

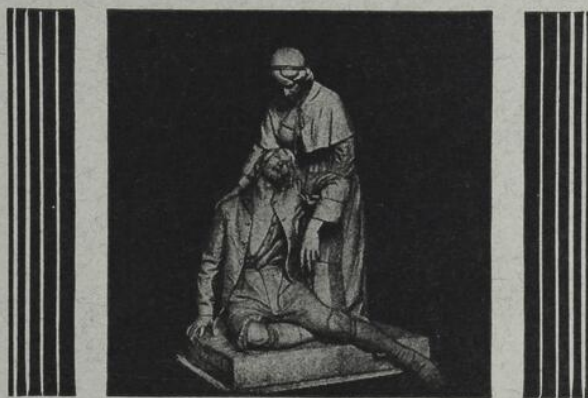
No 6

Dixième année

**LE JOURNAL**

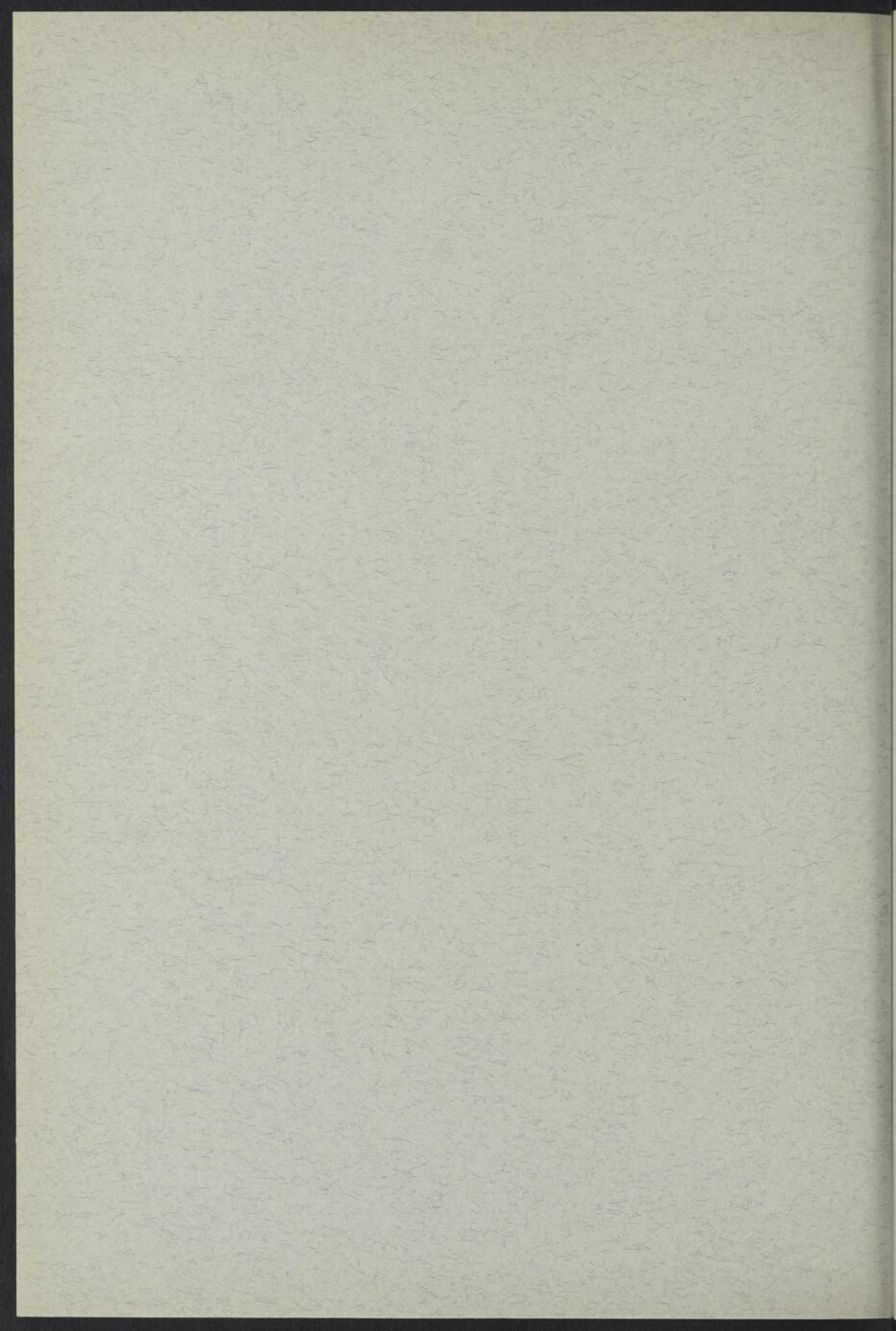
**... de ...**

**L'HOTEL-DIEU DE MONTRÉAL**



NOVEMBRE-DÉCEMBRE

1941



TIRAGE CERTIFIÉ : 2350 EXEMPLAIRES

## SOMMAIRE du No 6

Novembre-Décembre 1941

### LE NOUVEAU PAVILLON DE L'HÔTEL-DIEU

Note de la rédaction .....	365
ALBERT JUTRAS : Un mot de présentation .....	367
S. E. Mgr JOSEPH CHARBONNEAU : Les débuts de l'Hôtel-Dieu .....	367
Révérènde Mère ALLARD : L'oeuvre de Jeanne Mance .....	371
L'Honorable HENRI GROULX : Jérôme Le Royer de la Dauversière .....	375
OSCAR MERCIER : L'Hôtel-Dieu et les médecins à Montréal .....	378
* * *	
NOËL MAILLOUX, O.P. : La psychologie clinique .....	385
GÉRARD ST-ONGE : Un cas de brûlure traité par du plasma sanguin .....	396
PIERRE MEUNIER : Traitement des cervicites chroniques .....	409
GÉRARD POUPART : Cas d'ictère par rétention .....	417
* * *	
P. D. — La Revue canadienne de biologie .....	425
PAUL DUMAS : Visite anticipée à l'exposition des chefs-d'oeuvre de la peinture .....	429
Table des matières pour l'année 1941 :	
Table alphabétique par noms d'auteurs .....	435
Table des articles par ordre alphabétique .....	438

# LECITAMINE

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

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

DÉSÉQUILIBRE PAR DÉFICIENCE  
VITAMINIQUE.

UNE OU DEUX CUILLERÉES À THÉ  
AUX REPAS.

LABORATOIRE NADEAU LIMITÉE  
MONTREAL

## 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 - RÉGINA - EDMONTON - VANCOUVER

## ETHER PUR

*pour Anesthésie*

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

MALLINCKRODT CHEMICAL WORKS, LIMITED

378, RUE SAINT-PAUL OUEST  
MONTRÉAL

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



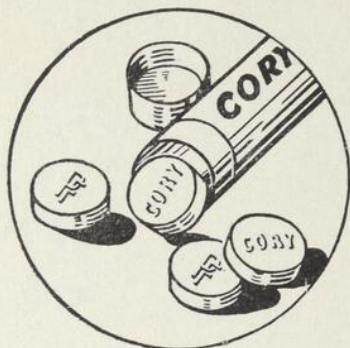
CHAMBRE 425 - ÉDIFICE TRANSPORTATION  
132 OUEST, RUE ST-JACQUES - MONTRÉAL



Tél. LAncaster 2148-49

# CORYPHEDRINE

Association d'Acide Acétylsalicylique et de Chlorhydrate d'Ephédrine



*La Médication salicylée spécifique  
contre la*

## GRIPPE

Calme la fièvre et les céphalées  
Réduit l'hypersécrétion des muqueuses  
Diminue la dyspnée.

*Présentée en tube de 20, flacons de 100, 500 &  
1000 comprimés.*

LABORATOIRES POULENC FRÈRES DU CANADA, LTÉE  
204, Place Youville — Montréal

# TAXOL

RÉÉDUCATEUR  
TYPE  
DE L'INTESTIN  
SANS  
ACCOUTUMANCE

Laboratoires LOBICA  
Suc. Continental Laboratories Ltd.  
Londres

J. EDDÉ Ltée, Agents

*Echantillons sur demande.*

# GOUTTES NICAN



ANTISPASMODIQUE  
ANTISEPTIQUE  
RESPIRATOIRE

ADULTES:—240 gouttes.

ENFANTS:—12 gouttes par année d'âge.

A prendre en 4 fois, loin des repas,  
dans une tasse de lait sucré.

Société d'Expansion Pharmaceutique Inc. — 917, rue Cherrier, Montréal

# L'HIVER MULTIPLIE LES

## INDICATIONS POUR LES ULTRA-VIOLETS . . .

### ET POUR CETTE LAMPE G. E. MODERNE ET PEU COÛTEUSE

L'emploi de la lampe à ultra-violets G. E. procurera toujours à vos patients et à vous-mêmes des avantages nombreux. Mais c'est surtout pendant l'hiver qu'on appréciera ses bienfaits, alors qu'une foule d'affections saisonnières peuvent découler d'une privation d'ultra-violets. C'est donc pour vous le moyen propice de songer aux remarquables possibilités de cet agent thérapeutique.

Cet appareil, connu sous le nom de modèle "F" est le plus récent d'une série réputée et il comporte de nombreuses améliorations qui en facilitent le rendement clinique et en diminuent le coût d'opération. La radiation intense du modèle "F" par exemple, est un foyer extrêmement riche en bandes spectrales reconnues pour posséder les meilleurs effets physiologiques. Le dosage du traitement est toujours précis, parce que cette radiation est uniforme en qualité et en quantité. Bien plus, ces traitements sont courts, car le brûleur "Uviarc" est fiable et atteint rapidement son haut degré d'intensité. Il va sans dire, puisqu'il s'agit d'un produit General Electric que vous pouvez compter sur la longue durée, l'absence de tout ennui et le bas prix d'opération du modèle "F".

Le modèle "F" est d'emploi si facile, d'indication si nombreuses et si productif d'excellents résultats qu'il vous prouvera sa valeur comme il l'a fait pour un grand nombre d'usagers répandus dans le monde entier.

Nous tenons à votre disposition de la littérature concernant les indications courantes et saisonnières de la thérapie par ultra-violets et traitant du modèle "F". Il n'y a qu'à signer la formule ci-contre.



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

DISTRIBUTORS FOR GENERAL ELECTRIC X-RAY CORPORATION

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

S. V. P. me faire parvenir tous renseignements utiles concernant l'emploi clinique et le coût de la lampe G. E. à ultra-violets, modèle "F".

Nom .....

Adresse .....

Ville .....

L411

# Le Journal de l'Hôtel-Dieu de Montréal

Fondé en 1932

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

BUREAU DE DIRECTION

ALBERT JUTRAS, *Président* LÉO-E. PARISEAU, *Vice-Président*  
EDOUARD DESJARDINS, *Secrétaire-trésorier*

RÉDACTION

ANTONIO BARBEAU, *Rédacteur-en-chef* PAUL DUMAS, *Secrétaire de la rédaction*  
Le Journal de l'Hôtel-Dieu est un journal médical rédigé en collaboration. Les auteurs des articles restent seuls responsables des opinions émises sous leur signature.

---

No 6

Novembre-Décembre 1941

---

## LE NOUVEAU PAVILLON DE L'HÔTEL-DIEU

### Discours prononcés à l'occasion de la pose de la pierre angulaire du pavillon Le Royer de la Dauversière

NOTE DE LA RÉDACTION: — *Nous publions dans le présent numéro, le texte des discours prononcés lors de la bénédiction de la pierre angulaire du pavillon Jérôme LeRoyer de la Dauversière, le 6 novembre 1941.*

*Le public médical a sans doute appris par les journaux, que l'Hôtel-Dieu de Montréal, marchant toujours dans la voie du progrès, allait augmenter le nombre de ses lits de près de 200 en édifiant ce nouveau pavillon.*

*Cet événement marque une date dans l'histoire de notre hôpital et dans la vie médicale de la Métropole, et nous avons cru intéressant de présenter à nos lecteurs les allocutions de son Excellence Monseigneur Joseph Charbonneau, archevêque de Montréal, de la révérende Mère Allard, supérieure de l'Hôtel-Dieu de Montréal, de l'honorable Henri Groulx, ministre de la santé, de monsieur le professeur Oscar Mercier, président du comité exécutif de l'Hôtel-Dieu et de monsieur le docteur Albert Jutras, président du bureau médical.*

*Nous reproduisons à la page suivante une vignette du procès-verbal de la cérémonie qui a été déposé à l'intérieur de la pierre angulaire.*



**Sous le Glorieux Pontificat  
de Sa Sainteté le Pape Pie XII**

262<sup>e</sup> successeur de saint Pierre, Pape Suprême de l'Eglise universelle

Et le règne de notre Gracieux Souverain

Sa Majesté Georges VI

Roi de Grande Bretagne, d'Irlande et du Canada, Empereur des Indes et des autres Dominions,

**CETTE PIERRE ANGLAIRE DU PAVILLON JEROME LE ROYER DE LA DAUVESIÈRE**

érigé à l'occasion du III<sup>e</sup> centenaire de la fondation de Montréal

et de son premier hôpital, l'Hôtel Dieu,

fut bénite et scellée

Par Son Excellence Monseigneur Joseph Charbonneau

vingtième évêque et quatorzième archevêque de Montréal,

et posée par l'honorable M. Henri Grady, Ministre de la Santé et du Bien-Être Social,

le sixième jour du mois de novembre en l'an du Seigneur 1941,

durant l'épiscopat

de Son Eminence le cardinal J. H. Villeneuve, O.M.I.,

vingtième évêque et huitième archevêque de Québec,

quatrième cardinal du Canada,

et les termes d'office

de son Excellence Monseigneur Adébrando Antonutti

Délégué Apostolique au Canada et à Terre-Neuve,

du Très Révérend Monsieur Eugène Moreau

Supérieur provincial de Saint-Sulpice à Montréal,

du comte d'Athlone, seizième gouverneur général du Canada,

du Très Honorable William Lyon Mackenzie King

premier ministre du Canada,

de Sir E. M. J. Fielt

lieutenant-gouverneur de la Province de Québec,

de l'honorable M. Adélard Godbout

premier ministre de la Province de Québec,

de Son Honneur Monsieur Adhémar Raynault

Maire de Montréal,

de la Très Révérende Mère M.-Louise Allard,

cinquante-septième Supérieure de l'Hôtel-Dieu de Montréal,

EN FOI DE QUOI

Joseph Charbonneau, archevêque de Montréal.

Henri Grady, Ministre de la Santé, P. Q.

*C. Scavillon*  
*Antoine Barbeau*  
*Don. R. T. Gagnon*

*Adébrando Antonutti*  
*J. H. Villeneuve*  
*Mère M.-Louise Allard*

## UN MOT DE PRÉSENTATION<sup>1</sup>

Allocution du Dr Albert Jutras

Excellences, Monsieur le Ministre, Monsieur le Maire,  
Révérènde Mère, Mesdames, Messieurs,

Votre présence ici constitue un témoignage décisif de l'intérêt que vous portez à l'Hôtel-Dieu de Montréal.

Par la puissance de la charité, cette maison a connu des jours de gloire. Si beau que soit ce passé de bien, vous inaugurez en ce moment une ère nouvelle. Les Religieuses Hospitalières, ces admirables continuatrices de Jeanne Mance, ont toujours eu à coeur de rythmer leur dévouement sur l'évolution des sciences médicales et sur les progrès de l'hospitalisation.

Votre sympathie, vos contributions à leur oeuvre, votre participation à cette solennité qui sans vous perdrait tout éclat, les transportent de reconnaissance et les engagent à persévérer.

En leur nom comme au nom des médecins, leurs fidèles collaborateurs, j'ai l'honneur d'ouvrir cette réunion en vous offrant, avec leurs respects, l'hommage de leur cordiale reconnaissance.

---

## LES DÉBUTS DE L'HÔTEL-DIEU

Discours de S. E. Monseigneur Joseph Charbonneau

Révérènde Mère Supérieure, M. le Ministre,  
Messieurs les médecins, Mesdames, Messieurs.

Il y a un instant j'avais le bonheur d'appeler, au nom de l'Eglise, les bénédictions du bon Dieu sur ce nouvel édifice en construction destiné à compléter bientôt notre Hôtel-Dieu de Montréal.

La formule que la liturgie mettait sur mes lèvres rappelle que c'est le bon Dieu qui est l'auteur de tous biens,

---

<sup>1</sup> Les titres des discours sont de la rédaction.

que c'est lui qui en assure le maintien et en garantit la croissance dans les âmes comme dans toutes les oeuvres humaines.

Comme c'est le bon Dieu qui a veillé avec une particulière tendresse sur les origines de cet hôpital, nous le supplions aujourd'hui de prendre sous sa protection ce pavillon si bien commencé et de relever pour notre bien les espoirs pieux que ces murs qui s'élèvent font naître dans nos coeurs.

Cette courte cérémonie nous fournit donc une occasion de choix d'évoquer brièvement les débuts de notre Hôtel-Dieu, et de lui rendre, en cette année de son troisième centenaire, l'hommage de notre admiration, le témoignage de notre gratitude.

Le 17 mai 1642, au cours de la première messe célébrée dans notre île, le père Vimont avait appliqué à nos fondateurs la parabole évangélique du grain de sénevé — cette semence si petite contient la promesse d'un grand arbre — et aujourd'hui, elle était jetée en terre par des mains si pieuses — que sans aucun doute, elle devait pousser, grandir, se multiplier, se répandre de toutes parts.

Nous reconnaissons que cette prophétie a reçu dans le développement prodigieux de Montréal un accomplissement magnifique. Ne s'applique-t-elle pas encore, avec autant de vérité à l'histoire de notre Hôtel-Dieu ?

Que M. de la Dauversière, dès le 2 février 1630, ait été sollicité par une voix du ciel, à instituer un nouvel ordre religieux d'hospitalières, en l'honneur de S. Joseph, et d'établir dans l'île de Montréal, en Canada, pour le soulagement et l'instruction des malades, un Hôtel-Dieu qui serait desservi par des filles de cet institut: voilà qui tient déjà du merveilleux; c'est bien là tout de même une donnée de l'histoire sur la première origine de notre institution.

Au printemps de 1642, c'est Jeanne Mance qui arrive pour exécuter ce projet, pour fonder l'hôpital, pour supplier les religieuses qui ne pouvaient tout de suite venir.

C'est elle qui de 1642 à 1659, comme infirmière admirable de Ville-Marie, prendra soin de nos malades et de nos blessés — à même le fort on lui avait réservé de petits quartiers, où commence humblement notre premier hôpital. Trois ans plus tard un édifice distinct fut construit; un bâtiment de bois mesurant 60 pieds de long et 24 de large: ce fut notre premier Hôtel-Dieu à Montréal.

Quelqu'un avait dit à Jeanne Mance, avant son départ de France qu'il était bon que dans cette entreprise, elle s'oublîât elle-même; mais qu'il était bon aussi que d'autres en eussent le soin nécessaire.

Et c'est Madame de Bullion, la première bienfaitrice de l'Hôtel-Dieu, qui a diverses reprises donna les fonds nécessaires à la construction, au fonctionnement de l'hôpital.

Cette oeuvre ainsi lancée, par des mains si désintéressées et si généreuses, devait connaître bien des inquiétudes, des angoisses, des épreuves. Heureusement que Jeanne Mance est là. A un moment critique même elle n'hésitera pas à sauver la colonie, préservant les volontés de ses amies de France, pour mieux sauver et stabiliser son oeuvre.

Confidente de M. de la Dauversière, Jeanne Mance ne sera satisfaite que quand elle aura réalisé le dernier projet de sa vie — faire venir les hospitalières de LaFlèche et leur confier définitivement son Hôtel-Dieu de Montréal — ce qui fut fait arriva en 1659.

Dès lors notre Hôtel-Dieu — de nouveau reconstruit, toujours intimement lié à la vie et au salut de la colonie, et confié maintenant à un ordre religieux qui en garantit la stabilité — peut regarder l'avenir avec espoir.

Le feu pourra le détruire en 1695, il renaîtra de ses cendres pour reprendre son oeuvre rue St-Paul avant de se fixer enfin au pied du Mont-Royal.

Pendant tout ce temps, grâce au dévouement intelligent et discret de nos infirmières religieuses à la compétence exceptionnelle de nos maîtres en médecine et en chirurgie, notre hôpital a conservé toute la confiance de notre population. C'est que, la direction spirituelle donnée par S. Sulpice, l'esprit de foi, de zèle, de charité délicate et profonde, chez qui la recherche et la perfection dans l'art de guérir, considéré comme un art divin, la science et la conscience professionnelle qui président à cette oeuvre, font d'elle une Maison-Dieu, un Hôtel-Dieu, comme le moyen âge aimait déjà à désigner les demeures hospitalières que la piété et la charité de nos pères élevaient de concert à Notre-Seigneur dans ses malades et dans ses pauvres.

Pendant tout ce temps — treize autres hôpitaux, conduits par nos hospitalières de St-Joseph, au Canada et aux Etats-Unis, doivent leur fondation à notre maison de Montréal. Le souvenir qu'ils gardent de la maison-mère se traduit par une nostalgie, un mal du pays natal tout à la gloire et l'honneur de notre Hôtel-Dieu de Montréal.

Pendant tout ce temps notre Hôtel-Dieu, qui abrite les restes mortels de Jeanne Mance, collectionne des souvenirs, des faits — des trésors historiques — que nous serons tous si heureux de mieux connaître en cette année jubilaire.

De nos jours, pour répondre aux besoins d'une population cosmopolite, qui dépasse le million, d'autres hôpitaux, qui ont leur mérite aussi, se dévouent dans le soin de nos malades.

Mais notre Hôtel-Dieu, par ses origines, son histoire, ses services doit nous rester particulièrement cher. Aussi nous réjouissons-nous aujourd'hui de le voir prendre de nouveaux développements qui viendront dilater encore les bienfaits de son hospitalité.

Et de même que Mme de Bullion a daigné se faire la douce providence de nos débuts, de même aujourd'hui nos autorités provinciales, que nous remercions de tout coeur, se sont empressées d'accorder généreusement l'aide de leur appui et de leur encouragement.

Nous avons donc tout lieu d'espérer que notre Hôtel-Dieu, dans des conditions singulièrement améliorées, continuera chez nous sa grande oeuvre de bienfaisance chrétienne et contribuera à faire rayonner dans notre ville, dans notre province, dans tout le pays, l'excellent renom de nos médecins catholiques et canadiens-français.

---

## L'OEUVRE DE JEANNE MANCE

### Discours de la Révérende Mère Allard, Supérieure

Excellence Révérendissime, Excellences, Monsieur le Ministre, Monsieur le Maire, Honorables Messieurs, Monsieur le Supérieur de Saint-Sulpice, Messieurs du Clergé, Mesdames et Messieurs,

Qu'il soit permis à l'humble supérieure de l'Hôtel-Dieu de Montréal de prolonger aujourd'hui une tradition vieille de trois siècles. A l'exemple de Soeur Judith Moreau de Brésoles, première supérieure du primitif Hôtel-Dieu de Ville-Marie, c'est un hymne de reconnaissance à Dieu que je veux entonner, pour le remercier de ses bontés envers notre maison, et dire tout haut merci aux hommes, instruments des bontés de Dieu.

En ce 6 novembre 1941, date anniversaire de la mort du fondateur de notre oeuvre, Jérôme LeRoyer de la Dauversière, je voudrais aussi dire merci à Notre-Dame et à saint Joseph pour tant de grâces qui ont été versées sur l'antique Hôtel-Dieu de la rue Saint-Paul, au cours du vieux bourg de Ville-Marie, et sur l'hôpital actuel qui date de 1861. Plus appréciables encore que les faveurs temporelles sont les

grâces spirituelles: grâces de persévérance finale ou de conversion, grâces de ciel conquis par la souffrance. Puis-je signaler un texte essentiel de nos constitutions qui se lit ainsi: « que les soeurs exercent l'hospitalité de telle sorte que les malades soient portés à servir et honorer Dieu, par le bon usage de leurs maladies, et que, sortant de l'Hôtel-Dieu, ils remportent la santé de l'âme avec celle du corps, et que ceux qui y meurent puissent aller au ciel. »

Les religieuses hospitalières de Saint-Joseph, conscientes des devoirs et des responsabilités du présent — la cérémonie d'aujourd'hui le prouve — veulent ne pas oublier qu'une base morale, une vie de foi surnaturelle, est avant tout nécessaire à leur oeuvre. Il n'est pas surprenant qu'elles aiment à feuilleter les pages du passé, pour y retremper leur courage, y réchauffer leur charité. Regardant le vaste chantier de construction de 1941 avec ses promesses d'avenir, elles se souviennent des humbles débuts du temps de Soeur de Brésoles, de Soeur Macé, de Soeur Maillet et de leur première novice canadienne, Soeur Morin. Notre foi grandit, notre espérance s'affermit, à relire la description que nous donne notre première annaliste de l'Hôtel-Dieu que connurent Maisonneuve et Jeanne Mance. La voici en quelques lignes:

« L'Eglise avait 50 pieds de long sur 24 de large; la salle des hommes joignait la dite église et avait environ 40 pieds de long, de même largeur que l'église. Au bout de la dite salle, une grande et forte cheminée pour chauffer les malades et fournir à tous leurs offices. Derrière la dite cheminée, il y avait une chambre d'environ 15 pieds de long et d'égale largeur que la salle, sans cheminée pour mettre les femmes malades. Au-dessus des deux salles était l'appartement de nos soeurs, on y montait par un petit escalier de vingt marches, fort étroit. Tout ce monastère consistait en une chambre d'environ 15 pieds en carré, dans laquelle il y avait une cheminée à feu... c'était ma soeur Macé qui faisait la

lessive; elle était aussi cuisinière et dépendière et balayait partout. Ma soeur Maillet fut mise hospitalière, cuisinière et dépendière des malades... Ma soeur de Brésoles qui était supérieure prit l'apothicairerie qu'il fallut dresser entièrement dans un petit coin où l'on ne voyait clair que par un faux jour. Elle fit de ses mains la plus grande partie de ses ustensiles, comme fourneaux et boîtes, tablettes, etc... Elle était médecin à ses heures et ordonnait les remèdes dont elle était fort capable... » « L'hiver, ajoute Soeur Morin, l'eau qu'on mettait sur la table pour boire s'y glaçait en l'espace d'un quart d'heure. »

Voilà les débuts de notre oeuvre, voilà la crèche de Bethléem où naquit l'Hôtel-Dieu de Montréal.

Le temps a marché depuis et l'Hôtel-Dieu aussi. Un mode de réfrigération artificielle a remplacé la réfrigération « naturelle » d'autrefois. Je veux quand même affirmer, en la circonstance solennelle de ce jour, que notre plus intime désir est de garder en notre âme et au coeur de notre communauté, dans ces temps nouveaux, la même force de caractère, la même charité ardente, le même dévouement total que nous admirons, à trois siècles de distance, dans nos devancières, ces trois premières mères françaises qui étaient, selon l'expression de Soeur Morin, « les fondements de cet édifice où la Divine Majesté de Dieu doit être servie et honorée jusqu'à la fin des siècles, par un grand nombre de religieuses qui offriront leur vie et leur santé pour être sacrifiées au service des pauvres malades. »

La mort fauche les humains, les siècles rongent les plus beaux édifices; mais l'âme humaine est immortelle et immortelle aussi la beauté qu'on lui donne.

De grandes âmes, des coeurs généreux se sont récemment penchés sur notre oeuvre pour en favoriser les progrès dans tous les domaines. Citer des noms serait difficile. Mais il me semble que l'esprit de justice se joint au sentiment de

la reconnaissance pour me forcer à dire tout haut un merci spécial à certains hommes d'Etat, c'est-à-dire au gouvernement de la province de Québec, qui a permis l'entreprise de 1941-42.

Veuille M. le Ministre de la Santé et du Bien-Etre social transmettre à qui de droit l'expression de notre profonde reconnaissance en gardant toutefois pour lui-même la large part qui lui revient. Que Monseigneur notre digne Archevêque veuille bien trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance pour son paternel et bienveillant encouragement particulièrement à la cérémonie de ce jour.

Qu'il me soit aussi permis de rendre hommage au dévouement de nos architectes, de même qu'à la bienveillance et à la compétence de notre dévoué entrepreneur général M. Alban Janin.

En terminant, je rappelle le souvenir de deux bienfaitrices insignes de notre hôpital, de notre ville, et je réclame pour elles les pavillons auxquels elles ont droit, j'ai nommé : Jeanne Mance et Madame de Bullion.

D'avance, je remercie tous les futurs auxiliaires et bienfaiteurs de l'Hôtel-Dieu qui nous permettront de parachèver l'oeuvre commencée sous de si favorables auspices et je les prie d'agréer, dès maintenant, l'hommage de notre gratitude.

Excellence, Mesdames et Messieurs, les religieuses hospitalières de St-Joseph vous remercient avec émotion ; elles prient Dieu de vous rendre, en bienfaits et en consolations, la charité que manifeste votre présence chez elles, en ce jour.

MERCI.

6 novembre 1941.

## JÉRÔME LE ROYER DE LA DAUVERSIÈRE

Allocution de l'Honorable Henri Groulx

Excellence, NosSeigneurs, Révérende Soeur Supérieure,  
Monsieur le Maire, Monsieur le Président du Conseil  
Médical, Mesdames, Messieurs,

A raison de circonstances d'un ordre tout-à-fait spécial, l'Honorable Premier Ministre de cette province s'est vu dans l'impossibilité absolue de se joindre à nous cet après-midi. Il m'a prié de vous dire combien il regrette ce contretemps qui le prive du plaisir de rendre, lui-même, hommage aux religieuses dont le rêve depuis longtemps caressé se réalise, ici même, sous nos yeux. Certains motifs personnels m'incitent, pour ma part, à déplorer l'absence de Monsieur Godbout. J'aurais voulu lui exprimer, en votre nom et au mien, toute notre gratitude pour la sympathie avec laquelle il a accueilli le projet d'agrandissement de l'Hôtel-Dieu et l'appui généreux qu'il m'a prêté afin que ce projet devienne réalité. Ces sentiments que nous entretenons à son endroit méritaient, certes, d'être soulignés en sa présence.

\* \* \*

Nous nous sommes réunis, aujourd'hui, pour assister à la bénédiction de la pierre angulaire du pavillon « Jérôme le Royer ». Cette imposante cérémonie se gravera pour toujours dans le souvenir de ceux et celles qui vivent ces heures réconfortantes. Rien, en effet, à notre époque si troublée, ne saurait mieux nous réconcilier avec notre temps que le spectacle de cette oeuvre de charité et de bienfaisance dont nous sommes les témoins.

L'Eglise et l'Etat, comme cela se produit si communément dans la Province de Québec, se donnent la main, une fois de plus, non seulement pour manifester la collaboration dont ils ont toujours fait preuve, mais encore pour assurer à nos malades un nouveau temple de santé. Ce n'est pas sans une émotion profonde que nous assistons à

l'édification d'oeuvres comme celle-ci, sous l'égide des deux puissances qui se partagent l'autorité.

Il ne m'appartient pas, peut-être, de faire l'éloge des Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph de l'Hôtel-Dieu. Je ne puis, cependant, cacher l'admiration et le respect que m'inspire leur travail, celui en particulier de soulager les malades et de venir en aide aux malheureux.

La charité, quand elle s'exerce avec une telle abnégation, l'aumône, quand elle se fait avec tant de discrétion, l'assistance publique sous la direction de l'Eglise et de l'Etat, présentent contre les doctrines subversives un rempart que ne peuvent égaler en efficacité tous les efforts des réformateurs. Les Religieuses de l'Hôtel-Dieu de Montréal, pour s'être données aux oeuvres de cette nature, ont droit à la reconnaissance de nos concitoyens. Elles s'emploient à soulager les malades, sans distinction de classes, à promouvoir les sciences de la chirurgie et de la médecine et à faciliter les recherches y attenantes. Ce sont de véritables soeurs de charité; et un pays qui n'aurait pas de soeurs de charité serait un corps sans âme. Sans ces êtres secourables, que deviendrait la masse? Le dévouement, l'esprit de sacrifice, l'abnégation, le détachement, le désintéressement, l'oubli de soi-même de la religieuse sont le plus bel actif d'une nation.

Sous l'impulsion généreuse de la communauté qui l'administre, l'Hôtel-Dieu a pu se placer aux premiers rangs de nos hôpitaux. Puisque nous assistons à une cérémonie qui sert de prélude à la célébration prochaine de fêtes historiques, il n'est que juste de proclamer le mérite de ceux et celles qui ont assuré le développement de cette institution.

C'est vraiment un geste délicat et des plus louables que la communauté a posé à la mémoire de son fondateur, Jérôme Le Royer de la Dauversière, lorsqu'elle a voulu donner son nom à ce superbe édifice qui sera complété dans quelques mois. Il est heureux qu'on ait pensé à consacrer sur des bases aussi solides le souvenir de celui à qui, de l'aveu de

son confesseur et des historiens qui ont relaté le fait, « la voix divine ordonna de fonder à la Flèche un Hôtel-Dieu et des soeurs hospitalières, et d'établir ensuite à Montréal une colonie, puis un hôpital où ces religieuses iraient un jour se consacrer au soulagement et à l'instruction des malades ». L'histoire a démontré jusqu'à quel point ces prédictions se sont réalisées. La cérémonie d'aujourd'hui et les fêtes du tricentenaire donneront à des voix autorisées l'occasion de chanter les mérites de ce noble personnage qui, avec les missionnaires, les communautés, les découvreurs et les colons, a uni dans un même et généreux dessein la prolongation de la France et l'établissement de la foi romaine sur le nouveau continent.

A ce nom de Jérôme Le Royer de la Dauversière, comment ne pas associer celui de ses compagnons et de ses compagnes des premières heures? « O grandes et nobles âmes, s'écriait Son Excellence Monseigneur Bruchési, de Bullion et Jeanne Mance, Olier, de la Dauversière et Maisonneuve, déjà, je n'en doute pas, vous avez reçu du juste juge, au regard duquel rien n'échappe, la récompense de vos sacrifices et de vos apostoliques travaux. Dans l'éternelle gloire où vous êtes entrée, que vous importent les ovations de la terre et les pauvres louanges que nos lèvres vous balbutient? Mais qu'il nous soit permis de vous chanter, pour l'acquit de nos consciences de patriotes et de chrétiens, et pour l'édification du peuple dont vous restez l'impérissable honneur. Grâce à Dieu, la flamme sacrée allumée en vous par la foi s'est communiquée aux continuateurs de vos oeuvres et elle ne s'éteindra pas ».

Oui, Mesdames, Messieurs, le feu divin de la charité et du dévouement brûle encore dans le coeur des Soeurs de l'Hôtel-Dieu. Je ne puis m'empêcher de faire appel au passé glorieux pour justifier le présent. La fête d'aujourd'hui comporte en soi une signification: n'est-elle pas l'aboutissement logique des visions de Jeanne Mance et de la Dauversière?

Le premier pasteur, comme autrefois, occupe la première place. Il bénit la pierre angulaire d'un édifice où tant de malades viendront chercher le soulagement de leurs maux et la guérison de leurs plaies.

Que l'oeuvre de l'Hôtel-Dieu vive à jamais et protège la santé de notre population. Dieu soit loué de nous avoir donné depuis trois siècles des pasteurs zélés, des religieuses dévouées et des médecins soucieux de notre bien-être.

## L'HÔTEL-DIEU ET LA MÉDECINE À MONTRÉAL

Discours du Dr Oscar Mercier

Excellences, M. le Ministre de la Santé, M. le Maire, Révérende Mère supérieure, Mesdames et Messieurs,

Lorsque au matin du 18 mai 1642, deux petits voiliers et deux chaloupes amenèrent enfin dans l'Île de Montréal Maisonneuve, Jeanne Mance, accompagnés de Madame de la Peltrie, bienfaitrice de l'Hôtel-Dieu de Québec, et sa recrue avec quelques Jésuites, l'histoire médicale de Montréal et celle de l'Hôtel-Dieu prenaient origine. M. Faillon nous rapporte le fait suivant : « M. de Maisonneuve en arrivant à Tadoussac fut agréablement surpris d'y trouver un de ses amis intime, M. de Coupron amiral de la flotte de Compagnie de Nouvelle-France.

Il lui raconte la perte de son chirurgien dont les services lui auraient été indispensables dans la formation du nouvel établissement qu'il ne pouvait faire sans qu'il y eut bien du sang répandu. M. de Coupron lui offrit généreusement son propre chirurgien et celui-ci, informé du besoin qu'on aurait de lui, se présenta gaiement, fit descendre son coffre dans la chaloupe préparée pour M. de Maisonneuve et partit avec lui pour Québec. »

Ce chirurgien se nommait Jean Pouppé. Il assista à la première messe que célébra le Père Vimont dans l'île de Montréal et devint le premier médecin et chirurgien du

petit hôpital que Mlle Mance avait fait construire dès la fin de 1642.

Au mois de novembre 1648, nous retrouvons dans les papiers de l'étude de Jean de Saint Père, la signature de Jean Pouppé qui assista à la naissance des premiers enfants issus de parents européens à Montréal.

Entre temps, le petit hôpital devenait une réalité. Le 12 janvier 1644 le contrat de fondation de l'Hôtel-Dieu fut signé à Paris par Mme de Bullion. Maisonneuve et Jeanne Mance firent alors exécuter promptement les travaux en 1645 et bientôt la construction de l'Hôtel-Dieu devenait un fait accompli.

Nous n'avons pas ici l'intention de dresser l'histoire entière des médecins de notre institution. Cette tâche nous serait irréalisable, d'une part par la destruction des archives de l'Hôpital lors des deux incendies au début de la colonie et d'autre part par le court laps de temps dont nous disposons. Notre désir est de brosser un tableau général qui nous permettra de comprendre l'influence que les médecins de l'Hôtel-Dieu ont exercé sur l'évolution de la médecine à Montréal.

Le premier médecin qui ait passé un contrat régulier avec les autorités de notre hôpital se nomme Etienne Bouchard. Arrivé en 1653, avec la recrue, il demeure à Montréal jusqu'à sa mort, survenue en 1676. Avant son départ de France, il s'était engagé par contrat à demeurer cinq ans à Montréal. Pendant ce temps, il devait être logé et couché, fourni de tous les instruments nécessaires pour exercer son art et recevoir 150 livres de vingt sous par an.

Il est intéressant de noter que le premier curé Sulpicien de Montréal, l'Abbé Gabriel Souart, débarqué, en 1657, donna des soins aux malades de l'Hôtel-Dieu entre 1660 et 1684. Il avait étudié la médecine et on prétend que le Souverain Pontife l'autorisa à soigner, s'il était nécessaire. Il fut l'exécuteur testamentaire de Mlle Mance qui mourut le 18 juin 1673. Il veilla à l'accomplissement de son voeu

suprême: le dépôt de son cœur dans la chapelle de l'Hôtel-Dieu. Nous sommes justifiés à nous demander si l'Abbé Souart, puisqu'il était médecin, n'aurait pas été celui qui aurait prélevé le cœur de notre héroïne. En temps que lui, Rapin dit la Musette est inscrit sur la liste des chirurgiens de notre hôpital pour les années 1679 et 1686.

Deux chirurgiens de l'Hôtel-Dieu, Antoine Forestier et Jean Martinet de Fonblanche sont engagés par cet hôpital par un acte de Mauzue en date du 13 juillet 1681. Les deux chirurgiens s'engagent à servir l'hôpital, à panser et médicamer tous les malades, à se rendre par quartier de trois mois en trois assidus à visiter les malades sur les sept heures d'umatin, par chaque jour et autres heures si nécessaires, l'un pour l'absence de l'autre, à requisition, moyennant 75 livres par an, chacun, les remèdes étant fournis par l'hôpital.

Ils indiquèrent ainsi aux générations futures des médecins de l'Hôtel-Dieu de commencer leur service tôt. L'un et l'autre semblent posséder le sens des affaires. Forestier fit établir par le tribunal (24 avril 1711) que les officiers des troupes n'avaient droit d'être traités gratuitement que pendant leur séjour à l'Hôtel-Dieu.

Martinet de Fonblanche est le premier médecin de Montréal qui ait recours à un avocat pour réclamer les honoraires. En effet, le 11 février 1670 le juge de Montréal condamnait Louis Losel à lui payer 20 livres pour services de chirurgie.

Martinet de Fonblanche a encore le mérite d'avoir été le premier professeur de médecine au Canada. Il fit école Le 15 février 1674 il engage son beau-frère Paul Prud'Homme. Le 16 décembre 1681, François Tardy devient son engagé pour trois ans. Enfin, le 19 novembre 1686, Pierre Malidor, fils d'un chirurgien lyonnais, choisit le sieur Martinet pour lui enseigner l'art de chirurgie pendant 4 ans. Le premier écrivain médical de Montréal fut un médecin de

notre hôpital, J. C. Gaillard qui, en 1667, écrit un curieux rapport sur le décès d'un consommptif à la Pointe St-Charles. Joseph Benoist est le premier Montréalais à exercer la médecine dans cette ville. Né à Montréal en 1712, il semble être l'élève de Thaumur de la Sorce chirurgien de notre hôpital en 1689. Il figure sur la liste de nos chirurgiens entre les années 1715 et 1726. C'est avec lui qu'eut lieu au Canada la première dispute avec les Irlandais. En effet, en 1718, arriva à Montréal un médecin irlandais Timothy Sullivan, dont le nom francisé répondait à celui de Thimothée Silvain. Débarqué sur nos rives, il se serait installé à Varennes où, en 1720, il épousa Marie Renée Gauthier, fille de la Vérendrye. Il obtient par l'influence du sieur Gauthier, qui venait de découvrir les montagnes Rocheuses, un brevet de médecin du Roi. Ses démêlés avec la justice sont nombreux et ses chicanes avec les autres médecins du temps multiples. Son nom n'apparaît sur la liste de nos médecins que durant les années 1725 à 1730; il est probable que les autorités de l'Hôtel-Dieu ne l'ont eu à leur service que durant 5 ans à cause de son violent caractère.

Le temps s'écoule rapidement et nous voilà déjà au centenaire de l'Hôtel-Dieu. Etaient alors Médecins et Chirurgiens de cette institution: — Messieurs Joseph Benoit, décédé en 1742; Laboisière, originaire de St-Corentin et Charles Joseph Alexandre Ferdinand de Feltz, né à Rabstat en Autriche. En Nouvelle-France, les familles sont nombreuses et nous notons qu'un des Chirurgiens de l'Hôtel-Dieu était père de 22 enfants. Il s'agit de Louis Nicolas Landriaux, dit La Lancette, surnom médical sans doute, chirurgien de notre maison en 1760 lors de la sécession. La domination anglaise est une période plus rapprochée de nous. De 1760 à 1860, date de l'établissement de l'hôpital sur les terrains actuels, les chirurgiens et médecins suivants figurent sur notre liste: D. de Bonne, F. Auger, A. Vallière, Ed. Sym. W. Siebi, P. Beaubien, R. Nelson, célèbre au cours de la rébellion de 1837, W. Vallée, P. Munro, L. G. Bibaud,

G. Pelletier, J. C. Coderre, E. H. Trudel, Thomas D'Orsonnent, L. Boyer, J. P. Rottot.

Au début de la domination anglaise, jusqu'en 1872, les médecins anglais sont les seuls artisans de la profession. En 1822, ils fondent l'Université McGill, et en 1847, le Collège des Médecins et Chirurgiens de Québec. En somme la médecine canadienne-française est inexistante au point de vue influence. L'Hôtel-Dieu a bien en 1860 déménagé et construit sur le site actuel, l'hôpital le plus moderne alors d'Amérique, les médecins canadiens français n'ont aucune influence sur les directives médicales. Le collège des Médecins et des Chirurgiens de Québec est dirigé par les Médecins anglais et seule l'Université McGill enseigne la médecine à Montréal jusqu'en 1872. Vers cette époque, l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, dite Ecole Victoria fondée en 1843 par des médecins anglais, passe au contrôle de nos confrères et prend un caractère nettement français. Son personnel comprend des médecins de l'Hôtel-Dieu, Munro, Nelson, Bibaud, Pelletier, Boyer, Coderre, Trudel, D'Orsonnens. En 1874 grâce à l'aide généreuse de notre hôpital, un édifice sera construit sur l'Avenue des Pins, face à nos immeubles pour y loger l'Ecole Victoria. Celle-ci jusqu'en 1878 enseignera seule à Montréal la médecine française.

Le 1er janvier 1872, le premier numéro de l'Union Médicale du Canada paraissait. La majorité de ses parrains étaient médecins de l'Hôtel-Dieu. Son Rédacteur en Chef le Dr J. P. Rottot quitta notre institution en 1880 pour fonder l'hôpital Notre-Dame. A. T. Brosseau qui devient chirurgien en chef de la nouvelle institution et E. P. Lachapelle, futur doyen de la Faculté de Médecine de l'Université Laval, l'accompagnent. Ils sont de chez-nous. En 1877, le Collège des Médecins et Chirurgiens de Québec qui avait été depuis sa fondation en 1847 sous le contrôle anglais, passe sous la direction de nos compatriotes. Trois médecins de l'Hôtel-Dieu en 1877 en dirigent les destinées; Rottot est le Prési-

dent, Dagenais le secrétaire et E. P. Lachapelle le trésorier. Sir William H. Hingston qui a jeté tant d'éclat dans notre institution, est le second Président de 1886 à 1889. En 1900 la médecine canadienne-française franchit une autre étape dans son perfectionnement scientifique. La Société Médicale de Montréal est constituée et son premier Président en est Hervieux, médecin chef de l'Hôtel-Dieu. Entre temps, notre institution fournit des éléments à la direction des affaires de Montréal et du pays. Sir William H. Hingston est élu maire de Montréal et membre du Sénat. J. J. Guérin occupe le poste de premier magistrat de la métropole et est député de Ste Anne à la législature fédérale.

Au point de vue scientifique, les médecins de l'Hôtel-Dieu continuent la course en avant. Marien, imbu des idées de Pasteur, revient d'Europe en 1898 et installe les premières salles d'opérations aseptiques. De plus, nous voyons plusieurs de nos médecins nous quitter pour répandre les notions scientifiques ailleurs ou fonder de nouveaux hôpitaux. Le professeur J. E. Dubé est le premier président du bureau médical de l'Hôpital Ste-Justine que des dames charitables, parmi lesquelles figure Mme Beaubien, viennent de fonder (1907). Il crée en 1911 l'Institut Bruchési et plus tard ses colonies de vacances. Après la grande guerre un nouvel hôpital Ste-Jeanne d'Arc est érigé en 1919 pour répondre au besoin hospitalier croissant; son fondateur le Dr François de Martigny est chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Enfin, le dernier hôpital construit à Montréal, St-Luc, a pour organisateur scientifique le professeur P. Z. Rhéaume, chirurgien de notre maison de 1910 à 1932. C'est parmi le personnel médical de l'Hôtel-Dieu que l'on puise pour remplir les cadres de l'Hôpital Laval en 1914; son commandant, le Dr Georges Beauchamp, son médecin chef, le professeur P. Z. Rhéaume, sont de notre maison.

Mesdames et Messieurs, je m'excuse de vous avoir exposé si rapidement l'influence que les médecins de l'Hôtel-Dieu ont exercé sur l'évolution de la médecine au Canada

français. Les origines de la médecine à Montréal sont dans cette chambre de famille à la Flèche, où M. Jérôme Le Royer de la Dauversière, dont nous célébrons aujourd'hui la mémoire, réunissait les siens aux alentours de 1630 pour leur faire part de son projet d'instituer un ordre de Religieuses hospitalières qui honorassent St-Joseph et d'établir à Montréal, au Canada un hôpital qu'elles desserviraient. Les médecins de cet Hôtel-Dieu que Mlle Jeanne Mance fonda grâce à la générosité de Mme De Bullion, surent se montrer au travers des siècles digne des gestes héroïques posés par les fondateurs de Ville-Marie.

Ils surent tenir, au cours de l'évolution scientifique de la médecine, la première place et, souvent même, agir en précurseurs. Nous ne croyons pas que la génération actuelle des médecins de l'Hôtel-Dieu ait dégénéré. Leur désir et leur ambition est d'imiter leur prédécesseurs. Vous savez que la modernisation du système hospitalier consiste dans une spécialisation intelligente complétée par la collaboration intime entre les divers services. Depuis quelques années le Bureau Médical a procédé à la réorganisation de ses départements pour réaliser cet idéal.

La construction de ce nouveau pavillon « Jérôme Le Royer de la Dauversière » permettra, non seulement de loger plus confortablement les malades privés de notre maison, mais, aussi, de compléter cette réorganisation intelligente jointe au travail de collaboration entre les différentes spécialités. Celle-ci sera totale, lorsque le projet de construction des autres pavillons sera réalisé. Les médecins de l'Hôtel-Dieu, dont je me fais l'interprète, sont donc heureux de l'événement qui nous réunit aujourd'hui. Ils me prient de remercier d'une part, le Gouvernement de la Province de Québec et d'autre part les Religieuses Hospitalières de St-Joseph qui ont fourni les capitaux nécessaires à l'édification du pavillon de La Dauversière, qui marquera une étape dans l'évolution scientifique de notre maison.

## LA PSYCHOLOGIE CLINIQUE

Par NOËL MAILLOUX, O.P.

Pour une jeune science qui vient de prendre conscience d'elle-même, rien n'est plus difficile, souvent, que de conquérir sa place au soleil. Son originalité consiste proprement en ce qu'elle nous suggère un angle de visibilité qui, soudain, fait passer au premier plan certains aspects jusque là négligés d'une réalité autrement familière. Il n'est pas rare, en effet, que ne soit ouvert à l'observation aucun domaine vraiment nouveau, bien plus, que les procédés d'exploration mis en oeuvre restent, dans l'ensemble, ceux-là mêmes qui servent à d'autres fins. Quoi d'étonnant, dès lors, si quelques esprits perspicaces et créateurs entrevoient seuls la portée des recherches à entreprendre et la fécondité des résultats attendus ? Pour les autres, au contraire, la tentation est forte d'alléguer paresseusement le respect dû à une Tradition, à une Ecole, et de s'accrocher obstinément à la routine.

Comme celui des autres sciences, le développement de la psychologie présente deux phases bien distinctes : la première, consistant surtout dans un effort de généralisation, puis de systématisation organique de données universelles et abstraites ; la seconde, dans l'utilisation de ces données pour une connaissance plus approfondie et plus nuancée de l'individu, dans une tentative d'application aux cas particuliers apparemment les plus divers. Démarches souvent parallèles, entravées l'une et l'autre par une opposition tenace qui, aujourd'hui, ne trouve plus pour s'exprimer que quelques voix retardataires. Sur le plan théorique, d'abord, la psychologie nouvelle se heurta aux préjugés d'une spéculation philosophique décadente, et la violence de sa réaction l'entraîna dans des égarements regrettables<sup>1</sup>. Plus tard,

<sup>1</sup> Nous référons, à ce sujet, à la très suggestive introduction que MORTIMER J. ADLER vient d'écrire pour le nouveau livre de R. E. BRENNAN : *Thomistic Psychology*. The Macmillan Co., New York, 1941.

sur le plan des applications, elle devait affronter, dans le domaine particulier qui nous intéresse présentement, l'incompréhension hostile des psychiatres<sup>2</sup>.

Au moment où nous écrivons, certes, il serait exagéré de prétendre que la psychologie clinique soit parvenue à circonscrire parfaitement le champ de ses activités, que ses méthodes de diagnostic et de traitement soient de tout point irréprochables. Il appartient à celle, parmi les disciplines récentes, qui peut se vanter d'en être arrivée là, de lui jeter la première pierre ! En attendant, à ses détracteurs, il convient de répondre avec Galilée : « *Eppur si muove !* » En effet, depuis le début du siècle, on a vu les cliniques se multiplier sur ce continent, et les services rendus par le psychologue consultant y sont appréciés, désormais, comme ils le méritent. Il s'agit donc d'une voie éprouvée. Aussi, les circonstances nous ayant permis de nous renseigner, par l'étude et par l'expérience immédiate, sur la théorie et la pratique de cette profession nouvelle, estimons-nous opportun d'encourager ceux, parmi nos étudiants, qui sont doués d'une solide intelligence et sont capables d'initiative, à s'y engager résolument. C'est à eux, surtout, que ces pages s'adressent. Mais, pour sûr, médecins, éducateurs, prêtres et assistantes sociales, doivent demeurer dans l'orbite de nos préoccupations, puisque leur collaboration de tous les instants est souvent indispensable et même essentielle au bon fonctionnement de la clinique psychologique. D'ailleurs, on ne tardera guère à apercevoir jusqu'à quel point sont complémentaires les rôles assumés par chacun de ces spécialistes, lorsqu'il s'agit de découvrir une issue au laby-

<sup>2</sup> La crainte de perdre des positions péniblement conquises aurait-elle été à l'origine de cette résistance ? Une remarque de C. M. LOUTTIT tend à le faire croire : "It is in point to mention here that psychiatry itself has not had a ready acceptance by the other medical specialists. Before the War it was the Cinderella of the medical family; since then, while it has made considerable advance, it is still far from wholly accepted by the nonpsychiatric physician (*The Nature of Clinical Psychology*. Psychological Bulletin, 1939, 36, p. 380)".

rinthe de difficultés où se trouve parfois emprisonnée une personne humaine. Méthodiquement, nous allons nous appliquer à préciser les conditions de ce travail en collaboration, après avoir ébauché une description sommaire de la clinique psychologique.

## I

Dans le monde médical comme dans le grand public, l'idée que l'on se fait du psychoclinicien s'avère presque toujours en désaccord plus ou moins accentué avec la réalité. Assurément, l'imprécision et même l'inexactitude rencontrées là n'ont pas de quoi surprendre, entretenues qu'elles sont par une double équivoque que nous tenterons, tout de suite, de dissiper.

D'une part, le recours incessant, à défaut de mieux, à un vocabulaire emprunté au médecin (clinique, diagnostic, traitement, etc.), contribua fortement à faire croire que le psychoclinicien s'intéresse principalement aux débiles mentaux et aux anormaux. Dans la bouche d'un grand nombre, psychologie clinique est synonyme de psychologie médicale ou de psychothérapie, et, volontiers, on considère l'intervention du psychologue comme une partie intégrale d'un examen clinique et d'un traitement complets. D'autre part, l'extrême popularité dont jouissent, depuis quelques années, les tests d'intelligence, d'aptitudes, de personnalité, expliquée que bien des médecins, des psychiatres, des pédagogues et des assistantes sociales, ne possédant qu'une connaissance superficielle de la psychologie, en sont venus à confondre la psychologie clinique avec la psychométrie.

De toute évidence, l'intervention du psychologue en psychopathologie est pleinement justifiée, car elle concourt à rendre plus efficace l'action du médecin-psychiatre ou neurologue. A la suite de récentes expériences, on entrevoit même la possibilité, en s'appuyant sur les techniques

psychologiques, d'atteindre à une individualisation du diagnostic qui permettra de procéder moins à tâtons dans l'application des traitements en usage et de mieux délimiter les conditions de leur efficacité<sup>1</sup>. Mais, devant les prétentions de ceux qui persistent à réduire le rôle du psychoclinicien à quelques opérations de mesure et à le cantonner dans le champ étroit de l'anormal et du pathologique, ce dernier ne manquera pas de s'insurger énergiquement. A ses yeux, en effet, la psychométrie est loin de représenter une méthode exclusive d'aborder l'étude d'un problème individuel, et, tout autant que la psychothérapie, le traitement moral, social et pédagogique l'intéresse<sup>1</sup>. Peut-être, fera-t-on ressortir de façon plus concrète le caractère particulier des préoccupations qui l'animent, en rappelant avec S. D. Porteus<sup>2</sup> que son client lui apparaît, non pas comme un « patient », mais comme un « cas ».

Après avoir écarté des malentendus qui peuvent aisément se perpétuer dans l'esprit de ceux qui, de par leur formation, sont demeurés étrangers au véritable point de vue du psychoclinicien, c'est à ce dernier qu'il convient de demander comment il conçoit son rôle. Pour cela, au lieu d'accorder toute notre attention à quelques voix isolées, nous croyons plus simple et plus prudent de nous rallier à une description qui a obtenu l'assentiment général des membres de l'« *American Psychological Association* » s'intéressant particulièrement à la psychologie clinique, et qui revêt

---

<sup>1</sup> Cf. WALTER C. SHIPLEY and FRITZ KANT, *The Insulin-Shock and Metrazol Treatments of Schizophrenia, With Emphasis on Psychological Aspects*. Psychological Bulletin, 1940, 37, p. 270; NOEL MAILLOUX and MAURICE NEWBURGER, *The Work Curves of Psychotic Individuals*. The Journal of Abnormal and Social Psychology, 1941, 36, pp. 110-114.

<sup>2</sup> "Clinical Psychology is not psychometrics; it is not medical psychology, nor does it deal primarily with the subnormal or abnormal. The field includes all of these, but it is broader than any of them." (C. M. LOUTTIT, *Loc. cit.*, p. 370.)

<sup>2</sup> Cf. *The Practice of Clinical Psychology*. American Book Company, New York, 1941, p. 7.

de ce fait un caractère semi-officiel. Voici donc les éléments essentiels de cette description :

a) La psychologie clinique est une branche de la psychologie appliquée. En d'autres termes, il s'agit d'un art appliquant à la connaissance de l'individu un certain nombre de données fournies par la psychologie générale. Mais, bien que ce rapport de continuité nous renseigne sur l'orientation générale de son développement et sur les principes qui le gouvernent, il va sans dire que, dans ses applications, certaines modalités accidentelles sont dictées à la psychologie clinique par les autres sciences de l'homme.

b) La psychologie clinique vise à déterminer le potentiel d'action d'un individu, i.e. à englober dans un schème unique son comportement actuel et son comportement possible. Dans ce but, elle tâche de fixer d'une façon précise ses talents, son information, ses aptitudes, son niveau d'intelligence.

c) Elle vise, aussi, à définir les modalités caractéristiques de ce comportement individuel; à découvrir les motivations, les inhibitions, les bouleversements émotifs qui les ont provoquées.

d) Quant aux techniques qui ouvrent l'accès à l'intelligence de cette conduite individuelle, elles peuvent être empruntées au laboratoire de psychologie ou aux expérimentateurs qui travaillent dans un domaine voisin. On pourra même recourir simultanément à la mesure (tests), à l'analyse, à l'observation (*case history*).

e) Enfin, interprétant les résultats ainsi obtenus dans la lumière des données fournies par les examens physiques et l'étude des influences extérieures qui ont agi sur l'individu au cours de son développement, on s'efforce de résoudre les difficultés présentes et de suggérer les conditions d'une adaptation meilleure.

Actuellement, dans le pays voisin, la clinique psychologique est très souvent attachée à une institution sociale ou philanthropique : école, organisation charitable, maison de santé ou de correction, tribunal pour enfants, etc. Mais on s'accorde généralement à reconnaître qu'elle trouve sa place naturelle dans un Institut de Psychologie universitaire, comme la clinique psychiatrique ou neurologique trouve la sienne dans un grand hôpital. Dans ces conditions, en effet, les étudiants en psychologie peuvent plus facilement s'initier à la pratique sous la direction des maîtres, et, surtout, les recherches sont entreprises et poursuivies avec plus de zèle.

De nos jours, encore, l'enfant semble accaparer à son profit la plus grande part de l'intérêt. Mais, de plus en plus, des cliniques s'organisent dont la clientèle est constituée exclusivement d'adultes. On imagine facilement la variété et la complexité des motifs qui détermineront ceux-ci à recourir à la compétence du psychologue. Quant aux difficultés les plus ordinaires qui amèneront les parents, une organisation charitable, l'autorité scolaire ou judiciaire, à consulter le psychoclinicien au sujet d'un enfant qui leur est à charge, tout récemment, après avoir compulsé de nombreux dossiers, un psychologue de nos amis, maintenant attaché au tribunal pour enfants de Columbus, Ohio, les ramenait à trente-cinq principales. Un examen attentif permet de les répartir en dix catégories qu'il peut être utile d'énumérer ici. On a donc : 1) des difficultés dont l'école est responsable, et qui peuvent être d'ordre académique, ou se présenter comme des désordres de la conduite ; 2) des difficultés provoquées par les déficiences du milieu familial ; 3) des mésadaptations de la conduite : réactions anti-sociales ou anormales ; 4) des délits pouvant être envisagés sous l'angle moral ou social ; 5) des déviations de la sexualité ; 6) des troubles du langage ; 7) des troubles physiques : organiques ou fonctionnels ; 8) des troubles glandulaires ; 9) des

problèmes d'orientation; 10) enfin, des situations où la détermination du niveau mental de l'enfant est exigée, v.g. lorsqu'il s'agit d'arrêter un programme de rééducation, d'attribuer une bourse d'études, etc.

De nombreuses monographies sont consacrées à chacune de ces diverses catégories dont la liste pourrait être allongée. Déjà, même, la littérature est assez vaste et les techniques assez différenciées pour qu'il soit avantageux, dans une clinique bien organisée, de confier à des psychotechniciens différents, les cas d'orientation scolaire, éducationnelle et professionnelle; les cas de crime et de délinquance; les cas d'enfant d'âge pré-scolaire et de mésadaptations familiales; le diagnostic de la débilité mentale et la solution des problèmes que posent les enfants infirmes, ceux dont la vision est déficiente et le langage defectueux<sup>1</sup>. Quant aux ouvrages qui contiennent un exposé synthétique des principales catégories de cas rencontrés, des procédés de diagnostic, des méthodes de traitement, nous nous contenterons de citer ceux de C. M. Louttit<sup>1</sup>, de P. M. Symonds<sup>2</sup>, de K. C. Garrison<sup>3</sup>, du personnel de l'*Institute for Juvenile Research de Chicago*<sup>4</sup>, de S. D. Porteus<sup>5</sup>.

## II

Nous venons de décrire sommairement l'activité du psychoclinicien. A mesure que l'on se rend mieux compte de l'ampleur et de la complexité de sa tâche, on aperçoit davantage la nécessité pour lui d'une franche collaboration

<sup>1</sup> Cf. S. D. PORTEUS, *Loc. cit.*, p. 29.

<sup>1</sup> *Clinical Psychology*. Harper & Brothers, New York, 1936.

<sup>2</sup> *Diagnosing Personality and Conduct*. D. Appleton-Century Co., New York, 1931.

<sup>3</sup> *The Psychology of Exceptional Children*. The Ronald Press Co., New York, 1940.

<sup>4</sup> *Child Guidance Procedures*. D. Appleton-Century Co., New York, 1937.

<sup>5</sup> *The Practice of Clinical Psychology*. American Book Company, New York, 1941.

avec les autres spécialistes<sup>6</sup>. L'isolement, pour le psychologue, est un non-sens. D'ailleurs, il en va ainsi pour le médecin et le sociologue dès qu'ils prétendent interpréter un comportement individuel. En s'appuyant sur de nombreux exemples, les divers spécialistes de la clinique de Chicago<sup>1</sup> n'hésitent pas à reconnaître, avec une modestie et une largeur de vue qui n'enlèvent sûrement rien à leur compétence, qu'il est impossible d'en arriver, dans ce domaine, à un traitement efficace et bien équilibré qui ne soit le résultat d'un échange de points de vue. L'apport des uns permettant de compléter ou de nuancer celui des autres, on finit pas s'entendre sur un certain nombre de conclusions pratiques, que l'on assouplira encore si les difficultés de l'application l'exigent. Bref, on se rend parfaitement compte, ici, que l'infinie variété des cas individuels comporte trop d'imprévu pour s'accommoder des cadres rigides d'un dogmatisme pédant. Mais, maintenant que nous savons à quoi nous en tenir sur le rôle du psychologue, essayons de définir rapidement celui qui revient à ses collaborateurs immédiats dans une clinique de ce genre.

*Le médecin.* Pour définir les relations qui existent entre la médecine et la psychologie, la « *White House Conference on Child Health and Protection* » créa une commission spéciale dont tous les membres, sauf un psychologue, étaient des médecins. D'une part, la commission reconnaît très explicitement, dans son rapport, que le médecin est habituellement mal préparé pour juger de la portée d'une mésadaptation de la conduite et pour tenter une réadaptation de la

---

<sup>6</sup> C'est dans cet esprit que nous avons tenu, nous-même, à aborder l'étude des principaux problèmes éducationnels. Psychologues, médecins, psychiatres, neurologistes, philosophes et moralistes eurent leur mot à dire dans les Congrès que nous avons organisés à cette fin. Cf. *L'Hygiène mentale et l'éducation* et *Les parents et l'enfant*. Les Editions du Lévrier, Ottawa, 1940-1941.

<sup>1</sup> Cf. *Op. cit.*, chap. X, pp. 148-155.

personnalité<sup>1</sup>. D'autre part, un psychologue averti sait fort bien qu'il serait téméraire de vouloir interpréter une conduite sans tenir compte de l'état physique général de son sujet. Il n'est que trop évident que son attitude et les procédés auxquels il aura recours, varieront du tout au tout, selon que les désordres d'un comportement donné s'expliquent par les déficiences du milieu familial, ou par une lésion organique du système nerveux central, un trauma, un trouble endocrinien. De même, si l'assistance du psychologue s'avère précieuse dans le traitement des névroses et des psychoses, il demeure indubitable qu'il revient au psychiatre et au neurologue d'en assumer la responsabilité. Bref, on rencontre, en clinique psychologique, des cas assez nombreux où l'intervention du pédiatre, du neurologue, du psychiatre, etc., pourra être indispensable et même prépondérante. Pour ce qui est des cas plus fréquents, où une intervention directe n'est aucunement nécessaire, pour le traitement, l'examen médical continue d'être un élément essentiel de l'interprétation adéquate et prudente de la conduite<sup>1</sup>.

*L'assistante sociale.* Habituellement, l'un des membres du personnel de la clinique psychologique a pour mission d'étudier chacun des cas qui se présentent en relation avec le milieu. Selon des techniques spécialisées il s'efforce, par exemple, de recueillir, concernant la famille d'un enfant, ses compagnons de jeux, son milieu scolaire, toutes les informations susceptibles de faciliter une interprétation plus exacte des données fournies par l'examen psychologique.

<sup>1</sup> Cf. C. M. LOUTTIT, *The Nature of Clinical Psychology*. Psychological Bulletin, 1939, 36, pp. 380-381. Sur les relations entre psychologue et médecin, le président de la commission, le Dr B. Crothers, écrit dans un ouvrage personnel : "At worst, I think, the psychologist will be recognized as a reliable purveyor of intelligence quotients. At best, his advice will be sought and considered in problems as diverse as those connected with neurological diagnosis and those involved in arranging for convalescent supervision after contagious disease (cité, *Ibidem*)".

<sup>1</sup> Cf. THE STAFF OF THE INSTITUTE FOR JUVENILE RESEARCH, *Op. Cit.*, chap. VI, pp. 54-80 et chap. IX, pp. 129-147; C. M. LOUTTIT, *Clinical Psychology*, Part IV, pp. 554-633.

Particulièrement averti des ressources mises par la société à la disposition de ses membres et maintenant un contact étroit avec les diverses institutions charitables, philanthropiques et sociales, il veille, lors de la discussion du cas, à ce que les suggestions avancées par les autres spécialistes n'excèdent pas les limites du possible. Souvent, aussi, il est chargé de surveiller l'exécution adéquate du traitement prévu et d'en contrôler les résultats.

*Le prêtre.* Lorsqu'il s'est préparé à cette tâche par des études spéciales de psychologie ou de psychiatrie, il est évident que sa présence dans une clinique psychologique sera d'une très grande utilité. Son exceptionnel prestige moral lui permettra souvent d'exercer sur le sujet, lui-même, ou sur son milieu familial, une influence décisive. Aussi, l'efficacité de son intervention a-t-elle été reconnue, non seulement pas le personnel des cliniques catholiques<sup>1</sup>, mais encore par celui de certaines cliniques neutres<sup>2</sup>. Sa compétence spéciale, lorsqu'il s'agit de situations où la conscience se trouve engagée, à supposer qu'elle se voit renforcée par une connaissance sérieuse de la psychologie, le désigne tout naturellement, dans nombre de cas, pour collaborer directement avec le médecin ou avec les autres membres du personnel<sup>3</sup>.

*Le pédagogue.* Dans les cliniques organisées pour retenir les enfants sous observation pendant un certain temps,

<sup>1</sup> A titre d'exemple, parce que nous avons eu l'avantage d'en étudier de près le fonctionnement, nous citerons ici le cas de la clinique organisée par la Direction des « Catholic Charities » de l'archidiocèse de Cincinnati, Ohio, dont le chef est un de nos compatriotes, le Dr Lavallée.

<sup>2</sup> Cf. THE STAFF OF THE INSTITUTE FOR JUVENILE RESEARCH, *Op. cit.*, p. 25. — A l'occasion de recherches que nous poursuivions dans un asile d'aliénés, aux Etats-Unis, un médecin juif fit, plusieurs fois, appel à notre collaboration pour le traitement de ses patients catholiques.

<sup>3</sup> Cf. C. H. VALENTINE, *The treatment of Moral and Emotional Difficulties*. Student Christian Movement Press, London, 1937. Ce livre d'un clergyman anglais, préfacé par un psychoclinicien, est extrêmement suggestif sous ce rapport, et nous en conseillons la lecture à tous les jeunes prêtres qui s'adonnent à des études de psychologie.

on fait souvent appel à un pédagogue spécialisé pour mener à bonne fin une rééducation de l'enfant dans un domaine particulier. De même, son concours est souvent indispensable pour assurer une réadaptation, ou simplement une adaptation meilleure, au milieu scolaire, sur le plan académique comme sur le plan social. Il n'est pas rare, en effet, qu'un enfant ayant échoué dans une discipline quelconque en vienne à prendre l'école en aversion et à développer, dans ce milieu, des habitudes de conduite franchement insupportables. Inutile de dire qu'une compétence peu ordinaire est requise pour lui faire rattraper les autres dans cette discipline, le réconcilier avec l'école et le ramener à une ligne de conduite normale.

### CONCLUSION

Dans un article aussi succinct que celui-ci, nous ne pouvions offrir qu'une description sommaire du fonctionnement de la clinique psychologique. C'est tout juste si nous prétendons en avoir fait connaître les rouages essentiels. Peut-être, aussi, avons-nous réussi à écarter certains préjugés qui, chez-nous comme ailleurs, ne manqueraient pas d'entraver l'essor d'une jeune science et d'une institution bienfaisante dont l'enfance, surtout, a le plus pressant besoin. Des techniques auxquelles on a recours pour le diagnostic et le traitement<sup>1</sup>, nous n'avons rien dit faute d'espace. Nos visées, d'ailleurs, n'étaient pas si ambitieuses : aider à comprendre la nécessité d'organiser, au plus tôt, un enseignement qui orientera vers une carrière nouvelle et attrayante toute une jeunesse studieuse, indiquer quelques sources d'information aux jeunes médecins hardis et laborieux qui rêvent de spécialisation, c'était là tout notre but.

Collège des Dominicains, Ottawa.

<sup>1</sup> A ce sujet, on consultera avec profit C. R. ROGERS, *The Clinical Treatment of the Problem Child*. Houghton Mifflin Co., Boston, 1939.

## UN CAS DE BRÛLURE TRAITÉ PAR DU PLASMA SANGUIN

Par GÉRARD ST-ONGE

La notion de choc chez les brûlés et les grands blessés suscite toujours un vif intérêt parmi chirurgiens et biologistes.

Depuis dix ans, de nombreuses théories et facteurs pathogéniques ont été énumérés à la suite d'expérience multiples, sur lesquels s'édifia une thérapeutique du choc, quasi nouvelle et pleine de promesses pour l'avenir. Je n'entrerai pas ici dans cette physiopathologie du choc. Je rapporterai toutefois une observation concluante à ce sujet due à l'amabilité du docteur Edouard Desjardins et du docteur Gaston Bellemare. C'est l'histoire d'un brûlé en état de choc à qui une thérapeutique adéquate a sûrement contribué à une guérison rapide sinon à lui sauver la vie.

Quelques définitions et aperçus pathogéniques, une revue du traitement actuel du choc chez le brûlé, voilà les quelques considérations que je voudrais exposer.

### OBSERVATION

F. L. . . , religieux de 25 ans, est hospitalisé d'urgence le 11 juin 1941 à la suite d'un incendie. Il souffre d'une brûlure du 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> degré couvrant les deux avant-bras jusqu'au coude et toute la face. A son arrivée, état général: bon, pouls: 68, respiration: 20 température: 98 3/5. Le lendemain soir, le 12, les effets de la résorption toxique se manifestent d'une façon dramatique: le pouls est incomptable, la température à 103 3/5, frissons répétés, état de choc manifeste. A l'examen: coeur, poumons, abdomen, urines — nil.

La cytologie révèle : hémoglobine 75%  
                                  hématies     5,610,000  
                                  leucocytes     22,500

Azotémie : 0.325<sup>0</sup>/<sub>100</sub>.

Un traitement énergique par injection intra-veineuse de plasma sanguin conservé, avec d'autres médications associées, est institué dans l'ordre qui suit sur le tableau no I. Le tableau no II montre la courbe que suit la température à la suite des injections de plasma. (Tableaux nos I et II).

Le 18 juin, une nouvelle cytologie révèle :

                                  hémoglobine 80%  
                                  hématies     7,200,000  
                                  leucocytes     15,400

Azotémie : 0.330<sup>0</sup>/<sub>100</sub>

Hématocrite : 42.9

Protéine totale : 12.8%

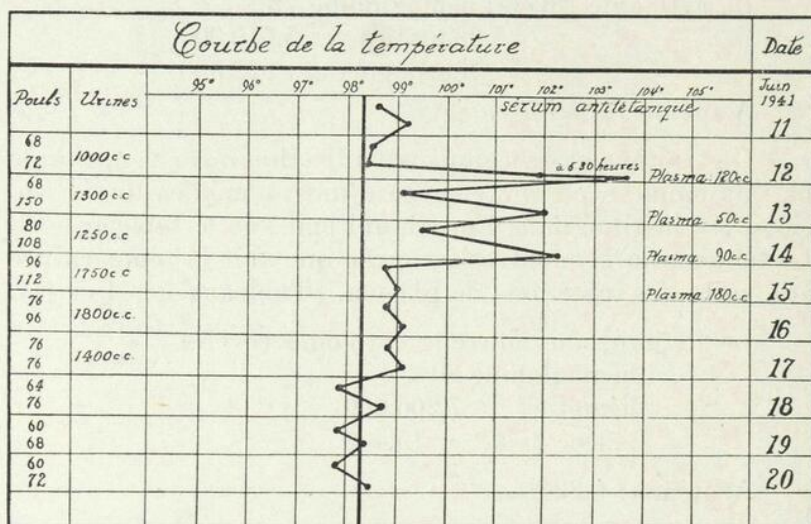
Chlore plasmatique : 5.72<sup>0</sup>/<sub>100</sub>.

Le malade présente une diaphorèse intense, s'accompagnant de diarrhée.

*Conclusion.* — Du 12 au 15 juin, notre malade présente un état de choc incontestable avec oscillations thermiques, frissons répétés et vomissements, hémococoncentration, et à ce moment, hypoprotéïnémie probable.

Il a reçu 440 c.c. de plasma, protéines exogènes qui ont comblé le déficit, remonté la pression osmotique des albumines, et aussi la mécanique circulatoire. Les injections de 30 grammes de chlorure de sodium et de percorten ont maintenu la chlorurémie plasmatique et combattu le déséquilibre K Na.

Le 16 juin, le malade, considéré comme guéri, avait une diète généreuse. L'analyse du 18 juin révélant une hyper-



*Traitement institué du 11 au 19 juin.*

<i>Date</i>	<i>Plasma i.v.</i>	<i>sérum salé à 20%</i>	<i>sérum salé isolon.</i>	<i>vitamine B<sub>1</sub></i>	<i>redox forte</i>	<i>percocten</i>	<i>Premiers soins et divers</i>
<i>Du 11 au 13</i>	-	-	1000 c.c.	-	-	-	<i>Sérum anti-inflammatoire Painement au TANGEL PANTOPON</i>
<i>12 au soir</i>	120 c.c.	50 c.c.			5 c.c.	1 ampoule	PANTOPON
<i>13</i>	50 c.c.	50 c.c.			10 c.c.	1 ampoule	Caféine
<i>14</i>	90 c.c.	50 c.c.	<i>s. glucosé 1000 c.c.</i>	100 milligr.	10 c.c.		Caféine, pantopon.
<i>15</i>	180 c.c.			100 milligr.	10 c.c.		Nembulol
<i>17 au 19</i>			<i>s. glucosé 1 litre</i>				
<i>Total</i>	440 c.c.	150 c.c.	3 litres				

No. I

protéïnémie à 12.8%, il semble que la diarrhée et la diaphorèse représentaient une élimination vicariante de cet excès de protéines. Cette observation illustre bien l'efficacité de la thérapeutique du choc chez les brûlés.

Une définition descriptive du choc en général va nous faire voir en peu de mots l'importance primordiale de cette notion, ce en quoi il consiste, ses différents facteurs qui causent, entretiennent et prolongent cet état de profond déséquilibre.

### DÉFINITION

Le choc est une oligémie, débutant par une perte locale et traumatique de fluide, sang ou plasma ou les deux ensemble, s'accompagnant d'une diminution du débit cardiaque et du volume sanguin, d'une baisse de la pression veineuse et de la consommation d'oxygène (métabolisme basal) d'une vaso-constriction artériolaire, d'une chute secondaire de la perméabilité capillaire augmentée au début, de l'anoxie, une action de métabolites (histamine, toxines microbiennes), enfin par une déficience cortico-surrénalienne.

En raccourci, ce serait une anoxie oligémique, progressive et vaso-constrictive.

Blalock (Ann. of Surgery: 1940) définit le choc ainsi: un déséquilibre circulatoire grave, caractérisé avant tout par un ralentissement ou un arrêt de la circulation périphérique, résultant d'un décalage appréciable entre le volume liquide du sang circulant et la surface du lit vasculaire.

### HISTORIQUE

Un court aperçu historique va nous montrer combien évoluées, sont les définitions ci-haut énoncées.

En 1870, Fisher parle d'épuisement vaso-moteur et de stagnation de sang dans les régions splanchniques: la cause

du choc est nerveuse. De 1899 à 1923, on assiste à une période de physiologie expérimentale.

En 1918, Quénu et Delbet, en France, croient que le choc est une *toxémie traumatique* due à l'élaboration et à la résorption au niveau du foyer traumatique de substances toxiques dont les unes, indépendantes de toute origine septique, proviennent de la désintégration des tissus, des muscles contus et devenus le siège de phénomène d'autolyse, dont les autres sont d'origine microbienne.

Puis nous arrivons à cette période expérimentale clinique de 1930 à 1940, pendant laquelle avec Moon et Scudder nous voyons la thérapeutique du choc s'améliorer considérablement.

Scudder, à l'aide d'analyses sanguines tels que l'hématocrite ou volume cellulaire, le dosage des protéines plasmatiques, la gravité spécifique du plasma et du sang total, parvient à traiter un choqué suivant des données assez exactes, à fournir à la circulation sanguine les matériaux nécessaires propres à rétablir la mécanique circulatoire, les échanges nutritifs, et de ce fait, combattre efficacement l'état de choc.

### PATHOGÉNIE

A la base des déséquilibres circulatoires du choc en général, sont :

- 1° — *l'augmentation de la perméabilité des capillaires,*
- 2° — *la perte du plasma sanguin.*

Le tableau ci-dessous donne un aperçu rapide des phénomènes successifs se produisant dans le choc en général. (Tableau no III).



surtout vers la quarantième heure après le début de la brûlure.

Il n'y a pas d'états de choc qui répondent mieux que celui des grands brûlés au traitement par le plasma.

### CLASSIFICATION

A — *Type hématogénique*: c'est le choc secondaire, aux brûlures, traumatismes, actes chirurgicaux. Le trait saillant est l'oligémie et la chute secondaire de la pression artérielle.

B — *Type neurogénique*: c'est le type du choc primaire. En tout premier lieu, il y a baisse précoce de la pression artérielle et l'oligémie est secondaire. Le choc par l'anesthésie rachidienne serait un exemple de ce deuxième type.

C — *Type vasogénique*: c'est le choc à l'histamine, où la vaso-dilatation est primitive par action de la substance toxique sur le vaisseau.

D — *Type cardiogénique*: dans l'accumulation rapide d'épanchement péricardique, un choc peut se produire avec une distension veineuse considérable, contrairement à l'état de choc ordinaire, où les veines sont collabées (signe différentiel).

### SYMPTOMATOLOGIE

Le choc est un syndrome dépressif se manifestant cliniquement par les signes suivants: hypotension artérielle, hypoesthésie, hypothermie, pâleur des téguments, pouls rapide et faible, métabolisme basal abaissé, respiration superficielle et rapide, peau moite, oligurie, sueurs froides, cyanose légère, intelligence conservée, augmentation des globules rouges avec hyperleucocytose, hyperazotémie, augmentation de la viscosité du sang, baisse de la réserve alcaline.

## PRÊTS AUX PARTICULIERS

Banque d'escompte, la Banque Canadienne Nationale fait surtout des avances au commerce. Mais elle accueille avec la même cordialité les non-commerçants, quelque profession ou métier qu'ils exercent.

Le gérant de succursale étudie toujours avec sympathie les demandes d'emprunt qui lui sont faites par des particuliers honorables et solvables. Adressez-vous à lui avec confiance, même si votre proposition n'a pas un caractère commercial.

### BANQUE CANADIENNE NATIONALE

ACTIF, PLUS DE \$160,000,000

534 bureaux au Canada

66 succursales à Montréal

# SCILLITRINE

*Médication d'Urgence  
des crises*



LABORATOIRE PERRIER FRANCE

*Agents généraux pour le Canada*

MILLET ROUX & CIE, LIMITEE

1215 RUE ST-DENIS

MONTREAL

# NEURÉOL

*Sédatif*

**Hypnogène - Analgésique**

SANS EFFETS SECONDAIRES

**Formule :**

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

**Indications :**

INSOMNIE DOULOUREUSE ET NERVEUSE

**Dose :**

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

Flacon de 120 c.c.

---

---

LABORATOIRE LAFARGE

CHAMBOURCY, FRANCE

•

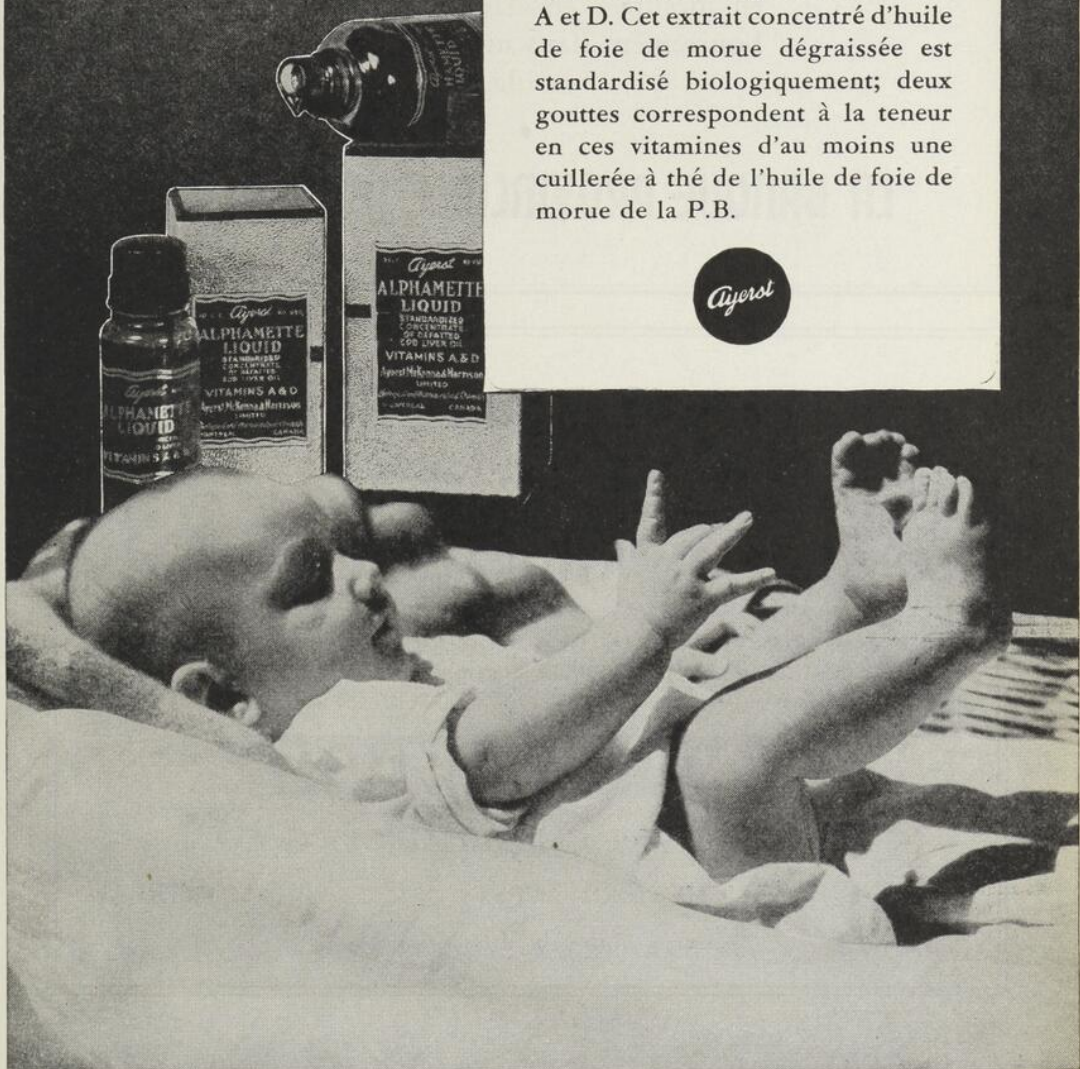
Concessionnaires et Fabricants au Canada

ROUGIER FRÈRES, 350, rue Le Moyne

Montréal

## “ALPHAMETTE” LIQUIDE

Pour les bébés ou pour les enfants qui refusent de prendre de l'huile de foie de morue ou qui ne la supportent pas bien, l'Alphamette Liquide présente un mode facile et efficace pour l'usage des vitamines A et D. Cet extrait concentré d'huile de foie de morue dégraissée est standardisé biologiquement; deux gouttes correspondent à la teneur en ces vitamines d'au moins une cuillerée à thé de l'huile de foie de morue de la P.B.



AYERST, McKENNA & HARRISON LIMITÉE

• Biologistes et Pharmaciens

• MONTREAL, CANADA

972F

AIDEZ À GAGNER LA GUERRE • PRESCRIVEZ DES PRODUITS CANADIENS • SERVEZ PAR VOTRE ÉPARGNE

# PRÊTS

La Banque Provinciale du Canada

fait bon accueil aux demandes  
de prêts de tous ceux qui sont  
en mesure d'en effectuer le rem-  
boursement dans un délai raison-  
nable.

•  
**LA BANQUE PROVINCIALE DU CANADA**

## • **ANTIPHLOGISTINE**

DANS LE TRAITEMENT

DE LA

**CONGESTION THORACIQUE**

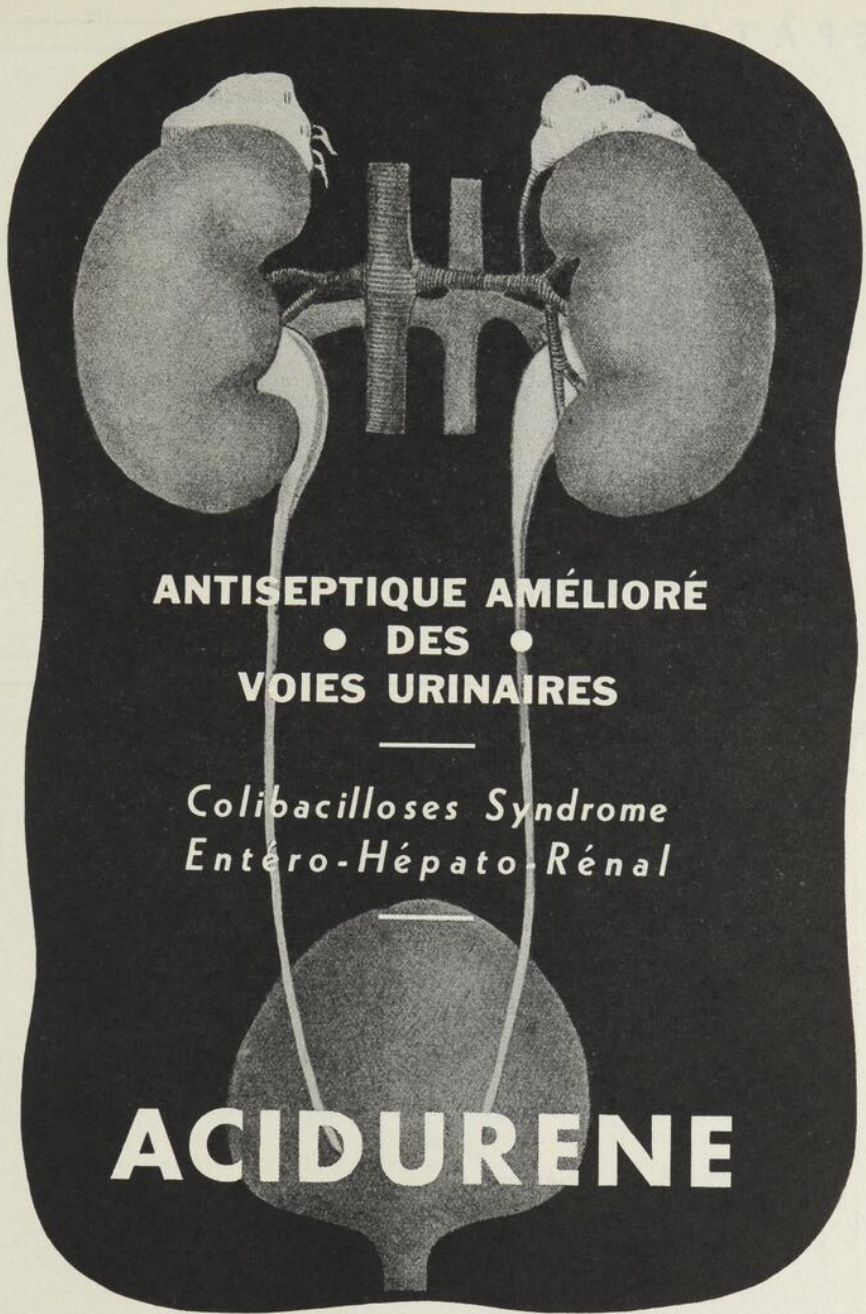
Son emploi est compatible avec le sérum et tout autre mode de traitement,  
dont elle renforce l'action. Convient aux malades de tout âge.

**ANTIPHLOGISTINE**

**THE DENVER CHEMICAL M'F'G CO.**

153, RUE LAGAUCHETIÈRE OUEST . . . MONTRÉAL

*L'Antiphlogistine est fabriquée au Canada*



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

*Colibacilloses Syndrome*  
*Entéro-Hépat-Rénal*

**ACIDURENE**

*Littérature et échantillon sur demande*

**ANGLO-FRENCH DRUG CIE.,**

**MONTREAL**

HEPATROL

E  
P  
A  
T  
R  
O  
L

# HEPATROL

Extrait de Foie de veau frais

Toutes anémies et insuffisances hépatiques.

Méthode de Whipple — Adultes et enfants sans contre-indication.

2 Formes : AMPOULES BUVABLES  
AMPOULES INJECTABLES

LAB. ALBERT ROLLAND

PARIS

# SOLUCAMPHRE

DELALANDE

Camphre en Solution aqueuse

Même Posologie, mêmes indications que

l'Huile Camphrée, sans aucun de ses inconvénients. — 3 fois plus actif

2 Formes : SOLUCAMPHRE SIMPLE  
SOLUCAMPHRE SPARTEINE

MILLET ROUX & CIE, LIMITÉE

1215 RUE ST-DENIS

MONTREAL

# VITAMINES

C & C

## Capsules HALLICRINE No 31

Vitamine A, 10.000 U. I.

Vitamine D, 170 U. I.

Retard de la croissance et du développement. Diarrhée. Rachitisme. Dents défectueuses. Manque d'appétit. Faiblesse physique.

MODE D'EMPLOI : Adultes : Deux capsules trois fois par jour. Enfants de quatre ans au plus : Une capsule matin et soir.

## Comprimés CÉCRINYL ADULTES

FORMULE: Vitamine C 500 U. I.

PROPRIÉTÉS MÉDICINALES : Décalcification des os. Carie dentaire. Déracinement et perte des dents. Perte de poids. Fragilité des os. Anémie. Hémophilie. Troubles intestinaux.

## Comprimés CÉCRINYL ENFANTS

FORMULE: Vitamine C 200 U. I.

PROPRIÉTÉS MÉDICINALES : Décalcification des os. Carie dentaire. Déracinement et perte des dents. Perte de poids. Fragilité des os. Anémie. Hémophilie. Troubles intestinaux.

## Capsules STEROCRINE No 32

Vitamine R, 8500 U. I.

Vitamine D, 1700 U. I.

Retard de la croissance et du développement, Diarrhée, Rachitisme, Dents défectueuses, Difformités osseuses, Stérilités par manque d'ovulation. Teneur basse en calcium et en phosphore dans le sang et les os. Cornification de l'épithélium sécrétoire, Infections à la base de la langue, des yeux, des glandes lacrymales, du nez et des reins.

MODE D'EMPLOI : Adultes : Une capsule trois fois par jour. Enfants de plus de six ans : Une capsule deux fois par jour.

*Littérature et échantillons sur demande.*

PRÉPARÉES PAR

**CASGRAIN & CHARBONNEAU** Limitée

PHARMACIENS EN GROS

MONTRÉAL

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

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

# **La Diététique**

OUVRAGE ÉCRIT  
EN COLLABORATION

**\$2.50**

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



**NOS ANNONCEURS**

SOUTIENNENT VOTRE JOURNAL

SOUTENEZ NOS ANNONCEURS



**PAR VOS ACHATS**

NE PEUT ÊTRE OBTENU QUE SUR VOTRE ORDONNANCE



# ACETOPHEN

COMPOSÉ

avec  
**CODÉINE**

LE pharmacien ne peut vendre au comptoir les comprimés Acetophen composé avec codéine *Frosst*, mais il a toujours en stock une quantité suffisante pour remplir vos ordonnances. Par expérience, il sait que ce produit *Frosst* est souvent prescrit pour maux de tête, rhumes et pour le soulagement de la douleur.

« Acetophen » est la marque de commerce enregistrée de l'acide acétylsalicylique *Frosst*. C'est la garantie de la plus haute qualité pour votre protection contre des produits similaires de force et de qualité douteuses.

Les comprimés ACETOPHEN COMPOSÉ avec CODÉINE *Frosst* peuvent être obtenus pour vos patients mais sur votre ordonnance seulement.



La Marque Canadienne de Produits Pharmaceutiques de Qualité depuis 1899.

**ACETOPHEN COMPOSÉ**  
avec CODÉINE C.T. No 222

Acetophen - - - 3 ½ gr. (0.224 G.)  
Phénacétine - - - 2 ½ gr. (0.160 G.)  
Citrate de Caféine ½ gr. (0.032 G.)  
Phos. de codéine - ¼ gr. (0.008 G.)

**Posologie:** Un comprimé avec eau, deux à trois fois par jour au besoin.

**ACETOPHEN COMPOSÉ**  
avec CODÉINE Rx 2 C.T. No 282

La même formule que C.T. No 222  
avec  
Phos. de codéine - ¼ gr. (0.016 G.)

**ACETOPHEN COMPOSÉ**  
avec CODÉINE Rx C.T. No. 292

La même formule que C.T. No 222  
avec  
Phos. de codéine - ½ gr. (0.032 G.)

**Posologie:** Un comprimé, deux à trois fois par jour.

La désagrégation rapide provoque une absorption rapide et un soulagement rapide. Ne donne pas l'accoutumance.

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

À QUALITÉ ET PRIX ÉGAUX OU MEILLEURS PRESCRIVEZ LES PRODUITS CANADIENS



Le fameux matelas  
**"DEEPSLEEP"**

Reconnu par les grands  
 hôpitaux et les princi-  
 pales institutions pour  
 son confort et sa  
 durabilité.

UN PRODUIT  
 SIMMONS



# AGOBYL

Offre les avantages du drainage des voies  
 biliaires sans les inconvénients de l'application  
 du tube duodéal.

### *Mode d'emploi*

Deux ou trois cuillerées à thé d'AGOBYL dans un  
 demi-verre d'eau tiède à prendre le matin à jeun. Aussi-  
 tôt après, faire coucher le malade sur le côté droit  
 durant 15 minutes.

L'AGOBYL est offert en boîtes métalliques, étiquette  
 détachable. Contenance: 125 grms.

SE MÉFIER DE TOUT PRODUIT DIT "AUSSI  
BON".

---

---

---

---

---

---

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

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

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

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

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

●

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

HON. HENRI GROULX  
ministre

JEAN GRÉGOIRE, M.D.  
sous-ministre



## **SOULAGE LA CONGESTION**

## **COMBAT L'INFECTION**

Appliquée, soit en gouttes, soit en vaporisation dans les fosses nasales, la Métaphédrine No 99 Abbott soulage promptement la congestion nasale et permet une ventilation normale des sinus.

La Métaphédrine No 99 Abbott est une solution d'éphédrine à 1% et de Métaphène au 1:2500 dans une huile minérale douce et légère. Elle met à la disposition du médecin un médicament où se combinent l'action astringente de l'éphédrine et l'effet bactériostatique du Métaphène : la solution est stable, non-irritante et d'application facile.

La Métaphédrine No 99 est indiquée dans le traitement symptomatique du simple rhume de cerveau, de la rhinite hypertrophique, du coryza et des affections associées. Présentée en flacons de 1 once, 4 onces, 16 onces et 1 gallon.

Littérature et échantillon sur demande

LABORATOIRES ABBOTT Limitée, 20, chemin Bates, MONTRÉAL

# **METAPHEDRINE ABBOTT**

## TRAITEMENT

La thérapeutique idéale du choc consiste à restaurer le volume sanguin qui a été réduit à cause d'une hémorragie, d'une perte locale de plasma ou plus généralement d'une perméabilité capillaire, résultat d'une brûlure, d'un traumatisme, d'un acte chirurgical. Selon les cas particuliers, le traitement consistera à remplacer cette perte des fluides par du sang ou ses nombreux substituts.

Quels sont donc ces fluides injectables susceptibles de combattre le choc?

I — *Solution saline et glucosée (cristalloïde).*

Ces solutions non toxiques, chimiquement pures, utilisables à n'importe quel moment, présentent un intérêt transitoire et peuvent être nuisibles dans le choc avancé. Best et Taylor (1939), font remarquer que les injections intra-veineuses de solution saline sont sans valeur; le volume sanguin étant réduit, le fluide ne demeurera pas longtemps dans la circulation et pourra transsuder dans le poumon (oedème). Davis, en 1941, rapporte que dans la diminution du volume sanguin, avec anoxie et perméabilité capillaire exagérée, la solution saline constituera un lavage du sang de ces protéines et augmentera la perte de plasma. Enfin, expérimentalement, si on injecte deux litres de solution saline à un chien à qui on a traumatisé la patte d'arrière, une partie du liquide injecté (16%) transsude et se perd dans la région traumatisée.

II — *Sang total (colloïdes).*

Le sang total peut être injecté : *a) en transfusion directe* : cette méthode présente des difficultés pratiques en temps de guerre; *b) sous forme de sang frais* citraté : celle-ci serait idéale, si ce n'est qu'après plusieurs jours il s'hémolyserait légèrement; *d) sous forme de sang pla-*

centaire : rare et peut être infecté; e) sous forme de sang de cadavre. Youdine en Russie utilisant cette méthode sur une haute échelle a constaté qu'elle n'était pas exempte de toxicité, à cause de l'augmentation du potassium plasmatic, pouvant aller jusqu'à 100%.

### III — *Plasma liquide.*

L'injection de plasma naturel conservé est le fluide idéal injecté dans le cas de choc, il répond à tous les desiderata; il peut combattre le choc hémorragique, où il y a eu perte de 50% de la masse sanguine; en deça de 50%, il faudrait y adjoindre des globules rouges (sang total). D'autre part, la baisse de l'hémoglobine cède sa place à la diminution du volume sanguin, qui est de première importance dans le choc.

Chez les mammifères, seulement trois grammes d'hémoglobine pour cent sont nécessaires pour une oxygénation adéquate; donc en face de cas particuliers, donner du sang s'il y a eu hémorragie grave, du plasma s'il y a eu brûlures étendues, choc chirurgical ou traumatique.

Le plasma conservé est facilement mis en réserve pour tous les besoins de la vie civile. Mais, en temps de guerre, où la thérapeutique doit aller de pair avec la guerre éclair, la dessiccation du plasma resolubilisée dans une solution cristalloïde quelconque, serait le procédé de choix pour combler rapidement les déficits plasmatiques.

### IV — *Plasma desséché et reconstitué au besoin.*

Le plasma, desséché aseptiquement, est préparé et livré dans une bouteille où le vide est fait, c'est de la protéine en poudre, solubilisable dans l'eau ou du sérum physiologique; la livraison s'accompagne d'une deuxième bouteille où est le solubilisateur et qu'on injecte « illico »; il a l'avantage de s'administrer sous un petit volume.

Récemment, le docteur J. Fulton, du M. C. B. A. rapporte que, dans le chaos des raids aériens, le plasma liquide s'est montré techniquement préférable au plasma desséché; le champ de bataille n'est pas propice aux manoeuvres aseptiques, et il faut reléguer temporairement cette panacée protéinique qu'est le « dried plasma ».

V — *Autres substituts colloïdes secondaires.*

Pour mention seulement, il reste comme autre fluide injectable :

- a) *la solution de gomme acacia.* Celle-ci aurait l'inconvénient d'être retenue quelque temps dans le foie et son passage serait très fugace dans le torrent circulatoire,
- b) *la solution d'acides aminés (caséine).* Elle contient onze des principaux acides aminés et 12.5% de protéines.
- c) *le plasma bovin conservé citraté et sulfamidé.*
- d) *le sérum sanguin liquide ou desséché.*

En comparant ces divers substituts du sang et comme déduction de leurs usages, l'hémoglobine peut être réduite au quart, les globules rouges à 1,000,000 et le danger ne sera imminent et fatal que si le *volume sanguin* baisse moins de la moitié du volume total du sang. Donc, par ordre d'importance, volume pour volume, le plasma est osmotiquement deux fois plus actif que le sang total, plus nutritif, il est facile à administrer sans être « typé », il peut être conservé liquide ou desséché.

## RÉSUMONS LE TRAITEMENT DU CHOC

Tout grand blessé est à la fois choqué, il faut alors :

- 1° Apprécier avant tout l'état de choc, le traiter.

- 2° Faire le bilan des lésions traumatiques.
- 3° Donner les premiers soins d'urgence: « First Aid ».
- 4° Transporter le blessé.

Le choc traumatique, pris comme exemple, s'apprécie par l'état général, le pouls, la pression artérielle et le volume sanguin calculé.

Voici une formule, entre plusieurs, pour calculer le volume sanguin initial et la quantité nécessaire de sang ou de plasma à injecter :

$$VS_i = \frac{C (Hb^2 - Hb^3)}{(Hb^1 - Hb^3)}$$

C = hématocrite du sang injecté.

Hb = hémoglobine

- 1: hémoglobine initiale
- 2: hémoglobine du sang injecté
- 3: hémoglobine finale

Il faut d'abord: A — remonter le volume sanguin par des quantités appropriées de liquide soit:

a) transfusion de sang total si la pression artérielle est à 70, l'hémoglobine à 40%.

b) Plasma liquide ou desséché: doit être administré 100 gouttes par minute, assez rapidement, deux injections en même temps.

c) Sérum hypertonique: s'administre par voie intraveineuse: 20 à 40 c.c. à 30%. L'administration de sodium empêchera l'hyperpotassémie.

Il est indispensable de bien contrôler chez ces malades les ingesta et les excréta, de doser les cristalloïdes, de noter l'état hydrémique du sang.

B — Réchauffer le malade : boissons chaudes, cage électrique, sacs d'eau chaude, etc.

C — Médicaments : Tomb suggère l'ergotoxine comme inhibiteur du sympathique. J. S. Loughridge conseil l'administration intra-veineuse de la morphine :  $\frac{1}{4}$  de grain dans 1 c.c. d'eau donné lentement.

D — Vitamines : B<sub>1</sub> et C.

E — Hormonothérapie : a) extrait cortico-surrénal.

Cet hormone naturel ou synthétique régularisera l'équilibre sodium-potassium, empêchera la baisse de chlorure et de la réserve alcaline, la formation d'acide lactique. Dans le commerce, cet extrait porte les noms :

1° adrenal cortex (Upjohn),

2° percorten (Ciba),

3° Eschatin (Parke-Davis).

b) Insuline : l'augmentation du potassium empêche la formation du glycogène hépatique et musculaire ; l'administration de glucose avec insuline doit être utile.

### TRAITEMENT DU CHOC DANS LES BRÛLURES

Comporte à peu près le même traitement que le choc en général. Le sérum glucosé trouve ici un emploi judicieux afin de relever la fonction hépatique en état d'insuffisance. Egalemeut le cortex surrénal s'est avéré très efficace dans le traitement des brûlures graves étendues en surface et cela généralement avant la dix-huitième heure. Son administration engendre une rétention des chlorures, il faudra alors diminuer l'apport exogène de sérum salé, hormis une chlorurémie très basse.

Il est bien entendu qu'au traitement du choc doit être associé le traitement local pour la brûlure.

## BIBLIOGRAPHIE

- 1 — BAILEY: Modern surgical warfare. Vol. Shock treatment.
- 2 — BEARD, J. W. and BLALOCK, A.: Experimental Shock. VIII. The Composition of Fluid That Escapes from the Blood Stream After Mild Trauma to an Extremity. Arch. Surg. 22, 617-625, 1931.
- 3 — Cannon, W. B.: Traumatic Shock. N. Y. D. Appleton Co., 1923.
- 4 — CRILE, G. W.: A Physical Interpretation of Shock, Exhaustion, and Restoration. London, Oxford University Press, 1921.
- 5 — DUVAL, P. and GRIGAUT, A.: L'intoxication par les plaies de guerre. Pathogénie du shock. Comptes rendus, Acad. d. sc. 167, 562-564, 1918.
- 6 — Fischer, H.: Ueber den Shok. Samml. klin. Vortr., Chir., 5, No. 10, 69-82, 1870-1875.
- 7 — HARKINS: H. N.: Recent advance in the study and management of traumatic shock: Surgery, 9, 231-294, janvier 1941.
- 8 — Krogh, A. L.: The anatomy and physiology of capillaries. New-Haven, Conn., Yale University Press, 1924.
- 9 — Moon, V. H., and Kennedy, P. J.: Changes in blood concentration incident to shock. Jour. lab. and clin. med., 19, 295-301, 1933-1934.
- 10 — MOON, V. H., and KENNEDY, P. J.: Pathology of Shock. Arch. Path., 14, 360-371, 1932.
- 11 — QUENU, E.: De la toxémie traumatique à syndrome dépressif (shock traumatique) dans les blessures de guerre. Rev. de chir. 55-56, 204-340, 1918.
- 12 — SCUDDER, John: Shock blood studies as a guide to therapy. Lippincott, 1940.
- 13 — Wright, S.: Applied physiology. Lewis Oxford, England.



## TRAITEMENT DES CERVICITES CHRONIQUES

Par PIERRE MEUNIER

La métrite cervicale est connue depuis longtemps. Avant d'aborder l'étude de son traitement, voyons cependant ses principales formes cliniques. 1° cervicite simple, avec écoulement muco-purulent, mais sans modification importante du col. 2° Cervicite avec hypertrophie, ectropion ou érosion. L'hypertrophie est causée par la multiplication et l'allongement des glandes qui s'infiltrent profondément dans le tissu musculaire, s'oblitérent et se distendent. L'ectropion relève d'un processus analogue, soit l'hyperplasie de la muqueuse, qui devient trop à l'étroit dans la cavité cervicale et fait hernie au dehors. L'érosion est le remplacement de l'épithélium pavimenteux de la surface externe du col par un épithélium cylindrique. 3° les cervicites volumineuses, polykystiques avec lacération et ectropion. Ces trois grandes variétés cliniques requièrent, à notre avis, chacune un traitement différent.

De multiples procédés sont en cours dans le traitement des cervicites : irrigations vaginales, tampons, désinfection du col, cautérisation au Filhos, au galvanocautère, ionisation, cryothérapie, électro-coagulation, « conisation », évidemment du col et amputation du col.

Les irrigations vaginales représentent le traitement probablement le plus ancien et encore le plus communément employé. Données chaudes (110°) et prolongées (2 litres), il n'y a pas de doute qu'elles décongestionnent. On a bien discuté autrefois sur la valeur des substances médicamenteuses à y ajouter (salol, acide phénique, sublimé, liqueur de Labarraque, de Dakin, bichlorure de mercure, hyposulfite de chaux, permanganate de potasse, etc.). Aujourd'hui, à

part le permanganate de potasse dont on connaît l'action sur le gonocoque, on utilise moins ces divers microbicides. Sachant que l'antiseptie peut être réalisée par le simple maintien de l'acidité vaginale à son taux physiologique, soit un PH de 4.5 à 5, beaucoup de gynécologues, en particulier Greenhill, suggèrent d'acidifier simplement le milieu vaginal et rejettent plusieurs de ces solutions qui sont nettement alcalines et nuisibles. Personnellement, nous employons la poudre suivante :

R. Huile de menthe . . . . . 2 gr.  
Poudre d'alun . . . . . 40 gr.  
Acide borique . . . . . 70 gr.

1 c. à t. pour un litre d'eau bouillie. Cette solution est acide donnant un PH de trois (3).

Les tampons vaginaux sont également très utilisés dans le traitement des cervicites. Les substances médicamenteuses qu'on y incorpore agissent principalement par la glycerine qu'elles contiennent. Celle-ci est hydrophile et amène une exudation. Avant l'application des tampons, certains médecins pratiquent la désinfection de la muqueuse cervicale. Après avoir débarrassé la cavité cervicale du muco-pus qu'elle contient, ils appliquent sur tiges montées, des solutions d'acide phénique, de nitrate d'argent, d'iode, de mercurochrome ou des Stock-vaccins.

Retenons que l'association de ces trois traitements, douches, tampons et désinfection du col, est efficace et peut amener la guérison de certains cas de cervicite simple.

Le Filhos est un mélange caustique composé de chaux et de potasse et présenté dans le commerce sous forme de crayons enveloppés de Gutta-percha. Le col étant dilaté, on cautérise la muqueuse cervicale par attouchements successifs jusqu'à l'apparition d'une escarre noirâtre. Mis en

honneur par Richelot, Hartmann et Guillemin, il eut au début une vogue retentissante, mais bientôt, à cause des sténoses cicatricielles qu'il détermina et de quelques escarres profondes, on en vint à le considérer comme un procédé dangereux. Le néophilos et la pâte Philosa semblent comporter également les mêmes dangers.

La caustérisation par le galvano-cautère est un meilleur procédé. La pointe de celui-ci étant introduite dans la cavité cervicale, on pratique latéralement quatre ou six incisions en raies de roue, laissant entre chacune un pont de muqueuse. La guérison de l'endocervicite est souvent certaine. Il n'y a pas de sténose à craindre. Mais il y a toujours cependant un certain degré de rétraction cicatricielle. Le procédé, de plus, est douloureux. En pratique, on l'utilise comme complément d'un curettage lorsque la patiente est encore sous anesthésie, que le col est gros et ectropionné. Le galvano-cautère est également utile pour la ponction des dilatations kystiques ou oeufs de Naboth.

L'ionisation est un procédé utilisé avec succès par quelques gynécologues. Rappelons simplement qu'on utilise pour cela un courant continu lequel détermine des phénomènes d'électrolyse. Le pôle positif est une tige intra-utérine, de cuivre ou de zinc, et forme au niveau de la muqueuse utérine et cervicale un oxychlorure de cuivre ou de zinc. Il faut cependant une douzaine de traitements à intervalles d'une semaine.

La cryothérapie est la cautérisation par applications locales de neige carbonique. Pour sa valeur, je me permets de citer l'opinion de Douay : « Moins active que le Filhos, au point de vue de l'effet destructeur, elle a l'avantage de produire très rapidement une atténuation des douleurs et une diminution des pertes. La cicatrice est souple et sans rétraction. L'effet microbicide cependant est très faible ».

A cause des dangers ou de l'efficacité douteuse de ces divers traitements, on utilise aujourd'hui de plus en plus l'électro-coagulation, la « conisation », et l'évidement du col, selon le procédé de Sturmdorf.

L'électro-coagulation est la coagulation d'une certaine étendue de tissus par des courants de haute fréquence. Elle est à différencier de la cautérisation en ce sens qu'elle ne carbonise pas les tissus mais les déshydrate; il s'ensuit une cicatrice souple et sans rétraction, résultat très important quand on considère les grossesses futures.

Sans entrer dans les détails techniques, disons qu'il faut utiliser des appareils de longueur d'onde et de puissance appropriées. Celui que nous utilisons présente 60 watts à l'émission, 40 à la sortie et une longueur d'onde de soixante mètres. On peut, si l'on veut, utiliser d'autres appareils, plus puissants par exemple, mais on devra au préalable s'assurer de l'étendue de la coagulation produite en regard du temps d'application et du voltage employé.

Il y a deux méthodes d'électro-coagulation : la méthode bipolaire mono-active et la méthode bipolaire bi-active. Dans la première, on utilise deux électrodes éloignées, dont l'une est grande et placée à la région lombaire. La coagulation est produite par la petite électrode. L'escarre qui en résulte est plus ou moins profonde, triangulaire et détermine quand elle tombe une légère hémorragie. — Dans la méthode bipolaire bi-active, on n'utilise pas de grande électrode à la région lombaire. Les deux électrodes sont rapprochées l'une de l'autre et la coagulation se fait entre les deux sur une étendue bien déterminée, réglée d'après l'écartement des électrodes et la longueur de la cavité cervicale. La profondeur de la coagulation est uniforme. C'est cette dernière méthode que nous utilisons de préférence.

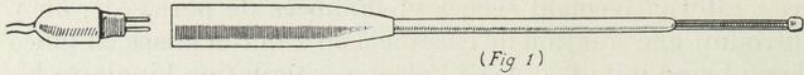
Quant aux détails de l'opération, ils sont les suivants : après avoir nettoyé la cavité cervicale avec des tiges montées, alternativement sèches et imbibées de peroxyde, on y introduit une solution de cocaïne à 50% qu'on laisse en place durant cinq minutes. Avec l'électrocoagulation bipolaire bi-active, on peut à la rigueur se passer de cette anesthésie locale. La cavité cervicale étant nettoyée, un hystéromètre est introduit jusqu'à l'orifice interne du col. La longueur de la cavité cervicale est ensuite reportée sur l'électrode laquelle est allongée ou raccourcie selon le cas. Tout étant prêt, on introduit l'électrode dans la cavité cervicale en l'appuyant vers le haut soit vers midi. Le courant est établi et maintenu pendant un temps variable selon la longueur de la cavité cervicale et le voltage employé. Deux applications analogues sont faites vers quatre heures et vers huit heures. Dix jours plus tard, on refait une seconde électro-coagulation sur les portions intermédiaires de la muqueuse.

Dans tous les cas d'endo-cervicite simple sans modification importante du col, les résultats sont excellents. Deux traitements suffisent d'habitude à assurer la guérison. La partie coagulée est mince et uniforme dans tous les cas.

Il y a cependant des contre-indications : salpingites et paramétrites. Dans ces cas, nous avons l'habitude d'utiliser l'appareil d'Elliott.

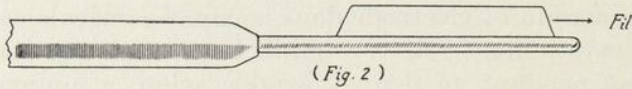
Les avantages de l'électro-coagulation sont nombreux. 1° Dans les cas de cervicite simple, elle offre une guérison à peu près certaine ; 2° Elle ne présente pas, si elle est bien faite, les dangers d'une stenose ou d'une rétraction cicatricielle. 3° Elle est rapide, ne nécessitant que deux ou trois séances de quelques minutes chacune et non toute une série de visites. 4° Elle n'est pas douloureuse, pouvant être faite même sans anesthésie locale.

## ELECTROCOAGULATION

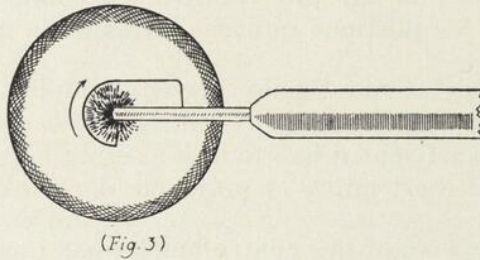


Electrode bi-polaire bi-active de Wilimac

## CONISATION



Electrode de Hyams



Dans les cas de cervicite compliquée, avec modifications importantes du col, il vaut mieux cependant recourir à un autre procédé. Au lieu de coaguler une muqueuse trop hyperplasiée, qui remplit la cavité cervicale, et fait saillie au dehors, de coaguler également l'abouchement des tubes glandulaires, qui sont dilatés et causent l'hyperthrophie apparente du col, nous pratiquons une « conisation », procédé par lequel on fait l'évidement de la cavité cervicale. La partie infectée se trouve enlevée et un meilleur drainage est assuré.

Utilisant les mêmes courants de haute fréquence mais avec un voltage suffisant pour opérer la section et une électrode bi-polaire mono-active, spécialement désignée (Hyams, Crossen), on peut faire en quelques secondes l'évidement complet de la cavité cervicale. Il suffit, après avoir établi le courant, d'introduire cette électrode jusqu'à l'orifice interne du col et de lui faire faire une rotation complète. Elle sectionne et enlève automatiquement un cône de tissu. Si on juge que le cône de tissu malade enlevé, n'est pas suffisant on n'a qu'à réintroduire l'électrode et agrandir par une autre rotation complète l'orifice conique. La « conisation » terminée, on applique une solution de mercurochrome dans la cavité et on laisse un tampon sec que la patiente retire le lendemain. Si elle peut revenir le quatrième jour, on ne prescrit pas de douche; à ce moment, nous nettoyons la cavité cervicale et faisons une seconde application de mercurochrome. Une semaine plus tard, même traitement. Au bout de quinze jours, le col est de beaucoup diminué de volume et l'orifice à peu près normal.

La « conisation » est un excellent procédé. Elle permet l'ablation de la muqueuse malade et assure un meilleur drainage. Elle ne laisse ni sténose ni rétraction cicatricielle, la zone déshydratée par la section étant de un centième de pouce. Elle ne provoque pas d'hémorragie, la faible épaisseur de la coagulation étant suffisante à l'hémostase. Elle est rapide, devant être faite en quelques secondes. Elle est peu douloureuse. Elle ne nécessite pas enfin d'hospitalisation. Les suites post-opératoires se résument à deux ou trois visites, et nous n'avons jamais observé d'hémorragie secondaire importante.

Les contre-indications sont les mêmes que pour l'électro-coagulation : salpingites et paramétrites.

Il reste un certain nombre de cervicites cependant que la « conisation » simple ne peut guérir. Ce sont les cervici-

tes volumineuses, polykystiques, avec large extropion. Il vaut mieux, dans ces cas, hospitaliser la malade et faire un évidement conique du col selon la technique connue aux Etats-Unis sous le nom de Sturmdorf, et préconisée en France par Douay. Ici, non seulement la muqueuse intracervicale est enlevée comme dans la conisation », mais une partie du col également. Le cône resequé doit comprendre toutes les dilatations kystiques. Il s'ensuit une hémostase et des points de suture spéciaux (Sturmdorf).

Enfin, dans les cas extrêmes, on peut être obligé de recourir à l'amputation du col.

Voilà, en résumé les principaux traitement applicables aux cervicites. Retenons que ceux qui semblent les plus pratiques et paraissent donner les meilleurs résultats sont, selon le degré des lésions, l'électro-coagulation, la « conisation » et l'évidement du col, selon le procédé de Sturmdorf.



## CAS D'ICTÈRE PAR RÉTENTION

*Par* GÉRARD POUPART

L'ictère par rétention est un syndrome que l'on rencontre assez souvent et dont le diagnostic est facile à faire; mais il n'est pas aussi facile de déterminer la cause de l'ictère, quoiqu'il soit très important de la connaître pour en faire le pronostic et instituer un traitement approprié. Voici l'histoire d'un cas d'ictère par rétention, dont la cause est la lithiase cholédocienne.

Madame W. D., 57 ans, se présente à l'hôpital parce qu'elle a la jaunisse depuis environ un mois; l'ictère est d'abord apparu aux conjonctives, puis progressivement et rapidement s'est généralisé. A son arrivée à l'hôpital la patiente a un teint tout à fait ictérique, d'un jaune assez clair; la patiente nous dit que son entourage remarquait qu'elle était plus jaune à certains jours qu'à d'autres. De plus elle avait des selles décolorées, des urines acajou, un prurit intense. Elle se plaignait aussi de dysurie légère, de nycturie et de brûlements à la miction, et cela depuis environ quinze jours.

La patiente nous raconte qu'il y a un an elle a ressenti une vive douleur dans l'hypocondre droit quelques heures après son souper, douleur s'irradiant vers l'épigastre, l'ombilic et l'épaule droite; elle avait alors des nausées, mais pas de vomissement. La douleur est disparue après une journée à la suite d'injections de calmants et d'antispasmodiques.

Il y a quatre mois la patiente a fait une crise à peu près analogue, mais moins intense. Et depuis ce temps elle a une digestion difficile, présente de l'intolérance pour les choses grasses, elle a souvent des nausées et des douleurs

assez vagues à l'hypocondre droit. Depuis quelque temps elle a perdu environ dix livres, elle se sent plus faible.

A l'examen subjectif elle ne présente pas de trouble au point de vue du système nerveux, si ce n'est qu'une légère céphalée. L'appareil respiratoire est négatif. Quant au système circulatoire elle accuse un peu de dyspnée, des palpitations assez fréquentes, et surtout depuis quinze jours. Elle se plaint de troubles digestifs, appétit un peu diminué, digestion plus difficile, digère difficilement les aliments gras, a souvent des nausées, et se plaint également de constipation.

Quant à ses antécédents personnels rien de particulier : rougeole en bas-âge, quelques gripes légères, mais aucune maladie grave. Elle a eu une vie assez régulière. Menstruée à 14 ans, elle a toujours eu des règles régulières, non douloureuses, d'une durée de quatre à cinq jours ; mariée à 16 ans, elle a eu quatre grossesses à terme, accouchements normaux et enfants en bonne santé ; elle a fait quatre fausses-couches, mais elle en ignore la cause. Ménopause à l'âge de 44 ans, sans beaucoup de troubles.

Quant à ses antécédents héréditaires on ne note rien qui ait quelque intérêt pour le cas actuel.

A l'examen nous trouvons une patiente d'un état général assez bon, quoiqu'elle ait un peu maigri. Elle a un ictère franc, jaune d'or, des conjonctives et des téguments. Les pupilles, égales, réagissent bien à la lumière. Les oreilles, le nez et la gorge ne présentent rien de particulier. On note quelques mauvaises dents en bas. Les poumons sont sains. Le cœur est plutôt lent, mais régulier : les bruits sont un peu assourdis ; il n'y a pas de souffle ; la tension artérielle est de 135/90. La patiente a un abdomen assez gras ; le foie est normal et non douloureux. Le point vésiculaire est également non douloureux. La rate est non perceptible. Les loges

rénales sont négatives. On note une douleur assez forte au niveau du carrefour pancréatico-cholédocien. Les réflexes sont normaux. Des lésions de grattages sur le corps témoignent d'un prurit assez intense.

A son arrivée à l'hôpital la malade fait 99.4° de température. Chez elle la patiente n'a pas pris sa température, mais elle nous dit qu'à certains jours elle se sentait assez fiévreuse.

D'après l'histoire de notre malade nous sommes donc en mesure de conclure à un cas d'ictère chronique par rétention; mais il nous reste maintenant à déterminer si la rétention de bile est la conséquence d'une hépatite ou d'un obstacle mécanique siégeant sur les voies biliaires.

#### DIAGNOSTIC PAR LES MOYENS CLINIQUES

a) *L'ictère est-il dû à une hépatite ?*

L'ictère catarrhal prolongé est ordinairement précédé par une phase de troubles digestifs ou de manifestations infectieuses. Il ne varie pas comme dans les cas de lithiase cholédocienne.

Les cirrhoses avec ictère, qu'elles soient alcooliques ou syphilitiques, se reconnaissent à l'hypertrophie dure du foie, à l'ascite, aux hémorragies faciles et aux antécédents.

Notre cas ne présente pas ces troubles.

b) *L'ictère semble donc d'origine mécanique.*

En effet, la décoloration des selles s'accompagnant d'ictère est un signe pathognomonique de la rétention biliaire; nous ne pouvons avoir la décoloration des selles que dans deux cas: d'abord dans les cas d'ictère par rétention et secondement dans le cas d'absence absolue de sécrétion

biliaire, mais alors il n'y a pas d'ictère; ce ne peut donc pas être notre cas.

La bile passe dans le sang et nous reconnaissons en clinique l'imprégnation de l'organisme par elle d'abord à la coloration des téguments et aussi aux signes qui suivent l'intoxication par les pigments biliaires, prurit et bradycardie. Elle est enfin éliminée par les reins en donnant aux urines la couleur acajou.

D'après l'histoire clinique nous pensions donc être en présence d'un cas d'ictère par rétention d'origine mécanique, c'est-à-dire que l'ictère était la conséquence d'un obstacle à l'excrétion de la bile par les voies biliaires; mais celles-ci peuvent être obstruées de deux manières différentes, soit par obstruction, cause intra-canaliculaire, soit par compression, cause extra-canaliculaire. Comme cause intra-canaliculaire nous avons le calcul du cholédoque et comme cause extra-canaliculaire nous avons ordinairement un cancer des voies biliaires ou de la tête du pancréas ou encore de l'ampoule de Water.

Chez notre patiente nous avons abandonné l'idée de cancer et voici pourquoi : d'abord le cancer des voies biliaires est plus fréquent chez l'homme que chez la femme; de plus l'intensité et la progressivité de l'ictère sont plus marquées dans le cancer. Dans le cancer l'ictère devient vert, noir, car le cancer encercle de plus en plus les voies biliaires et l'obstruction devient complète. Enfin dans le cancer la cachexie est rapide. Chez notre malade l'ictère est plutôt jaune, il est plus marqué par moment; aussi notre patiente n'a pas l'aspect d'une cancéreuse.

De plus, en faveur de la lithiase biliaire, nous relevons chez notre patiente deux crises antérieures de coliques hépatiques; cet antécédent est d'une grande valeur. La lithiase biliaire se rencontre surtout chez les femmes. L'ictère est

jaune et variable, il n'est pas aussi intense que dans les cas de cancer. L'ictère est léger au début, car le calcul n'est pas moulé sur le canal; variable, car la paroi du cholédoque n'est pas une paroi rigide, inerte, à certains moments elle se moule plus exactement sur le calcul et alors l'ictère est plus prononcé. L'ictère lithiasique est souvent accompagné de température, mais ordinairement elle est intermittente. Chez notre malade le foie n'est pas hypertrophié. Nous notons une douleur, qui manifeste d'ordinaire la présence d'un calcul, en un point fixé à six centimètres environ de l'ombilic sur la ligne ombilico-axillaire. Aussi l'amaigrissement de notre malade n'est pas très marqué et subit des arrêts avec des reprises de poids.

D'après la clinique nous avons donc des grandes présomptions en faveur de la présence d'un calcul cholédocien; voyons maintenant si nous pouvons confirmer ce diagnostic par la radiographie et les méthodes de laboratoire.

### LA RADIOLOGIE

Les calculs biliaires sont transparents aux Rayons X quand ils sont faits de cholestérine, mais ils deviennent visibles quand ils sont incrustés de sels calcaires.

Voici le rapport du service des Rayons X :

La vésicule s'est très peu montrée. Le peu de bile iodée qu'elle contenait lors de la prise du premier film, semble avoir été évacué avant la prise du second.

Pas de conclusion dans les circonstances.

### MÉTHODES DE LABORATOIRE

Les différentes méthodes de laboratoire pour distinguer un calcul du cholédoque d'un cancer des voies biliaires ou de la tête du pancréas sont basées sur l'examen copro-

logique et sur l'examen du suc duodéal. Pour certifier la lithiase du cholédoque et la distinguer du cancer, ces méthodes tendent à mettre en évidence l'absence du passage de bile dans l'intestin en même temps que la persistance de l'excrétion intestinale du suc pancréatique. Elles donnent en effet un réponse d'une grande valeur pour le diagnostic différentiel quand elles indiquent qu'il y a rétention biliaire sans rétention pancréatique.

*Examen coprologique :*

Au point de vue macroscopique, nous avons des selles décolorées (mastic) grasses, mais nous ne pouvons par leurs aspects physiques distinguer la selle d'un sujet atteint de calcul cholédocien de celle d'un autre sujet souffrant de cancer des voies biliaires.

C'est par l'examen microscopique et l'analyse chimique seuls qu'on peut révéler l'existence d'un déficit biliaire isolé, sans déficit pancréatique. En effet le coefficient d'utilisation des graisses atteint 40 à 60% dans les cas de déficit biliaire isolé, au lieu de 95% chez un sujet normal et de 10% seulement quand il y a à la fois déficits biliaire et pancréatique.

Enfin dans les cas de déficit pancréatico-biliaire les fibres musculaires sont nombreuses dans les fèces, noyaux colorables, ce qui constitue le signe de Schmidt.

Malheureusement ces diverses analyses n'ont pas été faites chez notre patiente.

*Tubage duodéal :*

L'exploration des fonctions biliaires et pancréatiques est souvent, et avec raison, complétée par le tubage duodéal qui a pour but de cueillir le suc duodéal prélevé directement dans le duodénum au niveau du carrefour duodéno-

bilio-pancréatique. Dans les cas typiques d'oblitération complète du cholédoque par un calcul on constate au niveau du duodénum de la rétention biliaire sans rétention pancréatique. Chez notre patiente le tubage duodénal fut fait à deux reprises, mais aucune bile ne fut retirée et malheureusement l'excrétion retirée du duodénum ne fut pas envoyée au laboratoire.

Les urines de couleur acajou étaient acides au tournesol, de densité 1012. L'examen microscopique des urines ne révéla rien de particulier. L'examen chimique nous révéla des traces d'albumine, absence de glucose et la présence de bile, sels biliaires et pigments biliaires. L'absence de glucose dans les urines est un signe que le pancréas déverse encore son suc dans le duodénum, mais seulement si le sujet n'est pas diabétique auparavant.

Voici le rapport des autres analyses de laboratoire : azotémie : 0 gr. 250 ‰; glycémie : 1 gr. 20 ‰; cholestéri-némie : 2 gr. 97 ‰; Wasserman : négatif.

Formule sanguine : hémoglobine : 66%; globules rouges : 5,643,125; valeur globulaire : 0.52; globulins : normaux; globules blancs : 6,870.

Temps de saignement : 2 minutes et 36 secondes.

Temps de coagulation : 5 minutes et 34 secondes.

L'épreuve de l'hyperglycémie provoquée et l'épreuve de l'acide hippurique provoqué étaient pratiquement normales.

Je crois que nous étions justifiables de poser le diagnostic de calcul du cholédoque; en effet, l'ictère plutôt jaune d'or, et venant par poussées plus intenses, la décoloration des selles, la présence de sels et de pigments biliaires dans les urines, les crises antérieures de lithiase biliaire, l'état général de la malade, la douleur au carrefour pancréatino-

duodénal, les diverses analyses, etc., nous ont permis de poser le diagnostic de calcul situé dans la partie inférieure du cholédoque.

En présence d'un tel diagnostic nous avons mis notre patiente au repos avec une diète surtout liquide, des jus de fruits en abondance. Nous lui avons prescrit des cholagogues dans le but de faire progresser le calcul vers le duodénum en le poussant sous l'action de la chasse biliaire : comme cholagogue nous lui avons donné de l'huile d'olives tous les matins. De plus, pour exciter la sécrétion biliaire, la patiente a eu 500 c.c. de sérum physiologique tous les jours par l'appareil Murphy. Nous lui avons donné également des antispasmodiques et des antiseptiques biliaires.

Grâce à ce traitement nous avons noté une sédation de la douleur à l'hypocondre droit, une légère diminution de l'ictère, mais les symptômes ne s'amendèrent pas d'une manière suffisante.

C'est alors que nous avons décidé de demander l'avis d'un chirurgien et comme résultat de cette consultation l'opération fut décidée pour quelques jours plus tard afin de préparer la malade.

Voici le rapport du chirurgien : nous avons trouvé un très gros calcul du cholédoque à sa partie inférieure et également quelques calculs dans la vésicule biliaire. Une cholédocotomie et une cholécystectomie furent pratiquées.

Voici le rapport du laboratoire d'anatomie pathologique: Cholécystite chronique scléro-hyperplasique (calculuse).

Les suites opératoires furent normales et dix-neuf jours après l'opération la patiente quittait l'hôpital très contente d'être débarrassée de ses calculs.

## LA REVUE CANADIENNE DE BIOLOGIE

Il nous fait plaisir de signaler à l'attention de nos lecteurs la parution de la Revue Canadienne de Biologie éditée par l'Université de Montréal. Le sommaire du premier numéro est des plus substantiel comme on en jugera :

*L.-C. Simard — Le complexe neuro-insulaire du pancréas chez les mammifères adultes.*

*F. E. Fry, J. R. Brett and G. H. Clawson — Lethal limits of temperature for young goldfish.*

*Georges Masson, Adrien Borduas and Hans Selye — The sex hormone actions of some steroids related to desoxycorticosterone and progesterone.*

*George W. Stavraký — The mechanism of the synergistic action of pilocarpine and adrenaline on salivary secretion.*

*Jules Labarre et Lucien Delcourt — Les protides des semences de la fève Gourgane (*Vicia Faba*).*

*J.-L. Tremblay et G.-W. Corriveau — Un nouveau liquide physiologique.*

Le nombre de nos revues scientifiques sérieuses n'est pas tellement grand, il convient de féliciter chaleureusement l'Université de Montréal et le professeur Laugier, d'avoir fondé ce nouveau périodique. Pareille entreprise pourra sembler téméraire dans un temps d'incertitude comme celui que nous traversons, mais le professeur Laugier a tenu dès le début à assurer la permanence de la Revue Canadienne de Biologie, en constituant pour elle un comité de collaboration scientifique, qui groupe les noms de plusieurs des plus éminents chercheurs de l'Amérique et de l'Europe : W. B. Cannon, J. F. Fulton, C. H. Best, J.-B.

Collp, Hans Selye, L. Brouha, etc., et parmi lesquels nous retrouvons trois membres du personnel de l'Hôtel-Dieu: le professeur G.-H. Baril, le professeur Pierre Masson et monsieur le docteur Léo-E. Pariseau.

En outre de son intérêt strictement scientifique, cette nouvelle revue nous inspire des commentaires d'un autre ordre. En permettant à de jeunes chercheurs canadiens de publier le résultat de leurs travaux et en s'affirmant dès le début comme un journal scientifique de premier plan, la Revue Canadienne de Biologie va contribuer à faire connaître avantageusement le Canada français et sa production intellectuelle.

Nous nous étonnons d'être peu ou mal connus à l'étranger. Il faut admettre qu'à part les jumelles Dionne et « Maria Chapdelaine » — qui est d'ailleurs l'oeuvre d'un Français — peu de faits vraiment marquants auraient pu attirer sur nous l'attention des autres pays.

Au moment où paraissait la Revue Canadienne de Biologie, nous lisions dans le *New-York Times*, une critique très élogieuse de l'enregistrement sur disques, par la Société des Festivals de Montréal, du *Requiem* de Gabriel Fauré. Peu après, le même journal classait ces disques parmi les meilleurs de l'année.

La consécration par l'étranger de nos musiciens, les succès internationaux d'un Ringuet ou d'un Pellan, jetteront toujours plus d'éclat sur nous que toutes nos récriminations chauvines, nos plaidoyers pro domo ou nos chicanes domestiques. C'est encore une publicité de cette qualité que la Revue Canadienne de Biologie va nous procurer, en faisant connaître au loin l'activité de nos laboratoires.

Monsieur le professeur Laugier rappelait fort justement, en présentant aux journalistes la Revue Canadienne

de Biologie, que le Canada français est en ce moment le seul pays libre de langue française et qu'il a de ce fait, la mission de maintenir la culture française dans le monde.

Ce qui a fait précisément la valeur de la culture française, c'est sa portée universelle et sa profonde signification humaine. Nous devons donc aspirer dans tous les domaines de l'esprit à créer des oeuvres qui aient plus qu'une importance régionale ou locale et qui ne soient pas des redites ou des ouvrages de vulgarisation, comme nous nous sommes contentés de faire jusqu'à présent.

En ouvrant à notre jeune école de biologie le vaste auditoire du public scientifique international, l'université de Montréal offre à celle-ci, un magnifique stimulant de travail. Tout en souhaitant à sa revue le succès et la durée auxquels elle a droit, nous tenons à la remercier vivement du don qu'elle nous fait et de l'exemple qu'elle propose à nos intellectuels dans tous les domaines.

P. D.





— La blonde gasconne par Jean-Baptiste-Camille Corot.  
(Smith College Museum of Art, Northampton, Mass.)

## VISITE ANTICIPÉE À L'EXPOSITION DES CHEFS D'OEUVRE DE LA PEINTURE

Cette jeune gasconne potelée de Corot ne figure pas ici pour illustrer quelque fait pathologique, malgré ce que ses yeux sombres peuvent révéler de romantique langueur et d'ardeur réprimée.

Ce portrait radieux fait partie de la collection de tableaux de maîtres qui seront exposés à la Galerie des arts de Montréal au cours du mois de février.<sup>1</sup>

Le médecin qui se penche quotidiennement sur l'homme s'intéresse à toutes les manifestations humaines : il a vécu de tous temps en excellentes relations avec les artistes. Les médecins canadiens restent fidèles à cette tradition, et Olivar Asselin a souligné naguère qu'ils étaient dans notre milieu la classe la plus éprise de culture. Nous croyons donc répondre à leurs désirs en leur donnant un aperçu des oeuvres qu'ils auront l'heur d'admirer à la Galerie des arts en février. Ces toiles proviennent de grandes collections publiques et privées d'Amérique et d'Europe et leur rassemblement constitue un saisissant raccourci de l'histoire de la peinture. Si des raisons d'ordre climatique ont empêché les organisateurs de l'exposition de se procurer des panneaux peints des primitifs flamands, italiens et français — et c'est là une absence que nous regrettons vivement pour notre part — en revanche toutes les écoles des siècles suivants seront admirablement représentées.

---

<sup>1</sup> Cette exposition sera tenue au profit de la marine marchande alliée du 5 février au 8 mars 1942.

A tout seigneur tout honneur, l'école italienne d'abord. Même sans les primitifs, sans Michel-Ange qui n'a laissé, à part ses fresques de la Sixtine, que quatre tableaux dont deux sont inachevés et un autre douteux, sans Raphaël, sans Léonard et Giorgione, dont la postérité ne possède que quelques joyaux, l'exposition groupera un ensemble somptueux où les grands Vénitiens, Carpaccio, le titanique Tintoret, Titien, Véronèse, Tiepolo et Longhi voisineront avec Mantegna, les Florentins Lorenzo di Credi, Bronzino et Moroni, le napolitain Antonello da Messine, et le génois Magnasco, ce prestigieux alchimiste que notre époque a tiré d'un injuste oubli.

L'école hollandaise nous offrira un spectacle non moins brillant avec deux portraits de Rembrandt, deux Franz Hals, un Vermeer (la fameuse laitière du Rijckmuseum de La Haye, maintenant réfugiée en Amérique), un paysage de Ruisdael, des tableaux de genre de Pieter de Hooch, de Jan Steen, de Nicolas Maes, de Van Ostade, etc. . . .

De l'école flamande on pourra voir, une « Fuite en Egypte » de Barend Van orley, une « Descente de Croix » de Rubens, une scène mythologique d'Antoine Van Dyck, un portrait de Jordaens et, de l'école espagnole, cinq tableaux, tous excellents, de Velasquez, de Greco, et de Goya.

L'école anglaise fait figure de cousin pauvre dans l'histoire de la peinture. Nous savons gré aux organisateurs d'avoir choisi parmi l'amas de visages artificiels de ses portraitistes, des enfants de Reynolds, des Gainsborough, un Lawrence et un Romney de qualité et de nous présenter aussi des paysages de Gainsborough, de Turner et de Cons-

table, — de ce dernier, une cathédrale de Salisbury, motif qu'il a chéri particulièrement. Une seule réserve pour le « Master Simon » de Devis. Cette oeuvre mièvre a remporté le premier prix de popularité à l'exposition internationale de New-York. Elle n'a pas d'autres mérites à nos yeux.

Enfin, l'école française. Nous éprouvons tout naturellement une tendresse spéciale pour ses oeuvres où la grâce et la finesse sont toujours éclatantes, n'excluent jamais la profondeur.

Le Nain excepté, l'on pourra admirer tous les grands peintres français dans les oeuvres marquantes à la Galerie des Arts: Poussin, Claude, Watteau, Chardin, Fragonard, David, Ingres, Delacroix, Corot, Daumier, Courbet, etc., sans parler des grands modernes Manet, Degas, Renoir, Cézanne, Gauguin, Van Gogh et Redon. Ajoutons à ces noms illustres, dont certains comme Manet, Renoir, Cézanne seront représentés par plusieurs toiles, ceux de Matisse et de Picasso qui, n'en déplaise aux académistes et aux pompiers, sont à notre époque les vrais dépositaires de la tradition des maîtres. Leur présence ici témoigne de l'électisme et de l'intelligence qui a présidé à l'organisation de cette exposition.

Pour nous Canadiens qui n'avons à peu près aucun contact avec les chefs d'oeuvre de la peinture, cette exposition est une aubaine. Elle l'est d'autant plus qu'elle va mettre sous nos yeux des tableaux que nous n'avons jamais vus reproduits dans les livres où nous avons puisé notre modeste culture artistique. En effet, la reproduction photographique d'une oeuvre d'art gêne étrangement les yeux

BIBLIOTHÈQUE  
SAINT-JULIEN

et l'esprit pour l'appréciation de cette oeuvre. Nul tableau n'est plus difficile à juger par exemple, que la Joconde dont l'effigie est connue de tous. Aucun obstacle de cet ordre ne nous égarera quand nous irons voir ces tableaux judicieusement choisis pour notre délectation et dans lesquels nous puiserons des impressions de beauté qui sont un des plus puissants remèdes à l'angoisse des temps présents et où nous reconnâtrons le plus magnifique et le plus éloquent témoignage de cette civilisation centenaire pour laquelle notre pays a pris les armes avec les autres pays libres.

Paul DUMAS




---



---

*Ouvrages classiques réimprimés au Canada.*

ROUVIERE	Anatomie (2 volumes)
HEDON	Physiologie
SERGENT	Cliniques Médicales
BEZANCON	Pathologie Médicale (6 volumes)
BEGOUIN	Pathologie Chirurgicale (6 volumes)

J. EDDÉ LIMITÉE, - New Birks Bldg. - MONTRÉAL

MONTRÉAL  
J. EDDÉ - 1142

Numéros 1-2-3-4-5-6

Dixième année

# LE JOURNAL

... de ...

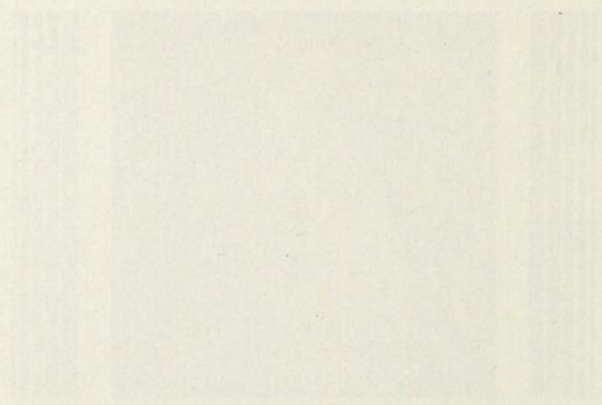
# L'HOTEL-DIEU DE MONTRÉAL



1941

# LE JOURNAL

L'HOTEL-DIEU DE MONTREAL



## TABLE DES MATIÈRES

pour l'année 1941

## TABLE ALPHABÉTIQUE PAR NOMS D'AUTEUR

	Pages
<b>A</b>	
ALLARD, MÈRE :	
L'oeuvre de Jeanne Mance. Discours .....	371
<b>B</b>	
BADEAUX, FRANÇOIS :	
Les troubles oculaires d'origine parathyroïdienne .....	98
BARBEAU, ANTONIO :	
Considérations neurologiques sur les traumatismes crâniens ..	1
Edgar Langlois ( <i>Nécrologie</i> ) .. .. .	71
L'électrocardiogramme dans la paralysie périodique héréditaire <i>(en collaboration avec Rodrigue Lefebvre)</i> .. .. .	199
BARIL, GEORGES :	
Les hormones ou chimie des glandes endocrines .. .. .	297
BELLEMARE, GASTON :	
Aspects médicaux des cholécystites ( <i>en collaboration avec     J.-Roméo Pepin, René Dandurand et Roland Dussault</i> ) ..	231
Le dosage de la phosphatase. Son rôle dans le diagnostic et le pronostic des atteintes osseuses et hépatiques. .. .. .	147
BOLTÉ, RENÉ :	
Anatomie des parathyroïdes .. .. .	73
BOURGAULT, EDMOND :	
La chirurgie des colons ( <i>Correspondance</i> ) .. .. .	64
<b>C</b>	
CARTIER, GEORGES-ETIENNE,	
Parathyroïdes et Chirurgie .. .. .	116
CHARBONNEAU, S. E. MONSEIGNEUR JOSEPH,	
Discours à l'occasion de la pose de la pierre angulaire du pavillon Jérôme Le Royer de la Dauversière .. .. .	367
<b>D</b>	
DANDURAND, RENÉ :	
Aspects médicaux des cholécystites ( <i>en collaboration avec     J.-Roméo Pepin, Roland Dussault et Gaston Bellemare</i> ) ..	231

	Pages
DESJARDINS, EDOUARD :	
Le traitement des plaies des parties molles .. . . .	52
DESROCHERS, JEAN-LÉON :	
L'électrencéphalographie dans les tumeurs cérébrales et l'épilepsie ( <i>Résumé d'une conférence du Dr H. Jasper</i> ) .. . . .	286
DUMAS, PAUL :	
Le rôle physiologique des glandes parathyroïdes .. . . .	79
La classification des épilepsies. ( <i>Résumé d'une conférence du professeur W. Penfield</i> ) .. . . .	208
La réaction d'alarme. ( <i>Résumé d'une conférence du professeur Hans Selye</i> ) .. . . .	216
L'électrodiagnostic de l'avenir. ( <i>Résumé d'une conférence du professeur Henri Laugier</i> ) .. . . .	67
Visite anticipée à l'exposition des chefs-d'oeuvre de la peinture .. . . .	429
DUSSAULT, ROLAND :	
Aspects médicaux des cholécystites ( <i>en collaboration avec J. Roméo Pépin, René Dandurand et Gaston Bellemare</i> ) .. . . .	231
<b>G</b>	
GAUTHIER, PIERRE-PAUL :	
L'exploration fonctionnelle du foie .. . . .	189
Le tubage duodénal .. . . .	242
GRIGNON, CHARLES-ÉMILE :	
L'insuffisance parathyroïdienne .. . . .	90
GROULX, HENRI :	
Jérôme Le Royer de la Dauversière. Discours .. . . .	375
<b>J</b>	
JOUBERT, LOUIS DE GONZAGUE :	
Rapport sur deux cas de « Mastoïdites de Monet » .. . . .	357
JUTRAS, ALBERT :	
Bibliographie: Fanny Allen .. . . .	220
Discours .. . . .	367
Le radiodiagnostic de l'ulcère de l'estomac .. . . .	167
Radiodiagnostic des ostéopathies parathyroïdiennes .. . . .	105
Radiothérapie et dysparathyroïdie .. . . .	143
<b>L</b>	
LAUGIER, HENRI :	
La formation du médecin .. . . .	268

	Pages
LEFEBVRE, RODRIGUE :	
L'électrocardiogramme dans la paralysie périodique héréditaire ( <i>en collaboration avec Antonio Barbeau</i> ) .. . . .	199
LEFRANÇOIS, CHARLES :	
A propos d'un cas d'endométriase du colon sigmoïde .. . . .	40
Le traitement chirurgical des cholécystites .. . . .	259
<b>M</b>	
MAILLOUX, PÈRE NOËL :	
La psychologie clinique .. . . .	385
MERCIER, OSCAR :	
L'Hôtel-Dieu et la Médecine à Montréal .. . . .	378
MEUNIER, PIERRE :	
Hémorragies utérines fonctionnelles par abaissement de la folliculinémie ou « estrinprivea » .. . . .	46
Le traitement des cervites chroniques .. . . .	409
MOUSSEAU, J.-ALFRED :	
Traitement médical des cholécystites .. . . .	246
<b>P</b>	
PEPIN, J.-ROMÉO :	
Aspects médicaux des cholécystites ( <i>en collaboration avec René Dandurand, Roland Dussault et Gaston Bellemare</i> ) .. . . .	231
POUPART, GÉRARD :	
Cas d'ictère par rétention .. . . .	417
<b>R</b>	
RIOPELLE, JOSEPH-LUC :	
Sur la présence de tissu notochordal et d'un segment de colonne vertébrale dans un tératome foetiforme de l'ovaire .. . . .	22
<b>S</b>	
ST-ONGE, GÉRARD :	
Un cas de brûlure traité par du plasma sanguin .. . . .	396

## TABLE DES ARTICLES PAR ORDRE ALPHABÉTIQUE

	Pages
<b>B</b>	
BIBLIOGRAPHIE :	
Fanny Allen by Sister Helen Morrissey ( <i>Albert Jutras</i> ) ..	220
BRÛLURE :	
Un cas de brûlure traité par du plasma sanguin ( <i>Gérard St-Onge</i> ) ..	396
<b>C</b>	
CERVICITES :	
Le traitement des cervicites chroniques ( <i>Pierre Meunier</i> )	409
CHOLÉCYSTITE :	
Aspects médicaux des cholécystites ( <i>J.-Roméo Pepin, René Dandurand, Roland Dussault et Gaston Bellemare</i> ) ..	231
Le traitement chirurgical des cholécystites ( <i>Charles Lefrançois</i> ) ..	259
Traitement médical des cholécystites ( <i>J.-Alfred Mousseau</i> )	246
CORRESPONDANCE :	
La chirurgie des colons ( <i>Edmond Bourgault</i> ) ..	64
CRÂNE :	
Considérations neurologiques sur les traumatismes crâniens ( <i>Antonio Barbeau</i> ) ..	1
<b>E</b>	
ÉLECTRENCÉPHALOGRAPHIE :	
L'électrencéphalographie dans les tumeurs cérébrales et l'épilepsie ( <i>Conférence du Dr Jasper</i> ) ..	286
ÉLECTROCARDIOGRAMME :	
L'électrocardiogramme dans la paralysie périodique héréditaire ( <i>Antonio Barbeau et Rodrigue Lefebvre</i> ) ..	199
ÉLECTRO-DIAGNOSTIC :	
L'électro-diagnostic de l'avenir ( <i>Conférence du professeur Henri Laugier</i> ) ..	67
ENDOMÉTRIOSE :	
A propos d'un cas d'endométrieose du colon sigmoïde ( <i>Charles Lefrançois</i> ) ..	40
ÉPILEPSIE :	
La classification des épilepsies ( <i>Conférence du professeur Wilder Penfield</i> ) ..	208

	Pages
<b>F</b>	
FOIE :	
L'exploration fonctionnelle du foie ( <i>P.-P. Gauthier</i> ) .. .	189
FOLLICULINÉMIE :	
Hémorragies utérines fonctionnelles par abaissement de la folliculinémie ou «estrinprivea» ( <i>Pierre Meunier</i> ) .. .	46
<b>H</b>	
HORMONES :	
Les hormones ou chimie des glandes endocrines ( <i>Georges     Baril</i> ) .. .	297
HÔTEL-DIEU :	
Allocutions prononcées à l'occasion de la pose de la pierre angulaire du pavillon Jérôme LeRoyeur de la Dauversière ( <i>S. E. Monseigneur Joseph Charbonneau, Mère Allard,     l'Honorable Henri Groulx, Oscar Mercier et Albert Jutras</i> )	365
<b>I</b>	
ICTÈRE :	
Cas d'ictère par rétention ( <i>Gérard Poupart</i> ) .. .	417
<b>M</b>	
MASTOÏDITE :	
Rapport sur deux cas de mastoïdite de Mouret ( <i>L. de G.     Joubert</i> ) .. .	357
MÉDECIN :	
La formation du médecin ( <i>Henri Laugier</i> ) .. .	268
<b>N</b>	
NÉCROLOGIE :	
Edgar Langlois ( <i>Antonio Barbeau</i> ) .. .	71
<b>O</b>	
OCULAIRES, TROUBLES :	
Les troubles oculaires d'origine parathyroïdienne ( <i>François     Badeaux</i> ) .. .	98
<b>P</b>	
PARALYSIE PÉRIODIQUE :	
L'électrocardiogramme dans la paralysie périodique hérédi- taire ( <i>Antonio Barbeau et Rodrigue Lefebvre</i> ) .. .	199

	Pages
<b>PARATHYROÏDES :</b>	
Anatomie des parathyroïdes ( <i>René Bolté</i> ) .. . . .	73
Le rôle physiologique des glandes parathyroïdes ( <i>Paul Dumas</i> ) .. . . .	79
Les troubles oculaires d'origine parathyroïdienne ( <i>François Badaeux</i> ) .. . . .	98
L'insuffisance parathyroïdienne ( <i>Charles-Emile Grignon</i> )	90
Parathyroïdes et chirurgie ( <i>Georges-Etienne Cartier</i> ) ..	116
Radiodiagnostic des ostéopathies parathyroïdiennes ( <i>Albert Jutras</i> )	105
Radiothérapie et dysparathyroïdie ( <i>Albert Jutras</i> ) .. . . .	143
<b>PHOSPHATASE :</b>	
Le dosage de la phosphatase. Son rôle dans le diagnostic et le pronostic des atteintes osseuses et hépatiques ( <i>Gaston Bellemare</i> ) .. . . .	147
<b>PLAIES :</b>	
Le traitement des plaies des parties molles ( <i>Edouard Desjardins</i> ) .. . . .	52
<b>PLASMA :</b>	
Un cas de brûlure traité par du plasma sanguin ( <i>Gérard St-Onge</i> ) .. . . .	396
<b>PSYCHOLOGIE :</b>	
La psychologie clinique ( <i>R. P. Noël Mailloux</i> ) .. . . .	385
<b>R</b>	
<b>RADIODIAGNOSTIC :</b>	
Le radiodiagnostic de l'ulcère d'estomac ( <i>Albert Jutras</i> ) ..	167
Radiodiagnostic des ostéopathies parathyroïdiennes ( <i>Albert Jutras</i> ) .. . . .	105
<b>RADIOTHÉRAPIE :</b>	
Radiothérapie et dysparathyroïdie ( <i>Albert Jutras</i> ) .. . . .	143
<b>RÉACTION D'ALARME :</b>	
La réaction d'alarme ( <i>Conférence du professeur Hans Selye</i> ) .. . . .	216
<b>T</b>	
<b>TÉRATOME :</b>	
Sur la présence de tissu notochordal et d'un segment de colonne vertébrale dans un tératome de l'ovaire ( <i>Joseph-Luc Riopelle</i> ) .. . . .	22
<b>TUBAGE DUODÉNAL :</b>	
Le tubage duodéнал ( <i>P.-P. Gauthier</i> ) .. . . .	189

# NEURO-TRASENTINE

"CIBA"

(Trasentine + acide phényléthylbarbiturique)

Nouveau produit "Ciba" agissant, suivant la dose, soit comme sédatif-antispasmodique d'action centrale et périphérique, soit comme médicament de choix dans le traitement des troubles neuro-végétatifs de l'insomnie.

En associant la Trasentine, antispasmodique de synthèse d'action totale, à l'acide phényléthylbarbiturique on réalisa, sous le nom de **Neuro-Trasentine**, une telle potentialisation des effets sédatifs et antispasmodiques de chacun des deux composants et ceci avec des doses si minimales sans tout danger d'accoutumance, que même l'administration prolongée d'une même dose de Neuro-Trasentine assure un effet constant. La Neuro-Trasentine, renfermant donc ces deux substances en proportion judicieusement établie à la suite d'essais cliniques systématiques, agit suivant la dose administrée, soit comme sédatif-antispasmodique d'action centrale et périphérique, soit comme médicament de choix dans le traitement des troubles neuro-végétatifs de l'insomnie.

## POSOLOGIE

Dose sédatif-antispasmodique :  
3 à 6 dragées au cours de la journée, en traitement prolongé.  
Dose soporative :  
2 à 3 dragées 1/2 heure avant le coucher.

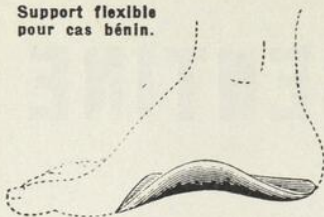
## PRÉSENTATION

En flacons de 30 et de 100 dragées.  
Egalement en emballages de 500 dragées pour hôpitaux.  
(Chaque dragée contient 20 mgrms de Trasentine et 20 mgrms d'acide phényléthylbarbiturique).



COMPAGNIE CIBA LIMITÉE  
MONTRÉAL, Qué.

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.

Veillez 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

**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*

Prescriptions de MM. les Oculistes remplies avec soin.

# PAVERAL

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

## COQUELUCHE

Le PAVERAL est journellement prescrit avec succès  
pour les cas de coqueluche et des toux coqueluchoïdes.  
Ne cause ni intolérance, ni complication.

Littérature sur demande.

**Agents : LA CIE CANADA DRUG**

PHARMACIENS EN GROS

857, rue Saint-Maurice, - - - Montréal

DEPUIS PRÈS D'UN DEMI-SIÈCLE

*Toujours le même but :*

**RÉDUIRE LE TAUX DE LA  
MORTALITÉ INFANTILE**

**J. Joubert**  
LIMITÉE

Essayez L'Ohio

# CYCLOPROPANE

Dans les **NOUVEAUX CYLINDRES  
FINIS CHROMÉS.**

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

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

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

**COMPAGNIE D'OXYGÈNE DU CANADA**

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

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

Téléphone: Wllbank 1728



Toutes Grosseurs

D'ANTHRACITES

"WELSH"

"SCOTCH"

et

"SCRANTON"

'bleu'

"Le Marchand Indépendant"

## **F. H. Phelan**

"A la Tonne ou au Char"

**MARquette 1279**

315, RUE COLBORNE

Charbons

BITUMINEUX

—

HUILE A

CHAUFFAGE

—

COKE

SERVICE DE VOITURES AMBULANCES  
à la VILLE et à la CAMPAGNE,  
JOUR et NUIT

*Spécialistes dans le transport des malades et des blessés*

## GEO. VANDELAC LIMITÉE

Fondée en 1890

G. VANDELAC, jr.

ALEX. GOUR

DIRECTEURS DE FUNÉRAILLES  
SALONS MORTUAIRES

120 RUE RACHEL EST, - - MONTRÉAL

Tél. : BElair 1717

*Spécialité:*  
Responsabilité professionnelle

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



## GASTON RIVET

*Assurances Générales*

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**

## TABLE DES ANNONCEURS

	Page		Page
Abbott Lab. ....	XVIII	Laboratoires Poulenc .....	IV
Anglo-French Drug .....	XI	Mallinckrodt Chem. ....	II
Antiphlogistine .....	X	Merk & Co. ....	Couvert. 4
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée ...	IX	Millet, Roux et Cie .....	VII et XII
Banque Canadienne Nationale .....	VII	Ministère de la Santé .....	XVII
Banque Provinciale du Canada .....	X	Ministère du Travail .....	Couvert 3
Canada Drug .....	XXI	Oxygène du Canada (Compagnie) .....	XXII
Carrière et Sénécal .....	XX	Phelan, F. H. ....	XXII
Casgrain & Charbonneau .....	XIII	Rivet, Gaston .....	XXIII
Ciba (Compagnie) .....	XIX	Rougier Frères .....	VIII
Ducket, J. A. ....	XX	Simmons Limited .....	XVI
Eddé, J. Ltée .....	IV	Soc. d'Administration et de Fiducie .....	II
Fillion, J.-A. ....	III	Soc. d'Expansion Pharmaceutique .....	V
Frosst, Charles E. & Co. ....	XV	Thérien Frères Limitée .....	XXIV
Joubert, J. J. ....	XXI	Vandelac, Georges .....	XXIII
Laboratoire du Bismol .....	XVI	Victor X Ray Corporation .....	VI
Laboratoire Nadeau Ltée .....	I		

Pour vos IMPRESSIONS, consultez

# THÉRIEN FRÈRES


LIMITÉE

IMPRIMEURS - LITHOGRAPHERS - GRAVEURS


PHOTOLITHO

494 OUEST, RUE LAGAUCHETIÈRE - MONTRÉAL

HArbour \* 5288



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



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

---

---

# MINISTÈRE DU TRAVAIL

DE LA

## PROVINCE DE QUÉBEC

---

### Salaires et Conditions de Travail

Loi de la convention collec-  
tive

Loi du Salaire minimum

Cédules des justes salaires  
pour les travaux du gouver-  
nement.

Loi relative à la limitation  
des heures de travail

Service de conciliation et  
d'arbitrage

Loi du repos hebdomadaire

### Sécurité

Loi des établissements in-  
dustriels et commerciaux

Loi des édifices publics

Loi des électriciens et des  
installations électriques

Loi des paratonnerres

Loi des mécaniciens de ma-  
chines fixes

Loi des appareils sous pres-  
sion.

Loi des mécaniciens en  
tuyauterie

### Prévoyance sociale

Loi des accidents du travail

Service de placement provin-  
cial

Loi des pensions de vieillesse  
de Québec

Loi des pensions aux aveu-  
gles de Québec

Loi de l'assistance aux mères  
nécessiteuses

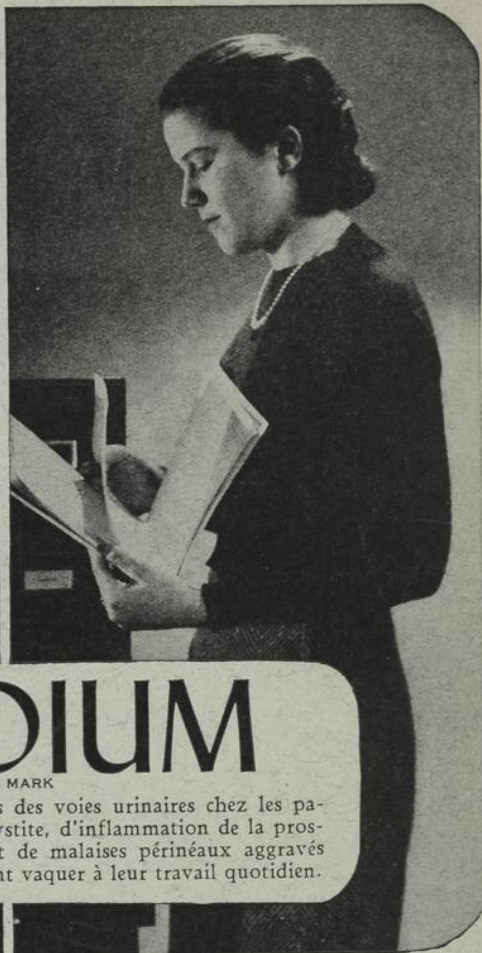
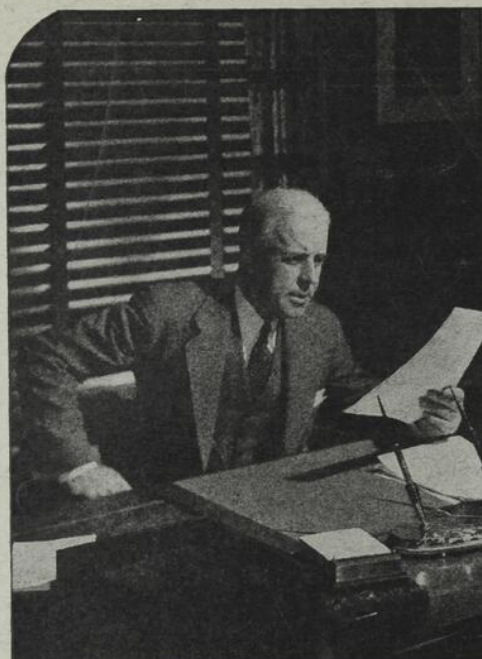
Honorable EDGAR ROCHETTE, C.R.,  
Ministre

J.-O'CONNELL MAHER,  
Secrétaire

GÉRARD TREMBLAY,  
Sous-ministre

---

---



# PYRIDIUM

TRADE MARK

Soulage promptement les troubles des voies urinaires chez les patients ambulants dans les cas de cystite, d'inflammation de la prostate, de pollakiurie, de dysurie et de malaises périnéaux aggravés par la marche chez ceux qui doivent vaquer à leur travail quotidien.

## Autres avantages du PYRIDIUM :

- *Se prescrit bien en comprimés*
- *S'élimine par les voies urinaires*
- *Agit bien en présence d'urine alcaline ou acide*  
*N'exige pas de régime spécial pour le maintien du pH de l'urine*
- *Très faible toxicité*
- *Non irritant*
- *Se tolère bien.*

Littérature sur demande.

## PYRIDIUM

Marque de commerce déposée

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

Une décade de service  
dans les infections  
génito-urinaires

