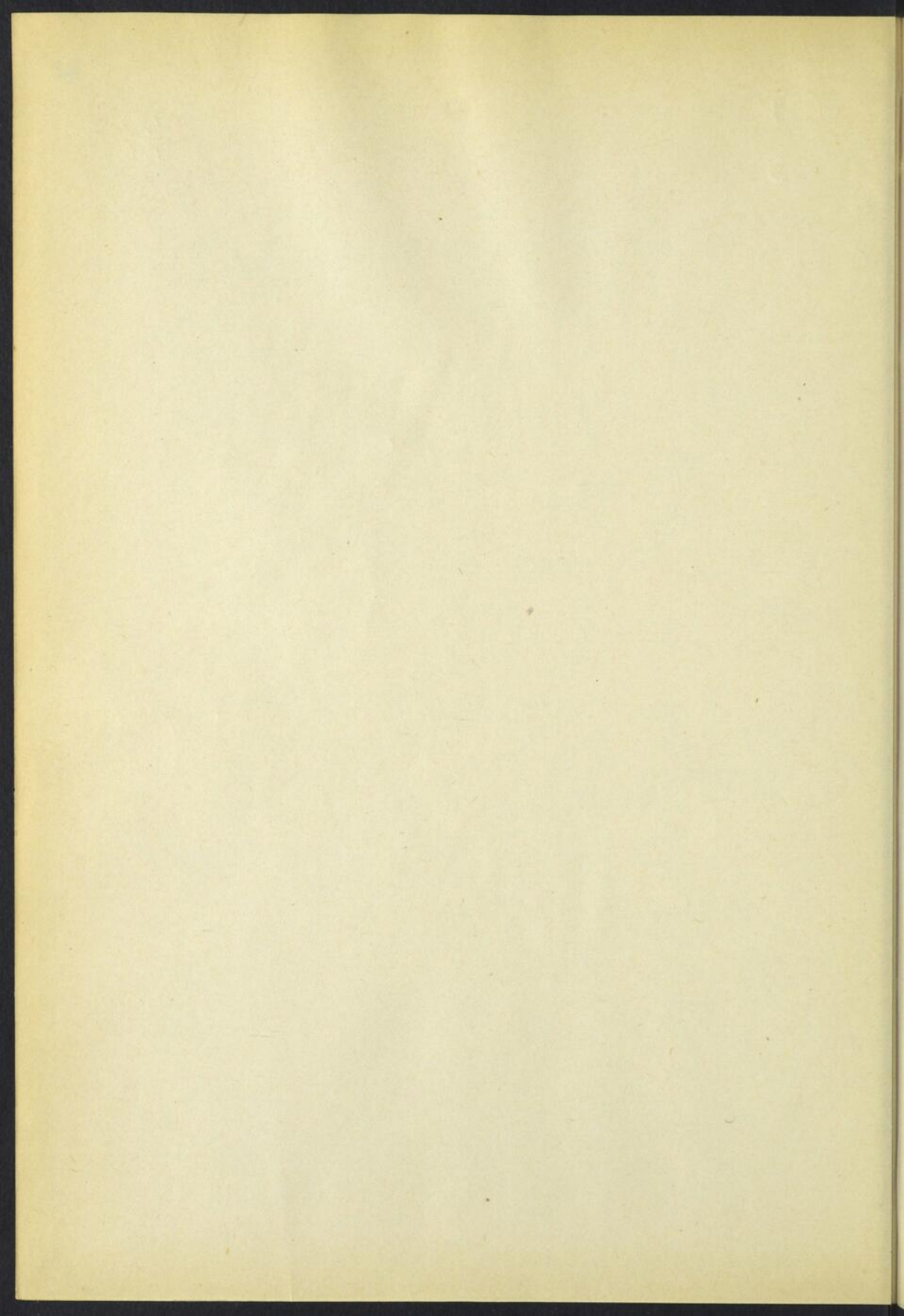


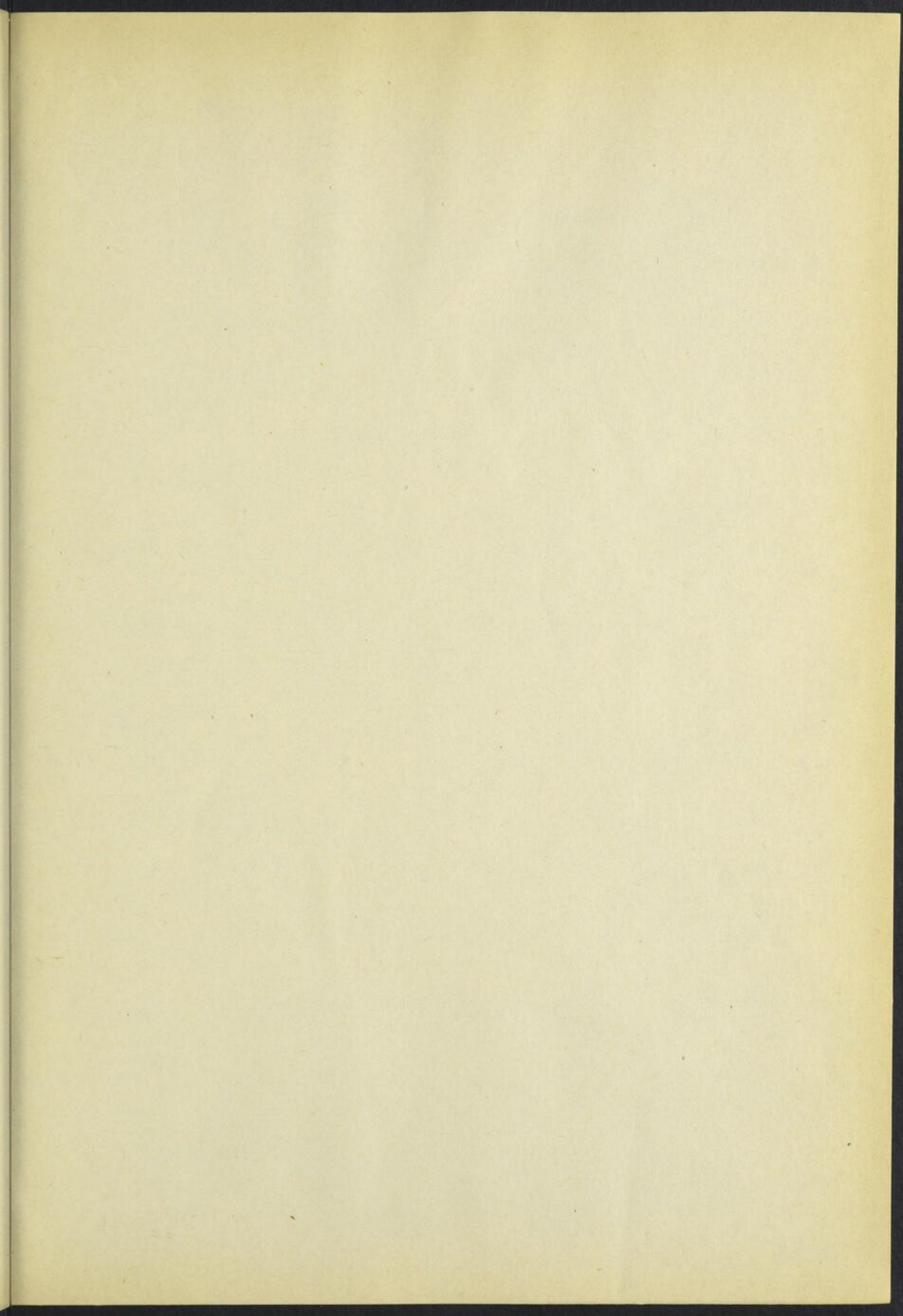
Per  
J-84  
S

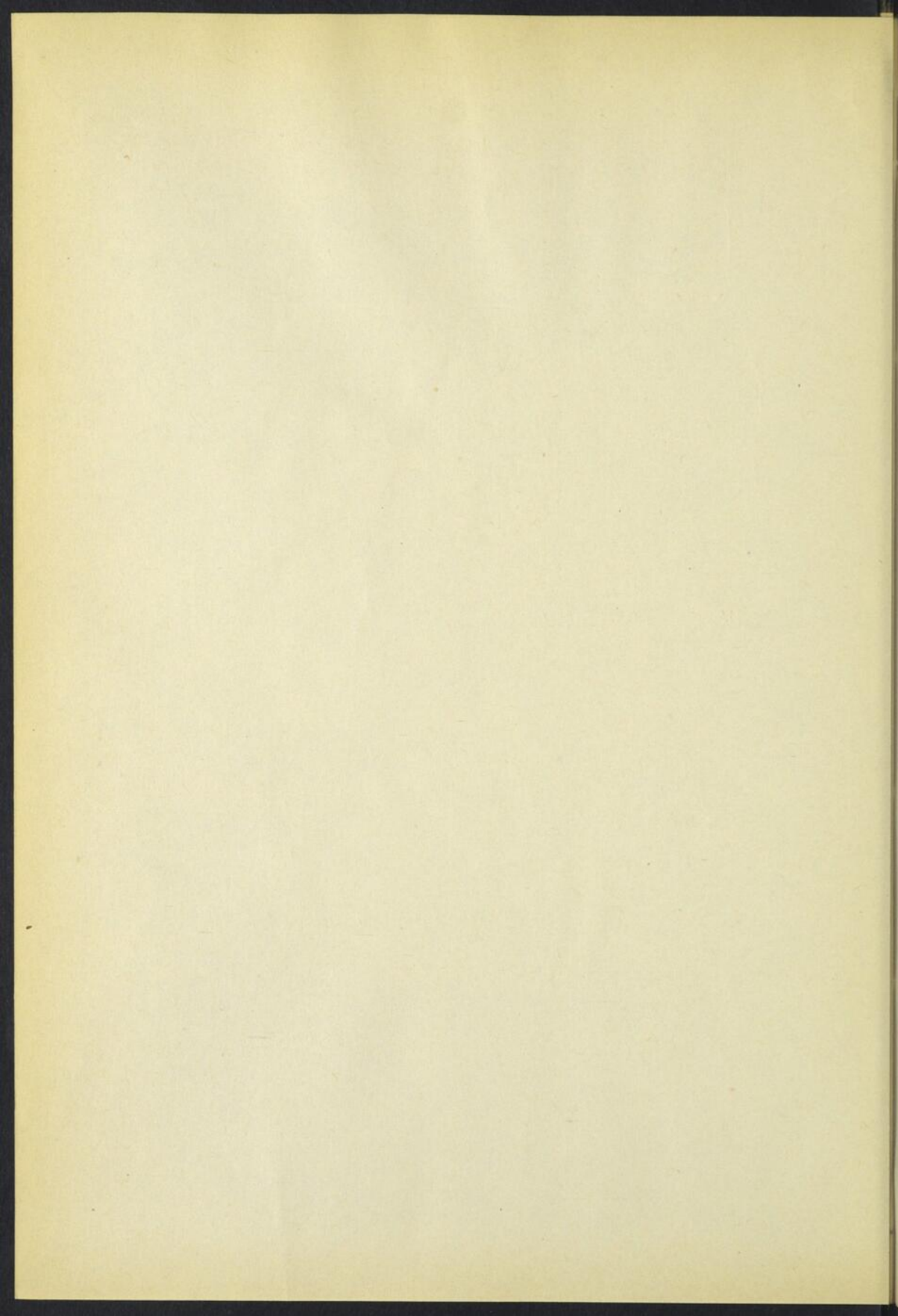
J-84

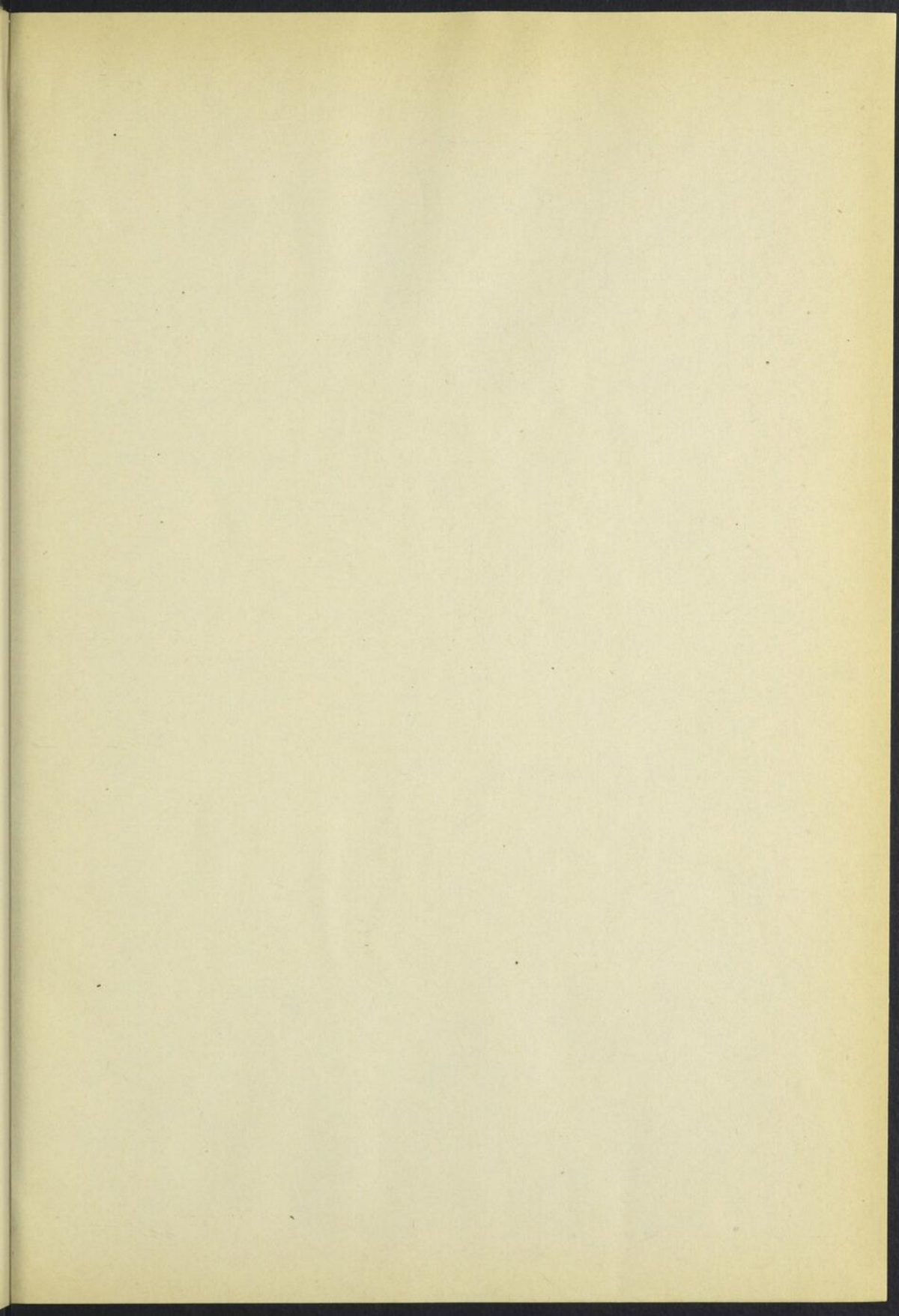
R

195  
B-law











S610  
J826hd

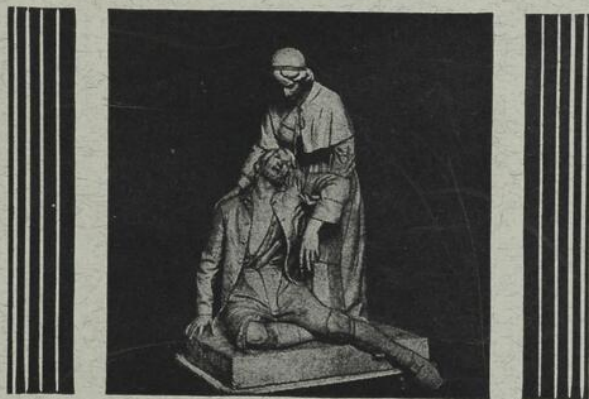
No 1

Huitième année

# LE JOURNAL

... de ...

# L'HOTEL-DIEU DE MONTRÉAL



JANVIER-FÉVRIER

1939

DIVERSES QUANTITÉS de

# CODÉINE

Dans une formule bien connue

“ACÉTOPHEN” COMPOSÉ AVEC CODÉINE

Comprimé No 222 “Frosst”

R <sup>x</sup> Acétophen . . . . .	3½ gr.
Phénacétine . . . . .	2½ gr.
Citrate de caféine . . . . .	½ gr.
Phosphate de codéine . . . . .	¼ gr.

Le perfectionnement de cette formule remarquable, permet aux médecins de faire un choix dans la prescription de ces comprimés dont la valeur thérapeutique est incontestable.

Comprimé No 262 “Frosst”

La même formule que le comprimé No 222 (Gris)

Comprimé No 282 “Frosst”

La même formule que le comprimé No 222 avec phosphate de codéine, ¼ gr.

Comprimé No 292 “Frosst”

La même formule que le comprimé No 222 avec phosphate de codéine, ½ gr.

POUR ENFANTS

Comprimé No 273 “Frosst”

Un quart de la force du comprimé No 222 (sucré, rose)

ANTIPYRÉTIQUES

ANALGÉSIIQUES - ANTI-RHUMATISMAUX

Charles E. Frosst & Co.

MONTRÉAL

CANADA

## SOMMAIRE du No 1

Janvier-février 1939

Pages

Réorganisation du journal .....	1
ÉMILE LEGRAND et RENÉ DANDURAND: Plaies atones des extrémités inférieures .....	3
JEAN-PAUL BOURQUE: Un cas d'adénome du rein .....	15
HERVÉ LEGRAND: Rééducation respiratoire .....	21
J.-E. BARBEAU: A propos des bruits de la base du coeur .....	22
Leçon inaugurale du service d'urologie .....	27
Nominations .....	39
Nouvelles .....	41
Fête de reconnaissance au professeur Dubé .....	46
Rapport des interventions chirurgicales pratiquées dans les salles d'opérations de l'Hôtel-Dieu au cours de l'année 1938 .....	48

*Diuretab**Diurétique - Antiseptique urinaire - Décongestif**Chaque comprimé contient :*

Salicylate de Sodium et Théobromine .....	0.065
Huile essentielle de Santal supérieure .....	0.015
Huile essentielle de Cubebe .....	0.03
Baume Copahu .....	0.06
Huile essentielle de Cinnamon .....	0.015

*Un comprimé deux ou trois fois par jour.*

LABORATOIRE NADEAU LIMITÉE

## 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

AGENCES :

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



**En obstétrique  
et en gynécologie**

**'DETTOL'** L'ANTISEPTIQUE MODERNE,  
NON TOXIQUE

*. . . satisfait au plus haut point aux  
exigences de l'antisepsie moderne.*

L'EXPERIENCE du corps médical canadien confirme en tous points les constatations faites sur 'Dettol' par les hôpitaux anglais et consignées dans la littérature médicale de l'Angleterre ainsi que l'adoption de cet antiseptique par ces mêmes hôpitaux. Le fait que des hôpitaux canadiens de première importance s'en servent couramment constitue un témoignage de sa grande valeur.

Le coefficient phénol du 'Dettol' déterminé d'après l'Essai du Laboratoire d'Hygiène, est de 3.0. Une solution à 2% de cet antiseptique détruit rapidement les streptocoques hémolytiques et les colibacilles en présence de pus. Le 'Dettol' reste constant en présence de sang, de matières fécales ou d'autres substances organiques.

Le 'Dettol' jouit d'une grande puissance de pénétration et, à des concentrations de 30% ou plus, il assure une antisepsie durable. Employé à de telles concentrations, il assure aux mains ou à

la peau une protection parfaite contre les streptocoques hémolytiques, durant au moins deux heures.

Cependant, malgré son pouvoir germicide extraordinaire, le 'Dettol' n'est pas toxique et n'irrite pas les tissus humains, qualités qui permettent de l'utiliser à des doses très élevées. Il ne tache ni la peau ni le linge et possède une odeur agréable.

Un tel antiseptique est évidemment d'un grand intérêt en obstétrique, en gynécologie et en chirurgie, tant pour le nettoyage des plaies que pour la désinfection des mains, de la peau et des instruments.

Brochures et échantillons fournis sur demande à :

**RECKITTS (OVER SEA) LTD.**

*Service des produits  
pharmaceutiques*

1000, Amherst, Montréal, P. Q.

**'DETTOL' l'antiseptique moderne, non toxique**

# RÉDUCTION DE PRIX

## ORÉTON\* • PROLUTON\*

**ORÉTON** Schering — A base d'hormone sexuelle masculine pure, cristallisée (propionate de testostérone). Les prix ont été considérablement réduits, et le modèle pour hôpitaux, contenant 50 ampoules, est encore plus économique.

L'ORÉTON est indiqué pour le traitement de l'hypertrophie prostatique bénigne, des symptômes de la ménopause masculine, de l'hypergonadisme, et de l'impuissance, lorsque ces états sont dus à une insuffisance d'hormone sexuelle. Le traitement à l'ORÉTON a également donné d'heureux résultats dans certains

troubles gynécologiques, tels que des cas spéciaux de ménorragie et de dysménorrhée.

L'ORÉTON se vend en ampoules de 1 c.c., contenant 5, 10 et 25 mg. de propionate de testostérone en solution dans l'huile de sésame. Il y a des boîtes de 3, de 6 et de 50 ampoules.

**PROLUTION** Schering — Hormone du corps jaune pure, cristallisée. Les prix ont été réduits de 33 1/3% par l'augmentation du nombre d'ampoules par boîte, et le modèle pour hôpitaux, contenant 50 ampoules, est encore plus économique.

Le PROLUTION est indiqué dans l'avortement récidivant, la menace d'avortement, la ménorragie, la métrorragie, la dysménorrhée avec développement utérin normal, et la tension prémenstruelle, lorsque ces états sont dus à une insuffisance d'hormone du corps jaune.

Le PROLUTION se vend en ampoules de 1 c.c. contenant 1/2, 1, 2 et 5 mg. d'hormone en solution dans l'huile de sésame, en boîtes de 6 et de 50 ampoules; et aussi en boîtes de 3 ampoules contenant 10 mg.

POUR PLUS AMPLES DÉTAILS SUR L'ORÉTON ET LE PROLUTION, ÉCRIVEZ-NOUS.



Copyright 1939 par Schering (Canada) Limited.

\*Nom déposé au Canada et aux États-Unis.

**SCHERING (CANADA) LIMITED**

BOÎTE POSTALE 358 (Place d'Armes)

Tél.: LANCASTER 9073

751 CARRÉ VICTORIA,

MONTRÉAL, P. Q.

# STANNOXYL

Pour le traitement de la  
**FURONCULOSE**  
et des Maladies à Staphylocoque

En flacons de 80 comprimés. Dose: 6 à 8 comprimés par jour

# STANNOXYL

Également très efficace contre le

**TÉNIA**  
Ver Solitaire

**Ténia solium ou ténia saginata ou inerme**

dont il assure l'expulsion en 36 ou 48 heures sans purgation drastique  
ni malaise.

En flacons de 80 comprimés. Dose: 6 comprimés 3 fois par jour juste avant les repas.

---

Dépositaire pour le Canada:

**ANGLO-FRENCH DRUG Cie., 354 est, rue Ste-Catherine  
Montréal**

UN REMARQUABLE PROGRÈS DANS LA  
CHIMIOTHÉRAPIE SULFAMIDÉE

# D A G E N A N

2-sulfanilyl-amino-pyridine (Corps 693)

Traitement de la  
**PNEUMONIE**

Mortalité diminuée des 2/3

et de la

**BLENNORRAGIE**

Comprimés à 0 gr. 50

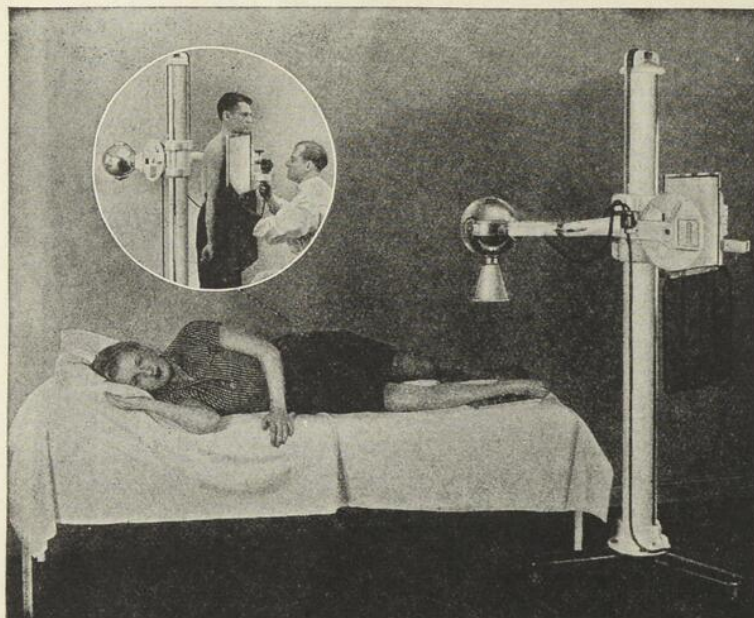
Laboratoires POULENC FRÈRES du Canada, Ltée

204, PLACE YOUVILLE

MONTRÉAL



## LA LANTERNE SIEMENS



Appareil  
Radiogène  
idéal pour le  
cabinet du  
médecin.

Bon marché  
Simple  
Shoc et Rayproof

Démonstration  
en nos bureaux  
ou chez  
le médecin  
sur  
demande.

**SIEMENS-REINIGER  
(CANADA) LIMITED**

18 DOMINION SQUARE  
BLDG.

HArbour 3717

# GOUTTES NICAN



ANTISPASMODIQUE  
ANTISEPTIQUE  
RESPIRATOIRE

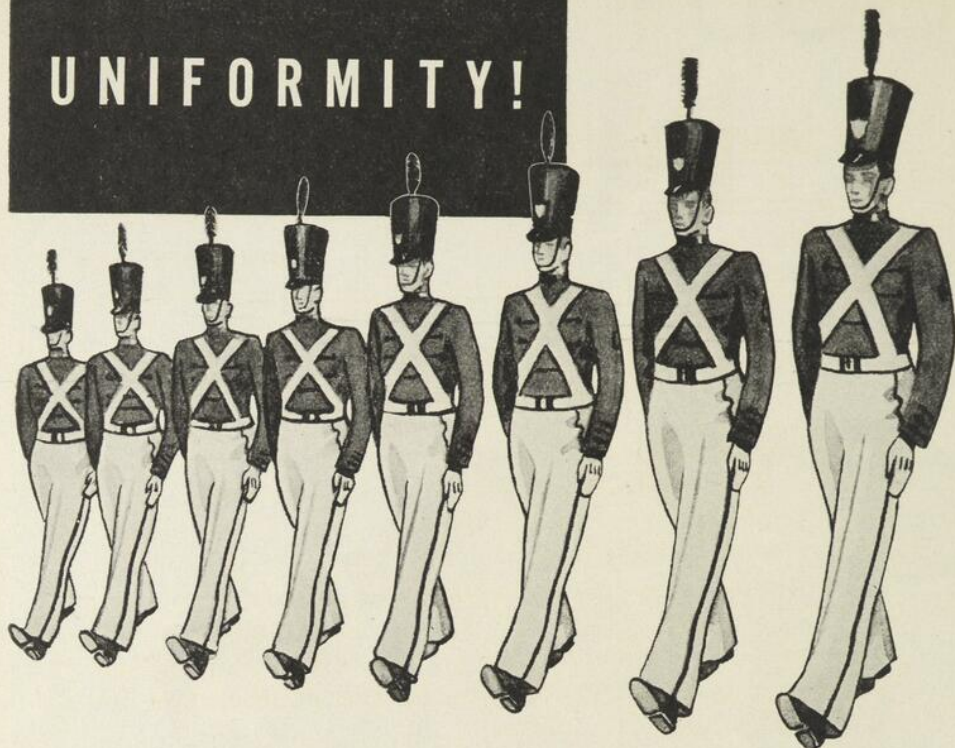
ADULTES:—240 gouttes.

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

# UNIFORMITY!



**L**E FILM ILFORD est toujours semblable à lui-même. Il est marqué au coin de l'Excellence et de l'Uniformité.

Son invariabilité permet au radiologiste de standardiser la technique et de compter à tout coup sur une belle image.

Il va sans dire que l'uniformité d'une émulsion sensible présuppose une supervision très sévère en cours de fabrica-

tion. De plus, le produit ne doit pas pouvoir vieillir entre les mains des distributeurs.

Victor X-Ray Corporation tient à votre disposition, dans ses nombreuses succursales, des films de tous formats, rigoureusement frais.

Le client d'Ilford est vite et bien servi.

Succursales à Montréal, Toronto, Winnipeg, Régina, Calgary, Edmonton et Vancouver.

Bureau à Montréal: Suite 600, Edifice Medical Arts

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

DISTRIBUTORS FOR GENERAL  ELECTRIC X-RAY CORPORATION

# Le Journal de l'Hôtel-Dieu de Montréal

---

---

Numéro 1

Janvier-février 1939

---

---

## RÉORGANISATION DU JOURNAL DE L'HÔTEL-DIEU

Avec le présent numéro le Journal entre dans sa huitième année. Ses fondateurs ne sont pas les moins surpris, car l'enfant, né sous le signe de la Grande Crise, semblait voué à une mort précoce ou à une vie très précaire.

Nulle fée bienfaisante n'était venue se pencher sur son berceau; et l'on vit deux fois la vilaine Carabosse rôdant aux alentours. Quelques confrères qui auraient dû contempler le bambin avec des yeux attendris, et le choyer, lui refusèrent la moindre caresse.

Mais lui s'obstina à faire de si belles risettes et à gazouiller si joyeusement que tout le monde finit par l'adorer. Ce fut bientôt une véritable procession d'admirateurs apportant qui de l'or, qui des manuscrits. C'est à dire le *pabulum vitae* qu'il lui fallait.

Que dis-je? l'on vit même noble dame Université s'intéresser à lui et l'appeler « mon cher enfant ».

Vint le temps où, du fait, le cher enfant se trouva dans une situation plutôt cocasse. D'une part l'Université le reconnaissait quasi-officiellement, alors que d'autre part l'Hôtel-Dieu paraissait l'ignorer de parti pris...

Cette apparente anomalie, les quatre fondateurs l'ont voulue et prolongée sans se soucier des critiques. Il fallait attendre qu'il y ait un *Bureau médical* digne du nom, osant vouloir, capable d'agir.

Il y en a un; depuis peu. Dès son apparition un geste automatique s'imposait. Il fut fait le 20 janvier dernier, à

100414

l'occasion d'une assemblée régulière des médecins de la Maison. Ce soir-là, le docteur Oscar Mercier, président de l'Exécutif — avec l'assentiment de ses collègues Prud'homme, Trottier et Pariseau — invita les membres du Bureau à se joindre aux propriétaires du Journal pour diriger celui-ci vers de plus beaux horizons. On accepta sans du tout se faire prier. Depuis lors voici comment se compose la Direction et la Rédaction :

*Président, ex officio:*

le docteur PIERRE-PAUL GAUTHIER,  
actuellement président du Bureau médical.

*Rédacteur en Chef:*

le docteur OSCAR MERCIER,  
actuellement président du Comité exécutif.

*Premier Secrétaire:*

le docteur PAUL POIRIER,  
actuellement secrétaire du  
Bureau.

*Deuxième Secrétaire:*

le docteur R. ROCHETTE,  
actuellement secrétaire de  
l'Exécutif.

*Directeurs ex officio:*

les quatre fondateurs et propriétaires du Journal,  
Dr OSCAR MERCIER,                      Dr LÉO PARISEAU,  
Dr ERNEST PRUD'HOMME,              Dr ERNEST TROTTIER.

Les nouveaux officiers auront à faire leurs preuves. Deux d'entre eux sont appelés à remplacer un homme qui a largement fait les siennes. Depuis plusieurs années, en effet, le docteur Edouard Desjardins a exercé la fonction de secrétaire avec une parfaite compétence et un entier dévouement. J'ai grand plaisir à lui offrir les sincères remerciements de l'ancienne Rédaction.

LÉO-E. PARISEAU.

*Post-scriptum:* Le souci de la vérité historique m'oblige à dire que le Bureau médical n'a pas encore accordé à M. Mercier le titre de Rédacteur en chef. C'est moi qui fus maintenu au poste que j'occupais depuis 1932. Mais il m'est apparu, l'autre jour, qu'il valait mieux passer la main. La plupart des lecteurs savent que j'ai quitté il y a déjà plus d'un an le service que je dirigeais depuis 1919. Conduire un journal du fond de ma retraite serait faire preuve de témérité. Mes meilleurs vœux accompagnent mon successeur. — Léo-E. P.

## PLAIES ATONES DES EXTRÉMITÉS INFÉRIEURES

### *Syringomyélie de la région lombo-sacrée*<sup>1</sup>

Par

ÉMILE LEGRAND  
Professeur agrégé à la Faculté  
de médecine

et

RENÉ DANDURAND  
Médecin à l'Hôtel-Dieu

Nous avons observé, à l'Hôtel-Dieu, un malade présentant une affection assez spéciale des extrémités inférieures dont les principales caractéristiques sont des ostéo-arthropathies des deux pieds et des mutilations importantes des gros orteils.

Les cas analogues à celui que nous rapportons ici sont incontestablement rares et prêtent à bien des erreurs de diagnostic. C'est pourquoi l'odyssée de ce malade nous paraît intéressante.

H. L..., âgé de 31 ans, est hospitalisé à l'Hôtel-Dieu le 3 août 1938, pour des lésions ulcéreuses des gros orteils et pour des déformations des pieds remontant à six ans environ.

Notre malade est né de parents sains et n'a jamais quitté la province.

Il n'a aucun antécédent personnel particulier. Cependant, vers 1930, il fut victime d'un traumatisme à la jambe gauche qui, apparemment, n'a pas occasionné d'impotence fonctionnelle du membre inférieur correspondant, ni de

---

<sup>1</sup> Cette observation a été faite dans le service du prof. Pepin.

plaie quelconque. Par contre, il se serait développé à la face antérieure de la jambe, à l'endroit traumatisé, une petite tumeur de la grosseur d'une prune, sur la nature de laquelle il nous est impossible d'avoir une idée précise. Cette tumeur mit plus d'un an à disparaître.

Il n'aurait aucun passé vénérien.

Vers 1932, il vit se développer, sans causes apparentes, une couche cornée assez dure, à la face plantaire du gros orteil gauche. Le pied changea d'aspect également et commença à se déformer. Peu après, cette surface cornée s'ulcéra. Il s'est formé alors une petite plaie atone qui laissa suinter un liquide purulent d'une odeur nauséabonde. Cette ulcération s'agrandit lentement et ne présenta jamais de tendance à la guérison.

Après quelques années d'évolution le malade perdit spontanément l'ongle du gros orteil, puis sa phalange.

Aujourd'hui, on peut observer au pied gauche une plaie gangreneuse à l'endroit où fut autrefois le gros orteil. Cette plaie, d'aspect arrondi, est noirâtre et ses bords sont bien délimités. Elle ne s'accompagna jamais de phénomènes douloureux.

Vers l'été de 1937, le malade nota à la face plantaire du gros orteil droit, une couche cornée, dure, analogue à celle qui était apparue au gros orteil gauche. Cette couche cornée s'ulcéra bientôt et actuellement nous pouvons constater à cet endroit une plaie atone, irrégulière, d'apparence nécrotique et laissant s'écouler un liquide d'une odeur putride.

L'examen met encore en évidence des déformations importantes des os du tarse. A gauche, la cheville est augmentée de volume et le métatarse se renfle de dehors en dedans ; il y a non seulement pieds plats mais aussi abaisse-

ment de la malléole interne; la distance entre la plante des pieds et l'extrémité inférieure de cette malléole est de 1 cm. de moins que celle qui existe au pied droit à la même région. C'est pourquoi le pied et l'articulation tibio-tarsienne semblent ne former qu'un seul bloc.

La cheville et le métatarse droits sont sans particularité apparente.

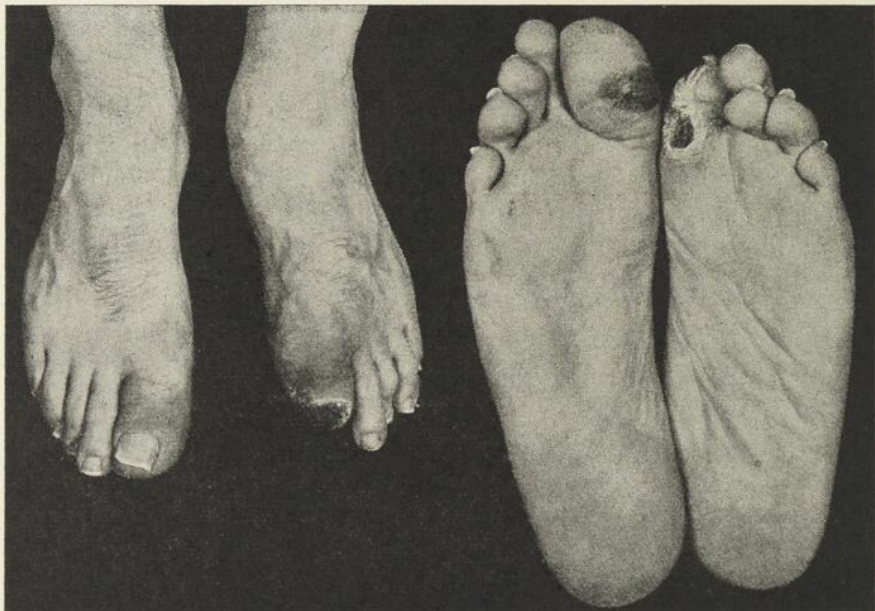
Des deux côtés, l'exploration n'est pas douloureuse; il y a une hyperhydrose si intense que l'on peut voir la sueur sourdre en gouttelettes sur toute la surface des pieds qui sont, dans l'ensemble, quelque peu cyanosés et tuméfiés. La perception des artères pédieuses se fait avec facilité. Les oscillations prises au moyen de l'appareil de Pachon ont une amplitude normale.

Les radiographies nous révèlent une arthropathie du métatarse gauche. A ce sujet, le docteur Langlois nous envoie le rapport suivant :

« *Pieds.* — Lors de l'examen en août 1937, nous avons noté que le scaphoïde gauche était complètement déformé et que la phalange du gros orteil était trépanée d'un travers à l'autre à trois endroits. Aussi des dépôts tendant à l'ankylose avec le métatarsien.

« *Nouvel examen cette année.* — Les lésions du scaphoïde ne semblent pas avoir évolué. La phalange du gros orteil est complètement disparue. L'ankylose s'est accentuée et les lésions semblent avoir progressé.

« *Colonne Lombaire.* — Sur le cliché en antéro-postérieure les disques intervertébraux des première, deuxième et troisième lombaires semblent être diminués de volume. En latérale, l'espace entre les corps vertébraux est normal. Seuls les profils supérieurs des corps des quatrième et cinquième vertèbres ne sont pas très réguliers. »



Photographie des faces antérieure et postérieure des pieds:

P. G.: 1er orteil amputé, gonflement de la cheville.

P. D.: mal perforant.

L'apparence de raccourcissement, de tassement de l'articulation tibio-tarsienne gauche s'explique donc par cette déformation du scaphoïde que la radiographie dévoile.

Il y a, en somme, une association de déformation et de destruction osseuse, comme la chose se voit au cours du tabes; mais, il n'est rien de cela ici comme nous le verrons plus loin. En plus, sur le cliché et à l'examen objectif, il y a atteinte des vertèbres, et même cypho-scoliose.

L'examen neurologique nous permet de déceler des perturbations assez nettes. Il existe une légère atrophie musculaire de la jambe gauche: ses mensurations sont de deux centimètres moindres que celles de la jambe droite. Aux membres supérieurs, nous ne trouvons aucune amyotrophie quelconque.

La force musculaire est partout normale.

La palpation des troncs nerveux ne laisse percevoir aucune induration ou hypertrophie.

La motilité est bonne, malgré la démarche un peu particulière qui est la conséquence des déformations et des mutilations des pieds.

Les réflexes tendineux sont vifs mais normaux, à l'exception des réflexes achilléens qui paraissent faibles. Les réflexes crémastériens et cutanés abdominaux sont également normaux. Par contre, le réflexe plantaire n'est pas obtenu, tant à droite qu'à gauche.

Aucun trouble sphinctérien ni génital.

Il existe des troubles objectifs de la sensibilité aux deux membres inférieurs; ces perturbations portent sur la thermesthésie. A la hauteur du genou, sur la face interne des jambes, commence une thermohypoalgésie qui va s'accroissant jusqu'au niveau des pieds.

La sensibilité à la douleur est assez bien conservée.



Radiographie du pied gauche: Lésions du scaphoïde.

La sensibilité tactile et les sensibilités profondes sont normales.

La sensibilité à ces différents modes est bien conservée en tous les autres points du corps.

Les membres inférieurs ont une tendance marquée à l'hypersudation.

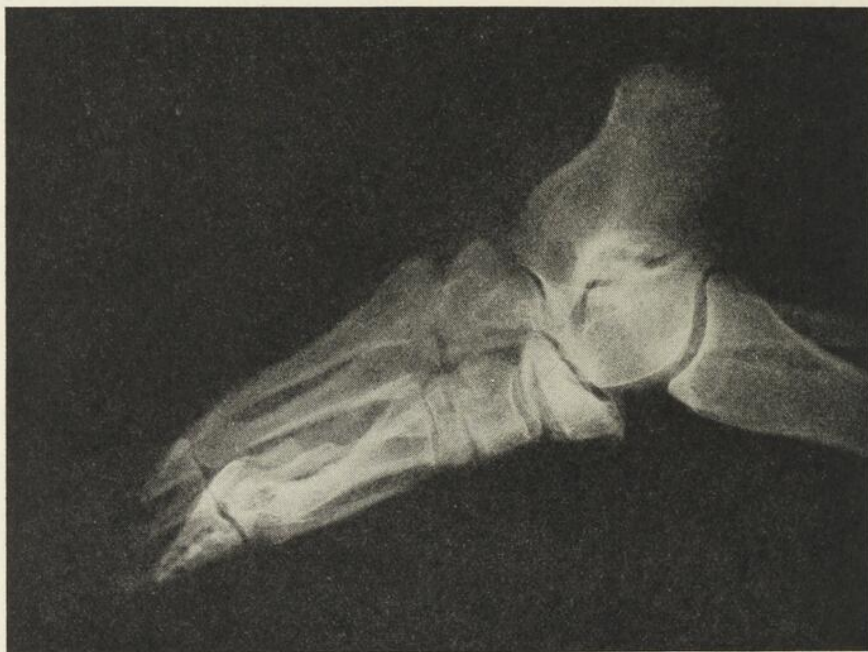
Les différentes paires crâniennes paraissent intactes. Les pupilles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation.

La réaction de Wassermann est négative dans le sang. Le chlore sanguin est de 5 gr. 91 ‰; l'azotémie de 0.360 ‰; la glycémie de 0.90. Rien de particulier dans les urines.

La ponction lombaire, en position couchée, a montré un liquide sous tension de 20 au manomètre de Claude. L'examen de ce liquide, qui était clair, a donné les résultats suivants:

Eléments par m. m. c. . . . .	1
Albumine . . . . .	0 gr. 22 ‰
Sucre . . . . .	0 gr. 63 ‰
B. W. . . . .	négatif
Or colloïdal . . . . .	négatif
Benjoin colloïdal . . . . .	normal

En résumé, chez un homme âgé actuellement de 31 ans sont apparues depuis six ans des ulcérations, revêtant l'aspect de maux perforants, à la face plantaire des deux gros orteils. Par ces plaies atones s'éliminèrent des séquestes qui conduisirent à l'amputation spontanée de la phalangette du gros orteil gauche. Au cours de ces mêmes années, une ostéo-arthropathie intéressant les os du pied gauche et les vertèbres lombaires se développa graduellement. Actuellement l'examen neurologique révèle aux membres inférieurs des troubles moteurs, trophiques et sensitifs.



Radiographie du pied gauche: Lésions du scaphoïde.

Ces troubles sensitifs sont particulièrement intéressants: ils sont dissociés et occupent le territoire de la 4e racine lombaire et première sacrée où nous constatons une diminution de la sensibilité thermique et une conservation de la sensibilité tactile et douloureuse. Il y a donc une topographie radiculaire.

Une telle dissociation de la sensibilité peut s'observer dans d'autres maladies du système nerveux, notamment dans les compressions médullaires et dans certaines formes de myélite. Mais, dans ces cas, la distribution des troubles sensitifs est totalement différente de celle que nous observons ici. Nous ne croyons pas qu'une confusion soit possible, d'autant plus que ces syndromes ont une symptomatologie générale tout à fait différente.

Il ne saurait être question du tabès dans le cas actuel. Le mal perforant, les arthropathies, l'évolution lente et non douloureuse des lésions pourraient nous laisser croire à cette éventualité. Mais l'absence de passé vénérien, le liquide céphalo-rachidien normal, la réaction B.-W. négative dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien, font rejeter cette hypothèse. Il y a encore la présence des réflexes tendineux et l'existence des troubles objectifs de la sensibilité qui sont incompatibles avec une lésion de nature tabétique. Ajoutons que notre malade ne présentait pas d'Argyll-Robertson, et que ses articulations du genou étaient indemnes.

Il est une maladie qui s'accompagne souvent de manifestations nerveuses de cette nature: c'est la lèpre. Mais nous ne croyons pas cette présomption possible dans le cas actuel pour plusieurs raisons. Notre malade n'a jamais séjourné en des lieux où sévit la lèpre. Dans la névrite lèpreuse, les troubles peuvent avoir une prédominance unilatérale; mais après six ans d'évolution ils devraient être plus largement distribués. Les troubles sensitifs également sont dissociés à tous les modes. Ils ont surtout une topographie segmentaire et non pas radiculaire comme dans le

cas présent. Les signes pyramidaux y sont absents et la palpation des troncs nerveux atteints par la lèpre laisse percevoir des indurations monoliformes, des lépromes plus ou moins volumineux. Il n'y a rien de cela chez notre malade. Il y manque également les accidents diffus à localisation faciale ou autres, qu'il est habituel de constater dans l'infection par le bacille de Hansen.

Naturellement, il faut aussi penser aux troubles engendrés par le diabète. Le mal perforant diabétique prend, certes, une allure semblable à celle présentée par notre malade. Toutefois, le mal perforant diabétique se caractérise par un bourrelet épidermique très épaissi qui entoure l'ulcère cutané. Cet ulcère laisse s'écouler généralement un liquide purulent plus abondant; les tissus mous environnants sont plus infiltrés, et même douloureux à la pression. Quelquefois ce mal perforant diabétique s'accompagne de lésions osseuses: le docteur Radulesco, dans sa thèse publiée sous la direction du prof. Rathery, met bien en lumière cette éventualité possible. La décalcification est alors située près de la lésion cutanée; si la décalcification existe à distance, elle se manifeste à plusieurs niveaux, notamment aux articulations métatarso-phalangiennes, etc. Dans la majeure partie des cas, il ne s'observe pas d'amputation spontanée.

D'ailleurs, chez notre malade, la glycémie se comporte à un chiffre normal et les urines ne présentent aucune trace de sucre.

Les troubles circulatoires n'expliquent pas non plus la présence de ce syndrome.

Pour celui qui a l'habitude d'examiner souvent les artéritiques, les artério-scléreux, les malades de Buerger ou de Raynaud, il est ordinaire de les voir gémir sur les douleurs ressenties la nuit précédente, de les entendre réclamer un calmant comme l'aspirine et même la morphine. Notre malade n'a pas le faciès souffreteux et semble étonné que tout ce qui lui arrive s'accomplisse sans douleur. Il n'a

pas de claudication intermittente, comme d'ailleurs de douleurs lancinantes ou de brûlements. De plus, les oscillations prises à maintes reprises ont une amplitude tout à fait suffisante. Le battement des pédieuses s'observe à vue d'oeil. Chez ces malades à mauvaise circulation périphérique, les troubles sensitifs, quand ils existent, portent sur la douleur et le tact. Dans notre cas, ils sont limités à la chaleur et au froid.

L'importance des troubles trophiques, les lésions osseuses et les symptômes d'origine médullaire ne permettent pas de confusion possible avec les névrites infectieuses ou toxiques.

Il est évident également qu'il ne peut pas s'agir ici de maux perforants consécutifs à de simples gelures des pieds. Il n'est aucun fait de ce genre dans le passé de notre malade.

Du point de vue clinique, les lésions ostéo-arthropathiques constatées chez notre malade, coïncidant avec des troubles sensitifs à type de dissociation thermo-analgésique, semblent bien appartenir à la séméiologie de la syringomyélie lombo-sacrée. C'est le seul diagnostic logique que nous puissions poser.

Dans la littérature médicale, les cas de cette espèce sont des plus rares. Mentionnons toutefois l'observation de Guillain, Mathieu et Lereboullet (1926) dont le malade présentait de singulières analogies avec le nôtre; une deuxième observation de Guillain publiée en collaboration avec M. A. Thévenard (1929) concernant un mal perforant plantaire familial dû à une localisation lombo-sacrée de la syringomyélie; un travail de Thévenard et Coste (1935) où les auteurs rapportent l'observation d'une syringomyélie lombo-sacrée coïncidant avec un *spina bifida occulta*; enfin l'observation de Bosch et Vial (1936) qui constatèrent une ostéo-arthropathie pseudo-tabétique des deux pieds s'expliquant vraisemblablement par l'existence de syringomyélie lombo-sacrée.

L'origine de ce syndrome ostéo-arthropathique a été l'objet de nombreuses discussions: le problème reste encore irrésolu. Personnellement, nous croyons qu'il est la conséquence des lésions de la moelle. Notre opinion est basée en partie sur l'existence des troubles sympathiques constatés dans le voisinage des os malades, sous forme d'hyperhydrose et de désordres circulatoires.

Pourquoi cette localisation si particulière?

La syringomyélie, par ses formations cavitaires dans la substance grise, détruit ou irrite souvent les racines postérieures à leur entrée dans la moelle. Nous savons parfaitement que les fibres qui suivent ce trajet ne sont pas exclusivement destinées à la conduction de la sensibilité; apparemment elles contiennent aussi certains végétatifs qui président dans une certaine mesure aux fonctions vaso-dilatrices.

Les altérations locales seraient alors sous la dépendance des modifications vasculaires de type sympathique dans le territoire correspondant. Ainsi, la lésion nerveuse de la moelle jouerait vraisemblablement le rôle principal dans la localisation du processus morbide.

D'autres éléments, qui échappent à notre observation, interviennent peut-être! Toutefois cette incertitude ne paraît pas défavorable à la conception de l'origine nerveuse des faits que nous venons de relater.

Nous ne discuterons pas la cause de la syringomyélie chez notre malade: toute argumentation à ce sujet resterait dans le domaine de la théorie pure. Nous nous bornons simplement dans cette observation à mettre en évidence d'une part, les troubles nerveux sensitifs du type syringomyélique; et d'autre part, les troubles trophiques et les lésions osseuses qui, à notre avis, sont nettement sous la dépendance de la lésion médullaire.

## UN CAS D'ADÉNOME DU REIN

Par JEAN-PAUL BOURQUE

Docteur en médecine de l'Université Libre de Lille, France  
Assistant bénévole du Service d'Urologie de l'Hôtel-Dieu

Les observations d'adénome du rein n'abondent pas dans la littérature médicale. Ayant pu en observer un cas dans le service du professeur O. Mercier ces temps derniers nous avons cru intéressant d'en publier l'observation et de la faire suivre de quelques commentaires sur cette affection plutôt rare.

Voici l'observation :

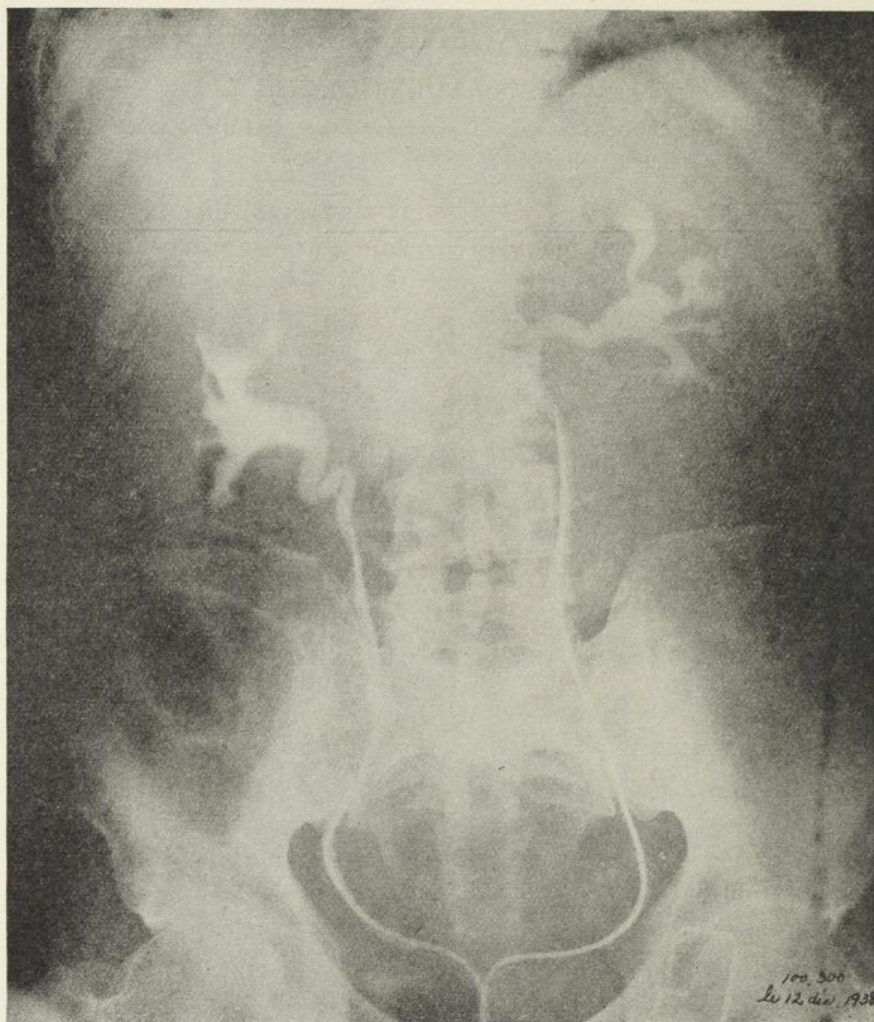
Monsieur Honoré M... entre dans le service du prof. Mercier le 10 décembre 1938, il est marié et âgé de 64 ans.

Il raconte qu'en mars 1938 il fit une hématurie totale avec caillots; cette hématurie fut spontanée, non douloureuse et se répéta deux fois dans la même journée. Trois jours plus tard il fit une crise douloureuse localisée à la région lombaire gauche s'irradiant dans le flanc du même côté. Elle fut calmée par une injection. En octobre une seconde hématurie le conduisit à l'hôpital local et le malade aurait, sans aucune douleur, passé des calculs par l'urètre.

Actuellement, il se plaint de douleurs lombaires à gauche, avec sensation de brûlure continue mais d'intensité variable, depuis le mois dernier.

Pas d'antécédents si ce n'est qu'à l'âge de 20 ans il aurait fait une infection intestinale et un point de pleurésie? Ses parents sont morts très âgés (88 et 97 ans). Ses frères et soeurs sont en bonne santé.

Son état général est bon, ses réflexes normaux, pas de troubles digestifs ni respiratoires. Le malade se plaint d'une légère dyspnée d'effort. T. A. 130/75.



Pyélographie. A noter l'image lacunaire du calice moyen (rein gauche).

A l'examen pas de points douloureux particuliers dans la région lombaire et les reins ne sont pas palpables.

Un examen complet de l'appareil urinaire est pratiqué.

Les urines sont légèrement troubles.

A la cystoscopie, on voit une certaine rougeur de la muqueuse, une légère hypertrophie de la prostate, des méats urétéraux légèrement congestionnés mais le cathétérisme est facile.

La division des urines donne les résultats suivants :

	Rein droit	Rein gauche	Sonde vésicale
Quantité totale.....	29 cc. ....	45 cc. ....	20 cc.
Urée au litre .....	18.25 .....	22.00 .....	6.25
Urée, quantité réelle émise	0.529 .....	0.990 .....	0.125
Epreuve P. S. P.....	20% .....	45% .....	traces

N. B. — Rares épithéliums, pas de sang, pas de bactéries. Sucre et albumine, 0.

Azotémie = 0 gr. 350.

La radiographie simple est négative. Pas de calculs.

La pyélographie nous montre une ptose rénale bilatérale.

Bassinets droit normal.

Bassinets gauche: *Le calice moyen présente une image lacunaire.* (Voir cliché.)

Le diagnostic de tumeur du rein gauche est posé. Il est basé sur les deux symptômes importants qui sont l'hématurie totale et l'image lacunaire du calice moyen.

Intervention proposée et acceptée.

Intervention le 19 décembre 1938 (prof. O. Mercier).

Anesthésie : chlorure d'éthyl et éther (Dr Longtin).

Lombotomie gauche : nous tombons sur un rein d'aspect normal sauf au niveau de la partie moyenne de son bord externe qui présente une petite tumeur d'où part un réseau veineux assez marqué se dirigeant de tous les côtés.

Néphrectomie facile sans incidents.

Fermeture en trois plans.

Suites normales. Le malade sort guéri le 15ième jour.

La pièce qui a été dirigée au laboratoire d'anatomie pathologique est examinée par le Dr Riopelle qui fait le rapport suivant :

« Adénome non encore encapsulé du cortex du type tubuleux. »

Les adénomes du rein, connus depuis longtemps sont plutôt rares. En général ce sont de petites tumeurs de la grosseur d'un noyau de cerise ou du volume d'une noix.

Elles sont généralement encapsulées sauf à la période du début. Elles sont situées sous la capsule propre du rein le plus souvent.

Au point de vue histo-pathologique on peut, selon Marion, les diviser en trois groupes :

- 1) Adénomes tubuleux constitués de tubes contournés dilatés s'anastomosant entre eux.
- 2) Adénomes papillaires constitués par de petites cavités contenant des végétations recouvertes d'épithélium cubique ou cylindrique.
- 3) Adénomes alvéolaires à cellules claires constitués par des cordons de cellules chargées de graisse. Ces cordons sont pleins et sont séparés par un stroma conjonctif vascularisé et très fin.

La symptomatologie des adénomes du rein se confond avec celle des tumeurs du rein en général.

Le grand signe c'est l'hématurie totale. Elle existe dans 80% des cas. Cette hématurie est généralement spontanée et intermittente, capricieuse pour ainsi dire, disparaissant et réapparaissant sans qu'il y ait possibilité de la relier à une cause quelconque.

Le rein est peu augmenté de volume sauf s'il s'agit d'un adéno-sarcome malin dans lequel cas, le rein est gros et facilement palpable.

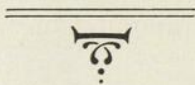
La douleur n'est pas constante. Parfois elle est causée par un caillot qui gêne l'écoulement de l'urine et amène une distension du bassin; ce qui provoque une colique néphrétique.

La pyélographie permet de faire le diagnostic en nous montrant soit une déformation des calices, soit une image lacunaire, soit encore l'amputation partielle ou totale d'un ou plusieurs calices.

Dans notre cas le diagnostic fut basé sur l'hématurie et ses caractères puis sur l'image lacunaire révélée par la pyélographie. Chose curieuse au sujet de cette image lacunaire, c'est que la tumeur ne faisait pas saillie dans le calice et par conséquent n'a pas été la cause de cette déformation radiographique; mais on peut expliquer la présence de cette image par le fait que la tumeur, siégeant au niveau du calice moyen, provoquait le saignement de ce calice et l'image radiographique lacunaire a été produite par un caillot logé dans ce calice; ce qui montre que les signes radiographiques ne doivent pas être pris seuls en considération et que comme toujours la clinique doit avoir le premier pas.

Le traitement c'est la néphrectomie si le fonctionnement du rein opposé la permet.

En terminant qu'il nous soit permis de conclure qu'il faut toujours penser à une tumeur du rein en présence d'une hématurie totale, spontanée et insidieuse car plus rapidement le diagnostic est établi et le traitement appliqué, meilleures sont les chances de succès.



---

## RÉÉDUCATION RESPIRATOIRE

*Par* HERVÉ LEGRAND

Oto-rhino-laryngologiste de l'Hôtel-Dieu.

N. D. L. R. —

Dans notre dernier numéro nous avons publié un article du docteur Legrand, sur les avantages de la rééducation respiratoire après certaines opérations nasales. Malheureusement le titre n'a pas figuré au sommaire.

Les lecteurs du Journal peuvent prendre connaissance de cet intéressant travail, à la page 370 du numéro Novembre-Décembre 1938.



## À PROPOS DES BRUITS DE LA BASE DU COEUR

Par J.-E. BARBEAU, M. D.

Il arrive souvent au cours d'un examen général, soit au bureau, soit à domicile, que le médecin trouve au moment de l'examen du coeur un souffle de la base. Une auscultation attentive lui permet de faire la différence entre le souffle fonctionnel et le souffle organique.

Il n'est pas nécessaire de rappeler les détails de cette classification, et supposons *a priori* avoir affaire à un souffle organique. S'agit-il alors d'un souffle aortique ou d'un souffle pulmonaire? Pour résoudre ce problème la plupart se rappelleront les données classiques apprises pendant leurs études, ou si la mémoire faiblit consulteront leurs notes ou les traités les plus répandus. Voici à peu près ce qu'ils y trouveront :

1) Les souffles aortiques dus à un rétrécissement ou à une insuffisance ont leur point maximum au deuxième espace intercostal droit le long du bord droit du sternum.

2) Les souffles propres à l'artère pulmonaire, souffles d'insuffisance ou de rétrécissement, ont leur foyer maximum dans le deuxième espace intercostal gauche, le long du bord gauche du sternum.

Cela semble en effet très logique, car l'anatomie topographique démontre la projection de l'orifice aortique sur la paroi thoracique antérieure, au niveau de l'articulation sternale de la troisième côte droite. Elle démontre également que cet orifice regarde en haut et à droite, sens dans lequel se dirige l'orifice de l'aorte.

La projection de l'orifice pulmonaire passe par le deuxième espace intercostal gauche près du rebord sternal.

Cet orifice regarde en haut et à gauche. Appuyé sur cette considération anatomique, les auteurs enseignent donc que tout souffle systolique de la base, ayant son maximum d'intensité dans le deuxième espace intercostal droit près du rebord sternal, est un souffle de rétrécissement aortique. Si le souffle au contraire est diastolique, il s'agit alors d'une insuffisance aortique. Enfin, si le souffle systolique ou diastolique de la base présente un maximum d'intensité au deuxième ou troisième espace intercostal à gauche du sternum, cela signifie un souffle d'insuffisance ou de rétrécissement pulmonaire.

\* \* \*

Le diagnostic serait facile à poser, si le seul fait que le souffle existe à droite ou à gauche du sternum suffisait à distinguer la lésion aortique de la lésion pulmonaire. Les médecins savent fort heureusement que les lésions de l'orifice pulmonaire sont excessivement rares et la plupart d'origine congénitale. Cela explique pourquoi, même avec un maximum d'intensité à gauche, ils éviteront de parler de lésions pulmonaires, laissant croire par là qu'ils préfèrent attribuer l'erreur à l'oreille. Ils ont raison.

Si le souffle diastolique de l'insuffisance aortique présente le maximum d'intensité en deuxième espace intercostal, tantôt à droite, tantôt à gauche du sternum ou même autant d'un côté que de l'autre, c'est du côté gauche surtout qu'il est perçu, si la prédominance n'existe que d'un seul côté. Ce souffle est habituellement doux, moelleux, prolongé, s'irradiant vers le bas, et coïncide avec une pression artérielle à maxima élevée et à minima basse.

Comment expliquer cette prédominance à gauche. L'explication qui me paraît la plus juste est celle énoncée par le Dr. Bernheim. Selon lui, « s'il est vrai que l'orifice aortique correspond à l'articulation sternale de la troisième côte droite et regarde en haut et à droite, il est vrai aussi que

la veine fluide, génératrice du souffle diastolique n'est pas localisée dans l'orifice seul, mais se dirige à travers lui dans le ventricule gauche, c'est-à-dire de haut en bas et de droite à gauche, si bien qu'on le perçoit ainsi le long du bord gauche du sternum ». Chez certains sujets le maximum d'intensité de ce souffle pourra même être perçu à la région méso-cardique.

A cause de la valvule insuffisante, une partie du sang retourne vers le ventricule, et ce sang est alors aspiré par la diastole avec production du souffle aspiratif prolongé. Si, entre la base du coeur et l'oreille qui ausculte, s'interpose l'air du poumon, le son sera alors étouffé et c'est à la région méso-cardique, plus en rapport avec la paroi thoracique que le souffle sera plus perceptible.

\* \* \*

Si les valvules sigmoïdes, sans être normales, ne présentent pas une insuffisance traduite par un gros souffle masquant le second bruit, nous entendrons alors ce dernier, mais il semblera accompagné d'un souffle existant à la fois avant et après lui. Pour comprendre ce fait, il faut se rappeler quelques notions de physiologie. En effet, si on examine la ligne de descente du tracé d'un cardiogramme, on constate qu'elle n'est pas verticale mais légèrement oblique. Cela démontre que la diastole ne se fait pas par une dilatation brusque. Il faut un certain temps, à partir de la cessation de la contraction ventriculaire, pour que par dilatation progressive le ventricule se remplisse du sang venant de l'oreillette. L'aorte distendue par le sang lancé par la systole n'en reçoit plus. Par son élasticité il revient alors à sa forme normale, comprimant ainsi une certaine quantité de sang qui par son reflux vers le coeur ferme les valvules sigmoïdes. C'est à ce moment la production du second bruit. Cette contraction de l'aorte prend également un certain temps, et l'on peut dire que le claquement des valvules sig-

moïdes, i. e. le second bruit, correspond sur le tracé cardiographique au tiers inférieur de la ligne de descente.

Avec des valvules normales le second bruit sera net, bien frappé. S'il y a insuffisance, l'orifice aortique restant plus ou moins béant, on pourra entendre un bruit de fermeture affaibli précédé d'un souffle. Ce bruit de souffle traduit le début de la régurgitation vers le ventricule. Il est bientôt suivi d'un second, qui n'est vraiment que sa prolongation, masqué momentanément par la production du bruit. Ce second souffle dure jusqu'à la réplétion complète du ventricule, avant ce que les physiologistes ont appelé le grand silence.

\* \* \*

Le souffle systolique, caractéristique du rétrécissement aortique, offre son maximum d'intensité dans le deuxième espace intercostal et l'oreille peut le percevoir aussi bien à droite qu'à gauche du sternum. Toutefois s'il prédomine d'un côté c'est le plus souvent à droite. La sémiologie du coeur enseigne que le souffle du rétrécissement est un souffle rude qui s'irradie de bas en haut vers la clavicule droite, i. e. dans la direction de l'aorte et des carotides. C'est bien là le trajet suivi par le flot sanguin, générateur de ce souffle, par son passage à travers l'orifice rétréci. Cette irradiation du souffle localisé à droite est classique et l'explication en est facile. Mais supposons maintenant que le souffle est perçu de chaque côté du sternum, celui de gauche sera moins intense il est vrai que le droit, et l'irradiation se fera directement vers le bas : cela pour la même raison que tout à l'heure. Ce souffle accompagne l'onde sanguine, il contourne avec elle la crosse de l'aorte et il gagne en s'atténuant progressivement la partie supérieure de l'aorte thoracique.

Dans certains cas, au lieu d'un souffle net, rugueux, on pourra percevoir le premier bruit de façon assez précise, mais précédé d'un souffle de moyenne intensité. Ce souffle

qu'on pourrait à la rigueur appeler présystolique, à cause du moment où il est perçu, peut encore s'expliquer si on examine à nouveau le tracé d'un cardiogramme. Comme la ligne de descente de la diastole la ligne ascendante de la systole n'est pas verticale mais légèrement oblique, preuve que celle-ci ne se fait pas instantanément; c'est également dans la troisième section (1/3 sup.) de cette ligne qu'on place le temps du premier bruit. Donc si le rétrécissement est léger, au lieu d'un souffle intense étouffant le premier bruit, — lequel n'est que la traduction acoustique de la fermeture des valvules auriculo-ventriculaires — le flot sanguin pourra donner naissance à un souffle perceptible un peu avant lui. Notons cependant qu'une différence de tension entre le sang intra-aortique et le sang intra-ventriculaire peut également produire un souffle qui accompagne sans le masquer le premier bruit, mais alors ce souffle est d'ordre dynamique. Pour ne pas trop compliquer les choses nous nous occupons des seules lésions d'insuffisance et de rétrécissement. Enfin, si le souffle systolique est doux il faudra rejeter toute idée de rétrécissement et penser plutôt à un souffle anorganique. Clere, dans sa classification, n'y attache d'ailleurs à peu près pas d'importance.

\* \* \*

Un cardiologue peut évidemment donner sur ce sujet des explications plus sûres, plus précises. Mon but est de condenser en quelques pages mes notes éparses recueillies après lecture. Au début de la pratique médicale, la localisation et l'irradiation de certains souffles peuvent parfois poser un problème embarrassant du point de vue de leur interprétation. J'ose croire que cet article aura tout au moins le mérite de rafraîchir la mémoire sur quelques données, admises par tous, et réveiller chez plusieurs le goût de l'étude des problèmes que suscitent si souvent les bruits de souffle et leurs particularités.

## LEÇON INAUGURALE DU SERVICE D'UROLOGIE

L'Hôtel-Dieu avait tenu à rendre hommage à l'un des siens, que l'Université de Montréal vient d'honorer en créant une chaire d'Urologie, et en nommant comme premier titulaire le Docteur Oscar Mercier.

Le Professeur Hingston présida cette cérémonie, qui eut lieu le 19 octobre 1938 et présenta au titulaire au nom de tous les membres de la maison, une superbe peinture, oeuvre de l'artiste canadien Duguay.

Le Professeur Lesage, doyen de la Faculté de médecine, ne voulut pas manquer cette circonstance, pour prouver une fois de plus son affection pour l'Hôtel-Dieu et ses médecins.

Le nouveau Titulaire profita de l'occasion pour livrer à son auditoire le secret de sa formation, en une magnifique leçon inaugurale, dont voici le texte:

\* \* \*

Monseigneur le recteur,  
Monsieur le doyen,  
Mesdames, Messieurs,

En prenant possession de la chaire d'Urologie que l'Université de Montréal vient de créer, et avant même d'assurer mon entier dévouement au Conseil de la Faculté de médecine qui m'a témoigné sa confiance et sa bienveillance en m'accueillant dans son sein, je m'efforcerais vainement d'empêcher les premières paroles que je dois prononcer en ma qualité de titulaire, d'aller tout droit aux RR. SS. Hospitalières et à mes collègues de l'Hôtel-Dieu, pour les remercier de cette éclatante preuve d'amitié qu'ils ajoutent à toutes celles qu'ils m'ont prodiguées depuis douze ans. Comme s'il était nécessaire de rehausser encore l'éclat de cette inauguration, que la présence des autorités universitaires et des sommités de notre profession rend déjà suffisamment imposante, vous avez voulu, mes révérendes soeurs et mes dévoués collaborateurs de l'Hôtel-Dieu, que

cette séance inaugurale prenne un air de fête, en m'offrant un admirable cadeau, cette toile de l'un de nos meilleurs peintres canadiens-français.

Le récipiendaire d'un si grand honneur et d'aussi touchantes marques d'estime serait ridicule de chercher à dissimuler son émotion; et si je verse dans la banalité en vous déclarant l'émotion qui m'étreint en ce jour où je vois se réaliser la grande ambition de ma vie, vous me pardonneriez sans doute l'aveu de ce sentiment banal, parce qu'il est profondément humain, et qu'il n'est pas interdit à un chirurgien d'être humain. J'osais à peine espérer qu'une aussi haute récompense fût jamais accordée à mes efforts. J'en suis aussi fier que reconnaissant à ceux qui m'ont conduit jusqu'ici. Cette consécration me lie à jamais à l'Université de Montréal et à l'Hôtel-Dieu; et je souhaiterais que vous éprouviez à l'oeuvre, mieux que par mes paroles, mon entier dévouement à l'enseignement que vous me confiez, ma collaboration la plus sympathique au corps médical et à nos étudiants, mon admiration pour les religieuses hospitalières et pour les médecins de l'Hôtel-Dieu qui me firent, en 1926, à un moment difficile de ma carrière, un accueil que je ne pourrai jamais oublier.

\* \* \*

Monsieur le doyen,

Je suis heureux d'être le premier confrère que vous introduisez au Conseil de la Faculté de médecine, depuis votre récente accession au poste de doyen. Votre dévouement inlassable aux études médicales vous qualifiait entre tous pour devenir notre chef.

Personne ici ne peut connaître l'étendue des obligations que j'ai contractées envers vous. A mon retour d'Europe, vous m'avez tendu une main amicale, et votre influence, jointe à vos conseils, ont fortement facilité mon succès. Vous m'avez associé à votre travail à « l'Union Médicale du Cana-

da » où, pendant trois ans, je fus votre secrétaire de rédaction. Et en juin dernier, vous me témoigniez de nouveau votre sollicitude en favorisant hautement la création d'une chaire d'Urologie à la Faculté de médecine. Obligation signifie gratitude; aussi dois-je vous remercier avec une affectueuse reconnaissance.

\* \* \*

Si le Conseil de la Faculté de médecine m'a jugé capable de diriger l'enseignement de l'Urologie au Canada français dans cette nouvelle chaire, ce n'est point à moi seul qu'en revient le mérite. Je le reporterai, avec un sentiment de fidèle et respectueux souvenir, à ceux qui ont été mes maîtres et qui, par leur enseignement et par leur exemple, ont attiré vers moi votre confiance et vos suffrages.

\* \* \*

Le maître qui m'a initié à la vie médicale fut mon père, le professeur Oscar Mercier. Fils unique, je fut l'objet de ses ambitions et de ses gâteries. Mais celles-ci ont consisté beaucoup plus dans l'avantage de pouvoir pénétrer dans l'intimité de ses pensées que dans celui d'obtenir certaines faveurs. Homme d'énergie et rude travailleur, il n'admettait pas la flânerie et encore moins la paresse. Aussi dès mon jeune âge, au collège, il développa chez moi l'esprit de travail. Organisateur puissant et méthodique, il s'efforça de m'inculquer ces qualités. Enfin, excellent chirurgien et professeur limpide, il m'enseigna la chirurgie et fut mon premier maître. Guidé par lui dans mes études, j'ai donc eu le rare avantage d'avoir sous mes yeux un parfait modèle. Ma plus chère ambition a été et reste encore de calquer ma vie sur la sienne. Je sais tout le bonheur et tout l'orgueil qu'il prendrait à voir son fils siéger au Conseil de la Faculté de médecine; et ma joie serait complète s'il avait participé à cette cérémonie qui eût été pour lui le plus beau jour de sa vie.

\* \* \*

Mes études terminées à l'Université de Montréal, je m'embarquai pour Paris. Je rends un respectueux hommage à mes maîtres canadiens, pour la plupart disparus. J'associe particulièrement au sentiment de ma gratitude le nom du professeur J.-E. Dubé et celui de mon beau-père, le professeur Théodule Bruneau, qui m'ont si efficacement aidé de leurs conseils.

\* \* \*

A mon arrivée en France, je me sentis égaré au milieu des nombreux maîtres parisiens. J'ai contracté une dette d'affectueuse reconnaissance envers M. le professeur Louis Ombrédanne qui me dirigea dans mes études. Il revenait d'un voyage au Canada, et m'accueillit chez lui où je pénétrai dans l'intimité de sa famille. Il ne découvrit chez moi aucun goût particulier pour la chirurgie plastique ou pour celle des enfants, et il dut par conséquent renoncer à m'enseigner ces spécialités qui étaient les siennes. Mais il m'aida de ses conseils et me fit acquérir la plus grande qualité du chirurgien, la personnalité. Il me donna confiance en moi-même et développa chez moi ce que Pascal appelait « la possession de soi ».

\* \* \*

Un soir, à dîner chez Ombrédanne, je rencontrai celui qui m'enseigna les principes de la chirurgie et qui devait m'orienter vers l'urologie: M. le professeur agrégé Ernest Desmarest. Pendant un an, dans son service de Bicêtre, je travaillai à ses côtés. Il me prodigua ses conseils, me fit rédiger de nombreuses observations qu'il prenait un malin plaisir à démolir, me fit opérer fréquemment sous sa direction. Homme méthodique, habile chirurgien, il m'enseigna rapidement la chirurgie et spécialement celle de l'estomac et du côlon. Je rédigeai dans son service ma thèse de docteur de l'Université de Paris. D'après ses avis, je suivis les conférences de l'Internat des hôpitaux, comme si je devais

en briguer les suffrages. Je compris alors l'importance de cette gymnastique intellectuelle et tout l'avantage qu'elle procure. Au moment des vacances de l'été de cette première année, j'étais donc nettement orienté vers la chirurgie générale et surtout vers celle du tube digestif. Ce fut à son retour, en octobre, qu'il m'apporta une grande désillusion, celle de quitter mes études de chirurgie gastro-intestinale pour me fixer en urologie. Un voyage au Canada, au cours de l'été, lui avait permis d'entrevoir l'avenir d'un chirurgien urologiste à Montréal. Je dois donc à M. Desmarest l'orientation de ma carrière. Je quittai à regret son service où je restai cependant attaché comme consultant en urologie. De fait, au cours des années que je consacrai à mes études urologiques, j'étais appelé à Bicêtre pour les malades atteints de quelque maladie de l'appareil urinaire. De plus, il me garda dans son intimité et continua à me prodiguer ses conseils.

\* \* \*

Je dois à M. Desmarests non seulement de m'avoir orienté vers l'urologie, mais aussi de m'avoir indiqué le maître qui devait m'enseigner: M. le professeur Georges Marion. Quand je lui demandai une lettre d'introduction pour celui qu'il m'indiquait, il me dit: « Présentez-vous spontanément à lui, car Marion déteste les lettres de recommandation ». J'eus la malencontreuse idée d'aller frapper au domicile du célèbre praticien; ma carrière d'urologue fut sur le point de sombrer dans son cabinet de consultation. Décidé, je retournai le lendemain matin le relancer à son service de Lariboisière. Il me demanda énigmatiquement si je voulais suivre son service ou le suivre. Perplexe, je lui répondis que je voulais suivre son service, de façon à le suivre aussi. Ma réponse lui plut sans doute, puisqu'il me fit remettre un bon pour une blouse et un tablier — ce qui équivalait à une consécration. Ma carrière d'urologue commençait. Pendant plus de trois ans, j'eus le rare bonheur

de suivre constamment un maître aussi parfait; je vécus dans le rayonnement de cette vive intelligence, à côté de ce professeur passionné pour l'enseignement et qui laissera une trace si profonde dans l'Urologie.

Il n'est guère d'usage de tracer l'oeuvre d'un savant qui vit encore, et d'en classer les conséquences. Mais notre profession nous oblige aux constatations immédiates et positives, et nous contraint souvent aussi d'outrepasser les précautions oratoires et les protocoles sociaux. C'est ainsi qu'en assumant la chaire que la Faculté de médecine a bien voulu me confier, j'ai cru devoir m'ouvrir sans vergogne afin d'apprendre au corps médical et à nos étudiants, quelle a été la formation du titulaire qui leur présentera le résultat de ses travaux et de ses expériences et c'est ainsi qu'étant appelé à professer sur une terre lointaine, mais dans une Université bien française, j'exprimerai à mon vénéré maître Marion ma propre gratitude, en faisant connaître son oeuvre au Canada, et la reconnaissance de tous nos urologues qui lui redevront d'avoir rendu leur tâche plus simple, plus aisée et plus efficace.

C'est en 1908 que Marion prit possession du service Civiale à l'Hôpital Lariboisière, où il demeura jusqu'en 1931 pour passer à la chaire de Clinique urologique à Necker. Nous pouvons nous représenter ce qu'était l'Urologie à cette époque, quand nous savons que ce n'est qu'en 1897 qu'Albarrañ presenta le cystoscope à onguet qui permettait le cathétérisme des uretères. Nous pouvons dire que Marion, par ses travaux, compléta l'essor qu'Albarrañ avait donné à l'Urologie. Il serait impossible de décrire ici tous les travaux que lui et ses élèves ont publiés et de calculer leur contribution à l'Urologie pendant trente ans. Nous mentionnerons les principaux de ces travaux, ceux qui ont jalonné ou bâti la science urologique moderne.

Les livres de Marion caractérisent son enseignement. Ils sont remarquables par la limpidité, la précision de leur

style; leur lecture en est rendue facile par leur dépouillement de tout appareil littéraire; la logique avec laquelle les faits sont développés gravent dans la mémoire le sujet exposé. Le premier en date est un *Précis de thérapeutique urinaire*, publié en 1910. Deux ans plus tard paraissaient les *Leçons de chirurgie urinaire*. Puis le *Traité pratique de cystoscopie et de cathétérisme urétéral* est publié chez Masson, en collaboration avec Heitz-Boyer. Ce traité de cystoscopie, le premier édité dans le monde entier, servira de base à l'enseignement universel des lésions de la vessie vues au travers du cystoscope. Enfin, après la guerre, nous voyons paraître en librairie le *Traité d'urologie*. Ce dernier, qui en est à sa troisième édition, est certainement le meilleur de tous. Il est extraordinaire qu'un seul homme ait pu écrire une oeuvre aussi considérable. Ce traité se compare, par l'abondance des matières, avec d'autres ouvrages publiés en collaboration par plusieurs urologues. Ceux-ci, à cause de la multiplicité des auteurs, ont des chapitres d'inégale valeur, tandis que celui de Marion a une tenue régulière. Il est le grand traité consulté et étudié par tous les urologues. Nous pouvons dire que c'est un véritable trésor que Marion nous a donné là. Nous avons aussi de lui un *Manuel de technique chirurgicale* qui en est à sa sixième édition, où nous trouvons décrites les différentes techniques opératoires et principalement celles qui lui sont personnelles. Enfin, Marion publia en 1936 un précis intitulé: *Quelques vérités premières en urologie*. Aucun écrit du professeur Marion ne peint mieux son caractère, son tempérament et son exposé clinique.

La technique chirurgicale urologique lui est redevable de nombreuses interventions dont il a réglé les mouvements. La chirurgie du rein lui doit en particulier une intervention très simple et absolument bénigne, qu'il a préconisée sous le nom de « *pyélotomie élargie* », par laquelle nous pouvons extraire des calculs volumineux des cavités rénales sans grand délabrement du parenchyme. Avant cette interven-

tion, les gros calculs rénaux étaient enlevés par la néphrotomie large, dangereuse et dilacératrice, dont l'issue était fréquemment l'ablation du rein. Nous pouvons dire que Marion, par sa pyélotomie élargie où il branche sur l'incision du bassinet une autre intéressant le rein sur la face postérieure, a prouvé l'inocuité de ces incisions sur les faces antérieure ou postérieure du rein, perception jusqu'alors niée. Les néphrotomies partielles sur les faces du rein, opérations maintenant pratiquées, découlent de cette intervention de Marion.

De plus, en étudiant la calculose dans ses différentes localisations sur l'arbre urinaire, il a établi les indications de l'intervention dans chacun des cas particuliers qui peuvent se présenter en clinique, et il a fixé les indications de chaque méthode opératoire.

Il préconise un nouveau procédé de « *néphrostomie* ». Pour drainer le rein, ou pour dériver les urines par voie lombaire, il conseille de pénétrer dans le bassinet au moyen d'un dilateur gouttière de Tripier, ce qui a l'avantage de ne pas aborder le bassinet par une grande incision du rein.

Là où il rend le plus grand service à l'urologue dans la pratique de la chirurgie rénale, c'est lorsqu'il décrit « *la conduite à tenir en présence de l'échappement du pédicule du rein* ». Nous savons que l'accident le plus dramatique, le plus déroutant et le plus dangereux qui peut survenir au cours de l'ablation du rein, est le glissement hors des pinces et des ligatures des veines et de l'artère qui alimentent l'organe. Si on cherche à reprendre immédiatement le pédicule, l'échec est certain et l'on risque de voir l'opéré succomber à l'hémorragie sur la table d'opération. Il enseigne qu'au moment où l'on voit le sang jaillir, il ne faut pas essayer de pincer, mais tamponner fortement de manière à arrêter l'hémorragie et attendre cinq minutes. Le tamponnement étant alors enlevé, on peut voir un jet insignifiant qui permet de saisir facilement les vaisseaux. Cette méthode,

# UROPRAZINE

GRANULÉ EFFERVESCENT

ÉLIMINE L'ACIDE URIQUE

Seule formule réunissant le Soufre Colloïdal, la Pipérazine, la Lithine et l'Hexaméthylènetétramine.


INDICATIONS : Goutte, Gravelle, Rhumatisme, Sciatique.

*Distributeurs:*

**HERDT & CHARTON, INC.**

2027, AVENUE MCGILL COLLEGE - MONTRÉAL

Flacons de 150 et 275 grammes.



*docteur,  
vous tenez  
la guérison  
des Nerveux*

## Neurène

# Agocholine

GRANULÉ SOLUBLE

## CHOLECYSTITES CHRONIQUES CONGESTION DU FOIE

LITHIASE BILIAIRE  
ICTÈRE & CHOLÉMIE

Dyspepsies réflexes  
■ Constipation ■  
■ Migraines Vertiges ■  
■ Eczéma ■ Prurit ■

D'Origine  
hépatobiliaire

Posologie: 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude.

Laboratoires  
du  
DOCT<sup>®</sup>

ZIZINE 24-26 RUE de FÉCAMP PARIS (XIII<sup>e</sup>)

MILLET ROUX & CIE, LIMITEE

1215 RUE ST-DENIS

MONTREAL

# LORTURAL LAURIN

Dissolvant de l'acide urique  
Antiseptique des voies  
urinaires

### Ses Indications

Goutte — Gravelle — Sciatique —  
Rhumatisme et toutes formes de  
l'Arthritisme — Coliques néphrétiques  
— Cystites — Pyérites, etc.

Le LORTURAL diminue l'élément  
douleur dans toutes les affections  
vésico-rénales. Il constitue le médi-  
cament idéal de la diathèse urique.

### Sa Formule

Pipérazine .....	30 gr.
Hexaméthylène tétramine ...	300 "
Benzoate de Soude .....	300 "
Benzoate de Lithium .....	300 "
Lactose .....	300 "
Sucre granulé, Acide Tartrique, Bicarbonate de Soude pour 6000 gr.	

### Son Mode d'Emploi

Trois cuillerées à café par jour, prises  
avant ou après les repas, dans trois  
quarts de verre d'eau.

# SIROP LAURIN

Pectoral - Calmant  
Agréable au goût

### Ses Indications

Affections aiguës et chroniques du  
Larynx, de la Trachée, des Bronches  
et des Poumons: Rhumes — Bron-  
chites — Affections Bacillaires —  
Toux rebelles — Grippe — Asthme  
— Coqueluche.

Le SIROP LAURIN est un parfait  
sédatif de la toux, il favorise l'ex-  
pectoration; il décongestionne direc-  
tement la muqueuse bronchique.

### Sa Formule

Chl. d'éthylmorphine ...	0.005 gr.
Codéine .....	0.005 "
Benzoate de Soude .....	0.15 "
Eau de Laurier-Cerise .....	0.50 "
Extrait de Scille .....	0.003 "
Sirop d'Ipéca Composé Q. S.	
par cuillerée à soupe.	

### Son Mode d'Emploi

Adultes: 3 à 5 cuillerées à soupe  
dans les 24 heures.  
Enfants au-dessus de 2 ans: 1 à 5  
cuillerées à café.

*Spécialités de prescription strictement médicale.*

— PRIX MODIQUES —

Les Laboratoires Louis Laurin, 86, Boulevard de Port-Royal, Paris  
ROUGIER FRÈRES, 350, rue Le Moyne, MONTRÉAL

# NEOPRONTOSIL

(PER OS)

IMPORTANTE ADDITION À LA  
THÉRAPEUTIQUE par le SULFONAMIDE

Des recherches pharmacologiques et les essais cliniques qui en sont le complément probant, ont définitivement démontré que le Neoprontosil est des plus efficaces lorsqu'on l'administre **per os**. En outre, les écrits de cliniciens réputés en soulignent la tolérance relativement satisfaisante après cette ingestion par la bouche.

Le Neoprontosil est maintenant présenté sous forme de **comprimés**, ce qui permet au médecin d'en prescrire l'administration par la bouche. Ces comprimés sont spécialement indiqués dans les cas où l'injection hypodermique n'est pas requise, ou dans ceux dont le traitement consiste d'abord en injections, suivies par la médication **per os** ou dont elle est le complément.

Envoi à titre gracieux, à tout médecin qui en fait la demande, d'une notice explicative touchant l'emploi du Neoprontosil, les infections contre lesquelles est utilisé cet agent thérapeutique, ses contre-indications et ses effets indirects.

PRÉSENTATION — Flacons de 50 comprimés (5 grains) de Neoprontosil.

**Injections:** Solution stérile de Neoprontosil (2.5 pour 100 et 5 pour 100), ampoules de 5 cc. et 10 cc., boîtes de 5 et 50; flacons de 50 cc., à bouchon-diaphragme.

---

## NEOPRONTOSIL

Marque de commerce

(ci-devant: PRONTOSIL)

Bisulfonate de 4-sulfamido-phényl-2-azo-7-acétylamino-1-hydroxynaphtalène bisodique.

### WINTHROP CHEMICAL COMPANY, Inc.

produits pharmaceutiques supérieurs à l'usage de la Faculté.

Administration et laboratoires à Windsor, Ontario.

Bureaux à l'usage de MM. les Médecins et Pharmaciens

Immeuble "Dominion Square" - Montréal, P. Q.

Dans

## BRONCHITE INFLUENZA TOUX

### **l' ANTIPHLOGISTINE**

*est toujours indiquée.*

Elle stimule la circulation dans le réseau capillaire du thorax et, par conséquent, améliore le métabolisme local. Elle soulage la gêne respiratoire et concourt à dégager la toux.

THE DENVER CHEMICAL M'F'G CO.

153, LAGAUCHETIERE OUEST - - - MONTREAL

*L'Antiphlogistine est fabriquée au Canada.*

## ● CÉRÉALE "RED RIVER" ●



Blé cassé, seigle cassé et graine de lin entière. Une céréale nutritive et sans rivale. Un régulateur naturel et un puissant reconstituant. Délicieuse au goût, recommandable pour l'adolescent, facile à préparer. On peut servir avec sucre et lait ou crème. Nombre de médecins la prescrivent.

*Un autre produit de la*

**MAPLE LEAF MILLING COMPANY Ltd.**

Bureau: ÉDIFICE BOARD OF TRADE

**MONTREAL**

Téléphone: MArquette 8091

SOUTIEN DU COEUR

# CORAMINE

“CIBA”

CARDIO-TONIQUE

d'action rapide, énergique et durable



## Gouttes



Traitement prolongé —  
Tous coeurs insuffisants, lésion-  
nels ou séniles:

20 à 100 gouttes  
par 24 heures.

## Ampoules



Indications d'urgence —  
Toute défaillance aiguë du  
myocarde:

1.5 à 12 c.c. par voie sous-  
cutanée ou intraveineuse.



COMPAGNIE CIBA LIMITÉE, 759 Carré Victoria, Montréal

H E P A T R O L

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

# SOLUCAMPBRE

DELALANDE

Camphre en Solution aqueuse

Même Posologie, mêmes indications que

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

**2 Formes :** SOLUCAMPBRE SIMPLE  
SOLUCAMPBRE SPARTEINE

MILLET ROUX & CIE, LIMITEE

1215 RUE ST-DENIS

MONTREAL

## SILICRINE

Pour favoriser une digestion complète stomacale, pancréatique et intestinale.

La Poudre Silicrine est une combinaison de Trisilicate de Magnésie et des ferments Enterokinase et Prosecretine pour établir une digestion complète, stomacale, pancréatique et intestinale.

Silicrine par sa formule, possède une supériorité d'efficacité plus définie et plus radicale sur la poudre de Trisilicate de Magnésie seule, pour procurer une digestion totale.

### Trisilicate de Magnésie:

Le Trisilicate de Magnésie est un composé synthétique ayant comme base la Magnésie et la Silice sous la forme de colloïdal de dimensions très minimes et 15 fois plus actif pour le bleu méthylène in vitro que le kaolin colloïdal le plus raffiné qu'il soit possible de trouver dans le commerce.

### Ferments Enterokinase et Prosecretine:

Ces deux ferments sont transformés en secretine active par l'action de l'acide hydrochlorique de l'estomac, leurs principales fonctions est de stimuler les glandes du Pancréas et de l'intestin pour accélérer leurs sécrétions, afin de faciliter toutes digestions.

### Action:

La Poudre Silicrine, grâce à sa composition, procure une digestion complète, la magnésie et la silice absorbent le surplus d'acide gastrique dans l'estomac; les ferments Enterokinase et Prosecretine continuent d'aider la digestion en activant la sécrétion des glandes du Pancréas et de l'intestin.

### Propriétés Médicinales:

Ulcères peptiques, Insuffisance intestinale, Urticaire chronique, Troubles digestifs du diabète pancréatique, Dyspepsies pancréatiques, Gas d'estomac, Hyperacidité, Vomissements chez les femmes enceintes et autres cas de déficience d'une digestion complète.

### Toxicité:

La Poudre Silicrine est une combinaison non toxique et ne peut atténuer l'acidité du suc gastrique en bas de son point normal, si une trop grande dose est donnée, elle est évacuée par l'intestin. La poudre Silicrine étant insoluble ne peut accroître la réserve d'alcali du corps; même l'absorption d'une forte dose pendant une longue période ne fait pas varier l'acidité de l'urine.

### Mode d'emploi:

Une cuillerée à thé dans  $\frac{1}{2}$  verre d'eau après les repas. Répétez après 1 heure si nécessaire.

Préparé par

## TRISILEX

Pour favoriser une digestion stomacale complète

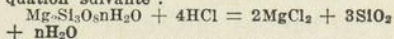
Le Trisilex est un Trisilicate de Magnésie C. P. préparé spécialement pour combattre l'hyperacidité de l'estomac en favorisant une digestion stomacale complète.

Maud a défini le Trisilicate de Magnésie comme étant un composé synthétique ayant pour formule  $H_4Mg_2Si_2O_7$ , sous forme de cristallins de très petites dimensions colloïdales beaucoup plus petites en grosseur que celles du kaolin dans les variétés les plus raffinées que l'on puisse obtenir.

### Action de Trisilex:

Le Trisilex possède de fortes propriétés antacides et il agit de la manière suivante:

Cette poudre en présence de l'eau réagit avec le suc gastrique normal (qui correspond à l'acide hydrochlorique n/20) et une réaction complexe se produit entre deux colloïdaux hydratés et deux électrolytes; à la température du corps il faut généralement 3 heures pour que le processus soit complet. La réaction se faisant in vitro d'après l'équation suivante:



L'équilibre de l'acidité peut être calculé comme l'équivalent de la magnésie contenue dans le Trisilex, la moitié à peu près neutralisant rapidement le surplus d'acide gastrique tandis que l'autre moitié occasionne une neutralisation secondaire et lente pendant les quelques heures qui suivent.

Au point de vue chimique, c'est la lenteur de la réaction qui est importante, la durée de l'action antacide est approximativement égale à l'espace de temps requis pour la digestion gastrique.

### Toxicité:

Le Trisilex n'est pas toxique et ne peut réduire l'acidité du suc gastrique en dessous de son point normal, si une trop grande dose est donnée il est éliminé par l'intestin.

Le Trisilex étant insoluble, il ne peut augmenter la réserve d'alcali du corps, même une forte dose, pendant un temps prolongé ne change pas l'acidité de l'urine.

### Indications Thérapeutiques:

Le Trisilex est recommandé pour le traitement des ulcères peptiques, l'hyperacidité de l'estomac, les gaz d'estomac, vomissements chez les femmes enceintes, dyspepsie, ou autres cas de mauvais digestions stomacales.

### Mode d'emploi:

Une cuillerée à thé dans un demi verre d'eau après les repas. Répétez après 1 heure si nécessaire.

Préparé par

**ASGRAIN & HARBONNEAU**  
Limitée

MONTRÉAL

## À VOTRE DISPOSITION

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



### BANQUE CANADIENNE NATIONALE

537 bureaux au Canada

66 succursales à Montréal

# LAROSTIDINE

## “ ROCHE ”

Solution *authentique* à 4% de monochlorhydrate d'histidine « Roche » préparée pour les auteurs de cette thérapeutique moderne.

Traitement indolore étio-pathologique le plus complet des ulcères gastro-duodénaux.

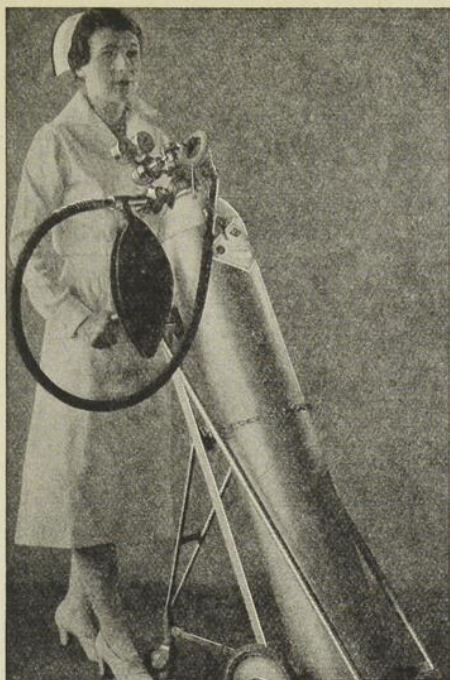
*Avantages de la Larostidine « Roche »*

- Cessation rapide des douleurs.
- Disparition des vomissements.
- Elargissement du régime.
- Pas d'hospitalisation.
- Augmentation du poids.
- Amélioration du psychisme et de la vitalité.

**HOFFMANN - LA ROCHE LIMITÉE, MONTRÉAL**

286 ouest, rue St-Paul

Montréal



## " OXYGÈNE . . . ! "

C'est une méthode recommandable que d'avoir de l'oxygène en main pour les revivifications d'urgence et pour la thérapeutique régulière dans le soulagement de la pneumonie, du croup, de l'asthme et des autres congestions bronchiales.

Préparez-vous à combattre les maladies d'hiver. Ayez une réserve d'oxygène en main. Envoyez le coupon ci-dessous pour obtenir nos prix.

### Compagnie d'Oxygène du Canada

2549 ouest, rue Saint-Jacques, - Montréal  
Téléphone Wilbank 1728

Messieurs,

Veillez me faire parvenir vos prix pour l'oxygène et les gaz anesthésiques.

Nom .....

Adresse .....

## Prescrivez avec confiance JEL-LAX

*Laxatif naturel aux fruits*  
Ne contient pas de Phénolphthaléine.

### POUR LA CONSTIPATION CHRONIQUE

*Une spécialité populaire de M. & M.*

Toujours à votre service spécialisé dans la préparation des ordonnances pharmaceutiques pour les médecins débutant dans la pratique à la campagne. (CONSULTEZ-NOUS).

*Notre catalogue illustré et nos échantillons en spécialités vous seront envoyés sur demande à titre gracieux.*

**MOWATT & MOORE Limitée**

64 rue Prince,  
MONTRÉAL

Tél. MARquette  
8166-8167-8168



LA PREMIÈRE PIPÉRAZINE SULFAMIDÉE

# SULFORAZINE

Granulé Effervescent Urolytique et Antiseptique

**RHUMATISMES**  
**GOUTTE - ARTHRITISME**

Flacon de 95 grammes et Flacon de 200 grammes.

J. EDDÉ Limitée, Edifice New Birks, MONTRÉAL.

**GRANULÉ FRIABLE**  
**CHOCOLATÉ**

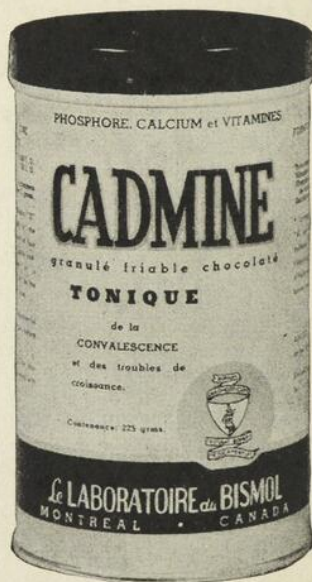
**TONIQUE NUTRITIF**

pour  
les convalescents  
et les  
troubles de croissance chez les  
enfants.

Chaque cuillerée à thé a une équivalence de  
4 cuillerées à thé d'huile de foie de morue.

*Dose: 1 cuillerée à thé 3 fois par jour.*

LE LABORATOIRE DU BISMOL



# ANÉMIES SECONDAIRES



## EXTRAIT DE FOIE - FER - CUIVRE

Chaque once fluide représente

FOIE FRAIS	40 grammes
FER	66 milligrammes
CUIVRE	2.66 milligrammes

L'Elixir Cofron est un tonique rationnel et général du système, d'une valeur exceptionnelle, car son action primordiale est de maintenir le sang en bon état, ce qui est le facteur essentiel de toute bonne nutrition. Il est indiqué dans tout état indéterminé dans lequel le nombre des globules rouges a diminué ou le pourcentage en hémoglobine a baissé. L'Elixir Cofron hâtera la convalescence de toute maladie affaiblissante qui aurait causé de l'anémie. Il convient comme médicament d'ordre général quand un tonique ferrugineux est indiqué. Présenté en flacons de 12 onces.

Echantillon et littérature détaillée sur demande.

LABORATOIRES ABBOTT Limitée, 388 ouest, rue St-Paul, MONTRÉAL

# ELIXIR COFRON ABBOTT

TRAITEMENT DES MALADIES INFECTIEUSES

FIÈVRE PUERPÉRALE, PHLÉBITES

par la

# LIPOSEPTINE

Antitoxine Polyvalente

L'innocuité de la Liposeptine est absolue

LABORATOIRES DE LA LIPOSEPTINE

2, Place des Vosges, Paris, France.

●  
*Agents exclusifs:*

**HERDT & CHARTON, INC.**

2027, AVENUE MCGILL COLLEGE

MONTRÉAL

MALADIES INFECTIEUSES DES VOIES URINAIRES

# ● URICLARINE ●

Hexaméthylène Tétramine

Salicylate de Phényle

Chlorure d'Ammonium

6 à 8 comprimés par jour — de préférence aux repas.

**L'Uriclarine**

*permet un régime végétarien et un régime de boisson normale.*

---

LABORATOIRES BRISSON, Paris

---

J. EDDÉ, Limitée — Agents  
Edifice New Birks, Montréal.

L.A. 2421  
4913

Marion ne l'enseignait pas seulement par ses écrits, mais par des faits pratiques. Et plusieurs fois nous l'avons vu laisser échapper un pédicule à seule fin de nous démontrer comment manoeuvrer. L'enseignement de cette pratique au cours de l'échappement du pédicule a certainement permis de sauver de nombreuses vies.

L'urologie doit encore à Marion la ligne de conduite à suivre dans les suites opératoires de la *prostatectomie*. L'opération décrite par Fuller se terminait fréquemment par des échecs lamentables, à cause de l'infection qui se produisait dans la plaie et dans la cavité vésicale. Grâce aux tubes qu'il fit construire, Marion permit le drainage parfait de la vessie, l'isolement de la plaie de cystostomie de l'urine.

Si nous nous rapportons aux contributions de Marion sur le traitement opératoire des maladies de la vessie, nous voyons qu'il règle d'une façon définitive la cure chirurgicale des diverticules vésicaux et des fistules vésico-vaginales. C'est en 1913 qu'il préconisa une opération pour la résection des diverticules de la vessie. Il ouvre largement la cavité vésicale; il pratique alors une incision circulaire de la paroi de la vessie tout autour du diverticule, puis il place des pinces de Kocher sur le pourtour, comme on ferait sur la circonférence d'un sac herniaire. Enfin un ou deux doigts étant introduits dans l'intérieur du diverticule, la dissection s'opère de la même façon que l'on ferait dans un sac de hernie.

L'infirmité terrible que porte la femme atteinte de fistule vésico-vaginale est maintenant facilement guérie par la technique qu'il a décrite. Jusque là, ces fistules étaient opérées cinq, six ou sept fois sans succès, et la pauvre femme, devant ces échecs, vivait à l'écart et désespérée. Avec la cure par voie transvésicale décrite par Marion, nous pouvons dire que le succès est complet et définitif. Lui-même, en étudiant sa technique, rattache ses résultats :

1° à ce qu'il est plus facile d'aborder beaucoup de ces fistules par voie haute que par voie basse;

2° à ce qu'on a plus d'étoffe en les avivant par la vessie que par le vagin;

3° à ce qu'on est capable de repérer les uretères que l'on peut refouler, écarter;

4° enfin à ce que la cure des fistules vésico-vaginales par voie transvésicale est suivie de dérivation de l'urine par cystostomie qui est capitale pour le succès de l'opération.

Dans le même ordre d'idée Marion publie une autre technique pour la « *reconstitution d'un urètre continent chez la femme* ». La destruction de l'urètre et du col vésical, consécutive à des traumatismes obstétricaux, constitue une infirmité aussi pénible que la fistule vésico-vaginale. Cette destruction, cause d'une incontinence d'urine perpétuelle, est d'une cure extrêmement délicate; mais le succès est complet grâce à l'opération de Marion.

Une infirmité grave qui peut atteindre l'homme est la rupture traumatique de l'urètre; il en résulte soit un rétrécissement avec sa pathologie, soit une fistule périnéale par où l'urine trouve issue. Nous sommes redevables à Marion du succès que nous obtenons dans la cure de ces états pathologiques de l'urètre masculin. Par sa technique « *de la reconstitution de l'urètre par l'urétrorrhaphie circulaire avec dérivation de l'urine* », nous guérissons tous les malades atteints de ces affections.

Voilà, Messieurs, exposées d'une façon bien succincte, les principales opérations que Marion a créées et qu'il a placées dans l'arsenal chirurgical de l'Urologue.

La littérature urologique abonde de ses travaux; la liste de ses articles dépasse certainement le nombre de trois cents. Il nous serait impossible de les étudier ici.

Nous avons voulu, dans ce court espace de temps, vous exposer les plus importantes des différentes techniques opératoires qui marquent son oeuvre.

\* \* \*

A côté de ces travaux personnels, Marion, pendant trente ans, a orienté, dans son service de Civiale ou de Necker, de nombreuses recherches et un nombre incalculable de publications de ses élèves. Leur énumération seule déborderait, par leur abondance, le cadre de cette leçon. Qu'il nous suffise de nommer ses principaux élèves dont le groupe est considérable. Nous y lisons des travaux de: Bardon, Bilger, Blanc, Bouchard, Bouillié, Brisson, Colombet, Dalsace, Danziger, Eltrich, Falci, Henry, Krummer, Kogan, Laroche, Lanzillota, Laquière, Lebrun, Luceri, Henri Marion, Mercier, Negro, Pollet, Pérard, Popovitch, Roucayrol, Steirian, Salvini, Viollet, et de combien d'autres!

\* \* \*

Elève de cette école Civiale dont Marion fut le créateur et l'animateur, j'ai la lourde tâche et le périlleux honneur d'en continuer l'enseignement au Canada français. Premier titulaire de cette nouvelle chaire d'Urologie de l'Université de Montréal, il me faut dresser un programme des leçons que je me propose de donner. Mon devoir primordial sera d'initier les élèves à la pratique courante dans ils auront besoin à chaque instant dans leur profession. Personne ne saurait prétendre que l'urologie est la première et la plus importante de toutes les spécialités. La connaissance de l'obstétrique est certainement plus nécessaire au praticien. Cependant, ce dernier devra, au sortir de l'Université, être en mesure de dépister une tuberculose rénale, un cancer du rein, de soulager par un catétérisme vésical bien exécuté un malade atteint de rétention complète d'urine. Le plus possible, je leur ferai examiner les malades, connaître et manier les instruments urologiques; je leur apprendrai les raisons de nos explorations et des moyens de diagnostic que nous demandons au laboratoire. Nous croyons, et mes collègues de la Faculté le savent, qu'il est préjudiciable à l'élève de partager, dans une même période, ses heures de travail entre des sujets différents. Nous avons donc été très heu-

reux d'apprendre que le Conseil de la Faculté de médecine a décidé de nous consigner les élèves tous les jours, de 9 à 11 heures. Ils viendront par groupes dans notre service où, durant trois semaines, ils vivront la vie quotidienne. Ils pourront ainsi voir un plus grand nombre de malades, approfondir les diagnostics et suivre l'évolution des maladies. Et nous avons la conviction que, dans leur pratique, ils pourront facilement diagnostiquer les maladies urologiques et réaliser d'une façon parfaite les traitements d'urgence.

Pour les praticiens qui veulent mettre au point leurs notions urologiques, pour ceux qui se préparent à la spécialité, pour mes collègues qui déjà pratiquent avec talent l'urologie, je voudrais que mon service soit un centre toujours accueillant.

Cependant, je vous l'avoue, mon ambition s'étend plus loin. Dépositaire en cette terre d'Amérique de l'enseignement français, je caresse l'idée de faire connaître à nos collègues anglais et américains les méthodes de diagnostic et de traitement des urologues de France. Nous avons déjà commencé la réalisation de cet idéal en acceptant, depuis trois ans, un élève de l'Université de Pennsylvanie qui participe, durant toute une année, à la vie de notre service où il rédige sa thèse, pour l'obtention du diplôme de « maître en science urologique ». Deux de ces élèves ont déjà soutenu brillamment leur thèse, l'un sur le traitement des petites hydronéphroses, et l'autre, sur la ligature totale de la veine cave inférieure. Un troisième, actuellement dans notre service, prépare la sienne sur les ruptures traumatiques de l'urètre. Il entre en outre dans notre programme d'établir des cours de perfectionnement annuels, en langue anglaise, où nous exposerons les idées particulières aux maîtres de France. Cet enseignement de perfectionnement sera pour nous la façon la plus pratique d'exprimer notre reconnaissance à ceux qui nous ont instruits et formés, et de faire aussi connaître en Amérique la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal.

## NOMINATIONS

La Révérende Soeur Allard, Hospitalière en chef, Docteur *honoris causa* de l'Université de Montréal, vient de recevoir un superbe écusson et le diplôme de l'*American College of Hospital Administrators*, honneur accordé pour la deuxième fois à la Province de Québec, et la première fois à des Canadiens français. (Voir ci-contre.)

Le Professeur Edmond Dubé a été nommé médecin émérite de l'Hôtel-Dieu.

Le Docteur François Badeaux, professeur agrégé en ophtalmologie de l'Université de Montréal, a été nommé avec l'approbation de la Faculté, adjoint au service d'ophtalmologie de l'Hôtel-Dieu. Il vient en plus d'être choisi par la Société française d'Ophtalmologie pour la représenter au Canada à titre de délégué.

Le Docteur Hector Sanche, professeur agrégé en obstétrique de l'Université de Montréal, accoucheur de l'Hôpital de la Miséricorde, a été nommé obstétricien consultant de l'Hôtel-Dieu.

Le Docteur Oscar Mercier, titulaire de la chaire d'Urologie à l'Université de Montréal, est nommé vice-président de la Société médicale de Montréal.

Le Docteur L.-P. Sénécal a été nommé vice-président de la Société de chirurgie de Montréal.

Le docteur Gérard Garon a été nommé secrétaire de la Société de gastro-entérologie de Montréal.

Le Docteur René Dandurand vient d'être nommé assistant à titre d'hospitalier à l'Hôtel-Dieu.



THE · AMERICAN · COLLEGE  
OF  
HOSPITAL · ADMINISTRATORS

**H**aving proved ability as a competent hospital administrator and fulfilled the requirements of The American College of Hospital Administrators

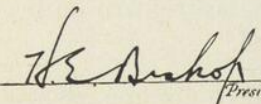
**Soeur Marie-Louise Allard**

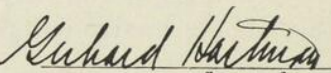
is hereby given the distinction of a

**MEMBERSHIP**

and is therefore entitled to all the rights and privileges of the College.

**T**his Certificate granted by authority of the Board of Regents of The American College of Hospital Administrators this 25th day of September, 1938.

  
President

  
Executive Secretary

## NOUVELLES

Le Docteur J.-L. Riopelle, anatomo-pathologiste de l'Hôtel-Dieu, arrive d'un voyage de trois mois à New-York, où il a étudié au *Columbia Medical Center* chez le Professeur Arthur Purdy Stout, chef du *Surgical Pathology Department*.

\* \* \*

Sir F. G. Banting, célèbre dans le monde entier pour sa découverte de l'insuline, et le Docteur C. B. Stewart ont été reçus à l'Hôtel-Dieu par la Très Révérende Mère Rivard, Supérieure, la Révérende Soeur Allard, Hospitalière en chef, le Professeur Oscar Mercier, Président du Comité exécutif, et le Professeur Georges Baril, directeur des études à l'Université de Montréal. Sir Banting est à s'enquérir des moyens de recherches des laboratoires des hôpitaux universitaires.

\* \* \*

## INAUGURATION

L'inauguration du nouveau service d'ELECTRO-RADIOLOGIE  
aura lieu à l'Hôtel-Dieu

JEUDI LE 9 MARS 1939

à 9 heures du soir.

OFFICIERS  
DU  
PERSONNEL MÉDICAL DE L'HÔTEL-DIEU

---

COMITÉ EXÉCUTIF

<i>Président :</i>	Professeur OSCAR MERCIER
<i>Vice-président :</i>	Docteur L. DE G. JOUBERT
<i>Secrétaire-trésorier :</i>	Docteur ROMÉO ROCHETTE
<i>Conseillers :</i>	Professeur HINGSTON Professeur PEPIN Docteur PRUD'HOMME Docteur TROTTIER

---

BUREAU MÉDICAL

<i>Président :</i>	Docteur PIERRE-PAUL GAUTHIER
<i>Secrétaire :</i>	Docteur PAUL POIRIER
<i>Bibliothécaire-archiviste :</i>	Docteur EDOUARD DESJARDINS

ASSEMBLÉE SCIENTIFIQUE DE L'HÔTEL-DIEU

VENDREDI LE 3 MARS 1939

à 11 heures de l'avant-midi

UN CAS DE SARCOME LYMPHOÏDE DE L'ESTOMAC

Docteur ADRIEN BRUNET: *Considérations cliniques.*

Docteur ALBERT JUTRAS: *Considérations radiologiques et  
gastroscopiques.*

Professeur PIERRE MASSON: *Considérations anatomo-patho-  
logiques.*

Docteur ARMAND PARÉ: *Considérations chirurgicales.*



N. B. — L'assemblée commencera à 11 heures précises.  
10 minutes sont allouées pour chaque présentation.  
5 minutes pour la discussion.

*Le secrétaire,*

## LIVRES ANCIENS À VENDRE

Un Hôtel-Dieu de France (Laval) désire mettre en vente une série de volumes dont voici la liste.

Pour renseignements, s'adresser au Bureau de l'Hospitalière en chef à l'Hôtel-Dieu de Montréal.

	Années
<i>Maistre Leonard Fuchs:</i>	
Histoire générale des Plantes avec leur propriété et vertu .. .. .	1668
<i>Moyse Charas:</i>	
Histoire naturelle des Animaux, des Plantes, et des Minéraux qui entrent dans la composition de la Thériaque d'Andromachus .. .. .	1668
<i>J.-B. Chomel, docteur régent en la Faculté de médecine de Paris:</i>	
Abrégé de l'Histoire des Plantes usuelles.	
Ouvrage en deux volumes .. .. .	1715
Histoire des Plantes de l'Europe et des plus usitées qui viennent d'Asie, d'Afrique et d'Amérique. Ouvrage en deux tomes, rangé suivant l'ordre du Pinax, de Gaspard Bauhin .. .. .	1766
<i>Bauderon:</i>	
Paraphrase sur la Pharmacopée .. .. .	1644
<i>Moyse Charas, docteur en médecine:</i>	
Pharmacopée royale Galénique et Chimique.	
Tome 1er .. .. .	1691
<i>M. de Meuve, docteur en médecine:</i>	
Dictionnaire pharmaceutique ou Apparat Médico-Pharmaco-Chimique. Tome 1er .. .. .	1678

	Années
<i>Nicolas Lemery, docteur en médecine :</i>	
Traité universel des Drogues simples .. .. .	1699
La Pharmacopée universelle, 2e édition .. .. .	1716
Cours de Chimie, contenant la manière de faire les opérations qui sont en usage dans la médecine. 11e édition .. .. .	1730
<i>Baumé, maitre Apothicaire de Paris et Demonstrateur en Chymie :</i>	
Eléments de pharmacie théorique et pratique ..	1762
Elément de pharmacie théorique et pratique ..	1770
Eléments de pharmacie théorique et pratique. 5e édition .. .. .	1784
<i>Bouchardat :</i>	
Formulaire magistral, avec les poids nouveaux et anciens en regard .. .. .	1840
Le Médecin des Pauvres .. .. .	1672
<i>Louys Guyon Dolois, sieur de la Hauche :</i>	
Le Cours de Médecine en français, contenant le Miroir de Beauté et Santé corporelle. 7e édition	1678
L'Albert moderne .. .. .	1782
Recueil de Receptes où est expliquée la manière de quérir à peu de frais, le tout expérimenté par Madame Fouquet .. .. .	1684
Suite du Recueil des Remèdes faciles et domestiques, recueillis par Madame Fouquet .. .. .	1687

(A suivre)

## FÊTE DE RECONNAISSANCE AU PROFESSEUR DUBÉ

A l'occasion de ses 40 années de service comme médecin de l'Hôtel-Dieu, tout le personnel s'était réuni en cet après-midi du 20 décembre 1938, pour rendre hommage à celui qui lui était particulièrement cher entre tous, le Professeur Dubé.

Personne ne manquait pour souligner l'oeuvre gigantesque du titulaire.

Le Professeur Oscar Mercier présidait à la cérémonie et présenta au jubilaire une horloge grand-père.

Chacun vint à son tour exprimer à sa manière l'écho de son coeur.

Ce furent tour à tour, le Professeur Roméo Pepin, chef de service de médecine, au nom des médecins de la maison, l'abbé Albert Pinault au nom des malades, l'abbé Emile Lepine au nom des religieuses, le Docteur Paul Letendre au nom des internes, et le Révérend Père Fafard, C.S.V. au nom des anciens du Collège de Joliette, dont le Dr Dubé fut l'élève distingué et bienfaiteur de la maison.

Les gardes-malades présentèrent en une allégorie fine et originale la vie du héros. Des enfants fort gracieux y prêtèrent leur concours entre autres la charmante Hélène Massicotte, petite-fille affectionnée du Docteur Dubé.

Mais personne ne put mieux traduire par l'émotion et par l'éloquence les sentiments, que le vieil ami, demeuré encore jeune, le Professeur Lesage, doyen de la Faculté de médecine.

Voici un pâle résumé de cette allocution, extraite de l'Union médicale, numéro de janvier 1939, page 92.

Le Professeur Lesage s'adressant d'abord à son vieil ami lui dit que réunis, tous, anciens et nouveaux, il apporte ce soir le témoignage d'une amitié intangible de 46 ans dont la constance demeure telle qu'aux premiers jours.

A l'hôpital, à l'Université, dans les congrès et les sociétés savantes, dans les revues de médecine, pour les oeuvres sociales, envers ses amis et sa famille, il a servi loyalement et courageusement, même contre vents et marées. Et il a été admirablement secondé par Madame Dubé.

Un départ, sans appareil, après une telle vie, dont le cycle n'est pas encore fermé s'accompagne de plus de fierté et de grandeur que d'amertume.

Les religieuses, les collègues, les confrères, les amis, les élèves, tous le regretteront.

Et Monsieur le Docteur Lesage, avec le talent littéraire qu'on lui connaît développa le terme « Servir », comme étant le leit-motif de la vie de Monsieur le Professeur Dubé.



## RAPPORT

des interventions chirurgicales pratiquées dans les  
salles d'opérations de l'Hôtel-Dieu  
au cours de l'année 1938

OPÉRATIONS:	No. d'opérat.	Guéris	Améliorés	Non améliorés	Décédés	31 décembre
<b>CHIRURGIE</b>						
<b>Tête et cou</b>						
Autoplastie:						
Arrachement de l'oreille .. . . .	1	1				
Cicatrice vicieuse de la face .. .	1	1				
Biopsie:						
Epithélioma de la langue .. . . .	1			1		
Sarcome, rég. cervicale .. . . .	2		1			1
Cure radicale: Anthrax de la nuque	10	9				1
Curettage osseux:						
Ostéite du maxillaire .. . . . . .	3	3				
Ostéo-périostite du maxillaire..	1	1				
<i>Exérèse:</i>						
Adénite cervicale .. . . . . . . .	3	2			1	
Angiome de la gencive .. . . . . .	1	1				
Epithélioma de la lèvre .. . . . . .	1	1				
Fistule de la joue .. . . . . . . .	2	2				
Ganglion sous-maxillaire .. . . . .	1	1				









OPÉRATIONS:	No. d'opérat.	Guéris	Améliorés	Non améliorés	Décédés	31 décembre
Abcès du genou .. . . . . .	1		1			
Abcès de la jambe .. . . . . .	2		1	1		
Abcès du pied .. . . . . .	2	2				
Arthrite suppurée du genou .. .	1	1				
Bursite suppurée du genou .. .	1	1				
Phlegmon du genou .. . . . . .	1	1				
Phlegmon du pied .. . . . . .	1	1				
Plaie infectée du pied .. . . . .	1	1				
Réduction sanglante:						
Luxation d'orteils .. . . . . .	2	2				
Résection osseuse:						
Arthrite coxo-fémorale .. . . . .	1		1			
Hallux-flexus .. . . . . .	4	4				
Moignon inf. du fémur .. . . . .	1	1				
Résection nerveuse: Artérite oblité-						
rante de la jambe .. . . . . .	1			1		
Résection veineuse: Varices .. . . .	4	3	1			
<i>Suture</i> : Plaie de la jambe .. . . . .	1					1
Sympathectomie fémorale: End.						
obli. du genou .. . . . . .	2		2			
Symvectomie: Ostéo-chondrite du						
genou .. . . . . .	1	1				
Transplantation musculo-tendineu-						
se: paralysie infantile .. . . . .	1	1				

**Thorax**

Amputation du sein:

  Adénome .. . . . . . 3 3



OPÉRATIONS:	No. d'opérat.	Guéris	Améliorés	Non améliorés	Décédés	31 décembre
<b>Dos</b>						
<i>Exérèse:</i>						
Anthrax du dos .....	3	2			1	
Lipome du dos .....	5	5				
<i>Ouverture et drainage:</i>						
Abcès du dos .....	2	1		1		
Anthrax du dos .....	1	1				
<b>ABDOMEN</b>						
<b>Paroi abdominale</b>						
<i>Exérèse:</i>						
Fistule de la paroi abdominale	3	3				
Lipome de la paroi abdominale	3	3				
Lipectomie .....	5	5				
Omphalectomie .....	3	3				
<i>Ouverture et drainage:</i>						
Abcès de la paroi abdominale ..	1	1				
Restauration des plans abdominaux	25	23	1			1
<i>Suture:</i> Plaie chirurgicale .....	1	1				
<b>Hernie</b>						
<i>Cure radicale:</i>						
Hernie crurale .....	6	6				
Hernie crurale étranglée .....	3	3				
Hernie inguinale .....	158	155		1		2
Hernie inguinale étranglée .....	6	5		1		
Hernie inguinale scrotale .....	10	9		1		



OPÉRATIONS:	No. d'opérat.	Guéris	Améliorés	Non améliorés	Décédés	31 décembre
<b>Cavité abdominale</b>						
<i>Exérèse:</i>						
Fistule abdominale .....	2	2				
Miome abdominal .....	1		1			
<i>Laparatomie:</i>						
Abcès, péri-néphritique .....	1		1			
Cancer généralisé .....	1			1		
Dolichocolon .....	1		1			
Epithélioma de l'estomac .....	2		1		1	
Epithélioma du pancréas .....	1		1			
Epithélioma du foie .....	1				1	
Epithélioma de l'intestin .....	2		1	1		
Oclusion intestinale .....	2	2				
Pelvi-péritonite .....	1				1	
Péritonite généralisée .....	7				7	
Péritonite t. b. c. ....	1			1		
Périviscérite .....	4	3	1			
Thrombose de la mésentérique	1				1	
Libération d'adhérences intestinales	1	1				
<i>Ouverture et drainage:</i>						
Abcès appendiculaire .....	11	9			1	1
Résection épiploïque: Epiploïte sup- purée .....	1	1				
Splénectomie: Hypertrophie de la rate .....	1				1	
<b>Estomac et foie</b>						
<i>Cholécystectomie:</i>						
Cholécystite aiguë .....	3	2			1	

OPÉRATIONS :	No. d'opérat.	Guéris	Améliorés	Non améliorés	Décédés	31 décembre
Cholécystite calculeuse . . . . .	11	10			1	
Cholé lithiase . . . . .	54	48			6	
Cholécystite chronique . . . . .	8	7			1	
Cholécystostomie :						
Cholécystite aiguë suppurée . . . . .	6	5			1	
Cholécystite calculeuse . . . . .	7	4	2		1	
Cholécystite chronique . . . . .	2	2				
Cholé lithiase aiguë . . . . .	3	2			1	
Cholécysto-entérostomie : Ep. du						
pancréas . . . . .	1				1	
Cholédocotomie : Cholécystite calcu-						
leuse . . . . .	2	1	1			
Duodéno-pylorotomie : Ulcère . . . . .						
	1	1				
Gastro-entérostomie :						
Dilatation du duodénum . . . . .	1	1	*			
Epithélioma de l'estomac . . . . .	4		1		1	2
Epithélioma du foie . . . . .	1				1	
Périviscérite . . . . .	2	2				
Sténose du pylore . . . . .	2	1	1			
Ulcère de l'estomac . . . . .	7	3	1		3	
Ulcère perforé de l'estomac . . . . .	2				2	
Ulcère du pylore . . . . .	10	7		1	1	1
Ulcère pyloro-duodénal . . . . .	3	2		1		
Ulcère du duodénum . . . . .	5	3			1	1
Gastro-pylorotomie :						
Ulcère du duodénum . . . . .	2	1			1	
Ulcère de l'estomac . . . . .	3	1			1	1
Gastrostomie : Néo. de l'oesophage						
	1				1	

OPÉRATIONS:	No. d'opérat.	Guéris	Améliorés	Non améliorés	Décédés	31 décembre
Libération d'adhérences: Périviscé-rite .....	10	10				
<i>Suture</i> : Ulcère perforé de l'estomac	2	1				1
<b>Intestins</b>						
Anastomo-latéro-latérale: Obstruction intestinale .....	2	1	1			
Anus artificiel: Néo. du rectum ..	6	1	3		2	
Anus iliaque: Néo. du côlon .....	4	1			3	
<b>Appendicectomie:</b>						
Appendicite aiguë .....	228	220			4	4
Appendicite aiguë gangrenée ..	22	22				
Appendicite aiguë suppurée ..	54	52			1	1
Appendicite aiguë pér. généralisée .....	36	18			16	2
Appendicite chronique .....	237	230				7
Caecostomie: Obstruction intestinale .....	9		2	2	5	
<b>Court-circuit:</b>						
Obstruction intestinale .....	1				1	
Stase int. et T. B. C. ....	1		1			
Cure radicale: Fistule stercorale ...	3	3				
Duodéno-jéjunostomie: Obst. intestinale .....	1				1	
Entérostomie: Occlusion intestinale	8			4	3	1
<i>Exérèse</i> : Diverticule du duodénum	1	1				
Libération d'adhérences intestinales	5	3		1	1	
Réséction intestinale: Cancer .....	6	1	1		3	1
Obstruction intestinale .....	3	1			2	



OPÉRATIONS:	No. d'opérat.	Guéris	Améliorés	Non améliorés	Décédés	31 décembre
Fistule uréthrale .. . . . . .	1	1				
Ectopie testiculaire .. . . . . .	1	1				
Hydrocèle .. . . . . .	24	24				
Varicocèle .. . . . . .	16	16				
Cystectomie:						
Cancer de la vessie .. . . . . .	10	5			2	3
Extrophie vésicale .. . . . . .	1	1				
Polypose vésicale .. . . . . .	2	1			1	
Cystostomie:						
Calcul vésical .. . . . . .	10	8	1		1	
Cancer vésical .. . . . . .	2	1			1	
Fistule vésico-vaginale .. . . . . .	1	1				
Hypertrophie de la prostate .. . . . . .	95	47	25		13	10
Polype de la vessie .. . . . . .	1	1				
Pyonéphrose .. . . . . .	2		1		1	
Rétrécissement traumatique de l'ur. .. . . . . .	4	2				2
Décapsulation rénale:						
Anurie post-opératoire .. . . . . .	2			1	1	
Furunculose .. . . . . .	1	1				
Hydronéphrose .. . . . . .	7	7				
Kyste du rein .. . . . . .	1	1				
Dilacération du col vésical: Hyper- trophie musc. .. . . . . .						
	1	1				
Enervation rénale: Hydronéphrose						
	4	4				
Epididymectomie:						
Epididyme chronique .. . . . . .	12	12				
T. B. C. .. . . . . .	12	12				



OPÉRATIONS:	No. d'opérat.	Guéris	Améliorés	Non améliorés	Décédés	31 décembre
<b>Néphropexie:</b>						
Hydronéphrose . . . . .	51	51				
Ptose rénale . . . . .	14	12				2
<b>Néphrotomie:</b>						
Calcul du rein . . . . .	6	6				
Hydronéphrose infectée . . . . .	3	2				1
Pyonéphrose . . . . .	1				1	
<b>Ouverture et drainage:</b>						
Abcès péri-néphritique . . . . .	7	1	4		1	1
Abcès prostatique . . . . .	4	1	2	1		
Abcès scrotal . . . . .	1	1				
Abcès urinaire . . . . .	4	2			2	
Périnéotomie: Abcès urinaire infiltré . . . . .	2	1			1	
<b>Prostatectomie:</b>						
Epithélioma de la prostate . . . . .	2	2				
Hypertrophie de la prostate . . . . .	103	77			17	9
<b>Pyélotomie:</b>						
Calcul du bassin . . . . .	1	1				
Calcul du rein . . . . .	8	6			2	
<b>Réfection du sphincter vésical: Insuffisance . . . . .</b>						
	28	27				1
<b>Suture de plaie chirurgicale . . . . .</b>						
	4	3	1			
<b>Urétérectomie iliaque: Extrophie vésicale . . . . .</b>						
	1	1				
<b>Urétéro-lithotomie iliaque: Calcul de l'uretère . . . . .</b>						
	6	6				

OPÉRATIONS :	No. d'opérat.	Guéris	Améliorés	Non améliorés	Décédés	31 décembre
Urétéro-néphrectomie : Urétéro- hydronéphrose . . . . .	1	1				
Urétérostomie : Rétrécissement de l'uretère . . . . .	1	1				
Urétérotomie lombaire : Calcul . . . . .	4	3	1			
Urétrorrhaphie : Rupture traumati- que de l'ur. . . . .	5	3				2
Urétrotomie interne . . . . .	6	5				1
Lavage des vésicules séminales . . .	10	9	1			

## ORTHOPÉDIE

### Appareils plâtrés

#### *Tête et cou*

Réduction et ..... des os de la face et  
du maxillaire . . . . .

1 1

#### *Membres supérieurs et inférieurs*

Arthrite du coude . . . . .

1 1

Arthrite du poignet . . . . .

1 1

Arthrite du genou . . . . .

4 3 1

Arthrite du pied . . . . .

1 1

Fracture de la clavicule . . . . .

1 1

Fracture de l'humérus . . . . .

2 2

Fracture de l'olécrane . . . . .

2 2

Fracture du radius et du cubitus ..

2 2

Fracture du radius . . . . .

2 2

Fracture du poignet . . . . .

2 2

Fracture du col du fémur . . . . .

2 2

Fracture du fémur . . . . .

12 7 4 1

Fracture du péroné . . . . .

1 1



OPÉRATIONS:	No. d'opérat.	Guéris	Améliorés	Non améliorés	Décédés	31 décembre
Epithélioma du palais .. . . . . .	2		1	1		
Epithélioma du maxillaire .. . . . . .	1		1			
Epithélioma du sein .. . . . . .	2		1	1		
Epithélioma du rectum .. . . . . .	1		1			
Epithélioma de l'utérus .. . . . . .	22		20		1	1
Epithélioma de la vulve .. . . . . .	2	1	1			

### TRANSFUSION

Anémie pernicieuse .. . . . . .	3	1	2			
Cachexie .. . . . . .	4	1	3			
Débilité et anémie .. . . . . .	6		6			
Métrite hémorragique .. . . . . .	1	1				
Métrite streptococcique .. . . . . .	10	3	4	3		
Ulcère hémorragique de l'estomac ..	7		7			

### GYNÉCOLOGIE

#### Paroi abdominale

Laparatomie simple:	2	2				
Epithélioma utérin .. . . . . .	1				1	
Pelvi-péritonite .. . . . . .	1				1	
Pyo-salpinx bi-lat. .. . . . . .	1	1				

#### Périnée et Vagin

Cautérisation ignée: Papillome vulvaire .. . . . . .	1	1				
Colpopérinéorrhaphie .. . . . . .	52	52				
Colporraphie .. . . . . .	7	7				
Colpotomie .. . . . . .	5	4				1
Cure radicale: Fistule recto-vaginale .. . . . . .	1	1				





---

---

---

◆

C'est un fait bien connu qu'à dose thérapeutique l'alcool est un antipyrétique et un stimulant diffusible. Il est surtout indiqué chez les alcooliques atteints d'une affection aiguë, dans les infections à forme adynamique avec asthénie cardiaque et dans la pneumonie.

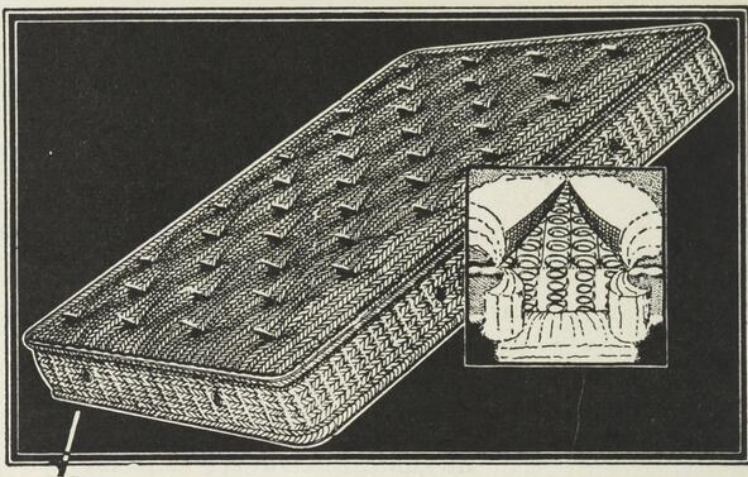
●

Dans les  
cas où le médecin jugera  
nécessaire d'administrer l'alcool  
sous forme d'eau-de-vie, le  
**COGNAC MONNET**  
se recommande particulièrement à  
son choix. Le médecin est assuré  
de prescrire alors un produit  
vraiment supérieur.

▼

**Matelas**  
**"Deepsleep"**  
**Simmons**

Contient des centaines de ressorts-spirales trempés, d'une sensibilité extrême, rembourré de moelleux coton blanc, donnant un confort parfait et un plus long usage. Spécialement recommandé pour hôpitaux, institutions, hôtels, etc.



**SIMMONS** Lits - Sommiers - Matelas - Oreillers



LIMITÉE

Emile Carrière, O.D.

Adrien Sénécal, O.D.

**CARRIÈRE & SÉNÉCAL**

*Optométristes-Opticiens à l'Hôtel-Dieu*

271 RUE SAINTE-CATHERINE EST, MONTREAL

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**

Tout laine ou falsifiée, une étoffe est une étoffe . . .  
POURTANT si l'on compare, l'authentique est  
moins chère. Ainsi du LAIT

*Notre but est d'abaisser le taux de la mortalité infantile  
à Montréal.*

**J. Joubert**  
LIMITÉE

Quel que soit le chiffre de vos revenus, si modestes même soient-ils, vous devez, chaque semaine, chaque quinzaine ou chaque mois, très régulièrement, en mettre une partie de côté, fut-elle très minime.

La valeur de l'économie réside beaucoup plus dans la régularité que dans son importance.

Ouvrez un Compte d'Épargne

à

**LA BANQUE PROVINCIALE DU CANADA**

## ASSURANCES GÉNÉRALES

*Les Meilleurs Contrats aux Meilleurs Prix*

**Spécialités : Assurances contre les risques  
professionnels**

ACCIDENTS ET MALADIES — AUTOMOBILES

**GASTON RIVET**

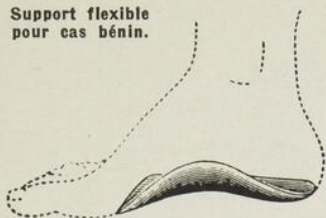
266 RUE ST-JACQUES OUEST . . . Tél. MArquette 2587

*Renseignez-vous auprès de vos confrères et demandez nos conditions.  
Des centaines de médecins sont nos clients satisfaits.*

*Demandez notre brochurette « L'INVENTAIRE DE LA MAISON ».*

*Elle vous sera envoyée sans frais sur demande.*

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

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

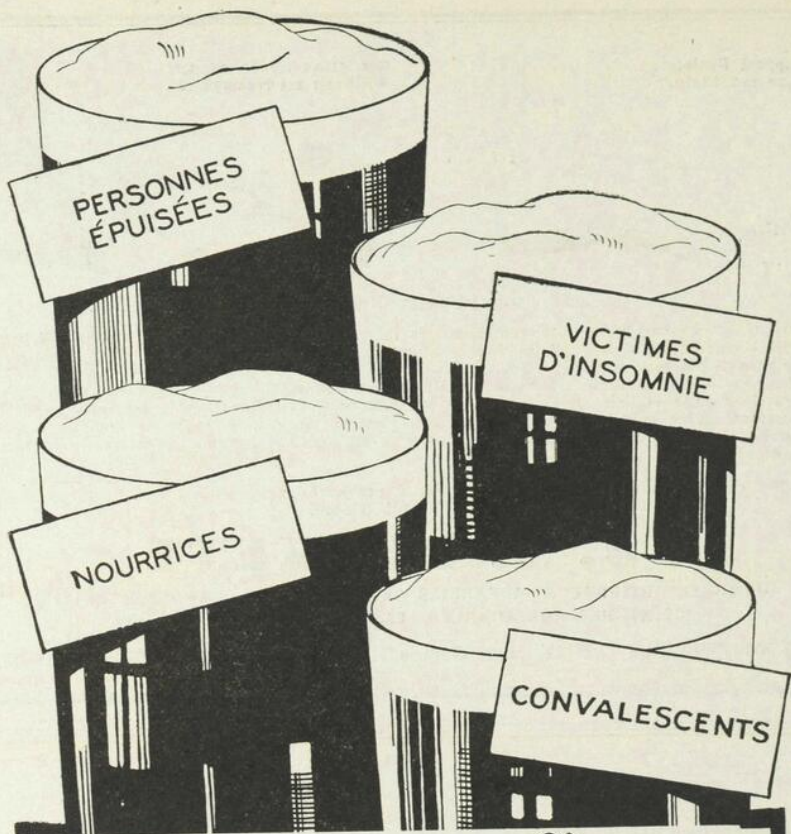
—

HUILE A

CHAUFFAGE

—

COKE



*Dow*

**CROWN  
STOUT**

CHEZ TOUS LES EPICIERS LICENCIES

1F

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**

G. VANDELAC, jr.

Fondé en 1890

ALEX. GOUR

DIRECTEURS DE FUNÉRAILLES  
SALONS MORTUAIRES

120 RUE RACHEL EST, - - MONTRÉAL

Tél.: BElair 1717

Pour vos IMPRESSIONS, consultez

**THÉRIEN FRÈRES**

LIMITÉE

IMPRIMEURS - LITHOGRAPHES - GRAVEURS  
PHOTOLITHO

494 OUEST, RUE LAGAUCHETIÈRE - MONTRÉAL  
Harbour \*5288

*ravail bien fait*  
—  
*De bon goût*  
—  
*Promptitude*  
*d'exécution*

*une des plus*  
*importantes*  
*maisons d'arts*  
*graphiques du*  
*Canada français*



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



## TABLE DES ANNONCEURS

	Page		Page
Abbott Lab. ....	XIX	Le Laboratoire du Bismol .....	XVIII
Anglo-French Drug .....	V	Lechasseur Limitée .....	Couvert. 3
Antiphlogistine .....	XII	Mallinckrodt Chem. ....	II
Banque Canadienne Nationale .....	XVI	Maple Leaf Milling Co. ....	XII
Banque Provinciale du Canada .....	XXIV	Merck & Co. ....	Couvert. 4
Bière Dawes .....	XXVI	Millet, Roux & Cie .....	IX et XIV
Canada Drug .....	XVIII	Mowatt & Moore .....	XVII
Carrière et Sénécal .....	XXII	Oxygène du Canada (Compagnie) .....	XVII
Casgrain & Charbonneau .....	XV	Phelan, P. H. ....	XXV
Ciba (Compagnie) .....	XIII	Reckitts (Over-Sea) Ltd. ....	III
Cognac Monnet .....	XXI	Rougier Frères .....	X
Duckett, J. A. ....	XXV	Rivet, Gaston .....	XXIV
Eddé, J. ....	XVIII et XX	Schering (Canada) Ltée .....	IV
Frosst, Chas. E. ....	Couvert 2	Siemens-Reiniger (Canada) Ltd. ....	VI
Grenier Motors Limited .....	XXVIII	Simmons .....	XXII
Herdt et Charton .....	IX et XX	Soc. d'Administration et de Fiducie .....	II
Hoffmann-LaRoche Ltée .....	XVI	Soc. d'Expansion Pharmaceutique .....	VII
Joubert, J. J. ....	XXIII	Thérien Frères, Limitée .....	XXVII
Laboratoire Nadeau Ltée .....	I	Vandelac, Georges .....	XXVII
Laboratoire Poulenc .....	VI	Victor X-Ray .....	VIII
		Winthrop Chemical Co., Inc. ....	XI

# CHRYSLER et PLYMOUTH

sont les marques d'auto les plus populaires cette année.

## MM. les Médecins,

Faites l'essai de l'une de ces marques d'auto et vous serez enchantés de leur confort et leur économie.

Visitez notre salle de montre et vous serez ravis de l'élégance des nouveaux modèles "39".



## GRENIER MOTORS LIMITED

1644-46 OUEST, RUE STE-CATHERINE

Fitzroy 6383

## ***MM. Les Médecins:***

C'est le printemps qui s'amène et il est temps que vous songiez à renouveler certains complets et vêtements.

Il vous sera certes très difficile, de trouver mieux que chez LECHASSEUR Ltée, ce dont vous avez besoin pour posséder une garde-robe bien garnie.

Que ce soient des souliers — bas — chapeaux — chemises — paletôts ou vêtements, LECHASSEUR Limitée saura satisfaire tous vos goûts.

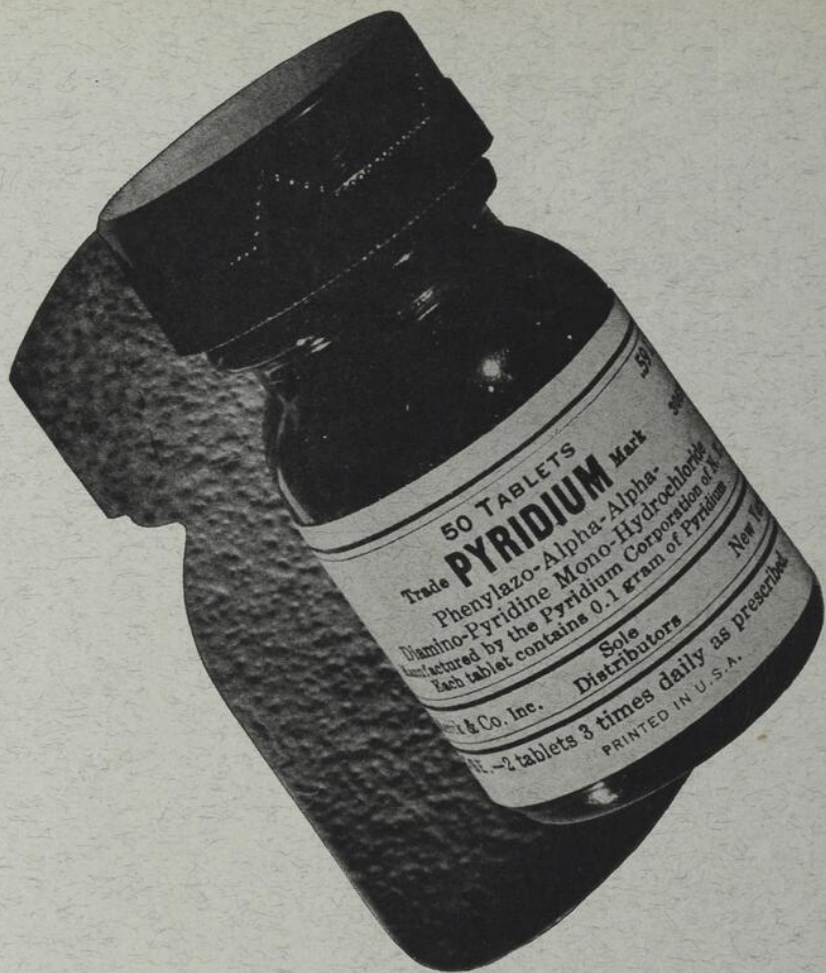


## ***Lechasseur, limitée***

*Concessionnaires des célèbres vêtements*

## ***Fashion-Craft***

*de fabrication canadienne-française.*



**PYRIDIUM** procure un soulagement sûr et rapide dans le traitement des infections génito-urinaires (cystite, pyélite [pyélonéphrite], prostatite et urétrite), sans

- la surveillance du pH urinaire
- le contrôle du laboratoire pour la toxicité
  - régime spécial
  - médication adjuvante

pour le résultat de ses effets thérapeutiques.

*Des extraits de la littérature publiée depuis une décade seront envoyés sur demande.*

# PYRIDIUM

NOM DÉPOSÉ

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

Une décade de service  
dans les infections  
génito-urinaires

MERCK & CO. LTD. - Fabricants Chimistes - MONTRÉAL, P. Q.