X-9-44

ome 73 — Numéro 8

MONTRÉAL, AOÛT 1944

Bulletin de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord

(Fondée à Québec en 1902)

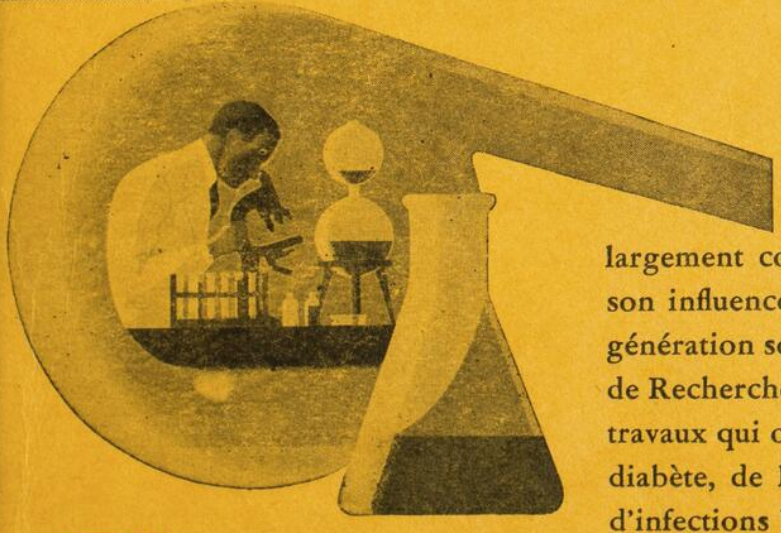
L'Union Médicale du Canada

(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

ADMINISTRATION ET SECRÉTARIAT
326 est, boul. Saint-Joseph
Montréal
Tél.: LAncaster 9888

XVIII^e CONGRÈS
ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANCAISE DE L'AMÉRIQUE DU NORD
QUÉBEC
4-5-6-7 septembre 1944

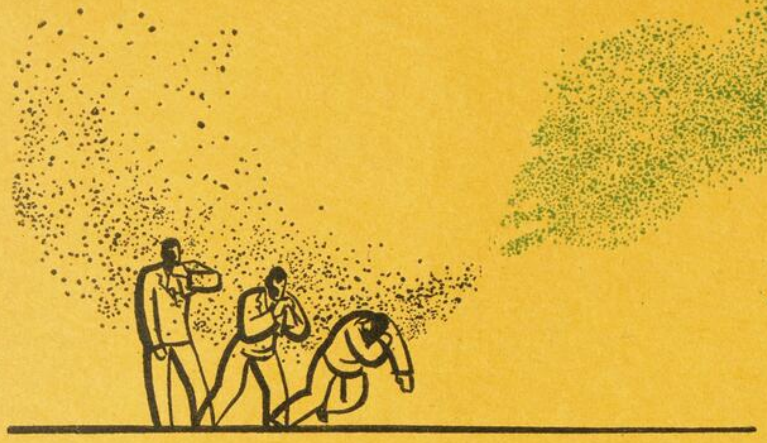
SECRÉTARIAT
128, rue Sainte-Anne
Québec



La recherche moderne a largement contribué au traitement médical. Grâce à son influence, nombre de maladies fatales il y a une génération sont maintenant sous contrôle. La Division de Recherches Lilly a eu le privilège de participer aux travaux qui ont conduit à un traitement satisfaisant du diabète, de l'anémie, de l'allergie et de types variés d'infections bactériennes.

Lilly ELI LILLY AND COMPANY (CANADA) LIMITED
Toronto, Ontario

Accablés . . . par le rhume des foins



prescrivez

CORYPHEDRINE

Des milliers d'individus seront encore, cet été, les malheureuses victimes de phénomènes allergiques aux différents pollens.

La Coryphédrine, à la dose d'un comprimé toutes les trois heures, apportera un soulagement rapide aux symptômes pénibles et désagréables du rhume des foins.

Présentée en 20, 100, 500 et 1000 comprimés.

Chaque comprimé renferme 7½ grains d'acide acétylsalicylique et ¼ grain de chlorhydrate d'éphédrine.

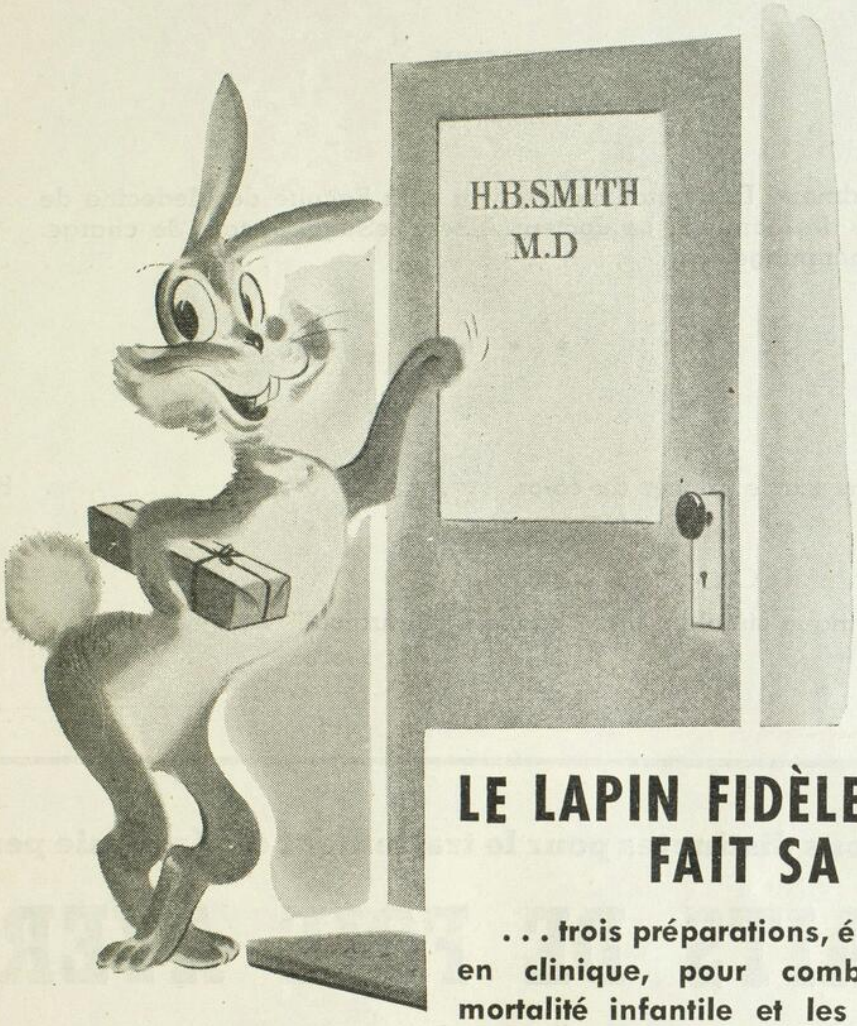
Echantillons à MM. les Médecins, sur demande.

LABORATOIRES

Poulenc Frères

DU CANADA LTÉE

204, PLACE YOUVILLE • MONTRÉAL



LE LAPIN FIDÈLE FAIT SA PART

. . . trois préparations, éprouvées en clinique, pour combattre la mortalité infantile et les troubles occasionnés par la coqueluche.

Traitement

Antitoxine coquelucheuse et Sérum antibactérien combinés (lapin)
No 489—flacons de 10 c.c.

Prophylaxie

Vaccin-toxoïde coquelucheux
No 486—flacons de 6 et 24 c.c.

Recherche de la sensibilité

Toxine coquelucheuse pour l'épreuve de Strean
No 497—boîtes de 10 et 100 épreuves

Prospectus fournis sur demande.

Ayerst

AYERST, McKENNA & HARRISON LIMITÉE

Biologistes et Pharmaciens • Montréal, Canada

218F

SOMMAIRE

•

BULLETIN

Roma AMYOT

Le docteur Edmond Dubé, nouveau doyen à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal. Le docteur Albert LeSage, sortant de charge. Vœux et hommage 873

• • •

Albert JUTRAS

Considérations sur le cancer du côlon 877

Christophe BISSON et Paul DAVID

Purpura allergique simulant un "abdomen chirurgical" 881

Quatre préparations distinctes pour le traitement de l'anémie pernicieuse

EXTRAITS DE FOIE AYERST

▲ **POUDRE**—No 915. Peut se prendre dans du liquide ou de la nourriture.

▲ **LIQUIDE**—No 936. Un extrait d'une saveur agréable; à prendre par la bouche.

▲ **CAPSULES**—No 350. Capsules dures très commodes.

▲ **SOLUTION POUR USAGE PARENTÉRAL**—No 499. Pour une médication intensive.

Ces quatre préparations standardisées permettent d'instituer le traitement le mieux approprié aux besoins du patient. Afin d'assurer une activité thérapeutique très élevée, les extraits de foie Ayerst sont préparés de foies strictement frais et inspectés par le gouvernement.

Ayerst

Ayerst, McKenna & Harrison Limitée

Biologistes et Pharmaciens • MONTRÉAL, Canada

213F

GYNEXYL

LAURIN

Complexe Végétal

—

Régulateur du Système Circulatoire

—

Sédatif Utéro-Ovarien

Troubles de la puberté et de la ménopause. Dysménorrhée. Ménorrhagie. Déséquilibres fonctionnels.

PHYTOTHÉRAPIE GYNÉCOLOGIQUE

POSOLOGIE : Une à trois cuillerées à dessert par jour, aux repas, pur ou dilué dans de l'eau.

LABORATOIRES L. LAURIN, 86, Bould de Port-Royal, PARIS

Fabricants et Concessionaires

ROUGIER FRÈRES, 350, rue Le Moyne, MONTRÉAL

SOMMAIRE

(Suite)

RECUEIL DE FAITS

Roma AMYOT et Julio VASQUEZ

Embolie aux membres inférieurs 885

Valmore LATRAVERSE

Kyste du canal thyréo-glosse simulant une laryngocèle 890

Norbert VEZINA

Laryngite grippale suffocante chez un nourrisson de 5 semaines . . . 894

Henri SMITH

La syphilis masquée. Etude de quelques cas observés en clientèle . . 898

Un sédatif et antispasmodique puissant mais sûr

PULVETS
BUTYLONE
HARTZ

Le Butylone de Hartz exerce une action hypnotique rapide quoique relativement brève et, par conséquent, il s'avère très avantageux comme sédatif pré-anesthésique.

Le Butylone de Hartz est l'un des composés barbituriques agissant le plus rapidement. On peut donc l'administrer à des doses assez élevées avec le minimum de danger pour le malade.

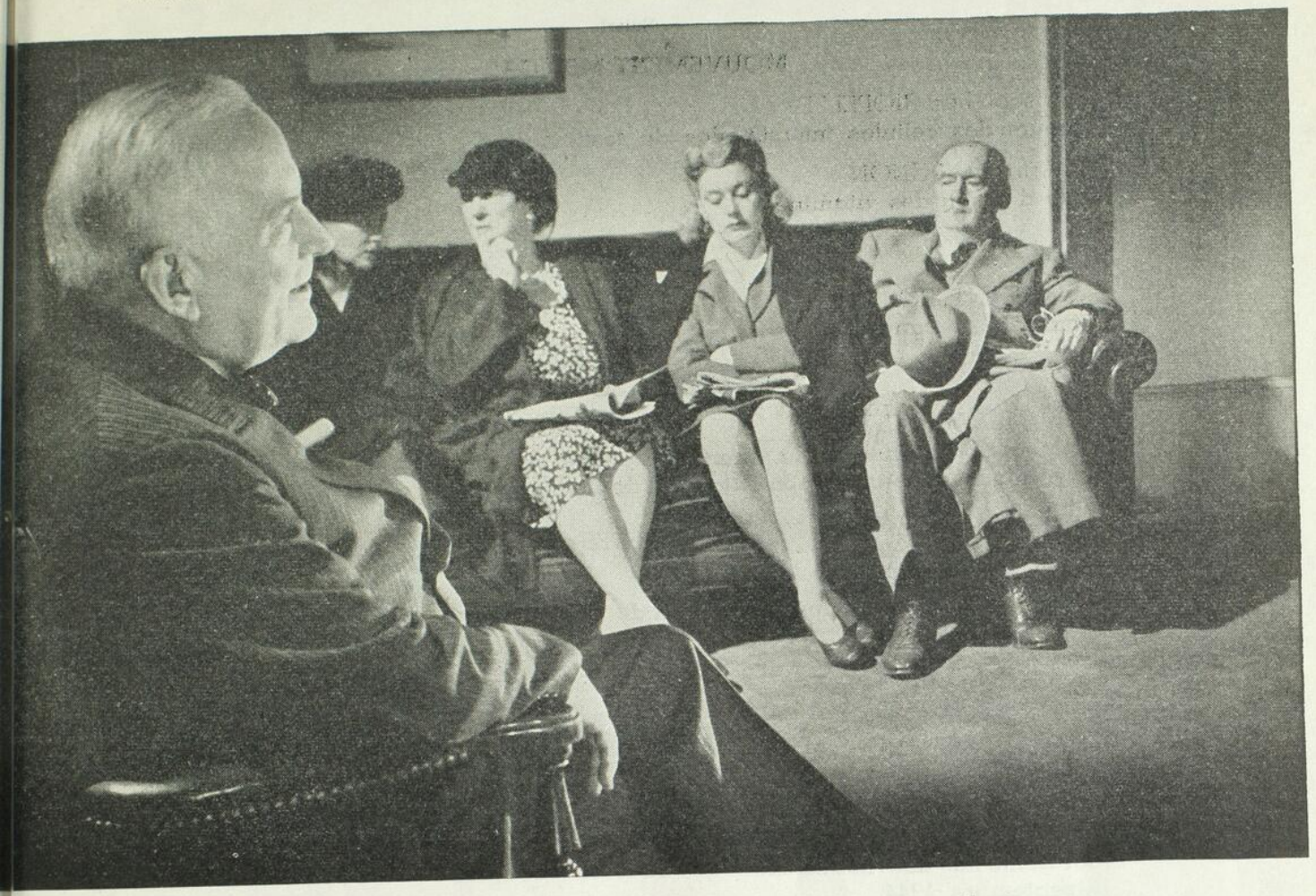
Le Butylone de Hartz est un analgésique efficace en obstétrique et peut être associé à l'hyoscine ou à la morphine.

"HARTZ" for QUALITY

THE J. F. HARTZ CO., LIMITED

1434 McGill College Ave.
MONTREAL

32-34 Grenville St.
TORONTO



Soulagement agréable

des symptômes douloureux

ı CYSTITE, de la PYÉLONÉPHRITE, de la PROSTATITE, de l'URÉTRITE

Le soulagement symptomatique, prompt et efficace, réalisé par ministration du Pyridium est très réconfortant pour le malade souf- rıt de troubles urinaires douloureux tels que: mictions douloureuses, nérieuses et fréquentes, ténesme et irritation périnéale.

Les malades qui ont bénéficié d'un soulagement efficace et rapide de ers douleurs par l'emploi du Pyridium éprouvent une grande confiance ers leur médecin et son traitement.

Le Pyridium est facile à administrer et peut être continué pendant te la durée de la cystite, de la pyélonéphrite, de la prostatite et de l'uré- e. La dose orale moyenne est de 2 comprimés trois fois par jour.

PYRIDIUM

NOM DÉPOSÉ

(Phenylazo-Alpha-Alpha-Diamino-Pyridine Mono-Hydrochloride)

Une décade de service dans les infections génito-urinaires

RCK & CO. Limited *Fabricants Chimistes* MONTREAL - TORONTO

SOMMAIRE

(Suite)

MOUVEMENT MEDICAL

Joseph-Luc RIOPELLE
Tumeurs des cellules interstitielles du testicule 903

Arthur GAGNON
Mode d'action des vitamines 906

EDITORIAL

A. CANTERO
Vitamines et cancer 908

MEDECINE SOCIALE

J.-N. LAPORTE
Comment doit s'alimenter la femme qui attend un bébé, afin de conserver ses dents et pour que son enfant ait de bonnes dents 910

VARIETES

Albert LeSAGE
Le rôle de l'éducation dans la pratique de la médecine et l'éthique professionnelle 913

Gabriel NADEAU
La bufothérapie sous le régime français 917

Arthur ARCAND
La dernière étape 928

• • •

Programme des activités scientifiques du XVIIIe Congrès de l'A.M.L.F.A.N., septembre 1944 934

Programme préliminaire des activités sociales du XVIIIe Congrès de l'A.M.L.F.A.N 938

• • •

MEDECINE PRATIQUE

Paul SAVY
Traitement des convulsions infantiles 940

• • •

"L'Union Médicale du Canada" en 1875 943

• • •

ANALYSES 944

PHTISIOLOGIE

Pneumonie atypique primitive (944).

GYNECOLOGIE

Le traitement des tumeurs malignes du bassin par l'androgène (944). Traitement moderne des ménorragies (945).

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

Epidermolysia Bullosa (946).

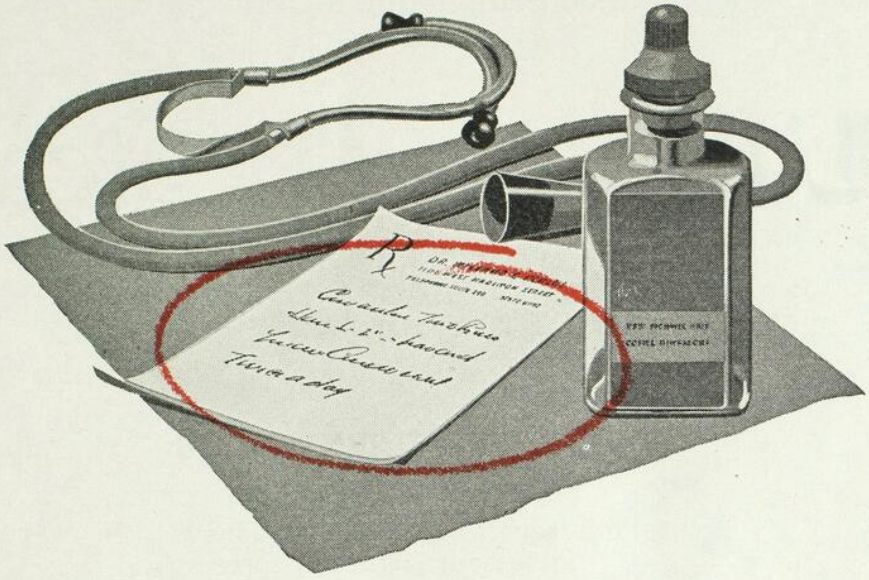
SOCIETES 947

Société Médicale des Hôpitaux Universitaires de Québec. Séance du 28 avril 1944 (947). — Société de Gastro-entérologie de Montréal. Séance du 27 avril 1944 (948). Séance du 13 juin 1944 (949). — Réunion scientifique du Bureau Médical de l'hôpital Sainte-Justine. Séance du 29 avril 1944 (952).

NECROLOGIE 954

REVUE DES LIVRES 955

NOUVELLES 956



LA DOSE EST IMPORTANTE

LE DÉVELOPPEMENT rapide de la popularité des sulfamidés est dû aux preuves accumulées de leur efficacité. Assurer la concentration réelle de la drogue dans les parties liquides de l'organisme, tel est un des nombreux facteurs importants de la thérapeutique par les sulfamidés. De là découle l'importance primordiale de la dose. Afin de permettre au médecin de prescrire la quantité requise, les sulfamidés sont préparés sous l'étiquette Lilly en formes et formats divers. *Lilly*

ELI LILLY AND COMPANY (CANADA) LIMITED

Toronto, Ontario

Bulletin de l'Association
des Médecins de Langue Française
de l'Amérique du Nord

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 E.-P. Benoît, J.-A. Leduc, D. Masson,
T. Parizeau, E. Saint-Jacques (Montréal).

BUREAU DE DIRECTION

MM. R. Amyot, Albert Bertrand, R. Boucher, A. Comtois, J.-A. Denoncourt, Edouard Desjardins, Edmond Dubé, C.-A. Gauthier, L. Gérin-Lajoie, Renaud Lemieux, A. LeSage, Paul Letondal, A. Marin, D. Marion, O. Mercier, L.-P. Petitclerc, J.-N. Roy, Roméo Roy, Jean Saucier, L.-C. Simard, Pierre Smith, Eugène Tremblay, R.-E. Valin, J.-A. Vidal, Sénateur Lacasse.

BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef

Albert LeSAGE

Assistant-rédacteur en chef
Léon Gérin-Lajoie

Secrétaire de la Rédaction
Roma Amyot

Secrétaire adjoint à Montréal
Edouard Desjardins
326 est, boulevard Saint-Joseph.

Secrétaire adjoint à Québec
Maurice Beaudry
128, rue Sainte-Anne.

BUREAU DE COLLABORATION

MM. P.-R. Archambault, P. Bourgeois, A. Cantero, René Dandurand, R. Doré, Guy Drouin, Roger Dufresne, Roland Dussault, J.-C. Favreau, De la Broquerie Fortier, Emile Gaumond, H. Gélinas, A. Gratton, Pierre Jobin, A. Jutras, V. Latraverse, Rosaire Lauzer, Paul La Rochelle, Sylvio Leblond, J. LeSage, Emile Maranda, Antonio Martel, Honoré Nadeau, J.-P. Paquette, Antoine Pettigrew, Germain Pinsonneault, P. Poirier, J.-L. Riopelle, L.-P. Roy, Raymond Simard, Henri Smith, Félix Tétu, Norbert Vézina.

Pour chasser
"LES IDEES NOIRES"
qui donnent des
"NUITS BLANCHES"

DOCTEUR,
Prescrivez à vos nerveux
NEO-SPASMYL

Laboratoires "National" Limitée
Agents généraux au Canada :
Millet, Roux & Cie Limitée
Montréal, Canada

Bulletin de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale du Canada

ADMINISTRATION

OFFICIERS

Président: C.-A. Gauthier
Vice-Présidents: L.-C. Simard et J.-A. Denoncourt
Secrétaire-trésorier: J.-A. Vidal

COMITÉ EXÉCUTIF

MM. C.-A. Gauthier, A. LeSage, L.-C. Simard, J.-A. Vidal, D. Marion.

COMITÉ DE PUBLICITÉ

MM. A. LeSage, D. Marion, J.-A. Vidal.

CORRESPONDANTS

MM. P. Desfosses (Paris);
L.-P. Phaneuf (Boston);
P.-C. 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. LAncaster 9888.

A la Rentrée des Classes

vous aurez besoin de

PRODUITS IMMUNISANTS
Lederle

LES écoles rouvrent leurs portes en septembre. Dans la plupart des localités on exige l'immunisation contre la petite vérole et la diphtérie, et beaucoup de parents vous amèneront leurs enfants.

La plupart des dépositaires *Lederle* ont été avertis que vous aurez probablement besoin de produits immunisants, et on leur a demandé de vérifier leurs stocks en conséquence. Ils sont prêts à vous fournir rapidement, non seulement les produits d'usage courant, mais aussi n'importe quels produits *Lederle*.

Les dépôts et les succursales *Lederle* situés dans 6 localités stratégiques au Canada assurent une livraison rapide n'importe où au pays. *Lederle* fournit des produits:

- **Allergéniques**
- **Biologiques**
- **Diagnostiques**
- **Pharmaceutiques**

Spécifiez Lederle

LEDERLE LABORATORIES A UNIT OF AMERICAN CYANAMID COMPANY **INC.**

1396 ouest, rue Sainte-Catherine, Montréal, Canada
Dépôts au Canada:
TORONTO, Ont. — 64-66 est, rue Gerrard.
ST-JEAN, N.-B. — 181, rue Union.
VANCOUVER, B.-C. — 883, rue Howe.
WINNIPEG, Man. — 219, rue Kennedy.
EDMONTON, Alta — 10056 - 100e rue.

OFFICIERS

DE

l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord

Fondée à Québec en 1902

•

DIRECTEUR GÉNÉRAL

R.-E. VALIN,
165 est, rue Laurier,
Ottawa.

•

SECRÉTAIRE-TRÉSORIER-GÉNÉRAL

Donatien MARION,
326 est, Blvd Saint-Joseph,
Montréal.

EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

R.-E. VALIN,	Ottawa.
Donatien MARION,	Montréal.
Oscar MERCIER,	Montréal.
Chs. VÉZINA,	Québec.
Eugène GAULIN,	Ottawa.
J.-B. JOBIN,	Québec.

•

COMITÉ DU XVIIIe CONGRÈS

Chs VÉZINA, Président.

Eugène GAULIN,	1er Vice-président.	**Richard GAUDET,**	5e Vice-président.
J.-F.-A. FONTAINE,	2e "	**J.-A. DENONCOURT,**	6e "
Albert SORMANY,	3e "	**J.-B. JOBIN,**	Secrétaire.
G. LACASSE, Sén.,	4e "	**C.-A. GAUTHIER,**	Trésorier.

•

ANCIENS PRÉSIDENTS

Albert LeSAGE,	**Albert PAQUET,**	**J.-A. JARRY,**
J.-H. LAPOINTE,	**Chs-N. DeBLOIS,**	**Oscar MERCIER.**

•

MEMBRES DU CONSEIL

AMYOT, Roma, 454 est, rue Sherbrooke, Montréal	1946	LAFRAMBOISE, J.-M., 692, St-Patrice, Ottawa	1946
BAUDOUIN, J.-A., 23, Springrove, Montréal	1944	LAROCHELLE, J.-R., Manchester, N. H.	1944
BEAUCHEMIN, L.-O., Calgary, Alberta	1946	LEBEL, M.-H., 3646, Laval, Montréal	1944
BELIVEAU, P., Méthégan, N. E.	1944	LEMIEUX, J.-R., 17, Ste-Ursule, Québec	1944
BIBAUD, B., Valleyfield	1944	MICHAUD, R., Moose Jaw, Saskatchewan	1946
BLAIN, Emile, 3464, St-Denis, Montréal	1944	MILOT, J.-D., 1017, Stafford Road, Fall River	1944
BLANCHET, R., 7, Couillard, Québec	1944	PANNETON, Auguste, Trois-Rivières	1946
BOHEMIER, C.-A., 4119, St-Denis, Montréal	1944	PELLETIER, A., Winchendon, Mass.	1946
CARON, Sylvio, Mastaï, Québec	1944	PERRAS, J.-E., Hull	1944
CHOLETTE, A.-M., 1451, Blvd St-Joseph Est, Montréal	1946	PERRON, Jos., Shawinigan	1946
CLOUTIER, Victor, St-Georges, Beauce	1944	PHENIX, G., St-Jean	1944
COLLIN, Donat, St-Boniface, Manitoba	1946	PIETTE, Ed., Joliette	1946
D'ARGENCOURT, Guy, Drummondville	1946	POWERS, A., Hull	1946
DESMEULES, Roland, 167, Grande-Allée, Québec	1944	PROVENCHER, G., Granby	1946
DESROCHERS, J.-E., 4305, St-Hubert, Montréal	1946	RICHARD, L.-A., 168 est, Laurier, Ottawa	1946
DUBE, Edmond, 6055, St-Denis, Montréal	1946	RIVARD, Paul-Léon, Clova, Abitibi	1946
DUBE, L.-F., Notre-Dame du Lac	1946	SMITH, Pierre, 300, Carré St-Louis, Montréal	1944
DUFAULT, Paul, Rutland State Sanat., Rutland, Mass.,	1946	TANGUAY, R., Sudbury, Ont.	1946
DUMAS, F.-A., Chicoutimi	1944	TASSE, C.-E., Worcester, Mass.	1944
GAUTHIER, Henri-E., Woonsocket, R.I.	1946	VIDAL, J.-A., 454 est, rue Sherbrooke, Montréal	1944
GAUTHIER, P.-P., 47, Hazelwood, Montréal	1946	VIGER, J.-A., St-Hyacinthe	1944
LACHARITE, V., St-Célestin	1944		

L'ANALYSE DES URINES *simplifiée*

Galatest (Réactif sec pour la recherche du sucre dans l'urine)

Temps requis — trente secondes!

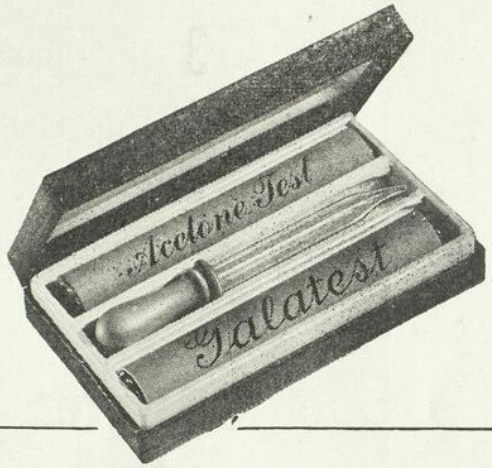
Réactif à l'Acétone (DENCO)

Temps requis — une minute!

Le réactif à l'acétone (Denco) et son produit associé Galatest représentent deux éléments d'analyse qui simplifient beaucoup et rapidement la routine de l'analyse des urines au bureau de consultation du médecin, dans les hôpitaux, les centres d'installation — partout où la rapidité et la précision sont d'importance primordiale.

Le réactif à l'acétone (Denco) décèle la présence ou l'absence d'acétone dans l'urine dans l'espace d'une minute. La réaction par modification de couleur est identique à celle de l'épreuve avec l'anneau violet et se différencie aussi facilement. Un soupçon d'acétone donne à la poudre une couleur lavande pâle — une plus forte quantité la rend pourpre foncée. Le réactif à l'acétone (Denco) est présenté en fioles contenant suffisamment de poudre pour plus de 125 analyses complètes. On peut aussi se le procurer dans un petit nécessaire contenant aussi le réactif Galatest.

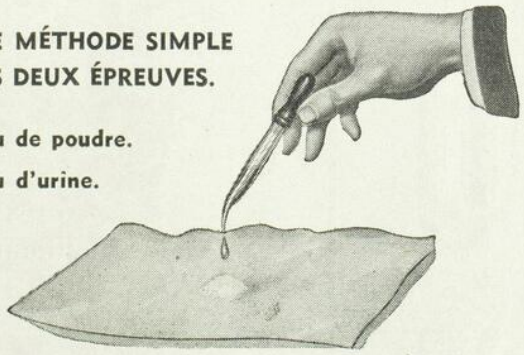
Accepté pour publicité dans le "Journal of the American Medical Association".



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'accessoires chirurgicaux.

LA MÊME MÉTHODE SIMPLE POUR LES DEUX ÉPREUVES.

1. **Un peu de poudre.**
2. **Un peu d'urine.**



S'il y a présence de sucre — changement immédiat de la couleur.

NOTICES DESCRIPTIVES SUR DEMANDE.

THE DENVER CHEMICAL MFG. COMPANY

153 ouest, rue Lagauchetière, Montréal.

Acetone Test
(DENCO)
Galatest

ERTRON

ERTRON seul répond à toutes ces exigences:

1 Traitement efficace chez un grand nombre d'arthritiques.

2 Innocuité des doses massives constatée dans un grand nombre de cas.

3 Dix années de recherches étendues.

4 Vaste bibliographie rétrospective.

5 ERTRON seul — et aucun autre produit — contient de l'ergostérol vaporisé activé par courant électrique (Procédé Whittier).

Saturez l'Arthritique d'ERTRON

SATURER L'ARTHRITIQUE D'ERTRON * SIGNIFIE : administrer l'ERTRON à des doses suffisantes pendant une période assez prolongée pour obtenir des résultats satisfaisants. Augmenter graduellement la dose selon le degré de tolérance. Maintenir cette dose jusqu'au maximum d'amélioration.

Offert en flacons de 50 et de 100 capsules.

PRÉSENTÉ SELON L'ÉTHIQUE

* Nom déposé au Canada

ERTRON est fabriqué par Nutrition Research Laboratories, Chicago, U.S.A.

Distribué au Canada par:

LAURENTIAN AGENCIES, REG'D.

MONTRÉAL, P. Q.

Désirez-vous des extraits?

Les extraits suivants sont disponibles — veuillez indiquer ceux que vous désirez et nous envoyer votre carte ou en-tête de lettres.

Levinthal, D. H., Logan, C. E., Kohn, K. H., et Fishbein, W. I.: Practical Management of Arthritis—Medical and Orthopedic, Industrial Medicine, 13-377 (mai) 1944.

Snyder, R. G., Squires, W. H., Forster, J. W., et Rudd, E.: A Comparative Study of Ultraviolet Irradiated Ergosterol (Steenbock Process) and Electrically Activated Ergosterol (Whittier Process)—A Preliminary Report, Journal-Lancet, 114:25 (jan.) 1944.

Goldberg, S. A.: The Pathology of Arthritis, Amer. J. Clinical Pathology, 14:1 (jan.) 1944.

Ziskin, D. E., Gibson, Jr., J. A., Skarka, A., et Bellows, J. W.: Effect of Large Daily Doses of Vitamin D on Teeth and Jaws of Rats and on Humans, J. Dental Research, 22:457 (déc.) 1943.

Reynolds, C., et Burns, E. L.: The Effect on the Rat of Prolonged Administration of Large Doses of Electrically Activated Vaporized Ergosterol, Indust. Med., 12-835 (déc.) 1943.

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

Levinthal, D. H., et Logan, C. E.: The Orthopedic and Medical Management of Arthritis, Journal-Lancet, 63:48 (fév.) 1943.

Bibliographie complète envoyée sur demande.

Distribué au Canada par:

LAURENTIAN AGENCIES, REG'D.

MONTRÉAL, P. Q.

ERTRON

CASGRAIN & CHARBONNEAU Limitée présente:

Le traitement symptomatique par excellence

POUR LE SOULAGEMENT IMMÉDIAT ET SOUTENU DU

RHUME des FOINS

ASTHMAGYL

augmente l'amplitude et la fréquence respiratoires

atténue la tendance naturelle à cette allergie particulière.

L'Association bien ordonnée de ses divers composants (Théophylline, Phénobarbital Ephédrine, Lobélie) renforcit *l'action bienfaisante de chacun* et diminue *l'intolérance de certains d'entre eux.*

ASTHMAGYL

s'emploie non seulement au cours des attaques, mais doit même les anticiper et les suivre pendant quelque temps.

ASTHMAGYL & CÉCRINYL *sont préparés sous la surveillance et le contrôle de Charles Laurin, B.A., B.Ph., Léopold Bergeron, B.A., B.Ph., assistant-bactériologiste, Pharmaciens, chimistes, analystes, biochimistes, Diplômés de l'Université de Montréal.*

CÉCRINYL

Noter : L'expérience a démontré que beaucoup de patients trouvent un grand réconfort en employant concurremment "*Cécrinyl*" (Vitamine C) à la dose quotidienne de 200 à 500 mg.

(H. N. Holmes et W. Alexander, *Science, 96: 497,* 1942.

Asthmagyl & Cécrinyl vous parviennent en bouteilles de 100 - 500 - 1000 comprimés.

Echantillons et Littérature sur demande à Messieurs les Médecins seulement.

CASGRAIN & CHARBONNEAU Limitée

SPÉCIALITÉ DU LABORATOIRE

Gelée Antiseptique d'Acide Tannique

Pour le traitement des brûlures, échaudures, coups de soleil, abrasions, égratignures, coupures, sumacs vénéneux, irritations causées par le frottement et lésions locales causées par l'herpes zoster. Le "Tan-Gel" contient 5% d'acide tannique, outre des substances antiseptiques, dans une base d'odeur agréable et soluble dans l'eau. Une fois appliqué aux surfaces dénudées, il se forme un coagulum noir sur la région exposée et douloureuse, qui constitue bientôt un revêtement protecteur. D'ordinaire, la cicatrisation est prompte, et montre moins de marques; les contractions sont exceptionnelles. Dans les foyers, le "Tan-Gel" est un traitement d'urgence qui ne présente aucun danger. On l'enlève aisément quand le traitement doit être continué.

Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL - CANADA

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

Frosst *Fabricants de préparations pharmaceutiques supérieures depuis 1899*

ÉDITIONS BEAUCHEMIN

ÉDITIONS BEAUCHEMIN

(Extrait du catalogue)

ROMANS

A. de Saint-Exupéry
LE PETIT PRINCE **$2.00**
Geneviève de la Tour Fondue
RETOUR A LA VIGIE **$1.00**
Geneviève de la Tour Fondue
MONSIEUR BIGRAS **$1.25**
Louis Fréchette
ORIGINAUX ET DETRAQUES **$1.25**
Alain-Fournier
LE GRAND MEAULNES **$1.25**
Léon Bloy
LA FEMME PAUVRE **$1.25**
René Bazin
MAGNIFICAT **$1.25**
Madeleine d'Angreville
LADY FLORENCE **$1.50**
Z.-B. Markevitch
STEPPES D'UKRAINE **$1.00**
Oscar Masse
LA CONSCIENCE DE PIERRE LAUBIER . . . **$0.75**

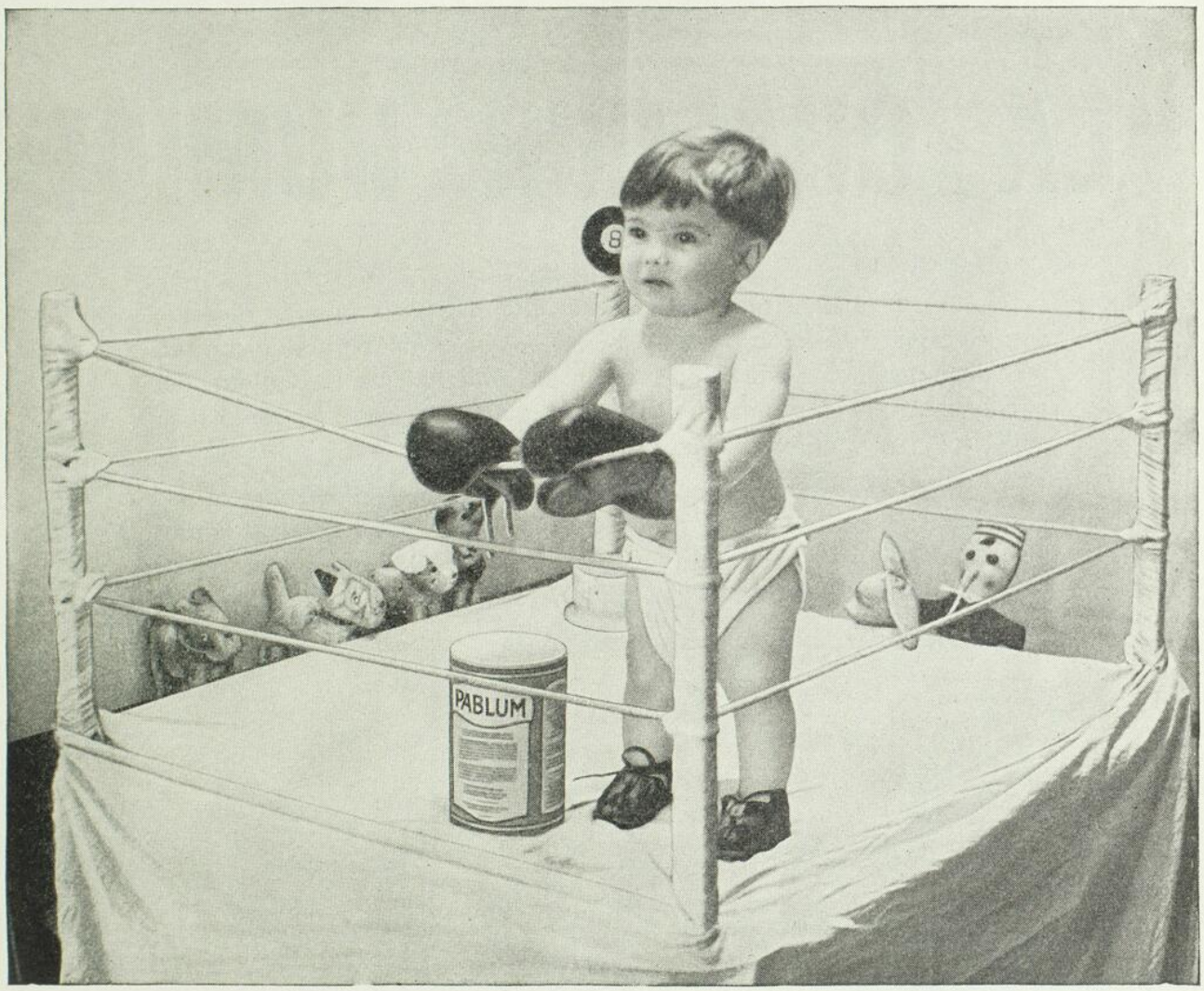
LITTÉRATURE

H. de Balzac
TRAITE DE LA VIE ELEGANTE **$1.25**
Solange Chaput-Rolland
FUMEES **$1.00**
Marie de Villers
REPONSE A DESESPOIR DE VIEILLE FILLE . **$0.75**
Léon Chancerel
LES JEUX DRAMATIQUES **$0.75**
Maurice Bedel
GEOGRAPHIE DE MILLE HECTARES **$0.75**

HISTOIRE

Mrs. James Roosevelt
MON FILS FRANKLIN **$1.25**
Jacques Chastenet
WILLIAM PITT **$1.50**
René Grousset
HISTOIRE DE LA CHINE **$1.50**
Jean Bruchesi
HISTOIRE DU CANADA POUR TOUS, 2 vol. . . **$2.50**
Léon Marchal
VILLE-MARIE. Les origines de Montréal . . . **$1.25**
Emile Lengyel
DAKAR **$1.50**
Elie-J. Bois
LE MALHEUR DE LA FRANCE **$2.25**
Léon Marchal
DE PETAIN A LAVAL **$1.50**
Général Eon
LA BATAILLE DES FLANDRES **$1.00**
Général Vanier
PAROLES DE GUERRE **$0.75**
Emery Reves
MANIFESTE DEMOCRATIQUE **$1.25**

Imprimé au Canada. Printed in Canada.


PABLUM

L'ANTIPHLOGISTINE

ENTRETIENT

"LA CHALEUR HUMIDE"

L'ANTIPHLOGISTINE, modérément chauffée et appliquée directement sur la région affectée, entretient la chaleur humide durant plusieurs heures, et contribue au soulagement de la douleur, de l'enflure et des spasmes musculaires causés par les entorses, les foulures et les contusions.

Dans le traitement symptomatique du rhume d'estomac et de la bronchite, la chaleur de l'ANTIPHLOGISTINE est employée avantageusement pour soulager la toux, la douleur musculaire et la sensation de constriction thoracique.

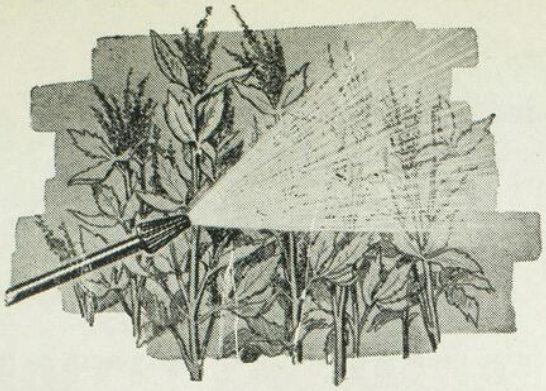
L'ANTIPHLOGISTINE peut être utilisée associée à la chimiothérapie.

Antiphlogistine

Littérature sur demande

THE DENVER CHEMICAL MFG. COMPANY

153 ouest, rue Lagauchetière, Montréal



Dans le traitement local
de la fièvre des foins...

décongestion rapide et prolongée des voies nasales sans effets secondaires appréciables sur le coeur et le système nerveux ou irritation locale, par l'administration de

Neo-Synephrine

Hydrochloride

(laevo-alpha-hydroxy-beta-methylamino-3-hydroxy-ethylbenzene-hydrochloride)

Présenté en solution à ¼% ou 1%, en flacons d'une once, pour compte-gouttes ou vaporisateur; ou sous forme de gelée à ½%, en tubes avec applicateur.

Frederick Stearns & Company

OF CANADA, LIMITED

Depuis 1884 ... fabricants de médicaments indispensables à l'armamentarium du **médecin.**

YORK, KANSAS CITY, SAN FRANCISCO, DÉTROIT, MICH., **WINDSOR, ONTARIO,** SYDNEY, AUSTRALIE, AUCKLAND, N.-ZÉLANDE.

Maintenant disponible

POUR L'ADMINISTRATION ORALE

Depuis longtemps se faisait sentir le besoin d'un composé mercuriel diurétique puissant, dont l'administration par voie orale produirait des résultats efficaces. Une telle préparation se montre très avantageuse non seulement comme complément à la médication parentérale, mais aussi lorsque l'on ne peut utiliser la voie injectable.

L'administration orale des comprimés de Salyrgan-Théophylline a donné des résultats diurétiques satisfaisants dans un grand nombre de cas. Cependant, on obtient des résultats plus constants par l'administration de la solution de Salyrgan-Théophylline par voie intraveineuse ou intramusculaire.

Salyrgan-Théophylline est présenté sous deux formes:

COMPRIMÉS (kératinisés) en flacons de 25, 100 et 500. Chaque comprimé contient 0.08 grm. de Salyrgan et 0.04 grm. de théophylline.

SOLUTION, ampoules de 1 cc., en boîtes de 5, 25 et 100; et en ampoules de 2 cc., en boîtes de 10, 25 et de 100.

Documentation envoyée sur demande.

Publicité acceptée par l'American Medical Association.

SALYRGAN-THEOPHYLLINE

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

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Produits pharmaceutiques supérieurs à l'usage de la Faculté.

Succursale au service de MM. les médecins du Québec:
Immeuble "Dominion Square"
MONTRÉAL, P. Q.

Administration et laboratoires à:
1019 ouest, rue Elliott,
WINDSOR, Ontario.

Au service du Corps Médical

6 FORMES DIFFERENTES!

CIBAZOL

- COMPRIMÉS
- AMPOULES
- POUDRE ANTISEPTIQUE
- ONGUENT
- ÉMULSION
- SUPPOSITOIRES

Depuis nombre d'années le Cibazol* (sulfathiazole) est reconnu en chimiothérapie comme agent spécifique contre les infections dues aux pneumocoques, staphylocoques, gonocoques, méningocoques, et celles des voies urinaires; l'on a surtout mis en relief son efficacité dans le traitement intensif des brûlures et des infections localisées accessibles. Les affections de la peau, telles que: infections pyogéniques, infections secondaires de dermatoses pré-existantes, affections mycosiques et parasitaires, cèdent rapidement à l'application locale de Cibazol. Le Cibazol se présente sous six formes différentes, pour administration orale, parentérale, rectale ou locale: la nature de l'affection ou de la plaie aussi bien que le jugement du médecin déterminent la forme à employer.

Littérature et échantillons sur demande

*Nom déposé.

Compagnie **CIBA** *Limitée*

MONTRÉAL, CANADA

NOS RECHERCHES D'AUJOURD'HUI: LA MEDECINE DE DEMAIN

"C'est ce que j'appelle une guérison rapide!"

APRÈS DIX JOURS de traitement à l'Amphojel (avec, cela va de soi, un régime approprié et du repos), une nouvelle radiographie révèle une disparition complète de la niche de l'ulcère peptique*.

En plus de stimuler une rapide guérison de l'ulcère, Amphojel procure:

Soulagement rapide de la douleur . . . Peu de récidives . . . Augmentation de poids durant le traitement . . . Pas d'alcalose.

Présenté en bouteilles de 12 onces fluides.

* WOLDMAN, E. E., et POLAN, C. G.: « La valeur de l'hydroxyde colloïdal dans le traitement de l'ulcère peptique; étude de 407 cas consécutifs. » Am. J. M. Sc. **198**: 155-164 (août) 1939.

AMPHOJEL *Wyeth*

GEL D'ALUMINE
FABRIQUÉ AU CANADA

CASGRAIN & CHARBONNEAU Limitée présente:

Le traitement symptomatique par excellence

POUR LE SOULAGEMENT IMMÉDIAT ET SOUTENU DU

RHUME des FOINS

ASTHMAGYL

augmente l'amplitude et la fréquence respiratoires

atténue la tendance naturelle à cette allergie particulière.

L'Association bien ordonnée de ses divers composants (Théophylline, Phénobarbital Ephédrine, Lobélie) renforcit *l'action bienfaisante de chacun* et diminue *l'intolérance de certains d'entre eux.*

ASTHMAGYL

s'emploie non seulement au cours des attaques, mais doit même les anticiper et les suivre pendant quelque temps.

ASTHMAGYL & CÉCRINYL *sont préparés sous la surveillance et le contrôle de Charles Laurin, B.A., B.Ph., Léopold Bergeron, B.A., B.Ph., assistant-bactériologiste, Pharmaciens, chimistes, analystes, biochimistes, Diplômés de l'Université de Montréal.*

CÉCRINYL

Noter : L'expérience a démontré que beaucoup de patients trouvent un grand réconfort en employant concurremment *"Cécrinyl"* (Vitamine C) à la dose quotidienne de 200 à 500 mg.

(H. N. Holmes et W. Alexander, *Science, 96: 497,* 1942.

Asthmagyl & Cécrinyl vous parviennent en bouteilles de 100 - 500 - 1000 comprimés.

Echantillons et Littérature sur demande à Messieurs les Médecins seulement.

CASGRAIN & CHARBONNEAU Limitée

SPÉCIALITÉ DU LABORATOIRE

Tenez fermement aux bonnes habitudes

En réponse à la question s'il faut continuer à donner de la vitamine D aux enfants pendant l'été, le Dr. Park(1) affirme que c'est une bonne pratique. "Il arrive souvent qu'une interruption rompt l'habitude du côté de la mère comme de celui de l'enfant, et rend la reprise difficile sinon impossible." D'autres investigateurs ont démontré le développement d'une déficience même sous des climats d'été et de soleil.

Pour l'usage pendant toute l'année, le Concentré Super D* offre les avantages d'une préparation naturelle spécialement dégraissée, qui fournit de la vitamine D tirée exclusivement de l'huile de foie de morue, et de la vitamine A de cette même source ainsi que d'autres huiles de foie de poisson sélectionnées. Facile à digérer même pendant la plus grande chaleur, ce concentré est bien toléré par les enfants les plus jeunes.

En été comme en hiver, pour l'administration routinière de la vitamine D par dosage en gouttes, employez le Concentré Super D. Cinq gouttes "standardisées" (1.72 minimes) par jour fournissent 500 unités internationales de vitamine D et 5000 unités internationales de vitamine A.

En vente en bouteilles de 5, de 10 et de 30 c.c.

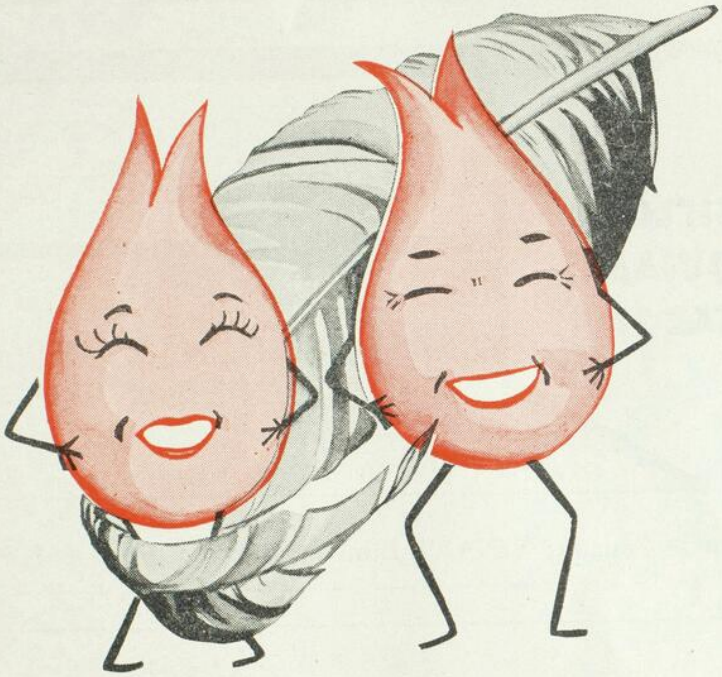
*Nom Déposé

(1) Park, E. A.: J.A.M.A. 115: 370-379 (3 août) 1940.

Concentré Super D

Upjohn
TORONTO, CANADA

"Cela les excite!"



(PAPILLES DE VALLATE)

Comme des billions de bourgeons gustatifs sont soumis quotidiennement à des variétés ininterrompues de sensations de goût, c'est un soulagement pour le médecin de prescrire une vitamine B-complexe très agréable au goût, produit extrait de riz non décortiqué.

B-PLEX *Wyeth*

Nom déposé au Canada

Extrait de riz non décortiqué additionné de facteurs B.

Goût agréable avec une efficacité complète et équilibrée

John Wyeth & Brother (Canada) Limited, Walkerville, Ontario

SÉDOSINE

SÉDATIF DU SYSTÈME NEURO-VÉGÉTATIF

PASSIFLORE
JUSQUIAME
CRATAEGUS

ASSOCIATION SYNERGIQUE HYPERACTIVE

LABORATOIRES LICARDY 38, Bd BOURDON - NEUILLY-PARIS

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

GÉNÉSÉRINE **Sédatif des troubles sympathiques**

POLONOVSKI et NITZBERG.

Composition: Salicylate de Génésérine.

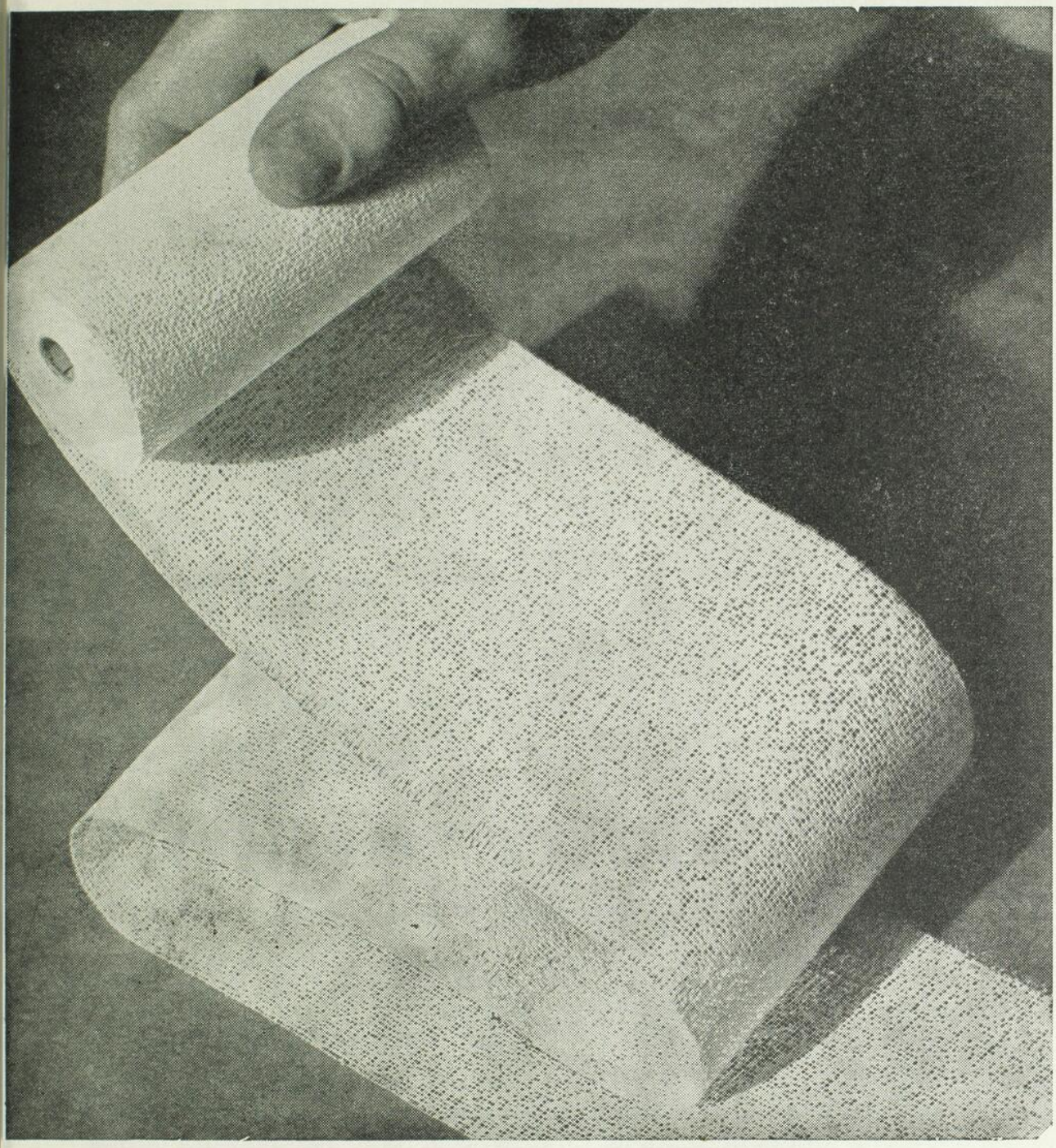
Indications: Hypo-acidité gastrique, Syndrome solaire, Dyspepsie atonique, Palpitations et tachycardie des cœurs nerveux.

Posologie: La dose moyenne est de 4 à 6 granules par jour. Si l'on prescrit les gouttes, on en donnera 20 avant chaque repas, 60 par jour. Les injections sous-cutanées sont surtout indiquées dans les cas de crises douloureuses intenses, contre l'angoisse et l'insomnie persistante des dyspeptiques. Injecter une ampoule tous les jours pendant cinq jours, puis une ampoule tous les deux jours.

Présentation: Granules au ½ mgr., flacon de 60 granules.
Gouttes, solution au millième, flacon de 20 cc.
Ampoules dosées à 2 mgr., boîte de 10 amp. de 1 cc.
Note: Chaque unité correspond à dix jours de traitement à dose journalière maximum.

Laboratoires AMIDO

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



-6

Le fini parfait et l'imprégnation uniforme du bandage au plâtre de Paris « Cellona » assurent un moule léger et d'une grande résistance.

ANDAGE AU PLATRE DE PARIS 'Cellona'

SMITH & NEPHEW LTD., 378 ouest, rue St-Paul, Montréal.
Fabriqués en Angleterre par T. J. Smith & Nephew Ltd., Hull.

POMMADE MIDY

SUPPOSITOIRES MIDY

EPINEPHRINE
STOVAINE
ANESTHÉSINE
EXt DE MARRONS
D'INDE PRAIS STABILISÉ

MIDY
LABORATOIRES MIDY
PARIS-FRANCE
MARQUE DÉPOSÉE

4
PRINCIPES ACTIFS

HÉMORROÏDES

LABORATOIRES MIDY, 67 AVENUE DE WAGRAM, PARIS, (France)

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

VALERIANATE PIERLOT

Calme les Maladies Nerveuses — Traite la Neurasthénie

Composition: Valérianate d'Ammonium.

Propriétés: Antispasmodique.
Stimulant diffusible et énergique, régulateur de l'innervation.

Indications: Excitabilité nerveuse, Insomnie, Migraines, Vapeurs, Toux nerveuse, Palpitations, Tremblement, Spasmes, Chorée, Convulsions, Attaques de nerfs, Hystérie, Névralgies, Sciatique, Règles douloureuses ou difficiles.

Posologie: Une à deux cuillerées à thé dans un quart de verre d'eau sucrée, matin et soir. Pour les enfants, moitié ou tiers d'une cuillerée à thé.

Présentation: Flacon de 120 cc.

Laboratoires H. RIVIER

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

PAS DE FLAMME - - PAS DE BAIN D'EAU - - PAS DE CHALEUR

Pour faire l'analyse

QUALITATIVE DU SUCRE DANS L'URINE avec . . .

CLINITEST

Une méthode employant des comprimés et basée sur la réduction du cuivre

Aussi simple que ceci . . .

1 Faites tomber 5 gouttes d'urine (¼ c.c.) dans le tube à essais ou éprouvette.

2 Ajoutez 10 gouttes d'eau (½ c.c.).

3 Faites tomber un Comprimé Clinitest dans le tube. Attendez la réaction... puis comparez avec l'échelle des couleurs qui indique la quantité de sucre contenu dans l'urine jusqu'à 2 pour cent.

C'EST TOUT . . .

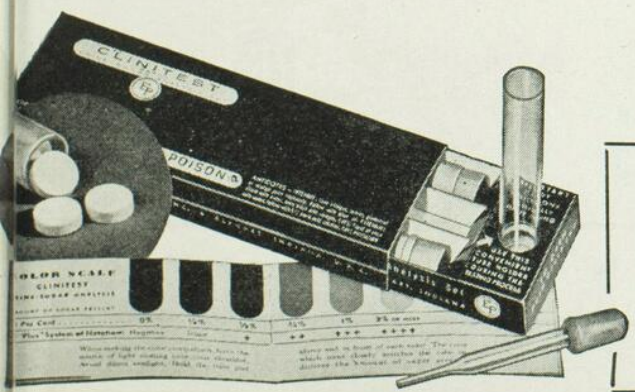
Pas de poudre à renverser. Pas de réactifs à mesurer. L'analyse se fait facilement en quelques secondes, par le médecin, l'aide de laboratoire ou le patient.

En plus de servir de récipient pour l'urine diluée, le tube Clinitest est un facteur qui contribue à la précision des analyses. D'après la sixième édition de "Physiological Chemistry", par Matthews, page 41... tous les sucres réducteurs dans des solutions chaudes et fortement alcalines se trouvent oxydés à divers degrés par l'oxygène présent dans l'atmosphère. Lorsqu'un comprimé Clinitest réagit dans une solution aqueuse, une quantité de CO_2 est libérée. On a trouvé des preuves que dans l'espace restreint du tube à essais, ce gaz agissait comme barrière contre l'introduction de l'oxygène atmosphérique dans la solution chaude et alcaline.

Ecrivez pour recevoir de la documentation descriptive. En vente à la maison qui vous fournit des accessoires chirurgicaux ou à votre pharmacie d'ordonnances.

POUR LABORATOIRES
Le Nécessaire Clinitest pour Laboratoires contient 10 fioles de 25 comprimés chacune . . . 250 analyses . . . un compte-gouttes Clinitest spécial, et un livre d'instructions avec échelle des couleurs. Prix raisonnable.

EFFERVESCENT PRODUCTS INC.



Concessionnaires exclusifs pour le Canada
FRED. J. WHITLOW & CO., LTD.
187 Dufferin Street, Toronto.

NÉCESSAIRE CLINITEST — MAINTENANT $1.75

Les Analyses Qualitatives de Sucre dans l'Urine d'après la Méthode Clinitest employant des comprimés et basée sur la Réduction du Cuivre ne coûtent pas cher. Le Nécessaire Clinitest tel qu'illustré, est complet avec tube à essais ou éprouvette, compte-gouttes spécial, comprimés pour 50 analyses, livre d'instructions avec échelle des couleurs, et feuille pour analyses. Vendu maintenant $1.75 au patient. Comprimés de rechange pour 75 analyses, $1.75.

HISTOIRE DE CAS

PAPPY
Age: 64
Occupation: Sapeur

Le patient est employé du service diplomatique allemand.

Pendant qu'il était à Washington, il devint conseil en subversion. L'occupation de ce poste d'intrigues causa une tension nerveuse extrême. Les douleurs dans l'abdomen devinrent fréquentes.

Histoire de la maladie actuelle:

Le patient se trouve dans un état de nervosité excessive. Sa moustache, déchiquetée à belles dents, ne peut plus lui être utile comme décoration.

Selon toute évidence, sa maladie débuta durant la dernière guerre pendant qu'il séjournait aux Etats-Unis et que de nombreux dérangements l'obligèrent finalement à quitter les lieux. Après un stage comme vice-chancelier, il fut élevé au poste de vice-chef et entra dans les affaires de la *sape* en Turquie. A cette époque, on lui recommanda des purges, mais le patient déclina un traitement aussi rigoureux. Les intérêts britanniques vinrent bouleverser ses projets d'exploitation en Turquie, et le souci que lui causa cette faillite amena les troubles dont il souffre actuellement. Le fait d'avaler des couleuvres contribue, croit-on, à empirer son état de santé.

Diagnostic:

Ulcère gastrique associé à une trichophagia barbæ.

Traitement recommandé:

Gastrectomie complète, jéjunumectomie et colectomie suivies de lavements nutritifs.

Fermentol

VÉHICULE
et DIGESTIF

Le FERMENTOL contient de la pepsine, de la rennine et de la papaïne.
Il ne contient pas de sucre.

Le **FERMENTOL** joue un double rôle en médecine. Depuis plus de vingt ans, on s'en sert comme véhicule idéal dans l'administration des bromures, iodures et salicylates.

Le **FERMENTOL** sert aussi comme digestif. En prendre un verre à vin pour le soulagement de l'indigestion aiguë; contre l'indigestion chronique, une à deux cuillerées à thé après les repas.

Le **FERMENTOL** est présenté en bouteilles de 16 onces.

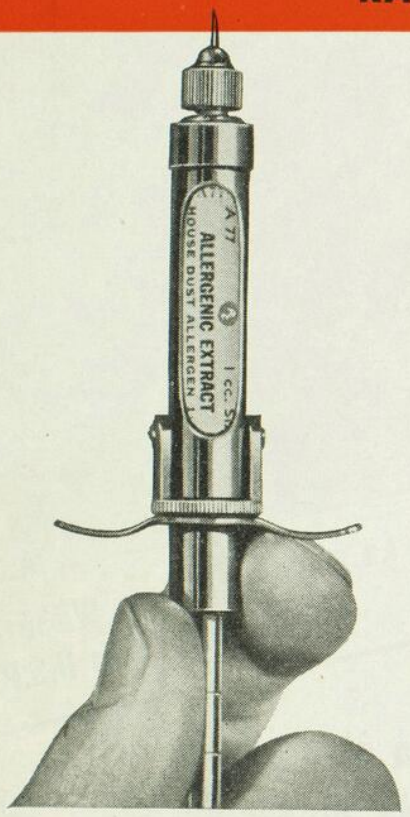
FRANK W. HORNER LIMITED

MONTRÉAL CANADA

Le Diagnostic D'Allergie

maintenant simplifié!

CUTI-REACTION POUR LES SENSIBILISATIONS PROTEINIQUES
RAPIDE, FACILE, PRECISE



AVEC LE NECESSAIRE *Wyeth*

POUR TEST ALLERGENIQUE

(SYSTEME BARTOS)

SERINGUE UNIQUE— la nouvelle seringue "TUBEX" "se chargeant par le baril" pour l'administration de tous les allergènes. Nul besoin d'un assortiment de seringues!

PAS DE DILUTION DES ALLERGENES— "TUBEX" contient les allergènes spécifiques dans une dilution appropriée—tout prêts pour injection immédiate!

TESTS LUS EN MOINS DE 10 MINUTES— ce qui épargne votre temps!

TESTS ECONOMIQUES— chaque "TUBEX" contient suffisamment d'allergène pour 20 à 30 tests!

John Wyeth & Brother (Canada) Limited
REICHEL DIVISION
Walkerville - Ontario

Préparation de la seringue:

Simplement introduire le Tubex d'allergène de sensibilisation possible dans le baril de la seringue—fermer alors le baril, ce qui retient le Tubex en place.

Complet!

Nécessaire Wyeth d'épreuve allergénique (Système Bartos) dans un magnifique coffret, comprend une seringue Tubex se chargeant par le baril, plus de 200 Tubex d'allergènes essentiels, une douzaine d'aiguilles et autres accessoires utiles.

Désirez-vous un dépliant qui explique les avantages et la technique de ce nouveau système, écrivez à JOHN WYETH & BROTHER (CANADA) LIMITED, Reichel Division, Walkerville, Ontario.

Nom.....

Adresse.....

Cité.....

Province.....

La gelée de Pétrole 'VASELINE' est du Petrolatum U.S.P.

" . . . là-bas, sur le front, on commence à être étonné d'un tas de choses apprises à l'école de médecine . . . " [1]

Le médecin-major parlait... c'est lui qui doit obtenir des résultats, — vite, et avec ce qu'il a sous la main dans la zone de combat.

Il doit avoir de la pratique... et des idées simples en ce qui concerne le traitement des brûlures sous la mitraille.

C'est pourquoi, tant au point de vue militaire qu'au point de vue civil, les observateurs 2, 3, 4 font des rapports sur l'usage satisfaisant du petrolatum pour les brûlures superficielles: d'abord comme pansement pour protéger rapidement contre toute infection, et plus tard comme pansement en même temps que tout autre traitement employé sur les parties brûlées.

La Gelée de Pétrole 'Vaseline' offre au médecin un moyen simple et rapide de faire un traitement d'urgence pour une brûlure superficielle et un pansement satisfaisant, plus tard, sur des brûlures plus profondes. En tubes et en pots. La Gelée de Pétrole 'Vaseline' Boriquée se vend seulement en tubes.

Vaseline
REG. U. S. PAT. OFF.
GELÉE DE PÉTROLE

FAITE EXCLUSIVEMENT PAR CHESEBROUGH MANUFACTURING COMPANY, CONS'D, MONTRÉAL.

1. Avec la permission de J. B. Lippincott Co., Philadelphie et Londres, éditeurs du rapport sur "Le Traitement des Victimes de l'Incendie du 'Cocoanut Grove', de Boston, à l'Hôpital Général du Massachusetts". 2. Brit. Med. Jr. 2:251 (24 août) 1940. 3. Brit. Med. Jr. 2:223 (21 août) 1943. 4. Ann. of Surg. 117:885 (juin) 1943.

TEINTURE DE METAPHENE

1:200

Classée première au cours d'essais effectués sur onze antiseptiques

OFFRE LES AVANTAGES SUIVANTS:

- **Pouvoir désinfectant élevé**
- **Dénuée de propriétés irritantes**
- **Action antiseptique prolongée**

De nombreuses études comparatives ont justifié les avancés que la Teinture de Métaphène 1:200 est un puissant désinfectant, qu'elle ne produit que peu ou point d'irritation, et qu'elle exerce une action antiseptique prolongée.

Une étude parue il y a quelques années a de nouveau confirmé ces qualités de la Teinture de Métaphène. Le but de cette étude (publiée par Meyer et Arnold dans American Journal of Digestive Diseases, Vol. 5, p. 418, 1938) était d'établir l'efficacité sur la muqueuse buccale d'un certain nombre de germicides et d'antiseptiques très employés. **CONCLUSIONS:**

Dans cette étude la Teinture de 4-nitro-5-oxy-mercuri-orthocrésol (Metaphène 1:200) s'est montrée l'antiseptique buccal ayant l'action la plus puissante et la plus prolongée. Grâce à l'absence d'irritation, à la coloration du champ d'application, et à la facilité d'enlèvement avec de l'eau, cette Teinture est d'un emploi facile et commode.

L'usage de la Teinture de Métaphène est très répandu parmi les médecins et les chirurgiens, surtout pour la désinfection préopératoire de la peau et en dermatologie.

La Teinture de Métaphène colore la peau d'une teinte orangée, délimitant ainsi nettement le champ d'application. Les taches de la Teinture de Métaphène sur la peau et sur le linge s'enlèvent très facilement avec du savon et de l'eau.

La Teinture de Métaphène se vend en flacons de ¼ d'once, de 1 once, de 4 onces, de 16 onces et de 1 gallon.

Pour recevoir un échantillon de Teinture de Métaphène, servez-vous de la carte-réponse ci-incluse.

TEINTURE DE METAPHENE 1:200

LABORATOIRES ABBOTT LIMITEE, MONTREAL

Citation tirée de parmi plus de 300 communications

"Nous avons constaté les avantages suivants du pentothal sodique sur les autres agents intraveineux étudiés: (1) Son action est aussi puissante et rapide, si pas plus. (2) Le clonisme et l'agitation sont rares. (3) Les nausées et les vomissements postopératoires sont moins fréquents. (4) La relaxation semble plus satisfaisante. (5) Le réveil est plus rapide."

George J. Thomson, M.D.
Pittsburgh, Pa.

Rapport sur 10,000 Anesthésies
au Pentothal Sodique.

Pennsylvania Med. J., février 1942

De la littérature descriptive sera envoyée sur demande. S'adresser à LABORATOIRES ABBOTT LIMITEE 20 Chemin Bates, Montréal

PENTOTHAL SODIQUE

[Éthyl (1-Méthyl-Butyl) Thiobarbiturate de Soude, Abbott

pour Anesthésie Intraveineuse

LABORATOIRES ABBOTT LIMITEE, MONTREAL

BULLETIN

LE DOCTEUR EDMOND DUBÉ,

Nouveau Doyen à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal.

LE DOCTEUR ALBERT LESAGE,

Sortant de charge.

VŒUX ET HOMMAGE

Le docteur Edmond Dubé, professeur titulaire à la clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie, Directeur médical de l'hôpital Sainte-Justine, vient d'être nommé Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal.

Le docteur Dubé assume dès lors de lourdes responsabilités et occupe un poste de commande à la direction de l'enseignement de la médecine, du moins à l'Université de Montréal. Cela signifie que la formation médicale de nos futurs médecins dépendra, en très grande mesure, des initiatives acceptées et imposées par le nouveau doyen appuyé par son exécutif et des directives qu'il formulera au personnel enseignant, de même qu'aux élèves de la Faculté. Sans aucun doute, et selon la très saine tradition de ses devanciers au décanat, le docteur Dubé consacrera toutes ses énergies et son intelligence à faire progresser notre Faculté, afin que nos diplômés puissent être les égaux en science et en sagesse de ceux de toute autre Faculté, afin qu'elle puisse répandre dans notre pays et à l'étranger une renommée qui pourra être portée à notre crédit, renommée de savante Faculté au Canada français, puisant avec éclectisme à toutes les sources du savoir médical, conservant des attaches solides à l'Ecole française qui nous a formés, assimilant et exprimant les données scientifiques suivant les méthodes et l'esprit que nous inculque cette formation. Ces méthodes, cet esprit sont faits de clarté, de mesure, de pondération, de synthèse et enfin d'humanité et nous croyons bien que nous devons les conserver avec un soin jaloux, non pas uniquement pour des raisons sentimentales, mais aussi parce qu'ils offrent à l'intelligence un merveilleux instrument d'assimilation et d'enseignement. Notre nouveau doyen possède cette conception; appuyé de ce postulat essentiel, il s'efforcera, avec des moyens adaptés aux temps actuels, de réaliser des œuvres progressives. C'est le vœu que nous formulons de tout cœur au nouveau doyen, lui souhaitant la réussite entière de ses entreprises, la collaboration absolue de ses collègues de la Faculté qui devront se grouper autour de lui. Il peut être assuré de la coopération complète de *L'Union Médicale du Canada* quand il s'agira de l'aider à obtenir le bien commun et l'avancement de la Faculté.

* * *

Un doyen vient d'être nommé. Un doyen vient de quitter son poste et cet ex-doyen est le docteur Albert LeSage, rédacteur en chef de ce Journal.

Ce n'est pas parce que le docteur LeSage dirige la rédaction de *L'Union Médicale* du Canada que l'on doive taire ici ses mérites, la dignité et la noblesse de sa personnalité morale.

Ce Journal s'adresse à tous les médecins de langue française de l'Amérique du Nord, il doit, par son rôle de Bulletin de l'Association des Médecins de Langue Française, manifester publiquement la pensée de ses lecteurs. Nous avons la conviction que ce que nous dirons à propos du docteur LeSage, qui prend ainsi sa retraite comme universitaire actif, est conforme à la pensée de tous, à l'opinion surtout de ceux qui l'ont bien connu, de ceux, et ils sont extrêmement nombreux, qui furent ses élèves.

Ce qui suit est constitué de faits, de gestes, d'actes vécus: la vérité dépouillée de toute parure, de tout titre ou honneur conféré, la vérité toute simple telle qu'elle doit apparaître à soi-même quand on regarde ses œuvres et sa vie.

* * *

Obtention « summa cum laude » du doctorat en médecine de l'Université Laval de Montréal.

* * *

Obtention du doctorat en médecine de l'Université de Paris.

* * *

Cinquante années de pratique honnête, probe, digne, humaine et éclairée de la médecine.

* * *

Vingt années d'enseignement prodigué avec une assiduité exemplaire et une constance ininterrompue de la pathologie médicale à l'Université.

* * *

Quarante années, avec le même enthousiasme et la même constance, d'enseignement de la clinique médicale à l'hôpital Notre-Dame.

* * *

Pendant quarante-quatre années rédacteur en chef de *L'Union Médicale du Canada,* Journal médical qui fut en fait jusqu'en 1938, et en droit depuis 1938, l'organe officiel de la profession médicale de langue française de l'Amérique du Nord. Le docteur LeSage, pendant la majeure partie de ces quarante-quatre années, conserva littéralement la vie au Journal, y enseigna la médecine, la dignité et le respect de soi-même, défendit sans défaillance et d'une plume allègre les intérêts de sa profession, y publia des écrits scientifiques, médico-sociaux, para-médicaux, etc., qui se chiffrent à plus de trois cents, tous rédigés avec une grande élégance de style, alliée à de la clarté, de l'aisance de la pensée et une érudition étendue de la littérature, des arts et des hommes. Le docteur LeSage doit être considéré comme ayant représenté chez nous le prototype du journaliste médical associant en lui-même une vaste culture, une grande facilité d'expression, une activité réfléchie sans cesse éveillée, un sens très développé de la justice et de la conscience dans ses publications, enfin une constance à toute épreuve et toujours sereine pour ce qui touche à toutes les opérations monotones, arides, ingrates même, urgentes, improvisées aussi bien que réconfortantes et moralement rémunératrices, que comporte la tâche très difficile de rédacteur en chef d'un Journal. Le docteur LeSage a su porter le flambeau à *L'Union Médicale* pendant quarante-quatre années avec une maîtrise insurpassable, et la profession médicale lui doit à ce seul point de vue une dette de reconnaissance inestimable. Le docteur LeSage, dans le silence et le calme de son cabinet de travail, a su, de la sorte, en dépit de la pratique de la médecine, de son enseignement et de nombreuses autres activités sociales, éclairer et instruire toute une génération de médecins. A 75 ans, encore actif, enthousiaste et ouvert à toutes les activités humaines d'importance, le docteur LeSage continue de diriger *L'Union Médicale* qui est, depuis 1938, le « Bulletin officiel de l'A.M.L.F.A.N. » et par le fait considérablement grandie, avec le même soin, la même sagesse et le même feu sacré.

* * *

Pendant 5 années le docteur LeSage fut doyen de la Faculté de Médecine à l'Université de Montréal. A ce poste suprême au sein de la Faculté, il sut y appliquer les mêmes qualités et les mêmes talents, sinon avec plus de conscience, qu'il avait déployés ailleurs: constance, pondération, sens de la justice et, par-dessus tout, notion de la responsabilité et désintéressement personnel complet dans la recherche du bien collectif. Ce bien collectif fut, dans l'occurrence, celui de l'Université, de la Faculté de Médecine. Quelles que fussent ses décisions, ses initiatives, les seuls motifs qui le firent agir au poste de doyen furent ceux que semblait en toute sincérité lui commander l'intérêt commun. Pendant ces cinq années de décanat,

la Faculté fut représentée avec dignité et avantage par son représentant officiel. Elle n'eut à souffrir d'aucun accroc à la justice et à l'impartialité; son doyen s'y montra un universitaire cultivé, respectable et respecté dans tous les milieux.

*
* *

Le docteur LeSage est maintenant sorti des cadres actifs de la Faculté, mais nous savons qu'il va se consacrer plus que jamais à sa clientèle qui lui est restée fidèle. C'est bien le moment de lui manifester nos sentiments dans ce journal qui représente la profession médicale française du Canada et des centres franco-américains, les sentiments de ses collègues et de ses anciens élèves à l'égard de ses œuvres, de sa vie universitaire.

Cette énumération, qui précède, de ses accomplissements principaux prend l'allure d'une véritable citation à l'ordre du jour. Le docteur LeSage a bien mérité non seulement de notre profession médicale et de nos universités canadiennes-françaises, mais aussi de tout ce que représentent dans notre groupe ethnique la volonté de perfection et les aspirations vers la culture.

Son œuvre est faite d'idéalisme, d'humanisme et aussi de fidélité: fidélité à l'amitié, fidélité au souvenir des anciens qui ont façonné le présent, fidélité à ses professeurs et à la France où il puisa sa culture et la formation de son esprit, fidélité aux obligations assumées, fidélité au respect de sa personne morale et à la liberté individuelle.

Pour tout cela et pour l'exemple de sa vie qui est l'enseignement suprême, le docteur LeSage a un droit incontestable à notre respect et à notre gratitude.

Nous lui faisons avec joie et empressement l'hommage de ces sentiments vivement ressentis par toute la profession.

Roma AMYOT.

CONSIDÉRATIONS SUR LE CANCER DU CÔLON

Par **Albert JUTRAS.**
Radiologiste à l'Hôtel-Dieu de Montréal.

Dans le cancer du côlon, dont la gravité et la fréquence n'échappent à personne, le sort des patients repose sur le praticien. Si ce dernier est aux aguets, s'il se méfie des sournoiseries du cancer colique, s'il sait les moyens du dépistage précoce, s'il connaît les organisations chirurgicales qui offrent le maximum de sécurité, il contribuera à bien des guérisons. Les progrès en chirurgie intestinale ont changé le pronostic du cancer du côlon; mais les techniques les plus perfectionnées n'autorisent l'optimisme qu'en autant qu'elles interviennent dans la phase de curabilité, par bonheur assez longue dans le cas qui nous occupe, du fait que les métastases se produisent tardivement en règle générale.

Le cancer du rectum

Le cancer du rectum représente environ 50% des cancers du gros intestin.

Dans la totalité des cancers de toutes espèces et de tous sièges, la localisation rectale se rencontre une fois sur quinze.

Le cancer du rectum est d'ordinaire accessible au doigt; il l'est aussi à la vue par l'intermédiaire du rectoscope qui permet, en outre, la biopsie. D'autre part, les malades consultent relativement tôt parce qu'ils ont soit des troubles de défécation avec selles déformées ou diarrhéiques, soit des douleurs ou du ténesme persistants, soit du sang avec leurs matières. Pourquoi donc le diagnostic précoce n'est-il pas obtenu plus souvent et pourquoi voit-on à l'hôpital tant de malades ayant perdu toute chance de guérir? Il n'y a qu'une seule réponse: les médecins négligent le toucher et l'endoscopie rectaux, l'un et l'autre pourtant très simples.

Trop souvent, le médecin, sans examen local, attribue aux hémorroïdes l'expulsion de sang par le rectum. Il faut savoir que la constatation des hémorroïdes n'exclut pas le cancer; au contraire, c'est une raison de le rechercher davantage et avec ténacité, car la coexistence est commune.

Beaucoup de patients qui souffrent d'amaigrissement, de distension abdominale, de symptômes coliques, sont adressés au radiologiste sans avoir subi d'examen physique de la région ano-rectale. Le médecin compte que l'exploration radiologique soit par repas de baryum, soit par lavement opaque, va tout éclairer. Comme radiologiste j'ai le devoir de soutenir que l'examen aux rayons X dans le cancer du rectum ne vaut ni le toucher, ni la rectoscopie. Le lavement opaque éventuellement décèlera la tumeur; il rendra surtout service pour déterminer à quelle hauteur s'étend l'infiltration vers le sigmoïde et dans quel état se trouve le côlon au-dessus. Mais, je le répète, les meilleurs moyens de détection sont ici l'examen digital, le rectoscope et la biopsie, méthodes directes qui méritent préséance. Quiconque attend la cachexie, les métastases et l'extériorisation à l'anus pour songer au cancer du rectum et se décider d'y mettre l'œil et le doigt, nous paraît coupable.

Une autre cause au retard dans l'application du traitement chirurgical, c'est la perspective des inconvénients sociaux de l'anus contre-nature. Dans l'espoir de l'éviter, malades et praticiens se tournent vers la radiothérapie soit par radium, soit par rayons X. La proportion de guérison par les radiations est si faible comparativement à l'exérèse que nous n'avons pas le droit d'encourager une telle illusion dans la période de curabilité. Pour peu qu'on s'en donne la peine, on finira par convaincre l'intéressé qu'avec un bon appareil, une diète et des soins appropriés, il pourra de nouveau fréquenter le monde sans inquiétude. Chez les inopérables, pour une raison ou pour une autre, certaines formes de radiothérapie sont utiles, mais le plus souvent pour des effets palliatifs et le réconfort moral.

Le cancer de l'anus

Etant à vrai dire un épithélioma de la peau, il est radiosensible. Contrairement au cancer rectal, il doit être traité de préférence par le radium et la rœntgenthérapie, mais l'un ou l'autre de ces traitements, pour s'accomplir dans les meilleures conditions, demande la colostomie de dérivation et le curage des ganglions inguinaux.

Le cancer du côlon

Si les porteurs de cancers rectaux se pressent assez de consulter, en raison de leurs symptômes nombreux et sérieux dès le début, il n'en est guère ainsi chez les patients dont la tumeur siège sur les autres segments du côlon. Ces derniers malades le plus souvent ne se résolvent à solliciter avis que lorsque les complications tardives éclatent, notamment l'occlusion. S'ils consultent à un stade peu avancé, le médecin ne soupçonne d'emblée que par exception le sens des symptômes.

On devrait prendre pour règle d'épuiser tous les moyens de diagnostic du cancer du côlon chez tout individu de 35 ans et plus qui accuse des malaises de quelque durée à l'abdomen avec de la constipation intermittente ou progressive même si la corpulence et le teint rassurent.

Un tel examen comporte, en outre de l'histoire de la maladie et de l'exploration manuelle du ventre, le toucher rectal, l'analyse des selles, la recto-sigmoïdoscopie et la biopsie lorsque la lunette met en vue une lésion suspecte. L'exploration aux rayons X devrait être employée systématiquement et sans retard. S'il est vrai que l'examen radiologique manque parfois des cancers du côlon, combien plus souvent il en démontre qu'on ne soupçonnait pas ou qu'on ne voulait pas admettre.

Moins la tumeur est avancée en âge et en développement, plus augmentent les dangers de la rater à la radiographie. Si le moindre doute persiste ou revient après un résultat négatif, l'exploration radiologique devra être recommencée jusqu'à une certitude raisonnable de l'inexistence. Redisons cependant et avec force que, si quelques cancers échappent au radiologiste, il arrive bien plus couramment à celui-ci d'en trouver longtemps avant l'apparition des caractères cliniques.

Les défaillances et les limites du radiodiagnostic tiennent aux complexités techniques et aux subtilités de l'interprétation des images. Le radiologiste aux prises avec ces problèmes devrait obtenir de ses confrères la plus grande liberté dans le choix et le nombre des moyens que sa spécialité lui offre aujourd'hui pour apprécier l'état des voies digestives.

Mis en connaissance des questions qui restent sans réponse après l'examen clinique et, mieux encore, après un coup d'œil fluoroscopique sur l'abdomen, c'est lui, le radiologiste, qui prendra la responsabilité de commencer soit par un lavement opaque, soit par un repas de baryum, soit par la pyélographie, soit par la cholécystographie, soit par une combinaison de ces moyens, soit par rien du tout.

Il y a des syndromes aigus de l'abdomen dont la clarté est telle que le clinicien exulte d'assurance; mais combien de trouvailles fortuites par un simple coup d'œil à l'écran: perforation gastro-duodénale, calculs biliaires ou urinaires, occlusion, pneumonie, hernies internes, etc.

A la moindre présomption d'une lésion organique du gros intestin et, *à fortiori*, s'il redoute le néoplasme, le praticien devrait, en premier lieu, prescrire le lavement opaque, beaucoup plus riche en renseignements anatomiques relativement au côlon que le baryum pris par la bouche. Et chaque fois que la radioscopie de l'abdomen révèle la présence de gaz et de matières en quantités anormales dans les voies digestives, le radiologiste a le devoir de commencer ses recherches par la voie rectale, quelle que soit l'impression clinique et quelle que soit la demande du confrère. Il évitera ainsi à nombre de malades les graves inconvénients qui résultent de l'accumulation de baryum pris par la bouche et arrêté par la lésion.

Le lavement opaque

Préparation du malade.

Les auteurs recommandent de bien nettoyer le gros intestin avant l'administration d'un lavement opaque. Cette préparation consiste en une once ou deux d'huile de ricin prise la veille de l'examen et d'un grand clystère à l'eau simple le matin même, au réveil. Telle est notre pratique courante et elle donne satisfaction. Le côlon est vide ou à peu près et la muqueuse se laisse bien vernir par la substance opacifiante, de sorte qu'après le rejet du surplus, elle donne du relief interne une image détaillée. Mais, quand il y a la moindre menace d'occlusion, la prudence commande de se passer et de la purge et de l'irrigation, l'une et l'autre irritantes et capables de précipiter le drame. Médecin et radiologiste auront donc tout avantage à se consulter au préalable sur ce point.

Difficultés d'observation.

Nous ne croyons pas mal à propos de rappeler que le côlon n'est pas un tube droit; ce conduit très sinueux possède un nombre variable de replis internes et subit des contractions en anneaux courts ainsi que par longs segments. Ceci oblige à examiner le sujet sous plusieurs incidences et, parfois, à multiplier les clichés soit sur un secteur, soit sur l'ensemble. Le praticien devrait s'abstenir de compliquer le rôle du radiologiste en faisant au malade un tableau inexact, le plus souvent embellí, de ce qui va se passer. Certains pusillanimes, il est vrai, ont besoin d'encouragement, mais, en définitive, le radiologiste doit avoir toute liberté de manœuvre. Le praticien ne devrait pas non plus prendre sur lui d'établir les honoraires du radiologiste; ceci est fait, je le sais bien, avec le meilleur esprit et dans le but de détruire les dernières indécisions du patient; mais l'excès en ce sens force quelquefois la restriction dans le nombre des radiographies au détriment de l'examiné.

Constatations.

Au côlon, comme ailleurs sur les voies digestives, le cancer se manifeste par un défaut de remplissage, soit que la prolifération maligne échancre les contours de la colonne opaque, soit qu'elle produise des lacunes, soit qu'elle cause un rétrécissement circulaire. Ces images varient selon la forme anatomique, les dimensions, le siège et les réactions locales, inflammatoires et spasmodiques. Le spasme et l'agglomération de matières trompent parfois sur le volume de la tumeur. C'est ainsi qu'à l'opération l'épithélioma se trouve assez souvent beaucoup plus petit que la radiographie ne le laissait prévoir. L'inverse est vrai aussi, et certains cancers que l'on estimait petits apparaissent très étendus quand ils sont mis à jour par le chirurgien.

Conclusion.

Il est très courant d'observer qu'un cancer du côlon qui ne donne pas encore de signe d'occlusion s'oppose tout à fait au passage du lavement opaque. C'est que celui-ci, venant à rebours de la marche normale du contenu colique, suffit à déclencher un mécanisme neuro-moteur qui complète la fermeture. Il est permis au radiologiste de prolonger ses tentatives et d'augmenter la pression avec prudence; il verra très souvent la contracture se relâcher un peu et la lésion se dessiner. Mais il ne faut pas profiter de cette perméabilité provisoire pour pousser de grosses quantités de baryum; celui-ci a tendance à stagner dans les segments en amont et à précipiter les complications. Quand on retrouve le côlon opacifié un ou plusieurs jours après un lavement au baryum, il y a suspicion de cancer même si l'on n'en réussit pas une image convaincante.

Il est classique de dire que le gros intestin se dilate au-dessus de l'obstacle et qu'il se rétrécit au-dessous. J'ai observé que les segments en aval se distendent souvent bien davantage que les segments en amont; à tel point que mon souci, en présence d'un dolichosigmoïde, est d'éliminer le cancer du descendant et du transverse. Pour élargir ma pensée, je dirai que la stase et la dilatation coliques, peu importe la zone de leur prédominance, avertissent de la possibilité du cancer.

S'il existe une tuméfaction perceptible sur le trajet du côlon, le radiologiste recherchera naturellement les altérations de la colonne opaque et du relief muqueux en ce point, tout en palpant et en mobilisant la masse; le procédé l'autorisera d'évaluer avec circonspection ce qui, dans ce tout, appartient au cancer et ce qui représente réactions inflammatoires et déchets stagnants.

La sensibilité du côlon, éprouvée sous le contrôle du fluoroscope dans la zone néoplasique, n'ajoute aucun élément de certitude soit dans l'affirmation, soit dans la négation. Dans certains cas la douleur, à la pression, est vive; dans d'autres, l'insensibilité est totale.

Les régions qui présentent les plus grandes difficultés à l'examen radiologique, en vue du dépistage, sont le sigmoïde et le cæcum: le premier à cause de ses méandres et de la fréquence des petits cancers en anneaux, souvent confondus avec le spasme ou les segmentations haustrales; le second, parce que le lavement est interrompu trop tôt ou que le néoplasme ampute avec trop de perfection le bas-fond cæcal.

Pour le sigmoïde, il faut tourner le malade en tous sens et ne pas craindre la répétition des

clichés; quant au cæcum, il faut le masser pour déloger son contenu stercoral et pour y forcer le liquide baryté.

Il faut toujours faire des radiographies en position couchée et debout après l'évacuation du lavement; on constatera ainsi la qualité du drainage et le dessin de la muqueuse telle qu'elle se plisse quand la paroi se rétracte et s'affaisse. Quelques films localisés sur la zone douteuse, avec une compression graduée, aideront beaucoup au diagnostic.

L'insufflation d'air tout de suite après l'expulsion du lavement opaque, selon la technique de Fisher, fait quelquefois découvrir de toutes petites lésions de la muqueuse; elle favorise le dégagement de superpositions gênantes; elle apporte des renseignements complémentaires sur le degré d'infiltration.

Repas opaque — Etude du transit

Quand on suspecte un cancer du côlon, on se souviendra des risques que comporte l'introduction du baryum par voie orale dans l'intestin obstrué et du peu de valeur du procédé dans la recherche des altérations de la muqueuse en cette partie du tube digestif. Même à l'état normal, la substance opaque s'y trouve segmentée et mêlée aux matières fécales et aux gaz, ce qui engendre de faux aspects de néoplasme.

Toutefois, les repas opaques ne sont pas entièrement sans utilité. Si l'on a l'habitude de suivre le transit colique et que l'on enregistre de la stase prolongée dans une région du côlon, il faut d'emblée envisager la possibilité du cancer et recourir au lavement pour confirmation.

Si le diagnostic de cancer du côlon est déjà établi par l'injection rectale mais sans exactitude sur la longueur de l'infiltration, le baryum par la bouche aidera à situer l'extrémité proximale de la tumeur.

La présence de gaz dans l'intestin grêle est anormale chez l'adulte; elle annonce d'ordinaire un obstacle mécanique. Si le signe ne s'explique pas par une lésion sur le côlon, on fera ingurgiter un peu de baryum que l'on suivra durant toute la traversée entérique avec un intérêt spécial pour la jonction iléo-cæcale où les hyperplasies tumorales et inflammatoires ne sont pas rares.

Diagnostic différentiel

Tous ceux qui possèdent quelque expérience dans la chasse radiologique au cancer du côlon en connaissent les embûches. Ce néoplasme peut emprunter, en tout ou en partie, le masque de plusieurs autres états morbides tels que diverticulite, polypose, tuberculose, actinomycose, côlite ulcéreuse avec ou sans amibes, fécalome, torsion, etc. En dehors de quelques cas insolubles autrement que par la colectomie partielle et l'étude microscopique de la pièce, on arrive d'ordinaire à l'identification du processus par l'association de la clinique, de la radiologie et des moyens de laboratoire.

Conclusion

Le cancer du côlon, maladie fréquente et grave, est curable si on l'extirpe à temps.

Les cancers de l'anus, du rectum et du sigmoïde terminal ne relèvent qu'accessoirement du radiodiagnostic. Ils seraient découverts très fréquemment et près de leur début si chaque praticien prenait pour règle de regarder et de toucher ces régions chez tous ses patients de 35 ans et plus. Le diagnostic du cancer colique au-dessus de la jonction recto-sigmoïdienne repose sur la radiologie, surtout sur le lavement opaque, soit pour confirmer ou infirmer les impressions cliniques, soit dans les troubles sans caractère mais prolongés du tube digestif, soit comme système de prophylaxie à l'âge du cancer.

Les chances de guérison dans le cancer du côlon sont relativement élevées; elles dépendent, nous ne le répéterons jamais trop:

1° de la précocité du diagnostic;

2° de la détermination du chirurgien à effectuer par stages une exérèse libérale avec tous les raffinements biologiques et techniques avant, durant et après chacune des interventions.

Une tâche aussi complexe dépasse les moyens d'un seul homme; il faut la division du travail et la coordination des efforts entre gastro-entérologues, endoscopistes, anatomo-pathologistes, biochimistes, coprologistes, anesthésistes, chirurgiens, le groupe marchant derrière un éclaireur, le praticien.

PURPURA ALLERGIQUE SIMULANT UN "ABDOMEN CHIRURGICAL"
Purpura d'Hénoch

Par **Christophe BISSON** et **Paul DAVID**,
Service de Chirurgie, hôpital Sainte-Justine (Montréal).

Observation.

Le 4 mars, R. G., enfant de 11 ans, nous arrive d'un orphelinat avec l'histoire suivante écrite par l'infirmier: « Il y a quinze jours, R. G. est pris de vomissements abondants contenant un peu de sang rouge clair. Nous lui donnons un régime lacté avec poudre de Sippy no 2 pendant une semaine. Au bout de cette période, l'ingestion d'un œuf à la coque provoque un nouveau vomissement sanguinolent... Notre docteur a alors pensé à un ulcère de l'estomac ou à une obstruction partielle de l'intestin. » En *nota bene*, il ajoute qu'il a remarqué « sur les pieds, bras et fesses de petites taches ».

Fig. 1. — Aspect des lésions purpuriques présentées par notre patient au moment de sa crise abdominale.

Comme renseignements supplémentaires, nous apprenons que l'enfant est très constipé, qu'il accuse de fortes douleurs localisées surtout à la région épigastrique et que depuis le début de la maladie il s'est amaigri considérablement. Ces douleurs ne paraissent pas avoir d'horaire fixe ni être soulagées par le régime lacté.

Nous constatons que l'enfant est dans un état de torpeur et d'indifférence complète. Sa température est de 99,2/5 F. et son pouls à 88. Les membres inférieurs et supérieurs sont couverts de petites lésions d'aspect purpurique. Il n'y a pas de taches rosées lenticulaires et la langue est saburrale et non rôtie.

L'abdomen n'est pas ballonné, sa palpation ne révèle aucune masse, mais elle provoque de la douleur à la région épigastrique avec contracture réflexe des droits. Le toucher rectal est négatif.

Les analyses de laboratoire qui ont suivi d'admission ont donné les résultats suivants:

1. — *Urine*: trouble... 0 gr. 40 d'albumine au litre; présence de sang; pus; cylindres granuleux et leucocytaires.

2. — *Sang*:
a) formule sanguine:
G.R. 3,800,000 et G.B. 10,600;
b) plaquettes sanguines: 167,200;
c) temps de coagulation: 3 minutes 50 sec.;
d) B. W.: négatif;
e) azotémie: 0 gramme 400 au litre;
glycémie: 1 gramme 32 au litre;
f) le signe du lacet est positif.

3. — *Volmer*: négatif.

4. — *Selles*: présence de sang.

5. — *Un examen radiologique* complet du tube digestif ne montre aucune lésion organique.

Pendant que se font ces analyses destinées à nous aider à poser un diagnostic, l'enfant reçoit une diète au lait évaporé avec un antispasmodique (teinture de belladone).

Du 4 au 10 mars. L'état du malade ne s'améliore nullement. Toujours la même torpeur, le même aspect adynamique frisant l'hébétude. Il continue à vomir des substances alimentaires sanguinolentes et les selles deviennent de plus en plus sanglantes.

Le 10 mars. Crise abdominale suraiguë. L'enfant est replié sur lui-même. Le palper abdominal très superficiel réveille des douleurs intenses dans tout l'hémiabdomen droit et dans la région lombaire correspondante; cependant l'abdomen est quand même dépressible et on ne constate pas de défense musculaire vraie. Le malade refuse toute nourriture et il vomit à plusieurs reprises. La température ne dépasse pas 99.2 et le pouls bat à 80. Les taches purpuriques ont réapparu très abondantes au niveau des membres et de l'abdomen.

La formule sanguine donne: G. R. 4,600.000. G. B. 9,450; Poly. 75%; Lympho. 19%. L'urine renferme de fortes traces d'albumine, de l'urobiline, du sang, du pus et des cylindres granuleux. On trouve du sang dans les selles, mais pas de bacille typhique.

De prime abord, tout en imposait pour un « abdomen chirurgical ». Le facies du malade, la douleur suraiguë, le sang dans les selles, autant de faits nous portant à croire à un cataclysme abdominal urgent comme une perforation typhique, un diverticule de Meckel, une invagination intestinale, une pancréatite aiguë ou même une rupture appendiculaire, etc.

Par ailleurs, les analyses de laboratoire, le pouls et la température paraissant contredire toutes ces hypothèses, nous croyons bon de mettre de la glace sur l'abdomen de l'enfant et de le surveiller d'heure en heure.

Le lendemain, 11 mars, à notre grande surprise, notre patient va beaucoup mieux. Il s'asseoit dans son lit, s'intéresse à son entourage et ne présente plus de douleur abdominale, ni lombaire. Tout le tableau de la veille est disparu, sauf les taches cutanées. Cependant ce syndrome purpurique n'est pas sans attirer notre attention à cause de sa forme particulière, puisque toutes les analyses sanguines (plaquettes, temps de saignement, etc.) sont normales, à l'exception du signe du lacet qui est positif.

Fallait-il attacher de l'importance à ces manifestations purpuriques?

Une revue de la littérature nous a permis non seulement de classifier les différents purpuras, mais aussi d'expliquer les symptômes étranges qu'avait présentés notre malade.

Purpuras

1. — *Définition.*

Le mot purpura, somme toute, n'est qu'une dénomination descriptive pour indiquer des taches de coloration anormale sur la peau. Le diamètre de celles-ci est très variable. Les pétéchies ont la grosseur d'une tête d'épingle, une ecchymose étant une hémorragie sous-cutanée plus abondante.

2. — *Classification.*

Les principales formes de purpura sont causées par l'un ou l'autre ou les deux facteurs suivants: une diminution importante des plaquettes sanguines ou une augmentation de la perméabilité capillaire. Dans les articles que nous avons lus, il est encore de règle d'opposer le purpura thrombocytopénique aux purpuras non thrombocytopéniques.

a) *Le purpura thrombocytopénique* réunit les deux conditions que nous venons d'énumérer. Il est causé par une thrombopénie ou une diminution des plaquettes sanguines et une augmentation de la perméabilité qui va permettre le passage du sang. On sait qu'il débute par un saignement soudain: épistaxis, ménorragie, hématémèse ou méléna, auxquels font suite des lésions purpuriques plus ou moins généralisées. Il atteint surtout les enfants et les jeunes adultes. Il peut être aigu ou chronique, cette dernière forme étant la plus fréquente. Ce purpura présente quatre caractères dont les trois premiers sont essentiels.

1) Diminution des plaquettes sanguines.

2) Signe du lacet positif, c'est-à-dire: apparition de pétéchies sur un bras comprimé pendant au moins 15 minutes par un sphygmomanomètre à 100 de pression.

3) Irrétractilité du caillot.

4) Augmentation du temps de saignement.

Le purpura thrombocytopénique peut être symptomatique (cause médicamenteuse, alimentaire, infectieuse, dyscrasique, endocrinienne) ou idiopathique relevant surtout de la splénectomie.

Dans le cas que nous rapportons il ne saurait être question de purpura thrombocytopénique.

b) *Les purpuras non thrombocytopéniques* peuvent avoir comme cause, soit un trouble encore hypothétique de la coagulation sanguine

comme dans l'hémophylie, un trouble vitaminique comme dans le scorbut, un trouble purement capillaire comme dans le purpura allergique.

En effet, si la perméabilité capillaire est telle qu'elle ne permet le passage que du plasma, elle donne lieu à cette manifestation bien connue: l'urticaire. Si elle permet le passage du sang, nous sommes en face du purpura thrombocytopénique. Entre ces deux extrêmes nous pouvons avoir une perméabilité qui laisse diffuser le plasma et quelques globules rouges, et on sait qu'il suffit d'une quantité très restreinte de globules rouges pour suggérer une hémorragie abondante. Tel est le point de départ du purpura allergique, encore appelé anaphylactique. On lui donne ce nom, parce qu'il est toujours associé d'une façon quelconque à un trouble d'allergie.

Ce purpura allergique prend des dénominations diverses suivant les manifestations auxquelles il donne naissance. Nous avons affaire: a) au *purpura de Schönlein* ou rhumatismal lorsque les symptômes articulaires dominent; b) au *purpura d'Hénoch* lorsque notre attention est attirée par les symptômes abdominaux.

Mais, en définitive, il faut se rappeler que ces deux syndromes ne sont que des manifestations simplement différentes du même processus purpurique et allergique.

Purpura d'Hénoch

1. — *Définition.*

Le purpura d'Hénoch peut donc être défini: *un purpura allergique à manifestation surtout abdominale.*

2. — *Etiologie.*

Son étiologie est encore assez mal connue. On retrouve souvent un passé familial où se voient chez un ou plusieurs membres de la famille des manifestations allergiques: asthme, fièvre des foins, urticaire, migraine, etc. Pour d'autres auteurs, il s'agirait d'une intoxication causée par des substances apparentées à l'histamine et celles-ci seraient ingérées ou fabriquées par les organes du corps. Le purpura d'Hénoch se voit surtout chez les enfants. Il apparaît le plus souvent avant la puberté et il est plus fréquent chez les filles. Il ne faut cependant pas oublier que l'adulte peut en être atteint.

3. — *Symptômes.*

Le début de la maladie est très brusque. Quelquefois cependant il est précédé par un malaise gastrique, de la courbature, de l'inappétence, de la céphalée. Le malade est saisi par des douleurs abdominales « terribles » sous forme de crampes. Il a des nausées et vomit des matières alimentaires.

L'abdomen se laisse déprimer, mais il est très douloureux à la palpation même superficielle. Cette douleur est diffuse sans localisation très précise. Ces symptômes sont le plus souvent accompagnés de constipation. La violence de ces manifestations abdominales jointes fréquemment à de l'hyperthermie et à une formule blanche augmentée en impose pour une crise abdominale aiguë: appendicite, péritonite, invagination, iléite régionale, colique hépatique ou néphrétique, ulcère perforé de l'estomac ou du duodénum, etc. Le malade a un facies sans vie, morne. Il présente l'adynamie du typhique.

Certains signes peuvent nous mettre sur la piste du bon diagnostic. Les vomissements s'accompagnent souvent d'une hématémèse plus ou moins abondante. Les selles deviennent noirâtres et contiennent du sang ou en sont constituées entièrement. On trouve également du sang dans les urines et un examen de celles-ci montre qu'il ne s'agit pas d'une simple hématurie, mais d'une véritable néphrite hémorragique avec cylindres, leucocytes et albumine abondante.

Souvent, les manifestations purpuriques n'apparaissent qu'après le syndrome abdominal et elles sont localisées aux membres inférieurs surtout. Leur diamètre varie entre celui d'une tête d'épingle à un petit pois, mais ces taches peuvent devenir plus volumineuses par la suite.

La formule sanguine est négative. Tout au plus montre-t-elle quelquefois une augmentation des leucocytes. Les temps de coagulation et de saignement sont normaux et les plaquettes sanguines ne sont pas diminuées.

Le signe du lacet est positif et il a donc pour faire le diagnostic de cette affection une importance capitale.

4. *Evolution.*

Le plus grand nombre des cas (95%) de purpuras d'Hénoch rapportés dans la littérature ont, à un moment ou à un autre de leur évolution, subi une intervention chirurgicale inutile (appendicectomie, gastrectomie, cholécystostomie, etc.).

C'est pourquoi nous avons cru bon d'attirer l'attention sur ce syndrome complexe. Il est évident que l'intervention n'arrange en rien les choses et que la maladie continue à évoluer. Une crise abdominale peut durer de quelques jours à quelques semaines et elle est suivie d'un répit plus ou moins long. Un patient pourra avoir cinq ou six crises et voir son mal disparaître définitivement.

5. *Traitement.*

Il est encore bien empirique. Avec ou sans traitement, il semble bien que l'évolution de la maladie soit la même, c'est-à-dire le rétablissement et une guérison pour le moins temporaire. Cependant, pour calmer les douleurs abdominales au moment de la crise, il est conseillé de donner au sujet ½ à 1 c.c. d'une solution au 1/1000 d'épinéphrine.

Certains auteurs auraient guéri leur patient par l'administration de vitamine P qui exerce une influence régulatrice spécifique sur la perméabilité des vaisseaux. D'autres suggèrent de pratiquer l'épreuve de sensibilité à l'histamine et, si le patient est positif, d'entreprendre une cure de désensibilisation. Enfin tous sont d'accord pour rechercher une allergie alimentaire par la méthode bien connue des « tests cutanés intradermiques ».

* * *

Notre petit patient a répondu négativement à l'épreuve à l'histamine (injection intradermique de ¼ de milligramme d'une solution au 1/100). Nous avons fait quarante tests cutanés et avons remarqué qu'il était sensible au homard (*crab meat*) et très faiblement positif aux fèves de Lima et au lait cru. Nous avons supprimé ces aliments et l'enfant est retourné chez lui, le 8 avril.

Revu le 20 juin, notre malade se porte à merveille; il a engraissé et il n'a pas fait d'autre épisode purpurique.

Conclusion

Les auteurs rapportent un cas de purpura d'Hénoch qui s'est présenté avec un abdomen suraigu, invitant à la laparotomie.

Cette variété rare de purpura est succinctement décrite et différenciée des autres purpuras.

Enfin, la communication n'a pas pour but de signaler un traitement nouveau, mais d'attirer l'attention sur ces abdomens dits « chirurgicaux » où il ne faut pas opérer.

BIBLIOGRAPHIE

1. Marion L. AINSWORTH: « The Purpuras. » *The Ohio State Med. J.*, **33**: 849 (août) 1937.
2. Cyril G. BARNES et Gordon W. DUNCUN: « Anaphylactoïd purpura simulating acute regional ileitis. » *Brit. Surg.*, **29**: 253 (octobre) 1941.
3. C. E. FARRAR Jr., et J. B. ROXBY: « The management of Purpuras. » *Clinics*, **11**: 1925; 1944.
4. Joseph E. GRIGGS: « Henoch's Purpura in Relation to Allergy. » *Northwest Medicine*, **30**: 91 (février) 1931.
5. Torben JERSILD: « Therapeutic Effect of Vitamin P in Schönlein-Henoch Purpura. » *Lancet*, **234**: 1445 (20 juin) 1938.
6. Newton I. KUGELMASS: « Blood Disorders in Children. » *Oxford University Press, New-York, Inc.*, p. 730.
7. H. Letheby LIDY: « Treatment of Hemorrhagic Diseases. » *The Brit. Med. J.*, 895 (2 mai) 1936.
8. Jonathan C. MEAKINS: « The Practice of Medicine, St. Louis. » *The C. V. Mosby Co.* Third Edition, p. 554.
9. P. NOBECOURT et L. BABONNEIX: « Traité de médecine des enfants. » Paris. Masson. Tome II, p. 908.
10. PFAUNDLER et SCHLOSSMANN: « The Diseases of Children. » J. B. Lippincott Co. Phil. Vol. 51, p. 285.
11. Leo SAXON: « Studies in Autohemotherapy. Report of a Case of Purpura Rheumatica with a New Method of Treatment. » *Illinois Med. J.*, **74**: 191 (août) 1938.
12. B. W. SMOCK: « Henoch's Purpura. » *Kentucky Med. J.*, **38**: 16 (janvier) 1940.
13. J. Thomas WARRICK et J. R. FORSYTHE: « Allergy in Relation to Purpura. » *J. Lab. Clin. Med.*, **26**: 1105 (avril) 1941.
14. Charles H. WATKINS: « Diagnosis and Treatment of Hemorrhagic Diathesis. » *Minnesota Med.*, **22**: 824 (décembre) 1939.

RECUEIL DE FAITS

EMBOLIE AUX MEMBRES INFÉRIEURS

Par **Roma AMYOT**, et **Julio VASQUEZ**.
Chef de Service à l'hôpital Notre-Dame.

L'embolie aux membres n'est pas un accident d'une grande fréquence. Mais elle n'est pas non plus une rareté et elle vaut bien la peine qu'on en parle de temps en temps.

Il est un fait admis par tous, c'est que l'origine de l'embolie aux membres, comme d'ailleurs au cerveau, est le cœur malade et que le rétrécissement mitral est par dessus tout la lésion qui donne lieu à l'embolus qui s'engage dans l'aorte et la circulation générale. La cardiopathie chronique: le rétrécissement mitral constitué, beaucoup moins souvent l'insuffisance ou la maladie mitrale, enfin parfois la lésion des sigmoïdes du ventricule gauche, crée l'embolie de préférence à la cardiopathie aiguë. Cependant, l'endocardite subaiguë évolutive est susceptible de déclencher l'obstruction artérielle subite par le mécanisme de l'embolie.

En général, et selon la théorie classique, l'embolie qui provient d'un cœur à rétrécissement mitral est formée par un caillot qui s'est développé dans une cavité du cœur gauche par le mécanisme de la stase, et c'est particulièrement dans l'oreillette gauche qu'un tel phénomène peut se produire. Pour d'autres auteurs tels que Vaquez et Lutembacher, le caillot se formerait dans le cœur à partir d'un processus léger et méconnu d'endocardite pariétale. A tout événement, quel que soit le mécanisme intime de la formation du caillot, sachons qu'il part habituellement du cœur, d'une des cavités gauches, dont la valvule mitrale est le siège d'un rétrécissement.

Une autre notion importante à connaître est la suivante: l'embolie se produit le plus souvent quand le rythme du cœur se modifie pour le pire, quand le rythme de flutter ou de fibrillation auriculaire s'installe et elle est considérée comme d'un mauvais pronostic de la cardiopathie, annonçant la décompensation ou même l'asystolie.

L'embolus s'arrête de préférence aux bifurcations artérielles et cet accident, d'un déroulement le plus souvent dramatique, s'accompagne d'épiphénomènes qui prennent une importance capitale pour ce qui est de la compréhension des manifestations cliniques et de la conduite du traitement.

Ainsi, l'embolie, en plus d'oblitérer un segment d'artère, déclenche en même temps un spasme artériel non seulement au niveau même de l'embolie, mais qui s'étend à toutes les ramifications sous-jacentes.

Au surplus, l'obstruction embolique est suivie très précocement d'un processus de thrombose dans tout le territoire en aval du niveau de l'embolie. Ce processus de thrombose secondaire peut être à deux mécanismes selon l'opinion des auteurs: soit qu'il s'agisse d'une coagulation du sang qui stagne dans le segment artériel sous-jacent, la thrombose est alors centripète dans ce sens qu'elle s'organise d'abord à l'extrémité du segment pour remonter vers le lieu de l'embolie; soit qu'il s'agisse plutôt d'une coagulation active du sang due à des lésions d'endartérite créées par l'embolie elle-même, et dans cette alternative la thrombose est plutôt centrifuge par le fait qu'elle part de la région de l'embolie et se propage de proche en proche vers l'extrémité du membre.

*
* *

Une embolie aux membres est dramatique par ses symptômes.

Elle déclenche une douleur vive et subite accompagnée d'anesthésie et d'impotence fonc-

tionnelle de la partie du membre privée de circulation. Le tégument est froid et livide, portant des taches violacées sur un fond blanchâtre. On n'y sent pas les battements artériels, l'oscillométrie est nulle et l'artériographie y montre l'obstacle à son niveau précis. L'impotence motrice est autant volontaire que réflexe, et la gangrène apparaîtra au bout de *24 heures*. Cela est vrai de l'embolie totale, de la forme grave.

Toutes les embolies ne présentent pas cette sévérité et ne comportent pas cette allure désastreuse. A vrai dire, la douleur serait le symptôme initial dans 54% des cas; l'engourdissement, la sensation de refroidissement et de picotement s'observeraient respectivement selon une proportion de 19, 14 et 5 fois dans 46 cas d'occlusion artérielle. Aussi, peut-on avoir à étudier des formes à évolution plus lente où la gangrène s'installera plus tardivement; des formes favorables dans lesquelles les troubles trophiques régressent soit parce que le caillot s'est fragmenté, soit parce que les collatérales ont suppléé favorablement. Enfin, des formes bénignes qui heureusement peuvent se rencontrer et qui ne comportent pas de gangrène. D'autre part, il est évident que le facteur âge possède une valeur pronostique indéniable; aussi, sur un total de 57 cas, Allen et Barker ont noté que la gangrène est apparue dans 45% des cas, qu'elle se montra dans 73% chez les sujets ayant plus de 60 ans et que sa fréquence n'était que de 32 à 42% chez les malades plus jeunes que 60 ans.

*
* *

En ce qui concerne le traitement, une notion est d'importance primordiale: c'est d'appliquer une thérapeutique efficace le plus tôt possible, afin de lever l'obstacle embolique et de supprimer le spasme artériel qui peut porter même sur des collatérales du tronc principal situées en amont de l'embolie et qui peuvent jouer un rôle de premier plan dans la suppléance circulatoire au sein du segment distal du membre. Des auteurs conseillent d'opérer immédiatement: effectuer une artériotomie et une embolectomie, ou encore recourir tout simplement à l'artériectomie. Cette dernière méthode découle des observations et de la conception de Leriche qui croit que l'irritation causée par l'embolie sur les plexus sympathiques péri-artériels cause et entretient un spasme sur tout l'arbre artériel en aval, ce qui, on le comprend facilement, entrave toute suppléance collatérale. A tout événement, et pour intervenir précocement, Key, cité par Mouquin et Bardin, aurait obtenu, par l'artériotomie et l'embolectomie pratiquées durant les 10 premières heures, 45% de guérison, pendant les 10 à 15 heures suivantes, 21.5%, pendant les 15 à 40 heures qui suivirent l'embolie, seulement 10% de résultats heureux.

Les auteurs américains consultés conseillent un traitement plus varié. Ils tentent d'abord de supprimer le spasme artériel et de prévenir la thrombose secondaire en aval. Ils conseillent l'emploi de l'héparine en intraveineuse pendant plusieurs jours; les opiacés contre la douleur; l'alcool comme antispasmodique et le chlorhydrate de papavérine comme vaso-dilatateur.

Ils recommandent de ne pas élever le membre, au contraire de le placer en position déclive; ainsi on pourra élever la tête du lit. Pas de chaleur employée, du moins au-dessus de 100° Far.

On conseille aussi de pratiquer une occlusion veineuse intermittente par l'usage du brassard à pression artérielle gonflé jusqu'à la pression diastolique et alternativement dégonflé toutes les deux minutes; ce procédé pourra être pratiqué pendant des heures. Egalement, à l'aide d'un appareil approprié on peut réaliser sur le segment bloqué une pression positive et négative alternée. Ces deux méthodes ont pour mission de favoriser, le plus possible dans les circonstances, la circulation artérielle et veineuse et d'éviter la thrombose secondaire. En plus, on peut recourir à l'anesthésie épidurale, à la rachianesthésie, au blocage du sympathique lombaire ou du plexus brachial, à l'anesthésie générale, enfin à la sympathectomie. Tout cela pour vaincre le spasme artériel même dans les collatérales, rétablir de la sorte le plus tôt possible la circulation sanguine et protéger contre les troubles trophiques et la gangrène qui nécessiterait forcément l'amputation.

Comme on le constatera, l'histoire de notre malade n'illustre pas, heureusement pour lui, toutes ces notions clinico-thérapeutiques. Qu'on en juge.

Observation.

R. L..., âgé de 43 ans, manœuvre, est venu consulter au dispensaire de Neurologie de l'hôpital Notre-Dame, à la fin du mois de juin 1943, pour engourdissement à la jambe droite et au pied droit, également pour phénomènes de claudication intermittente aux membres inférieurs. Effectivement, il ne pouvait marcher pendant plus de 4 à 5 minutes sans ressentir des crampes aux deux mollets, plus intenses à droite, qui l'obligeaient à s'arrêter.

Son interrogatoire nous révéla qu'à l'âge de 16 ans, pour la première fois, il eut une crise de rhumatisme articulaire aigu; il eut une seconde crise vers l'âge de 23 ans.

Pas d'habitude éthylique; il fume beaucoup depuis l'âge de 15 ans.

A la fin du mois de mai, le malade consulta au dispensaire de Médecine pour œdème des pieds, dyspnée et palpitations. On lui prescrivit un traitement tonicardiaque à l'ouabaïne et à la digitaline par voie buccale. A ce moment, il n'avait aucun trouble fonctionnel aux membres inférieurs ni phénomène infectieux. Il pouvait marcher sans aucun ennui et longtemps.

Trois semaines plus tard, exactement le 23 juin, alors que le malade marchait, il fut subitement pris d'un engourdissement aux deux genoux, qui rapidement s'étendit aux jambes et aux pieds; il parcourut encore une dizaine de pieds, puis s'affaissa, par impotence des membres inférieurs. Il avait alors la sensation de pieds gelés. Puis après 15 minutes, le mouvement revient au pied et à la jambe gauches; après 45 minutes environ, l'engourdissement était disparu à gauche et le malade pouvait marcher en boitant toutefois par faiblesse de la jambe droite.

Quatre jours plus tard, c'est-à-dire lorsqu'il nous consulta, l'engourdissement persistait au pied et à la jambe droits, il pouvait marcher sans boiter, mais seulement pendant 4 à 5 minutes, le phénomène de claudication intermittente, douloureuse, le forçant à suspendre la marche.

A l'examen pratiqué à cette date, nous n'avons trouvé aucun signe neurologique, sauf des réflexes tendineux aux membres inférieurs plus faibles à droite qu'à gauche. D'autre part, nous trouvâmes les signes auscultatoires d'un rétrécissement mitral et l'absence d'oscillations artérielles (au Pachon) aux deux jambes et au ⅓ inférieur de la cuisse droite. Au tiers inférieur de la cuisse gauche, les oscillations étaient de 3 divisions à 15.

Les pieds et le tiers inférieur des jambes étaient froids; on constatait une légère cyanose de la face plantaire des pieds. La tache blanche d'Hallion était anormalement persistante. On ne sentait pas les battements des pédieuses et des tibiales postérieures à la palpation.

Evolution.

Le malade fut soumis à la diathermie et à l'acide nicotinique *per os* à la dose de 400 milligrammes par jour.

Après une quinzaine de jours, les crampes étaient disparues, à la marche; les membres inférieurs étaient beaucoup moins fatigables, l'engourdissement était parti; le malade éprouvait une sensation de cuisson au ⅔ antérieur du pied droit.

Ce malade a été hospitalisé le 27 août, pour lui faciliter le traitement et lui permettre de se reposer le plus possible.

Depuis son admission, il reçut un traitement à l'ionisation calcique aux deux membres inférieurs comme pis aller, le malade devant recevoir de l'ionisation au mécholyl que le service de physiothérapie n'a pu se procurer.

Actuellement (le 21 octobre 1943) la cuisson n'est ressentie qu'aux orteils du pied droit.

L'oscillométrie est de ¼ à ½ au tiers inférieur des deux jambes; elle est au maximum de ½ au tiers inférieur de la cuisse droite, de 1 au tiers moyen; elle est au maximum de 4 divisions au tiers inférieur de la cuisse gauche.

Si on vide les membres du sang qu'ils contiennent on constate que le droit se remplit moins vite que le gauche: à 9 centimètres de pression du brassard qui se dégonfle, à droite; à 11 centimètres à gauche. La tache blanche dure environ 5 secondes au gros orteil droit, 3 secondes au gros orteil gauche, les membres en horizontal. Elle dure 15 secondes à droite, de 8 à 11 secondes à gauche, si on élève les membres d'environ 45 degrés.

Commentaires

Vu la soudaineté d'apparition des troubles sensitivo-moteurs et circulatoires aux membres inférieurs, vu l'absence de toute claudication intermittente antérieure, vu la présence de la lésion mitrale, il est raisonnable de croire que ce malade a été l'objet d'une embolie aux deux membres inférieurs.

L'embolie partit assez vraisemblablement de l'oreillette gauche.

L'embolus s'est fragmenté, dans notre cas, pour pénétrer dans les deux iliaques, droite et gauche, et s'arrêter dans les fémorales à un niveau assez élevé, puisque les oscillations, à droite du moins, sont minimes au tiers moyen de la cuisse. A moins qu'il ne se soit arrêté à la bifurcation des deux iliaques et s'y soit fixé à cheval sur l'éperon de bifurcation, ce qui n'est pas invraisemblable et expliquerait bien l'apparition des symptômes simultanément aux deux membres inférieurs. L'obstruction artérielle a été, selon toute probabilité, complétée au tout début par l'adjonction d'un élément spasmodique à l'action oblitérante de l'embolie. La disparition du spasme a rapidement permis la récupération motrice, la disparition de l'engourdissement à gauche et son atténuation marquée à droite.

A tout prendre, il s'agit d'une forme bénigne, sans phénomènes trophiques qui peuvent aller jusqu'à la gangrène dans les formes graves. C'est que la circulation est suffisante pour entretenir la nutrition des tissus et permettre les fonctions sensitivo-motrices des membres.

L'oscillométrie, qui est une investigation assez grossière, démontre la quasi disparition des battements artériels; d'autre part, la persistance de la tache blanche prouve la lenteur de la circulation capillaire. Mais, la circulation artérielle se fait sans doute par voie de suppléance collatérale et elle se fait aussi, sinon par ondées rythmiques et successives comme dans des artères normales, du moins par un flot continu et diminué dans les vaisseaux fémoraux de notre malade, partiellement fermés par l'embolie maintenant organisée.

L'acide nicotinique a été administré comme vaso-dilatateur. L'ionisation au mécholyl avait été prescrite dans le même but.

Une infiltration novocaïnique du sympathique lombaire et même une sympathectomie, soit périartérielle, soit encore mieux lombaire pourraient être réalisées dans des cas plus malins.

Nous croyons qu'il faut attirer l'attention sur le rapport chronologique entre l'application d'un traitement toni-cardiaque et la survenue de l'embolie. En effet, une complication semblable n'est pas inconnue en cardiologie par l'effet d'un traitement toni-cardiaque à la digitale ou à la ouabaïne à des doses qui ne seraient pas prudentes.

Il est plus que probable que la cure à la digitaline et à l'ouabaïne mise en œuvre quelque temps avant l'épisode embolique et pour des manifestations d'asystolie, fut la cause déclenchante de l'embolie elle-même.

Ce malade fut dirigé vers le dispensaire de Neurologie parce qu'il se plaignait d'engourdissement au pied et à la jambe droits et de fatigabilité prononcée des membres inférieurs. En fait, cette fatigabilité se manifestait par le phénomène de claudication. Ce signe fut d'abord observé par Chauveau, médecin vétérinaire; il fut étudié chez l'homme, décrit et dénommé par Charcot, plus particulièrement chez les artério-scléreux. Il correspond donc, soit à un spasme artériel momentané se produisant sur des artères malades, soit plus exactement à de l'anoxie dans des muscles qui exigent, pour un certain degré de fonctionnement, une quantité accrue d'oxygène que ne peuvent plus véhiculer des artères malades, des vaisseaux rendus insuffisants par une obstruction plus ou moins marquée. Et c'est ainsi que la douleur et la faiblesse musculaires se montrent toujours à l'occasion d'un effort quantitativement identique. Notre malade, quand il est venu nous consulter, ne pouvait plus marcher que durant 4 à 5 minutes d'affilée. Il ressentait alors la douleur et éprouvait une faiblesse dans les membres qui l'empêchait d'avancer. Il aurait pu tout aussi bien nous renseigner sur le degré de cette fatigabilité en nous disant qu'il ne pouvait pas parcourir une distance de tant de mètres toujours presque mathématiquement identique, sans s'obliger à s'arrêter et se reposer. D'ailleurs, quelques instants suffisent habituellement pour

permettre la réoxygénation suffisante du muscle au repos et la reprise de la marche avec une facilité égale à celle du départ primitif.

Cette répétition identique des phénomènes causée par des circonstances toujours semblablables milite bien plus en faveur de la théorie de l'anoxie par insuffisance circulatoire dans un muscle proportionnellement trop actif, qu'en faveur de l'hypothèse du spasme artériel. Dans cette dernière alternative, on serait en droit de chercher et d'expliquer la raison pour laquelle le spasme se produirait toujours au même moment de l'effort et toujours de la même façon, avec la même intensité et ne durerait qu'un instant toujours identique à lui-même.

Notre malade demeure un grand malade, non pas de ses artères mais de son cœur. Il est constamment en imminence de décompensation; au surplus, il est en danger permanent d'embolie qui pourrait tout aussi bien se loger au cerveau et déclencher un ictus apoplectique sinon mortel du moins facteur d'hémiplégie.

La sensation de cuisson qui demeure au pied droit est sans doute due à un processus de névrite toxique par trouble métabolique localisé. Dans certaines circonstances, cette névrite qui suit l'embolie et qui accompagne les artérites sténosantes ou tout simplement l'insuffisance artérielle par artério-sclérose, avec ou sans diabète, est tout simplement intolérable et nécessite très souvent des sections nerveuses ou des injections neurolisantes.

* * *

Le sang doit pénétrer partout dans les tissus, en quantité variable et proportionnelle aux besoins divers de ces tissus. Dès que ces besoins ne sont pas satisfaits, surviennent des accidents d'insuffisance nutritive et de souffrance tissulaire. Ces accidents sont subits ou progressifs, graves ou bénins selon les caprices de l'efficience causale. Ils peuvent aller jusqu'à la nécrose. Quand le muscle est ainsi privé de ses matériaux nutritifs, surtout l'oxygène, il cesse de fonctionner. Aux membres, au cœur aussi, partout où les nerfs sensitifs pénètrent, ils sonnent l'alarme par l'irritation provoquée, par la douleur ressentie.

BIBLIOGRAPHIE

E. V. ALLEN et N. W. BARKER « Occlusion artérielle » TICE — *Practice of Medicine*. Vol. VI, p. 7. W. F. Prior édit. 1940.

M. MOUQUIN et P. BARDIN: « Embolies des artères des membres. » *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*. Vol. Vaisseaux et cœur. Fasc. 11 322, p. 7.

UNE TROISIEME MALADIE VENERIENNE A QUEBEC

Un cas de chancre mou

L'Officier Commandant de l'hôpital Militaire de Valcartier, P. Q., a porté à l'attention de la profession médicale de la ville de Québec, au cours du mois d'avril, un cas de chancrelle, le premier à être reconnu dans cette région. Le soldat en cause, quatre jours après un rapport sexuel extra-marital, a présenté une ulcération du sillon balano-préputial, qui cliniquement avait plutôt l'apparence d'une gangrène aiguë. La syphilis fut éliminée par des examens ultra-microscopiques répétés (soit 10) et des Wassermans du sang (soit 9) obstinément négatifs. L'application locale de sérum antigangréneux ne donna pas les résultats attendus. Le diagnostic fut basé, d'une part sur l'allure clinique de l'ulcération, sur le développement d'un bubon dans l'aine droite et sur le caractère excessivement douloureux du syndrome; d'autre part, par la mise en évidence d'un diplo-bacille, gram-nég. en navette dans le pus de l'ulcération, et sur la positivité incontestable d'une réaction d'Ito-Reenstierna. L'auto-inoculation n'a pas donné de renseignements. La culture du pus retiré du bubon par ponction a permis l'élaboration du diagnostic microbiologique; cependant la culture n'a pas survécu. Le traitement a consisté en une dose totale de 61 gms de sulfathiazole en 11 jours.

Quarante-huit jours après le début du traitement, le symptôme douteux avait complètement disparu. Les points fistuleux consécutifs aux ponctions ganglionnaires se sont asséchés à la 5e journée. La cicatrisation de l'ulcération génitale s'est complétée à la 9e journée. Une prise de sang faite le jour du licenciement était négative.

Sylvio LEBLOND et J.-A. SAMSON.

KYSTE DU CANAL THYRÉO-GLOSSE SIMULANT UNE LARYNGOCÈLE [1]

Par **V. LATRAVERSE**,
Bronchoscopiste et oto-laryngologiste, hôpital Notre-Dame
(Montréal).

Avant d'aborder le problème clinico-chirurgical, voici quelques notes préliminaires sur l'embryologie appliquée du canal thyréo-glosse et de la laryngocèle.

Canal thyréo-glosse.

C'est un vestige de l'ébauche thyroïdienne qui, pour donner naissance au corps de la glande thyroïde, se développe sur la ligne médiane à partir du bourgeon de la langue et de la paroi antérieure du pharynx, plus précisément du foramen cæcum terminant le V lingual (fig. 1).

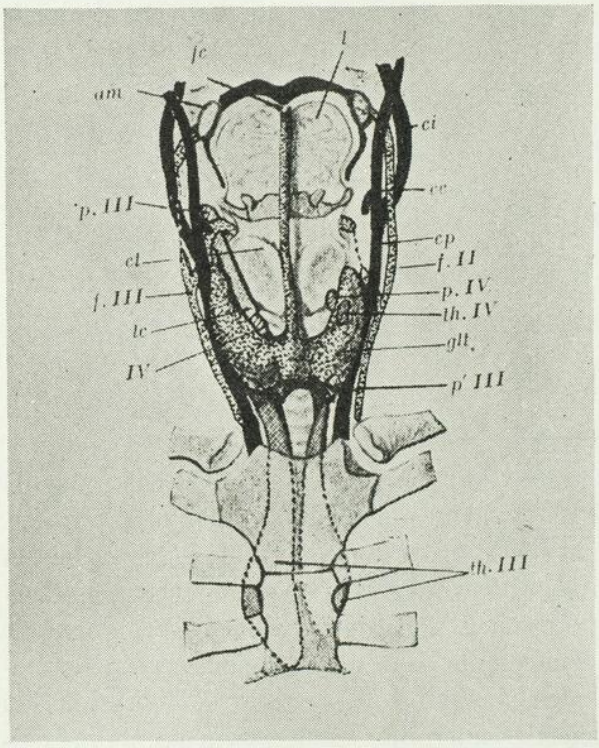


Fig. 1. — Organes dérivés de la région bronchiale: *fc*, foramen cæcum, suivi du canal thyréo-glosse qui conduit à la glande thyroïde, *glt*; *p. III*, *p' III*, *p. IV*, parathyroïdes externe, interne; *th. III*, *th. IV*, *tc*, thymus rétro-sternal et cervical. (D'après Fischel dans *Embryologie de A. Celestino Da Costa.*)

Cette ébauche devient un cordon fibreux (tractus thyréo-glosse) dont le défaut d'occlusion explique la persistance du trajet fistuleux s'ouvrant au niveau de l'isthme thyroïdien. Ce canal thyréo-glosse passe tantôt en avant ou en arrière, tantôt à travers l'os hyoïde (fig. 2, 3); par conséquent, l'ablation complète d'une fistule ou kyste de ce canal nécessite l'exérèse du corps de l'os kyoïde si l'on veut éviter les récidives.

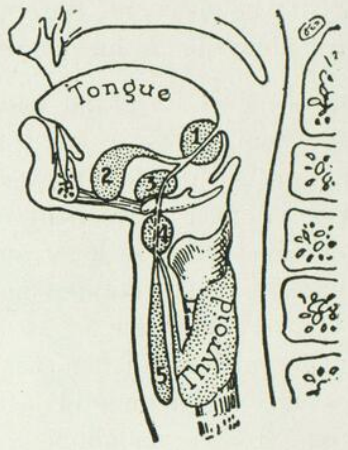


Fig. 2. — Trajet du canal thyréo-glosse, localisations diverses (1-5) des kystes de ce canal (d'après Chemin).

Laryngocèle.

La partie antérieure du toit du ventricule de Morgagni est le siège d'un appendice qui peut se transformer en une cavité kystique se développant selon des directions différentes telles que décrites dans la figure 4. On aura donc des laryngocèles internes et externes (fig 4). Leur localisation se rapproche beaucoup de celle des sacs laryngés des singes et de certains autres mammifères.

De la sorte, la laryngocèle peut occuper le siège habituel d'un kyste du canal thyréo-glosse; la direction du pédicule aidera à préciser le diagnostic. Dans ce cas la ligature du pédicule s'applique à proximité du ventricule de Morgagni. S'il s'agit d'une laryngocèle interne, l'exérèse s'exécute soit par la voie endoscopique à l'aide

1. Travail présenté à la séance du 6 mai 1944, de *l'Association des ophtalmologistes et oto-laryngologistes Canadiens-français*, Montréal.

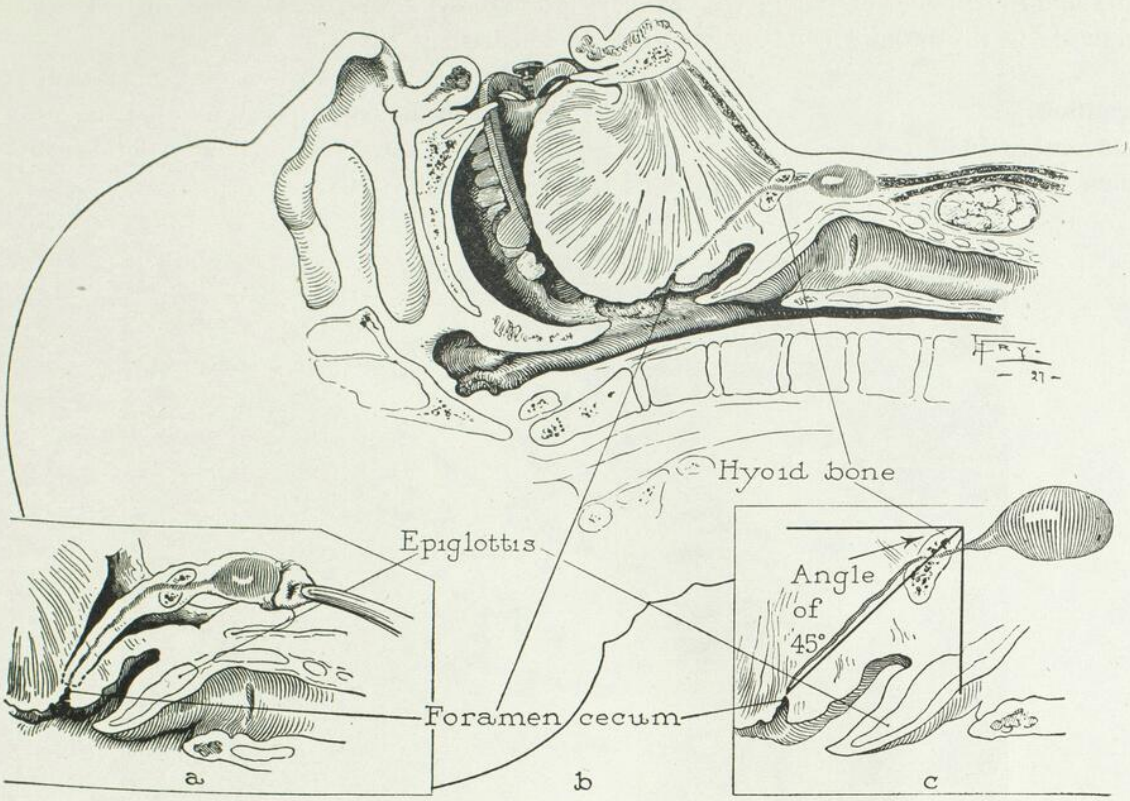


FIG. 182.—EXCISION OF THYROGLOSSAL DUCT CYST.

FIG. 3. — Méthode d'ablation d'un kyste ou fistule du canal thyréo-glosse. (W. E. Sistrunk, dans *Surg. Gynec. and Obst.*, jan. 1928.)

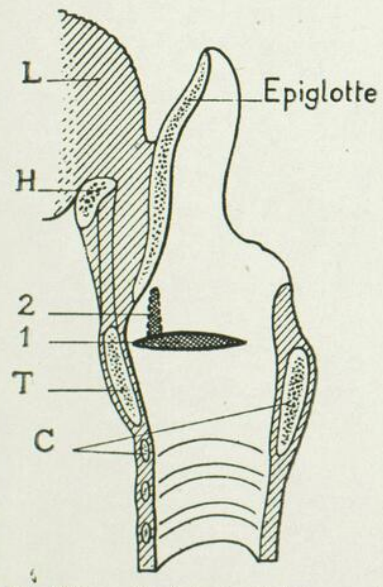


Fig. 289. — ***Ventricule de Morgagni.***

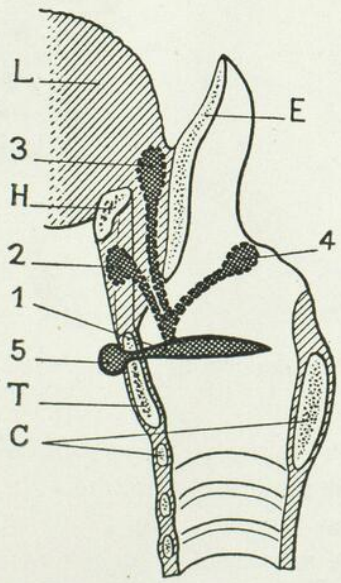


Fig. 291. — ***Anomalies congénitales des ventricules du larynx.***

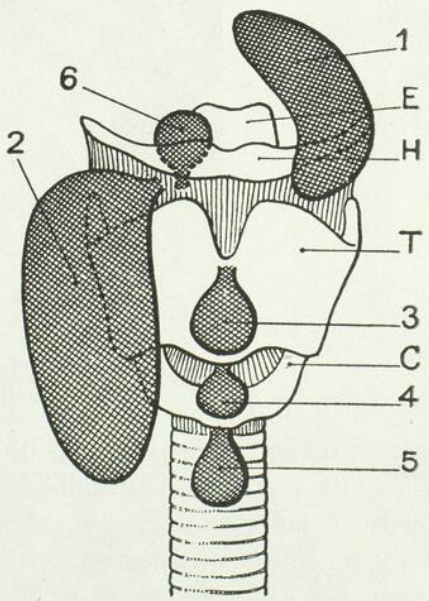


Fig. 295. — ***Laryngocèles externes.***

FIG. 4-5. — Les fig. 289, 291, 295 démontrent l'origine des laryngocèles selon R. Rendu dans *Les maladies du larynx* par G. Canuyt. Ces anomalies correspondent assez bien aux emplacements des sacs laryngés de certains mammifères.

d'un serre-nœud laryngé, soit par la voie externe à la faveur de la thyrotomie (laryngo-fissure).

Observation.

Le 2 novembre 1943.

Monsieur V. L..., âgé de 58 ans, entre dans le service de chirurgie pour une tumeur sus-laryngée provoquant de la dysphagie que le malade accuse depuis près d'un an. La tumeur tantôt diminue, tantôt augmente de volume. Il n'existe aucun signe de fistule externe ou endo-buccale. Pas de perte de poids. Le chirurgien, le docteur F. Archambault, croit à juste titre à l'existence d'une thyroïde aberrante ou d'une lésion d'origine laryngée; car le palper délimite une masse de la grosseur d'un œuf située entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde.

En présence d'un bon état général apyrétique, d'un métabolisme basal — 5, d'analyses de laboratoire normales, on nous confie le malade le 15 novembre 1943.

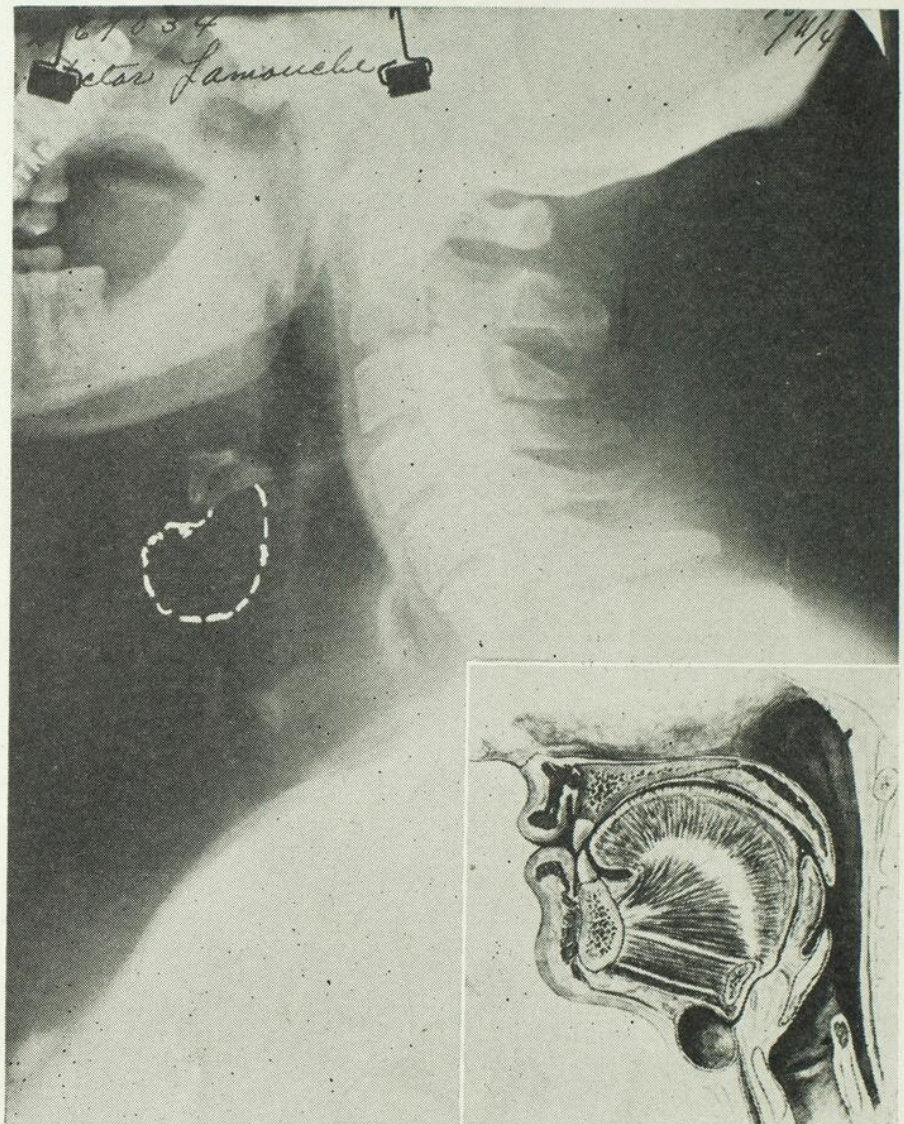


Fig. 5. — Sur le cliché radiographique du cas rapporté on entrevoit les contours du kyste illustré par le dessin adjacent.

Examen objectif. Nous constatons une masse arrondie, rénitente sus-laryngée, adhérente au plan profond, quelque peu mobilisable, encapsulée, n'envahissant pas les tissus voisins. Le larynx est mobilisable. Le plancher de la bouche, la langue et l'hypopharynx n'offrent rien d'anormal: absence d'adénite palpable.

La radiographie du cou précise quelque peu les contours de cette masse (fig. 5).

La laryngoscopie directe ne démontre rien de pathologique dans la topographie de la fosse glosso-épiglottique, de la cavité endolaryngée, des ventricules de Morgagni qui sont lisses et libres.

Le diagnostic chirurgical reste donc à faire entre une tumeur de la base de la langue, un

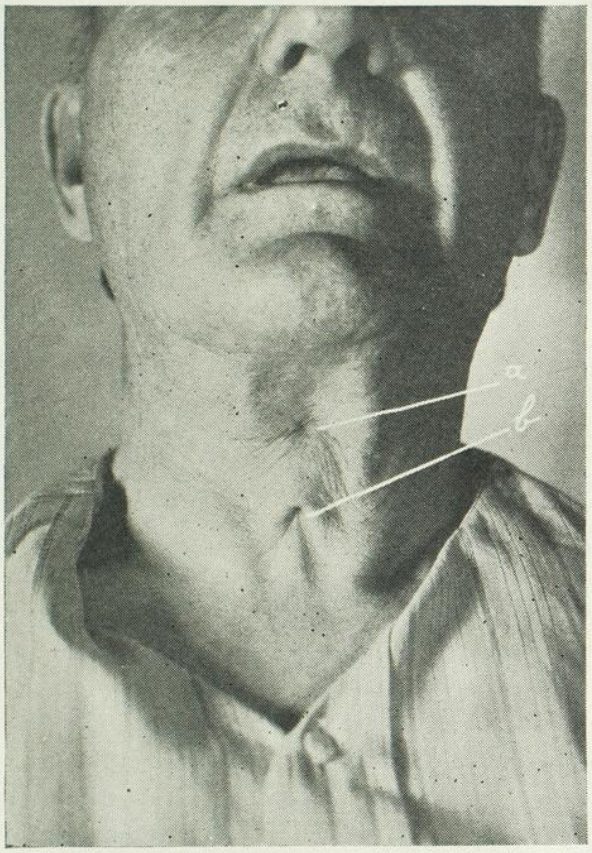


Fig. 6. — Photo du malade — *a*) cicatrice presque invisible de l'incision transversale; *b*) rétraction cicatricielle de l'ouverture de drainage chirurgical *s.c.* prélaryngé.

kyste du canal thyréo-glosse, un lipome prépiglottique et une laryngocèle.

Protocole opératoire. L'intervention s'exécute sous anesthésie locale le 20 novembre 1943.

1) Incision transversale de la peau au niveau de la membrane thyro-hyoïdienne. Incision semblable de l'aponévrose cervicale superficielle.

2) Mise en évidence d'une masse arrondie, rénitente kystique, de la grosseur d'un pruneau; décollement périkystique facile. Le pédicule origine de la base de la langue, d'où élimination diagnostique de la laryngocèle en faveur du kyste du canal thyréo-glosse.

3) Résection sous-tendineuse du corps de l'os kyoïde avec respect de l'insertion des muscles sous-hyoïdiens. Ce temps opératoire est très important: il permet de pratiquer l'exérèse complète du pédicule de la tumeur embryologique.

4) Décollement progressif du pédicule jusqu'au niveau du V lingual; le pédicule se détache de lui-même. On ne constate pas de trajet fistuleux communiquant avec le trou borgne (foramen cæcum).

5) Exérèse complète de la tumeur.

6) Réalisation d'une boutonnière cutanée prélaryngée à travers laquelle passe un drain-cigarette dont l'extrémité va se loger dans la cavité chirurgicale qui est saupoudrée de sulfathiazole.

7) Fermeture avec catgut et agrafes de Michel. Pansement protecteur.

Suites opératoires. Suppuration banale. Le malade quitte l'hôpital 5 jours après l'opération et 15 jours plus tard la fistule chirurgicale est considérée guérie.

Séquelle: bride cicatricielle cutanée sans présence de fistule interne ou externe.

Examen anatomo-pathologique. Kyste du canal thyréo-glosse. (Dr L.-C. Simard.)

Suites éloignées.

Au début de juin 1944 on ne constate aucune récidive; au mois d'août on pratiquera la réparation esthétique de la cicatrice antérieure du cou (fig. 6).

LARYNGITE GRIPPALE SUFFOCANTE CHEZ UN NOURRISSON DE 5 SEMAINES

Guérison après trachéotomie

Par **Norbert VEZINA**,
Assistant bénévole dans le Service de Pédiatrie à l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

Ayant eu l'occasion récemment d'observer une laryngite aiguë évoluant chez un enfant de 5 semaines, il nous a paru bon de rapporter cette observation, non pas tellement à cause de sa rareté, mais dans le but de rappeler à l'attention la gravité habituelle de la laryngite du nourrisson. En effet, en raison de l'étroitesse du larynx chez le très jeune enfant, les phénomènes de dyspnée mécanique se produisent avec la plus grande facilité, si l'élément congestif œdémateux y est pour le moins important. L'obstruction peut devenir si angoissante à un moment donné qu'il n'est plus permis de perdre un temps précieux en thérapeutiques anodines, inefficaces, ou même franchement nocives; il faut ou intuber le petit patient, ou pratiquer la trachéotomie. Dans le cas qui nous intéresse ici, cette dernière mesure nous est apparue comme la planche de salut sans laquelle l'enfant se serait acheminé inexorablement vers une mort certaine.

Ces deux méthodes de traitement, trachéotomie et intubation, ont chacune leurs partisans. Quoi qu'il en soit, il faut se rappeler que, dans les cas de tirage intense, les lésions débordent la région glottique habituellement, et que l'infection bronchique descendante est toujours à redouter; la trachéotomie présente alors le très grand avantage de permettre l'aspiration des sécrétions bronchiques au besoin à l'aide d'un petit cathéter en caoutchouc bien souple, introduit par la stomie trachéale.

D'autre part, la crainte que l'enfant ne puisse se réhabituer à respirer par la bouche, une fois la canule enlevée, est sans fondement, selon C. Jackson et C.-L. Jackson (1): la décanulation se fera sans aucun incident, si l'intervention a été pratiquée de bonne heure, et si on a eu recours à une trachéotomie basse, en dessous du deuxième ou même du troisième anneau. On a accusé la trachéotomie de favoriser la dissémination de l'infection vers le parenchyme pulmonaire, et d'amener presque invariablement la bronchopneumonie. Les résultats encourageants de la trachéotomie dans la laryngotrachéobronchite aiguë vont à l'encontre de cette assertion. Encore faudrait-il prouver que la bronchopneumonie n'existe pas avant d'inciser la trachée.

Observation.

Jean-Paul S. est vu pour la première fois à domicile le 19 mai 1944. Il est âgé à ce moment de 36 jours. Il s'agit d'un bébé né à terme, à la suite d'un accouchement normal, et dont le poids à la naissance était de 7½ livres. Il a reçu le BCG par voie buccale. Aucune convulsion ni trouble respiratoire dans les jours qui ont immédiatement suivi sa naissance. Aucune maladie antérieure.

La mère m'explique qu'elle-même, et deux autres de ses enfants plus âgés, font actuellement de la grippe. Depuis 5 jours le bébé « s'est mis de la partie » lui aussi, et a commencé à tousser. Cependant les choses allaient tant bien que mal, jusqu'au matin du 19 mai où la condition du petit malade lui apparut très alarmante: la toux, enrouée au début, avait complètement cessé, et l'enfant était progressivement tombé dans un état de torpeur inquiétant; la respiration, déjà difficile dès les premiers jours de son rhume, était maintenant si laborieuse qu'il étouffait et bleuissait à tout moment. Toute tentative d'alimentation, même au compte-goutte, causait des crises de suffocation, semblant chaque fois mettre sa vie en danger.

Au cours de l'examen, le bébé semble dormir et n'oppose aucune résistance: les membres sont flasques et retombent inertes. On note tout de suite une pâleur gris cendré de toute la face, sauf au pourtour des lèvres où la cyanose est plus franche. Les globes oculaires sont en légère exophtalmie. Les cils sont agglutinés dans des croûtelles jaunâtres purulentes. Les ailes du nez battent irrégulièrement. Le nez lui-même est enchifrené.

Notre première impression est que nous sommes en face d'une bronchopneumonie typique à sa phase terminale. Mais, en soulevant les vêtements pour explorer le thorax, nous remarquons une dépression rythmique prononcée des creux épigastrique et sus-sternal. Il existe également une rétraction marquée des espaces intercostaux à

chaque inspiration. Les mouvements respiratoires, à ce moment, sont très irréguliers: tantôt précipités et plus superficiels, tantôt lents, profonds, et précédés, dans ce cas, par une période d'apnée allant jusqu'à une dizaine de secondes. A l'auscultation, silence respiratoire aux deux plages pulmonaires. La percussion de la cavité thoracique ne révèle rien de bien particulier. Le revêtement cutané, sur toute son étendue, présente ce teint gris cendré caractéristique. La température rectale est de 100 F. L'abaisse-langue déclenche une quinte de toux de très courte durée et provoque l'apparition d'une sécrétion spumeuse à l'entrée de la bouche et des narines. Le ventre est légèrement ballonné. L'examen des autres organes et des autres régions n'apporte aucun symptôme substantiel pouvant aider au diagnostic.

Il était évident, en présence de ce tirage intense, qu'il existait un obstacle mécanique à l'entrée de l'air, au niveau du larynx, ou tout près du larynx. Le bébé fut immédiatement transporté à l'hôpital. Quelques minutes plus tard, le docteur Valmore Latraverse pratiquait une trachéotomie à ce nourrisson de cinq semaines à peine. A l'examen direct du larynx, on pouvait noter un œdème endo-laryngé qui se déprimait assez facilement pour laisser passer un bronchoscope de 3½ mms. A la bronchoscopie, absence de sécrétions bronchiques.

Sitôt la canule introduite dans la trachée, la respiration apparut plus facile, et la coloration livide de la peau s'évanouit progressivement. L'évolution de la maladie fut par la suite des plus heureuses. Durant 4 jours, le bébé fut constamment maintenu sous la tente d'oxygène, dans une atmosphère à 50% d'oxygène, avec une température de 70 F. et une humidité autour de 60% à l'intérieur de la tente. Pour assurer une meilleure humidification de la trachée et des bronches, l'orifice externe de la canule fut recouvert d'une compresse humectée régulièrement de quelques gouttes d'eau stérilisée. Au besoin, les sécrétions bronchiques furent aspirées par la méthode de la sonde no 8, introduite dans la trachée à travers la canule.

La température oscilla entre 100 et 101 F. durant une semaine. A deux reprises on tenta d'administrer du sulfadiazine, mais le médicament fut supprimé, après quelques doses, en raison des vomissements qu'il provoquait. L'enfant ne reçut aucune autre médication.

Le 23 mai, soit au bout de quatre jours, le docteur Latraverse enlevait la canule et fermait temporairement la sténose trachéale à l'aide de l'index et du pouce « afin de favoriser la transition progressive de la respiration artificielle trachéale à la respiration trachéo-laryngée ». Après 15 jours d'hospitalisation le bébé put retourner chez lui complètement guéri.

Diagnostic différentiel.

Le diagnostic d'obstruction laryngée à la suite de laryngite aiguë grippale semb'ait ne laisser aucun doute chez cet enfant. Bien des raisons justifiaient ce diagnostic: la contamination du bébé par un entourage « grippé », la toux enrouée du début, la rétraction des creux épigastrique et sus-sternal, la cyanose généralisée, et surtout la constatation à travers le laryngoscope d'une muqueuse laryngée rouge, œdémateuse, ainsi que la disparition rapide de tous les signes de sténose après la trachéotomie.

Toutefois cette laryngite obstructive risquait d'être confondue avec un certain nombre d'affections:

1) La laryngotrachéobronchite à forme foudroyante, par les phénomènes d'asphyxie qu'elle donne, a bien des points de ressemblance avec le tableau clinique présenté par notre petit patient. Cependant, la laryngotrachéobronchite aiguë typique, telle que décrite en 1823 par Blaud (2), et remise en lumière il y a une trentaine d'années par Chevalier Jackson (3), débute d'une façon beaucoup plus dramatique: élévation brusque de la température, frisson, vomissements, convulsions. A l'aide du bronchoscope, on constate que la lumière de l'arbre trachéobronchique est p'us ou moins obstruée par des exsudats visqueux, souvent croûteux.

2) Le tirage, survenu insidieusement, pouvait évidemment faire penser à la diphtérie laryngée. Une culture négative élimina ce diagnostic. Le laryngoscope ne montrait d'ailleurs aucune membrane au niveau du larynx.

3) A cause de la dyspnée qu'elle provoque, la laryngite aiguë suffocante peut prêter à erreur avec une bronchopneumonie, ou même une crise d'asthme.

Cependant, la rétraction marquée du creux épigastrique à chaque inspiration est pathogno-

monique et ne se rencontre dans aucune forme de dyspnée, sauf dans celle due à une obstruction siégeant à l'intérieur du larynx, ou tout près du larynx. Existait-il chez notre bébé une bronchopneumonie latente concomitante? Cette hypothèse est bien peu probable puisque les rayons X montrèrent une image pulmonaire normale, la respiration ne fut jamais du type « poussif », la formule sanguine révéla une leucocytose presque normale. Aurait-on obtenu une guérison aussi rapide à la suite d'une simple trachéotomie et de l'oxygénothérapie, sans sulfamidés, si nous avions eu affaire en plus à une bronchopneumonie?

D'autre part, une crise d'asthme est facile à identifier par l'auscultation. Dans l'asthme, l'enfant éprouve de la difficulté à vider ses poumons plutôt qu'à les remplir.

4) L'accès de suffocation que nous avons décrit ci-dessus n'avait pas du tout l'aspect de celui auquel on assiste dans le faux croup. Le faux croup (synonymes: asthme de Millar, croup spasmodique, laryngite striduleuse, pseudo-croup), cette forme spéciale de laryngite aiguë très commune, est caractérisé par son début brusque en plein milieu de la nuit et par son évolution bénigne, avec conservation d'un bon état général. D'ailleurs le faux croup ne se rencontre pas chez un nourrisson de 5 semaines.

5) Il y avait lieu également de discuter le diagnostic avec le laryngospasme de la tétanie. Le spasme des muscles du larynx (laryngismus stridulus), dans de très rares occasions, peut être assez intense pour amener soudainement une obstruction de la glotte. Mais notre patient ne présentait aucun signe de tétanie. Jamais il n'avait montré aucune raideur, ni aucun phénomène spasmodique des extrémités. A cause de l'allure franchement grippale de la maladie, nous n'avons pas jugé nécessaire de doser le calcium dans le sang.

6) Un thymus volumineux, en comprimant la trachée, aurait pu être responsable des mêmes signes de tirage et de cyanose. Toutefois, aux rayons X, l'ombre cardiaque n'était pas déformée et le pédicule n'était pas élargi.

7) Le simple examen de la cavité buccale aurait facilement mis en évidence, si elles avaient existé, certaines affections plus rares de la langue, comme une macroglossie, un kyste de la base de la langue, ou la persistance d'une thyroïde linguale, autant d'affections susceptibles d'empêcher l'air d'entrer dans le larynx.

8) Une autre éventualité qu'il était possible d'envisager était celle d'un goitre plongeant congénital (Die struma neonati). Le goitre serait assez fréquent chez le nouveau-né d'après Wieland (4). Les symptômes qui attirent l'attention sont les suivants: une dyspnée persistante, un stridor trachéal accompagné de cyanose, une alimentation difficile et une façon particulière qu'a l'enfant de se renvoyer la tête en arrière. La tuméfaction goitreuse est palpable et peut être visible.

Ce diagnostic méritait d'être considéré, car on se rappellera qu'il existait chez ce nourrisson une légère exophtalmie. De plus, nous lisions dans le protocole opératoire: « ... Recherche de la trachée qui est masquée par une thyroïde très hypertrophiée que nous écartons vers le bas... ». On peut admettre que l'hypertrophie thyroïdienne n'a joué tout au plus qu'un rôle prédisposant dans les phénomènes asphyxiques présentés par ce nourrisson, car, avant le début de la présente maladie, la mère n'avait noté aucune gêne de la respiration. L'obstruction laryngée survenue après quelques jours d'une toux croupale plaidait bien en faveur d'une laryngite.

9) Enfin, la laryngoscopie avait éliminé d'une façon très sûre, et du même coup, la présence d'un corps étranger du larynx, l'abcès rétro ou latéro-pharyngé, ainsi que toute une série de formations pathologiques endolaryngées, énumérées dans le schéma que nous donnons plus loin.

* * *

Comme on s'en rendra compte, le diagnostic étiologique d'une dyspnée accompagnée de rétraction des creux sus-sternal et épigastrique peut donner lieu à de multiples hypothèses. En parcourant la littérature sur ce sujet, le lecteur est frappé de la grande confusion qui règne dans la nomenclature de certaines entités morbides du larynx. Une synonymie abondante complique les choses inutilement. Que dire des termes impropres? Pourquoi parler d'œdème de la glotte, puisque la glotte est un orifice et non un tissu? Combien plus claire est l'expression « œdème laryngé ». D'ailleurs, l'appellation « œdème de la glotte » reste bien vague, puisqu'elle peut aussi bien

signifier un œdème mécanique, un œdème d'origine allergique ou l'œdème de la laryngite aiguë infectieuse. Que veut dire au juste l'expression désuète « stridor congénital » que l'on rencontre encore beaucoup trop souvent? Ne vaudrait-il pas mieux jeter par dessus bord une expression qui nous a déjà rendu service, il est vrai, mais qui ne sert qu'à brouiller les cartes maintenant que le laryngoscope peut identifier d'une façon précise les causes multiples de ce genre de dyspnée congénitale? Si l'on trouve commode de grouper sous une même rubrique ces différentes causes, on parlera plus exactement de la « sténose congénitale du larynx et de la trachée ».

On notera que par « laryngismus stridulus » on entend un spasme tétanique pur de la glotte, tandis que la « laryngite striduleuse » désigne une laryngite spéciale s'accompagnant d'une toux croupale, à début brusque nocturne. Une telle ambiguïté ne mérite pas d'être conservée.

On pourrait réunir dans le tableau suivant les causes les plus fréquentes d'obstruction laryngée, soit par blocage endolaryngé, soit par compression extérieure.

Sans l'aide du laryngoscope, la cause du tirage, pour un cas donné, peut se révéler une chose très ardue, voire même impossible à établir. C'est un fait que nous n'avons pas encore appris en pédiatrie à nous servir du laryngoscope d'une façon routinière. Il serait désirable que l'on puisse trouver un laryngoscope dans chaque salle d'examen pour enfants, comme on trouve un otoscope dans la sacoche de tout pédiatre.

CAUSES DE TIRAGE

1. Affections du larynx
   - Infections du larynx
     - Diphtérie.
     - Rougeole.
     - Varicelle.
     - Scarlatine.
     - Coqueluche.
     - Tuberculose.
     - Syphilis.
     - Laryngite aiguë catarrhale.
     - Laryngite striduleuse. (Faux croup.)
     - Laryngite membraneuse.
   - Œdème passif
     - Pyélite.
     - Néphrite.
   - Allergie: œdème angioneurotique.
   - Irritation chimique locale, v.g. déglutition de soude caustique, inhalation de gaz irritants.
   - Malformations
     - Malformation de l'épiglotte.
     - Malformation de l'orifice sup. du larynx.
     - Diaphragme obstruant la glotte.
     - Absence d'une ou des deux cordes vocales.
     - Fixation d'un ou des deux aryténoïdes.
   - Tumeurs du larynx
     - Kyste congénital.
     - Papillome.
     - Angiome.
     - Adénome.
     - Hématome.
     - Fibrome.
     - Lipome.
     - Lymphome.
     - Chondrome.
     - Sarcome.
   - Lésions traumatiques.
   - Corps étrangers.
   - Spasme (tétanie).
   - Paralysies d'un ou plusieurs muscles du larynx.
2. Affections du thymus: thymome, lymphome, hypertrophie.
3. Affections de la thyroïde: adénocarcinome, goitre.
4. Affections de la langue: macroglossie, kyste de la base, thyroïde linguale.
5. Affections du pharynx: abcès rétro ou latéro-pharyngien.
6. Affection de la mâchoire inférieure: atrésie de la machoire inf.

Résumé

Nous avons présenté un cas de laryngite aiguë obstructive survenu chez un enfant de 5 semaines dans le but de rappeler à l'attention la gravité habituelle de la laryngite du nourrisson. Tous les phénomènes d'asphyxie sont rapidement disparus après la trachéotomie. Nous en avons profité pour passer en revue les différentes causes de tirage chez l'enfant.

BIBLIOGRAPHIE

1. J. BRENNEMAN: *Practice of Pediatrics.* Hagerstown, Prior Co., Vol. II, Ch. 43, p. 7, 1942.
2. P. BLAUD: *Nouvelles recherches sur la laryngo-trachéite connue sous le nom de croup.*, Par., 1823.
3. C. JACKSON: « Influenzal Tracheitis. » *Laryngoscope,* **22**: 130, 1912.
4. M. PFAUNDLER et A. SCHLOSSMAN: *The Diseases of Children.* J. B. Lippincott Company. Vol. II, p. 283, 1935.

LA SYPHILIS MASQUÉE. ÉTUDE DE QUELQUES CAS OBSERVÉS EN CLIENTÈLE

Par **Henri SMITH**,
Chef du Service de Dermato-syphiligraphie à
l'hôpital Général de Verdun (Montréal).

La syphilis masquée, c'est-à-dire la syphilis qui dissimule sa véritable identité sous les apparences trompeuses d'une affection de nature toute différente, n'est pas une rareté. Les manifestations récentes et anciennes de la syphilis en effet, si elles sont extrêmement nombreuses et variées, sont loin d'être toutes caractéristiques. Bon nombre d'entre elles peuvent simuler à s'y méprendre des maladies fort diverses. Comme le disait si bien Georges Basch dans un travail paru le 1er avril 1939 dans le *Monde Médical*: « A toutes ses périodes la syphilis peut emprunter le masque d'une affection banale ».

Soit qu'elle emprunte trait pour trait l'aspect d'une affection banale, soit qu'elle simule d'une façon moins parfaite une maladie d'une autre nature, la syphilis masquée est souvent méconnue, au grand préjudice du malade. Dans la plupart des cas, cependant, *le diagnostic est possible par un examen approfondi et complet.* Nous croyons utile, à cause de son importance pratique, d'illustrer cette proposition par quelques exemples concrets.

Les observations qui suivent concernent toutes des malades que nous avons nous-mêmes observés soit dans notre clientèle privée, soit dans notre service de Dermato-syphiligraphie à l'hôpital Général de Verdun. Elles ont été choisies non parmi les cas les plus exceptionnels, mais parmi ceux que l'on peut rencontrer en pratique courante aux différentes périodes de la syphilis acquise.

* * *

A. — Syphilis récente.

1) *Chancre primaire.*

Le chancre primaire des organes génitaux peut être atypique d'aspect, de forme, de dimension, de nombre, etc. Nous traitons actuellement un malade qui présente trois chancres primaires du sillon balano-préputial. Cependant, quand il s'agit d'ulcérations génitales, nous pensons habituellement à la possibilité de lésions syphilitiques. L'induration de base, l'adénopathie aphlegmasique et l'examen ultra-microscopique assurent le diagnostic.

Les chancres du méat et les chancres extra-génitaux, par contre, peuvent facilement être méconnus comme en témoignent les deux observations suivantes.

Observation I.

M. D... Adrien, célibataire âgé de 50 ans, vient nous consulter le 9 juin 1943 pour une b'ennorragie datant de trois jours. Le sulfathiazole assèche l'urètre en six jours et, malgré nos recommandations, le malade n'est pas revu pour les tests de guérison habituels.

Le 30 juin le malade revient nous voir et nous raconte que son écoulement a repris, qu'il éprouve des douleurs en urinant, bref, qu'il n'est pas guéri de sa blennorragie.

A l'examen nous trouvons, en effet, un écoulement, mais un écoulement séro-sanguinolent qui s'échappe d'un méat rétréci par une tuméfaction inflammatoire unilatérale. A la palpation nous avons nettement la sensation d'une induration caractéristique du chancre primaire.

L'examen à l'ultra-microscope, fait le même jour, démontre la présence de tréponèmes pâles. Il n'y a pas de doute possible, il s'agit bien d'un chancre primaire du méat.

Les réactions sérologiques (B.W. et Kahn) sont négatives. Le traitement mixte conjugué arséno-bismuthique est commencé aussitôt. L'écoulement, la tuméfaction et l'induration méatique disparaissent rapidement.

Observation II.

Cette fillette de 15 ans, L... Marie, est traitée à domicile depuis 5 semaines pour une ulcération du sein gauche. Les badigeonnages au mercurochrome, les pansements humides, les pansements au baume du Pérou ont été sans effet.

Le 17 février 1941 on nous demande de voir la malade à l'hôpital Général de Verdun où elle est entrée quelques jours plus tôt.

L'examen montre, siégeant à 2 travers de doigts au-dessus du mamelon et un peu en dehors de la ligne médiane, une ulcération recouverte d'une croûte brunâtre et entourée d'un halo

rouge inflammatoire. L'apparence est tout à fait celle d'une banale lésion d'ecthyma.

Cependant, la croûte enlevée met à nu une ulcération qui a tous les caractères du chancre primaire cutané: ulcération arrondie, de contour régulier, à surface lisse, de couleur chair musculaire, sécrétant une sérosité claire, reposant sur une base indurée et légèrement surélevée. Dans l'aisselle gauche, des ganglions durs et peu douloureux.

L'examen à l'ultra-microscope, fait par le docteur Pearson, démontre la présence, dans la sérosité de la lésion, de tréponèmes pâles. Le diagnostic est certain: chancre primaire du sein gauche.

La malade, qu'une timidité naturelle rend peu expansive, refuse de nous fournir tout renseignement sur l'origine de son chancre. Il s'agit vraisemblablement d'une contamination par morsure.

Les réactions sérologiques, comme il fallait s'y attendre, sont fortement positives. Le traitement arséno-bismuthique amène rapidement la cicatrisation de ce chancre extra-génital.

2) *Manifestations secondaires.*

La syphilis secondaire est facile à diagnostiquer quand elle s'accompagne d'un cortège imposant de symptômes: céphalée, chute des cheveux, roséole, plaques muqueuses, syphilides, etc.

Le diagnostic n'est pas aussi facile quand les symptômes sont moins nombreux et il devient difficile quand ils sont discrets, comme par exemple dans les récidives d'accidents secondaires. Les 2 observations suivantes illustrent ce dernier avancé.

Observation III.

Cette observation se rapporte à un jeune homme de 23 ans, D... Paul, qui nous consulte le 15 décembre 1943 pour ce qu'il appelle des « hémorroïdes saignantes ».

A l'examen on découvre, entourant l'anus, 4 petits bouquets de lésions papillomateuses saignant facilement. Dans le sillon balano-préputial 3 petites lésions isolées ressemblant à celles de l'anus.

A première vue ces lésions peuvent facilement être prises pour de vulgaires papillomes vénériens. A un examen détaillé, toutefois, on remarque qu'elles ne sont ni pédiculées ni acuminées. Ces deux particularités nous font penser qu'il peut s'agir de plaques muqueuses hypertrophiques et papillomateuses.

Ce diagnostic provisoire est confirmé par le laboratoire (B. W. et Kahn fortement positifs) et par l'interrogatoire qui nous apprend que le malade a présenté un chancre primaire et des accidents secondaires un an auparavant, chancre et accidents secondaires qui ont été traités par quelque 5 ou 6 injections de Mapharsen seulement. Il s'agit donc de lésions secondaires récidivantes.

Le traitement mixte conjugué arséno-bismuthique fait disparaître en 2 semaines ces lésions contagieuses.

Observation IV.

Madame D... Albert, 38 ans, vient nous consulter en novembre 1942 pour une affection cutanée de la face palmaire de la main gauche, affection qui a débuté 6 mois plus tôt.

La malade nous raconte qu'elle a été traitée pour un eczéma palmaire causé par un excès d'acidité dans le sang. (!) Elle a reçu un nombre considérable d'injections intraveineuses d'un liquide incolore (hyposulfite de soude ?) et 12 séances d'autohémothérapie. Localement elle a appliqué des onguents de toutes les couleurs, mais tout cela sans résultat.

A l'examen on note, occupant la presque totalité de la paume de la main gauche, un placard rouge, squameux, légèrement infiltré, non ulcéré, et dont les bords irrégulièrement arrondis sont bien arrêtés. L'absence de prurit et de vésiculation, l'unilatéralité des lésions ainsi que leur absence sur les doigts et la face dorsale de la main nous font rejeter le diagnostic d'eczéma.

La dermatose ressemble d'assez près à du psoriasis palmaire. Elle en diffère par le caractère de ses squames, l'absence de pellicule décollable au grattage méthodique, l'infiltration des lésions et leur absence aux endroits d'élection.

Nous pensons alors à une syphilide psoriasiforme tertiaire. Nous apprenons par l'interrogatoire que, 12 mois avant le début de la présente éruption, la malade a eu des plaies dans la bouche et des taches rouges sur les mains et les bras. Elle aurait donc présenté des accidents secondaires à ce moment-là, et aujourd'hui elle

fait une récidive de ces accidents sous forme de syphilides psoriasiformes uniquement palmaires et unilatérales.

Quelques jours plus tard le laboratoire nous apprend que les réactions sérologiques sont fortement positives. La malade est soumise au traitement habituel des syphilis récentes et ses lésions palmaires guérissent en 6 semaines.

* * *

Dans la 1ère observation le diagnostic de chancre primaire aurait pu facilement nous échapper, au grand détriment du malade. La reprise d'un écoulement après une cure au sulfathiazole est une chose banale et il aurait pu arriver que, sans plus d'examen, nous nous soyons contenté de recommander au malade une nouvelle cure avec le même médicament. Un examen superficiel de même aurait pu nous induire en erreur, car la blennorragie aiguë s'accompagne habituellement des symptômes présentés par notre malade: écoulement, douleur à la miction et gonflement du méat. C'est *le caractère très spécial de l'écoulement* qui nous a mis sur la piste du diagnostic.

Dans l'observation II, le diagnostic a été de longues semaines méconnu, non pas tant à cause du siège anormal du chancre, mais bien plutôt à cause de sa ressemblance avec une lésion d'ecthyma. *Un examen détaillé de l'ulcération,* toutefois, nous a fait rejeter le diagnostic d'ecthyma et soupçonner la nature syphilitique de la lésion.

Comme dans l'observation I, nous devons dire que c'est l'examen à l'ultra-microscope qui, en définitive, nous a permis d'affirmer qu'il s'agissait bien d'un chancre primaire. Il s'ensuit que, dans toute ulcération génitale et dans toute ulcération extra-génitale indolente, indurée et accompagnée d'une adénopathie régionale, il faut penser au chancre primaire, en rechercher les signes et surtout *avoir recours à l'examen ultra-microscopique.*

Les observations III et IV se rapportent à des cas de syphilis secondaire récidivante, l'une empruntant le masque de papillomes vénériens, l'autre celui du psoriasis palmaire. Elles démontrent la nécessité d'un examen clinique minutieux et l'importance capitale des examens sérologiques. Nous ne saurions trop le répéter: l'examen du sang au point de vue syphilis devrait être fait *à tous les malades sans exceptions,* quelle que soit la banalité apparente des lésions qu'ils présentent.

* * *

B. — Syphilis ancienne.

1) *Lésions tertiaires cutanées.*

La syphilis tertiaire cutanée, peut-être à cause de sa fréquence moindre, est, elle aussi, souvent masquée et méconnue comme en témoignent les 2 observations suivantes.

Observation V.

En mars 1942 M. B... Clovis, âgé de 62 ans, nous est adressé par son médecin pour un ulcère de jambe qui dure depuis 6 mois.

A l'examen, en effet, on peut voir sur la face externe de la jambe droite, à 3 travers de doigts au-dessus de la malléole, un ulcère de la grandeur d'une pièce de 50 cents. La lésion a une apparence tout à fait banale et les varices qui sillonnent la jambe ne peuvent que confirmer le diagnostic d'ulcère variqueux.

Nous prescrivons au malade le traitement que nous employons habituellement dans l'ulcère de jambe et, comme nous le faisons systématiquement chez tous nos patients, nous pratiquons une prise de sang.

Le résultat des examens sérologiques ne laisse pas que de nous étonner quelque peu: B.W. + + + + + Kahn + + + +. Le malade cependant nie énergiquement tout passé vénérien et, comme l'examen somatique ne révèle rien d'anormal à part l'ulcère de jambe, nous faisons parvenir au laboratoire un second échantillon de sang. Le résultat de cet examen étant identique au premier, nous commençons immédiatement le traitement antisyphilitique en recommandant au malade de cesser toute application locale.

L'ulcère se cicatrise lentement mais complètement sous l'influence du traitement. (10 injections de bismuth suivies de 12 injections de cyanure de mercure).

Malgré nos recommandations le malade refuse de continuer le traitement comme d'ailleurs il continue à refuser de croire qu'il a la syphilis.

Observation VI.

Le dénommé M... Gédéon, célibataire, âgé de 52 ans, nous consulte le 8 avril 1943 pour une affection de la lèvre inférieure qui ressemble à première vue à une streptococcie cutanée: croû-

tes jaunâtres recouvrant une surface rouge, et fissure douloureuse de la commissure labiale du côté gauche.

La dermatose a débuté en mars 1942 par un petit « bouton » rouge et dur, et s'est étendue lentement et d'une façon tout à fait indolente depuis la ligne médiane de la lèvre inférieure jusqu'à la commissure gauche, et sur une hauteur de 2 centimètres environ. Depuis 2 semaines le malade se plaint d'une fissure douloureuse dans l'angle commissural.

Les antiseptiques usuels en lotions ou pommades, le vaccin, le sulfathiazole par la bouche, n'ont rien donné.

Après nettoyage à l'éther nous constatons que la lésion est constituée par un groupe de nodules de coloration rouge sombre, fermes au toucher. Quelques-uns de ces nodules sont crus, d'autres sont ulcérés. Tous sont profondément enchâssés dans le derme et font une saillie peu marquée au-dessus des téguments. Il peut s'agir de lupus tuberculeux ou, plus vraisemblablement, de syphilides nodulaires tertiaires. Cette dernière hypothèse est confirmée par les réactions sérologiques qui sont fortement positives et par les anamnèses: le malade a été traité pendant un mois, il y a 20 ans, pour un chancre primaire avec B.W. positif.

Les lésions s'effacent lentement sous l'influence du traitement et, comme il fallait s'y attendre, laissent des cicatrices blanchâtres, déprimées et indélébiles.

2) *Atteintes viscérales.*

La syphilis viscérale est très souvent totalement masquée: telle syphilis pulmonaire, par exemple, empruntera la symptomatologie complète de la tuberculose; telle syphilis gastrique présentera exactement les symptômes de la maladie de Cruveilhier. Ces faits sont trop bien connus pour que nous nous y attardions. Les 2 observations qui suivent se rapportent à des cas moins fréquents mais plus intéressants.

Observation VII.

Un robuste jeune homme de 26 ans, M... Noël, nous est adressé en mars 1942 pour des douleurs articulaires qui persistent depuis 2 ans malgré tous les antalgiques possibles et des réactions sérologiques positives.

A l'examen nous ne constatons ni rougeur ni gonflement des articulations douloureuses. Il s'agit d'arthralgie plutôt que d'arthrite ou de rhumatisme. Rien à noter dans les antécédents héréditaires ou personnels du malade. L'examen des différents viscères ne révèle aucune trace de maladie présente ou passée.

Sur la foi d'un second B.W. positif nous instituons un traitement arséno-bismuthique. Très rapidement les douleurs diminuent d'intensité et, après quelques mois, disparaissent complètement. Ce malade que nous traitons depuis plus de 2 ans n'a pas vu ses douleurs récidiver.

Observation VIII.

R... Clovis, âgé de 40 ans, nous demande en février 1942 de le traiter pour sa syphilis.

Il nous raconte qu'il aurait eu, en juin 1941, un chancre génital. Sans contrôle à l'ultra-microscope son médecin aurait aussitôt institué un traitement alterné arséno-bismuthique, traitement que le malade a de lui-même interrompu en décembre 1941. Les réactions sérologiques étaient fortement positives en juin 1941 et elles le sont encore aujourd'hui.

Nous commençons un traitement arséno-bismuthique conjugué et, après quelques semaines, le malade se plaint d'un mauvais goût dans la bouche. Nous pensons d'abord à mettre en cause les injections arsénicales, mais celles-ci, supprimées pendant 3 semaines à l'occasion d'une maladie intercurrente, n'amènent aucun changement. Nous pensons alors à incriminer les troubles digestifs vagues dont se plaint le malade. Un régime approprié corrige les troubles digestifs sans faire disparaître le mauvais goût dans la bouche qui ennuie toujours le malade. Nous ne trouvons rien d'anormal du côté de la bouche: les dents sont saines et la gorge en bon état.

Nous étions, il faut bien l'avouer, fort perplexe devant un symptôme d'apparence si banale quand, fortuitement, nous revint en mémoire un mot prononcé par Milian en 1937 dans une de ses cliniques magistrales à laquelle nous assistions: « Quand un malade se plaint d'un mauvais goût dans la bouche, pensez au tabès ».

Nous examinons alors notre malade (ce n'est pas trop tôt!) au point de vue syphilis nerveuse et nous trouvons: un signe d'Argyll-Robertson,

des réflexes achilléens et rotuliens abolis et, enfin, le laboratoire nous apprend que le l. c. r. est franchement anormal. Il s'agit bien de tabès. La lésion initiale présentée par le malade 8 mois avant le début de notre traitement n'était sûrement pas un chancre primaire.

* * *

Voilà donc 4 observations de syphilis ancienne masquée. L'observation V est un exemple de lésions syphilitiques empruntant trait pour trait l'aspect d'une affection banale. L'examen clinique ne révèle aucun signe pouvant nous faire penser à la nature syphilitique de la lésion. Les réactions sérologiques positives ne sont pas une preuve de la nature spécifique de l'ulcère, puisque l'ulcère variqueux authentique peut exister chez un syphilitique avéré indépendamment de la syphilis. Seule l'*épreuve thérapeutique* nous permet d'affirmer le diagnostic d'ulcère tertiaire.

Chez le malade qui fait l'objet de l'observation VI il a été possible de démasquer la syphilis par une *recherche attentive de la lésion élémentaire cutanée*. La notion d'un accident primaire 20 ans plus tôt et les réactions de B.W. et de Kahn fortement positives dans le sang, ne font que confirmer le diagnostic.

Les observations VII et VIII concernent des malades présentant pour tout symptôme, l'un des douleurs articulaires, l'autre un mauvais goût dans la bouche. Ces symptômes ne sont aucunement caractéristiques de la syphilis. Le diagnostic, malgré tout, a pu être fait *par le traitement d'épreuve dans le 1er cas, par l'examen objectif du malade et l'examen du l. c. r. dans l'autre cas.*

Résumé et conclusion

Nous avons groupé 8 observations pour démontrer que la syphilis masquée, malgré les difficultés de diagnostic qu'elle présente du fait de sa ressemblance avec des affections banales, peut le plus souvent être reconnue par un examen approfondi et complet.

On a accoutumé de dire que, pour découvrir la syphilis là où elle existe, il faut d'abord y penser. C'est exact. Mais comment penser à la syphilis en présence d'une affection ou d'une lésion d'aspect tout à fait banal? Sans doute les réactions sérologiques, si nous les demandons pour tous nos malades, nous font-elles penser à la syphilis quand elles sont positives, mais il ne faut pas oublier que les réactions de Kline, de B.W. ou de Kahn peuvent être positives chez des malades qui présentent des lésions non syphilitiques; de même qu'elles peuvent être négatives chez des syphilitiques authentiques. Sans doute l'examen à l'ultra-microscope a-t-il une valeur absolue au point de vue diagnostic, mais penserons-nous à le demander si, par exemple, nous sommes convaincus que nous avons affaire à une banale lésion d'ecthyma? Sans doute également l'examen du l. c. r. a-t-il une très grande valeur diagnostique, mais penserons-nous à la syphilis nerveuse si nous ne découvrons chez notre malade qu'un symptôme banal comme, par exemple, un mauvais goût dans la bouche?

Il reste donc, comme d'ailleurs l'ont démontré les observations rapportées, que, dans la majorité des cas, *l'examen clinique est encore le meilleur moyen de nous faire penser à la syphilis.*

L'examen clinique varie, naturellement, suivant qu'il s'agit de telle ou telle période de la syphilis. Dans tous les cas il doit être *approfondi*: interrogatoire, antécédents personnels et héréditaires, recherche des lésions ou symptômes concomitants, analyse minutieuse des caractères particuliers de toute ulcération, recherche méticuleuse des lésions élémentaires dans les manifestations cutanées ou muqueuses, examen somatique détaillé dans les atteintes viscérales.

Les procédés de laboratoire: recherche du tréponème à l'ultra-microscope, réactions sérologiques, épreuves biologiques du liquide céphalo-rachidien suivant les cas, *complèteront* l'examen et préciseront le diagnostic. Dans certains cas particuliers, seul le traitement d'épreuve pourra nous renseigner sur la nature syphilitique de l'affection.

La clinique, sans infirmer en rien la valeur et l'importance du laboratoire, ne perd jamais ses droits même en syphiligraphie. Pour rendre réellement service à ses malades, le médecin qui s'intéresse aux syphilitiques devra avant tout faire œuvre de clinicien. Non seulement il sera tenu de bien connaître la syphilis, mais encore devra-t-il avoir des connaissances suffisamment étendues et précises en médecine générale et en certaines spécialitées connexes comme la dermatologie, l'urologie et la neurologie.

MOUVEMENT MÉDICAL

TUMEURS DES CELLULES INTERSTITIELLES DU TESTICULE

Par **Joseph-Luc RIOPELLE**,
Anatomo-pathologiste à l'Hôtel-Dieu de Montréal,
Professeur agrégé à l'Université de Montréal.

Il est de notion courante que nombre de néoplasmes possèdent la tendance de reproduire plus ou moins parfaitement les caractères et propriétés du tissu dont ils proviennent. Le plus souvent, la similitude est d'ordre morphologique, mais il se peut aussi que les cellules tumorales aient conservé certaines activités fonctionnelles, comme par exemple celle de former du mucus, de la mélanine, des graisses, etc.

Parmi les tumeurs douées d'activité fonctionnelle, les plus intéressantes sont sans conteste cel es qui exercent des effets généraux sur l'organisme, par sécrétion exagérée d'hormones. Tout le monde connaît, au moins par ouï-dire, l'hypoglycémie des tumeurs des îlots de Langerhans du pancréas, l'hypertension paroxystique des paragangliomes surréna'iens, l'hyperplasie endométriale provoquée par les folliculomes ovariens, la virilisation produite par certains cortico-surréna'omes, pour ne citer que quelques exemples.

Pourtant, il est une tumeur sécrétrice d'hormone dont la connaissance n'a pratiquement pas diffusé dans le public médical, c'est la tumeur des cellules interstitielles du testicule. Cette variété néop'astique relativement nouvelle présente cependant un vif intérêt théorique, car son étude touche de près au grands problèmes de l'endocrinologie. Elle possède d'ailleurs un autre titre à l'attention du lecteur de *l'Union Médicale*. Parmi ceux qui ont le plus contribué à son étude, on relève en effet des noms bien connus dans nos mi'ieux universitaires comme à l'étranger, ainsi qu'une brève revue de la question permettra de s'en rendre compte.

On sait que, dans le tissu conjonctif lâche qui sépare les tubes séminipares du testicule, on trouve des amas de cellules qui frappent par leur taille, par 'eur forme polygonale, par l'abondance et l'acidophilie de leur cytoplasme, par la présence fréquente de graisse, de pigment, et surtout d'inclusions cristallines en bâtonnet dénommées cristaux de Ranke. A ces cellules interstitielles de Leydig, dont le rôle endocrinien fut d'abord mis en évidence par Ancel et Bouin, est dévolue la fonction de sécréter l'hormone spécifique du testicule, ou testostérone, qui tient sous sa dépendance l'apparition et le maintien des caractères sexuels secondaires masculins, comme aussi l'instinct sexuel.

Waldeyer [1] (1872), et von Hanseman (1895) eurent les premiers l'idée d'attribuer à ces cellules interstitielles la provenance de certaines tumeurs testiculaires. Comme l'a montré Chevassu dans sa thèse célèbre sur les tumeurs du testicule (1906), leur diagnostic était des plus contestables, et c'est à Chevassu lui-même que, sans le moindre doute, on doit attribuer la première observation d'une authentique tumeur des cellules interstitielles, apparue dans un testicule ectopique (thèse). Bientôt après, des observations de Dürck (1907), de Kauffmann (1907-08), vinrent s'ajouter au cas princeps de Chevassu. Ici encore, il s'agissait de tumeurs relativement petites, à part le premier cas de Kauffmann. Elles étaient par ailleurs cliniquement bénignes, bien que l'une d'entre elles manifestât des caractères cytologiques de malignité (Dürck). Aussi, les avait-on jusque là « re'léguées au rang des pièces curieuses, ornements des collections », comme le dit le docteur Pierre Masson, lorsque apparurent dans la littérature médicale les premiers faits de tumeurs malignes des cellules de Leydig.

C'est peut-être à Ogata et Kaneko qu'il faut attribuer la priorité en matière de cancer des cellules de Leydig (1917), mais il faut avouer que leur article, paru dans une revue japonaise et par conséquent très peu accessible, resta inconnu de la plupart des chercheurs. Dans la littérature occidentale, le seul cas reconnu de cancer leydigien fut pendant vingt ans celui que le docteur Pierre Masson, à ce moment professeur titulaire de la faculté de médecine de Strasbourg, publia en collaboration avec Sencert (1923).

La troisième étape importante dans nôtre

1. Pour la plupart des références bibliographiques, consulter: P. Masson, « Deux cancers leydigiens de l'homme ». *Revue canadienne de Biol.*, **2**: 168; 1943.

connaissance des tumeurs interstitielles fut franchie, lorsque Rowland et Nicholson publièrent en 1929 la première observation d'un syndrome de puberté précoce due à une tumeur leydigienne, chez un enfant de neuf ans, qui présenta, après résection de sa tumeur, une régression presque complète des signes d'hypergénitalisme. D'autres observations de cet ordre furent ultérieurement publiées, par Stewart, Bull et Roehlke (1936), par Budd (1937), dont le sujet fit au surplus une gynécomastie, tout récemment enfin par Werner, Spector, Vitt, Ross et Anderson.

On croirait que l'observation de Rowland et Nicholson, et celles qui suivirent, auraient emporté la conviction en fournissant une preuve physio-pathologique définitive de l'existence des tumeurs de la glande interstitielle, dont la démonstration avait jusque là reposé sur des similitudes morphologiques et surtout sur des arguments topographiques. Chose curieuse, il n'en fut rien.

A ce moment, en effet, la fonction endocrinienne de la glande interstitielle, malgré les beaux travaux d'Ancel et Bouin, de Benoit, de Pezard, etc., était loin d'être admise et même d'être divulguée en dehors de la France, plus spécialement dans les milieux anglo-saxons. La théorie de l'hypernéphrome ectopique s'opposait par ailleurs à la reconnaissance des tumeurs leydigiennes.

On sait que la corticale surrénale peut donner naissance à des tumeurs qui, suivant l'âge et le sexe des malades, peuvent s'accompagner de virilisation, de féminisation, de puberté précoce, etc. Ces néoplasmes ont une structure cordonale et une vascularisation comparables à celles des tumeurs interstitielles. Comme d'autre part la présence d'îlots aberrants de cortico-surrénale dans ou autour du testicule passait pour fréquente et définitivement démontrée dans l'espèce humaine, on en était arrivé à la conclusion que les tumeurs dont nous discutons étaient des cortico-surrénalomes (ou hypernéphromes) du testicule.

Cette conception de l'hypernéphrome testiculaire ne repose sur aucun fait précis. En 1922, sous le nom de cellules sympathicotropes, le docteur Louis Berger de Québec, à ce moment assistant à l'Institut d'Anatomie Pathologique de Strasbourg, avait décrit dans l'épididyme, dans l'albuginée testiculaire, dans le cordon spermatique, des amas de cellules dont il avait noté les relations intimes avec les nerfs ainsi que la nature nettement leydigienne. Il est très probable, comme le suggère MacInnes, que ces amas leydigiens extra-parenchymateux ont été pris pour des îlots surrénaliens aberrants. Dès lors, comme le dit MacInnes, « the whole idea of a hypernephroma testis rests on a very insecure foundation ».

Pourtant, c'est cette hypothèse, beaucoup moins naturelle que celle d'une provenance leydigienne, qui semblait avoir la préférence de nombreux pathologistes. Je me souviens qu'il y a plusieurs années un pathologiste distingué, en visite à l'Institut d'Anatomie Pathologique de l'Université de Montréal, avait, en examinant le cas Masson et Sencert, porté le diagnostic d'hypernéphrome, et qu'il se refusait absolument à admettre la possibilité d'une tumeur des cellules interstitielles. Il fallait évidemment pour trancher le litige une démonstration directe.

Cette démonstration vint en 1940, lorsque Bonser et Robson produisirent expérimentalement le cancer des cellules interstitielles, dans une lignée sélectionnée de souris, par injection de triphényléthylène. Shimkin et Grady, Hooker et Pfeiffer l'obtinrent peu après, chez des souris mâles de souche déterminée, les premiers avec le stilbestrol, les seconds avec le stilbestrol et le benzoate d'œstradiol. Avec le triphényléthylène, le cancer prend naissance à partir des cellules interstitielles préformées, devenues hyperplasiques. Le stilbestrol et l'œstradiol, au contraire, provoquent une atrophie préalable des cellules interstitielles suivie d'une répullulation à partir du mésenchyme d'éléments leydigiens qui par la suite deviennent cancéreux. Les tumeurs ainsi formées sécrètent des androgènes.

Ces résultats de la pathologie expérimentale, il fallait voir s'ils étaient transposables tels quels dans le domaine de la pathologie humaine. Un heureux hasard permit au docteur Pierre Masson d'observer un second cas de cancer leydigien, chez un patient opéré à l'Hôtel-Dieu par le docteur Oscar Mercier. Neuf ans après, le patient, encore vigoureux mais en pleine généralisation métastatique, fut confié au docteur Lacharité de l'hôpital Sainte-Jeanne d'Arc. Grâce à l'obligeance du docteur J.-L.-S. Browne, de l'Université McGill, une étude de l'élimination

urinaire des stéroïdes fut pratiquée par le docteur Venning et par M. Hoffmann. Cette étude révéla dans les urines du patient une quantité record de substances 17-cétoniques. D'après la prudente affirmation du docteur Browne: « Le fait que la grande prépondérance des stéroïdes isolés étaient l'androstérone et l'étiocholanone suggère fortement l'idée que la substance formée par la tumeur était le testostérone, que l'on considère comme la véritable hormone testiculaire ».

Ultérieurement, une étude anatomique et histologique complète fut pratiquée. Ces premiers résultats furent d'abord présentés par le docteur Masson à la Société de Biologie de Montréal. Ensuite, le détail de cette nouvelle observation, la confrontation avec le premier cas de cancer leydigien (Masson et Sencert) et avec les tumeurs expérimentales furent publiés par lui dans un article très fouillé de la *Revue Canadienne de Biologie*. Structuralement semblables, les deux néoplasmes diffèrent par leur mode de généralisation, par leur mode de prolifération, et par leur histogénèse. Dans le premier cas, l'histogénèse est comparable à celle des tumeurs obtenues expérimentalement par Bonser et Robson, dans le second elle rappelle celle des tumeurs de Shimkin et Grady et de Hooker et Pfeiffer. Partant de cette analogie, l'auteur propose une théorie pathogénique où interviennent d'une part un facteur génétique, d'autre part un facteur hormonal, en l'occurrence, l'action d'un estrogène. Signalons ici l'hypertrophie du foie et l'hyperplasie des travées hépatiques au pourtour des métastases. Ces phénomènes, qui n'avaient pas été notés jusqu'ici, sont peut-être en rapport avec une fonction de détoxication des noyaux stéroliques par les cellules hépatiques.

Tel est à l'heure actuelle l'état de la question des tumeurs leydigiennes du testicule. Jusqu'à 1940, cette question était considérée comme des plus litigieuses, comme on peut s'en rendre compte en consultant la dernière édition des *Neoplastic Diseases* de Ewing. Les travaux de ces dernières années ont fait complètement cessé l'attitude hésitante des auteurs à l'égard de cette catégorie de néoplasmes dont Warren a fait récemment la revue en enrichissant de deux cas nouveaux la littérature médicale américaine.

Cette brève revue serait par trop incomplète, si l'on ne faisait allusion au problème des tumeurs leydigiennes de l'ovaire. On sait que la médullaire ovarienne a la valeur d'une ébauche hétérosexuelle. Dans l'espèce humaine, on trouve à son voisinage, dans le mésovaire, des amas de cellules offrant des relations intimes avec les nerfs sympathiques. Ces cellules furent découvertes et longtemps étudiées par le docteur Louis Berger [2], qui les dénomma sympathicotropes, à cause de leurs relations avec les nerfs, et reconnut leurs homologies avec les cellules interstitielles extra-parenchymateuses du testicule. Le même auteur a récemment décrit un cas d'anénome des cellules sympathicotropes, avec virilisation. Comme le suggère Berger, après Masson, il se peut d'ailleurs fort bien que le « lutéinome » de Cosacesco et al. soit en réalité une tumeur des cellules sympathicotropes. Il est également possible que certains « hypernéphromes ovariens » reconnaissent la même provenance. Notons aussi, à part les tumeurs proprement dites, certaines proliférations hyperplasiques probablement secondaires à un déséquilibre endocrinien. Deux cas de ces hyperplasies furent présentés à la Société de Biologie de Montréal, et publiés en compte-rendu, par le docteur Louis-Charles Simard [3]. Il faut avouer que dans le sexe féminin la question des tumeurs interstitielles est singulièrement difficile, en raison même de la complexité de l'organogénèse ovarienne.

Ces quelques notes permettront d'apprécier le progrès réalisé en vingt ans dans un seul des nombreux chapitres de la science des tumeurs, et de constater la contribution de nos institutions québecquoises à l'avancement de cette question. Trop de médecins ont tendance à considérer la systématique oncologique d'un œil dédaigneux, et de croire que la recherche en ce domaine est soit périmée soit inutile. En réalité, la classification des tumeurs est en constante revision, et des entités nouvelles sont fréquemment dégagées et décrites. Sans avoir l'importance des recherches sur la genèse du cancer, une meilleure connaissance de l'histoire naturelle des cancers joue et jouera toujours un rôle fondamental dans son diagnostic, dans son traitement, dans son pronostic, et peut-être même dans sa prévention.

---

2. *Revue canadienne de Biologie*, **1**: 539; 1942.
3. *Revue canadienne de Biologie*, **1**: 572; 1942.

MODE D'ACTION DES VITAMINES[1]

Par **Arthur GAGNON.**

A mesure que les travaux de chimie biologique et de nutrition progressent, la classification de certaines substances en hormones, vitamines et enzymes paraît de plus en plus arbitraire. En fait, il n'y a pas encore très longtemps on aurait pu considérer toutes ces substances comme des catalyseurs. Pour les besoins de la cause, nous retiendrons que l'hormone est une substance qui est normalement sécrétée par l'organisme, tandis que la vitamine est une substance que l'organisme est incapable de synthétiser. La synthèse de certaines vitamines par les micro-organismes du tube digestif ne doit pas être considérée comme un accroc à cette distinction.

Le cas de la choline va cependant nous faire toucher du doigt la fragilité de cette classification.

La choline peut être synthétisée par l'organisme: c'est donc une hormone. Par ailleurs, dans certaines conditions, l'organisme est incapable de synthétiser toute la quantité de choline dont il a besoin, et alors il doit faire appel à la choline exogène provenant de la diète. La choline, dans ce cas, est donc en partie une vitamine.

Notons que, si l'on s'en tenait au terme de vitamine qui veut que les vitamines soient des amines, nous réduirions ce groupe aux entités suivantes:

B_1 (pyrimidine);
B_2 (noyau alloxazine);
Nicotinamide (noyau pyridine);
Pyridoxine (noyau pyridine);
Pantothénique (B alanine);
Biotine (noyau cyclique uréique);
Choline;
Acide p. amino benzoïque.

Nous admettrons aussi que les enzymes, tant celles responsables de la digestion que celles responsables de la respiration tissulaire, se comportent comme de vrais catalyseurs.

Depuis une cinquantaine d'années l'évolution des hypothèses visant à expliquer le mode d'action des vitamines a subi le va-et-vient des recherches étrangères aux vitamines.

Au début on explique tout en terme d'intoxication. Eijkman, par exemple, admet en 1897 que le béribéri est un état d'intoxication causé par le métabolisme de quantités excessives d'amidon, et que les décortiqures de riz contiennent une substance capable de neutraliser les produits toxiques de ce métabolisme.

Vers la même époque, à cause des travaux de Pasteur, on s'entête à rechercher une explication microbienne.

Plus tard des travaux histologiques furent entrepris qui révélèrent les faits suivants:

La carence en vitamine A occasionne une métaplasie caractéristique des tissus épithéliaux;

La carence en vitamine B occasionne une dégénérescence de la myéline des nerfs périphériques;

La vitamine C est indispensable à la formation des substances fondamentales;

La vitamine D est essentielle à la calcification des os en croissance;

La carence en vitamine E amène une dégénérescence du testicule.

Ces études histologiques ont fortement influencé les recherches ultérieures, mais n'ont pu à elles seules élucider le mécanisme d'action des vitamines.

De 1920 à 1930, la popularité dont jouissaient les hormones poussa de nombreux chercheurs à étudier toutes les relations possibles entre hormones et vitamines toujours dans le but de mettre à jour le mode d'action de ces dernières. On peut dire aujourd'hui qu'aucune relation du genre n'a été définitivement démontrée.

Par contre, dès 1921, Seidell suggéra une relation entre les vitamines et les enzymes, tant du point de vue physiologique que du point de vue chimique. Cette suggestion, quoique très juste, tomba rapidement dans l'oubli, parce que, vu l'état peu avancé de la chimie des vitamines et

1. Travail présenté à la *Société de Gastro-Entérologie de Montréal.* Séance du 13 juin, à l'Université de Montréal.

les enzymes, personne n'était à même de la vérifier ou de la juger.

Aujourd'hui cette relation entre enzymes et vitamines est démontrée, du moins pour trois éléments du complexe B, qui sont la thiamine, la riboflavine et la nicotinamide.

Il est prouvé en effet que la thiamine est une partie constituante de la cocarboxylase, que la nicotinamide est une partie constituante des coenzymes I et II et que la riboflavine est partie constituante de nombreuses enzymes respiratoires qu'on appelle les flavoprotéines. Du point de vue chimique, la relation est donc établie. Voyons maintenant si, du point de vue nutrition, ces relations s'extériorisent d'une façon quelconque. Je crois que de nombreuses expériences, et en particulier celles de Richter, viennent à l'appui de ces relations purement chimiques. Ce dernier a nourri des rats de manière à mettre en évidence leur libre choix.

Il a observé par exemple que les animaux carencés en complexe B montrent:

a) une aversion pour les protéines;

b) une aversion pour les glucides;

c) un appétit marqué pour les lipides.

Ces animaux carencés en complexe B manquent entre autres de thiamine, de riboflavine, de nicotinamide et de quelques autres vitamines. Il semble que l'aversion des rats pour les glucides puisse s'expliquer par les perturbations profondes du métabolisme dues à une déficience de thiamine.

On sait en effet que

$$CH_3.CO.CO_2H \xrightarrow[\text{(diphosphate de thiamine)}]{\text{cocarboxylase}} CH_3.CHO + CO_2$$

En fait on a réussi à démontrer l'accumulation d'acide pyruvique dans le sang des animaux carencés en thiamine. L'aversion pour les protéines peut aussi s'expliquer partiellement de la même façon si l'on songe qu'une grande partie de protéines et d'acides aminés sont transformés en glucose au sein de l'organisme. Elson et Machella prétendent que les individus soumis aux expériences de libre choix choisissent en général des diètes dont les teneurs en protéines et en thiamine sont parallèles.

Si on ajoute à la diète des rats carencés les doses voulues de thiamine, de riboflavine, de pyridoxine et de nicotinamide, on rétablit chez eux un appétit voisin de la normale.

La riboflavine de son côté semble être reliée au métabolisme des protéines. Sarett a montré en 1942 que, chez des chiens en croissance, la quantité de riboflavine excrétée semble inversement proportionnelle à la quantité de protéines ingérées.

Régime	*Riboflavine excrétée*
1 gr. de protéines / Kg. de poids	5
7 grs. — / —	1
12 grs. — / —	1

La quantité de protéines ingérées semble créer un besoin de riboflavine. Même l'excrétion de riboflavine injectée I.V. est influencée par la quantité de protéines ingérées.

	Quantité de riboflavine excrétée
1 gr. de protéines / Kg. de poids	70%
7 grs. — / —	27%
12 grs. — / —	3%

La thiamine n'est pas influencée. La pyridoxine et la nicotinamide montrent un phénomène analogue, mais moins prononcé et moins constant.

Des auteurs tels que Kon et Braman (1931), Sure (1941), Kleiber et Jukes (1942), ont montré qu'une déficience en riboflavine diminue la croissance et abaisse le taux d'utilisation de l'azote pendant la croissance. Par exemple:

	Augmentation du poids en calories	*Azote fixé*
Poulets déficients en riboflavine	100 cal.	2.3 gr.
Poulets contrôlés	100 cal.	5.1 gr.

Une autre relation entre la riboflavine et le métabolisme des protéines nous est fournie par le fait suivant:

Protection contre l'hépatome provoqué par le jaune beurre

riboflavine	20 à 30%
caséine	20 à 30%
riboflavine + caséine	97%

Ces résultats semblent très encourageants.

Sans vouloir expliquer le mode d'action de toutes les vitamines par de pareilles relations avec les enzymes, il est permis d'espérer, semble-t-il, la découverte prochaine de quelques autres relations analogues.

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

L'Union Médicale du Canada
(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

Tome 73 — N° 8 Montréal, août 1944

VITAMINES ET CANCER

Le cancer constitue un des problèmes les plus urgents de la médecine moderne. Les récentes découvertes de biochimie contribuent à donner une orientation nouvelle à la recherche en cancérologie. L'existence dans le corps humain des hydrocarbures polycycliques, tels les sels biliaires, le cholestérol, les hormones sexuelles et la vitamine D, pouvant subir des transformations en substances cancérigènes et le rôle de l'alimentation dans ce processus chimique apparaissent comme des contributions d'une importance primordiale.

Les divers composés polycycliques, en regroupant dans la molécule un atome d'oxygène et un atome d'hydrogène, perdent leur influence toxique et sont détruits par l'organisme. Les causes qui entravent ce regroupement d'hydroxyle permettent que ces composés polycycliques conservent leur action cancérigène.

Ceci fut brillamment démontré par les travaux de Cook, Kennaway et surtout par Feiser et ses collaborateurs [1,2,3].

Les cellules sont des unités chimiques hautement organisées; leur fonctionnement normal dépend d'un apport continuel d'éléments chimiques, producteurs d'énergie, et d'autres éléments qui sont nécessaires, soit pour la construction des protéines, lipides et hydrates de carbone cellulaires, soit pour la régularisation de l'activité cellulaire, telles les enzymes et les vitamines.

Il est donc logique de considérer que le régime peut être un facteur tout au moins modifiant dans la carcinogénèse. Des conclusions inattendues, mais appuyées par des preuves scientifiques démontrent que cette complexité du problème, la désintoxication et la destruction des hydrocarbures polycycliques, réside dans un système d'enzyme dont les vitamines sont les éléments essentiels.

La fréquence du cancer du foie chez certaines races orientales, dont l'alimentation consiste presque exclusivement de riz, démontre que, tout au moins dans ce genre de cancer, le régime y compte pour beaucoup. Par ailleurs, les travaux de Sasaki, Yoshida [4], Kinosita et Ando [5] ont démontré expérimentalement l'exactitude des observations cliniques.

L'hépatome chez le rat n'est réalisable que si la substance cancérigène (o. aminoazotoluène, diméthylaminoazobenzène) est incorporée au riz cuit, c'est-à-dire, une ration carencée en vitamine du complexe B. Par contre, si cette dernière se trouve complétée, soit par de la levure, du foie ou du lait, les rats ne sont plus porteurs d'hépatome, mais seulement d'une cirrhose hépatique. Ainsi la cellule se trouve protégée contre la cancérisation, grâce à la riboflavine dans la levure et le foie, et à un élément non encore isolé dans la caséine [6].

Certaines activités enzymatiques importantes semblent être diminuées dans l'hépatome, ne laissant pas de doute que l'action protectrice de la riboflavine tout au moins se fait par l'entremise des systèmes d'enzymes.

Les publications récentes de Kensler [7], Burk [8], Hogness [9] et Elvehjem [10] attestent de la haute recherche et combien demeure encore passionnant ce problème.

Les modifications que subissent les cancers mammaires spontanés chez la souris, par les régimes déficients en certains acides aminés, furent démontrées déjà par Voegtlin. Dans le même ordre d'idées, White et Mider [10] ont trouvé que le jaune beurre ainsi que le méthylcholanthrène sont des substances toxiques pour des jeunes rats dont le régime est pauvre en cystine. Ces deux substances fortement

1. J. W. Cook: « Cancer producing Chemical Compound. » *Nature*, **145**: 335, 1940.
2. J. W. Cook, E. L. Kennaway: « Chemical Compounds as Carcinogenic Agents. » *Am. J. Cancer*, **33**: 50, 1938.
3. L. F. Feiser: « Carcinogenic Activity, Carcinogenic structure and Chemical reactivity of polynuclear aromatic hydrocarbons. » *Am. J. Cancer*, **34**: 37, 1938.
4. T. Sasaki et T. Yoshida: *Virchaw Arch. Path. Anat.*, **175**: 295, 1935.
5. R. Kinosita et E. Ando: *Trans. Soc. Path. Japon*, **27**: 665, 1937.
6. C. J. Kensler, K. Sugiura, C. P. Rhoads: *Science*, **95**: 174, 1942.
7, 8, 9. *A Symposium on Respiratory Enzymes.* University of Wisconsin. Sept. 11. 17. 1941.
10. J. White et G. B. Mider: *J. Nat. Can. Instit.*, **2**: 95, 1941.

cancérigènes sont désintoxiquées dès que la ration n'est plus carencée en cystine, démontrant que les corps carcinogènes se lient avec le groupe sulphydryl des protéines. C'est d'ailleurs l'opinion de Feiser et de ses collaborateurs.

Les biochimistes ne cessent pas de poursuivre leurs recherches. Récemment, la choline, facteur important de la vitamine B, dont l'action lipotropique se trouve démontrée dans la cirrhose chez le rat, et l'inosital, autre substance lipotropique, spécifique du foie gras causé par le biotin, ont été l'objet de nombreux travaux. Le rôle que ces substances jouent dans l'hépatome, cependant, reste encore assez obscur.

L'action procancérigène de la vitamine H (biotin) et l'action antibiotin que possède le blanc d'œuf (avidin) confirment l'hypothèse de Woolley: que les procédés biologiques dont participent les vitamines demeurent normaux grâce aux antivitamines [11, 12].

Green [13] et ses associés avaient déjà démontré que des renards nourris au poisson cru étaient affectés par une carence en thiamine due à une antithiamine présente dans la carpe. Cette réaction doit-elle être considérée plutôt comme une dégradation enzymatique? La réaction biotin-avidin peut-elle être considérée de même nature? La caséine et la riboflavine, en présence de biotin, perdent-elles leur action nettement protectrice contre le cancer expérimental du foie, par cette action antivitamine? Voilà autant de questions dont sont saisis tous les chercheurs dans ce domaine.

Les vitamines et les acides aminés paraissent essentiels pour que les systèmes d'enzymes dans l'organisme animal maintiennent l'activité cellulaire dans un état qui est conforme à une évolution cellulaire biologique.

Il découle des récentes recherches, tout au moins en ce qui concerne l'hépatome, qu'en incorporant dans la ration carencée la substance cancérigène, jaune de beurre, l'on a détruit les systèmes d'enzymes essentielles pour la respiration cellulaire (co-enzyme I et co-enzyme II), et qu'enfin cette asphyxie cellulaire conduit à une atrophie qui précède la cancérisation (Kensler, Sugiura, Rhoads).

De tous ces travaux il est évident, comme dit Rhoads [14], qu'on a démontré pour la première fois qu'une déficience alimentaire peut rendre des animaux susceptibles à une forme de cancer, et que l'addition à la ration des éléments déficients les protège presque totalement. Les protéines occupent une position stratégique dans la défense cellulaire contre la carcinogénèse.

L'énigme du cancer existe toujours. Les travaux se poursuivent sans relâche. Les chercheurs se font plus nombreux qui scrutent les complexités des systèmes d'enzymes et des vitamines, et mettent à jour le métabolisme pathologique des tumeurs. La biochimie donnera-t-elle la réponse à l'oracle? Il est à espérer que les études physico-chimiques de la cellule cancéreuse ne seront pas sans résultats!

La réalisation par la synthèse d'un produit fortement cancérigène, le méthylcholanthrène, son rapprochement par sa structure chimique, très similaire à la vitamine D et aux autres hydrocarbures dans l'organisme animal, marque une étape dans l'effort du génie humain de mettre la science au service de la vie.

A. CANTERO.

11. D. W. Woolley: *J. Biol. Chem.*, **141**: 997, 1941.
12. Du Vigneaud et al: *Science*, **95**: 174, 1942.
13. G. G. Green, W. E. Carlson et C. A. Evans: *J. Nutrition*, **21**: 243, 1941.
14. C. P. Rhoads: *Bulletin New York Academy of Medicine*, **18**: 53 (janvier) 1942.

MÉDECINE SOCIALE

COMMENT DOIT S'ALIMENTER LA FEMME QUI ATTEND UN BÉBÉ, AFIN DE CONSERVER SES DENTS ET POUR QUE SON ENFANT AIT DE BONNES DENTS[1]

Par **J.-N. LAPORTE,**
Directeur adjoint du Service de Santé de Montréal,
Surintendant de la Division de l'Hygiène de l'Enfance.

Certains vieux dictons semblent lancer un défi au progrès, car même de nos jours on entend dire: « Une dent pour un enfant ». Et si une femme relativement jeune mais qui a eu plusieurs enfants n'a plus que quelques bonnes dents ou qu'elle porte un dentier, nombre de gens trouvent cela naturel et quasi normal!

Ceci pouvait être admis autrefois, quand les notions en hygiène alimentaire étaient plutôt restreintes, mais depuis assez longtemps les savants de tous les pays ont porté leurs recherches sur l'alimentation rationnelle, ils ont multiplié leurs études dans ce secteur vital et, à l'heure actuelle, nos connaissances en alimentation ont grandi d'une façon extraordinaire, à tel point qu'elles constituent en ce moment un des chapitres les plus importants de la science médicale.

L'alimentation rationnelle est une science dont les principes sont enseignés au public par tous les moyens que nous avons à notre disposition: journaux, quotidiens et hebdomadaires, revues, causeries dans les écoles, collèges et couvents, conférences populaires, cinéma, radio.

Il va sans dire que les vitamines jouent un grand rôle dans cette propagande, car c'est surtout depuis la découverte des vitamines que l'hygiène alimentaire s'est avancée dans la voie heureuse et bienfaisante du progrès.

Tout le monde connaît les vitamines, même les écoliers, et, à Montréal, par exemple, les médecins inspecteurs et les infirmières visiteuses du Service de santé en parlent fréquemment aux élèves, c'est une de leurs attributions.

Par ailleurs, le Service de santé, afin de renseigner le public, a parmi son personnel une nutritionniste dont la fonction est de donner des conférences aux mères qui suivent les consultations prénatales, ainsi que des cours, le soir, dans les différentes paroisses, aux mamans qui veulent se tenir au courant de cette importante question.

La future maman n'a donc pas le droit de rester ignorante en ce qui concerne son alimentation.

Quant au dicton « Une dent pour un enfant », il repose sur le fait suivant: la femme qui va devenir mère ne s'alimente pas d'une façon rationnelle. Il lui manque certains sels minéraux comme le calcium, le phosphore, ou du moins elle n'a pas ces éléments en quantité suffisante pour les fournir au petit être qui en a besoin pour former son squelette et ses dents. Le futur bébé puise donc ces sels minéraux dans les réserves, entre autres, dans les dents de sa mère.

D'après des expériences pratiquées sur des animaux et d'après de nombreuses observations cliniques, il a été clairement prouvé que, si l'alimentation de la mère manque de calcium, de phosphore, de vitamine A, de vitamine C et de vitamine D, substances qui servent à la formation des os et des dents, cette déficience peut être la cause de la perte d'une dent, voire de plusieurs.

Si ce régime insuffisant peut avoir des effets sérieux sur les dents de la mère et de l'enfant, on peut, également, observer d'autres maladies, par exemple, une anémie grave chez le bébé. Celle-ci peut être due au manque de substances qui servent à la formation de l'hémoglobine et au développement des cellules du sang.

1. Causerie au poste radiophonique C. K. A. C., le 3 juin 1944.

Durant la grossesse, la mère doit fournir à son enfant assez de fer pour les premiers mois de sa vie, et un bébé doit naître avec environ trois fois autant de fer qu'il en aura besoin à l'âge adulte. Il faut donc comprendre que ce fer doit provenir de la mère et il devient évident qu'il y a de graves inconvénients à ce que le régime de la maman soit pauvre en fer.

Une alimentation rationnelle bien équilibrée protège les tissus de la femme enceinte, l'aide à recouvrer ses forces et à se remettre promptement de ses couches. Elle se prépare d'une manière intelligente à mettre au monde un enfant en bonne santé et à mieux le nourrir.

Donc, le problème le plus important que doit envisager la femme enceinte, c'est le choix de sa nourriture, et ce n'est pas tant la quantité des aliments qui compte que ce qu'ils peuvent contenir. Si elle doit se garder en santé et en même temps donner à son enfant de bons tissus, elle doit inclure dans son régime quotidien une quantité suffisante des aliments qui devront subvenir à ses besoins et à ceux de son futur bébé. Elle doit toujours avoir à l'esprit que le bébé en voie de formation est protégé à ses dépens et, si elle a une alimentation mauvaise ou insuffisante, c'est elle et son bébé qui en souffriront. Une bonne assurance-santé pour la mère et pour le bébé, c'est une alimentation qui comprend surtout le lait, les œufs, la viande, les légumes verts, le pain complet ou Approuvé-Canada, les céréales de grains entiers, les fruits, l'huile de foie de poisson.

Si l'alimentation de la mère a été équilibrée, aucune nourriture supplémentaire n'est nécessaire durant les trois premiers mois. Pendant les trois mois suivants, le fœtus progresse très rapidement, il faut donc à la femme enceinte une alimentation plus substantielle, des aliments qui produisent les muscles, comme le lait, les œufs, la viande, ainsi que ceux qui forment le sang, tels que les œufs, le foie, les rognons, le cœur, le gruau, les fruits et les légumes verts. Pour la formation des os et des dents, le lait, l'huile de foie de poisson ou les poissons gras, le fromage, les noix, les tomates ou les fruits agrumes comme les oranges, les pamplemousses et les citrons. Répétons-le, la qualité est plus importante que la quantité totale des aliments consommés, car environ 1/5 de ce que la mère absorbe est nécessaire à la croissance du fœtus. Durant les six derniers mois de la grossesse, il s'agirait donc d'ajouter au régime de la mère un verre de lait, une tranche de pain ou un morceau de fromage et quelques biscuits secs ou un bouillon à la reine ou quelques fruits (pommes, oranges, dattes, figues, abricots, pêches). Cette nourriture additionnelle peut être divisée en deux repas supplémentaires: un au milieu de l'avant-midi et l'autre au milieu de l'après-midi, soit cinq repas par jour, puisqu'un grand nombre de femmes enceintes se portent mieux avec cinq petits repas que 3 gros repas.

Voyons sommairement les principaux aliments. Il est difficile de n'appuyer que sur les aliments formant les dents, puisque tout doit marcher de concert.

Le lait: Une pinte est nécessaire par jour. Il peut être pris comme breuvage, au repas ou entre les repas, ou encore sous d'autres formes comme cacao, « cossetarde » ou autres desserts. Le fromage peut remplacer le lait.

Les fruits: Deux sortes de fruits doivent être mangés tous les jours. Les fruits citrins, orange, pamplemousse et citron, ou une tomate. L'autre, n'importe quel fruit désiré: pomme, abricot, pêche, raisins, figues, dattes, fraîches ou sèches, cuites ou crues, et, si la digestion est plus ou moins bonne, on peut substituer le jus de fruits aux fruits nature.

Les légumes: Trois sortes de légumes doivent être inclus dans le régime: les pommes de terre, les légumes verts (épinards, laitue, chou, brocoli, pois ou fèves) et un autre légume ou une deuxième portion de légumes verts. Ces légumes peuvent être servis en salade, au beurre, avec une sauce béchamelle, en soupe ou autrement. Le lait, les fruits, les légumes et la viande sont considérés comme des aliments protecteurs et ils deviennent plus importants pendant la croissance comme l'enfance et l'adolescence et dans le cas de la femme enceinte et de celle qui allaite. Ces aliments aident à la protection des tissus et jouent un grand rôle dans le développement des dents, des glandes et du sang et contribuent à la résistance aux maladies.

Les œufs: Un œuf ou au moins le jaune d'œuf doit être mangé une fois par jour, si possible.

Les œufs sont riches en fer et en vitamines A et D.

La viande et le poisson: Une portion de viande ou de poisson est essentielle. Un poisson de mer doit être mangé une fois par semaine, si possible. Les poissons gras de mer, tels que le hareng, les sardines, le saumon, sont préférables parce qu'ils renferment de l'iode et des vitamines.

Céréales et pain: Les céréales de grains entiers constituent un bon déjeuner, mais peuvent être servies également le soir si on le préfère. Le pain doit être fait de blé entier qui est riche en fer, en éléments producteurs de muscles et en vitamines.

Les matières grasses: Le beurre et les autres matières grasses (bacon, saindoux, mayonnaise, sauces grasses, etc.) doivent être mangés en quantité modérée.

L'huile de foie de morue: D'après les expériences, il est sage pour la mère d'ajouter tous les jours à son régime une cuillerée à thé d'huile de foie de morue. Elle peut être prise soit pure, en émulsion ou avec des jus de fruits, ou encore sous forme de capsules. (L'huile de foie de morue doit être gardée dans la glacière pour conserver sa teneur en vitamines). L'huile de foie de flétan et les viostérols peuvent remplacer l'huile de foie de morue.

L'iode: Il est extrêmement important à Montréal de se servir de sel iodé, afin d'aider au fonctionnement de la glande thyroïde. Cette glande domine toutes les autres et son fonctionnement normal aide à rendre à terme le futur bébé.

Il faut éviter les bonbons, les liqueurs, les pâtisseries, les mayonnaises qui font engraisser et qui ne fournissent pas d'éléments essentiels. La femme enceinte normale doit garder son poids pendant les trois premiers mois de la grossesse. Ensuite, elle augmente régulièrement jusqu'à une moyenne d'environ 20 livres de plus que son poids initial. Dans aucun cas cette augmentation ne doit dépasser 30 livres.

En conclusion, dès qu'une femme croit être enceinte, elle doit consulter son médecin qui procédera à un examen complet: cœur, poumons, reins, pression artérielle et examen du sang. Et j'insiste sur ce dernier point: examen du sang avant le 5e mois de la grossesse. Le médecin verra donc à corriger les quelques défauts qui pourraient exister, il prescrira le genre d'alimentation qui convient à son état. Il l'enverra, de plus, voir son dentiste, qui, au besoin, réparera les petites pointes de carie qui auraient pu se produire depuis six mois, car elle doit avoir la bonne habitude de consulter son dentiste tous les six mois. La surveillance immédiate du médecin et du dentiste aidera beaucoup à préparer une grossesse exempte d'inconvénients ou de complications. Les mères doivent être bien convaincues que la grossesse n'est pas une maladie, mais une fonction toute naturelle, qui ne saurait inspirer que la plus légitime fierté.

Si vous mettez ces quelques conseils en pratique, mesdames, vous aurez un bébé fort et dont la chair ferme, marbrée, potelée, démontrera qu'il est bien portant.

Un peu plus tard, lorsque viendra l'heure de la poussée dentaire, il aura des dents normales. La dentition, c'est-à-dire l'éruption naturelle des dents, se fera sans ennuis, et, si vous avez le bon esprit de conduire votre enfant tous les six mois chez le dentiste, quand il sera un peu plus grand, vous serez assurée, madame, de lui avoir donné ce bel héritage: une denture saine tellement nécessaire à sa bonne apparence et à sa santé.

VARIÉTÉS

LE RÔLE DE L'ÉDUCATION DANS LA PRATIQUE DE LA MÉDECINE ET L'ÉTHIQUE PROFESSIONNELLE[1]

Par **Albert LeSAGE.**

La déontologie, nous le savons, est cette partie de la médecine qui traite des devoirs du médecin envers lui-même, le client, le confrère et la société. Nous allons vous exposer ce que nous croyons juste et utile de connaître sur chacun de ces chapitres en nous inspirant de l'expérience acquise par nos maîtres et par nous-même.

1) Un étudiant en médecine doit-il posséder *une éducation adéquate* pour acquérir et assimiler non seulement les notions fondamentales des sciences médicales, mais celles, complémentaires, des sciences économiques et sociales indispensables même pour le médecin?

2) Quel est *le rôle de l'éducation* et de notre enseignement secondaire en pareille matière?

Voilà, je crois, ce qui va constituer le seul intérêt de cet entretien avant d'aborder le sujet principal de ces leçons. C'est une introduction à l'étude de la déontologie.

Nous parlerons d'abord de l'éducation.

DÉFINITION.

a) « La culture que chaque génération donne à ceux qui doivent lui succéder, afin de les rendre aptes à conserver, du moins, sinon accroître les progrès de tout genre accomplis jusqu'à eux » (Stewart-Mills).

b) « L'éducation s'applique à mettre en œuvre toutes les tendances qui font la force et la valeur des hommes » (Stein).

c) « *L'éducation est l'art de former des hommes* » (Rousseau). Rien n'est plus juste.

Voyons ce qui se passe autour de nous.

La nature pourvoit au développement de l'animal, tandis que l'homme, doué de volonté et de raison, a, seul, besoin d'éducation. Avant de passer, sans danger, au milieu des forces naturelles, il requiert des soins infinis et plus longs que n'importe quel animal. C'est admettre que l'éducation doit corriger les instincts afin de faire prévaloir l'humanité sur l'animalité.

Donc, la notion même de l'éducation implique un idéal, c'est-à-dire une perfection supérieure à la nature simplement donnée. C'est dans l'enfant qu'elle doit débuter, « en lui apprenant à s'élever lui-même lorsque d'autres auront cessé de l'élever » (Guizot). Bref, « étant devenus des hommes, ils sauront se diriger sagement, indépendamment de l'éducation professionnelle qu'ils recevront plus tard » (Montaigne).

Le rôle de l'éducation est tel qu'elle imprime à l'homme un status permanent, quelle que soit la situation qu'il occupera.

*
* *

QUE COMPORTE L'ÉDUCATION?

a) L'éducation *physique*, qui préside au développement du corps.

b) L'éducation *intellectuelle*, qui dirige le développement psychique en formant l'esprit.

c) L'éducation *morale*, qui forme le caractère, c'est-à-dire la volonté et le cœur, les deux mobiles de nos actes.

d) L'éducation *artistique*, qui forme le goût, apprend à discerner et à sentir la beauté, le mouvement, la pensée, la vérité, bref, la vie dans la nature. N'est-ce pas, ainsi, se rapprocher de l'idéal de la véritable éducation?

« C'est l'exercice de la pensée qui cherche à comprendre le monde et à le faire comprendre » (Rodin).

En conclusion sur ce chapitre, disons que l'unité est la qualité maîtresse de l'éducation puisqu'elle tend à développer l'homme harmonieusement, et

1. Leçon professée au cours de déontologie aux étudiants en Médecine à l'Université de Montréal en avril 1944.

que l'unité seule peut constituer, chez lui, le prix d'une vie comme la beauté d'un caractère. Vous devez donc avoir reçu, au moins, les notions préliminaires de cette forte éducation avant d'aborder l'étude des sciences et arts professionnels. Car l'Université est *un couronnement*. Vous devez y entrer suffisamment pourvus de ces qualités essentielles de l'intelligence qui doivent éclairer votre route et fortifier vos résolutions.

Des problèmes nouveaux, à cette dernière étape, se posent qui soumettent vos études classiques à des épreuves successives.

Avez-vous reçu, antérieurement, les directives indispensables en pareilles circonstances?

Vous a-t-on initiés, peu à peu, à une conception de la vie dont les cadres puissent s'adapter à votre avenir à mesure que vous progressez?

Quel sens a-t-on attribué au mot *homme*, avec son hérédité, son milieu, ses aptitudes, ses inclinations?

Connaissez-vous, dès maintenant, la signification du mot *responsabilité?* quand elle débute dans la vie, où elle cesse?

Possédez-vous un moyen de mesurer la profondeur de l'abîme qui sépare le progrès de la routine?

Vous a-t-on enseigné une méthode sûre de reconnaître l'insanité des formules désuètes sur l'initiative, l'opinion, la discipline, le travail, le repos?

Avez-vous entendu parler de *la loi universelle non écrite* — conséquemment humaine — dont les règles fondamentales reposent, avant tout, sur la conscience et la coutume? Savez-vous que sa maîtrise est, très souvent, *supérieure à la loi écrite dans l'ordre social*: politique, législatif et économique?

Si, en quittant vos collèges, vous apportez ce précieux avoir, vous êtes aptes non seulement à assimiler l'enseignement universitaire, mais vous possédez, déjà, le pouvoir de transmettre cet héritage à ceux qui vous suivront.

Si, par contre, on a omis ou négligé de vous en pourvoir en vue de vos études, de médecine, par exemple, vous mécaniserez, tôt, votre art, et *votre profession n'offrira plus, pour chacun de vous, qu'un intérêt purement commercial...*

Ce mal, on sait qu'il existe, hélas! Il est contagieux et trop répandu dans nos rangs.

Que faire? C'est un « enfant du siècle » et son hideux sourire voltige sur nos passions déchaînées; parodiant le « Rolla » bien connu de Musset!

D'ailleurs, l'Etat, *ce monopole détestable du point de vue intellectuel*, est en train de mobiliser les médecins et de les transformer en gardes-chiourmes dans le champ clos des *assurances sociales* obligatoires dont on annonce l'arrivée, bientôt, parmi nous.

Où va le médecin, ce méconnu et ce nouveau fonctionnaire? Que devient la médecine traditionnelle sans émulation?

L'enseignement classique

Je voudrais, messieurs, vous le sentez bien, dans ce court entretien, *fortifier votre confiance dans l'enseignement classique;* celui que vous avez reçu ou que vous auriez dû recevoir. Il constitue, selon moi et d'autres, la meilleure préparation aux études supérieures, en particulier à l'étude de la médecine dont les méthodes d'induction, de déduction, d'exposition, d'interrogation, d'analyse et de synthèse exigent, chaque jour, de chacun de nous, un effort nouveau, à la recherche de la vérité: *le diagnostic!...*

Il y a trente ans, environ, le classique a subi le joug du scientifique, surtout en France.

Qu'en disait-on, à cette époque? Ce qu'on en dirait aujourd'hui, très probablement.

Je vous citerai, à ce sujet, quelques opinions anciennes que je livre à vos réflexions.

Un haut dignitaire dans l'enseignement supérieur en France écrivait à cette époque ce qui suit à propos des études gréco-latines et littéraires, qu'on voulait remplacer par les études scientifiques sans philosophie:

« Si nous ne réagissons pas énergiquement, disait-il, la France perdra dans le monde cette suprématie intellectuelle qu'elle a exercée au cours de ces trois derniers siècles, et qui donnait tant de rayonnement à son influence . . . . . .

« On cherche à détruire un enseignement unissant la culture classique à la formation chrétienne. On n'a su rien mettre à la place; on ne vit plus que d'empirisme et l'esprit des jeunes géné-

rations n'est plus qu'un champ d'expériences contradictoires. »

Quelles erreurs fatales ont suivi et abouti à l'émouvante et rapide catastrophe de ce grand pays. Mais il vivra et survivra!

Que disait, à cette époque, Anatole France, dans son admirable livre intitulé *Vie littéraire*?

Parlant de la prétendue primauté des sciences sur les études gréco-latines, il conclut: « Les éléments d'une science exacte ne sont d'aucune utilité à ceux qui ne poussent pas cette science assez avant pour en faire la synthèse ou pour en tirer des applications industrielles. »

Levasseur, décédé, jadis professeur au Collège de France, membre de l'Institut de France, que j'ai rencontré un jour à Paris, exprimait l'opinion suivante sur ce sujet: « Nos meilleurs sujets ne sont pas ceux de la section des sciences, mais ceux qui, ayant fait leurs lettres jusqu'à la logique inclusivement, sont entrés ensuite en sciences élémentaires . . . peu à peu ils montent . . . et prennent, d'ordinaire, les premières places. »

En *Angleterre*, on semble exprimer le même avis. Voici un passage d'un rapport d'une commission d'enquête à ce sujet: « La jeunesse universitaire a conservé le culte de l'antiquité; elle sait parfaitement le latin et le grec. Nous retrouverons, plus tard, ces esprits très finement cultivés dans les professions, dans l'enseignement, dans les hautes fonctions publiques et même à la Chambre des Lords et aux Communes... Dans cette lutte au grec et au latin, il n'est pas à propos, pour nous, de changer un programme qui, depuis des siècles, avait formé les intelligences les plus puissantes du monde. »

Lord Macaulay, auteur anglais célèbre, disait publiquement, à cette même époque, que « l'éducation classique est la meilleure des préparations pour toute profession qui exige l'exercice de hautes facultés intellectuelles. »

Aux *Etats-Unis*, le Dr Gordon, ancien président de l'Université de l'Indiana, s'exprimait ainsi dans un rapport sur l'éducation du médecin: « Si les médecins ne prennent pas leur part dans les progrès de la science, nous croyons que la culture générale leur fait défaut. Nous devrions exiger une formation classique de tous ceux qui demandent leur admission à l'étude et *fermer la porte à l'ignorant, à l'homme nul, au paresseux. Le médecin instruit sera toujours un homme de science; celui dont la formation aura été défectueuse sera l'empirique et le charlatan.* »

Comme c'est vrai!...

Qu'en pense-t-on au Canada?

Le prof. Brant, recteur, en ce temps-là, de la *Queen's University*, de Kingston, publiait son opinion dans un bouquin sur le Canada: « Les membres canadiens-français du Parlement, à cause, probablement, de la formation classique qui est la base de leur éducation, sont beaucoup supérieurs à leurs confrères de langue anglaise par la clarté de leur langage et par la grâce de leur style; même lorsqu'ils parlent en anglais, ces qualités sont remarquables. »

Parmi les nôtres, je vous citerai deux témoignages: celui du docteur E.-P. Lachapelle, ancien doyen de la Faculté de Médecine: « Celui qui a fait un cours d'études classiques complet, dit-il, possède une formation intellectuelle meilleure et plus en rapport avec toutes les exigences de la médecine... Ses facultés sont mieux formées et lui assurent une supériorité marquée sur les autres, soit pendant ses études médicales, soit, plus tard, pendant sa carrière de médecin. » Il terminait en exprimant le désir que l'on supprime le brevet. C'est fait.

Enfin, Mgr Gauthier, le premier recteur de l'Université de Montréal, s'exprimait ainsi sur le classique: « Nous avons l'immense avantage d'avoir un système d'études consacré par une expérience séculaire et qui nous reporte, d'un trait, jusqu'à ces écoles, créées par Charlemagne avec le trivium et le quadrivium de leurs sept arts libéraux, auxquels les écoles supérieures ajoutaient *le droit, la médecine* et *la théologie*. Ce qui frappe, dans ce système, c'est son unité profonde avec la théologie qui en forme comme la clef de voûte, et qui produit dans le monde des esprits ce que la lumière physique produit dans le monde des corps: *l'ordre et la hiérarchie*, où chaque science occupe sa situation réelle, ses proportions véritables. »

« Le beau nom d'*humanités*, ajoute A. France, nous éclaire sur sa véritable mission: il doit former des hommes et non point telle ou telle espèce d'hommes; il doit *enseigner à penser*. C'est en cela que se résume tout le programme bien compris de l'enseignement secondaire. »

*
* *

Nous pouvons donc conclure, avec les meilleurs esprits, *que l'enseignement secondaire classique constitue la meilleure formation intellectuelle de l'élève qui veut apprendre à penser juste et qui se destine à l'enseignement supérieur, en particulier à l'étude de la médecine...*

J'ai dit, il y a un instant, que l'Université est un couronnement. Retenez, je vous prie, cette vérité fondamentale répandue dans le monde entier, car deux forces mènent le monde: le *canon* et l'*idée*; mais c'est la chaire du savant, organe de l'idée, qui prédomine et dirige les peuples malgré les hécatombes de la guerre. L'Histoire nous l'enseigne. L'Université occupe toujours le premier rang du point de vue national. En voici quelques exemples.

La création des Universités de Montpellier et de Paris coïncide avec la chute de l'Empire romain. La France naît et grandit.

L'Angleterre fonde l'Université de Caen, en 1436, pour dominer la Normandie.

L'Allemagne fonde l'Université de Berlin en 1810 pour se relever de son écrasement politique à Iéna. Puis, plus tard, en 1870, elle fonde l'Université de Strasbourg pour germaniser l'Alsace-Lorraine.

En même temps, la France reconstitue ses Universités pour sauver le génie français et refaire une âme à la nation après cette cruelle épreuve.

Voyez l'influence et la magnifique ascension des Etats-Unis grâce à leurs Universités, dont quelques-unes sont admirables de savoir et de réputation, tandis que leurs savants jouissent de l'estime et de la confiance de leurs compatriotes désormais plus instruits et mieux disciplinés.

Au Canada, nous avons réalisé de grands progrès, mais nous sommes jeunes et nous avançons lentement depuis que la guerre nous a privés de tout, même de cet esprit de solidarité qui est une force pour une minorité.

Où allons-nous si nos forces s'usent en de vaines paroles et de décevantes attitudes?

L'idée seule exprime la force véritable et permanente d'une nation ou d'une race.

Dans une toile justement célèbre, Puvis de Chavannes en a montré la saisissante réalité en réunissant dans « *le bois sacré* » toutes les Muses du génie: l'éloquence, la poésie, l'histoire, l'archéologie, la philosophie et les sciences. C'est une impressionnante synthèse qui incite les esprits les moins avertis à réfléchir sur la mission des Universités.

*
* *

Tels sont, messieurs, les témoignages provenant d'hommes éminents choisis dans de grandes Universités étrangères et canadiennes sur certains aspects d'une culture qui nous est chère à tous, vous surtout dont le destin s'acharne à compliquer la vie tandis que l'avenir est sombre et incertain. *Si vous prenez l'habitude de penser juste dans un monde désaxé: le nôtre, on vous traitera peut-être de fossile, mais la rectitude de votre vie et la force de vos convictions, d'accord avec vous-mêmes et les intérêts généraux de votre pays, vous placeront sur un plan supérieur* où « *l'enseignement de l'exemple est le seul qui entraîne, parce que l'exemple est la vie au lieu d'être la leçon* » (Marbeau).

LA BUFOTHÉRAPIE SOUS LE RÉGIME FRANÇAIS

Mme d'Youville et ses crapauds

Par **Gabriel NADEAU,**
Rutland, Mass.

Marie-Marguerite Dufrost est bien sans contredit l'une des plus belles figures du Canada français. Fondatrice de la Congrégation des Sœurs de la Charité, communément appelées Sœurs Grises, elle était la fille aînée de Christophe Dufrost, sieur de La Jemmerais, et de Marie-Renée Gaultier de Varennes. Elle naquit le 15 octobre 1701, perdit son père à l'âge de sept ans et devint, à dix-huit ans, la belle-fille d'un chirurgien irlandais du nom de Timothy Sullivan, sa mère s'étant remariée en 1720. Le 22 août 1722, elle épousait François You d'Youville qui, après avoir dissipé son avoir, s'être couvert de dettes et avoir rendu sa femme malheureuse, décédait huit ans plus tard. Sa veuve, chargée de deux enfants et dans une pénurie voisine de la gêne, se consacra entièrement au soin de sa famille. En 1737, elle se retirait du monde et formait le projet de fonder une communauté. Ce n'est pas sans des traverses de toutes sortes que ce dessein fut réalisé (1). Or au moment où elle mettait cette œuvre sur pied, une maladie sérieuse venait fondre sur elle. C'est cette maladie, qui a intrigué si fort tous ceux qui se sont occupés de Mme d'Youville, que nous voulons étudier.

Aux alentours de 1737 donc, la fondatrice des Sœurs Grises commença à se plaindre d'une douleur au genou. Le mal empira tranquillement et bientôt, ne marchant plus qu'avec difficulté, Mme d'Youville fut obligée de garder la chambre. On fit venir un premier chirurgien qui fut impuissant à soulager l'articulation déjà ulcérée. Deux de ses confrères, appelés après lui, s'avouèrent à leur tour incapables de guérir la malade.

Voici comment l'abbé Charles-Marie-Magdeleine d'Youville a décrit quelques années plus tard la maladie de sa mère: « Madame Youville avait commencé à sentir quelques douleurs dans un genou avant de former sa société, douleurs qui probablement provenaient du froid qu'elle avait enduré en marchant dans les neiges, pour se rendre chaque jour, et de grand matin, à la paroisse pour y entendre la sainte messe. Ce mal devint plus considérable et plus douloureux en 1738, et même il s'y forma deux plaies. Mr Benoît, chirurgien major de Montréal, lui fit une incision pour rejoindre les deux plaies, ce qui lui causa une douleur si vive qu'elle se trouva mal. La maladie loin de diminuer, augmenta: elle fut arrêtée pendant quelque temps sans pouvoir marcher que dans la maison, encore difficilement. Elle eut recours à un autre chirurgien qui employa des simples pour la guérir, mais ce fut en vain, le mal devint ensuite beaucoup plus douloureux, mais pénétrée des sentiments de sa religion, elle le souffrait avec courage et avec une patience vraiment chrétienne. Le nombre de ses plaies s'augmenta, Mr Feltz, nouveau chirurgien, et qui commençait à se faire une réputation à Montréal entreprit de la guérir, mais en vain; il employa des remèdes violents qui lui causèrent des douleurs extrêmement aiguës pendant quatre semaines, et ce que peu de personnes auraient le courage de faire, elle souffrit qu'on mît sur son genou des crapauds vivants qui léchaient ses plaies, ce que l'on entendait même à plusieurs pas, on lui en mettait même plusieurs à la fois qui la faisaient souffrir beaucoup dans les commencements parce qu'alors on n'avait pas eu l'attention d'envelopper les pattes de ces reptiles dont la seule vue faisait horreur. Ce remède pour lequel il n'est pas douteux qu'elle sentait une répugnance étonnante, quoiqu'elle n'en témoigna rien, ce remède, dis-je, fut aussi inutile que les autres (2) ».

Etudions, à l'aide de ce texte, le traitement que Mme d'Youville reçut et essayons de déterminer la nature du mal dont elle souffrit. Nous dirons ensuite quelques mots des trois chirurgiens qui la soignèrent.

Le traitement par les crapauds

Plusieurs modes de traitement sont énumérés

dans ce passage que nous venons de citer: un traitement purement chirurgical, c'est-à-dire « une incision pour rejoindre les deux plaies »; un traitement médical par les simples; enfin celui qu'employa de Feltz et qui dura quatre semaines. C'est ce dernier qui nous intéresse ici. Le médecin autrichien avait appliqué sur la plaie des crapauds vivants. En quoi consistait ce traitement et quelles en étaient les indications?

Au temps où vivait Mme d'Youville, les crapauds faisaient depuis longtemps partie de la thérapeutique. La bufothérapie se définit l'art de guérir par les crapauds ou par les animaux de cette famille. Cette méthode était variée dans ses applications et le crapaud entrait dans la pharmacopée à l'état vivant comme à l'état mort. A l'état vivant, on le mettait directement sur la plaie; à l'état mort, on l'employait comme topique ou par la voie buccale.

L'emploi des crapauds en médecine semble remonter à Dioscoride qui vivait au premier siècle de notre ère; mais c'est Mathiole qui l'a surtout préconisé. « L'antiquité et le moyen âge, écrivait Gustave Brunet en 1844, ont emprunté aux crapauds toutes sortes de remèdes; tel chapitre de Pline seul en indique une trentaine, et quelques-uns sont tellement singuliers, qu'il faudrait avoir recours à la langue latine pour les énoncer. Bornons-nous à dire que le crapaud servait à la fois à celui qui voulait rendre sa femme fidèle et à celui qui voulait se faire aimer de la femme de son voisin. Le duc Frédéric de Saxe avait mis en crédit, pour arrêter le saignement de nez, le procédé de serrer avec force un crapaud entre ses doigts. Il y a soixante-dix ans, l'application d'un crapaud guérissait beaucoup de cancers au sein; les journaux de 1775 l'attestent (3). » On relève des exemples de traitement par les crapauds jusqu'en Amérique. Ainsi le P. Dutertre, dans son *Histoire générale des Antilles,* recommande le remède suivant pour les morsures de serpents: feuilles de pétun vert pillées et appliquées sur la plaie et grenouilles bouillies, « humant premièrement le bouillon, mangeant par après la chair et appliquant les grenouilles fraischement ouvertes sur la playe (4) ». En Nouvelle-Angleterre, ce sont les lézards qu'on employait contre le cancer. Voici une prescription du docteur Theophilus Rogers de Norwich dans l'Etat du Connecticut, qui vécut de 1731 à 1801: « For the cure of cancer: The Flesh of lizards bruised up into a pulp, except the head, which is not to be used. Take one every morning pp' in the above manner for eight or ten days or untill the Virus is destroyed then treat the wound as a common ulcer (5). »

Les plaies chroniques et les « cancers ouverts ou ulcérés » étaient traités par les crapauds vivants et l'application s'en faisait de deux manières. La première consistait à tenir les crapauds immobiles sur la plaie; la deuxième, à faire lécher la plaie par ces batraciens.

a) *Les crapauds appliqués sur la plaie.*

Voici un passage tiré de *la Médecine et la chirurgie des pauvres,* ouvrage qui parut en France en 1741, c'est-à-dire trois ans à peine après que de Feltz eut été appelé auprès de Mme d'Youville. Ce recueil de remèdes et de recettes était la réédition d'un traité plus ancien. « Quand le cancer est ouvert, il faut prendre un crapaud tout vivant, sans lui couper quoi que ce soit, et l'appliquer immédiatement sur la partie, un gros si la playe est grande et un petit, si elle est petite. Quand il sera appliqué, il le faudra bien bander pour l'y faire tenir; afin que le crapaud ne vous nuise pas en le prenant, il le faut prendre par-dessus le dos avec un linge et l'appliquer avec le même linge qui vous servira pour le couvrir, et vous le laisserez sur la playe pendant vingt-quatre heures. Quand vous l'ôterez, il faudra prendre garde s'il est mangé, car s'il n'est mangé, c'est un témoignage que le Chancre est mort; pour lors vous panserez la playe avec l'emplâtre noir de charpie. Pourtant pour bien s'assurer si le chancre est mort, il y faut encore appliquer d'autres crapauds jusqu'à ce que vous remarquiez qu'ils ne sont plus mangés; car lorsqu'ils ne le sont pas, c'est une marque infaillible que le chancre est mort. Cette recette, ajoute l'auteur, a été expérimentée avec cette méthode sur une fille et sur d'autres personnes avec succès (6). »

Le frai de grenouilles s'employait aussi pour le cancer. En 1744, O.-P. Braun prétendait, dans les cas de cancers ulcérés du sein, avoir trouvé une efficacité merveilleuse à l'eau de frai de grenouilles (7).

Quant au crapaud mort, on l'employait pour les cancers tout aussi bien que le crapaud vivant. « Oignez le cancer d'huile d'olive, dans laquelle vous aurez fait bouillir dans un pot bien clos un crapaud mis tout vivant, disait une autre recette de ce temps-là, et saupoudrez le cancer de poudre de crapaud mis vif dans un pot de terre lutté et calciné au four (8). » Voici, par ailleurs, ce que *le Dictionnaire raisonné-universel de matière médicale,* publié à Paris en 1773, dit de la peau du crapaud: « Cette poudre, prise à la dose de dix grains jusqu'à vingt, appaise, d'une manière surprenante, les douleurs de la goutte, & surtout celles des plaies; appliquée sur des ulcères sordides & cancéreux, elle les modifie (9). » Au temps de Luther, on traitait les tumeurs avec le crapaud mort. « Le crapaud, disait Martin Luther, est doué de propriétés que l'expérience a démontrées. Si l'on perce trois crapauds et qu'on les laisse sécher au soleil, qu'on les applique ensuite sur une tumeur pestilentielle, ils attirent à eux tout le venin, et le malade sera guéri; car ils ont la vertu de faire sortir le venin (10). »

De ces textes, nous pouvons conclure tout de suite que de Feltz, lorsqu'il fut appelé auprès de Mme d'Youville, posa le diagnostic de *cancer ulcéré du genou.* Mais n'anticipons pas et examinons d'abord la méthode qu'il suivit et qui diffère de celle préconisée par l'auteur de *la Médecine et la chirurgie des pauvres.* Comme on l'a remarqué, cet auteur applique le crapaud directement sur la plaie et l'y tient fortement serré au moyen d'un bandage. Le crapaud sécrète un venin par des glandes qu'il a disséminées à la surface du dos. Est-ce l'action de ce venin qu'on cherchait à utiliser? Peut-être que non. En tout cas, dit Cornilleau, par cette méthode « les glandes étaient écrasées et, au contact direct du cancer, le venin avait son plein effet. » De Feltz, lui, fait lécher la plaie par les crapauds.

b) *La plaie léchée par les crapauds.*

De Feltz ne se contente pas, en effet, d'appliquer les crapauds sur la plaie; il la leur fait lécher. « Elle souffrit, écrit l'abbé d'Youville, qu'on mît sur son genou des crapauds vivants qui *léchaient* ses plaies. » Peut-être le chirurgien ne connaît-il pas l'existence des glandes dorsales ni des deux grosses glandes parotoïdes situées de chaque côté du cou. Peut-être croit-il plutôt, comme le peuple, que le crapaud lance son venin par la bouche. Il est plus probable cependant qu'en mettant ses crapauds à boire en rond, pour ainsi dire, autour de la plaie, de Feltz se proposait de guérir cette plaie sans avoir recours à l'action du venin. En ce cas-là, il suivait un procédé que la thérapeutique de son temps ne désapprouvait pas. Quel était-il? C'était le sucement des plaies dans le but d'en hâter la guérison. Les gens du peuple, chez nous comme ailleurs, croient que les bobos chroniques guérissent plus vite si on les fait lécher par les chiens ou les chats. Le *Dictionnaire raisonné,* que nous citions tout à l'heure, dit à ce sujet: « On fait lécher au chien de vieux ulcères, ce qui est très bon; leur salive est détersive, & la langue enlève toute l'acrimonie de l'ulcère, ainsi il se guérit bientôt. » Le sucement des plaies était aussi en usage chez les Sauvages de l'Amérique. Qu'on nous permette de citer quelques exemples. Ils feront voir que de Feltz n'inventait rien et montreront, du même coup, combien serait intéressante une *Histoire comparée de la médecine chez les Sauvages et les Européens de l'Amérique.*

Voici d'abord ce qu'écrit en 1687 Henri Joutel dans sa *Relation.* Il s'agit d'un Sauvage de l'une des tribus du Mississippi. « On luy fit une petite cabane en particulier, afin qu'il fust en repos, où ils le pansèrent à leur manière, qui est de bien nettoyer les playes. Des gens parmi eux les sucent, crachant le sang et le pus qu'ils en tirent (11). » Bernard de la Harpe raconte dans les termes suivants comment il fut lui-même soigné par les sorciers d'une tribu du Sud, vers 1716. Au cours d'une bataille, il avait reçu de multiples blessures sur tout le corps. « Ils arrivèrent à deux heures après minuit, écrit-il, et commencèrent par me chanter le *Cocodrille,* et à me jongler plus de deux heures. J'était si abattu que je ne fis nulle attention à toutes ces extravagances, estant enflé extraordinairement. Ils me mirent nud à terre, estendu sur une robe de bœuf, où ces médecins me sucèrent dans toutes les parties du corps les plus affligées; je m'en trouvay un peu soulagé (12). » Dans *la Relation par lettres de l'Amérique septentrionale,* écrite en 1709 et 1710, on lit ce qui suit au sujet du sucement des plaies: Si les Sauvages « ne sont pas habiles pour les

maladies internes, ils le sont pour les blessures et guérissent en peu de tems; le sucement dont ils se servent y a sans doute beaucoup de part: quoyque sale et remplie de pus que soit une playe, ils la nettoyent entierement sans faire beaucoup de mal; ils se mettent quelque poudre dans la bouche quand ils commencent à sucer, mais par la suite ils n'y mettent rien; quand elle est nette ils jettent des simples dessus, qu'ils ont machés, et enveloppent, le jour, seulement le tour de la playe pour la laisser suppurer, ils la couvrent entierement la nuit et de cette manière elle est guérie en peu de tems (13). »

Peu importe, cependant, le but que de Feltz se proposait en soignant Mme d'Youville avec des crapauds: la guérison par le sucement ou la guérison par l'action du venin. Ce qu'il faut retenir c'est l'emploi qu'il fit de ces animaux pour le traitement d'un ulcère chronique. Pour récapituler donc, disons que de Feltz avait diagnostiqué un cancer ulcéré du genou et qu'en se servant de crapauds pour traiter ce cancer, il n'innovait en rien; qu'au contraire il suivait une pratique qui avait cours en Europe depuis longtemps. Ce qui ne veut pas dire que sa méthode en fut pour cela plus efficace.

Le diagnostic de la maladie

Avant de passer au diagnostic, voyons quel fut le cours de la maladie. C'est encore l'abbé d'Youville qui va nous renseigner sur ce point. « Pleine de confiance dans les mérites du Sauveur, dit-il, espérant que le divin Médecin des âmes lui rendrait la santé du corps, mais au milieu de cette espérance, sincèrement disposée de souffrir tout ce qu'il plairait à la divine Providence, elle se fit transporter à la paroisse lorsqu'on y apporta le crucifix dont un citoyen de Montréal (Antoine Labrosse) avait fait un don. Malgré sa confiance, malgré la ferveur de sa prière, malgré la pureté de son intention qui ne lui faisait désirer sa guérison que dans la vue d'être plus utile aux pauvres, elle sort de l'église non seulement sans être guérie, mais même sans avoir obtenu le moindre soulagement. Elle redouble ses prières, elle fait des neuvaines, et sur la tombe de Mr du Lescoat, et sur celle de Monseigneur de Lauberivière, évêque de Québec, mort en odeur de sainteté; mais le ciel semblait sourd à sa voix et insensible à ses soupirs, voulant sans doute, éprouver encore sa patience et sa résignation à la divine Volonté. Enfin après six ou sept ans de souffrances, le Seigneur, sans doute, étant satisfait de sa patience et de sa soumission, elle se trouva guérie tout à coup, sans aucun secours humain, guérison que ses compagnes regardèrent comme un miracle (14). »

a) *Tumeur maligne du genou.*

De Feltz posa le diagnostic de cancer ulcéré. Cela, nous l'avons déduit du traitement qu'il appliqua. S'il croyait à une tumeur maligne, il se trompait, comme nous le montre l'évolution de la maladie. Le mot cancer avait cependant à cette époque, et devait garder pendant longtemps encore, une signification assez élastique et mal définie. Il englobait toutes sortes de tumeurs. Rejetons en tout cas le diagnostic de tumeur maligne ou cancéreuse, au sens où nous l'entendons aujourd'hui.

b) *Mono-arthrite ménopausique.*

En 1737, au moment où elle commençait à ressentir les premières attaques du mal qui devait la réduire graduellement à un état de quasi-invalidité pendant sept ou huit ans, Mme d'Youville avait trente-six ans. Elle était donc proche de la ménopause. Pour cette raison, il nous faut voir si la lésion du genou n'était pas une arthropathie de la ménopause. Que sont ces arthropathies? C'est un spécialiste de l'endocrinologie, le docteur Guillaume, qui va nous le dire. « Le rhumatisme de la ménopause, écrit-il, est la cause la plus fréquente des rhumatismes chroniques. Ses manifestations sont polymorphes, et, pour certaines d'entre elles, d'une réelle gravité... Cliniquement, le rhumatisme de la ménopause se présente le plus souvent sous la forme de douleurs sourdes, mobiles, erratiques et errantes, dans les muscles et dans les os... Ces douleurs, dont le siège est un peu partout, et l'aspect celui des névralgies, sont accompagnées de douleurs à localisations plus spécialement articulaires; toutes les articulations pouvant être atteintes, et toutes les modalités d'aspect pouvant être constatées, depuis la localisation arthralgique fixe et permanente (arthralgie du pied, du genou, du poignet, de l'épaule, de la colonne verté-

rale), jusqu'aux arthralgies fugitives et mobiles polyarticulaires ou polyrégionales... Bien souvent, on note, simultanément, du gonflement œdémateux, une hyperthermie locale, une tuméfaction qui semble siéger sur l'os ou les tissus périosseux; les raideurs, les craquements manquent bien rarement, et la présence de déformations osseuses (phalanges des doigts principalement) est de règle, ces déformations, qui se présentent sous la forme de nodules durs juxta-articulaires (nodules d'Heberden), légèrement sensibles ou indolores, ont cette particularité d'être symétriques... Rarement, mais cela n'est pas impossible, on est en présence d'une hydarthrose dont la localisation d'élection est le genou. Dans un certain nombre de cas, les douleurs errantes sont oubliées de la malade ou méconnues du médecin, toute l'attention de l'un et de l'autre se concentrant sur l'hégémonie d'une localisation monoarticulaire, qui prend, par rapport aux autres atteintes, une attitude morbide exubérante; l'aspect clinique du rhumatisme de la ménopause est alors celui d'une *mono-arthrite*... D'une façon habituelle, on trouve chez tous ces patients des déformations digitales (doigts noués ou noueux) commandées par l'épaississement des articulations, par la présence de nodules pseudo-goutteux d'Heberden, par l'atrophie des os et des muscles. Le même aspect noueux peut exister sur la totalité d'un membre et par déformation d'une grosse articulation (genou par exemple) (15).»

En d'autres mots, au cours de la ménopause, on peut se trouver en présence d'un genou œdémateux, tuméfié et déformé par un ou plusieurs nodules. Ces déformations nodulaires durent des années et condamnent souvent la malade à un repos qui n'est le plus souvent que partiel, mais qui peut être quelquefois absolu.

Dans le cas de Mme d'Youville, le diagnostic de mono-arthrite offre une objection assez sérieuse. Il est possible que le genou ait présenté un ou plusieurs nodules; il est possible aussi que les chirurgiens aient pris ces nodules pour une tumeur cancéreuse. Mais on se rappelle que l'articulation était ulcérée. Relisons le texte encore une fois. «Ce mal devint plus considérable et plus douloureux en 1738, et même il s'y forma deux plaies... Le nombre des plaies s'augmenta.» On pourrait peut-être blâmer sur le traitement intempestif des chirurgiens la multiplication des plaies et leur entretien à l'état chronique; il ne faut pas oublier cependant qu'elles étaient déjà là quand ils furent appelés. On pourrait supposer aussi que ces nodules, complication de la ménopause, se soient infectés de quelque manière et aient suppuré ensuite pendant longtemps; mais le texte que nous avons cité ne nous permet pas de l'affirmer.

c) *Arthrite tuberculeuse du genou.*

Mme d'Youville aurait-elle fait une lésion tuberculeuse du genou? Cela est possible; mais il n'est pas facile d'en faire la preuve. Si l'on fouille ses antécédents familiaux, on n'y trouve pas de tuberculose. Son père mourut à l'âge de 46 ou 47 ans et le gouverneur de Vaudreuil et l'intendant Raudot, en l'annonçant au ministre, ne nous disent pas de quoi il est mort. «Le sieur de Lajemmerais, capitaine, est mort cet été, écrivent-ils. Il laisse une femme et six enfants à la mendicité.» Ni la mère, ni les frères et sœurs ne semblent avoir souffert de cette maladie. Charles mourut à 47 ans; Marie-Clémence, à 64 ans; Louise, à 84 ans et Joseph, à 50 ans. Quant à Christophe, il mourut jeune, à 28 ans; mais ce fut de misère, dans l'Ouest où il avait accompagné son oncle Pierre de la Vérendrye.

Le mari de Mme d'Youville mourut de fausse pleurésie à la fleur de l'âge. C'était un débauché qui avait mené une vie peu édifiante. «Mr Youville, son époux, tomba malade d'une fausse pleurésie, qui l'emporta en six ou sept jours, à l'âge de vingt-huit ans (16).» C'est ainsi que l'abbé d'Youville nous décrit la mort de son beau-père. Qu'y a-t-il derrière ce diagnostic de fausse pleurésie? Impossible de le savoir au juste.

Est-ce qu'autour d'elle, chez ses compagnes de communauté par exemple, il n'y aurait pas eu des sources de contagion? C'est possible. Catherine Cusson a très probablement été poitrinaire. Elle mourut pendant la maladie de sa supérieure, en 1741, d'une «fluxion de poitrine» qui l'emporta après un an de maladie. Elle avait 32 ans. Mais même si Sœur Cusson a souffert de tuberculose et fut de ce fait une source de contagion pour Mme d'Youville, cela n'a rien à faire avec la maladie de cette dernière qui commença, comme on se le rappelle, avant la fondation de la communauté.

Voyons si l'état ultérieur de sa santé peut nous renseigner. En 1747, c'est-à-dire trois ans après s'être rétablie du genou, elle fait une autre maladie sur laquelle son biographe, hélas! nous donne fort peu de détails. Il dit simplement que ce fut « une maladie sérieuse » qui mit sa vie en danger et qui fut longue. C'était à l'automne et, le 7 octobre, la communauté prenait possession du vieil hôpital des Frères Charon. Mme d'Youville, étant trop malade pour s'y rendre à pied ou en voiture, se fit transporter. « Comme madame Youville n'avait point encore recouvré les forces qu'elle avait perdues dans cette grande maladie qu'elle avait eue quelques mois auparavant, on fut obligé de l'y transporter. Une simple charrette sur laquelle on arrangea un lit, ce fut là le modeste appareil dont elle se contenta, et dont on se servit pour la conduire dans ce nouveau séjour (17). » Dix ans plus tard, en 1758, elle tombe encore malade. « Les fatigues qu'occasionnait à madame Youville le gouvernement d'une maison aussi nombreuse, écrit M. Sattin, et qui exigeait une vigilance continuelle, ne pouvaient que tourner au détriment de sa santé. Elle tomba malade dans le cours de cette année 1758; sa maladie, qui fut aussi longue que dangereuse, affecta vivement ses sœurs par la crainte où elles étaient de la voir succomber sous la pesanteur du fardeau qu'elle portait depuis un grand nombre d'années. Elle se rétablit néanmoins peu à peu, mais son tempérament souffrit une certaine altération (18). »

Nous ne pouvons que faire des conjectures sur la nature de ces maladies et rien ne nous permet de supposer qu'il y ait eu entre elles un rapport quelconque. Les complications tuberculeuses articulaires sont presque toujours des manifestations secondaires de foyers pulmonaires. La maladie de 1737 était-elle une ostéite ou ostéomyélite tuberculeuse qui aurait guéri spontanément après six ou sept ans de suppuration, en même temps que des lésions au poumon passées inaperçues? La maladie de 1747 et celle de 1758, qui mirent deux fois sa vie en danger, étaient-elles des réveils de ces lésions du poumon? Notre problème serait bien joliment résolu si nous pouvions l'affirmer. Quoi qu'il en soit, s'il y eut ostéite, l'articulation ne fut pas intéressée; car autrement il y aurait eu ankylose. Nous savons deux choses de manière certaine: le genou se trouva parfaitement guéri vers 1744 et la cause de la mort ne fut pas la bacillose.

d) *Engelure du genou.*

Mais, nous dira-t-on, pourquoi chercher midi à quatorze heures? Le biographe de Mme d'Youville vous indique lui-même la cause probable de la maladie de sa mère: une engelure. Mme d'Youville avait commencé par sentir quelques douleurs, « douleurs qui probablement, dit-il, provenaient du froid qu'elle avait enduré en marchant dans les neiges, pour se rendre chaque jour, et de grand matin, à la paroisse pour y entendre la sainte messe. » Il est bien possible qu'une engelure du deuxième ou troisième degré, intéressant la peau et les tissus sous-jacents, ait produit ces plaies que plus tard Benoist débrida avec le bistouri. Il est possible aussi que ces lésions primitives aient été aggravées par le traitement des autres chirurgiens. Des engelures qui se répètent peuvent amener des états chroniques, indurations et plaies rebelles, qui donnent le change pour des lésions plus graves. Et si l'action du froid est assez vive pour gangrener les tissus jusqu'à une certaine profondeur et sur une étendue suffisante, la guérison est retardée d'autant.

Il y a d'autres diagnostics possibles; mais ils paraissent tous moins probables que ceux que nous venons d'étudier: hydarthrose du genou par exemple, loupe, ulcères variqueux, dermite simple.

A notre avis, Mme d'Youville a probablement souffert d'une arthrite de la ménopause que des engelures répétées ont aggravée.

Les chirurgiens qui soignèrent Mme d'Youville

Disons maintenant quelques mots des trois chirurgiens qui furent appelés auprès de Mme d'Youville.

Joseph Benoist. Ce chirurgien vivait à Montréal depuis plusieurs années lorsque Mme d'Youville tomba malade. Il était attaché à l'Hôtel-Dieu en 1721 et, au cours de l'incendie qui ravagea l'hôpital cette année-là, il perdit « tous ses outils ». Il demeurait rue Notre-Dame, près du Château Ramezay. Benoist est célèbre dans

es annales de la médecine canadienne-française cause d'un procès qu'il eut avec un montréalais e la meilleure société, Jean-Eustache Lanouil-er de Boisclair. Lanouillier de Boisclair avait té reçu avocat à Paris avant de venir au Canada et fut plus tard Grand Voyer de la Nouvelle-France. Or, en 1717, c'est-à-dire peu le temps après son arrivée à Montréal, il attrapa e que la requête du procès devait appeler plus ard « une chaude pisse cordée ghonorée viru-ente et invétérée (19). » Benoist le soigna endant cinquante-cinq jours. Par la suite, La-ouillier accusa le médecin de ternir sa répu-ation en faisant courir par la ville « qu'il estoit gasté ». Cette affaire n'empêcha pas le futur Grand Voyer de faire un beau mariage. Quant à Benoist, il avait bonne réputation et laissa un fils, Claude, qui fut médecin comme lui (20).

Charles-Joseph-Alexandre-Ferdinand de Feltz. De Feltz naquit à Rabstat en Autriche, en 1710 (21). Il vint au Canada avec les recrues de 1738. « Le Sr felz est venu dans les recrues de la colonie il y a deux ans », lit-on dans une lettre du gouverneur de Beauharnois et de l'intendant Hocquart au ministre, le 22 septembre 1740. C'est donc peu de temps après son arrivée qu'il fut appelé auprès de Mme d'Youville. A la Conquête, il était second médecin et chirurgien-major à Montréal. Quelque temps avant la mort de Benoist, il fut nommé pour le remplacer, mais à condition de lui payer une pension pour le dédommager (22). Le 14 septembre 1742, le Gouverneur et l'Intendant écrivent au ministre pour lui dire que « la pension payée par le Sr Feltz, chirurgien, à M. Benoist ne saurait durer longtemps, la paralysie de ce dernier augmentant (23). » De Feltz fut chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Québec vers 1740. D'abord choyé dans cette maison, il fut bientôt pris en grippe. La Sœur de l'Enfant Jésus écrivait en 1741 qu'il avait envie de se marier et qu'il faisait le gros monsieur et elle ajoutait qu'elle ne lui parlait plus. Elle ne ménage pas notre Autrichien dans ses lettres. Souffrant de tuberculose chronique, elle avait été sous ses soins pendant quelque temps. « Ayant un espece de Catar qui me tombe dun coté de la poitrine Car il ny a que le droit qui me fait mal et qui mexite à tousser je ne crache plus de sang depuis long-tems notre Mr felx m'a purgé plusieurs fois cet été (24). »

En 1748, Hocquart, dans un *Mémoire pour servir de Réglement à Monsieur le Procureur du Roi en la Jurisdiction de Montréal, au sujet des Enfans trouvés,* nomme de Feltz consultant du pouvoir judiciaire. Le premier article de ce mémoire se lit comme suit: « Le sieur procureur du roi aura une attention particulière à faire le choix des nourrices auxquelles il remettra les dits enfans, et c'est en conséquence qu'il s'informera si celles qui se présenteront seront en état de les nourrir et de les élever; il consultera pour cet effet la nommée Rabot, sage-femme, et le sieur Feltz, chirurgien major, lorsqu'il en sera question (25). »

De Feltz épousa en premières noces Ursule Aubert, de Québec, le 4 novembre 1741; et en deuxièmes noces, après quatre mois de veuvage, Cécile Gosselin, de Lachine, en 1757. Il retourna en France. C'est tout ce que nous dirons ici de ce chirurgien autrichien émigré à Montréal. Ajoutons qu'on employait en France, en vénéréologie, vers 1800, une tisane de salsepareille et de sulfure d'antimoine qui s'appelait *Tisane de Feltz* (26). S'agirait-il d'une invention de notre chirurgien? Nous le croyons pas.

Le troisième chirurgien de Mme d'Youville. Des trois chirurgiens qui soignèrent Mme d'Youville, deux sont appelés par leur nom dans la biographie citée au début de cette étude, le premier et le dernier. Qui était l'autre et pourquoi n'est-il pas nommé? Il est difficile de répondre à ces questions. Le biographe a pu ignorer le nom de ce chirurgien et se rappeler seulement le traitement qu'il employa, à savoir des simples. Nous croyons cependant avoir le droit de soupçonner une omission intentionnelle de sa part, parce que nous pensons qu'il s'agit de Timothy Sullivan. Les preuves extrinsèques manquent complètement pour étayer cette opinion. Non seulement manquent-elles; mais l'opinion contraire peut se soutenir. Il y avait plusieurs autres médecins à Montréal et dans les environs et Sullivan était détesté, et avec raison, de toute la famille Youville. Il était cependant le beau-père de la malade. A tout hasard, voici quelques notes sur ce personnage.

Timothy Sullivan, que les Canadiens appe-

laient Timothée Sylvain, était « irlandais de nation ». Il eut bien, dans le petit Montréal de cette époque, l'existence la plus turbulente qu'on puisse imaginer. Fils de Daniel Sullivan et d'Elizabeth MacCarty, de Cork en Irlande, il naquit vers 1696. On a voulu faire de lui un gentilhomme; mais M. Aegidius Fauteux a fait bon compte de cette prétention. Sullivan vint au Canada avant 1718 et fut naturalisé en 1724. En janvier ou février 1720, il épousait la mère de Mme d'Youville. Il avait 24 ans; elle en avait 38. « Il y a des indices, écrit M. Fauteux, que ce mariage ne fut pas des mieux vus, et ne laissa pas de causer quelque surprise (27). » Cette alliance, en effet, était regrettable par les circonstances qui l'amenèrent et par le tort qu'elle fit à celle qui devait devenir Mme d'Youville. Elle divisait entre les enfants des deux lits le patrimoine dont la mère jouirait un jour et, en faisant manquer un riche établissement à sa fille Marie-Marguerite, influait sur son avenir (28).

Mme Sullivan ne fut pas longue à se repentir du mariage qu'elle avait fait. Son mari était un batteur, batteur tout court et batteur de femme. Il était ce qu'on appellerait aujourd'hui un « wild Irishman ». « Colérique à l'excès, il avait toujours baton levé ou l'épée dégainée, et il frappait comme un sourd ». Les archives judiciaires de Montréal sont remplies de ses frasques. Combien de montréalais n'a-t-il pas saisis à la gorge, traînés par les cheveux et assommés! Sur combien n'est-il pas tombé à coups de canne, pour un rien! Même le lieutenant-général du Roi, M. de Monrepos, ne put trouver grâce devant lui. A la Noël de 1737, il rue sa femme de coups et on doit la lui arracher pour la protéger.

A la date de son mariage, Sullivan n'avait pas encore commencé à pratiquer la médecine. Quatre ans plus tard cependant, après avoir tiré des ficelles et fait jouer des personnages importants, il obtenait permission de pratiquer. Nous ne dirons rien de ce que pensait le Gouverneur de ses capacités médicales et chirurgicales.

Conclusion

Nous avons posé, au cours de cette étude, plusieurs questions dont la plupart sont restées sans réponse précise. Elles le resteront tant que des documents nouveaux ne viendront pas élargir nos connaissances. Mais si nous n'avons pas été capable de diagnostiquer d'une manière certaine le mal du genou, nous croyons avoir fait tout de même œuvre utile. Rien de ce qui touche à Mme d'Youville n'est dépourvu d'intérêt; car elle est l'une des plus belles gloires du Canada français (29).

Le mal dont Mme d'Youville souffrit en 1737 n'eut rien à faire avec la maladie qui l'emporta; car elle mourut d'apoplexie. Elle eut trois coups de sang: le premier le 9 décembre 1771, le deuxième le 13 et le troisième le 23 (30). Elle avait 70 ans. Plusieurs hommes célèbres de notre histoire sont morts de cette manière, l'abbé Colomban-Sébastien Pressart par exemple, qui fut emporté vers la même époque (31).

En manière d'épilogue, disons quelques mots de la bufothérapie de nos jours. La médecine cherche encore, à l'heure actuelle, à utiliser les crapauds. Les travaux qui se poursuivent depuis quelques années démontreront peut-être un jour que de Feltz et les bufothérapeutes de son temps n'étaient pas aussi ridicules qu'on pourrait le penser. La bave du crapaud n'est que de la mucine (32). Du venin de ce batracien on a isolé des substances comme la bufidine, la bufotaline, la bufoténine. Mentionnons les recherches d'un Canadien, le docteur Joseph-Alexandre Crevier, sur la bufonine et le venin du crapaud, aux alentours de 1870 (33). Citons aussi des travaux récents, parus à l'étranger: ceux de G. Bertrand sur la nature de la bufonine, ceux de J.-W.-C. Gunn sur les sécrétions de la glande parotoïde de cet animal, ceux de H. Jensen, de J. Rostand (34).

Appendice

De Feltz et son emplâtre anticancéreux.

De Feltz avait un emplâtre secret contre le cancer. L'avait-il apporté avec lui d'Autriche, ou l'a-t-il inventé après son arrivée au Canada? Nous l'ignorons et nous ignorons aussi s'il s'en est servi pour Mme d'Youville. Rien ne le dit dans le texte que nous avons déjà cité. Peu de temps après son arrivée à Montréal, par conséquent presque au début de la maladie de Mme d'Youville, de Feltz soignait au moyen d'emplâtres une jeune fille de la ville qui se

nommait Elizabeth Bériau. Cette femme fut guérie un peu plus tard par l'intercession de Mgr de Lauberivière et voici le rapport de la guérison.

« Rapport d'une guérison opérée par l'intercession de Mgr de Lauberivière vers l'année 1741.

« Elizabeth Bériau, fille de Maurice Bériau, menuisier, et de Catherine Monet, âgée de dix-huit ans, nous a déclaré que dès sa jeunesse, et même dès sa naissance, à ce que lui ont dit ses parents, elle avait à côté du gosier, au bas du col joignant la poitrine, une petite plaie qui rendait continuellement du pus, s'enflammait de temps en temps et lui faisait une tumeur très considérable, laquelle étant ouverte et paraissant ensuite guérie par le moyen des emplâtres qu'on y mettait, la fistule précédente restait et rendait à l'ordinaire; il y avait au-dessous de cette plaie une glande ou dureté. Elle a été traitée par M. Berthier d'abord, ensuite par M. Fels, à l'Hôtel-Dieu, enfin par M. Briant. M. le médecin l'a aussi vue. M. Fels entre autres y a mis des emplâtres (35). »

Quelle sorte d'emplâtres ? Peu avant de partir du Canada, de Feltz confiait à Landriau et à Compain le secret de son emplâtre antichancreux. Voici un certificat, daté du 22 juin 1767, où il est question de Landriau et du secret de notre Autrichien. « Je certifie avoir été guéri d'un Chancre que j'avois au milieu du front, de la grandeur d'une piaftre, depuis l'année 1736, qui depuis deux ans avoit fait tant de progrès qu'il m'avoit rongé jufqu'au périofte: Tous ceux ou celles qui auront le malheur d'en être attaqués, n'auront qu'à s'adreffer à M. Landriau, Chirurgien de l'Hôpital-Général de Montréal à qui M. Feltz a laiffé ce fecret (36). » Quant à Compain, élève de Feltz, il nous a laissé un remède pour les chancres, qui est, à n'en pas douter, celui qu'il tenait de son maître.

Pierre-Joseph Compain naquit à Montréal le 11 avril 1740. En 1759, il était au Séminaire de Québec; mais il revint à Montréal avant le siège. Le supérieur de Saint-Sulpice, M. Montgolfier, écrivait le 1er novembre 1767: « Le nommé Compain, fils du barbier de cette maison, avait cidevant fait une partie de sa rhétorique à Québec; il a quitté les études pendant le siège. Il a eu quelque commencement de chirurgie sous M. Feltz, mais je crois qu'il ne l'a jamais exercée en son nom. Il s'applique depuis quelque temps au commerce, et a été marié, mais il est veuf depuis 7 à 8 mois; il paraît de bonnes mœurs, et se présente pour aller recommencer la rhétorique à Québec avec nos jeunes gens (37). » Compain fut reçu prêtre en 1774, ce qui ne l'empêcha pas de pratiquer la médecine. Il la pratiqua toute sa vie et, vers 1779, il livrait le secret de son emplâtre aux religieuses de l'Hôtel-Dieu de Québec. Le voici:

Remède pour les chancres

L'on commencera par saigné le malade et le purgé, on appliquera l'emplatre de cette manière.

Vous prendrez de l'alvoine pulvérisé et passé au tamis vous la détremperez avec quelques gouttes d'eau, avec une spatule, et l'appliquerer sur le mal. Ensuite vous couvrirez la plaie avec un fils d'elreigné et prendrez garde que le malade ne la fasse tomber par sa salive surtout si le mal est à la lèvre inférieure. Vous laisserez l'emplatre jusqu'à ce qu'elle tombe d'elle-même, vous la traiterez ensuite comme une plaie ordinaire.

Le régime est de la soupe, peu de viande, point de boisson (38).

Examinons les ingrédients de cet emplâtre qu'il employait non seulement pour les chancres de la lèvre, mais pour les autres. Ce sont l'avoine et la toile d'araignée. Nous ne dirons rien de la saignée qui était l'accompagnement *obligato* de tous les traitements à cette époque; comme l'était d'ailleurs la purgation.

La fleur d'avoine. La pharmacopée, au temps où de Feltz pratiquait, employait deux sortes d'avoine, la noire et la blanche. L'avoine blanche ou ordinaire était celle des emplâtres de Compain et son usage était interne et externe. « Pour l'extérieur, disait le dictionnaire que nous avons déjà cité, on la fait suer, & on l'applique sur le côté dans la pleurésie; ce qui ne peut faire aucun mal. Sa farine en cataplasme est dessicative (39). »

La toile d'araignée. Compain n'employait pas la toile d'araignée comme une sorte de réticule destiné à retenir l'emplâtre en place. La toile

faisait partie intégrante du cataplasme, car elle était un médicament. « Elle est vulnéraire-astringente, consolidante; ainsi elle arrête le sang des plaies récentes; aussi le peuple en fait-il, dans ces cas, un usage fréquent. On l'emploie encore dans la colique, & dans les pertes utérines, en la mêlant avec du vinaigre; et on l'applique sur le nombril, en forme de cataplasme (40). »

Voilà donc ce qu'était ce « remède d'habitant » qui rendit si célèbre le nom de Compain. Les cataplasmes de fleur d'avoine sont encore en usage chez nous, et les toiles d'araignées. « Plus la maladie était grave, écrit M. Victor Morin en parlant de notre médecine populaire, plus les remèdes étaient dégoûtants: les cataplasmes de fiente de vache pour les enflures, les galettes de poux contre la jaunisse, les toiles d'araignées pour les coupures étaient au nombre des prescriptions usuelles (41). » Aux Etats-Unis, le peuple employait aussi les toiles d'araignées. « For bleeding in general and nosebleeds in particular, cobwebs were widely used », écrivait un auteur il n'y a pas longtemps (42). Comme on le voit, tout se rejoint en médecine. C'est qu'il y a pour les peuples un terroir commun de folklore, un fonds universel de connaissances empiriques, de légendes et de superstitions.

REFERENCES

1. LE JEUNE, *Dictionnaire général du Canada.* Le procès de béatification de la Mère d'Youville est en cours depuis quelques années.

2. Pierre-Georges ROY, *Rapport de l'archiviste...* 1924-1925, 367. L'abbé Antoine Sattin, p.s.s., chapelain de l'Hôpital Général de Montréal de 1818 à sa mort en 1836, a écrit lui aussi une Vie de Madame Youville qui resta inédite jusqu'en 1929 alors qu'elle fut mise à jour et publiée par M. Pierre-Georges Roy (*Rapport de l'archiviste...* 1928-1929, 387-436). La version de M. Sattin, pour ce qui regarde la maladie, est à peu près la même que celle que nous a laissée son fils.

3. *Les Propos de table de Martin Luther,* Paris, 1844, 224. « Avaler un crapaud tout vif, ajoute Brunet, est un moyen héroïque préconisé, en certains cas, parmi le peuple, et de nos jours l'on a vu plus d'un malade mourir des suites d'un semblable remède. » Et il cite, sur l'histoire légendaire du crapaud, un article du docteur Roulin dans *la Revue des Deux-Mondes* d'octobre 1835.

4. Paul BRAU, *Trois siècles de médecine coloniale française,* Paris, 1931, 30. Citons un autre remède secret pour la guérison des cancers, celui du docteur Claude Deshais, qui employait, entre autres ingrédients, des cloportes et des vers de terre. Ce Deshais était petit-neveu de notre François Gendron qui fut médecin chez les Hurons et, plus tard, soigna une reine de France pour un cancer. (A. Dureau, *Notice sur la famille Gendron,* Chartres, 1868, 6). Mme Albertine Ferland-Angers, qui achève en ce moment la biographie de Mme d'Youville, nous a raconté que, vers 1900, une personne de sa connaissance avait été traitée avec des vers vivants pour un sein endurci. On remplissait de gros vers une soucoupe qu'on renversait sur le sein et qu'on maintenait en place avec un linge enroulé.

5. Cité par David RIESMAN dans *The Story of Medicine in the Middle Ages,* New-York, 1936, 321. Le lézard s'emploie chez nous dans la médecine populaire. Voici une recette tirée du *Véritable Petit-Albert* (édition de 1861, 115): « Pour faire devenir les cheveux noirs et très longs. Prenez un lézard vert, ôtez-lui la tête et la queue, faites-le cuire dans l'huile et oignez-vous-en les cheveux ». Le remède suivant, pour les panaris, ressemble à celui qu'a subi Mme d'Youville. « Secret pour guérir les panaris. Enveloppez le mal avec un ver de terre vivant, que vous laisserez jusqu'à ce qu'il soit entièrement desséché et le mal sera guéri. » (*Ibid.* 121).

6. Robert CORNILLEAU, « Le Crapaud, bête fabuleuse et médicale », *Aesculape,* avril 1940, 68-69.

7. Kurt SPRENGEL, *Histoire de la médecine,* Paris, 1820, VIII, 448. Sprengel cite, à la page 457 du même volume, l'opinion de Pierre Bierchen « qui constata l'entière inutilité des crapauds, vantés par quelques personnes contre le cancer ». Voir aussi sur le même sujet Bouffey, « Observation sur le danger des crapauds employés comme topique sur les cancers ulcérés » dans *le Journal de médecine, chirurgie, pharmacie,* Paris, 1784, LXII, 139-143.

8. CORNILLEAU, *Loc. cit.,* 68.

9. Vol. II, 156.

10. BRUNET, *Les Propos de table de Martin Luther,* 224. A Strasbourg, en 1752, le crapaud sec valait 2 sols 8 deniers; l'emplâtre de grenouilles, avec le frai ou sans le frai, 4 sols et 2 sols la demi-once. (*L'Union médicale du Canada,* 1882, 606-607).

11. Pierre MARGRY, *Découvertes et établissements des Français dans l'Ouest et dans le Sud de l'Amérique septentrionale,* III, 381-382.

12. MARGRY, *Op. cit.,* VI, 304. Les crapauds peuvent-ils lécher, comme les chiens et les chats? A d'autres d'en décider.

13. Paris, 1904, 161. Cette relation a été attribuée au P. Silvy par le P. Rochemonteix. En 1934, *l'Illinois*

State Historical Library, de Springfield dans l'Illinois, publiait, dans *The French Foundation,* 1680-1693, une version un peu différente d'une partie de cette relation, appelée dans cet ouvrage « the so-called De Ganne Memoir ». D'après le P. Archange Godbout, O.F.M., c'est Raudot jeune, et non le P. Silvy, qui en serait l'auteur. (*Culture,* mars 1941, 102).

4. ROY, *Rapport...* 1924-1925, 367-368. En 1742, un parent de Mme d'Youville, François Mailhot, lieutenant particulier de la juridiction royale de Montréal, fut guéri par l'intercession de Mgr de Lauberivière. Il avait été pris, dans le mois d'octobre de cette année-là, « d'un crachement de sang abondant et continu pendant douze jours consécutifs... Une personne pieuse et pleine de confiance aux mérites de Mgr de Lauberivière, et de foi en tout ce qui avait servi à son usage lui attacha, vis-à-vis la poitrine, une petite partie de ses habits. Dans le moment même, le crachement de sang cessa, les douleurs se dissipèrent, la respiration se fit librement, le sommeil revint et il fut parfaitement guéri. » (Cyprien Tanguay, *Monseigneur De Lauberivière* Montréal, 1885, 127-128). François Mailhot avait épousé Charlotte Gamelin, belle-sœur de Mme d'Youville. C'est sans doute à la suite de cette guérison que Mme d'Youville se décida à se rendre en pèlerinage à Québec.

15. A.-C. GUILLAUME, *L'Endocrinologie et les états endocrino-sympathiques,* Paris, 1930, III, 61-63. Mme Albertine Ferland-Angers a été la première à poser, au cours d'un entretien en 1940, la question des rapports de la maladie de Mme d'Youville avec les accidents de la ménopause.

16. ROY, *Rapport...* 1924-1925, 364.

17. ROY, *Rapport...* 1928-1929, 406. Lorsque Mme d'Youville prit possession de l'Hôpital Général, on fit l'inventaire des biens de l'hôpital. Nous relevons dans cet inventaire, que Mme Ferland-Angers a eu l'obligeance de nous communiquer, des larmes de Job et « un petit pot de thorium ».

18. ROY, *Ibid.,* 420. Le 8 octobre 1757, Mme d'Youville faisait son testament. « Fut présente Dame Marie Marguerite Dufros de la Jemerays veuve du Sieur François You de Youville, demeurant à l'Hôpital Général de Montréal, étant au lit malade en une des chambres du dit hôpital... Déclare la dite testatrice que ses compagnes ayant eu pour ses enfants des attentions infinies... pour aucunement les en récompenser, et des soins et peines qu'elles ont prises auprès de la testatrice pendant sept années qu'elle a été obligé de garder la chambre par une maladie qu'elle a eue à un genou... » (Communication de Mme Ferland-Angers).

19. Edouard-Zotique MASSICOTTE, « Documents pour l'histoire de la médecine au Canada », *L'Union médicale du Canada,* sept. 1919, 463-465

20. Sur Benoist, consulter Pierre-Georges ROY, *La Famille Le Compte Dupré,* Lévis, 1941, 104-108.

21. Tanguay donne Rabstat. N'est-ce pas Rastadt plutôt, où devait se tenir, quelques années plus tard, le Congrès dit de Rastadt?

22. *Rapport sur les archives du Canada,* 1887, cvii.

23. *Ibid.,* 1887, cviii.

24. *Nova Francia,* V. 360.

25. *Edits, ordonnances royaux, déclarations et arrêts du Conseil d'Etat du Roi concernant le Canada,* Québec, 1855, II, 395. De Feltz était présent, le 15 octobre 1752, au contrat de mariage de Nicolas-Amable Morand, chirurgien, et de Marie-Anne Loiseau. (*Bull. rech. hist.,* 1942, 344.).

26. C.-M. Gibert, *Manuel des maladies vénériennes,* Paris, 1836, 665. Et Xavier Tessier, *The French Practice of Medicine: Being A Translation of L. J. Begin's Treatise on Therapeutics,* New-York, 1829, II, 214.

27. Ægidius FAUTEUX, « Un médecin irlandais à Montréal avant la Cession », *Bull. rech. hist.,* 1917, 309-310.

28. L'abbé Faillon, cité par Fauteux, *Loc. cit.,* 309.

29. Voici un cas de plaie au genou qui ressemble un peu à celui de Mme d'Youville. « Saint-Denis-sur-Richelieu, 20 août 1888. — Il y a deux ans, ma petite fille, Amanda, âgée de douze ans, s'était fait mal à un genou en tombant sur la glace. Il se forma bientôt une plaie et les douleurs augmentaient de jour en jour. Je conduisis l'enfant chez monsieur Dragon, rebouteur connu pour son habileté. Après un examen sérieux, il constata que rien n'était démis mais il déclara que le mal était dangereux, peut-être incurable. Je consultai ensuite le docteur Lescaut qui me dit la même chose... Son genou s'ankylosait... Marc Cordeau, père de l'enfant. » *Guérisons et faveurs attribuées à l'intervention de la Vénérable Mère Marguerite Bourgeoys, Montréal,* 1925, 21-22.

30. Le corps de Mme d'Youville fut exhumé en 1849. Voir « Exhumation... de la Rév. Mère Youville », *Exposition rétrospective des Colonies françaises de l'Amérique du Nord. Catalogue illustré,* Paris, 1929, 27; et Gonzague Ducharme, *Catalogue général,* ♯ 6185.

31. Auguste GOSSELIN, *L'Eglise du Canada après la Conquête,* 2e partie, 136-137.

32. L. DOR, « Propriétés physiologiques de quelques mucines », *Lyon médical,* 1901, 769.

33. Jacques ROUSSEAU, « Le Dr J.-A. Crevier », *Annales de l'Acfas,* VI, 1940, 56-57. Et le tiré à part.

34. BERTRAND, « Sur la nature de la bufonine », *Bull. Sc. pharm.,* Paris, 1902, 285-287; Gun, « The Action of the Parotid Gland Secretion of Bufo Regularis »,

Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics, Baltimore, 1930, 1-11; Jensen, « Chemical Studies on Toad Poisons », *Journal of Biological Chemistry,* Baltimore, 1935; Rostand, « Venin et spermatozoïdes de crapaud », *Comptes rendus... de la Société de biologie,* Paris, 1932, 265.

35. TANGUAY, *Op. cit.,* 143-144. Celui qu'on appelle Briant devait être Jean-Baptiste Brillant. « M. le médecin », c'était le Médecin du Roi, c'est-à-dire Joseph Benoist qui décédait en novembre 1742. Quant à Michel Berthier, il fut Chirurgien du Roi jusqu'à sa mort le 5 septembre 1740.

36. Michael JAMES et George AHERN, *Notes pour servir à l'histoire de la médecine dans le Bas-Canada,* Québec, 1923, 343. Aussi 178. Landriau se trouvait donc attaché à l'hôpital de la Mère d'Youville.

37. Pierre-Georges ROY, *Les Petites choses de notre histoire,* Lévis, 1919, 2e série, 129. « Je crois qu'il ne l'a jamais exercée en son nom ». Ces mots de M. Montgolfier ont besoin d'être expliqués. Celui qui avait versé le sang humain, à la guerre, en duel ou autrement, ne pouvait pas être admis dans les ordres sans une dispense spéciale. Les conciles ont légiféré sur le cas de ceux qui, ayant été médecins, veulent devenir prêtres, ou qui, étant prêtres, veulent exercer la médecine. Le 4e concile de Latran (1215) défendait l'exercice de la médecine aux « clercs », si elle comportait la section ou la cautérisation des tissus. Inutile d'entrer dans les détails. Sachons cependant qu'il y avait, pour certains cas, des exceptions et des exemptions. (*Catholic Encyclopedia,* X, 142-143). L'histoire de la médecine canadienne nous fournit un exemple qui a son application ici. C'est celui de François Gendron qui pratiqua, comme nous l'avons dit, la médecine et la chirurgie chez les Hurons avec les Jésuites, de 1643 à 1650. A son retour en France, il fut ordonné prêtre, mais continua à pratiquer la chirurgie. Quelques années plus tard, il obtenait un rescrit du Pape Alexandre VII et une ordonnance de l'Evêque de Chartres qui le relevaient des censures ecclésiastiques « qu'il a pu encourir pour avoir fait des opérations sanglantes et l'autorise à pratiquer désormais la chirurgie au profit de la famille royale et des pauvres ». (Philippe Champault, « Les Gendron, médecins des rois et des pauvres », *Mémoires de la Société royale du Canada,* sect. I, 1912, VI, 40). Mme de Sévigné parle de Gendron dans ses lettres. Il fut le médecin ordinaire du frère de Louis XIV et mourut dans la maison de Boileau.

38. Arthur VALLEE, « Notes brèves sur quelques documents et pièces du trésor de l'Hôtel-Dieu de Kébec », *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux universitaires de Québec,* 1934, p. 31 du tiré à part. On a sans doute noté que cette recette est pour les cancers de la lèvre. C'était la seule que Compain possédait pour toutes les formes de cancer. Dans la lettre à la supérieure de l'Hôtel-Dieu, par laquelle il lui offre son secret, il écrit: « Permettez-moi de vous présenter mes humbles respects, et, en même temps, de vous offrir le secret de guérir les cancers. » Est-ce Compain qui a écrit fautivement avoine et araignée, ou le docteur Vallée qui a mal lu le manuscrit?

39. *Dictionnaire raisonné...,* I, 427. Ce que le *Traité élémentaire de la matière médicale et guide pratique des Sœurs de Charité de l'Asile de la Providence* disait de l'avoine et de ses vertus thérapeutiques en 1890, ne diffère pas grandement de ce qu'on enseignait cent ans auparavant. Voir page 198 de la 3e édition. Sur les cataplasmes préparés avec la fleur de haricots et des jaunes d'œuf, pour le cancer, voir Sprengel, *Op. cit.,* VIII, 419.

40. *Dictionnaire raisonné...* I, 372-373.

41. Victor MORIN, « Superstitions et croyances populaires », *Mémoires de la Société royale du Canada,* sect. I, 1937, 60.

42. Harold-D. LEVINE, « Folk Medicine in New Hampshire », *The New England Journal of Medicine,* 224: 489, 1941.

LA DERNIÈRE ÉTAPE[1]

Par **Arthur ARCAND,**

Docteur de l'Université de Paris,
Lauréat de l'Académie de Médecine de France,
et Membre de la Société des Experts-Chimistes Français.

Je remercie vivement le Club Kiwanis St-Laurent, pour le grand honneur qu'il me fait de m'inviter à prendre la parole dans son déjeuner hebdomadaire. Les orateurs qui m'ont précédé dans ces réunions si distinguées doivent avoir épuisé devant vous toutes les ressources de l'éloquence et de l'esprit. Aussi, le choix d'un sujet susceptible d'éveiller votre attention s'avérait pour moi, dans ces conditions, particulièrement difficile. Toutefois, en me remémorant certains

1. Conférence prononcée par le docteur Arthur Arcand au Club Kiwanis Saint-Laurent, le 5 juillet 1944.

de mes travaux scientifiques, exécutés dans divers laboratoires de Paris, principalement à ceux de la Préfecture de Police du Département de la Seine, j'ai cru vous intéresser en vous faisant part de la phase la plus triste et la plus tragique que traverse le criminel au cours de sa carrière équivoque: celle de l'expiation, c'est-à-dire le supplice de la guillotine.

En 1938, lors de mon retour au pays en compagnie de Son Excellence M. Jean Désy, ambassadeur du Canada au Brésil, j'avais eu l'occasion de parcourir, durant la traversée, un ouvrage fort intéressant intitulé: *Le Crime et les Criminels*, par Edmond Locard, ancien directeur du Laboratoire de Police Technique de Lyon, où se trouvent, entre autre substance, plusieurs photographies de repris de justice dont le corps est littéralement garni de tatouages.

Je m'arrêtai à l'une d'entre elles, en particulier, se rattachant à un misérable, dont le dos était couvert dans sa totalité par une superbe guillotine avec, comme inscription sous le couperet: « LA DERNIÈRE ÉTAPE ». Trouvant la chose fort suggestive, je la montrai à mon ami Désy, qui me proposa de prononcer, un jour, une causerie en rapport avec mes souvenirs de France sur cette question; cette causerie, je viens de la réaliser pour vous, Messieurs. Elle vous transportera, certes, dans un monde inattendu, mais j'espère que vous y découvrirez, au milieu des détails navrants qu'elle comporte, les terribles leçons qui s'en dégagent pour la société.

Lorsque j'étais Chef de Laboratoire de M. le Professeur Achard à l'hôpital Beaujon et, plus tard, à l'hôpital Cochin de Paris, j'avais eu moi-même l'occasion d'examiner à loisir des quantités de tatouages fort intéressants, couvrant la peau de malheureux dont j'avais à m'occuper, tatouages révélateurs de l'état d'âme de chacun de ces individus venant échouer ou plutôt mourir à la salle commune; mais je dois avouer que je n'avais jamais rien rencontré d'aussi typiquement sinistre que l'effigie du livre de M. Locard.

Entre autres inscriptions, j'avais remarqué personnellement des sentences comme celles-ci: LE BAGNE SERA MON TOMBEAU; NÉ SOUS UNE MAUVAISE ÉTOILE; PAS DE CHANCE; FATALITÉ; MORT AUX VACHES (les vaches sont, dans le vocabulaire apache, les agents de police); HAINE AUX DONNEURS (les donneurs sont, dans le même vocabulaire, les dénonciateurs); MARCHE OU CRÈVE, etc., etc. Ces inscriptions courantes étaient ornées, généralement, d'arabesques au goût fort douteux; mais la représentation en entier d'une guillotine couvrant toute l'échine d'un homme, dont la pensée finale converge vers « La Dernière Etape », constitue quelque chose d'inéluctable et de sinistre. Pour ce malheureux, la dernière étape était la fin de sa souffrance, de sa misère, de sa tragédie!

Il serait inexact de dire que tout homme tatoué est un criminel, bien que cela tende à devenir vrai; mais, ce qu'il y a de certain, c'est qu'il n'y a guère de criminels qui ne le soient pas.

On raconte que Bernadotte, devenu roi de Suède après avoir été maréchal d'Empire, fut atteint, un jour, de graves accidents urémiques. Les médecins, après délibérations, résolurent de lui pratiquer une saignée. On pria donc Sa Majesté de découvrir le pli du coude pour recevoir le coup de lancette, mais le roi s'y refusa net. Comme il n'était pas vraisemblable qu'un ancien collaborateur de Napoléon eût peur d'une lancette, l'on crut à une méfiance invincible pour une médication pourtant nécessaire.

L'état empirait; le chœur des supplications reprit. Enfin, convaincu qu'il y allait de sa vie, le roi fit retirer les assistants, ne gardant près de lui que son premier médecin à qui il fit jurer le secret le plus absolu. Puis, relevant sa manche, il laissa voir sur son bras, précisément à l'endroit du coup de lancette, un tatouage que le temps n'avait point effacé.

Alors que Bernadotte, jeune, n'était encore que lieutenant, c'est-à-dire pendant la Révolution, il avait cru, à cette époque, devoir affirmer sa foi républicaine en se faisant écrire sur l'épiderme cette menace si étrangement déplorable pour sa position actuelle: « MORT AUX ROIS ».

L'instrument qu'on appelle, en France, « les bois de justice » fut préconisé, nul ne l'ignore, par Guillotin, un médecin philanthrope et fort doux. Ce médecin n'était pas le premier venu, il avait été un des membres de la Commission chargée d'examiner scientifiquement les sortilèges, la baguette divinatoire et autres pratiques absurbes. Il avait été également appelé à rédiger, avec Franklin, Lavoisier et Bailly, le fameux rapport de l'Académie des Sciences, qui réduisit

à leur juste valeur, en 1784, les soi-disants miracles de Mesmer.

Guillotin demanda, le 10 octobre 1789, l'égalité devant le bourreau, c'est-à-dire un genre de supplice unique pour toutes les classes de criminels, la décapitation, ayant été jusqu'alors réservée aux nobles, et il émit le vœu qu'une machine à l'action rapide diminuât les souffrances du patient.

En disant *ma machine,* Guillotin voulait simplement dire la machine que l'on adopterait, car lui-même ne donnait aucun plan. Il faisait tout simplement une suggestion en se prononçant pour la décollation par un moyen mécanique, et en indiquant à l'appui de sa thèse des instruments employés anciennement en divers pays. « Avec ma machine, disait-il, je vous fais sauter la tête en un clin d'œil et sans que vous éprouviez la moindre douleur. »

Il y eut alors, parmi l'Assemblée, une immense explosion de rires. Hilarité qui semble bien tragique quand on songe que la plupart des rieurs devaient bientôt recevoir la mort de cet instrument qui n'avait encore ni forme ni nom! De plus, l'exclamation de Guillotin devint en peu de temps le texte d'inépuisables plaisanteries; on se divertit fort de cette idée de vous faire sauter la tête en un clin d'œil par philanthropie. Un journal royaliste de l'époque, « Les Actes des Apôtres », publia une chanson sur le pauvre docteur et son instrument, chanson précédée de considérations ironiques sur la jurisprudence criminelle du temps. Enfin, l'appareil se trouva baptisé, longtemps après avoir été inventé: « La Guillotine ».

Cependant, l'Assemblée n'avait rien résolu. Elle avait simplement décrété l'égalité des supplices. Quant au mode d'exécution, la question en avait été renvoyée à l'étude. L'idée de remplacer le bourreau par une machine avait eu son origine dans un sentiment d'humanité; le nom de cet instrument fixé d'avance eut la sienne dans une chanson. On voit assez clairement, Messieurs, que nous sommes en France.

Le 21 septembre 1791, après de longs débats, l'Assemblée adopta le nouveau code pénal, dont un article portait que « toute personne condamnée à la peine capitale aurait la tête tranchée ». Cet article avait été voté sur une motion de Michel Lepelletier de Saint-Gargeau. Il restait à déterminer le mode de décapitation. Les procédés employés jusqu'alors avaient été le glaive ou la hache; l'horrible opération se faisait, comme on le sait, sur un billot, et la maladresse ou l'émotion des bourreaux causait parfois d'épouvantables tortures aux patients. On sait, par exemple, que la tête de Marie Stuart ne tomba qu'au second coup, celle du duc de Monmouth au quatrième et celle de Thou au septième.

Cette question préoccupait vivement les hommes publics du temps, et le bourreau lui-même publiait, sur les inconvénients des exécutions au glaive, des considérations empreintes d'une sorte d'effroi. Enfin, le Comité de Législation s'adressa au célèbre chirurgien Louis, secrétaire perpétuel de l'Académie de Chirurgie, et lui demanda une consultation motivée. Singulière mission, me direz-vous, pour un chirurgien, dont l'art, après tout, est conservateur.

Il devait rechercher et indiquer les procédés les plus convenables pour trancher une tête rapidement et suivant toutes les règles. Il y avait, en fin de compte, dans ce qu'on lui demandait un fond d'humanité, puisque, la peine de mort étant admise, il s'agissait d'épargner au patient les souffrances et les angoisses des anciennes exécutions. Louis rédigea le rapport qu'on lui avait demandé, et le présenta à l'Assemblée le 20 mars 1792.

Il établit d'abord que les instruments tranchants ne sont, en réalité, que des scies plus ou moins fines, ayant peu d'effet quand ils frappent perpendiculairement et que, dès lors, il est nécessaire de les faire agir en glissant sur le corps à sectionner. Cette observation, très judicieuse, conduisait naturellement à donner au couperet une direction très oblique. S'arrêtant ensuite à l'idée émise par Guillotin, Louis établissait que, pour être certain d'un résultat prompt et définitif, il fallait que ce résultat soit l'œuvre, non pas d'un homme, mais d'une mécanique très précise dont il proposait l'adoption.

La notion d'un tel appareil n'était pas nouvelle. En effet, il existe une estampe allemande très ancienne, attribuée à Lucas Cranach, qui reproduit le supplice de la décapitation par un procédé de ce genre; en Italie, au XVIème siècle, on se servait également, pour décapiter les gentilshommes, de la « mannaja », sorte d'ensemble composé de deux montants verticaux joints à

leur partie supérieure par une traverse horizontale à laquelle était suspendu un lourd couperet qu'on laissait tomber de cette hauteur sur le cou du patient, placé sur un billot; enfin, en Ecosse, fonctionnait la « maiden », instrument identique, qui servit vers le même temps à la décollation des assassins de Rizzio.

Louis ne s'en tint pas à sa consultation; il fit construire par un mécanicien allemand nommé Schmidt une machine qui, après avoir subi divers perfectionnements, fut définitivement adoptée.

Les premiers essais furent faits à Bicêtre sur des animaux et des cadavres, sous la surveillance du Lieutenant-Général de Police, Monsieur de Sartines. Depuis ces expériences, le couperet à forme horizontale préconisé par Guillotin n'agissant que comme un coin, il s'ensuivit que la décapitation, dans ces conditions, ne fut pas complète, les animaux n'étant guère que mutilés ou assommés; mais le couperet à forme oblique proposé par Louis donna, par contre, un résultat radical.

Signalons, en passant, que le nouvel instrument fut, dans l'origine, appelé quelquefois « La Louisette », du nom, par conséquent, de son véritable créateur; mais le qualificatif de guillotine reprit presque aussitôt le dessus, devint rapidement technique, officiel et consacré.

On ne voit point, dans les écrits du temps, que l'excellent docteur Guillotin ait jamais protesté; cependant, il est probable qu'au milieu des événements tragiques qui se déroulèrent sous ses yeux, il dut plus d'une fois gémir de la triste célébrité attachée à son nom. Quant au docteur Louis, il eut le bonheur de ne jamais voir une seule exécution politique, car il mourut le 20 mai 1792. D'autre part, une rumeur persista longtemps après la Terreur, voulant que Guillotin ait été guillotiné et qu'il avait pu apprécier ainsi la perfection de son « philanthropique instrument »: c'est une erreur. Ce bon docteur mourut à Paris, rue de la Sourdière, le 26 mars 1814, à l'âge de 76 ans, où il exerçait toujours sa profession, comme médecin de bienfaisance dans le quartier de la Halle au Blé.

La guillotine fonctionna pour la première fois, le 25 avril 1792. Le patient était un bandit de grand chemin nommé Nicolas Jacques Pelletier. La *Chronique de Paris* du lendemain dit à propos de cette exécution: « La nouveauté du supplice avait considérablement grossi la foule de ceux qu'une pitié barbare conduit à ces tristes spectacles. Cette machine a été préférée, avec raison, aux autres genres de supplices; elle ne souille point la main de l'homme du meurtre de son semblable, et la promptitude avec laquelle elle frappe le coupable est plus dans l'esprit de la loi, qui peut souvent être sévère, mais qui ne doit jamais être cruelle. »

Quant à la première exécution politique, elle eut lieu le 20 août 1792, à dix heures du soir, aux flambeaux. Le condamné était Louis David Collenot d'Angremont, exécuté pour s'être montré parmi les ennemis du peuple dans la journée du 10 août.Triste inauguration d'une ère de luttes implacables où la France devait nager dans le sang!

La guillotine est aujourd'hui plus légère, moins ample et plus maniable qu'à l'époque de la Révolution; mais c'est toujours le même instrument, et les modifications qu'on lui a fait successivement subir n'ont rien changé, ni à son mécanisme particulier ni à sa forme générale. Elle est toujours formée de deux montants parallèles solidement enclavés sur un système de chevalets parfaitement de niveau à ras du sol. Ces montants sont couronnés d'un linteau qu'on appelle le chapeau, auquel est fixé le glaive composé d'une lame d'acier triangulaire emmanchée, à l'aide de trois boulons, dans une masse de plomb qui lui donne un poids considérable.

A quelques pieds de la base, se trouvent deux planches placées l'une au-dessus de l'autre dans un plan vertical et percées chacune d'une demi-circonférence, offrant exactement, lorsqu'elles sont réunies, l'apparence d'une pleine lune.

En face des montants se trouve la bascule, planche étroite faisant directement face à la guillotine proprement dite. Au repos, elle est verticale; il suffit d'un geste de propulsion pour la rendre horizontale; en s'abattant, elle tombe et roule par un système de galets de métal sur une sorte de table solidement étayée. Par une action très rapide, elle porte le cou du condamné dans la demi-lune inférieure de façon à l'y emboîter.

A droite de la bascule, un plan incliné est disposé de manière à prendre son point d'appui sur un énorme panier d'osier doublé d'une caisse de

zinc remplie de son ou de sciure de bois. De l'autre côté de la machine, on place une sorte d'appareil qui ressemble à un dossier de baignoire, afin que si, par suite d'un faux mouvement, la tête échappe à l'aide chargé de la guider, elle ne soit point aperçue du public. Cet aide, dans le monde des apaches, porte un nom très suggestif, celui de « photographe ».

Dans sa chute, le couperet rase la surface externe de la lunette, et vient prendre appui par les bords de la masse de plomb sur deux ressorts à boudin surmontés d'un cube en caoutchouc qui amortit le choc et neutralise le bruit. La rapidité de l'action est inexprimable et la mort est d'une telle instantanéité qu'il est difficile de la comprendre. La chute du couteau, mathématiquement calculée, dure ¾ de seconde, ou, plus exactement: 75,562.

Au point de vue physiologique, le supplice de la guillotine a fait l'objet de très nombreux commentaires. Il s'agit de savoir, en effet, si la conscience persiste, ne fût-ce que quelques secondes, dans la tête du guillotiné. Si oui, ce supplice serait l'un des plus épouvantables imaginés par la cruauté des hommes.

Le savant le plus sérieux qui se soit occupé de cette question, est le Suédois Holmgren. Il eut l'occasion d'examiner la tête de nombreux suppliciés après le coup mortel et observa, à maintes reprises, chez cette dernière, des mouvements rythmiques des muscles de la face, des mouvements des yeux, l'ouverture et la fermeture des mâchoires, la rotation de la langue entre les arcades dentaires, etc., le tout pendant près de trois minutes après chaque exécution. Malgré toutes ces constatations, Holmgren conclut aux mouvements réflexes, et affirme que rien n'implique, en la circonstance, un état de conscience quelconque.

Jusqu'aux premiers jours du XIXe siècle on exécutait, à Paris, les criminels un peu partout au hasard de certaines convenances dont le mobile nous échappe aujourd'hui, principalement à la Place de Grève où furent exécutés, en 1804, le fameux chef chouan Georges Cadoudal et ses complices.

Le condamné était hissé sur une charrette découverte et dirigé ainsi, à travers la foule qui encombrait les quais de la Seine, jusqu'à la place sinistre où il devait mourir. Cet usage cruel d'exhiber ainsi le malheureux disparut vers 1830 avec la dynastie des Bourbons. A la Place de Grève, on substitua la Place de la Barrière St-Jacques, qui fut inaugurée le 3 février 1832, par l'exécution d'un criminel du nom de Desandrieux, et, au lieu d'opérer à quatre heures de l'après-midi, comme on le faisait auparavant, alors que toute la population est sur pied et peut accourir, au lieu de laisser les crieurs arpenter les rues en annonçant le moment du supplice, on imposa aux agents de l'autorité une discrétion absolue, et la chose se fit au petit lever du jour.

Vers 1851, on construisit la fameuse prison de la Roquette et on en profita pour supprimer le long parcours du condamné à travers les rues de Paris. Les exécutions capitales eurent lieu devant cette prison, sur une petite place circulaire où l'on plaça à demeure cinq larges pierres planes destinées à recevoir les énormes pièces de bois qui servent de base à l'échafaud. Nombre de passants foulent encore aujourd'hui ces pierres sans se douter de leur sinistre utilité d'autrefois. Les malfaiteurs, toujours en quête de pittoresque, avaient donné un nom à ces cinq pierres, prétendant que le bandit, en face de l'expiation, dégoûté des chagrins de la vie, se retirait à l'Abbaye de Cinq-Pierres.

Enfin, en 1867, fut érigée la prison actuelle de la Santé sur l'emplacement d'un ancien hôpital, dans le XIVe arrondissement. Depuis cette époque, la guillotine fonctionne, à l'aube, sur une artère adjacente, le Boulevard Arago.

Dans son ouvrage intitulé: 37 *ans avec la Pègre,* le Commissaire Guillaume, ancien chef de la Police Judiciaire à Paris, affirme qu'il ne connaît rien de plus horrible qu'une exécution capitale. « Vision sanglante d'un sacrifice humain, dont les rites ont été minutieusement réglés », dit-il!

Son procès terminé et la sentence rendue, le condamné est mis dans une cellule spéciale où il est l'objet d'une surveillance incessante. L'administration, pour plus de sûreté, lui a adjoint un condamné de droit commun, un de ceux que les apaches appellent « des moutons », sorte de délateur qui sait écouter et répéter ce qu'il entendra.

Le temps passe, le pourvoi en cassation est rejeté, la grâce présidentielle refusée. Le procureur général est alors prévenu qu'il doit faire procéder sans aucun délai à l'exécution. Des let-

'es sont expédiées au Préfet de Police pour le ervice d'ordre, à l'aumônier, au commandant e la Gendarmerie de la Seine, au bourreau et à es aides, à l'avocat du malheureux, à l'avocat énéral (ce que nous nommons ici l'avocat de la Couronne), au directeur de la prison, au médecin égiste, au directeur de la Police Judiciaire, etc., tc. Une heure après que ces sinistres formules nt été écrites et signées, elles sont parvenues à lestination. Elles ont été expédiées le soir afin que Paris ignore le plus longtemps possible ce qui se prépare.

Le lendemain, une heure avant le réveil, tous es personnages précédents sont réunis dans le abinet du directeur. Une lourde anxiété pèse sur ette assistance, on parle à voix basse comme dans une chambre mortuaire. Puis, à l'heure voulue, on va réveiller le condamné.

Le gardien met la clé dans la serrure et la porte s'ouvre brusquement. Le plus souvent, le malheureux dort; on lui met doucement la main sur l'épaule, il s'éveille, contemple avec une sorte de stupeur ceux qui se penchent vers lui et l'entourent, il a bien vite compris et entend à peine la phrase fatidique: « Votre pourvoi est rejeté. Ayez du courage »!

D'un geste machinal où l'on sent des frémissements nerveux, le condamné s'habille. Chacun retient sa respiration, tous les visages sont livides. Le représentant de la religion apparaît, vieillard auguste qui fut le seul consolateur de sa détention; c'est le moment des confidences suprêmes au delà desquelles apparaît l'éternité.

Un petit autel a été dressé dans une salle voisine; le saint sacrifice a lieu. Dans cette chapelle improvisée, ceux qui sont croyants murmurent les prières des agonisants. De toute façon, chacun est découvert, le chapeau à la main comme pour un convoi funèbre.

La cérémonie terminée, on procède à « la toilette »: les aides, debout derrière le condamné, le surveillent, pendant que l'un d'eux sort de sa poche une paire de ciseaux, échancre la chemise et coupe les boucles de cheveux qui pourraient nuire à l'opération. Ensuite, on présente au misérable la cigarette et le verre de rhum traditionnels destinés à lui fournir l'énergie nécessaire pour affronter la minute fatale. Enfin, on lui jette un paletot sur le dos à la manière d'un athlète descendant du ring. Le malheureux est prêt pour la mort.

Après avoir signé le registre d'écrou, le bourreau hisse l'homme dans le fourgon qui va le conduire au lieu de l'exécution. Le cortège se met en marche. Sur l'horizon sale et gris, dans le jour blême, la machine sinistre apparaît. Le fourgon s'arrête, la porte s'ouvre, l'homme descend.

Le prêtre l'a devancé sur le marchepied, il lui donne la suprême bénédiction, l'embrasse, lui présente le crucifix de façon à lui dissimuler jusqu'à la dernière seconde l'instrument du supplice. Les aides alors saisissent brusquement le condamné, le précipitent vers la lunette, le bourreau appuie sur le déclic, le couteau se détache et tombe avec un bruit sourd. La tête a roulé, le corps a basculé dans le panier qui se referme. C'est fini. Justice est faite!

Le cadavre, replacé dans le fourgon, est transporté dans un petit cimetière, près de Paris, le petit cimetière d'Ivry. S'il n'est pas réclamé par la famille ou la Faculté de Médecine, il est enterré sans aucun apparât. Placé dans une bière de sapin, la tête entre les jambes, il est inhumé dans un coin. Les fossoyeurs effacent toute trace et recouvrent le sol de gravier. Ni croix, ni fleurs, ni inscriptions n'indiquent l'endroit. La foule passe, ignorante, et piétine ce sol où reposent les suppliciés.

Messieurs, il est admis que la société a le droit de se protéger contre ceux de ses membres qui y jettent la perturbation en violant les lois faites pour la sauvegarder. En enlevant aux individus le droit de se faire justice eux-mêmes, la société a assumé celui de faire rendre la justice; le tout est de savoir si ce droit peut s'étendre au pouvoir de donner la mort. Cette question, une des plus graves qui puissent occuper le philosophe et le législateur, a été, depuis fort longtemps, l'objet des plus vives controverses, et divise encore les meilleurs esprits.

Jean-Jacques Rousseau, dans son *Contrat Social*, s'exprime ainsi sur ce sujet: « La conservation de l'Etat est incompatible avec la conservation du malfaiteur; il faut que l'un des deux périsse. Quand l'Etat fait mourir un coupable, c'est moins comme citoyen que comme ennemi. Le contrat social que tout citoyen signe moralement

avec l'Etat a pour fin la conservation même des contractants. La société a donc, de ce fait, le droit de faire mourir ceux d'entre ses membres qu'elle ne peut conserver dans son sein sans danger pour son existence propre. »

Cette sentence, comme vous pouvez le constater, est d'une logique implacable, et émane d'un des plus grands esprits de tous les temps. Elle vient définitivement à l'encontre de toutes les théories laborieusement échafaudées qui eurent cours depuis cent cinquante ans sur la peine de mort, y compris celle de Victor Hugo qui fut célèbre à son heure.

Messieurs, pour terminer, écoutons quand même l'un des fragments les plus typiques de cette dernière: « La tête de l'homme du peuple, s'écrie Hugo, voilà la question. Cette tête est pleine de germes utiles; employez pour la faire mûrir et venir à bien ce qu'il y a de plus lumineux et de mieux tempéré dans la vertu. Tel a assassiné sur les grandes routes qui, mieux dirigé, eût été le plus excellent serviteur de son pays. Cette tête de l'homme du peuple, cultivez-la, défrichez-la, arrosez-la, fécondez-la, éclairez-la, moralisez-la, utilisez-la et vous n'aurez pas besoin de la couper. »

PROGRAMME DES ACTIVITÉS SCIENTIFIQUES DU XVIIIe CONGRÈS DE L'A.M.L.F.A.N., QUÉBEC, SEPTEMBRE 1944

L'examen médical périodique

Mardi après-midi, 5 septembre

1. — L'examen médical prénatal:
   Dr Ernest Couture, Ottawa.
2. — L'examen médical du nourrisson, de l'enfant, de l'adolescent:
   Dr Gaston Lapierre, Montréal.
3. — L'examen médical prénuptial:
   Dr Richard Lessard, Québec.
4. — L'examen médical de l'adulte:
   Dr Sylvio Leblond, Québec.
5. — L'examen médical du vieillard:
   Dr Jules Prévost, Montréal.

Mercredi après-midi, 6 septembre

1. — La nutrition chez la femme enceinte:
   Dr René Simard, Québec.
2. — La nutrition chez le nourrisson et l'enfant à l'âge préscolaire:
   Dr Marcel Langlois, Québec.
3. — La nutrition chez l'écolier:
   Dr Ernest Sylvestre, Québec.
4. — La nutrition chez l'adulte:
   Dr C.-H. Grignon, Montréal.
5. — La nutrition chez le vieillard:
   Dr Hector Lapointe, Ottawa.

Jeudi après-midi, 7 septembre

1. — L'aspect hygiénique du problème de l'habitation:
   M. Théo.-J. Lafrenière,
   Ingénieur sanitaire en chef du Département de la Santé Provinciale.
2. — L'aspect social du problème de l'habitation:
   Le Rév. Père Geo.-Henri Lévesque, O.P.
3. — La solution du problème de l'habitation:
   Le Rév. Père Richard D'Auteuil, S.J.

Section de Médecine

Organisateur: M. le Dr Renaud Lemieux de Québec.

Mardi, 5 septembre

1. — Les côlites:
   Dr Jean LeSage, Montréal.
2. — Le régime dans le diabète:
   Dr L.-H. Gariépy, Montréal.
3. — L'emploi de l'insuline et de la protamine-zinc-insuline en clientèle:
   Dr L.-N. Larochelle, Québec.

4. — L'épilepsie:
Dr Antonio Barbeau, Montréal.

5. — Pneumopathie atypique:
Dr Gaston Lapointe, Chicoutimi.

MERCREDI, 6 SEPTEMBRE

1. — Les névroses cardiaques:
Dr Duberger, Sherbrooke.

2. — Le traitement des angines et de l'infarctus du myocarde:
Dr H. Lapointe, Québec.

3. — Le traitement de l'insuffisance cardiaque:
Dr Guy Drouin, Québec.

4. — Le traitement du rhumatisme chronique:
Dr René Dandurand, Montréal.

5. — Le traitement de l'insuffisance hépatique:
Dr Onésime Bédard, Ottawa.

6. — Facteurs Rh: Origine, recherche, importance:
Dr Albert Bertrand, Montréal.

JEUDI, 7 SEPTEMBRE

1. — La dysménorrhée.
Dr Oscar Garant, Québec.

2. — Les indications du traitement médical, chirurgical et radiologique du goitre:
Dr Réal Doré, Montréal.

3. — Pourrions-nous diminuer le nombre de cancéreux dans la Province de Québec?
Drs J.-E. Gendreau et *O. Dufresne,* Montréal.

4. — Maladie de cœur rhumatismale:
Dr Adélard Tétreault, Trois-Rivières.

5. — Les pseudo-tumeurs cérébrales d'origine inflammatoire non spécifique:
Dr Pédro Iglésias Bétancourt, Havane, Cuba.

Section de Chirurgie

Organisateurs: Drs J.-L. Petitclerc et François Roy de l'Hôtel-Dieu de Québec.

MARDI, 5 SEPTEMBRE

1. — Le traitement du choc dans les brûlures:
Dr Jean-Marie Lemieux, Québec.

2. — Le traitement local des brûlures:
Dr Chicoine, Montréal.

3. — Le traitement des séquelles des brûlures:
Dr Georges Cloutier, Montréal.

MERCREDI, 6 SEPTEMBRE

1. — Les indications opératoires dans l'ulcère gastro-duodénal:
Dr Charles Lefrançois, Montréal.

2. — Les résultats éloignés de la chirurgie dans l'ulcère gastro-duodénal:
Dr François Roy, Québec.

3. — Problèmes que pose le diagnostic de l'ulcère gastrique en rapport avec le cancer:
Dr Jean-Paul Dugal, Québec.

4. — Conduite à tenir dans les hémorragies de l'ulcère gastro-duodénal:
Dr Paul Poliquin, Québec.

JEUDI, 7 SEPTEMBRE

1. — Le traitement des traumatismes de la main:
Dr Lionel Groleau, Sherbrooke.

2. — Le traitement des infections de la main:
Dr André Simard, Québec.

3. — Le traitement des plaies par les sulfamidés:
Dr J.-A. Lecours, Ottawa.

Section de l'Hygiène

A. — *Séance conjointe de la Société d'Hygiène et de la Société de Phtisiologie de Québec, à l'hôpital Laval.*

B. — *Séance de Nutrition et de Vénéréologie.*

NUTRITION.

1. — Effets de certains procédés de conservation sur la valeur nutritive des aliments, par *M. Elphège Bois,* docteur ès sciences, directeur du département de biochimie, à la faculté des sciences de l'Université Laval.

2. — Technique de l'enseignement de l'hygiène alimentaire, par le *Dr Jules Gilbert, D.P.H.,* directeur de la division de l'enseignement

de l'hygiène, au Ministère de la Santé et du Bien-Etre Social.

3. — Survie et croissance d'un groupe d'enfants jumeaux nourris aux laits évaporés non sucrés, par le *Dr J.-Ernest Sylvestre, D.P.H.*, directeur de la division de la Nutrition, au Ministère de la Santé et du Bien-Etre Social.

VÉNÉRÉOLOGIE.

4. — Le rôle du médecin dans la lutte antivénérienne, par le *Dr Jules Archambault*, directeur à la division des Maladies Vénériennes, au Ministère de la Santé et du Bien-Etre Social, Sérologiste en chef au Ministère de la Santé.

5. — Réflexions sur l'épidémiologie des Maladies Vénériennes dans la Province de Québec, par le *Dr David Beaulieu*, épidémiologiste à la division des Maladies Vénériennes, au Ministère de la Santé et du Bien-Etre Social.

6. — Evolution de la lutte aux Maladies Vénériennes dans la Ville de Québec, communication conjointe, par *Mlle Marguerite Hébert*, assistante au Ministère de la Santé et du Bien-Etre Social, et le *Dr Emile Gaumond*, professeur à l'Université Laval, et dermato-syphiligraphe des hôpitaux Hôtel-Dieu et St-Sacrement.

C. — *Séance Générale.*

1. — Hémorragie du nourrisson, par le *Dr J.-Paul Beaudet*, médecin hygiéniste de l'Unité Sanitaire des Trois-Rivières.

2. — Corrélation des données de la mortalité infantile à la natalité, par le *Dr Paul Parrot*, démographe, au Ministère de la Santé et du Bien-Etre Social de la Province de Québec.

3. — Hygiène scolaire à Montréal, par le *Dr J.-N. Laporte*, directeur-adjoint du Service de Santé et surintendant de la division de l'hygiène de l'enfance du Service de Santé de la ville de Montréal.

4. — Une épidémie de Salmonella Aertrycke en 1944, communication conjointe, par le *Dr A. R. Fowley*, épidémiologiste en chef, au Ministère de la Santé et du Bien-Etre Social de la Province de Québec, par le *Dr Roland Bourassa*, médecin hygiéniste de l'Unité Sanitaire de Rimouski, et *J.-Marc Desranleau*, chimiste au Laboratoire Provincial.

5. — Le sens de la Sécurité, facteur psychologique de grande importance dans un Service d'Hygiène mentale, par *Mlle Brigitte Laliberté*, infirmière-chef de groupe à la section d'hygiène mentale du service de Santé de Montréal, et boursière de la ville de Montréal, à l'Université Columbia de New-York (*Teachers' College*).

(Le titre de cette communication est sujet à révision.)

6. — Organisation du service médical dans l'industrie, par le *Dr F.-J. Tourangeau*, chef de la division de l'Hygiène industrielle, au Ministère de la Santé et du Bien-Etre Social de la Province de Québec.

Section de Pédiatrie

MARDI, 5 SEPTEMBRE

Présidence du Dr Gaston Lapierre

1. — La perte de poids chez le nouveau-né:
Dr Roland Thibaudeau.

2. — Les anémies infantiles:
Dr René Benoît.

3. — La consultation de nourrissons à l'unité sanitaire:
Dr J.-P. Beaudet.

4. — Quinze années de B.C.G. à l'hôpital Ste-Justine:
Dr Gaston Lapierre.

5. — La déshydratation chez le nourrisson:
Dr Chs-E. Turcot.

MERCREDI, 6 SEPTEMBRE

Présidence du Dr de la Broquerie Fortier

1. — Les hasards des premiers jours de la vie:
Dr de la Broquerie Fortier.

2. — Les convulsions, leur étiologie et leur traitement:
Dr Jean Saucier.

3. — Les organismes de protection infantile:
Dr Ernest Couture.

4. — La vaccination anticoquelucheuse:
Dr Daniel Longpré.

5. — Le problème des infections dans les crèches:
Dr D. Lapointe.

JEUDI, 7 SEPTEMBRE

Présidence du Dr Horace Viau

1. — Traitement de la syphilis congénitale par le stovarsol buccal:
Dr E. Dechêne.

2. — Les sulfamidés en thérapeutique infantile:
Dr Horace Viau.

3. — La vaccination et la sérothérapie dans la scarlatine:
Dr J.-H. Charbonneau.

4. — Les affections pulmonaires aiguës de l'enfant:
Dr Paul Letondal.

5. — Le traitement des diarrhées chez le nourrisson.
Dr J.-C. Côté.

N.B. — Les séances se tiendront à 9.30 a. m.

Section de Radiologie

MARDI, 5 SEPTEMBRE, 10 heures

Radiodiagnostic

1. — Le cancer chez l'enfant:
Dr Albert Comtois.

2. — Hernies diaphragmatiques:
Dr Albert Jutras.

3. — A propos d'une anomalie congénitale de la colonne cervicale:
Dr Paul Brodeur.

4. — A propos de la syphilis osseuse congénitale de la première enfance:
Dr L.-A. Gagnier, junior.

5. — L'appendicite chronique: son diagnostic radiologique et son retentissement pyloro-duodénal:
Dr Hervé Lacharité.

6. — Etude clinico-radiologique d'une obstruction de la veine cave supérieure:
Dr L.-P. Bélisle.

7. — Etude radiologique d'un kyste du pancréas:
Dr M. Samson.

8. — Un point d'importance en cholécystographie:
Dr A.-R. Potvin.

9. — Calculs de la prostate:
Dr Yvan Vallée.

MERCREDI, 6 SEPTEMBRE, 10 heures

Rœntgenthérapie

1. — Que valent les agents physiques dans le traitement du rhumatisme chronique:
Dr Origène Dufresne.

2. — La rœntgenthérapie au contact:
Dr Germain Pinsonneault.

3. — Le cancer de la langue:
Dr E.-P. Grenier.

4. — Radiothérapie anti-inflammatoire:
Dr J.-E. Perron.

5. — Considérations sur la télérœntgenthérapie:
Drs L. Payeur et *R. Lessard.*

Section d'Anesthésie

MARDI, 5 SEPTEMBRE

Présidence du Dr A. Rochette, Montréal

1. — Surveillance du malade dans les craniotomies:
Dr Marcel Plamondon, Québec.
Discussion: Dr Chs-Ed. Roy, Montréal.

2. — 250 accouchements sous anesthésie au pentothal:
Dr A. Boudreau, Rimouski.
Discussion: Dr M. Clermont, Montréal.

3. — Pentothal dans les appendicectomies:
Dr Georges Courchêne, Québec.
Discussion: Dr L.-H. Gathien, Lachine.

4. — Analeptiques:
Dr A. Jacques, R.C.A.F.
Discussion.

4. — Le curare en anesthésie:
Dr Fernando Hudon, Québec.
Discussion: Dr Durocher, Montréal.

MARDI, 6 SEPTEMBRE

Présidence du Dr N. Sauvé, Ottawa

1. — Médication préliminaire en anesthésie:
Dr Léon Longtin, Lévis.
Discussion: Dr Irénée Lapierre, Lévis.

2. — Records et statistiques en anesthésie:
Dr Bernard Paradis, R.C.A.M.C.
Discussion: Dr Gaston Dupuis, Montréal.

3. — Anesthésie générale en chirurgie thoracique:
Dr Georges Cousineau, Cartierville.
Discussion.

4. — Anesthésie caudale: Contre-indications, dangers et complications:
Dr Henri de St-Victor, Chicoutimi.
Discussion: Dr Eugène Allard, Québec.

MERCREDI, 7 SEPTEMBRE

Présidence du Dr F.-A. Gadbois, Sherbrooke.

1. — Equilibre hydrique avant et après les interventions chirurgicales:
Dr Lucien Rinfret, Québec.
Discussion: Dr Perras, Montréal.

2. — Pentothal en chirurgie générale:
Dr P.-E. Blais, Chicoutimi.
Discussion: Dr W. Tremblay, Montréal.

3. — Chlorure d'éthyle:
Dr J.-Ovila Noël, Sherbrooke.
Discussion: Dr René Foisy, Montréal.

4. — Pentothal en oto-rhino-laryngologie:
Dr Adrien Paquet, Québec.
Discussion: Dr M. Légaré, Montréal.

5. — Anesthésie en urologie:
Dr R. Rochette, Montréal.
Discussion: Dr A. Bonin, Verdun.

PROGRAMME PRÉLIMINAIRE DES ACTIVITÉS SOCIALES DU XVIIIe CONGRÈS DE L'A.M.L.F.A.N.

Québec, comme en 1934, aura de nouveau le privilège de recevoir chez elle les médecins de Langue française de l'Amérique du Nord.

Ce Congrès, dont tous les travaux seront imbus de médecine préventive, sera la pierre angulaire sur laquelle seront cimentés les matériaux qui serviront d'assises à l'édification et à la diffusion des principes de la «Médecine préventive».

Dans deux articles parus ici même, l'un du président, le docteur Vézina, renferme les idées directrices de ces journées médicales, l'autre, du secrétaire, le docteur Jean-Baptiste Jobin, contient les grandes lignes du programme des Séances d'étude.

Or, en plus des réunions scientifiques, il existe dans nos congrès une louable coutume qui consiste à procurer aux médecins et à leur épouse l'occasion de rencontrer, dans diverses réceptions ou dîners, de bons amis, des parents ou des anciens professeurs.

Cette année, le programme social a été agencé de façon telle qu'il sera récréatif tout en étant très instructif. C'est ainsi que le président, de concert avec les directeurs, a convenu d'offrir aux femmes des Congressistes un déjeuner-causerie auquel un conférencier de marque exposera un sujet de grande importance. De plus, elles seront tout spécialement invitées à visiter une exposition d'«Arts domestiques» qui sera montée dans le Café du Parlement.

Les dames auront aussi, grâce à un privilège tout à fait exceptionnel de la part des Rév. Sœurs Hospitalières de l'Hôtel-Dieu, l'occasion de visiter les trésors historiques de la plus vieille institution hospitalière du pays.

Enfin, elles seront invitées avec leur mari à assister à deux réceptions en plein air (*garden parties*), l'une dans les jardins de l'Université, le soir de l'ouverture du Congrès, et l'autre à Spencer-Wood, gracieusement offerte par le Lieutenant-Gouverneur, sir Eugène Fiset, et lady Fiset.

Comme il y a une âme de mélomane en tout médecin, on a pensé que le Concert de musique instrumentale et vocale était le plus sûr moyen de les distraire et de les reposer de leurs longues journées d'étude.

C'est pourquoi, mardi et mercredi soir, deux groupes d'artistes de grande réputation se feront entendre dans un répertoire des mieux choisis. Enfin jeudi, le 7 au soir, aura lieu au Château Frontenac le grand dîner de clôture du Congrès. Ce dîner sera suivi d'un bal.

Ces quelques données générales du programme social seront détaillées plus tard dans le «Livret-Programme du Congrès» qui sera distribué à tous les congressistes.

Sommaire du programme des activités sociales

4 septembre, lundi soir.

a) Ouverture officielle du Congrès, Salle des Promotions de l'Université Laval.

b) Réception en plein air dans les jardins de l'Université après la séance d'ouverture.

5 septembre, mardi.

a) Déjeuner-causerie réservé aux dames (1 heure). — Château Frontenac.

b) Déjeuner des congressistes (1 heure). — Château Frontenac.

c) Visite de l'exposition d'Arts Domestiques. — Parlement.

d) 8 h. p.m. Concert dans la salle de bal, Château Frontenac. Buffet et Danse.

6 septembre, mercredi.

a) Déjeuner offert par le président.

b) Visite à l'Hôtel-Dieu.

c) 8 h. p.m. Concert au Château Frontenac. Buffet et Danse.

7 septembre, jeudi.

a) Déjeuner aux rapporteurs scientifiques.

b) Réception à Spencer-Wood vers la fin de l'après-midi.

c) 7 h. p.m. Dîner de clôture du Congrès et bal.

Pour le Comité de Réception.

J.-Edouard MORIN,
Président.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DES CONVULSIONS INFANTILES

Les convulsions de l'enfant sont parfois d'origine comitiale et l'on peut dire que tout le problème clinique consiste, en présence du syndrome, à répondre à cette triple interrogation: s'agit-il d'un trouble fonctionnel réflexe et passager sous l'influence de causes variables qu'il restera à déterminer? S'agit-il d'une manifestation de l'état humoral spécial que représente la spasmophilie? S'agit-il de véritables crises d'épilepsie? Pour une symptomatologie semblable, le pronostic et la thérapeutique peuvent différer singulièrement.

A) Considérations générales sur les convulsions infantiles

Les convulsions infantiles — sous l'influence de Rilliet et Barthez et parce que les observations montraient souvent le caractère passager et bénin du symptôme — furent longtemps considérées comme un phénomène banal et sans importance. En fait, si l'on a la possibilité de suivre les malades dans l'avenir, il n'est pas douteux qu'un certain nombre d'enfants — 1 à 10 p. 100 des cas, semble-t-il — présentent ultérieurement des troubles mentaux, moteurs ou épileptiques. Est-il possible de prévoir cette évolution péjorative? Les éléments sur lesquels repose ce pronostic éloigné sont d'ordre variable et, il faut bien l'avouer, de valeur très relative.

Incertitudes du pronostic éloigné. La notion de fréquence ne peut guère intervenir, si l'on juge par les écarts qui séparent les chiffres des différentes statistiques: le nombre des éclamptiques infantiles qui font ultérieurement de l'épilepsie serait de 70 p. 100 pour d'Espine et de 12 p. 100 pour de nombreux auteurs. Si, d'autre part, on recherche, chez les épileptiques adultes, ceux qui ont eu des convulsions dans l'enfance, même variabilité dans les résultats: 10 p. 100 pour Turner, 80 p. 100 pour Pierre Marie, 50 p. 100 pour Longchampt.

L'âge auquel surviennent les convulsions n'est pas négligeable, et la formule de Lasègue conserve, semble-t-il, une réelle valeur: « Toute convulsion de l'enfance qui n'a pas fait sa preuve a d'autant plus de chances de ne pas se transformer en épilepsie de l'adulte qu'elle apparaît de bonne heure. Par contre, plus on approche de la puberté, et surtout celle-ci franchie, les risques sont considérables de voir le mal comitial de l'enfance se transformer en mal comitial de l'adulte ». En principe, les convulsions qui surviennent entre six mois et trois ans peuvent être bénignes; avant trois mois le pronostic éloigné sera plus sévère, car un traumatisme obstétrical peut être en cause. Enfin toute crise convulsive qui apparaît sans raison, après la troisième année, doit faire soupçonner l'épilepsie.

Les signes d'une lésion cérébrale associée sont évidemment d'un pronostic défavorable. On comprend qu'un sujet qui présente une atteinte dystrophique, traumatique ou infectieuse des centres nerveux, doive être considéré comme un véritable épileptique, s'il prend des convulsions. Mais toute la difficulté consiste, en dehors des cas où l'altération encéphalique est évidente, à reconnaître la lésion, souvent très minime, d'où dépend l'irritabilité cérébrale. Très souvent, on supposera plutôt qu'on affirmera son existence, lorsque l'étude des antécédents personnels révélera un traumatisme obstétrical important, une encéphalite aiguë antérieure, des stigmates syphilitiques, etc. D'autre part, la constatation chez les parents de tares psycho-névropathiques graves, d'origine alcoolique ou autre, représente également un élément dont il faudra tenir compte.

Les caractères mêmes du paroxysme n'ont pas autant d'importance qu'on pourrait le croire. En dehors des crises nombreuses, violentes, répétées, à localisation d'emblée unilatérale, survenant sans cause apparente et qui appartiennent manifestement à l'épilepsie, ce sont, dans tous les cas, bénins ou graves, presque toujours les mêmes symptômes: perte de connaissance, révulsion des globes oculaires, convulsions cloniques ou toniques, etc.

L'état humoral pourrait intervenir, puisque l'hypocalcémie s'observe dans la spasmophilie, dont le pronostic, en dehors de certains laryngo-

pasmes graves, est relativement bénin, par opposition à celui de l'épilepsie, où l'on n'observe pas de modification sanguine appréciable. Mais rien n'empêche un rachitique ou un spasmophile d'être atteint d'épilepsie vraie.

Les conditions d'apparition du symptôme convulsif sont également à considérer. Si la crise est nettement déclenchée par une affection fébrile à son début, une poussée dentaire, des troubles digestifs importants, des vers intestinaux, on peut admettre que, la maladie initiale une fois disparue, les convulsions ne se reproduiront plus, encore qu'elles témoignent d'une irritabilité anormale de la substance cérébrale. Ces derniers faits sont d'ailleurs fréquents, et il semble bien que de nombreux enfants atteints d'éclampsie réflexe guérissent complètement et définitivement sans séquelles. Néanmoins, et quelle que soit la forme clinique du syndrome, le pronostic éloigné est toujours un peu réservé.

Formes cliniques des convulsions infantiles.

Debré, dans la thèse de Françoise Lévy consacrée à l'étude des convulsions essentielles du nourrisson et leur pronostic, les classe en quatre groupes: les convulsions spasmophiles, les convulsions hyperpyrétiques, le spasme du sanglot et l'épilepsie vraie.

a) *Convulsions spasmophiles.* La spasmophilie — son étude sera faite au chapitre des maladies diathésiques — est représentée par un état d'excitabilité neuro-musculaire, lié à un trouble de l'équilibre minéral de l'organisme qui se traduit, dans les cas les plus typiques, par de la tétanie des extrémités, le spasme carpopédal, le spasme du larynx, des crises convulsives généralisées, l'hypocalcémie, le signe de Chvostek, etc.

L'affection s'observe chez le nourrisson de plus de six mois, et presque toutes les crises sont précédées de troubles digestifs ou associées au rachitisme. Pour Escherich, ces convulsions spasmophiles représenteraient 90 p. 100 des cas d'éclampsie infantile, 70 p. 100 pour Lesné et Turpin, 25 p. 100 pour Debré et Lévy.

La mort subite par laryngo-spasme est possible, mais elle est rare et, d'autre part, l'efficacité de la thérapeutique par les rayons ultra-violets est telle que la guérison est la règle. Heuyer aurait observé néanmoins des cas d'épilepsie tardive chez des spasmophiles.

b) *Convulsions hyperpyrétiques.* Sous l'influence d'un état fébrile, élevé ou modéré, surviennent des convulsions — leur fréquence est estimée à 20 p. 100 par Debré et F. Lévy — dont le pronostic est en général bénin. Toutefois, il se peut que la fièvre se borne à extérioriser un état anormal des centres nerveux; et, d'autre part, lorsque l'éclampise survient non plus au début mais au cours de la maladie, il est possible qu'elle relève d'une complication méningo-encéphalique, dont la gravité immédiate ou tardive est en rapport avec l'intensité et la localisation de la lésion.

c) *Spasme du sanglot.* Debré désigne sous ce nom un accès convulsif — il représenterait 20 p. 100 des convulsions infantiles — qui se manifeste, indépendamment de toute spasmophilie, à l'occasion d'une émotion ou d'une colère. L'enfant est pris d'un sanglot bruyant et, brusquement, le thorax s'immobilise en inspiration; puis surviennent la perte de connaissance, la révulsion des yeux, les contractions cloniques ou toniques, etc. Les sujets ne présentent en général aucune tare en dehors d'un léger état névropathique. La guérison est la règle, et le phénomène ne se reproduit pas au delà de la deuxième année. Cette « convulsion émotive respiratoire » — c'est le nom sous lequel le symptôme a été isolé en Allemagne — paraît devoir être plutôt rattachée à l'ictus laryngé qu'à l'éclampsie infantile.

d) *Convulsions symptomatiques de causes diverses.* Dans cette classe, qui ne figure pas dans la classification de Debré et F. Lévy, peuvent être groupés tous les cas qui ne rentrent pas dans les formes précédentes et qui ne sont pas de l'épilepsie vraie. Chez les sujets dont l'hérédité névropathique n'est pas douteuse, des convulsions apparaissent, non plus seulement à l'occasion de la fièvre, d'une émotion ou d'un état spasmophile, mais sous l'influence de causes souvent minimes, dont les plus fréquentes sont les vers intestinaux, les affections gastro-intestinales et les poussées dentaires. Cette dernière étiologie, niée par certains auteurs, est affirmée par Lesné: « Nous sommes tous d'accord en pédiatrie, dit-il, pour admettre que les prédisposés font des convulsions à chaque poussée dentaire, entre sept

et quinze mois. Plus tard, ils n'en ont plus. De tels faits sont classiques. Il est impossible d'éliminer de la nosologie les convulsions de cet ordre, anodines d'ailleurs.

e) *Epilepsie vraie du nourrisson.* Elle est liée, comme celle de l'adulte, à des lésions cérébrales qui peuvent ne se traduire, d'ailleurs, que par les crises convulsives et que seuls les examens histologiques révéleront parfois *post mortem.* Il se peut que la maladie n'atteigne pas l'état général et que le développement se fasse normalement. Toutefois des troubles du caractère se décèlent habituellement, accidents minimes si on les compare aux tares physiques et cérébrales d'autres sujets. Un traumatisme obstétrical, une infection des centres nerveux, l'alcoolisme des générateurs et surtout l'hérédo-syphilis doivent être retenus, et l'on tirera de ces faits les déductions thérapeutiques nécessaires.

B) Conduite thérapeutique dans les convulsions infantiles

Le traitement doit être institué au cours de la crise et après la crise; il s'efforce de modérer l'excitabilité des centres nerveux et surtout de supprimer les causes provocatrices des paroxysmes.

Traitement au cours de la crise.

Il est simple ou complexe suivant la gravité de l'accès.

Eviter toute cause d'excitation, en particulier les sinapismes et les bains sinapisés, les bottes d'ouate, etc.; enlever les langes trop serrés; dégager le cou; ouvrir la fenêtre et laisser l'enfant étendu sur son lit dans le décubitus latéral pour permettre l'écoulement de la salive.

Faire préparer un bain tiède où le malade sera maintenu pendant un quart d'heure ou davantage avec des compresses d'eau fraîche sur le front. Et recourir aux applications de *rayons ultra-violets* en cas de convulsions liées à la tétanie et se répétant chaque jour.

Administrer un lavement évacuateur, avec une cuillerée à soupe de glycérine ou d'huile de ricin pour 150 grammes d'eau tiède, et donner ensuite un *lavement sédatif* à garder, de 40 grammes d'eau, renfermant 0gr,25 d'*antipyrine* ou de *bromure* de potassium et 0gr,10 d'hydrate de *choral;* ou encore faire absorber du *gardénal* à la dose d'un centigramme par année d'âge, ou davantage en laissant plus d'une heure d'intervalle entre les prises. Le *chlorure de calcium,* à la dose de 2 à 4 grammes par jour, spécifique de la spasmophilie, peut être introduit, lorsqu'il y a urgence, par la sonde stomacale suivant la technique des auteurs américains et de Debré.

Si les convulsions persistent ou s'exagèrent, faire respirer toutes les cinq à dix minutes, procédé très efficace, quelques gouttes d'*éther* ou de *chloroforme* versées sur un mouchoir. Les injections d'acétylcholine pourraient être tentées, puisqu'elles ont donné de bons résultats dans les états de mal de l'adulte.

La ponction lombaire ne saurait être indiquée que si l'on soupçonne l'existence d'une hémorragie méningée, d'une méningite cérébro-spinale, tuberculeuse, syphilitique. Et l'application de *sangsues* aux apophyses mastoïdes convient aux cas qui s'accompagnent de cyanose de la face ou d'anémie.

Traitement après la crise.

Il importe de traiter l'état nerveux par la médication sédative et la cause de l'éclampsie par la thérapeutique étiologique.

Traitement de l'état nerveux. — On évitera tout excitant du système nerveux d'ordre moral ou alimentaire. On veillera à l'évacuation régulière des selles. On prescrira du bromure de sodium ou de calcium, en dehors naturellement de la médication classique antiépileptique au gardénal qu'il conviendra d'appliquer aux formes comitiales affirmées ou supposées.

Traitement étiologique. — Contre la fièvre, les antithermiques; contre les vers intestinaux, la santonine; contre la spasmophilie, le calcium et les rayons ultra-violets; contre l'hérédo-syphilis, la médication classique.

Paul SAVY.

"L'Union Médicale du Canada" en 1875

La liberté de l'enseignement supérieur en France

Editorial, août 1875.

La loi sur la liberté de l'enseignement supérieur vient d'être discutée et votée par l'Assemblée nationale de France. Ainsi se trouve détruit le monopole universitaire créé par Napoléon 1er pour remplacer les institutions que la révolution avait balayées. Ce système de centralisation excessive, né du despotisme, a fait son temps et la majorité conservatrice de l'Assemblée nationale lui a donné son coup de mort. L'Université a eu ses jours de gloire, ses hommes de génie, mais depuis longtemps le défaut de concurrence avait produit ses résultats ordinaires: l'apathie, la somnolence, la routine, le manque d'initiative et d'émulation, enfin l'abaissement du niveau des études. Chose curieuse pour ceux qui ne comprennent pas que le libéralisme moderne est, dans son essence, le destructeur de la véritable liberté, le monopole universitaire a été défendu par ceux-là mêmes qui font le plus profession de libéralisme.

Quoi qu'il en soit, en ce moment où le Collège des médecins de cette province a sous sa considération une loi concernant l'exercice et l'enseignement de la médecine, nous avons cru utile de rappeler quelques-uns des articles de la nouvelle loi française.

« L'enseignement supérieur est libre. » Que de luttes n'a-t-il pas fallu pour inscrire cet article au frontispice de la nouvelle loi: 40 années d'un combat sans relâche viennent enfin d'être couronnées par une victoire dont on attend la régénération de la France.

Les articles suivants énumèrent les conditions prescrites aux individus et aux associations qui veulent ouvrir des cours et des établissements d'enseignement supérieur. Parmi ces formalités, les unes sont uniquement des restrictions imposées par l'état des esprits en France, des compromis résultant des dissentiments politiques, philosophiques et religieux, qui déchirent notre ancienne mère-patrie, les autres ont leur raison d'être en tout pays parce qu'elles répondent à un intérêt général, en empêchant que la liberté, dans son application, n'amène aussi, comme le monopole, l'abaissement du niveau des études.

Ainsi les établissements libres d'enseignement supérieur doivent comprendre au moins le même nombre de professeurs que les Facultés de l'Etat qui comptent le moins de chaires. Pour prendre le nom d'Universités, ils sont tenus de réunir trois Facultés. S'il s'agit d'une faculté de médecine ou d'une école de médecine ou de pharmacie il devra être établi: « Que la dite faculté ou école dispose, dans un hôpital, de 120 lits au moins, habituellement occupés, pour les trois enseignements cliniques principaux: médical, chirurgical, obstétrical; qu'elle est pourvue: 1° de salles de dissection munies de tout ce qui est nécessaire aux exercices anatomiques des élèves; 2° des laboratoires nécessaires aux études de chimie, de physique et de physiologie; 3° de collections d'étude pour l'anatomie normale et pathologique, d'un cabinet de physique, d'une collection de matière médicale, d'une collection d'instruments et appareils de chirurgie; qu'elle met à la disposition des élèves un jardin de plantes médicinales et une bibliothèque spéciale. »

Ces mesures de précaution adoptées, il s'agissait de dénouer le nœud gordien de la question: la collation des grades. La lutte a été belle, le combat véhément, la victoire chaudement disputée. L'éloquence des Jules Ferry, des Dupanloup, des Chesnelong a brillé de tout son éclat, elle a profondément remué les passions politiques et religieuses des auditeurs.

Cette grande discussion a mis en présence tous les systèmes de collation des grades et a révélé tous les arguments que l'on peut faire en faveur de chacun d'eux. Sous réserve de plusieurs erreurs dans lesquelles les divers orateurs sont tombés, par suite de leur incompétence en fait de médecine, ces discours seront lus avec fruit par ceux qui étudient, en ce moment, les améliorations à apporter dans notre loi de médecine.

Pour comprendre la solution que la question a reçue en France, il faut se rappeler qu'il existe en ce pays trois Facultés de médecine seulement ayant le droit de conférer des grades.

Les partisans du *statu quo* voulaient réserver exclusivement à ces Facultés le droit de la collation des grades; les libéraux, en établissant ainsi une inégalité entre les différents membres du corps enseignant, visaient à empêcher la création des établissements libres. Ce système injuste a été rejeté avec raison par l'Assemblée nationale.

Le système proposé par la commission maintenait aussi le *statu quo* pour le moment, mais il voulait décréter qu'une loi ultérieure pourrait accorder le droit de conférer des grades aux établissements libres quand ces derniers auraient fait leur preuve. C'était tout livrer aux hasards de l'avenir et empêcher la création de grandes Universités en leur ôtant toute garantie de vie propre.

Le système qui a prévalu, c'est celui des jurys mixtes, composés de professeurs officiels et de professeurs libres.

Les élèves des établissements libres auront la faculté de se présenter devant ce jury spécial ou bien devant les Facultés de l'Etat.

Comme on le voit, c'est un système de transaction, inférieur, à notre point de vue, à celui proposé par M. Raoul Duval suivant lequel les Facultés de l'Etat et les Facultés libres pourraient délivrer des titres purement honorifiques; un examen devant un jury indépendant ouvrirait l'entrée des carrières professionnelles. Il est certain, et nous en avons la preuve en ce pays, que la concurrence résultant de la liberté d'enseignement, si elle n'est sagement dirigée ou tempérée, a pour conséquence inévitable d'entraîner un abaissement des études. « Voilà pourquoi, disait M. de Ranse dans la *Gazette Médicale de Paris,* lors de la discussion de la nouvelle loi, il sera nécessaire, indispensable, de séparer le droit de conférer des grades de la liberté d'enseigner. En conservant exclusivement, comme c'est son droit et son devoir, la collation des grades professionnels, qui devra être confiée à un jury indépendant de tout corps ensei-

gnant, l'Etat préviendra tous les abus qui pourraient résulter d'une concurrence ayant souvent plus en vue des intérêts matériels que les vrais intérêts scientifiques; il maintiendra le niveau des études à un degré suffisamment élevé; il sauvegardera au même titre, par l'égalité devant le jury qui le représentera à l'entrée de toute carrière publique ou professionnelle, l'indépendance et la dignité des différents établissements d'enseignement supérieur; enfin il protégera la société contre les conséquences d'une instruction insuffisante puisée dans ces mêmes établissements. L'institution d'un jury indépendant s'impose au législateur comme le meilleur système. Là, en effet, réside la plus sûre garantie de la liberté; là, par conséquent, est l'avenir de la science et de la profession.»

Se basant en partie sur des considérations analogues, l'Assemblée nationale n'a pas voulu accorder sans restriction aux Facultés libres le droit de conférer des grades, et elle a adopté le système des jurys mixtes, et cela malgré les conditions spéciales assez sévères, exigées des établissements libres, et de plus malgré la garantie sérieuse offerte par l'admission préalable au baccalauréat devant un jury dépendant de l'Université, condition nécessaire pour entrer dans l'étude des carrières scientifiques et professionnelles.

Si l'on veut bien contempler un instant l'état où nous a réduits en cette province une liberté sans contrepoids et sans direction, l'on sera forcé d'avouer que les législateurs français ont fait acte de patriotisme en imposant des restrictions nécessaires aux établissements d'enseignement supérieur. Ici, la profession médicale seule se ressent des abus qu'entraîne à sa suite le droit pour les Facultés de conférer des grades, jamais la profession légale n'a permis qu'on lui enlève le privilège d'admettre ses membres; espérons que le Collège des Médecins va prendre cette question en sérieuse considération et doter notre province des jurys d'examen indépendants. Ce système fonctionne déjà en Allemagne, en Suisse, en Angleterre dans quelques Universités, au Danemark, dans la province d'Ontario, et il a donné, dans tous ces pays, d'excellents résultats.

ANALYSES

Dans le but d'uniformiser les indications biliographiques qui accompagnent les analyses, afin de les rendre plus complètes et utilisables, on est prié des 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.

PHTISIOLOGIE

Thomas A. CAMPBELL, P. S. STRONG, G. S. GRIER et R. J. LUTZ. — **Pneumonie atypique primitive.** "J. A. M. A.", **122**: 723 (10 juillet) 1943.

La pneumonie atypique porterait un meilleur nom si on l'appelait bronchiolite aiguë associée à une atélectasie. Les auteurs en ont étudié 200 cas. Cette maladie peut exister au point de vue endémique et épidémique. L'inoculation varie de 7 à 21 jours. La contagion n'est pas grave. La radiologie a démontré que dans 81 pour cent des cas la base pulmonaire est l'endroit de choix pour l'éclosion de la maladie. On y constate une densité bigarrée partant du hile et descendant vers le diaphragme; cette image donne la manifestation d'une bronchite et d'une bronchiolite; des ombres marbrées, pommelées se surajoutant, c'est la manifestation d'une atélectasie. Ces lésions pulmonaires sont variables et disparaissent plus ou moins rapidement. Plus de 19 pour cent ont donné des images d'atélectasie: transformation du médiastin, élévation du diaphragme, espaces intercostaux plus tassés.

Le diagnostic devient fort difficile. Si les lésions siègent à l'apex, il est à faire entre la tuberculose, l'atélectasie occipitale d'une part et la pneumonie atypique d'autre part.

Les auteurs ont eu un épanchement pleural dans seulement six pour cent des cas. Les images radiologiques s'améliorent au même rythme que les lésions organiques et que les signes cliniques.

Paul-René ARCHAMBAULT.

GYNECOLOGIE

Clayton T. BECHAM. — **Le traitement des tumeurs malignes du bassin par l'androgène.** "Am. J. of O. and G.", **46**: 848 (décembre) 1943.

Si, par une castration radiothérapique, Ahlbon, en 1930, redonne de l'espoir aux porteuses de cancer du sein avec métastase osseuse et si, plus tard, Lacassagne, Raynaud, etc., obtiennent le même résultat en injectant des hormones mâles, on peut conclure que la disparition de l'hormone folliculaire ou l'augmentation dans la circulation de son antagoniste, l'hormone testiculaire, ont une heureuse influence sur l'état général de ces malades, quoique étant sans action sur la tumeur elle-même.

Reprenant l'expérience dans le *Lancet* de février 1941, Loesler présente ses résultats chez six cancers du sein dont trois ont des métastases. Ses patientes ont eu des implantations de testostérone ou de progestérone; après l'implantation, deux des métastases s'arrêtent, les trois tumeurs localisées le restent.

L'auteur, devant ces résultats, applique la même thérapeutique à quatre patientes porteuses de tumeurs malignes inopérables de l'ovaire et dans deux cas de néoplasme du col ayant largement envahi les paramètres. Chez toutes ces malades radium, rayons X, sont sans espoir mis en œuvre; au traitement est ajouté du proprionate de testostérone.

La médication n'a nullement prolongé la vie de ces patientes, mais à des doses variant de dix à vingt milligrammes aux deux jours, dès la seconde injection, les douleurs diminuent puis disparaissent, au point de ne plus réclamer de calmants. On note une augmentation passagère du poids et un regain de vie qui persiste suivant le degré d'intoxication de ces cancéreuses.

En résumé, si la médication n'a pas su guérir, elle a au moins donné du bien-être et elle peut nous faire espérer le contrôle des tumeurs malignes par des extraits endocriniens.

F.-X. DEMERS.

J. H. PEEL, F.R.C.S. — **Traitement moderne des ménorragies.** "Digest of Treatment", **7:** 205 (septembre) 1943.

L'auteur groupe suivant leur âge les patientes qui se plaignent de ménorragie.

1. — Ménorragie à la puberté.

2. — Ménorragie à l'âge fécond.

3. — Ménorragie à la ménopause.

A la puberté

L'anémie, des troubles cardiaques, une mauvaise alimentation, la carie dentaire, la constipation, le manque d'exercice, en résumé un état général défectueux est souvent cause de ménorragie. La correction de ces troubles aidée par des préparations de fer et de calcium amène la guérison.

Polypes, fibromes, etc., sont exceptionnels à cet âge.

Nombreux sont les cas cependant où un déséquilibre endocrinien est l'épine déclenchante des ménorragies, car la ménorragie est un symptôme et non une maladie.

Au cours du cycle menstruel, l'ovaire devient kystique, avec absence de formation lutéinique: c'est le kyste folliculaire: l'aménorrhée est courte, les pertes sanguines de longue durée, il y a hyperplasie de la muqueuse utérine. S'il y a dégénérescence rapide du corps jaune, le cycle menstruel est court (polyménorrhée), les pertes sont abondantes (hyperménorrhée). Les guérisons spontanées sont nombreuses, aucune urgence pour opérer.

Traitements: Fer, calcium et extrait thyroïdien ½ grain trois fois par jour, même s'il n'y a pas de signes évidents d'insuffisance thyroïdienne, car la thyroïde a une action régulatrice sur le fonctionnement ovarien, favorisant l'élimination de l'œstrin et stimulant le métabolisme. (Si on utilise l'extrait de thyroïde, sans faire de métabolisme basal, il est bon de surveiller le pouls et la courbe du poids.)

Les cas graves nécessitent un traitement plus énergique: pendant les pertes repos au lit. Si le taux d'hémoglobine est sous 50% et si les globules rouges sont sous 3.000,000: transfusion.

L'ergot est sans valeur thérapeutique, mais ½ c.c. de pitocin aux six heures pour quarante-huit heures donne d'heureux résultats.

Hormonothérapie: lutéine ou progestine et hormone gonadotropique.

La lutéine agit pendant les pertes, mais elle sera surtout active si on l'utilise dix jours avant la date présumée des règles. Intramusculaire cinq milligrammes aux deux jours; par la bouche quinze à vingt milligrammes deux fois par jour.

L'hormone gonadotropique est le traitement de choix. Entre les pertes cinq cents unités aux deux jours; pendant: mille unités tous les jours. L'hormone stimule la lutéinisation et elle peut agir sur l'endomètre.

Devant l'insuccès de la médication, le curetage, s'il ne guérit que 10 à 15% des cas, enlève l'endomètre anormal et permet à l'extrait glandulaire d'agir mieux.

Les hormones, le fer et le calcium doivent être continués pour deux à trois mois.

Ménorragies à l'âge fécond

A cet âge, les pertes sanguines sont généralement dues à une maladie organique, et même celles où on ne peut déceler de lésions ont moins tendance que les premières à la guérison spontanée.

Sauf la chirurgie, aucun traitement n'est vraiment satisfaisant dans les cas de fibromes, de métrites chroniques, de sclérose utérine. La physiothérapie a une heureuse influence sur la salpingo-ovarite et la métrite. L'électrocoagulation ou curetage du col vient à bout de l'endocervicite.

Le déséquilibre endocrinien n'est mis en cause que lorsqu'on a éliminé toute lésion organique; on le traite comme nous l'avons vu lors de la puberté. Si le traitement échoue, à l'arsenal thérapeutique endocrinien on peut ajouter le proprionate de testostérone ou mieux le méthyltestostérone (moins masculinisant). Vingt-cinq milligrammes tous les deux jours arrêtent l'ovulation et permettent un réajustement qui peut amener la guérison.

Depuis les temps les plus reculés on attribue des propriétés thérapeutiques aux tissus testiculaires. L'ère hormonale a scientifiquement prouvé ces propriétés thérapeutiques.

Les substances estrogéniques comme le stilbestrol sont malheureusement trop souvent prescrites; on oublie

qu'elles n'agissent que sur un endomètre atrophié, ce qui est rare dans ces cas.

Devant l'échec du traitement médical, l'insuccès d'un curetage, le gynécologue, malgré son conservatisme naturel, la main forcée par l'état de sa patiente, pratique chez la femme de moins de quarante ans une hystérectomie qui laisse l'ovaire sain en place.

Ménorragie de la ménopause

Lorsqu'à l'examen on a exclu toutes lésions organiques, il est indispensable de pratiquer un curetage biopsique.

Les cas bénins de dysendocrinie seront traités comme déjà dit. Les hormones gonadotropiques ont cependant une action limitée sur l'ovaire qui se fait vieux.

Pour les cas graves, chez les patientes qui refusent d'autres traitements, le testostérone permet d'attendre la ménopause naturelle. Le traitement de choix, c'est, après curetage, cent milligrammes de radium pour 24 heures: une ménopause rapide s'installe et guérit.

Cependant, chez la femme porteuse d'un col déchiré et infecté, il est préférable de pratiquer une hystérectomie totale qui mettra à l'abri d'un néo.

F.-X. DEMERS.

Nous avons eu l'occasion de voir une vierge de 22 ans, menstruée 15 jours par mois depuis 2 ans, sans lésion gynécologique décelable par toucher rectal. Ex.: urine négatif. Vitamine C positif. Prothrombine à 70%.

Elle résiste à tout traitement médical. Hésitant avant de pratiquer un curetage traumatique pour cette petite membrane, si peu portée de nos jours, nous avons supprimé toute médication sauf fer et calcium, et, quoique le temps de saignement et de coagulation aient été normaux, elle reçut, intraveineux, aux deux jours, trois piqûres de vitamines K dès le début de ses pertes qui ne durèrent que six jours. Le mieux se continue depuis plusieurs mois avec des vitamines K par la bouche.

Le succès obtenu chez cette malade nous y a fait voir autre chose qu'une coïncidence. D'ailleurs il aurait été incompréhensible que les vitamines oublient cette branche importante de la médecine qu'est la gynécologie.

F.-X. D.

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

Major Samuel I. GREENBERG. — **Epidermolysis Bullosa.** "American Archives of Dermatology and Syphilology", **49**: 333 (mai) 1944.

Sur un total de 2,281 nouveaux cas de dermatologie qui ont été vus en ces deux dernières années dans un hôpital militaire, l'auteur relève 5 cas d'épidermolyse bulleuse. Cette proportion de 5 cas sur 2,281 malades, c'est-à-dire 0.2 pour cent, est relativement élevée. Cela est probablement dû au fait que dans l'armée tous les malades sont examinés alors que dans la population civile un bon nombre de ceux qui ne présentent que des symptômes légers ne consultent pas.

L'auteur rapporte l'histoire détaillée de chacun de ces 5 cas d'épidermolyse bulleuse.

Dans tous les cas l'éruption est de faible intensité et n'occupe que les pieds et les mains. Chez 3 malades elle n'intéresse que les pieds.

Deux malades ne présentent des lésions d'épidermolyse bulleuse que pendant l'été. Un autre constate que la chaleur aggrave son éruption. L'effet aggravant de la chaleur peut s'expliquer par le fait que la transpiration macère l'épiderme, le rend par conséquent plus fragile.

Dans les 5 cas on note une influence héréditaire maternelle nette. La dermatose peut être héréditaire ou être la conséquence d'une prédilection congénitale. Quoi qu'il en soit, la connaissance des antécédents familiaux est d'un précieux secours pour le diagnostic.

Dans l'armée le diagnostic d'épidermolyse bulleuse entraîne aussitôt le renvoi du soldat malade. Ceci est facile à comprendre quand on sait que la marche favorise l'apparition de bulles douloureuses aux pieds. L'auteur dit même que les pieds d'un soldat qui souffre d'épidermolyse bulleuse ne sont pas en meilleure condition quand il a parcouru la distance de 2 ou 3 coins de rue que ceux d'un soldat normal après une première marche de 15 ou 20 milles.

Il est possible qu'un certain nombre de personnes qui croient avoir la peau « tendre » et ont tendance à faire des phlyctènes facilement souffrent en réalité d'une forme légère et atypique d'épidermolyse bulleuse.

Henri SMITH.

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.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE QUEBEC

Séance à l'hôpital du Saint-Sacrement

Séance du 28 avril 1944

Mononucléose infectieuse

MM. KELLY et J.-Edouard MORIN

Les auteurs rapportent l'observation d'un jeune aviateur, qui a présenté au début de décembre un syndrome infectieux, caractérisé par des malaises généraux: maux de tête, courbature, température, une angine légère et un gonflement ganglionnaire dans la région de l'angle du maxillaire gauche. Au neuvième jour de la maladie, une adénite bilatérale, cervicale, inguinale et maxillaire.

La recherche des anticorps hétérophiles dans le sang du malade (d'après la technique de Paul & Bunnell modifiée par Davidsohn), a donné une séro-agglutination positive jusqu'au 7/1000. Dix jours plus tard, la même réaction fut de nouveau pratiquée, et on obtint une agglutination au 3/1000. Une épreuve de contrôle pour éliminer les antigènes de Forssman a fourni une réaction négative pour ces antigènes.

Au début de l'infection, la formule sanguine révélait une leucocytose de 15,400. Le décompte cellulaire indique une mononucléose de 80%. Douze jours plus tard, la leucocytose est tombée à 9,000, donnant une mononucléose de 74%. Le malade a guéri très rapidement de son infection et, un mois plus tard, tous les ganglions étaient revenus à la normale. Cette observation est la première signalée dans la région.

Etude sur une série de cas de pleurésies purulentes

MM. F. TREMPE, J.-P. ROGER et J.-M. LEMIEUX

Il s'agit des pleurésies purulentes observées à l'hôpital du Saint-Sacrement de 1934 à 1944.

74 pleurésies sont données avec l'âge, le microbe, l'intervention chirurgicale si elle a été pratiquée, le nombre de jours d'hospitalisation et le résultat.

Sur ces soixante-quatorze, 56 ont guéri et 18 sont morts.

61 ont été livrés à la chirurgie; sur ce nombre 51 ont guéri et 10, soit environ 16%, sont morts.

La durée moyenne d'hospitalisation a été de 69 jours.

Aucun des malades n'est passé à la chronicité.

Les causes de mort ont été les suivantes:

1° le jeune âge ou l'âge avancé;

2° la cachexie et la débilité;

3° la malignité du microbe et en premier lieu la gangrène.

La publication se termine sur des considérations générales.

Epithélioma du bassinet

M. Nérée LAVERGNE

Après avoir fait une revue de l'anatomo-pathologie, de la symptomatologie et du diagnostic des tumeurs du bassinet tant bénignes que malignes, l'auteur rapporte un cas d'épithélioma du bassinet observé chez une femme de 68 ans, dont le diagnostic a pu être établi nettement par une pyélographie rétrograde.

L'auteur insiste surtout sur le diagnostic radiologique qui repose, d'après lui, sur deux signes caractéristiques:

1° une image de soustraction qui, dans le cas présenté, réalisait une amputation totale du bassinet;

2° une image particulière représentée par une ligne semi-circulaire à concavité supérieure, qu'il

appelle « le signe de la cupule » et qui provient du moulage opaque de la partie de la tumeur qui fait saillie dans la cavité pyélique.

Il aurait d'ailleurs observé ce signe de la cupule à peu près constamment sur les pyélogrammes des tumeurs rénales et il tend à lui accorder une valeur diagnostique considérable.

SOCIETE DE GASTRO-ENTEROLOGIE DE MONTREAL

Séance du jeudi, 27 avril 1944

Présidence de M. Jean LeSage

Cholécystotomie ou la cholécystindèse

M. Pierre SMITH

Impressionné par les succès rapportés et se rendant compte que l'intervention décrite pour la première fois par Benedetto Schiazzi, repose sur des données précises d'anatomie et de physiologie, M. Smith, dès 1934, adopte la manière de voir de Schiazzi et depuis cette date il a eu occasion de pratiquer la cholécystindèse dans presque la moitié des cas opérés pour les voies biliaires, soit trente cas sur soixante-cinq cas opérés.

M. Smith fait noter que, déjà en 1926, Einhorn faisait la remarque que, dans la calculose vésiculaire, il faut faire seulement le strict nécessaire. M. Chiray aussi insistait qu'il faut faire le moins possible dès qu'il s'agit d'une cholécystite lithiasique.

M. Smith, faisant un rappel de ses publications antérieures dans *L'Union Médicale du Canada*, décrit la technique et résume les indications de la cholécystindèse et les contre-indications qui deviennent alors des indications de la cholécystectomie.

Les indications de la cholécystindèse sont: une vésicule d'aspect normal, dont les parois ne sont pas épaissies et où il y a une infection probable seulement. Le cas idéal, c'est la vésicule à calcul unique et présentant peu ou pas de lésions de la paroi.

Les contre-indications, qui alors deviennent des indications d'une cholécystostomie, sont: une vésicule infectée, la présence d'angiocholite, un calcul dans le cholédoque, la présence de boue biliaire et enfin de la lymphangite et adénite cholédocienne.

Enfin, la présence d'un hydrocholécyste; une vésicule exclue ou une vésicule infectée plegmoneuse d'emblée imposent une cholécystectomie.

Discussion.

M. Charles LEFRANÇOIS, contrairement à M. Smith, ne croit pas que la cholécystindèse soit une intervention rationnelle en pathologie vésico-biliaire.

Le foyer principal de la calculose est toujours la vésicule. En plus une ligature sur la paroi de la vésicule, tel que le nécessite la cholécystindèse, pourrait aussi bien être la cause de l'apparition de calculs. M. Lefrançois demande s'il y a eu cholécystographie de contrôle, après plusieurs années, des cas opérés par M. Smith.

M. Jean LeSAGE fait remarquer que le cholécyste ne s'enlève pas sans trop d'inquiétude comme pour l'appendice. Il faut tenir compte des exaltations microbiennes, qui deviennent plus marquées après la cholécystectomie, ainsi que de l'apparition d'une néovésicule provenant d'une dilatation du cholédoque.

Avant de faire subir une cholécystectomie, l'on doit employer beaucoup de circonspection. Il propose, s'il y a lithiase, de faire le drainage de la vésicule et l'analyse des bi'es avant l'intervention. Si la vésicule est exclue, que le foie est augmenté de volume, ou qu'il y a ictère infecté, il partage l'opinion de M. Chiray et de M. Smith, que la cholécystindèse s'impose.

M. Albert JUTRAS est d'opinion, comme radiologiste, que les indications opératoires devraient être déterminées avant l'intervention. Si le test Graham Cole révèle que la vésicule ne se remplit pas, il est péremptoire de faire une cholécystectomie. Par contre, si la vésicule fonctionne très médiocrement, alors la cholécystotomie serait indiquée. Le tamponage, après cholécystindèse, pour les calculs logés dans le cystique lui paraît peu efficace pour en faire l'extraction.

M. Jutras rapporte plusieurs cas de migraine et d'arthrite de l'épaule, ayant antérieurement subi une cholécystindèse et que seule une cho-

lécystectomie subséquente pour calcul a finalement guéri la condition.

M. Jacques BRUNEAU n'a pas d'opinion personnelle, mais d'après Graham les cholécystectomisés, d'après le résultat obtenu, peuvent se grouper en trois catégories distinctes: a) ceux avec une cholécystite calculeuse et colique hépatique, qui sont améliorés en 90% des cas; b) ceux avec cholécystite sans colique hépatique, dont 60 et 70% se trouvent améliorés; c) ceux avec dyskinésie biliaire sans calcul, où la cholécystectomie n'apporte une amélioration que dans 30% des cas. Il est préférable de ne pas intervenir dans ce dernier groupe.

Les malaises qui suivent une cholécystectomie, i.e. la dyskinésie biliaire, peuvent résulter d'un défaut de technique: l'oubli d'un calcul dans les voies biliaires, causant des crises colitiques (le « stop colic » de Graham).

M. Pierre SMITH répond *à M. Lefrançois* qu'il n'a pas eu occasion de faire faire des radiographies de contrôle et ne peut pas affirmer qu'il y ait eu calcul de nouveau, chez les malades qui ont subi la cholécystindèse.

Il ne croit pas que la suture de la paroi puisse être considérée comme une cause de nouveaux calculs.

A M. Jean LeSage: il se dit conforme à sa manière de voir.

A M. Jacques Bruneau: M. Smith dit que la classification de M. Graham est exacte, mais par contre il se demande si Graham, en pratiquant la cholécystindèse au lieu de la cholécystectomie, n'aurait pas d'aussi bons et même de meilleurs résultats.

Séance du 13 juin 1944
Tenue à l'Université de Montréal
Département de physiologie

Présidence de M. Jean LeSage

Aspects biologiques des vitamines

M. Arthur-E. GAGNON

Ce travail doit paraître dans *l'Union Médicale du Canada* comme article original.

Un facteur important du groupe de la vitamine B: la choline

M. E. ROBILLARD

La choline a été isolée en 1849 par Stucker et Wurtz en fait déjà la synthèse en 1867; mais ce n'est que vers 1925 qu'on recueille les premiers faits qui laissent prévoir son action dans le transport des lipides.

Quant à la notion du rôle métabolique de la choline elle-même, rôle qui la fait classer provisoirement du moins dans le complexe vitaminique B, cette notion a rebondi comme par ricochet des recherches sur le diabète expérimental et l'insuline. Lors de la découverte de l'insuline, on se contentait d'expériences de durée relativement courte. Il suffisait aux besoins des travaux de conserver les chiens pancréatectomisés pendant quelques semaines; lorsqu'on avait vu l'effet de l'opération, qu'on avait supplémenté le défaut d'insuline par des injections et qu'on avait observé la régression des symptômes, lorsqu'enfin ceux-ci réapparaissaient avec l'arrêt des injections, l'expérience était complète. Cette phase brillante de la découverte de l'insuline passée, MacLeod et ses collaborateurs entreprirent des expériences de longue durée et maintinrent à l'insuline des chiens pancréatectomisés pendant plusieurs années. On remarqua chez ces animaux que le foie s'hypertrophiait et prenait l'aspect jaune caractéristique de foie gras. L'observation faite à la fois par MacLeod et ses collaborateurs de Toronto et par Fisher de Chicago pouvait dépendre de plusieurs facteurs. Ces animaux n'avaient plus de pancréas, on leur avait injecté de l'insuline à doses souvent plus que suffisantes et leur diète n'avait pas toujours été adéquate pendant la longue période de l'expérience. Mais on commença par l'expérience la plus logique: on leur administra du pancréas de bœuf dans leur ration, ce qui les améliora nettement. On avait conclu que le pancréas contenait une substance qui empêche l'infiltration graisseuse du foie lorsqu'en 1931 et 1932 Hershey et Soskin obtinrent le même résultat en ajoutant de la lécithine à la diète des animaux. Il était naturel de penser que le pancréas administré pouvait contenir ou de la lécithine ou un constituant de la lécithine qui était lui-même responsable de l'action lécithine.

L'action bienfaisante de la lécithine n'est pas due au glycérophosphate ni aux acides gras, mais réside exclusivement dans la choline, comme Best, Hershey et Huntsman le démontraient en 1932.

Cependant, si la choline se trouve dans le pancréas, elle n'est pas seule responsable de son action. En 1936, Dragstedt et ses collaborateurs purifient le pancréas et en font un extrait à peu près exempt de choline et qui conservait encore ses propriétés pour la guérison du foie gras. Il y a donc dans le pancréas une substance active que Dragstedt assimile à une hormone et qu'il appelle « Lipocaic ».

Une année auparavant Best, Huntsman et Ridont avaient proposé le mot « lipotropique » pour caractériser l'action de la choline comme préventif et curatif du foie gras. On pourra donc désormais parler avec plus de concision et dire simplement corps ou facteurs lipotropiques, activité lipotropique, etc... Actuellement on connaît trois groupes de facteurs lipotropiques:

1. — la choline et des corps qui lui sont apparentés comme la bétaïne et la méthicholine;
2. — le lipocaic pancréatique de Dragstedt;
3. — l'inositol qui est un polyalcool en C^6 dont la formule est C^6H^6 $(OH)^6$.

M. Robillard résume très brièvement ce que l'on connaît de plus important sur la choline et tente de voir comment son action diffère des autres facteurs lipotropiques.

Le travail devenant onéreux avec le chien pour hâter les recherches, on a délaissé le chien et expérimenté chez le rat. Avec ce dernier animal, il fut possible de provoquer le foie gras chez le rat normal en lui administrant simplement une diète riche en graisses saturées. On remarqua rapidement que la lécithine et la choline exerçaient une action lipotropique dans ces conditions. On varia les conditions, on produisit le foie gras en administrant du cholestérol, en empoisonnant les animaux par le phosphore et le tétrachlorure de carbone, on étudia la mobilisation des graisses vers le foie au cours du jeûne, on provoqua le foie gras par l'extrait cétogène du lobe antérieur de l'hypophyse, etc.

a) *Foie gras par suite de la diète.*

Le plus grand nombre d'expériences ont cependant été accomplies en employant des diètes riches en graisses ou en lipides et contenant des quantités variables, généralement faibles, de protéines. Il n'y a pas de doute que les observations de Patek, en 1937, et de nouveau de Patek et Post, en 1941, qui obtinrent des résultats favorables dans le traitement de la cirrhose hépatique au moyen de diète très nutritive fortement supplémentée de concentré en vitamine B, ont dû stimuler l'intérêt des recherches dans ce sens.

En 1940, Rich et Hamilton réalisent chez le lapin, au moyen d'une diète sans choline, une cirrhose de Laënnec. Charkoff et Connor provoquent la cirrhose alcoolique chez le chien. Blumberg, avec une diète riche en graisses, pauvre en protéines et pauvre en facteurs lipotropiques, développe la cirrhose chez le rat, tandis que l'addition de 1% de chlorure de choline dans la diète empêche le développement de la cirrhose.

En étudiant les résultats des diètes on a vu chez le rat que le foie gras et la cirrhose sont surtout obtenus avec des diètes riches en graisses et pauvres en protéines. Channon et ses collaborateurs remarquèrent qu'une diète contenant 50% de caséine ne provoquait plus l'infiltration graisseuse du foie. La caséine a donc aussi des propriétés lipotropiques. Channon étudia alors à ce point de vue toute une série de protéines, élimina les acides aminés suivants: lysine, phénylalamine, alanine, proline, hydroxyproline, leurcine, valine, histidine, qui ne possèdent aucune action lipotropique. La cystine fut reconnue comme possédant une action antilipotropique; l'addition de cystine augmente l'accumulation de graisse dans le foie. En 1937, Tucker et Ecktein trouvent que la méthionine est lipotropique. De plus ils dosent dans les protéines étudiées par Channon des quantités de méthionine qui expliquent exactement leur pouvoir lipotropique.

Nous sommes donc en présence de choline et de méthionine qui sont lipotropiques et de cystine qui est antilipotropique.

Quant à la cystine, il est probable que son action antilipotropique n'est pas spécifique, mais qu'elle est plutôt due à une augmentation du métabolisme, qui à son tour amène une augmenta-

on de besoins en facteurs lipotropiques. Si ceux- sont à la limite de l'équilibre, le foie gras en ésulte, c'est du moins l'opinion de Best et Lucas.

b) *Autres foies gras.*

La dégénérescence graisseuse produite par administration de substances toxiques ne répond as à la choline ni aux autres substances lipotro- iques, comme le faisait le foie gras produit par . diète. La dégénérescence graisseuse causée par phosphore n'est influencée favorablement par choline qu'au stade de régénérescence. De ortes doses de choline peuvent s'opposer à l'ac- on du tétrachlorure de carbone, comme Best et s collaborateurs l'ont démontré. Enfin avec le loroforme, Stato a trouvé que les rats traités la choline étaient plus résistants à l'intoxica- on que les autres. En résumé, on peut dire que choline n'exerce pas d'action bien spécifique r le foie gras causé par ces substances toxiques. 'est surtout au stade de régénérescence qu'elle git. On doit rapprocher de ce type de foie gras foie gras du jeûne et le foie gras causé par injection d'hormone cétogène de l'antéhypo- hyse, du moins pour ce qui concerne l'efficacité e la choline. Dans ce dernier cas, le lipocaic a té trouvé effectif par Dragstedt et ses collabo- ateurs.

Une place à part doit être réservée au foie gras ausé par l'ingestion de cholestérol, parce qu'alors s lipides hépatiques diffèrent du foie gras pro- oqué par la diète hyperlipidique.

La choline à hautes doses (Best, Channon et idont) peut empêcher l'accumulation des grais- s neutres, mais n'a aucune action sur le stérol bre et ne sauve que de 60% l'augmentation nsidérable des esters de cholestérol. La réponse es esters de cholestérol à la choline se fait 'ailleurs plus lentement et requiert des doses lus fortes.

La choline stimule la formation des phospho- pides et en assure un « turn-over » plus rapide rtout dans le foie, mais aussi dans le reste de organisme. Or, les phospholipides sont des cons- tuants cellulaires que l'on retrouve dans tous s tissus. Aussi, par la carence de choline chez s animaux en croissance ou en état physiologi- ue d'urgence, d'autres troubles viennent s'ajou- ter à la dégénérescence graisseuse du foie. En 1939, Griffith et Wade trouvent que, chez les rats très jeunes, l'absence de choline amenait une dé- générescence hémorragique du rein en même temps qu'elle provoquait le foie gras. Ils no- tèrent que le besoin en choline était propor- tionnel au taux du métabolisme protidique. En 1940, Sure remarque que l'absence de cho ine chez des femelles en lactation a ses répercussions sur les petits. Au 13e jour, ceux-ci cessent de téter, manifestent de la paralysie et meurent bientôt. Lors du sevrage l'alimentation doit aussi comp- ter de la choline. On a signalé encore des lésions d'estomac chez les rats, le « perosis » (élonga- tion des tissus) chez les poussins. Solandt a montré que la formation d'acétycholine dépend pour une part de la présence de la choline alimen- taire. Toutes ces actions viennent s'ajouter à l'action fondamentale de la choline sur le foie.

Quant aux autres substances lipotropiques, le « lipocaic » de Dragstedt et l'« inositol », leur action diffère de celle de la choline surtout en ce qu'elle ne s'adresse pas à la même espèce de dé- générescence hépatique. Chez les chiens dépan- créatés Dragstedt a montré que le « lipocaic » était plus efficace tandis qu'« inositol » semblait spécifique du foie gras causé par le biotin.

Conclusion.

La quantité de graisse hépatique est normale- ment une constante. Lorsqu'on constate une ac- cumulation de graisse dans le foie, on est en pré- sence de deux hypothèses possibles: ou bien il y a un défaut de transport à partir du foie, ou bien il y a un excès de transport vers le foie, excès qui déborde la capacité à se débarrasser de la graisse. Hershey s'est arrêté à la 1ère hypo- thèse et a montré que le foie gras répondait à la lécithine et plus tard à la choline. Chez les ani- maux dont le métabolisme est très actif, comme chez les animaux en croissance, l'absence de la choline s'accompagne d'autres lésions. Il semble que le foie gras et ses autres lésions proviennent d'une même cause, à savoir le défaut d'échanges des phospholipides, constituant nécessairement des cellules.

Ces recherches sur la choline n'ont pas encore eu leur application en clinique humaine. Cepen- dant elles ont servi à faire mieux connaître le

métabolisme des graisses qui reste encore toutefois assez obscur.

Démonstrations des carences en vitamine du complexe B

(*Films en couleur;* gracieuseté de la maison Lilly.)

Le Secrétaire,
A. CANTERO.

REUNION SCIENTIFIQUE DU BUREAU MEDICAL DE L'HOPITAL SAINTE-JUSTINE

Séance du 29 avril 1944

Présidence de M. Pacifique Gauthier

Le B.C.G. à l'hôpital Sainte-Justine

M. Gaston LAPIERRE

Total des vaccinés par le B.C.G., de 1928 à 1944: 5,838.

Par ingestion: 4,612, par injection: 1,226.

De 1928 à août 1934: 634.

Durant ces années, le service du B.C.G. ne consistait qu'à faire la vaccination des nouveaunés. Ces enfants n'ont été visités qu'après l'organisation du Service Social du B. C. G. en août 1934.

500 enfants ont pu être suivis comme il convenait et revaccinés après une épreuve de Mantoue négative, à différentes époques.

Des détails relatifs à la cause du décès de 7 cas particuliers sont donnés, le B.C.G. ne pouvant être mis en cause.

L'idéal pour que le B.C.G. donne tout ce qu'on en attend, est la séparation immédiate de tout nouveau-né de sa famille, dès la naissance, le vacciner et l'isoler pendant plusieurs mois. En attendant ce jour extraordinaire, il faut, 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.

Le docteur G. Lapierre parle des nouvelles méthodes qu'il a inaugurées ici: celle de Rosenthal (Chicago), par « punctures », et celle de Nègre (Paris), par scarifications.

Radiodiagnostic de la syphilis osseuse congénitale de la première enfance

M. L.-A. GAGNIER

Le rapporteur nous parle de la syphilis osseuse congénitale du nouveau-né et du nourrisson et nous cite les principaux auteurs qui ont fait des études radiologiques sur les altérations osseuses de la première enfance.

Il mentionne quatre types distincts de la syphilis osseuse: 1° l'ostéochondrite syphilitique, type Wegner-Parrot; 2° la périostite ossifiante; 3° la forme gommeuse; 4° la forme ostéoclasiante ou destructive.

Il étudie les deux premières variétés en détail et donne un bref résumé sur les deux autres.

1° *L'ostéochondrite syphilitique,* dont le premier signe radiographique est une modification de la ligne métaphyso-épiphysaire. Par la suite il se forme un tissu de granulation où la spirochétose abonde et finalement cette affection correspond à l'image du pseudo-décollement de Parrot.

2° *La périostite ossifiante,* qui, anatomiquement, est engendrée par la participation de la couche embryonnaire sous l'influence de l'irritation causée par le spirochète. Cliniquement, c'est la radiographie qui nous aide à la découvrir.

Freenkel, qui a contribué à faire connaître cette modalité de la syphilis osseuse, distingue trois variétés de périostite: la périostite commune, la plus fréquente; la périostite combinée à l'ostéochondrite, beaucoup moins fréquente; et la périostite tardive ou de réparation.

3° *La forme gommeuse* est rarement observée au cours de la première enfance. Elle n'est relevée qu'à l'état exceptionnel.

4° *La forme ostéoclasiante ou destructive.* Ici la radiographie révèle des pertes de substance

osseuse paraissant tailler l'os comme à l'emporte-pièce. Sous l'influence d'une médication antisyphilitique, en quelques semaines l'os reprend sa forme primitive et sa structure normale.

Cette intéressante communication a été illustrée par des clichés radiologiques.

Kyste du mésentère

M. Ernest CABANA

L'auteur rapporte l'observation d'un enfant de 9 ans opéré d'urgence le 29 mai 1943, pour péritonite appendiculaire.

A l'opération, on trouve une tumeur de la grosseur du poing, translucide, contenant un liquide séreux, enclavé dans le mésentère des dernières anses iléales. Résection intestinale et abouchement sur bouton de Murphy. Guérison au bout de dix-huit jours.

Une radiographie de contrôle montre que l'évacuation intestinale se fait normalement. Le rapport de l'anatomo-pathologiste se lit ainsi: lymphangiome du mésentère.

Le rapporteur parle ensuite de l'historique du kyste du mésentère, de sa classification, de sa pathogénie, de ses symptômes, de son diagnostic, de son traitement, de son pronostic et de sa fréquence. Il conclut que le kyste du mésentère est rare, qu'il est très difficile à diagnostiquer et que son traitement est uniquement chirurgical.

Vomissements de la grossesse

M. Pacifique JOLY

Les vomissements, d'après le rapporteur, sont dus souvent à de la constipation, de l'intoxication, de la névropathie, des lésions ou vices de position de l'intestin et à une mauvaise hygiène alimentaire qu'il faut constamment corriger en faisant de ce fait l'éducation de la femme enceinte sur le régime qu'elle doit suivre. Un menu est suggéré comportant les aliments à conseiller, ceux à éviter, médicaments à administrer aux nerveuses, tels le bromure, la valériane, etc. Parfois, tout cela ne suffit pas et la malade doit prendre le lit et s'isoler dans certains cas à l'hôpital pour y subir un traitement approprié: sérum glucosé, phénobarbital sodique. Comme cause des vomissements, une théorie est en faveur de l'hypofonctionnement du corps jaune, tout cela est sous l'influence de l'hypophyse.

Le rapporteur rappelle le mécanisme de l'interfonctionnement de ces différentes glandes.

Le Secrétaire du Bureau Médical,
Hermile TRUDEL.

NÉCROLOGIE

LE DOCTEUR J.-O. LEROUX

Le docteur J.-O. Leroux vient de mourir à l'âge de 62 ans. Le défunt avait obtenu son doctorat de l'Université Laval de Montréal, en 1910, et avait exercé d'abord aux Cèdres jusqu'en 1926, puis à Montréal jusqu'à sa mort. Nous prions son fils, le docteur Gabriel Leroux, de bien vouloir accepter nos sincères condoléances.

LE DOCTEUR J.-D. GAUTHIER

Le docteur J.-D. Gauthier est mort tout récemment à l'âge de 85 ans. Le défunt avait fait ses études médicales à l'Université Laval de Montréal, qui lui accorda son doctorat en 1883. Le docteur Gauthier était médecin honoraire de l'hôpital Notre-Dame, avait été président de l'Union Saint-Pierre, directeur des Artisans canadiens-français, membre des Forestiers Indépendants et directeur de l'hôpital St-Luc. Il exerçait depuis 60 ans et était un vieux paroissien de Saint-Louis de France qu'on avait accoutumé de rencontrer sur la rue Cherrier, où sa silhouette était à ce point familière, et sympathique, qu'elle semblait faire partie des choses inaliénables ou impérissables du quartier.

LE DOCTEUR ROMEO LEDUC

Le docteur Leduc est décédé ces jours derniers à Saint-Hughes à l'âge de 62 ans. Son doctorat lui avait été accordé par l'Université Laval de Montréal en 1906.

Le défunt s'était fait connaître d'une façon assez répandue vers 1918 par ses travaux sur la radio-activité et la transmutation des corps radio-actifs. A cette époque, qui n'est pas tellement lointaine, la découverte du radium et des rayons X n'avait pas encore cessé de fasciner les esprits et toute personne, savant ou profane, qui s'adonnait à l'étude des propriétés des corps radio-actifs devenait tabou auprès de ses connaissances et concitoyens. Ainsi en fut-il du docteur Leduc qui eut la curiosité de telles études, mais qui revint plus tard à l'exercice actif de sa profession. De ses nombreux enfants, il laisse un fils étudiant en médecine à qui nous adressons nos sincères condoléances.

LE DOCTEUR EDOUARD CLOUTIER

Le docteur Edouard Cloutier vient de mourir à l'âge de 89 ans. Le défunt avait reçu son doctorat en 1880 et a exercé son art pendant 64 ans. Le docteur Cloutier, au moment de sa mort, était un des plus âgés, sinon le plus, des médecins de la province de Québec.

REVUE DES LIVRES

Edward W. HAYES. — **Tuberculosis as it comes and goes.**

Les bons traités populaires sur la tuberculose ont rares. Les uns sont trop scientifiques, les autres trop sommaires. Le livre que vient de publier le docteur Edward W. Hayes, professeur de phtisiologie au Collège médical Evangélise de Los Angeles, et directeur médical du sanatorium Mary-knoll Sisters en Californie, tient le milieu entre les deux. Il a, de plus, l'avantage d'avoir été écrit par un médecin qui fut tuberculeux et qui pratiqua son art dans un sanatorium.

Nul ne pouvait mieux connaître l'âme du malade. Son livre porte la marque du souci qu'il a de garder intact le moral du tuberculeux et de l'aider à faire sa cure.

Les chapitres concernant l'infection tuberculeuse, la fréquence de la contamination, et les moyens de la contrôler par les réactions tuberculiniques, sont fort instructifs.

L'évolution tuberculeuse, sous ses diverses formes, les traitements hygiéno-diététiques et chirurgicaux, la curabilité de la tuberculose, sont tous traités d'une façon intéressante, mais brève. Il dit beaucoup de choses en peu de phrases, d'une grande simplicité et d'une grande clarté.

Deux parties de son livre sont consacrées, l'une à la classification des formes de tuberculose pulmonaire, selon l'*Association Nationale Antituberculeuse*, et l'autre à la collapsothérapie, et sont illustrées de nombreux schémas qui montrent bien les transformations des lésions tuberculeuses, avant comme après les traitements.

Au chapitre du diagnostic de la tuberculose pulmonaire, on trouve des considérations bien au point sur les moyens de rechercher la tuberculose de primo-infection et d'infection subséquente ou réveil. On y trouve également des appréciations sur l'aide des rayons X pour le diagnostic précoce, comparée à l'examen physique seul.

Ce petit traité « Tuberculosis as it comes and goes » peut être mis avec profit entre les mains des tuberculeux. Cependant, il sera nécessaire de faire un choix et de ne le confier qu'à des malades à l'esprit ouvert et capables tout de même de ne pas assimiler leur cas à tous ceux qu'ils trouveront dans ce livre.

L'éducation du tuberculeux devrait être faite à l'hôpital, non seulement sur les moyens de cure ou de prophylaxie, mais sur l'ensemble de la science phtisiologique.

Entre les mains des infirmières, des étudiants, des collaborateurs à la lutte contre la tuberculose, ce petit traité apportera toutes les lumières suffisantes pour avoir une vue d'ensemble de la question. Il pourrait servir utilement de référence ou de livre d'étude. Nous ne voulons pas affirmer que ce livre est complet.

Les étudiants qui doivent passer des examens, les travailleurs antituberculeux, ont besoin de savoir qu'au problème de la guérison du tuberculeux, s'ajoute celui de sa réhabilitation sociale et que cela impose des principes et une technique qu'il faut connaître.

La lecture du livre du docteur Hayes se recommande à tous ceux d'abord qui s'occupent de santé et de sécurité publiques, aux tuberculeux intelligents, aux infirmières, aux futurs médecins et même aux médecins qui n'ont pas le temps de faire de longues recherches.

Le livre se termine par un chapitre, signé par Laurence De Rycke, sur quelques suggestions à ceux qui visitent les patients tuberculeux. Ici encore, on y trouve l'expérience d'un homme qui a été 28 mois au lit et qui a dit beaucoup sur l'utilité et l'inutilité, pour ne pas dire la nuisance, qu'apportent ces visites à ceux qui font la cure.

Ce livre a le mérite rare de pouvoir s'adresser utilement à un grand nombre de lecteurs différents.

J.-A. JARRY.

NOUVELLES

NOUVEAU DOYEN ET NOUVEL EXECUTIF A LA FACULTE DE MEDECINE DE L'UNIVERSITE DE MONTREAL

Les membres du Conseil de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, viennent d'élire leur exécutif pour l'année 1944-45.

Le docteur Edmond Dubé, directeur médical de l'hôpital Sainte-Justine, a été élu doyen. Il succède au docteur Albert LeSage.

Les autres membres de l'exécutif sont: les **docteurs Mercier,** vice-doyen; **Albert DeGuise,** secrétaire; et les **docteurs Jean Delage, Albéric Marin, Gaston Lapierre** et **Hector Sanche.**

Le docteur Oscar Mercier succède au docteur Georges Baril, vice-doyen depuis plusieurs années et ancien directeur des études de la faculté; et le docteur DeGuise remplace, au secrétariat, le docteur E.-P. Benoit.

* * *

ELECTION A LA SOCIETE DE GASTRO-ENTEROLOGIE DE MONTREAL

Officiers pour le prochain terme:

Président — Albert Jutras.
1er Vice-président — Roger Dufresne.
2ème Vice-président — A. Cantero.
Secrétaire — René Rolland.
Trésorier — Yves Chaput.

* * *

INSTITUTIONS PSYCHIATRIQUES AU CANADA

Vaste compilation statistique

Le bureau fédéral de la Statistique vient de publier, sous la juridiction de l'honorable James-A. MacKinnon, Ministre du Commerce, un rapport statistique très détaillé portant sur les institutions pour maladies mentales au Canada en 1942.

Il a été préparé par Laurent Gagnon, chargé directement de la compilation des données, sous la direction de J.-C. Brady, chef de la branche des statistiques des Institutions. Ce rapport, très volumineux et détaillé, se présente sous forme de tableaux. Cependant, il contient un résumé qui est une analyse substantielle de ces tableaux. Nous reproduisons cette analyse afin que les médecins qui n'ont pas pris connaissance du rapport et qui s'intéressent à la question des malades mentaux et du problème angoissant de leur hospitalisation, soient informés. L'étude d'un tel rapport est d'une grande richesse d'information et d'enseignement non seulement sur la répartition numérique des institutions psychiatriques dans les différentes provinces et sur celle des internés, mais aussi sur la proportion respective des maladies mentales traitées et en définitive sur leur fréquence individuelle.

On peut se procurer ce travail au Ministère du Commerce, Ottawa.

La Rédaction.

* * *

Section I

Statistiques générales

Les renseignements de la Section I sont calculés d'après les rapports annuels reçus de toutes les institutions pour maladies mentales. Une brève analyse des principaux tableaux est d'abord donnée pour ceux des lecteurs qui ne pourraient consacrer aux tableaux une étude approfondie.

Analyse des tableaux généraux

Tableau I. — Ce tableau donne le nom, la localité et la capacité en lits de tous les hôpitaux pour maladies mentales au Canada en 1942. Les institutions marquées d'un astérisque suivent le système de fiches et fournissent les renseignements d'après lesquels sont compilés les tableaux de la Section II. Les institutions pour maladies mentales ayant des lits additionnels pouvant accommoder d'autres genres de patients sont indiquées par des renvois au bas du tableau.

A la fin de l'année civile 1942, il y a au Canada 59 établissements pour le soin et le traitement des personnes atteintes de maladies mentales, dont 32 établissements provinciaux, 5 écoles provinciales de formation pour les arriérés mentaux, 15 hôpitaux et asiles municipaux et de comté, 2 hôpitaux fédéraux et 3 institutions privées.

BAUME SANODERMYL

Préparation destinée à combattre et à cicatriser, par une épidermisation rapide:

Crevasses des seins, gerçures des mains, rougeurs et coupures des nouveau-nés, dartres et croûtes laiteuses, eczéma des nourrissons.

Composition:

Benzocaïne	0 gr. 60
Résorcine	0 gr. 20
Acide borique	2 gr.
Sous-Gallate de Bismuth	0 gr. 50
Baume du Pérou	0 gr. 10
Lano-vaseline	20 grammes

Mode d'emploi:

Faire 2 ou 3 applications de baume par 24 heures et recouvrir de gaze stérilisée.

TUBE DE 20 GRAMMES

DYSPNÉ-INHAL

prévient et soulage RAPIDEMENT

Les crises d'asthme, de rhume des foins, d'emphysème.

Solution à 3.5% d'épinéphrine stabilisée par un procédé spécial.

Un pulvérisateur de poche spécial et peu encombrant en rend l'utilisation facile à tout moment.

Le **Dyspné-Inhal** s'emploie en pulvérisations et uniquement dans l'appareil spécial qui non seulement pulvérise comme beaucoup d'autres, mais atomise le liquide.

On peut répéter l'opération sans aucun inconvénient, jour ou nuit, à chaque crise.

POUR INHALATIONS BUCCALES SEULEMENT

Rougier Frères
INCORPORÉE

SIÈGE SOCIAL: 350, RUE LeMOYNE, MONTRÉAL
LABORATOIRES: 507, RUE FORTUNE, PTE ST-CHARLES

TABLEAU 3. — Le 31 décembre 1942, il y a dans les 59 institutions pour maladies mentales, un total de 50,178 patients inscrits, dont 45,937 hospitalisés, 566 en pension et 3,675 en liberté conditionnelle, augmentation de 933 sur le nombre total d'inscrits le 31 décembre 1941.

Les TABLEAUX 4 et 5 classifient d'après leur état mental les patients internés dans les institutions pour maladies mentales le 31 décembre 1942. Des 45,937 patients, 35,518 sont des aliénés, 9,578 des arriérés mentaux, 611 des épileptiques et 230 souffrent d'autres maladies mentales.

La proportion d'hommes par 100 femmes traitées le 31 décembre 1942 est de 123, et le nombre de personnes en soin par 10,000 de la population générale est de 39.4.

Au cours des douze mois la population hospitalisée passe de 45,144 à 45,937, augmentation de 1.8 pour cent à la fin de l'année. Toutes les provinces montrent des augmentations sous ce rapport à l'exception de l'Ile du Prince-Edouard qui accuse une diminution de 1.8 pour cent à la fin de l'année.

Le tableau suivant montre, pour les 59 institutions pour maladies mentales, la capacité normale en lits, le pourcentage d'augmentation de la capacité en lits, les patients internés la dernière journée de l'année, le pourcentage d'augmentation des patients internés, le pourcentage de l'excédent des hospitalisés sur la capacité en lits et le nombre de patients internés par 100,000 âmes de population générale, pour les années 1931 à 1942 inclusivement.

Année	Capacité normale en lits.	Pourcentage d'augmentation de la capacité en lits.	Patients internés le 31 décembre.	Pourcentage d'augmentation des patients internés.	Pourcentage de l'excédent des hospitalisés sur la capacité en lits.	Patients internés par 100,000 âmes de population générale.
1931	31,832	—	31,686	—	—	305.4
1932	32,919	3.4	32,878	3.8	—	316.6
1933	33,451	1.6	34,979	6.4	4.5	324.9
1934	34,866	4.3	36,571	4.6	4.9	335.6
1935	35,987	3.2	38,261	4.6	6.3	348.2
1936	37,379	3.9	39,833	4.1	6.3	359.5
1937	37,798	1.1	41,677	4.6	10.3	373.5
1938	38,671	2.3	42,687	2.4	10.4	378.7
1939	39,277	1.4	43,275	1.4	10.3	380.4
1940	39,441	0.4	44,163	1.1	11.9	388.0
1941	40,115	1.7	45,135	2.2	12.5	392.5
1942	41,762	4.1	45,937	1.8	10.0	394.2

La capacité normale en lits des institutions pour maladies mentales passe de 31,832 lits en 1931 à 41,762 lits en 1942, augmentation de 31.2 pour cent, tandis que le nombre de patients hospitalisés à la fin de l'année passe de 31,686 en 1931 à 45,937 en 1942, augmentation de 45.0 pour cent. A la fin de 1942 l'excédent d'hospitalisés sur la capacité en lits est de 10 pour cent.

Le nombre de patients internés par 100,000 de la population générale était de 305.4 en 1931 pour monter à 394.2 en 1942.

TABLEAU 6. — Mouvement de la population internée selon l'état mental. Le 1er janvier 1942, 49,251 personnes sont inscrites aux registres de tous les hôpitaux d'aliénés, dont 27,012 hommes et 22,239 femmes. De ce total, 45,144 ou 91.7 pour cent sont internés et 4,107 ou 8.3 pour cent sont dans des pensions de famille, en liberté conditionnelle ou absentes pour d'autres raisons.

Les admissions totales, lesquelles comprennent les premières admissions, les réadmissions et les transferts, s'établissent à 11,698, augmentation de 533 ou 4.7 pour cent. Des 11,698 admissions, 9,495 ou 81.1 pour cent sont des aliénés (avec psychose mentale); 1,415 ou 12.1 pour cent, des arriérés mentaux sans psychose; 148 ou 1.3 pour cent, des épileptiques sans psychose; et 640 ou 5.5 pour cent, des malades souffrant d'autres maladies mentales.

Les séparations atteignent 10,771, dont 2,854 décès et 1,006 transferts à d'autres institutions pour maladies mentales. Dans les 6,911 sorties directes, 1,983 ou 28.7 pour cent des patients ont été libérés comme guéris; 3,321 ou 48.0 pour cent, dans un état amélioré; 1,008 ou 14.6 pour cent, dans un état non amélioré; et 599 ou 8.7 pour cent n'ont pas été classifiés et sont sortis sans psychose.

Les tableaux 7 à 10 montrent le mouvement des patients par province.

TABLEAUX 11 et 12. — Premières admissions et réadmissions pour les années 1930 à 1942 inclusivement. Les données du tableau 11 couvrent la période de treize ans s'étendant de 1930 à 1942 inclusivement. Le plus grand nombre de premières admissions a été en 1936 avec 9,002. Les quatre années qui ont suivi accusent des diminutions continues, mais 1941 et 1942 font voir de bonnes augmentations sur 1940.

Le nombre le plus élevé de réadmissions a été en 1941 avec 2,401, tandis qu'en 1942 il était de 2,282, diminution de 5 pour cent sur l'année pré-

LES ALGIES RHUMATISMALES et SYNDROMES DOULOUREUX

Complexe médicamenteux de Polysalicylates, Soufre, Calcium, Thyroïde et Parathyroïde, en capsules glutinisées, ne se dissolvant que dans l'intestin.

PUISSANT MODIFICATEUR DU TERRAIN RHUMATISMAL

●

DOSES: Jusqu'à cessation des douleurs, la dose devra être forte, de 12 à 18 Capsules par 24 heures. Prendre de préférence une Capsule — ne jamais dépasser 2 capsules — toutes les heures ou toutes les deux heures. Après la cessation des douleurs, réduire la dose du tiers, puis de la moitié et plus.

PRÉSENTATION: En flacons de 100 Capsules.

SULFOSALYL

Échantillon sur demande.

ANGLO-FRENCH DRUG COMPAGNIE

209 Est, rue Sainte-Catherine, Montréal.

cédente. Le pourcentage de premières admissions relativement aux admissions directes est de 78.7 et celui des réadmissions, de 21.3, tandis que le pourcentage d'hommes par rapport aux femmes parmi les premières admissions est de 127 et parmi les réadmissions, de 105.5.

TABLEAUX 13 à 17. — Sorties et décès. Le nombre de patients libérés en 1942 est de 6,911, augmentation de 6.9 pour cent sur l'année précédente. Les décès atteignent 2,854, augmentation de 8.6 pour cent sur 1941.

Le taux de sorties par 100 admissions directes est de 64.6, augmentation de 1.8 sur 1941, tandis que le taux de sorties par 100 personnes traitées est de 11.5. Le taux de guérison par 100 patients est de 3.3 (3.0 chez les hommes et 3.7 chez les femmes), tandis que le pourcentage de patients accusant une amélioration est de 5.5.

TABLEAUX 18 à 20. — Mortalité. La mortalité chez les hommes est plus élevée que chez les femmes, le taux étant de 132.8 hommes par 100 femmes. La mortalité par 100 premières admissions est de 33.9, et pour toutes les admissions, de 26.7 pour cent.

La mortalité par 1,000 de population quotidienne moyenne (46,205) est de 61.8 et pour tous les patients en soin (59,943), de 47.6.

Le tableau 20 donne les taux comparatifs de mortalité dans les hôpitaux pour maladies mentales au cours de la période quinquennale de 1938 à 1942.

TABLEAU 21. — Finances. Un total de $18,537,155 a été reçu pour le maintien des institutions pour maladies mentales. De cette somme, $12,426,625 ont été versés par les gouvernements provinciaux, $1,635,343 par le gouvernement fédéral, $1,007,967 par les municipalités, $2,347,508 par les patients payants et $1,119,712 sont provenus d'autres sources.

Les dépenses directes pour le maintien des patients atteignent $17,045,920, tandis que les autres dépenses s'élèvent à $1,418,877, soit un grand total de dépenses pour l'année de $18,464,797.

TABLEAU 22. — Personnel. Le personnel global en 1942 est de 8,533, soit 30 de moins qu'en 1941.

Le personnel médical s'élève à 269, diminution de 37 sur l'année précédente. Les auxiliaires de cliniques et les dentistes passent de 64 en 1941 à 100 en 1942.

Les infirmiers et infirmières, y compris les chefs, sont au nombre de 2,247, plus 2,820 aides-infirmiers et infirmières, soit un total de 5,067.

Les autres membres du personnel comprennent les diététistes (36), les thérapeutistes professionnels (90), les professeurs et assistants sociaux (83), et tous les autres employés (2,513).

Le 31 décembre 1942, le nombre de patients pour chaque médecin est de 201; le nombre de patients pour chaque infirmier ou infirmière diplômé, 48.6; le nombre de patients pour les autres infirmiers, infirmières et aides, 11.8; et le nombre de patients pour chaque membre du personnel global, 5.7.

* * *

Les vingt-quatre tableaux généraux qui suivent sont basés sur les rapports annuels des hôpitaux d'aliénés et couvrent le mouvement de la population, le personnel et les finances pour l'année d'observation.

SECTION II

Statistiques détaillées

Les tableaux de cette section du rapport reposent sur la fiche de chaque patient admis, libéré et décédé au cours de l'année d'observation. Les petites institutions telles que les hôpitaux de comté et de municipalité et trois hôpitaux privés, bien que n'ayant pas encore adopté le système de fiches, font des rapports annuels du mouvement de leurs patients au cours de l'année et figurent par conséquent dans les tableaux généraux. Seuls les premières admissions, les réadmissions, les sorties et les décès survenant dans les hôpitaux qui ont adopté le système de fiches sont étudiés dans cette section.

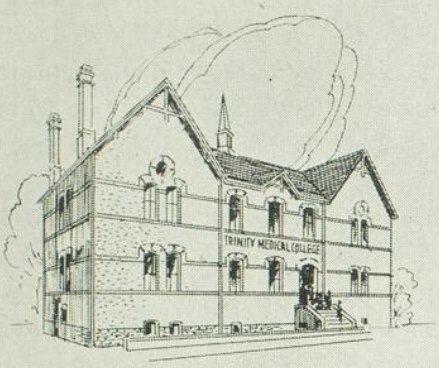
Du fait que les trente-neuf institutions d'aliénés qui ont le système de fiches réunissent en 1942, 86.2 pour cent de toutes les premières admissions, 85.5 pour cent des réadmissions, 79.9 pour cent de toutes les sorties et 92.7 pour cent de tous les décès, les données offrent une matière suffisante pour l'étude des maladies mentales diverses et de leur fréquence parmi les différents groupes d'âge de la population en général.

Analyse des tableaux détaillés

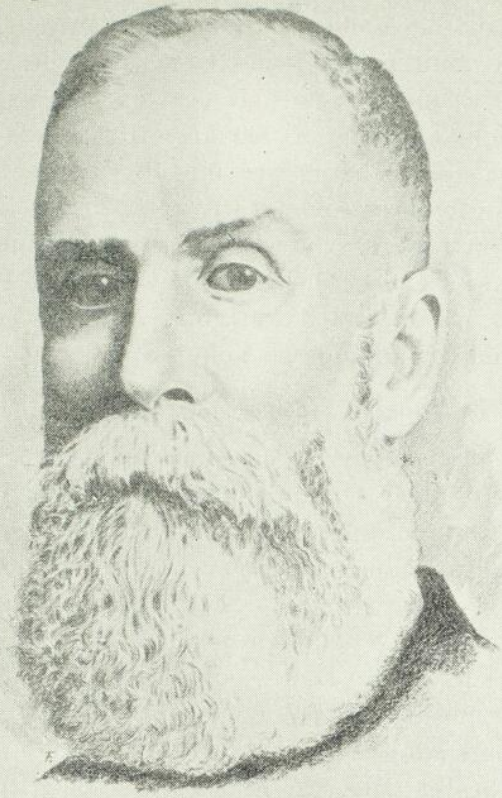
Le tableau 26 donne, par province, le nombre de premières admissions, de réadmissions, de sorties et de décès. Comme le nombre de premières admissions dans les institutions d'aliénés varie

PÈRES DE LA MÉDECINE CANADIENNE

UNE DES ANNONCES DE LA SÉRIE



Trinity Medical College, 41 Spruce Street, Toronto vers l'année 1850.



James Bovell MEDECIN ET PROFESSEUR (1817-1880)

JAMES BOVELL naquit en juin 1817 aux Barbades, Antilles. Il reçut son instruction à Londres, Edimbourg et Dublin et, après avoir obtenu son diplôme de médecine, revint aux Barbades pour y pratiquer sa profession.

Vers 1848, Bovell vint au Canada, et s'établit à Toronto. Peu de temps après son arrivée, il aida à fonder la Faculté de Médecine du Trinity College où il fut Professeur à l'Institut de Médecine. Il fut aussi Doyen de la Faculté. Plus tard, il devint membre de l'Ecole de Médecine de Toronto, où il fit des conférences sur la Physiologie et la Pathologie jusqu'en 1870, époque à laquelle il retourna aux Antilles.

Conjointement avec d'autres, Bovell aida à fonder le Journal Médical du Haut Canada. Il écrivit beaucoup d'articles médicaux scientifiques et publia de nombreux travaux d'un caractère théologique et religieux. Il était membre de l'Institut Canadien.

Bovell obtint de grands succès dans les sciences et fut respecté et admiré pour sa réputation impeccable et son assiduité au travail tant que ses forces le lui permirent.

Le 16 janvier 1880, Bovell mourut à Nevis, Antilles, où il passa les dernières années de sa vie, consacrant son temps et son énergie au bien-être de l'humanité.

Le merveilleux travail qu'ont laissé comme héritage des hommes du calibre de Bovell est continué, de génération en génération, par le corps médical. Ce qu'ils ont fait pour établir la médecine sur une base solide au Canada inspire notre compagnie à veiller d'une façon plus vigilante au maintien de sa politique—Exactitude Thérapeutique et Excellence Pharmaceutique.

LE SYMBOLE D'EXCELLENCE PHARMACEUTIQUE

OMNIS ORBIS

WARNER

FONDÉE EN 1856

WILLIAM R. WARNER & COMPANY LTD.

Fabricants de Produits Pharmaceutiques

727-733 KING STREET WEST, TORONTO

1856 - 1944

de façon marquée d'une province à l'autre et partant pourrait porter à des conclusions erronées, nous donnons ci-dessous le taux des premières admissions par 10,000 âmes de population générale dans chaque province. Les taux des différentes provinces sont les suivants: — Ile du Prince-Edouard, 7.7; Nouvelle-Ecosse, 5.5; Nouveau-Brunswick, 6.4; Québec, 6.0; Ontario, 6.4; Manitoba, 5.5; Saskatchewan, 6.4; Alberta, 5.6 et Colombie Britannique et Yukon 8.5.

Premières admissions

Le tableau 27 donne une classification psychiatrique des premières admissions. Des 7,247 patients admis pour la première fois, 79.9 pour cent sont classifiés comme des aliénés (avec psychose), 15.1 pour cent, comme des arriérés mentaux sans psychose et 1.8 pour cent comme des épileptiques sans psychose. Les alcooliques et les narcomanes représentent 0.7 pour cent de toutes les premières admissions, tandis que les patients psychopathes et autres et les patients souffrant de troubles essentiels du comportement constituent 2.5 pour cent.

TABLEAU 28. — Dans ce tableau, les désordres mentaux sont classifiés sous vingt-quatre groupes cliniques basés sur la nouvelle classification utilisée pour la première fois dans le rapport 1939.

Six groupes cliniques contribuent 5,375 du total des premières admissions ou 74.2 pour cent de toutes les admissions. Ces groupes, avec leur nombre d'admissions, sont les suivants: démence précoce, 1,541; sans psychose, 1,412; manie dépressive, 901; sénilité, 733; artériosclérose cérébrale, 438 et parésie générale, 350. Les admissions dans les cinq premiers de ces groupes accusent une augmentation de 1.2 pour cent en regard de l'année précédente, tandis que, dans le groupe de la parésie générale, l'augmentation est de 10.0 pour cent.

Dans le tableau 29, l'âge à la première admission est donné selon le sexe et la psychose. Les premières admissions chez les hommes augmentent de 1.7 pour cent et chez les femmes de 3.7 pour cent sur l'année précédente. Chez les hommes le groupe d'âge de 20 à 24 ans montre le plus fort pourcentage d'augmentation avec 14.3 pour cent. Chez les hommes de 50 ans et plus, tous les groupes d'âge jusqu'à 70 ans et plus accusent des augmentations, le groupe de 60 à 64 ans montrant la plus forte hausse, soit 14.3 pour cent sur l'année précédente.

Chez les femmes, les plus fortes augmentations se rencontrent dans les groupes d'âge de moins de 15 ans, de 20 à 24 ans et de 70 ans et plus, avec les pourcentages d'augmentation suivants pour chaque groupe: moins de 15 ans, 27.0 pour cent; 20 à 24 ans, 11.6; et 70 ans et plus, 14.4.

Parmi les premières admissions, 1,131 hommes ou 28.2 pour cent et 873 femmes ou 27.0 pour cent sont âgés de moins de 25 ans; 25.4 pour cent des hommes et 28.1 pour cent des femmes, de 25 à 39 ans; et 25.3 pour cent des hommes et 27.1 pour cent des femmes de 40 à 59 ans. Dans les groupes d'âge de 60 ans et plus, les hommes contribuent 21.1 pour cent et les femmes 17.8 pour cent des premières admissions.

Le tableau 30 fait voir la moyenne d'âge à la première admission dans chaque groupe de psychose. L'âge moyen de toutes les admissions est de 40.3 ans; il est de 40.2 ans chez les hommes et de 40.4 ans chez les femmes. L'âge moyen des hommes admis pour la première fois au cours de la période de dix ans de 1932 à 1941 est de 39.3 ans et celui des femmes, de 39.0 ans.

Le tableau 32 montre l'environnement des premières admissions selon la psychose. Des 7,247 premières admissions, 4,467 ou 61.6 pour cent viennent de la ville et 2,780 ou 38.4 pour cent, de la campagne. La répartition des premières admissions selon l'environnement en 1940 est, en pourcentage, de 60.1 urbaines et 39.8 rurales. Soixante-seize pour cent des cas de parésie générale (syphilis), 76.0 pour cent des alcooliques, 64.1 pour cent des cas de sénilité, 60.0 pour cent des cas de démence précoce, à la première admission, viennent de la ville.

Le tableau 33 donne la situation économique des premières admissions, par psychose. Des 7,247 premières admissions, 3,125 ou 43.1 pour cent sont à charge, 3,265 ou 45.0 pour cent sont de moyens insuffisants, tandis que 857 ou 11.9 pour cent sont à l'aise. En 1941, les pourcentages étaient: à charge, 46.3; moyens insuffisants, 41.9, et à l'aise, 12.6.

Le tableau 34 indique, selon la psychose, le degré d'usage d'alcool chez les patients admis pour la première fois. Des 7,247 premières ad-

Aquaphedrin E.B.S.

Aqueux...

L'n'y a aucune huile dans l'Aquaphédrin qui puisse éloigner les constituants actifs des tissus enflammés.

■ **Le pH est ajusté avec soin à 5.5. Le pH des sécrétions nasales durant une crise aiguë de rhinite ou de rhino-sinusite est plus alcalin qu'à son état normal qui est de 5.5 à 6.5. L'Aquaphedrin, ajusté à la partie acide du champ normal, est préparé pour contrecarrer l'alcalinité des membranes enflammées; aidant ainsi au contrôle physiologique de l'organisme pathogénique.**

Indications pour l'Aquaphedrin E.B.S.

Asthme, hyperémie, enflement et congestionnement des cornets du nez, engorgement des sinus, rhinite, rhino-sinusite, et enflammation nasopharyngienne.

THE E.B. SHUTTLEWORTH E.B.S. CHEMICAL CO. LIMITED

Toronto Ontario

Etablie en 1879

Isotonique...

Aucun dérangement soudain, douloureux ou osmotique quand Aquaphedrin est employé.

UNE SOLUTION ISOTONIQUE AQUEUSE D'ÉPHÉDRINE

Sa concentration est équivalente à 1% d'Alkaloïde d'Ephédrine.

PRÉSENTATION:

En flacons stilligouttes d'une demi-once et d'une once et aussi en plus grosses quantités pour emploi au vaporisateur.

PRODUIT COMPAGNON à base d'huile

Phedronal Inhalent, E.B.S. Une solution de 1% d'éphédrine dans de l'huile douce, neutre, protectrice.

Ordonnez-le ainsi: Rx AQUAPHEDRIN E.B.S.

missions, 5,187 ou 71.5 pour cent sont abstèmes, 1,504 ou 20.7 pour cent sont tempérants et 555 ou 7.8 pour cent sont intempérants. En 1941 les pourcentages de ces trois groupes étaient: abstèmes, 72.2; tempérants, 20.2 et intempérants, 7.6. De toutes les premières admissions chez les hommes, le pourcentage d'intempérants est de 11.2 et chez les femmes, de 3.3. Les pourcentages correspondants pour 1941 étaient de 11.2 chez les hommes et 2.8 chez les femmes.

Le tableau 35 donne, selon la psychose, l'état conjugal des patients admis pour la première fois. Des 7,247 personnes admises pour la première fois, 3,753 ou 51.8 pour cent sont des célibataires, 2,734 ou 37.7 pour cent, des personnes mariées, 719 ou 9.9 pour cent, des veufs et veuves et 38 ou 0.6 pour cent des personnes divorcées. Chez les hommes admis pour la première fois 58.3 pour cent sont célibataires, 34.2 pour cent, mariés et 6.7 pour cent, veufs, et chez les femmes, 43.7 pour cent sont célibataires, 42.0 pour cent mariées et 14.0 pour cent, veuves.

Le tableau 36 indique le degré d'instruction des patients admis pour la première fois, par psychose. Des 7,247 patients de cette catégorie, 1,073 ou 15.3 pour cent sont des illettrés, 1,126 ou 15.5 cent, des personnes sachant lire et écrire, 3,864 ou 53.3 pour cent, des personnes possédant une instruction primaire, 1,003 ou 13.8 pour cent, des personnes possédant une instruction secondaire et 138 ou 2.1 pour cent, des personnes possédant une formation universitaire. Les patients « sans psychose » représentent 68.4 pour cent des illettrés dans les hôpitaux. (Pour le degré d'instruction par groupe d'âge, voir tableau 40.)

Les tableaux 37 à 39 traitent du lieu de naissance, du parentage des patients admis pour la première fois et nés au Canada, et du séjour au Canada avant leur admission, des personnes de naissance britannique et étrangère, par province.

Des 7,247 premières admissions, 5,466 ou 75.4 pour cent sont des personnes de naissance canadienne, 823 ou 11.3 pour cent, de naissance britannique et 955 ou 13.2 pour cent, de naissance étrangère. Parmi les personnes de naissance canadienne, 11.2 pour cent viennent des trois provinces maritimes de l'Ile du Prince-Edouard, de la Nouvelle-Ecosse et du Nouveau-Brunswick; 32.4 pour cent, du Québec; 33.0 pour cent, de l'Ontario; 16.7 pour cent, du Manitoba, de la Saskatchewan et de l'Alberta; et 6.7 pour cent, de la Colombie Britannique.

Parmi les personnes de naissance britannique admises pour la première fois, 59.1 pour cent viennent de l'Ontario et de la Colombie Britannique, et parmi celles de naissance étrangère, 29.5 pour cent viennent de l'Ontario et 48.2 pour cent de la Saskatchewan, de l'Alberta et de la Colombie Britannique.

Des 5,466 personnes de naissance canadienne admises pour la première fois, 3,805 ou 71.5 pour cent sont issues de parents nés au Canada, 555 ou 10.1 pour cent, de parents britanniques, 454 ou 8.3 pour cent de parents de naissance étrangère, tandis que 550 ou 10.0 pour cent sont de parentage mixte.

Des 1,775 premières admissions nées en dehors du Canada, 118 ou 6.6 pour cent habitent le Canada depuis moins de cinq ans, 30 ou 1.7 pour cent, depuis cinq à neuf ans, 186 ou 10.5 pour cent, depuis dix à quatorze ans et 1,293 ou 72.8 pour cent, depuis quinze ans et plus.

Les tableaux 40 à 43 inclusivement font voir les groupes d'âge des premières admissions selon le degré d'instruction, le lieu de naissance, le parentage des patients nés au Canada et le séjour au Canada des patients nés en dehors du pays. L'âge moyen à l'admission des patients nés au Canada est de 37.0 ans; des patients de naissance britannique, de 54.1 ans; et des patients de naissance étrangère, de 47.0 ans.

Les tableaux 44 à 46 révèlent le pays de naissance, la nationalité et l'origine raciale des premières admissions.

Le tableau 44 donne le pays de naissance des premières admissions. En excluant le Canada, trente-deux pays figurent au tableau et contribuent à la population des hôpitaux d'aliénés en 1942. Les premières admissions canadiennes s'établissent à 5,466 ou 75.4 pour cent des admissions totales. Les pays suivants contribuent les plus forts pourcentages de personnes nées au dehors du Canada et admises pour la première fois: Angleterre, 7.3; Etats-Unis, 3.0; Ecosse, 2.3; Pologne, 1.8; Russie, 1.3 et Irlande 1.1.

Le tableau 45 donne la nationalité des premières admissions selon le séjour au Canada. Parmi les patients de naissance britannique, 700 ou 85.4 pour cent habitent le pays depuis cinq ans ou plus, 57 ou 7.0 pour cent, depuis moins de

Une solution au millième
de digitaline cristallisée
(PROCÉDÉ FRANÇAIS)

DIGITISOL
NADEAU

• • •

Le Digitisol est soumis à un contrôle biologique rigoureux selon la méthode officielle canadienne des grenouilles et sous la surveillance d'un biologiste et d'un docteur en sciences

• • •

Posologie: cinq à trente gouttes par jour dans un peu d'eau

cinq ans. Le séjour n'est pas indiqué dans 63 cas ou 7.7 pour cent.

Des patients nés à l'étranger, 548 ou 57.0 pour cent sont naturalisés canadiens, 261 ou 27.1 pour cent habitent le Canada depuis cinq ans ou plus sans être naturalisés, 61 ou 6.3 pour cent l'habitent depuis moins de cinq ans et dans le cas de 85 personnes ou 8.8 pour cent le séjour au Canada n'est pas indiqué.

Le tableau 46 donne, par province, l'origine raciale des premières admissions. Le taux de premières admissions par 10,000 personnes de chaque groupe respectif de la population (recensement de 1941) est le suivant: Britanniques (Anglais, Irlandais, Ecossais et Gallois), 64.6; Français, 57.2; Scandinaves (Danois, Islandais, Norvégiens et Suédois), 66.6; autres Européens du nord (Belges, Hollandais et Finlandais), 51.4; Européens du centre (Autrichiens, Tchécoslovaques, Allemands, Hongrois et Yougoslaves), 60.2; Européens de l'est (Polonais, Roumains, Russes et Ukrainiens), 74.4; Européens du sud (Bulgares, Grecs et Italiens), 55.7; Juifs, 68.7; Asiatiques (Chinois, Japonais, Syriens et Turcs), 101.4; Indiens et Esquimaux, 45.4; et Nègres, 135.3.

Le tableau 48 donne l'occupation antérieure des premières admissions, par province. Comme par les années passées, les services personnels, l'agriculture et les journaliers contribuent près de la moitié des premières admissions en 1942, le pourcentage d'admissions dans ces trois groupes étant de 43.4. En 1941, les admissions de patients faisant partie de ces trois groupes représentaient 45.3 pour cent de toutes les admissions.

Le tableau 49 donne le mode d'internement des premières admissions. L'internement se fait sur certificat, sur mandat et sur entrée volontaire.

De tous les patients admis, 76.5 pour cent sont admis sur certificat, 11.4 pour cent, sur mandat et 12.0 pour cent comme volontaires. Les pourcentages correspondants en 1941 étaient: sur certificat, 78.6; sur mandat, 15.5; et volontairement, 5.9. Le plus grand nombre d'entrées volontaires viennent de l'Ontario, du Manitoba et de l'Alberta, ces trois provinces ayant admis 70.9 pour cent de toutes les admissions volontaires.

Réadmissions

Les tableaux 55 à 59 inclusivement traitent des réadmissions dans les institutions d'aliénés. Des 1,950 réadmissions, 1,368 ou 70.0 pour cent sont des patients réadmis sur certificat, 252 ou 13.0 pour cent sont des rentrées volontaires et 329 ou 16.9 pour cent sont des réadmissions sur mandat. Les réadmissions sur certificat accusent une diminution de 3.3 pour cent en regard de l'année précédente, tandis que le pourcentage des rentrées volontaires augmente de 9.4 pour cent en 1941 à 13.0 pour cent en 1942. Le pourcentage de réadmissions par rapport aux premières admissions dans toutes les institutions d'aliénés est de 26.9, tandis que celui des réadmissions par rapport aux premières admissions dans chaque province est le suivant: Ile du Prince-Edouard, 59.0; Nouvelle-Ecosse, 17.1; Nouveau-Brunswick, 21.6; Québec, 22.1; Ontario, 30.4; Manitoba, 36.7; Saskatchewan, 32.3; Alberta 25.7; Colombie Britannique, 22.8.

Le tableau 56 donne l'état conjugal des réadmissions par province. Des 1,950 personnes réadmises, 887 ou 45.5 pour cent sont célibataires, 893 ou 45.8 pour cent sont mariées et 153 ou 7.8 pour cent sont des veufs ou des veuves.

Le tableau 57 donne, par province, les psychoses des personnes réadmises. La démence précoce et la manie dépressive absorbent 62.6 pour cent de toutes les réadmissions. Le troisième groupe clinique le plus important est celui des « sans psychose » qui représente 10.3 pour cent des réadmissions. En 1941, ces trois groupes absorbaient 72.5 pour cent de toutes les réadmissions.

Le tableau 58 donne l'âge des réadmissions, par psychose. Quatre-vingt-douze ou 4.7 pour cent de toutes les personnes réadmises sont âgées de moins de 19 ans; 339 ou 20.4 pour cent, de 20 à 29 ans; 418 ou 21.4 pour cent, de 30 à 39 ans; 382 ou 20.0 pour cent de 40 à 49 ans; 383 ou 18.6 pour cent, de 50 à 59 ans; et 296 ou 14.9 pour cent, de 60 ans et plus. L'âge moyen des hommes à la réadmission est de 41.4 ans; celui des femmes, de 43.0 ans.

Sorties

Les tableaux 60 à 69 inclusivement, traitent des patients libérés selon la psychose, l'état à la sortie, la durée du dernier séjour à l'hôpital et l'âge à la sortie.

UROPRAZINE

GOUTTE — RHUMATISME
ARTHRITISME — SCIATIQUE
CYSTITES — PYÉLITES — GRAVELLE URIQUE.

SULPHO-LAC

ACNÉ — SÉBORRHÉE
HUILEUSE — COUPEROSE
DERMITES DE CAUSE VÉNÉNIFIQUE — LUPUS ÉRYTHÉMATEUX.

CAMIROL

Injections Intramusculaires

TRAITEMENT SCIENTIFIQUE
DE LA SINUSITE ET DE LA
BRONCHITE — INFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES.

EAU PRÉCIEUSE DÉPENSIER

MALADIES DE LA PEAU —
PLAIES — DÉMANGEAISONS
ACNÉ — PSORIASIS — DARTRES — ULCÈRES VARIQUEUX.

BILIFLUINE

LITHIASE BILIAIRE — ICTÈRE
CATARRHAL — CONSTIPATION
CONGESTION DU FOIE — CIRRHOSES.

HERDT & CHARTON, INC.

MÉDICAMENTS DE MARQUE

2027, AVENUE DU COLLÈGE McGILL MONTRÉAL

Comme dans le cas des premières admissions et des réadmissions, les patients des trois groupes cliniques démence précoce, manie dépressive et sans psychose constituent la grande majorité des personnes libérées. Le groupe de la démence précoce avec 1,427 cas représente 26.0 pour cent de toutes les sorties. Dans le groupe de la manie dépressive, le nombre de patients libérés est de 1,183 ou 21.4 pour cent de toutes les sorties et dans celui des sans psychose, de 976 ou 18.0 pour cent.

Le tableau 61 indique l'état des patients à leur sortie, selon la psychose, qu'ils soient guéris, améliorés ou non améliorés, tandis que le tableau 62 donne, sous chaque psychose, les pourcentages recoupés selon l'état à la sortie.

Des 5,525 patients libérés, 1,795 ou 32.5 pour cent sont sortis guéris, 2,641 ou 47.8 pour cent, améliorés, 858 ou 15.5 pour cent, non améliorés et 231 ou 4.2 pour cent sans psychose. Les pourcentages les plus élevés de patients guéris se rencontrent dans les groupes cliniques suivants: — psychoses toxiques exogènes, 72.4; alcooliques, 58.0; manie dépressive, 60.4; autres maladies infectieuses, 60.0; et autres maladies somatiques, 60.3. Dans le groupe des patients améliorés, les pourcentages les plus élevés d'amélioration sont ceux de l'encéphalite épidémique, 100.0 pour cent; d'autres troubles de la circulation, 71.0; de l'épilepsie, 64.7; de la démence précoce, 66.1; et de l'artériosclérose cérébrale, 64.6.

Les tableaux 63 à 69 portent sur la durée du séjour des patients libérés, selon l'état, la psychose et l'âge à la sortie.

Le tableau 68 donne l'âge des patients par psychose. Des 5,525 patients libérés, 546 ou 9.9 pour cent sont âgés de moins de 20 ans; 1,367 ou 24.5 pour cent, de 20 à 29 ans; 1,153 ou 20.8 pour cent, de 30 à 39 ans; 924 ou 16.7 pour cent, de 40 à 49 ans; 824 ou 15.0 pour cent, de 50 à 59 ans; et 669 ou 13.1 pour cent, de 60 ans et plus.

Le séjour moyen chez les hommes et chez les femmes est de 1.6 an et l'âge moyen à la sortie est de 38.7 ans, celui des hommes étant de 38.3 ans et celui des femmes de 39.2 ans.

Décès

Des 2,645 patients décédés dans les hôpitaux d'aliénés au cours de l'année, 512 ou 19.4 pour cent appartiennent au groupe de la démence précoce, 534 ou 20.3 pour cent à celui des séniles, 338 ou 12.8 pour cent à celui de l'artériosclérose cérébrale, 348 ou 13.2 pour cent à celui des sans psychose, 182 ou 6.9 pour cent à celui de la manie dépressive et 204 ou 7.7 pour cent à celui de la parésie générale. Ainsi, ces six groupes absorbent 80.2 pour cent de tous les décès. En 1941, ces mêmes groupes en absorbaient 79.1 pour cent.

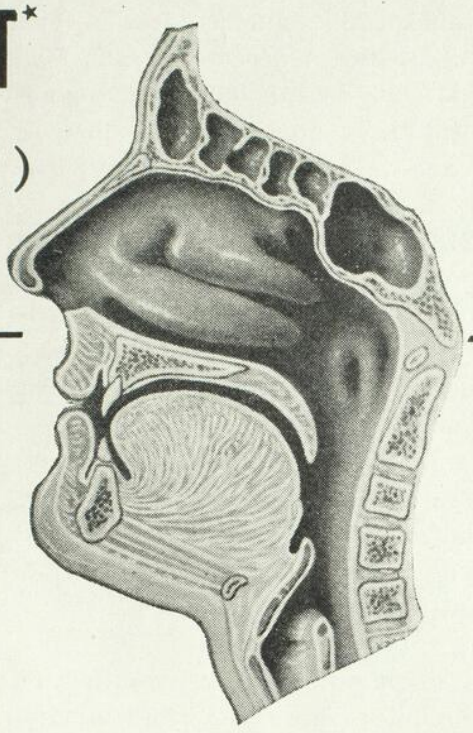
Le pourcentage de décès dans les divers groupes de maladies est le suivant:

Maladies	M.	F.	T.	%
1. Epidémiques, endémiques et infectieuses	214	139	353	13.3
2. Maladies générales non comprises ci-dessus	65	78	143	5.4
3. Maladies du système nerveux	315	193	508	19.2
4. Maladies de l'appareil circulatoire	431	333	764	28.9
5. Maladies de l'appareil respiratoire	300	253	553	20.9
6. Maladies de l'appareil digestif	62	59	121	4.5
7. Maladies non vénériennes de l'appareil génito-urinaire	39	29	68	2.5
8. Maladies de la peau et du tissu cellulaire	4	4	8	0.3
9. Maladies des os (excepté la tuberculose et le rhumatisme	1	1	2	0.1
10. Autres maladies non incluses ci-dessus	50	42	92	3.4
11. Morts violentes ou accidentelles	21	7	28	1.0
12. Causes de décès indéterminées	2	3	5	0.5
Total	1,504	1,141	2,645	100.0

Ce tableau 72 donne l'âge des patients au décès par psychose. Des 2,645 patients décédés au cours de l'année, 143 ou 5.4 pour cent étaient âgés de moins de 20 ans; 164 ou 6.2 pour cent, de 20 à 29 ans; 247 ou 9.3 pour cent, de 30 à 39 ans; 276 ou 10.4 pour cent, de 40 à 49 ans; 387 ou 14.6 pour cent, de 50 à 59 ans; 570 ou 21.5 pour cent, de 60 à 69 ans; et 850 ou 32.6 pour cent, de 70 ans et plus.

SULMEFRIN*

(Solution aqueuse stabilisée de sulfathiazole sodique (2.5%) et de chlorhydrate de dl-desoxyéphédrine (0.125%) de Squibb.)



Soulage la congestion des voies nasales

Sulmefrin contient du sulfathiazole de désoxyéphédronium — combinaison possédant les propriétés bactéricides du sulfathiazole associées à l'action vaso-constrictive reconnue de composés d'éphédrine identiques.

Des recherches cliniques ont démontré que le Sulmefrin facilite le drainage et l'aération en provoquant généralement une vaso-constriction rapide et prolongée sans occasionner d'effets secondaires tels que: éternuement, tachycardie ou nervosité. Cette préparation est légèrement alcaline (pH approx. 9.0), ce qui, selon Turnbull, est préférable comme médication nasale (1) en raison de ses propriétés bactéricides élevées pour un pH variant de 8 à 10, et (2) parce qu'elle permet pendant une longue durée la motilité des cils vibratiles.

Sulmefrin s'administre par pulvérisations, en gouttes ou par tamponnement. Présenté en emballage contenant un flacon d'une once avec stilligoutte, et en flacons de 16 onces. La solution est de teinte rosée.

Sulmefrin — dans le traitement des
SINUSITES
RHINITES
PHARYNGITES
LARYNGITES

* "Sulmefrin" est une marque de commerce de E. R. Squibb & Sons.

Pour notices descriptives, écrivez à:
36-48 CALEDONIA ROAD, TORONTO, ONT.

E·R·SQUIBB & SONS OF CANADA, Ltd.

Fabricants de Produits Chimiques pour le Corps Médical depuis 1858.

L'âge moyen des hommes au décès est de 56.3 ans et celui des femmes, de 58.3 ans.

Le tableau 73 indique la durée du séjour à l'hôpital des patients décédés durant l'année. Des 2,645 patients décédés, 609 ou 23.0 pour cent ont été hospitalisés moins de trois mois; 207 ou 7.8 pour cent, de 3 à 6 mois; 213 ou 8.0 pour cent, de 6 à 12 mois; 412 ou 15.6 pour cent, de 1 à 3 ans; 218 ou 8.2 pour cent, de 3 à 5 ans; 351 ou 13.3 pour cent, de 5 à 10 ans; 201 ou 7.6 pour cent, de 10 à 15 ans; et 434 ou 16.4 pour cent, de 15 ans et plus. Des patients décédés à montrer plus de 20 ans de séjour, 146 ou 52.0 pour cent souffraient de démence précoce.

Le tableau 74 donne l'âge moyen et la durée moyenne du séjour pour chaque psychose. Le séjour moyen de tous les patients est de 6.8 ans. Il est de 6.3 ans chez les hommes et de 7.5 ans chez les femmes.

* * *

Les cinquante tableaux détaillés qui suivent sont compilés d'après les fiches individuelles reçues pour chaque patient admis, sorti ou décédé dans les trente-neuf hôpitaux publics pour aliénés ayant le système de fiches et couvrent l'année sous revue.

———— o ————

40,000 MERES BENEFICIENT DES CONSEILS DES HYGIENISTES

Au cours du mois de mai, plus de 40,000 mères de famille, habitant les régions québécoises pourvues d'unités sanitaires, ont bénéficié directement des conseils des hygiénistes de nos 57 bureaux de santé. L'hygiène maternelle, on le sait, est une des branches les plus importantes de l'hygiène générale; on ne saurait trop faire pour conserver l'existence si précieuse de celles qui donnent le jour à nos enfants. Bonne alimentation, air pur, exercice, sommeil, repos, propreté, élimination régulière, soin des dents, vêtements appropriés sont autant de facteurs qui influencent la santé de la mère de famille.

Près de 700 cliniques de puériculture furent tenues dans la province au cours du mois de mai. De plus les visites prénatales ont atteint le nombre de 2,490. C'est, là aussi, une partie importante de l'hygiène maternelle. Pendant la période prénatale, la ration alimentaire n'a pas besoin d'être augmentée durant les quatre premiers mois, disent les hygiénistes, mais les aliments consommés doivent produire deux choses: assurer une santé robuste et fournir certaines substances nécessaires au développement des tissus et des os de l'enfant. Si la ration alimentaire n'est pas bien composée, les substances nécessaires au bébé seront arrachées aux tissus de la mère, et ce, au détriment de sa santé. A compter du cinquième mois, cependant, il est bon d'augmenter la ration peu à peu, et cette augmentation doit être réalisée par une plus grande consommation de fruits et de légumes.

Par des démonstrations à domicile qui atteignirent le nombre de 1,241 en mai, les hygiénistes des unités sanitaires ont fait connaître à de nombreuses mères de famille les avantages et les bienfaits d'une bonne diète au temps de la grossesse de même que durant la période postnatale.

———— o ————

DIMINUTION DE LA MORTALITE GENERALE

Pour la première fois, dans la province de Québec, le taux de la mortalité générale n'atteint que 9.8 durant le premier trimestre d'une année (1944). Au cours des trois premiers mois de 1940 et de 1942, ce taux fut de 10.4. Le nombre des décès survenus durant les mois de janvier, février et mars 1944 atteint, d'après le rapport préliminaire du démographe de la province, 8,546.

Pendant cette même période, la mortalité infantile accuse un taux de 67.7 et un total de 1,501 décès, ce qui est très inférieur aux mois de janvier, février, mars des années précédentes puisque ce taux ne fut jamais inférieur à 74.0 (1942). Il n'est certes pas sans intérêt de signaler que la mortalité infantile, au cours de mars 1944, fut de 64.0 dans les régions pourvues d'Unités sanitaires et de 91.0 dans les autres.

22,179 *naissances durant le premier trimestre de* 1944

Au cours des trois premiers mois de 1944, le nombre des naissances atteint 22,179, ce qui donne un taux de 25.4, révèle un rapport préliminaire du ministère de la santé et du bien-

OSMOPAK

LOCALISE SÛREMENT L'INFECTION

"Localiser l'infection est le premier pas vers la guérison." (H. Burrows.)

L'Osmopak est un pansement osmotique émollient, de couleur verte, composé de 58 pour cent de Sulfate de Magnésie, de ½ pour cent de Benzocaïne et de 1/25,000 de Vert Brillant, dans une base miscible à l'eau.

INDICATIONS:
L'Osmopak est recommandé dans le traitement d'inflammations ou d'infections locales purulentes des mains, des pieds ou de tout autre tissu sous-cutané. Il procure le maximum de drainage avec un minimum de perte de tissu.

PRÉSENTATION:
Pots de 115 grammes et de 577 grammes.

IRWIN NEISLER & CO. DECATUR, ILLINOIS
Représentants exclusifs au Canada

Documentation complète et échantillon médical sur demande.

HERDT & CHARTON, INC.

"MÉDICAMENTS DE MARQUE"
2027, AVENUE DU COLLÈGE McGILL, MONTRÉAL

être social. En comparaison des données définitives de la même période de 1943, les naissances se chiffrent à 23,955 avec un taux de 28.2. L'année 1944 semble marquer un fléchissement de quelque 1,700 naissances. Ce fléchissement disparaîtra probablement quand les rapports de 1944 seront complétés. Il y a lieu de conclure que la natalité demeure encore très élevée.

3,087 *mariages*

La nuptialité, par ailleurs, compte durant janvier, février, mars 1944, 3,087 mariages, soit 1,500 de moins qu'en 1943.

———— o ————

PROFITEZ DES CLINIQUES ANTITUBERCULEUSES

Tuberculeux, évitez de contaminer les autres

L'élimination des maladies contagieuses est le premier devoir des Etats qui entendent protéger la santé publique. Prendre toutes les mesures propres à sauvegarder les gens bien portants, voilà ce qu'il faut faire. Par exemple, au cours du mois de mai, le personnel affecté dans les unités sanitaires au dépistage de la tuberculose, a découvert 274 nouveaux cas, ce qui signifie que les hygiénistes et les gardes-malades ont pris sous leur surveillance ces cas ignorés et qu'ils verront à les isoler, soit en les plaçant dans les sanatoriums, soit en faisant l'éducation des malades. Souvent, ces tuberculeux, jusqu'alors inconnus, étaient des pères ou des mères de famille qui contaminaient leurs enfants, des gens âgés en contact avec des tout petits, des adolescents qui semaient la tuberculose dans leur entourage. La découverte de pareils cas assure à notre population une protection efficace.

« Tous ceux qui ont des doutes sur l'état de leurs poumons devraient profiter des cliniques antituberculeuses qui se tiennent régulièrement dans les 67 comtés organisés en unités sanitaires », affirment les hygiénistes du ministère de la santé et du bien-être social.

Durant le mois de mai, les cliniciens en tuberculose ont tenu 169 cliniques au cours desquelles ils ont examiné 5,516 personnes. Les visiteuses d'hygiène ont fait 1,973 visites à domicile et les hygiénistes, 2,460 épreuves à la tuberculine.

« Nourriture saine, sommeil réparateur, bonne hygiène générale sont les trois principaux ennemis de la tuberculose, disent les spécialistes. Ne mettez pas d'obstacles à la pénétration des rayons solaires dans vos demeures et assurez une bonne aération de votre logement, surtout pendant les heures de sommeil. Tant qu'il y aura des tuberculeux autour de nous, nos chances d'infection sont considérables. Mères de famille, aidez-nous à éviter les méfaits de la tuberculose en préservant vos jeunes enfants des contacts dangereux et en leur enseignant les notions élémentaires de l'hygiène afin qu'ils puissent se développer en force et en beauté, et continuer d'être la joie de leurs foyers et la fierté de leur race. »

HYPOSULFÈNE

DRAGÉES GLUTINISÉES D'HYPOSULFITE DE SODIUM PUR
DOSÉES à 0 gr. 25 — 4 à 12 PAR JOUR

SOLUTION STABILISÉE A 20 p. 100 EN AMPOULES de 10 cc.
POUR 2 à 3 INTRAVEINEUSES HEBDOMADAIRES

JABOSULFÈNE

HYPOSULFÈNE + JABORANDI — MÊMES FORMES MÊMES DOSES
RÉGULARISE L'ÉQUILIBRE NERVEUX VAGO-SYMPATHIQUE

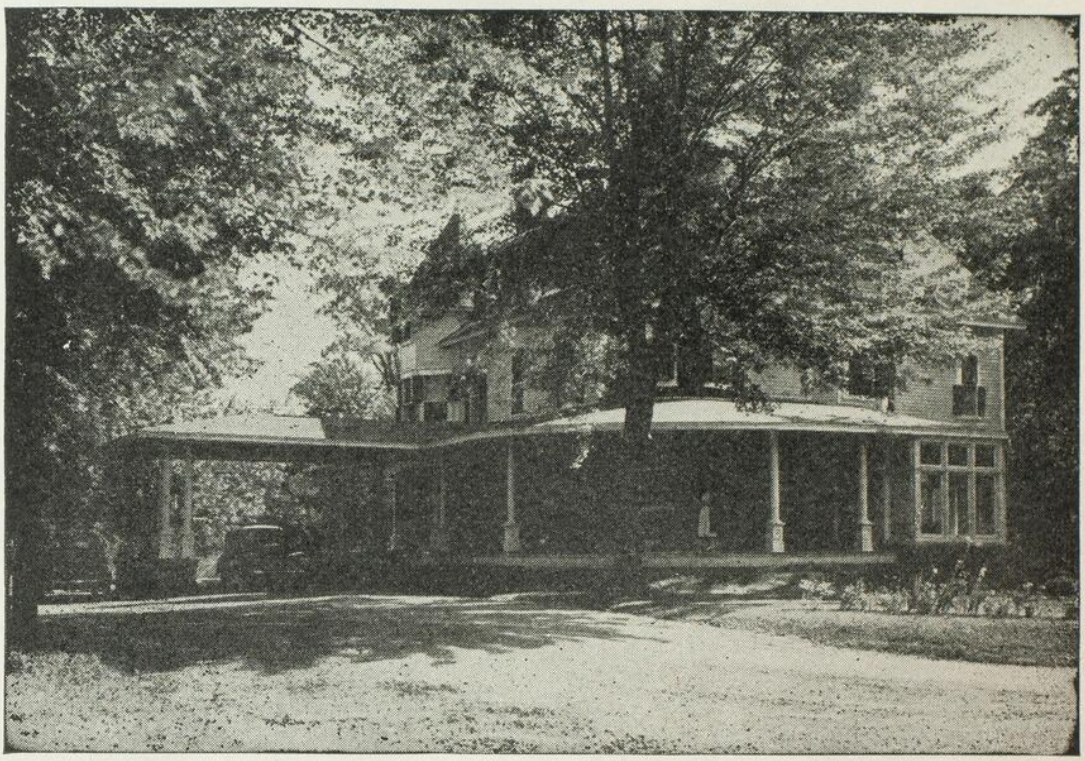
S.E.P

SOCIÉTÉ D'EXPANSION PHARMACEUTIQUE

INCORPORÉE

680 OUEST, RUE SHERBROOKE, MONTRÉAL

SANATORIUM PRÉVOST
INCORPORÉ



ÉTABLISSEMENT DE PSYCHOTHÉRAPIE

Magnifique situation au bord de la Rivière-des-Prairies, à proximité de Montréal. Parc de 600,000 pieds carrés. Tennis, billard, etc. Chambres pourvues de tout le confort moderne.

TRAITEMENT INDIVIDUEL DES AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX

par trois médecins spécialistes et un personnel expérimenté. Cure de repos. Régimes. Électrothérapie. Rayons U.V. Hydrothérapie. Traitements spéciaux des toxicomanies (alcool, morphine, cocaïne). Malariathérapie et toutes pyrétothérapies. Prospectus sur demande.

Personnel médical: Dr Charles-A. Langlois; Dr Jean Saucier; Dr Roma Amyot.

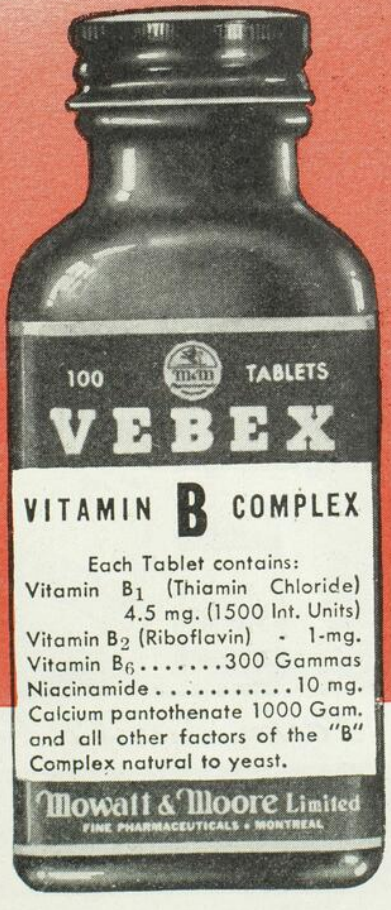
4445 ouest, Boulevard Gouin, **Téléphone: BYwater 1240**

Nouveau

VEBEX

Amélioré

Un Pionnier dans le champ du complexe "B"



Afin de répondre à toutes les exigences, à tous les besoins, causés soit par déficience alimentaire, soit par tension nerveuse, Mowatt & Moore Ltd. (La Maison des Vitamines) à la suite d'expériences faites cliniquement annonce son Vebex amélioré. Ce nouveau Vebex contient une dose plus forte en Chlorure de Thiamine, en Riboflavine et en Acide Nicotinique, sans augmentation de prix ni au Médecin, ni au Pharmacien, ni au Patient.

Mowatt & Moore Limitée PRODUITS PHARMACEUTIQUES DE CHOIX *Montréal*

Pour mieux contrôler

DILANTIN
SODIUM

● Dilantin Sodium, anti-convulsif actif presque sans effet hypnotique, est maintenant considéré, à juste titre, comme le traitement de l'épilepsie. C'est le « médicament de choix » dans la plupart des cas. Dilantin est spécialement recommandé lorsque les bromures et le phénobarbital ont peu ou pas d'effet sur les crises épileptiques.

Les Kapseals Dilantin ont réellement ouvert une nouvelle voie dans la vie de plusieurs épileptiques... une vie plus normale et plus belle... crises moins nombreuses et moins violentes chez les uns, guérison complète chez les autres.

Dilantin Sodium est présenté en "Kapseal" de 0 gm. 03 (½ grain) et de 0 gm. 1 (1 grain ½), bouteilles de 100, 500 et 1000.

Parke, Davis & Company, Walkerville, Ontario

VEINOTROPE

Médication synergique à base d'extraits opothérapiques

Traitement intégral de la maladie veineuse et de ses conséquences: VARICES, VARICOSITÉS, VARICOCÈLE, ULCÈRES VARIQUEUX, HÉMORROÏDES, ŒDÈMES POST-PHLÉBITIQUES.

Présentation: Bouteille de 36 et 100 comprimés.

Echantillon médical et documentation complète sur demande.

HERDT & CHARTON, INC.

"MEDICAMENTS DE MARQUE"

2027, AVENUE DU COLLÈGE McGILL, MONTRÉAL

BIS KAM OIL

Hyperchlorhydrie — Affections de l'estomac.

1 à 3 cuillerées de poudre délayées dans de l'eau froide.

HEMOSTYL du Dr Roussel

(Ampoules et sirop)

Anémies. Convalescence. Allaitement.

1 à 2 ampoules dans ¼ de verre d'eau par jour ou 1 cuillère à soupe de sirop avant les repas.

TAXOL

Rééducateur physiologique de l'intestin.

2 à 4 comprimés avant le repas du soir. (Dose moy.. 2 comprimés.)

NEURINASE

Sédatif et hypnotique sans accoutumance.

1 à 2 tablettes au coucher.

ALEPSAL

Epilepsie. Convulsions (Non dépressif).

Comprimés dosés à 0 Gr. 015 et à 0 Gr. 10.

INOTYOL

Affections de la peau. Démangeaisons. Brûlures.

Applications journalières.

PLURIGLANDINE

Extrait opothérapique total. Déficiences organiques.

2 à 4 dragées glutinisées par jour.

VEINATONE

Affections veineuses.

2 à 4 dragées glutinisées par jour.

ARTICHOBYL

Maladie du foie. (Action très douce.)

4 à 10 pilules à intervalles réguliers.

J. EDDÉ Limitée

Edifice New Birks, **MONTRÉAL**

BARD-PARKER
FORMALDEHYDE GERMICIDE

fournit un pouvoir germicide et sporicide élevé, *plus* la protection économique contre les dégats causés par la rouille et la corrosion

es bistouris au tranchant affilé et les instruments d'acier élicats peuvent être immergés pendant n'importe quelle ériode désirée sans que leurs qualités inhérentes de préision subissent un effet nuisible. Ce trait caractéristique est oublement important à un moment ou le remplacement des ocks est à prime.

'uisque le but primordial c'est l'asepsie . . . les lames de istouris couvertes de sang desseché, contaminé de *Staph.* ureus, sont désinfectées d'une façon constante, dans 2 inutes. Les propriétés sporicides sont également imporntes. Dans l'espace d'une heure les spores du *B. Anthrasis* t dans 4 heures ceux du Cl. welchii sont détruits. Même les pores extrêmement résistants du *Cl. tetani* sont tués dans espace de 18 heures. Pour assurer la destruction de toutes s formes pathogènes, les instruments devront être imergés dans la solution, au moins pendant 18 heures.

Demandez-en à votre Fournisseur

PARKER, WHITE & HEYL, INC.
218 Front Street, East, Toronto 2, Ontario, Canada
Danbury, Connecticut

A BARD-PARKER PRODUCT

IL FAUT ENRAYER LA SYPHILIS

Messieurs les médecins sont instamment priés de collaborer avec la Division des Maladies Vénériennes du Ministère de la Santé dans la lutte entreprise pour enrayer la syphilis, qui se propage avec une rapidité alarmante dans notre province.

Le temps des mesures énergiques est venu. Nos législateurs et le public en général, la profession médicale comme les hygiénistes, voient la nécessité d'appliquer à la syphilis les mesures de contrôle qui ont réussi à enrayer les autres maladies contagieuses.

Les moyens nécessaires sont mis à notre disposition grâce à la loi dite des Maladies Vénériennes, sanctionnée le 20 mars 1941, qui rend obligatoire la déclaration des cas de syphilis et de blennorragie, et le traitement de tous les malades susceptibles de transmettre des infections.

La syphilis est insidieuse; c'est le rôle du médecin de la soupçonner toujours et de la rechercher chez tous les malades, par l'examen du sang, aussi par l'Ultra s'il existe une lésion génitale suspecte. Ces examens sont faits gratuitement dans les laboratoires du Ministère de la Santé. Nous avons eu la satisfaction de voir leur nombre augmenter rapidement au cours des dernières années et dépasser le chiffre de 217,000 pour 1942.

Aussitôt le diagnostic de syphilis établi et contrôlé, le médecin voudra bien avoir l'obligeance de remplir la formule de déclaration M.V.1, désignant le malade par son prénom et son initiale, ou même par son nom, ces renseignements étant tenus comme strictement confidentiels.

Pour obtenir les médicaments nécessaires au traitement d'un malade déclaré, le médecin n'aura qu'à remplir la formule M.V. 51. Par cette distribution gratuite, la Division des Maladies Vénériennes veut contribuer à réduire le coût du traitement de la syphilis, en particulier pour les semi-indigents. Ceux-ci en ont déjà bénéficié largement, puisqu'au cours de l'année 1942 il a été distribué aux médecins 125,000 doses de médicaments pour injections intraveineuses et intramusculaires.

Quant aux syphilitiques indigents, ils doivent être encouragés à fréquenter les cliniques, dans les centres où il a été possible d'en établir. Partout ailleurs, nous prions les médecins de se charger du soin de ces malades et de s'adresser à l'Unité Sanitaire de leur district, afin d'obtenir les formules qu'ils auront à remplir pour recevoir la compensation offerte dans ces cas par la Division des Maladies Vénériennes.

Honorable HENRI GROULX, ministre

LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL

Docteur JEAN GRÉGOIRE, sous-ministre

LA RIVIÈRE MISSISSIPPI DÉMONTRE LA PUISSANCE DU

volume liquide

L'AFFLUENCE de la « Old Man River » à travers la vallée du Mississippi entraîne chaque jour plus d'un million de tonnes de déchets jusqu'au golfe du Mexique.

Il en est de même lorsqu'il s'agit du tractus intestinal. Il n'y a aucune méthode plus efficace pour le débarrasser de ses déchets que l'emploi du *volume liquide* — tel que fourni par Sal Hepatica additionné d'eau.

Des expériences cliniques et de laboratoire ont démontré que:

★ une solution laxative de Sal Hepatica introduite dans une anse isolée de l'iléon d'un chien avait pour effet d'augmenter le volume liquide de 34 pour cent en une heure.

★ les expériences tentées dans un tube de sûreté ont démontré que la solution de Sal Hepatica augmentait le volume liquide de 100 pour cent dans l'espace de 6 à 12 heures.

★ le volume liquide formé par Sal Hepatica stimule le péristaltisme et maintient l'équilibre de l'eau nécessaire. Et les substances salines contenues dans Sal Hepatica apportent un soulagement à l'hyperacidité gastrique et stimulent l'écoulement de la bille.

Bristol-Myers Company of Canada Ltd., 3035F, rue Saint-Antoine, Montréal, Canada.

POUR NETTOYER LE TRACTUS INTESTINAL

Sal Hepatica

Volume Liquide

UN COMPRIMÉ DANS UN 1/2 VERRE D'EAU

Vos aérophages,
Vos dyspeptiques,
Les petits hépatiques
seront heureux.... si vous leur prescrivez

NORMOGASTRYL

Médication alcalino-sédative des gastro-hépatiques fonctionnels

Littérature et échantillons sur demande

Agents pour le Canada:
LABORATOIRES JEAN OLIVE
200, rue Vallée :-: Montréal

NORMOGASTRYL

NUCLÉARSITOL ROBIN

GRANULÉ - COMPRIMÉS . INJECTIONS

MALADIES DÉGÉNÉRATIVES
LYMPHATISME - SCROFULE

Laboratoires ROBIN, 13, rue de Poissy, PARIS

AMPOULES 2 cmc

Glycérophosphate de Soude	0.05
Nucléinate de Soude . .	0.005
Méthylarsinate disodique .	0.01

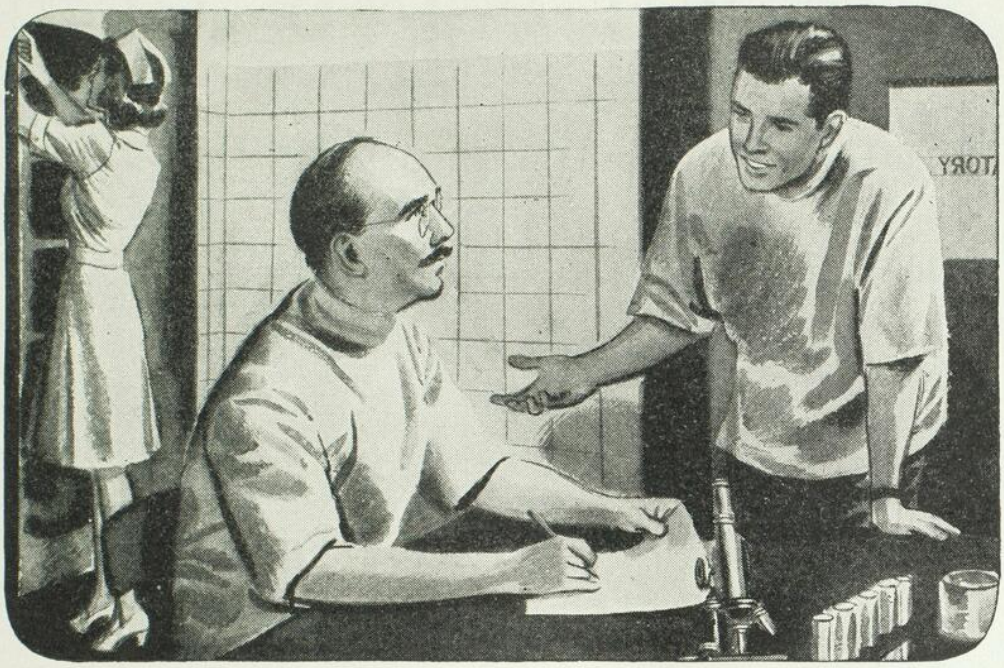
Gms. par c.c. 1 ou 2 inj. par 24 hres.

GRANULÉ et COMPRIMÉS

Glycérophosphate de Ca. .	0.125
Glycérophosphate de Soude	0.0125
Nucléinate de Soude . .	0.0125
Méthylarsinate disodique .	0.01

Grammes par cuillerée-dose ou comprimé.
2 à 3 cuill. ou comprimés aux repas.

Agents pour le Canada: LABORATOIRES JEAN OLIVE, 200, rue Vallée, Montréal.



QUESTION: *Quel est l'aliment essentiel que l'on mentionne le plus souvent quand il est question de nutrition défectueuse?*

RÉPONSE: Il n'est pas possible d'incriminer aucun des aliments essentiels comme étant le plus fréquemment responsable d'une nutrition défectueuse (1). On a rapporté qu'une dizaine ou plus d'aliments formaient le premier facteur limitatif dans les régimes alimentaires variés suivis dans ce pays-ci. Cependant, le manque qui est considéré comme le plus grave varie d'une section à une autre, et même avec l'aliment dont on s'occupe le plus à ce moment.

Quoique l'opinion varie en ce qui concerne l'aliment spécifique qui est le plus souvent fourni en quantités insuffisantes, l'on reconnaît généralement que l'inclusion de quantités abondantes d'aliments "protecteurs" dans le régime alimentaire devrait être la base de tout programme destiné à éliminer la sous-alimentation (1, 2). Dans les régimes alimentaires destinés à fournir les aliments essentiels en quantités abondantes, un grand nombre des aliments en boîtes, tout prêts et économiques, peuvent être inclus.

American Can Company, Hamilton, Ontario;
American Can Company Ltd., Vancouver, C.-B.

(1) 1939, Nourriture et Vie; Annuaire de l'Agriculture, Ministère de l'Agriculture des E.-U., Imprimerie du Gouv. des E.-U., Washington, D.C.
1939, Circulaire No 507 du Min. de l'agric. des E.-U.

(2) 1941, Rapports sur la Santé Publique aux E.-U., 56, 1233.
1940, J. Am. Med. Assoc. 114, 548.
1938, Ibid — 111, 1846.
1938, J. Am. Dietet. Assoc. 14, 1.
1938, Ibid — 14, 8.

ANTISEPSIE

Infaillible, sans danger, indolore

'Dettol . . . est un dérivé halogène du 'xylénol qui est dissous dans des huiles 'essentielles aromatiques; miscible dans 'l'eau, il forme avec elle une émulsion 'stable et permanente. Il diffère de la plu-'part des antiseptiques ordinaires en ce que 'son emploi sous forme concentrée n'est 'pas toxique—par exemple, il est parfaite-'ment toléré, jour après jour, sur la main 'nue, sur la vulve et même sur la muqueuse 'saine du vagin. Néanmoins, une solution 'de 1% de Dettol tue très rapidement les 'streptocoques hémolytiques et les coli-'bacilles, même en présence de pus. Son 'action bactéricide n'est presque pas amoin-'drie par le savon. Son odeur est agréable. 'Nous en avons fait l'expérience au Queen 'Charlotte's Hospital, dans les services 'd'obstétrique et le quartier des contagieux, 'et les résultats ont été très satisfaisants''.■

Ces lignes furent écrites il y a dix ans, alors que 'Dettol' était pour la première fois porté à la connaissance des médecins anglais. En moins de trois ans, le nombre des cas d'infections par les streptocoques hémolytiques avait, au Queen Charlotte's Hospital, diminué de moitié—et cette baisse étonnante était sûrement attribuable à l'emploi du 'Dettol', le seul nouveau venu parmi les antiseptiques employés jusque-là.*Aujourd'hui, cet antiseptique est préféré à tout autre dans les hôpitaux et les foyers anglais.

Il n'est pas de frontières à l'avancement de la médecine. Les résultats des innombrables expériences cliniques dont 'Dettol' fut l'objet ayant paru dans des revues scientifiques et des manuels de médecine, ceci devait inévitablement exercer une influence sur l'opinion et la pratique des médecins de l'Empire britannique. C'est pourquoi, dans presque toutes les maternités canadiennes, 'Dettol' aide maintenant à gagner la guerre incessante qui se livre contre les infections puerpérales. Et il devient de plus en plus évident que la combinaison unique des propriétés qui font du 'Dettol' l'antiseptique de choix en obstétrique en amènera aussi l'adoption dans tous les cas médicaux et chirurgicaux qui nécessitent l'emploi d'un antiseptique infailliblement efficace, agréable, sans danger et indolore.

■Colebrook, L. (1933), *Brit. med. J.*, **2**, 725. *Colebrook, L. (1936) *J. Obstet. Gynaec.*, **43**, 691

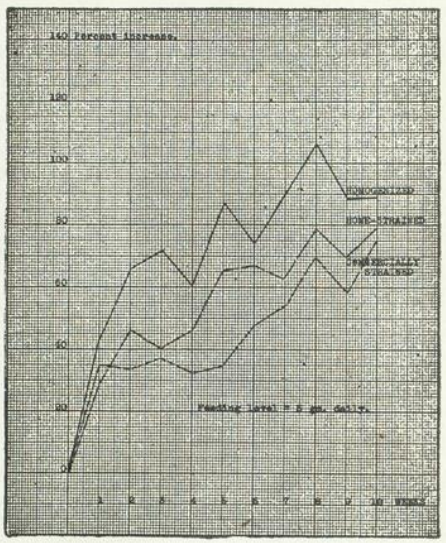
RÉSUMÉ DES BULLETINS DES LABORATOIRES KILLIAN
RAPPORT SUR LES ALIMENTS POUR BÉBÉS

Accroissement en Hémoglobine par les aliments homogénéisés de Libby pour bébés

*ne épreuve clinique à New-York indique que les légumes *homogénéisés sont plus efficaces que les légumes tamisés.*

En collaboration avec le Docteur John Giblin du New York Foundling Hospital, 364 bébés bien portants furent soumis à des expériences pendant une période de deux mois. Le tableau ci-dessous est un résumé des résultats.

groupe ois)	Suppléments à la diète lactée	Nombre de nourrissons	Modifications de l'hémoglobine (pourcentage de nourrissons)		
			Augmentation	Diminution	Pas de changement
- 2	*Homogénéisés	18	83	6	11
	Tamisés	—	—	—	—
	*Homogénéisés	160	73	11	16
	Tamisés	147	33	49	18
	*Homogénéisés	13	77	8	15
	Tamisés	26	50	50	—
Tes les roupes	*Homogénéisés	191	74	10	16
	Tamisés	173	36	49	15



Pourcentage augmenté en hémoglobine chez des rats au-dessus du taux d'anémie après addition de légumes à un régime lacté.

u un résumé plus complet de cette recherche et d'autres sur l'alimentation du nourrisson, pédiatres nédecins sont invités à écrire à Libby, McNeill of Canada, Limited, Chatham, Ontario. On vous raparvenir rapidement des bulletins décrivant les épreuves *in vitro* et des expériences cliniques.

LIBBY, McNEILL and LIBBY of CANADA, LIMITED

Chatham, Ontario

8 MÉLANGES D'ALIMENTS BIEN ÉQUILIBRÉS POUR BÉBÉS

Ces mélanges de légumes, de céréales, de soupes, et de fruits homogénéisés rendent facile la tâche du médecin dans le choix d'une variété d'aliments solides pour les nourrissons.

1. Pois. Betteraves. Asperges.
2. Courge. Tomates. Haricots verts.
3. Pois. Carottes. Épinards.
4. Lait complet. Blé complet. Farine de pois chinois.
6. Soupe — Carottes. Céleri — tomates. Foies de poulet. Orge, oignons.
7. Soupe maigre composée de céleri, de pommes de terre, de pois, de carottes, de tomates, de farine de soya et d'orge. Peut être donnée à de tout jeunes bébés.
9. Mélange entièrement de « légumes verts » — Nombre de médecins en ont fait la demande. Pois, épinards et haricots verts sont mélangés de façon à donner une préparation de légumes très appétissante.
10. Tomates, carottes et pois — ceux-ci donnent un nouveau mélange végétal avec des propriétés diététiques et une saveur excellente.

En plus, deux simples légumes spécialement homogénéisés:

POIS, ÉPINARDS ET LAIT ÉVAPORÉ HOMOGÉNÉISÉ DE LIBBY

Libby's HOMOGENIZED (EXTRACELLULAR) BABY FOODS

* Les aliments Libby pour Bébés sont les seuls homogénéisés.

Les Editions Beauchemin
présentent

MANIFESTE DÉMOCRATIQUE

Par EMERY REVES
Un volume in-12, de 176 pages.
Traduit de l'anglais par Maurice Edgar Coindreau.
PRIX: l'exemplaire, **$1.25**

Dans un message envoyé d'Australie, le général MacArthur disait: *"La plume est encore plus puissante que l'épée"*. MANIFESTE DEMOCRATIQUE appartient à ce genre de livres stimulants et précis auxquels pensait sans doute le général MacArthur quand il rédigea ce message.

En termes simples et directs, M. Reves répond aux questions suivantes:

1° Quelle a été la véritable cause de la seconde Guerre Mondiale?

2° Pourquoi tous les gouvernements démocratiques ont-ils commis les mêmes erreurs?

3° Pourquoi les hommes d'Etat, une fois au pouvoir, commettaient-ils les erreurs qu'ils dénonçaient dans la coulisse?

4° Quelle est la véritable cause de la crise du vingtième siècle?

5° Comment la démocratie peut-elle éviter de se laisser détruire par ses propres principes?

6° Qu'est-ce que la Liberté? Qu'est-ce que la Coercition?

7° Qu'y a-t-il à faire, *immédiatement*, pour atteindre à une Démocratie véritable?

Monsieur Reves considère comme ridicule l'idée que *"la guerre peut être mise hors la loi"*. D'après lui, il faut "légaliser" la guerre, renoncer aux théories trompeuses de neutralité et d'indépendance absolues, mais revoir les principes à la lumière des conditions du monde actuel.

Les théories de M. Reves ne laissent pas la moindre place à l'équivoque. Toute société, politique ou non, tend vers un but positif: c'est une œuvre en marche.

Une Démocratie nouvelle, avec déterminations juridiques nationales et internationales, tel est le livre audacieux et splendide de M. Reves.

EN VENTE PARTOUT

LA VIE AVEC "FISTON" par *Elsie*, la Vache Borden

© The Borden Co. Ltd.

Le système de "Contrôle de la Qualité", scientifiquement conçu et exclusif à Borden, assure la pureté et la qualité des produits laitiers Borden's.

Bien que les contrôles de laboratoire soient les moyens de protection les plus importants de ce système, ils ne sont qu'une des nombreuses mesures de précaution. La surveillance rigoureuse exercée par Borden s'étend aux troupeaux, pâturages, bâtiments de ferme et moyens de transport, aussi bien qu'aux différentes étapes du procédé à l'usine.

Nous disons donc en toute confiance—"Si c'est du Borden's, il *faut* que ce soit bon!"

Nous serions heureux de vous envoyer, sur demande, la brochure intitulée "La Différence qu'apporte le 'Contrôle de la Qualité' au Lait Evaporé"—ainsi que des suggestions pour l'alimentation infantile, sous forme de tableau, et des blocs-notes pour vos ordonnances.

THE BORDEN COMPANY LIMITED
Spadina Crescent, Toronto

1896

1944

SANATORIUM de BLOIS

48e 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-violets, etc., etc.

MÉDECIN-DIRECTEUR: . . . Dr Charles de BLOIS

DIRECTEUR-ADJOINT: . . . Dr Georges de BLOIS

MÉDECINS CONSULTANTS:

Professeur Albert LeSAGE, Montréal; Dr Charlemagne BARIBEAU, Trois-Rivières; 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

Dr Charles de Blois, C.C.S.G.G.

SANATORIUM de BLOIS

Téléphone 3420 — 225 boul. Laviolette - Trois-Rivières, P.Q.

AVANT-GOÛT...

DE SA SAVEUR AGRÉABLE

La saveur caractéristique du Lait de Magnésie de Phillips est d'une grande importance — surtout lorsqu'on doit l'administrer aux enfants.

Ce laxatif bénin est accepté bien volontiers puisque son goût n'est aucunement répugnant.

En raison de la faible solubilité du chlorhydrate de magnésie, l'action du Lait de Magnésie se manifeste dans l'intestin, sans irritation, sans colique ni suintement.

Le Lait de Magnésie est non seulement l'idéal pour les enfants, mais depuis plus de trois décades les médecins l'ont prescrit pour la douceur de son action laxative et pour ses propriétés antiacides dans certains cas tels que: rhumes, ulcères peptiques et hyperacidité.

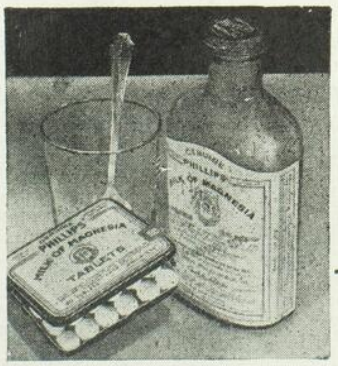
Présenté sous forme liquide et en comprimés.

POSOLOGIE

Comme antiacide: 1 à 4 cuillerées à thé (1 à 4 comprimés).

Comme laxatif léger: 2 à 4 cuillerées à soupe.

LAIT DE MAGNÉSIE
PHILLIPS



Préparé seulement par

THE CHAS. H. **PHILLIPS** CO. DIVISION
DE STERLING DRUG INC.
WINDSOR Ontario

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

L'examen pour l'admission comme membre « Fellow » comporte deux parties: l'examen primaire et l'examen final.

L'examen primaire comprend les sujets suivants: l'anatomie, comprenant l'histologie et l'embryologie.

La physiologie, comprenant la biochimie.

Le candidat à l'examen primaire doit concurremment subir un examen écrit et un examen oral.

L'examen primaire peut se passer en aucun temps après que le candidat aura complété un cours d'études et subi les examens en anatomie, histologie, embryologie, physiologie et biochimie, dans une Ecole de Médecine ou une Université approuvées par le Conseil. Le candidat est tenu de présenter un certificat accompagnant son application.

LANGUES EN USAGE POUR LES EXAMENS

Au moment de leur application, pour l'examen primaire ou final, les candidats devront mentionner s'ils désirent passer leur examen en français ou en anglais. Des formules d'application sont à leur disposition dans les deux langues.

STANDARD DE QUALIFICATION

Aucun livre de texte ou abrégé n'est recommandé concernant les différents sujets. Tous les candidats doivent faire preuve d'une connaissance parfaite des sujets sur lesquels ils seront examinés et devront bien connaître la littérature courante concernant ces sujets.

Les réponses, écrites ou orales, des candidats à l'examen final doivent témoigner d'un bon jugement critique.

ENDROITS ET DATES DES EXAMENS — 1944

Les endroits choisis pour les examens par écrit sont les suivants: Vancouver, Edmonton, Saskatoon, Winnipeg, London, Toronto, Kingston, Montréal, Québec et Halifax — les 2, 3 et 4 octobre.

Les examens oraux sur les sujets primaires, et les examens oraux et cliniques sur les sujets finals auront lieu comme suit: pour les candidats de langue française — à Québec ou à Montréal — les 23 et 24 octobre.

LE DROIT DE MEMBRE

Les candidats qui se présentent aux Examens finals voudront bien noter que le droit de membre ($150.00) doit être payé d'avance. Il sera retourné dans le cas où le candidat échouerait à l'examen.

Les candidats gradués de 1930, ou antérieurement, d'une Ecole de Médecine ou d'une Université approuvées par le Conseil, ne seront pas tenus de subir l'examen primaire, mais devront, à l'examen final, faire preuve d'une connaissance générale et pratique de l'application clinique de la physiologie.

Cet examen spécial se fera sous la direction de cliniciens.

Toutes les communications doivent être adressées à: **Warren S. Lyman, M.D., F.R.C.P. (C),**
Honorary Secretary,
Chambre 3018,
National Research Laboratories,
Rue Sussex, Ottawa, Ontario.

4 Facteurs Importants Assurent la Qualité Supérieure et Uniforme des Purées Heinz!

1 Les meilleurs fruits, légumes et viandes sont cuits d'après des méthodes scientifiques créées par les techniciens Heinz en collaboration avec le Mellon Institute of Industrial Research.

2 Afin de conserver les vitamines et sels minéraux en grande mesure, ces aliments sont cuits d'après un procédé spécial et mis en conserve, sous atmosphère inerte, dans des boîtes doublées d'émail.

3 Chaque étape de la préparation de ces aliments de qualité supérieure est strictement vérifiée par le Service du Contrôle de Qualité Heinz.

4 Toutes les Purées Heinz qui sont sur les étagères des marchands sont vérifiées régulièrement par les vendeurs Heinz et remplacées par des stocks frais après un temps limité.

Depuis plus de trois générations, les femmes canadiennes ont reconnu la qualité exceptionnelle des produits qui portent l'étiquette Heinz. C'est pourquoi les mères savent qu'elles peuvent se fier entièrement aux Purées Heinz pour fournir à leurs bébés l'alimentation qu'il leur faut! Rappelez-vous aussi que ces délicieux aliments prêts-à-servir conviennent à merveille pour ceux de vos patients qui sont au régime mou!

ALIMENTS HEINZ POUR BÉBÉS

57

17 PURÉES NOURRISSANTES!

13 PURÉES DE LÉGUMES — Betteraves • Haricots Verts • Courge et Carottes • Carottes • Soupe aux Légumes • Epinards • Soupe aux Tomates • Asperges • Soupe au Boeuf et Foie • Légumes Verts Mélangés • Poulet, Légumes et Farine • Légumes avec Agneau • Pois.

4 PURÉES DE FRUITS (Rationnées)—Prunes avec Farine • Pêches • Compote de Pommes • Dessert aux Pommes, Pruneaux et Cossetarde.

LACTOGEN

FACILEMENT DIGÉRÉ PAR LES ENFANTS

Deux procédés spéciaux sont employés afin que le lait de vache, utilisé dans la fabrication de Lactogen, soit modifié de façon à le rendre aussi digestible que le lait de femme.

Par l'*homogénéisation*, les globules gras du lait de vache sont entièrement brisés et diminués en un volume restreint; ils offrent ainsi une surface plus étendue à l'action des enzymes digestives.

La dessication par pulvérisation se fait dans des chambres immaculées en acier inoxydable, et a pour résultat la modification des propriétés de la caséine en caillots fins et floconneux, comme l'indique la microphotographie.

Une cuillerée à table rase de LACTOGEN dissous dans deux onces d'eau (chaude, préalablement bouillie) fournit 2 onces de la formule de LACTOGEN donnant 20 calories par once.

•

• Pas de publicité ni mode d'emploi excepté aux médecins. Pour échantillons et notes descriptives, prière d'envoyer votre feuille professionnelle d'ordonnance au "Dépt. Lactogen", Nestlé's Milk Products (Canada) Limited, Toronto, Canada.

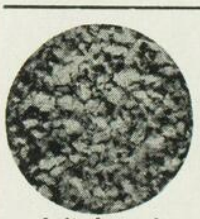
Lait de vache

GLOBULES GRAS

Grossissement

200 ×

Lactogen dilué

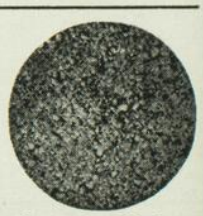


Lait de vache

CAILLOTS

Caillots complètement précipités à 98° F. par l'addition graduelle d'acide chlorhydrique.

Grossissement actuel

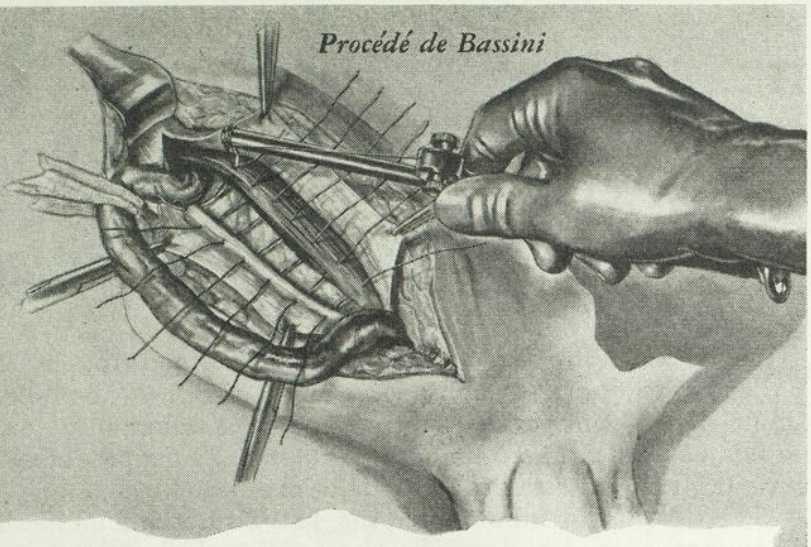


Lactogen dilué

NESTLÉ'S MILK PRODUCTS (CANADA) LTD.

METROPOLITAN BUILDING, TORONTO

Procédé de Bassini



Le Sutureur Chirurgical Singer fixe rapidement les points dans le rapprochement du tendon conjoint au ligament de Poupart. Notez comment l'angle de l'aiguille (ajustable) facilite le travail, même dans une région difficile à suturer.

Technique de la Suture

MARCHANT DE PAIR AVEC LA CHIRURGIE MODERNE

Les progrès constants dans les méthodes résultent de la détermination d'atteindre aux plus grands succès chirurgicaux . . . et toujours des instruments utiles contribuent sans cesse à ce résultat.

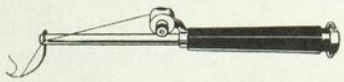
Ainsi, le nouveau Sutureur Chirurgical Singer offre une rapidité, une facilité et une versatilité sans précédents dans l'acte de suture. L'instrument alimente sans interruption le matériel à suturer provenant de la bobine dérouleuse toujours sous le contrôle du pouce de l'opérateur — il élimine les longs bouts libres et exempte le chirurgien de l'aide manuelle de ses assistants.

En effet, l'instrument Singer ne quitte jamais les mains de l'opérateur tandis qu'il réalise et noue les points de suture. Même le sectionnement peut se faire au moyen du bout tranchant de l'aiguille.

Permettez-nous de vous conseiller de demander dès maintenant des renseignements sur les nombreux avantages de ce sutureur unique, et sur la grande variété de points nouveaux qu'il effectue.

LE SUTUREUR CHIRURGICAL

SINGER



— réunit l'aiguille, le manche, le matériel à suturer et le tranchant à sectionner en un instrument complet par lui-même, stérilisable tout d'une pièce.

Copyright Etats-Unis, 1944, par The Singer Manufacturing Co. Droits réservés pour tous pays.

SINGER SEWING MACHINE COMPANY, *Service du sutureur chirurgical,* **CANADA**
254, rue Yonge, Toronto, Ontario. **424, avenue Portage, Winnipeg, Man.**
700 ouest, rue Ste-Catherine, Montréal.
Démonstration personnelle à votre magasin local Singer.

POUR PLUS DE RENSEIGNEMENTS
— le coupon ci-contre est à votre disposition pour la demande d'un exemplaire de la brochure illustrée décrivant l'emploi varié du sutureur dans diverses circonstances operatoires.

SINGER SEWING MACHINE COMPANY
Service du sutureur chirurgical
700 ouest, rue Ste-Catherine, Montréal.
Auriez-vous l'obligeance de m'envoyer gratuitement un exemplaire de votre brochure illustrée?

Nom .....
Adresse .....
Ville .....

(SS-3746)

Une époque sans précédents?

Des problèmes sans précédents

AUJOURD'HUI beaucoup plus de femmes contribuent à l'effort de guerre national. Les responsabilités nouvelles exigent d'elles une activité incessante qui augmente leurs problèmes particuliers à un degré également sans précédents... surtout en ce qui concerne l'hygiène menstruelle.

Travaillant constamment dans le voisinage immédiat des hommes — portant des salopettes ou "slacks" ajustés — ayant moins de facilité pour l'accès aux salles de toilette que lorsqu'elles sont au foyer, — il n'y a rien de surprenant que ces femmes aient trouvé dans le tampon Tampax le moyen idéal d'améliorer leurs habitudes hygiéniques en même temps qu'une aide dans leur incessante activité.

Il y a dix ans, Tampax même était une innovation; depuis ce temps, bien au delà de cinq cents millions de ces tampons vaginaux ont été achetés. En effet, aujourd'hui, la seule chose sans précédents concernant Tampax est l'enthousiasme inusité qu'il suscite par la liberté et l'assurance qu'il donne en faisant disparaître l'irritation interne ou externe... la présence de bourrelets révélateurs... et le risque d'offenser par l'odeur désagréable provoquée par l'écoulement en décomposition.

Tampax est disponible en trois degrés d'absorption — super, régulier et junior — pour convenir aux besoins particuliers. De son format comprimé (qui permet son insertion facile) il se distend à plat *in situ* — une caractéristique exclusive à Tampax — et s'adapte parfaitement aux contours intravaginaux. Ses piqûres entre-croisées — exclusives aussi — empêchent le tampon de se désagréger afin que son retrait s'effectue délicatement sans même y toucher.

Si vous n'avez jamais examiné Tampax, pourquoi ne pas rompre un précédent aussi? Le coupon est à votre disposition.

CANADIAN TAMPAX CORPORATION LIMITED
533 College Street, Toronto, Ontario

TAMPAX

PUBLICITÉ ACCEPTÉE PAR "THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION".

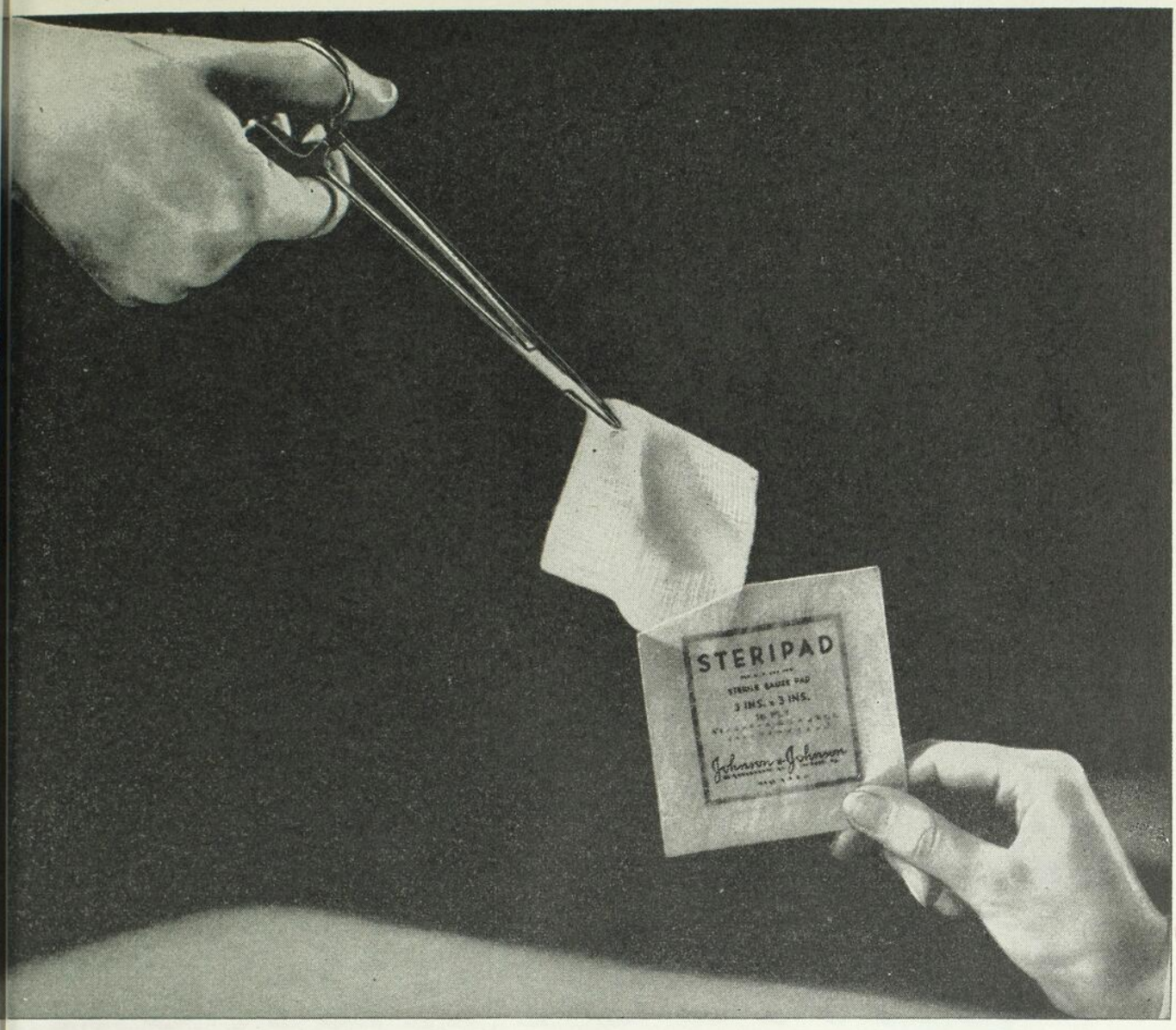
Canadian Tampax Corp. Ltd.
533 College St., Toronto, Ont.

Il me ferait plaisir de recevoir des échantillons des trois formats de Tampax.

Nom .....

Adresse .....

.....



Compresses stériles - - Toujours prêtes

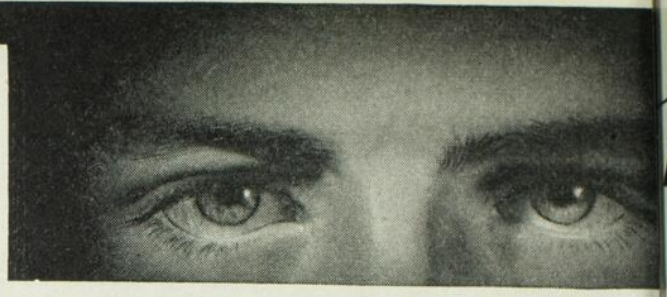
Les médecins trouvent que les Steripads répondent à la plupart des exigences du bureau quand ils s'agit de pansements simples. Peu volumineuses, ces compresses assurent protection parfaite. Chaque Steripad s'obtient dans une enveloppe scellée. Boîtes de 25 ou de 100 compresses. Dimensions: les 3″ x 3″, s'étendent à 3″ x 9″; les 4″ x 4″, s'étendent à 4″ x 16″.

Commandez-les chez votre fournisseur habituel

Johnson & Johnson
LIMITED MONTREAL

PLUS GRANDS FABRICANTS AU MONDE DE PANSEMENTS CHIRURGICAUX

UTILISÉE DANS LES INSTALLATIONS INDUSTRIELLES



• La Murine, stabilisée selon une pression osmotique équivalente à celle des larmes humaines, possède une alcalinité et une isotonicité précises. Cette préparation est recommandée comme traitement accessoire dans les premiers soins pour soulager l'irritation des yeux causée par la lumière trop vive, la poussière, les vapeurs chimiques, les paillettes de métal, la fumée et les étincelles provenant de machines à souder, lorsque le temps est un facteur si important dans le soulagement de tels effets de causticité.

Les yeux rougis, irrités ou enflammés n'ont pas toujours pour cause l'envahissement microbien de la conjonctive. Par exemple, les peintres employant le vernis-laque souffrent souvent d'inflammation des yeux; les rayons ultra-violets projetés par les soudeurs électriques sont très irritants pour les yeux. Beaucoup d'autres éléments entrent en cause dans les installations industrielles, telles que les vapeurs chimiques et les poussières qui sont une source de malaises pour les ouvriers.

La Murine a depuis longtemps été utilisée comme moyen efficace et sûr de nettoyer la membrane muqueuse des yeux et des paupières.

SEPT INGRÉDIENTS COMPOSENT LA MURINE

Bicarbonate de potassium
Borate de potassium:
Acide borique
Chlorhydrate de berbérine
Glycérine
Chlorhydrate d'hydrastine
Eau stérilisée
'Merthiolate' (Ethyle mercurethiosalicylate de soude, Lilly) .001%

Remarquez que l'action libre du potassium et de l'acide borique est maintenue dans la solution présentée.

THE MURINE COMPANY — TORONTO, ONTARI

HÉMOSTHÉNOL

Irradié

OPOTHÉRAPIE SANGUINE COMPLÈTE

Contient en Vitamine D, 40,000 unités standard internationales par 16 oz., l'équivalent en Vitamine D contenu dans 32 oz. d'Huile de Foie de Morue.

S'emploie avec avantages contre Anémie après Hémorragies, Opérations, Fausse Couche, Anémie par tuberculose, Rachitisme, Chlorose, Lymphatisme, Anémie par surmenage intellectuel, Grossesse, Paludisme.

CONTIENT À L'ONCE:

Sérum Hémopoïétique frais de cheval	96 gouttes
Glycérophosphate de Soude	16 grains
Peptone de Viande	16 "
Ergosterol Irradié	2500 U.I.

Littérature et échantillons sur demande.

LABORATOIRES DESAUTELS Limitée, 1180, rue Benoît, Montréal.

TONISEDINE

RÉGULATEUR DU CŒUR, TONIQUE NERVIN DE VALEUR, FORTIFIANT ET RÉGÉNÉRATEUR DE LA NUTRITION, ANTISPASMODIQUE.

★

ÉTATS NÉVROPATHIQUES : insomnie, surmenage, dyspepsie nerveuse, dépression nerveuse, et nervosisme durant ménopause.

CONTIENT À L'ONCE:

Crataegus	0.972
Passiflore	0.972
Salix alba	0.972
Valériane	0.972
Méthylarsinate de soude	0.004
Les glycérophosphates de Calcium	0.518
Soude	1.036
Manganèse	0.065

Chlorure de thiamine "B_1" 500 U.I. Pepsine, Pancréatine et Diastase.

POSOLOGIE:
une à deux cuillerées à thé avant les repas et au coucher.

LABORATOIRE MAROIS
MONTRÉAL

EAU ALCALINE NATURELLE JAILLISSANTE

Fortement recommandée par Messieurs les Médecins

USINE D'EMBOUTEILLAGE "MASKI"
Saint-Justin, Qué., Canada

La pureté de l'eau "Natalka" est d'une importance capitale pour la profession médicale et le bien des consommateurs

ALCALINE ETAT NAISSANT
C'est dans cet état que l'eau alcaline possède son maximum d'énergie.

Analyse Bactériologique:

Colibacilles dans 100 cc.	0
Nitrites	0.00
Nitrates	0.0
Fer	0.0
P H	8.4

Température: 36 F.

CASGRAIN & CHARBONNEAU Ltée
Pharmacie en Gros
445. boul Saint-Laurent Tél.: LAncaster 3292 Montréal

L'EAU "JUSTIN"
Bicarbonatée, Sodique, mise en bouteilles aux sources, avec Système Scientifique, de la Source à la bouteille sans le contact de l'air.

COUVRETTE-SAURIOL Ltée
50, rue De Bresoles
Tél.: HArbour 8151 Montréal

Langlois & Paradis Limitée — Tél.: 2-2071 — 19, rue Saint-Jacques, **Québec.**

Nos systèmes de transport ont à se débattre avec un nombre sans précédent de voyageurs et de marchandises de temps de guerre. Les civils peuvent aider l'effort de guerre en s'abstenant de tout voyage, sauf le cas de nécessité absolue.

"Maman dit qu'elle va venir nous rendre visite."
"Lui as-tu dit que c'est antipatriotique de voyager?"

CIGARETTES SWEET CAPORAL

"La forme la plus pure sous laquelle le tabac peut être fumé"

A messieurs les médecins:

LA PHARMACIE D'ORDONNANCES

ARTHUR HIRBOUR

est tout indiquée pour la préparation de vos ordonnances

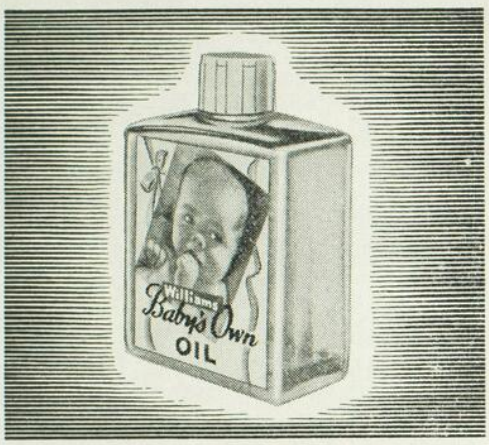
℞

NOUS N'EMPLOYONS QUE LES PRODUITS CHIMIQUES SUPÉRIEURS.

40 ANNÉES D'EXPÉRIENCE COMME PHARMACIE PROFESSIONNELLE.

Angle SAINT-DENIS et DE MONTIGNY — Téléphone: LAncaster 7356 — MONTREAL

Douce rafraîchissante



pour la peau délicate du bébé

L'huile Baby's Own, un autre fameux produit Baby's Own, est spécialement préparée et mélangée pour protéger la peau délicate et tendre du bébé. Humectez une ouate de cette huile aux endroits voulus afin de prévenir l'irritation causée par les couches, les boutons, les gerçures, etc., etc. L'épiderme du bébé est si délicat qu'il s'irrite au moindre frottement.

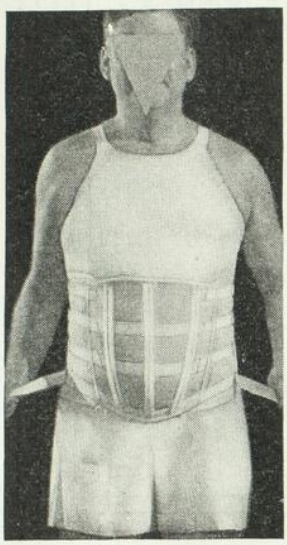
Préparée avec un soin particulier et destinée spécialement aux bébés, l'huile Baby's Own peut être recommandée en toute confiance.

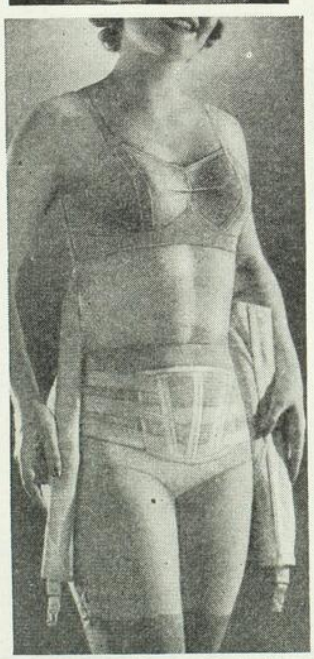
Huile
BABY'S OWN

The J.B.WILLIAMS CO. (CANADA) Limited

LES CAS DE HERNIE SE MULTIPLIENT!

LES SUPPORTS SPENCER





pour cas inopérables et ceux où on doit retarder l'opération, maîtrisent et soutiennent **très efficacement.**

Etant dessiné individuellement pour répondre aux besoins particuliers à la patiente, le support Spencer assure un bon ajustement et confort parfait. Il ne cède pas sous la tension, ne contient aucune partie en métal rude ou en caoutchouc.

On prescrit aussi le support Spencer pour:

viscéroptose et néphroptose avec symptômes; douleur au bas dos, grossesse; surcroît de fatigue; attitude vicieuse; pour cas post-partum ou post-opératoires.

SPENCER SUPPORTS (CANADA) LIMITED,
Rock Island, Québec.
Aux Etats-Unis: 137A, ave Derby, New Haven, Connecticut.
En Angleterre: Spencer (Banbury) Limited, Banbury, Oxon.

Veuillez m'adresser la brochure "Comment les supports Spencer secondent le traitement du médecin".

..... M.D.

Adresse .....

..... 151-8-44

J.-O. GIROUX

OPTICIEN

Membre diplômé de l'A.E.P.O. de Paris

LUNETTES, LORGNONS
VERRES OPHTALMIQUES

Assisté de MM.

A. PHILIE
A. ALLAIRE
G. LAURIER

BUREAUX CHEZ

Dupuis Frères LIMITÉE

MONTRÉAL

KAOMAGMA

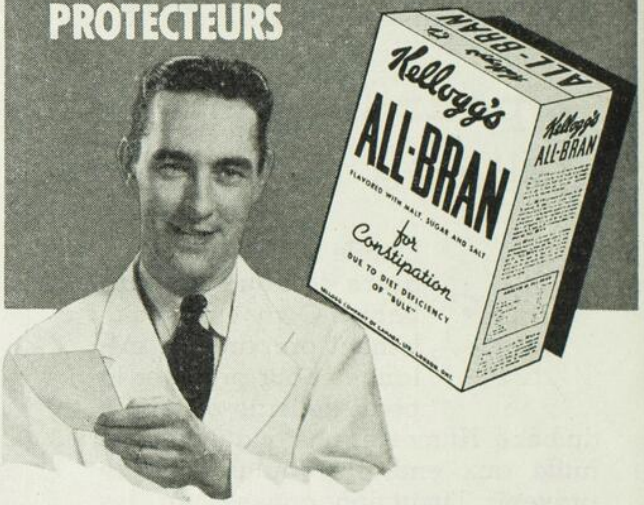
POUR LA

DIARRHÉE

Double bénéfice du All-Bran Kellogg

1. SON ACTION LAXATIVE DOUCE EST DIFFÉRENTE

2. IL CONTIENT BEAUCOUP D'ÉLÉMENTS NOURRISSANTS PROTECTEURS



L'ACTION laxative du volume constitué par le ALL-BRAN DE KELLOGG est différente de celle de certains volumes laxatifs. Et tandis que le ALL-BRAN est indiqué dans les cas de constipation due à l'insuffisance du volume alimentaire — IL NE SE DILATE PAS CONSIDÉRABLEMENT DANS LE CÔLON. Le ALL-BRAN fournit les substances fibreuses qui rendent la flore utile du côlon plus floconneuse tout en adoucissant les déchets et les rendant plus faciles à éliminer. Un supplément raisonnable, en plus de l'apport ordinaire, importe peu — le volume de la substance fibreuse supplémentaire demeure inerte.

Les remarques ci-dessus offrent aux médecins une bonne raison pour recommander l'ingestion de ALL-BRAN régulièrement, comme céréale ou sous forme de muffins, aussi bien que de boire beaucoup d'eau — pour corriger l'insuffisance du « volume » dans l'alimentation.

La seconde raison est que LE ALL-BRAN DE KELLOGG EST UN ALIMENT EXCELLENT, souvent recommandé comme élément protecteur dans l'alimentation. En effet, le ALL-BRAN possède des propriétés nutritives protectrices dépassant en valeur celles du blé entier.

ALL-BRAN Kellogg
Nourriture Laxative

Fabriqué par Kellogg Co. of Canada Limited, London, Ontario.

Une thérapeutique efficace pour... *l'Otite Moyenne*

DOIT ÊTRE ANALGÉSIQUE - BACTÉRICIDE et PRODUIRE la DÉSHYDRATATION des TISSUS

Auralgan

THE DOHOW CHEMICAL COMPANY, LTD. Montréal — New-York — London

Fabriqués par THE CANADA STARCH COMPANY Limited, Montréal et Toronto.

UN MÉLANGE LACTÉ
de valeur reconnue pour l'alimentation des bébés

Les sirops de Maïs Crown Brand et Lily White sont reconnus par la profession médicale comme l'hydrate de carbone sûr et fiable pour ajouter au lait que l'on donne aux bébés.

Ces purs sirops de Maïs se digèrent facilement et n'irritent pas l'intestin délicat des bébés.

Les deux peuvent être ajoutés à n'importe quelle formule lactée.

The CANADA STARCH CO., Ltd., Montréal

Veuillez m'envoyer
- ☐ CALCULATEUR
- ☐ Livret: "LES SIROPS DE MAÏS DANS L'ALIMENTATION DES ENFANTS"
- ☐ TABLETTES DE FORMULES
- ☐ La brochure: "LA FEMME ENCEINTE"
- ☐ La brochure: "DEXTROSOL"

Nom .....

Adresse .....

.....

SIROP DE MAÏS "CROWN BRAND" et SIROP DE MAÏS "LILY WHITE"

AUX MÉDECINS SEULEMENT

Vous pouvez obtenir, sur demande, un petit calculateur de poche contenant les différents régimes d'enfants dans lesquels on trouve ces deux célèbres sirops de Maïs . . . un traité scientifique, sous forme de livret, sur l'alimentation des enfants ... des tablettes de formules et une intéressante brochure sur les soins pré-nataux. Veuillez nous adresser le coupon et nous vous ferons parvenir immédiatement ces choses utiles pour vous.

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

WYANOÏDS

pour

HÉMORROÏDES

POURQUOI CHOISIT-ON CUPREX

CONTRE LA PÉDICULOSE?

Parce qu'il . . .

✓ Détruit PROMPTEMENT Poux, Larves et Lentes!
✓ Une application suffit habituellement!
✓ Est inodore et non collant!
✓ Agit avec efficacité!

D'EMPLOI PROPRE ET FACILE — CHEZ TOUS LES PHARMACIENS

UN PRODUIT DE MERCK & CO., LIMITED, MONTRÉAL

AMherst 8900-3733

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

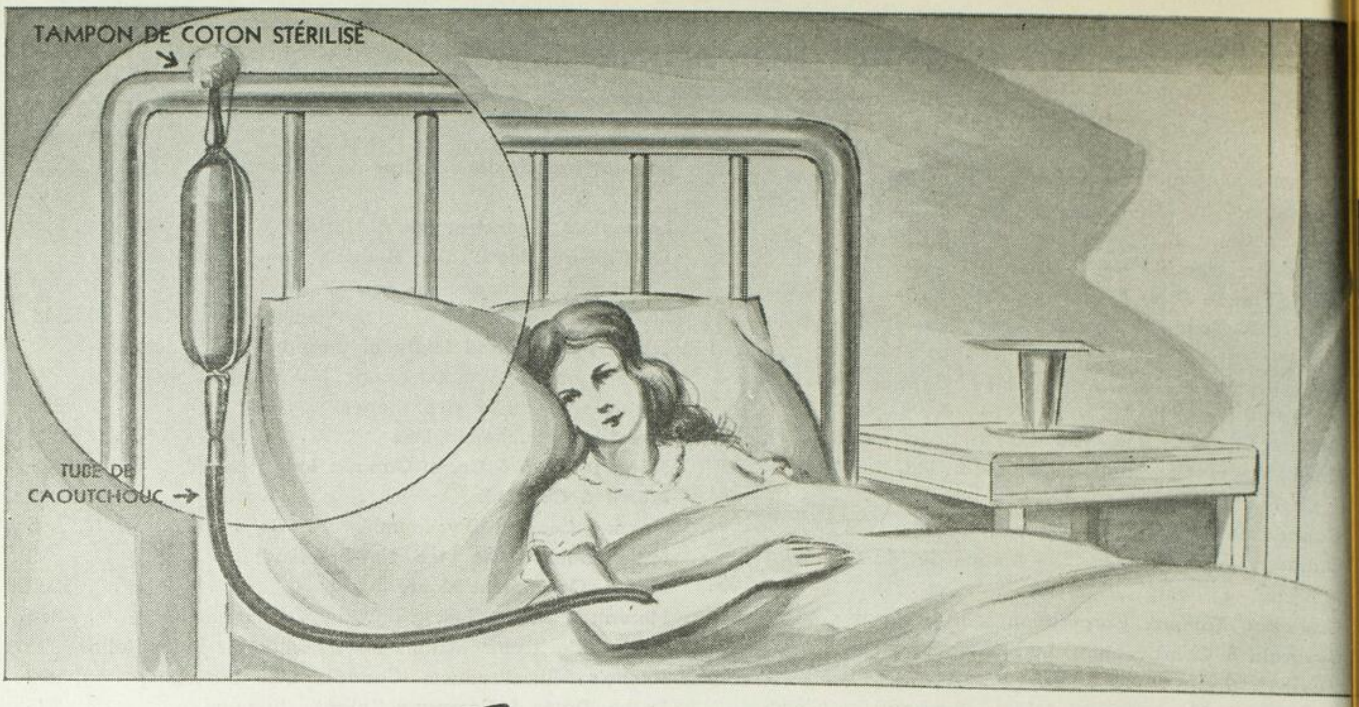
TABLE DES ANNONCEURS

Pages

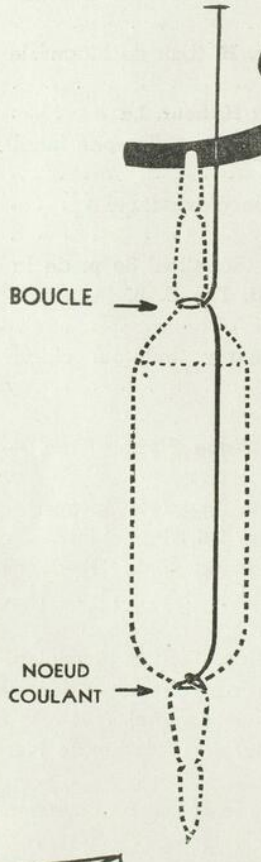
Abbott Laboratoires Ltée 37-38
American Can Co. (Quel est l'aliment essentiel que l'on mentionne le plus quand il est question de nutrition défectueuse?) 983
Anglo-French Drug Cie (Sulfosalyl) 959
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée (Le lapin fidèle fait sa part) 1
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée (Extraits de foie Ayerst) 2
Borden Company Ltd. The (Lait évaporé Borden's) . 987
Bristol-Myers Company of Canada, Ltd. (Sal Hepatica) 981
Canada Drug Co., Ltd. (Pavéral) 1001
Canada Starch Co., Ltd. The (Sirops de Maïs "Crown Brand" et "Lily White") 1001
Canadian Tampax Corporation Ltd. (Tampax) . . . 994
Casgrain & Charbonneau, Ltée (Asthmagyl) — (Cécrinyl) 27
Casgrain & Charbonneau, Ltée (Asthmagyl) — (Cécrinyl) 16
Casgrain & Charbonneau, Ltée (Eau alcaline Natalka) 997
Chesebrough Manufacturing Company, cons'd (Vaseline) 36
Ciba Compagnie Limitée (Cibazol) 25
Couvrette-Sauriol, Ltée (Eau Justin) 997
Denver Chemical Manufacturing Company. The (Galatest) — (Réactif à l'acétone) 13
Denver Chemical Manufacturing Company (Antiphlogistine) 22
Dettol 984
Dohow Chemical Company Ltd. (Auralgan) 1001
Eddé, J., Ltée (Bis Kam Oil) — (Hemostyl du Dr Roussel) — (Taxol) — (Neurinase) — (Alepsal) — (Inotyol) — (Pluriglandine) — (Veinatone) — (Artichobyl) 978
Eli Lilly and Company (Canada) Ltd. 1ère page de la couverture
Eli Lilly and Company (Canada) Ltd. (La dose est importante) 7
Frosst, Charles E. & Co. 17-18-19-20
Giroux, J.-O. (Opticien) 1000
Gouvernement de la Province de Québec. Ministère de la Santé et du Bien-Etre Social (Il faut enrayer la syphilis) 980
Hartz Co., Ltd. The J. F. (Pulvets Butylone Hartz) . 4
Heinz Company of Canada Ltd (Aliments Heinz pour bébés) 991
Herdt & Charton, Inc. (Veinotrope) 977
Herdt & Charton, Inc. (Osmopak) 971
Herdt & Charton, Inc. (Uroprazine) — (Sulpho-Lac) — (Camirol) — (Eau précieuse Dépensier) — (Bilifluine) 967
Horner, Frank W., Ltd (Histoire de cas) — (Fermentol) 34
Imperial Tobacco (Cigarettes Sweet Caporal) . . . 998
Johnson & Johnson Ltd. (Steripad) 995
Kellogg Company of Canada Ltd. (All-Bran) 1000
Laboratoire Nadeau Ltée (Digitisol) 965
Laboratoires Desbergers-Bismol (Diagnostic et traitement des Allergies) . . . . . 4e p. de la couv.
Laboratoires Désautels (Hémosthénol irradié) . . . 996
Laboratoires Jean Olive (Normogastryl) — (Nucléarsitol Robin) 982
Laboratoire Marois (Tonisedine) 997

Pages

Laboratoires Poulenc Frères (Coryphédrine) 2e p. de la couv.
Laurentian Agencies, Reg'd. (Ertron) 14-15
Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada (Examens) 990
Lederle Laboratoires (Produits immunisants Lederle) 11
Libby, McNeill and Libby of Canada, Ltd. (Accroissement en Hémoglobine par les aliments homogénéisés de Libby pour bébés) 985
Librairie Beauchemin Ltée 986
Mead Johnson & Co. of Canada Ltd. (Pablum) 21
Merck & Co., Ltd. (Cuprex) 1002
Merck & Co., Ltd. (Pyridium) 5
Millet, Roux & Cie Ltée (Neo-Spasmyl) 9
Monty, Gagnon et Monty 1002
Mowatt & Moore Ltd. (Nouveau Vebex amélioré) . . 975
Murine Co. (Utilisée dans les installations industrielles) 996
Nestle's Milk Products (Canada) Ltd. (Lactogen) . . 992
Parke, Davis & Company (Dilantin Sodium) 976
Parker, White & Heyl, Inc. (Bard-Parker Formaldehyde Germicide) 979
Phillips Co. Division. The Chas. H. (Lait de Magnésie Phillips) 989
Pharmacie d'ordonnance Arthur Hirbour, La 998
Rougier Frères (Baume Sanodermyl) — (Dyspné Inhal) 957
Rougier Frères (Gynexyl) 3
Sanatorium de Blois (48e année d'existence) 988
Sanatorium Prévost Inc. 974
Sharp & Dohme (Canada) Ltd. (Rabellon) 3e p. de la couv.
Shuttleworth Chemical Co., Ltd. The E. B. (Aquaphedrin E.B.S.) 963
Singer Sewing Machine Company (Sutureur chirurgical Singer) 993
Smith & Nephew Ltd. ('Cellona') 31
Société d'Expansion pharmaceutique (Hyposulfène) — (Jabosulfène) 973
Spencer Supports (Canada) Ltd. (Supports Spencer) . 999
Squibb, E. R. & Sons of Canada, Ltd. (Sulmefrin) . . . 969
Stearns & Company of Canada Ltd., Frederick (Néo-Synéphrine Hydrochloride) 23
Upjohn (Concentré Super D) 28
Usines Chimiques du Canada Inc. (Sérums physiologiques) 1004
Vinant Limitée (Sédosine) — (Génésérine) 30
Vinant Limitée (Pommade Midy) — (Valérianate Pierlot) 32
Warner, Wm. R., Ltd. (Pères de la Médecine canadienne) 961
Whitlow, Fred J. & Co., Ltd. (Clinitest) 33
Williams Co. (Canada) Ltd. The J. B. (Huile Baby's Own) 999
Winthrop Chemical Co., Inc. (Salyrgan-Théophylline) . 24
Wyeth & Bro., (Canada) Ltd., John (Amphojel) . . 26
Wyeth & Bro., (Canada) Ltd., John (B-Plex) 29
Wyeth & Bro., (Canada) Ltd., John (Nécessaire Wyeth) 35
Wyeth & Bro., (Canada) Ltd., John (Wyanoïds pour hémorroïdes) 1002
Wyeth & Bro., (Canada) Ltd., John (Kaomagma pour la diarrhée) 1000



Sérums
PHYSIOLOGIQUES



L'ampoule de verre scellé demeure toujours la méthode idéale pour la protection parfaite contre les risques de contamination.

Une ficelle reliant les tiges de l'ampoule est le seul instrument nécessaire à sa suspension.

Notre expérience dans la préparation de ces ampoules nous permet de fournir des ampoules à tous dosages de chlorure de sodium ou de glucose dans un temps relativement court et surtout à des prix raisonnables.

La qualité du verre des ampoules permettant une longue conservation tant au point de vue chimique que bactériologique, le praticien de l'endroit même le plus éloigné des centres peut facilement en avoir toujours quelques-unes sous la main pour les cas d'urgence.

SOLUTIONS STANDARDISEES

A PRIX RAISONNABLES

USINES CHIMIQUES DU CANADA, INC.

MONTRÉAL

VALOR

lorsque la main perd son habileté

Lorsque la maladie de Parkinson rend les mains inhabiles, il est tout indiqué d'administrer une médication bien appropriée. Puisque la paralysie agitante est provoquée par des variations pathologiques dans le corps strié et les structures sous-jacentes, la guérison est irréalisable. Néanmoins, une amélioration marquée de ce pitoyable état peut être obtenue par l'administration de certains médicaments solanés, et des expériences cliniques ont clairement démontré la supériorité de la combinaison synthétique de certains alcaloïdes de belladone, particulièrement proportionnés et uniformes — les COMPRIMÉS 'RABELLON'.[1]

Chaque COMPRIMÉ 'RABELLON' contient:

Bromhydrate d'hyocyamine . . .	0.4507 mg.
Sulfate d'atropine	0.0372 mg.
Bromhydrate de scopolamine . .	0.0119 mg.

1. *Arch. Neurology & Psychiatry*, 48: 72, 1942.

Cette combinaison a « fait preuve de plus d'efficacité dans le traitement de la maladie de Parkinson, même en faible quantité, que les alcaloïdes seuls, ainsi que d'autres mélanges d'alcaloïdes seuls ou stramonium ». En outre, le composé d'alcaloïdes de belladone 'RABELLON' obtient des résultats plus appréciables et « son uniformité et sa stabilité sont supérieures aux préparations provenant des racines de belladone Bulgares ou Américaines ».[1]

Les COMPRIMÉS 'RABELLON' procurent un soulagement symptomatique rapide et prononcé dans la plupart des cas de maladie de Parkinson. L'amélioration se fait sentir sur le moral en général, sur le facies, la rigidité musculaire, le langage, les tics et la salivation. La dysphagie, le tremblement et la douleur musculaire sont aussi soulagés. Présentés en flacons de 100. **Sharp & Dohme (Canada) Ltd., Toronto 5, Ontario.**

Comprimés **'RABELLON'**

Composé d'alcaloïdes de belladone.

Diagnostic et traitement des

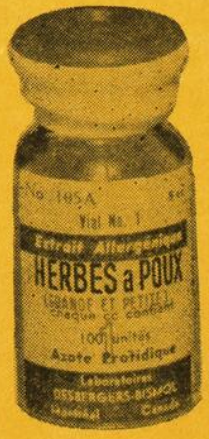
ALLERGIES

par

- **POLLENS**
- **POUSSIÈRES**
- **POILS-PLUMES**
- **ALIMENTS**

Les extraits allergéniques "DesBergers" sont fabriqués avec les allergènes du pays et partant ont une plus grande spécificité. Ils sont rigoureusement étalonnés en unité "Azote Protidique", méthode Cooke-Stull, pour une plus grande uniformité.

Boîtes pour réactions cutanées (10 tests) $1.20
Boîtes traitements (3 vials de 5 c.c.) $4.60



LABORATOIRES DESBERGERS-BISMOL

SPECIALITES BIOLOGIQUES ET PHARMACEUTIQUES

Montréal Canada