomie, qui furent dessinés individuellement pour elle.



Même patiente portant son support Spencer, après que les irrigations furent réglées, rendant le sac inutile.

# LE SUPPORT SPENCER

*assure une maîtrise individualisée*

Dans le traitement des cas de chirurgie, la *maîtrise* est un important facteur. Et l'élément de maîtrise se perd dans le traitement par support, si ce dernier s'étire ou perd sa forme de toute autre manière. Chaque support Spencer étant dessiné individuellement pour l'unique personne qui doit le porter, il peut être *garanti* ne jamais perdre sa forme — *et il l'est.*

Avec un Spencer, le support abdominal s'effectue par en-dessous, vers le haut et vers le dos. Ainsi une coordination exacte entre le support de l'abdomen et celui du dos, s'obtient rapidement et se conserve. Le Spencer soutient gentiment les muscles affaiblis et invite l'attitude de maintien reposante sans réprimer l'activité musculaire.

Chaque support Spencer pour les seins est également dessiné individuellement, *après* qu'une corsetière a pris la description du corps — et onze mesures ou plus. Un Spencer retient les seins, même les seins ptosés les plus lourds, dans une position salubre, améliorant la circulation dans les tissus du sein.

*Pour atteindre une marchande de supports Spencer, consultez le bottin du téléphone, sous la rubrique « Corsetière Spencer », ou écrivez-nous directement.*

## SUPPORTS DE DESSIN INDIVIDUEL SPENCER

pour l'abdomen, le dos et les seins

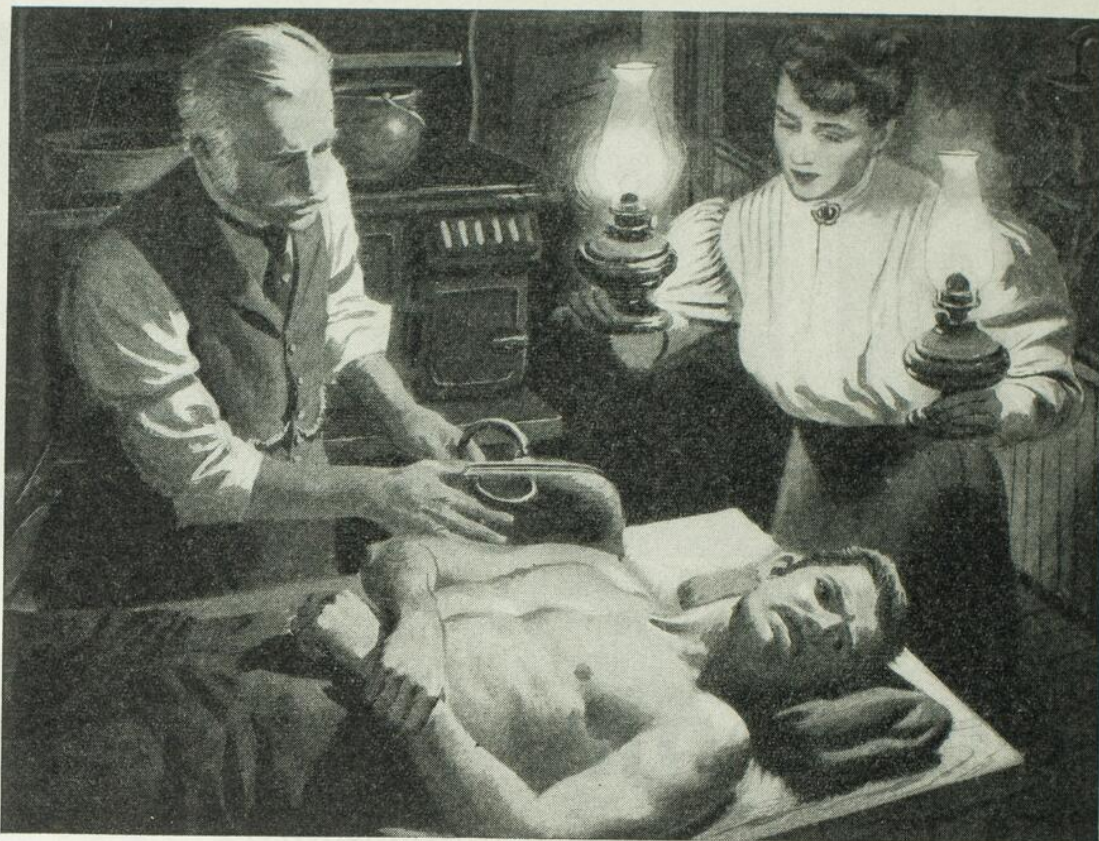
SPENCER SUPPORTS (CANADA) LIMITED  
Rock Island, Québec.

Aux Etats-Unis: Spencer, Incorporated, New Haven, Conn.  
En Grande-Bretagne: Spencer (Banbury) Limited, Banbury, Oxon.

Veillez m'adresser la brochure "Comment les supports Spencer secondent le traitement du médecin".

Nom ..... M.D.

Adresse ..... 151-1-47



## Cas d'urgence - - 1899

Ces cas se sont présentés — et il y eut des miracles de la chirurgie sur des tables de cuisine. Il y a cinquante ans, il n'existait souvent pas d'autres ressources. Aujourd'hui, cependant, grâce à l'automobile et à l'hospitalisation, de telles épreuves se présentent rarement.

Oui, les cadres de la profession médicale ont considérablement changé depuis quelques décades. Une chose demeure la même cependant — la fidélité au Savon Ivory. Depuis nombre d'années, Ivory a fait partie des produits de confiance recommandés par les médecins.

Plus que jamais, il y a d'importantes

raisons de recommander le Savon Ivory. 216 épreuves pratiquées au cours de sa fabrication assurent le contrôle de sa qualité. Ivory est aussi pur que le plus beau Castille. En outre, les expériences pratiquées dans les grands laboratoires de Procter & Gamble constituent un double contrôle en vue de la douceur du Savon Ivory pour la peau.

Voilà pourquoi, depuis des générations, tant de médecins ont répété aux mères cette recommandation: « Pour le bain du bébé, employez un savon pur et doux comme Ivory ».

Fabriqué au Canada



99 $\frac{44}{100}$ % Pur... Il flotte

# DELBIASE

METHODE CYTOPHYLACTIQUE  
DU PROFESSEUR P. DELBET

**STIMULANT**  
BIOLOGIQUE GÉNÉRAL

PAR  
MINÉRALISATION  
MAGNÉSIENNE  
DE L'ORGANISME



LABORATOIRES GRIMAULT  
51, RUE FRANÇOIS-1er  
PARIS 8e

**SOCIÉTÉ D'EXPANSION PHARMACEUTIQUE**  
INCORPORÉE

680 OUEST, RUE SHERBROOKE, MONTRÉAL

INSTITUT DE MICROBIOLOGIE ET D'HYGIÈNE  
DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

(sans but lucratif)

Excipient huileux

“ ARACOL ”

Pour prolonger l'action de la PÉNICILLINE (et d'autres médicaments) en injection intramusculaire.

Le **Service des Antibiotiques** de l'Institut de Microbiologie, cédant à la demande des praticiens, a mis au point et distribué le véhicule huileux ARACOL, préparé suivant la formule de Cohn.

**Effet de Prolongation.**

Ce Service de l'Institut n'a pas cessé d'étudier les effets thérapeutiques obtenus à l'aide d'ARACOL, de produits similaires et de mélanges à base de cire d'abeille. Ces recherches expérimentales et cliniques démontrent et confirment la valeur d'ARACOL pour le prolongement de l'action antibiotique de la Pénicilline et des médicaments.

**L'ARACOL**

est:

- COMMODE.** Il suffit de fluidifier ARACOL à la chaleur de la main. S'émulsionne instantanément si on observe scrupuleusement la technique recommandée. S'injecte aisément sans danger de briser les seringues. Une émulsion bien faite peut se conserver 24-48 heures à la glacière.
- INDOLORE.** L'addition d'un analgésique rend l'injection indolore. Aracol se résorbe sans laisser de traces.
- ÉCONOMIQUE.** Économise le temps du médecin par la réduction du nombre d'injections journalières de Pénicilline — une ou deux injections par jour suffisent. Coût négligeable et le plus bas de tous les excipients similaires. Cette méthode diminue les frais et les inconvénients du traitement pour le patient.

**IMPORTANT** — Bien mesurer les quantités à la seringue:  
1.4 cc. d'ecu pour dissoudre la Pénicilline.      3.4 cc. d'Aracol liquéfié à douce chaleur.

•  
FORMULE SUPÉRIEURE ET ÉPROUVÉE  
•

*Distributeurs:*

**MILLET, ROUX & CIE LIMITEE**

1215, rue St-Denis - Montréal, 18

# J. EDDÉ LIMITÉE

Édifice New Birks, MONTRÉAL

---

## URICLARINE

*Antiseptique entéro-rénal et biliaire*  
à base de Chlorure d'Ammonium, Hexaméthylène tétramine  
et Salicylate de Phényle (Salol)

Infections urinaires.

## TRÉPHONYL du Dr Roussel

*Ampoules buvables.*  
*Extrait de Foie frais embryonnaire. Sérum hémopoïétique.*  
Régénérateur de la cellule.

## SALICYLNA

*Comprimés dosés à 0 Gr. 50 de Salicylate de Soude chimiquement pur.*  
Toutes les indications du Salicylate.

## EUTENSYL

Régulateur de l'hypertension.

## GOUTTES I.A.M.

*Iode, Arsenic et Manganèse.*  
Tonique puissant et d'effet rapide.

## VULCASE

*Comprimés.*  
Dépuratif soufré.

# EDITIONS BEAUCHEMIN

(Extrait du catalogue)

## ROMANS

Angus Graham		Oscar Masse	
<b>NAPOLÉON TREMBLAY</b> . . . . .	\$1.50	<b>LA CONSCIENCE DE PIERRE LAUBIER</b>	\$0.75
Geneviève de la Tour Fondue		Paule Régner	
<b>RETOUR À LA VIGIE</b> . . . . .	\$1.00	<b>L'ABBAYE D'ÉVOLAYNE</b> . . . . .	\$1.25
Geneviève de la Tour Fondue		Raymonde Vincent	
<b>MONSIEUR BIGRAS</b> . . . . .	\$1.25	<b>CAMPAGNE</b> . . . . .	\$1.25
Louis Fréchette		Raymonde Vincent	
<b>ORIGINAUX ET DÉTRAQUÉS</b> . . . . .	\$1.25	<b>BLANCHE</b> . . . . .	\$1.25
Edmond Grignon		René Bazin	
<b>EN GUETTANT LES OURS</b> . . . . .	\$1.25	<b>MAGNIFICAT</b> . . . . .	\$1.25
Louis Fréchette, etc.		Colette Yver	
<b>CONTES D'AUTREFOIS</b> . . . . .	\$1.25	<b>CHER CŒUR HUMAIN</b> . . . . .	\$1.25
Léon Bloy		<b>COMMENT S'EN VONT LES REINES</b> . . . . .	\$1.50
<b>LE DÉSESPÉRÉ</b> . . . . .	\$1.25	<b>LES DAMES DU PALAIS</b> . . . . .	\$1.75
Z.-B. Markevitch		<b>LES SABLES MOUVANTS</b> . . . . .	\$1.75
<b>STEPPE D'UKRAINE</b> . . . . .	\$1.00	<b>PRINCESSE DE SCIENCE</b> . . . . .	\$1.75
		<b>UN COIN DU VOILE</b> . . . . .	\$1.25
		<b>VOUS SEREZ COMME DES DIEUX</b> . . . . .	\$1.35

## LITTÉRATURE

H. de Balzac		Léo-Pol Morin	
<b>TRAITÉ DE LA VIE ÉLÉGANTE</b> . . . . .	\$1.25	<b>MUSIQUE</b> . . . . .	\$2.00
Marie de Villers		Guy Sylvestre	
<b>RÉPONSE À DÉSESPOIR DE VIEILLE</b>		<b>SONDAGES</b> . . . . .	\$1.00
<b>FILLE</b> . . . . .	\$0.75	Marius Barbeau	
Léon Chancerel		<b>L'HOMME AUX TROIS FEMMES</b> . . . . .	\$1.25
<b>LES JEUX DRAMATIQUES</b> . . . . .	\$0.75	Marcel Dugas	
Rina Lasnier		<b>UN ROMANTIQUE CANADIEN: LOUIS</b>	
<b>MADONES CANADIENNES</b> . . . . .	\$3.50	<b>FRÉCHETTE</b> . . . . .	\$1.25

## HISTOIRE

René Grousset		Henri de Kerillis	
<b>HISTOIRE DE LA CHINE</b> . . . . .	\$1.50	<b>DE GAULLE DICTATEUR</b> . . . . .	\$2.00
Jean Bruchesi		Léon Marchal	
<b>HISTOIRE DU CANADA POUR TOUS,</b>		<b>DE PÉTAİN À LAVAL</b> . . . . .	\$1.50
2 vol. . . . .	\$2.50	Kenneth Pendar	
Léon Marchal		<b>LE DILEMME FRANCE-ÉTATS-UNIS</b> . . . . .	\$2.50
<b>VILLE-MARIE. Les origines de Montréal</b>	\$1.25	Ernest Gagnon	
Abbé Charles Journet		<b>LOUIS JOLLIET</b> . . . . .	\$2.00
<b>VUES CHRÉTIENNES sur la POLITIQUE</b>	\$1.00	Major Sévigny	
Louis Rougier		<b>FACE À L'ENNEMI</b> . . . . .	\$1.25
<b>LES ACCORDS PÉTAİN-CHURCHILL</b> . . . . .	\$2.00	Major Poulin	
		<b>696 HEURES D'ENFER avec le Royal 22e</b> . . . . .	\$1.35

**EN VENTE CHEZ TOUS LES LIBRAIRES**

*sédatif - antispasmodique*



**ACTION TRIPLE** Le Syntronal 'Roche' exerce une action inhibitrice sur les terminaisons nerveuses parasympathiques, abaisse le tonus des fibres musculaires lisses et calme la tension nerveuse et l'angoisse qui accompagnent généralement les états spasmodiques.

Le Syntronal 'Roche' est le médicament de choix dans les spasmes de l'appareil digestif et des voies urinaires et dans la dysménorrhée spasmodique. Le Syntronal est présenté en dragées contenant chacune 50 mgm. de Syntropan (phosphate de l'ester 3-diéthylamine-2, 2-diméthylpropylique de l'acide tropique) et 15 mgm. de phénobarbital. Echantillons à la disposition de MM. les médecins.

**S Y N T R O N A L**

*'Roche'*

Flacons de 30 et 100 dragées

HOFFMANN-LA ROCHE LIMITÉE, MONTRÉAL

# SANATORIUM PRÉVOST



Magnifique situation au bord de la Rivière-des-Prairies, à proximité de Montréal. Grand parc boisé de 600,000 pieds carrés. Tennis et jeux. Chambres confortables. — Cuisine soignée.

ÉTABLISSEMENT CONSACRÉ  
AU **TRAITEMENT INDIVIDUEL**  
DES AFFECTIONS DU SYSTÈME  
NERVEUX

par deux médecins spécialistes et un personnel hospitalier de grande expérience. - Cures de repos. - Régimes. - Physiothérapie. - Traitements spéciaux des toxicomanies. - Pyrétothérapie. - Electro-chocs.

•

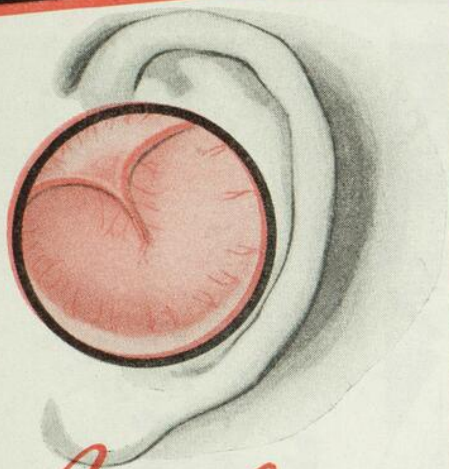
Direction médicale confiée aux docteurs Jean Saucier et Roma Amyot, professeurs agrégés de neurologie à l'Université de Montréal et spécialistes agréés par le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada.

•

4455 ouest, Boulevard Gouin

Téléphone: BYwater 2405

# Médicaments de Choix CONTRE CERTAINES AFFECTIONS SPÉCIFIQUES



## *Auralgan*

contre l'OTITE MOYENNE AIGÜE

### *Symptômes:*

Douleur, fièvre, oedème, leucocytose, sensation de gonflement, diminution de l'acuité auditive.

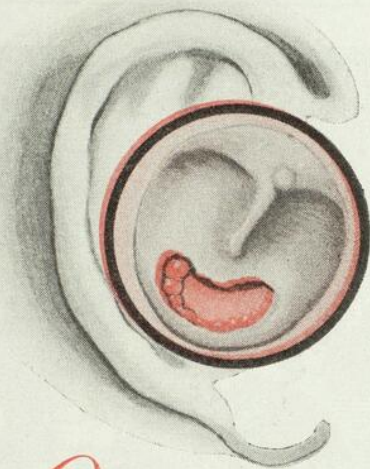
### *Traitement:*

Sédation de la douleur et résolution de l'inflammation—Auralgan.

### *Effets:*

Régression de la congestion, analgésie, bactériostase.

Envoi, à la demande des intéressés, d'une documentation complète et de réimpressions d'observations cliniques relatives à l'emploi de l'Otosmosan.



## *Otosmosan*

contre l'OTITE MOYENNE  
SUPPURANTE CHRONIQUE

### *Symptômes:*

Otorrhée opiniâtre, souvent fétide, d'ordinaire sans toxémie, fièvre ni douleur.

### *Traitement:*

Otosmosan.

### *Formule:*

Glycérole (Dohow) à 20 p. 100 de carbamide de sulfathiazole.

### *Effets:*

Assainit l'odeur de l'écoulement, liquéfie les granulations, rétablit l'intégrité du tissu épithélial. Bactériostatique.

Envoi à titre gracieux des quantités nécessaires à un essai clinique.

**THE DOHOW CHEMICAL COMPANY, LTD.**

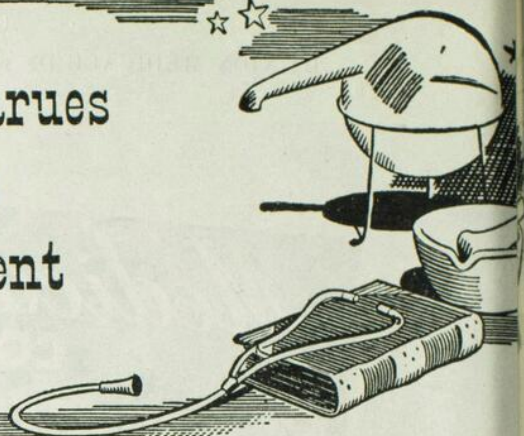
Montréal

New-York 13

Londres



## Erreurs disparues et autres qui survivent



Les "pierres de grossesse" ou "pietre gravide", étaient autrefois considérées, par les paysannes italiennes, comme une aide indispensable à un accouchement normal.

Elles portaient ces pierres durant neuf mois. Puis, après la naissance de l'enfant, elles les passaient à une autre future maman.



Certaines personnes croient encore qu'il faut cuire les aliments en boîtes.

Naturellement, il n'en est pas ainsi — car au du procédé de mise en boîtes, les aliments sont à point.

Il suffit seulement de faire chauffer les aliments en boîtes et de les assaisonner au goût de cha.

CANCO

### AMERICAN CAN COMPANY

MONTRÉAL • HAMILTON • TORONTO • VANCOUVER

LES ALIMENTS EN BOÎTES SONT DES ALIMENTS SUCCULENTS

# Une Pellicule Détersive et Germicide contre le *Trichomonas vaginalis*

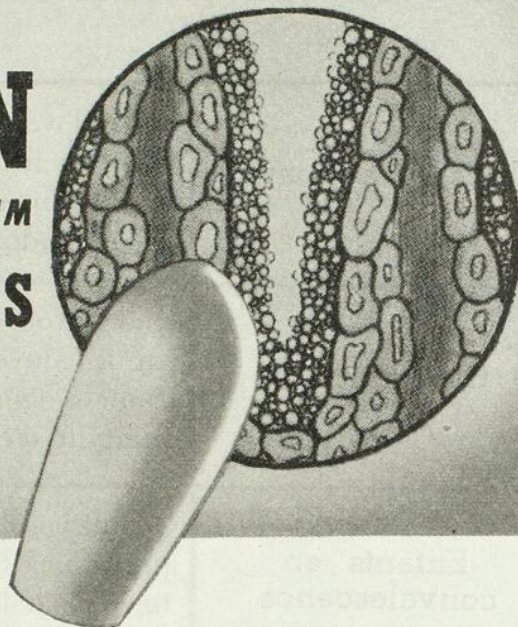
avec

## CEEPRYN

CHLORURE DE CÉTYLPYRIDINIUM

## SUPPOSITOIRES VAGINAUX

1:1000



Les Suppositoires Vaginaux Ceepryn fondent et forment une pellicule émulsifiante à surface de tension extrêmement basse, qui pénètre rapidement dans les plis vaginaux, le canal, le trigone cérebral, les ouvertures des glandules de Skeene et du conduit de Bartholin.

### “DÉPISTE” LE TRICHOMONAS

Amené contact avec les flagellates enfouis dans leurs retraites favorites, Ceepryn assure

une action germicide plus complète simultanément à son action sur la surface des tissus.

**PRODUIT ESTHÉTIQUE**—En plus de leur efficacité thérapeutique, les Suppositoires Vaginaux Ceepryn sont préférés à cause de leur caractère esthétique: belle apparence, propreté (ne tache pas), consistance pliable et facilité d'insertion. Vous pouvez les prescrire à vos patientes les plus difficiles.

Présentés en boîtes de 12, chaque suppositoire dans un carton séparé.

“Ceepryn” est une Marque Déposée  
de The Wm. S. Merrell Company



THE WM. S. MERRELL COMPANY - CINCINNATI, E. U. A.

DÉPÔT CANADIEN : 1705 ST. CLAIR AVE. W., TORONTO 9, ONT.

# BOEUF Gratté

Un Nouveau produit AYLMER



<p><b>Enfants normaux</b></p>	<p>Quand vous désirez une protéine de bœuf bien tolérée, facile à introduire dans l'alimentation du bébé normal qui commence à manger de la viande.</p>
<p><b>Cas spéciaux</b></p>	<p>Quand vous voulez la meilleure qualité, du bœuf sélectionné par le gouvernement, pour prescrire des régimes spéciaux — comme dans les affections intestinales ou pour les petits, souffrant d'embaras gastriques.</p>
<p><b>Enfants en convalescence</b></p>	<p>Quand vous voulez du bœuf finement tamisé, beaucoup mieux qu'il est possible de le faire à la maison, et qui sera facile à digérer par les enfants relevant de maladie ou après une intervention chirurgicale.</p>
<p><b>Malades adultes</b></p>	<p>Quand vous voulez du bœuf spécialement cuit et préparé pour vos malades adultes atteints d'anémie, d'ulcères, de cœlite — et vos convalescents après opération buccale ou abdominale.</p>
<p><b>Personnes âgées</b></p>	<p>Quand vous voulez un mets au bœuf, facile à préparer et prêt à servir, approprié pour les malades âgés dont le système digestif est délicat.</p>

*Les médecins trouveront le BŒUF GRATTÉ AYLMER supérieur — parce qu'il est tamisé plus finement qu'on ne peut le faire à la maison — et cuit à la température voulue avec une petite quantité de farine pour absorber et garder les jus de viande. Bien toléré. Economique — parce qu'il élimine le gaspillage de bifteck lorsqu'il est préparé à la maison.*

## BOEUF

GRATTÉ ET DÉGRAISSÉ  
AVEC FARINE

# AYLMER

Le bœuf sélectionné par le gouvernement, gra et tamisé, est cuit avec une petite quantité de farine afin d'absorber et garder les jus de viande. Un soupçon de sel y est ajouté pour en rehausser la saveur.

POUR DES ÉCHANTILLONS GRATUITS . . .  
écrivez à  
Canadian Cannery Ltd., Hamilton, Canada

... LES FUTURS CITOYENS DU CANADA MÉRITENT LA QUALITÉ AYLMER . . .

# LABORATOIRES JEAN OLIVE

200, rue Vallée — MONTRÉAL

## **NORMOGASTRYL — Union de Pharmacologie scientifique appliquée, Agen**

formule de Bourget et bromure de sodium aérophages, dyspeptiques, petits hépa- 3 comprimés-doses matin, midi et soir dans un demi-verre d'eau tiède.  
en comprimés effervescents de 1 gramme. tiques.

## **NEUROSOLÈNE — Laboratoires Paul Bréant, 11, rue de Clichy, Paris**

extraits de jusquiame, valériane, oxyde de sédatif nervin, insomnies. 2 à 4 comprimés par jour.  
zinc, barbital à 0.017 gms.

## **CHLORURE D'AMMONIUM BRÉANT — Laboratoires Bréant.**

Comprimés glutinisés et dosés à 0.50 gm. de acidification des urines. 3 à 6 comprimés par jour lors des deux principaux repas.  
chlorure d'ammonium C. P.

## **PHOSPHONEUROL — Laboratoire Depruneaux, 18, rue de Beaune, Paris**

Acide phosphorique, phosphate de soude dépressions nerveuses, surmenage, in- 15 à 30 gouttes par jour dans de l'eau sucrée.  
biphosphate de chaux, glycéro de magnésie, somnies, récalcification.

## **PYOCOLINE — Laboratoires Roger Savoie, Vendôme**

Chlorure d'ammonium 0.25, Chlorhydrate d'oxyquinoléine 0.05, Hydrate de terpine 6 à 10 comprimés par jour.  
0.03 gms. par comprimé. Collibaciloses, Cystites, pyérites, lithiases oxaluriques et phosphaturiques.

## **NESTOSYL — Laboratoire P. Baude, 72, rue Saint-Dominique, Paris**

pommade anesthésique, aminobenzoates arrête la douleur, prurits, dermatoses, applications, pansements, d'éthyle et de buthyle. lésions; aussi en liquide pour gynécologie, examens, sondages.  
et sondages.

## **DERMACIDE — Laboratoires M. Porcher, 35, rue des Blancs-Manteaux, Paris**

solution savonneuse spéciale, entièrement modificatrice du Ph-dermatoses, gyné- lavages, pansements, dou-  
acide. cologie, cuir chevelu. ches.

## **ECZÉDA — Laboratoires Porcher.**

pommade polyréductrice. dermatoses, prurits, eczémas, urticaires. applications, pansements.

## **ECZOSEC — Laboratoires Porcher.**

pommade sèche, adhésive, sans corps gras. dermatologie, s'enlève à l'eau. applications, pansements.

## **ARGÉDRINE (gouttes) — Laboratoires Jean Olive, 14, rue des Minimes, Paris**

nucléinate d'argent et chlorhydrate d'éphé- affections nasales, rhume de cerveau, adultes 5 à 6 compte-  
drine en solution stable, aqueuse. sinusite, fièvre des foins, rhinites... gouttes par jour.

## **COMPRIMÉS MAVER — Laboratoires Jean Olive.**

aconit, grindélia, terpine, codéine, opium. toux sèches, rebelles, quinteuses. 5 à 6 par jour loin des repas (narcotique).

## **GRINDELYNE (gouttes) — Laboratoires Jean Olive.**

bromoforme, aconit, serpolet, belladone, médication spéciale de la coqueluche, de 10 à 40 gouttes par  
drosera, grindelia, tct opium, ext. chanvre bronchites, toux nerveuses. jour (narcotique).  
indien. (Adjoindre le sirop Grindélyne, non narcotique).

## **TRISALYL (Ampoules et Sirop) — Laboratoires Jean Olive.**

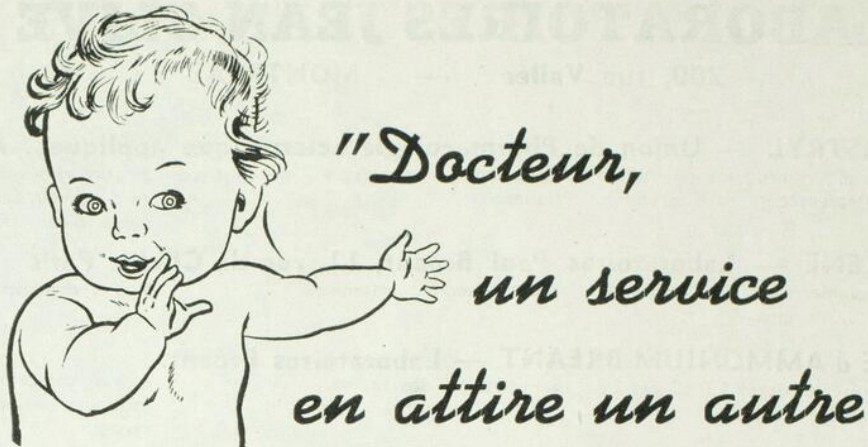
polysalicylates de potassium, calcium, so- rhumatisme sous ses diverses formes. ampoules de 1 gm. 10 cc.,  
dium, en équilibre ionique. intraveineuses, ou sirop.

## **VIRISTHÈNE (gouttes) — Laboratoires Jean Olive.**

Phosphates de Cu, Zn. Cl. de magnésium, déchéances nerveuses, asthénies, ané- 20 à 25 gouttes deux fois  
arrhénal, sulf. de Mg, Phosphate de Calcium, mies..., faiblesse masculine. par jour dans de l'eau  
acide phosphorique, kola, noix vomique. sucrée.

**Échantillons et littérature médicale sur demande.**

**Vente en vrac pour MM. les Médecins et les Hôpitaux.**



Vous avez recommandé à maman de se servir des produits Baby's Own. À son tour maman les recommande à toutes les mères qu'elle connaît."

Le savon, l'huile et la poudre Baby's Own sont faits expressément pour une peau sensible. Ils sont purs, doux et nullement irritatifs. Ils sont fabriqués minutieusement, au moyen de procédés strictement hygiéniques, par la compagnie J. B. Williams of Canada, qui se spécialise depuis plus de 75 ans dans la fabrication de produits de toilette pour bébés.

Vous pouvez donc recommander les produits Baby's Own en toute confiance.



**THE J. B. WILLIAMS CO. (CANADA) LIMITED**  
La Salle, Montréal

“Spécialités Bio”

# BISULFA

(dragées)

SULFADIAZINE 0.25 gm.  
SULFATHIAZOLE 0.25 gm.

- TOXICITÉ MOINDRE
- CRISTALLISATION RÉNALE RÉDUITE
- EFFICACITÉ THÉRAPEUTIQUE MAINTENUE

## BISULFA infantile

Bibliographie:

Lehr, D.: Proc. Soc. Exper. Biol and Med.,  
58, 11, 1945.

Lehr, D.: Jour. Pediatrics, sept. 1946.

COMPRIMÉS AROMATISÉS  
DEMI-DOSE

# Comprimés RHINIPHEN

CORYZA, GRIPPE, MIGRAINE

Acide Acétylsalicylique ..... 5 grains  
Menadione (vit. K) ..... 0.25 mg.  
Acide Ascorbique ..... 25 mg.  
dl-désoxyéphédrine HCl ..... 0.625 mg.

ANALGÉSIQUE, ANTI-HÉMORRAGIQUE, ANTIPYRÉTIQUE

## Laboratoire BIO-CHIMIQUE Limitée

Fabricants de Produits Pharmaceutiques

425, rue River,

Montréal 19, P. Q.



# Flexibilité de la Formule - dans tous les cas d'alimentation infantile

**L'**UN des avantages exceptionnels du nouveau DRYCO amélioré est son extraordinaire flexibilité.

Ceci est basé sur la teneur élevée en protéines et faible en matières grasses, 2.7 pour 1, la valeur élevée au point de vue vitaminique, la grande digestibilité, la sûreté au point de vue bactériologique, les propriétés nutritives et la composition invariable du DRYCO.

La solubilité immédiate du

DRYCO dans l'eau froide ou chaude et son économie augmentent son utilité et l'accueil universel dont il jouit.

DRYCO sert à l'alimentation pratique des bébés normaux et à l'alimentation spéciale des nouveau-nés, prématurés, bébés souffrant de dénutrition, convalescents ou malades.

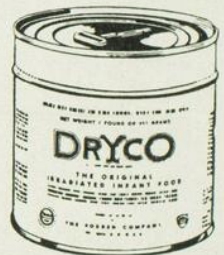
Il peut s'employer seul, avec un hydrate de carbone, avec du lait, ou avec du lait et un hydrate de carbone. Il a une haute teneur en vitamines A,

B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub>, et D, ainsi qu'en minéraux essentiels du lait.

Les quantités de vitamines A et D sont équivalentes, supérieures aux besoins recommandés établis pour les bébés normaux. Le contenu en vitamine D accru suffit à protéger contre le rachitisme et assurer la meilleure croissance possible.

Vendu dans les pharmacies, DRYCO élimine les retards et les changements de formule inutiles.

## Nouveau **DRYCO** Amélioré



### Produits d'Ordonnances qui donnent du Prestige

pour l'alimentation des bébés, enfants et adultes

#### MULL-SOY



—produit hypoallergique émulsifié, à base de fèves de soya, qui remplace le lait de vache.

#### LAIT ÉVAPORÉ BORDEN'S



—fortifié de vitamine D par irradiation directe. Il n'est pas de meilleur lait en boîtes.

#### KLIM—LAIT COMPLET EN POUDRE



—Très employé pour l'alimentation infantile, les régimes spéciaux (notamment l'ulcère peptique), et comme lait de qualité supérieure.

#### LAIT EN POUDRE CMP À L'ACIDE LACTIQUE



—Employé par des milliers de médecins parce qu'il est le lait à l'acide lactique le plus uniforme que l'on puisse obtenir.

#### LAIT PROTÉINÉ CMP EN POUDRE



—Utile dans le traitement de la diarrhée fermentescence, la diarrhée d'été, l'intoxication intestinale aiguë, l'indigestion intestinale chronique, la dénutrition, et pour les bébés prématurés et nouveau-nés.

**DIVISION DES PRODUITS BORDEN'S POUR ORDONNANCES**  
SPADINA CRESCENT - TORONTO 4 - ONTARIO

# Présentation

d'un nouvel  
agent  
chimiothérapeutique

Offert pour la première  
fois en  
**PANSEMENT  
SOLUBLE  
FURACIN**

## Indications:

Les nitrofurans représentent un nouveau type de bactéricides, récemment découverts par les Laboratoires Eaton<sup>1</sup>. L'un de ces derniers, particulièrement, est très efficace. On l'a désigné sous le nom de **Furacin**.



Le Furacin est doué de propriétés bactériostatiques et bactéricides envers plusieurs micro-organismes gram-positifs et gram-négatifs, et son efficacité n'est pas amoindrie par la présence des humeurs. Il est stable, et sa toxicité est peu élevée.

Dissous dans une base hydrosoluble douce, le Furacin est pour la première fois offert sous forme de pansement soluble, pour le traitement local des plaies et des infections superficielles. Cette préparation se liquéfie à la température du corps; elle est soluble dans le sang, le pus et le sérum, ce qui favorise sa pénétration dans toutes les parties des plaies. Le Furacin est non irritant, son degré de sensibilisation est faible et il n'entrave aucunement le processus de cicatrisation.

Les résultats cliniques frappants obtenus en pratique tant militaire<sup>2</sup> que civile<sup>3</sup> indiquent que ce produit possède des avantages marqués sur les sulfamidés et la pénicilline employés localement.

Dans l'infection des plaies superficielles ou dans la prophylaxie d'une telle infection — infection de brûlures aux deuxième et troisième degrés — furoncles et abcès consécutifs à une intervention chirurgicale — ulcères variqueux infectés — ulcères superficiels des diabétiques — infection secondaire de l'eczéma — impétigo des enfants et des adultes — traitement préparatoire à la greffe épidermique et, plus tard, dans la prévention de l'infection — ostéomyélite associée aux fractures composées — infection secondaire aux dermatomycoses.



1. Dodd, M. C., et Stillman, W. B., J. Pharmacol. & Exper. Therap., 82:11, 1944.
2. Snyder, M. L., Kiehn, C. L., Christopherson, J. W., Military Surgeon, 97:380, 1945.
3. En voie de préparation.

Maintenant en vente au Canada chez votre fournisseur habituel.

Pour plus de renseignements, écrivez au Directeur Médical à notre succursale au Canada, 77 ouest, rue Wellington, Toronto, Ontario.



---

“pour la prévention du rachitisme . . .  
le bon développement des os et des dents  
. . . et pour une croissance parfaite”

---

## 400 UNITÉS DANS LE LAIT CARNATION

Le « Council on Foods and Nutrition of the American Medical Association » reconnaît cette teneur assez efficace pour atteindre les buts visés ci-dessus, chez les nourrissons normaux et les enfants à la période de l'enfance à l'adolescence.

Le Lait Evaporé Carnation fournit 400 unités internationales de vitamine D par pinte reconstituée (moitié Carnation, moitié eau).

Cette vitamine D est accrue au moyen de l'irradiation par les rayons ultra-violets.

La surveillance étroite des laboratoires et de l'usine de fabrication, aussi bien que des épreuves biologiques effectuées régulièrement, assurent la conservation constante de la vitamine D dans le Lait Carnation à cette teneur avantageuse reconnue.

CARNATION COMPANY, LIMITED, TORONTO

Lait

Produit  
dans le Québec



Carnation

“provenant de vaches bien nourries”



ENCORE EN 1947

*“la meilleure forme de traitement”*

“... les sels d'or... constituent la meilleure forme de traitement dans l'arthrite rhumatoïde” et “... modifieront considérablement l'évolution de la maladie chez un pourcentage important des malades.”<sup>1</sup>

Le SOLGANAL-B OLEOSUM (aurothioglucose) continue d'être un des composés de l'or le plus employés parce qu'il procure le maximum de bienfait thérapeutique avec un minimum de toxicité.

## SOLGANAL-B OLEOSUM

Dans le SOLGANAL-B OLEOSUM ( $C_6 H_{11} O_5 SAu$ ) un composé d'or hydrosoluble est mis en suspension dans de l'huile afin d'obtenir une absorption uniforme et prolongée du médicament déposé dans le tissu musculaire. Sous cette forme l'or a produit des effets bienfaisants chez environ quatre malades sur cinq atteints d'arthrite rhumatoïde.

Tous les détails sur l'administration sont inclus dans chaque emballage de SOLGANAL-B OLEOSUM, ou peuvent être obtenue en s'adressant à notre Service de Recherche Médicale.

1. Ragan, C., and Boots, R. H.: *New York Med.* 2:21, 1946.

Le nom SOLGANAL-B OLEOSUM est déposé au Canada.



**Schering** CORPORATION LIMITED  
137 RUE ST-PIERRE, MONTRÉAL 1, P.Q.

# SANATORIUM de BLOIS

51<sup>e</sup> année d'existence

**Maison de repos, de régime et de convalescence**

## AFFECTIONS NERVEUSES EN GÉNÉRAL

Maladies de l'estomac et de l'intestin, surmenage, troubles de la nutrition, neurasthénie, rhumatisme, artério-sclérose, intoxications (morphine, alcool, etc.). Psychothérapie, hydrothérapie, électrothérapie, rayons ultra-violet, etc., etc.

MÉDECIN-DIRECTEUR . . . Dr Charles de BLOIS

DIRECTEUR-ADJOINT . . . Dr Georges de BLOIS

MÉDECINS CONSULTANTS:

Professeur Albert LeSAGE, Montréal; Dr J.-C. GELINAS, Trois-Rivières; Dr Benoît JACOB, Trois-Rivières; Dr Rob. VEILLEUX (Radiologiste), Trois-Rivières.

PRIX MODÉRÉS—Deux solariums, service d'ascenseur, etc.

*Les aliénés et les contagieux ne sont pas admis.*

Pour renseignements supplémentaires et réservations: s'adresser par lettre, télégramme ou téléphone au Directeur:

•

PROSPECTUS ILLUSTRÉ  
SUR DEMANDE

•

Téléphone 3420

**Dr Charles de Blois, C.C.S.G.G.**

Spécialiste agréé par le Collège Royal des Médecins  
et Chirurgiens du Canada

**SANATORIUM de BLOIS**

225 boul. Laviolette - Trois-Rivières, P.Q.

# PAVERAL

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

. . . **COQUELUCHE** . . .

Le Pavéral est journellement prescrit avec succès pour les cas de coqueluche et des toux Coqueluchoïdes — Ne cause ni intolérance ni complication.

Littérature sur demande

**AGENTS CANADA DRUG.CO.MONTREAL**

FAlkirk 3537

## MONTY, GAGNON & MONTY

Ambulances de luxe, chauffées

•

Transport des malades à la ville et à la campagne. Service prompt et sûr.

Pompes funèbres

Salons mortuaires

•

Salons mortuaires: 4156, rue Adam.  
1926, rue Plessis.

Ambulanciers de l'Hôpital Notre-Dame

1 Suppositoire par jour est la médication —  
unique et suffisante — à employer dans les...  
**AMYGDALITES** aiguës  
**PHARYNGITES**



## SUPPOSITOIRES LARYNGOBIS

PRESENTATION:

Boîtes de 2 suppositoires (enfants et adultes)

LARYNGOBIS a définitivement rendu désuets et rejeté dans l'ombre les anciennes médications symptomatiques des infections aiguës de la gorge. Dorénavant, il suffit d'un seul suppositoire par jour durant deux jours — exceptionnellement durant trois jours — pour amener une guérison plus rapide, tout en simplifiant les soins donnés au malade.

POSOLOGIE:

Adultes: 1 Suppositoire pour adultes par 24 heures.  
Enfants de 6 à 13 ans: 1 Suppositoire pour ENFANTS par 24 heures.  
Enfants de 1 à 6 ans: 1/2 Suppositoire pour ENFANTS par 24 heures.



LABORATOIRES  
**Lafayette** LTÉE

Agents Exclusifs: GRAVET LTÉE, 1410-Wolfe, Montréal

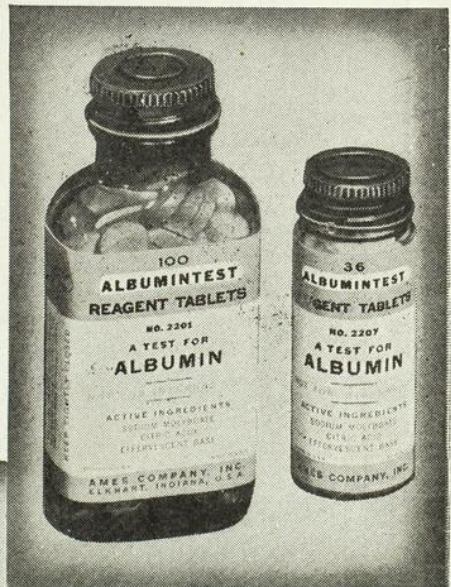
## PRODUITS APPARENTÉS *pour l'Analyse de l'Urine*

### ALBUMINTEST pour l'Analyse Qualitative de l'Albumine

Albumintest répond au besoin d'une méthode simple et sûre de faire l'analyse qualitative de l'albumine. Les ingrédients actifs servant pour cette réaction au molybdate sont contenus dans un comprimé qui se dissout rapidement dans l'eau, fournissant ainsi le réactif. Il n'est ni toxique ni corrosif, et n'exige aucun chauffage. La réaction peut se faire rapidement, d'après les deux méthodes d'analyse — turbidité et cernes. S'adapte à tous les besoins de laboratoires. Les médecins, techniciens de laboratoires et fonctionnaires des services d'hygiène publique, peuvent compter sur eux. En flacons de 36 et de 100 comprimés.

### CLINITEST pour l'Analyse Qualitative du Sucre dans l'Urine

Clinitest représente le point culminant de toute une série de perfectionnements de l'analyse du sucre dans l'urine, basée sur la réduction du cuivre. Le réactif — un comprimé qu'on laisse tomber dans un volume d'urine préalablement mesurée et diluée — fournit automatiquement la couleur requise à l'intérieur de l'éprouvette. S'emploie dans les hôpitaux, le laboratoire du médecin ou par le patient lui-même. Nécessaires de poche spéciaux, en plastique blanche, contenant tout ce qu'il faut, y compris les comprimés pour 36 analyses, flacons de 36 comprimés de réserve, nécessaires de laboratoires complets, flacons de 100 et de 250 comprimés pour laboratoires et hôpitaux.



En vente chez les  
fournisseurs de  
produits pharmaceutiques ou d'articles  
chirurgicaux.

Littérature  
sur demande.

Concessionnaires  
exclusifs  
pour le Canada:

FRED. J. WHITLOW  
& CO. LTD.

"S" Building  
Malton, Ont.

**AMES COMPANY, LTD.**  
ELKHART INDIANA U.S.A.

# LE SON

*une excellente source de fer alimentaire*

TRES peu d'aliments — et aucune autre céréale — offrent un tel apport de fer alimentaire que le son de blé — qui entre dans la composition du ALL-BRAN Kellogg.

En effet, une seule once de ALL-BRAN constitue plus que le tiers de la moyenne des besoins quotidiens en fer pour un adulte.

En outre, des épreuves biologiques indiquent que la forme de fer que contient le ALL-BRAN favorise la régénération rapide de l'hémoglobine dans les cas d'anémie nutritive occasionnée par le manque de fer\* alimentaire.

Par ailleurs, cette céréale savoureuse peut être largement utilisée. ALL-BRAN peut être servi sous une grande variété de formes: comme céréale au déjeuner, sous forme de petits pains (« muffins »), dans la préparation des viandes et comme ingrédient dans plusieurs mets appétissants. Ainsi, le ALL-BRAN Kellogg peut être incorporé au régime alimentaire quotidien sans crainte de monotonie.

**Une once de All-Bran Kellogg contient:**

FER . . . . .	3.3 mg.
CALCIUM . . . . .	28.9 mg.
PHOSPHORE . . . . .	370. mg.
THIAMINE . . . . .	.11 mg.
NIACINE . . . . .	6. mg.
PROTEINES . . . . .	3.7 gm.
CALORIES . . . . .	95

*La Compagnie Kellogg vous enverra avec plaisir les tirés à part des articles résumés ci-dessus.*

Veuillez indiquer si vous désirez de la documentation sur les sujets signalés ci-dessous ou l'un des nouveaux manuels de diététique.

1. Démonstration expérimentale de la disponibilité de la teneur en fer dans le son .
2. La digestibilité des fibres cellulosiques de légumes variés .
3. Etude clinique de l'action laxative du son .
4. Mécanisme de l'action laxative du ALL-BRAN .
5. Le ALL-BRAN et la flore intestinale .
6. Nouveau manuel de diététique et listes de régimes .

Nom .....

Rue .....

Ville .....

(Adresser à Kellogg Company, London, Ont., Canada)

\* Rose, Valtreich et McLeod: Factors in Food Influencing Hemoglobin Regeneration. Jour. Biol. Chemistry, Vol. 104, No 2.

LA

## BANQUE CANADIENNE NATIONALE

est la banque du public aussi bien que la banque des hommes d'affaires.

Le gérant de succursale se tient à votre entière disposition, qu'il s'agisse de dépôts, d'emprunts personnels, de remises, de recouvrements ou de toute question d'ordre financier au sujet de laquelle vous désiriez le consulter.

Actif, environ \$350,000,000

525 bureaux au Canada  
65 succursales à Montréal

### J.-O. GIROUX

Optométriste-Opticien

Membre diplômé de l'A.E.P.O. de Paris

LUNETTES, LORGNONS  
VERRES OPHTALMIQUES

Assisté d'optométristes  
et opticiens diplômés

Pour rendez-vous  
Plateau 5151, Local 29

BUREAUX CHEZ

**Dupuis Frères**  
LIMITÉE

MONTREAL

# TABLE DES ANNONCEURS

Pages	Pages		
bbott Laboratories Ltd. (Vi-Daylin) . . . . .	XLI	Procter & Gamble (Ivory) . . . . .	LXII
bbott Laboratories Ltd. (Surbex) . . . . .	XLII	Reed & Carnrick (Canada) Ltd. (Méprane) . . . . .	XL
merican Can Company (Erreurs disparues et autres qui survivent) . . . . .	LXX	Rougier Frères (Xantophen) . . . . .	XLIII
mes Company, Ltd. (Albumintest) — (Clinitest) . . . . .	LXXXI	Rougier Frères (Loravine) . . . . .	III
nglo-Canadian Drug Co. (Ulcaps) . . . . .	XXXVII	Sanatorium de Blois (51e année d'existence) . . . . .	LXXX
nglo-French Drug Cie (Hypotensyl) . . . . .	XLIV	Sanatorium Prévost . . . . .	LXVIII
yerst, McKenna & Harrison Ltée ("Béminal" Forte) . . . . .	I	Schering Corporation (Solganal-B Oleosum) . . . . .	LXXIX
yerst, McKenna & Harrison Ltée ("Théravite") — ("Sup- plavite") . . . . .	XXI	Sharp & Dohme (Canada) Ltd. ("Tyroderm") . . . . .	XLIX
yerst, McKenna & Harrison Ltée ("Enziflur") . . . . .	XXII	Shuttleworth Chemical Co. Ltd., The E. B. (Vitazole E.B.S.)	XLVII
ynque Canadienne Nationale . . . . .	LXXXII	Smith & Nephew Ltd. ("Telonet") . . . . .	XXXII
ryer Company Ltd. (Aspirin) . . . . .	LVIII	Société d'Expansion pharmaceutique (Delbiase) . . . . .	LXIII
orden Company, Ltd., The (Dryco) . . . . .	LXXXVI	Spencer Supports (Canada) Ltd. (Supports Spencer) . . . . .	LXI
itish Drug Houses (Canada) Ltd. (Supplément alimentaire B. D. H.) . . . . .	LVII	Squibb, E. R., & Sons of Canada Ltd. (Navitol) . . . . .	VII
rroughs Wellcome & Co. ("Tabloid" No 2 'Ferad') . . . . .	XXIII	Stearns & Company of Canada, Ltd., Frederick (Néo-Synéphrine) . . . . .	XXV
anada Drug Co., Ltd. (Pavéral) . . . . .	LXXX	Stearns & Company of Canada, Ltd., Frederick (Parenamine) . . . . .	XXXIX
anadian Cannery Ltd. (Bœuf graté) . . . . .	LXXXII	U. S. Vitamin Corporation (Vi-Syneral) . . . . .	LX
anadian Tampax Corporation Ltd. (Tampox) . . . . .	LIII	Usines Chimiques du Canada Inc. (Valor) . . . . .	LXXXIV
arnation Company, Ltd. (Lait Carnation) . . . . .	LXXVIII	Victor X-Ray Corporation of Canada, Ltd. (Appareil de rayons X portatif) . . . . .	LVI
asgrain & Charbonneau, Ltée (Rectocrine) . . . . .	XX	Vinant Limitée (Spartoval) — (Sparto-Campbre) — (Gé- nisténal) . . . . .	XXXVI
asgrain & Charbonneau Ltée (Phenygénine) . . . . .	XXVIII	Vinant Limitée (Rhinamide) — (Pipérazine Midy) . . . . .	XXXVIII
ollège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada (Avis concernant les examens en 1947) . . . . .	II	White's Laboratories of Canada, Ltd. (Otomide) . . . . .	XXX-XXXI
onnaught Medical Research Laboratories (Pénicilline cris- talline Connaught) . . . . .	LIV	Williams Co. (Canada) Ltd., The J. B. (Docteur, un service en attire un autre) . . . . .	LXXIV
ompagnie Ciba Ltée (Coramine) . . . . .	LI	Wingate Chemical Co. Ltd., The (Méthergine) . . . . .	XXIX
enver Chemical Manufacturing Company, The (Galatest) — (Réactif à l'acétone) . . . . .	XVII	Winthrop Chemical Company Inc. (Théominal) . . . . .	XXVI
how Chemical Company Ltd. (Médicaments de choix) . . . . .	LXIX	Winthrop Chemical Company Inc. (Chlorure de Zephiran) . . . . .	LIX
idé, J., Limitée (Uriclarine) — (Tréphonyl) — (Salicylna) — (Eutensyl) — (Balsamorhinol) — (Gouttes I.A.M.) — (Vulcase) . . . . .	LXV	Wyeth & Bros., (Canada) Ltd., John (Tubex) . . . . .	XXXIII
li Lilly and Company (Canada) Ltd. Première page de la couverture		Wyeth & Bros., (Canada) Ltd., John (B-Plex) . . . . .	XXXIV
ross, Charles E. & Co. . . . .	IX-X-XI-XII		
roux, J.-O. (Opticien) . . . . .	LXXXII		
erd & Charton, Inc. (Camirol) . . . . .	LII		
erd & Charton, Inc. (Robuden) . . . . .	L		
erd & Charton, Inc. (Agrippol) . . . . .	XLVIII		
offmann-La Roche Limitée (Syntronal "Roche") . . . . .	LXVII		
orner, Ltd., Frank W. (La science au service de la mé- decine) . . . . .	XXXV		
ellogg Company (All-Bran) . . . . .	LXXXII		
aboratoire Bio-Chimique Ltée (Bisulfa) — (Rhiniphen) . . . . .	LXXXV		
aboratoires Desautels (Enterydine) — (Pyélose) . . . . .	LV		
aboratoires Desbergers-Bismol (Oestrilin) 4e page de la couverture			
aboratoires Desbergers-Bismol (Héparos) . . . . .	XLV		
aboratoires Desbergers-Bismol (Aminotone) . . . . .	XLVI		
aboratoires Eaton Inc. (Furacin) . . . . .	LXXXVII		
aboratoires Jean Olive (Produits) . . . . .	LXXXIII		
aboratoires Lafayette (Laryngobis) . . . . .	LXXXI		
aboratoires Lafayette (Profenil) . . . . .	IV		
aboratoires Marois (Amino-Vitol) — (Oxycholine) . . . . .	XXIV		
aboratoires Poulenc Frères (Soluseptazine avec éphédrine) 2e page de la couverture			
arentian Agencies Reg'd. (Ertron) . . . . .	XVIII-XIX		
ederle Laboratories (Folvite) . . . . .	XV		
eeching Miles Co. Ltd. The (Betul-Ol) . . . . .	LXXXIII		
ibrairie Beauchemin Limitée (Extrait du catalogue) . . . . .	LXVI		
lead Johnson & Company of Canada Ltd. (Oleum Perco- morphum) . . . . .			
erck & Co. Ltd. (Pyridium) . . . . .	V		
errell Co. The Wm. S. (Ceopryn) . . . . .	LXXI		
illet, Roux & Cie (Schillitrine) . . . . .	XIII		
illet, Roux & Cie (Aracol) . . . . .	LXIV		
onty, Gagnon et Monty . . . . .	LXXX		
owatt & Moore Ltd. (Protenol '75') . . . . .	XXVII		

## UN CALMANT SÛR ET TOPIQUE



SOULAGE LA DOULEUR

THE LEEMING MILES CO. LTD.

1 ouest, rue Notre-Dame, Montréal

# SAL-IODUM VALOR

**UN**

**SPECIFIQUE**

**DU**

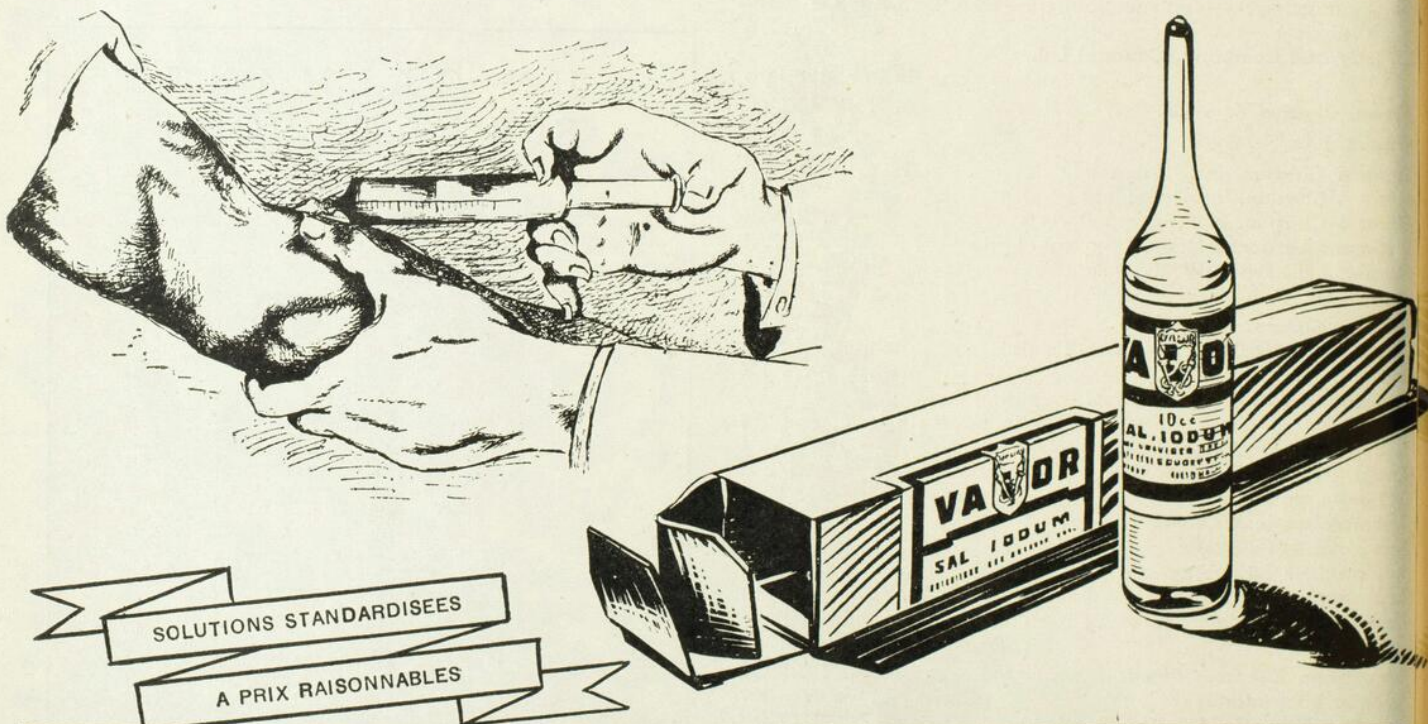
**RHUMATISME**

*L'injection intraveineuse de SAL-IODUM VALOR est non seulement la « méthode idéale » d'administrer les salicylates et les iodures; mais encore elle semble être la seule également bien tolérée par tous les sujets. Elle est le plus sûr et le plus prompt moyen d'obtenir des résultats tangibles dans l'administration de ces deux médicaments.*

*L'injection de SAL-IODUM VALOR est à la fois indolore et sans danger, les médicaments, étant introduits instantanément dans le courant circulatoire, ne subissent pas l'action de sucs gastriques et de plus fortes doses sont tolérées; leur élimination est rapide et ne cause aucune irritation du filtre rénal.*

*Il nous suffit de mettre sous les yeux du médecin les services que la médication intraveineuse de SAL-IODUM VALOR est appelée à rendre et d'en signaler les bienfaits si grands et si remarquables. C'est, au dire d'un grand nombre de cliniciens distingués, la meilleure médication dans les cas de Rhumatisme aigu et chronique, dans la Goutte et toutes les formes d'Arthritisme.*

*Posologie: Une injection (20 c.c.) peut être donnée tous les deux jours, jusqu'à l'obtention des résultats désirés. — Echantillons sur demande.*



**USINES CHIMIQUES DU CANADA, INC.**

**MONTREAL**



## Ancienne Méthode . . .

de guérir le rachitisme au-dessus  
du tronc fendu d'un frêne

PENDANT plusieurs siècles — et apparemment jusqu'à maintenant, même en ce pays, les enfants rachitiques ont été passés au-dessus du tronc fendu d'un frêne pour les guérir de leur rachitisme et, désormais, on supposait l'existence d'une certaine affinité entre l'enfant et l'arbre.

Frazer \* déclare que le mode ordinaire d'effectuer le traitement consiste à ouvrir le tronc d'un jeune frêne sur une longueur de quelques pieds et de passer l'enfant nu au-dessus de cette ouverture, soit trois fois de suite, soit trois fois ce nombre de fois successivement. Dans l'ouest de l'Angleterre, on dit que l'expérience doit être tentée au lever du soleil. Aussitôt la cérémonie terminée, l'arbre est solidement ligoté et la fissure recouverte de boue ou d'argile. La croyance veut que la guérison de l'enfant s'effectue en même temps que la cicatrisation de la fissure de l'arbre. D'autre part, si la fissure ne se referme pas, l'enfant restera difforme aussi, et si l'arbre vient à mourir, l'enfant ne survivra pas.

\* Frazer, J. G., *The Golden Bough*, vol. 1, New York, MacMillan & Co., 1923.



Il est intéressant de noter que ce traitement du rachitisme sur le tronc ouvert d'un frêne doit coïncider avec le lever du soleil, puisque sa lumière, nous le savons, est en elle-même un traitement spécifique naturel.

## Nouvelle Méthode . . .

### Prophylaxie et traitement du rachitisme avec L'OLEUM PERCOMORPHUM DE MEAD

AUJOURD'HUI, le médecin possède l'Oleum Percomorphum de Mead, préparation de vitamine D naturelle, acceptée par le Conseil sur la Pharmacie et la Chimie, réellement efficace dans la prophylaxie et le traitement du rachitisme lorsqu'on l'administre à doses exactes.

Comme tout autre médicament dans le traitement d'autres affections, de plus fortes doses peuvent être nécessaires dans les cas très graves. On peut affirmer que lorsque l'Oleum Percomorphum est administré à la dose indiquée, des résultats manifestes en résultent dans la plupart des cas de rachitisme, quelle que soit la gravité ou la durée de la maladie.

En raison de sa forte teneur en vitamines A et D, l'Oleum Percomorphum de Mead s'avère également avantageux dans les cas de carence tels que: tétanie, ostéomalacie et xérophthalmie.

ACCEPTÉ PAR LE CONSEIL SUR LA PHARMACIE ET LA CHIMIE: l'Oleum Percomorphum, associé à d'autres huiles de poissons et Viostérol, contient 60,000 unités de vitamine A et 8,500 unités de vitamine D par gramme. Présenté en flacons de 10 c.c. et 50 c.c.; et en flacons de 50 et 250 capsules.

**OESTRILIN**

(ESTROGÈNES DESBERGERS)

**EN COMPRIMÉS**

**NOUVEAUX PRIX RÉDUITS  
AUX PATIENTS**

# Hormones Oestrogéniques Naturelles

(d'origine chevaline)

**Voie buccale**

## DEUX FORMULES:

### **Simple**

0.65 mgm. Sulfate d'Estrone par comprimé

### **Avec Phénobarbital**

0.65 mgm. Sulfate d'Estrone et 0.03 gm. Phénobarbital  
par comprimé

## **INDICATIONS:**

**PERTURBATIONS DE LA MÉNOPAUSE**

**UN PRODUIT "DESBERGERS"**

