

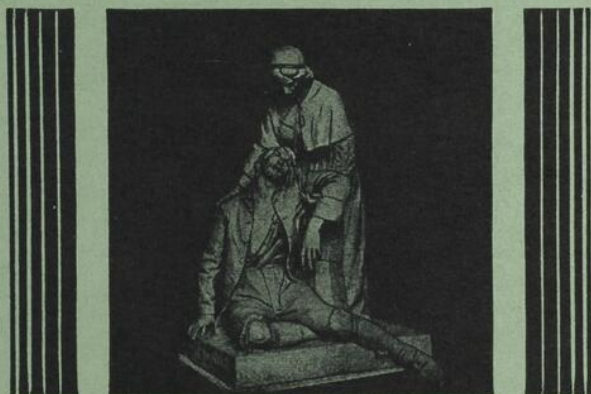
Numéro 2

Douzième année

**LE JOURNAL**

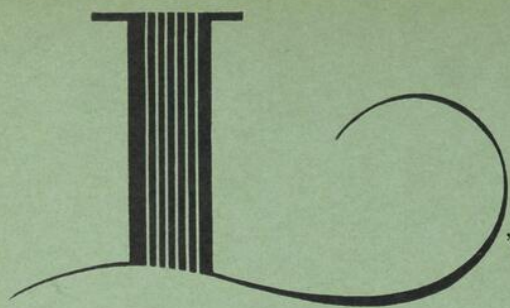
... de ...

**L'HÔTEL-DIEU DE MONTRÉAL**



MARS-AVRIL

1943



'induction se fait rapidement et sans le

moindre désagrément; et cela permet à la patiente qui a subi une thyroïdec-

tomie de se réveiller plus tard dans sa chambre, souvent sans même se rendre

compte immédiatement que l'épreuve tant redoutée est chose du passé."

*L'emploi du Pentothal Sodique pour l'induction de l'anesthésie dans les cas de thyrotoxicose.*

*Carroll H. Long, M.D., Abe Mickal, M.D., et Alton Ochsner, M.D.*

*The American Journal of Surgery, janvier 1942, page 71.*

**PENTOTHAL SODIQUE**

(ETHYL (1-METHYL BUTYL) THIOBARBITURATE DE SOUDE, ABBOTT)

*pour Anesthésie Intraveineuse*

LABORATOIRES ABBOTT LTEE • 20, CHEMIN BATES, MONTREAL

TIRAGE CERTIFIÉ : 2350 EXEMPLAIRES

## SOMMAIRE du No 2

Mars-Avril 1943

FERNAND CHAREST — Kyste dermoïde intra et extracranien de la région occipitale .....	73
GASTON GOSSELIN — Quelques aspects de la physiologie et de la pathologie des vitamines A et D .....	89
CHARLES LEFRANÇOIS — Quelques considérations sur le cancer du rectum .....	98
PIERRE MEUNIER — Traitement chirurgical des prolapsus ..	106
GABRIEL FOURNIER — Détoxication du metrazol .....	112
JEAN-LÉON DESROCHERS — La clinique neuropsychiatrique de Rome .....	116
LÉO PARISEAU — Syphilis et scorbut. En marge d'une prétendue "Histoire de la Syphilis en Amérique" .....	118
GASTON GOSSELIN — Nécrologie : Elie-Georges Asselin ..	138
NOUVELLES .....	138

NADEAU

# HEMORRHAGYL

*Médicament  
hémostatique*

## NADEAU

Présenté en amp. de 5 cc. et de 10 cc.

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

"Où la qualité intrinsèque et la véracité formulaire équivalent au nom Nadeau"

**RÉDIGER son TESTAMENT**  
*est la chose la plus importante de la vie.*

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

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

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

A G E N C E S :

QUÉBEC - WINNIPEG - REGINA - EDMONTON - VANCOUVER

# NUCLÉARSITOL ROBIN

**GRANULÉ - COMPRIMÉS - INJECTABLE**

**MALADIES DÉGÉNÉRATIVES**  
**LYMPHATISME - SCROFULE**

R.C. 221839

**LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS**

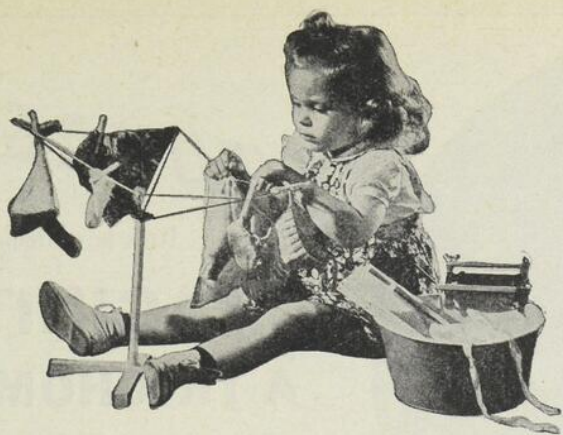
**AMPOULES 2 cmc**

Glycérophosphate de Soude ... 0.05  
Nucléinate de Soude ... 0.005  
Méthylarsinate disodique ... 0.01  
Cms. par c.c. 1 ou 2 inj. par 24 heures

**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.



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

**POUR LES NOURRISSONS ET LES ENFANTS**

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

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

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

**DRISDOL** IN PROPYLENE GLYCOL

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

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

**WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.,**

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

Administration : WINDSOR, Ontario

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





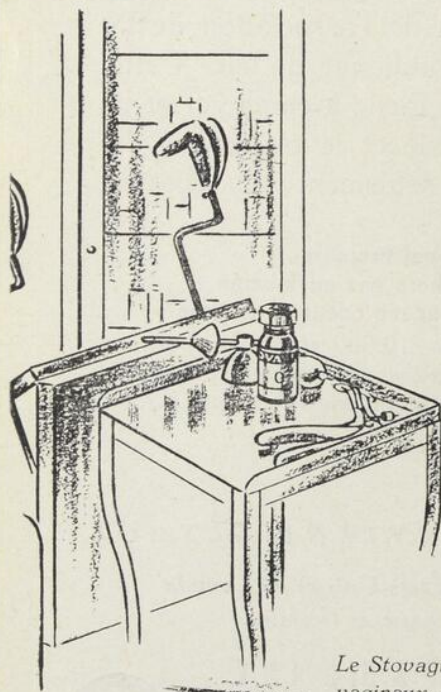
# STOVAGINAL

Dans le traitement des

## VAGINITES À TRICHOMONAS

Le Stovaginal est tout particulièrement indiqué dans les vaginites se traduisant par de la leucorrhée et dont l'agent pathogène est le Trichomonas vaginalis.

Son emploi est également très efficace dans les cas de leucorrhée à facteur étiologique mixte ou non-spécifique.



La poudre Stovaginal constitue un traitement pratique à appliquer par le médecin, dans son bureau ou à l'hôpital.

Les comprimés Stovaginal fournissent à la patiente une méthode facile et efficace d'assurer à la maison un traitement continu.

*Le Stovaginal est présenté en flacons de 20, 100 et 500 comprimés vaginaux, et en flacons de 30 et 200 grammes de poudre vaginale.*

*Laboratoires Poulenc Frères*

DU CANADA LIMITÉE - MONTRÉAL

# “THIOZOL”

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

1) *Comprimés :*

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

2) *Suppositoires :*

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

3) *Onguent :*

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

4) *Emulsion :*

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

5) *Ovules :*

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

6) *Poudre Antiseptique :*

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

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

---

**CASGRAIN & CHARBONNEAU LIMITÉE**

445 BLVD. ST-LAURENT

MONTRÉAL

# CIBAZOL *“CIBA”*

## SULFATHIAZOLE

sous **7** différentes formes médicamenteuses

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

**Action sûre et rapide, très bonne tolérance.**

COMPAGNIE CIBA Limitée - Montréal





*Roche annonce*  
**SYNKAVITE**

Le SYNKAVITE "ROCHE" est une vitamine K nouvelle découverte et préparée par synthèse dans les laboratoires "Roche". Il possède l'action totale de la vitamine K naturelle avec de nombreux avantages : solubilité dans l'eau, stabilité.

Le Synkavite "Roche" relève le taux de la prothrombine, qui passe dans le sang et rétablit un pouvoir coagulant normal. On peut maintenant opérer les malades atteints d'*ictère par rétention* sans crainte d'hémorragie par prothrombinopénie. Le Synkavite rend aussi de grands services dans les *diathèses hémorragiques des nouveau-nés, l'ictère grave, l'anémie*; on a enfin signalé de bons résultats dans l'ictère léger et d'autres troubles hépatiques.

Ampoules à 5 et 10 mgm. - Comprimés oraux à 5 mgm.

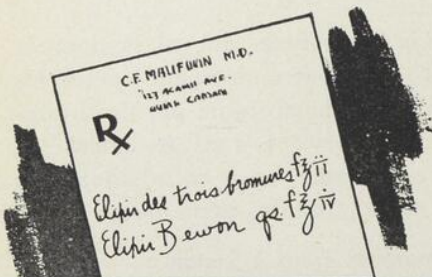
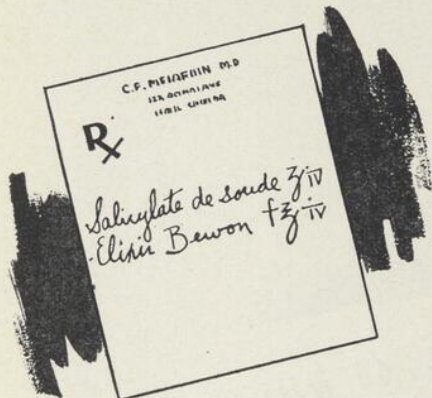
---

HOFFMANN - LA ROCHE LIMITÉE, MONTRÉAL

# VÉHICULE QUI STIMULE L'APPÉTIT



*Élixir Bewon de Wyeth q.s.*



L'Élixir Bewon de Wyeth sert d'excellent dissolvant et de véhicule pour nombre de médicaments. Compatible avec la plupart des drogues, l'Élixir Bewon contient 18% d'alcool avec une réaction légèrement acide.

Standardisé pour contenir 500 Unités Internationales de Vitamine B<sub>1</sub> (chlorure de thiamine) par once fluide, l'Élixir Bewon stimule l'appétit et trouve une indication dans les carences en Vitamine B<sub>1</sub>.

*Préparé en bouteilles de 16 et de 160 onces fluides.*

**John Wyeth & Brother (Canada) Ltd.**  
**WALKERVILLE, ONT.**

# Le Journal de l'Hôtel-Dieu de Montréal

Fondé en 1932

par

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

BUREAU DE DIRECTION

ALBERT JUTRAS, *Président*

LÉO-E. PARISEAU, *Vice-Président*

EDOUARD DESJARDINS, *Secrétaire-trésorier*

RÉDACTION

ANTONIO BARBEAU, *Rédacteur-en-chef*

PAUL DUMAS, *Secrétaire de la rédaction*

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

---

---

No 2

Mars-Avril 1943

---

---

## KYSTE DERMOÏDE INTRA ET EXTRACRÂNIEN DE LA RÉGION OCCIPITALE <sup>1</sup>

*Par* FERNAND CHAREST,

résident en neuro-chirurgie.

Depuis quelques années, épidermoïdes, dermoïdes, téra-toïdes et tératomes ont fait l'objet d'études assez étendues. Parmi les articles les plus importants, mentionnons ceux de SWEET en 1940 (16), de BEND et BROAGER en 1941 (2), de PEYTON et BAKER en juin 1942 (14), du major John MARTIN et du lieutenant colonel Loyal DAVIS en janvier 1943 (10) et de HOWARD A. BLACK en février 1943 (1).

L'an dernier, nous avons observé dans le service de neurochirurgie que l'Université du Wisconsin deux épidermoïdes intracrâniens, un épidermoïde intradiploïque, un épidermoïde intraspinal et intramédullaire, un kyste dermoïde de la fosse moyenne avec érosion de la fente sphé-

---

<sup>1</sup> Extrait d'un travail présenté à la réunion du service de neurologie du BRADLEY MEMORIAL, University of Wisconsin, vendredi le 12 février 1943.

noïdale ressemblant en tout point à un cas opéré par BAILEY et rapporté par SWEET et finalement un kyste dermoïde intra et extracrânien avec perforation congénitale de l'os occipital. La variété ainsi que la rareté des cas précédents sont certainement imposantes.

Dans cet article, nous nous proposons de rapporter ce dernier cas et de faire une revue des cas similaires parus

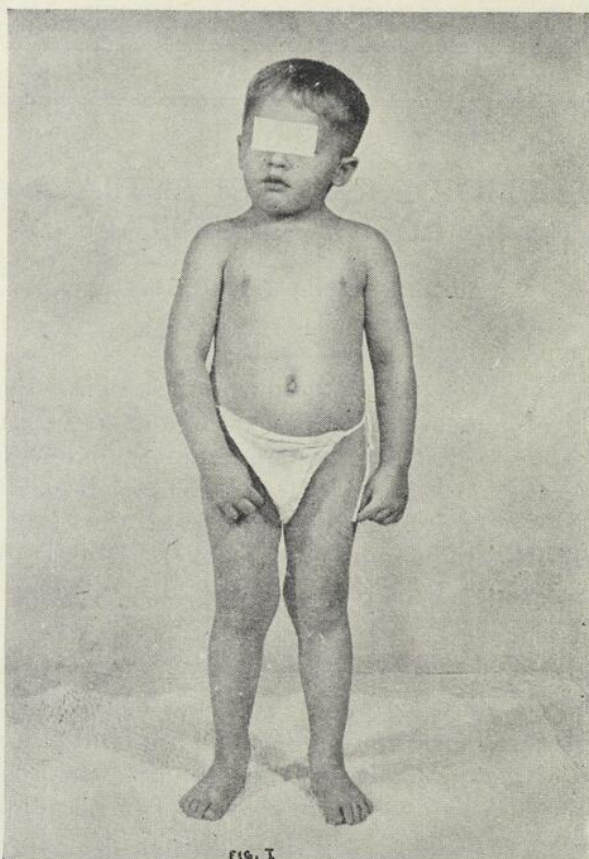


Fig. I — La photographie du patient met en évidence l'inclinaison de la tête à gauche.

dans la littérature. Plus tard, nous reviendrons sur quelques-uns des autres cas.

T... G... (229,511),<sup>1</sup> né le 2 juin 1939, fut admis le 17 novembre 1942 à l'« Orthopedic Hospital, University of Wisconsin ».

Quelques heures après la naissance, les parents notèrent la présence d'une tuméfaction à la partie postérieure du cou, qui aurait quelque peu augmenté de volume avec les années. Plus tard, vers l'âge de trois mois, lorsque le patient commença à lever la tête, on remarqua qu'elle penchait du côté gauche. Cette inclinaison se serait depuis accentuée. Le 9 novembre 1942, lors d'une radiographie prise à Appleton (Wisconsin), on décela la présence d'une malformation osseuse au niveau de la région cervicale. En interrogeant davantage les parents, on apprit qu'il avait présenté à l'âge d'un an et demi des attaques fébriles accompagnées de vomissements. A deux ans et demi, il eut une amygdalectomie et depuis, il se serait apparemment bien porté.

Sa naissance fut normale. Il commença à s'asseoir à l'âge de trois mois, à se traîner à 8 mois et prononça ses premiers mots à l'âge de deux ans et demi.

Le développement physique du patient nous parut normal pour son âge. Il marchait les pieds passablement écartés. La tête penchait à gauche. Au niveau de la région occipitale, il y avait une petite masse, molle et fluctuante d'un diamètre de trois centimètres environ. Juste au-dessous de cette tuméfaction, la région cervicale présentait une fossette longitudinale dans laquelle on ne pouvait sentir à la palpation aucune apophyse épineuse. La flexion du corps en avant était limitée. La rotation du cou était extrêmement

<sup>1</sup> Cas opéré par le Dr. Théodore C. Erickson, professeur du neuro-chirurgie, University of Wisconsin.

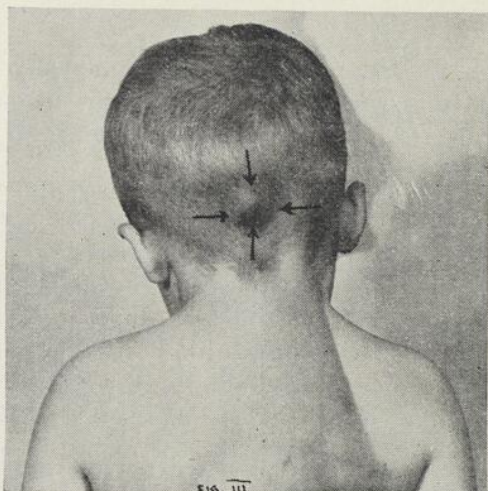
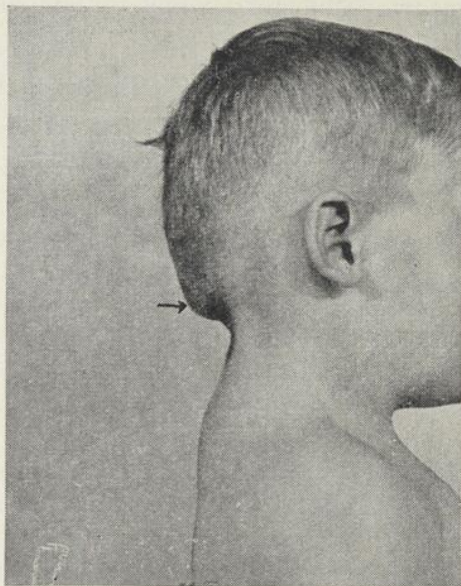


Fig. II et III — Vues latérale et postérieure de la tuméfaction.

difficile et donnait l'impression d'une ankylose au niveau de la région cervicale.

Durant son hospitalisation, il présenta à certains moments un tremblement des membres supérieurs et inférieurs. En d'autres circonstances, la démarche devenait ataxique. On remarqua en outre, alors qu'il était en train de s'amuser avec ses petits compagnons, qu'il s'arrêtait soudainement et fixait béatement l'espace pendant quelques minutes.

Les trouvaillles neurologiques furent les suivantes : un bruit de pot fêlé (signe de Macewen) à la percussion du crâne, un Romberg positif avec le patient ayant les yeux fermés, une incapacité absolue d'accomplir l'épreuve cérébelleuse talon-genou et un Babinski spontané du côté droit. Le patient reçut son congé du service d'Orthopédie le 6 décembre 1942, car il avait été exposé aux oreillons. Il fut réadmis le 27 décembre dans le service de neuro-chirurgie et de pédiatrie.

L'histoire du patient était la même, sauf pour une augmentation des fixations béates dans l'espace (« staring attacks into space »).

Les examens de laboratoire étaient négatifs. Rien à noter pour l'urine. L'hémoglobine était de 13.3 grammes. Il y avait 4,400,000 globules rouges et 9,850 globules blancs avec la formule leucocytaire suivante : neutrophiles 39%, lymphocytes 54%, monocytes 3%, éosinophiles 4%. Le liquide céphalo-rachidien était normal à tout point de vue. L'albumine du liquide ventriculaire était de 6.3 milligrammes pour cent. Le Wasserman était négatif et dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. Les cultures de la gorge et du nez furent négatives pour la recherche du bacille de Klebs-Loeffler.

Les vues antéro-postérieures et latérales du crâne montrèrent un accroissement de la pression intracrânienne. Le

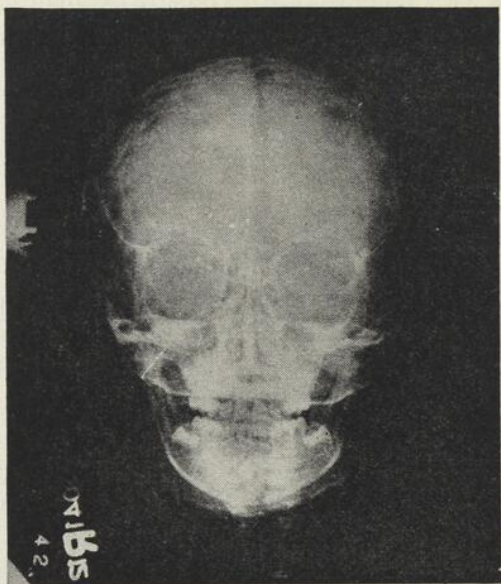
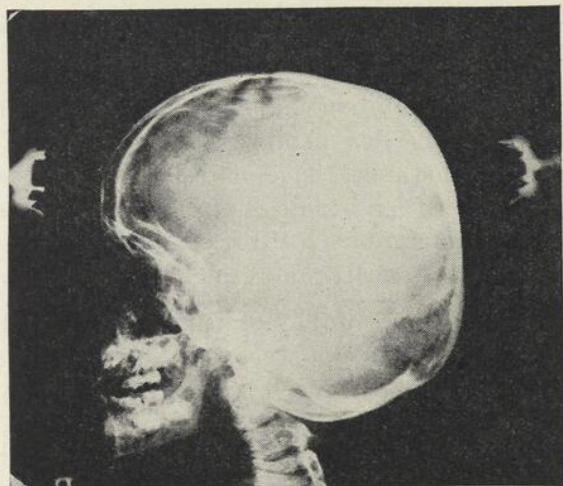


Fig. IV et V — Vue antéro-postérieure et latérale du crâne. Il y a écartement des sutures, surtout de la suture coronale. Les clichés mettent en relief les impressions digitiformes.

7 janvier 1943, d'autres radiographies du crâne et de la région cervicale furent prises. Voici les conclusions du Docteur Lester W. PAUL : « Extensive ossification abnormalities of the cervical spine amounting to almost a KLIPPEL-FEIL syndrome. There is also a congenital ossification defect in the midline of the occipital bone corresponding to the soft tissue protrusion. There is also evidence of beginning generalized increase in intra-cranial pressure. » Le 12 janvier, les régions dorsales et lombaires furent radiographiées et ne montrèrent aucune anomalie.

Le 8 janvier 1943, il eut une encéphalographie. 120 centimètres cubes d'air furent injectés et 85 cc. de liquide céphalo-rachidien furent retirés. Par suite du manque de remplissage, il fut très difficile d'avoir une idée des différentes formations intracrâniennes. Quatre jours plus tard, une ponction du ventricule latéral droit était pratiquée à travers la suture coronale. Deux cents centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien furent retirés et deux cent-soixante cc. d'air furent injectés. Les radiographies montrèrent une dilatation des ventricules latéraux et du troisième ventricule. L'aqueduc de Sylvius et la partie supérieure du plancher du quatrième ventricule qui seule était visible, se trouvaient à une distance de 1.75 centimètre de la partie postérieure de la selle turcique (*dorsum sellae*). La normale est de 3.5 à 4 centimètres. La présence d'une tuméfaction dans la fosse postérieure ne laissait aucun doute.

Le 14 janvier 1943, nous procédâmes à l'opération. La masse fut dégagée au moyen d'une incision médiane s'étendant de la protubérance occipitale externe à la partie inférieure de la nuque. Une petite incision pratiquée à sa surface laissa jaillir un liquide purulent sous tension. L'aspiration nous donna cinquante centimètres cubes d'un pus épais et odoriférant. Le kyste fut ouvert plus largement et les lèvres furent suturées aux muscles et aux tissus en-

vironnants. Le curetage de la cavité ramena un paquet de cheveux blonds et 30 centimètres cubes de détritres ressemblant à ce que l'on trouve ordinairement dans les kystes sébacés. Un gros drain de caoutchouc fut introduit à l'intérieur de la cavité et fixé solidement à la peau. Le rapport de la lame envoyée durant l'opération fut le suivant : présence de cocci gram positifs, probablement streptocoques. La culture donna du colibacille et du streptocoque non hémolytique. Les suites de l'opération se passèrent sans aucun incident.

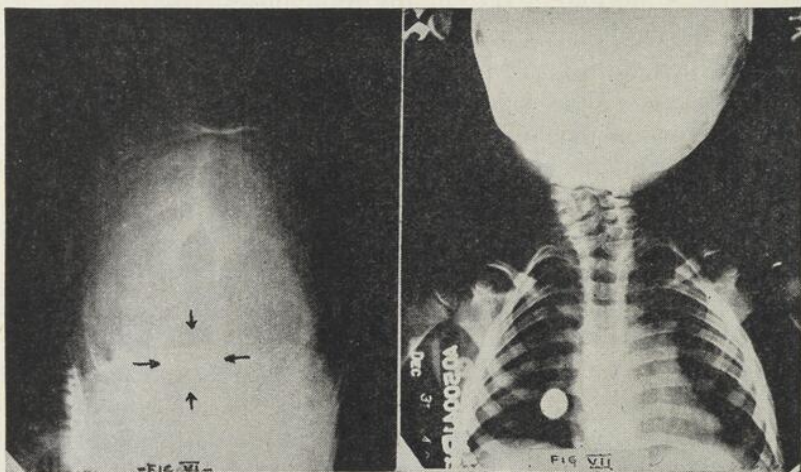


Fig. VI — Vues de la base de crâne. Les quatre flèches délimitent le trou occipital. Un peu plus haut sur la ligne médiane, se trouve une malformation de l'os occipital.

Fig. VII — Vue de la région cervicale. Il y a absence des apophyses épineuses et manque de fusion des lames vertébrales sur toute l'étendue de la colonne cervicale jusqu'à la première dorsale inclusivement.

Le 8 février, la cavité au niveau de l'os occipital était agrandie au moyen d'un rongeur. Le kyste, qui était adhérent au cervelet fut enlevé en entier. Les méninges et la plaie furent complètement refermées. Un drain fut laissé en place en guise de valve de sûreté. Là, commença notre

misère. Deux heures après l'intervention, la température montait à 104 degrés centigrades et demeurait à ce niveau en dépit de tous les traitements, sulfamidés, sacs de glace, éventail électrique. Le 10 février à 7 heures 30 du matin, la température était encore à 104, le pouls était de 156 et la respiration de 32. La plaie fut réouverte. On plaça un drain dans la grande citerne et au niveau du quatrième ventricule. L'infection continua, malgré cela. Nous avons fait parvenir au laboratoire au-delà d'une vingtaine d'échantillons de liquide céphalo-rachidien qui tous donnèrent une culture positive pour le streptocoque viridans et le staphylocoque aureus. Tous les sulfamidés y passèrent : sulfanilamide, sulfathiazole et sulfadiazine, mais sans aucun résultat. Notre patient mourut le 13 février. L'autopsie nous révéla qu'il y avait méningite et formation d'adhérence au niveau de l'aqueduc de Sylvius ?

— Les cas de kystes dermoïdes avec perforation congénitale de l'os occipital sont des « oiseaux rares ». BROCKS et KLENKE (3), dans une excellente revue des kystes dermoïdes publiés jusqu'en 1931, rapportent 5 cas avec semblable anomalie. (Cas 6: OGLE; Cas 8: HESCHL; cas 12: LANNELONGUE et ACHARD; Cas 29: CUSHING; cas 38: KWAN). SWEET (16) mentionne 7 cas avec perforation ou simplement excavation de l'os occipital et un autre cas avec perforation de l'os pariétal. Les conclusions de BROAGER (2) dans son article « The Survey of the Previously reported Dermoid Cysts », sont les suivantes : « A small bone defect in median line of the occipital bone corresponding to the intracranial tumor was found in 5 cases; in 2 cases, the tumor by a thin chord-line formation passing through the bone adhered to the nuchal skin; in one case some hairs protruded outward to the pericranium; in two cases a small tumor was detected in the defect, one of them being the outer part of an hour-glass dermoid and the

other a meningioma lying epidurally above the subdural dermoid. »

Nous n'avons réussi à retrouver que quatre de ces cas.

Le premier est celui d'OGLE (12, 13). Le 15 mai 1855, il présentait à la Société Pathologique de Londres un cas de kyste communiquant avec l'extérieur au moyen d'un orifice à travers l'os occipital. Le patient était âgé de deux ans et

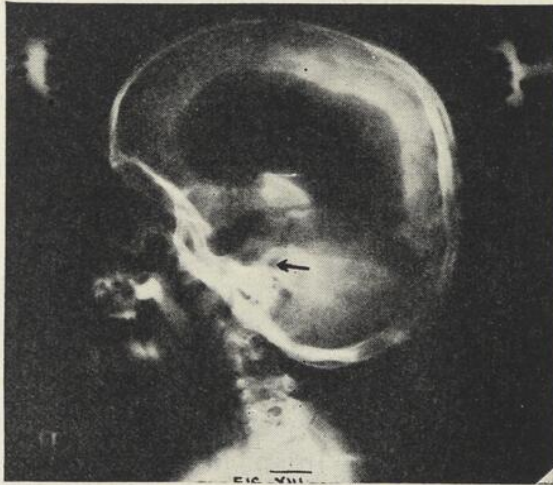


Fig. VIII — Vue latérale du ventriculogramme fait le 12 janvier 1943. Seule la partie supérieure du plancher du quatrième ventricule est visible et poussée vers la selle turcique telle que l'indique la flèche. Il y a dilatation marquée des ventricules latéraux et du troisième ventricule.

demi. Depuis six mois, son état avait laissé à désirer et six semaines avant son admission à l'Hôpital Saint-Georges, il était tombé d'une chaise. Il mourut quelques jours plus tard à la suite de convulsions généralisées. L'autopsie révéla qu'en outre du kyste et de l'orifice qui permettait l'introduction d'une sonde, il y avait en certains endroits de la

base du crâne des traces de méningite. Selon l'auteur, ces kystes intra-craniens seraient le résultat d'adhérences entre les membranes cérébrales et le cuir chevelu, avant la soudure complète des différentes parties de l'os occipital. Par suite du retraitement des membranes, les téguments extérieurs seraient attirés à l'intérieur de la boîte crânienne. Il y aurait plus tard sécrétion et production de différentes formations telles que cheveux, cholestérol. Explication intéressante.

En second, vient le cas publié par RUSCHAMPT en 1903 (15). Lors d'une autopsie pratiquée sur un jeune homme de 24 ans, mort de tuberculose pulmonaire, on trouva un kyste dermoïde intracrânien. Sauf l'arriération mentale, le patient n'avait jamais présenté aucun signe de tumeur cérébrale. L'autopsie révéla un fibrome de la galéa qui était solidement fixé à un épaissement de la dure-mère. A l'intérieur de la dure-mère, il y avait un autre prolongement formé de tissu adipeux et contenant certains éléments épithéliaux. Un kyste fut trouvé près du vermis, s'enfonçant dans la partie supérieure et postérieure de l'hémisphère cérébelleux gauche. Il était entouré d'un épithélium avec glandes sébacées et son contenu était formé de cheveux et de tissu nécrotique. Les cheveux étaient de la même couleur que celui du mort.

Le troisième, et en même temps le premier cas publié dans la littérature américaine, est celui de KWAN (11), présenté à la « Philadelphia Neurological Society » le 25 avril 1930. Il s'agissait d'une jeune fille de 19 ans admise à l'hôpital, se plaignant de maux de tête, de cécité et de trouble de la marche. La radiographie montra une perforation de l'occipital juste au-dessous de la protubérance occipitale externe et à gauche de la ligne médiane. Elle expira le jour précédant l'intervention chirurgicale. On trouva lors du post-mortem un kyste mesurant cinq centimètres de diamètre.

En 1937, GLADSTONE rapporta un autre cas. Le bébé, une fillette âgée d'un an, était né avec une petite élévation au niveau de la région occipitale, qui fut ponctionnée trois fois. Les vomissements apparurent. Lors de sa première admission à l'hôpital, on remarqua qu'elle avait la tête penchée du côté gauche. Elle fut réadmise à l'hôpital en avril 1936. Elle eut alors dix ponctions lombaires. Les parents s'opposèrent à une ventriculographie. Elle mourut le 8 mai 1936. On découvrit à l'autopsie un kyste abcédé contenant des cheveux et des produits provenant des glandes sébacées avec un petit orifice qui permettait l'introduction d'une sonde.

BROCK et KLENKE (3) (cas 29) de même que SWEET (16) font allusion à un cas de CUSHING présentant une perforation de l'os occipital. BROAGER, dans sa revue des kystes dermoïdes, ne le mentionne pas. Nous n'avons pas réussi à retrouver le cas en question (Cf. CUSHING, *A bibliography of the writings of Harvey Cushing* (5).

LANNELONGUE et ACHARD (9), dans leur volume intitulé « Traité des kystes congénitaux » qui est certainement l'oeuvre de base pour ceux qui veulent s'initier à l'étude des tumeurs congénitales, rapporte le cas d'un kyste dermoïde intracrânien fixé par une bride dans une petite excavation de l'os occipital. A l'extérieur et à un centimètre plus haut, il y avait une seconde bride fibreuse qui rattachait la peau à une autre excavation de la table externe de l'os occipital. Il n'y avait aucune communication entre les deux petites cavités.

D'autres cas de kystes dermoïdes avec perforation d'autres os du crâne, ont été rapportés. En 1860, HESCHL (7) publiait l'histoire d'un monstre avec d'innombrables anomalies. Il y avait entr'autres un kyste dermoïde dans la région pariétale communiquant avec le cuir chevelu. Finale-

ment, il y a le cas rapporté par RICHARD en 1855 à la Société de Chirurgie. Il s'agissait d'un kyste dermoïde de l'orbite. Le chirurgien, en introduisant le doigt dans la plaie, reconnut qu'il n'y avait pas de toit et crut sentir le cerveau.

Notre cas est certainement très intéressant. Il est rare en effet de trouver chez un même patient l'association d'une perforation de l'os occipital, d'une malformation de Klippel-Feil, d'une tuméfaction à la partie postérieure de la tête et d'un kyste dermoïde. Il faut de plus souligner que c'était la première fois qu'une intervention neuro-chirurgicale était pratiquée pour un semblable cas.

Conclusion pratique : la présence d'une tuméfaction à la région occipitale et la découverte, lors de la radiographie d'une perforation de l'os occipital devraient toujours nous faire penser à la possibilité d'un kyste dermoïde.

#### SUMMARY :

T... G..., born on June 2, 1939, was admitted to the State of Wisconsin General Hospital on November 17, 1942, with the chief complaints of cyst in the back of the neck and tilting of the head to the left. Few hours after birth, the father noted a « cyst » in the back of the neck. (Fig. II and III). This apparently grew a little if any when the child grew. At three months, when he started raising his head, it was noted it tilted to the left.

On November 9, 1942, he had roentgenograms taken in Appleton that showed a bony malformation to be present in the cervical region.

The physical examination revealed a well developed, well nourished, white male (Fig. I), carrying his head tilted to the left and walking with a broad base. There was a soft fluctuant mass in the low occipital region of about three

centimeters in diameter. Just below this lump, a deep dimple where no cervical spinous processes can be felt was present. He could not flex his back to as a great degree as in most children. When asked to turn his body, it was all of a piece as if neck were stiff.

The neurological findings were as follow: high-pitched cracked pot sound on skull percussion; positive Romberg with eyes closed; inability to perform the heel-knee test; a right spontaneous Babinski.

Laboratory studies were negative.

Films disclosed extensive ossification abnormalities of the cervical spine amounting almost to a Klippel-Feil syndrome, a congenital ossification defect in the midline of the occipital bone and evidence of generalized increase in intracranial pressure.

A ventriculogram was done on January 12, 1943 which indicated the presence of a tumor-mass in the posterior fossa pushing forward the floor of the fourth ventricle (Fig. VIII). On January 14, 1943, this mass, which was proved to be an infected dermoid cyst, was drained largely, later, the capsule was removed entirely. Few hours after, the temperature went up to 104° and remained very high, in spite of the reopening of the wound and the use of sulfa drugs. The ventricular fluid became purulent. The patient deceased on March 13, 1943.

Dermoid cysts with congenital perforation of occipital bone are "rare birds". Cases were published in 1855 by OGLE, in 1903 by RUSCHAUP, in 1930 by Kwan and in 1937 by Gladstone; Sweet, Brock and Klenke refer to a case of Cushing with a bony defect in occiput on X-ray. Broager does not mention it. In the case reported by Lannelongue and Achard, there was not a complete defect in the occipital bone.

In 1860, Heschl published the case of a monster with a dermoid cyst in the parietal region and in 1855, Richard, when removing a dermoid cyst of the roof of the orbit, could feel the brain.

Our case is of interest, not only because this association of occipital hole, dermoid cyst and Klippel-Feil malformation is rare, but because it is the first case of dermoid cyst protruding outside of the skull through a defect in the occipital bone, which has been operated on. Furthermore, in the presence of a small tumor on the occipital region and with the evidence of a perforation of the occipital bone in roentgenograms, one should always keep in mind the possibility of a dermoid cyst.

## BIBLIOGRAPHIE

- (1) BLACK. — Intracranial epidermoids occurring simultaneously below and above tentorium.  
Arch. of Neurol. and Psych. 49: 214-222, 1943.
- (2) BROAGER. — Two cases of intracranial dermoids: with a survey of the previously reported cases.  
Acta chirurgica scandinavica p. 51-75, 1941.
- (3) BROCK and KLENKE, case of dermoid cyst overlying the cerebellar vermis. Bulletin of Neurological Institute, N. Y. 1: 328 1931.
- (4) CUSHING. — Intracranial Tumors, 1932.
- (5) CUSHING. — A bibliography of the writings of Harvey Cushing 1939.
- (6) GLADSTONE. — Intracranial dermoid. Case report. J. Indiana N.A. 30: 282-284. 1937.
- (7) HESCHL. — Vierteljahrsschrift J. D. praktische Heilkunde 68: 49 1860.
- (8) HORRAX. — Consideration of the dermal versus the epidermal cholesteatoma having their attachment in the cerebral envelopes.  
Arch. of Neurol. and Psych. 8: 265-285. 1922.
- (9) LANNELONGUE et ACHARD : Traité des kystes congénitaux, 1886.

- (10) KWAN. — Intracranial dermoid cyst. *Arch. of Neurol. and Psych.* 24: 1292, 1930.
- (11) OGLE. — *Tr. Path. Soc. London.* 6: 12-16. 1855.
- (12) OGLE. — ASES illustrating the formation of morbid growths, deposits, tumors, cysts in connection with the brain and spinal cord and their membranes. *Brit. and For. Medico-chirurg. Rev.* 36: 208, 1865.
- (13) PEYTON and BAKER. — Epidermoid, dermoid and teratomatous tumors of the central Nervous system. *Arch. of Neurology and Psych.* 47: 890-917, 1942.
- (14) RUSCHANPT. — *Zentralbl. L. Allg. Path. n. patho. Anat.* 14: 945-952, 1903.
- (15) SWEET. — A review of dermoid, teratoid and teratomatous intracranial Tumors. *Diseases of the Nervous system.* 1: 228, 1940.
- (16) TODESCO. — Case of suppurating dermoid cyst of the cerebellum. 2: 1340-1341, 1927.



## QUELQUES ASPECTS DE LA PHYSIOLOGIE ET DE LA PATHOLOGIE DES VITAMINES A ET D<sup>1</sup>

Par GASTON GOSSELIN

### CAROTÈNE ET VITAMINE A

Normalement la vitamine A et le carotène sont absorbés par la muqueuse intestinale. Apparemment, une petite quantité de gras dans la diète est nécessaire pour leur absorption, de même que la présence de bile.

Dans les cas d'obstruction des canaux biliaires, ou dans les troubles du métabolisme des corps gras, l'assimilation de la vitamine A et du carotène n'a pas lieu. Entre ces deux derniers toutefois, *l'assimilation du carotène est plus lente*; le carotène qui provient de la carotte ou des épinards, est moins effectif que celui qui provient du beurre ou des pois verts.

Un autre point important; l'ingestion d'huile minérale nuit à l'absorption du carotène ou de la vitamine A. Dans les cas où le patient prend des huiles minérales, la quantité de carotène ou de vitamine A doit être très grande.

Le carotène se transforme en vitamine A au niveau du foie, et s'y met en réserve puisqu'au cours de lésions hépatiques, le carotène reste dans le sang et qu'on observe quand même une déficience en vitamine A.

Le rôle de celle-ci est complexe, car elle est un facteur essentiel à plusieurs organes.

C'est avant tout, un régulateur de la formation et de l'activité du *tissu épithélial*.

<sup>1</sup> Conférence donnée à l'Hôtel de Ville de Montréal.

La carence en vitamine A amène une atrophie de l'épithélium d'abord, suivie d'une prolifération de la couche basale, se terminant par la kératinisation du tissu, voire une hyperkératinisation. Celle-ci peut apparaître dans les organes génito-urinaires, respiratoires, dans le tube digestif et divers organes sécrétoires.

Ce changement dans l'épithélium trouble le métabolisme normal de celui-ci, et diminue ses moyens de résister à l'infection, d'où la fréquence de celle-ci.

Il est fort évident que dans la carence en vitamine A, les cas d'infection microbiennes augmentent plus que dans les autres carences. Mais ceci ne justifie pas l'expression ou l'opinion populaire que la vitamine A est anti-infectieuse, parce que l'infection bactérienne n'apparaît qu'après un changement dans l'épithélium; or, il n'a jamais été démontré que la vitamine A peut combattre une infection quelconque, ou réagir contre les toxines. L'idée donc que la vitamine A préserve contre le rhume n'a jamais été prouvée cliniquement.

L'une des premières manifestations de la carence en vitamine A c'est la sécheresse et la rudesse de la peau, due à l'atrophie des glandes sudorales et sébacées; puis suit une éruption papuleuse causée par l'hyperkératinisation du follicule pileux.

Ces troubles apparaissent surtout sur les faces latérales externes des cuisses, des avant-bras, abdomen et cou.

Chez les enfants, on observe des troubles dentaires.

La grande variété de troubles nerveux, digestifs, génito-urinaires observés chez les animaux en expérience, n'ont pas été tous retrouvés chez l'homme, quoique leur association soit vraisemblable.

La xérophtalmie est le trouble classique et l'un des premiers résultats de la carence en vitamine A.

Ce trouble commence par une lésion de la cornée et de la conjonctive, amenant un arrêt de la sécrétion lacrymale; l'infection microbienne suit de près, pouvant amener la cécité. Si l'apport en vitamine A est assez précoce, tout rentre dans l'ordre, tandis que si l'ulcération de la cornée a été avancée, la cécité est permanente.

La fonction physiologique de la vitamine A qui a soulevé le plus d'intérêt depuis quelques années, c'est sans doute son rôle en fonction de la vision.

Il a été démontré que le *pourpre visuel*, appelé *rhodopsine* est une substance sensible à la lumière, et que l'on trouve dans les bâtonnets (non les cônes) de la rétine; c'est la combinaison d'une matière protéique avec la vitamine A, une substance dite caroténo-protéique. Cette dernière est décomposée par la lumière et sa régénération exige un nouvel apport de vitamine A. Dans la carence en A cette régénération de la rhodopsine est diminuée et l'acuité visuelle également.

Les animaux soumis à un régime déficient en vitamine A, présentent des ulcérations intestinales dans la proportion de 60%. Ces ulcérations sont dues, croit-on, à un mauvais fonctionnement du tissu épithélial d'abord, auquel peut s'ajouter une cause infectieuse. Mêmes phénomènes dans de nombreuses maladies de peau, causées par la carence en vitamine A.

La carence en A retarde la croissance, mais en ceci, elle n'est pas plus importante que les autres vitamines ou les substances minérales, ou les acides aminés. L'idée donc d'attribuer à la vitamine A la propriété d'être l'un des principaux facteurs de croissance, doit être rejetée.

On prête encore à la vitamine A, la propriété d'avoir une action particulièrement favorable sur le système uri-

naire. Il est impossible de confirmer d'une façon définitive que la vitamine A empêche la formation de calculs rénaux.

Les besoins journaliers en vitamine A chez l'adulte, sont de 3000 unités par jour; pour éviter la nyctalopie, il faut un minimum de 1700 à 2000 unités.

Les enfants et les femmes enceintes ou allaitantes doivent absorber jusqu'à 5000 unités.

Sources excellentes : le lait, le beurre, les oeufs; les végétaux à feuilles vertes, l'huile de foie de morue.

### VITAMINE D

2. — La vitamine D prévient et guérit le rachitisme. Le facteur D n'est pas comme on l'a cru jusqu'à dernièrement, un seul facteur; il y a plusieurs vitamines D. Les formes sont variables, et leur action différente comme l'indiquent les essais faits sur le rat ou le poulet.

On a trouvé également que plusieurs stéroïdes bien purifiés, peuvent devenir actifs par différentes méthodes — irradiation solaire ou autres.

Jusqu'à présent, la vitamine D ne peut être décelée que par la prévention ou la guérison du rachitisme.

### LE RACHITISME

C'est une maladie qui se manifeste par un défaut de calcification de l'os en croissance.

Ce défaut de calcification de l'os peut être diagnostiqué par les Rayons X, soit chez les humains, soit chez l'animal. Chez celui-ci, le degré de rachitisme peut être évalué par le dosage de la quantité de chaux dans les os, après incinération de ceux-ci.

La série des évènements qui se produisent au cours de l'ossification normale, et au cours du rachitisme, peut être résumée ainsi d'après Wolbach :

La croissance de l'os long dans le sens de la longueur s'effectue, dit-il, par une force, une formation endochondrale. Dans le tibia normal du rat en croissance, le cartilage épiphysaire de l'extrémité supérieure est une mince couche de cellules. — Celle-ci est solidement appuyée sur la diaphyse donnant l'aspect d'une couche transverse — fenêtrée du côté de l'épiphyse et du côté de la diaphyse, envahie uniformément par les capillaires.

La croissance se manifeste : 1° par une prolifération continue des cellules cartilagineuses qui s'orientent en ligne droite du côté de l'épiphyse, et 2° par une dégénérescence simultanée des cellules cartilagineuses vieilles qui apparaissent du côté de la diaphyse. Dans les espaces devenus libres par la dégénérescence et la disparition des cellules cartilagineuses, s'engagent les capillaires et les cellules formatrices de l'os ou ostéoblastes.

Donc, la croissance s'opère par un retrait constant des cellules cartilagineuses vers l'épiphyse, et par un remplissage également constant (du côté de la diaphyse), des espaces libérés qu'occupaient les cellules cartilagineuses, (région claire) dégénérées, et en ligne droite.

La première manifestation histologique du rachitisme, c'est l'arrêt de la dégénérescence des cellules cartilagineuses. La région claire ne se forme pas et il n'y a pas alors pénétration des capillaires ni des ostéoblastes.

Si le rachitisme est léger, il y a un accroissement modéré du cartilage épiphysaire.

A cause de l'arrêt de la phase dégénérative les bords du cartilage se frangent du côté diaphysaire, et comme l'ac-

tivité du côté épiphysaire ne cesse pas, il se fait un élargissement de la région du cartilage.

Au cours de cette période de non-dégénérescence du cartilage, la calcification cesse; et si le rachitisme persiste un peu longtemps, il apparaît des déformations dues sans doute au poids du corps. Les principaux signes cliniques sont alors: élargissement des poignets, des genoux, des hanches, les jambes arquées, le chapelet costal, et l'estomac en carène (ou estomac de poule).

En administrant de la vitamine D à un animal rachitique, la calcification commence de nouveau au cartilage, et l'effet est visible déjà après 48 heures par apparition d'une zone claire ou dégénérative.

Il est reconnu aujourd'hui, qu'il n'y a aucun élément pathologique dans l'os rachitique qui puisse empêcher sa croissance.

En effet, des lamelles d'os rachitiques se calcifient lorsqu'elles sont placées dans un sérum normal — même des solutions salines donnent le même résultat. — La vitamine D n'agit pas directement sur l'os, ou la cellule osseuse. — La vitamine D modifie plutôt les liquides de l'organisme dans leur teneur en substances minérales i.e. en Ca et P. — Le rachitisme est un trouble du métabolisme du Ca et P. — il est la cause et non le résultat d'une lésion osseuse.

Quelle que puisse être la cause du rachitisme, cette maladie dépend de l'état du Ca et du P dans le sang. — Ceux-ci peuvent être éliminés soit par l'intestin ou le rein, ou soit déposés dans les os.

La déposition dans l'os a lieu lorsque leur concentration est adéquate, en même temps que les carbonates — car il faut un rapport de deux molécules de  $(\text{PO}_4)_2\text{Ca}_3$  pour 1 molécule de  $\text{CO}_3\text{Ca}$ .

*Phosphatase*

Il y a de plus un autre facteur, une hormone, qu'on appelle la phosphatase, et qui a la propriété d'hydrolyser le phosphore organique, comme les hexoses phosphates, en phosphore inorganique. C'est dans le cartilage qu'on trouve le maximum de phosphatase, on en trouve aussi dans le rein, l'intestin et le sérum.

C'est la phosphatase qui serait le principal facteur dans la fixation du  $(\text{PO}_4)_2\text{Ca}_3$  dans les os. De quelle façon ? on n'en sait rien ; mais ce qui est certain, c'est que dans les maladies osseuses, la teneur du sang en phosphatase, augmente. C'est ce qui arrive dans le rachitisme, et c'est le premier signe qui apparaît avant tous les autres.

Quand la vitamine D est donnée, la phosphatase diminue — la phosphatase est donc un système de défense de l'organisme contre la décalcification.

La phosphatase est détruite au niveau du foie.

L'hypervitaminose est-elle possible ? — Elle a été réalisée chez l'animal qui a présenté une augmentation de Ca et P dans le sang ; il y a formation d'exostoses, diarrhées, mort.

## VITAMINE D ET PARATHYROÏDES

La relation entre ces deux facteurs a été particulièrement étudiée ; — l'un et l'autre augmentant le calcium sanguin, on était porté à croire qu'ils agissaient de la même façon. Leur rôle est cependant bien différent. Lorsque, au cours d'une hypocalcémie, il survient de la tétanie, l'administration d'extrait parathyroïdien fait immédiatement relever la calcémie, sans toucher à la phosphatémie.

Dans le rachitisme, la vitamine D fait immédiatement relever la phosphatémie. Les parathyroïdes semblent agir

surtout par mobilisation du calcium emprunté à divers tissus — Tandis que la vitamine D semble plutôt favoriser l'absorption intestinale du Ca ou retarder son élimination.

Les parathyroïdes produisent la décalcification, la vitamine D, l'hypercalcification.

Au cours du rachitisme, l'administration d'extrait parathyroïdien augmente les troubles et retarde la guérison.

Dans un article officiel paru récemment sur la vitamine D, voici en résumé le sommaire des connaissances actuelles sur ce facteur. Cet article a paru dans « *New and Non Official Remedies* », publié par le conseil américain de Pharmacie et de Chimie — Le comité similaire que nous avons à Ottawa, s'inspire généralement des mêmes articles pour notre législation canadienne.

1° La vitamine D est reconnue comme étant spécifique pour le traitement du rachitisme, de la spasmophilie, de l'ostéomalacie, maladies qui sont la manifestation d'un métabolisme anormal du calcium et du phosphore.

Les complications, telles les insuffisances rénales ou glandulaires, peuvent empêcher la guérison du rachitisme au cours de l'administration de la vitamine D. De même au cours d'infections, de maladies intestinales, à cause de la non-absorption par la muqueuse malade.

2° — L'exposition directe de la peau aux rayons ultraviolets du soleil, ou d'une source artificielle, réalise la synthèse de la vitamine D dans l'organisme. Mais le conseil ne peut pas affirmer que la vitamine D artificielle ou naturelle a les mêmes effets bienfaisants que l'exposition au soleil.

3° — La clinique justifie amplement cette assertion que la vitamine D joue un rôle important dans la formation des dents, et le maintien d'une bonne dentition; mais, elle

ne permet pas de conclure que l'apport adéquat en vitamine D assurera une structure normale des dents et qu'elle évitera la carie dentaire.

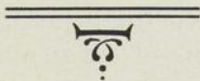
4° — L'expérimentation chez l'animal a démontré :

1. — que la correction d'un apport inadéquat en vitamine D entraîne une utilisation meilleure du Ca et de P ;

2. — Egalement que les mauvais effets qui surviennent à la suite d'un rapport  $\frac{\text{Ca}}{\text{P}}$  défectueux, disparaissent par addition de vitamine D au régime. Chez l'homme — la vitamine D favorise le métabolisme du Ca et P.

5° — Les besoins en vitamine D sont plus grands pendant l'enfance. — Les besoins exacts de l'adulte sont inconnus, mais il est certain que les besoins chez la femme en grossesse ou qui allaite, ces besoins augmentent.

6° — La clinique n'a pas encore démontré avec certitude que l'administration de fortes doses de Vitamine D soit efficace dans le rhumatisme chronique, les troubles allergiques, ou le psoriasis.



## QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LE CANCER DU RECTUM<sup>1</sup>

Par CHARLES LEFRANÇOIS, F.A.C.S.

Il existe un problème du cancer du rectum parce que d'abord, le cancer du rectum est très fréquent et qu'ensuite, son diagnostic est fait assez souvent à un moment où il ne peut être traité d'une manière radicale. Dans la statistique du cancer, le cancer du rectum vient immédiatement, avec le cancer du côlon sigmoïde, après le cancer de l'estomac.

A l'intérieur du rectum, le cancer siège habituellement à 2, 3 et 4 pouces de l'anus, moins fréquemment à un pouce et encore plus rarement au niveau du canal anal.

Au point du vue anatomie pathologique, le cancer du rectum est presque toujours un épithélioma cylindrique; dans peut-être 2 à 3% seulement des cas, c'est un sarcome.

Comme tous les cancers, le cancer du rectum se propage par infiltration et par métastases. Il débute à un point de la muqueuse rectale, quelquefois au niveau d'un polype. Assez souvent et pendant assez longtemps, il peut se développer en surface sur une zone très étendue de la muqueuse sans attaquer les autres couches de l'intestin. Puis il finit par envahir la sous-muqueuse et la musculuse. A ce stade il se produit alors des réactions purement inflammatoires du côté des organes voisins et enfin plus tardivement ces organes sont envahis de proche en proche par les cellules cancéreuses. Les organes qui peuvent être ainsi atteints sont par ordre de fréquence, la vessie, la prostate, les vésicules, l'utérus, le vagin et le sacrum.

---

<sup>1</sup> Travail présenté aux Journées Médicales de la Société Médicale de Montréal. Hôtel-Dieu, Juin 1942.

Le cancer du rectum, à un moment plus ou moins précoce de son évolution se propage également par des métastases habituellement lymphatiques du moins pour l'épithélioma. Les métastases le plus souvent siègent au foie mais aussi au péritoine, aux poumons et au cerveau.

Le cancer du rectum comme tous les épithéliomas se rencontre surtout chez des malades ayant dépassé la quarantaine, mais il ne faudrait pas que la question d'âge empêche de faire un bon diagnostic. Plusieurs observations montrent que le cancer du rectum peut exister chez des patients de 30 et même de 20 ans.

Avant d'étudier les symptômes du cancer du rectum dont la connaissance dans tous leurs détails est si importante au diagnostic précoce, on peut se demander à partir de quel moment de son évolution à l'intérieur de la cavité rectale, le cancer donne des signes de sa présence. La question est difficile à résoudre mais on peut admettre avec plusieurs que le cancer doit se manifester 2 ou 3 mois après son apparition. Malheureusement les malades ne consultent jamais à ce stade, et d'après nos observations, ils attendent en moyenne de 8 à 10 mois avec leurs troubles et leurs hémorragies avant de se présenter à l'hôpital.

La douleur n'est pas un symptôme précoce du cancer du rectum. Cependant, si le cancer est situé sur la paroi postérieure il peut exister des douleurs du côté de la région sacrée. Ce que le malade ressent surtout c'est la sensation d'avoir le rectum rempli. Si le cancer siège près de la vessie, il pourra y avoir des douleurs au moment des mictions.

Le sang dans les selles n'est pas également un symptôme très précoce du cancer du rectum. Pour qu'on l'y trouve, il faut que le cancer ait dépassé la muqueuse rectale. Cependant à un certain stade de l'évolution cancéreuse, l'hémorragie même minime constitue un symptôme très impor-

tant et on doit au moindre doute ne jamais négliger de questionner le malade de ce côté. L'hémorragie qui accompagne le cancer est différente de celle des hémorroïdes. Chez les porteurs d'hémorroïdes l'émission de sang se fait en général à la suite de la contraction du sphincter, après la défécation. La coloration du sang est alors rouge vif. Chez les cancéreux, l'hémorragie se fait à l'intérieur du rectum. Elle précède souvent la défécation et le sang est souvent ici altéré. Le seul symptôme vraiment précoce du cancer du rectum c'est le changement que peut accuser un malade dans ses habitudes de « *garde-robe* ».

Quelquefois le patient nous dira qu'il n'est pas aussi régulier que d'habitude, que ses selles ne sont pas satisfaisantes, qu'elles sont plus petites que normalement ou qu'il a des fausses envies.

Plus souvent, il nous indiquera qu'il est devenu constipé alors qu'il ne l'était pas du tout auparavant. La constipation qui se manifeste au début du cancer du rectum n'est pas l'indice d'obstruction. L'ampoule rectale est très vaste et le cancer doit être très développé avant de l'obstruer. La constipation du cancer du rectum est due d'abord à un trouble dans la physiologie de l'organe qui commence à se cancériser. Le rectum se contracte mal d'où la constipation ou il se contracte trop ou à contre temps, et ceci est un fait important, d'où la diarrhée. Nous croyons qu'en général on n'attache pas assez d'importance à cette diarrhée qui existe chez presque tous les malades au début de leur cancer. C'est un symptôme pour nous capital qui est bien plus facile à identifier que la constipation. Quelquefois d'ailleurs il y aura chez un même malade alternance de diarrhée et de constipation. La diarrhée du cancéreux n'est pas toujours une vraie diarrhée et si l'on a la curiosité de regarder soimême les selles on voit qu'il s'agit souvent plutôt de mucus, de débris de cellules et de glaires que de matières fécales.

Nous insistons donc sur l'importance de la diarrhée au point de vue du diagnostic précoce et nous croyons que toute diarrhée chronique rebelle chez un malade approchant la quarantaine doit faire penser au cancer et commander un lavement baryté pour éliminer un épithélioma du colon droit ou gauche et un toucher rectal pour éliminer le cancer du rectum.

Pour faire le diagnostic du cancer du rectum, le toucher rectal seul a une importance capitale et il est regrettable qu'on néglige si souvent encore de le pratiquer. Le toucher rectal doit se faire le malade étant placé en position latérale gauche, les genoux bien fléchis sur l'abdomen ou en position dorsale les cuisses fléchies vers le haut. Il faut employer beaucoup de vaseline pour ne pas faire souffrir inutilement les malades.

Le toucher permettra de sentir le cancer qui dans les  $\frac{3}{4}$  des cas est accessible au doigt. A l'intérieur du rectum on doit explorer le sacrum en arrière la prostate en avant. Quelquefois on sentira une petite masse dure un peu irrégulière, sessile ou pédiculisée, le plus souvent on palpera une tumeur végétante ressemblant à un petit chou-fleur. La tumeur peut faire tout le tour du rectum, elle peut être ulcérée et on peut alors y sentir un cratère. Enfin, souvent même si le patient n'a pas constaté la présence de sang dans les selles, le doigt, après avoir palpé la tumeur, en ramènera et quelquefois ceci nous est arrivé déjà deux fois il ramènera aussi une végétation se détachant facilement, végétation qui servira pour fin d'examen microscopique.

Quand on soupçonne un cancer du rectum et que le toucher rectal ne révèle rien, on doit toujours faire la rectoscopie qui permettra quelquefois de voir un cancer inaccessible au doigt. D'ailleurs nous croyons que la rectoscopie est indiquée dans tous les cas de cancer du rectum pour faire un examen biopsique de la tumeur. La biopsie est une

manoeuvre facile et non dangereuse qui seule établira d'une manière absolument certaine la nature du néoplasme.

Enfin, quand le cancer siège au niveau de la jonction rectosigmoïdienne, l'examen radiologique est indiqué mais ici il faut faire attention, autant le lavement baryté est un précieux moyen de diagnostic des tumeurs des côlons, autant il permet mal de voir des lésions qui siègent au niveau de l'ampoule rectale. Surtout, ce qu'il ne faut pas faire quand on croit à un cancer du rectum, c'est demander une radiographie et négliger de pratiquer le toucher rectal. Il y a ici danger d'erreur et nous avons déjà eu l'occasion de voir à deux reprises des malades inopérables qui avaient eu des lavements barytés quelques mois auparavant mais chez lesquels personne n'avait pratiqué le toucher rectal avant leur entrée à l'hôpital.

Le traitement radical du cancer du rectum est l'exérèse chirurgicale du segment intestinal cancérisé. Le radium ou même l'électro-coagulation peuvent guérir définitivement certains cancers de petites dimensions qui siègent près du canal anal mais pour la très grande majorité des cas, la chirurgie à date est le seul traitement qui donne des résultats encourageants. La chirurgie du cancer du rectum donne une curabilité qui peut aller jusqu'à 50% des cas opérables.

Malheureusement, parce que le diagnostic n'est pas fait d'une manière précoce l'opérabilité actuelle des cancers du rectum est très basse. Elle varie suivant les auteurs entre 30 à 60% des cas. Quand on parcourt les statistiques des différentes cliniques, on s'aperçoit que plus l'opérabilité est basse à un endroit, plus la curabilité est élevée et ceci se conçoit facilement, il est bien évident qu'on aura un plus grand nombre proportionnellement de guérisons définitives si on ne s'attaque qu'à des cancers qui semblent facilement opérables. Mais en général, la tendance actuelle nous permet de constater que l'opérabilité augmente et ceci avec raison :

des techniques bien au point permettent maintenant au chirurgien d'opérer sans trop de mortalité opératoire des cancers qui auraient pu autrefois semblés inopérables.

Il y a plusieurs facteurs à considérer pour établir si tel ou tel cas de cancer du rectum est opérable. L'âge n'est pas nécessairement une contre-indication à l'opération. Il ne faut pas fixer de limite, 65 ans par exemple. Un malade de 72 ans, maigre mais non cachectisé, peut quelquefois mieux supporter l'opération grave de l'amputation du rectum que tel patient de 50 ans avec un mauvais état général ou avec une obésité qui créera beaucoup d'ennuis à l'opérateur.

L'anémie du malade n'est pas non plus une contre-indication : on peut la traiter par des transfusions répétées. L'obstruction intestinale, rare cependant dans le cancer du rectum ne doit pas faire abandonner nécessairement l'idée d'opération radicale. A la suite de l'établissement d'un anus temporaire, l'état général du malade pourra lui permettre d'affronter l'amputation. La dimension de la tumeur n'a pas d'importance. Elle n'est pas du tout l'indice de malignité plus grande. Les petits cancers sont quelquefois les plus dangereux.

La fixation du cancer n'est pas toujours une contre-indication opératoire. Très souvent la tumeur est fixée à la prostate, à la vessie par des adhérences purement inflammatoires et on pourra à l'opération détacher le cancer de ces organes beaucoup plus facilement qu'on l'avait imaginé.

Il y a évidemment des cas de cancer du rectum assez nombreux qui ne sont pas opérables. Il ne faudrait pas les opérer tous à contre temps. Mais nous croyons dans la grande majorité des cas que c'est seulement après avoir ouvert le ventre, que nous serons fixés sur l'étendue du cancer,

sa propagation aux organes voisins et la possibilité de sa guérison opératoire.

Ici encore, cependant, le chirurgien doit se rappeler que des cancers très adhérents le sont seulement à cause de la réaction inflammatoire et qu'à tout prendre, il doit donner le bénéfice du doute au malade surtout si c'est un jeune. Plus le patient est jeune, plus il lui reste d'années à vivre s'il guérit définitivement, plus nous croyons qu'on doit opérer les cas les plus adhérents même si la mortalité opératoire immédiate est franchement augmentée. En présence d'un cancer, la mortalité opératoire doit être reléguée ici au second plan.

Nous n'entrerons pas dans les détails des opérations pour cancer du rectum. Quand le cancer siège au niveau de l'ampoule, le chirurgien habituellement fera l'amputation du rectum et de l'anus par la voie abdominale périnéale en un temps s'il n'y a pas d'occlusion. Quand le cancer siège tout près du sigmoïde, il fera la résection du rectum par la seule voie abdominale.

Malheureusement, ces deux opérations nécessitent le plus souvent le sacrifice définitif du merveilleux mécanisme du sphincter anal. L'anus iliaque définitif, a une détestable réputation auprès des médecins mais c'est la rançon pénible d'une intervention qui seule peut guérir les malades atteints du cancer du rectum. Il est important que nous sachions bien expliquer ce point aux malheureux malades et les encourager par une attitude sympathique. L'anus iliaque est une infirmité qui se supporte assez facilement avec l'établissement d'une diète appropriée.

Nous avons eu l'occasion d'opérer depuis 2 ans, 5 cas de cancer du rectum et du recto-segmoïde.

— Un homme de 35 ans avec un cancer de l'ampoule rectale adhérent à la prostate et à la vessie. Symptôme dominant : la diarrhée. Amputation abdomino-périnéale le

11 avril 1940. Anus artificiel définitif. Après 26 mois, aucune recidive decelable. Poids avant l'opération 160; actuellement 190.

— Un deuxième patient de 59 ans avec un cancer de recto-segmoïde adhérent à la vessie. Résection du recto-segmoïde et anus iliaque définitif le 12 septembre 1940. Symptome dominant : diarrhée datant de 7 mois. L'examen histologique a révélé ici que la portion de l'intestin adhérent à la vessie était pénétrée de part en part par l'épithélioma. Le malade revu le mois dernier va très bien. Poids avant l'opération 130, actuellement 170.

— Un troisième malade de 42 ans avec un gros cancer bourgeonnant à 2 pouces de l'anus, cancer ne laissant pas passer le doigt. Symptome dominant : 10 à 12 diarrhées par jour depuis 3 mois. Amputation abdominale-périnéale le 1er décembre 1940. Anus définitif. Le malade revu dernièrement avait engraisé de 20 lbs.

— Un quatrième malade de 68 ans avec un cancer haut situé de l'ampoule rectale cancer adhérences à la vessie. Amputation abdomino-périnéale le 10 juin 1941. Au cours de l'opération on ouvre le rectum en le séparant de la vessie. Mort par péritonite au bout de 5 jours.

— Enfin, une dernière malade de 65 ans diabétique, présentant un cancer du recto-sigmoïde avec propagation à l'utérus. Symptomes dominant : crises répétées de subocclusion. Résection du recto-sigmoïde, hystérectomie et anus définitif en avril 1942. Convalescence orageuse mais qui se termine normalement.

Deux de ces différents malades, les plus jeunes, travaillent actuellement pour gagner leur vie. Tous se sont adaptés à leur infirmité, leur anus artificiel, et ne regrettent pas en tout cas de s'être laissés opérés pour leur cancer dont nous leur avons expliqué la gravité.

## TRAITEMENT CHIRURGICAL DES PROLAPSUS

Par PIERRE MEUNIER

Le traitement chirurgical des prolapsus fut une question longuement débattue dès le début de la chirurgie aseptique. Finalement le ralliement se fit autour de quelques techniques et l'oubli couvrit les autres. C'est ainsi, que depuis plusieurs années, beaucoup de chirurgiens ne pratiquaient qu'un seul procédé chirurgical applicable à tous les cas, soit l'hystéropexie abdominale jointe à une périnéorrhaphie antérieure et postérieure.

Tout en demeurant un excellent procédé, l'hystéropexie abdominale présente cependant des inconvénients et ne peut, en plus, être appropriée à tous les cas. *Premièrement* : elle présente d'abord l'inconvénient d'une laparotomie, surajoutée à une opération périnéale assez longue. Comme il s'agit souvent de femmes âgées, avec un état général déficient, il en résulte en maintes circonstances un choc chirurgical important. Il peut également survenir des occlusions et des réactions péritonéales. *Deuxièmement* : lorsque l'utérus est de volume normal et sa paroi assez résistante, il y a tout lieu de croire, si l'hystéropexie est bien faite, qu'il n'y aura pas de récurrence. Il n'en est pas de même si la paroi abdominale est lâche, les aponévroses minces et distendues, si l'utérus est gros, lourd, métritique, ou petit, atrophique, difficile à rapprocher de la paroi. Or, ces conditions existent fréquemment et diminuent d'autant les bons résultats que l'on devrait attendre de l'hystéropexie jointe si l'on veut à une réfection du périnée.

Ce sont ces faits qui ont amené les gynécologues américains contemporains (Crossen, Phaneuf, Campbell) à reconsidérer la question des prolapsus et à préconiser, contre l'abus d'une seule technique, divers procédés chirur-

# SCILLITRINE

*Médication d'Urgence  
des crises*



LABORATOIRE PERRIER FRANCE

*Agents généraux pour le Canada*

MILLET ROUX & CIE, LIMITEE

1215 RUE ST-DENIS

MONTREAL

TRAITEMENT MAGNÉSIEN

PAR LE

## TOTAL MAGNÉSIEN

Chlorure de magnésium, médicinal, déshydraté

INDICATIONS :

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

LABORATOIRES du "TOTAL MAGNÉSIEN"

24 BOULEVARD SÉBASTOPOL

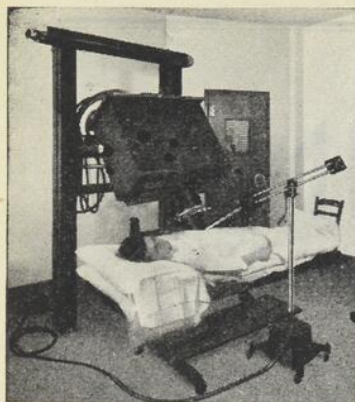
PARIS, FRANCE

*Agents généraux au Canada :*

MILLET, ROUX & CIE LIMITÉE

1215, RUE ST-DENIS

MONTRÉAL



## DE LA RADIOTHÉRAPIE À LA VÉRIFICATION RADIOLOGIQUE DES MATÉRIAUX DE GUERRE

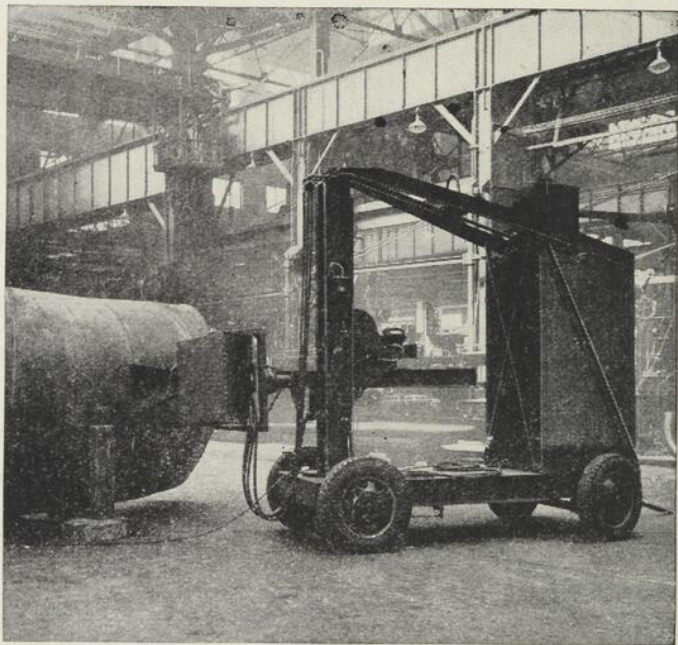
C'EST n'est qu'avec les besoins de guerre pressant, la fabrication massive et la livraison rapide, que l'industrie a commencé de mesurer les progrès dans l'appareillage de radiologie médicale. Cette évolution a préparé la voie à la radiographie des matériaux délicats de guerre, depuis les petits moulages d'aluminium jusqu'aux pièces d'acier épaisses de huit pouces.

Pour s'assurer des avions, des canons, des bateaux et des chars d'assaut supérieurs et plus sûrs, l'Oncle Sam insista sur l'examen aux rayons X, stipulant aussi que cette méthode devrait être appliquée sans trop ralentir la production. Ceci, bien entendu, demandait que l'appareillage fut spécialement constitué pour chaque variété d'examen.

En conséquence, les ingénieurs de la G-E mirent au point un certain nombre de postes industriels de rayons X qui se sont révélés non seulement conformes aux demandes, mais qui ont provoqué un renouveau dans l'industrie de guerre, car dans beaucoup de cas, l'appareillage a fort aidé à accélérer la production.

L'instrumentation de rayons X G-E, pour fins industrielles, a été réalisée avec tous les avantages de l'immersion complète dans l'huile, comme la fameuse unité à thérapie Maximar G-E qui est, comme l'on sait, entièrement "shockproof". Remarquez sur la vignette comment ce principe a été appliqué à un poste mobile pour la vérification des soudures.

Pour supporter le service excessif qu'on demande aux appareils G-E dont plusieurs travaillent vingt-quatre heures par jour, nos ingénieurs ont dû, naturellement, créer de nouvelles améliorations. Ces progrès, appliqués au matériel médical G-E, la profession en tirera très vraisemblablement de grands bénéfices.



Le comité de Production de Guerre sanctionne l'achat des appareils radiologiques pour les Hôpitaux civils; les cliniques, et les médecins, quand il y a évidence d'un besoin urgent et justifiable d'une méthode particulière.

**VICTOR X-RAY CORPORATION of CANADA, Ltd.**  
DISTRIBUTORS FOR GENERAL ELECTRIC X-RAY CORPORATION  
TORONTO: 30 Bloor St., W. - VANCOUVER: Motor Trans. Bldg., 570 Dunsmuir St.  
MONTREAL: 600 Medical Arts Building - WINNIPEG: Medical Arts Building

# NEURÉOL

*Sédatif*

**Hypnogène - Analgésique**

SANS EFFETS SECONDAIRES

*Formule :*

Diéthylbarbiturate de Soude . . . . .	0 gr. 20
Diméthylaminoantipyrine . . . . .	0 gr. 06
Extr. Valériane Stabilisée . . . . .	0 gr. 20
Teinture de Crataegus . . . . .	0 gr. 20
— Glycérine et eau distillée Q. S. pour 1 cuillerée à thé (4 grammes)	

*Indications :*

INSOMNIE DOULOUREUSE ET NERVEUSE

*Dose :*

1 à 2 cuillerées à thé dans un peu d'eau sucrée  
avant le dîner ou le coucher.

Flacon de 120 c.c.

LABORATOIRE LAFARGE

CHAMBOURCY, FRANCE

Concessionnaires et Fabricants au Canada

ROUGIER FRÈRES, 350, rue Le Moyne

Montréal

*Un point d'appui :*

# VIADOL

FORMULE :

La dose quotidienne fournit  
en :

Sirop iodo-tannique . 180 m.  
Vitamine A . . . 2.500 U.I.  
Vitamine D . . . 2.000 U.I.  
Fer assimilable . 1/20 grn  
Calcium soluble . . 1 grn  
Extrait de foie  
(standardisé) . . 1 once  
Malt. . . . . q.s.

POSOLOGIE :

Une cuillerée à thé rase  
trois fois par jour, avant  
les repas.

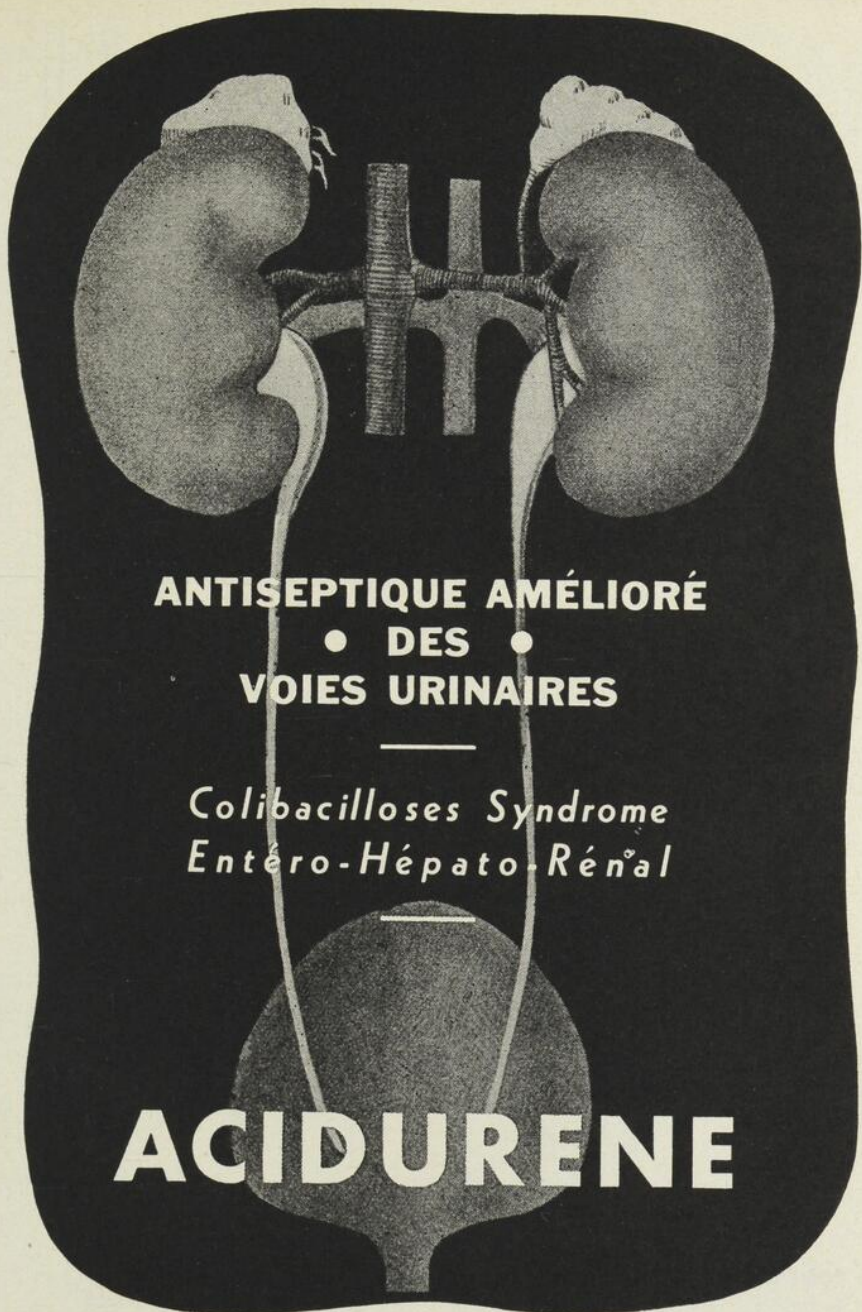
PRÉSENTATION :

En pot de 10½ oz.

*Médicament alimentaire et  
tonifiant pour la croissance  
et le maintien de la santé de  
l'enfant et de l'adolescent.*

LABORATOIRE  
NADEAU  
LIMITÉE - - MONTRÉAL

*"Où la qualité intrinsèque et la véracité  
formulaire équivalent au nom Nadeau."*



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

*Colibacilloses Syndrome*  
*Entéro-Hépat-Réнал*

**ACIDURENE**

*Littérature et échantillon sur demande*

**ANGLO-FRENCH DRUG CIE.,**

**MONTREAL**

*3 gouttes dans chaque narine ...*

*et le coryza disparaît*

# PRIVINE "CIBA"

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

## GOUTTES NASALES

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

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

### DOSE

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

### PRÉSENTATION

Flacon de  $\frac{1}{2}$  once, avec compte-gouttes.

Flacon de 4 onces.

*Littérature et échantillons sur demande.*

COMPAGNIE CIBA LIMITÉE

MONTRÉAL



*C'est presque un euphorisme que les nourrissons nés de mères anémiques deviendront anémiques à la fin de leur première année de vie.*

*Creskoff, A. J. Le traitement des anémies autres que l'Anémie Pernicieuse d'Addison. THE PENNSYLVANIA MEDICAL JOURNAL, Page 1695, Sept., 1948.*

Prévenez les anémies de la grossesse par carence de fer, grâce au traitement prophylactique efficace...

*Prescrivez*

## Hematinic Plastules

L'emploi régulier d'Hematinic Plastules, durant les deuxième et troisième trimestres de la grossesse, aide à maintenir un taux normal d'hémoglobine et assure une réserve adéquate de fer pour le nourrisson. Les Hematinic Plastules sont bien tolérées parce qu'elles fournissent une forme de fer ferreux facilement assimilée.

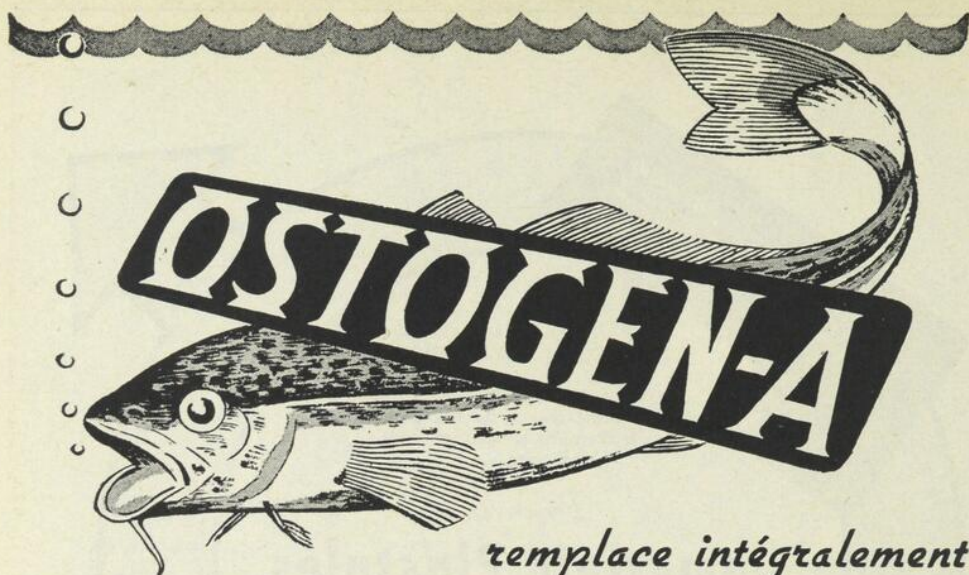
*Hematinic Plastules avec Concentré de Foie sont en vente en flacons de 50.*

*Hematinic Plastules Plain sont en vente en flacons de 75.*

*Économiques  
Faciles d'ingestion  
Bien Tolérées  
Résultats Excellents*



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

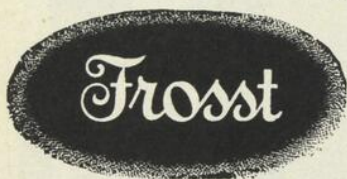


*remplace intégralement  
l'huile de foie de morue*

**DONT IL A TOUS LES EFFETS THÉRAPEUTIQUES**

**SANS GOÛT NI ODEUR DÉSAGRÉABLES**

Précieux complément nutritif, l'Ostogen-A présente plusieurs avantages qu'on ne trouve pas dans les huiles de foie de poisson. Sans odeur ni goût déplaisants, il ne cause pas de dérangements d'estomac. Facilement administré à la goutte, il est très économique. En prescrivant le grand flacon, il ne coûte au malade qu'un cent par jour.



LA MARQUE CANADIENNE  
DE PRODUITS  
PHARMACEUTIQUES  
DE QUALITÉ  
DEPUIS 1899.

**OSTOGEN-A :** 500 unités de VITAMINE D par goutte.  
1,000 unités de VITAMINE A par goutte.

**DOSE :** De 1 à 3 gouttes par jour (employer le compte-gouttes de précision).

**PRÉSENTATION :** Flacon de 6 cm<sup>3</sup>—dure 78 jours.  
Flacon de 15 cm<sup>3</sup>—dure 195 jours.

**Charles E. Frosst & Co.**  
MONTREAL - CANADA

**À QUALITÉ ET PRIX ÉGAUX OU MEILLEURS, PRESCRIVEZ LES PRODUITS CANADIENS.**

# TAXOL

TRAITEMENT PHYSIOLOGIQUE  
DE LA CONSTIPATION  
SANS ACCOUTUMANCE

# CAROVIT

Provitamine A et Chlorophylle — Anémies  
Fatigue nerveuse — Hemeralopie  
(Night blindness)

AGENTS POUR LE CANADA

J. EDDÉ Ltée - New Birks Bldg. - Montreal

# ETHER PUR

pour Anesthésie

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

MALLINCKRODT CHEMICAL WORKS, LIMITED

378, RUE SAINT-PAUL OUEST  
MONTRÉAL

**iodaseptine  
cortial**

TUBERCULOSE  
PULMONAIRE CHRONIQUE  
Dose: 0,25 g. 3 fois par jour  
avant les repas et toujours  
avec un verre d'eau.

ADENOPATHIES  
DE L'ENFANCE  
Dose: 0,25 g. 3 fois par jour  
avant les repas et toujours  
avec un verre d'eau.

RHUMATISMES  
CHRONIQUES  
Dose: 0,25 g. 3 fois par jour  
avant les repas et toujours  
avec un verre d'eau.

SUPPRESSION DE LA DOULEUR  
NI IODISME NI INTOLÉRANCE

LABORATOIRES  
CORTIAL  
15 B<sup>is</sup> PASTEUR  
PARIS (XVI)

**RHUMATISMES  
AIGUS**

**iodaseptine  
salicylée** UNIT

L'ACTION DE L'IODE A L'EFFET SALICYLE

DANS TOUTES LES GRANDES INFECTIONS AIGUES LA...

**SEPTICEMINE**

ENTRAINE UNE CHUTE DE TEMPERATURE SANS CHOC

40  
39  
38  
NI RÉACTION

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

SOLUCAMPBRE ▣

O  
L  
U  
C  
A  
M  
P  
H  
R  
E

# SOLUCAMPBRE

DELALANDE

Camphre en Solution aqueuse

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

2 Formes : SOLUCAMPBRE SIMPLE  
SOLUCAMPBRE SPARTEINE

MILLET ROUX & CIE, LIMITÉE

1215 RUE ST-DENIS

MONTREAL

**CASGRAIN & CHARBONNEAU** *présentent:*

# SULPHOBYL

*qui par sa formule améliorée  
en plus de son arôme et son goût agréables,  
rencontre la définition du cholagogue par excellence:*

- a) ACTIVE LA SÉCRÉTION BILIAIRE.
- b) RÉALISE L'ANTISEPTIE DES VOIES EXCRÉTRICES DE LA BILE.

**Sa FORMULE :**

Taurocholate de Soude,                      Peptone pancréatique,  
Citrate de Lithine,                              Sulfate de Magnésie,  
Hexamine.

**SULPHOBYL est donc tout indiqué :**

- a) dans les troubles résultant de la congestion du foie et de la vésicule biliaire, tels que Cholecystite, Ictères,
- b) dans les troubles digestifs d'origine hépatique, tels que Vertiges, Migraines, Nausées, Urticaires.

*Cette thérapeutique s'est révélée de beaucoup supérieure aux traitements à base de sels biliaires.*

**SULPHOBYL vous parvient :**

- a) sous forme liquide en bouteilles de 8 oz. et 16 oz.
- b) sous forme de granulé soluble en flacons de 3 oz. et 16 oz.

*Littérature sur demande.*

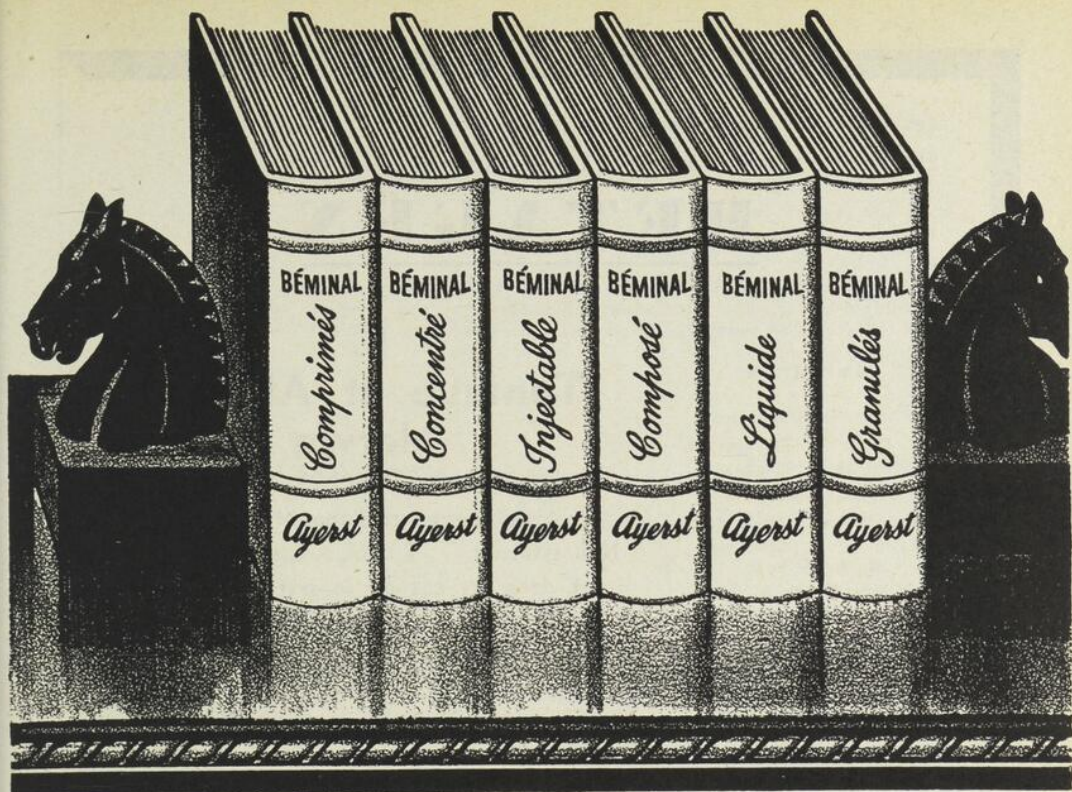
---

**CASGRAIN & CHARBONNEAU LIMITÉE**

**MONTREAL**

---





## Série de six

La série des six préparations "Béminal" Ayerst aide à résoudre le problème que pose la mise en oeuvre d'un traitement par le complexe vitaminique B. La diversité de teneurs et de formes pharmaceutiques permet le choix d'une thérapeutique individuelle. Dans les cas qui exigent des doses élevées, on conseille les Comprimés "Béminal" ou le "Béminal" Concentré par voie buccale et le "Béminal" Injectable par voie parentérale. Dans les déficiences bénignes, le "Béminal" Composé, le "Béminal" Liquide et les Granulés "Béminal", *per os*, sont à préconiser. Littérature sur demande. AYERST, McKENNA & HARRISON LIMITÉE, Biologistes et Pharmaciens, MONTRÉAL, CANADA.

129F

*Comprimés  
Concentré  
Injectable*

**"BÉMINAL"**

**VITAMINES B**

*Liquide  
Composé  
Granulés*

Les Vitamines seules ne suffisent pas.

Elles sont plus utiles associées à des sels minéraux.

## **BETAGEN**

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

### COMPOSITION

Chaque once contient:  
500 U. I. de Vitamine B<sub>1</sub>  
Chlorure de Thiamine  
1 mgm. Riboflavine  
avec les autres facteurs de la  
Vitamine B Complexe,  
B<sub>2</sub>, B<sub>4</sub>, B<sub>5</sub> et B<sub>6</sub>  
Lécithine d'oeufs 1/16 gr.  
Avenine ... .. 1/30  
Glycerophosphates  
de Sodium 8 grs.  
de Calcium 4 grs.  
de Potassium 4 grs.  
de Strychnine 1/60 gr.

## **Tonique et Aliment Nervin**

RECOMMANDÉ

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

### MODE D'EMPLOI

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

## **PAVERAL**

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

## **COQUELUCHE**

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

Ne cause ni intolérance, ni complication.

Littérature sur demande.

Agents : LA CIE CANADA DRUG

PHARMACIENS EN GROS

857, rue Saint-Maurice, - - - Montréal

● **Pour tout appareil à rayons X**

RADIODIAGNOSTIC  
RADIOTHÉRAPIE

● **Pour tout matériel radio-photographique**

FILMS  
PRODUITS CHIMIQUES

● **Pour tout instrument électro-médical**

DIATHERMIE À ONDES LONGUES OU  
À ONDES COURTES  
RAYONS ULTRA-VIOLETS  
RAYONS INFRA-ROUGES  
COURANTS GALVANIQUES ET FARADIQUES

● **Pour appareils électro-cardiographiques**

SANBORN

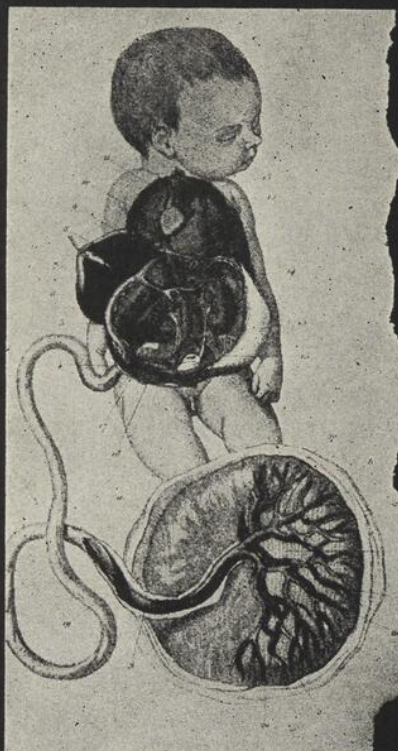
**CONSOLIDATED X-RAY COMPANY  
LIMITED**

313 Dominion Square Building

MONTREAL

Harbour 3717

## CES COMPLICATIONS SONT VIEILLES COMME LE TEMPS



This interesting study of fetal circulation is taken from Antonin Bossu's *Anthropologie Etude des Organes, Fonctions, Maladies de l'Homme et de la Dame* published in Brussels in 1847.

LORSQUE le travail doit être stimulé, l'obstétricien se fie au Pitocin,\* l'hormone ocytotique avantageuse et certaine.

Le Pitocin renferme le principe ocytotique du lobe postérieur de l'hypophyse, pratiquement sans activité hypertensive.

Pitocin est presque totalement déprotéinisé, c'est pourquoi un grand nombre de médecins préconisent l'usage routinier du Pitocin en obstétrique.

Le Pitocin agit directement sur le muscle utérin. Lorsqu'il n'y a pas de complications, Pitocin est indiqué dans l'inertie, et aussi pour enrayer l'hémorragie utérine.

### *Pitocin*

*Produit de recherches modernes offert à la profession médicale par :*



**PARKE, DAVIS & COMPANY**  
WALKERVILLE, ONTARIO

\* Marque de commerce déposée.

# Progynon

Hormone œstrogène naturelle de grande marque fournissant le maximum d'activité et une sécurité complète. Du fait que ce sont des formes d'alpha-œstradiol, la véritable hormone folliculaire, on est assuré des plus puissants effets thérapeutiques et de l'absence de réactions toxiques.

# Progynon


On peut régulièrement obtenir très économiquement de bons résultats dans le traitement de la ménopause, de l'hypofonctionnement ovarien, de la vaginite sénile et du prurit vulvaire. Présenté sous des formes en permettant l'administration facile et commode par injection, par voie buccale ou en application locale.

INJECTABLE	ORAL	APPLICATION LOCALE
PROGYNON-B* (benzoate d'alpha-œstradiol)	PROGYNON-DH* (alpha-œstradiol) Comprimés et Solution	PROGYNON-DH* (alpha-œstradiol) Onguent et Suppositoires *Noms déposés

---

SCHERING CORPORATION LIMITED  
137, RUE ST-PIERRE, MONTRÉAL

---



## *À votre disposition*

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

## **BANQUE CANADIENNE NATIONALE**

ACTIF, ENVIRON \$180,000,000

529 bureaux au Canada

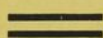
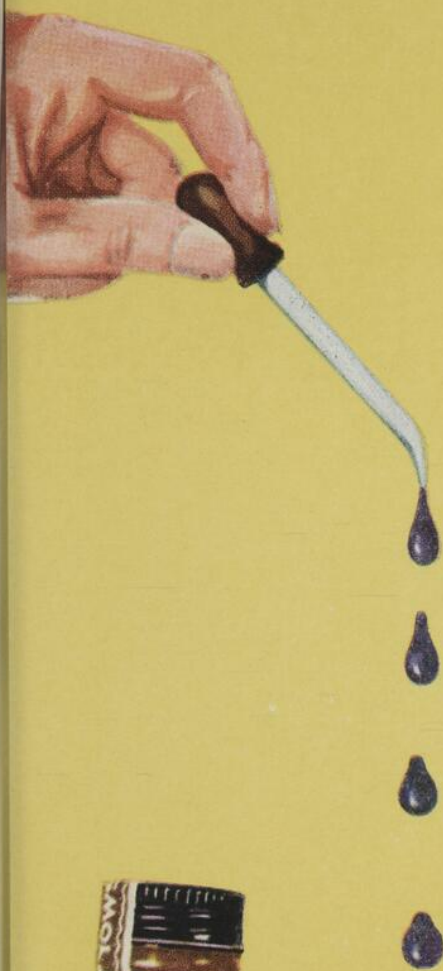
# IODAMINOL

L'IODAMINOL est un composé d'iode métalloïde et d'acides aminés. Synthèse partielle des principes iodothyroïdiens, dont l'iode est entièrement utilisable par l'organisme.

Chaque comprimé renferme 0 gm 01 d'iode et représente 4 gouttes de solution Lugol.

DOSE: 6 à 12 comprimés par jour entre les repas.

LABORATOIRES DESBERGERS - BISMOL  
MONTREAL



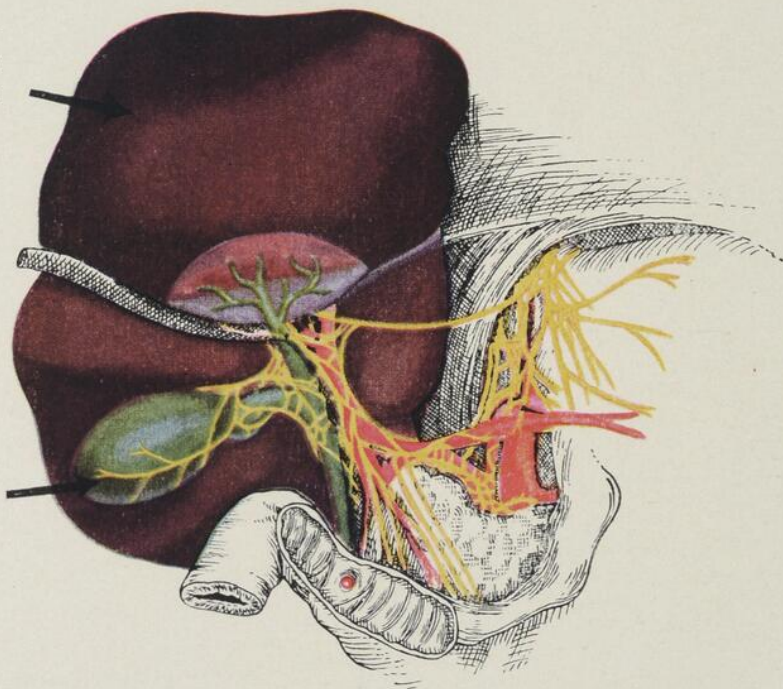
*Flacon de 100 comprimés*

# AGOBYL

agent de drainage

Les choléritiques stimulent le foie mais n'ont aucune action sur la vésicule.

Agobyl contracte et aide la vésicule.



Agobyl, cholagogue authentique, est un agent médical de drainage des voies biliaires et doit être préféré aux traitements à base de sels aux acides biliaires.

Tous les troubles hépatiques excepté ceux de nature chirurgicale sont justiciables de l'AGOBYL-thérapie.

AGOBYL est présenté en boîtes de 125 grammes.  
(Granulé soluble)

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURES SUR DEMANDE.

**LABORATOIRES DESBERGERS-BISMOL**  
PHARMACIENS-BIOLOGISTES

388 RUE ST-PAUL OUEST

MONTRÉAL

gicax, plus appropriés à chaque cas, moins dangereux pour les malades, et comportant moins de risques de récurrence.

Aucun de ces procédés n'apparaît comme une technique chirurgicale nouvelle. Ce sont presque tous de vieux procédés chirurgicaux modifiés, grâce à une meilleure connaissance anatomique et physio-pathologique.

Disons un mot de quelques-uns de ces procédés. Et, comme ils sont nombreux, limitons cette étude aux suivants :

1. Opération de Fothergill ou Manchester ou Donald ou Dudley ou « broad ligament plastic operation ».
2. Hystérectomie vaginale modifiée.
3. Interposition utérine (Scheuta, Watkins).
4. Hystéropexie abdominale.
5. Opération de Lefort.

L'opération de Manchester n'est pas essentiellement nouvelle. Elle porte non pas le nom d'un chirurgien mais celui d'une ville d'Angleterre, où un gynécologue du nom de Donald l'a préconisée vers 1888. Jusque là, on se contentait d'enlever un lambeau losangique de la paroi vaginale antérieure et d'en rapprocher les bords, produisant un rétrécissement du vagin. A la suite d'Hegar, Emmet et Sims, on y ajoutait, selon les cas, une périnéorrhaphie postérieure. Donald, remarquant les récurrences nombreuses, eut l'idée de suturer, en avant de l'utérus, la partie inférieure c'est-à-dire la base des ligaments larges. Pour cela, après une incision triangulaire de la paroi vaginale antérieure, il amputait le col et disséquait aussi loin que possible latéralement, exposant ainsi très bien la base des ligaments larges ; puis il les rapprochait ensuite en avant de l'utérus. En plus, après avoir refoulé la vessie, il suturait les deux tranches vaginales aussi haut que possible sur la face anté-

rière de l'utérus. Il réalisait ainsi le raccourcissement des ligaments larges et l'élévation de la lame fibreuse utéro-pubienne. Les ligaments larges sont le principal soutien de l'utérus; leur partie inférieure est en effet formée de tissu résistant s'étendant de la surface latérale du col vers la paroi pelvienne. Dans les prolapsus c'est ce tissu qui est distendu. Si on le raccourcit, on obtient une correction à peu près permanente du prolapsus. Quelques auteurs suivirent et perfectionnèrent cette méthode, en particulier Dudley en 1906 et Fothergill en 1915. Il fallut attendre à ces dernières années, cependant, avant qu'elle ne connût la vogue qu'elle méritait. Aujourd'hui, on la pratique sans amputer le col, à moins qu'il ne soit indiqué de le faire. Le raccourcissement de la base des ligaments larges se fait soit par division et croisement, en avant de la partie sus-vaginale du col, soit par simple coaptation. L'élévation de la lame fibreuse utéro-pubienne se fait par son rattachement à un niveau plus élevé sur l'utérus, après avoir enlevé l'excédent causé par la distension. En résumé, disons que cette opération, qui porte les noms de Donald, Fothergill, et «broad ligament plastic operation» est ce qu'on pourrait appeler en français, une périnéorrhaphie antérieure mais avec; *Premièrement*, raccourcissement de la base des ligaments larges; *Deuxièmement*, rétrécissement et élévation de la lame utéro-pubienne. Jointe à une périnéorrhaphie postérieure, cette opération donne d'excellents résultats. Elle comporte peu de risques opératoires, et peut être faite avant comme après la ménopause. Elle est très recommandable dans les prolapsus moyens et si le cystocèle n'est pas très marqué.

Dans les cas où le cystocèle est considérable il vaut mieux avoir recours à une autre technique, connue sous le nom d'interposition utérine, où opération de Scheuta ou de Watkins. Cette opération n'est également pas nouvelle. Elle comporte les temps suivants :

- 1) Séparation de la paroi vaginale antérieure de la vessie;
- 2) Séparation de la vessie de la face antérieure de l'utérus.
- 3) Ouverture du cul-de-sac vésico-utérin;
- 4) Bascule du corps utérin en avant de la vessie;
- 5) Suture du péritoine à l'arrière du corps utérin;
- 6) Fixation des cornes utérines sous la symphise pubienne;
- 7) Excision de l'excédent de la paroi vaginale antérieure;
- 8) Suture des deux tranches vaginales à la face antérieure de l'utérus.

Cette opération est excellente pour les cystocèles très marqués et récidivants. Elle ne peut être faite, cependant, qu'après la ménopause, l'utérus étant devenu pour ainsi dire extra-péritonéal.

La troisième technique chirurgicale, dans l'ordre du début, est l'hystérectomie vaginale modifiée. L'hystérectomie vaginale simple, a été appliquée aux cas de prolapsus dès le début de la chirurgie aseptique. Il paraissait logique, en effet, d'enlever tout simplement l'organe prolapsé. Mais, l'expérience démontra qu'il en résultait souvent d'énormes hernies pelviennes. Si bien qu'au dixième congrès de chirurgie de Paris, en 1896, elle fut formellement condamnée. Les chirurgiens contemporains, qui eurent l'idée de la modifier pour éviter cette désastreuse conséquence, se heurtèrent au début, à beaucoup de scepticisme, sa condamnation étant encore fraîche à la mémoire de tous. Cependant, l'évidence des bons résultats produisit peu à peu un ralliement, et beaucoup de chirurgiens pratiquent aujourd'hui des hysté-

rectomies vaginales modifiées. Cette modification est la suivante : après l'hystérectomie, on suture l'un à l'autre les deux ligaments larges sur toute leur hauteur, formant un diaphragme qui retiendra les organes pelviens (vessie, rectum, intestins). C'est ce rapprochement qui est le temps essentiel de l'opération, et dont dépend le succès. En plus, durant les semaines qui suivent l'opération, il se produit une rétraction et une élévation de ce diaphragme. Le vagin, qui paraissait raccourci, immédiatement après l'opération, devient par la suite plus profond.

L'hystérectomie vaginale est applicable surtout aux prolapsus complets. Dans ces cas, en effet, les opérations de Manchester ou de Scheuta sont regardées comme insuffisantes. D'autre part, l'hystéropexie abdominale, bien qu'elle soit excellente et qu'elle ait été pratiquée presque exclusivement jusqu'à ces dernières années, présente, comparée à l'hystérectomie vaginale modifiée, plusieurs désavantages ; l'une nécessite une laparotomie surajoutée, comme nous l'avons dit tout à l'heure, à une périnéorrhaphie antérieure et postérieure. Comme il s'agit souvent de femmes âgées avec un mauvais état général, cette opération revêt, dans les circonstances, une importante gravité. De plus, la laxité de la paroi abdominale, l'atrophie, la friabilité ou le poids de l'utérus sont autant de facteurs de récurrence. Enfin, il existe des cas, où l'obésité est presque à elle seule une contre-indication à la laparotomie ; l'hystérectomie vaginale, au contraire, ne produit pratiquement aucun choc opératoire. L'ouverture du péritoine pelvien, dans des conditions aseptiques, provoque encore plus rarement des réactions péritonéales. La laxité des tissus voisins offre moins de conséquences. L'ablation de l'utérus est souvent un avantage, en particulier s'il y a des ulcérations suspectes au niveau du col. Enfin, quand elle est bien faite, l'hystérectomie vaginale présente peu de risques de récurrences.

Le quatrième procédé chirurgical en cours, dans le traitement du prolapsus, est l'hystéropexie abdominale surajoutée à une périnéorrhaphie antérieure et postérieure, procédé que nous venons de comparer à l'hystérectomie vaginale modifiée. Elle garde encore, et gardera probablement toujours ses indications. Chaque fois, en particulier, qu'il y aura intérêt à pratiquer une laparatomie pour une lésion associée (kyste de l'ovaire, lésion annexielle, appendicite chronique, etc.). Dans les cas où la patiente n'est pas trop âgée, présente un bon état général, que le col n'offre pas de lésion suspecte, que les tissus paraissent bons et l'utérus de volume normal. Il est inutile de décrire cette technique qui est connue de tous, quoique la façon de fixer l'utérus à la paroi diffère chez beaucoup de chirurgiens.

Le cinquième procédé en usage est l'opération de Lefort, qui consiste à fermer le vagin pour empêcher la sortie de l'utérus, tout en ménageant deux conduits latéraux pour l'écoulement des sécrétions vaginales. C'est un procédé qui ne comporte aucun danger pour la malade et qui donne des résultats permanents. Il a l'inconvénient, cependant, de fermer le vagin et de supprimer toute relation sexuelle. C'est pourquoi il n'est pas très en usage. On peut l'employer avec avantage chez des femmes âgées pour lesquelles cette question n'est pas une objection.

Sans trop de détails techniques, voilà en résumé, les principaux procédés opératoires applicables aux cas de prolapsus. Le choix de l'un ou l'autre de ces procédés doit dépendre de chaque cas en particulier et aucun ne doit être employé à l'exclusion des autres.



## DÉTOXIFICATION DU MÉTRAZOL<sup>1</sup>

Par GABRIEL FOURNIER

Le métrazol est employé sur une haute échelle comme un agent de thérapeutique de choc dans le traitement de la schizophrénie, et dans divers états de mélancolie ou de manie. (Thérapeutique biologique des affections mentales par H. Claude et P. Rabinovitch, cité par Laval Médical, Avril 1940).

En outre, ce composé est recommandé comme stimulant du système nerveux central, et du système cardio-vasculaire et donc, trouve un emploi dans certains états de collapsus dûs à l'action toxique de poisons du système nerveux. En plus, Goldstein et Vineberg (*Amer. J. Psychiatry* 96, Mai 1940). montrèrent qu'il peut faciliter grandement le diagnostic de l'épilepsie. Donc, l'importance que le métrazol a atteint dans le domaine de la thérapeutique moderne demande d'une façon impérieuse que l'endroit où il est détoxifié dans l'organisme soit déterminé puisque la présence de modifications pathologiques à ce niveau constituerait une contre indication absolue contre son emploi.

Un relevé de la littérature tel que fait par Tatum et Kozelka, (*J. of Pharmacol. & exper. Therap.* 72, 284, 1941) semble démontrer l'importance d'une détoxification hépatique, et aussi, peut-être d'une excrétion par les reins. Ces derniers auteurs utilisèrent une méthode de recherche très ingénieuse et très élaborée basée sur des déterminations quantitatives du métrazol dans les tissus d'animaux après l'injection d'une quantité connue de substance. Les chiffres qu'ils obtinrent dans le cas de rats normaux comparés

<sup>1</sup> Présenté devant la Federation of American Societies for experimental Biology, Boston, mars 1942.

à ceux obtenus lorsque ces animaux avaient été préalablement traités avec de soit-disant poisons du foie tel que le phosphore et le tétrachlorure semblent démontrer que le phénomène de détoxification est de beaucoup entravé. La concentration du métrazol dans les tissus de ces derniers demeura à un niveau beaucoup plus élevé et pour une période de temps beaucoup plus longue ; ceci suggère que le métrazol demeure intact dans l'organisme. Mais, il est évidemment présomptueux d'affirmer que l'intoxication hépatique seule est responsable pour le délai dans la détoxification du métrazol puisqu'il est évident que les soit-disant poisons du foie ont aussi une action nocive sur les autres tissus tels que le système nerveux par exemple. De même, l'observation de Dille et Seeberg (*Proc. of the Society f. exp. biol.* 1940, p. 625) que le métrazol est moins toxique après son administration dans la veine porte qu'après son introduction dans une veine de la circulation périphérique n'a qu'une signification relative en ce qui concerne un mécanisme de décomposition dans ces conditions normales. Il est évident que durant son passage à travers une circulation capillaire, une partie de la substance sera perdue dans les tissus si on l'introduit à une concentration élevée par voie de la veine porte.

En vue d'éclaircir le problème, l'idée nous vint de reprendre ces études, et donc, nous avons établi l'expérience suivante employant des rats albinos pesant de 170 à 195 grammes. Les animaux d'un premier groupe subirent une hépatectomie par la méthode de Waelsch et Selye, (*Arch. f. exper. Path. u. Pharm.* 165, 219, 1932). En plus d'un groupe de contrôles normaux les animaux du troisième groupe furent bilatéralement néphrectomisés. L'on injecta alors par voie sous-cutanée 20 milligrammes d'une solution de métrazol, et l'on observa les réactions. Les convulsions prirent de 15 à 20 minutes à s'établir. Il ne semble point que les rats hépatectomisés et néphrectomisés étaient plus sensibles à la drogue que les animaux normaux puisque leurs

convulsions ne furent pas plus prolongées ni plus violentes que celles de ces derniers. La quantité de 20 milligrammes toutefois était évidemment trop grande puisque tous les animaux moururent en 45 minutes, et donc, l'on recommença l'expérience avec 10 milligrammes de métrazol.

Comme l'on peut s'y attendre, les convulsions furent de beaucoup moins violentes et de plus courtes durées. Les quantités additionnelles de 5 milligrammes furent données à toutes les heures; après la 3<sup>e</sup> injection le taux de mortalité était approximativement le même pour chacun des trois groupes.

Evidemment, dans le cours de ces expériences, l'on choisit autant que possible des animaux de même poids, mais, comme l'on ne put éviter des variations de quelques 20 grammes, pour éliminer l'effet que ces différences de poids, pourraient avoir sur la résistance individuelle, l'on répéta l'expérience en utilisant une dose calculée de 800 gammas par gramme du poids du corps. Encore une fois, les réactions furent variées et ne suggérèrent aucunement que les animaux hépatectomisés étaient plus sensibles à l'administration du métrazol que ceux ayant subi une double néphrectomie ou que les normaux.

Finalement pour éliminer le facteur traumatique chirurgical, l'on fit subir la laparatomie à un groupe d'animaux et l'on enleva tel qu'auparavant, une partie du foie à un autre groupe. Une dose calculée de métrazol fut donnée. Les résultats furent exactement comme auparavant. Nos expériences semblent démontrer que le foie et les reins ne jouent point un rôle important dans la détoxification du métrazol. Si tel en était le cas il serait logique de croire que les animaux opérés auraient montré une sensibilité beaucoup plus grande à la drogue. La technique chirurgicale de l'hépatectomie partielle est une méthode très simple et très commode pour étudier le rôle que joue le foie dans la dé-

composition des diverses substances. Elle permet d'enlever 75% du tissu hépatique. L'on peut dire que les tissus qui restent peuvent compenser pour celui enlevé, mais je doute fortement que le dommage causé par les poisons du foie atteigne ou même dépasse cette proportion. Puisqu'il a été démontré que des rats ainsi hépatectomisés furent très sensibles à l'action de drogues reconnues comme étant décomposées au niveau du foie tel que l'éther et le chloroforme (Selye, H. Pharmacol. a. exper. Thera. 71, 236, 1941). l'on est à mesure de conclure qu'une détoxification hépatique ne joue aucun rôle dans le cas du métrazol. De plus, nos observations confirment celles de Dille et Seeberg (Pro. Soc. Exper. Bio. a Med. 44, 624, 1940). en ce qui a trait au peu d'importance d'une élimination rénale.



## LA CLINIQUE NEUROPSYCHIATRIQUE DE ROME

Mettant à profit les très nombreux souvenirs que son séjour prolongé en Italie lui a permis d'amasser, le R. P. Mailloux, O.P., présenta, à la réunion du service de neurologie du 15 janvier, un aperçu des observations recueillies par lui à l'occasion de contacts fréquents avec la clinique romaine. Il insista, en particulier, sur celles qui offraient pour nous une valeur de suggestion.

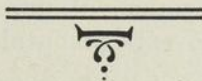
En quelques phrases, d'abord, il rappela les événements marquants de la carrière de Sante De Sanctis qui fut, jusqu'à sa mort, le directeur de cette clinique, ainsi que l'évolution de sa pensée scientifique et religieuse.

Puis, après avoir apporté certaines précisions fort intéressantes sur les relations qui existent entre cette grande clinique universitaire et les « hôpitaux réunis » de Rome, le conférencier entreprit de décrire un à un les principaux services qui s'y trouvent groupés : neuropathologie, psychiatrie, neuropsychiatrie infantile. Les aspects originaux de l'organisation de ces divers services et de l'enseignement qu'on y donne furent surtout mis en relief. De même, une mention rapide fut accordée aux travaux poursuivis dans les laboratoires spécialisés de biologie, d'anatomie et d'histologie pathologiques, de physiothérapie et de radiologie. Dans un compte rendu aussi succinct que celui-ci, on tenterait vainement d'esquisser un résumé d'un exposé déjà trop dense. Dépouillés de leur contexte, les faits ne manqueraient pas de perdre la signification qui constitue l'essentiel de leur valeur.

Toutefois, le conférencier s'étant attardé avec une complaisance évidente à décrire l'organisation du service de

neuropsychiatrie infantile et celle du laboratoire de psychopathologie, nous croyons devoir retenir à tout le moins celles de ses observations qui offrent pour nous un intérêt immédiat. Disons tout de suite que De Sanctis, s'étant intéressé pendant plus de 35 ans à l'enfance anormale, avait prévu le fonctionnement des deux organismes que nous venons de nommer en accord avec les exigences d'une clinique psychologique au sens le plus moderne du mot. Aussi, à les développer, avait-il consacré une part prépondérante de son attention et de son activité. Il répétait volontiers que, selon lui, il était de toute nécessité pour une clinique du genre de celle qu'il dirigeait, qu'on y trouvât un laboratoire spécialement équipé pour les recherches psychopathologiques tant chez les neuropathes que chez les aliénés. En effet, il tenait à ce que les malades, les plus jeunes surtout, soient étudiés, non seulement du point de vue morphologique, biologique ou neurologique, mais aussi sous l'angle de leur comportement spontané, provoqué (interrogatoire technique), et contraint ou expérimental. Pour arriver plus rapidement à ses fins, De Sanctis s'empressa d'accumuler dans ce laboratoire de nombreux appareils de précision et tout le matériel requis pour les examens psychologiques, puisant sans compter, pour cela, à même ses revenus personnels. Enfin, dans le but de rendre plus aisée l'observation du comportement spontané des enfants, De Sanctis avait fait aménager et décorer une lumineuse salle de récréation, où ceux-ci s'amusaient librement, pendant que l'on prenait note de toutes leurs réactions derrière un écran.

Jean-Léon DESROCHERS.



## SYPHILIS ET SCORBUT

*En marge d'une prétendue "Histoire de la Syphilis en Amérique".*

Par LÉO-E. PARISEAU

JUSTIFICATION DU PRÉSENT ARTICLE. — Le 11 février dernier, on m'a électrocoagulé trois doigts. Le 23, on m'a amputé le plus malade des trois. Il le fallait bien : « épithélioma spino-cellulaire ». Du 21 juillet au 10 novembre 1939, j'ai subi sept opérations majeures, allant de la repoussante colostomie à la dangereuse extirpation de la majeure partie du côlon, avec exérèse de quelque seize pouces d'iléon, pour pleine mesure ! Il le fallait : « obstruction complète par tumeur du transverse ». — Dès 1938 j'avais été forcé d'abandonner mon poste à l'Hôtel-Dieu. Il fallait partir : « radio-dermite chronique aux deux mains, et perte définitive de la vision nette à droite, par suite d'ulcères cornéens ».

Depuis bientôt 5 ans je garde la maison comme le ferait un molosse fidèle, et je crois bien que j'aboierais s'il survenait un voleur ! Veiller sur les biens amassés, faute de pouvoir goûter l'exquise volupté des nouvelles acquisitions, voilà tout ce que je puis faire. Que l'on m'en croie : c'est peu. Parmi les choses à défendre, il en est d'invisibles ; ma réputation, par exemple. A l'exception de ceux que l'ami Dumas vient d'appeler « les faiseurs et les combinards », mes confrères veulent bien me concéder une certaine compétence dans le domaine des sciences naturelles — médecine comprise ! — et dans celui de l'histoire des dites sciences. On accorde également que j'ai poussé très loin le souci de l'exactitude expérimentale et documentaire.

Aussi bien trouvera-t-on tout naturel que je réagisse contre qui m'impute des fautes que je n'ai point commises.

Hélas ! pourquoi faut-il que mes deux premières protestations visent des personnes qui ne me veulent aucun mal. Je maudis la fatalité qui m'oblige à les contredire dans ce journal. Est-il besoin de dire que je n'ai pas laissé passer des erreurs pour pouvoir savourer le malin plaisir de les réfuter après coup ? On ne m'a pas fourni l'occasion de les tuer dans l'oeuf ; sinon, j'eusse agi prestement.

Quoi qu'il en soit, pour les raisons précitées, il me faut une mise au point. *Il me la faut*, vous dis-je. Estimant que l'on n'est jamais mieux servi que par soi-même, je l'ai rédigée en termes tels qu'elle est vraiment « exhaustive ».

Dans notre numéro de janvier-février, le docteur Paul Poirier a fait paraître un court article intitulé « *Histoire de la Syphilis en Amérique* ». Après avoir résumé les opinions contradictoires qui ont cours au sujet de la vérole, l'auteur s'occupe un peu du Mal de la Baie St-Paul. L'un des chapitres me mentionne plusieurs fois, et, chaque fois, la référence est la suivante :

**Pariseau, Léo. En marge du récit de la « Grosse Maladie » du Capitaine Cartier, Thérien Frères Ltée. Montréal, 1934.**

Jamais je ne pourrai relire ce titre sans me faire des reproches très amers. Pour intensifier la couleur locale j'ai adopté la terminologie de Cartier lui-même, oubliant que les mots « Grosse maladie » ne pourraient que dérouter tous les pathologistes à venir. Aussi bien mon étude n'a-t-elle pas tiré l'oeil des connaisseurs en matière de scorbut ou de syphilis, bien qu'elle soit farcie de renseignements intéressants. Gardez-vous donc de m'imiter, amis lecteurs, puisque, pour avoir mal composé l'étiquette, j'ai déprécié la marchandise. Mais n'imites pas davantage M. Poirier, car la référence qu'il a donnée laisse dans le noir les curieux en quête de documentation. Voyons pourquoi.

Il est exact que les frères Thérien ont imprimé mon essai en 1934. Cependant, le chasseur qui partirait en quête d'un *livre* reviendrait bredouille. Au vrai, il y eut distribution d'une plaquette de 70 pages, lors du Congrès de l'A.M.L.F.A.N., mais l'excédent du tirage, racheté par moi, n'a pas été mis sur le marché. Je suis donc « introuvable ». Notre confrère aurait dû aiguiller ses lecteur vers le Bulletin de l'A.M.L.F. ou vers le Journal de l'Hôtel-Dieu. De plus, comme il m'attribuait des opinions très diverses et fort contestables au premier abord, il aurait dû pour chacune d'elles indiquer la page où il prétendait l'avoir trouvée. Je ne soulignerais pas ces fautes vénielles si M. Poirier n'avait en plus commis un attentat grave contre ma réputation d'historien médical. Que l'on en juge par les citations suivantes dont je garantis l'authenticité.

PREMIÈREMENT — « *Parmi les marins qui accompagnaient Jacques Cartier dans son premier voyage au Canada, en 1534, il y avait, rapporte-t-on, un vieux syphilitique; on a prétendu qu'il s'était guéri à manger de l'écorce de gâiac (Pariseau).* »

Ici deux fautes criardes me sont attribuées. Ce n'est pas lors du premier voyage que Cartier fut éprouvé par le scorbut et qu'il mentionne à ce propos, son matelot syphilitique. C'est lors du second ! Et j'ai même eu soin de rappeler que le premier voyage fut une véritable excursion de plaisir, en plus de rappeler que le second tourna fort mal.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Afin de réduire les frais de la composition, et pour éviter de trop nombreux renvois au bas des pages, convenons d'un système qui permettra de se reporter à l'une quelconque des trois impressions de mon infortunée monographie... Elle a paru sous forme de brochure chez Thérien Frères en 1934. Puis, après correction des erreurs les plus grossières, dans le Journal de l'Hôtel-Dieu, No de juillet-août, 1934, de la page 217 à la page 284. Enfin, elle a été rééditée dans le Bulletin de l'Association des Médecins de Langue française de l'Amérique du Nord (Vol. I, No 1, janvier 1935, pp. 141-163). — Posons que T = Thérien; que B = Bulletin; que J = Journal. Alors, pour cette première citation l'indication sera: T9 - B142 - J223. Toutes les autres justifications seront produites entre parenthèses, à la suite du passage litigieux.

Et puis, où donc mon confrère a-t-il trouvé *dans mes écrits* que le vérolé de Cartier s'était guéri à manger du gaïac ? Il est vrai que j'ai parlé de cet arbre trois fois au cours de mon travail. La première, pour rappeler que le célèbre poème de Fracastor attribue la guérison du roi Alcithous et de ses sujets à « l'arbre saint » (T31 - B150 - J245) ; la seconde, pour noter que Guillaume de Baillou donnait du gaïac à ses scorbutiques (T20 - B146 - J234), et la troisième pour signaler qu'un livre imprimé en 1527 affirme la supériorité du mercure sur la gaïac dans le traitement de la vérole (T30 - B150 - J244).

C'est gratuitement, donc, que le docteur Poirier m'attribue deux nouveautés médico-historiques qui ont déjà fait dresser les oreilles aux experts de chez-nous, en attendant que les connaisseurs étrangers fassent des gorges chaudes à mes dépens. Est-il besoin d'ajouter que le gaïac n'est pas un arbre indigène au Canada, et qu'il est fort improbable que « l'apothicairerie » de Cartier en ait contenu une importante provision, puisque déjà le mercure triomphait comme antisypilitique ? Passons.

\* \* \*

DEUXIÈMEMENT — « *C'est en cette année, 1534, que Jérôme Fracastor (renvoi à Pariseau), poète italien, créait le mot syphilis.* »

Ici encore on met à ma charge deux affirmations cocasses. Elles m'obligent à me demander si M. Poirier, qui brandit ma brochure, s'est vraiment donné la peine de la lire. J'en doute, puisque en toute première ligne de la page où je parle de Fracastor, il aurait, le cas échéant, trébuché sur ceci : « C'est en 1530 (sic) que le mot syphilis fut inventé. Il apparaît en tête d'un poème écrit en fort beaux vers latins (sic). » Cette fois, comme référence : T31 - B150 - J245.

Il va sans dire que mon confrère doit aussi porter tout seul la responsabilité d'avoir fourni ce naïf signalement : poète italien. Italien de naissance, oui ; mais poète surtout latin et poète par pur dilettantisme, à ses heures. Tout médecin qui se pique de culture sait que l'historien médical Castiglioni n'exagère aucunement lorsqu'il affirme que Fracastor fut « dans l'extension la plus large du terme un savant de la Renaissance, (...) géographe, astronome, mathématicien, poète élégant, musicien raffiné ». L'auteur ajoute : « Mais si, comme nous l'avons dit, son poème sur la syphilis est l'oeuvre à laquelle il doit sa grande réputation, c'est son livre « *De contagione et contagiosis morbis* » (...) qui constitue le document le plus précieux de sa profonde vision scientifique et le classe parmi les grands précurseurs. Fracastor, que Ch. et D. Singer, dans leur puissante étude, ont appelé le père de la pathologie moderne, a peut-être le premier à observer les maladies épidémiques de son époque (...). Il nous apparaît comme un des plus grands et des plus pénétrants<sup>2</sup> précurseurs de la théorie moderne de l'infection. »

Pour compléter et embellir le tableau j'ajouterai ceci, qui se trouve dans l'ouvrage classique de Fielding Garrison : « Il partage avec Léonard de Vinci l'honneur d'être le premier géologue à comprendre la véritable signification des fossiles. Il fut aussi le premier savant à faire allusion aux pôles magnétiques de la terre. Sa renommée comme médecin repose sur un poème célèbre entre tous les poèmes médicaux, *Syphilis, sive Morbus Gallicus*<sup>3</sup> (...) et sur son

<sup>2</sup> Arturo Castiglioni — *Storia della Medicina*, Milano, Societa "Unitas", 1927. Pp. 456-457. Le même, traduction J. Bertrand et F. Gidon — Payot, Paris, 1931 — Pages 370-371.

<sup>3</sup> Parlant de la syphilis le docteur Eugène Saint-Jacques, dans son « Histoire de la Médecine » (Montréal, Beauchemin 1935) écrit : « les Napolitains l'appellent le « *Morbus Gallicum* » (sic). C'est là la moindre des innombrables erreurs qui grouillent dans son livre.

traité « *De contagione* » dans lequel il développe avec une clairvoyance étonnante la théorie moderne de l'infection par les micro-organismes. » (An introduction to the History of Medicine, 3rd edition, 1921, pp. 227-228.)

En voilà plus qu'assez, je pense. J'ai écrit Fracastor tout comme j'eusse écrit Galilée; aussi bien déclinerais-je l'honneur d'avoir présenté le « poète italien » Fracastor à mes compatriotes.

\* \* \*

TROISIÈMEMENT — *Le docteur Pariseau souligne que pour cette raison, l'étude de la syphilis a vraiment commencé à l'époque de Cartier.*

Minute, s. v. p.! J'ai bien écrit : « Nous avons vu tout à l'heure que l'étude du scorbut a commencé du temps de Cartier. Rendons-nous bien compte qu'il en fut de même pour la syphilis » (T30 - B150 - J244). Mais qu'est-ce à dire? Celui qui se donnera la peine de parcourir attentivement mon travail aura vite fait de se convaincre que l'expression *du temps de* n'implique pas une contemporanéité bien rigoureuse! Je n'ai certainement pas voulu faire entendre qu'il y eut apparition quasi-simultanée des premières études sur la syphilis et des relations du grand malouin. Ou filiation. Après la phrase dont M. Poirier fait trop grand cas j'ai rappelé que, de l'an 1495 à l'an 1498, on imprima dix ouvrages sur la syphilis (T30 - J246). Or, en ces temps-là Jacques Cartier n'était qu'un enfant, puisqu'il naquit en 1491!

Alors ?... Alors j'avoue ne point comprendre le « *pour cette raison* » du Dr Poirier. Notre confrère aura peut-être été frappé par une rencontre de dates, savoir : que le poème « Syphilis » et le voyage malheureux de Cartier coïncident. Il le croit, puisqu'il l'a écrit. Mais le poème est de 1530 (non 1534) et le voyage est de 1535-36 (non 1534).

Une autre explication possible de ce coq-à-l'âne historique m'a été suggérée. En exposant, lors du 13<sup>ème</sup> Congrès de l'A.M.L.F., une édition relativement récente du poème de Fracastor (1591), j'ai signalé que les hasards de l'impression (sic) y avaient fait avoisiner un quatrain imprimé en 1534 avec le poème « Syphilis ». Mais le quatrain ne se rapporte pas à la vérole ! Encore une fois, le « pour cette raison » de M. Poirier ne s'explique pas.

\* \* \*

QUATRIÈMEMENT — *Je ne comprends pas davantage ceci, auquel je passerais outre si l'auteur ne l'avait interpolé entre deux citations tirées de mes écrits : « Aussi bien les épidémies du temps de Cartier que celles qui survinrent sous Samuel de Champlain n'étaient-elles que du scorbut ? »*

Pourquoi ce point d'interrogation ? Notre auteur veut-il laisser entendre que ces épidémies-là n'étaient pas du scorbut franc ? Si telle est sa prétention, je prédis qu'il aura fort à faire pour convaincre ceux qui s'y connaissent ! Mais il faut toujours envisager la possibilité d'une erreur commise par le typographe ; il aura peut-être mis un point d'interrogation à la place d'un point. M. Poirier, lui, aura voulu *affirmer* que les malades de Cartier et de Champlain n'étaient que des scorbutiques. Fort bien, mais alors... pourquoi intituler son chapitre ainsi : « *Origine de la Syphilis au Canada* », puisqu'il n'y est question que d'un seul syphilitique qui n'a certainement pas implanté le spirochète au pays. Revenons à ce qui me concerne, et m'offense.

\* \* \*

CINQUIÈMEMENT — « *La première autopsie est attribuée à Ripeault (Pariseau)<sup>13</sup> et concernait un scorbutique.* »

Ai-je eu tort ou raison d'attribuer à Ripault le mérite d'avoir pratiqué la première autopsie ? Je n'en sais rien encore, puisque mon travail n'a pas suscité la moindre observation chez nos spécialistes en histoire du Canada. Suis-je le premier à l'avoir dit ? Peut-être bien, mais sur ce point je ne réclame aucune priorité... Jusqu'à preuve du contraire je croirai que j'ai été le seul à *prouver* que le premier rapport d'autopsie rédigé au pays, mérite autre chose que le dédain des pathologistes de notre temps. Nous verrons, tout à l'heure, que M. Poirier n'a pas compris ce que j'ai dit au sujet de Samson Ripault. Pour l'instant je me borne à lui reprocher de ne pas me citer fidèlement. J'ai écrit Ripault et non Ripeault. Si mon confrère a des raisons de croire que j'ai mal épelé, qu'il les donne; sinon, qu'il me suive.

Quoi qu'il en soit de l'orthographe du nom de cet homme, j'ai eu soin de ne pas être trop affirmatif au sujet du rôle qu'il a pu jouer, ayant écrit : « Est-ce lui qui pratiqua l'ouverture du pauvre gars Philippe ? il est permis de le penser, mais non de l'affirmer ». Et plus loin : « Sous toutes réserves donc, attribuons à Ripault un mérite qui revient peut-être à une autre » (T25 - B148 - J239).

\* \* \*

. SIXIÈMEMENT — *Le docteur Pariseau dans une plaquette publiée lors du troisième centenaire de la découverte du Canada compare le rapport — etc.*

Troisième centenaire ? Encore que je me sente fort décrépît, je ne me savais pas tellement vieux ! On m'assure qu'il doit s'agir là d'un simple *lapsus calami*. Tant mieux s'il ne s'agit que de ça, car je préfère ce genre d'erreur à d'autres commises par le docteur Poirier dont les lapsus sont parfois calami... teux ! Mon collègue fera bien de chan-

ger de plume. A quelque lignes d'intervalle « Elle » a inscrit premier voyage alors qu'il fallait dire second, et troisième centenaire alors qu'il fallait dire quatrième. Je rougis à la seule pensée que mon nom puisse être associé à ces distractions peu pardonnables. Certes, je me suis trompé à mes heures, mais il ne m'est jamais arrivé de commettre 14 fautes en 28 lignes et de les mettre sur le dos d'un autre.

\* \* \*

SEPTIÈMEMENT — *Le docteur Pariseau (...) compare le rapport de Ripeault et le compte rendu nécropsique rédigé en 1920 par un certain Hess sur une victime du scorbut.*

Ici, vraiment, M. Poirier dépasse les limites. Il commence par afficher son ignorance totale d'une littérature qu'il devrait connaître à fond, en parlant d'un certain Hess. Pour ma part, je me suis exprimé tout autrement. Si la langue française n'a pas trop évolué depuis dix ans, la désignation « un certain » est péjorative, pour ne pas dire franchement méprisante.<sup>4</sup> Or Alfred Hess, en 1934, était encore si estimé que, forcé de le contredire sur une question de détail, j'ai eu soin de rappeler qu'il était « expert en matière de scorbut » (T26 - B148 - J240). Si je ne protestais énergiquement et sans plus tarder, je passerais pour un primaire ou un gamin aux yeux de ceux qui vont se référer à l'article Poirier, sur la foi d'une mention dans l'*Index Medicus*.

Et puis, où diable mon collègue a-t-il pris que le compte rendu nécropsique de Hess est celui d'une seule victime du scorbut ? La vérité, c'est que les conclusions de Hess, que j'ai mises en regard des trouvailles de Ripault — (pour cinq organes seulement) — résumé des centaines — et peut-

<sup>4</sup> « Un certain » placé devant un nom propre, marque le dédain, le mépris — Dictionnaire de Bescherelle, 15<sup>ème</sup> édition.

être des milliers — d'autopsies faites par l'éminent médecin étatsunien, ou résumées par lui. Enfin, qu'est-ce donc qui autorise le docteur Poirier à affirmer que cet unique(?) rapport d'autopsie date de 1920, puisque j'ai eu soin de noter que je le tirais d'un *livre* publié en 1920. Est-il besoin de rappeler que les observations colligées pouvaient toutes être bien antérieures à la date de publication du livre ?

A cet ouvrage le Dr Hess a donné un titre très compréhensif, savoir : « *Scurvy, past (sic) and present* ». Trop compréhensif peut-être. Aussi lui ai-je reproché de s'être contenté, en fait d'autopsies *anciennes*, de celles que Lind signalait au 18<sup>ème</sup> siècle, alors que, dans mon humble estime, « Hess eût mieux fait de remonter jusqu'à Cartier » (T27 - B149 - J241).

Et donc, quand le docteur Poirier parle d'une (sic) autopsie, pratiquée en 1920 (sic) par un certain (sic) Hess, je me défile prestement, laissant le vrai coupable exposé aux brocards qu'il mérite.

\* \* \*

HUITIÈMEMENT — *La ressemblance des observations (celles de Hess et celles de Ripault) ne laisse aucun doute qu'il s'agit de la même maladie dans les deux cas; de la sorte, selon Pariseau (sic) il est définitivement acquis (sic) que la grosse maladie du Capitaine Cartier n'était autre que du scorbut (sic) de même que le mal de terre de Champlain.*

Cette fois saisissons le monstre par la queue; c'est-à-dire : lisons à rebours. Demandons-nous par quel processus de ratiocination le confrère peut en venir à affirmer qu'une autopsie pratiquée en 1536<sup>5</sup> permet de tirer des conclusions

<sup>5</sup> J'ai eu tort de la faire dater de 1535 dans mon tableau comparatif. Elle est entérinée dans la relation du voyage de 1535-36 mais fut pratiquée au début de 1536. Ailleurs je parle « du fait de 1536 ». L'hiver était déjà assez avancé quand Cartier réclama une autopsie.

quant aux maux qui affligèrent l'équipage de Champlain trois quarts de siècle après ? Je ne lui ai fourni aucune précision là-dessus et le mets au défi de faire des rapprochements utiles entre les autopsies de Cartier et celles de Champlain. En attendant qu'il s'explique, je lui dénie le droit de déraisonner « selon Pariseau » sans produire comme pièces justificatives les extravagances de Pariseau lui-même.

De grâce ! soyez sérieux, messieurs les historiens en herbe ! Il y a belle lurette qu'il est « définitivement acquis » que nos premiers équipages ont souffert du scorbut. Les chefs nous ont laissé d'incomparables descriptions du mal qui décima leurs hommes. Loin de revendiquer quoi que ce soit pour mes contemporains ou moi, j'ai eu soin de souligner que le Destin réservait à Cartier l'honneur de rédiger une description qui est devenue pièce d'anthologie (T8 - B142 - J222).<sup>6</sup>

Même attitude à l'égard de Champlain si ce n'est que, dans son cas, je pouvais me borner à citer sa très fidèle description, qui se passe d'éloges. Du reste, jugez-en vous-mêmes, amis lecteurs. Dixit Champlain : « Durant l'hyver il se mit une certaine maladie entre plusieurs de nos gens, appelée mal de terre autrement dit Scurbut à ce que j'ay ouy dire depuis à des hommes doctes » (T21 - B147 - J235). Ainsi donc, dès avant 1613 on savait en Europe que le mal dont nous allons entendre énumérer les symptômes les plus évidents, et les plus pathognomoniques, était du... Scurbut ! Le lecteur imagine ma confusion lorsqu'il m'a fallu lire que, grâce à moi, l'on sait maintenant à quoi s'en tenir. Mais revenons au texte de Champlain. Lisez-le, je

---

<sup>6</sup> Et qu'on n'aille pas croire que je disais cela « de chic ». Je venais de lire « *Classic descriptions of Disease* » par le professeur Ralph H. Major (1932). L'auteur y met au premier plan notre Jacques Cartier dans le chapitre traitant du scorbut.

vous en prie, confrères de l'an 1943; vous y apprendrez d'un simple capitaine de vaisseau l'art de rapporter ce que nous appelons « un cas ».

« Il s'engendrait en la bouche de ceux qui l'avoient de gros morceaux de chair superflue et baveuse qui causoit une grande putréfaction, laquelle surmontoit tellement, qu'ils ne pouvoient presque prendre autre chose sinon que bien liquide. Les dents ne leur tenoient presque point et les pouvoit-on arracher avec les doigts sans leur faire douleur. L'on leur coupoit souvent la superfluité de cette chair, qui leur faisoit jetter force sang par la bouche. Après il leur prenoit une grande douleur de bras et de jambes, lesquelles leur demeurèrent grosses et fort dures, toutes tachetées comme de morsures de puces, et ne pouvoient marcher à cause de la contraction des nerfs; de sorte qu'ils demeureroient presque sans force et sentoient des douleurs intolérables. Ils avoient aussi douleurs de reins, estomach, et de ventre; une thoux fort mauvaise et courte haleine: bref ils estoient en tel estat que la pluspart des malades ne pouvoient se lever ny remuer, et mesme ne les pouvoit-on tenir debout, qu'ils ne tombassent en syncope. De façon que de 79 que nous estions il en mourut 35. Et plus de 28 qui en furent bien près. »

Ce qui précède est admirablement précis et concis. Aussi bien me suis-je permis de consigner dans un chapitre d'un livre paru récemment, ces mots qui confessent ma très fervente idolatrie: « His (Champlain's) description of the dread disease is even better than Cartier's. In fact, it might well be memorized by present day medical students ».<sup>7</sup>

Et maintenant dressons une *reductio ad absurdum*, ou quelque chose d'équivalent, en citant intégralement ce que

<sup>7</sup> *A History of Science in Canada* — The Ryerson Press, Toronto, 1939 — Chapitre V par Léo Pariseau: « Canadian Medicine and Biology during the French Regime ». Texte cité ci-dessus: p. 60.

j'ai mis au crédit de l'autopsiste de Cartier. Je m'en tiens au texte légèrement modernisé que contient mon essai : Feu Philippe de Rougemont « avait le coeur tout blanc et flétri, environné de plus d'un pot d'eau rousse comme datte — Il avait le foie beau — Il avait le poumon tout noirci et mortifié. Sortit au-dessus du coeur une grande abondance de sang noir et infect — Il avait la rate, par devers l'échine un peu entamée, environ deux doigts, comme si elle eût été frottée sur une pierre rude (En d'autres mots la rate était friable) — Lui fut ouverte et incisée une cuisse, laquelle était fort noire par dehors, mais par dedans la chair fut trouvée assez belle » (T27 - B149 - J241).

C'est là tout ce que nous trouvons dans le rapport de Cartier. Absolument tout. *Y a-t-il dans ce qui précède de quoi reconnaître un cas de scorbut ?* Certes, non. Le marin Cartier nous en a dit beaucoup plus que son chirurgien.

Que si l'on me demande alors dans quel but j'ai brandi le fruste Samson Ripault, et placé ses observations en regard de celles d'un authentique savant américain, je répondrai : tout simplement pour prouver que la relation de Cartier présente encore plus d'intérêt médical qu'on ne lui en avait attribué, et que notre premier autopsiste fit excellemment ce qu'on lui demanda de faire. Il n'était pas inutile d'insister là-dessus puisque, deux ans auparavant, une « Histoire de la Médecine au Canada » n'avait trouvé, à ce propos, rien de mieux à dire que ceci : « Et voilà terminée la première autopsie pratiquée au Canada. Elle ajoute un élément de comédie plutôt macabre au drame qui se joue, car le barbier-chirurgien ignore tout de la physiologie et de l'anatomie pathologique. Les modifications causées par le mal ne signifient pas davantage pour cet homme que des caractères imprimés pour un analphabète d'aujourd'hui. »<sup>8</sup>

<sup>8</sup> *Medicine in Canada*, by H. B. Howell. — Collection *Clio Medica*, New York 1933, éditée par Paul B. Hoeber. Le passage traduit par moi se trouve à la page 2.

Comédie ? que non ! Le compte rendu de la première autopsie pratiquée au Canada ne prête aucunement à rire. Voilà pourquoi j'ai défendu l'humble médocastre qui obéit aux ordres de son chef, certain jour de février, en l'an 1536. Mais le docteur Poirier, lui, m'expose au ridicule lorsqu'il affirme que c'est grâce à cette courte digression qu'il est maintenant « définitivement acquis » que la maladie de Cartier n'était autre que du scorbut. Au lieu de m'asséner ce pavé d'ours, le confrère aurait dû souligner ce qu'il y avait de vraiment inédit et de louable dans mon étude critique de notre plus ancienne nécropsie.

\* \* \*

NEUVIÈMEMENT — *Longtemps, scorbut et vérole furent considérés comme deux maladies apparentées, souvent co-existantes.*

Il manque ici des guillemets. Cette observation n'est peut-être pas inédite, mais je l'ai faite après avoir acheté, lu et comparé plusieurs ouvrages anciens que j'ai, du reste, exhibés lors du IIIème Congrès de l'A.M.L.F. Je ne rappellerais pas à M. Poirier les règles du franc jeu si dans le même paragraphe il ne s'était permis de rapporter à sa manière les opinions que j'ai émises sur la possibilité d'un complexe scorbut-syphilis. Voyons ça !

\* \* \*

DIXIÈMEMENT — *Pourquoi n'y aurait-il pas eu (sic) un scorbutate de vérole comme il y eut jadis le scrofulate de vérole ? se demande Pariseau.*

Commentant mes vieux livres j'ai bel et bien écrit : « On est même allé jusqu'à parler d'un scorbut vérolique et d'une vérole scorbutique » (T32 - B150 - J246). Si l'on ne s'en tenait qu'à ce passage de ma monographie il sem-

blerait bien que je n'aie présenté l'hypothèse d'un scorbutate de vérole que comme une amusante lubie des anciens, indigne d'être reprise par les médecins du temps présent. Mais tel n'est pas le cas et M. Poirier le sait bien, allez !, puisque j'ajoute : « Je vous présenterai un ouvrage sur les maladies vénériennes, datant de 1801, où il est beaucoup question d'une grande épidémie de syphilis qui sévit ici dans la province de Québec il y a 150 ans ».

Alors, dira quelque *étranger*, vous avez parlé du Mal de la Baie dans votre essai ? ... Eh ! oui ; j'en ai même dit autant sur ce sujet que le distingué syphiligraphe Poirier, bien qu'il ne m'acorde pas sur ce chef l'honneur d'une seule mention. Au vrai, il n'était pas tenu de le faire, ayant jugé à propos d'utiliser des auteurs qui ont écrit quelques années avant moi. MAIS il n'avait pas le droit de rayer sans vergogne le passage suivant qui se trouve en toutes lettres dans mes remarques sur le mal de la Baie : « Pourquoi n'y aurait-il pas un scorbutate de vérole ? Oui, pourquoi pas ? » (T36-B152 - J250).

Cette fois je ne suis plus le simple reporter des amusantes spéculations du bon vieux temps. J'ose y faire écho et je surenchéris en ajoutant ceci que mon collègue passe également sous silence : « Le fait de 1536 et le fait de 1785 sont incontestables. Ils nous obligent à nous demander s'il n'y aurait pas lieu d'assurer à nos vérolés, en cours de traitement, une ration plus que généreuse de vitamine C. Ne l'oublions pas : le mercure, l'arsénobenzol, le bismuth, tous les antisiphilitiques tapent dur sur le malade et tendent à instaurer chez lui un état dyscrasique » (T36 - B152 - J250).

Cela fut écrit il y aura bientôt dix ans, à une époque où les vitamines n'étaient pas tellement à la mode. Cette simple observation me valut les lazzis d'un éminent syphi-

ligraphe canadien qui n'est pas M. Poirier. Celui-ci se trompe s'il croit bien agir en me faisant l'aumône du silence dans sa prétendue « Histoire ».

Qu'est-ce à dire ?... Aussi longtemps que je me bornerai à colliger les opinions des anciens, je serai jugé digne d'être cité (plutôt mal que bien, comme on l'a pu voir). Mais si, par hasard mes lectures m'amenaient à faire des réflexions personnelles et originales sur la thérapeutique de la syphilis et de certaines dermatoses que les anciens médecins confondaient avec elle, un confrère croira se montrer charitable en taisant ce que j'a dit là-dessus ? Reste à voir si je laisserai faire. Avec la permission des directeurs de ce journal j'espère bien revenir sur cette question du Mal de la Baie, ne serait-ce que pour prouver que l'on est rarement prophète en son pays !

\* \* \*

ONZIÈMEMENT ET POUR FINIR — *La chapitre liminaire de M. Poirier est pauvre; mais il faut bien admettre que les soixante premières lignes de ce devoir<sup>9</sup> se raccrochent au texte. Il y est parlé de la syphilis en Amérique, et Monsieur Ed. Jeanselme — l'autorité brandie — n'aura pas trop à reprendre. Il en va tout autrement pour le chapitre second, censé traiter de la Syphilis au Canada, et fondé uniquement sur les écrits de votre serviteur, Léo Pariseau.*

En effet, rien cette fois n'est *ad rem*, et ce fatras se donne des airs d'être un échantillon de ma méthode. Le lecteur non prévenu pourra croire que j'ai divagué et extravagué comme à plaisir. Or j'étais justifiable d'ouvrir une incidente « syphilis » dans mon travail sur le Scorbut, ne fut-ce que pour prouver que l'on confondit longtemps deux

---

<sup>9</sup> L'article fait partie d'une thèse d'agrégation soumise à un jury nommé par la Faculté de Médecine de notre Université.

maladies dont la symptomatologie demeurait indéfinie. Mais, par contre, M. Poirier n'avait pas à ménager une incidente « scorbut » dans sa thèse sur la syphilis. Et ce, parce que — à commencer par les affligés eux-mêmes — personne n'a jamais cru que les épidémies de 1535-36 et de 1602-4-5-8 puissent être syphilitiques ou compliquées de syphilis. Autant dire que le camarade Poirier n'était pas tenu de me servir en guise de hors-d'oeuvre.

Non seulement il l'a fait et très incongrûment, mais il m'a de plus attribué une vingtaine d'erreurs que des collègues ne commettraient pas ! Continuons donc le réquisitoire, quoi qu'il en coûte.

Sans sortir de mon sujet je pouvais également m'occuper du matelot syphilitique mentionné par Cartier, puisqu'il prétend avoir amélioré sa vérole en soignant son scorbut. Par ailleurs, nos ancêtres affligés du Mal de la Baie ont, paraît-il, hâté leur cure mercurielle en absorbant de fortes doses d'un antiscorbutique reconnu de nos jours comme un des meilleurs. Un rapprochement entre ces « cas » n'était donc nullement déplacé. Par contre le docteur Poirier, lui, sortait de son sujet en parlant du matelot de 1536 dans un chapitre censé traiter des origines de la syphilis au Canada, car cet homme, à supposer qu'il fût un authentique vérolé,<sup>10</sup> n'a pu semer son tréponème qu'en terre laurentienne ! Mon confrère Poirier ne pouvant considérer comme utile ce que j'avais trouvé intéressant, n'avait dès lors qu'à faire silence là-dessus. Il a choisi de retoucher celui de mes textes qui posait une question fort pertinente, et de supprimer sans façons les autres textes qui en soulignaient l'importance probable.

---

<sup>10</sup> Aux fins d'une discussion purement académique j'ai tenu pour acquis que le bonhomme avait bel et bien la vérole. Mais j'avais au préalable fait toutes les réserves imposées par la prudence scientifique, qui est la prudence tout court.

Et l'on voudrait que je me taise ? Dites, messieurs les pontifes-pacificateurs, au nom de quel code de chevalerie ou de déontologie m'invitez-vous à me taire quand on sabote ma réputation ? Car elle existe, cette réputation, en dépit de tout ce que vous avez osé contre elle. A preuve-que l'Université Laval de Québec m'a remis, en 1936, un diplôme portant entre autres le « motif » suivant : « *cum insuper in nostra Quebecenci provincia primus documenta de historia scientiarum diligentissime comparaverit et in lucem prodierit.* »

Malheureusement ce diplôme repose dans un de mes tiroirs alors que l'article dont je me plains, en plus d'avoir atteint quelque 2000 médecins de chez-nous, est déjà dans la bibliothèque de maintes universités étrangères.

Je ne pouvais pas ne pas remettre les choses au point. C'est fait, mais j'en ai le coeur tout chaviré.



Nécrologie

## ÉLIE-GEORGES ASSELIN

Un ancien de l'hôtel-Dieu vient de mourir, c'est le docteur Elie-Georges Asselin. Né à Montréal en 1869 à la Pointe St-Charles, dans un centre où son père, marchand, jouissait de la réputation d'un homme fortuné et intègre. Le jeune Asselin grandit avec l'amour de l'étude, et, après de brillantes études au collège Sainte-Marie, il entreprend ses études médicales qu'il termine avec grands succès en 1893. C'est alors qu'il devient interne à l'Hôtel-Dieu, où son dévouement et sa distinction le font grandement apprécier. L'année suivante, il s'embarque pour l'Europe où il séjourne à Paris quelques années pour parfaire ses études médicales.

A son retour, il est nommé médecin de l'Hôtel-Dieu, professeur-agrégé, puis titulaire de physiologie.

Le docteur Asselin refit plusieurs autres voyages en Europe pour assister à des congrès de physiologie et visita un grand nombre de laboratoires et d'universités.

D'un extérieur digne et paisible, il s'enflammait volontiers dans une discussion scientifique. Doué d'une grande mémoire, il connaissait bien ses vieux livres, auxquels il référait sans cesse. Il trouvait rapidement le chapitre et la page du volume pour solutionner tout problème ou toute discussion. Nous le revoyons encore nous apporter ses preuves, livres en mains, lorgnon à cordon sur le nez, dont le maintien en place l'obligeait à relever le menton, ce qui lui donnait un air triomphant.

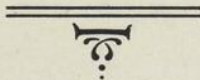
Malheureusement, il vécut à une époque où l'argent pour les travaux de recherches, était fourni avec le dos de la cuillère; à l'époque où certains profiteurs, littérateurs

ou beaux parleurs, juraient que nous n'étions pas murs pour la recherche; ignorant qu'il n'est rien de plus formateur, ni de plus essentiel pour la carrière professorale, qu'un travail de recherche, si humble qu'il soit.

Durant les trente-trois années de sa vie qu'il fut professeur, il remplit son devoir avec dévouement et mansuétude. Il désira vivement l'installation de son laboratoire à la montagne, la Terre Promise. La Providence en décida autrement, puisque sa longue maladie l'arrêta trop tôt.

Il laissera de son passage à l'Université, le souvenir d'un homme distingué, d'un professeur bienveillant et toujours très accueillant.

Gaston GOSSELIN



## NOUVELLES

Lors d'une réunion récente de la « Catholic Hospital Association » des Etats-Unis et du Canada tenue sous la présidence de Son Excellence Mgr Whelan, Archevêque auxiliaire de Montréal, Soeur Jeanne-Mance r. h., recevait le certificat que nous reproduisons ici, des mains du R. P. Alphonse M. Schwitalla, s.j., de l'université de St-Louis, Missouri.

Le cours fut inauguré en juin 1939 à l'Université de Saint-Louis et comportait un laps de trois » sessions d'été. Soeur Jeanne-Mance est la seule religieuse canadienne qui ait eu le privilège de suivre ces cours et de passer avec succès les examens.



*The* CATHOLIC HOSPITAL ASSOCIATION  
of the United States and Canada  
*in cooperation with*  
ST. LOUIS UNIVERSITY

This Certifies that during the Summer Sessions of 1939, 1940 and 1941

SISTER JEANNE-MANCE BERTRAND, R.H., A.B.

has completed a Basic Sequence of Courses inclusive of Supervised Experience  
in Hospital Administration under the auspices of the  
Catholic Hospital Association of the United States and Canada  
in collaboration with St. Louis University and merits this

TESTIMONIAL of PROFICIENCY in  
GENERAL PRINCIPLES of HOSPITAL ADMINISTRATION

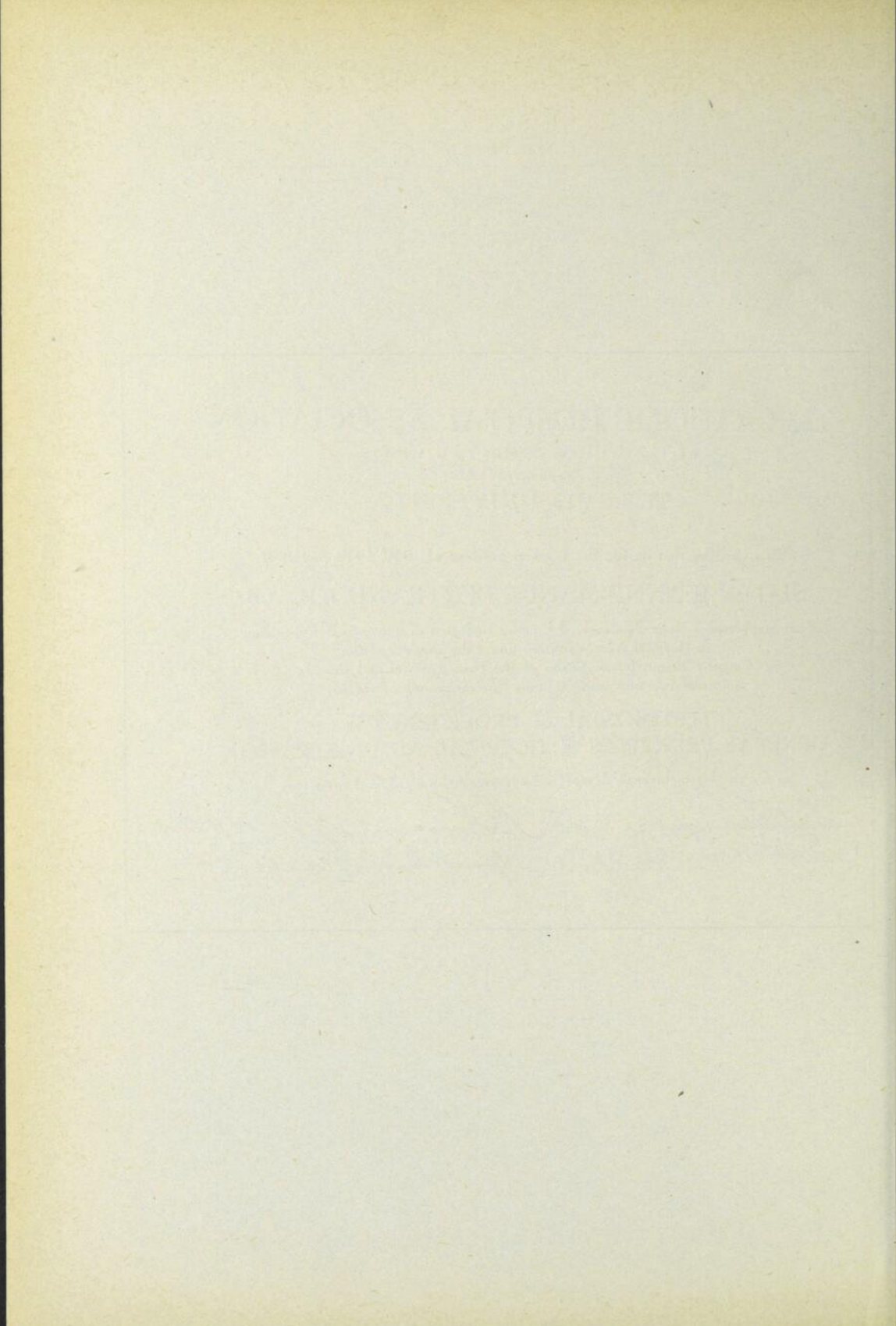
Given this eighteenth day of June, Nineteen hundred and forty-two

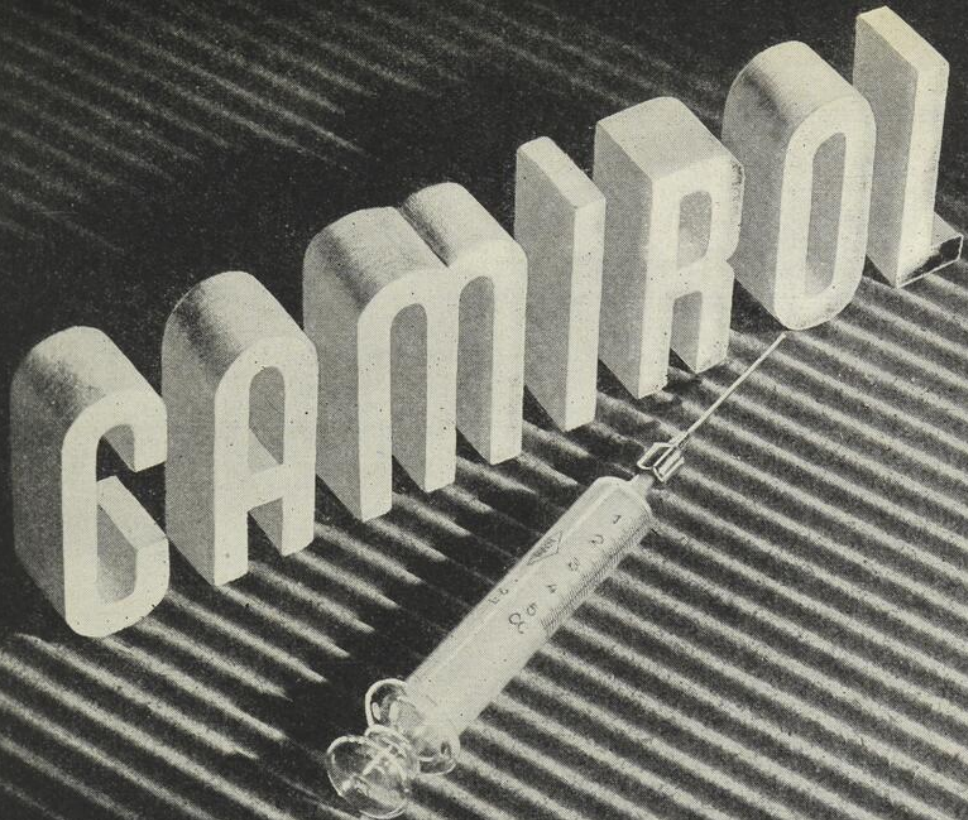
*Sister Mary Carmel, R.H., A.B.*  
SECRETARY, CATHOLIC HOSPITAL ASSOCIATION

*William H. Kimmins, Ph.D., LL.D.*  
PRESIDENT, ST. LOUIS UNIVERSITY

*Sister Mary Patricia, Cof. R.H.*  
SECRETARY, COUNCIL ON HOSPITAL ADMINISTRATION

*Alphonse J. Sordella, Jr., Ph.D., LL.D., S.S.*  
DIRECTOR OF DEPARTMENT





## *Nouvelle Médication*

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

### FORMULE

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

Documentation complète et échantillon sur demande

REPRÉSENTANTS POUR LE CANADA

# HERDT & CHARTON, INC.

"MÉDICAMENTS DE MARQUE"

2027, AVENUE DU COLLÈGE MCGILL, MONTRÉAL

# CARRIÈRE & SENÉCAL

Limitée

ÉMILE CARRIÈRE, o.o.d.

ADRIEN SENÉCAL, o.o.d.

---

OPTOMÉTRISTES-OPTICIENS À L'HÔTEL-DIEU

---

277 RUE SAINTE-CATHERINE EST - MONTRÉAL

Tél.: LANcaster 2211-2212

•  
**SPÉCIALITÉS :**

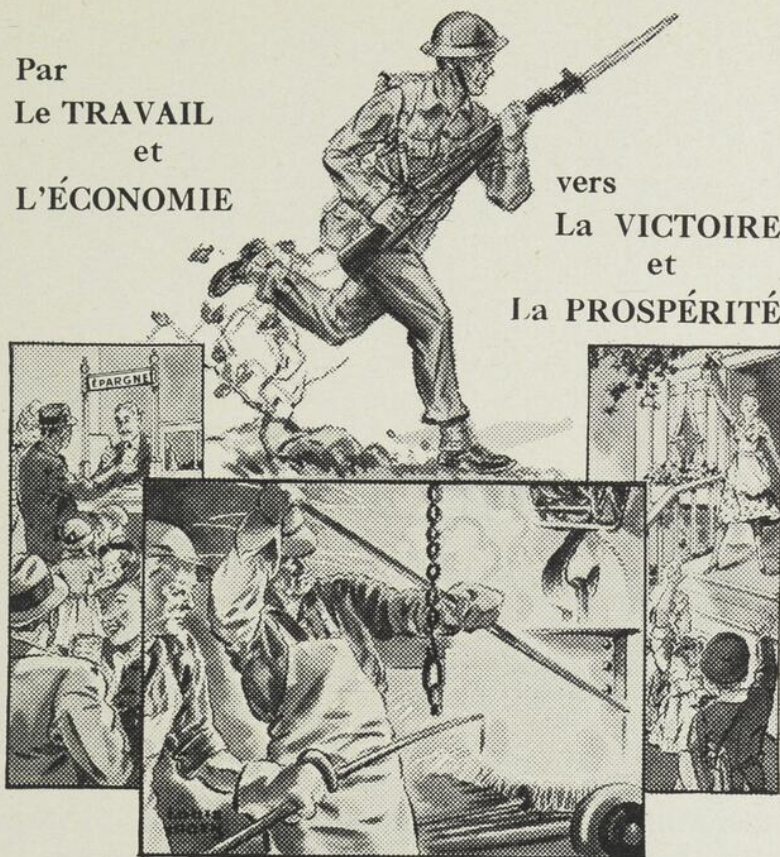
Ajustement des yeux artificiels - Prescription de MM. les Oculistes  
remplies avec soin.

•

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

Par  
Le TRAVAIL  
et  
L'ÉCONOMIE

vers  
La VICTOIRE  
et  
La PROSPÉRITÉ



---

LA BANQUE D'ÉPARGNE  
DE LA CITÉ ET DU DISTRICT DE MONTRÉAL

Fondée en 1846

*Coffrets de sûreté à tous nos bureaux*

SUCCURSALES DANS TOUTES LES PARTIES DE LA VILLE

S533

---

J. A. FILLION, C. A.  
COMPTABLE AGRÉÉ

CHAMBRE 425 - ÉDIFICE TRANSPORTATION  
132 OUEST, RUE ST-JACQUES - MONTRÉAL

Tél. LAncaster 2148-49

Spécialité:  
Responsabilité professionnelle

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



# GASTON RIVET

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

266, ST-JACQUES OUEST - MONTRÉAL

Bureau: MA. 2587 - Rés.: DO. 7415

## LES MEILLEURS CONTRATS AUX MEILLEURS PRIX

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

DES CENTAINES DE MÉDECINS SONT NOS CLIENTS SATISFAITS

Toutes Grosseurs  
D'ANTHRACITES

"WELSH"

"SCOTCH"

et

"SCRANTON"

'bleu'

"Le Marchand Indépendant"

# F. H. Phelan

"A la Tonne ou au Char"



MArquette 1279

315, RUE COLBORNE

Charbons  
BITUMINEUX

—

HUILE A  
CHAUFFAGE

—

COKE

Essayez L'Ohio

# CYCLOPROPANE

*Dans les NOUVEAUX CYLINDRES*

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

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

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

**COMPAGNIE D'OXYGÈNE DU CANADA LTÉE**  
Succursale de l'"Ohio Chemical & Mfg. Co."

2535 ouest, rue Saint-Jacques - Montréal, Qué.  
Téléphone: Willbank 1728



Savez-vous que chez

## Dupuis Frères

LIMITÉE

il y a un

### Technicien Orthopédiste

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

865 STE-CATHERINE EST

PLateau 5151

# Lecitamine

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

Ac. nucléinique	}	q.s. à saturation	Gluconate de calcium ... 2 grs.	0.13
Ovo-lécithine			Glycérophos. de sodium .. 4 grs.	0.26
Cérébro-lécithine			Glycérophos. de potassium 2 grs.	0.13
Vitamine B <sub>1</sub> ... ..		320 unités intern.	Guaranine ... ..	1 gr. 0.06
Vitamine C ... ..		800 unités intern.		

DÉSÉQUILIBRE PAR DÉFICIENCE  
VITAMINIQUE.

UNE OU DEUX CUILLERÉES À THÉ  
AUX REPAS.

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

Pour vos IMPRESSIONS, consultez

**THÉRIEN FRÈRES**

LIMITÉE

IMPRIMEURS - LITHOGRAPHES - GRAVEURS  
PHOTOLITHO

494 OUEST, RUE LAGAUCHETIÈRE - MONTRÉAL  
HArbour \* 5288



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



## DERNIERS DEVOIRS . . .

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

▲  
—  
SALONS MORTUAIRES  
SERVICE D'AMBULANCE  
—  
▼

# GEO. VANDELAC

FONDÉE EN 1890

LIMITÉE

*G. Vandelaç, Jr. - Alex. Gour*

120 EST, RUE RACHEL - MONTRÉAL

BEIair 1717

# MASSOTHÉRAPIE

•  
Mademoiselle IRÈNE MARTINEAU, G.M.E.

Graduée de l'Hôtel-Dieu et de l'Université de Montréal,  
Diplômée en Massage Suédois et en Gymnastique  
corrective de l'Hôpital Ste-Justine,

*annonce*

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

•  
Téléphone : CHerrier 7494

« Je ne saurais trop recommander un tel livre, exempt de lacunes et d'erreurs, dicté par une longue expérience, basé sur une énorme documentation, clairement rédigé en une langue aux expressions savoureuses ».

*A. David, Journal des Sciences Médicales de Lille, 19 septembre 1937.*

## La Diététique

---

OUVRAGE ÉCRIT  
EN COLLABORATION

**\$2.50**

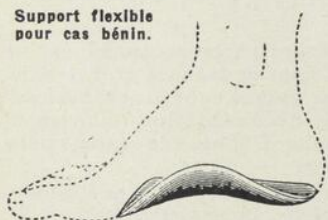
---

*En vente dans les meilleures librairies et à l'Hôtel-Dieu.*

## TABLE DES ANNONCEURS

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

Support flexible  
pour cas bénin.



Cas grave où le support  
Whitman est recommandé.



### PES PLANUS — PIED PLAT

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

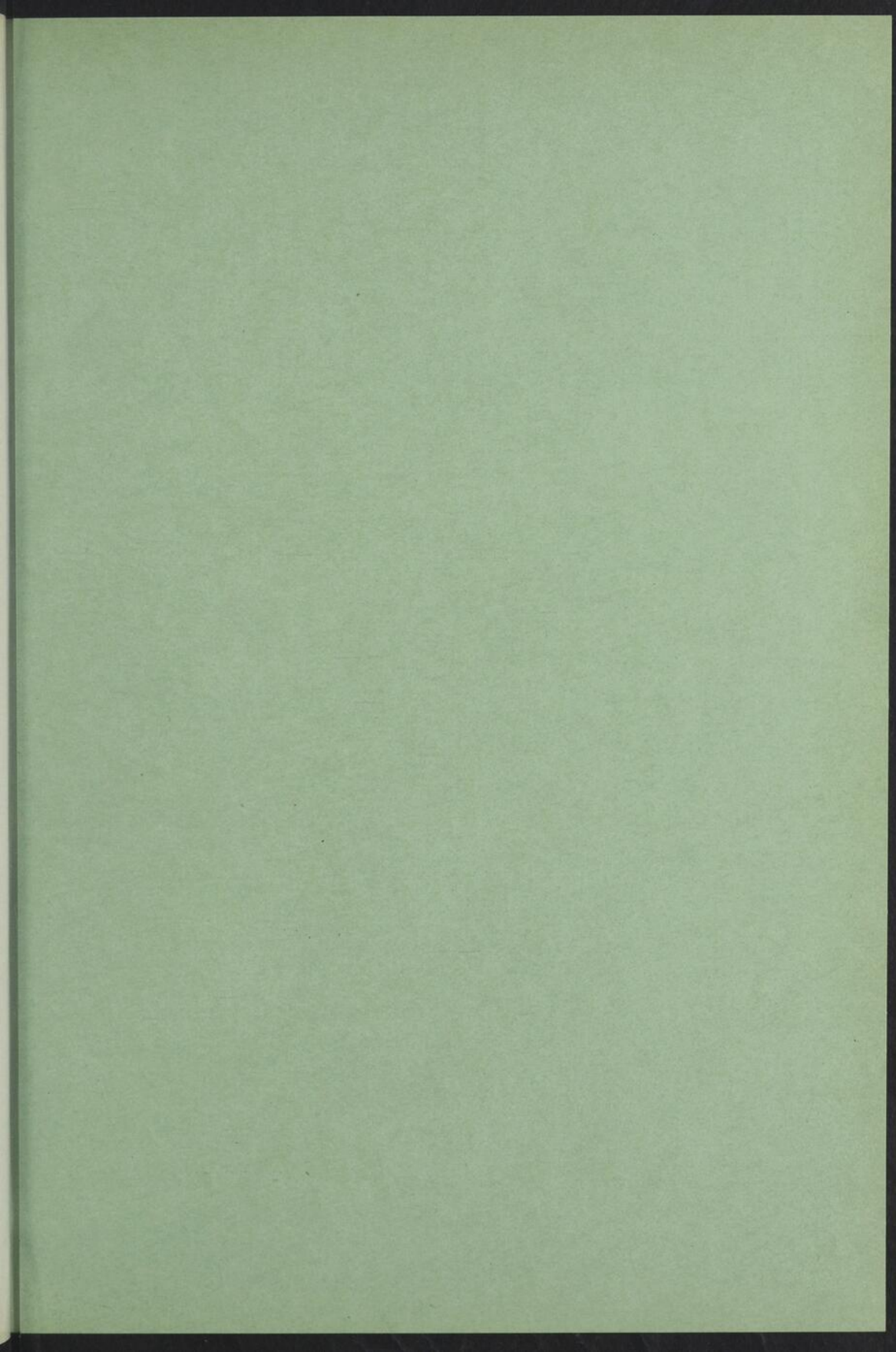
Veuillez conseiller à vos patients de se rendre à nos bureaux sur rendez-vous de façon à ne pas faire antichambre.

## J. A. DUCKETT

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

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

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





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

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

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

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

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

# PYRIDIUM

Marque de commerce déposée

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

Une décade de service  
dans les infections  
génito-urinaires

MERCK & CO. Limited

Fabricants-Chimistes

- - MONTRÉAL, P.Q.