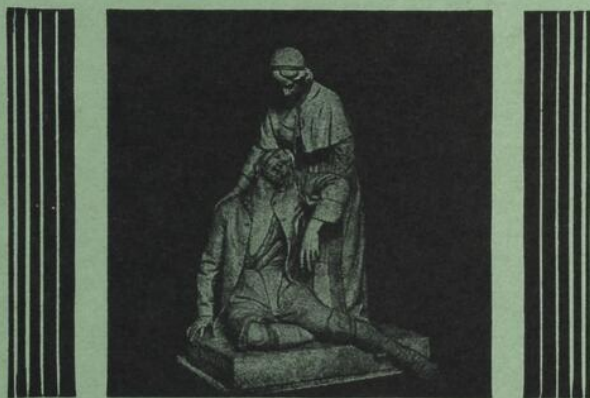


12-4-45
1826 162 26
Numéro 6

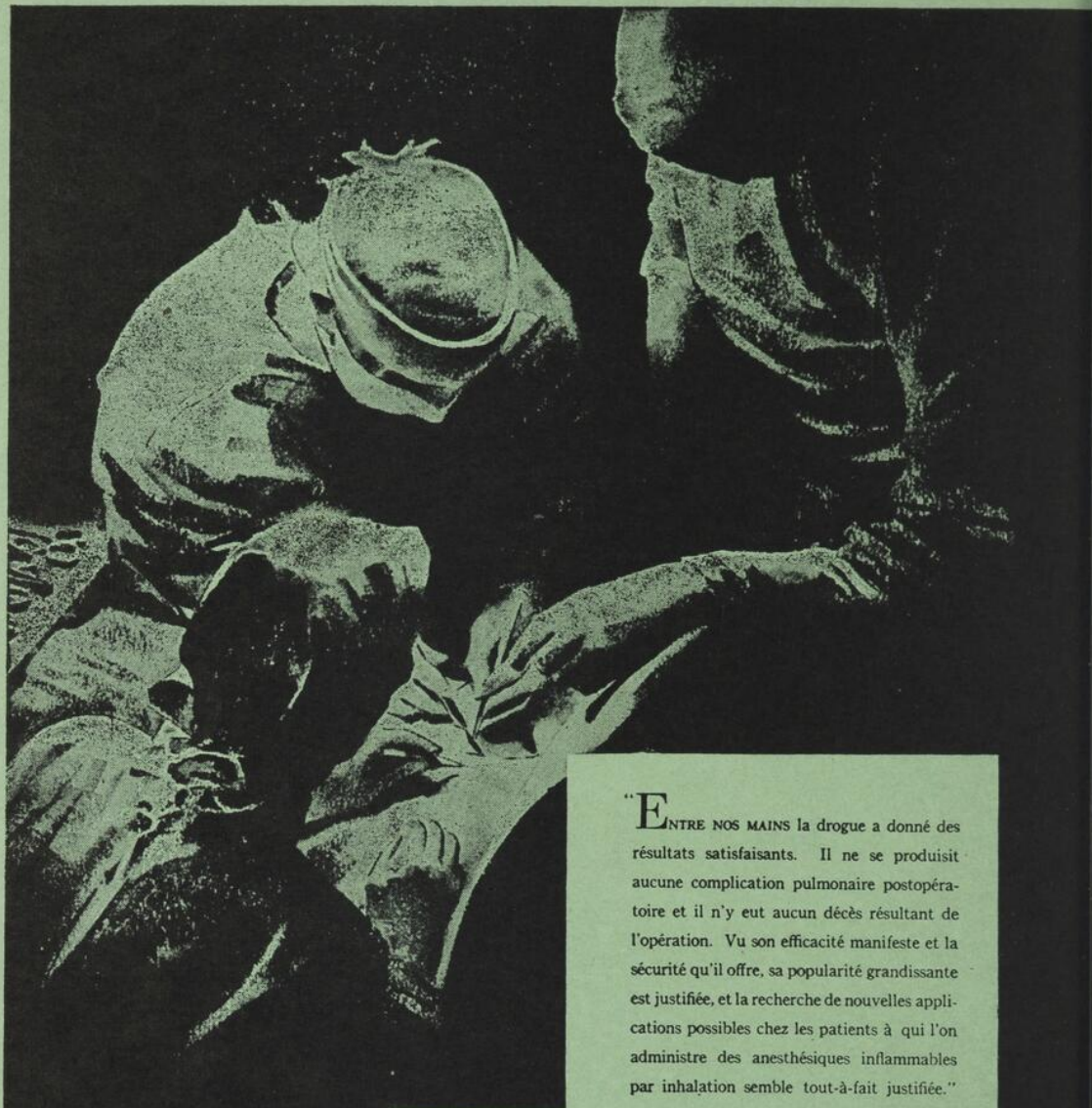
Treizième année

LE JOURNAL
... de ...
L'HÔTEL-DIEU DE MONTRÉAL



NOVEMBRE-DÉCEMBRE

1944



"**E**NTRE NOS MAINS la drogue a donné des résultats satisfaisants. Il ne se produisit aucune complication pulmonaire postopératoire et il n'y eut aucun décès résultant de l'opération. Vu son efficacité manifeste et la sécurité qu'il offre, sa popularité grandissante est justifiée, et la recherche de nouvelles applications possibles chez les patients à qui l'on administre des anesthésiques inflammables par inhalation semble tout-à-fait justifiée."

PENTOTHAL
SODIQUE

Ruth, H. S., Torell, R. M.,
 Milligan, A. D., Charleroy, D. K.
 LE PENTOTHAL SODIQUE,
 Sa Popularité grandissante est-elle justifiée?
Jour. Am. Méd. Assoc. 113: 1864 (18 nov.
 1939).

Laboratoires ABBOTT, Ltd.
 20 Chemin Bates, Montréal

SOMMAIRE du No 6

Novembre-Décembre

•

ANTONIO BARBEAU : La croisée des chemins	293
PIERRE-PAUL GAUTHIER: Les gaz toxiques	322
JEAN-LÉON DESROCHERS : Un cas de lombo-sciatal- gie	335
ALBERT COUTU : Les muscles redresseurs	340
Table des matières pour 1944	355

NADEAU

DÉBILINE

NADEAU

Cholagogue

Cholérétique

Par comprimé :

Acide déoxycholique ... 1½ grn.

Pancréatine ¾ grn.

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

LABORATOIRE **NADEAU** LIMITÉE
100 ST. PAUL O. MONTRÉAL CANADA

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

FORMULE: Chlorure
d'ammonium 0.25;
chlorhydrate d'oxyqui-
noline 0.05; hydrate
de terpine 0.03 gm.
par comprimé.

Littérature et échantillons
sur demande

•
LABORATOIRES R. SAVOIRE
Vendôme, France

•
CANADA :
LABORATOIRES JEAN OLIVE
200, rue Vallée, Montréal

INDICATIONS : Pyélites - Pyélonéphrites - Cystites coli-
bacillaires - Lithiases oxaluriques et phosphaturiques -
Cholécystites - Toxémies colibacillaires - Traitements post-
opératoires - Cystites des prostatiques - Etc.

PYOCOLINE

réalise

L'ANTISEPSIE INTESTINALE
HÉPATIQUE - URINAIRE
- ASSURE LA DIURÈSE -
ENTRAVE LA PULLULATION DU COLIBACILLE

*Action antiacide
prompte et soutenue*

Le Creamalin corrige rapidement l'acidité gastrique. Son effet est durable et son administration n'occasionne aucune réaction compensatrice au niveau de l'estomac, comme cela se produit habituellement dans l'emploi des alcalins; par conséquent le Creamalin ne provoque non plus aucune hypersécrétion réactionnelle de l'acide chlorhydrique. En outre, il n'entraîne aucunement la présence d'alcalose.

Le Creamalin soulage rapidement les douleurs et l'aigreur de l'estomac associées à l'hyperacidité gastrique.

Le Creamalin amène souvent la guérison de l'ulcère peptique lorsqu'on l'associe au régime préconisé dans cette affection.

*Saveur agréable
Faciles à garder sur soi
et à prendre
Action efficace*



COMPRIMÉS

C R E A M A L I N

Marque de commerce enregistrée

Marque du GEL D'HYDROXYDE D'ALUMINIUM

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Produits pharmaceutiques supérieurs à l'usage de la Faculté.



Succursale au service de MM. les médecins
du Québec :

Immeuble "Dominion Square"
MONTRÉAL, P. Q.

Administration et laboratoires à :

WINDSOR, Ontario.
1019 ouest, rue Elliot



"C'est ce que j'appelle une Guérison Rapide!"

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

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



AMPHOJEL

"Premier Gel d'Alumine fabriqué au
 Canada" Un "Wyethical"

†WOLDMAN, E.E., and POLAN, C.G.: La valeur de l'hydroxide colloïdal d'alumine dans le traitement de l'ulcère peptique, étude de 407 cas consécutifs, Am. J. M. Sc. 198: 155-164 (Août) 1939.

JOHN WYETH & BROTHER (Canada) LIMITED, Walkerville

CASGRAIN & CHARBONNEAU Ltée
présente

Un traitement extraclinique

STOMAGEL *pansement stomacal*

MODE D'ACTION

ABSORPTION — ENROBAGE
AMPHOTÈRE — SANS DANGER D'ALCALOSE

INDICATIONS

THÉRAPEUTIQUES

- ULCÈRE PEPTIQUE
- ULCÈRE DUODÉNAL
- HYPERACIDITÉ GASTRIQUE

FORMULE

Gel d'Hydroxyde d'Alumine	3 grains
Trisilicate de Magnésie	2 "
Sécrétine	1/4 "
Ext. de Belladone	1/40 "
Kaolin colloïdal	2 "
Vitamine "B ₁ "	100 U.I.
Vitamine "C"	160 U.I.

Les comprimés de STOMAGEL sont préparés sous la surveillance et le contrôle immédiat de :
Charles Laurin, B.A., B.Ph., — Léopold Bergeron, B.A., B.Ph., Assistant bactériologiste
Pharmaciens, Chimistes, Analystes, Biochimistes, diplômés de l'Université de Montréal.

CONDITIONNEMENT

50 — 100 — 500 — 1000

Echantillons sur demande à messieurs les médecins seulement

Spécialité du Laboratoire

CASGRAIN & CHARBONNEAU
Limitée

THERAPEUTIQUE VITAMINES SELS MINÉRAUX MINEROVITE E.B.S.

VITAMINES et SELS MINÉRAUX

Ce n'est que de temps en temps que l'on trouve des cas indiquant, d'une façon bien définie, la carence d'une seule vitamine. En général, les carences de vitamines sont multiples et offrent une image clinique confuse très difficile à diagnostiquer. La peau, l'appareil digestif, les systèmes nerveux, hémopoïétique et cardio-vasculaire peuvent être affectés. Dans les cas où le diagnostic indique une carence quelconque, sans indiquer positivement quelle est la vitamine qui fait défaut, une préparation multivitaminique est indiquée.

LE MINEROVITE E.B.S. est une préparation de ce genre, contenant, dans chaque comprimé, environ la moitié du minimum quotidien de chacune des vitamines qui sont reconnues comme essentielles à la santé humaine. Pour vous guider dans la prescription de la dose convenable, le tableau ci-contre, montrant la composition du Minerovite, se trouve sur tous les flacons.

ÉLÉMENTS TRACEURS : Il y a quelques années, des chercheurs agricoles commencèrent à dépister la cause des maladies résultant d'une carence quelconque qui affectait le bétail dans certaines régions. L'on trouva que cela provenait du manque de quantités minimes de certains éléments (appelés depuis "éléments traceurs"). Plusieurs de ces éléments ont été trouvés, et de petites quantités de chacun sont essentielles à la vie saine des mammifères. Parmi eux, le cuivre et le manganèse qui sont incorporés dans le Minerovite, 100 mgr. de chaque par comprimé.

INDIQUÉ comme supplément de vitamines et sels minéraux prophylactique dans les cas de régimes restreints pour des raisons d'allergie, ulcère peptique ou convalescence, et comme remède thérapeutique dans les cas d'hypovitaminose.

**SUR VOS ORDONNANCES,
INSCRIVEZ "E.B.S."
APRÈS LE NOM
MINEROVITE**

En flacons de
100, 500 et 1,000
comprimés.



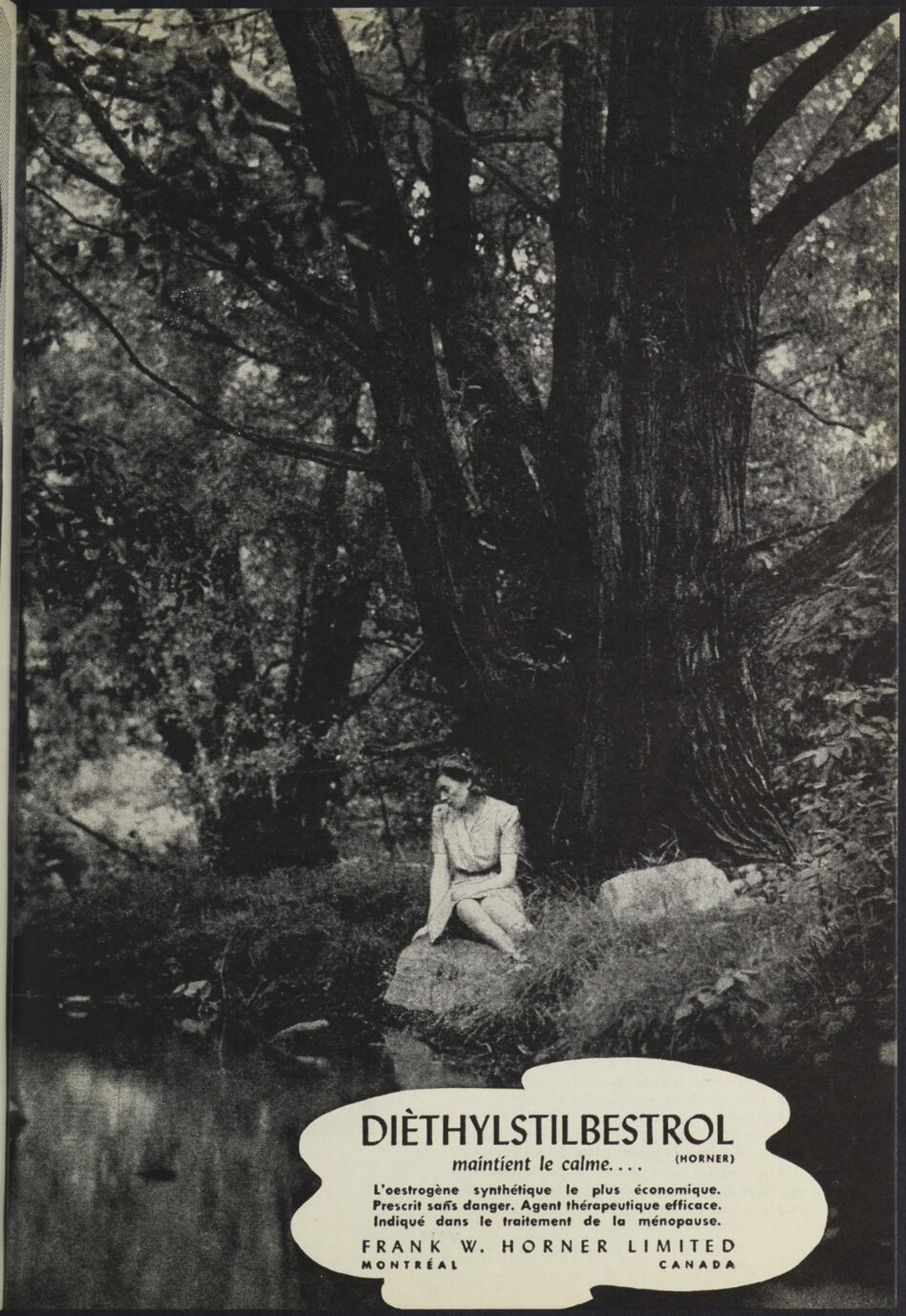
Formule — C.C.T. No. 466 Minerovite E.B.S.

Chaque comprimé contient:

Vitamine A	2500 Unités Internationales
Vitamine D	400 Unités Internationales
Vitamine C	17.5 mgr. (350 Unités Internationales)
Vitamine K	.008 mgr. (200 Unités Dam)
Vitamine B1 (Chlorure de Thiamine)	.375 mgr. (125 Unités Internationales)
Vitamine B2 (Riboflavine)	.50 mgr.
Vitamine B6 (Chlorhydrate de Pyridoxine)	.125 mgr.
Acide Pantothénique	.125 mgr.
Niacine	5 mgr.
Combinés aux sels des éléments suivants: Fer, manganèse, cuivre et calcium.	

THE E. B. SHUTTLEWORTH CHEMICAL CO. LIMITED
TORONTO MANUFACTURING CHEMISTS CANADA

Fondée en 1879

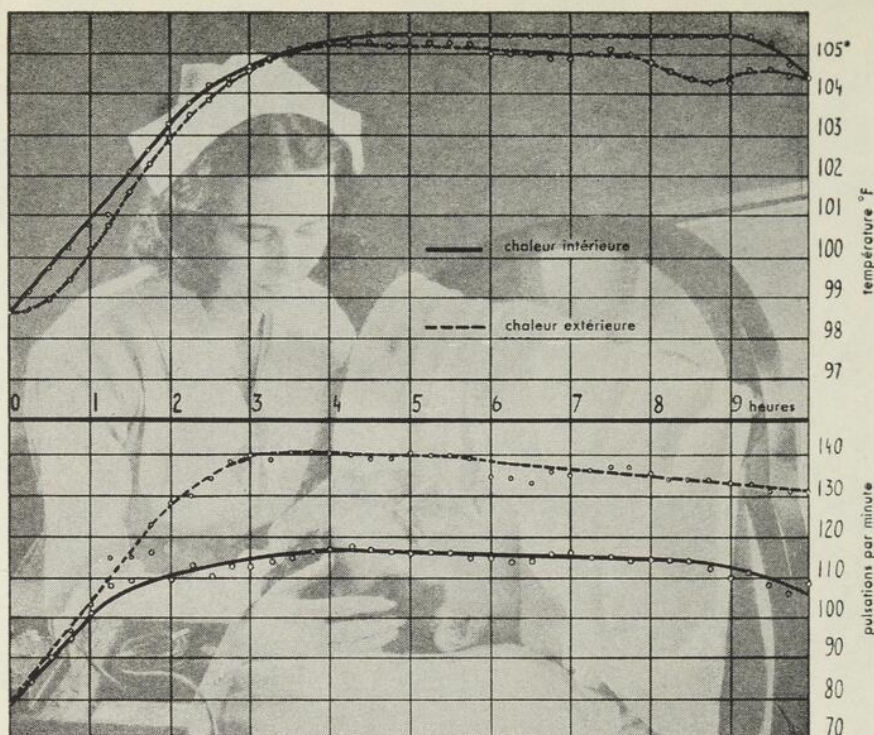


DIÈTHYLSTILBESTROL

maintient le calme... (HORNER)

L'oestrogène synthétique le plus économique.
Prescrit sans danger. Agent thérapeutique efficace.
Indiqué dans le traitement de la ménopause.

FRANK W. HORNER LIMITED
MONTRÉAL CANADA



Effet de la chaleur externe et interne sur le rythme du pouls avec des températures rectales de même intensité. Extrait de *Physiologie de l'Hyperpyrexia* par S. L. Osborne. Dissertation de Doctorat, Northwestern University, 1940.

PYRÉTHÉRAPIE AVEC AUGMENTATION MINIMA DE LA VITESSE DU POULS

Une longue expérience et de vastes recherches consignées dans la littérature médicale démontrent de plus en plus l'importante différence qu'il y a en pyréthérapie entre les procédés externes et internes d'échauffement, car l'une et l'autre de ces modalités ont été utilisées pour élever la température du corps et la maintenir pendant plusieurs heures.

Il faut reconnaître que si l'on se sert seulement de la chaleur externe c'est-à-dire à l'aide d'un meuble dans lequel on place le patient et où l'air chauffé et humidifié circule, l'équilibre thermique du corps est brisé du fait que la température de la peau s'élève davantage que la température viscérale.

Pour parer à cet inconvénient, on recommande de remplacer l'air dans le cabinet par un champ d'induction de haute fréquence. Dans une telle combinaison, le champ d'induction (générateur de chaleur interne) monte la température du patient au niveau désiré et le cabinet isole et diminue la déperdition de chaleur.

Les courbes composées de la température rectale et de la vitesse du pouls telles qu'illustrées ci-dessus, démontrent bien les avantages qui

découlent de cette méthode sur le seul chauffage externe.

Quand l'Inductotherme G.E. est employé en combinaison avec le Cabinet Thermique G.E. votre patient est assuré des conditions qui non seulement atténuent ses malaises mais aussi contribuent à une plus grande sécurité au cours du traitement.

A l'appui de ces assertions nous serons heureux de vous adresser des copies d'articles très autorisés. Demandez la série des publications No K 412.

Adresse : La Succursale Victor qui vous est la plus proche.

VICTOR X-RAY CORPORATION of CANADA, Ltd.

DISTRIBUTORS FOR GENERAL ELECTRIC X-RAY CORPORATION

TORONTO: 30 Bloor St. W. - VANCOUVER: Motor Trans. Bldg. 570 Dunsman St.
MONTREAL: 600 Medical Arts Building - WINNIPEG: Medical Arts Building



Le Journal de l'Hôtel-Dieu de Montréal

Fondé en 1932

par

Oscar Mercier

Léo-E. Pariseau

Ernest Prud'homme

Ernest Trottier

BUREAU DE DIRECTION

ALBERT JUTRAS, *Président*

EDOUARD DESJARDINS, *Secrétaire-trésorier*

RÉDACTION

ANTONIO BARBEAU, *Redacteur-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 6

Novembre-Décembre 1944

LA CROISÉE DES CHEMINS

Par ANTONIO BARBEAU

Il n'avait pas quarante ans l'aimable Joachim Du Bellay quand il écrivit son immortel sonnet :

« Heureux qui, comme Ulysse, a fait un beau voyage
Ou comme celui-là qui conquiert la Toison
Et puis, est revenu plein d'usage et raison
Vivre, chez ses parents, le reste de son âge »...

A quarante ans le médecin a fait un beau voyage. Dans une exaltation souvent douloureuse et toujours jeune, il connaît des joies professionnelles et personnelles. Sa famille, ses enfants continuent de lui apporter de chères préoccupations et des bonheurs inquiets. Il n'a pas, tel Jason, conquis la Toison fantastique. Une situation acquise, une clientèle attachante lui accordent la sécurité présente et pour l'avenir une tranquillité relative.

Plein d'usage, il a vécu au sens fort du terme. Il a aimé; il a souffert. En cours de route, il a perdu des amis; il en a trouvé de nouveaux. Ses contacts indéfiniment répétés avec des gens de tous les milieux et dans les circonstances innombrables de la vie lui ont appris ce qu'on

pouvait attendre, mais pas plus, des êtres et des choses. Autour de lui, le monde a bougé... Ses maîtres, et ceux-ci qui par leur personnalité tenaient les rênes dans la société politique, religieuse, sociale de son milieu immédiat, sont partis les uns après les autres. Une guerre brutale, une prospérité factice, une débâcle financière, une autre guerre, les troublantes perspectives d'un après-guerre prochain ont engendré sous ses yeux un chambardement monstrueux des concepts et des mœurs... Il en a tellement vu que la folle illusion ne pousse plus sur ses plates bandes...

Plein de raison aussi, il connaît, par expérience, l'écart qui existe entre ses désirs, ses rêves et leurs réalisations possibles. Il a livré, pour le bien commun, certaines batailles... Le résultat le meilleur fut un compromis entre l'idéal et la réalité ! Et la cicatrice est toujours là des ingratitude, des abandons, des calomnies dont on l'a payé de retour... Maintenant, un petit serrement retrosternal qui se répète, une vague douleur articulaire, une alerte sérieuse, la mort imprévue d'un collègue, d'un ami, d'un parent, d'une connaissance, l'avertissent que, n'étant pas encore vieux, il n'est déjà cependant plus jeune... Et dans cette méditation mélancolique des soirs de lassitude qui se font plus fréquents se dessinent d'une part l'apparente inanité des enthousiasmes altruistes et de l'autre, les joies immédiates du métier, du foyer, des arts, des sports qu'on aime... Solution des sages ou des faibles si l'on veut, mais il fait si bon

Vivre chez ses parents, le reste de son âge...

Et cependant, que deviendrait la collectivité sans les hommes de quarante à cinquante ans ? Ils assurent dans le mobile une permanence. Les aînés, qui sont maintenant dans la soixantaine et au-delà, ont mené leurs combats. Leur œuvre est essentiellement accomplie. Ils ont marqué leur temps, leurs élèves et les institutions. La plupart, —

mais pas tous, — car la notion de l'âge n'est pas chronologique — ont maintenant une certaine rigidité de pensée et conservent une certaine amertume de ce que le monde n'est pas exactement ce qu'ils auraient voulu qu'il fût. A l'autre pôle, les jeunes sont impatients, ivres d'une liberté qui leur dévoilerait sans retard un horizon différent. Nous avons connu cet état d'âme. Les hommes d'âge moyen gardent assez de souplesse pour s'adapter aux conditions nouvelles, assez de sagesse et d'expérience pour éviter les désastreuses embardées. Ils sont les chefs naturels d'une évolution progressive... Dans tous les pays... Dans toutes les sphères de l'activité humaine : morale, politique, professions, commerce, etc....

Cette fonction, les hommes de quarante à cinquante ans l'assument en général. On les voit partout aux avant-postes, aux leviers de commande. Dans leurs milieux respectifs, ils créent le présent, ils dictent l'avenir. Leur tâche est énorme. A cause des multiples défections égoïstes... A cause de ceux qui, parmi eux, sont restés pathologiquement jeunes ou sont prématurément devenus séniles. A cause surtout, par les temps qui courent, de ceci...

Notre société sera demain ce que les hommes de notre génération auront dans tel domaine voulu qu'elle soit. Si une philosophie générale, communément reçue, sait apporter partout, avec les nuances appropriées à tel cas particulier, la réponse concrète à nos problèmes, nous aurons la paix, l'harmonie, le succès... Il ne suffit plus, bien que ce soit toujours notre premier devoir, de posséder les meilleurs ingénieurs, les meilleurs architectes, les meilleurs commerçants, les meilleurs médecins. L'ère du métier, se satisfaisant lui-même, est révolue... Nous vivons présentement, nous vivrons davantage demain sous le signe de la socialisation, qui s'empare de l'individu dans toutes ses possibilités, dans toutes ses spécialités...

Et alors le problème de nos médecins de quarante à cinquante ans devient, pour une grande part, celui de notre médecine canadienne-française, celui de notre peuple canadien-français. Nous sommes tous à la même croisée des chemins. Il nous faut décider. Deux écueils terribles nous menacent. D'un côté, un nationalisme outré, aveugle, vaniteux, inconscient, égoïste, qui fermant les fenêtres extérieures, nous vouerait à une dégénérescence certaine; de l'autre, une assimilation par une majorité étrangère, orgueilleuse, accapareuse qui nous réduirait aux rôles de valets. Des problèmes apparemment aussi disparates que la réforme de notre enseignement médical, l'assurance-santé, la socialisation de la médecine, la collaboration étrangère, la collaboration avec l'étranger et combien d'autres, ne pourraient-ils pas se résoudre à la lumière de principes doctrinaux sûrs, de perspectives historiques claires... La thèse une fois de plus nous donnerait-elle la solution de l'hypothèse? Il ne peut déplaire à des esprits latins de puiser parfois dans la contemplation les directives de leurs actes...

I — Quelques points de doctrine.

Notre premier devoir de médecins est de posséder un métier complet. C'est un truisme sur lequel il serait impertinent de s'appesantir... Or le métier est universel dans ses sources, dans ses réalisations, dans ses techniques. Partout, la médecine et la chirurgie empruntent les données de la physique, de la chimie, de la biologie, de l'anatomie, de l'anatomie-pathologique, de l'examen clinique. Partout les procédés d'investigation, les voies de l'interprétation et du traitement sont les mêmes. Une organisation plus poussée, un personnel plus entraîné et plus nombreux, des ressources financières plus abondantes, une pédagogie plus systématisée, font que tel pays, dans tel domaine et à tel moment de l'histoire possède une supériorité éclatante.

C'est là qu'il faut aller. C'est de là qu'il faut cueillir pour les mettre en pratique, dans toute la mesure de nos possibilités, les avantages d'autrui. Mais à moins d'être d'éternels parasites, nous avons l'obligation, nous aussi, d'enrichir le métier universel. Personne, je crois, n'en discutera...

Cet internationalisme n'exclut d'ailleurs pas, au sein du métier, des particularités d'application. A science égale, tous les médecins ont à leur disposition les mêmes techniques. Est-ce à dire qu'ils les doivent toutes employer concurremment ? Je sais bien que cela se fait et qu'en certains milieux, on en vient à réaliser pour tout malade en acte ou en puissance un profil biopathologique complet. Sorte de pêche au filet menu : tous les poissons, petits et grands, morts et vifs, comestibles ou non s'y prennent ; on garde les bons, on rejette les autres. C'est là une médecine d'exception, parfois nécessaire, matériellement impossible sur une vaste échelle. D'ordinaire quand un choix est permis entre les procédés susceptibles de conduire à la fin désirée, qui est un diagnostic précis et une thérapeutique efficace, l'art apparaît. L'art, façon singulière de mettre en œuvre des moyens identiques. En ce sens, une touche originale distingue, dans leur ensemble, la médecine anglo-saxonne, américaine, française, etc. Ainsi la médecine américaine met l'accent sur les constatations de laboratoire, raisonne sur des données statistiques ; la médecine française est plus intuitive, elle s'appuie davantage sur un examen clinique approfondi du malade et sur une amnèse subtile... Question de tournure d'esprit et de culture générale, colorant l'exercice courant du métier, n'excusant jamais les omissions préjudiciables, mais soulignant déjà les préférences intellectuelles et affectives du médecin.

La biologie humaine obéit aux lois qui régissent toute la matière vivante. Les données que nous fournissent l'ob-

servation et l'expérimentation biologiques trouvent chez l'homme leurs applications, dans la mesure précise où l'homme participe à la vie... C'est en ce sens, que, nonobstant les différences de genres et d'espèces, nous puisons à pleines mains dans les trésors des sciences de laboratoire... Il y a plus. Le climat, l'hérédité spécifique et familiale, la race, les notes particulières de la constitution et du tempérament, etc., font de chaque sujet un individu que nous n'embrassons jamais que par approximation plus ou moins adéquate... Suffisamment toutefois pour établir des groupes ou des sous-groupes aux systèmes réactionnels peut être comparables... Ce n'est cependant encore qu'une ébauche en ce qui concerne l'être humain. Car, il est plus qu'un individu; il est une personne douée d'un psychisme propre, d'une volonté libre et d'une fin ultime exclusive... Or, certains médecins continuent à ne voir dans le malade qu'un ensemble de mécanismes biologiques perturbés de telle ou de telle façon. D'autres s'élèvent jusqu'au concept plus ou moins évolué de l'individualité. C'est, par exemple, dans son élan merveilleux mais incomplet, le grand mouvement contemporain de la médecine psychosomatique. Rares sont les malades chez qui un complexe affectif individuel ou social n'entre pas dans la genèse de la maladie ou dans l'œuvre de la guérison... Nous croyons qu'il y a plus encore. Comprendre convenablement un malade, c'est le saisir dans toute sa biologie, dans toute son individualité, dans toutes les nuances subtiles de sa personne. Et pour cette appréhension intégrale, il n'est pas indifférent que malades et médecins, maîtres et élèves, participent d'un même milieu humain, d'une même culture générale, d'une même philosophie de la vie.

En voici une autre raison, supérieure. La médecine ne se confine pas à des rapports isolés entre médecins et malades. Elle embrasse le domaine social. Le médecin est le confident et le conseiller, non seulement de ses clients,

mais aussi des familles de ses malades, et en des matières qui ne sont pas exclusivement médicales. Son influence indéniable fut maintes fois décisive. Il fut de tout temps, au chapitre de l'hygiène, conseiller des municipalités, des provinces et des pays. Il est appelé à le devenir de plus en plus. Après la guerre, le nombre des lois visant à l'amélioration de la santé physique et psychologique des citoyens sera indiscutablement décuplé. « On verra alors maints faits, maintes théories sortir de la cage dorée où nous les gardons présentement, pour gagner les législatures et les codes. Faits et théories venus de partout, universels comme la culture médicale, mais qui devront dans l'application se nuancer à la couleur des cultures particulières, se couler dans le moule des philosophies singulières de la vie, propres à chaque peuple et à chaque race ».¹ Déjà les projets d'assurances-santé nous en fournissent des exemples. Il en est d'autres, de multiples autres. Ainsi l'euthanasie, l'avortement thérapeutique, la stérilisation des inaptes sont, du strict point de vue du métier médical, discutables. Pour les médecins de notre mentalité et de notre foi, ils sont inadmissibles. Et ils sont inadmissibles pour des motifs supérieurs à ceux de l'exercice coutumier de notre profession mais essentiellement intégrés dans notre personnalité médicale.

En résumé, le médecin doit viser à posséder un métier parfait. C'est son obligation fondamentale, indiscutable. Pour atteindre à ce sommet, il lui faut communier avec tout l'univers dans l'orbite de ses préoccupations scientifiques. Mais ce métier, ce savoir ne restent pas suspendus dans l'abstrait. Dès qu'il se concrétise, apparaît l'art que polarisent les innéités, la formation antérieure professionnelle, que spécifient davantage encore la personne du malade

¹ A. BARBEAU. « Le Médecin ». Revue Dominicaine. Vol. XLVIII, fév. 1942.

et celle du médecin. Enfin, sur le plan social, notre métier rencontre une culture plus vaste et plus particularisée à la fois, culture dont il doit épouser les contours... Toute conception de la médecine, qui n'embrasse pas l'existence de tous ces facteurs et qui ne les dispose pas dans une hiérarchie nécessaire, est fatalement fautive et destructrice. Peu importe le brio apparent dont elle s'affuble...

II. — *Perspectives historiques.*

Quelle est la meilleure médecine ? L'américaine, l'anglaise, la française, la russe, etc., etc. ? Cette question est insoluble, car elle n'a pas de sens. Le terme médecine est très générique. Il comprend la médecine proprement dite, la chirurgie, les diverses spécialités, l'hygiène. Il implique un enseignement universitaire et post-universitaire. Il s'entend aussi de l'exercice de notre profession dans des circonstances de temps et de lieux extrêmement variables ; pratique à la campagne, dans de petits ou de grands centres urbains, dans nos vastes hôpitaux, dans les instituts spécialisés. Certes, un même lien doctrinal réunit ces éléments disparates, une même source de savoir les alimente. Mais, dans l'ordre concret, il est impossible de les juger tous avec les mêmes critères.

A l'heure présente, la similitude de l'enseignement médical à travers le monde, les innombrables moyens de diffusion de la science ; livres, revues, conférences, etc., etc., rendent partout assez uniforme, dans des circonstances semblables d'organisation, l'exercice de notre métier. Le médecin de nos campagnes, de nos villages, de nos villes, de nos hôpitaux procèdent comme leurs confrères des autres pays : France, Angleterre, Etats-Unis, Allemagne, etc., etc. Et les résultats sont comparables.

Malheureusement, quand on parle de l'excellence d'une médecine, on oublie d'ordinaire les milliers et les milliers

de praticiens qui en sont les plus efficaces et les plus féconds dispensateurs. Lettres minuscules essentielles, sans lesquelles, il n'y aurait pas de livres...; Anonymes sacrifiés, sans lesquels la médecine, science d'application, perdrait presque entièrement sa raison d'être... On s'arrête uniquement aux majuscules superbes. C'est par les maîtres, les hôpitaux, les instituts de recherches, les universités avec leurs laboratoires, que se fondent les renommées.

Appréciée sous cet angle, la supériorité apparente d'un pays sur les autres a varié au cours des siècles. Chacun eut sa part; aucun ne l'eut en entier. Autrefois le facteur humain jouait presque seul. Pour avoir, à tel moment et dans tel domaine, produit un ou plusieurs génies, certains pays ont connu la gloire... La France, l'Angleterre, l'Allemagne, tour à tour, et parfois simultanément, vécurent ces moments prestigieux. Mais voici que depuis cinquante ans au moins, la médecine ayant résolument accepté les prémices de Bacon et de Descartes, fait aux sciences connexes un appel de plus en plus poussé... Les difficultés du travail individuel s'en trouvent indéfiniment multipliées.

Au stage où nous en sommes, les découvertes sensationnelles et bouleversantes sont rarissimes. Quand elles éclatent aux yeux ébahis des profanes, elles ont déjà toute une histoire... Des chercheurs plus ou moins anonymes ont de partout collaboré à cette pseudo-génération spontanée. D'ordinaire, c'est sous l'égide d'une organisation matérielle puissante, sous la direction de maîtres nombreux et libres de toute servitude pratique, qu'une multitude d'individus spécialement entraînés créent la science nouvelle... Les peuples qui, par leur tournure d'esprit, ont saisi ces nécessités de notre époque; ceux-ci qui dans un altruisme intelligent ont su délier convenablement les cordons de leurs bourses ont vu leur médecine s'élever au premier rang.

L'exemple le plus topique de cette ascension nous est fourni par nos amis des Etats-Unis... Ce sont des maîtres organisateurs. Convertis à l'idée du travail par équipe, ils ont appliqué à la mobilisation des plus grands savants étrangers et américains, à la création de laboratoires merveilleusement outillés, à la fondation d'instituts parfaits, les sommes énormes que leur versaient l'Etat et de riches philanthropes. Leur enthousiasme leur a interdit d'être d'éternels suiveurs. Ils ont créé et ayant créé et ayant démontré qu'ils pouvaient créer, ils ont attiré à leurs œuvres des subsides nouveaux. Tant et si bien qu'en maints domaines, ils sont devenus les maîtres incontestés... que les autres nations admirent... et copient.

Les Sud-Américains, les Allemands, les Anglo-Canadiens ont, à une échelle moindre, procédé de la même façon... Restent la France et nous.

Nous avons accoutumé à voir toujours, dans les sphères intellectuelles, la France à l'avant-garde. Médicalement, son art demeure suprême à nos yeux. Son métier n'a pas trop démerité si l'on tient compte des circonstances tragiques qui ont, depuis trente ans, accablé notre ancienne mère-patrie; deux guerres dévastatrices ont fauché ses plus beaux espoirs humains et drainé vers d'incessantes reconstructions ses ressources matérielles. Mais elle a tenu, et en certains cas, tenu magnifiquement.

Nous avons dit ailleurs¹ l'évolution de notre médecine canadienne-française. Inutile d'y revenir, sinon pour rappeler que, du point de vue doctrinal, cette évolution se divise depuis cinquante ans en trois périodes d'inégale durée. La première, la plus longue, embrasse un quart de siècle. Nos maîtres y ont résolument adopté la forme et le fond de la

¹ BARBEAU : Evolution de la médecine canadienne-française. Le Bulletin des Etudes Françaises, janv. 1942.

médecine française. Puis, notre génération, tout en gardant l'esprit médical de France a de plus en plus abondamment puisé au métier universel. A partir de 1939, les jeunes ont tendance à n'épouser que le fond et la forme de la médecine anglo-saxonne. Est-il téméraire d'affirmer que, dans un juste milieu, la meilleure formule était la nôtre? Quoi qu'il en soit, nous avons réussi à fournir à notre peuple une armée de praticiens dont la valeur n'est inférieure à aucune autre. Toutefois, nos laboratoires, mal pourvus matériellement, peuplés d'un personnel habituellement compétent, mais mal rétribué et insuffisant en nombre n'ont pas donné les chercheurs éminents que nous espérons. Nos cliniciens, absorbés par une accablante besogne et par le souci du pain à gagner, n'ont guère cultivé le travail en profondeur et, par une timidité de mauvais aloi, se sont abstenus de publier leurs belles réussites. Nous avons surtout souffert de deux maux. La pauvreté matérielle, que n'ont pas corrigée des subsides d'état, généreux mais sporadiques et de rares dons individuels. Le manque d'organisation... qui nous a empêché, entre autres choses, du point de vue métier, de construire des centres médicaux et des instituts spécialisés, capables de nous placer sur la carte géographique de la médecine universelle, du point de vue social, de revendiquer pour notre médecine canadienne-française la place qui lui revient de droit...

En deux lignes, la supériorité toute relative d'une médecine sur les autres s'exprime essentiellement dans le domaine de la recherche, de l'enseignement et de l'exercice hautement spécialisé. Si le facteur humain reste primordial dans l'acquisition de cette supériorité, il est éminemment conditionné dans sa réalisation et dans l'état actuel de l'évolution de la médecine par une organisation matérielle adéquate... Il semble bien qu'à l'heure présente, la médecine américaine et anglo-saxonne puisse, du point de vue métier, nous servir de modèle. En ce qui a trait à la culture et à

l'art, nous croyons nécessaire de nous abreuver à d'autres sources... plus conformes à nos affinités et à nos aspirations naturelles.

III. — De la thèse à l'hypothèse.

Telle est la thèse. En conclusion, nous voulons une médecine canadienne-française capable de tout assimiler et de créer pour sa part, ... forte du point de vue métier, originale dans sa conception doctrinale, éminemment adaptée à nos malades, rayonnante et sûre dans ses applications sociales. Les prémices ne soulèvent guère d'objections. L'hypothèse est autrement litigieuse. Pour arriver à une même fin, les moyens sont multiples. Ceux que nous suggérons, et qui ne sont pas les seuls possibles, nous paraissent appropriés. Les uns ont trait à notre métier. Les autres visent à l'intégration de notre métier dans notre milieu propre. Distinction d'ailleurs très souvent artificielle, ainsi qu'on le verra par la suite.

En ce qui concerne notre métier, nos efforts doivent porter sur tous les fronts, mais avec une pression très différente et fort inégale. Ainsi nos médecins praticiens, qui exercent excellemment leur art, ont surtout besoin d'une meilleure organisation matérielle. Ils ont appris à l'Université et à l'Hôpital l'apport considérable que dans le diagnostic et le traitement leur peuvent donner les techniques de laboratoires. Or, ils sont privés de laboratoires. Ne pourrait-on pas, comme on l'a déjà proposé, leur fournir, des laboratoires physico-chimiques et radiologiques, en des endroits stratégiques et pratiques. Ne conviendrait-il pas aussi d'ouvrir toutes grandes aux véritables collaborateurs qu'ils sont les portes de nos hôpitaux. De leur ouvrir également, dans des circonstances particulières, ainsi que judicieusement en a récemment décidé l'Exécutif de notre Faculté, nos chaires d'enseignement... Ne devrait-on pas

instituer d'une façon permanente dans nos hôpitaux des cours et des cliniques qui permettraient à nos confrères de rafraîchir périodiquement leurs connaissances médicales... Déjà la fréquentation des sociétés médicales régionales, des congrès, la lecture des revues médicales peuvent les tenir en haleine. Au sujet de ces dernières, nous ne pensons pas qu'il y en ait trop chez-nous. Il en manque au contraire pour ceux dont l'appétit intellectuel est normal. Cependant, pour la majorité des praticiens, pressés de toutes parts, il devrait en exister une, transcendant les autres, qui publierait, outre des articles originaux, des pages de doctrine, des chroniques d'intérêt professionnel et social, ou de culture générale, des analyses nombreuses d'articles parus dans les revues étrangères, et dans les nôtres. L'Union Médicale paraît toute désignée à ce rôle éminent... Il serait à souhaiter que convenablement traduit, le sommaire de nos revues françaises paraisse dans le *Canadian Medical Journal*. Histoire de faire savoir à ceux qui l'ignorent que nous existons et que nous travaillons !

L'enseignement et l'exercice de la médecine, de la chirurgie, des spécialités se réalisent dans nos grands hôpitaux selon un standard d'excellence, comparable à celui des centres semblables dans le monde entier. Le rendement de chaque service, considéré individuellement, est satisfaisant. Ce qui fait défaut, c'est la coordination. Chaque département travaille dans son coin, isolé des autres. Il y a bien les réquisitions, les consultations occasionnelles ; guère plus. La collaboration réelle entre les différents services est nettement déficiente... Il faudrait des assemblées scientifiques plus fréquentes, plus suivies, où chacun mettrait les autres au courant de ses techniques, de ses recherches, de ses trouvailles, de ses préoccupations et se soumettrait volontiers à la critique constructive des collègues. Il en résulterait pour tout le monde, car la médecine est une, un enrichissement considérable et facile... Il faudrait aussi,

à chaque hôpital, le fond commun pouvant aller à l'Université, un minimum de bibliothèque, pourvue des revues et des collections les plus récentes... Un minimum de bibliothèque facilement accessible et utilisable... Enfin, au delà de cette collaboration intra-hospitalière, s'imposent, sur le plan du métier, les contacts amicaux et fréquents entre les différents hôpitaux canadiens-français. Je n'ai jamais compris pourquoi il pouvait exister entre des hôpitaux où travaillent des médecins de même sang autre chose qu'une tonifiante émulation.

D'autant que la médecine évolue vers la création de ce que l'on a appelé ailleurs des centres médicaux. Il s'agit, en deux mots, d'une réunion de département ayant en commun des facilités de laboratoire et de personnel et permettant, avec un minimum de frais, l'examen intégral d'un malade. Le projet d'assurance-santé récemment soumis au parlement fédéral comporte la création de tels centres. Déjà, dans les milieux américains ils existent et déjà dans les milieux anglo-canadiens, on y songe sérieusement. Je crois qu'il est grandement temps que nous arrivions nous aussi, à cette conception nécessaire et qu'avec les éléments dont nous disposons nous nous imposions de la réaliser. Outre leur efficacité intrinsèque, ces centres constitueraient pour la recherche, l'enseignement, la formation des étudiants en médecine et pour l'organisation de cours post-universitaires des milieux extraordinairement favorables.

Que dire maintenant de notre enseignement médical universitaire. J'avais d'abord pensé en faire une critique complète, en enlevant au terme critique ce qu'il comporte de péjoratif... Car, en certains milieux, et à tort, on le tient, tel l'âne de la fable, responsable de tous nos maux. Il est clair qu'à l'Université, la valeur et le rendement des

¹ EMILE BOUVIER: L'avant-projet d'assurance santé. Relations, nov. 1944.

différents départements sont extrêmement inégaux. Il saute aux yeux que la synchronisation des enseignements théoriques, pratiques et cliniques est défailante. Il n'est pas nécessaire d'être grand clerc, indigène ou étranger, pour s'en rendre compte. D'ailleurs, avec une discrétion exclusive et chatouilleuse, l'Exécutif de notre Faculté semble s'être sérieusement attaqué au problème. Et pour le moment nous devons lui faire confiance. Quitte à signaler trois points importants. 1° Les gens de laboratoire et les cliniciens qui se consacrent entièrement — et il faudrait qu'ils se consacrent entièrement — à l'enseignement et à la recherche, ne vivent pas de l'air du temps, pour la gloire et pour des prunes. Si l'on veut exiger d'eux, après les sacrifices de temps, d'argent et les efforts qu'ils doivent consentir, un rendement convenable, il importe qu'on leur fournisse d'abord un milieu matériel et humain qui leur assure la paix de l'esprit et un intérêt sérieux dans leur besogne. 2° Pour ne pas dédoubler inutilement le personnel ou imposer à ce personnel un dédoublement de son temps, pourquoi notre Faculté de Médecine n'utiliserait-elle pas, comme déjà elle le fait à la Faculté des Sciences, les cours donnés dans d'autres facultés ou dans des Instituts existants ou à créer. Un seul exemple. La médecine psychosomatique, nécessaire au médecin d'aujourd'hui, n'est pas enseignée dans notre Faculté; elle l'est à l'Institut de Psychologie. Pourquoi n'y pas envoyer nos élèves? 3° La médecine étant une science en continuel devenir, il ne suffit pas, dans une Faculté, d'enseigner les notions momifiées des manuels, mais il importe autant que possible de montrer aux élèves la science en formation. D'où l'importance de permettre aux professeurs de créer eux-mêmes... et de leur donner à cette fin les loisirs et les budgets nécessaires.

Et cela nous amène aux plus grandes lacunes de notre médecine canadienne-française. Comparée à la médecine

anglo-saxonne, elle manque essentiellement de chercheurs et de créateurs. Où les trouverons-nous ?

On a parlé, on parle encore d'un hôpital universitaire pourvu des services essentiels de médecine, de chirurgie et de quelques spécialités, d'un hôpital universitaire fonctionnant en synergie étroite avec nos laboratoires de l'Université. Très bien. Si cet hôpital doit être un centre de recherches originales, d'enseignement extraordinaire, sous la direction de maîtres convenablement payés pour n'avoir pas à se préoccuper de courir après la clientèle lucrative, ce serait un immense pas en avant.

Moindre cependant que celui qui nous ferait connaître le développement et la création d'instituts spécialisés. Certains qui existent déjà à l'Université ont fait leurs preuves. D'autres, strictement médicaux, s'imposent. Ceux-là, dont nous parlerons seulement, offrent en effet plusieurs avantages. Ils reçoivent, nombreux, des malades d'une même spécialité; ce qui permet un véritable travail de recherche. Cette concentration rend moins onéreuse l'acquisition d'un outillage complet, au point, toujours en opération et l'emploi d'un personnel hautement entraîné, sans cesse à l'affût des perfectionnements nouveaux et possibles. Les instituts sont en mesure de donner, dans les conditions idéales, l'enseignement spécialisé que réclament plusieurs Facultés. Enfin, ils permettent la formation sur place, en quantité et en qualité raisonnables, des spécialistes dont nos hôpitaux et nos centres médicaux ont un pressant besoin. Et du point de vue sociologique, ils complètent le cycle de nos possibilités de diagnostic et de traitement pour certains de nos malades, comme ils assurent à certaines de nos œuvres sociales l'impetus scientifique et la coordination nécessaires.

Ces deux dernières considérations revêtent pour nous une importance primordiale. Jusqu'à maintenant, nous

avons été presque entièrement tributaires de l'étranger pour la formation de nos spécialistes. Ils séjournèrent pendant un temps variable, les uns dans tel pays, les autres dans tel autre. Et, revenus chez-nous, ils étaient, tout de go, sacrés grands maîtres, bientôt débordés par une accablante clientèle. Et faute d'émules, l'émulation cessait. Que nos jeunes aillent ailleurs voir ce qui se passe, apprendre des techniques, élargir leurs horizons, soit, mais après avoir été formés en spécialité dans le milieu et l'atmosphère où ils devront plus tard exercer. Il est déjà assez humiliant pour un peuple de ne pas pouvoir élever les siens au delà du niveau strictement universitaire. Cette dépendance vis à vis l'étranger a le grave inconvénient qu'elle nous a donné trop peu de spécialistes et qu'en certaines spécialités, il n'y eut quasi pas depuis quinze ans de renouvellements.

J'aurais mauvaise grâce à choisir pour illustrer cette thèse telle ou telle spécialité quand celle que j'ai l'honneur d'exercer s'offre tout naturellement à moi. Nous manquons à l'heure actuelle, dans un monde où les cas de maladies mentales et nerveuses augmentent de façon désastreuse, de neurologistes, de psychiâtres et de neuro-chirurgiens canadiens-français. Je sais bien que la guerre présente a éloigné de notre spécialité une multitude de jeunes et ferventes vocations. Je sais bien que les salaires offerts par les institutions pour maladies mentales ne sont pas suffisants pour attirer une jeunesse ambitieuse. Mais je sais aussi que nous n'avons pas pu, jusqu'à maintenant, pour une multitude de raisons ou de prétextes, offrir aux jeunes désireux de se consacrer à la neurologie et à la psychiâtrie un milieu culturel et scientifique qui sur place leur aurait permis un entraînement spécialisé de haute valeur. Nos voisins, plus riches, mieux soutenus, plus unis, plus audacieux, ont pu, pendant que nous dormions, créer pour les leurs ce milieu désirable.

Au surplus, c'est autour de ces instituts que devront se grouper les œuvres de prophylaxie sociale dont le développement s'annonce de plus en plus considérable. Un institut de neurologie et de psychiatrie, par exemple, pourrait assumer la direction scientifique des colonies pour épileptiques que l'on réclame de partout. Il couvrirait le vaste domaine de la criminologie pathologique. Nos différentes œuvres sociales qui recevraient de cet institut le concours d'un personnel compétent lui fourniraient en échange un immense matériel humain de recherche. Et puis, l'industrie, les écoles, les professions connexes, les asiles et les hospices que l'on construira pour nos retours du front canadien-français feront de plus en plus appel à un nombre considérable de jeunes spécialistes en neurologie et en psychiatrie. Où les prendrons-nous ? D'autres ont prévu cette évolution et s'organisent en conséquence. Avons-nous le droit de laisser à une direction étrangère la thérapeutique et la prophylaxie des maladies nerveuses et mentales qui frappent nos compatriotes. Avons-nous le droit encore de ne pas créer pour les jeunes qui nous suivent, pour le laisser à d'autres, un avenir intéressant et fructueux ?

Et ce que nous disons d'un institut de neurologie et de psychiatrie s'applique, *mutatis-mutandis*, à un institut d'hygiène, à un institut de rhumatisme, à un institut de dermato-syphiligraphie, à un institut d'endocrinologie, etc., etc. C'est encore une fois dans ces instituts hautement spécialisés, munis de toutes les facilités techniques, pourvus d'un personnel compétent et suffisant que pourra se réaliser au maximum notre médecine canadienne-française.

Insensiblement nous avons glissé du métier pur aux applications sociales du métier. D'ailleurs il n'y a pas de métier pur. Dès qu'il passe de la puissance à l'acte, il rencontre l'individu, la famille, la société, pour lesquels il existe, sur lesquels il agit et dont il reçoit le choc en re-

tour... Notre médecine prendra donc nécessairement contact avec le monde, avec nos collègues anglo-saxons, avec nos compatriotes canadiens-français... En d'autres termes, le problème se pose dans le concret de nos rapports avec l'étranger et avec les nôtres.

Création de centres médicaux, d'instituts spécialisés, réformes et enrichissements de notre enseignement médical, nous ne pourrions jamais réaliser cela tout seul, sans faire appel à l'extérieur. Même si nous le pouvions, même si notre système fonctionnait à plein rendement, nous n'aurions pas le droit de nous enfermer dans notre chère coquille. Prêcher l'isolement systématique et la béate contemplation du nombril, serait pour nous le plus grand péché collectif imaginable... Nous avons, nous aurons toujours besoin de maintenir avec le reste du monde une incessante collaboration.

Cette collaboration culturelle entre peuples est vieille comme l'humanisme, dont elle procède. La vérité, la beauté, la vie sont universelles. Sous des climats intellectuels différents, elles cristallisent en systèmes variés. Les facettes qu'elles présentent à qui les aime sont toutes intéressantes et passionnantes. Et puis, combien restent en puissance dans les eaux-mères. L'effort de tous les hommes dans tous les mondes n'est pas de trop pour en amener chaque jour une précipitation plus abondante et plus riche. Un peuple à mentalité d'insulaire paraît parfois original; il ne saurait jamais être complet. Dans le monde de la pensée et de la science, les associations, les échanges sont essentiels. Si ce besoin ne répondait pas à une nécessité profonde, nous ne pensons pas que toutes les nations l'eussent aussi profondément ressenti.

De fait toutes les universités, dignes de ce nom, ont à un moment de leur histoire appelé à la rescousse des maîtres étrangers. Au moyen-âge, ce fut Paris. Dans les temps

modernes, le plus bel exemple nous en est fourni par les universités du nouveau monde. L'Amérique du Sud fait aux meilleurs esprits français et espagnols un appel incessant. Nos voisins d'outre quarante-cinquième ont sollicité une collaboration considérable allemande et anglaise, voir latine, et ont fourni à tous des moyens extraordinaires de travail. A Montréal, McGill possède — et s'en flatte — d'éminents professeurs anglais, américains, russes, etc. En fait, comme en droit, la cause est donc entendue. Il serait bien étrange qu'en cette matière le commun assentiment fut la commune erreur...

Là n'est pas la question. Ce qu'il importe pour nous de savoir et de retenir, c'est le mode suivant lequel ces universités modèles ont envisagé la participation des étrangers dans leur enseignement et leurs laboratoires et les conditions auxquelles les étrangers y sont tout naturellement soumis.

Premièrement, on prend son bien où on le trouve. Et je ne vois pas pourquoi, nous qui sommes si pauvres, nous négligerions à l'occasion, et sous certaines réserves, une collaboration anglaise, américaine, suisse, etc. Il est cependant naturel pour nous — toutes nos affinités de sang et de culture nous y poussent — d'aller chercher en pays latin nos collaborateurs étrangers. Nous vivons, il faut que nous vivions dans une atmosphère française et chrétienne. Qu'on le veuille ou non, nos livres, nos inspirations, nos modes de sentir et de penser, voire même de critiquer sont marqués à cette empreinte. En donnant ainsi la préférence à cette collaboration, nous restons franchement dans la ligne de nos destinées. Nous imitons comme toujours les autres universités plus puissantes, sinon plus sages. Imitons-les jusqu'au bout et gardons-nous d'un exclusivisme dangereux.

Deuxièmement : l'évolution des Américains peut nous servir d'indication. On n'y compte plus les grands capitaines qui, sur la mer des découvertes, pilotent les navires de la science. S'agit-il d'étrangers ? Oui, en certains cas. Mais leur nombre diminue continuellement, en regard de celui des travailleurs « hundred per cent american ».

Cette ascension culturelle de nos voisins prouve à notre avis deux choses. D'abord, on a su garder à la collaboration étrangère, qui fut essentielle, son caractère véritable et deuxièmement, l'orienter vers son but primordial : la formation des indigènes. De grands penseurs, de grands savants sont venus aux Etats-Unis. Après métamorphose, sanctionnée le plus souvent par une naturalisation officielle marquant bien leur option définitive, certains sont restés. Ils ne sont plus étrangers et personne ne songerait là-bas à les considérer comme tels. Les autres ont travaillé en collaboration intime avec les professeurs et les élèves rencontrés sur place, auxquels les autorités locales n'avaient pas à priori décerné un brevet d'impuissance congénitale et définitive. Le milieu s'est formé, propice aux grandes œuvres, aux belles réalisations généreusement encouragées par les directeurs universitaires. Et puis, au terme de leur contrat les maîtres qui l'ont voulu, sont repartis, heureux et regrettés. Leurs noms demeurent affectueusement gravés dans le bronze... Nous devons donc nous aussi, faire de plus en plus appel aux compétences étrangères, en ayant soin de les choisir à la lumière des critères énoncés plus haut. Notre expérience du passé nous permet d'affirmer que certains étrangers firent, chez nous, œuvre discutable et que d'autres surent former de véritables écoles dont nous sommes fiers. D'ailleurs ces étrangers ne sont plus des étrangers...

Troisièmement. La venue des maîtres du dehors réalise et doit réaliser une des sources les plus importantes

par quoi s'enrichit notre civilisation. Nulle part on a pensé que ce dut être la seule. Toute une pléiade de jeunes et de moins jeunes sont allés ailleurs parfaire leur entraînement professionnel, élargir les cadres de leur culture générale, s'imprégner d'une mentalité nouvelle. Revenus au pays, ils en ont décuplé, par l'exemple et la diffusion, les bienfaits inestimables. Eux aussi, de par les circonstances, furent messagers d'une pensée différente au sens le meilleur du mot... Et si, par définition et dans tous les pays, les étrangers doivent toujours venir, il n'est pas moins désirable que les nationaux aillent et retournent se retremper ensuite à l'étranger. C'est un peu la formule adoptée aux Etats-Unis. Elle est faite d'une réciprocité de bon aloi, comportant une participation active aux congrès internationaux, des stages d'étude au dehors, un échange de professeurs et d'élèves, etc., etc... C'est envisager pathologiquement la collaboration étrangère que de la réduire à une immigration contrôlée. Si nous étions moins casaniers, certaines tribunes de l'Amérique du Sud, de Haïti, des Etats-Unis, etc., nous seraient largement offertes...

Nos relations avec nos confrères anglophones, relations à toutes fins nécessaires, comportent de grands avantages et quelques inconvénients... Ces médecins sont pour nous, les plus proches représentants de la vaste profession médicale anglo-saxonne, et dans leurs belles réalisations, ils nous permettent, avec chic, de puiser à pleines mains. Ils nous donnent; nous pouvons leur donner... Il est vrai que l'emploi exclusif de l'anglais nous place, au point de départ, dans un état d'infériorité... Les véritables bilingues sont rares chez nos confrères anglais, plus nombreux chez nous. Il n'empêche que nous gagnerions tous à des contacts plus fréquents, plus intimes et qui ne seraient pas toujours à sens unique. Car nos amis anglophones sont au même titre que nous canadiens, ils servent une même cause, leur cul-

ture différente est, comme la nôtre, un acquis précieux pour la grandeur de notre pays.

Mais ils sont le nombre et ils sont eux-mêmes. Je ne les blâme pas. J'essaie de les comprendre et de les expliquer. Il arrive que dans les postes de commande, ils sont déjà en place, que dans les organismes fédéraux, qu'au Royal College of Physicians and Surgeons, aux différentes sections du National Research Council, ils possèdent une écrasante majorité. Il arrive que, se connaissant mieux entre eux, que nous ignorant pour la plupart, ils se choisissent de préférence pour occuper les situations nouvelles. Il arrive qu'ils sont devenus en fait, sinon en droit, les conseillers naturels des autorités, les interprètes en quelque sorte officiels de notre profession auprès des législateurs, les régisseurs plus ou moins déclarés de l'exercice de la médecine. Il arrive surtout que plusieurs d'entre eux, et pas des moindres, ne peuvent pas ou ne veulent pas nous comprendre.

Enfin, que nous reproche-t-on ? Pas notre métier. En tout cas, on n'y fait pas allusion. On s'en prend à ce qu'on appelle notre mouvement religio-racial linguistique. « A Movement, écrivait naguère le docteur Stevenson, which would appear as impracticable as Hitler and his Nordicks, as unnecessary as two telephone companies in the same city ». Au lieu de nous isoler, nous devrions, nous a-t-on suggéré naguère et récemment encore, rencontrer nos confrères anglais sur leur terrain, c'est-à-dire après nous être appauvri de tout ce qui semble être une entrave à l'unité, à savoir notre langue, notre culture, notre foi. En d'autres termes on nous propose l'union par soustraction de la personne d'un des conjoints ou un simulacre d'association homme-cheval dans laquelle nous voudrions bien toujours consentir à être le cheval... Joseph Boisdoré, qui est un

pseudonyme, a dans la défunte revue *l'Hôpital*,¹ répondu dans le temps au Dr Stevenson. Le Dr M.-A. Roux, dans le dernier numéro de *l'Action Médicale* reprend brillamment la réfutation de l'étrange thèse soutenue par certains de nos confrères anglophones. Notre position est cependant bien simple. Sur le plan du métier médical, nous sommes prêts à collaborer cent pour cent, ou pour être plus exact à cinquante cinquante avec nos confrères anglo-canadiens. S'il s'agit de pourvoir de titulaires des postes médicaux importants, nous voulons dans tout le Canada, et particulièrement dans la province de Québec, notre juste part. Si des décisions doivent être prises quant aux modalités de l'exercice de la médecine, nous voulons être écoutés et entendus. De même nous voulons voix au chapitre pour conseiller nos législateurs... Et n'exigeant pas de nos confrères qu'ils sacrifient leur personnalité, nous n'entendons pas du tout sacrifier un iota de la nôtre...

Et alors que faire ? Inviter, en plus grand nombre, à nos réunions nos confrères anglophones ? Sans doute... Ils y trouveraient avantage... Viendront-ils ? Nous enrôler plus nombreux dans les associations médicales anglaises, dans la *Canadian Medical Association*; etc., etc. ? Essayer de faire nommer plus des nôtres dans les diverses organisations médicales du gouvernement fédéral ? Je veux bien. Mais, nous resterons partout minoritaires, même si on nous confie de brillants postes honorifiques... N'y aurait-il pas moyen que nous soyons de ces réunions mixtes, non pas à titre purement individuel, mais comme représentants d'un groupe, le nôtre, fort de tout l'appui que le groupe peut donner... Autrement...

Plus on analyse les causes qui motivent les succès des Anglo-saxons, américains ou canadiens, plus on est natu-

¹ JOSEPH BOISDORÉ : *Isolement*. *L'hôpital*, oct. 1937, page 545 à 548.
M.-A. ROUX : *Unity-Union: L'action médicale*, déc. 1944, page 259-266.

rellement amené à une notion de psychologie raciale. Une qualité prédominante les caractérise. Ils ont le sens grégaire. Ils l'ont, presque sur le plan de la subconscience liminaire. Leurs réflexes sont depuis toujours ainsi conditionnés, que les Anglo-saxons réagissent dans le sens de leur propre intérêt. La question de personne se pose certes, mais comme à l'arrière-plan. C'est le groupe qui compte. C'est la collectivité qui prend les bénéfices. Naturellement, si une situation s'ouvre, si un poste s'annonce, si une œuvre se dessine, c'est dans le sens du groupe qu'on prendra attitude. Cela tout naturellement. Je ne dis pas que l'on veuille nous faire systématiquement des injustices, que l'on veuille malicieusement nous éliminer; ce serait faux. Mais je crois que pour nous rendre justice, que pour admettre notre point de vue, nos besoins, nos désirs et nos craintes, les Anglo-saxons doivent presque toujours faire un effort de volonté contre leurs instincts. Cette notion psychologique, je crois, explique facilement comment il se fait que, sans le chercher d'une façon expresse, nos voisins s'organisent en une force puissante, presque toujours unidirectionnelle.

A l'opposé, nous, Latins, sommes terriblement individualistes. C'est la personnalité qui compte avant tout. Chacun cherche ses fins propres et admet comme des contingences parfois hostiles les fins des autres et la fin du groupe. Chacun travaille dans son petit coin, chaque réunion dans son petit territoire, chaque société dans son milieu, chaque hôpital dans ses murs, chaque faculté dans sa tour d'ivoire, chaque université sur sa montagne. Et de tous ces efforts cahotiques résulte finalement une poussière d'efforts. Sur le terrain scientifique comme sur le terrain professionnel et social.

C'est le propre des peuples trop jeunes, ou trop usés de mesurer par le dehors ce qui doit être jugé par le de-

dans... Le salut, il est en nous-mêmes. Nous le trouverons si nous acceptons — et comment ne pas les accepter — quelques prémices philosophiques toutes simples, si nous admettons certaines données de l'histoire médicale universelle et certains impératifs de notre propre histoire, si nous acceptons humblement la naturelle nécessité d'une collaboration étroite avec les nôtres, avec tous les nôtres.

Au terme de ce travail d'analyse, trop long et cependant fort incomplet, peut-être conviendrait-il d'en résumer les idées principales et de tirer quelques conclusions : —

1. — La doctrine proposée admet chez le médecin trois sagesse ; celle de son métier, de sa culture générale, de sa philosophie de la vie. Le métier qui est universel, s'apprend en puisant à toutes les sources, sans distinction de clochers ou de pays.. L'art médical, façon originale de mettre en œuvre des moyens identiques, varie d'école à école. La notion de personne, celle du malade et celle du médecin, singularise encore plus l'exercice du métier et rend éminemment désirable le traitement des malades par des médecins de leur nationalité.

Et quand la médecine embrasse davantage le social, elle doit se mouler dans la culture du peuple qu'elle a mission de servir.

2. — La supériorité relative — il n'y en a pas d'absolue — de telle médecine sur telle autre, a changé au cours des siècles. A l'heure présente, les Anglo-saxons, riches, entraînés au travail par équipe... possesseurs de laboratoires et d'hôpitaux modèles, ayant à leur tête des maîtres nombreux et intelligents, paraissent, du point de vue métier, à l'avant-garde. La France marque le pas. Si nos praticiens exercent excellemment, nous manquons de chercheurs et de créateurs. Et nous en manquons parce que le milieu matériel fait défaut... Evidemment il ne s'agit toujours que

du métier, car pour l'art et la doctrine nous renions tout complexe indu d'infériorité.

3. — Si passant de la thèse à l'hypothèse, nous cherchons les moyens de créer une médecine canadienne-française, originale et forte, nous pourrions en suggérer qui sont propres au métier, d'autres qui visent à l'application sociale de celui-ci.

a) Toutes nos classes médicales sont passibles d'amélioration. Les praticiens de nos campagnes ont besoin de laboratoires, de sociétés médicales, de revues, de cours post-universitaires plus nombreux et plus fréquentés. Dans nos grands hôpitaux, une coopération plus réelle et plus efficace des services, un échange habituel des techniques et des résultats, une bibliothèque à date s'imposent. Comme s'imposent chez nous la création de centres médicaux et l'active collaboration entre les différents hôpitaux. Notre enseignement médical, à la réorganisation duquel travaille l'Exécutif de notre Faculté, y gagnerait à fournir aux professeurs des moyens matériels de travail qui en feraient de véritables savants, à donner aux élèves la vision d'une science en perpétuel devenir, à utiliser les services des autres Facultés. Mais la grande déficience de notre médecine canadienne-française, c'est la pénurie ou l'absence des instituts spécialisés, foyers d'un véritable travail de recherches en profondeur, seuls capables de former sur place des spécialistes au service de nos institutions et de nos œuvres sociales. Et que ces instituts soient les uns à Montréal, les autres à Québec, pourvu qu'ils existent. C'est à nos autorités universitaires et hospitalières — celles de Québec et de Montréal — qu'il appartient au premier chef de réaliser ces améliorations de notre métier médical.

b) Du point de vue social, notre médecine rencontre le monde, nos compatriotes anglo-saxons et nos frères français. La collaboration étrangère est et sera de plus en

plus nécessaire à notre développement intellectuel et professionnel. Soit que les nôtres aillent ailleurs, professeurs et élèves, ou que les étrangers viennent chez nous. Mais cette collaboration, fatalement polymorphe, sera soumise à certaines conditions. Elle comporte d'abord un choix, puis elle doit être essentiellement ordonnée au développement des indigènes et tendre à créer un milieu culturel local. Nos compatriotes anglo-canadiens ne sont pas des étrangers. Avec une culture différente, ils exercent au bénéfice de notre Canada le même métier que le nôtre. Nos rapports avec eux seront les plus fraternels possible, les plus entiers sur le plan de métier. Ces messieurs comprendront toutefois que, leur donnant leur dû, nous réclamions le nôtre. Et qu'en matière d'organisation hospitalière, de situations officielles et supérieures, nous ne tenions pas à jouer sempiternellement les seconds violons. Ils admettront que, reconnaissant la valeur de leur complexe religio-racial-linguistique, nous exigeons d'eux qu'ils respectent le nôtre et en acceptent dans le concret les applications sociales et légales. Cette compréhension réciproque est à la base de notre commune prospérité. Enfin, c'est par l'union de toutes nos forces canadiennes-françaises que nous orienterons définitivement notre doctrine médico-sociale et que nous assurerons l'intégrale protection de nos droits. Toutes nos forces : universités, hôpitaux, sociétés médicales, associations de praticiens, Collège des médecins et chirurgiens de notre province, etc. Peut-être pourrions-nous et devrions-nous avec des représentants de toutes ces forces créer une sorte de Conseil supérieur de la médecine canadienne-française, où nos problèmes de toutes natures seraient étudiés, fouillés à la lumière de principes généraux, puis résolus dans le sens de nos meilleurs intérêts professionnels. De là sortiraient des directives, qui engageant tout le groupe, forceraient l'attention et déclencheraient les gestes sauveurs. Inutile de nous leurrer de mots. Le salut ne viendra

pas d'un homme, fût-il un génie, ni d'un groupe d'hommes ne représentant qu'un milieu médical, fussent-ils des surhommes. Il viendra de l'accord de toutes les volontés désireuses de donner au peuple auquel nous avons l'honneur d'appartenir le meilleur d'elles-mêmes.

A cette croisée des chemins où se trouvent notre médecine, notre peuple et les hommes de quarante ans, le bon Joachim Du Bellay, comme nous, repartirait en voyage... En dépit des tempêtes, des vents hostiles, des naufrages possibles. Qu'importe ! Pour le médecin, connaître les misères physiques et morales, c'est déjà les guérir à moitié. Savoir tous les maux présents, passés et futurs, c'est déjà pour ceux qui ont l'avenir dans leurs mains, l'impérieux appel aux remèdes et aux préservatifs.

Écoutons Mauriac :¹ « Ce n'est pas nous qui haïssons la vie. Ceux-là seuls haïssent la vie qui, ne pouvant en souffrir l'aspect, la falsifient. Les véritables amants de la vie l'aiment telle qu'elle est. Ils lui ont arraché, un à un, tous ses masques et, à ce monstre enfin mis à nu, ils donnent leur cœur ».

¹ Mon Journal, tome 1, page 66.



GAZ TOXIQUES

Par PIERRE-PAUL GAUTHIER

Avant d'entreprendre l'étude des gaz toxiques, je crois qu'il ne serait pas hors de propos de rappeler brièvement la nécessité de l'oxygène dans l'économie. En effet « le besoin d'oxygène est l'aboutissant obligatoire de toute intoxication par gaz toxique. »

Suivant L. Dautrebande, c'est ainsi que l'on peut résumer l'étude qui va suivre. Toujours suivant le même auteur, qu'il s'agisse d'un grand toxique comme l'acide cyanhydrique, d'un gaz de combat comme le phosgène, d'un produit industriel comme l'anhydride sulfureux, d'un poison accidentel comme l'oxide de carbone, on peut dire que les symptômes principaux qu'ils produisent tous se ramènent au besoin de l'oxygène où que soit son point de départ: poumons, sang ou les cellules. Il est entendu que certains gaz toxiques produisent des brûlures, d'autres attaquent la conjonctive oculaire, d'autres les muqueuses; ces effets ne sont qu'accessoires parce que dans tous les cas, les gaz toxiques, à concentration suffisamment forte, attaquent toujours la muqueuse respiratoire et produisent un besoin d'oxygène, c'est pour cette raison qu'ils rentrent dans la catégorie des gaz toxiques.

L'intoxication par les gaz ou le besoin d'oxygène nécessite l'étude de la fonction respiratoire dans son ensemble car le déterminisme des phénomènes pathologiques ne peut se concevoir sans quelques données physiologiques.

Passons rapidement en revue: la respiration, les organes respiratoires, le sang et les tissus.

A. — La respiration.

Par fonction respiratoire, il ne faut pas seulement entendre les phénomènes élémentaires qui se passent au niveau des poumons. En réalité, cet organe n'est qu'un émonctoire; les poumons ne sont que des filtres admirablement spécialisés pour des gaz qui ne trouvent leur utilisation définitive qu'au niveau des tissus. Ce qui respire dans l'organisme animal, c'est la cellule des tissus. Au niveau des tissus seuls se produisent les combustions; les cellules demandent de l'oxygène et elles rejettent de l'acide carbonique.

Mais, des poumons jusqu'aux tissus et de ceux-ci vers les poumons, ces gaz ont besoin d'un véhicule qui est le sang.

Poumon + oxygène → sang + oxygène → tissu + oxygène

Tissus fixe oxygène laisse acide carbonique → sang + acide carbonique → poumon rejette acide carbonique.

B. — Les poumons.

Disons que les organes respiratoires comprennent le nez, le larynx et la trachée qui sont les voies supérieures, viennent ensuite les voies inférieures lesquelles sont de beaucoup les plus importantes, elles comprennent les grosses et moyennes bronches, les bronchioles et les alvéoles.

Plus on avance vers la profondeur pulmonaire, plus le contact de l'air avec la surface respiratoire est facile et plus il y a de sang en circulation. On comprendra alors que le moindre trouble, la moindre gêne apportée à la circulation de l'air alvéolaire aura immédiatement un retentissement considérable sur la qualité du sang qui sortira de la nappe respiratoire.

C. — *Le sang :*

Ce qui précède nous amène forcément à étudier la fonction sanguine. Disons que le sang respire par ses deux éléments : le plasma et les globules rouges. Le plasma joue un rôle très important, parce que c'est lui qui représente la partie du sang qui est en contact intime avec la cellule du tissu, les organes éliminateurs ou régulateurs des activités du corps humain.

L'oxygène est un gaz peu diffusible ; or, le plasma vient en contact avec l'air extérieur contenant 21% d'oxygène. Nous savons que le plasma pour 100 volumes ne fixera que 0.3 volume d'oxygène ; mais si nous plaçons du sang total (plasma et globules rouges) ce sang fixera 18 volumes d'oxygène % sous forme d'oxyhémoglobine qui est d'un rouge vif. Cette combinaison oxyhémoglobine est subordonnée à la pression d'oxygène à laquelle le sang est soumis. Plus la pression de l'oxygène s'abaisse dans l'organisme, plus la quantité d'hémoglobine réduite augmente et plus le sang devient noir. Au fur et à mesure que le sang abandonne de l'oxygène au niveau des tissus, la pression de l'oxygène s'abaisse et l'oxyhémoglobine se transforme de plus en plus en hémoglobine réduite.

Mais l'oxygène n'est pas le seul gaz à être charrié par le sang. Un produit de combustion interne est l'acide carbonique. Comme pour l'oxygène dissous et combiné, il existe dans le sang l'acide carbonique dissous H_2CO_3 et celui qui est combiné NaHCO_3 soit le bicarbonate.

Ici intervient un facteur supplémentaire de régulation. En effet, ce qui importe à l'organisme, ce n'est pas tant la quantité absorbée de NaCO_3H contenue dans le sang, mais le rapport qui existe entre $\frac{\text{H}^2\text{CO}^3}{\text{NaHCO}_3}$.

ceci nous démontre bien l'importance du sang au point de vue respiratoire.

GYNEXYL



LAURIN

Complexe Végétal

—
Régulateur du Système
Circulatoire

—
Sédatif Utéro-Ovarien

PHYTOTHÉRAPIE
GYNÉCOLOGIQUE

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

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

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

Fabricants et Concessionnaires

ROUGIER FRÈRES, 350, rue Le Moyne, MONTRÉAL

SCILLITRINE

*Médication d'Urgence
des crises*



LABORATOIRE PERRIER FRANCE

Agents généraux pour le Canada

MILLET ROUX & CIE, LIMITEE

1215 RUE ST-DENIS

MONTREAL

TRAITEMENT MAGNÉSIEN

PAR LE

TOTAL MAGNÉSIEN

Chlorure de magnésium, médicinal, déshydraté

INDICATIONS :

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

LABORATOIRES du "TOTAL MAGNÉSIEN"

24 BOULEVARD SÉBASTOPOL

PARIS, FRANCE

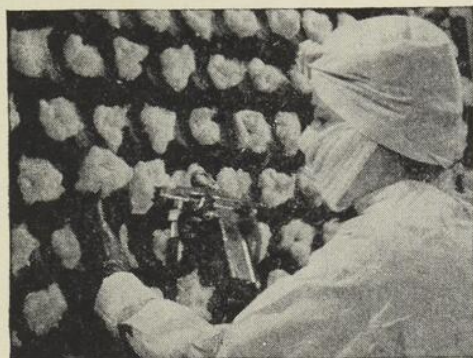
Agents généraux au Canada :

MILLET, ROUX & CIE LIMITÉE

1215, RUE ST-DENIS

MONTREAL

PÉNICILLINE AYERST



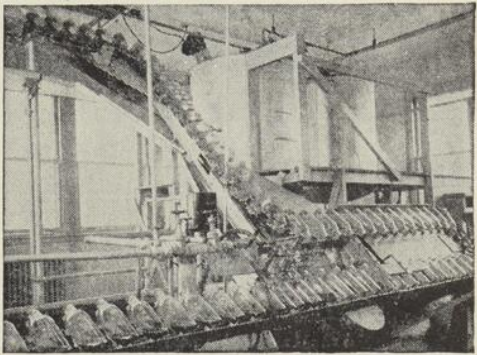
Ensemencement du bouillon de culture avec une suspension contenant des spores de *Penicillium notatum* par une technicienne de la maison Ayerst.



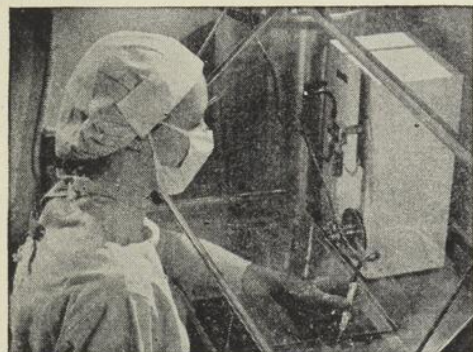
Une partie d'une des salles à température constante où les bouteilles contenant le bouillon ensemencé sont gardées pendant environ sept jours.



Bouteilles prêtes pour la "récolte" montrant le thalle de la moisissure ressemblant au cuir, et formant une "croûte".



La récolte, le lavage des bouteilles, le remplissage avec le bouillon de culture se font mécaniquement à l'aide de ce convoyeur.



Après avoir été stérilisée par filtration, contrôlée et titrée, la solution de Pénicilline Sodique est versée dans des flacons stériles.



La Pénicilline est emballée pour être livrée au commerce après une nouvelle série d'épreuves sur la teneur, la stérilité et le contenu d'humidité.

MAINTENANT EN VENTE





Soutenez son moral

La femme d'âge moyen prend aujourd'hui une part active à la vie économique du pays: la tranquillité d'esprit lui est nécessaire. Les heures de travail perdues à la maison ou à l'usine ne peuvent jamais être compensées. Il importe donc de s'efforcer à maintenir le moral de la femme au plus haut degré possible, afin d'assurer une production ininterrompue.

A la ménopause, l'incapacité de concevoir importe moins à la plupart des femmes que l'indifférence à l'égard des relations sexuelles. Le moral fléchit, et entraîne parfois l'inaptitude au travail.

L'observation clinique a démontré que le dipropionate d'oestradiol, à égalité de poids, manifeste l'effet le plus prolongé parmi les substances oestrogènes naturelles produites synthétiquement. La DI-OVOCYLINE influence favorablement le psychisme: c'est un fait reconnu par la profession médicale. Son emploi aide à relever le moral chez la femme à la ménopause.

Documentation sur demande

DI-OVOCYLINE

Nom déposé

MÉDICATION OESTROGÉNIQUE MODERNE



Compagnie **C I B A** *Ltée.*

MONTRÉAL

*Si les services
d'un
ouvrier expert
sont nécessaires*

L'ouvrier expert ne se borne pas à réparer une seule sorte de défauts. Tel est le cas de la LIPOIODINE* : elle s'emploie aussi bien à des fins de diagnostic dans certaines affections pulmonaires, en solution à 60% dans l'huile de sésame purifiée, que de thérapeutique sous forme de comprimés à 41% d'iode organique, dans l'asthme bronchique, la bronchite chronique, la syphilis tertiaire et le goitre. Le Corps médical apprécie hautement la LIPOIODINE (di-iodobrossidate d'éthyle Ciba) dans ces deux domaines.

En thérapeutique la LIPOIODINE présente le grand avantage de maintenir le sujet sous effet iodé constant.

LIPOIODINE

Pour examens radiologiques : en flacon de 10 c.c.
En thérapeutique : en tube de 20 et en flacon de 100 comprimés à 0.3 Gm.

* Nom déposé



Compagnie **CIBA** *Ltée.*

MONTREAL

ARTICHOBYL

Pilules dosées à 0 Gr 10 d'Extrait
de feuilles d'Artichaut pour le
traitement des affections du FOIE.

Flacons de 50 et 500 pilules

TAXOL

Le régulateur physiologique de l'intestin.

Flacons de 50 et 500 pilules kératinisées

Agents : J. EDDÉ Ltée • MONTRÉAL

ÉTHIER 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



STIMULE ET RÉÉDUQUE LA FONCTION BILIAIRE
ACTION POSITIVE-DOUCE-EFFICACE

Echantillons et littérature sur demande.

ANGLO-FRENCH DRUG CIE.,

MONTREAL

**iodaseptine
cortial**

TUBERCULOSE
PULMONAIRE CHRONIQUE
DANS LES CAS DE TUBERCULOSE
ADÉNOPATHIES
DE L'ENFANCE
RUMATISMES
CHRONIQUES
SUPPRESSION DE LA DOULEUR
NI IODISME NI INTOLÉRANCE

LABORATOIRES
CORTIAL
15 B¹ PASTEUR
PARIS (XV^e)

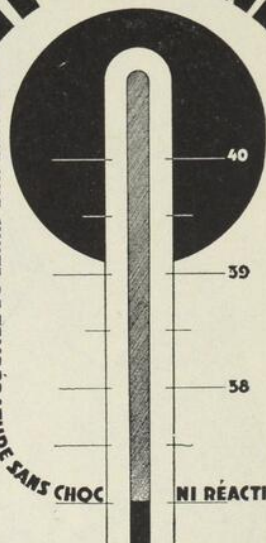
**RUMATISMES
AIGUS**

**iodaseptine
salicylée** UNIT

L'ACTION DE L'IODE A L'EFFET SALICYLÉ

DANS TOUTES LES GRANDES INFECTIONS AIGUES LA...
SEPTICEMINE

ENTRAÎNE UNE CHUTE DE TEMPÉRATURE SANS CHOC



LABORATOIRES CORTIAL . 15 BOUL¹ 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 SPARTEINÉ

MILLET ROUX & CIE, LIMITÉE

1215 RUE ST-DENIS

MONTREAL

CASGRAIN & CHARBONNEAU
LIMITÉE

présente

UN TRAITEMENT OPHTALMIQUE A SEPTIQUE



Les OCULETS sont préparés sous la surveillance et le contrôle de :

Charles Laurin, B.A., B.Ph. - Léopold Bergeron, B.A., B.Ph., assistant-bactériologiste. Pharmaciens, Chimistes, Analystes-Biochimistes. Diplômés de l'Université de Montréal.



Spécialité du Laboratoire

CASGRAIN & CHARBONNEAU
LIMITÉE

Oculetts

Applications uniques d'onguent hydrophile d'un pH approprié aux sécrétions glandulaires de l'oeil.

- a) OCULETS Thiazol (sulfathiazole 5%) Couleur rouge
- b) OCULETS Oxyde jaune de Mercure 1% } Couleur
- c) OCULETS Oxyde jaune de Mercure 2% } jaune

Application facile et sanitaire.

Vous n'avez qu'à "couper le bout effilé de l'oculet avec un canif ou des ciseaux propres".

Les OCULETS vous parviennent sous conditionnement de 12 - 100.

ÉCHANTILLONS

Sur demande, à Messieurs les Médecins seulement. (S. V. P. spécifier la formule désirée.)

NÉOLAXINE

Comprimé laxatif qui contient 5 mgm (1/13 grain) de diacétoxyphénolisatine. La NÉOLAXINE possède cette particularité de ne causer qu'exceptionnellement des coliques ou douleurs intestinales.

Posologie : 2 à 4 comprimés par jour.

N A D E A U

"VERMILET"

COMPRIMES

de violet de gentiane "Frosst"
à enrobage entérique.



L'infestation par les vers intestinaux (lombrics, oxyures, tricocéphales, etc.) s'observe plus souvent chez l'enfant que chez l'adulte. Effectivement, sa fréquence, telle qu'attestée par de récentes constatations statistiques, la classe parmi les dangers qui menacent le plus sérieusement la santé publique. Il peut y avoir absence complète de symptômes. Le procédé recommandé par *The National Institute of Health* pour établir un diagnostic est sans doute le meilleur: au lever, avant tout lavage, on recherchera les vers ou leurs oeufs sur un applicateur en papier-cristal qu'on aura passé à plusieurs reprises sur le pourtour de l'anus.

Il est heureux que 90 sujets sur 100 puissent, maintenant, être promptement et commodément guéris. Les observations cliniques démontrent que l'administration de violet de gentiane, sous forme de comprimés VERMILET "Frosst", constitue le traitement le plus efficace. Spécialement préparés de façon à traverser l'estomac sans s'y dissoudre, ils ne sont dissous que dans la partie inférieure de l'iléon.

NOTER que les cardiopathies, hépatopathies, et néphropathies, la gastro-entérite, la grossesse, et les affections fébriles ou débilitantes sont autant de contre-indications pour le violet de gentiane.

DOSE

ENFANTS:—au-dessus de 3 ans 3/20 grain (9.6 mg.) par année d'âge apparent, le tout divisé en 3 parties et pris avant les repas. De 10 à 16 ans: 1 comprimé de 1/2 grain (32 mg.) 3 fois par jour avant les repas.

ADULTES:—2 comprimés de 1/2 grain (32 mg.) 3 fois par jour avant les repas.

Administrer cette dose tous les jours pendant 8 jours, cesser pendant 1 semaine, puis répéter la dose pendant 8 autres jours. Aucun sujet ne doit être censé guéri à moins que 3 ou 4 applicateurs, examinés à 1 semaine d'intervalle, n'indiquent la complète disparition des oeufs.

PRÉSENTATION

E.C.T. n° 409 "Frosst" — 3/20 grain (9.6 mg.)

E.C.T. n° 410 "Frosst" — 1/2 grain (32 mg.)

Un paquet d'applicateurs et un texte explicatif du procédé à suivre seront envoyés gratis à la demande des intéressés.

Depuis 1899, cette marque canadienne est le symbole de préparations pharmaceutiques supérieures.

Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA



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

Les Vitamines seules ne suffisent pas.

Elles sont plus utiles associées à des sels minéraux.

BETAGEN

contient la Vitamine B. associée aux glycérophosphates 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 B₁
Chlorure de Thiamine
1 mgm. de Riboflavine
avec les autres facteurs de la
Vitamine B Complexe,
B₂, B₄, B₅ et B₆
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'Energie 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 1/2 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 complications.

Littérature sur demande.

Agents : LA CIE CANADA DRUG

PHARMACIENS EN GROS

857, rue Saint-Maurice, - - - Montréal

LE NOM À RETENIR !



Le **PROLUTON**, progestérone cristallisée chimiquement pure de Schering, fournit une thérapeutique injectable rationnelle et efficace des états de déficience d'hormone lutéale.

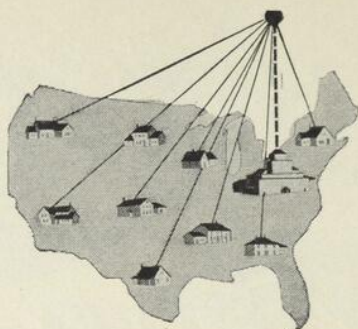
On peut obtenir des résultats décisifs avec le **PROLUTON** dans certaines formes de *dysménorrhée fonctionnelle*, de *tension prémenstruelle*, d'*avortement habituel* et de *menace d'avortement* et dans l'*hémorragie utérine fonctionnelle*.

PROLUTON, ampoules de 1 cc. contenant 1, 2, 5 et 10 mg.

SCHERING CORPORATION LIMITED

137, RUE ST-PIERRE, MONTRÉAL

À RETENIR ÉGALEMENT—ACHETEZ DES OBLIGATIONS DE LA VICTOIRE AUJOURD'HUI



9 sur 10 cas d'ÉPILEPSIE sont traités au foyer



Sur ce continent, du plus du demi-million de personnes qui souffrent d'Epilepsie, environ seulement 50,000 sont placées dans des institutions publiques.¹ Ainsi, environ 90% de la thérapeutique de cette maladie retombe sur les épaules du médecin en pratique privée.

Le soin de l'Epileptique au foyer exige l'emploi de thérapeutiques qui contrôleront effectivement les attaques, influenceront favorablement tels ou tels facteurs psychologiques pour donner au patient le plaisir de se joindre à sa famille et d'avoir un contact parfait avec les autres. Le devoir du médecin est donc de rendre ceci possible pour l'épileptique, adulte ou enfant, afin qu'il vive normalement comme tout le monde qui l'entoure.

Dilantin-Sodium est un anticonvulsant supérieur qui est relativement exempt d'action hypnotique. Il est effectif dans plusieurs cas où il n'y a pas de résultats par les bromures ou les barbituriques. Par un dosage adroitement contrôlé par le médecin pour les exigences du patient particulier, Dilantin-Sodium apporte un contrôle complet des attaques dans un bon pourcentage des cas. D'autre part, il éloigne l'intervalle des attaques et en diminue l'effet.

1) Tracy Putnam Convulsive Seizures, P.4.J.B. Lippincott Co. 1943.

DILANTIN SODIUM
Diphenylhydantoin Sodium

Parke, Davis & Company
Montréal, Qué.

XXII



D. — *Les tissus.*

Qu'est-ce que le centre respiratoire ?

Dans les tissus nous avons le foyer lui-même ; les poumons et le sang ne font que véhiculer le carburant. Tous les tissus ont besoin, pour vivre, d'oxygène et tous rejettent de l'acide carbonique.

E. — *Nécessité d'oxygène.*

Disons, pour plus de clarté, que la nécessité d'oxygène peut-être anoxémique, anémique, circulatoire ou tissulaire :

1) *Anoxémique :*

La nécessité anoxémique d'oxygène est toujours la conséquence d'une chute primitive du pourcentage de l'oxygène dans les alvéoles pulmonaires ; le sang sort des poumons sans posséder suffisamment d'oxygène.

Ce manque d'oxygène peut tenir à plusieurs causes : soit par insuffisance de ventilation comme dans certaines maladies aiguës du poumon, soit par diminution du pourcentage de l'oxygène dans l'air inspiré.

2) *Anémique :*

La nécessité anémique d'oxygène se définit d'elle-même : le sang manque d'oxyhémoglobine parce qu'il manque d'hémoglobine, puisque la quantité d'hémoglobine dépend elle-même du nombre des globules rouges. Ici la quantité d'oxygène est normale dans les poumons, mais l'organisme manque d'un véhicule suffisant. Les anémies profondes et les hémorragies abondantes produisent cette nécessité particulière d'oxygène.

Un mot seulement des symptômes cliniques qui sont particuliers au besoin d'oxygène. On constate une accélé-

ration des mouvements thoraciques, puis l'apparition d'une respiration périodique du type Cheyne-Stokes. Le pouls est petit et rapide, la pression artérielle abaissée. Si le manque d'oxygène se prolonge, il y a souvent obnubilation de tous les sens, accompagnée d'une sensation de bien-être et d'optimisme; ce dernier signe est souvent constaté chez les aviateurs lorsqu'ils montent trop haut sans se munir d'un masque à oxygène.

GAZ TOXIQUES

1er groupe. — Toxiques anoxémiants.

Ce groupe comprend nombre de gaz, vapeurs et substances irritantes que l'on rencontre dans l'industrie et sur les champs de batailles; on y rencontre des substances aussi communes que le chlore, l'ammoniaque et l'anhydride sulfureux. Leurs propriétés chimiques et physiques diffèrent grandement, mais ils ont une propriété commune, à savoir qu'ils produisent de l'inflammation des tissus avec lesquels ils viennent en contact. L'inflammation produite, le pouvoir nocif semble se perdre du même coup, car la quantité de ces substances qui passe dans le sang est infime et elle n'agit presque jamais sur la substance colorante du sang ni sur les tissus profonds.

Les effets des gaz anoxémiants se manifestent uniquement sur les tissus de surface, surtout la muqueuse respiratoire, la peau et la conjonctive.

En ce qui concerne plus spécialement les produits utilisés à la guerre, on peut dire que tout corps solide ou liquide arrivant au contact des parois bronchiques ou alvéolaires et qui y produit une déshydratation est susceptible de devenir un gaz de combat.

Toxiques anoxémiants agissant électivement sur les voies respiratoires supérieures:

1) *Ammoniaque.*

A la température ordinaire, l'ammoniaque est un gaz incolore, dont le poids spécifique est de 9.597.

Concentration de 53 — 1000000 d'air,
l'odorat le perçoit.

Concentration de 698 — 1000000 d'air,
irritation oculaire.

Concentration de 408 — 1000000 d'air,
irritation de la gorge.

Concentration de 1720 — 1000000 d'air,
toux.

Concentration de 100 — 1000000 d'air,
permet exposition de longue durée.

Concentration de 300 à 500 — 1000000 d'air,
permet exposition de 30 à 60 min.

Concentration de 2500 à 4500 — 1000000 d'air,
danger après 30 minutes.

Concentration de 5000 à 10000 — 1000000 d'air,
rapidement mortel.

2) *Acide chlorhydrique.*

Gaz incolore, densité 1.278, fumée blanche à l'air libre par condensation des vapeurs d'eau atmosphériques et formation d'acide chlorhydrique.

Concentration tolérable pour des expositions prolongées 10/1000000.

Concentration maxima tolérable pour une exposition de 30 à 60 minutes, 50/1000000.

Concentration dangereuse même pour une très courte durée, 1000 à 2000/1000000.

3) *Acide sulfurique.*

Dans le commerce quand on chauffe de l'acide sulfurique, il donne des vapeurs denses et fort irritantes.

4) *Acide fluorhydrique.*

Gaz incolore qui forme un brouillard dans l'air humide. La dose toxique mortelle de fluorure en injection intrapéritonéale pour le cobaye ou le lapin est de 2 à 4/10 de milligramme.

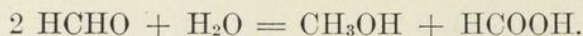
En inhalation, le fluor produit des ulcérations profondes des voies respiratoires supérieures. Il est fort caustique pour les yeux et la peau. A cause de son extrême volatilité il n'est pas utilisé comme gaz de combat.

Concentration maxima supportable pour 30 à 60 minutes 10/1000000.

Concentration dangereuse rapidement 50 à 250/1000000.

5) *Formaldéhyde.*

Le pouvoir irritant de la formaldéhyde sur les muqueuses tient à ce qu'elle forme dans les tissus une combinaison irréversible au contact de l'eau des cellules, il se transforme en acide formique et en alcool méthylique :



6) Sulfure d'éthyle dichloré. (Ypérite).

C'est un caustique violent, très utilisé à la fin de la dernière guerre. Il attaque non seulement les muqueuses des voies respiratoires supérieures, mais les yeux et la peau, surtout aux endroits généralement moites (aisselles, scrotum) même au travers des vêtements. C'est le type même du gaz de guerre attaquant les voies respiratoires supérieures, les bronches et inhalé à fortes doses il peut provoquer des troubles pulmonaires profonds.

*Toxiques anoxémiant*s agissant sur les *voies respiratoires supérieures* et sur les *poumons* :

1) *L'anhydride sulfureux* attaque les voies respiratoires supérieures de même que les bronches et les bron-

chioles et lorsque l'intoxication est prolongée il peut provoquer l'œdème du poumon.

Concentration maxima prolongée, 20/1000000.

Concentration maxima pour 30 à 60 minutes, 50 à 100/1000000.

Concentration rapidement dangereuse, 4 à 500/1000000.

2) *Chlore.*

C'est le premier gaz utilisé par les Allemands, le 22 avril 1915, sur le front belge. Dans l'organisme, il déshydrate les tissus et forme de l'acide chlorhydrique, mais le chlore est 20 fois plus toxique que HCl.

Concentration maxima pour 30 à 60 minutes, 4/1000000.

Concentration rapidement fatale, 1000/1000000.

3) *Brome.*

Il sert de gaz de combat aux Allemands, ils l'utilisèrent seulement dans les lance-bombes. Le brome est moins irritant pour les parties profondes que le chlore. Son action toxique est semblable à celle du chlore. Le brome irrite cependant moins les parties profondes des poumons que chlore.

4) *Acroléine.*

L'acroléine ou aldéhyde acrylique est un liquide incolore qui bout à 52°. A l'air il s'oxyde lentement pour former l'acide acrylique de beaucoup moins irritant.

L'acroléine est un des produits de combustion de la graisse ou de l'huile. C'est un sous-produit de la manufacture du savon et il se rencontre dans les gaz d'échappement des moteurs, provenant alors de la combustion de l'huile au niveau des cylindres. L'acroléine a été employé par les Français au cours de la dernière grande guerre.

C'est un gaz lacrymogène puissant appelé en terme militaire « Papite ». Outre son action lacrymogène, il peut produire du catarrhe des voies respiratoires supérieures; à forte concentration, il peut occasionner l'œdème pulmonaire. Les concentrations toxiques mortelles sont celles du phosgène.

5) *Hydrogène sulfuré.*

C'est un corps irritant en même temps qu'un poison du système nerveux.

6) *Vapeurs nitreuses.*

Ces vapeurs constituent le plus insidieux de tous les gaz irritants. Elles peuvent devenir rapidement mortelles par œdème pulmonaire.

7) *Phosgène.*

C'est un gaz incolore qui, à l'air libre, forme des vapeurs par suite de sa conversion partielle en acide chlorhydrique. C'est un gaz aussi dangereux dans ses effets que les vapeurs nitreuses. Le phosgène est très insidieux et peut mettre hors de combat, plusieurs heures après un bombardement à obus toxiques, une troupe qui n'avait signalé au moment de l'attaque que des symptômes d'irritation légère.

Concentration à 4/1000000,
irritation des yeux.

Concentration à 3/1000000,
irritation de la gorge.

Concentration à 4.8/1000000,
provoque la toux.

Concentration à 25/1000000,
danger même pour un temps court.

Concentration à 125/1000000,
mort rapide.

2e groupe. Toxique anémiant.

L'oxyde de carbone est, à la température ordinaire, un gaz d'odeur imperceptible pour le plus grand nombre d'individus.

Le gaz d'éclairage constitue une des principales sources de ce poison.

Le gaz obtenu par distillation du charbon contient 4 à 6% de CO. Mais le gaz dit gaz à l'eau en contient jusqu'à 40%. En Europe, on utilise guère le gaz à l'eau, mais en Amérique, l'industrie des villes l'utilisent mélangé avec des sous-produits du pétrole aussi le gaz d'éclairage des villes américaines contient entre 20 à 30% de CO.

Il y a relation entre le nombre de décès et l'utilisation de ce gaz. Beaucoup d'empoisonnements des conducteurs d'automobiles par les gaz d'échappement seraient évités si les carburateurs étaient mieux réglés. Dans le trafic intense, il est dangereux de conduire avec une voiture fermée, parce que la voiture qui précède laisse échapper 28 à 30 litres de CO par minute par 20 C.V. Celui qui est à l'arrière d'une 120 C.V. reçoit 112 à 120 litres de CO par minute et il est encore plus dangereux de laisser fonctionner un moteur dans un garage fermé.

L'oxyde de carbone est un gaz anémiant parce qu'il se combine à l'hémoglobine des globules rouges pour former un carboxyhémoglobine qui rend le globule rouge inutilisable pour le transport de l'oxygène.

Au 1/1000, concentration supportable plusieurs heures.

Au 4/1000, concentration respirable pour une heure sans effet.

Au 6/1000, concentration effet appréciable après une heure.

Au 10/1000, concentration céphalée après une heure.

Au 15/1000, concentration dangereuse dans l'heure.

Au 40 et +/1000 concentration fatale en moins d'une heure.

3e groupe. Poisons tissulaires.

Dans cette catégorie nous faisons rentrer toutes les substances toxiques qui, par inhalation, peuvent arrêter les oxydations cellulaires et produire un besoin d'oxygène tissulaire sans qu'il existe dénaturation d'oxyhémoglobine du sang artériel (anoxémie) ni diminution d'hémoglobine (anémie).

Ces poisons tissulaires agissent sur les tissus en produisant des modifications organiques profondes. Cela ne signifie pas nécessairement que l'action toxique de ces substances s'exerce également sur tous les tissus du corps, mais ces poisons protoplasmiques peuvent avoir des préférences pour tel ou tel tissu et rendent ces tissus ou organes impropres à recevoir l'oxygène du sang.

Dans ce groupe nous devons faire entrer les cyanures, le mercure, le phosphore, le soufre et les composés d'hydrogène avec l'arsenic.

1) *Le cyanure* est le type même du poison qui produit un besoin d'oxygène tissulaire, sans entraver les échanges gazeux pulmonaires, sans réduire l'hémoglobine et sans ralentir la circulation. Les tissus sont en présence de tout l'oxygène nécessaire, mais incapables de l'utiliser.

Les autres corps plus haut mentionnés agissent de la même manière.

Résumons dans un court exposé le traitement spécifique pour chaque groupe de gaz.

1) *Les gaz suffocants* comme il a été énoncé plus haut ont une action élective pour les voies respiratoires, bron-

ches congestives qui peut aller jusqu'à l'œdème aigu pulmonaire.

Prophylaxie: repos au lit avec transport couché. Traitement, repos, réchauffer le malade, donner du lait, perles d'éther de 10 en 10 minutes, surveiller le malade attentivement pour dépister l'œdème au début.

En cas d'œdème, saignée précoce et abondante 4 à 500cc., oxygène, tonicardiaque; ne jamais donner ni digitale ni adrénaline. Il faut éviter les injections de morphine, les injections de sérum artificiel et la respiration artificielle.

2) *Les gaz vésicants* qui attaquent les tissus, les yeux, les voies respiratoires en causant des brûlures.

Prophylaxie: débarrasser le sujet de ses habits, ses sous-vêtements, ses chaussures, neutraliser le poison en étanchant avec papier buvard ou coton hydrophile les traces encore visibles. Lavage des yeux sans pression avec permanganate de potassium à 0.5/1000 dans du sérum artificiel, pour les voies respiratoires supérieures gargarismes bicarbonatés, pour les voies digestives ingestion d'eau carbonaté.

3) *Toxiques anémiantes* agissant sur le tissu sanguin par formation carboxyhémoglobine.

Premièrement éloigner le malade du milieu toxique. Pratiquer la respiration artificielle, inhalation d'oxygène, tonicardiaques. Dans les cas d'asphyxie bleue pratiquer une saignée légère.

Secondairement, prescrire le repos absolu, réchauffer le malade et surveiller les voies respiratoires.

4) *Toxiques* agissant par inhibition du protoplasma cellulaire qui devient inapte à fixer l'oxygène.

Eloigner le malade du milieu contaminé. Réchauffer le sujet et dans les cas graves pratiquer la respiration artificielle. Inhalation d'oxygène pur ou de carbogène. Inhalation discontinuée mais répétée de nitrite d'amyle pendant une minute, le contenu d'une ampoule au quart de c.c. Donner des toniques cardiaques.

Résumons en terminant les symptômes observés chez les anciens gazés.

Subjectivement, les sujets se plaignent des troubles suivants: vertiges, nausées, palpitations, cauchemars, sensation de faiblesse, céphalée, inspiration incomplète et suffocation surtout la nuit.

Objectivement :

1) Au point de vue respiratoire, on observe une respiration courte et fréquente, un faible volume d'air inspiré à chaque respiration, mais un volume d'air inspiré par heure considérable, un abaissement du taux d'acide carbonique dans l'air expiré et dans l'air alvéolaire une capacité réduite au travail et dyspnée violente au moindre effort.

2) Au point de vue sang, état d'alcalose gazeuse artérielle et élévation du taux de l'hémoglobine et des globules rouges.

3) Au point de vue nerveux, on trouve les symptômes infinis souvent classés « neurasthénie ».

4) Au point de vue cœur, nous avons le cœur dit irritable. Chez un sujet normal après exercice le cœur revient à la normale au bout d'une minute environ, tandis que chez le gazé qui a un cœur irritable le pouls revient à la normale qu'au bout de 4 à 5 minutes. Chez ces malades le moindre exercice ne peut être fait sans difficulté. Chez ces sujets, les excitations, la surprise, la peur accroissent la fréquence du pouls souvent dans des proportions extraordinaires.

UN CAS DE LOMBO-SCIATALGIE

Par JEAN-LÉON DESROCHERS

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

M. P. P... 27 ans, infirmier depuis plusieurs années, fut admis dans le service de médecine le 30 juillet 1944. Le matin même, après trois heures de travail, une douleur lombaire extrêmement vive et tenace avait nécessité son hospitalisation.

Voici l'histoire qu'il raconte à l'interne du service: « Il souffre de douleurs lombaires intermittentes depuis la fin de mai 1944. Il se souvient toutefois qu'au mois de juin 1941, il avait souffert d'un épisode douloureux semblable. Après avoir soulevé un patient trop lourd, il avait subitement ressenti une douleur lombaire basse aiguë avec maximum d'intensité vis-à-vis les ailerons du sacrum. Tout disparut après trois jours d'hospitalisation et on posa le diagnostic de lumbago.

A la fin de mai 1944, les douleurs sont uniquement localisées à la région lombaire; elles sont accrues par le travail et disparaissent au repos. Le patient, qui fut toujours très courageux et reconnu par son assiduité et son empressement auprès des malades, continue néanmoins son travail. L'intensité de la douleur s'accroît à tel point qu'il est forcé de prendre un repos complet au milieu de juin. Le 23 du même mois, il doit s'aliter. A ce moment, tout changement de position dans son lit lui cause de vives douleurs lombaires; il se sent incapable du moindre effort. Il remarque aussi, en y attachant une certaine importance, que tout changement de température influe sur son état: il souffre davantage lorsque la température est humide, et se sent soulagé dès qu'il fait beau. Le 27 juin, notre patient

est de nouveau sur pieds, mais son médecin lui fait garder le lit, du 1er au 15 juillet, pour mieux l'observer; avec ce repos, tous les symptômes s'amendent.

Se croyant guéri, il reprend son travail avec entrain le 15 juillet au matin. Sa joie fut de courte durée, car il n'a pas aussitôt soulevé un patient pourtant maigre, qu'il est de nouveau terrassé par sa douleur. C'est à ce moment qu'il est admis en médecine.

On note dans ses antécédents personnels: un traumatisme cranien à cinq ans et une amygdalite à l'âge de 7 ans, suivie d'amygdalectomie. Onze de ses frères et sœurs sont morts en bas âge; une sœur est hospitalisée au Sacré-Cœur, en chirurgie thoracique; son père est mort cardiaque à 70 ans; sa mère mourut des suites de couches à 47 ans.

Il nous dit souffrir depuis quelques jours d'un point épigastrique qui l'éveille tôt le matin. Toux quotidienne assez fréquente et peu productive. Pas d'hémoptisies. Palpitations, engourdissements aux mains, diaphorèse nocturne.

A l'examen somatique, on trouve un patient amaigri, au faciès souffrant et pâle. La palpation du cou laisse prévoir des ganglions cervicaux durs et non douloureux. L'examen du cœur, des poumons, de l'abdomen, ne révèle rien de pathologique.

Après cet examen, on demande une consultation au service de neurologie.

Nous trouvons:

- 1° — Un Lasègue positif à gauche: on ne peut en effet soulever la jambe gauche étendue d'un angle de plus de 30° au-dessus du lit.
- 2° — Une fonte musculaire du groupe antérieur de la cuisse gauche avec une diminution du périmètre de

2 centimètres: l'extension de la jambe sur la cuisse s'exécute avec moins de force.

- 3° — Une rigidité du rachis dorso-lombaire (D'6 à L'5) avec limitation marquée des mouvements de rotation et de flexion surtout à gauche.
- 4° — La mobilisation latérale des apophyses épineuses de L'2- L'3- L'4 est douloureuse.
- 5° — Nous ne notons aucun changement des réflexes ni de la sensibilité superficielle.

En face d'un tel syndrome nous pouvions penser :

- 1° — A un mal de Pott, d'autant plus que nous avions chez lui la toux fréquente, l'adénopathie cervicale, la diaphorèse nocturne, l'amaigrissement et la présence d'une tuberculose grave chez une de ses sœurs;
- 2° — A une tumeur osseuse du rachis ou à une néoplasie méningée comprimant les racines médullaires;
- 3° — A un spondylolisthésis: le patient soulevait souvent des patients très lourds, son tronc étant fléchi.
- 4° — A un lumbago, mais nous devons éliminer cette hypothèse, la douleur du lumbago étant plus marquée au repos et disparaissant avec le travail.
- 5° — Au syndrome de Dandurand: mais l'absence d'hématémèse et de mœlena, un passé digestif normal, sauf un récent épisode épigastrique survenu bien après les douleurs lombaires et tôt disparu, nous font aussi écarter cette hypothèse.
- 6° — Douleurs lombaires réflexes, d'origine viscérale, prostatique, vésicale ou urétérale (Genest).
- 7° — Fibrosite musculo-ligamentaire primitive.

- 8° — Douleurs lombo-sacrées par fibrosite secondaire à une infection générale chronique ou aiguë.
- 9° — Spondylite atrophique ou spondylose rhizomélique, type Marie-Strumpell.
- 10° — Arthrite des facettes articulaires et des vertèbres.
- 11° — Enfin, hernie d'un ou plusieurs disques intervertébraux.

Comme le patient ne s'était jamais plaint d'aucun symptôme urinaire, et que l'analyse des urines était normale, et comme il n'avait dans son histoire aucun passé gastrique, ou digestif, important, nous avons demandé une radiographie simple de la colonne dorso-lombo-sacrée, de face et de profil.

Cette radiographie nous permet d'éliminer toute lésion d'origine tuberculeuse, arthritique, traumatique ou néoplasique. Il ne nous restait plus comme possibilité diagnostique, que celle d'un ou de plusieurs disques herniés probablement très haut situés. On décida donc de pratiquer une myélographie selon la technique habituelle; le patient étant placé en décubitus ventral. La colonne opaque présentait un retrécissement bilatéral peu prononcé et un ralentissement de sa course au niveau de l'espace intervertébral L'1 - L'2. A cause de cette localisation exceptionnelle, et du peu d'importance des anomalies radiologiques, l'examen fut repris huit jours plus tard.

Sachant que certains disques herniés se réduisent spontanément en position couchée, alors qu'ils s'accroissent le patient étant debout, nous avons décidé de reprendre l'examen dans cette dernière position. Nous avons alors constaté un bloc presque complet des espaces sous-arachnoïdiens, causé par une hernie bilatérale très prononcée du disque intervertébral entre L, et L'2.

Les autres disques de la région lombaire présentaient également une saillie postérieure, mais légère. Il fut alors décidé de confier le patient à un neuro-chirurgien de l'Institut neurologique pour intervention appropriée.

Constatations opératoires (Dr Penfield).

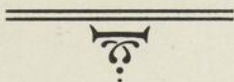
« Le disque entre L'1 - L'2 fait une légère saillie bilatérale, mais l'anneau fibreux n'est pas rupturé. L'espace intervertébral est plutôt rétréci.

Ablation du disque hernié entre L'1 - L'2 bilatéralement ».

Deux jours après l'opération, le patient se plaignit de douleurs aux jambes. On lui permit néanmoins de se lever le lendemain et on lui ordonna les « tension exercices » trois par jour.

Sept jours après l'opération, il reçut son congé, libéré de tous ses symptômes, guéri.

Après un mois de repos, il a repris son travail habituel, et n'a pas depuis éprouvé la moindre douleur lombaire.



LES MUSCLES REDRESSEURS ¹

Par ALBERT COUTU

Nous constatons, à la dissection des muscles de l'organisme humain, des faisceaux musculaires annexés au corps principal d'un muscle. Ces fibres musculaires accessoires originent, par de courtes fibres tendineuses, soit d'une saillie osseuse, soit du corps charnu, soit du tendon d'un muscle; les fibres tendineuses se continuent par des fibres musculaires: constituent ainsi la portion principale du faisceau accessoire. Les fibres charnues se terminent, par un tendon variable en longueur et en largeur, sur des points d'attache analogues à ceux du tendon d'origine i.e. saillies osseuses, corps charnu ou fibres tendineuses.

La forme de ces muscles accessoires est elle-même variable: fusiforme, quadrilatère, filiforme, etc.

Parmi ces muscles, les uns sont longs, les autres sont courts; dans certains cas, le corps charnu forme la presque totalité du muscle; dans d'autres cas, le corps charnu est très court mais il est prolongé par un tendon long et grêle; ailleurs enfin, seules apparaissent des fibres tendineuses.

Les faisceaux musculaires redressent les muscles sur lesquels ils s'insèrent: ce sont des muscles redresseurs.

Les muscles redresseurs sont :

1. — Les muscles lombricaux. Les lombricaux sont des petits muscles annexés aux fléchisseurs profonds des doigts et des orteils. Ils sont au nombre de quatre pour chaque muscle fléchisseur. Ceux du membre supérieur originent, pour le premier, du bord externe du tendon fléchisseur et, pour les autres, entre les tendons de ce muscle. Ils con-

¹ Laboratoire d'anatomie du professeur Jean Delage.

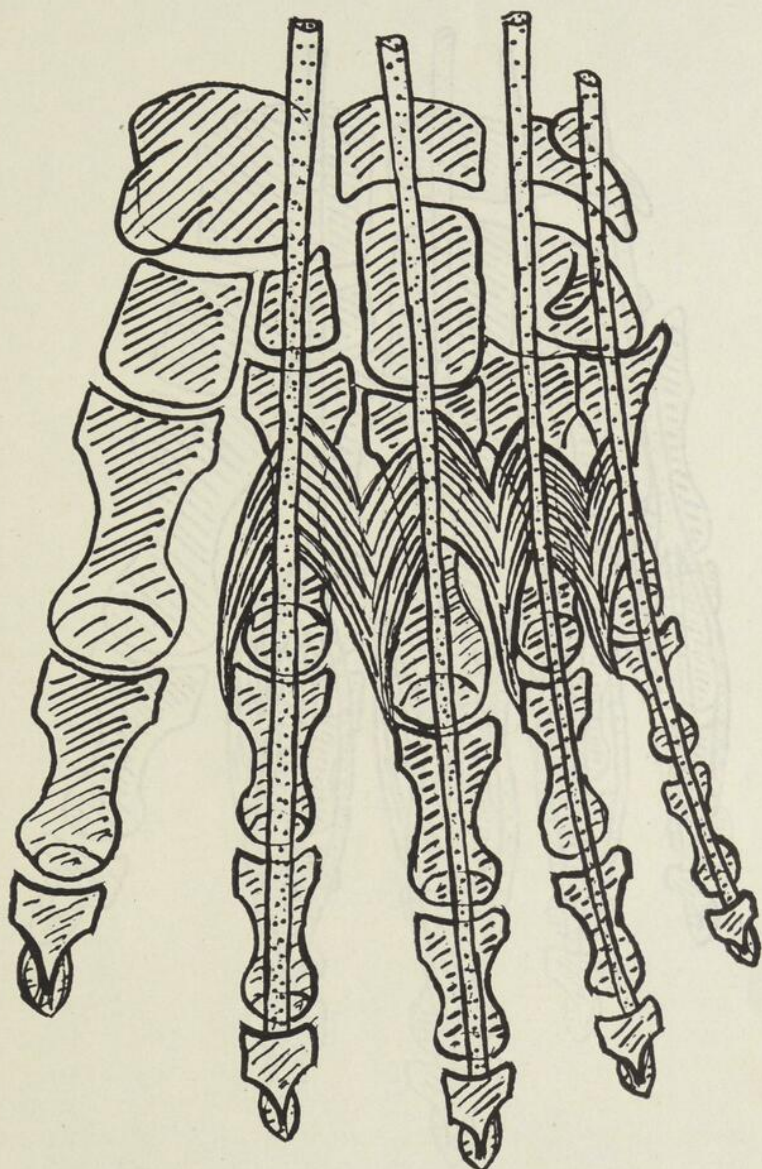


Schéma 1 — Région palmaire de la main droite.

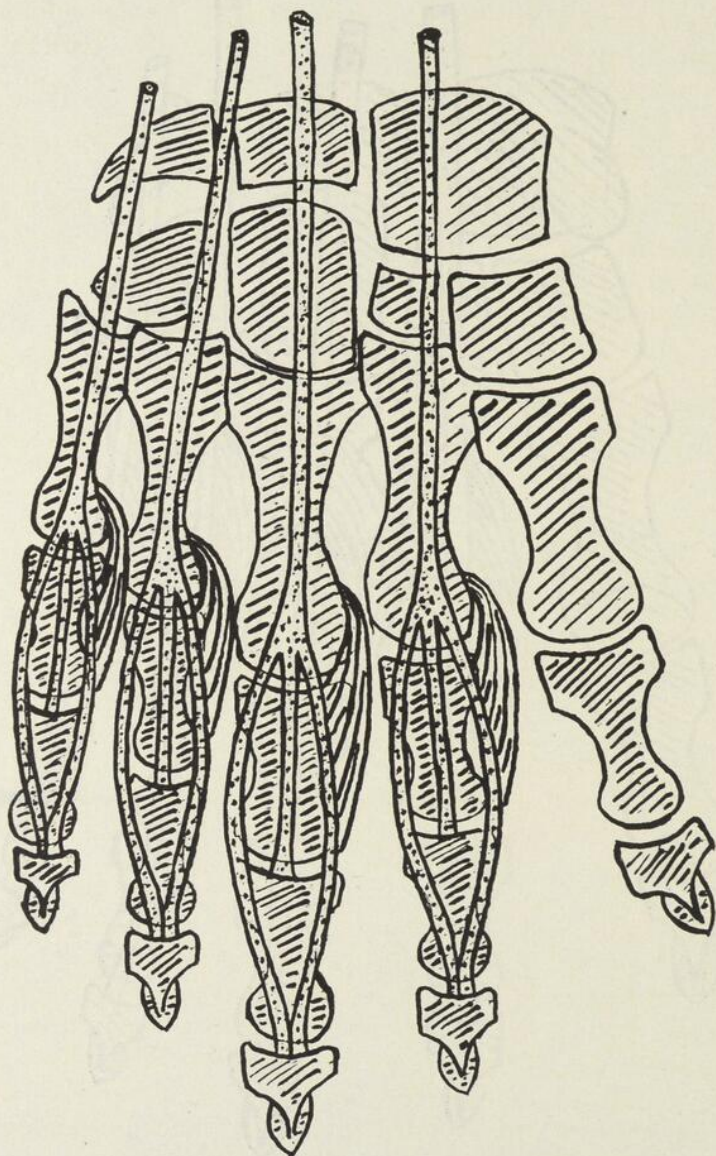


Schéma 2 — Région dorsale de la main droite.

tournent la face externe de l'articulation métacarpophalangienne et se terminent sur la languette latérale externe du tendon extenseur. (Schéma 1 et 2).

Les lombricaux du membre inférieur ne diffèrent de ceux du membre supérieur que par leur situation interne: ils originent du bord latéral interne du tendon fléchisseur, contournent la face interne de l'articulation métatarso-phalangienne et se terminent sur la languette latérale interne du tendon extenseur.

S'ils prennent leur point fixe sur le tendon fléchisseur, les lombricaux redressent le tendon extenseur; si, au contraire, ils le prennent sur le tendon extenseur, ils redressent le tendon fléchisseur.

2. — La chair carrée de Sylvius. La chair carrée de Sylvius est un muscle quadrilatère situé à la région plantaire. Il appartient au troisième plan de la loge plantaire moyenne: les deux premiers plans, sous l'aponévrose plantaire, sont le plan du muscle court fléchisseur plantaire et celui des pédicules vasculo-nerveux de la région. Les pédicules vasculo-nerveux comprennent les artères plantaires externe et interne, branches terminales de l'artère tibiale postérieure, leurs veines satellites et les nerfs plantaires interne et externe, branches terminales du nerf tibial postérieur.

La chair carrée origine par deux chefs d'insertion: interne et externe; l'interne s'attache sur le tubérosité postéro-interne de la face inférieure du calcaneum; l'externe, sur la tubérosité postéro-externe. Ces chefs d'insertion sont constitués de fibres tendineuses courtes auxquelles font suite des fibres musculaires. Le tendon terminal de la chair carrée s'arrête sur le bord latéral externe du tendon du muscle long fléchisseur des orteils. (Schema 3).

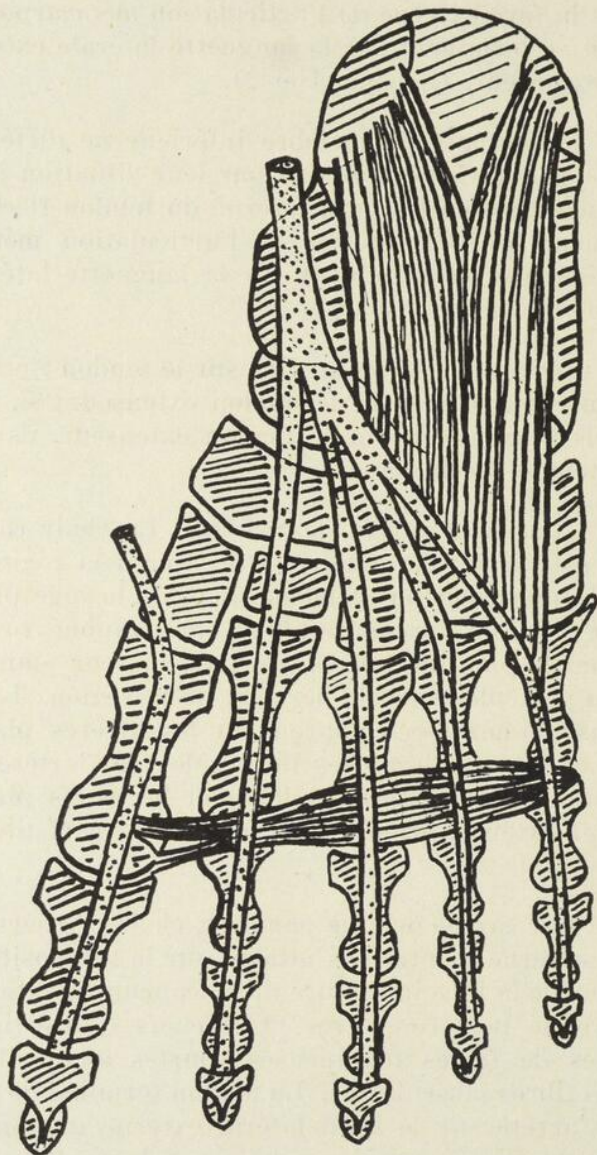


Schéma 3 — Région plantaire du pied droit.

Prenant son fixe sur les tubérosités du calcaneum, la chair carrée de Sylvius redresse le muscle sur lequel il se termine,

3. — Le faisceau transverse de l'abducteur du gros orteil. L'abducteur est l'un des quatre muscles de la face plantaire du gros orteil; les autres sont les fléchisseurs long et court et l'adducteur. L'abducteur présente deux faisceaux: l'un, oblique, est l'abducteur oblique, l'autre, transverse, est l'abducteur transverse. L'oblique origine de la crête oblique du cuboïde, du ligament calcanéo-cuboïdien plantaire ou gaine du long péronier latéral, du troisième cunéiforme et de la base des troisième et quatrième métatarsiens. Il se dirige vers l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil où il s'unit au tendon externe du court fléchisseur. Celui-ci et l'abducteur oblique se terminent sur le sésamoïde externe.

L'abducteur transverse origine du ligament glénoïdien des articulations métatarso-phalangiennes des cinquième, quatrième et troisième orteils. Il se dirige, comme l'abducteur oblique, vers l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil. Là, son tendon terminal se bifurque; il donne deux languettes fibreuses dont l'une se termine sur le bord latéral externe du long fléchisseur et l'autre sur le tendon extenseur, après avoir contourné la face externe de l'articulation. (Schema 3).

De ces deux faisceaux de l'abducteur, seul le transverse se classe parmi les muscles redresseurs. En effet, par ses deux languettes terminales, il agit sur le long fléchisseur et sur l'extenseur du gros orteil.

4. — Le muscle plantaire grêle.

Le plantaire grêle est un muscle de la région postérieure de la jambe. Il est placé entre les muscles jumeau

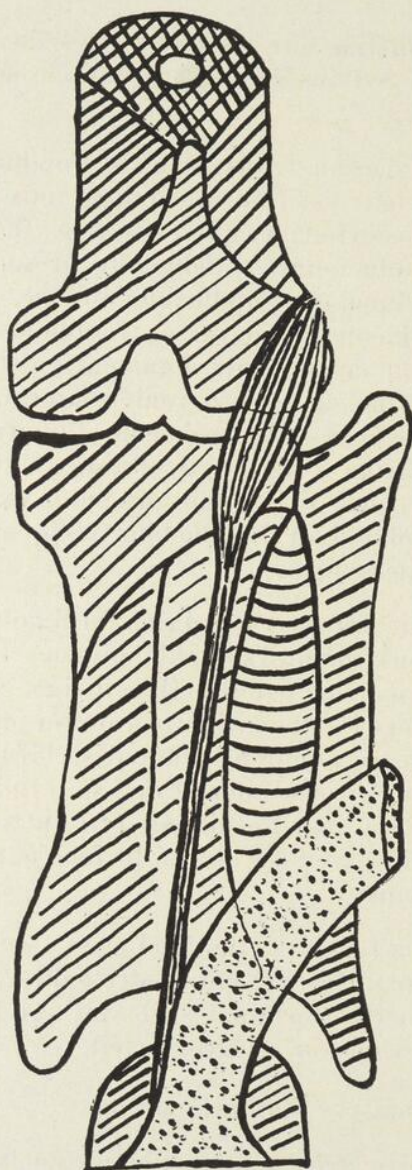


Schéma 4 — Face postérieure de la jambe droite.

interne et jumeau externe, qui occupent le plan superficiel et le muscle soléaire, qui forme le plan profond.

Le plantaire grêle origine de la face externe de la tubérosité externe du fémur. Il s'insère en dessous et en dedans du jumeau externe; celui-ci s'insère en dessus et en arrière de la tubérosité externe i.e. au-dessus de la portion du muscle poplité.

Le plantaire grêle débute par un corps charnu court et fusiforme; un tendon long et grêle, d'où le nom de plantaire grêle donné au muscle, fait suite au corps charnu. Le tendon terminal du plantaire grêle croise très obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, d'abord le jumeau externe, puis le jumeau interne; le tendon longe, ensuite, le bord latéral interne du tendon d'Achille, où il se termine. (Schéma 4).

Le plantaire grêle est, en quelque sorte, quoique faiblement, redresseur du tendon d'Achille.

Chez certains animaux et même chez l'homme, dans quelques rares cas, le plantaire grêle ne s'arrête pas sur le tendon d'Achille: il se continue jusqu'à l'aponévrose plantaire. En somme, comme pour le petit palmaire du membre supérieur, que nous décrirons ultérieurement, l'aponévrose plantaire serait alors l'épanouissement du plantaire grêle.

Dans ce cas, le plantaire grêle serait un redresseur de l'aponévrose plantaire. Dans un cas, comme dans l'autre, le plantaire grêle fait partie des muscles redresseurs.

5. — La courte portion du biceps fémoral.

La courte portion du biceps fémoral est un faisceau musculaire triangulaire à base supéro-interne et à sommet inféro-externe. Le court biceps va du fémur au tendon du long biceps.

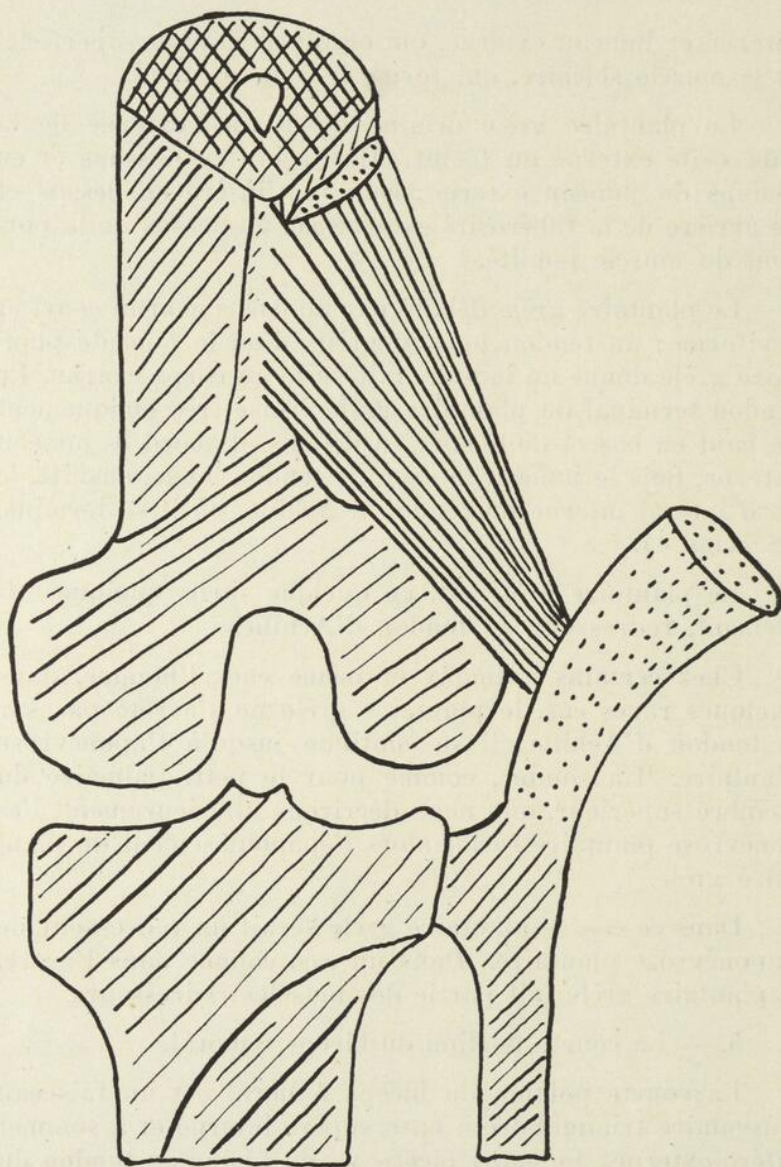


Schéma 5 — Région poplitée (portion inférieure du court biceps).

Il origine, par de courtes fibres tendineuses, des deux tiers inférieurs de l'interstice de la ligne âpre, en dehors de l'insertion du faisceau moyen de la portion externe du grand ou troisième adducteur. Aux fibres tendineuses font suite des fibres charnues; celles-ci sont d'autant plus longues qu'elles occupent une position plus externe; par suite, les fibres internes sont plus courtes. Les fibres charnues se prolongent par des fibres tendineuses courtes, qui formeront le tendon terminal de la courte portion du biceps fémoral. Celui-ci s'arrête sur le tendon du long biceps, à quelques centimètres au-dessus de l'apophyse styloïde du péroné. (Schéma 5).

Originant du fémur et se terminant sur le long biceps, la courte portion constitue le muscle redresseur du biceps fémoral.

6. — Les muscles jumeau supérieur et jumeau inférieur.

Les jumeaux supérieur et inférieur sont deux petits muscles fusiformes qui appartiennent au plan profond des muscles de la région fessière.

Le jumeau supérieur est situé au-dessus de la portion extra-pelvienne du muscle obturateur interne et au-dessous du bord inférieur du muscle pyramidal. Il est séparé, de ce dernier muscle, par le pédicule vasculo-nerveux inférieur de la région; ce pédicule vasculo-nerveux comprend les artères honteuse interne et ischiatique, leurs veines satellites et les nerfs anal ou hémorroïdal, obturateur interne, honteux, petit sciatique ou fessier inférieur et grand sciatique.

Le jumeau supérieur s'étend de la face externe de l'épine sciatique au bord supérieur du tendon terminal de l'obturateur interne.

Le jumeau inférieur est situé au-dessous de la portion extra-pelvienne du muscle obturateur interne et au-dessus

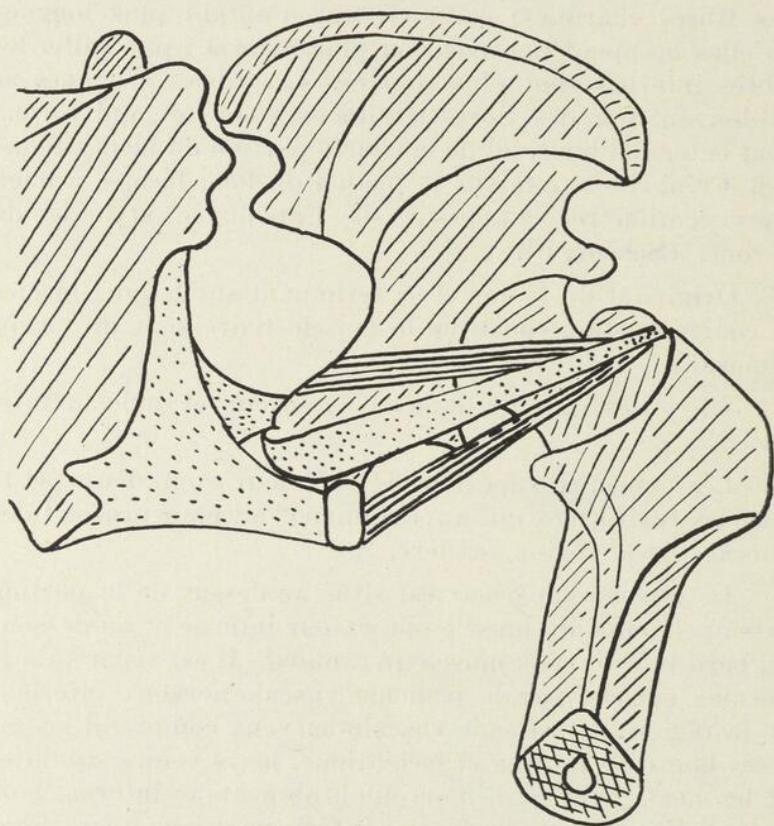


Schéma 6 — Région fessière.

du bord supérieur du carré crural. Il est séparé, de ce muscle, par le rameau fessier de l'artère obturatrice, qui s'anastomose avec un rameau de l'artère ischiatique; des veines satellites accompagnent ces rameaux artériels.

Le jumeau inférieur origine de la tubérosité ischiatique et se termine sur le bord inférieur du tendon terminal de l'obturateur interne. (Schéma 6).

Les jumeaux supérieur et inférieur sont les muscles redresseurs de l'obturateur interne. Le jumeau supérieur exerce une action élévatrice sur le tendon terminal de l'obturateur interne; le jumeau inférieur, lui, exerce une action contraire, qui contrebalance celle du jumeau supérieur. Ainsi, le tendon terminal de l'obturateur interne conserve une position propre à son action sur la face interne du grand trochanter.

(à suivre)



Numéros 1-2-3-4-5-6

Treizième année

LE JOURNAL
... de ...
L'HÔTEL-DIEU DE MONTRÉAL



NOVEMBRE-DÉCEMBRE

1944

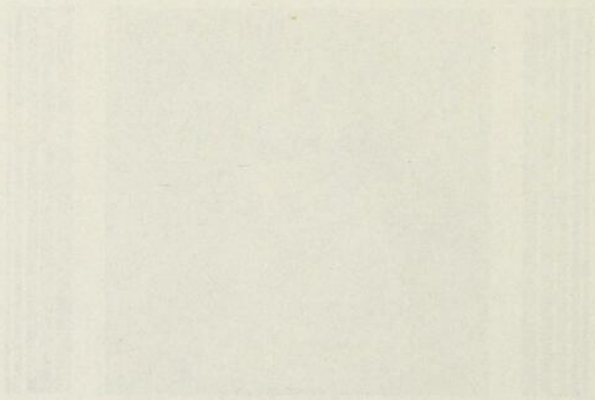
Le Journal de

Montreal

LE JOURNAL

de

L'HOTEL-DIEU DE MONTREAL



MONTREAL

TABLE DES MATIÈRES POUR L'ANNÉE 1944

SOMMAIRE du No 1

Janvier-Février 1944

GÉRARD CASGRAIN — L'asthme du nourrisson	1
ANTONIO BARBEAU et ROGER LEMIEUX — Les signes sensitifs du début de la polysclérose	27
PAUL DUMAS — Les médecins ne sont pas des dieux	33
REVUE DES LIVRES (ANTONIO BARBEAU) —	
Draper, Dupertuis, Caughey — Human constitution in clinical medicine	45
Paul Lachapelle — Psychologie et Pédagogie	49
Paul Dumas — Lyman	51
BUREAU MÉDICAL DE L'HÔTEL-DIEU (P.D.) —	
Assemblée du 27 octobre 1943: Armand Paré — Considérations sur le traitement chirurgical de l'ulcère d'estomac	53
Assemblée du 26 novembre 1943: Georges Badeaux — Cancer des cavités nasales et chirurgie	57
Paul Marchildon — Un cas de perforation d'estomac	58

SOMMAIRE du No 2

Mars-Avril 1944

ANTONIO BARBEAU — Cinquante ans au service de la médecine	61
--	----

PIERRE MEUNIER — Thérapeutique hormonale de l'aménorrhée, des métrorragies fonctionnelles et de la dysménorrhée ..	63
MIGUEL PRADOS — L'âge critique de l'homme	83
FERNAND CHAREST — L'angiographie cérébrale	101
BUREAU MÉDICAL DE L'HÔTEL-DIEU —	
Assemblée du 17 décembre 1943: M. Gosselin — Considérations sur le test de l'acide hippurique	110
Assemblée du 26 janvier 1944: Armand Paré — Diverticule du duodénum	113
M. Lefrançois — Un cas de calcul du cholédoque atypique ..	115

SOMMAIRE du No 3

Mai-Juin 1944

Capitaine MAURICE SAINT-MARTIN — Diagnostic des Comas ..	117
ANDRÉ PARENTEAU — Les vertiges	132
PIERRE MARION — Palpitations et extra-systoles	139
CLAUDE MONFETTE — Les Céphalées	149
JEAN-PAUL CHOLETTE — Les Leucorrhées	156
RENÉ LEBEAU — Bref aperçu sur l'histoire de l'anesthésie ..	170
ANTONIO BARBEAU — Le Révérend Frère Marie-Victorin ..	174
ANTONIO BARBEAU — Le docteur James Norman Peterson ..	177

SOMMAIRE du No 4

Juillet-Août 1944

JACQUES GENEST — Diagnostic et séméiologie du rhumatisme ..	175
PARAMÉDICA — Hugh Morris (d'après Léo Pariseau) — Encore l'enfant des Rayons X.	223

SOMMAIRE du No 5

Septembre-Octobre 1944

A. BARBEAU, J.-L. DESROCHERS, R.-R. LEMIEUX — De l'effet de quelques thérapeutiques dans la sclérose en plaques	227
JACQUES BRUNEAU — Le soin des colostomisés	265
GÉRARD SAINT-ONGE — L'acide tannique, fixateur utile et dangereux	270
LUCIEN PERRON — Les yeux rouges	283
JEAN-LÉON DESROCHERS — Un cas de polysclérose clinique avec bloc manométrique complet traité amélioré par la radiothérapie	287

SOMMAIRE du No 6

Novembre-Décembre 1944

ANTONIO BARBEAU — La croisée des chemins	293
PIERRE-PAUL GAUTHIER — Gaz toxiques	322
JEAN-LÉON DESROCHERS — Un cas de lombo-sciatalgie	335
ALBERT COUTU — Les muscles redresseurs	340
Table des matières pour l'année 1944	355





FORMULE

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

Nouvelle Médication
pour la sinusite et les infections
des voies respiratoires
injection intramusculaire

Documentation complète et échantillon sur demande

REPRÉSENTANTS POUR LE CANADA

HERDT & CHARTON, INC.

"MÉDICAMENTS DE MARQUE"

9027, AVENUE DU COLLÈGE MCGILL, MONTRÉAL



*Page(s) manquante(s)
ou non-numérisée(s)*

Veillez vous informer auprès du personnel de BAnQ
en utilisant le formulaire de référence à distance, qui se trouve en ligne :

https://www.banq.qc.ca/formulaires/formulaire_reference/index.html

ou par téléphone **1-800-363-9028**

**Bibliothèque
et Archives
nationales**

Québec 

Préservez-vous des maladies infectieuses



« Pourquoi vous exposer et exposer vos enfants à une maladie évitable ? La diphtérie fait encore des victimes, certes, mais chez ceux qui ne sont pas inoculés. L'immunisation anti-diphtérique des enfants est une véritable assurance contre cette maladie. C'est une protection pour eux, pour vous et pour le public. »

Tels sont les conseils que les hygiénistes ne se lassent pas de répéter. Dans la province de Québec, par l'intermédiaire du ministère de la santé et du bien-être social, ils mettent à la disposition du public tous les avantages de la médecine préventive et de l'hygiène; ils pratiquent l'immunisation et invitent la population de tous les centres desservis par des unités sanitaires à en profiter. C'est ainsi que, durant un seul mois, les hygiénistes ont fait 5,124 immunisations anti-diphtériques complétées et 3,335 immunisations de rappel.

« Vos enfants sont-ils protégés contre la diphtérie ? Sont-ils vaccinés contre la variole, les avez-vous fait immuniser contre la typhoïde, vous êtes-vous, vous-même garanti contre ces maladies ? S'il en est ainsi, vous pouvez être tranquille à la pensée que ni vous ni vos enfants n'aurez à souffrir de ces affections. Voilà ce que vous devez vous demander. En somme, nous devons tous, enfants ou adultes, nous protéger contre la diphtérie et les autres maladies infectieuses.

« Personne, pas même le millionnaire, disent les hygiénistes, ne peut se payer le luxe d'une faible résistance à la maladie. Une simple indisposition dégénère facilement en maladie sérieuse. Etouffons l'étincelle et nous n'aurons pas à combattre l'incendie. »



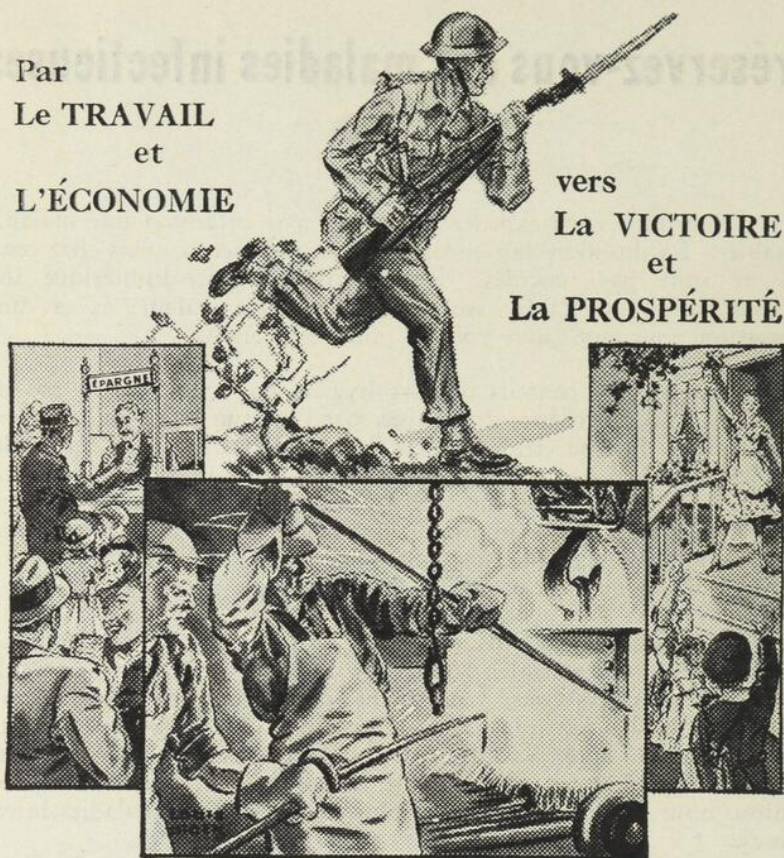
Ministère de la Santé et du Bien-Etre Social

Honorable Dr J.-H.-A. PAQUETTE
ministre

JEAN GRÉGOIRE, M.D.,
sous-ministre.

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

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: WIlbank 1728



Savez-vous que chez

DUPUIS FRÈRES

LIMITÉE

il y a un

Technicien Orthopédiste

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

865 STE-CATHERINE EST

- - -

PLateau 5151

CARRIÈRE & SENÉCAL

Limitée

ÉMILE CARRIÈRE, o.o.d.

ADRIEN SENÉCAL, o.o.d.

OPTOMÉTRISTES-OPTICIENS À L'HÔTEL-DIEU

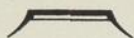
277 RUE SAINTE-CATHERINE EST - MONTRÉAL

Tél.: LANcaster 2211-2212

•

SPÉCIALITÉS :

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



La

BANQUE CANADIENNE NATIONALE

est la banque du public aussi bien que la
banque des hommes d'affaires.

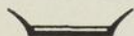
Le gérant de succursale se tient à votre
entière disposition, qu'il s'agisse de dépôts,
d'emprunts personnels, de remises, de recou-
virements ou de toute question d'ordre finan-
cier au sujet de laquelle vous désireriez le
consulter.



ACTIF TOTAL, PLUS DE \$250,000,000

515 bureaux au Canada

60 succursales à Montréal



DERNIERS DEVOIRS . . .

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

▲
—
SALONS MORTUAIRES
SERVICE D'AMBULANCE
—
▼

GEO. VANDELAC

FONDÉE EN 1890

LIMITÉE

G. Vandelac, Jr. - Alex. Gour

120 EST, RUE RACHEL - MONTRÉAL

BEIair 1717

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"

et

"AMERICAIN"

"SCRANTON"

'bleu'

"Le Marchand Indépendant"

F. H. Phelan

"A la Tonne ou au Char"



MArquette 1279

315, RUE COLBORNE

Charbons
BITUMINEUX



HUILE A
CHAUFFAGE



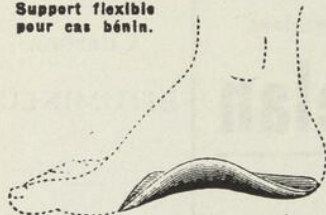
COKE

XXXII
SANTALINI

TABLE DES ANNONCEURS

	Page		Page
Abbott Laboratories	Couvert. 2	Merck & Co.	Couvert. 4
Anglo-French Drug	XV	Millet, Roux et Cie	X-XVI
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée ..	XI	Ministère de la santé	XXVI
Banque Canadienne Nationale	XXX	Oxygène du Canada	
Banque d'Epargne	XXVII	(Compagnie)	XXVIII
Canada Drug	XX	Parke Davis & Co.	XXII
Carrière et Sénécal	XXIX	Phelan, F. H.	XXXII
Casgrain & Charbonneau	V-XVII	Rivet, Gaston	XXXII
Ciba (Compagnie)	XII-XIII	Rougier Frères	IX
Duckett, J.-A.	XXXIII	Schering Corporation Limited	XXI
Dupuis Frères	XXVIII	Shuttleworth Chemical Co. Limited	
Eddé, J. Ltée	XIV	(The E. B.)	VI
Frosst, Charles E. & Co.	XIX	Soc. d'Administration et de	
Herdt & Charton, Inc.	XXV	Fiducie	II
Horner, Frank W., Limited	VII	Vandelac, Georges	XXXI
Laboratoire du Bismol	XXIII-XXIV	Victor X Ray Corporation	VIII
Laboratoire Jean Olive	II	Winthrop Chemical Company, Inc.	III
Laboratoire Nadeau Ltée	I-XVIII	Wyeth, John & Brother (Canada)	
Laboratoires Poulenc	Couvert. 3	Ltd.	IV
Mallinckrodt Chem.	XIV		

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, QUÉST, RUE LAGAUCHETIÈRE, MONTRÉAL

XXXIII



**Augmente la
Sécrétion Biliaire...**

Une grande partie de toute la physiologie digestive repose sur le maintien d'un cycle biliaire normal. Le Dycholium exerce une action stimulante énergique sur la fonction biliaire; il en augmente considérablement la sécrétion, assurant ainsi un meilleur drainage vésiculaire et une amélioration des processus digestifs.

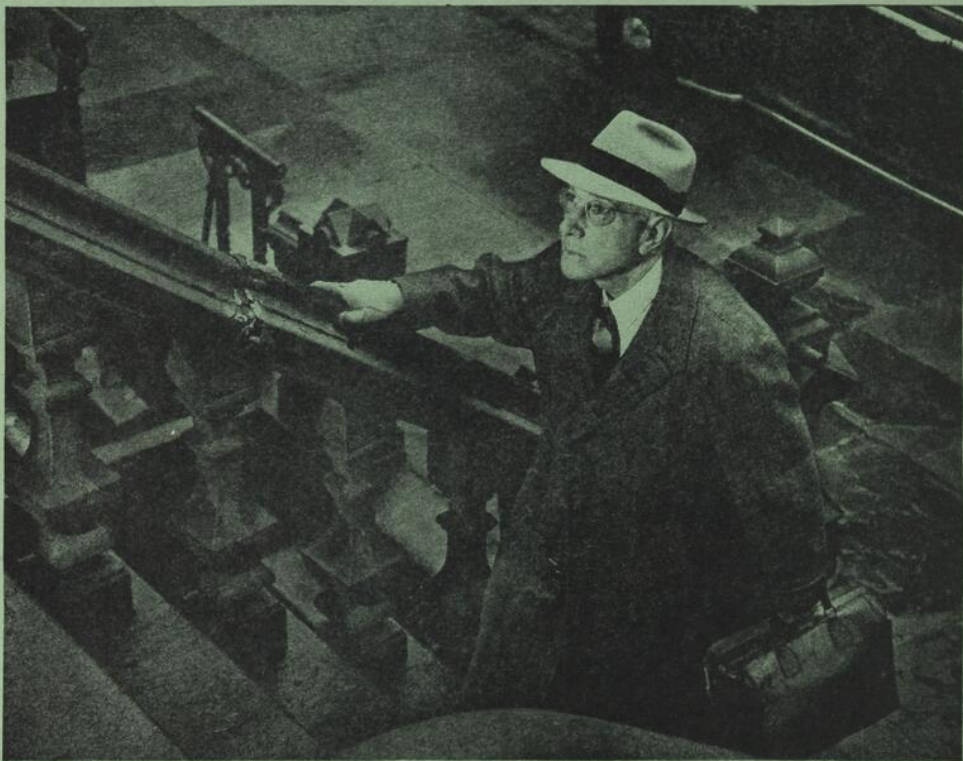
DYCHOLIUM

Principales Indications
ICTÈRE HÉPATIQUE, CHOLÉCYSTITE,
ANGIOCHOLITE, INSUFFISANCE BILIAIRE,
ENGORGEMENT DU FOIE, Etc.

COMPRIMES dosés à 0 gr. .30 d'acide déhydrocholique—
tubes de 20—flacons de 100, 500 et 1000 comprimés.
AMPOULES dosées à 1 gramme de déhydrocholate de
sodium—boîtes de 6 ampoules.

Laboratoires Poulenc Frères

DU CANADA LIMITÉE — MONTRÉAL



Le médecin très pris appréciera ces avantages importants du

PYRIDIUM

- Soulagement prompt et satisfaisant des signes urinaires pénibles.
- Facilité et avantages d'administration.
- Sûreté — absence de toxicité.

Un nombre croissant de médecins très pris par la clientèle découvrent que le Pyridium est un agent thérapeutique chimique absolument fiable, qui peut procurer un soulagement rapide et satisfaisant des symptômes pénibles de la cystite, de la prostatite, de la pyélonéphrite et de l'urétrite.

Une expérience clinique de plus de dix ans, comme en fait foi la littérature parue sur le Pyridium, justifie son action prompte et effective et son absence d'effets narcotiques ou irritants.



MERCK & CO. Limited

Fabricants-Chimistes

Montréal - Toronto

