

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

et

L'Union Médicale  
du Canada

prient

leurs amis, leurs collaborateurs, leurs annonceurs  
d'accepter leurs remerciements et  
leurs voeux sincères de

Foyeur Noël

et

Bonne et Heureuse Année

## BULLETIN

---

### LE TRICENTENAIRE DE L'HÔTEL-DIEU ET DE SAINT-SULPICE

1641 - 1941

*Ad perpetuam rei memoriam.*

Notre journal de médecine ne saurait passer sous silence cette date mémorable dans les annales de notre histoire; car l'Hôtel-Dieu de Montréal et la Communauté de Saint-Sulpice comptent parmi les bienfaiteurs de notre Université, et surtout de la Faculté de médecine. Ce double tricentenaire mérite du moins un geste de notre part qui en évoque le souvenir que nous en conservons.

Si nous remontons au milieu du siècle dernier, nous verrons que l'*Hôtel-Dieu de Montréal* a accueilli avec empressement nos anciens professeurs. Ils formaient, alors, partie de l'École de médecine Victoria; puis, de l'École de médecine et de chirurgie de Montréal; plus tard, de l'Université Laval, succursale, à Montréal, de l'Université Laval de Québec; enfin, de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

Je n'ai pas l'intention, dans un court bulletin, de faire l'historique de l'Hôtel-Dieu et des médecins qui se sont succédé depuis sa fondation. On trouvera tous ces renseignements dans les deux importants mémoires qui paraissent dans ce numéro, dont l'un a été rédigé, puis prononcé par la Révérende Sœur Allard, supérieure de l'Hôtel-Dieu, le 6 novembre 1941, à l'occasion du tricentenaire de sa fondation, et l'autre, par le professeur Oscar Mercier, président de l'Exécutif, en présence d'un public nombreux et de quelques évêques de notre diocèse.

Nous nous souviendrons, après avoir lu ces deux importants documents, que notre existence, au point de vue médical et scientifique, est due à cette Vénérable Maison qui a tant contribué à faire rayonner, au Canada et au delà de nos frontières, la réputation de nos Ecoles de médecine et de nos médecins et chirurgiens. Sa longue tradition dans l'enseignement universitaire et ses activités hospitalières, si fécondes et progressives, constituent une œuvre splendide d'unité, de persévérance et de patriotisme silencieux qu'il convient de citer en exemple aux générations actuelles qui oublient, quelquefois,

ou ignorent, trop souvent, les mérites innombrables accumulés durant les étapes laborieuses de sa constante ascension dans la vie canadienne. Ne vient-on pas d'assister à la bénédiction de la pierre angulaire d'un nouveau pavillon afin d'y loger un plus grand nombre de malades de l'Assistance Publique?...

Nous adressons donc à l'Hôtel-Dieu de Montréal, au nom de la Faculté de médecine et au nom des médecins canadiens-français, l'hommage de notre reconnaissance en ce tricentenaire qui constitue une de nos plus belles pages d'histoire, non seulement pour cette Institution mais pour nous tous.

On voudra bien trouver, dans ces deux conférences, les raisons qui justifient notre attitude en cette circonstance.

\*  
\* \*

*La Communauté de Saint-Sulpice* a, aussi, de nombreux titres à notre reconnaissance, nous, de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

Si l'on veut bien se reporter à la seule année 1892, époque de la fusion de nos deux écoles, Laval et Victoria, ceux surtout qui ont vécu ces temps douloureux se souviendront que les étudiants et les professeurs habitaient des locaux dépourvus de tout confort, privés de laboratoires et situés au marché Bonsecours où le bruit couvrait la voix de nos professeurs tandis que les étudiants ne possédaient que la rue pour refuge.

La Compagnie de Saint-Sulpice s'émut de cette lamentable situation et Monsieur Colin, supérieur à cette époque, offrit, un jour, un terrain spacieux, rue Saint-Denis, où, avec leurs deniers, ces Messieurs construisirent les bâtiments actuels que nous n'avons jamais quittés depuis, excepté durant quelques mois, après les deux incendies qui en ont ravagé une grande partie à quelques années d'intervalle.

A compter de cette date, les Messieurs de Saint-Sulpice ont largement contribué au budget de notre Université. Ils y ont joué, aussi, un rôle très important au point de vue pédagogique et doctrinal.

Après Monsieur Colin, dont l'intelligence et la vigueur nous avaient si bien servis, nous avons trouvé dans Monsieur Lecoq, son éminent successeur, un directeur spirituel de grande envergure dont la mystique s'adaptait rapidement à notre évolution et au progrès

de notre Faculté de médecine. Nous n'avons pas encore oublié ses lumineuses conférences sur la responsabilité morale et la haute mission sociale du médecin.

La générosité de ces Messieurs a été constante, si bien que, lors de la souscription publique, en 1920, la Compagnie de Saint-Sulpice s'est inscrite pour une somme de un million de dollars (\$1,000,000), soit deux cent mille (\$200,000) dollars par année durant 5 ans.

Puis, les jours sombres sont venus, mais le geste demeure et nous nous en souvenons.

\*  
\* \*

Des fêtes religieuses solennelles ont déjà marqué la célébration de ce double tricentenaire coïncidant avec celui de la ville de Montréal.

Nous nous joignons à tous, civils et religieux, pour exprimer à ces Vénérables Maisons notre admiration et notre reconnaissance pour le bien qu'elles ont accompli parmi nous et envers notre Faculté de médecine.

ALBERT LESAGE,  
*Doyen.*



# TRICENTENAIRE DE L'HÔTEL-DIEU DE MONTRÉAL

## L'HÔTEL-DIEU DE MONTRÉAL

Trois siècles de dévouement et de progrès <sup>1</sup>

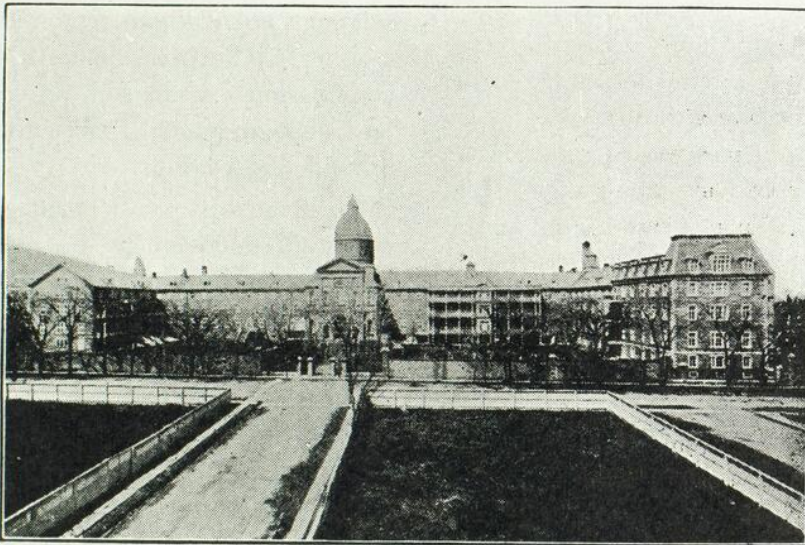
Par Révérende Sœur ALLARD, supérieure.

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

En ce 6 novembre 1941, date anniversaire de la mort du fondateur de notre œuvre, Jérôme LeRoyer de la Dauversière, je voudrais

pitalité de telle sorte que les malades soient portés à servir et honorer Dieu, par le bon usage de leurs maladies, et que, sortant de l'Hôtel-Dieu, ils remportent la santé de l'âme avec celle du corps, et que ceux qui y meurent puissent aller au ciel. »

Les religieuses hospitalières de Saint-Joseph, conscientes des devoirs et des responsabilités du présent — la cérémonie d'aujourd'hui le prouve — veulent ne pas oublier qu'une base morale, une vie de foi surnaturelle, est avant tout nécessaire à leur œuvre. Il n'est pas surprenant qu'elles aiment à feuilleter les pages



aussi dire merci à Notre-Dame et à saint Joseph pour tant de grâces qui ont été versées sur l'antique Hôtel-Dieu de la rue Saint-Paul, au cœur du vieux bourg de Ville-Marie, et sur l'hôpital actuel qui date de 1861. Plus appréciables encore que les faveurs temporelles sont les grâces spirituelles: grâces de persévérance finale ou de conversion, grâces de ciel conquis par la souffrance. Puis-je signaler un texte essentiel de nos constitutions qui se lit ainsi: « que les sœurs exercent l'hos-

du passé, pour y retremper leur courage, y réchauffer leur charité. Regardant le vaste chantier de construction de 1941 avec ses promesses d'avenir, elles se souviennent des humbles débuts du temps de Sœur de Brésoles, de Sœur Macé, de Sœur Maillet et de leur première novice canadienne, Sœur Morin. Notre foi grandit, notre espérance s'affermir, à relire la description que nous donne notre première annaliste de l'Hôtel-Dieu que connurent de Maisonneuve et Jeanne Mance. La voici en quelques lignes:

1. Allocution prononcée le 6 novembre 1941, à la bénédiction de la pierre angulaire du nouveau pavillon.

« L'Eglise avait 50 pieds de long sur 24

de large; la salle des hommes joignait la dite église et avait environ 40 pieds de long, de même largeur que l'église. Au bout de la dite salle, une grande et forte cheminée pour chauffer les malades et fournir à tous leurs offices. Derrière la dite cheminée, il y avait une chambre d'environ 15 pieds de long et d'égale largeur que la salle, sans cheminée pour mettre les femmes malades. Au-dessus des deux salles était l'appartement de nos sœurs, on y montait par un petit escalier de vingt marches, fort étroit. Tout ce monastère consistait en une chambre d'environ 15 pieds en carré, dans laquelle il y avait une cheminée à feu... c'était ma sœur Macé qui faisait la lessive; elle était aussi cuisinière, dépenrière et balayait partout. Ma sœur Maillet fut mise hospitalière, cuisinière et dépenrière des malades... Ma sœur de Brésoles qui était supérieure prit l'apothicairerie qu'il fallut dresser entièrement dans un petit coin où l'on ne voyait clair que par un faux jour. Elle fit de ses mains la plus grande partie de ses ustensiles, comme fourneaux et boîtes, tablettes, etc... Elle était médecin à ses heures et ordonnait les remèdes dont elle était fort capable... » « L'hiver, ajoute Sœur Morin, l'eau qu'on mettait sur la table pour boire s'y glaçait en l'espace d'un quart d'heure. »

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

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

ront leur vie et leur santé pour être sacrifiées au service des pauvres malades. »

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

De grandes âmes, des cœurs généreux se sont récemment penchés sur notre œuvre pour en favoriser les progrès dans tous les domaines. Citer des noms serait difficile. Mais il me semble que l'esprit de justice se joint au sentiment de la reconnaissance pour me forcer à dire tout haut un merci spécial à certains hommes d'Etat, c'est-à-dire au gouvernement de la province de Québec, qui a permis l'entreprise 1941-42. Veuillez, M. le Ministre de la Santé et du Bien-Etre social, transmettre à qui de droit l'expression de notre profonde reconnaissance en gardant toutefois pour lui-même la large part qui lui revient. Que Monseigneur notre digne Archevêque veuille bien trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance pour son paternel et bienveillant encouragement, particulièrement à la cérémonie de ce jour.

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

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

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

Excellences, Mesdames et Messieurs, les religieuses hospitalières de St-Joseph vous remercient avec émotion; elles prient Dieu de vous rendre, en bienfaits et en consolations, la charité que manifeste votre présence chez elles, en ce jour du 6 novembre 1941.

## MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE L'HÔTEL-DIEU

Par **Oscar MERCIER**

Président de l'exécutif de l'Hôtel-Dieu.

Lorsque au matin du 18 mai 1642, deux petits voiliers et deux chaloupes amenèrent enfin dans l'Île de Montréal Maisonneuve, Jeanne-Mance, accompagnés de Madame de la Peltrie, bienfaitrice de l'Hôtel-Dieu de Québec, et sa recrue avec quelques Jésuites, l'histoire médicale de Montréal et celle de l'Hôtel-Dieu prenaient origine. M. Faillon nous rapporte le fait suivant: « M. de Maisonneuve en arrivant à Tadoussac fut agréablement surpris d'y trouver un de ses amis intimes, M. de Coupron, amiral de la flotte de la Compagnie de la Nouvelle-France. Il lui raconta la perte de son chirurgien dont les services lui auraient été indispensables dans la formation du nouvel établissement qu'il ne pouvait faire sans qu'il y eut bien du sang répandu. M. de Coupron lui offrit généreusement son propre chirurgien et celui-ci, informé du besoin qu'on aurait de lui, se présenta gaiement, fit descendre son coffre dans la chaloupe préparée pour M. de Maisonneuve et partit avec lui pour Québec. » Ce chirurgien se nommait *Jean Pouppé*. Il assista à la première messe que célébra le Père Vimont dans l'Île de Montréal et devint le premier médecin et chirurgien du petit hôpital que Mlle Mance avait fait construire dès la fin de 1642.

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

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

Nous n'avons pas ici l'intention de dresser l'histoire entière des médecins de notre institution. Cette tâche nous serait irréalisable,

d'une part par la destruction des archives de l'Hôpital lors des deux incendies au début de la colonie et d'autre part par le court laps de temps dont nous disposons. Notre désir est de broser un tableau général qui nous permettra de comprendre l'influence que les médecins de l'Hôtel-Dieu ont exercé sur l'évolution de la médecine à Montréal.

Le premier médecin qui ait passé un contrat régulier avec les autorités de notre hôpital se nomme *Etienne Bouchard*.

Arrivé en 1653, avec la recrue, il demeure à Montréal jusqu'à sa mort, survenue en 1676. Avant son départ de France, il s'était engagé par contrat à demeurer cinq ans à Montréal. Pendant ce temps, il devait être logé, nourri et couché, fourni de tous les instruments nécessaires pour exercer son art et recevoir 150 livres de vingt sous par an.

Il est intéressant de noter que le premier curé Sulpicien de Montréal, l'abbé Gabriel *Souart*, débarqué en 1657, donna des soins aux malades de l'Hôtel-Dieu entre 1660 et 1684. Il avait étudié la médecine et on prétend que le Souverain Pontife l'autorisa à soigner, s'il était nécessaire. Il fut l'exécuteur testamentaire de Mlle Mance qui mourut le 18 juin 1673. Il veilla à l'accomplissement de son vœu suprême: le dépôt de son cœur dans la chapelle de l'Hôtel-Dieu. Nous sommes justifiés à nous demander si l'abbé Souart, puisqu'il était médecin, n'aurait pas été celui qui aurait prélevé le cœur de notre héroïne. En même temps que lui, Rapin dit la Musette est inscrit sur la liste des chirurgiens de notre hôpital pour les années 1679 à 1686.

Deux chirurgiens de l'Hôtel-Dieu, *Antoine Forestier* et *Jean Martinet de Fonblanche* sont engagés par cet hôpital en date du 13 juillet 1681.

Les deux chirurgiens s'engagent « à servir le dit hôpital, à panser et médicamenter tous les malades, à se rendre par quartier de trois

mois en trois mois assidus à visiter les malades sur les sept heures du matin, par chaque jour et autres heures si nécessaires, l'un pour l'absence de l'autre, à réquisition, moyennant 75 livres par an, chacun, les remèdes fournis par l'hôpital». Ils indiquèrent ainsi aux générations futures des médecins de l'Hôtel-Dieu de commencer leur service tôt. L'un et l'autre semblent posséder le sens des affaires. Forestier fit établir par le tribunal (24 avril 1711) que les officiers des troupes n'avaient droit d'être traités gratuitement que pendant leur séjour à l'Hôtel-Dieu.

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

Martinet de Fonblanche a encore le mérite d'avoir été le premier professeur de Médecine au Canada. Il fit école. Le 15 janvier 1674 il engage son beau-frère, Paul Prud'Homme. Le 16 décembre 1681, François Tardy devient son engagé pour trois ans. Enfin, le 19 novembre 1686, Pierre Malidor, fils d'un chirurgien lionnais, choisit le sieur Martinet pour lui enseigner l'art de la chirurgie pendant 4 ans. Le premier écrivain médical de Montréal fut un médecin de notre hôpital, J.-C. Gaillard qui, en 1667, écrit un curieux rapport sur le décès d'un consommateur à la Pointe St-Charles. *Joseph Benoist* est le premier Montréalais à exercer la médecine dans cette ville. Né à Montréal en 1712, il semble être l'élève de Thaumur de la Sorce, chirurgien de notre hôpital en 1689. Il figure sur la liste de nos chirurgiens entre les années 1715 et 1726. C'est avec lui qu'eut lieu au Canada la première dispute avec les Irlandais. En effet, en 1718 arriva à Montréal un médecin irlandais, Timothy Sullivan, dont le nom francisé répondait à celui de Timothée Silvain. Débarqué sur nos rives, il se serait installé à Varennes où, en 1720, il épousa Marie Renée Gauthier, fille de la Vêrandrye. Il obtient par l'influence du sieur Gauthier, qui venait de découvrir les

montagnes Rocheuses, un brevet de médecin du roi. Ses démêlés avec la justice sont nombreux et ses chicanes avec les autres médecins du temps, multiples. Son nom n'apparaît sur la liste de nos médecins que durant les années 1725 à 1730; il est probable que les autorités de l'Hôtel-Dieu ne l'ont eu à leur service que durant 5 ans à cause de son violent caractère.

Le temps s'écoule rapidement et nous voilà déjà au centenaire de l'Hôtel-Dieu. Etaient alors médecins et chirurgiens de cette institution: Messieurs Joseph Benoit, décédé en 1742, Labosière, originaire de Saint-Corentin et Charles Joseph Alexandre Ferdinand de Feltz, né à Rabstat en Autriche. En Nouvelle-France, les familles sont nombreuses et nous notons qu'un des chirurgiens de l'Hôtel-Dieu était père de 22 enfants. Il s'agit de Louis Nicolas Landriaux, dit La Lancette, surnom médical, sans doute, chirurgien de notre maison lors de la cession. La domination anglaise est une période plus rapprochée de nous. De 1760 à 1861, date de l'établissement de l'hôpital sur les terrains actuels, les chirurgiens et médecins suivants figurent sur notre liste: D. de Bonne, F. Auger, A. Vallière, Ed. Sym, W. Siebi, P. Beaubien, R. Nelson, célèbre au cours de la rébellion de 1838, W. Vallée, P. Munro, L. G. Bibaud, H. Pelletier, J.-C. Coderre, E.-H. Trudel, Thomas D'Orsonnens, L. Boyer, J.-P. Rottot.

Au début de la domination anglaise, jusqu'en 1872, les médecins anglais sont les seuls artisans de la profession. En 1822, ils fondent l'Université McGill, et en 1847, le Collège des Médecins et Chirurgiens de Québec. En somme, la médecine canadienne-française est inexistante au point de vue influence. L'Hôtel-Dieu a bien, en 1861, déménagé et construit, sur le site actuel, l'hôpital le plus moderne alors d'Amérique, les médecins canadiens-français n'ont aucune influence sur les directives médicales. Le Collège des Médecins et des Chirurgiens de Québec est dirigé par les médecins anglais et seule l'Université McGill enseigne la médecine à Montréal jus-

qu'en 1872. Vers cette époque, l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal, dite École Victoria, fondée en 1843 par des médecins anglais, passe au contrôle de nos confrères et prend un caractère nettement français. Son personnel comprend des médecins de l'Hôtel-Dieu, Munro, Nelson, Bibaud, Pelletier, Boyer, Coderre, Trudel, D'Orsonnens. En 1874, grâce à l'aide généreuse de notre hôpital, un édifice sera construit sur l'avenue des Pins, face à nos immeubles pour y loger l'École Victoria. Celle-ci jusqu'en 1878 enseignera seule à Montréal la médecine française.

Le 1er janvier 1872, le premier numéro de *l'Union Médicale du Canada* paraissait. La majorité de ses parrains étaient médecins de l'Hôtel-Dieu. Son Rédacteur en Chef, le Dr J.-P. Rottot, quitta notre institution en 1880 pour fonder l'hôpital Notre-Dame. A.-T. Brosseau, qui devient chirurgien en chef de la nouvelle institution hospitalière, et E.-P. Lachapelle, futur doyen de la Faculté de Médecine de l'Université Laval, l'accompagnent. Ils sont de chez-nous. En 1877, le Collège des Médecins et Chirurgiens de Québec qui avait été depuis sa fondation en 1847 sous le contrôle anglais, passe sous la direction de nos compatriotes, trois médecins de l'Hôtel-Dieu en 1877 en dirigeant les destinées; Rottot est le président, Dagenais, le secrétaire et E.-P. Lachapelle, le trésorier. Sir William H. Hingston qui a jeté tant d'éclat dans notre institution, est le second président de 1886 à 1889. En 1900, la médecine Canadienne française franchit une autre étape dans son perfectionnement scientifique. La Société Médicale de Montréal est constituée et son premier président en est *Hervieux*, médecin chef de l'Hôtel-Dieu. Entre temps, notre institution fournit des éléments à la direction des affaires de Montréal et du pays. Sir William H. Hingston est élu maire de Montréal et membre du sénat. J.-J. Guérin occupe le poste de premier magistrat de la métropole et est député de Ste-Anne à la législature fédérale.

Au point de vue scientifique, les médecins de l'Hôtel-Dieu continuent la course en avant.

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

Je m'excuse de vous avoir exposé si rapidement l'influence que les médecins de l'Hôtel-Dieu ont exercé sur l'évolution de la Médecine au Canada-français. Les origines de la Médecine à Montréal sont dans cette chambre de famille à la Flèche, où M. Jérôme Le Royer de la Dauversière, dont nous célébrons aujourd'hui la mémoire, réunissait les siens aux alentours de 1630 pour leur faire part de son projet d'instituer un ordre de religieuses hospitalières qui honorassent St-Joseph et d'établir à Montréal, au Canada, un hôpital qu'elles desserviraient. Les médecins de cet Hôtel-Dieu que Mlle Jeanne Mance fonda grâce à la générosité de Mme De Bullion, surent se montrer au travers des siècles, dignes des gestes héroïques posés par les fondateurs de Ville-Marie. Ils surent tenir, au cours de l'évolution scientifique de la Médecine, la première place et, souvent même,

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

La construction de ce nouveau pavillon « Jérôme Le Royer de la Dauversière » permettra, non seulement de loger plus confortablement les malades privés de notre maison, mais aussi, de compléter cette réorganisation dans le cadre de la spécialisation intelligente jointe au travail de collaboration entre les différentes spécialités. Celle-ci sera totale,

lorsque le projet de construction des autres pavillons sera réalisé. Les médecins de l'Hôtel-Dieu, dont je me fais l'interprète, sont donc heureux de l'événement qui nous réunit aujourd'hui. Ils me prient de remercier d'une part, le gouvernement de la province de Québec, qui est représenté par l'honorable Ministre de la Santé et du Bien-Etre public, M. Henri Groulx auquel nous sommes reconnaissants, et d'autre part les religieuses Hospitalières de St-Joseph qui ont fourni les capitaux nécessaires à l'édification du pavillon de La Dauversière, qui marquera une étape dans l'évolution scientifique de notre Maison<sup>1</sup>.

---

1. Allocution prononcée lors de la bénédiction de la pierre angulaire du nouveau pavillon, le 6 novembre 1941.

# JOURNÉES ANNUELLES

de la Société Médicale de Montréal

## LA LUTTE CONTRE LA MORTALITÉ MATERNELLE ET INFANTILE AU CANADA<sup>(1)</sup>

Par **Ernest COUTURE,**

Directeur de la Division de l'Hygiène maternelle et infantile,  
Ministère des Pensions et de la Santé nationale,  
Ottawa.

C'est avec grand plaisir que j'ai accepté l'invitation de votre secrétaire, le Dr Paul Letondal, de venir traiter devant vous du problème de la mortalité maternelle et infantile au Canada. J'y vois, en premier lieu, l'occasion d'entrer en contact avec un groupe distingué de médecins. De même, en ma qualité de Directeur de la Division de l'Hygiène maternelle et infantile, au ministère des Pensions et de la Santé nationale, je me rends compte que cette invitation démontre un certain intérêt et certaines bonnes dispositions, de votre part, à l'égard de ma Division. Je vous suis reconnaissant, aussi, d'avoir donné à la question de l'hygiène maternelle et infantile une place aussi en vue, et je suis sûr que lorsque j'aurai fait, dans ses grandes lignes, l'exposé de la situation de ce côté, vous admettrez que le sujet mérite bien toute l'attention que vous lui donnez.

La question du bien-être des mères et des enfants a soulevé beaucoup d'intérêt au Canada depuis quelques années, particulièrement depuis l'établissement du ministère fédéral de la Santé en 1919, c'est-à-dire, il y a environ 21 ans. A cette époque, les divers services de santé du gouvernement fédéral étaient disséminés dans plusieurs ministères. La loi de la santé, établissant le ministère de la Santé comme entité distincte, sous la direction de l'honorable Newton Rowell, groupa plusieurs de ces services. Il vaut la peine de mention-

ner que l'une des premières dispositions de la loi avait trait au bien-être des mères et des enfants. C'est que, dans une certaine mesure, nos administrateurs se rendaient compte que la santé des mères et des enfants était essentielle au progrès social, et que nos services de santé publique, pour être efficaces, devaient se préoccuper au premier lieu du bien-être des mères et de la survivance et du développement normal des enfants. Néanmoins, sans tenir compte de ces considérations, quelque importantes qu'elles soient, le taux de mortalité maternelle et infantile à cette époque rendait la situation du Canada, vis-à-vis des autres pays civilisés, si peu enviable, qu'il fallait de toute nécessité songer à l'améliorer par quelque mesure appropriée.

### Mortalité maternelle

De fait, d'après la publication *A Handbook on Child Welfare in Canada*, rédigée par la doctoresse Helen MacMurchy en 1922, c'était au Canada et aux Etats-Unis, parmi les 17 pays qui à ce moment-là compilaient déjà de telles statistiques, que le taux de mortalité maternelle était le plus élevé.

Le docteur Henri Béland, alors ministre de la Santé, jugea le problème d'une telle importance qu'il invita les représentants des associations médicales à se joindre aux députés afin d'aviser aux moyens à prendre pour apporter une solution à cet état de choses. A la suite des délibérations, il fut décidé qu'on tiendrait une enquête sur toutes les mortalités maternelles qui surviendraient au Canada, pendant un certain temps. Le projet fut mis

1. Conférence sur le problème du bien-être des mères et des enfants au Canada, prononcée à l'hôpital Sainte-Justine, le 3 octobre 1941, lors des « Journées Annuelles » de la Société Médicale de Montréal.

à exécution en 1926 par la doctoresse Mac-Murphy qui envoya un questionnaire à tous les médecins qui rapportaient un cas de mortalité maternelle. On s'y prit de cette façon pour obtenir des renseignements précis sur les cas de mortalité provenant de causes multiples. Incidemment, pour la première fois au monde, dans une enquête sur la mortalité maternelle, chaque médecin était tenu de fournir un exposé complet de chaque cas de mortalité. Le questionnaire exigeait des renseignements sur la technique suivie, et sur les raisons qui avaient motivé ce choix; s'enquérât des conditions sociales et économiques, des soins médicaux, des services d'hôpitaux et de gardes-malades, et demandait enfin quelles avaient été les recommandations du médecin.

Afin d'être en mesure d'établir une comparaison avec la situation actuelle, je vous donnerai une brève énumération des conclusions de cette enquête. Sur les 1,532 cas examinés:

- 27 pour cent des mortalités étaient consécutives à la septicémie, y compris la phlébite et l'embolie,
- 23 pour cent à l'hémorragie,
- 21 pour cent à une toxémie de la grossesse,
- 29 pour cent à des causes multiples.

Quinze pour cent seulement des mères avaient reçu une assistance prénatale. Voici, en résumé, quelles furent les observations des médecins:

- a) Le public ne se rend pas suffisamment compte de la valeur de l'assistance prénatale.
- b) Il existe souvent chez les futures mères de vieux préjugés.
- c) Les ressources financières font souvent défaut.
- d) Les services à la portée des mères ne sont pas toujours suffisants.

Après la publication de ce rapport, une campagne très active fut inaugurée. Incidemment, elle se poursuit encore aujourd'hui, dans une certaine mesure. On y mit à profit tous les moyens possibles pour renseigner le public sur la question de l'hygiène. Des brochures furent distribuées gratuitement par le gouver-

nement fédéral, par certains organismes provinciaux et par quelques associations bénévoles. Des radio-allocutions firent partie du programme et des conférences furent données fréquemment devant divers groupements organisés. La profession médicale prit une part active à cette tentative d'améliorer l'assistance prénatale. Un comité spécial de l'Association médicale canadienne fut constitué et c'est grâce à ses recommandations, en grande partie du moins, que plusieurs de nos universités ont donné depuis une attention spéciale à l'obstétrique.

Il convient de mentionner qu'à ce moment-là, le taux de mortalité maternelle au Manitoba était l'un des plus élevés au pays. C'est à la suite de cet état de choses que le Dr E. W. Montgomery, ministre de la Santé et du Bien-être publics de cette province, entreprit une enquête. Chaque médecin qui rapportait un cas de mortalité fut invité à remplir un questionnaire et à fournir des précisions. Et l'enquête dura jusqu'en 1928. Ces recherches ont l'avantage non seulement de fournir des renseignements précieux mais aussi d'intéresser le public et les médecins au problème de l'assistance maternelle.

Lorsqu'on compare le taux de mortalité maternelle, au Manitoba, pour les cinq années 1926-1930 avec celui des cinq années 1931-1935, on constate qu'il est passé de 5.6 à 4.4 par 1,000 naissances vivantes; ce qui constitue une amélioration sensible. Actuellement, le Manitoba peut s'enorgueillir d'être l'une des provinces où le taux de mortalité maternelle est le plus bas. Et c'est là sans contredit une conséquence de l'attention spéciale qu'on a donnée à ce problème depuis l'institution des enquêtes.

En 1933, la province d'Ontario, sans doute stimulée par l'exemple du Manitoba, décida de faire de même et de se procurer des renseignements sur chaque mortalité maternelle.

Quelques années plus tard l'Association médicale de l'Alberta entreprenait une étude spéciale au moyen de questionnaires envoyés aux médecins qui rapportaient un cas de décès

consécutif à la grossesse. Voilà qui démontre bien l'intérêt que prend la profession médicale à cette question.

Cependant, après quelques années d'efforts énergiques, la situation semblait réfractaire à toute tentative de redressement. Vous constaterez, en effet, sur le tableau statistique que j'ai fait circuler, que le taux de mortalité maternelle n'a diminué que très lentement.

Comme je l'ai dit plus haut, nos administrateurs prirent la chose au sérieux et soulèverent la question à une assemblée du Conseil fédéral de la Santé. Comme vous le savez, le Conseil fédéral de la Santé fut constitué lors de l'établissement du ministère fédéral de la Santé, afin de servir d'intermédiaire entre les provinces et le gouvernement fédéral. Le Conseil se compose de représentants des divers gouvernements provinciaux, d'associations ouvrières, d'organismes féminins, ruraux et urbains, et il tient ses réunions à Ottawa, deux fois par année.

La question de l'assistance aux mères et aux enfants est revenue maintes fois, évidemment, devant ce Conseil, au cours des vingt dernières années. A la suite de ces délibérations, un Comité spécial sur la mortalité maternelle fut constitué il y a environ cinq ans. Ce comité fut d'avis qu'avant de recommander des mesures spéciales, il importait de se renseigner davantage sur le problème de la grossesse. Il se proposa d'obtenir les renseignements voulus au moyen d'une enquête plus vaste, qui ne serait point limitée aux seuls cas de mortalité mais à tous les états qui se rattachent à la grossesse. En conséquence, une enquête de deux ans sur la grossesse fut instituée au Manitoba. Bien que cette étude fût sous la direction du ministère provincial, plusieurs organismes contribuèrent à la rendre possible. La Rockefeller Foundation, le Collège des Médecins et Chirurgiens du Manitoba, et l'Association médicale canadienne firent généreusement leur part. Pour la compilation des résultats, on retint les services de la doctoresse Margaret Parks du ministère fédéral et de Mme Chassé, membre du personnel de la Division fédérale de l'Hygiène maternelle et infantile.

Votre secrétaire m'a demandé de vous donner un bref exposé des résultats de cette importante enquête qui comprend toutes les grossesses survenues au Manitoba de mai 1938 à mai 1940. Nous avons pu, grâce à ces recherches, étudier à fond 22,000 cas. Incidemment, je pourrais dire que si l'enquête a été tenue au Manitoba c'est parce que cette province est en quelque sorte un Canada en miniature. La province entière est facile d'accès et la profession médicale y était toute désignée pour cette entreprise, comme vous pourrez vous en rendre compte en apprenant que 90 pour cent des grossesses assistées d'un médecin ont été rapportées.

Vous remarquerez, sur les deux formules qui vous ont été données, combien les questionnaires étaient élaborés et vous pourrez vous faire une idée du temps et de l'effort requis pour répondre aux quelques 120 questions. Vous pourrez de même vous imaginer jusqu'où est allée la coopération du corps médical. Les renseignements obtenus ne nous permettent pas encore de nous livrer à une étude circonstanciée. Cependant le Dr Jackson, sous-ministre, a publié un rapport préliminaire qui porte sur une partie de l'enquête.

#### *Hospitalisation.*

Furent hospitalisées:

73 pour cent des 10,600 femmes dont les rapports ont été compilés, à date.

86 pour cent des 2,636 mères qui reçurent une assistance prénatale suffisante.

69 pour cent des 7,964 mères qui n'en reçurent aucune.

#### *Assistance prénatale.*

Des 10,600 mères, 25 pour cent seulement reçurent une assistance prénatale suffisante (à supposer que 5 visites ou plus constituent une telle assistance); quarante-huit pour cent reçurent une assistance partielle (1 à 4 visites); et vingt-neuf pour cent n'en reçurent aucune (ou du moins il n'en est pas fait mention).

*P. 139 Tableau V — Assistance prénatale.*

Le genre ou la qualité de l'assistance prénatale a été analysé, compte tenu des facteurs suivants: examen physique, poids, pression artérielle, mensurations du bassin, réaction de Wassermann, présentation, hémoglobine, battements du cœur du fœtus, position du fond de l'utérus au-dessus de la symphyse. Des 2,636 cas, 17 pour cent seulement bénéficièrent d'une assistance prénatale que l'on pourrait qualifier d'« acceptable ». Par conséquent, l'écart entre les 25 pour cent qui reçurent ce que l'on considère comme « une assistance prénatale suffisante », en nous basant sur le nombre de visites de la mère au médecin, et les 17 pour cent en nous basant sur la qualité des soins reçus, ne peut être attribué qu'aux seuls médecins.

Je crois avec le Dr Jackson « qu'il est inquiétant de constater combien peu nombreuses sont les mères qui, dans la partie rurale du Manitoba, reçoivent une assistance prénatale suffisante ». Il n'y en a que 15 pour cent.

De plus je voudrais attirer votre attention sur le petit nombre d'expectantes qui subissent le test de Wassermann. Sur 2,636 cas, il y en eut 714. Au point de vue santé publique et certainement au point de vue du bébé qui viendra, ce pourcentage est beaucoup trop bas.

*Quelques complications pendant et après les couches. 10,600 rapports.*

	<i>Assistance prénatale suffisante</i>	<i>Autres</i>
Accouchement fébrile	4 pour cent	2.9 pour cent
Extraction à l'aide d'un forceps	24 pour cent	18.6 pour cent
Opération césarienne	1 pour cent	0.6 pour cent

Vous remarquerez que, parmi les mères chez qui survinrent ces complications, si je puis me servir de ce terme, durant leur grossesse ou à l'époque de l'accouchement, celles qui avaient reçu une assistance prénatale suffisante ont subi en bien plus grand nombre que les autres, des hausses de température. Cependant, cette comparaison n'est peut-être pas légitime puisqu'il y a lieu de s'attendre à ce qu'une hausse

dans la température passe plus difficilement inaperçue chez les mères qui reçoivent une assistance prénatale suffisante; et cela d'autant plus que la plupart des cas ont été observés dans les hôpitaux, où l'on prend la température régulièrement. On remarque aussi qu'il y eut davantage dans ce même groupe de libérations par forceps et d'opérations césariennes. Il faut se rappeler cependant que plusieurs mères de cette catégorie étaient des primipares. A première vue on pourrait considérer cette situation comme fâcheuse. Cependant, quoi qu'il en soit, une assistance prénatale suffisante nous apparaît réellement comme très précieuse pour la protection de la mère et de l'enfant, car d'après les statistiques le taux de mortalité maternelle est de 3.8 par mille naissances vivantes chez les mères assistées et de 4.6 chez les autres. D'après ces chiffres, il serait donc possible de sauver la vie à 168 mères annuellement, si chaque femme enceinte recevait les soins voulus.

En ce qui regarde les bébés, y compris ceux qui sont morts avant ou peu après leur naissance, le taux de mortalité fut de 36 par mille naissances lorsque la mère avait reçu des soins prénatals suffisants, et de 44 dans le cas contraire. Ce qui signifie qu'on pourrait sauver la vie à quelque 1,150 bébés, si chaque mère recevait une assistance prénatale suffisante.

Après un examen minutieux des renseignements contenus dans les 10,600 rapports, le Dr Jackson résume ses conclusions comme suit:

1. On peut appuyer sur des statistiques l'opinion généralement reçue qu'une assistance prénatale suffisante est nécessaire si nous désirons améliorer la santé des mères.
2. La proportion des mères du Manitoba qui demandent ou obtiennent des soins suffisants pendant leur grossesse, est beaucoup trop basse.
3. Le genre d'assistance donnée varie considérablement.
4. Les remarques qui précèdent s'appliquent à tout le Canada, puisque le taux de morta-

lité maternelle est à peu près le même dans toutes les provinces.

Le fait le plus saillant qui ressort de chacune des enquêtes tenues jusqu'ici est que le succès des accouchements semble varier constamment en raison du degré et de la qualité de l'assistance prénatale. Aussi, sommes-nous de plus en plus convaincu que, pour améliorer la situation maternelle, il importe en premier lieu d'améliorer l'assistance prénatale.

Les heureux résultats obtenus par les organismes que je mentionnerai dans un instant, nous donnent une idée de ce qu'on peut accomplir au moyen de soins habiles et de surveillance pendant la grossesse et à l'époque de l'accouchement. Les Infirmières de l'ordre Victoria, avec 92 maisons au pays, ont atteint un taux de mortalité maternelle de 2.1 par 1,000 naissances vivantes, bien qu'elles s'occupent surtout des personnes les moins favorisées de la fortune. Il s'agit là d'une moyenne pour la période de 5 ans 1936-1940; c'est donc moins de la moitié du taux obtenu pour le Canada dans son ensemble.

De même, l'Assistance Maternelle de Montréal, avec un taux de 2.16 en 1939, nous démontre à son tour que la réduction de la mortalité est possible. Ces statistiques nous prouvent de la façon la plus évidente la valeur de l'assistance prénatale; il n'existe, en effet, entre ces institutions et les autres du même genre qu'une seule différence notable: la mère y est surveillée de près par le personnel d'un dispensaire dirigé par des spécialistes et les cas anormaux sont découverts de bonne heure et transférés à l'hôpital pour y être soignés. Les mères dont la grossesse est normale accouchent à la maison assistées du médecin de leur choix.

Les municipalités du Manitoba qui retiennent les services d'un médecin nous démontrent aussi de leur côté qu'une bonne assistance épargne des vies humaines. Depuis 1934, sous le régime des médecins municipaux, le taux de la mortalité ne fut que de 1.8 dans les régions où ce système est en vigueur, alors que dans l'ensemble de la province le taux était de 4.3

par mille naissances vivantes. Comme, sous ce régime, le manque de ressources financières n'est plus un obstacle, la mère reçoit de meilleurs soins.

Je pourrais ajouter qu'une bonne assistance prénatale offre un double avantage. D'un côté elle protège la mère, et de l'autre elle donne au médecin une expérience qu'il ne saurait obtenir nulle part ailleurs. Et cette expérience lui permet à la longue de discerner d'avance le genre de soins dont la future mère a besoin.

Il est probable que si nous éprouvons une certaine difficulté à intéresser les mères à l'obstétrique c'est qu'en général la grossesse et la maternité ne semblent guère dangereuses. A leurs yeux, par conséquent, une vigilance constante n'est nécessaire que dans certains cas isolés. Le Dr Chipman a répété à maintes reprises que ses services lui semblaient plus utiles pendant la grossesse qu'à l'époque de la délivrance elle-même, parce qu'il pouvait, au moyen de l'assistance prénatale, protéger celles des mères qui avaient besoin de soins spéciaux ou d'intervention au moment de leurs couches. D'après ma propre expérience je crois qu'un trop grand nombre de mères sont envoyées à l'hôpital trop tard et souvent dans un état tel, qu'il est désormais impossible d'y remédier. C'est que des irrégularités ont été aperçues trop tard ou que le diagnostic est erroné. Il importe de discerner d'avance les complications probables de l'enfantement; autrement la mère ne saurait recevoir les soins qui lui conviennent le mieux.

Le manque d'assistance prénatale provient de diverses causes. Par exemple, le peu de densité de la population, les conditions économiques et climatériques et l'absence de coopération de la part de la mère doivent entrer en ligne de compte. Cependant il faut avouer que les médecins eux-mêmes ne sont pas au-dessus de tout reproche. Il y a quelque temps un fonctionnaire d'un département de la Santé publique, quelque part aux Etats-Unis, curieux de savoir pourquoi les mères regardaient l'assistance prénatale d'un œil indifférent, envoya un questionnaire à plusieurs d'entre elles.

Une réponse, entre autres, et qui revenait fréquemment donnait comme explication que les mères avaient l'impression d'être négligées par le médecin et que souvent celui-ci ne semblait pas s'intéresser à leur cas.

Permettez-moi maintenant d'envisager un aspect de ce problème, qui bien que de nature plutôt sentimentale, n'en milite pas moins très fortement en faveur des soins spéciaux que le médecin doit prodiguer à la femme enceinte. Je fais allusion ici à la nécessité de tenir compte davantage des sentiments de la future mère. Il faut admettre qu'à la longue le médecin en vient à considérer ses malades un peu trop machinalement. Il est facile d'oublier que la future mère, spécialement lorsqu'elle attend son premier bébé, est dans un état d'esprit particulier. Cet événement est pour elle d'une importance toute vitale. Par conséquent elle est plus sensible à toutes les impressions et je ne connais pas, dans la pratique de la médecine, de moment qui soit plus favorable à l'éclosion d'une amitié profonde et durable. De plus la bonté et l'estime auront ce double avantage de soulager la mère de bien des tracas et de rendre sa coopération plus facile à obtenir.

#### L'ALIMENTATION PENDANT LA GROSSESSE.

Entre autres choses, je voudrais insister sur l'importance d'une alimentation appropriée pendant la grossesse. Jusqu'à ces derniers temps on présumait, à priori, que pourvu qu'ils en aient les moyens, les gens suivaient généralement un régime alimentaire propre à les maintenir en bonne santé. Cependant, on s'est rendu compte de l'erreur de cette impression. En fait, même lorsqu'ils sont en mesure de se procurer les aliments requis, la plupart des gens ne suivent pas un régime rationnel.

A Toronto on procédait récemment à une enquête spéciale sur l'alimentation de 400 femmes enceintes, afin de déterminer les effets de l'alimentation sur la grossesse et les nouveau-nés. Cette enquête a révélé que le rôle de l'alimentation est beaucoup plus important qu'on ne l'avait supposé. Le Dr Tisdall, de Toronto, qui dirigeait cette enquête fut même stupé-

fait du résultat qui, disait-il, prenait l'allure d'une fiction.

Après s'être rendu compte que 90 de ces 400 femmes étaient bien imparfaitement alimentées, on les répartit en trois catégories. On rangea dans une première catégorie les femmes qui étaient en mesure de se procurer tous les aliments dont elles pouvaient avoir besoin et on se contenta de leur faire des recommandations, dans le dessein de déterminer ce qu'il était possible d'accomplir par ce seul moyen. Une deuxième catégorie comprenait les mères qui ne pouvaient se procurer une quantité suffisante des aliments dont elles avaient besoin. Dans ce cas on entreprit de compléter leur régime de manière à le rendre aussi conforme que possible au régime normal. Dans la troisième catégorie se rangeaient les femmes qui se trouvaient dans l'impossibilité absolue de se procurer une nourriture suffisante. On en fit un groupe témoin, sans modifier leur régime habituel et sans leur donner d'instructions spéciales. Or, comme je le disais tout à l'heure, les résultats ont prouvé de façon concluante que l'alimentation joue un rôle de tout premier plan dans la grossesse. On enquêta sur la phosphatase sanguine, la vitamine C et l'hémoglobine chez la mère et chez l'enfant et à différents temps. Les observations cliniques et les études de laboratoire démontrent que le régime alimentaire prénatal exerce une influence de premier plan sur la santé de la mère pendant la grossesse, l'accouchement et la convalescence. Le régime alimentaire pendant la grossesse agit aussi profondément sur la santé de l'enfant pendant ses quelques premiers mois de vie.

On nota beaucoup moins d'avortements, d'accouchements prématurés et de mort-nés chez les mères qui avaient bénéficié d'une alimentation supplémentaire. L'aptitude à bien allaiter le bébé était plus prononcée chez la mère bien nourrie. Le poids moyen à la naissance était légèrement plus élevé chez les mères de la deuxième catégorie que chez celles de la troisième. Examinés à l'âge de six mois, les bébés nés de mamans dont l'alimentation

était bonne ou avait été supplémentée pesaient plus, étaient plus vigoureux et avaient été atteints de moins de maladies pendant leurs premiers six mois de vie. Les décès par infection furent plus nombreux dans le groupe de celles qui avaient été mal alimentées.

Les études de phosphatase sanguine chez les mères démontrent l'utilité de la vitamine D pendant la grossesse.

#### MORTALITÉ MATERNELLE.

Permettez-moi de vous dire quelques mots de la situation au Canada, du côté de la mortalité maternelle. En 1940, d'après les rapports préliminaires, le taux de mortalité maternelle au Canada était de 4.0 par 1,000 naissances vivantes, contre 5.7 en 1926, il y a 14 ans. Cela veut donc dire que 416 foyers furent épargnés, qui eussent été ravagés si le taux de 1926 avait eu cours. Voilà un résultat vraiment encourageant.

Devant ce succès nous pourrions être tentés de relâcher nos efforts et d'estimer le problème résolu. Tel n'est pas le cas cependant. En somme les conditions générales aujourd'hui ne sont guère en progrès sur celles d'il y a 15 ans si l'on considère: que nous avons à notre disposition de nouvelles ressources; que l'art médical a réalisé bien des progrès; et enfin que le public connaît et respecte davantage les principes de l'hygiène.

Il est clair que notre taux de mortalité de 4.0 peut encore être réduit sensiblement puisque 31 pour cent de nos cas de mortalité sont imputables à la septicémie, 24 pour cent à la toxémie et 16 pour cent aux hémorragies. Soixante et onze pour cent de nos mortalités maternelles, soit 696 sur 973, sont donc imputables à ces trois causes — septicémie, toxémie et hémorragie. Et pourtant il s'agit là de trois affections que la science et les ressources dont nous disposons aujourd'hui nous permettent de prévenir dans bien des cas.

Je crois que, en général, le médecin moyen ne se rend guère compte de tout le bien qu'il ferait, en sauvant, par sa vigilance constante et son habileté, même une seule vie, dans le

cours, disons, de dix années. Il y a au Canada environ 6,000 médecins qui font des accouchements. Par conséquent, si chacun d'eux sauvait une vie en dix ans, le nombre de mortalités maternelles serait réduit de 600 par année, soit de près des deux tiers de nos pertes actuelles.

J'ai souvent entendu des médecins estimer leurs succès en obstétrique, en raison du nombre de cas perdus au cours d'un certain nombre d'années. Pour être précise et juste, cependant, l'évaluation doit se faire d'après le nombre de décès par 1,000 naissances vivantes et non d'après le nombre de décès par année. En effet, en nous basant sur le taux national de 4 décès par 1,000 naissances vivantes, si un médecin assiste, disons, cent mères par année en moyenne, il ne doit perdre par la septicémie qu'un cas tous les huit ans, par la toxémie, un tous les onze ans et par l'hémorragie un tous les seize ans. Il est clair par conséquent que le médecin doit être constamment sur ses gardes s'il veut aider à réduire le nombre actuel de décès.

La mortalité n'est pas seule non plus à entrer en ligne de compte, car ce que l'accouchement peut coûter en santé à la mère est aussi très important. Selon le professeur Blair Bell, « chaque année une accouchée sur dix est rendue plus ou moins invalide et doit subir une opération pour revenir à la santé. Et pourtant, à défaut de chiffres précis, cela nous semble un estimé prudent. Et de plus, combien endurent en silence des lésions légères qui plus tard deviendront peut-être fatales ».

A ce propos, on doit se rappeler que « les moyens dont nous nous servons (pour employer l'expression du Dr Kerr) contre les maladies, sont les mêmes que contre la mort, c'est-à-dire les soins qui conviennent avant et pendant l'accouchement. Mais tandis qu'il est relativement facile de porter le taux de mortalité à sa limite minimum (quelques institutions l'ont déjà fait), il est infiniment plus difficile de combattre la morbidité et les invalidités qui en proviennent, avec autant de succès.

### Puériculture et mortalité infantile

De toute évidence, on ne saurait facilement dissocier le problème des soins maternels de celui de la puériculture puisque l'un et l'autre de ces problèmes se touchent de si près quant à leurs résultats. D'après la statistique parue dans les publications du *Children's Bureau*, à Washington, la mortalité chez les enfants dont la mère mourut moins d'un an après avoir donné le jour à ces enfants s'est élevée à 450 par mille naissances vivantes. Et dans les cas où la mère mourut moins d'un mois après la naissance de l'enfant, la mortalité infantile s'est élevée à 607 par mille naissances.

Une analyse spéciale entreprise par le Bureau fédéral de la Statistique a démontré que:

- 49 pour cent seulement des décès maternels avaient suivi une naissance vivante;
- 19 pour cent faisaient suite à une mortinatalité;
- 32 pour cent se rapportaient à des cas où le fœtus était mort avant l'accouchement ou avant la période de viabilité (6 mois et demi de grossesse).

C'est là un autre argument qui milite en faveur des soins prénatals depuis le début de la grossesse et qui fait ressortir l'erreur que l'on commet en pensant que l'on n'a besoin du médecin que pour l'accouchement. N'oublions pas qu'un nouveau-né existe déjà depuis neuf mois: c'est cette période importante qu'est sa vie prénatale qui détermine l'état de sa santé future comme aussi celui de sa mère.

On a dit que la mortalité infantile est le meilleur indice de l'état de santé d'une collectivité. Or, pour obtenir un tableau bien fidèle de la situation, il y a lieu de considérer la situation dans l'ensemble du pays plutôt que dans une région particulière et circonscrite. En 1926 (et c'est la première année pour laquelle nous possédions des relevés applicables aux neuf provinces), le taux de la mortalité infantile au Canada s'établissait à 101 par 1,000 naissances vivantes. Cette année-là, environ 24,000 bébés mouraient avant d'avoir atteint l'âge d'un an. Ce nombre représente une moyenne d'une mortalité par dix naissances.

En 1940, sur la base de 13,740 décès, le taux était tombé à 56. En d'autres termes, un bébé sur 18 nés vivants n'a pas vécu un an. Cette réduction, de 101 à 56, dans le taux de la mortalité infantile est véritablement une superbe réussite. Sans doute cette amélioration est-elle due, dans une certaine mesure, aux progrès de la science et à la multiplication des services d'hygiène, tels la possibilité de recourir aux infirmières, aux dispensaires postnatals et aux consultations maternelles; mais je n'en demeure pas moins persuadé qu'elle tient surtout à la judicieuse application des mesures connues d'hygiène publique, mesures dont l'adoption est devenue réalisable grâce à la propagande éducative.

Après un pareil succès, nous serions peut-être tentés de nous reposer sur nos lauriers. Gardons-nous de le faire car, si nous comparons nos résultats avec ceux d'autres pays (même si la comparaison n'est pas toujours juste, étant donné la grande disparité des conditions dans diverses régions du globe), nous avons tôt fait de constater que nos résultats pourraient être bien meilleurs encore.

Voici quelques taux de mortalité infantile dans divers pays:

Nouvelle-Zélande . . . . .	31
Australie . . . . .	38
Suède . . . . .	46
Etats-Unis . . . . .	48
Union sud-africaine (blancs) . . .	57
Angleterre et Pays de Galles . . .	58
Canada (1940) . . . . .	56

Ces chiffres prouvent d'une façon péremptoire qu'il y aurait lieu de réduire encore davantage la mortalité infantile en notre pays.

Aux Etats-Unis, le taux de la mortalité infantile s'établit aujourd'hui à 48, au regard de notre taux de 56 par 1,000 naissances vivantes. Si nous pouvions nous-mêmes en arriver à ce taux de 48, nous assurerions du coup la survie de 2,000 bébés par année.

Signalons, en outre, que plus de la moitié des décès parmi les enfants de moins d'un an surviennent au cours du premier mois de leur existence, et que 74 pour cent de ces décès se

produisent dans la semaine qui suit la naissance. Ces décès, qui constituent ce qu'on est convenu d'appeler « la mortalité néonatale », résultent de causes qui se rattachent étroitement aux maladies maternelles. Or, au cours des 20 années dernières, nous n'avons guère réussi à diminuer la mortalité néonatale au Canada.

Dans le premier mois de vie, la cause principale de mortalité néonatale est la prématurité. Il est indiscutable qu'une bonne hygiène prénatale aurait pour effet de diminuer considérablement le nombre des décès imputables à la prématurité. Un autre bon moyen de combattre cette cause serait de pourvoir à l'accès de couveuses portatives, soit pour usage au domicile même de l'accouchée soit pour aider au transport du nouveau-né à l'hôpital.

Un autre élément qui concourrait à la survie des prématurés serait le maintien de réserves de lait maternel, comme il en existe déjà dans certaines institutions telles que l'hôpital Royal Victoria, à Montréal, et la clinique Burnside, à Toronto.

Après la prématurité, la principale cause de décès au cours du premier mois de vie est la débilité congénitale. Or une pratique plus générale de l'hygiène prénatale, particulièrement une attention spéciale à l'alimentation de la femme durant sa grossesse, modifierait nettement la situation à cet égard, comme l'a prouvé d'ailleurs l'enquête instituée à Toronto.

La troisième des grandes causes de mortalité néonatale, est celle que représentent les accidents de l'accouchement: autre cause que l'on pourrait en grande partie éliminer par des précautions particulières durant l'accouchement.

#### LES MORTINATALITÉS.

Je me permettrai de mentionner aussi le nombre continûment élevé de mortinatalités enregistrées chaque année. Ainsi, en 1940, nous avons recensé 6,598 mort-nés. C'est presque la moitié du nombre total des enfants qui ont succombé dans les douze premiers mois qui ont suivi leur naissance. Je suis persuadé que, dans ces cas également, l'exercice de précautions

particulières durant l'accouchement servirait à améliorer immensément la situation, car, d'après le Dr Frederick McGuinness, de Winnipeg, qui a fait une étude spéciale des causes de décès parmi un groupe de 200 mort-nés:

- 46 (ou près de 25 pour cent) ont succombé à l'hémorragie intracrânienne;
- 5 pour cent à l'asphyxie et
- 1 pour cent à la syphilis congénitale.

#### AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES.

Si nous poussons plus loin notre analyse des causes de mortalité infantile, nous constatons que beaucoup trop de nouveau-nés succombent à des affections qui, dans l'état actuel de nos connaissances, ne devraient pas se présenter. Ainsi, l'an dernier, 2,523 bébés sont morts de *pneumonie*, de *bronchite* et de *influenza*. J'oserai dire que si on se rendait mieux compte de l'extrême prédisposition des enfants à contracter le rhume, la grippe et le mal de gorge, on s'appliquerait davantage à les prémunir contre ces affections et, partant, on éviterait un grand nombre de décès infantiles.

Considérées isolément, la diarrhée et l'entérite constituent encore la cause majeure de décès infantiles. En 1940, 1,229 enfants de moins d'un an ont succombé à l'une ou l'autre de ces affections et, de ce nombre, 726 décès sont survenus dans la province de Québec, pour y constituer une proportion de 59 pour cent de tous les décès par ces affections au Canada. En Ontario, 130 bébés sont morts de diarrhée et d'entérite. Cela représente un taux de 866 dans la province de Québec contre un taux de 190 par mille naissances vivantes dans l'Ontario.

En 1940, la cité de Montréal, avec une population d'un million, signalait 111 décès d'enfants de moins d'un an, par comparaison avec 11 décès à Toronto, qui compte 750,000 habitants. La ville de Québec, dont la population n'est qu'un cinquième de celle de Toronto, dénombrerait 37 décès de cette nature.

A Montréal, le taux général de la mortalité infantile est de 58 par 1,000 naissances vivantes. A Toronto, ce taux est de 38 par 1,000

naissances vivantes. Naturellement, en analysant ces données, il ne faut pas perdre de vue certains facteurs fort dissemblables dans l'une et l'autre de ces deux villes.

Je désire rendre hommage à ceux qui dirigent le service d'Hygiène de la cité de Montréal car, grâce à leur travail résolu, ils ont réussi à diminuer le taux des mortalités infantiles par diarrhée et entérite à 19.5 en 1939 de 32 qu'il était en 1929. En établissant une telle comparaison, il faut faire entrer en ligne de compte des éléments tels que la forte natalité dans la province de Québec et le sort des enfants illégitimes. En effet, il existe, dans cette province, des groupements d'illégitimes qui, en raison même de leur vie en commun, sont exposés à des risques particuliers qui sont fréquemment le point de départ de vastes épidémies. Le risque est naturellement bien moindre pour les enfants isolés. N'empêche que, malgré toutes ces circonstances, la situation est vraiment très grave et constitue un problème dont la solution exige la mise en œuvre de précautions toutes spéciales.

#### L'ALIMENTATION.

Je tiens à insister sur le rôle prophylactique de l'alimentation chez les nourrissons. A ce propos, je soulignerais l'influence salubre de l'allaitement maternel. Nous estimons que trop de mères, de nos jours, se dérobent volontiers à ce devoir. Pourtant, aucun spécialiste en la matière, j'en suis persuadé, ne met en doute les avantages de l'allaitement maternel sur l'allaitement artificiel, même de nos jours où nous avons acquis une meilleure connaissance des principes fondamentaux de la nutrition. Pour ce qui est de la valeur du lait maternel, comparé au biberon, le Dr Oliver Wendell Holmes affirmait que: «Lorsqu'il s'agit d'élaborer un aliment pour le nourrisson, deux glandes mammaires valent mieux que les hémisphères cérébraux du plus fûté des pédagogues.» De tous les soins qu'exige l'enfant, il n'en est pas un seul qui égale en importance celui de l'allaitement rationnel. Le nourrisson — surtout s'il est au biberon — a besoin de la surveillance constante du médecin. Lors-

qu'il s'agit d'alimenter le nourrisson, il y a lieu d'apporter une attention particulière aux points suivants: 1) un allaitement rationnel et régulier; 2) la prévention de la contamination des aliments; 3) l'apport d'un supplément de vitamines par le jus d'orange ou de tomate et l'huile de foie de morue et 4) la nécessité de pourvoir graduellement aux besoins d'aliments ferrugineux, sous forme de légumes et de céréales.

D'après une étude entreprise par le docteur McNeil, professeur à l'université d'Edimbourg, sur 100 cas mortels de gastro-entérite, 92 bébés avaient été alimentés exclusivement au biberon, 4 avaient reçu un allaitement mixte et 4 seulement avaient été nourris au sein. On peut en juger à quel point l'allaitement maternel protège la santé du nourrisson.

Le Dr Ronald Carter, de Kensington, en Angleterre, affirme qu'il n'a jamais eu connaissance d'un cas mortel de diarrhée et de vomissement chez un bébé nourri exclusivement au sein. Il ajoute que 95 pour cent des mères peuvent allaiter leur enfant.

#### MALADIES CONTAGIEUSES.

Si nous jetons maintenant un regard sur le chiffre des maladies contagieuses déclarées, chaque année, cela nous convainc davantage que le Canada ne profite pas, comme il le devrait, des avantages que lui offre la science médicale moderne.

Pendant l'année 1940, la *diphtérie* a causé la mort de 212 personnes d'âge différent; 2,335 cas de cette maladie furent déclarés. Voilà un état de choses effrayant, si nous tenons compte du fait que la toxoïde, ou vaccination anti-diphtérique, produit son effet dans 100 pour cent des cas, qu'elle est sans danger, accessible à tous, administrée gratuitement, et qu'enfin, depuis 15 ans, elle a été fortement et continuellement recommandée. De fait, je ne sache pas qu'il existe, dans le domaine de la santé publique, d'exemple plus frappant des difficultés auxquelles nous nous heurtons, chaque fois qu'il s'agit de faire accepter au public des mesures qui sont dans son intérêt.

Lorsque l'immunisation par la toxoïde fut introduite, la moyenne des décès annuels causés par la diphtérie était à peu près de 2,000. En 1940, l'usage de la toxoïde a réduit le nombre des décès à 212. Vous pouvez juger par là des bienfaits merveilleux apportés par l'immunisation au moyen de la toxoïde. Nous avons une preuve indéniable de la protection que confère la toxoïde dans le fait que la ville de Brantford a été exempte non seulement de décès, mais même de cas de diphtérie, depuis 1930, simplement parce qu'elle a consenti tout de suite à se soumettre à cette mesure. Depuis 1932, Hamilton a fait à peu près la même expérience. L'an dernier, la ville de Toronto n'a eu à enregistrer aucun décès ni même aucun cas de diphtérie. On dit que c'est là un record mondial pour une ville de cette importance.

Ces dernières années, il y a eu augmentation considérable du nombre des enfants immunisés contre la diphtérie, grâce aux efforts énergiques et suivis des hygiénistes et des gardes-malades qui les ont secondés.

D'après un récent rapport de la cité de Montréal, il y eut durant l'année 1927, 1,826 cas de diphtérie et 219 décès occasionnés par cette maladie. En 1940, il n'y eut que 140 cas et 11 décès. En 1927, le taux par 100,000 habitants était de 30, alors qu'en 1940, il n'était que de 1.2. Dans un rapport récent publié par le Dr Groulx, directeur de votre service d'hygiène municipale, on voit que 40 pour cent seulement des enfants de moins de cinq ans, à Montréal, ont été immunisés. Le Dr Groulx dit également qu'il n'aurait dû y avoir, à Montréal, aucun décès causé par la diphtérie, si tous les parents avaient fait immuniser leurs enfants dès leur première année d'existence.

Je suis sûr que vous conviendrez avec moi que c'est un devoir aussi urgent qu'impérieux que de m'occuper du sort de l'enfant d'âge préscolaire, surtout lorsqu'on saura que 60 pour cent des décès dus à la diphtérie, surviennent chez les enfants de cet âge.

#### *Fièvre scarlatine.*

Les effets satisfaisants constatés de nos jours, de l'immunisation contre la fièvre scarlatine, devraient nous encourager à recourir davantage à cette protection. J'en ai la preuve dans un rapport que j'ai en ma possession, où il est établi que, dans la ville d'Edmonton, la proportion de fièvre scarlatine était de 14 fois supérieure, chez 6,000 enfants non inoculés, que chez un nombre égal d'enfants inoculés. En 1940, il y a eu, au Canada, 13,707 cas déclarés; les décès furent de 120, et le taux de mortalité de 1.1.

#### *Coqueluche.*

On peut aussi se procurer, contre la coqueluche, un vaccin qui offre des garanties raisonnables et qui contribuerait grandement à réduire les cas de cette maladie. En 1940, 19,876 cas et 598 décès ont été déclarés.

#### *Rougeole.*

Chaque année, cette maladie vient en tête des maladies contagieuses. Il y en eut 45,834 cas, en 1940. Les parents ont encore l'impression que la rougeole est inévitable, ce qui fait qu'ils ne donnent pas assez d'attention aux mesures propres à prévenir cette maladie. Celle-ci entraîne beaucoup de conséquences morbides, et l'on ignore trop qu'en 1940, elle causa la mort de 164 personnes.

#### MORBIDITÉ.

Il va sans dire que sauver des vies n'est pas tout ce qui doit nous intéresser, dans le problème de l'enfance. Pour compléter le tableau, qu'on me permette de mentionner quelques faits qui démontreront le besoin qu'il y a d'employer toutes nos énergies à rechercher aussi leur bien-être. Les observations sur la santé recueillies dans les écoles de Toronto, par exemple, nous indiquent que, sur chaque dix enfants examinés par les médecins des écoles, quatre sont physiquement anormaux. Au cours des dix dernières années, on a constaté qu'environ 90,000 enfants de Toronto présentaient soit une, soit plusieurs imperfections physiques. Je suis convaincu que si

l'on faisait des relevés dans d'autres parties du pays, on rencontrerait à peu près le même état de choses. En effet, le Dr J.-Ernest Sylvestre, du ministère de la Santé de Québec, a tout dernièrement fait une déclaration frappante. Il a dit que, d'après les rapports des examens médicaux, dans les écoles, moins de 20 pour cent des enfants d'âge scolaire étaient normaux. Plus de 80 pour cent des enfants de la province souffrent de carie dentaire, d'anémie, de goitre, etc., et, parmi eux, 35 pour cent sont au-dessous du poids normal. Une compétence en la matière, commentant sur ce déplorable état de choses, affirme que bien que la pauvreté en soit la cause première, il faut néanmoins jeter une grande partie du blâme sur la négligence, de même que sur l'ignorance des règles de l'hygiène et de la nutrition.

A la suite d'une enquête sur la santé des jeunes gens, dans les campagnes du Manitoba, le Dr Cecil G. Sheps, de Winnipeg, en est arrivé aux conclusions suivantes:

Ceux que l'on a choisis pour examen, au cours de cette enquête, représentaient tous les groupes que l'on rencontre dans les campagnes manitobaines. On a visité toutes les parties de la province, et, de cette façon, on a pu obtenir, par surcroît, des renseignements utiles au point de vue économique et social. Également, les différentes nationalités du Manitoba se trouvaient bien représentées. Le nombre de ceux qui ont été examinés et qui était de 3,146, est assez considérable pour laisser supposer que l'étude faite, en cette circonstance, indique clairement l'état de santé de la jeunesse des campagnes du Manitoba.

#### *Immunisation.*

Vingt-sept pour cent n'avaient jamais été vaccinés. La proportion de vaccination variait beaucoup; en certains endroits elle était de 90 pour cent, à d'autres, elle tombait à moins de 50 pour cent. Cinquante et un pour cent n'avaient pas été immunisés contre la diphtérie.

#### *Hygiène dentaire.*

L'hygiène dentaire est loin d'être suffisante. Vingt et un pour cent de ce groupe étaient

atteints de carie dentaire avancée et bien évidente.

#### *Vue.*

Quarante-deux pour cent portent des verres ou devraient en porter, ce qui signifie que toute cette proportion a la vue défectueuse. Trente-sept pour cent de ceux qui portaient des lunettes n'avaient pas celles qui leur convenaient exactement.

#### *Pieds.*

Deux pour cent des garçons avaient les pieds plats, et cette proportion était quintuplée chez les filles.

#### *Nutrition.*

Neuf pour cent accusaient une insuffisance pondérale. Les difformités de poitrine, telles que poitrine plate et d'autres difformités de caractère rachitique, se rencontraient dans 3 pour cent des cas, mais deux fois plus souvent chez les garçons que chez les filles, ce qui révélerait l'existence d'une incidence de rachitisme de proportions inattendues, car il n'est ici question que des cas où il y avait difformité résiduaire.

#### *Tuberculose.*

Vingt-sept et sept dixièmes pour cent ont eu une réaction positive à la tuberculine. Il n'y avait pas de différence marquée entre le groupe de garçons et celui des filles. En se basant sur l'examen radiologique de la moitié de ceux chez qui on avait constaté une intradermo-réaction positive à la tuberculine, on peut conclure, en prenant le groupe dans son entier, que, chez 1 pour cent des sujets, les pellicules n'étaient pas nettes, nécessitant une observation ultérieure, et qu'une proportion de 0.25 pour cent avait la tuberculose pulmonaire, exigeant des traitements dans un sanatorium.

#### *Syphilis.*

On a découvert quatre cas de syphilis chez des sujets qui ignoraient être atteints de cette maladie — ce qui est une incidence de 0.1 pour cent. Naturellement, ces conclusions sont sujettes aux restrictions ci-haut mentionnées.

On a découvert, au cours de l'enquête, que 70 pour cent des sujets examinés souffraient,

soit d'un trouble ou d'une affection guérissable, soit de plusieurs, nécessitant l'avis du médecin.

#### LE GROUPE D'ÂGE PRÉSCOLAIRE.

Il est tellement important de bien débiter dans la vie, que si l'on néglige de donner aux enfants, disons de un à cinq ans, les soins qu'ils requièrent, les conséquences en peuvent être très graves et avoir leur répercussion pendant toute la vie. C'est surtout parmi cette catégorie d'enfants que les effets de la négligence se font le plus lourdement sentir.

Si l'on donnait une meilleure attention aux enfants de cet âge, le temps du personnel des services d'hygiène scolaire serait moins pris à soigner des cas qui auraient pu être prévenus. Si ce personnel n'avait à s'occuper, relativement à la santé des enfants, que de leur amélioration au point de vue mental de même qu'au point de vue physique en général, on n'y trouverait que des avantages.

En face du nombre de recrues refusées pour le service militaire, nous nous rendons compte maintenant des conséquences de notre négligence à surveiller la santé et le bien-être de nos enfants. Je ne puis vous donner de chiffres officiels, mais on m'informe que près de 25 à

30 pour cent de nos jeunes gens qui ont voulu s'enrôler ont été refusés comme inaptes au service militaire. Voilà un état de choses que le Canada ne devrait pas pouvoir tolérer. Aussi, il y a quelques jours à peine, un haut fonctionnaire du gouvernement, le major général Laffèche, a déploré le trop grand nombre de jeunes gens inaptes au service actif. Il a exprimé l'opinion que, lors du rajustement qui suivra la guerre, nous devrions nous donner, comme l'une de nos principales tâches, celle d'améliorer ces conditions regrettables, afin qu'à l'avenir ne se renouvellent pas, au point de vue santé, les inconvénients qu'on a eu à déplorer dans le passé.

Afin d'atteindre ce but, ne serait-il pas logique de nous préoccuper sérieusement des soins à donner aux mères et aux enfants sur qui repose l'avenir du pays? Voilà une œuvre qui requiert, non pas 90 ou 95 pour cent de l'appui de la profession médicale, mais cet appui *tout entier*.

J'espère que l'exposé que j'ai tenté de vous faire vous justifiera, à vos propres yeux, de donner à cette matière une place prépondérante.

---

## LA CHIROPRATIQUE DANS LA P.Q. ?

Par **J.-E. DESROCHERS**,  
Président du Collège des Médecins et Chirurgiens  
de la province de Québec.

C'est vers 1895 qu'un épicier canadien du nom de D. D. Palmer, lança l'idée de la Chiropratique. Cette théorie d'après laquelle toutes les maladies ne découlent que d'une cause: le coincement des nerfs à leur issue de la colonne vertébrale, coincement qui nuit à la transmission du fluide nerveux à travers les dits nerfs; d'où maladie. Il suffit de réduire la subluxation de la vertèbre en cause pour voir reflourir la santé.

D. D. Palmer eut un fils qui, vers l'âge de 20 ans s'affirma homme d'affaire. Il prit d'abord le titre de Docteur, puis, s'étant laissé pousser la barbe, les cheveux et se donnant des airs inspirés, lança son école avec force réclame.

Cette façon de Palmer et de ses adeptes de comprendre la cause des maladies est basée en partie sur un phénomène physiologique qu'ils expriment ainsi:

« L'irritabilité est une propriété du protoplasme vivant qui lui permet certaines transformations caractéristiques chimiques ou physiques lorsqu'il est sujet à certaines irritations. Lorsque nous parlons du système nerveux, l'irritation comprend tout ce qui peut permettre à une cellule nerveuse d'envoyer l'influx sur ses branches. Donc lorsque nous parlons d'une pression sur un nerf, nous admettons qu'elle augmente d'abord et ensuite diminue son pouvoir d'excitation. Si un nerf a perdu son pouvoir d'excitation, ce nerf ne peut certainement pas transmettre l'influx nerveux, puisque son pouvoir de transmission dépend de son irritabilité. Assumant que la subluxation peut exister et produire un pincement sur le nerf rachidien, nous maintenons que la maladie résultera dans la partie ou l'organe contrôlé par le segment correspondant à cette subluxation. »

1. Résumé de la conférence **sur la chiropratique** prononcée à l'hôpital Notre-Dame, le 2 octobre 1941, lors des « Journées Annuelles » de la *Société Médicale de Montréal*.

Les médecins ne comprennent pas, disent les chiros, le véritable sens du mot subluxation. « Ordinairement, lorsqu'on prononce le mot subluxation, on s'imagine une désarticulation des vertèbres et comme ce serait impossible de désarticuler une vertèbre sans qu'il y ait fracture, on discrédite la possibilité de la subluxation. On ne sait pas interpréter le mot, car une subluxation n'est pas une désarticulation complète d'une vertèbre sur une autre, mais simplement un léger changement dans la position relative d'une vertèbre avec la vertèbre immédiatement supérieure ou inférieure, c'est-à-dire au lieu d'avoir une articulation exacte d'une précision parfaite, la vertèbre est légèrement dérangée. »

Ils prétendent que par l'examen complet de la colonne vertébrale et la palpation de chaque vertèbre individuellement, ils peuvent déterminer la nature exacte d'une subluxation.

Ils affirment encore qu'aucune école n'a tenté de trouver en dehors de l'organe malade, la cause de la maladie; c'est pourquoi les méthodes thérapeutiques ont toujours été appliquées sur les effets de la maladie.

Pour prouver l'efficacité de leurs traitements, les chiros publient des statistiques. Il est à noter que ces statistiques sont les mêmes pour tous, aucune n'est personnelle. On peut se demander comment ils sont arrivés à compiler des statistiques puisqu'ils se vantent de ne faire aucun diagnostic.

Du reste, leur extravagance est tellement évidente que pour quiconque possède quelques notions anatomiques ou anatomo-pathologiques, elles sont autant d'absurdités que seule une ignorance crasse ou un mercantilisme amoral permet d'avancer.

Dans un pamphlet distribué aux députés durant la dernière session, nous lisons ceci: « La statistique des aliénés, sous la direction de la profession médicale, démontre 27% de

guérisons et sous la direction des chiropraticiens, elle démontre 65% de guérisons, tel que le tout appert par le rapport du Juge A. W. Ponath, Whapeton, North Dakota, en date du 20 décembre 1934. » Après une telle bourde, on peut tirer l'échelle.

La théorie initiale de la Chiropratique a varié avec les ans suivant les caprices de l'heure. Aussi les fidèles des théories de la première heure ont-ils regardé comme un schisme le métissage de leur méthode de diagnostic et de traitement avec des procédés de diagnostic et de thérapeutique variés. Ainsi toutes les écoles de Chiropratique depuis 1930 enseignent la physiothérapie. Un de leurs chefs constatait ouvertement que les plus grands succès souriaient à ceux qui ajoutent les traitements physiques aux manipulations.

Les chiros prétendent apporter quelque chose de nouveau qui aide et complète la médecine. Ils font semblant d'oublier que les ostéopathes, vingt ans avant leur prophète, ont aussi prétendu la même chose. Et pourtant les ostéo-

pathes qui eux aussi traitent à l'aide de manipulations sur les os, renient les chiros comme de vils et inhabiles imitateurs.

Les médecins réclament de la législature qu'elle exige de tous ceux qui veulent pratiquer l'art de guérir un minimum de connaissance. Que tous se qualifient d'abord, médecins et après-coup, s'il en est qui veulent se spécialiser, ils seront libres. Il en va ainsi des oculistes, des dermatologistes, des spécialistes en maladies nerveuses, mentales, génito-urinaires, des médecins légistes, des radiologistes, etc...

Sous prétexte que les médecins légistes ne font pas de thérapeutique, les radiologistes non plus, que les spécialistes en maladies vénériennes n'ont pas à s'occuper du haut du torse, que les dermatologistes ne soignent que les maladies extérieures, est-ce qu'il faudrait créer autant d'écoles de médecine ou de sectes différentes?

Ce n'est pas moins risible que de vouloir créer une médecine nouvelle pour des gens qui font du massage.

---

# TUBERCULINO-RÉACTION, DÉPISTAGE PRÉCOCE ET SURVEILLANCE SYSTÉMATIQUE CHEZ LES INFIRMIÈRES ÉTUDIANTES À L'HÔPITAL SANATORIUM DE CARTIERVILLE

Par  
**J.-A. VIDAL, F.R.C.P. (C.)** et **J.-P. PAQUETTE,**  
Médecins de l'hôpital du Sacré-Cœur (Montréal).

Le dogme de la contagion post-natale de la tuberculose, succédant à l'ancienne notion de « l'hérédité », a jeté les bases de la lutte anti-tuberculeuse. L'hérédité ayant perdu ses droits, seule la contagion devait solutionner ce problème si complexe. Sous la poussée des travaux de Küss, le dogme « contagioniste » fut généralement accepté par tous les phthisiologues. Un peu plus tard, ce dogme a subi l'épreuve de la critique et l'hérédité de terrain fut admise. Bien que Lumière ait soutenu une lutte intense pour réhabiliter « l'hérédo-tuberculose » par une argumentation parfois fort troublante, le dogme de la contagion post-natale demeure la notion fondamentale qui régit la lutte actuelle contre ce fléau social.

La tuberculose étant une maladie essentiellement contagieuse, nous devons logiquement admettre que le groupe social des infirmières, vivant en contact prolongé auprès des tuberculeux des sanatoriums et même des hôpitaux généraux, est le plus exposé à la contagion.

Malgré la crainte universelle de la tuberculose, il semble que la profession médicale ne s'est pas suffisamment intéressée à ceux et celles qui se dévouent aux soins des tuberculeux. Autrefois, on croyait qu'avec des précautions appropriées, il était possible de s'engager à ce travail spécialisé avec entière sécurité. Des médecins directeurs de sanatoriums ont publié des statistiques démontrant que leur personnel n'avait subi aucune atteinte de la maladie après plusieurs années de service. Ce fut la notion accréditée jusqu'à cette dernière décade.

Le Dr Paul Dufault, du Sanatorium Rutland, a publié récemment un article sur « l'in-

fection tuberculeuse chez les infirmières et les étudiants », où il a fait une étude bibliographique des opinions anglaises, françaises, allemandes, italiennes et américaines, lesquelles, sauf de rares exceptions, concluent dans le même sens.

Cependant, vers 1925, les opinions ont changé, et les études récentes sur ce sujet démontrent que l'incidence de la contagion tuberculeuse est plus élevée chez les infirmières des hôpitaux généraux que chez les étudiants des collèges, et beaucoup plus élevée chez les infirmières des services contagieux.

Comment expliquer cette modification totale des opinions sur la contagion des infirmières? Autrefois on croyait, qu'en recueillant les expectorations du tuberculeux dans des crachoirs, et en les détruisant par incinération, on avait amplement satisfait aux exigences de la prophylaxie. De plus, la majeure partie de ces médecins, ayant vécu avant l'ère radiologique et l'emploi courant de la cuti-réaction, n'avaient pu diagnostiquer les premières atteintes du bacille de Koch.

Depuis les deux dernières décades, la radiologie nous a permis de diagnostiquer les premières manifestations de l'infection tuberculeuse déjà pressenties par une cuti-réaction antérieure. Aujourd'hui l'on comprend mieux que le tuberculeux qui tousse, répand des gouttelettes de son expectoration autour de lui; ce qui contamine sa literie, sa table, ses objets de toilette, et l'infirmière qui manipule quotidiennement ces objets est exposée à la contagion. Notre expérience confirme les opinions et les statistiques du Dr Paul Dufault.

Notre statistique chez les infirmières étudiantes de l'hôpital du Sacré-Cœur démontre: 1° que la cuti-réaction devient positive chez

1. Travail présenté au Congrès de l'Association Canadienne Antituberculeuse, tenu à Montréal en juin 1940.

toutes nos infirmières au cours de la première année; 2° que la morbidité tuberculeuse est plus élevée, mais grâce à un dépistage précoce et une surveillance systématique, la mortalité n'est pas plus grande, et je dirai est peut-être moindre que celle de n'importe quel groupe social d'âge similaire.

#### RÉACTION TUBERCULINE.

Nous n'incluons dans cette statistique que les étudiantes infirmières qui ont suivi les trois années du cours hospitalier; soit 267. De ce nombre 137 vivaient à la campagne et 130 vivaient dans les villes. La moyenne d'âge était de 18 à 25 ans. Parmi les infirmières à la campagne 38.6% avaient une cuti-réaction négative à l'entrée. Parmi celles qui vivaient dans les villes 39% étaient négatives.

D'après certains auteurs classiques, il peut sembler paradoxal que les données de la cuti-réaction soient à peu près les mêmes dans les deux groupes. Dans les débuts de la lutte antituberculeuse, la cuti positive était le sort de la plupart des citadins, tandis que la majeure partie des campagnards répondaient négativement à la réaction tuberculique.

La statistique de la tuberculino-réaction dans notre province a évolué au rythme de la vie moderne; mais nous devons ajouter que les notions de la prophylaxie ont d'abord été dispensées dans les villes et cette éducation fut mieux comprise. De plus, le règne de l'automobile, ne comptant plus les distances, a établi une promiscuité constante entre les habitants des villes et ceux de la campagne. Les tuberculeux, pour satisfaire à l'équation empirique: « tuberculose = campagne », ont émigré au hasard vers la belle campagne, non pas dans des institutions spécialisées, mais trop souvent dans les hôtels, les clubs, les pensions privées, les plages; sous le fallacieux prétexte de bénéficier de l'air pur, en négligeant la cure de repos disciplinée, indispensable à la guérison de la tuberculose. Cette promiscuité des tuberculeux ignorés et ignorants avec les sujets sains de la campagne a modifié l'incidence de la tuberculose-contagion dans notre population rurale.

Nous avons accepté 101 infirmières à cuti-réaction négative à leur entrée. A quel rythme et de quelle manière ont-elles subi l'imprégnation tuberculeuse? Par des cuti-réactions à toutes les 5 à 6 semaines, le tableau suivant nous démontre la sensibilité individuelle à la toxine tuberculeuse. La méthode employée fut d'abord le « Von Pirquet », ce qui fut rapidement remplacé par la réaction de Mantoux, plus effective. Nous avons continué cette technique avec la tuberculine P.P.D. jusqu'à l'arrivée de l'épreuve Vollmer, d'application très simple mais d'efficacité moins constante.

101 infirmières avaient une cuti-réaction négative.

Après trois mois—	49	répon. positivement, soit	48.5%
Entre 3 et 6 "	—27	" " "	75.2%
Entre 6 et 9 "	—20	" " "	95 %
Entre 9 et 12 "	— 5	" " "	100 %

Donc, après la première année 100% répondent positivement. Ce pourcentage est beaucoup plus élevé que chez n'importe quel groupe social du même âge et démontre avec quelle rapidité l'infirmière étudiante se tuberculise dans une institution hospitalière antituberculeuse.

#### VIRAGE DE LA CUTI-RÉACTION.

Si l'infirmière se tuberculise rapidement au contact prolongé des tuberculeux, comment réagit-elle à cette contamination? Il est très important de surveiller l'infirmière lorsque son épreuve tuberculique devient positive. Chez la plupart de nos étudiantes, ce passage s'est effectué sans signe apparent, sauf chez trois qui ont manifesté des épisodes pathologiques. Chez une, nous avons noté un érythème noueux, trois mois après la première cuti positive. Une deuxième avait manifesté une réaction phlycténulaire, avec température, lassitude et malaise général. Elle fut mise au repos pendant 5 jours et les symptômes sont disparus. Avant de lui permettre la reprise du travail, une radiographie fut prise et nous a fait voir une infiltration exsudative inter-cléido-hilaire droite. Une troisième, âgée de 18 ans, avait eu après quelques mois de service, une cuti « faiblement

positive»; réponse pour le moins douteuse. Quelques semaines après ce virage, elle manifeste un état fébrile à 101°, avec embarras gastrique et légère diarrhée. Ces malaises durent 4 à 5 jours et cèdent avec le repos et le régime approprié. Cinq semaines après reprise du travail, le même syndrome réapparaît avec ténacité. Séro-diagnostic négatif. Nous demandons une radiographie et comme elle était positive, nous l'avons radiographiée à tous les 5 à 6 jours pour fixer sur les films l'évolution d'une granulie du stade initial au stade terminal.

Il y a certainement d'autres manifestations qui extériorisent l'imprégnation tuberculeuse, mais elles ont passé sans attirer l'attention.

#### MORBIDITÉ TUBERCULEUSE.

Ce tableau démontre les différents épisodes tuberculeux que nous avons observés chez 267 étudiantes de 1932 à 1940. Nous n'avons eu qu'une mortalité par granulie chez une infirmière à cuti-réaction douteuse qui aurait dû être interprétée comme « état anergique ». Contrairement à la statistique de Heimbeck, d'Oslo, nous avons trouvé autant de manifestations tuberculeuses chez les infirmières à cuti-réaction positive que chez les négatives. Nous expliquerons cette différence dans nos constatations en décrivant la surveillance systématique de nos infirmières.

Dix-sept de nos étudiantes ont manifesté des épisodes tuberculeux, soit une morbidité de 5.9%. Nous croyons que ce taux de morbidité était autant élevé dans le passé, mais

#### *Episodes tuberculeux*

	Nom- bre	Quand la maladie a débuté				Cuti-réaction à l'entrée		Résultats éloignés
						Pos.	Nég.	
Erythème noueux	IV	2 après 3 mois	1 après 6 mois	1 après 10 mois		2	2	3 furent excellents, sans manifesta- tions ultérieures. 1 a fait une infil- tration intercléi- do-hilaire à la 3e année.
Pleurésie séro- fibrineuse	IV	après 15 mois	après 16 mois	après 32 mois	après 36 mois	2	2	Excellents—tou- tes ont repris leurs activités après 6 à 8 mois de repos.
Granulie	I	après 8 mois					1	Décédée.
Infiltration parenchy- mateuse	VII	Cuti + 2 après 35 mois	Cuti — 1 après 24 mois	Cuti + 3 après 6 mois	Cuti — 1. après 3 mois	5	2	Aucun décès. 5 cliniquement guéries. 2 font encore la cure hygiéno- diététique.
Suspectes d'après radiographies		Positives 6	Sans activité lésionnelle, elles furent étroitement surveillées et elles ont terminé leurs études sans aucune réactivation.					

sans le secours de la radiologie il passait inaperçu.

Parmi les sept infirmières qui ont manifesté une infiltration parenchymateuse, cinq n'ont pas dépassé le stade « incipiens », elles sont cliniquement guéries et ont repris le travail. Deux ont eu une expectoration positive et font encore la cure sanatoriale.

Les six infirmières qui étaient considérées « suspectes » d'après la radiographie avaient une cuti positive. Comme la radiographie ne pouvait déterminer s'il y avait de l'activité lésionnelle et que la clinique ne pouvait dans l'occurrence apporter une précision suffisante, elles furent acceptées et soumises à une étroite surveillance. Ayant terminé leurs études sans réactivation, nous pouvons conclure qu'elles étaient dans un état allergique stable.

Les pleurésies sero-fibrineuses ont évolué normalement et après six mois de repos, ces quatre étudiantes ont pu reprendre leur travail et elles sont présentement en bonne santé.

#### DÉPISTAGE PRÉCOCE ET SURVEILLANCE SYSTÉMATIQUE.

A chaque étudiante et même infirmière graduée, si elle entre en service pour un stage prolongé, nous faisons la cuti-réaction pour reconnaître les sujets allergiques et les anergiques. Une radiographie est prise et nous faisons l'examen clinique pour établir, dans la mesure possible, son coefficient de santé.

Les infirmières à cuti-négative sont dirigées dans les services d'orthopédie, où il n'y a pas de tuberculose pulmonaire ouverte. La cuti-réaction se répète périodiquement à toutes les cinq à six semaines, et ce n'est que deux mois après le virage de la cuti-réaction qu'elles peuvent travailler dans les services tuberculeux.

Cette manière de procéder explique pourquoi notre statistique des épisodes tuberculeux est à peu près la même chez les infirmières à cuti positive que chez les négatives, contrairement à la statistique de Heimbeck, d'Oslo, qui démontre plus d'épisodes tuberculeux chez les infirmières qui avaient une cuti négative.

Je crois que dans les services hospitaliers du Dr Heimbeck, d'Oslo, les infirmières à cuti négative travaillant chez les tuberculeux à l'entrée, plus tard elles ont été vaccinées par le B.C.G. et le pourcentage de morbidité a diminué.

A l'hôpital du Sacré-Cœur, toutes les infirmières à cuti-réaction négative font leur imprégnation dans les services d'orthopédie et deux mois après, le virage ayant manifesté un état allergique, elles peuvent travailler auprès des tuberculeux. Nous n'avons pas une infirmière qui travaille auprès des tuberculeux avec une cuti négative.

Le port d'un masque est obligatoire lorsque l'infirmière travaille à la toilette du tuberculeux.

La pesée mensuelle est obligatoire et une perte de cinq livres motive un examen pour en établir la cause.

A chaque année tout le personnel hospitalier subi un examen clinique et s'il y a fatigue, amaigrissement, anorexie, etc., nous demandons une radiographie.

A la fin de la troisième année du stage hospitalier, l'on pratique un examen clinique et radiographique afin de bien renseigner l'infirmière sur son état de santé avant son départ.

Nous devons noter qu'au cours de ces examens prophylactiques, nous avons diagnostiqué une tuberculose « incipiens » chez cinq infirmières qui étaient en vie active et qui n'accusaient qu'une vague fatigue trop facilement attribuée à un service de nuit ou à la préparation d'un examen.

L'expérience de ce dépistage précoce et de cette surveillance systématique démontre que la mortalité par tuberculose chez nos infirmières peut être abaissée à un niveau aussi bas que n'importe quel groupe social du même âge et motive les conclusions suivantes.

#### Conclusions

Nous devons admettre que le hasard de la contagion chez les infirmières des hôpitaux antituberculeux est beaucoup plus élevé que chez n'importe quel groupe social d'âge similaire.

Par contre, avec un dépistage précoce et une surveillance systématique, le taux de mortalité peut être réduit à l'égal de tout autre groupe social, et même inférieur.

Les infirmières des hôpitaux généraux où l'on hospitalise trop souvent des tuberculeux, sont également exposées à la contagion, et nous recommandons les mêmes mesures de prophylaxie.

Dès son entrée, l'infirmière étudiante devrait apprendre les lois de la prophylaxie des maladies infectieuses et surtout de la tuberculose.

Le travail de l'étudiante doit être distribué de manière à éviter le surmenage prolongé. L'alimentation doit être variée et bien balancée, parce que ces jeunes infirmières, soumises à un travail parfois pénible, dans un milieu contaminé, ont besoin de toutes les conditions nécessaires au maintien de leur état « allergique ».

L'infirmière des hôpitaux antituberculeux, en raison de son travail spécialisé, soumise quotidiennement à la possibilité d'une contamination, devrait avoir une vacance d'un mois pour renforcer sa résistance. Si les infirmières des hôpitaux généraux ont deux semaines de repos, nous recommandons, si possible, de doubler ce temps de repos pour les infirmières des sanatoriums.

#### BIBLIOGRAPHIE

- A. COURCOUX, P. BRAUN: « L'intérêt des examens systématiques pour le dépistage de la T. B. chez les sujets de plus de 15 ans. » *Revue de la Tuberculose*, P. 1066; 1939-40.
- Paul DUFAULT: « Tuberculous infection among nurses and medical students in sanatoriums and general hospitals. » *New Eng. Jour. of Medicine*, 224: 711; 1941.
- H. L. ISRAEL, H. W. HETHERINGTON, John C. ORD: « Tuberculosis among students of nursing. » *Journal of the American Med. Ass.*, 117: (6 sept.) 1941.
-

# TEST DE L'HISTAMINE EMPLOYÉ DANS LES ANOMALIES DE LA GLANDE THYROÏDE

Par Réal DORE,

Chirurgien à l'hôpital Général de Verdun (Montréal).

J'ai publié dans un numéro précédent de *l'Union Médicale* (n° 8, 1936), une revue générale sur l'emploi du test de l'histamine dans différents états pathologiques et spécialement dans l'hyperthyroïdie.

Ce test, basé sur la vitesse de la circulation sanguine, permet d'évaluer le degré d'activité de la glande thyroïde.

Je prie le lecteur de lire cette revue générale pour détails techniques et autres.

Aujourd'hui je présente 100 cas de goitre observés, cas dont le degré d'activité de la glande thyroïde fut déterminé au moyen de ce

test par comparaison avec le métabolisme basal pratiqué dans chaque cas en particulier.

Chez un individu normal le test de l'histamine se produit au bout de 24 secondes. A l'état toxique ce test est plus rapide.

Dans la 4e colonne j'ai mentionné le premier symptôme apparu, soit objectif (congestion de la face), soit subjectif (sensation gustative) <sup>1</sup>.

La collaboration précieuse des Drs A. Coutu, J. Saine et L. Charest m'a permis de vérifier la valeur du test.

1. Le phosphate d'histamine me fut gracieusement fourni par la maison Parke, Davis & Co.

N° dossier HG de V.	Etat cli- nique	MB.	TH.	M. et	H.
1) 7,744	+	+ 37%	10"	M +	H +
2) 7,778	+	+ 17%	16"	M +	H +
3) 7,429	+	- 10%	17"	M -	H +
4) 7,493	+	+ 66%	34"	M +	H -
5) 7,869	+	+ 18%	18"	M +	H +
6) 7,889	+	+ 30%	22"	M +	H +
7) 7,946	-	- 6%	33"	M +	H +
8) 7,962	+	+ 36%	15"	M +	H +
9) 7,773	+	+ 12%	15"	M +	H +
10) 7,968	+	+ 17%	35"	M +	H -
11) 8,000	+	+ 20%	10"	M +	H +
12) 7,996	+	+ 57%	9"	M +	H +
13) 8,301	+	+ 44%	20"	M +	H +
14) 8,285	+	+ 30%	15"	M +	H +
15) 8,356	+	+ 27%	15"	M +	H +
16) 8,343	+	+ 28%	19"	M +	H +
17) 8,446	+	+ 25%	15"	M +	H +
18) 8,474	+	- 12%	12"	M -	H +
19) 8,497	+	- 11%	18"	M -	H +
20) 8,545	+	+ 85%	8"	M +	H +
21) 8,499	+	+ 29%	11"	M +	H +
22) 8,536	+	+ 20%	19"	M +	H +
23) 8,557	-	- 1%	17"	M +	H -
24) 8,561	+	+ 42%	10"	M +	H +
25) 8,585	+	+ 10%	12"	M +	H +

N° dossier HG de V.	Etat cli- nique	M B.	TH.	M. et	H.
26) 8,605	+	— 10%	11"	M—	H +
27) 8,591	+	+ 25%	18"	M +	H +
28) 8,631	+	+ 14%	13"	M +	H +
29) 8,647	+	+ 2%	12"	M—	H +
30) 8,664	+	— 2%	12"	M—	H +
31) 8,481	+	+ 5%	22"	M—	H +
32) 8,686	+	— 7%	13"	M—	H +
33) 8,931	+	+ 30%	14"	M +	H +
34) 8,973	+	+ 25%	12"	M +	H +
35) 9,008	—	+ 5%	27"	M +	H +
36) 9,121	+	+ 38%	10"	M +	H +
37) 9,128	+	+ 27%	14"	M +	H +
38) 9,169	+	+ 78%	10"	M +	H +
39) 9,172	+	+ 47%	11"	M +	H +
40) 9,205	—	— 5%	20"	M +	H—
41) 9,257	+	+ 28%	11"	M +	H +
42) 9,259	+	+ 25%	27"	M +	H—
43) 10,195	—	+ 3%	51"	M +	H +
44) 10,673	+	+ 27%	11"	M +	H +
45) 10,694	+	+ 40%	24"	M +	H—
46) 10,968	—	+ 11%	28"	M +	H +
47) 12,138	+	+ 15%	12"	M +	H +
48) 12,561	+	+ 13%	23"	M +	H +
49) 12,589	+	— 10%	12"	M—	H +
50) 12,644	—	+ 7%	35"	M +	H +
51) 12,834	—	+ 10%	30"	M +	H +
52) 12,791	+	+ 21%	10"	M +	H +
53) 12,740	+	— 28%	10"	M—	H +
54) 12,916	+	+ 2%	10"	M—	H +
55) 12,904	+	+ 70%	11"	M—	H +
56) 12,486	+	+ 38%	18"	M +	H +
57) 13,080	+	+ 24%	15"	M +	H +
58) 13,230	+	— 12%	20"	M—	H +
59) 13,288	+	+ 6%	10"	M—	H +
60) 12,030	+	+ 16%	18"	M +	H +
61) 19,594	+	+ 79%	10"	M +	H +
62) 19,861	+	+ 31%	27"	M +	H—
63) 19,821	+	+ 19%	20"	M +	H +
64) 19,920	—	0%	20"	M +	H—
65) 19,903	+	+ 37%	22"	M +	H +
66) 19,942	—	+ 1%	28"	M +	H +
67) 19,564	+	+ 22%	20"	M +	H +
68) 20,099	+	+ 37%	12"	M +	H +
69) 20,024	—	+ 12%	35"	M +	H +

N° dossier HG de V.	Etat cli- nique	MB.	TH.	M. et	H.
70) 20,230	+	+ 7%	11"	M —	H +
71) 20,185	+	+ 15%	16"	M +	H +
72) 21,725	+	+ 21%	11"	M +	H +
73) 21,659	+	— 15%	17"	M —	H +
74) 21,694	+	+ 56%	7"	M +	H +
75) 21,747	+	+ 51%	10"	M +	H +
76) 21,320	+	+ 48%	10"	M +	H +
77) 21,353	+	+ 40%	12"	M +	H +
78) 21,153	+	+ 22%	13"	M +	H +
79) 21,163	—	+ 1%	13"	M +	H —
80) 20,742	+	+ 22%	9"	M +	H +
81) 21,674	+	+ 52%	7"	M +	H +
82) 20,922	+	+ 50%	14"	M +	H +
83) 20,919	—	— 6%	13"	M +	H —
84) 20,876	+	— 13%	14"	M —	H +
85) 19,964	+	+ 36%	13"	M +	H +
86) 19,594	+	+ 79%	10"	M +	H +
87) 20,426	+	+ 24%	17"	M +	H +
88) 20,498	+	+ 37%	17"	M +	H +
89) 20,388	+	+ 71%	7"	M +	H +
90) 21,057	+	+ 20%	12"	M +	H +
91) 21,016	+	+ 52%	8"	M +	H +
92) 21,020	+	+ 26%	11"	M +	H +
93) 20,796	+	+ 60%	7"	M +	H +
94) 20,732	+	+ 61%	19"	M +	H +
95) 20,731	+	+ 14%	16"	M +	H +
96) 20,676	+	+ 4%	17"	M —	H +
97) 20,185	+	+ 20%	16"	M +	H +
98) 19,564	+	+ 22%	20"	M +	H +
99) 19,821	+	+ 19%	20"	M +	H +
100) 20,388	+	+ 71%	7"	M +	H +

Notes explicatives pour la compréhension du tableau.

1ère colonne: numéro du dossier, hôpital Général de Verdun.

2e " : état clinique du patient. Le signe + veut dire goitre cliniquement toxique et le signe —, non toxique.

3e " : MB signifie métabolisme basal.

4e " : TH signifie test de l'histamine.

5e " : M veut dire métabolisme et H, test de l'histamine.

Le signe + qui suit les lettres M et H indique que le résultat du test est en rapport avec l'état clinique et le signe —, le contraire.

\*  
\* \*

basal et le test de l'histamine concordent avec l'état clinique.

Sur 27 cas (100-73: 27) 17 fois le test de l'histamine est en rapport avec l'état clinique; le métabolisme basal, 10 fois seulement.

#### SOMMAIRE.

Sur ces 100 cas 73 fois le métabolisme

*Test de l'histamine.*

17 cas.  
 7,429  
 8,474  
 8,497  
 8,605  
 8,647  
 8,664  
 8,481  
 8,686  
 12,589  
 12,740  
 12,916  
 13,230  
 13,288  
 20,230  
 20,876  
 20,676  
 21,659

*Métabolisme basal.*

10 cas.  
 7,493  
 7,968  
 8,557  
 9,205  
 9,259  
 10,694  
 19,861  
 19,920  
 20,919  
 21,163

**Quelques commentaires et conclusion**

Le métabolisme basal et le test de l'histamine donnent un résultat en rapport avec l'état clinique, 73 fois sur 100.

Ces deux tests n'indiquent pas toujours le degré exact d'hypo ou d'hyperactivité de la glande thyroïde mais, tout simplement et seulement, que la glande est en hypofonction ou en fonction normale ou en hyperfonction. Seul le clinicien doit décider, par l'observation clinique, du degré fonctionnel de la glande.

Dans les 27 cas où il n'y a pas eu concordance entre les deux tests, le test de l'histamine l'a emporté (17) sur le métabolisme (10).

De l'observation de ces 100 cas il me faut conclure que le test de l'histamine a un peu plus de valeur que n'en a le métabolisme basal pour déterminer l'activité clinique de la glande thyroïde.

# RECUEIL DE FAITS

## UN CAS D'ÉRYTHROBLASTOSE DU NOUVEAU-NÉ AVEC ICTÈRE<sup>(1)</sup>

Par  
**Albert BERTRAND** et **Albert GUILBAULT**,  
 Hôpital Notre-Dame (Montréal).

### CLASSIFICATION.

Il existe chez le nouveau-né de même que chez le jeune enfant, divers types d'anémies hémolytiques que Parsons, Hawksley et Gittins ont classifiés de la manière suivante:

1. *Anémie érythroblastique du fœtus*:
  - a) avec œdème: hydropisie fœtale;
  - b) sans œdème.

2. *Anémie érythroblastique du nouveau-né*:
  - a) avec ictère: ictère grave du nouveau-né;
  - b) sans ictère: anémie hémolytique du nouveau-né.
3. *Anémie hémolytique de l'enfance*:
  - a) aiguë: type Lederer;
  - b) sub-aiguë et chronique: type Von Jaksch;
  - c) ictère acholurique;
  - d) anémie à cellules falciformes.
4. *Anémie érythroblastique de l'enfance*:  
 Type Cooley.

1. Communication aux *Journées Médicales* de la Société Médicale de Montréal, hôpital Notre-Dame, 20 octobre 1941.

TABLEAU I.

<i>Normal</i>		Bébé L...		
		<i>14 août</i>	<i>20 sept.</i>	
6-7,000,000 (5,000,000 — 12 j.)	Globules rouges	3,500,000	3,125,000	
18,000 (14,000 — 2 j.) (17,000 — 12 j.)	Globules blancs	26,000	6,250	
145% Haldane (75% — 3 m.)	Hémoglobine	65%	54%	
1 x	Valeur globulaire	0.9	0.9	
8.u	Diamètre gl. moyen	7.5u	7.5u	
60% (11,500) (25% — 4,500 — 7 j.)	Polynucléaires N.	57%	4%	39%
15% (3,000) (55% — 10,000 — 12 j.) (6.000 — 12 ans)	Lymphocytes	37%	6%	44%
9% (1,600)	Monocytes	4%	1%	9%
rares	Eosinophiles	0	0	8%
1%	Myélocytes	1%	1%	
rares	Cellules souches	1%	3%	
0.1% (600 à 1,000 par million)	<i>Normoblastes</i>	100,000 par million	65%	rares
rares	<i>Erythroblastes</i>	oui	14%	
1%	<i>Mégalobastes</i>	oui	6%	
oui	Anisocytose	oui		
	Polychromatophilie	oui		légère

Le cas que nous présentons entre dans le cadre des anémies érythroblastiques du nouveau-né avec ictère: *ictère grave du nouveau-né*.

Le diagnostic clinique d'une telle affection est souvent difficile à porter, l'anémie étant masquée par l'ictère, et de nombreux nouveaux-nés présentant ce qu'on est convenu d'appeler « un ictère physiologique ». La formule sanguine est alors d'une grande utilité pour trancher la question.

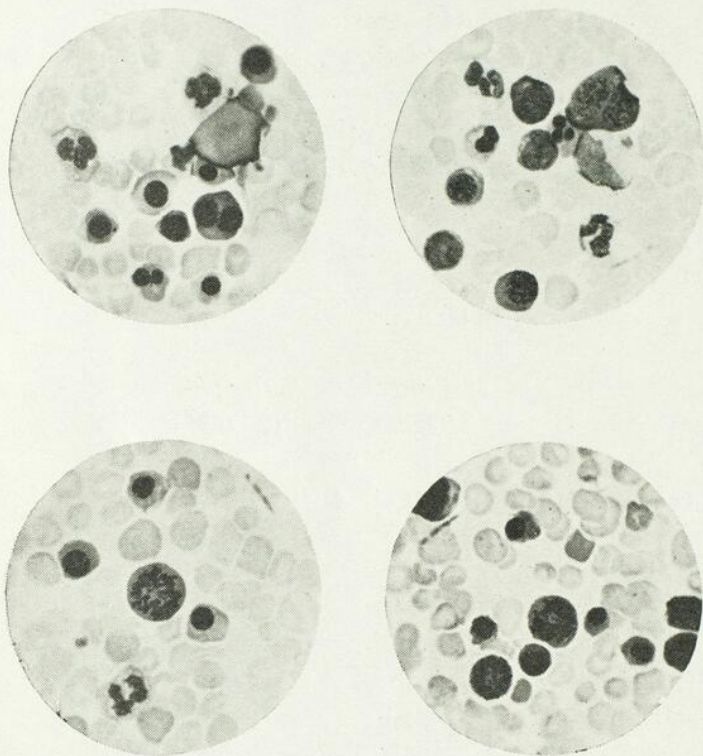


FIG. 1, 2, 3, 4.

Cellules souches, mégalo-blastes, érythroblastes, nombreux normoblastes, cellules en mitose, rares polynucléaires.

#### DIAGNOSTIC HÉMATOLOGIQUE.

Il faut se rappeler cependant que la formule sanguine du nouveau-né est très différente de celle de l'adulte, qu'elle est instable et qu'elle se modifie rapidement au cours des premières semaines, voire même des premiers jours de la vie. Aussi afin de mieux faire saisir cette différence nous avons cru utile de reproduire sur un même tableau, d'une part l'hémogramme

normal d'un nouveau-né, d'autre part la formule sanguine du bébé L..., quelques heures après sa naissance et enfin un dernier examen de sang pratiqué chez le même enfant un mois plus tard. (Tableau I.)

L'examen de sang pratiqué le 14 août 1941 révèle: 1) une anémie marquée, 3,500,000 globules rouges alors que normalement on devrait trouver de 6 à 7 millions d'hématies; 2) une leucocytose notable, 26,000 éléments; 3) une forte diminution de l'hémoglobine, 65% au lieu de 145% (Haldane).

La formule leucocytaire est peu modifiée; on note tout au plus une légère augmentation du taux des lymphocytes.

Ce qui frappe davantage lorsqu'on examine au microscope le sang coloré au Wright c'est d'abord l'abondance des normoblastes, de 5 à 10 par champ au lieu de 1 à 2 tous les 10 champs, (100,000 par million de globules rouges), puis le grand nombre de globules rouges encore plus jeunes. Erythroblastes et mégalo-blastes voisinent les cellules souches et les cellules en mitose.

De plus si on établit le pourcentage des divers éléments nucléés: polynucléaires, lymphocytes, mononucléaires, éosinophiles, normoblastes, etc., on constate que les normoblastes constituent 65% des cellules nucléées, les érythroblastes, 14% et les mégalo-blastes, 6%, soit un total de 85% d'hématies nucléées. Si on ajoute à ceci une anisocytose et une polychromatophilie marquées on a l'image d'une érythropoïèse intense qui se manifesterait selon Lightwood et Hawksley, dans la plupart des organes mais tout particulièrement dans les psoas et dans le foie.

Au cours du traitement par les transfusions l'hémogramme du patient L... s'est amélioré graduellement. Un dernier examen de sang pratiqué le 20 septembre 1941 dénote encore de l'anémie et un fléchissement du taux de l'hémoglobine, mais la disparition presque complète des hématies nucléées démontre que le patient est en bonne voie de guérison.

## DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Ces considérations, si intéressantes soient-elles, ne doivent pas nous faire oublier cependant que d'autres affections présentent quelquefois des signes hématologiques presque superposables en tous points.

Ainsi certains auteurs considèrent l'hydropisie fœtale comme apparentée à l'ictère grave des nouveaux-nés. Il existe en effet de rares cas d'hydropisie ou l'œdème est peu marqué et certains cas d'ictère graves avec un léger œdème. L'hémogramme est sensiblement le même dans les deux cas et la clinique reprend ici tous ses droits.

L'anémie hémolytique des nouveaux-nés sans ictère apparaît d'ordinaire plus tardivement et rarement dans la première semaine de la vie, mais plutôt du 7<sup>e</sup> jour au 3<sup>e</sup> mois.

Plus tardive encore est l'anémie hémolytique, type Lederer, qui se manifeste soudainement entre 6 mois et 3 ans. C'est une anémie macrocytaire avec pyrexie, ictère et quelquefois hémoglobinurie. Une infection intestinale en est souvent la cause.

L'anémie hémolytique chronique, type Von Jaksch, est surtout marquée par une anémie à 2,000,000 de globules rouges et une leucocytose atteignant 50,000 globules blancs, dont la majorité sont des lymphocytes, (anémie pseudo-leucémique). L'hémoglobine est diminuée considérablement et la valeur globulaire oscille aux environs de 0.5, (anémie microcytaire). C'est également une affection qui fait son apparition entre le 6<sup>e</sup> mois et la 3<sup>e</sup> année de la vie.

L'ictère acholurique ou anémie hémolytique congénitale qui peut apparaître tôt après la naissance se manifeste surtout dans la première décade de la vie, et se caractérise hématologiquement par des globules rouges sphériques, (sphérocytes), et une réticulocytose intense.

L'anémie à cellules falciformes se rencontre principalement chez les nègres. Le diagnostic hématologique se fait par l'examen du sang frais mis entre lame et lamelle. Les globules

rouges prennent après quelques heures une forme caractéristique, forme en faucille, qui permet d'identifier cet état pathologique.

L'anémie de Cooley que certains auteurs identifient avec l'anémie hémolytique chronique, type Von Jaksch, débute habituellement entre l'âge de 6 mois et 3 ans mais peut aussi exister chez des sujets plus âgés. On note surtout un taux très élevé de normoblastes, 200 par 100 leucocytes, et l'absence de vrais mégalo-blastes.

Les considérations cliniques qui suivent cadrent très bien avec les faits hématologiques et permettent de poser le diagnostic d'érythroblastose du nouveau-né avec ictère.

**Observation.**

L'enfant L..., naît le 14 août 1941 à 2 h. a.m., il pèse 7 lbs 9 onces. La mère qui a toujours été en bonne santé en est à sa troisième grossesse; ses deux premiers enfants sont tout à fait normaux.

A la naissance du bébé L..., l'accoucheur n'a rien noté de particulier et le dossier ne consigne aucun fait pathologique.

Dans la matinée du 14 août, la religieuse qui a charge de la pouponnière constate que l'enfant présente un ictère qui s'accroît rapidement, « l'enfant jaunit à vue d'œil ».

*Examen clinique.*

L'un de nous voit l'enfant à 11 h. a.m., soit 9 heures après la naissance. La peau est déjà d'un beau jaune safran et l'ictère s'étend aux conjonctives. Sous la peau existe une bonne couche de tissu adipeux. La respiration est régulière, la température normale, et l'auscultation du cœur et des poumons ne révèle aucun bruit suspect. L'ombilic ne saigne pas et il n'existe aucune tache ecchymotique sur la surface cutanée. L'abdomen est distendu comme chez tous les nouveaux-nés et le foie est gros mais pas suffisamment pour retenir l'attention.

Par contre la rate est considérablement hypertrophiée et facilement palpable; le pôle inférieur descend à mi-chemin entre le rebord costal et la crête iliaque.

*Diagnostic clinique.*

La splénomégalie et l'ictère intense joints à la notion que cet enfant est le troisième de la famille nous font porter le diagnostic d'ictère grave du nouveau-né. Nous demandons au laboratoire de confirmer ce point. La formule sanguine dont il a été fait mention plus haut établit sans doute possible qu'il s'agit en effet d'un cas d'ictère grave, (érythroblastose du nouveau-né avec ictère).

*Traitement.*

Que faire dans un tel cas? Attendre que l'ictère manifeste sa gravité par des troubles de la crase sanguine: des hémorragies? Attendre que les troubles nerveux fassent leur apparition: hyperthermie, convulsions? Nous décidons de traiter l'ictère avant que ne s'installent les complications. Pour prévenir les hémorragies nous prescrivons la vitamine K sous forme de Klotogen, 10 gouttes à toutes les 6 heures. Contre l'ictère grave nous pratiquons chez l'enfant une première transfusion de 50 c.c. de sang citraté dans le sinus longitudinal, et ceci dès 6 heures du soir, soit 16 heures après la naissance. Nous répétons les transfusions le 15 et le 17 août.

La régression de l'ictère du point de vue clinique est lente; cependant dès le 18 août la rate a sensiblement diminué de volume. Aucun autre symptôme d'ictère grave ne s'est

développé. Le 15 septembre l'enfant est encore légèrement ictérique. Alimenté au sein, le patient L... voit son poids suivre une courbe ascendante normale.

**Conclusions**

L'anémie érythroblastique du fœtus de même que l'anémie érythroblastique du nouveau-né et l'anémie hémolytique sans ictère présentent des caractères communs tant cliniques qu'hématologiques:

a) Ces états pathologiques n'apparaissent jamais chez le premier-né; c'est le deuxième et plus fréquemment le troisième enfant qui en est frappé.

b) Ces caractères sont apparents soit à la naissance soit dans les quelques heures qui suivent.

c) La formule sanguine est identique; normoblastes, érythroblastes, mégalo-blastes, cellules souches abondent; l'anémie et une leucocytose plus ou moins marquée se retrouvent dans ces états.

d) Bien que les parents soient apparemment en bonne santé ils ne pourront plus avoir d'enfants indemnes de ces tares. Ainsi la mère du petit patient L..., lors d'une prochaine grossesse, aura un enfant souffrant soit d'hydropisie fœtale, soit d'ictère grave, soit d'anémie congénitale.



## SYNDROME HYPOPHYSAIRE ET DIABÈTE

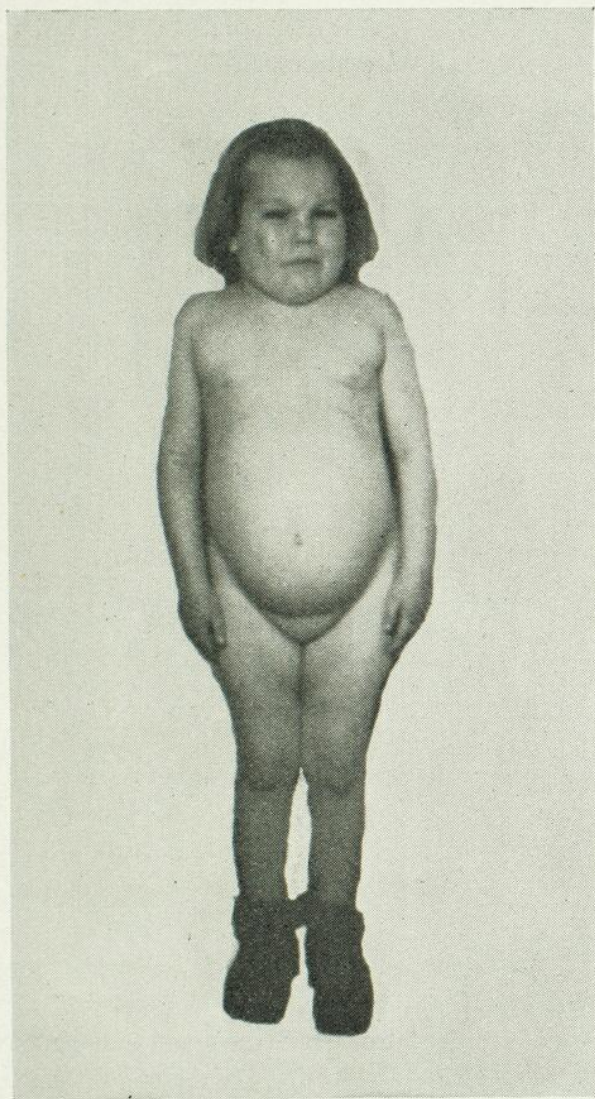
Par **De la Broquerie FORTIER,**

Assistant au service de Pédiatrie, Hôpital de l'Enfant-Jésus (Québec).

### Observation.

Le 16 avril 1941, Raymonde M..., âgée de 11 ans et 10½ mois, entre dans le service de Pédiatrie de l'hôpital de l'Enfant-Jésus pour « diabète ».

Son médecin qui l'envoie nous signale qu'elle est sous ses soins depuis l'âge d'un an; qu'elle



reçoit entre ½ et 1½ c.c. d'insuline par jour depuis ce temps. Ses antécédents héréditaires, sa glycémie et sa glycosurie effectuées depuis sa naissance nous sont inconnus.

Ce qui attire l'attention chez notre malade

c'est la petitesse de sa taille et son obésité.

Les mensurations anthropométriques nous révèlent en effet que (tableau n° 1) sa taille, son buste, ses membres inférieurs et sa grande envergure sont ceux d'une enfant de 5 ans à 5¾ ans; que son obésité est surtout manifeste au niveau de l'abdomen dont la circonférence est de 27½ pouces et se révèle par un poids de 54 livres (17 livres au-dessus du poids normal pour sa taille). L'on note de plus que cette obésité a des caractères définis ou mieux encore une répartition « médiane du corps »: abdomen, fesses, cuisses, thorax, partie supérieure des bras et région antérieure du cou.

A ces deux principaux signes révélés par l'inspection et la mensuration s'ajoutent celui de l'absence des caractères sexuels secondaires et l'aspect vieillot du visage.

Les examens physiques cardio-pulmonaires ne révèlent rien de particulier. La pression artérielle est à 104/70 et le pouls à 100.

La glycémie est à 3 gms 20 le jour de son hospitalisation et la glycosurie à 48 gms au litre.

Le diagnostic de diabète s'impose; celui d'un syndrome hypophysaire n'est non moins certain. Nous préciserions même qu'il s'agit d'une dystrophie adiposo-génitale (fig. 1).

Devant un tel diabète, nous instituons un régime comprenant:

*Protides*: 80 gms; *lipides*: 60 gms; *glucides*: 65 gms et un traitement à l'insuline: 15 unités par jour.

Le 21 avril, 3 jours après le début de ce traitement, la glycémie s'est abaissée à 1 gm. 50, la glycosurie à 24 gms et le poids de 4 livres. Une telle amélioration ne peut cependant être attribuée au seul traitement car, durant ces 3 jours, l'enfant a refusé un ou deux repas par jour. De plus, dès le moment où le régime fut accepté en totalité, nous voyons la glycémie s'élever de nouveau à 3.05 gms et la glycosurie s'abaisser à 15 gms (14.98). Ces deux

rapports devaient, au cours de la période d'observation de notre malade, varier dans des limites assez marquées. (Tableau 2.)

Le 30 avril, le régime est modifié:

*Protides*: 90 gms; *lipides*: 85 gms; *glucides*: 65 gms et l'insuline est portée à 21 unités par jour.

La glycosurie et la glycémie ne semblent pas

jours avant le départ de l'enfant, est de 23% au-dessus de la normale.

La diurèse pendant le cours du traitement a, comme le montre le tableau n° 3, varié dans des limites assez marquées. Elle est demeurée toujours proportionnelle aux liquides ingérés.

Outre le diabète, notre malade présentait, avons-nous établi au début, un syndrome hy-

Mensurations anthropométriques	
Date 18/4/41	15/5/41
Age . . . . .	11 ans 10 ms. . . . . 11 ans 11 1/2 ms
Poids . . . . .	54 lbs (8 1/2 ans) . . . . . 55 (8 3/4 ans)
Taille . . . . .	42 pcs (5 ans) . . . . . 42 1/4 (5 ans)
C. Enverg. . . . .	42 1/2 pcs (5 3/4 ans) . . . . . 42 1/2 (5 3/4 ans)
Buste . . . . .	23 pcs (5 3/4 ans) . . . . . 23 (5 3/4 ans)
M. inf. . . . .	19 " (4 3/4 ans) . . . . . 19 1/2 (5 1/4 ans)
Crâne . . . . .	19 " (2 ans) . . . . . 19 1/2 (3 ans)
Thorax . . . . .	25 1/2 " (10 1/2 ans) . . . . . 25 (10 ans)
Abdomen . . . . .	27 1/2 " (+ 20 ans) . . . . . 27 1/2 (+ 20 ans)
N.B.	
Poids: 17 lbs au-dessus du p. n. pour sa taille (5 ans)	
Thorax: 4.3 pcs " " " " " " ( " )	
Abdomen: 7.5 pcs " " " " " " ( " ) <i>W.D.</i>	

Tableau 1

être influencées par ce nouveau traitement. Elles ne le seront davantage lorsque le 3 mai nous porterons les unités d'insuline à 30 par jour. Le 7 mai, la glycémie est accrochée à 2 gms 90 et la glycosurie touche 36,91 gms au litre. Devant la persistance d'une glycémie et d'une glycosurie élevées, nous isolons la malade: la glycémie baisse à 2.50 gms et la glycosurie à 17 gms au litre pour remonter quelques jours plus tard à 22.95 gms.

Ce diabète, sous l'influence d'un régime hypo-hydrocarboné marqué et une insulinothérapie moyenne ne s'est sensiblement pas modifié: glycosurie et glycémie sont demeurées élevées; l'acidose s'est maintenue à 2.98. Le métabolisme basal, effectué le 15 mai, quelques

pophysaire où prédominaient une obésité « médiane du corps » et l'absence des caractères sexuels secondaires. Dans l'espoir de modifier un tel état nous avons cru bon d'associer au traitement du diabète l'hormone gonadotrope.

L'on sait que cette hormone a comme fonction principale de provoquer la sécrétion hormonale folliculaire. L'œstrine à son tour agirait parallèlement à l'insuline en améliorant le diabète par inhibition du facteur diabétogène de l'hypophyse (Wolf).

Supposant, avec une certaine vraisemblance, il me semble, que nous étions en présence d'un syndrome adipo-génital avec diabète, nous employâmes le facteur gonadotrope (454 de

Ayerst, McKenna and Harrison), à raison de 1 c.c. ou 300 unités par jour. Il nous a semblé que cette nouvelle médication, associée, il est vrai, à un isolement relatif de la malade, a joué

un certain rôle dans l'abaissement progressif de la glycosurie du 8 mai au 14 inclusivement (voir tableau 2).

Cette nouvelle médication avait aussi un

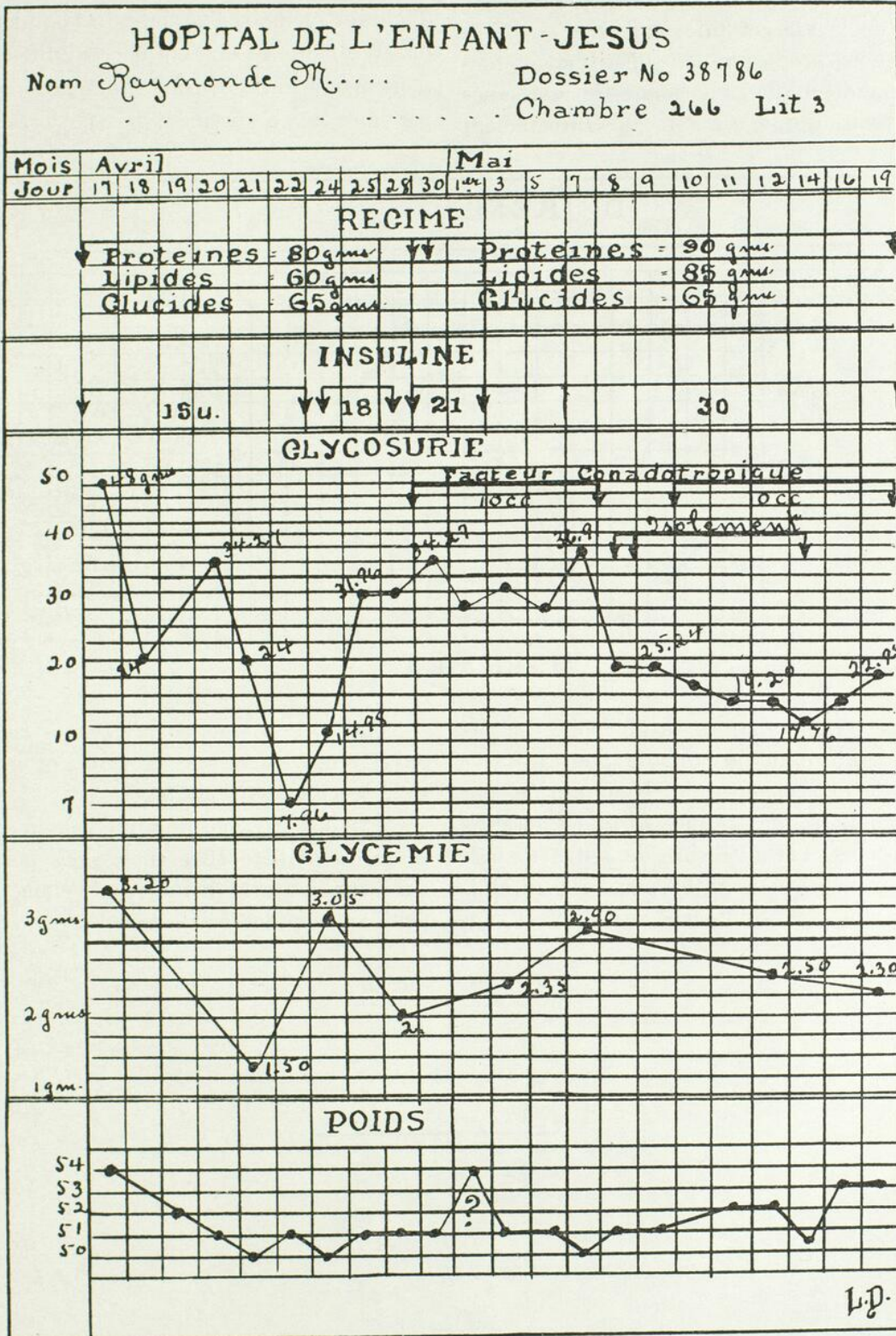


Tableau 2

autre but: tâcher de créer chez notre malade un début de puberté. L'observation fut trop courte pour voir éclore un tel phénomène; néanmoins nous avons pu constater une certaine vivacité d'esprit, caractéristique de cette période de la vie génitale féminine.

Nous nous proposons de substituer au facteur gonadotrope, l'hormone de croissance hypophysaire qui, elle aussi, mais directement

de 5 ou 7 ans. Il est ici permis de se demander quelle fut la cause de cet infantilisme.

Le diabète, qui dès l'âge d'un an fut confirmé, y a joué un rôle qu'il n'est pas permis d'ignorer même si l'on accepte l'opinion émise par Wolf que le diabète ne conduit généralement pas à l'infantilisme. Le syndrome hypophysaire n'y a sûrement pas été étranger.

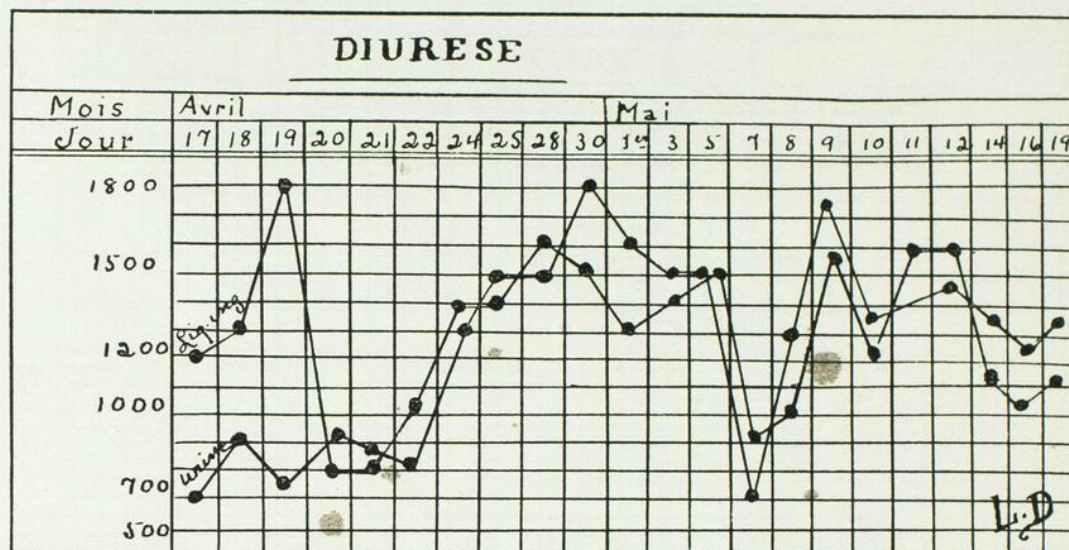


Tableau 3

cette fois, semble abaisser la glycémie. Le départ prématuré de la malade nous a privé d'une telle expérimentation. Nous aurions pu alors modifier, dans une certaine mesure, croyons-nous, l'infantilisme de notre malade que les mensurations anthropométriques et la radiographie des os du carpe situent vers l'âge

Nous croyons même qu'il en est le principal facteur, bien que la radiographie de la selle turcique soit normale.

Cette observation illustre combien la pathogénie du diabète offre encore des points obscurs sur lesquels l'étude de l'endocrinologie peut amener des éclaircissements.

## UN CAS DE PÉRICARDITE AVEC ÉPANCHEMENT SÉRO-FIBRINEUX<sup>1</sup>

Par **Georges HEBERT**,  
Assistant dans le Service de médecine,  
Hôpital Notre-Dame (Montréal).

Sans préambule, je vous présente un jeune homme de 17 ans (Paul Ph., dossier 7866, année 1941), employé dans la fabrication des teintures depuis un an et entré à l'hôpital Notre-Dame depuis le 2 septembre 1941.

Un mois avant son admission à l'hôpital, il se plaint de vomissements à répétition, après chacun de ses repas; vomissements qui persistent pendant deux semaines.

Il accuse en même temps des douleurs au creux épigastrique. Ces douleurs augmentent à la marche et à l'effort. Elles atteignent un paroxysme quand il se penche en avant. Au contraire, elles disparaissent totalement en décubitus horizontal. Elles s'accompagnent d'une dyspnée intense soulagée aussi par le repos.

Le patient transpire la nuit. Sa température ne dépasse pas la normale. Ses antécédents personnels et héréditaires sont sans intérêt.

Voilà l'histoire subjective de notre malade.

L'interne, qui nous fait voir ce dernier le 4 septembre, a trouvé que sa pression artérielle était particulièrement difficile à prendre. En effet, il s'agit d'une pression basse, de celles que l'on n'entend qu'avec peine et sur lesquelles on ne se prononce qu'avec timidité en se demandant si par hasard on ne commencerait pas à être un peu sourd: nous inscrivons au dossier 96/70.

Le pouls est très petit, filiforme, irrégulier et quelquefois imperceptible.

Le facies donne l'impression d'être légèrement congestionné et les lèvres sont un peu cyanosées. Pas de dyspnée au repos.

Les bases pulmonaires sont sub-mates, surtout la droite et la respiration s'entend un peu moins bien à ce niveau.

Au cœur, la pointe est très difficilement perceptible, on la devine déviée à gauche. Les bruits sont très assourdis à la pointe, légèrement moins à la base. Le rythme est pendulaire.

L'abdomen est douloureux au creux épigastrique; le foie est gros et mesure 19 cm. Sa matité traverse le creux épigastrique. Il n'y a rien d'autre à signaler.

Les réflexes rotuliens et plantaires sont normaux.

Devant une telle symptomatologie, nous nous disons que le diagnostic différentiel ne peut osciller qu'entre deux affections: la myocardite avec dilatation globale du cœur ou bien la péricardite avec épanchement.

Comme le patient n'a pas de lésion orificielle, ayant pu occasionner une augmentation du volume du cœur et une dilatation secondaire, nous penchons davantage vers le diagnostic de péricardite avec épanchement et demandons une radiographie.

Entre temps nous pratiquons une ponction exploratrice de la plèvre droite et retirons une dizaine de cent cubes d'un liquide jaune citron.

L'image radiologique montre une ombre du cœur, faisant penser à une péricardite avec épanchement sans toutefois pouvoir l'affirmer.

La tension veineuse est nettement au-dessus de la normale; elle mesure 32½ cm. d'H<sup>2</sup>O.

Nous pratiquons ensuite une ponction du péricarde selon la technique de Marfan, à savoir: le malade étant en position demi-assise, on ponctionne au niveau de l'appendice xyphoïde; l'aiguille longe la face postérieure du sternum et pénètre ainsi dans le péricarde, à sa partie déclive, là où s'accumule le liquide d'épanchement.

Nous retirons 400 cm<sup>3</sup> d'un liquide jaunâtre très faiblement louche.

1. Communication des Journées Médicales de la Société Médicale de Montréal, hôpital Notre-Dame, 2 oct. 1941.

Laissant l'aiguille en place nous injectons 150 cm<sup>3</sup> d'air dans le péricarde. Le malade est ensuite radiographié. Nous apercevons l'image du pneumo-péricarde que nous avons créé.

Le feuillet pariétal du péricarde est très épais.

A l'examen du liquide péricardique, il existe des polynucléaires et des lymphocytes. Il n'y a pas de microbes. Le B.-W. y est négatif, com-

#### Evolution.

Depuis le début de septembre, le patient est resté au lit; il ne se plaint d'aucune douleur et ne transpire pas.

La tension veineuse est demeurée la même à la date du 17 septembre, 33 centimètres; le 30 septembre, elle était: 30 cm.

La pression artérielle est restée basse variant entre 100/80 et 92/70. Le poids a passé

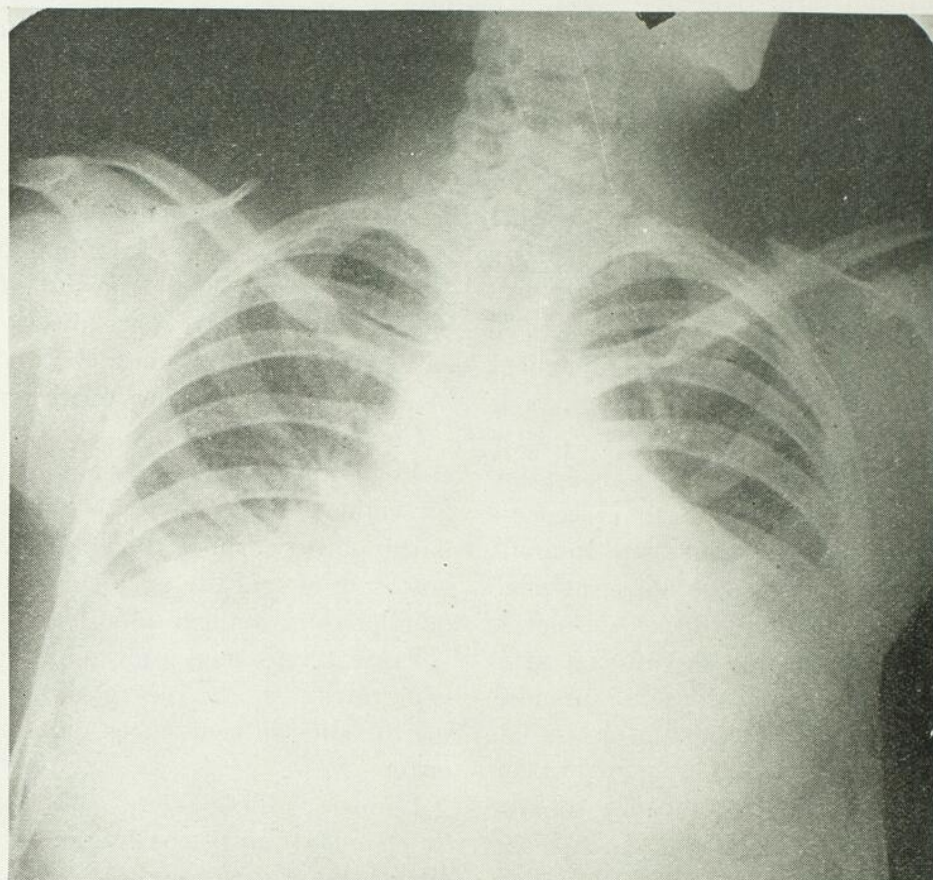


Fig. 1.—L'ombre cardiaque est considérable et le bord gauche est particulièrement net. Image en faveur d'un épanchement péricardique.

me d'ailleurs dans le sang. Il y a 48 grammes d'albumine.

Un électrocardiogramme fait par le Dr Gaétan Barry donne le rapport suivant: « Il n'y a pas de troubles de la conduction. Léger éréthisme et signes de fatigue du muscle. Le T. négatif et la dénivellation de l'espace S-T sont probablement dus à la présence de liquide dans le péricarde qui comprime plus ou moins le muscle et les coronaires. »

de 128 livres à 145 et de plus est apparu du liquide d'ascite. Une ponction exploratrice faite le 26 sept. a montré un liquide à l'aspect de sauterne contenant 38 grammes d'albumine. Son examen bactériologique est négatif et la réaction de Rivalta est positive.

Le pouls est tout à fait spécial, il est imperceptible, ou presque, en inspiration. C'est le pouls de *Griesinger-Kussmaul*. Kussmaul l'attribuait au tiraillement des gros vaisseaux

de la base et Vaquez croyait plutôt qu'il s'agissait d'un phénomène de dépression vagotonique.

C'est un pouls que l'on peut rencontrer chaque fois qu'il y a compression des vaisseaux de la base.

Une fois posé, le diagnostic d'épanchement

S'il s'agit d'un exsudat, de quelle nature est-il? Il n'y a que deux hypothèses à retenir: celle d'un épanchement d'origine *rhumatismale* ou bien d'origine *tuberculeuse*.

La syphilis est écartée par le B.-W. du sang qui est négatif ainsi que celui du liquide péricardique.

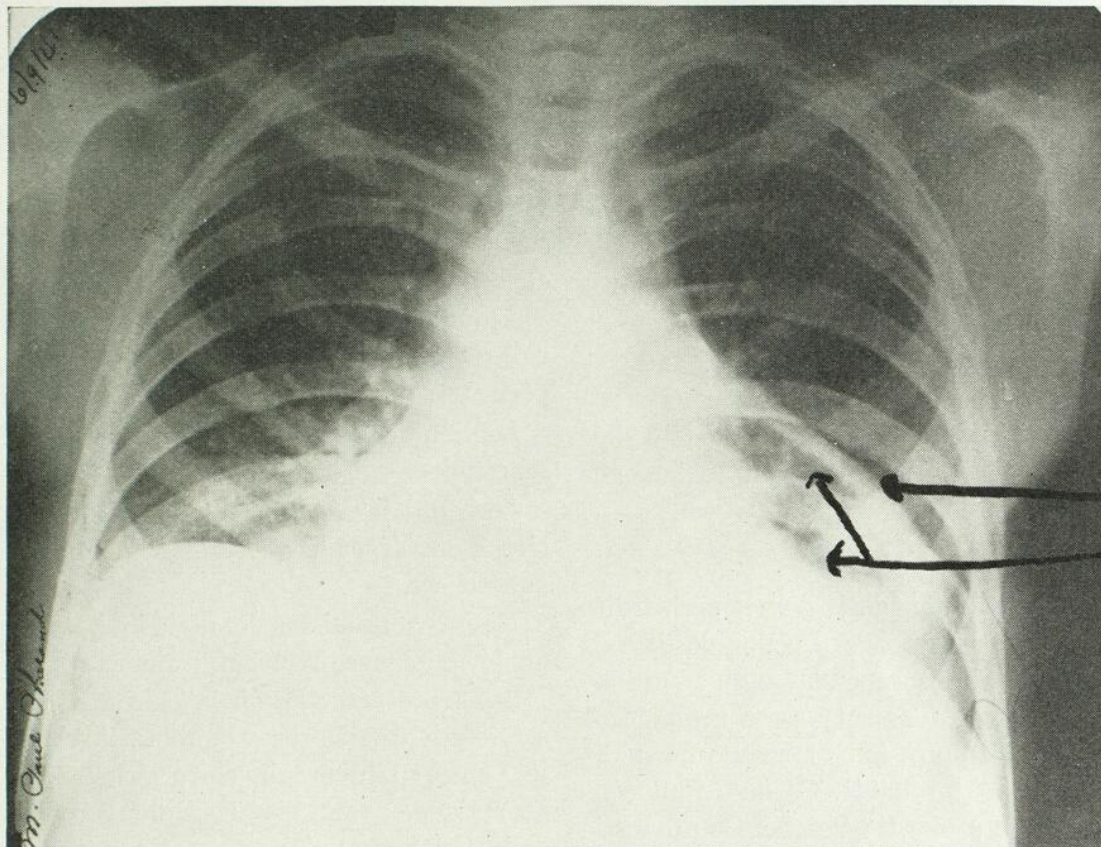


Fig. 2. — Après ponction du péricarde et soustraction de 425 cm<sup>3</sup> de liquide séro-fibrineux, une injection d'air est pratiquée. — On aperçoit: a) le péricarde pariétal très épaissi; b) l'air intrapéricardique.

péricardique, il reste encore chez ce malade un problème

*étiologique,*  
*pronostique,*  
et  
*thérapeutique.*

#### Problème étiologique.

Quelle est la cause d'un tel épanchement péricardique.

Nous pouvons éliminer d'abord l'épanchement mécanique: nous avons affaire à un exsudat et non à un transsudat: la réaction de Rivalta est positive.

Dans les deux cas il serait classique d'avoir une certaine élévation de température, mais elle n'existe pas.

*S'il s'agissait* d'une péricardite rhumatismale, il y aurait de nombreuses chances pour que le malade ait ou ait eu quelques manifestations articulaires. On ne peut tout de même pas nier l'existence possible de la péricardite rhumatismale anarthropatique.

*S'il s'agissait* d'une péricardite rhumatismale, le liquide n'atteindrait pas, en principe, une aussi grande quantité. De plus il aurait vraisemblablement régressé dans une période

de 4 semaines environ. Or, le liquide existe depuis près de 7 semaines.

Nous demeurons donc en présence d'une péricardite que nous croyons être une péricardite tuberculeuse primitive.

La péricardite adhésive est sûrement assez fréquente chez les tuberculeux pulmonaires de vieille date; on la retrouve dans 5% des nécropsies de ces tuberculeux.

Par contre elle est rarement primitive, mais elle existe sûrement et notre malade en est un exemple. Notre jeune homme fréquente depuis quelque temps une jeune fille tuberculeuse qui attend justement son placement dans un sanatorium.

La quantité aussi considérable du liquide épanché plaide en faveur de la tuberculose de même que sa lenteur à se résorber.

Malheureusement, il est trop tôt pour sacrifier le cobaye que nous avons inoculé le 6 septembre. Il nous confirmerait peut-être dans notre diagnostic étiologique.

#### *Quel est le pronostic?*

Le pronostic immédiat d'une péricardite tuberculeuse est assez bon. Le liquide devrait se résorber, à moins cependant, qu'à un certain moment, il n'augmente assez rapidement et cause une compression amenant une mort subite! C'est peu probable. Ce qu'il faut considérer, c'est le pronostic éloigné. Ce pronostic réside dans la formation d'adhérences péricardiques allant jusqu'à la péricardite constrictive et adhésive, avec tous les troubles qu'elle entraîne, c'est-à-dire un syndrome de Pick.

Déjà nous pouvons prévoir l'importance des adhérences qui vont se former, en regardant la coque déjà épaisse du péricarde pariétal.

Cette coque va-t-elle nuire aux mouvements du cœur? C'est une question à laquelle on ne peut répondre avec certitude. Si le processus scléreux n'atteint pas trop le péricarde viscéral et n'est pas trop constrictif et, qu'en même temps, la coque du péricarde pariétal reste assez vaste, celle-ci ne nuira pas. Mais si, au contraire, la sclérose viscérale est constrictive, les cavités cardiaques vont être refoulées, rapetissées et, nécessairement, le myo-

carde va se fatiguer; de plus la stase veineuse va augmenter et la mort, survenir à échéance plus ou moins brève.

#### *Thérapeutique.*

Malgré notre conviction qu'il s'agisse ici d'une péricardite tuberculeuse, nous ferons pendant quelque temps un traitement salicylé pour éliminer avec plus de sûreté encore, la péricardite rhumatismale. Nous ferons des ponctions péricardiques au besoin, lorsque le liquide paraîtra trop considérable afin d'éviter l'accident d'une mort subite. Nous nous baserons pour décider du moment des ponctions, sur la tension veineuse, la tension artérielle et le pouls de Kausmaul.

Après chaque ponction nous introduirons une certaine quantité d'air stérilisé afin d'empêcher, si possible, la formation d'adhérences.

Le liquide devrait finalement cesser de se reproduire.

Lorsqu'il sera complètement disparu il restera à envisager la question si importante des adhérences.

Devra-t-on laisser le malade à lui-même, ou bien intervenir chirurgicalement?

A l'heure actuelle, où la chirurgie du cœur a fait des progrès remarquables, il serait sage, je pense, d'intervenir chirurgicalement chez ce malade, avant que les adhérences n'aient eu le temps de nuire au fonctionnement myocardique. Il serait à recommander de libérer le cœur grâce à une péricardectomie.

Cette opération ne devrait pas avoir lieu, à mon sens, avant que le liquide ne soit complètement disparu.

Je crains que si l'on intervenait en période d'épanchement et que le liquide dût se répandre dans le tissu interstitiel du médiastin, il y aurait danger de l'ensemencer.

Il serait bon d'attendre quelque temps après la résorption du liquide avant de faire la péricardectomie afin d'être bien sûr que le liquide ne se reproduira pas à nouveau.

Souvent les malades du genre arrivent trop tard chez le chirurgien, j'espère que celui-ci sera en temps.

\*  
\* \*

Je termine, si vous me le permettez, en citant les statistiques de l'hôpital Notre-Dame depuis 5 ans au point de vue *péricardite*.

Sur 57,000 malades, il y a eu 20 cas de *péricardites* reconnus soit cliniquement, soit à l'autopsie, et inscrits au dossier. Un cas donc par 2,800 malades environ.

Sur ces 20 cas, 3 cas de *péricardite sèche*, dont l'un secondaire à la tuberculose, l'autre, à une affection pulmonaire aiguë et le troisième de cause X.

3 cas de *péricardite purulente*, l'un secondaire à un infarctus du myocarde au cours d'une septico-pyohémie, les deux autres à une pleurésie purulente.

5 cas de *péricardite avec épanchement*, un cas apparemment primitif et guéri par les sul-

famidés; deux cas d'origine rhumatismale, un cas d'origine syphilitique(?) et un cas secondaire à une affection pulmonaire aiguë(?)

4 cas de *péricardite adhésive* dont trois tuberculeux et un d'origine inconnue, survenant chez un vieillard.

3 cas de *péricardite brightique* secondaire à une néphrite urémique.

2 cas d'*hémopéricarde*: les deux survenant à la suite de la rupture du ventricule gauche secondaire à un infarctus dans un cas et à un anévrysme dans l'autre.

Il n'y a donc pas en un seul cas de *péricardite avec épanchement* qui ait eu la tuberculose pour origine, ou diagnostiqué comme tel.

Notre malade est donc vraisemblablement le premier cas du genre depuis les cinq dernières années.



## BISMUTH SOLUBLE OU INSOLUBLE

Par **Adrien LAMBERT**,  
Assistant professeur de dermato-syphiligraphie  
à l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

Le bismuth et ses sels se sont taillés, en ces vingt dernières années, une place d'honneur dans l'échelle des médicaments tréponémicides. Cette place peut, à juste titre, se situer entre l'arsenic et le mercure, mais beaucoup plus près du premier que du second. Ceci explique que, de nos jours, le bismuth est utilisé presque aussi fréquemment que le novarsénobenzol et même, qu'en bien des circonstances, il le supplante.

Mais toutes les préparations bismuthiques contre la syphilis ne nous sont pas offertes par le commerce sous une forme identique: en plus de la grande diversité des marques de commerce, en plus de la différence notable dans la teneur en bismuth-métal de chacune de ces préparations, il existe une différenciation fort importante à connaître et qui se rapporte à la forme médicamenteuse sans laquelle le bismuth nous est présenté.

Toutes les préparations bismuthiques se ramènent à deux types: le bismuth soluble et l'insoluble.

Les médecins qui traitent la syphilis — et les circonstances veulent qu'ils soient de plus en plus nombreux — se demandent souvent, au moment de se servir de cet excellent moyen de tréponémicide: « Quand faut-il employer l'un ou l'autre? » Comme il est important de ne pas utiliser indifféremment le bismuth soluble ou l'insoluble, il nous a paru intéressant de faire le rappel des indications propres à chaque variété, afin que leur usage, fait à bon escient, n'occasionne pas les déboires et les désillusions thérapeutiques dont plusieurs ont souvent été victimes dans le passé.

Le question de solubilité et d'insolubilité du bismuth a fait naître, tout comme celle du mercure, il y a cinquante ans, bien des que-

relles d'école, dont sont sorties des précisions, des indications qui, tout en n'étant nécessairement pas définitives, n'en comportent pas moins un remarquable progrès vers la solution finale du problème.

Ainsi, pour ce qui est du bismuth soluble, l'on reconnaît qu'il possède une qualité d'absorption rapide, une action anti-syphilitique directe et presque extemporanée et cela grâce à sa grande diffusibilité. L'on reconnaît également qu'il ne se prête pas à une accumulation indue dans les muscles, et qu'en cela il peut être considéré comme un moyen d'action idéal, chaque fois qu'il y a lieu de trouver un succédané au novarsénobenzol dans un traitement d'attaque.

Il est aussi admis que les sujets à crises nitroïdes faciles, sujets vagotonisants il va sans dire, trouvent dans le bismuth soluble un excellent moyen de contourner la difficulté qui provient de leur incompatibilité humorale à l'arsenic. Et puis il y a la famille des érythrodermiques post-arsénobenzoliques qui peut confier son sort au bismuth soluble sans crainte de voir réapparaître leur éruption généralisée; car, si l'on a vu, exceptionnellement, des érythrodermies causées par le bismuth, l'on a jamais rapporté, que nous sachions, une érythrodermie bismuthique succéder à une érythrodermie arsénicale!

Enfin, il y a les insuffisants hépatiques auxquels il faut souvent refuser les bienfaits de l'arsénothérapie; il y a ceux dont le rein est fragile, soit héréditairement soit à la suite d'une cause morbide antérieure: ceux-là s'accoutument bien d'un bismuth à transit rapide, incapables qu'ils sont de supporter une bismuthisation de longue haleine et sans répit comme celle qu'engendre la cure par bismuth insoluble.

1. Travail du service de dermato-syphiligraphie de l'hôpital Notre-Dame.

Il y a les syphilitiques anciens et latents, qui reprennent le traitement après une longue période d'abstention thérapeutique.

En dernier lieu, il y a les « plus de soixante ans » que la syphilis a surpris au moment où ils s'en croyaient immunisés par la sagesse de l'expérience et le déclin de leur activité sexuelle; à ceux-là, il faut un bismuth soluble, très maniable grâce à son haut degré de contrôlabilité, sa diffusibilité et son absence d'accumulation.

Nous ouvrons ici une parenthèse pour illustrer cette dernière indication du bismuth soluble par un exemple assez remarquable par certains de ses aspects.

#### Observation.

M. F. D. (dossier 9132), âgé de 84 ans (nous avons bien dit 84 ans), se présente à la consultation dermato-syphiligraphique de l'hôpital Notre-Dame, pour une lésion du prépuce, lésion qui présente les caractères francs du chancre syphilitique: exulcération sans bord, à fond propre, rouge vif, chair musculaire, indolore, reposant sur une base légèrement cartonnée; à l'aine pointe un ganglion, sentinelle avancée qui fait pressentir la présence d'un agent microbien dans le voisinage! Un pansement humide durant 24 heures fait tomber une croûte qui recouvre ce chancre; et alors le tréponème, fourmillant et vivace, est retrouvé sur le champ noir de l'ultra-microscope! Cet homme de 84 ans était porteur d'un accident primitif! Soit dit en passant, la syphilis primaire n'est pas une maladie de la vieillesse, pas plus que de l'extrême jeunesse, et ce n'est qu'exceptionnellement qu'on la rencontre chez les octogénaires qui, généralement et forcément, sont à l'abri des occasions de la contracter.

Cette syphilis primaire chez un vieillard de 84 ans comportait un petit problème de thérapeutique: à cet âge et bien avant cet âge (en pratique à 60 ans) le novarsénobenzol doit être écarté; le mercure, malgré qu'il soit

bien toléré même par des émonctoires fatigués par 84 années de service, est considéré comme un serviteur très infidèle durant une période de virulence aussi grande que celle de l'accident primitif! Il restait donc la bismuthothérapie, et c'est elle qui fut mise en œuvre, sous la forme soluble, dès le début. Au moment où ces lignes sont rédigées, le chancre de ce vieillard est en pleine cicatrisation. Ajoutons que le patient pourra probablement poursuivre son traitement jusqu'à l'extinction de la positivité de sa sérologie sanguine (B.-W. ++++ +++++); et grâce au bismuth soluble, il ne constituera plus un danger de dissémination de ses tréponèmes.

\*

\* \*

Bien différentes sont les indications du bismuth insoluble: de par la nature de sa composition chimique, il s'absorbe lentement et s'accumule peu à peu au sein des muscles, au point d'y créer un dépôt — véritable réservoir où l'organisme puise à mesure — dépôt que l'on peut vérifier facilement à l'écran radioscopique sous l'aspect de traînées et de masses opaques. Cette lenteur d'absorption permet donc une continuité de traitement, une imprégnation incessante, qui compense en quelque sorte pour l'action rapidement évanescence de l'arsenic. D'où l'indication d'utiliser le bismuth insoluble, en conjugaison avec le 914; ou encore dans la syphilis en voie d'extinction, alors que, tous les phénomènes aigus, cutanés et humoraux sont disparus.

Les syphiligraphes parlent souvent de « traitement de consolidation ». Ils indiquent par là, celui qui fait suite à une médication arsenicale intensive et qui a réussi à subjuguier le tréponème au point de le réduire au silence dans toutes ses manifestations! C'est durant cette période de consolidation que le bismuth insoluble prend le pas sur tout autre thérapeutique.

**En résumé**

Le bismuth soluble doit être employé:

- 1° dans le traitement d'attaque, quand le 914 est contre-indiqué;
- 2° quand la fonction rénale est fragile, que le rein porte une hypothèque contractée antérieurement.

Le bismuth insoluble sera préféré:

- 1° dans le traitement d'entretien;
- 2° dans le traitement de consolidation;
- 3° dans le traitement conjugué avec l'arsénothérapie.

Voici une liste incomplète, bien entendu, des préparations de bismuth que l'on trouve sur le marché canadien:

<i>Bismuth soluble</i>	<i>Bismuth insoluble</i>
Néo-Cardyl	Muthanol
Solmuth	Salicylate de Bismuth
Biazan	(P. and D.)
Bivatol	Trépol et Néo-Trépol
Lipo-Bismol	Néo-Luatol
(P. and D.)	Rubyl
Thio-Bismol	Quinby.
Sigmuth	
Quinby Soluble.	



## PETITE CLINIQUE

### LES VARICES DE LA BASE DE LA LANGUE

Par **Philippe PANNETON**,

Chef des services d'Ophtalmologie et d'Oto-Rhino-Laryngologie  
à l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

Je n'oublierai jamais le jour où un confrère entra dans mon cabinet en fort piteux état mental.

Il venait, me dit-il, sur les instances de sa femme, car pour ce qui était de lui, il se sentait bien mal en point et trop loin rendu pour que la médecine lui fut d'aucun secours.

Il déposa sur mon bureau deux volumes de médecine où une page était marquée; et un tiré à part d'un travail sur le cancer de la langue. Tel était en effet son auto-diagnostic. Voici son histoire:

Depuis près d'une année, une sensation croissante de lourdeur dans l'arrière-gorge. Depuis quelques mois une certaine gêne à la déglutition; la sensation s'était précisée et était devenue une sensation de masse. A partir de ce moment il avait été inquiet, inquiet au point que son sommeil et son appétit même s'en étaient ressentis; ces derniers faits cependant il les mettait nettement sur le compte de la « lésion ». Un amaigrissement surtout, bien que de quelques livres à peine, l'avait fortement inquiété.

Et voilà que depuis quelques semaines, il avait eu des crachements « révélateurs ». Au début quelques expectorations teintées de rose; puis dix jours auparavant il avait trouvé dans son mouchoir une tache de sang absolument nette. En même temps la perception d'une masse dans la région de la base de la langue s'était accentuée. Il n'en fallait pas plus à un homme d'expérience pour faire un auto-diagnostic de cancer de la base de la langue. Pronostic fatal à brève échéance.

Je l'écoutai sans l'interrompre et sans sourire car il pouvait avoir raison. Mais autant j'eusse eu confiance en son diagnostic pour un

de ses patients autant j'étais défiant à l'égard de son auto-diagnostic. Il n'est plus mauvais médecin que celui qui essaye de l'être sur lui-même. Je le sais par expérience personnelle!

Après l'interrogatoire ordinaire auquel il se soumit de bonne grâce et qui me révéla qu'il avait fait faire deux Wassermann et même une ponction lombaire, je lui posai à brûle pourpoint une question.

« Avez-vous aux cuisses des varices? »

— En effet, et depuis quelque temps.

— Bon, voyons. »

#### EXAMEN.

A la face interne des cuisses, assez nombreuses dilatations variqueuses de petit calibre.

*Yeux.* Normaux. Réflexe photo-moteur normal. Fond d'œil: vaisseaux sinueux.

*Nez.* Etat légèrement congestif.

Apparence générale de bonne santé; homme de taille moyenne environ cinq pieds sept. Age 54. Facies, coloré avec quelques dilatations veineuses — une touche de couperose — au visage.

*Dents.* Malsaines.

Pas plus d'adénite sous-angulo-maxillaire que chez la plupart des gens. Pas de déviation de la langue.

*Pharynx.* Un peu congestif, sans hypertrophie véritable.

*Miroir laryngien.* Le miroir laryngien mis en place sur le voile du palais montre évidemment tout d'abord l'image de la base de la langue.

Et là, tout au long de la base, courent de longues lignes bleutées verticales, dont quel-

ques-unes sont noueuses. Il s'agit d'un véritable paquet de varices linguales. Et sur l'une d'entre elles on voit nettement, signe « révélateur », un petit caillot encore adhérent!

Le toucher laisse percevoir une base de langue de consistance absolument normale, sans aucun noyau dur.

*Larynx.* Normal.

DIAGNOSTIC. *Varices de la base de la langue.*

Et cela à mon sens expliquait tout. Ce n'est pas le premier cas qu'il m'est donné de voir; ce n'est sûrement pas le dernier non plus.

\*

\* \*

Il arrive parfois que l'on s'étonne de ne pas voir décrites dans les volumes de spécialité certaines maladies qui n'ont pourtant rien d'exceptionnel. Et à cause de cela il arrive parfois que le spécialiste hésite à poser une étiquette sur une maladie qui pourtant n'a rien d'extraordinaire.

C'est que *tout n'est pas dans nos livres*. Et le spécialiste ne doit jamais oublier le grand principe suivant: à savoir qu'il est des entités pathologiques auxquelles les auteurs spécialistes ne consacrent rien tout simplement parce que ce ne sont que des localisations particulières, dans notre domaine, de lésions pouvant apparaître partout.

Je publierai un jour, si l'avenir confirme le diagnostic — ce qu'il est en train de faire — le cas d'une femme, mère de médecin, qui présenta une lésion laryngée bizarre qui nous jeta dans la confusion jusqu'au moment où nous rappelant le principe ci-haut mentionné

nous songeâmes qu'un tophus pouvait tout aussi bien apparaître à l'articulation aryténoïdienne qu'aux articulations digitales.

Mais pour revenir à notre confrère variqueux, je me trouvais en présence d'une lésion que je n'avais trouvé décrite dans aucun des volumes que je consultai.

Le diagnostic pour moi ne faisait pas de doute. Certes il fallut de longues explications pour faire admettre la chose à notre client-confrère qui ne partit qu'à moitié convaincu.

Il se traita comme un variqueux.

Ses varices des membres inférieurs diminuèrent notablement. Il cessa de crachoter du sang. Progressivement sa sensation de plénitude dans l'arrière-gorge disparut.

Il oublia son « cancer de la langue » et se porta à merveille. Mais il n'oublia point son médecin. Et c'est ainsi que je pus savoir qu'il s'était rallié à mon opinion dont il put se rendre compte par la suite qu'elle était justifiée.

Contrairement à l'habitude des auteurs qui écrivent dans nos revues j'ai donné à cet article une couleur d'histoire. Cela pour montrer que je n'y attache pas outre mesure d'importance. Mais il reste de tout ceci deux principes majeurs et que jamais nous ne devons perdre de vue, surtout à notre époque où la spécialité est reine:

1° Avant d'être spécialiste, le médecin doit rester médecin.

2° Tout ne se trouve pas dans les livres de spécialité; mais ce qui y manque se trouve presque toujours dans la pathologie générale.



# MOUVEMENT MÉDICAL

## NOUVEAU TRAITEMENT DE L'OTITE CATARRHALE: PONCTION DU TYMPAN ET SULFATHIAZOL SODIQUE EN SOLUTION<sup>(1)</sup>

Par **V. LATRAVERSE,**

Oto-rhino-laryngologiste et bronchoscopiste, hôpital Notre-Dame (Montréal).

L'otite catarrhale aiguë ou sub-aiguë a toujours attiré l'attention du praticien, du pédiatre et de l'otologiste. En effet, ses symptômes sont d'une inconstance si décevante, que souvent, le tableau symptomatologique (otalgie, bourdonnement, surdité et modification du tympan) devient un paradoxe. Combien de pages écrites sur le traitement classique et moderne de l'otite moyenne pour conclure que la paracenthèse est la thérapeutique de choix malgré l'action merveilleuse des sulfamidés (1). Malgré tout, j'ose proposer une nouvelle méthode de traitement qui, d'une part, brise entièrement avec l'enseignement classique et d'autre part, complète le chapitre de la sulfamidothérapie. Les résultats heureux et presque constants de cette méthode sont la raison d'être de cet exposé. La technique que j'ai mise au point est la conséquence des faits suivants.

**1<sup>ER</sup> FAIT.** A la suite des auteurs français, le docteur Philippe Panneton (2) a démontré en 1929, dans *les Annales des Maladies des Oreilles, du Nez et de la Gorge*, que la ponction exploratrice du tympan était le moyen le plus sûr pour déterminer l'indication opératoire de la trépanation mastoïdienne chez les nourrissons.

En effet, l'otoscopie est très souvent insuffisante pour préciser la lésion qui se cache derrière la membrane tympanique. Canuyt (3) affirme que l'absence de la tache lumineuse

ne peut avoir la valeur d'un signe pathognomonique » et « insiste sur la difficulté de l'examen otoscopique chez le nourrisson ». J'ajouterais que la même difficulté existe chez l'adulte, particulièrement quand il y a une réaction inflammatoire paratympanique de la paroi du conduit auditif externe. On peut en dire autant de la rougeur du tympan: le tympan est parfois si épaissi et si blanchâtre, qu'à le regarder on ne soupçonne rien du processus pathologique évolutif de la caisse.

**2<sup>ES</sup> FAIT.** Le bourdonnement et la surdité ou l'hypoacousie semblent être les signes constants de l'otite catarrhale, la douleur étant souvent absente. Ces symptômes associés au coryza ne sont-ils pas aussi les signes du catarrhe tubaire? Si bien que le traitement alors appliqué est une insufflation d'air (Valsalva-Politzer, cathétérisme). Ne soyez pas étonnés de m'entendre dire que, dans ces cas de catarrhe tubaire, j'ai retiré de la caisse un liquide abondant, jaune citrin, visqueux, trouble. Par la ponction du tympan, j'ai mis à jour la présence d'un exsudat infectieux qui, autrement, serait resté ignoré et d'autre part aurait été camouflé par l'insufflation tubaire inefficace. Or, chez la plupart des patients, auxquels on applique l'étiquette facile de catarrhe tubaire, j'ai constaté que le Veber était latéralisé du côté de l'oreille où la ponction me faisait découvrir la présence de liquide séro-fibrineux. De plus, la ponction a eu pour résultat de faire disparaître les symptômes subjectifs classiques.

1. Travail présenté au Congrès des ophtalmo-oto-rhino-laryngologistes canadiens-français, Québec, 11 octobre 1941.

3<sup>E</sup> FAIT. Ce n'est pas l'insufflation tubaire qui peut rétablir la perméabilité suffisante de la trompe d'Eustache pour favoriser le drainage du liquide visqueux qu'on retire par la ponction du tympan. Même si cela était, la loi de la capillarité s'opposerait à l'écoulement de ce liquide dans le canal à peu près capillaire de la trompe congestionnée.

D'ailleurs, l'insufflation d'air a pour résultat inévitable de faire pénétrer de force, dans la caisse, l'infection aiguë ou sub-aiguë des fosses nasales.

4<sup>E</sup> FAIT. La paracenthèse du tympan ou myringotomie est le traitement qui fut et est encore à la mode. Il me paraît condamnable de transformer un processus bénin en une évolution suppurative. C'est ce que produit très souvent l'ouverture du tympan; elle ouvre la porte à l'infection du conduit externe. Or, tout en donnant un résultat thérapeutique aussi heureux, la ponction du tympan fait éviter aux malades le risque de réinfection. La myringotomie devrait être réservée aux otites moyennes suppurées.

5<sup>E</sup> FAIT. La sulfamidothérapie buccale ou intraveineuse a transformé le tableau et l'avenir des otites catarrhales, mais non sans danger ni séquelles pour le patient. Souvent, l'hémo-gramme est profondément modifié, montrant de l'anémie ou de la leucopénie; des néphrites ont été rapportées.

A la clinique O. R. L. de l'hôpital Notre-Dame, l'instillation de soludagenan ou de sulfathiazol sodé dans le conduit, au cours des otites suppurées a produit des guérisons rapides de malades, qui, autrefois, auraient végété sur place avec le traitement à l'alcool boriqué. Si les sulfamidés agissent si favorablement dans l'otite suppurée, je me suis dit que son usage dans l'otite catarrhale devrait être également efficace. Alors, j'ai fait suivre la ponction thérapeutique du tympan d'une injection de 2 à 5 gouttes de soluthiazamide à 5 ou 10%, sans médication buccale ou intraveineuse. J'ai été conduit à cette technique par les résultats encourageants que j'obtiens jusqu'à date par l'instillation bronchoscopique ou

laryngologique de soluthiazamide dans le tractus bronchique chez les malades porteurs de suppurations chroniques des bronches. (Dans un avenir rapproché, nous publierons ces travaux exécutés à notre clinique bronchoscopique de l'hôpital Notre-Dame.)

Fort de ce succès, je transportai cette méthode thérapeutique dans le traitement de l'otite catarrhale aiguë ou sub-aiguë. Au mois d'août 1940, dans *The Journal of Laryngology and Otology* (4) M. J. Jay considère la ponction aspiratrice du tympan comme le traitement idéal de l'otite moyenne catarrhale, prétendant que, le jour suivant, la caisse est asséchée et les symptômes disparus. Pour lui, le traitement subséquent se résume à l'instillation de solution de Calot pendant une ou plusieurs semaines.

Pour moi, ni la solution de Calot, ni l'Auralgan ou la glycérine phéniquée ne peuvent influencer efficacement le processus infectieux de l'oreille moyenne. La pression osmotique est complètement modifiée; ce phénomène est donc un obstacle au passage du médicament à travers la membrane du tympan vers la caisse. Tandis que le sulfathiazol sodé présent dans la caisse descend dans le canal tubaire dont il détruit la flore microbienne; par ricochet, faisant disparaître la congestion, il rétablit la perméabilité de la trompe d'Eustache beaucoup plus logiquement que ne peuvent le produire l'insufflation tubaire, le bougirage ou l'aspiration par le canal tubaire.

Après avoir envisagé ces faits et observations, je crois faire œuvre utile que de proposer la ponction aspiratrice du tympan suivie de l'injection de 2 à 5 gouttes de soluthiazamide à 5 ou 10%, comme le traitement réellement adéquat de l'otite catarrhale aiguë ou sub-aiguë.

Cette méthode que je préconise est à la portée de tout médecin. Elle exige une instrumentation que l'on voit dans n'importe quel bureau de praticien. Elle lui demande une habileté qu'il a déjà acquise. De fait, tout médecin sait exécuter une injection intramusculaire ou intraveineuse.

## TECHNIQUE DE LA PONCTION

Voici la description du docteur Panne-ton (2).

Le pavillon de l'oreille étant tiré en *arrière*, l'aiguille est descendue lentement le long du conduit, en zigzag allant toucher une paroi puis l'autre. On arrive facilement au tympan sans piquer ces mêmes parois. Il suffit d'un peu d'habitude pour se rendre compte que l'on est au voisinage du tympan. A ce moment on fait raser à l'aiguille la paroi postérieure. Nous pénétrons ainsi dans la caisse, ni trop bas où l'espace est presque virtuel, ni trop haut, pour ne pas blesser les organes — cordes, osselets — qui s'y trouvent.

La région de ponction est les  $\frac{3}{4}$  inférieurs du tympan derrière quoi ne se trouve que la bosse osseuse du promontoire dont la piqûre ne présente aucun inconvénient. La profondeur de la caisse varie de 1 à 2 millimètres à la partie inférieure. Alors, on comprend qu'une partie d'un biseau trop long pourra rester hors de la caisse et rendre apparemment négative une ponction, qui serait, autrement, positive.

Je me sers souvent de l'otoscope pour contrôler l'endroit exact à ponctionner. On se familiarise vite avec le claquement particulier qui accompagne le moment précis où pénètre le biseau de l'aiguille.

J'emploie une aiguille hypodermique n° 22 de  $2\frac{1}{2}$  pouces de long. La seringue que je considère la plus facile à manier, soit avec ou sans otoscope ou spéculum auriculaire, est la seringue à insuline.

A l'aide d'un porte-coton, on retire le cérumen s'il y en a.

L'anesthésie locale est suffisante chez le nourrisson; M. P. Panne-ton avoue pouvoir s'en passer. Quant à moi, je préfère l'anesthésie générale qui est d'ailleurs de courte durée; elle rend les manœuvres plus faciles et plus sûres. Chez l'adulte, j'applique du « Paraben » ou de la solution de cocaïne 10% soit en instillation, soit sur tampon. J'attends ensuite dix (10) minutes. Je ponctionne, j'aspire une ou plusieurs gouttes de liquide jaune citrin visqueux, pouvant aller jusqu'à  $\frac{1}{2}$  c.c. comme je

l'ai constaté chez un cas. Je retire l'aiguille; je charge la seringue de 3 à 5 gouttes de soluthiazamide à 5 ou 10%. Pour injecter cette solution, je répète la même manœuvre que pour la ponction.

On m'a demandé pourquoi je ne laissais pas l'aiguille en place. Ce manuel opératoire aurait un grand inconvénient; la désarticulation de la seringue, et de l'aiguille est un geste traumatisant à la fois pour le tympan et le promontoire couvert d'un plexus nerveux et d'une muqueuse très congestionnée. Il est aussi plus douloureux que la ponction répétée.

A l'appui de ma thèse, je vais vous rapporter quelques cas convainquants.

**Observation 1.**

Le 22 septembre, G. S..., enfant de 15 mois, présente des vomissements intermittents quotidiens depuis 3 jours, de la température à 90°. La mère dit qu'il porte souvent les mains à ses oreilles et pleure. L'otoscopie ne démontre rien de particulier. Le traitement se résume à la diète. Le 24 septembre, T. 103°, pouls 140, otalgie, vomissements, courbature, tympan droit rosé, triangle lumineux un peu apparent, la membrane tympanique a perdu de son lustre habituel. La ponction aspiratrice recueille 3 gouttes de liquide visqueux jaune citrin. Injection de 3 gouttes de soluthiazamide à 10%. L'enfant passe une bonne nuit. T. 99°. Le jour suivant T. 98°. Le bébé est bien depuis.

**Observation 2.**

Mme L. O..., âgée de 26 ans, souffre terriblement de surdité et d'otalgie depuis 2 jours, à un point tel que le sommeil est impossible. T. 99°, coryza, le tympan droit est rosé. Une voisine lui a dit qu'il fallait faire ouvrir le tympan dans son cas. Or, je parviens à la convaincre d'accepter la ponction du tympan qui retire près de  $\frac{1}{2}$  c.c. de liquide. Ceci étant fait, j'injecte 4 gouttes de sulfathiazol sodé 10%. Tous les symptômes s'amendent; 5 jours plus tard, légère récurrence. La ponction nous montre 3 gouttes de liquide jaune citrin. Réinjection de 3 gouttes de soluthiazamide 5%. La malade guérit.

**Observation 3.**

Mlle X..., 29 ans, infirmière, se plaint de catarrhe tubaire sub-aiguë sans otalgie. L'insufflation tubaire déjà exécutée, est inefficace. Je constate un Veber latéralisé à droite. Cette épreuve me fait soupçonner la présence de liquide dans l'oreille moyenne droite. La ponction aspiratrice décèle 1/3 de c.c. de liquide visqueux jaune citrin. Immédiatement le bourdonnement disparaît. J'injecte 3 gouttes de soluthiazamide. Trois jours plus tard, léger bourdonnement persistant et Veber latéralisé à droite. Une deuxième ponction retire 3 gouttes de sérosité jaune citrin limpide. Nouvelle injection de 3 gouttes de sulfathiazol qui a suffi pour faire disparaître les symptômes désagréables ressentis par la malade. Le 16 octobre, Veber négatif, perméabilité complète de la Trompe. Guérison.

**Conclusions générales**

1° La ponction aspiratrice du tympan est une méthode thérapeutique beaucoup moins compliquée et traumatisante que la paracenthèse.

2° L'injection locale de soluthiazamide étant aussi efficace, écarte l'usage des sulfamidés par

voie buccale ou intraveineuse, médication si dangereuse à appliquer à domicile.

3° Le malade en tire beaucoup plus de profit puisqu'il est l'objet d'un diagnostic plus précis et reçoit une thérapeutique plus adéquate.

4° En général, il faut répéter le traitement une 2e fois pour obtenir une guérison certaine, même une 3e fois dans quelques rares cas<sup>1</sup>.

**BIBLIOGRAPHIE**

1. E. B. BILCHICK et G. H. O'KANE: «Sulfanilamide in Otitis Media in Child.» *The Laryngoscope*, 51: 197 (février) 1941.
2. Philippe PANNETON: «La ponction exploratrice de l'oreille moyenne chez le nourrisson.» *Annales des Maladies de l'Oreille, du Larynx, du Nez et du Pharynx*, 911 (septembre) 1928.
3. CANUYT: *Congrès français d'O. R. L.* 1925. Discussion.
4. H. M. JAY: «Traitement de l'otite catarrhale par la ponction aspiratrice du tympan.» *The Journal of Laryngology and Otology*, août 1940.

1. La Soluthiazamide est une solution originale à 20% de (2-sulfanilyl-aminothiazole) sodique présentée en ampoules de 5 c.c. par les «Laboratoires Poulenc Frères du Canada, Limitée, Montréal».

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

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

Tome 70 — N° 12 Montréal, décembre 1941

## CHIROPRACTIENS

Les médecins de la province de Québec, représentés par leur Collège, ont à lutter contre l'activité entreprenante et rusée des chiropraticiens; activité au surplus nullement sublimée par des considérations et des sentiments d'altruisme ou de philanthropie, mais plutôt motivée par le seul désir de pouvoir, sans ennuis, exploiter une source généreuse de revenus pécuniaires.

Le Collège des Médecins et Chirurgiens s'emploie, par cette lutte, à sauvegarder les droits des médecins, reconnus par la loi civile de cette province; il s'efforce à protéger le public, ignorant de la pathologie, naïf et superstitieux quand il est touché par la maladie, contre les dangers réels que constituerait la sanction légale du droit de pratique par les chiropraticiens.

Et s'il était nécessaire d'ajouter à ces deux mobiles de valeur primordiale, on pourrait ajouter que le Collège des Médecins entreprend une campagne contre l'ignorance, la turpitude, le ridicule et la cupidité.

On peut affirmer que non seulement le gros public, mais que même les individus de la classe instruite, de l'élite (en l'occurrence il s'agit de la nôtre): professionnels, magistrats, juges, artistes, religieux et prêtres, etc., ne savent porter aucun jugement discriminatoire, ne peuvent émettre aucune opinion congrue, aucune décision pertinente sur les choses de la médecine. Elles les dépassent. Cela devient du complexe, de l'inaccessible, du mystérieux; cela est

au delà du champ des connaissances courantes, ou encore en dehors des sujets de cogitations et méditations journalières.

Et on doit ajouter que nos représentants aux Chambres, qui légifèrent et nous soumettent à leurs décisions sanctionnées, ne sont pas plus instruits des connaissances de la santé et de la maladie; leur mandat de député ne leur accorde pas le privilège de savoir sans apprendre. Il faut donc qu'ils soient instruits sur le problème de la chiropratique, sur celui du dépistage et du traitement efficient des maladies. Autrement, l'ignorance et l'ignorantisme, le ridicule et la cupidité l'emporteront sur la hiérarchie des valeurs et la sauvegarde des droits; sur la saine protection du public, qui constitue l'unique mission des dirigeants. La dialectique, la démonstration théorique du problème, l'exposition en parallèle des deux concepts en jeu: celui de la médecine consacrée par la tradition et la science, celui de la chiropratique, découlant d'un postulat simpliste et faux mais appuyé sur une entreprise d'ordre pécuniaire et sur la foi superstitieuse d'apparentes guérisons, instruiront sans aucun doute ceux qui doivent juger en dernier ressort de l'opportunité de rejeter ou d'accepter la requête des chiropraticiens.

Mais des faits concrets doivent être par-dessus tout apportés. Leur éloquence incisive, leur objectivité auront une force irrécusable de conviction.

Il serait à souhaiter que chaque médecin qui a pu colliger un fait ou plusieurs démontrant des fautes d'omissions commises par la chiropratique ayant entraîné des conséquences graves, en constituât un dossier devant être mis à la disposition du Collège en temps opportun ou même publié dans un Journal médical, dans un but de saine et efficace propagande.

L'accumulation de ces faits formera l'argument qu'aucun plaidoyer, qu'aucune preuve de circonstance, qu'aucune revendication ne pourront renverser. En plus, le

dossier ainsi formé constituera l'enseignement le plus démonstratif, le plus objectif qui soit auprès des dirigeants qui auront à décider du droit légal de la chiropratique.

Cette chronique n'a pas d'autre but que de faire connaître un fait d'une indiscutable authenticité. Il illustre parfaitement ce que l'on doit craindre de la chiropratique qui ne reconnaît aucun diagnostic étiologique, qui possède une thérapeutique puérile et univoque, rejetant d'emblée toute notion biologique, clinique et bactériologique. Cette thérapeutique est *in se* inoffensive; elle peut être, et effectivement elle le fut, criminelle par omission ou abstention.

Elle constitue donc un danger constant pour la population. On ne doit, sans manquer au plus strict devoir de justice, sanctionner une telle entreprise. Autrement, on commettra le plus formidable abus de confiance auprès du public.

Mais voici le fait lui-même.

Cela se passa en 1940, en Floride. Un malade s'administrait régulièrement de l'insuline pour contrôler son diabète. Il se blessa à un pied. Il consulta un chiropraticien. Ce dernier, bien qu'au courant du diabète de son client, lui conseilla de discontinuer l'insuline. Le malade en mourut. Le chiropraticien fut par la suite inculpé de négligence coupable et d'ignorance grossière et, en conséquence, d'homicide involontaire. La Cour Suprême de Floride jugea la cause et reconnut la culpabilité du défendeur<sup>1</sup>.

1. *J. A. M. A.* 17: 1464 (25 octobre) 1941.

Ces quelques lignes en disent beaucoup.

On pourra rétorquer que des erreurs semblables peuvent être commises par des médecins ignorants ou négligents. Sans doute, mais cela d'abord serait à démontrer pour chaque cas particulier; et, au surplus, on aura le droit de répondre que ces erreurs ne peuvent être impliquées à la formation scientifique que ces médecins auraient eu l'opportunité de recevoir, à la médecine elle-même qui recommande précisément ce qu'ils auraient omis. Alors que les omissions des chiropraticiens découlent non pas de fautes individuelles et épisodiques, mais de l'essence même de la chiropratique qui ne comporte aucun enseignement de la biologie humaine et de la pathologie, qui dédaigne les lois du diagnostic et les règles élémentaires de la thérapeutique appropriée des diverses maladies.

Messieurs les médecins, défendons nos droits et sauvegardons la santé du public. Il est absolument illogique que les chiropraticiens possèdent les mêmes critères de recommandation auprès des profanes, incapables de juger, que les médecins.

Illustrons par des faits tangibles le danger de la chiropratique, et surtout l'énorme abus de confiance envers le public que constituerait la sanction légale d'une telle méthode charlatanesque de traitement.

Roma AMYOT.

# MÉDECINE MILITAIRE

## LES ACCIDENTS NEURO-PSYCHIATRIQUES DE LA GUERRE<sup>1</sup>

Par **Jean SAUCIER** (Montréal).

Il n'est pas sans intérêt d'exposer devant vous quelques-uns des problèmes neuro-psychiatriques engendrés par la guerre. Du reste, l'Université a demandé à ses professeurs de la Faculté de médecine de signaler dans leur enseignement les aspects médicaux, généraux et spécialisés de la guerre. On a dû vous dire en chirurgie les bons effets des sulfamidés dans le traitement des plaies, de même que les nouvelles conceptions du maniement des grands délâbrements ostéo-articulaires. Au point de vue qui nous intéresse, il m'a semblé que le procédé le plus pratique serait peut-être de faire devant vous la synthèse des principales publications intéressant notre domaine, parues depuis 1939 et pendant la guerre civile d'Espagne.

Faisant la revue des névroses de guerre du conflit de 1914-1918, F. Dillon estime que du nombre total des pertes subies (casualties), un tiers des non-blessés et un septième de ceux qui furent congédiés ont été déclarés incapables de façon permanente pour troubles neuro-psychiatriques fonctionnels. Pendant les deux premières années de la grande guerre tous les névropathes de l'armée britannique furent évacués en Angleterre où ils furent traités. On a cru, à tort, qu'il s'agissait de commotionnés (shell-shocked). On s'est ému très justement devant l'échec du traitement et le nombre considérables de tels malades, et on décida de juguler le mal à sa source, c'est-à-dire à proximité du champ de bataille. Dillon fut nommé spécialiste des pseudo-commotionnés et établit de nombreux postes de triage près

de la ligne de feu. Les résultats furent merveilleux. En 22 mois, 4,235 cas — les officiers exceptés — furent traités à proximité du front.

Les divers désordres fonctionnels neuro-psychiatriques ainsi traités purent être divisés en 5 classes:

- 1) Les émotionnés avec anxiété, comprenant environ 70% du total;
- 2) les hystériques avec mutisme et pseudo-paralysies diverses, 20%;
- 3) les confus simples et stuporeux;
- 4) les états plus complexes où dominaient l'amnésie et la tendance à la fugue;
- 5) les névroses de guerre associées à un trouble organique ou précédées d'accès névropathiques antérieurs.

Les 3 dernières classes comprenaient 10% du total. Les véritables psychoses furent rares.

Les principaux états à discuter dans le diagnostic différentiel étaient la commotion, la fatigue pathologique et la simulation. La commotion fut rare et cet état guérissait habituellement très vite. La fatigue disparaissait après quelques jours de repos. La vraie neurasthénie caractérisée par une fatigue invincible se rencontrait surtout dans le service auxiliaire après de longues périodes de service routinier. Quant aux simulateurs ils se reconnaissaient par l'exagération et la durée excessive des symptômes.

Le traitement des malades devint très simple. Pour ceux de la première classe, les émotionnés anxieux, 2 à 3 jours de repos suffisaient pour les mettre en état de retourner au front. Il n'était donné d'autre traitement que le repos et le sommeil. Dans quelques cas

1. Résumé d'une leçon professée devant les élèves de 4e année de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, le 7 novembre 1941.

on avait recours à un peu de paralaldéhyde. De plus, et ce détail a de l'importance, les soldats étaient mis sous traitement aussi tôt que possible afin d'éviter la contagion mentale. La peur n'était pas toujours parfaitement subjuguée, mais toujours, elle était suffisamment contrôlée pour permettre le retour au front... avec beaucoup de persuasion. Les cas de confusion et de stupeur mettaient un peu plus de temps à guérir mais ici encore les temps de guérison s'évaluaient en jours. Chez les hystériques, la brosse faradique et l'isolement avaient presque toujours raison du drame; cependant, il faut noter que les malades atteints de bégaiement demeurèrent rebelles à la thérapeutique. Les amnésiques prenaient 4 à 5 semaines à retrouver leur mémoire. Quant aux fugueurs, leur maniement fut plus difficile et on comprend ici l'importance du diagnostic à cause de la loi militaire qui est très sévère pour les déserteurs. Les cas de la cinquième classe représentent un très petit groupe: en général ils se manifestèrent aux derniers jours de la guerre et après l'armistice.

Les résultats de ce traitement sur place furent excellents. 63.5% retournèrent au front; 5% rechutèrent; la moyenne de jours d'hospitalisation fut de 18 jours. Plusieurs malades traités pour névroses de guerre furent décorés par la suite.

\*

\* \*

L'hygiène mentale revient souvent au programme de toutes les discussions dans tous les corps d'armée et peut-être davantage dans l'aviation où la prophylaxie est plus que partout ailleurs d'une importance capitale. Tous les officiers médicaux reçoivent un cours de psychologie, appliquée à leur spécialisation. Ils observent constamment leur personnel et suggèrent les changements jugés opportuns selon les réactions signalées. Ils encouragent leurs hommes à venir discuter leurs problèmes avec eux et leur offrent à temps les avis que leur dicte leur expérience. On n'insiste pas démesurément sur la psychothérapie; on élimine plutôt les inaptes afin de conserver à l'armée

un personnel à peu près parfait. Les traitements, par conséquent, sont courts. Les suspects de névropathie, ou bien retournent au service après un repos et quelques encouragements, ou bien sont dirigés sur un hôpital pour psychothérapie. Le pronostic dépend du contrôle acquis sur les émotions par l'entraînement et le raisonnement. On ne doit pas renvoyer les récalcitrants à la vie civile mais les astreindre à des travaux connexes tout en leur laissant l'uniforme, à moins qu'il ne s'agisse de cas désespérés. En somme, le triage préliminaire doit être accompli avec une telle sévérité que ceux qui ont passé le filtre doivent être des sujets pouvant subir à peu près toutes les épreuves de la guerre moderne. L'expérience enseigne déjà que les dépressions observées chez les combattants surviennent dans une proportion de 30% chez des névropathes constitutionnels et chez des individus dont le physique était inférieur. L'hystérie est rare. Les débiles mentaux rendent de bons services dans les unités auxiliaires.

Le Dr E. Mira a noté des faits intéressants pendant la guerre d'Espagne. Au temps où le service était volontaire, le taux des névropathes était bas. Lorsque l'armée fut organisée les névropathes devinrent plus nombreux, et davantage parmi les soldats de l'arrière que parmi ceux du front. Incidemment, les hystériques guérissaient rapidement et étaient vite renvoyés au front. Le moral baissa singulièrement parmi les troupes de l'arrière lorsque la nourriture commença à être rationnée. Les individus enflammés par une idée politique librement défendue résistèrent mieux que les conscrits. L'enthousiasme est le meilleur antidote de la peur.

\*

\* \*

Continuant ses observations chez les soldats et chez les civils Espagnols, le Dr Mira rapporte les effets des bombardements et de la faim. Il constata que les bombardements furent assez bien supportés en dépit du fait que Barcelone ne pouvait abriter convenablement que 10% de sa population. Il n'en fut pas de

même pour la faim, et la privation d'aliments fut un des facteurs les plus importants de la baisse considérable du moral républicain. Le nombre des psychoses n'excéda pas celui du temps de paix, mais les accidents névropathiques furent plus nombreux; cependant, comme le traitement était singulièrement écourté il y parut à peine. Les anxieux et les commotionnés étaient évacués à une vingtaine de milles du front et renvoyés à la ligne de feu après quelques jours. Les rechutes ont été très peu fréquentes. Ces statistiques ne peuvent s'expliquer que par la sélection soigneuse des recrues avant l'admission dans les rangs des combattants. Une sélection spontanée s'est opérée chez les civils à l'occasion des bombardements en ce sens que les impressionnables ont quitté la ville pour la campagne dès le début de l'avènement des grands raids de bombardiers. Cet auteur rappelle les cas d'anxiété maligne amenant la mort en quelques jours et à l'autopsie desquels on ne trouvait pour toutes lésions que de l'œdème cérébral et des petites hémorragies. Ces états ont été dans la suite soignés avec succès par les injections intraveineuses de solutions hypertoniques. Cette anxiété maligne survenait chez les prédisposés et chez les grands surmenés physiques ou moraux.

En général on ne conduisait à l'arrière pour une période prolongée que les grands malades ne guérissant pas dans un délai assez court aux postes rapprochés du front. On a évité par tous les moyens possibles la contagion psychique, renvoyant au besoin les convalescents au front avant la guérison complète. Dans l'ensemble, il semble que la guerre a diminué le nombre des petits névropathes et n'a pas augmenté le nombre des suicides. Les enfants ont mieux supporté les raids que les adultes.

On voit par ce qui précède que l'Espagne a mis en pratique les bons enseignements de la fin de la dernière grande guerre.

\*

\* \*

La D. C. A. comporte des problèmes d'hygiène mentale qui ne sont pas négligeables. Pour que la défense soit efficace, il faut que

la population sente et sache qu'elle est bien conduite et que l'on veille à prendre les mesures adéquates pour sa protection.

Les aspects neuro-psychiatriques de la protection contre les raids (A. R. P.) sont variés. Tandis que la vie au front est parfaitement organisée, la vie des civils n'a pas les mêmes avantages de la régimentation et les effets de ce manque d'organisation peuvent entraîner la panique et influencer défavorablement le moral d'une nation.

Les grands raids sur Londres ont permis d'observer ce qu'est la panique. Cet état, survenant chez les prédisposés, peut se schématiser comme suit: 1) des symptômes prodromiques durant de quelques secondes à plusieurs heures et caractérisés par le sentiment de perdre le contrôle de ses émotions; si le danger disparaît ou si le sujet est réconforté les choses peuvent en demeurer à ce stage prodromique; 2) la phase aiguë est caractérisée par l'hyperactivité des muscles volontaires et involontaires, plus rarement par de la stupeur et l'envie de dormir. A ce moment le malade est encore accessible au traitement car la possibilité de répondre au commandement n'est pas encore perdue. Si l'on n'intervient pas à cette période, les sujets atteints se réfugient dans la fuite; 3) la phase chronique est caractérisée par la diminution de l'activité musculaire, la perte de l'appétit et l'insomnie. Les individus répondent déjà difficilement aux questions et au commandement; 4) la phase de résolution est annoncée par la reprise du contact avec autrui, la possibilité de répondre aux ordres et d'obéir et par l'acceptation des responsabilités.

Les renforcements moraux qui sont à la fois une thérapeutique et une prophylaxie sont: a) les activités utiles et constructives, b) le travail pour autrui, et c) l'enrôlement dans un groupe de sauveteurs. Il faut convaincre la population que chaque individu de la ville ou du village est utile et que la collectivité compte sur lui. Il s'agit de restorer la confiance en soi dans un temps minimum. Tous doivent être rassurés constamment. Par ail-

leurs, les médecins doivent combattre chez les civils la grande phobie de la folie et inspirer la confiance par leur calme et leur sympathie. N'oublions pas de répéter que pendant la dernière guerre le nombre des aliénés n'a pas augmenté.

Il va sans dire que ceux qui traitent d'urgence un cas de panique doivent effectuer un calme imperturbable. Les malades doivent être amenés dans un abri voisin reconnu pour sa sécurité absolue; on doit le réchauffer et la faire manger. L'atmosphère de l'abri sera sympathique et gaie. On utilisera la musique et les jeux. Les enfants seront séparés de leurs parents mais il n'est pas recommandable de séparer maris et femmes. On aura à sa portée une provision de bromure et de chloral. La psychothérapie sera d'un type très simple, comme par exemple, la persuasion et la suggestion. On gagnera du temps en faisant de la psychothérapie collective. Seuls les grands agités, les stuporeux et les confus seront évacués sur un hôpital voisin.

\*

\* \*

Il est impossible d'estimer avec certitude le nombre et la variété des malades psychiatriques d'une population soumise à des grands raids violents et fréquents. Depuis les bombardements massifs de l'Angleterre on classe les cas assez pratiquement comme suit:

1) La terreur simple, réaction normale à une stimulation excessive mettant la vie en danger. Habituellement la terreur dure peu et les individus peuvent chercher la protection dans un abri et même collaborer au sauvetage s'ils sont suffisamment rassurés.

2) Les hystériques. Ici la réaction est nettement pathologique. L'instinct de conservation est souvent aboli et il faut les secourir comme les individus frappés de panique. Il faut les isoler et ne jamais les laisser séjourner dans les abris en commun car ces malades convertissent volontiers leur anxiété en une maladie apparemment organique qui devient vite contagieuse.

3) La commotion vraie qui est du ressort du neurologue car ces malades perdent connaissance, présentent de l'amnésie et des modifications des réflexes. Leur liquide céphalo-rachidien peut être hémorragique. Leur pronostic éloigné est incertain.

4) Les psychoses. Ce sont les aliénés non internés de la période de paix. Ils sont un lourd fardeau pendant les raids car ils viennent singulièrement compliquer le diagnostic des états aigus engendrés par la peur.

\*

\* \*

Il est intéressant de noter que les rescapés de Dunkerque n'ont pas fourni un contingent excessif de neuro-psychopathes et que ceux qui furent atteints ont guéri dans les délais normaux.

Plusieurs auteurs sont d'avis que la population civile doit avoir plus de ménagements que l'armée parce qu'elle a plus besoin qu'elle du principe d'autorité. Les malades traités pour panique ou chocs divers ne seront pas rendus à leurs familles trop vite parce que, dans leur milieu, ils n'auront plus le renforcement moral que leur procure le centre hospitalier ou la proximité des abris collectifs organisés.



# CHIRURGIE PRACTIQUE

## PHLEGMONS DE LA MAIN

### GÉNÉRALITÉS

Les phlegmons de la main sont d'une extrême gravité. Ils succèdent souvent à un panaris mal ou insuffisamment traité.

Les signes cliniques locaux sont accompagnés dans la plupart des cas de symptômes généraux assez marqués.

L'opération précoce exige la connaissance exacte du siège anatomique de la lésion et permet d'espérer la guérison sans séquelle. L'opération tardive ou incomplète peut compromettre l'avenir fonctionnel de la main en causant de la raideur ou de l'ankylose, des lésions tendineuses destructives ou adhérentielles; bien plus, un traitement insuffisant peut entraîner l'amputation et même parfois la mort.

### ETIOLOGIE

Les phlegmons de la main se rencontrent surtout chez l'adulte. Les ouvriers manuels, les étudiants en médecine et les chirurgiens en sont les victimes de choix — accidents de travail ou piqûres anatomiques — la main droite plus que la gauche.

Les agents microbiens habituels sont le staphylocoque et le streptocoque. La notion de virulence du germe est importante et l'influence du terrain, indéniable; les diabétiques, les alcooliques, les débilités affectent une forme grave à retentissement général profond.

La porte d'entrée est variable. On note ainsi les piqûres, les plaies infectées suturées primitivement, les panaris à l'index et du cinquième doigt, traités trop tard ou d'une manière imparfaite.

### NOTIONS ANATOMIQUES

Les espaces cellulaires de la main constituent de véritables loges parfaitement individualisées dont les limites sont nettes et les rapports, constants.

Ces espaces sont au nombre de six. La loge palmaire médiane en abrite trois; d'espace palmaire médiane en abrite trois: l'espace l'espace palmaire médian profond et les espaces commissuraux; les trois autres habitent la loge thénarienne, la loge hypothénarienne et la loge dorsale.

L'espace palmaire médian superficiel prétendineux est situé entre l'aponévrose palmaire superficielle et la face antérieure du plan tendineux, les lombricaux et les vaisseaux de l'arcade superficielle.

L'espace palmaire médian profond est limité en avant par les tendons fléchisseurs et leur gaine, en arrière par l'aponévrose palmaire profonde et de chaque côté par la cloison intermusculaire. Il est séparé des doigts par une barrière fibreuse commissurale située entre les têtes des métacarpiens; en haut, il s'arrête au niveau de l'articulation du poignet. La gaine celluleuse des doigts communique avec le tissu cellulaire profond de la main par les orifices qui donnent passage aux vaisseaux des doigts et aux muscles lombricaux. C'est dans cet espace que débouchent les culs-de-sac supérieurs des gaines synoviales des trois doigts du milieu.

Les espaces commissuraux sont au nombre de trois et siègent au-dessus des commissures interdigitales.

L'espace thénarien est limité en avant par l'aponévrose thénarienne et en arrière par le faisceau profond du muscle court adducteur.

L'espace hypothénarien est limité par l'aponévrose hypothénarienne qui va du bord externe du cinquième métacarpien au bord cubital du même os.

Le dos de la main comprend un espace cellulaire sous-cutané et un espace sous-aponévrotique; ceux-ci ne communiquent pas avec les espaces cellulaires palmaires.

Les gaines synoviales entourent les tendons fléchisseurs dans le canal carpien et dans la paume de la main.

La gaine radiale accompagne le tendon du long fléchisseur du pouce dans l'épaisseur des muscles thénariens et va jusqu'à la base de la phalangette du pouce. Elle débute à deux ou trois centimètres au-dessus du ligament annulaire antérieur.

La gaine cubitale naît à l'avant-bras au même niveau que la radiale et engaine les deux plans des fléchisseurs profonds des doigts et s'étale dans la paume où elle présente trois culs-de-sac, pré, inter et rétro-tendineux.

Les deux gaines peuvent communiquer ensemble.

#### VARIÉTÉS CLINIQUES

Les phlegmons de la main se divisent en phlegmons de l'espace cellulaire et en phlegmons des gaines.

Les phlegmons de l'espace cellulaire sont au nombre de six et intéressent les espaces ci-haut décrits. On peut avoir cinq variétés palmaires et une dorsale.

Les phlegmons synoviaux sont de la série radiale ou cubitale ou envahissent les deux gaines. Les phlegmons des gaines atteignent les doigts, la main et l'avant-bras.

#### ETUDE CLINIQUE

*Les phlegmons superficiels* peuvent prendre l'aspect érythémateux ou phlycténoïde à la face palmaire et l'apparence anthracôïde à la face dorsale.

Les signes locaux montrent un œdème rouge modéré à la paume, mais considérable au dos de la main, avec traînée de lymphangite à l'avant-bras et au bras et réaction ganglionnaire axillaire. La douleur est vive, les mouvements des doigts restent libres; la température est élevée. L'état général est peu atteint. L'infection finit par se localiser.

*Les phlegmons cellulaires profonds* sont plus graves. La douleur est vive, profonde, diffuse. L'œdème palmaire existe, mais peu marqué à côté de l'œdème dorsal qui est énorme. Les doigts sont pliés en crochet; l'extension est possible, mais un peu douloureuse. La palpation des gaines à l'avant-bras est indolore.

Le retentissement sur l'état général est clair: température, pouls, troubles digestifs, urinaires et nerveux, insomnie.

Les phlegmons cellulaires profonds peuvent envahir les gaines synoviales, détruire les tendons et nécroser les lombricaux et les interosseux.

*Les phlegmons des gaines* se reconnaissent d'abord par la douleur qui en est le premier signe, douleur intense avec sensation de battements, empêchant tout sommeil, douleur qui siège sur le trajet de la gaine synoviale intéressée.

La douleur est exagérée par la pression et la position déclive de la main. La palpation du cul-de-sac antibrachial au-dessus du ligament annulaire antérieur du carpe est très douloureuse.

L'œdème est étendu à tous les tissus; le doigt atteint est rouge, gonflé; la paume de la main est pleine; l'œdème dorsal ne fait pas défaut. L'enflure de la main est coupée à la racine du doigt par les brides commissurales et au poignet par le ligament annulaire. L'œdème de l'avant-bras est fort appréciable. Les doigts sont en flexion irréductible, en forme de griffe. Les essais d'extension des doigts sont excessivement douloureux. L'adénopathie axillaire est constante.

L'altération de l'état général est marquée: fièvre élevée, pouls rapide, insomnie, troubles nerveux, digestifs, oligurie.

Les phlegmons des gaines synoviales peuvent amener des séquelles graves par destruction des tendons fléchisseurs; causer de la raideur.

Les complications peuvent donc être locales et entraîner une véritable infirmité, exiger même l'amputation de la main et parfois de l'avant-bras; elles empruntent l'allure générale et peuvent déclencher une septicémie et quelquefois la mort.

#### TRAITEMENT

Si le traitement médical a certaines indications à la période de début, il doit *tôt* céder la place à la chirurgie.

Au début, les vaccins, les bactériophages, la médication anti-infectieuse générale, les

sulfamidés, les pansements humides et les bains de la main doivent être mis à l'essai.

Devant leur échec, l'intervention opératoire s'impose. Elle sera faite sous anesthésie générale et sur un champ exsangue.

La localisation anatomique exacte des lésions commande le lieu des incisions. Celles-ci varient donc avec la variété de phlegmons et exigent de l'opérateur des connaissances vraiment spécialisées, qui font que le traitement opératoire ne peut être réellement confié qu'à un chirurgien.

Edouard DESJARDINS.

---

## “L'Union Médicale du Canada en 1872”

### Dystocie

(Par A. Dagenais, M. D.)

Décembre 1872.

Le 26 octobre dernier, à une heure du matin, M. Z. G..., de la rue Visitation, vint me demander à la hâte, pour sa Dame qui était malade depuis le jour précédent. Arrivé là, je trouvai le docteur Robillard qui me dit être auprès de la malade depuis dix heures du soir, et qu'après beaucoup d'efforts pour faire la version, ses forces étant épuisées, il avait demandé l'assistance d'un confrère. Le docteur Bondy, que le mari alla chercher, après avoir fait un examen, se sentant indisposé, fut obligé de partir et, Mr. G... vint chez moi.

Le docteur Robillard me donna de plus les renseignements suivants: Madame G..., qui était à son second enfant, était enceinte depuis sept mois. Elle avait commencé à perdre de l'eau depuis vingt jours, à la suite d'une peur qu'elle avait eue, mais les douleurs ne s'étaient fait sentir que le vingt-cinq au matin. Elles avaient continué toute la journée, pas assez fortes cependant pour requérir l'assistance du médecin. Le soir, le mal augmentant, on était venu le demander. En arrivant, il reconnut une présentation du bras, et le col de l'utérus étant dilatable, il s'était mis immédiatement en devoir de faire la version. Comme les contractions étaient fortes, et qu'il n'y avait plus d'eau dans la matrice, il eut beaucoup de difficulté à introduire la main; il y parvint cependant, et commença à faire des tractions pour amener les pieds à la vulve. Il fut obligé, à cause de la grande résistance qu'il rencontra, de saisir fortement les pieds et de tirer avec plus de force; mais les os étant très fragiles, ne purent résister. Il y eut fracture des deux jambes, et même un des pieds lui resta dans la main. Il essaya encore pendant quelque temps à extraire le fœtus, et dans ces derniers efforts, il sépara un bras du tronc. Ce fut alors qu'étant rendu à bout de forces, il demanda un confrère.

Après avoir reçu ces renseignements, je fis un examen qui me convainquit de l'exactitude du rapport du docteur Robillard; il y avait présentation du plan latéral droit; en montant un peu, on sentait les pointes aiguës des os d'une jambe, et on rencontrait l'autre jambe à laquelle le pied n'adhérait que par les parties molles. Vu la presque impossibilité de la version podalique, je tentai la version céphalique; mais après beaucoup d'efforts, je dus y renoncer, les contractions de l'utérus ne me permettant pas de saisir la tête d'une manière suffisante pour la faire

descendre. J'empoignai ensuite les genoux dans l'espérance de les tenir assez fortement pour opérer la version podalique; ce fut encore inutile; à chaque traction, les membres du fœtus me glissaient dans les mains. Ne pouvant réussir par ce moyen, je passai une jarretière en nœud coulant, autour de la jambe qui avait encore son pied, et je fis quelques tractions; cette manœuvre n'eut pour résultat que la séparation complète du pied d'avec la jambe.

Convaincu plus que jamais de l'impossibilité d'extraire le fœtus par les membres inférieurs, je dus recourir de nouveau à la partie supérieure. Ne pouvant, comme je l'ai déjà dit, saisir la tête dans la position où elle était, j'essayai de la faire descendre un peu. Dans ce but, je pris le crochet aigu de mon forceps et l'enfonçai dans une épaule; mais les chairs étaient si peu résistantes, qu'elles se déchirèrent aux premières tractions.

Ayant échoué dans toutes ces tentatives, je résolus de faire un suprême effort. J'introduisis la main gauche jusqu'au cou du fœtus, en passant derrière lui; puis, je fis glisser le crochet sur mon bras jusqu'à ce qu'il fut rendu à la hauteur du cou, que je parvins, non sans beaucoup de difficulté, à placer dans l'angle du crochet. Ce moyen me réussit, et je pus au bout de quelques instants, extraire l'enfant tout mutilé et à moitié décomposé, une heure et demie après mon arrivée. Le placenta suivit de près le fœtus; il n'y eut pas d'hémorragie. Une demi-heure après l'accouchement, je laissai la malade très souffrante, mais rien ne me faisait présager une fin prochaine; cependant, le lendemain, on m'apprit qu'elle était morte deux heures après mon départ.

J'ai cru devoir rapporter ce cas parce qu'il m'a paru intéressant sous un double point de vue. D'abord, il semble en résulter que dans les cas d'avortement où la version est nécessaire, on doit préférer la version céphalique, quand elle est possible, surtout quand le fœtus est dans un état de décomposition avancée. Car dans la version céphalique, les tractions portent sur la colonne vertébrale, qui résiste beaucoup mieux que les membres inférieurs.

En second lieu, il me semble que dans les accouchements laborieux, on néglige trop l'emploi du chloroforme; pourtant on fait très souvent usage de ce médicament dans des opérations chirurgicales beaucoup moins douloureuses. Pour moi, je suis convaincu, qu'avec le chloroforme, la femme dont je viens de parler ne serait pas morte, au moins aussi promptement. Ce qui l'a fait mourir, c'est la douleur; douleur qui a tellement ébranlé son système nerveux, qu'elle n'a pu résister au choc. Je ne vois pas d'autre explication raisonnable d'une mort aussi prompte.

M ———— 19 ————

Tous les troubles  
digestifs sont  
efficacement  
traités par la  
Néo-Gastricine

Produit du Docteur E. DUHOURCAU  
de Cauterets (Hautes-Pyrénées)  
France

Fabricants et Concessionnaires au Canada:  
**ROUGIER FRÈRES**  
350, rue Le Moyne      **MONTRÉAL**

## ANALYSE

Dans le but d'uniformiser les indications bibliographiques qui accompagnent les analyses, afin de les rendre plus complètes et utilisables, on est prié de les inscrire dans l'ordre suivant adopté par le « Quarterly Cumulative Index Medicus »: nom de l'auteur, titre de l'article, nom du périodique, le volume, la page, le mois (le jour du mois, si le périodique est hebdomadaire); l'année. Exemple: J. Beerens. — Tuberculose et démence précoce. « Année Méd. — psychol. », 94: 1 (juin) 1938.

### PHTISIOLOGIE

J. L. MASON. — **Le temps limité du pneumothorax.** "The Can. Med. Ass. Jr.", 45: 321 (septembre) 1941.

A cette question, « quand doit-on discontinuer un pneumothorax artificiel », il y a des phtisiologues qui répondent qu'un pneumothorax n'a jamais de fin, tandis que d'autres croient qu'on prolonge trop cette thérapeutique en ajoutant que 12 mois de collapsus seraient suffisants. Pris d'une curiosité scientifique, l'auteur a envoyé un questionnaire aux principaux centres antituberculeux de New-York, de Montréal et de ses alentours.

Durant combien d'années a-t-on employé le pneumothorax? De 1 à 5 ans.

Quelles sont les principales raisons invoquées pour discontinuer le pneumothorax?

- 1) Un collapsus inefficace ne parvenant pas à comprimer la ou les cavernes avec crachats positifs.
- 2) La présence d'un épanchement particulièrement purulent.
- 3) La présence d'une fibrose qui empêche la réexpansion pulmonaire.
- 4) Des adhérences inopérables.
- 5) Une sclérose de la plèvre.
- 6) Des lésions avancées de l'autre poumon.

Le choc pleural est-il survenu souvent?

Pratiquement jamais, puisque sur 4,000 insufflations, on en a observé 2 à 3 et encore continue-t-on le pneumo, malgré cet incident tout en attendant 2 ou 3 jours avant de recommencer. Mais l'auteur ajoute que le « vrai » choc pleural est assez grave pour cesser toute réinsufflation. Toujours selon l'auteur, la persistance d'un épanchement et un collapsus inefficace favorisent la cessation du PNO. Les moyens chirurgicaux alors interviennent pour empêcher la prolongation inutile d'un PNO inefficace.

L'auteur conclut en affirmant qu'un PNO est considéré efficace, quand on obtient la disparition des symphyse, des bacilles, des crachats et des cavernes.

Paul-René ARCHAMBAULT.

H. EPSTEIN et S. TRUBOWITZ. — **Le pneumothorax chez le diabétique de plus de quarante ans.** "Quarterly Bulletin", Sea View Hospital, 6: 309 (avril) 1941.

Les auteurs ont étudié les cas de quarante-six tuberculeux diabétiques âgés de plus de quarante ans et traités par pneumothorax depuis au moins trois mois.

Vingt-six de ces patients étaient des diabétiques reconnus, bien avant la découverte chez eux de tuberculose, tandis que chez treize autres, les deux maladies furent découvertes simultanément. Enfin chez les sept derniers, la tuberculose avait précédé le diabète sucré.

Vingt des quarante-six patients moururent vingt-sept mois en moyenne après l'institution de leur pneumothorax, tandis que les vingt-six survivants ont, en moyenne, reçu leur première insufflation, trente-quatre mois auparavant.

Donc, les chances de survie, pour un tuberculeux diabétique sont de deux ans environ après le début de son pneumothorax.

Les résultats du pneumothorax, chez le diabétique tuberculeux de plus de 40 ans, d'après l'étude des auteurs, sont loin d'être encourageants, mais c'est le seul traitement jusqu'à présent, susceptible de prolonger quelque peu sa vie.

Gabriel LAFRESNIERE.

Ch. ROUBIERS. — **La tuberculose des ganglions trachéo-bronchiques chez l'adulte.** "Journal de Médecine de Lyon", 514: 237 (5 juin) 1941.

Mémoire où sont exposées les constatations cliniques, radiologiques et nécropsiques de l'auteur à l'hôpital Militaire du Perron.

L'étude est divisée en quatre chapitres:

Ch. I. — La tuberculose pulmonaire de l'adulte ne donne pas, en général, d'hypertrophie des ganglions du hile. Rarement ces ganglions deviennent caséux comme chez l'enfant. Les autopsies contrôlées par l'auteur ont présenté des ganglions calcifiés dont le centre peut être caséux, dans les tuberculoses chroniques. Dans les formes subaiguës, les ganglions sont un peu plus gros et lardacés. La topographie de ces ganglions est double: les uns au médiastin de forme allongée, autour de la trachée, les autres plus petits au hile, autour de grosses bronches. Chez les tuberculeux pulmonaires, à l'autopsie, l'examen de ces ganglions révèle l'existence de lésions folliculaires. Ce qui n'existe pas généralement dans



Présentation: En boîtes de 100 capsules.  
50 Vitamines (vertes).  
50 Minérales (blanches).

DOSE: Deux capsules par jour — une verte et une blanche — est la dose moyenne pour adultes ou pour enfants. Pour effet plus rapide deux capsules de chaque peuvent être données aux adultes.

# VI-MI CAPS

Vitamines      Minérales      Capsules

LITTÉRATURES ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

ANGLO-FRENCH DRUG CIE,      -      MONTREAL

les autres ganglions de l'organisme à part ceux du mésentère dans les complications intestinales. Les symptomatologies clinique et radiologique sont négatives.

*Ch. II.* — La tuberculose ganglionnaire chez l'adulte se rencontre surtout chez les coloniaux. L'affection se propage parfois aux poumons. Cette forme de tuberculose présente des ganglions gros comme une cerise ou une noix. Leur aspect macroscopique est rouge marron. Ces ganglions caséux se rencontrent, lorsque d'autres organes sont tuberculés. Il s'agit donc d'une tuberculose caséuse diffuse. Il peut y avoir deux évolutions à cette affection, la granulie et la lésion dite ganglio-pulmonaire.

*Ch. III.* — Il y a des tuberculoses caséuses massives des ganglions du hile accompagnant une tuberculose pulmonaire banale. Cette infection ganglionnaire est, soit concomitante, soit secondaire à la lésion pulmonaire.

*Ch. IV. Pathogénie.* a) Dans les formes communes de tuberculose pulmonaire, les ganglions trachéo-bronchiques restent petits et ne tendent pas à la caséification.

b). « La tuberculose caséuse massive des ganglions trachéo-bronchiques, isolée ou associée, évoque l'idée de la primo-infection. » Ce concept classique ne doit plus être une règle immuable. Si on rencontre cette forme en majorité chez des sujets neufs, on la rencontre aussi chez des sujets déjà touchés. Qui invoquer comme cause de surinfection? S'il faut penser à l'affinité du bacille de Koch pour le système ganglionnaire, il faut aussi penser au facteur « terrain organique ».

c) La tuberculose ganglio-pulmonaire est apparemment primitive aux ganglions et se propage par voie centripète aux régions para-hilaires.

d) La tuberculose ganglionnaire secondaire des formes banales, s'explique mal. Les théories restent libres: réinfection, affinité ganglionnaire, facteur terrain.

*Conclusion:* La tuberculose ganglionnaire est surtout l'apanage de sujets peu résistants ou de races susceptibles.

J.-P. PAQUETTE.

W. A. SWALM et L. M. MORRISON. — **Valeur comparée de la gastroscopie et de l'histologie dans l'étude de l'estomac normal et pathologique.** "Am. Jr. Dig. Dis." 8: 391 (octobre) 1941.

Tous ceux qu'intéressent les progrès de la gastroscopie ont cherché le moyen d'apporter aux impressions tirées de l'étude macroscopique de la muqueuse, la sanction de l'anatomie pathologique.

On parle couramment, en gastroscopie, de gastrite; superficielle, hypertrophique, atrophique, etc. Les pathologistes emploient de leur côté la même no-

menclature. Donne-t-on au même terme, employé d'une part par l'endoscopiste et de l'autre par l'histologiste, la même signification? Il importe d'être fixé au plus tôt sur ce point. Autrement, sur quoi basera-t-on la valeur des renseignements fournis par la gastroscopie au chapitre de la gastrite, remise à l'honneur depuis vingt ans?

La comparaison pouvait se faire par l'examen histologique des estomacs fixés aussitôt après la mort et prélevés rapidement; par l'analyse des pièces de gastrectomies ou grâce à la biopsie pratiquée au cours de l'examen gastroscopique lui-même. Les deux premiers procédés, employés depuis longtemps, ont permis d'arriver à certains résultats mais comportent tous deux des facteurs d'erreurs considérables. La biopsie, elle, est une innovation. Elle n'est pas sans danger, et les patients n'ont pas manifesté un fol enthousiasme pour subir, après une première gastroscopie pratiquée avec le gastroscope flexible, un nouvel examen avec le gastroscope rigide qui seul permet de faire la biopsie. Les A. ont étudié de cette façon 25 malades. Les pièces biopsiques ont été soumises à des pathologistes qui ne savaient rien des constatations du gastroscopiste. Dans 52% des cas, il y eut accord avec l'endoscopiste et le pathologiste; dans 24%, on différait d'opinion; et enfin, dans l'autre 24%, le diagnostic histologique était hésitant. Ajoutons qu'il s'agissait, chez ces 25 malades, de lésions peu marquées de la muqueuse. Une gastrite aiguë, par ailleurs, sera vite reconnue à la fois par l'endoscopie et l'anatomie pathologique. Ajoutons qu'au cours de leurs examens d'estomacs fixés à la formaline aussitôt après la mort, les auteurs ont retrouvé, sur 15 sujets, six individus dont 3 adultes qui avaient des estomacs rigoureusement normaux, au point de vue histologie. Ces constatations vont à l'encontre des affirmations de Schindler, Orator, etc., qui ont dit que tout estomac adulte présentait des lésions interstitielles indiscutables qu'on ne retrouvait pas chez le nouveau-né.

Ce nouveau mode d'étude de la muqueuse gastrique chez le vivant sera difficile à populariser, mais ses résultats ne manqueront certes pas d'intérêt.

Roger-R. DUFRESNE.

#### GASTRO-ENTEROLOGIE

Arthur W. ALLEN et Claude E. WELCH. — **L'ulcère d'estomac. Son diagnostic différentiel avec le cancer.** "Annals of Surgery", 114: 498 (octobre) 1941.

Dans ce travail très complet portant sur le diagnostic différentiel de l'ulcère gastrique et du cancer, les auteurs insistent sur les difficultés de ce diagnostic. Ils en viennent à la conclusion que l'ulcère gastrique est une lésion chirurgicale, contrairement à l'ulcère duodénal. Dans un pourcentage élevé de cas, le diagnostic entre les deux est pratiquement impos-



## FRAICHEUR et CONFORT

La Lorate élimine ce qu'il y a de "désagréable" dans la douche vaginale. Elle n'est ni astringente ni irritante, et ne laisse aucune odeur médicinale, ce que les femmes méticuleuses apprécient. Les médecins approuvent la Lorate au point de vue propreté et admettent son efficacité comme détersif et désodorisant lorsque l'irrigation vaginale est recommandée.



# LORATE

LA POUDRE THÉRAPEUTIQUE  
POUR DOUCHES VAGINALES

La Lorate est un mélange habile de perborate de soude, de bicarbonate de soude, de chlorure de sodium, avec du menthol et des aromates. La Lorate s'emploie comme douche vaginale de propreté après les menstrues; comme détersif dans les cas de leucorrhée; de cervicite; d'infection parasitaire ou microbienne ou autre forme de vaginite; comme douche vaginale après l'accouchement et après les opérations gynécologiques, par les personnes qui portent des pessaires, et comme désodorisant dans les cas d'écoulement fétide.

Un échantillon d'essai vous sera envoyé si vous en faites la demande sur votre papier à en-tête. Lorate se vend en boîtes de 8 onces.

**WATERBURY CHEMICAL CO. OF CANADA, LTD.**  
727 King Street, West - Toronto, Ont.

sible à faire. Comme indice important de malignité, et par conséquent d'intervention chirurgicale, ils insistent sur les points suivants:

1°. Ulcère d'apparition récente chez un malade de plus de 50 ans.

2°. Ulcère dont la niche dépasse 2.5 cm. en diamètre.

3°. Absence d'acide chlorhydrique libre dans l'estomac.

4°. Ulcère siégeant sur la grande courbure ou sur la région prépylorique.

5°. Ulcère chronique (de longue durée) siégeant sur la petite courbure.

Ils recommandent le traitement médical et l'observation hospitalière au cours des éventualités suivantes:

1°. Ulcère en poussée aiguë chez un jeune malade.

2°. Ulcère dont la niche est inférieure à 1 cm. de diamètre.

3°. Ulcère siégeant sur la petite courbure, sur la face antérieure et postérieure de l'estomac.

Si la cicatrisation est complète après un mois, ils recommandent un nouveau contrôle un mois ou deux après la sortie de l'hôpital.

Si la cicatrisation et la guérison ne sont pas complètes au bout de deux mois de traitement, et ceci vérifié par la radiographie et la gastroscopie, ils recommandent l'intervention chirurgicale.

Comme note personnelle, il nous fait plaisir de constater que ces notions ont été depuis longtemps enseignées par le professeur René Gutmann, de Paris, dont les travaux sur le diagnostic précoce du cancer de l'estomac, se trouvent de jour en jour vérifiés.

Yves CHAPUT.

John H. GARLOCK. — **Le problème du cancer des régions hautes de l'estomac.** "Surg. Gyn. and Obst.", 73: 244 (août) 1941.

Les symptômes produits par la néo-formation du cardia (versant gastrique) dépendent de la localisation de la tumeur et de ses voies de propagation. Les néoplasmes qui naissent de l'orifice du cardia gênent rapidement la déglutition en provoquant une douleur sternale basse. La propagation se fait ordinairement par voies ascendantes, atteignant ainsi le bas de l'œsophage. Par ailleurs, une tumeur originant de la grande courbure gastrique peut ne pas se traduire par aucun symptôme tant que le processus n'a pas atteint le cardia, moment où la dysphagie apparaît. Plusieurs de ces malades présentent une dysphagie tenace résistant aux traitements médicaux ordinaires ou encore présentent une perte de poids inexplicable.

L'A. intervient pour adéno-carcinome de la région cardiaque de l'estomac. Sur ce nombre, 5 étaient inopérables, soit 33.3%, 5 autres malades subirent une résection œsophagienne basse et une œsophago-gastrostomie. Deux de ces malades succombèrent, un à une hémorragie cérébrale, l'autre d'inanition par dé-

bilité sénile. Chez les autres malades, on a présenté une récidive un an plus tard, et les autres se portent bien 4 mois et 5½ mois après l'opération.

Jean LeSAGE.

S. YAMOGUCHI (Niigata), J. HOQUITUS. — **Etude statistique d'une série de cas de cancer rectal opérés.** "M. A.", 56: 244, 1941. (Tiré de "Far Eastern Sc. Bulletin", juin, juillet, août, 1941.)

Durant une période de 12 ans (1928-1940) 7,288 cas ont été traités à la clinique chirurgicale de la faculté universitaire Niigata. Sur ce nombre, 661 (8.91%) souffraient de cancer, 431 cas (66.7%) consistant en cancer de l'estomac (cancer gastrique), 83 (12.4%) consistant en cancer rectal, 69 (10.16%) en cancer du sein, 37 (5.6%) en cancer de l'intestin, 33 (5.0%) en d'autres types de cancer. Dans cette série, 75 cancers du rectum se sont présentés chez des personnes d'environ 50 ans, et 5 cas chez de jeunes personnes. Les hommes sont 2 fois plus atteints que les femmes. L'histoire de famille nous apprend qu'il y a transmission héréditaire dans 14.6% des cas.

Le cancer apparaît le plus souvent dans l'ampoule rectale (62.7%) et sur la face antérieure du rectum (34.7%). Les symptômes initiaux sont: du sang sur les selles, constipation, diarrhée et surtout douleur au moment de la défécation. 90.3% des tumeurs s'étiennent: *adénome*. Les *métastases* se sont rencontrées le plus souvent le long des glandes lymphatiques de la face postérieure du rectum, dans 2 cas seulement au foie. Dans 40 cas, (53.3%) une intervention a été possible. 23 furent opérés par voie interischiale et 17 par la paroi abdominale antérieure et postérieure. 13 des opérés (39.7%) ont survécu 3 ans, et 8 plus de 8 ans. L'opération par voie interischiale est fortement recommandée par les auteurs grâce à sa simplicité et sa sécurité.

Jean LeSAGE.

Carl EGGERS. — **Diverticulite et sigmoïdites.** "Surgery", 113: 15 (janvier) 1941.

L'Auteur rapporte ici 82 cas de diverticulites et sigmoïdites aiguës. Il faut avoir présent à l'esprit les symptômes les plus typiques de ces deux syndromes. Ils consistent en une douleur abdominale basse, accompagnée de crampes, de gaz, de fièvre, et souvent avec alternance de constipation et de diarrhée. Ceci doit faire songer à une lésion du sigmoïde. Si, d'une part, la tuberculose, la syphilis, la polyposé, ou les ulcérations simples, peuvent être incriminés, par ailleurs, les deux lésions les plus importantes à envisager sont: le cancer et la diverticulite. En faveur du cancer, plaide une histoire d'incapacité au travail, avec des symptômes progressifs de constipation, de crampes, de sang dans les selles, la perte de poids et la présence d'une tumeur palpable. Si

# L'efficacité Thérapeutique des Préparations E. B. C.

## MARCHE DE PAIR AVEC LES PROGRÈS DE LA MÉDECINE

### SCILEXOL E.B.S.

Un expectorant sédatif et anodin. Il soulage la toux sèche et irritante, adoucit et facilite l'expectoration.

Chaque once fluide renferme:

Chlorhydrate d'héroïne . . .	1/3 de grain
Chlorure d'ammonium . . .	16 grains
Chloroforme . . . . .	2 gouttes
Acide hydrocyanique dil. B. P. . . . .	4 gouttes
Sirop de scille . . . . .	90 gouttes
Sirop de tolu . . . . .	120 gouttes

Il se présente aussi avec phosphate de codéine à raison de 1 grain par once.

**POSOLOGIE:** Une à deux cuillerées à thé toutes les quatre heures.

### BRONEXOL E.B.S.

Un expectorant alcalin et stimulant, exempt de narcotiques. Indiqué dans la bronchite récente et aiguë. Par son action antispasmodique il maîtrise les toux violentes et spasmodiques.

Chaque once fluide renferme:

Carbonate d'ammonium . . .	8 grains
Chlorure d'ammonium . . .	16 grains
Prunus Serotina . . . . .	6 grains
Senega . . . . .	8 grains
Menthol . . . . .	1/4 de grain
Chloroforme . . . . .	2 gouttes
Glycyrrhiza . . . . .	q.s.
Miel . . . . .	q.s.

**POSOLOGIE:** Une à deux cuillerées à thé toutes les trois heures.

### GUAIALAC E.B.S.

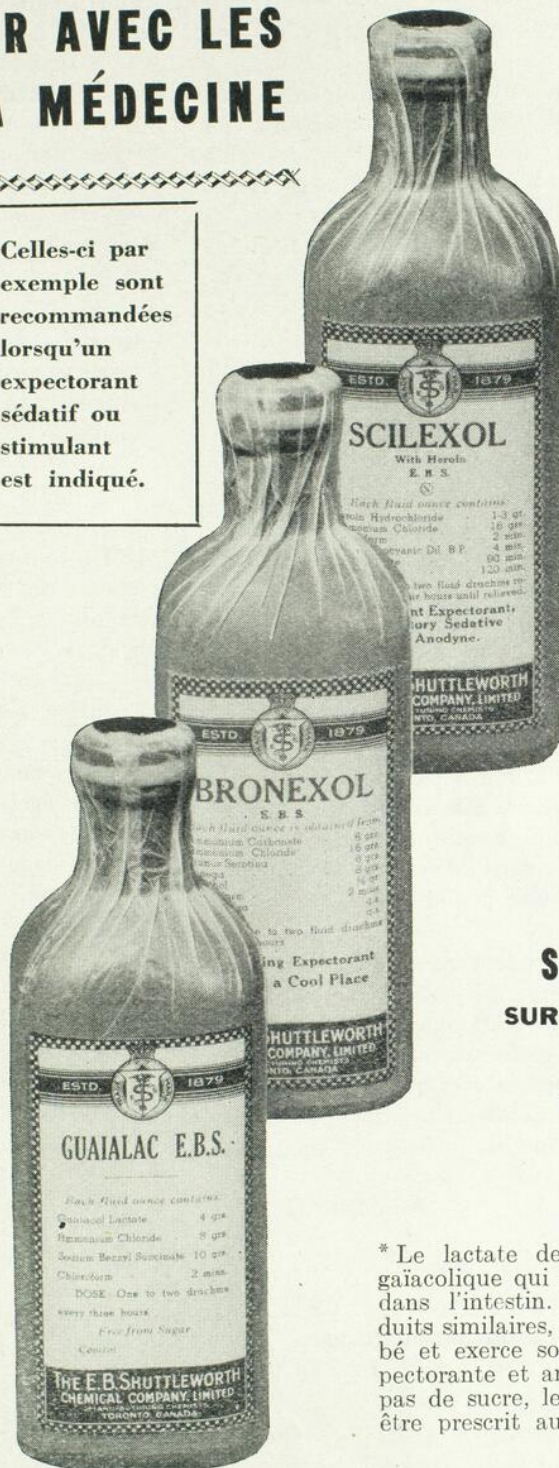
Un expectorant stimulant et antiseptique, non narcotique, recommandé dans l'irritation bronchique et la toux quinteuse. Par son action antispasmodique il maîtrise les toux violentes et spasmodiques.

Chaque once fluide renferme:

*Lactate de gaïacol . . . . .	4 grains
Chlorure d'ammonium . . . .	8 grains
Chloroforme . . . . .	2 gouttes
Succinate de sodium de benzyl . . . . .	10 grains

**POSOLOGIE:** Une à deux cuillerées à thé toutes les trois heures.

Celles-ci par exemple sont recommandées lorsqu'un expectorant sédatif ou stimulant est indiqué.



# E B S

**Spécifiez E. B. S.  
SUR VOS ORDONNANCES  
POUR  
PLUS DE SURETÉ.**

\* Le lactate de gaïacol est un dérivé gaïacologique qui dégage son gaïacol libre dans l'intestin. Différent d'autres produits similaires, il est entièrement absorbé et exerce son action stimulante, expectorante et analgésique. Ne contenant pas de sucre, le Guaiacalac E. B. S. peut être prescrit aux diabétiques.

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

les symptômes sont de date récente, si la douleur domine le tableau clinique, si il y a fièvre et hyperleucocytose, une histoire de crises antérieures et à l'examen, une douleur localisée avec défense musculaire, le diagnostic de *diverticulite* s'impose. L'examen au R. X. par lavement baryté apporte un aide précieux.

La plupart des cas recouvrent la santé par de simples traitements médicaux, soit en observant une diète, où les crudités et les aliments à base de celluloses sont diminués, et où l'intestin est régularisé. L'intervention doit être réservée au cas, où les symptômes persistent, accompagnés de complications ou de lésions associées. Telles sont la perforation, l'occlusion et le cancer. Sur 82 cas rapportés, 46 ne présentaient pas de complications. Il y eut intervention dans 36 cas, et la mortalité reste de 19.5%, relevant uniquement de la perforation aiguë, cause presque unique demeure la diverticulite.

Jean LeSAGE.

Arthur BLOOMFIELD. — **Quelles sont les indications opératoires mineures, dans les cas d'ictères intenses de date récente?** "Surgery", 9: 61 (janvier) 1941.

Il est très difficile de poser un diagnostic différentiel entre ictère catarrhal, ictère infectieux, lithiasé du cholédoque et cancer des voies biliaires. Les malades porteurs d'une lithiasé du cholédoque ou d'un cancer des voies biliaires doivent être opérés sans retard. Si l'ictère est dû à une hépatite, l'intervention devient nuisible. La plupart des chirurgiens semblent avoir pris comme ligne de conduite de pratiquer une laparotomie exploratrice dans les cas d'ictères intenses de date récente après une période d'observation de une à deux semaines.

Cependant, cette période s'avère trop courte, là où il faut éliminer les cas d'hépatites aiguës. On en vient donc, d'après les statistiques, à n'intervenir qu'après une période d'observation d'au moins *un mois*. Par ailleurs, les spécialistes qui attendent deux ou trois mois avant de décider une intervention placent leurs malades dans de mauvaises conditions opératoires.

Jean LeSAGE.

## ENDOCRINOLOGIE

W. MARTIN, H. E. MARTIN, R. LYSTER et S. STROUSE. — **Insulino-résistance.** "Journal of Clin. Endocrinology", 1: 387 (mai) 1941.

On appelle insulino-résistance l'état de celui qui après avoir reçu pendant deux jours consécutifs, une dose de 200 unités ou plus d'insuline par jour, ne présente peu ou pas de changement dans le taux de sa glycémie.

Les auteurs ont étudié le cas d'un patient qui a

reçu en onze jours 6,375 unités d'insuline, la plus haute dose en 24 heures, ayant été de 1,205 unités. Comme traitement, ils préconisent d'abord de changer de type d'insuline et de mode d'administration.

Puis il faut combattre tous les facteurs possibles de résistance à l'insuline tels que les infections y compris la syphilis, l'hyperthyroïdie, les troubles pituitaires et même l'allergie. D'autres méthodes employées empiriquement par certains peuvent être essayées telles que préparations estrogéniques, extraits parathyroïdiens, changement des glucides de la diète, vitamine B complexe, irradiation de la pituitaire et désensibilisation.

Gabriel LAFRESNIERE.

George CRILE. — **Déficiences hépatique, facteur du délire post-opératoire chez les hyperthyroïdiens.** ("1940 Transactions of the American Association for the Study of Goiter".)

L'auteur cite dès le début les faits les plus marquants de la déficience hépatique chez les hyperthyroïdiens.

1) La confusion ou le délire apparaissent vers le deuxième ou le troisième jours après l'opération, au moment où l'on s'attend à une amélioration ou à une diminution de la crise thyroïdienne post-opératoire.

2) Vient ensuite l'ictère vers le troisième jour.

3) Il y a alors élévation de l'index ictérique,

4) et tendance à la pneumonie, quasi exclusive aux personnes âgées.

La confusion et le délire ne constituent pas des complications rares, dit-il. Elles apparaissent dans 6.5% des cas.

La déficience hépatique est la cause prédominante des complications mortelles.

On a essayé, mais en vain, d'établir la corrélation qu'il pourrait y avoir entre le degré de déficience hépatique et la sévérité de l'hyperthyroïdie.

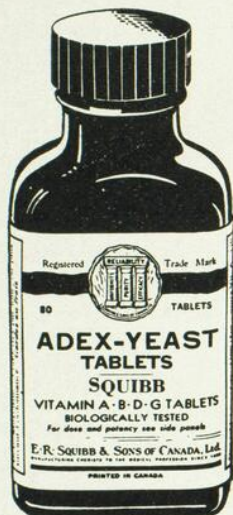
La diminution du poids correspond assez à l'envahissement hépatique. Mais le métabolisme basal n'exprime pas le degré de déficience de la cellule hépatique. Seul l'âge est en rapport avec cette déficience.

L'auteur emploie le bromesulfaléine pour étudier la fonction hépatique. Il injecte 2 mg. de cette teinture et considère que la fonction hépatique est viciée quand il y a 60% de rétention en 5 minutes.

A l'artério-sclérose, facteur contribuant au symptôme mental, d'autres facteurs importants s'associent. Ce sont la présence de l'urée, des infections, des intoxications médicamenteuses, d'une crise thyroïdienne évidente et d'un type particulier non classifié, dont le métabolisme fonctionne au ralenti.

Dans cette dernière catégorie sont classés un groupe plutôt restreint de patients jeunes, qui ne semblent pas souffrir d'artério-sclérose cérébrale ni

*Chez l'Homme*  
**L'INSUFFISANCE  
 D'UNE SEULE  
 VITAMINE EST RARE\***



C'est un fait bien reconnu qu'on rencontre rarement une déficience nette d'un seul facteur alimentaire. Puisque dans la plupart des cas les carences vitaminiques sont multiples, les Produits Vitaminiques Squibb suivants vous seront d'une grande utilité.

### LEVURE-ADEX

Fournit les Vitamines A, D et B<sub>1</sub>, ainsi que les autres facteurs du Complexe B dans les mêmes proportions que dans la levure. Employer régulièrement pour fournir un supplément économique au régime. Ces comprimés enrobés de chocolat s'avalent facilement, ne provoquent pas de flatulence, et n'ont aucun goût huileux. En flacons de 80, de 250 et de 1,000 comprimés. Mode d'emploi: 3 ou plus par jour.



### VIGRAN

Chaque capsule fournit la quantité considérée quotidiennement nécessaire de Vitamines A, B, C et D, et d'autres facteurs du Complexe B provenant d'une levure spéciale riche en vitamines. Particulièrement utile comme préventif de l'avitaminose, surtout après les interventions chirurgicales ou les infections graves. En flacons de 25, de 100 et de 250 capsules.

\* Strauss, M. B., *J. A. M. A.* 110:953, 1933.

*Pour obtenir des notices descriptives et des échantillons, s'adresser à  
 36 Caledonia Road, Toronto.*

**E. R. SQUIBB & SONS OF CANADA, Ltd.**  
 Fabricants de produits chimiques pour le corps médical depuis 1858.

d'intoxication médicamenteuse à effet cumulatif et qui n'ont ni index ictérique et uréique. L'évolution clinique de cette catégorie est quand même celle d'une déficience hépatique et l'apathie et le délire fruste que ces patients présentent ressemblent aux caractères du groupe ictérique.

Ces faits constitueraient un processus précoce de la déficience hépatique.

Depuis que Crile a constaté que la déficience hépatique est propre aux personnes âgées, comme routine, il administre par la voie intraveineuse, goutte-à-goutte, en permanence, une solution de glucose dès après la thyroïdectomie. Cette conduite réduit, dit-il, indiscutablement au minimum les réactions post-opératoires, la déficience hépatique étant pratiquement contrôlée par ce traitement.

Il est à retenir cependant que 5 litres d'une solution de glucose à 10% représentent la quantité d'hydrate de carbone qu'un patient peut absorber sans qu'il y ait, ou à peu près, déperdition de sucre par les urines (2,000 cal.).

Un thyroïdectomisé souffrant de déficience hépatique doit s'alimenter d'hydrates de carbone le plus tôt possible. Quelle qu'en soit la raison, manque d'appétit ou autre, quand il y a hypo-alimentation, Crile alimente son patient par la voie nasale en y introduisant un tube par lequel il y a apport dans l'estomac de l'aliment approprié.

Il se résume en ces termes:

- 1) La déficience hépatique est en rapport intime avec l'âge avancé plutôt qu'avec le degré d'élévation du métabolisme.
- 2) La déficience hépatique est caractérisée par la confusion, le délire, l'élévation de l'index ictérique.
- 3) La prophylaxie et le traitement de la déficience hépatique doivent être dirigés vers le maintien du métabolisme normal des hydrates de carbone.

Réal DORE.

George CRILE et E. Perry McCULLAGH. — **L'hypertension simulant l'hyperthyroïdie.** "Medical Clinics of North America", March, 1940. Cleveland Clinic Number.

Quand un métabolisme basal élevé est associé à une tachycardie persistante, sans température, à une symptomatologie de nervosité, de palpitation, de perte de poids, il vient à l'esprit la présence de l'hyperthyroïdie.

Il est très important d'éliminer l'hyperthyroïdie dans les cas d'hypertension, cas chez lesquels il existe un syndrome simulant de près l'hyperthyroïdie. D'ailleurs une thyroïdectomie, quand seule l'hypertension est en cause, n'améliore ni la pression artérielle, ni en diminue les symptômes.

Il faut donc poser avec prudence un diagnostic d'hyperthyroïdie chez un hypertendu.

Le travail des auteurs démontre que l'hypertension peut simuler de très près l'hyperthyroïdie et il décrit

les moyens diagnostics d'une certaine valeur permettant d'éliminer l'hyperthyroïdie chez l'hypertendu.

Ils appellent: « Hypertension Maligne » le type de l'hypertension le plus fréquemment confondu avec l'hyperthyroïdie.

De nombreux caractères sont attachés à ce type clinique.

Le premier en tête est une pression diastolique élevée. Puis viennent ensuite les modifications vasculaires de la rétine. Celle-ci présente un étranglement papillaire par l'œdème local et la stase sanguine. Quand de tels symptômes apparaissent le pronostic est mauvais.

Ici fait suite une revue d'opinions nombreuses publiées à date, suivie d'une présentation de cas observés, au nombre de 18, depuis 5 ans.

L'individu hypertendu, même gravement, a un comportement vraisemblablement moins excité ou même surexcité que ne l'est celui de l'hyperthyroïdien.

Il en est de même du système musculaire dont les mouvements manquent d'agilité et de vitesse, ce qui n'est pas chez l'hyperthyroïdien.

Dans l'hypertension l'exophtalmie, si elle existe, est peu marquée et les paupières ne présentent qu'un écartement léger.

Le tremblement, dans l'hypertension, est irrégulier et consiste en des mouvements d'une plus grande amplitude que dans l'hyperthyroïdie. L'appétit de l'hypertendu est de beaucoup moins prononcé que dans l'hyperthyroïdie, et une diminution du poids est presque toujours attribuable à une diète.

En dépit de ces différences cliniques le médecin peut être induit en erreur par la persistance de la tachycardie et la présence d'un métabolisme basal élevé.

Dans un cas douteux, discutable, il faut rechercher la teneur du sang en iode et en cholestérine. (Technique de McCullagh.) Ces deux éléments sont en quantité normale dans l'hypertension. S'impose aussi l'examen du fond de l'œil où les lésions de compression plaident en faveur de l'hypertension.

L'interprétation la plus logique de l'élévation du métabolisme basal chez un hypertendu réside dans le fait qu'il existe une hyperactivité thyroïdienne associée. Comme preuve, l'iode sanguin et la cholestérine sont dans les limites normales, les symptômes cliniques des vrais hyperthyroïdiens sont absents, une thyroïdectomie pratiquée dans ces conditions n'améliore en rien l'état du patient en cause.

Cette hyperactivité peut aussi, provenir de certaines autres glandes endocrines, la pituitaire spécialement, glande sur laquelle un adénome peut être en évolution. Il peut en être de même des capsules surrénales.

Une cause mécanique peut aussi expliquer l'élévation du métabolisme chez l'hypertendu. Ici il est de-

**Pour pouvoir offrir et  
maintenir les traits  
désirables suivants**

## **Les LAMES "RIB-BACK" BARD-PARKER**

*sont construites en vue d'obtenir une qualité  
supérieure . . . et non pas un prix inférieur.*

**EXCELLENT TRANCHANT  
RIGIDITÉ ADÉQUATE  
MINIMUM DE REJETS  
UNIFORMITÉ  
PLUS DE RÉSTANCE  
EFFICACITÉ TRANCHANTE PLUS DURABLE  
ECONOMIE**

Chaque lame est inspectée individuellement après chaque étape importante de production. Les lames qui ne peuvent pas satisfaire nos spécifications rigides sont immédiatement rejetées. On ne permet pas leur arrivée à la Salle d'opérations pour leur éviter d'être repoussées par le Chirurgien. Ce soin contribue, jusqu'à un certain degré à l'économie de l'achat.

*Demandez à votre Fournisseur.*

**BARD-PARKER COMPANY, INC.**  
DANBURY, CONNECTICUT

Investiguez ces nouvelles qualités distinctives du Manche B-P.

**EXTREMITES DISTALES** . . . réformées pour être employées dans la dissection par dilacération.

**MANCHES ALLONGÉS** . . . pour la chirurgie profonde.

**A BARD-PARKER PRODUCT**

mandé au cœur beaucoup plus d'activité pour faire circuler le sang contre une pression diastolique élevée. Il y a donc une plus grande demande d'oxygène par le myocarde.

Fait suite une bibliographie assez considérable.

Réal DORE.

### OBSTETRIQUE

H. PAUCOT. — **Indications et technique de l'épreuve du travail.** "Revue Fr. de Gyn. et d'Obst.", 36: 65 (mars-avril) 1941.

D'après Paucot, l'épreuve du travail est une période d'expectation prudente, dirigée et armée, qui permet de juger des possibilités de franchissement d'une angustie pelvienne par une présentation céphalique franchement ou modérément fléchie, sous le seul effet de la contraction utérine et du modelage fœtopelvien, sans compromettre la vie de l'enfant.

Cette épreuve que justifie le recours possible à la césarienne basse, ne doit être tentée qu'avec un diamètre promonto-pubien minimum qui mesure 8.5 cms: il faut explorer la forme du sacrum, de l'arc antérieur du D. S., s'aider d'une radiographie de profil du bassin, pratiquer le palper mensurateur de Pinard et l'investigation connue sous le nom de « pression sus-pubienne inductrice » de Voron.

Les présentations du siège, l'insertion basse du placenta, les lésions cardiaques et pulmonaires, les albuminuries, les césariennes corporéales antérieures, l'infection des voies génitales: autant de contre indications à l'épreuve du travail.

Dans la conduite de l'épreuve du travail, le problème le plus délicat réside dans la rupture des membranes au moment opportun. D'une manière générale, l'A. rompt la poche des eaux lorsque la dilatation atteint une dimension d'une pièce française à une grande paume de main.

Lorsque les contractions se succèdent trop rapidement, sans progression de la dilatation, une injection de spasmalgine rend d'utiles services.

L'interruption de l'épreuve du travail doit se baser sur une surveillance constante de la mère et du fœtus. Sans en faire une question de chronomètre, on peut dire que la durée de l'épreuve ne doit pas dépasser 6 heures.

Sur 70 observations de dystocies pelviennes limites, l'Auteur a obtenu, avec des bassins de plus de 8.5 centimètres de diamètre utile, un résultat satisfaisant qui varie entre 50 et 70% des cas. Brouha dans 351 cas réclame 72.4% de succès.

En conclusion, l'épreuve du travail réduit l'intervention chirurgicale, laquelle, lorsque pratiquée, doit se limiter à la seule césarienne basse.

Donatien MARION.

### PEDIATRIE

VALLEDOR, MARTEL, ESPOSETO et BALTEOUS. — **Association d'une ostéopétrose avec une dysostose cleido-crânienne chez un enfant de 4½ ans.** "Boletín de la Sociedad Cubana de Pediatría", 13: 329 (juillet) 1941.

L'auteur a jugé de présenter son observation en raison de l'association de 2 processus dystrophiques de type héréditaire, frappant en même temps le système osseux, avec une localisation distincte: la dysostose cleido-crânienne, affectant le tissu membraneux et l'ostéopétrose prédominant sur le tissu cartilagineux. Ces deux affections paraissent être en relation avec une perturbation du métabolisme du calcium et des endocrines (parathyroïdes, etc.) non encore précisées dans l'état actuel de nos connaissances. Chez le malade présenté, il semblerait, d'après l'auteur, que les modifications crâniennes produites par la dysostose aient réalisé une soupape compensatrice des altérations compressives possibles de l'ostéopétrose au niveau de la base, ce qui expliquerait à son avis, l'absence de lésions oculaires. A noter que l'enfant n'a jamais présenté d'anémie ni de fractures spontanées. Il n'existe pas de traitement effectif. Le traitement symptomatique se limite en transfusions sanguines en cas d'anémie, réduction des fractures au fur et à mesure qu'elles se produisent et les indications chirurgicales adéquates quand il existe une compression du nerf optique. La splénectomie recommandée par quelques-uns n'a jamais donné de résultats appréciables.

Pierre CLERMONT.

### OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Fred B. COOPER. — **Traitement médical du glaucome.** The Eye, Ear, Nose, Throat Monthly, 20: 171 (juillet) 1941.

Le glaucome est une maladie caractérisée par une augmentation de la tension oculaire, et, quand l'usage des myotiques n'a pu réduire cette tension, une opération chirurgicale peut, seule, l'abaisser nous dit l'auteur.

Suivant Hamburger, le glaucome semble être dû à une tonicité vasculaire insuffisante. Pour agir contre cette insuffisance, on doit employer une substance qui soit un stimulant du système nerveux sympathique. L'adrénaline, naturelle ou sous forme de « glaucosan » est, selon lui, le médicament de choix. Hamburger attribue l'action hypotensive de l'adrénaline à une vaso-constriction associée à une hyperhémie veineuse du segment antérieur de l'œil.

Aujourd'hui, selon l'auteur, tous s'accordent à dire que le glaucosan avec sa double action de dilater la pupille et de diminuer la tension oculaire est l'agent thérapeutique préféré dans tous les cas d'uvéite et

## **BIS KAM OIL**

*Hyperchlorhydrie — Affections de l'estomac.*

1 à 3 cuillerées de poudre délayées dans de l'eau froide.

---

## **HEMOSTYL du Dr Roussel**

*Anémies. Convalescence. Allaitement.*

1 à 2 ampoules dans  $\frac{1}{4}$  de verre d'eau par jour ou  
1 cuillère à soupe de sirop avant les repas.

---

## **TAXOL**

*Rééducateur physiologique de l'intestin.*

2 à 4 comprimés avant le repas du soir. (Dose moy.,  
2 comprimés.)

---

## **NEURINASE**

*Sédatif et hypnotique sans accoutumance.*

1 à 2 tablettes au coucher.

---

## **ALEPSAL**

*Epilepsie. Convulsions (Non dépressif).*

Comprimés dosés à 0 Gr. 005 et à 0 Gr. 10.

---

## **INOTYOL**

*Affections de la peau. Démangeaisons. Brûlures.*

Applications journalières.

---

## **PLURIGLANDINE**

*Extrait opothérapique total. Déficiences organiques.*

2 à 4 dragées glutinisées par jour.

---

## **VEINATONE**

*Affections veineuses.*

2 à 4 dragées glutinisées par jour.

---

## **ARTICHOBYL**

*Maladies du foie. (Action très douce.)*

4 à 10 pilules à intervalles réguliers.

---

**J. EDDÉ Limitée**

Edifice New Birks,

**MONTRÉAL**

d'iritis accompagnés de tension oculaire élevée. Le glaucosan est aussi reconnu comme l'agent thérapeutique le plus puissant pour briser les adhérences pupillaires de l'iritis; lesquelles ne peuvent être brisées par l'atropine.

L'extrait splénique intramusculaire semble aussi avoir donné de bons résultats dans le glaucome.

Le sorbitol, composé chimique d'alcool d'une dimension moléculaire semblable à celle du dextrose, et moins toxique que le sucrose, a aussi été employé pour baisser la tension intraoculaire.

Enfin, la prostigmine myotique plus puissante que l'ésérine et aussi plus stable, s'est montrée très efficace contre le glaucome.

Paul R. LaROCHELLE.

C. C. BUNCH. — **L'épreuve de Rinne et l'audiomètre.** "The Annals of O. R. L.", 50: 47 (mars) 1941.

L'A. tente de comparer les résultats de l'épreuve de Rinne exécutée d'une part avec des diapasons et d'autre part, celle enregistrée par les tests audiométriques modernes. A la définition de Sonnenschein « une épreuve de la comparaison de la transmission aérienne et osseuse chez le même individu », l'A. ajouterait « comparaison pour le même son ». Dans sa clinique otologique de Washington University, l'A. emploie l'audiomètre 1A Western Electric pour

les épreuves de l'audition aérienne et osseuse.

Pour les épreuves de Rinne, de Weber et de Schwabach, la note 512 v.d. a été choisie, tant pour le test au diapason que pour celui à l'audiomètre. Pendant cette épreuve de l'audition osseuse, on élimine l'oreille opposée.

Voici les conclusions de l'auteur:

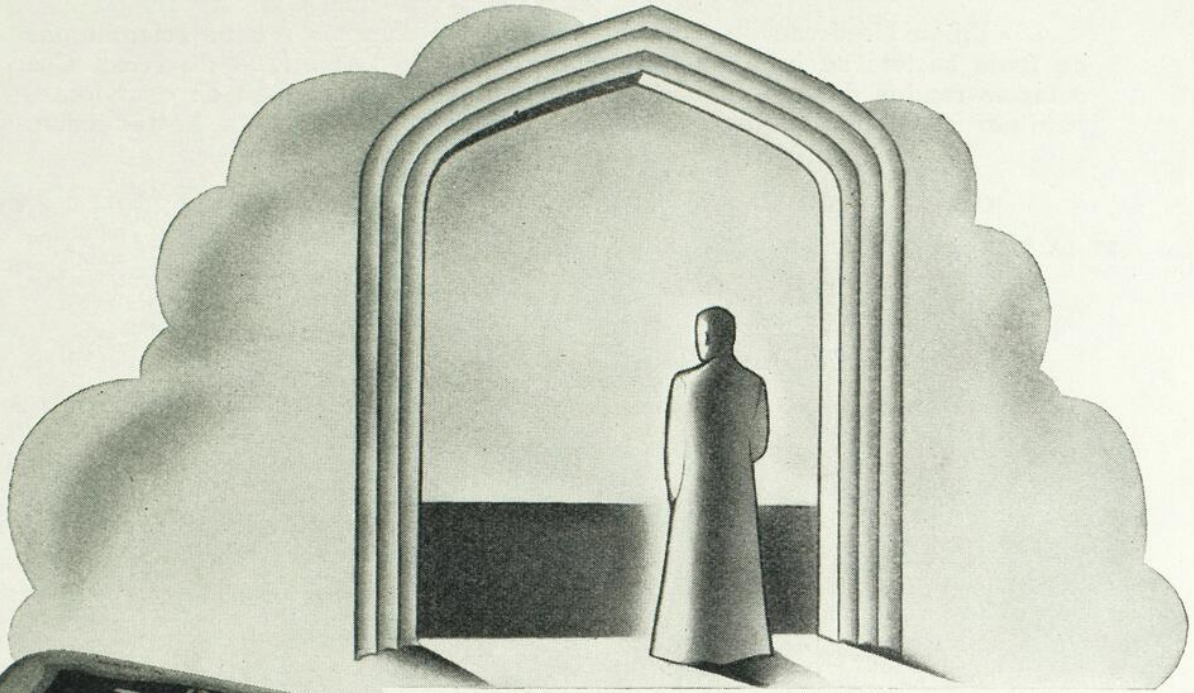
L'épreuve de Rinne pratiquée avec l'audiomètre est toujours répétée dans les mêmes conditions avec le diapason selon la méthode classique, la note 512 v.d. servant de base.

D'après la technique de l'audiomètre préconisée par l'auteur, une différence de 45 db entre l'audition osseuse et aérienne est considérée comme Rinne positif. Une différence inférieure à 45 db équivaut à un Rinne négatif; une différence de 45 db (de plus ou moins 5 db) correspond à un Rinne indéterminé.

L'emploi de l'audiomètre évite au moins les deux principales causes d'erreur attribuées à la méthode classique: 1) l'erreur résultant de la diminution constante du son émis par le diapason, intensité qui se maintient égale avec l'audiomètre; 2) l'erreur consécutive aux variations de pression et de points de contact du diapason sur la mastoïde, ce que l'on peut contrôler avec l'audiomètre, tout en maintenant la même intensité du son.

V. LATRAVERSE.

# DÈS SON APPARITION



## ÉLIMINE LA DOULEUR

La douleur est toujours la grande source de plainte pour laquelle nous recherchons un soulagement.

Dès le début du mal, l'Aspirine, exempte de narcotique, offre un apaisement rapide. Durant plus de 40 ans, ce médicament fut une aide à la profession médicale dans le soulagement des douleurs musculaires.

Cette médication fébrifuge, analgésique et anodine est bien tolérée. Du fait de sa pureté chimique et du procédé spécial de sa mise en comprimés, l'Aspirine est presque exempte d'acides salicylique et acétique, et se désagrège rapidement dans l'eau.

Chaque comprimé contient le dosage complet du médicament à l'état pur.

*Échantillons sur demande.*

L'Aspirine est couramment employée dans les états douloureux suivants:

Rhumes, douleurs rhumatismales, névralgies, myalgies, influenza, fièvres, céphalées, dysménorrhée.



# ASPIRIN

Nom déposé au Canada.

THE BAYER COMPANY, LIMITED, 1019 Elliott Street West, Windsor, Ontario.

## SOCIÉTÉS

L' « Union Médicale du Canada » publie les comptes rendus scientifiques de toute société savante de langue française de l'Amérique du Nord. Ces comptes rendus doivent cependant être rédigés succinctement en dactylographie par les secrétaires respectifs et être adressés, sans retard, à la Rédaction.

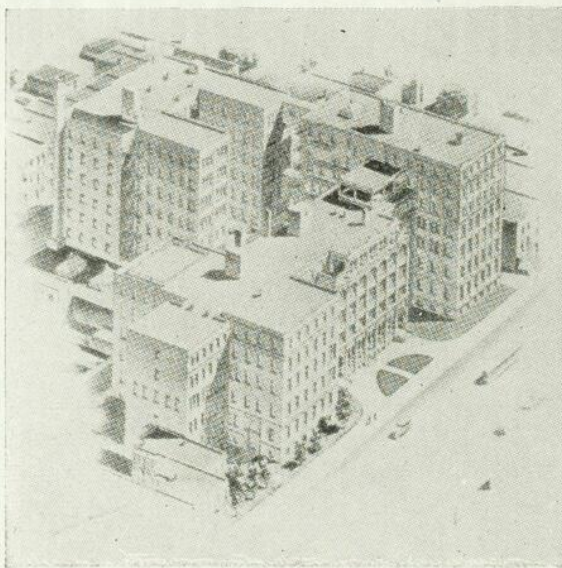
### JOURNEES ANNUELLES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL

TROISIÈME JOURNÉE  
A l'hôpital Sainte-Justine  
Vendredi, 3 octobre 1941

Présidence de MM. Hector Sanche et Donat Bussièrès

Au début de la séance, le DOCTEUR EDMOND DUBÉ, directeur médical de l'hôpital Sainte-Justine, souhaite à tous la plus cordiale bienvenue. A ses côtés se trouvaient les DOCTEURS HECTOR SANCHE et DONAT BUISSIÈRES, qui présidèrent conjointement cette troisième journée, le DOCTEUR PAUL LETONDAL, secrétaire de la Société Médicale de Montréal et le DOCTEUR HERMILE TRUDEL, secrétaire du Bureau médical de l'hôpital Sainte-Justine.

\* \* \*



### SYMPOSIUM SUR LA POLIOMYÉLITE

#### Historique

M. René BENOIT

M. Benoit nous fait un résumé succinct de l'histoire de cette maladie. Décrite sommairement par Underwood en 1774, elle fut plus connue quand elle fut décrite plus tard par Heine et Medin, d'où son nom de Maladie de Heine-Medin.

Première inoculation au singe par Landsteiner et Popper à Vienne en 1909 et en 1914 Flexner et Noguichi essaient d'isoler et de cultiver un organisme qui semble toujours associé à la maladie.

#### Epidémiologie et prophylaxie

M. Hermile TRUDEL

En second lieu, M. Trudel parle de l'épidémiologie et de la prophylaxie. Après avoir rappelé quelques courtes notions générales, le rapporteur cite le singe comme le seul animal susceptible de contracter la poliomyélite. Un mot de l'épreuve de neutralisation: un mélange de virus associé à du sérum et inoculé au singe développe chez cet animal la maladie; du sérum de convalescent injecté chez ce même sujet neutralise les effets du virus.

L'agent en cause est un virus filtrant excessivement ténu et se développe ou acquiert de la virulence surtout en août et septembre, pénètre par les voies respiratoires ou digestives par l'intermédiaire des nerfs. L'incubation est de quinze jours.

La prophylaxie: sulfate de zinc en solution à 1%, le chlorate de potasse, est sans valeur jusqu'à nos jours.

#### Aspect clinique

M. Jean SAUCIER

Après un court rappel étiologique, M. Saucier décrit les formes cliniques de la poliomyélite qui sont les suivantes: formes habituelles (forme commune et forme abortive); formes exceptionnelles (névrite périphérique, prédominance méningée, hémiplegie). Ces données s'accompagnent du pourcentage respectif de paralysie permanente, de mort et de fréquence pour chacune de ces formes.

Au chapitre du diagnostic, recherche de l'atteinte du neurone moteur périphérique et un mot sur ce que révèle l'examen du liquide céphalo-rachidien.

Après avoir cité les indications du respirateur, d'autres l'appellent pulmomètre ou poumon d'acier. M. Saucier donne les résultats du traitement médical et, d'après son expérience et celle d'autres auteurs, le sérum de convalescent semble, à date, n'avoir donné aucun résultat thérapeutique.

En terminant, l'auteur émet un vœu à la Société Médicale à l'effet qu'un médecin qui ne donne pas le sérum de convalescent dans une telle éventualité ne soit pas poursuivi si par malheur le patient vient à trépasser.

# Très avantageux



pour les **NOURRISSONS**  
et les **ENFANTS**

● On peut faciliter l'administration de la dose quotidienne de la vitamine D en l'incorporant au lait. La mère n'a qu'à ajouter la dose prescrite à la ration de lait. Des recherches biologiques et cliniques ont, en plus, démontré que lorsque la vitamine D est parfaitement mélangée au lait de plus petites doses suffisent à prévenir et à guérir le rachitisme.

Drisdol en solution de glycol propylénique offre les avantages que présente l'association de la vitamine D au lait. Différent d'autres préparations huileuses, le Drisdol, en solution de glycol propylénique, se mélange rapidement au lait et, lorsqu'il y est bien incorporé, est insipide et inodore.

#### PRÉSENTATION:

Drisdol en solution de glycol propylénique — 10,000 unités U.S.P. par gramme — se présente en flacons de 5 c.c. et 50 c.c. Un compte-goutte spécial donnant 250 unités U.S.P. de vitamine D par goutte accompagne chaque flacon.

## DRISDOL

Nom déposé aux États-Unis et au Canada.

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

EN SOLUTION DE GLYCOL PROPYLÉNIQUE



*Winthrop Chemical Company, Inc.*

Produits pharmaceutiques supérieurs à l'usage de la Faculté.

Administration et laboratoires à Windsor, Ontario.

Bureaux à la disposition de MM. les médecins et pharmaciens:

Immeuble Dominion Square, Montréal, P. Q.

M. SANCHE demande une proposition dans ce sens et M. EDMOND DUBÉ propose que soit formé un comité de deux ou trois médecins pour étudier la question et ce comité présentera ensuite son rapport à la Société Médicale. Accepté à l'unanimité.

#### Lésions anatomo-pathologiques

M. Paul MARTIN

M. Martin projette sur l'écran des images photographiées de la coupe de la moelle normale et de la moelle épinière atteinte de lésions poliomyélitiques, ainsi que d'autres images montrant tous les phénomènes de cicatrisation. En plus, les médecins présents peuvent étudier des pièces anatomo-pathologiques où ils peuvent constater l'effet et l'étendue des lésions.

#### Traitement orthopédique

M. Edmond DUBÉ

M. Dubé indique le rôle de l'orthopédie et le moment d'y recourir; la responsabilité de l'opérateur; et l'hôpital où les cas sont traités doit avoir une organisation particulière au point (appareils, isolement, etc.).

Le traitement orthopédique n'est pas toujours le même, il varie selon la période de début, la période de convalescence et la période chronique. Dans la première, il faut se méfier des muscles sensibles ou douloureux; dans la deuxième, il faut prévenir les déformations permanentes, favoriser la récupération des muscles et des nerfs; et dans la troisième, corriger une déformation définitive et améliorer les mouvements du membre atteint.

M. C. Bisson, assistant de M. Dubé, présente une dizaine de malades traités antérieurement: les uns presque guéris, les autres marchant relativement bien, quelques-uns sensiblement améliorés, tous ayant tiré un grand profit d'un travail poursuivi avec patience de la part du personnel médical et du personnel hospitalier.

#### Physiothérapie

M. Albert COMTOIS

« Avant les dernières décades, on était à peu près désarmé pour lutter avec efficacité contre cette terrible affection de l'enfance, qui fit et fait encore tant de malheureuses victimes à travers le monde.

Aujourd'hui, grâce à l'application de nouveaux procédés de traitement, en particulier la radiothérapie et la diathermie, lesquels sont venus s'ajouter aux anciens moyens, tels que le courant galvanique constant et les courants à l'état variable, l'avenir des petits éclopés est beaucoup moins sombre. Le sort des culs-de-jatte, des membres de polichinelle et des difformités monstrueuses est définitivement scellé dans la plupart des cas. »

« Pour arriver à avoir de bons résultats, on devra organiser le traitement d'une façon méthodique et le poursuivre patiemment pendant de nombreuses

années. Celui-ci requiert un milieu approprié, pourvu d'une installation moderne: salles de radiothérapie, d'électrothérapie, de massage, de mécano-thérapie et d'un personnel rompu aux applications de ces différents traitements. Il appert que le traitement de la paralysie infantile est chose compliquée et ne peut être poursuivi efficacement par un seul individu ou dans le milieu familial. La paralysie infantile mérite donc de rentrer dans le cadre des maladies sociales et de ce chef mérite toute l'attention des pouvoirs publics et leur collaboration dans l'établissement de centres de traitements. » (M. Comtois).

\* \* \*

Le conférencier d'honneur, M. le DOCTEUR ERNEST COUTURE, d'Ottawa<sup>1</sup>, est ensuite présenté par le président du Bureau Médical de l'institution, le DOCTEUR DONAT BUSSIÈRES. Ce dernier fait l'éloge du premier et lui reconnaît beaucoup de mérite pour le travail constant qu'il accomplit chaque jour dans l'intérêt de la mère et de l'enfant.

Le docteur E. Couture donne un rapport très élaboré sur le problème du bien-être des mères et des enfants au Canada.

Le Gouvernement Fédéral s'intéresse grandement à cette question: témoin les différents comités formés pour l'étudier, cela, après enquêtes préalables bien conduites par des personnes compétentes.

A noter aussi la collaboration des médecins praticiens et accoucheurs dans ces enquêtes et dans leurs résultats. Et la mortalité maternelle et infantile a diminué au Canada si l'on compare les chiffres de 1926-1930 avec ceux de 1931-1935, notamment dans le Manitoba où les statistiques étaient particulièrement sombres.

Pour cela, tout a été mis en branle pour arriver à de belles conclusions: assistance prénatale, alimentation durant la grossesse, puériculture, prévention de la mortinatalité (dont les causes sont surtout les affections des voies respiratoires).

L'alimentation maternelle est encouragée, est remise à l'honneur et le rapporteur cite la boutade d'un médecin qui disait: lorsqu'il s'agit d'élaborer un aliment pour le nourrisson, deux glandes mammaires valent mieux que deux hémisphères cérébraux du plus fûté de tous les pédiâtres.

Un mot des maladies contagieuses qui font tant de ravages chez l'enfance: la diphtérie, la scarlatine, la coqueluche contre lesquelles, toutes trois, on peut vacciner avec succès; la rougeole.

L'hygiène dentaire retient aussi notre attention, ainsi que la vue, les pieds, la nutrition, la tuberculose, la syphilis.

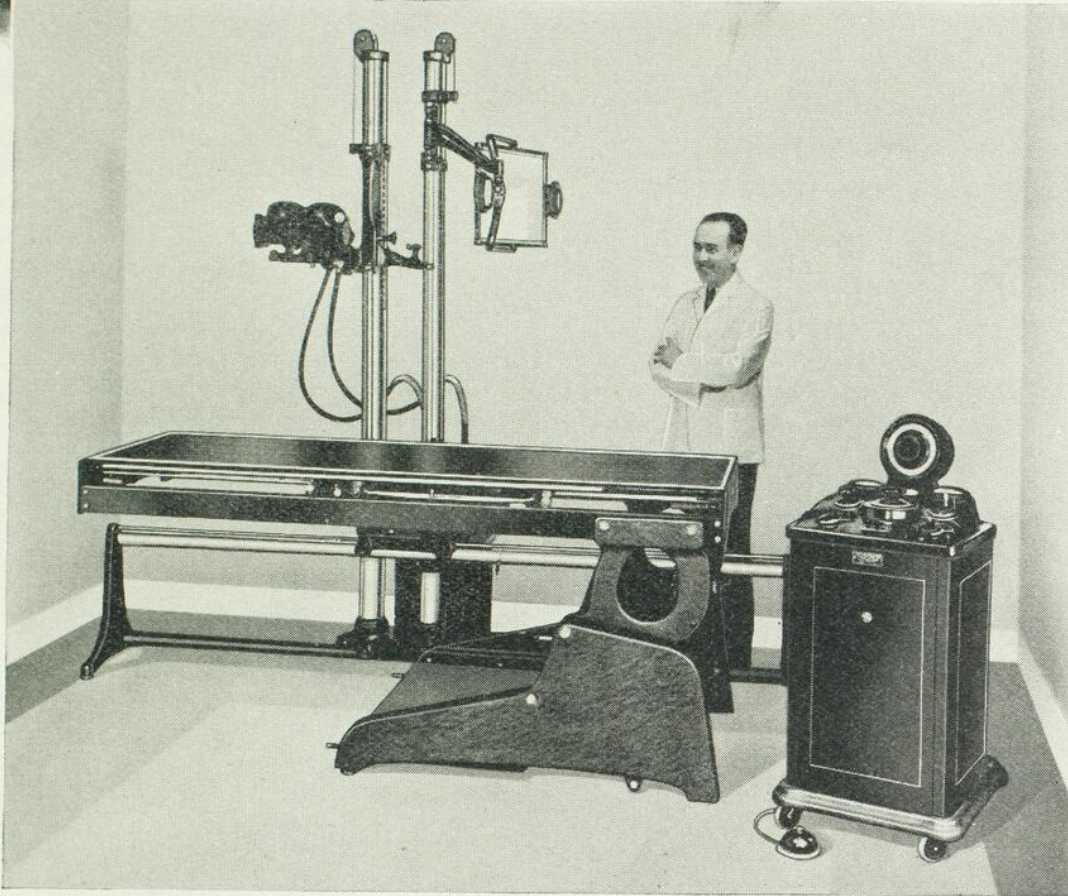
Et l'auteur termine son exposé en nous disant un mot du groupe d'enfants d'âge préscolaire: « Il est tellement important de bien débiter dans la vie, que

1. La conférence du docteur Ernest Couture paraît « in extenso » dans le présent numéro, page 1277.



*“Il ne croyait pas pouvoir faire l'achat d'un G-E... jusqu'au moment où je lui fis voir notre nouvelle unité 100-ma”*

déclare le vendeur Léo Sheldon



« Il voulait un appareil puissant permettant de radiographier les thorax à six pieds de distance au dixième de seconde. Il s'inquiétait de la précision du diagnostic — celle que donne notre tube D-X et notre générateur R-2 et notre contrôleur. Il voulait la performance — la beauté — la durabilité et il cherchait à économiser à la longue. En un mot, il voulait un G-E.

« Mais, il devait compter avec un budget restreint pour son appareil à rayons X et ne pensait pas pouvoir acheter un G-E, jusqu'à ce que je lui montrai notre nouvelle unité à rayons X combinée 100-ma, le R-38.

« Il paraît heureux maintenant, n'est-ce pas? »

Si vous êtes l'un de ceux qui désirez un G-E mais qui croyez que vos moyens ne vous permettent pas de l'acheter, voyez le R-38. Obtenez à meilleur compte la précision de diagnostic des appareils plus coûteux. Nous vous enverrons plus de renseignements si vous le désirez.

Veillez m'envoyer des renseignements sur la nouvelle unité à rayons X combinée G-E modèle R-38.

Nom .....

Adresse .....

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

DISTRIBUTORS FOR GENERAL ELECTRIC X-RAY CORPORATION

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

si l'on néglige de donner aux enfants, disons de un à cinq ans, les soins qu'ils requièrent, les conséquences en peuvent être très graves et avoir leur répercussion pendant toute la vie. C'est surtout parmi cette catégorie d'enfants que les effets de la négligence se font le plus lourdement sentir.»

\* \* \*

#### QUATRIEME JOURNEE

A l'hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc

Samedi, 4 octobre 1941

Présidence de MM. Hector Sanche et P.-A. Bélanger

En dépit du fait que les quotidiens annonçaient la clôture des « Journées Médicales » un nombre assez imposant de médecins se rendirent à notre réunion scientifique, témoignant de la sorte le haut estime

Le président de la Société Médicale de Montréal remercie le conférencier et les autres médecins qui ont présenté un travail intéressant. Il convie tous les membres présents d'aller assister à un goûter donné par les Dames de l'Administration de l'hôpital Sainte-Justine, et la séance est levée à midi et trente.

*Le Secrétaire du Bureau médical,*  
Hermile TRUDEL.

de faire de la chapelle une salle de réception d'atmosphère vraiment académique.

Le président de la Société Médicale de Montréal, le DOCTEUR H. SANCHE, souhaita la bienvenue à tous les membres présents, souligna l'importance de ces journées médicales, importance confirmée surtout par la nombreuse assistance des médecins à ces séances dans les différents hôpitaux. Avec toute la délicatesse de sentiment qu'on lui connaît, il remercia en termes chaleureux pour le bienveillant accueil des reli-



qu'ils ont pour le travail qui se fait dans cette institution. Nous étions au delà de 95.

Le DOCTEUR C.-A. DÉCARY, surintendant médical de l'hôpital, eut des mots tout à fait heureux à l'égard de l'inlassable animateur de ces « Journées », le docteur Paul Letondal, secrétaire de la Société Médicale de Montréal et du président du Bureau médical de Sainte-Jeanne d'Arc, le docteur P.-A. Bélanger, à qui revient une large part du succès de cette séance. Il souligna l'insigne faveur accordée par Monseigneur l'Archevêque, qui nous permettait

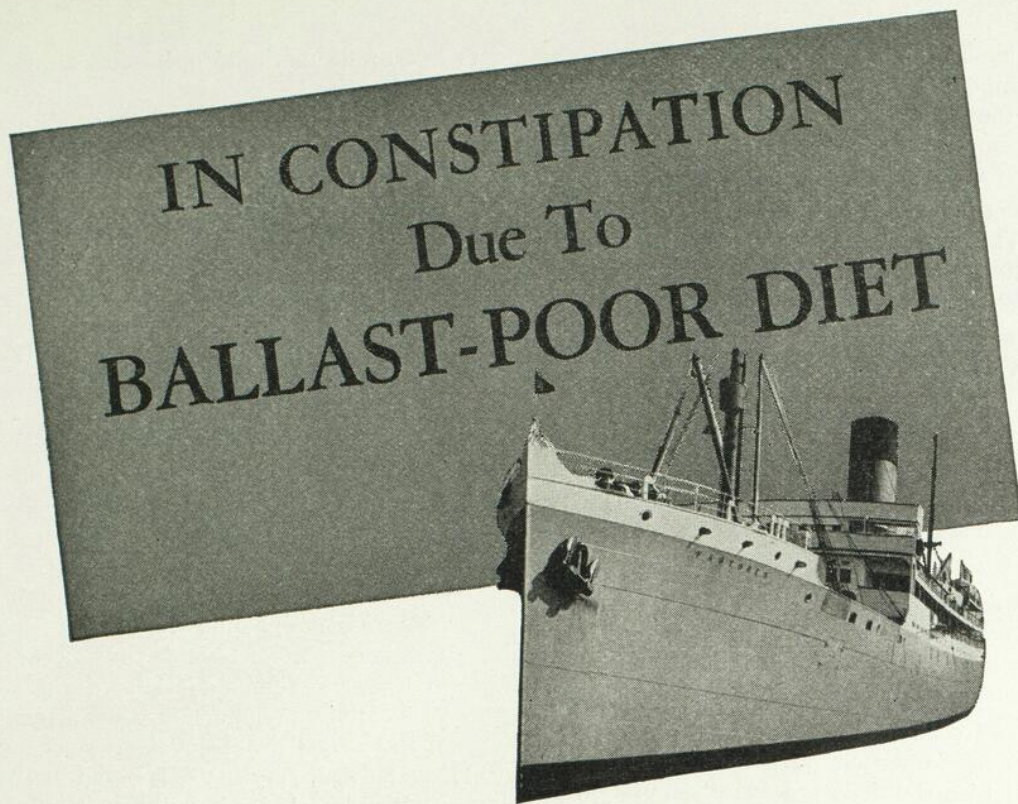
gieuses de l'hôpital Sainte-Jeanne d'Arc. Comme l'heure avançait il invita tout de suite le premier rapporteur à présenter sa communication.

Voici un bref résumé des travaux qui furent rapportés à cette séance.

#### Présentation d'un cas de noma

MM. A.-L. GUERTIN, Georges PEARSON et  
Lucien RANGER

« Le Noma » est une maladie plutôt rare puisqu'une centaine de cas à peine ont été rapportés à date.



## DANS LA CONSTIPATION DUE À UN RÉGIME PAUVRE EN RÉSIDU

En attendant l'établissement d'un régime alimentaire adéquat, Sal Hepatica peut aider à corriger la paresse intestinale causée par une alimentation à résidu insuffisant.

*La masse liquide* (SAL HEPATICA + EAU)

Sal Hepatica stimule l'écoulement de la bile et combat l'hyperacidité gastrique; par conséquent, il agit comme un adjuvant à la digestion. Demandez des échantillons et constatez par vous-même son efficacité.



*Nettoie le tractus intestinal*

*Sal Hepatica Flushes the Intestinal Tract . . .*

BRISTOL-MYERS COMPANY  
1241-F, rue Benoît, Montréal, Canada

C'est une leucémie monocyttaire à forme Naegeli et les symptômes sont les suivants: stomatite ulcéreuse surtout droite avec envahissement de toute la bouche, température à 102° avec état de courbature et frissons et adénites.

L'examen hématologique révèle un abaissement du taux de l'hémoglobine à 54% et des globules rouges à 2,404,710 tandis que les globules blancs varient entre 400 et 200,000.

Le pronostic est fatal et la durée de la maladie est d'environ 45 jours.

C'est une leucémie brusque avec hémoculture négative, un B.W. négatif mais présentant dans les urines des traces fortes d'albumine, de sucre, d'urobiline et d'urates.

#### Amputations du membre inférieur et prothèses

M. Aimé LAPLANTE

Le but du chirurgien dans les amputations ne doit pas tant consister dans un succès opératoire éclatant que dans le souci de donner à l'amputé un moignon qui lui donnera le maximum de rendement pour un appareillage ultérieur.

Il est donc important de poser une bonne médication, de bien choisir le procédé d'amputation et de diriger le mutilé vers l'orthopédiste dès que son moignon est guéri, afin d'éviter les atrophies musculaires et les difficultés d'appareillage qui peuvent en résulter.

Traisons donc bien nos moignons et les articulations susjacentes et nous aurons ainsi dirigé notre amputé vers une meilleure réhabilitation.

#### Indications et avantages du forage de la prostate

M. A.-E. DESJARDINS

On semble oublier maintenant la prostatectomie sus-pubienne et le terme forage ne paraît même plus approprié. On ne fore plus mais on résèque largement par la voie uréthrale la glande prostatique hypertrophiée avec le bistouri électrique, voire même celles de nature cancéreuse.

Les tumeurs de la prostate qui ne peuvent être opérées par la voie trans-urétrale sont les adénomes plongeant au-dessous de la vessie ou refoulés à l'intérieur de la vessie. Cependant toutes les hypertrophies de la prostate accompagnées de calcul ou diverticule vésical doivent être traitées par voie sus-pubienne.

Ce procédé opératoire est bénin et rend service aux patients angineux, aux cardio-rénaux, aux cachectisés cancéreux, aux pulmonaires, aux asthmatiques, etc., qui autrefois ne pouvaient subir l'intervention chirurgicale. Après un drainage urétral de deux jours, la sonde est enlevée, le patient se lève et sans aucune complication il peut retourner chez lui après quinze jours d'hospitalisation.

Les cas d'impuissance sexuelle sont moins fréquents

et le taux de mortalité opératoire ne dépasse pas le chiffre de 3%.

Donc, opération sans risque avec résultats des plus encourageants.

#### Considérations pratiques sur le cœur de nos malades en général

M. Georges GARNEAU

La connaissance précise des cardiopathies est une acquisition essentiellement moderne.

Le médecin praticien ne peut arriver à soigner convenablement un cardiaque à moins que son diagnostic ne s'appuie fermement sur les méthodes les plus nouvelles.

Au sujet de la thérapeutique des affections du cœur, une loi générale s'impose: c'est le choix du médicament approprié, son administration quant aux doses par des mains expertes, en des circonstances favorables. Pour remonter un cœur il faut d'abord lever les barrages périphériques.

Puis le rapporteur termine par les conseils suivants:

- a) Exiger le dosage quotidien des urines;
- b) Toujours prendre la tension artérielle;
- c) Se méfier des mauvais compagnons qui sont l'hypertension, l'arythmie, le galop et l'alternance;
- d) Prendre le métabolisme basal dans toute arythmie;
- e) Les œdèmes ne mesurent pas l'insuffisance cardiaque puisqu'il y a des cardiaques sans œdème;
- f) Electrocardiogramme systématique après 35 ans;
- g) La vitamine D et le tabac provoquent l'artériosclérose;
- h) Danger des fortes doses chez les mitraux.

#### Métrites et métropathies hémorragiques

M. Samuel LETENDRE

En présence d'un cas de métrorragie ou de ménométrorragie on a très fréquemment posé — et très souvent bien à tort — le diagnostic de « métrites » ou d'« endométrites hémorragiques ». Conséquemment des castrations non motivées ont suivi ce diagnostic erroné.

Il est bon d'établir une distinction entre la métrite du corps et la métrite du col.

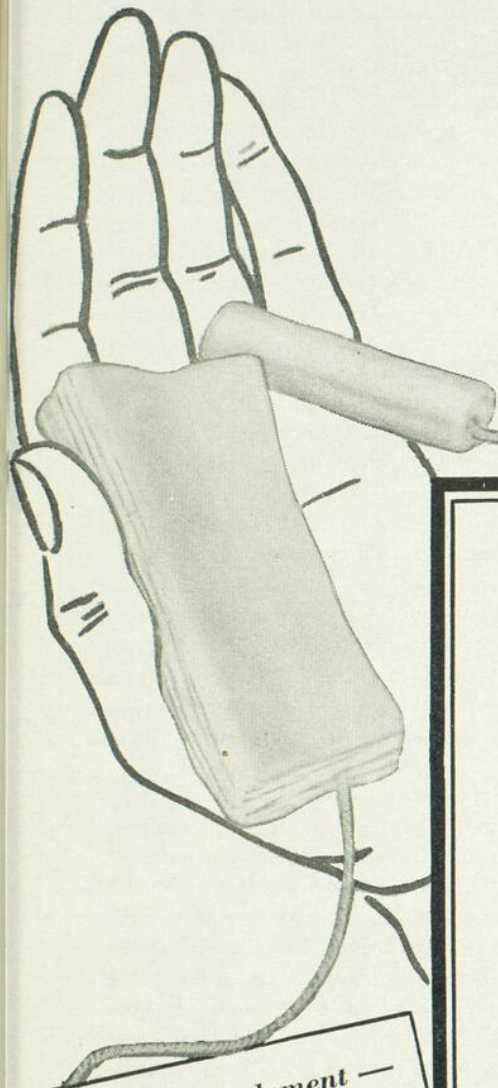
À côté des métrites corporales vrais, dues à un processus inflammatoire, il convient de situer un certain nombre d'altérations de la muqueuse s'accompagnant d'hémorragies et qui relèvent de modifications hormonales; elles ne reconnaissent aucune étiologie infectieuse et ont été dénommées « métropathies hémorragiques ».

C'est une entité définie qui résulte d'un trouble de la fonction ovarienne et probablement aussi de l'anté-hypophyse et de la réceptivité utérine.

Si l'on étudie la pathogénie de l'hyperplasie glandulo-kystique de l'endomètre, nous l'envisageons des quatre points de vue suivants: l'anté-hypophyse, l'ovaire, l'utérus et les tests hormonaux.

Examinez les principaux  
points concernant

# TAMPAX



## DEUXIÈME POINT:

### **Sa distension uniforme s'adaptant à la cavité vaginale**

Le charpie de Tampax est unique pour donner une distension uniforme, s'adaptant parfaitement à la surface unie du vagin normalement affaissé. Les médecins reconnaissent l'importance physiologique de cette particularité, et les malades apprécient le confort in situ que ne peut donner une dilatation circulaire et volumineuse.

En effet, parce que Tampax fut créé par un médecin, une étude approfondie fut faite de tous ces détails essentiels. Pour répondre à tout besoin particulier, il est présenté en trois formats (régulier, junior et super). La charpie de coton chirurgical est comprimée à un sixième de son format initial et le tampon est placé dans un application individuel pour assurer son insertion facile. Introduit au sommet de la cavité vaginale, il se distend sans causer de pression ou d'irritation — son action capillaire attire l'écoulement qui se fait librement du col utérin, et en empêche tout arrêt.

Le confort, la commodité et la propreté externe qu'il procure peuvent contribuer beaucoup à la tranquillité d'esprit de vos malades, et constituent pour vous la certitude de la sûreté et de l'efficacité de cette forme de protection menstruelle.

Avez-vous déjà défilé un tampon Tampax pour l'examiner? Vous pouvez vous procurer des échantillons en vous servant du coupon ci-dessous.

**CANADIAN TAMPAX CORPORATION LTD.,  
533, College Street, Toronto, Ontario.**

CANADIAN TAMPAX CORPORATION LTD.,  
533 College Street, Toronto, Ont.

Messieurs,

Il me ferait plaisir de recevoir des échantillons de Tampax.

Nom .....

Adresse .....

Ville .....

#### Remarquez également —

1. Comment il est facile de s'en servir.
2. Sa distension uniforme s'adaptant à la cavité vaginale.
3. Son contact délicat avec l'épithélium vaginal.
4. Son action capillaire absorbant parfaitement l'écoulement.
5. La façon facile d'en disposer.
6. Son adaptation à tout besoin particulier.

Nous possédons à l'heure actuelle plusieurs moyens de contrôler les hémorragies utérines fonctionnelles.

La biopsie ou le curettage biopsique de l'endomètre devrait être le premier acte d'investigation à poser en vue d'établir un diagnostic. On peut y joindre l'hystéro-salpingographie.

L'hystérectomie n'a pas sa place dans le traitement de l'hémorragie fonctionnelle, sauf peut-être dans quelques-uns des cas en période préménopausique. Il en est de même de l'ovariectomie.

La castration radiologique serait plus à conseiller chez certains cas en période préménopausique et ne devrait être utilisée qu'avec beaucoup de circonspection chez les jeunes.

L'irradiation de la glande pituitaire par les rayons X est une méthode qui n'est pas dépourvue de dangers.

La thérapeutique hormonale est aujourd'hui une méthode de contrôle très efficace et conservatrice. On utilisera ainsi les hormones gonodotropes, les extraits de corps jaune et d'hormone mâle.

L'hystérectomie, en période préménopausique, peut rendre des services s'il y a des lésions associées.

En conclusion, soyons plus physiologistes et plus conservateurs dans le traitement des hémorragies fonctionnelles.

#### Considérations sur l'aérophagie

M. St-Jean DESROSIERS

L'aérophagie est la déglutition de l'air, seul le volume d'air, dégluti plus ou moins grand, devient de l'aérophagie pathologique.

L'aérophagie peut être bruyante ou silencieuse.

Comme signes physiques nous avons une distension abdominale avec l'espace de Traube fortement augmenté. Les crises peuvent être diurnes ou nocturnes et le volume varie de 50 c.c. à un litre. Les éructations sont la plupart du temps non odorantes: si l'aérophagie accompagne certaines maladies gastriques les éructations deviennent malodorantes.

L'air rejeté est composé des mêmes éléments que l'air atmosphérique.

Comme mécanisme, disons que l'aérophagie est un acte volontaire mais inconscient.

Les principales causes de l'aérophagie sont les tracas, le surmenage, les soucis ou secondairement à des troubles digestifs. Les causes cliniques revêtent l'aspect dyspepsique, spasmodique ou même pithiatique.

Le diagnostic se fait par les signes physiques et au moyen des rayons X.

Au point de vue traitement nous devons envisager:

- 1<sup>o</sup>. la cure du tic d'avalement;
- 2<sup>o</sup>. la cure d'insuffisance gastrique;
- 3<sup>o</sup>. le point de vue médicamenteux;
- 4<sup>o</sup>. le régime alimentaire.

Et enfin, dans l'aérophagie aiguë, le cathétérisme gastrique s'impose.

\* \* \*

Le DOCTEUR PAUL BÉLANGER, président du Bureau Médical de l'hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc, présenta ensuite le conférencier d'honneur, le DOCTEUR LÉON GÉRIN-LAJOIE. Après avoir décliné tous les titres de ce dernier, et ils sont nombreux, le docteur Bélanger félicita les nombreux médecins présents à la quatrième journée médicale et se déclara heureux d'accueillir le docteur Albert LeSage qui, depuis longtemps fut un grand ami de l'hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc, puis il présenta le conférencier d'honneur en ces termes:

« Les exigences actuelles et futures de tous les peuples sont de nature à nous faire envisager des problèmes de plus en plus ardues et l'exclusivité de nos connaissances individuelles ne saurait apporter une solution adéquate à de si nombreuses difficultés. Quant à nous, médecins qui côtoyons tous les jours la souffrance et la misère, comment pouvons-nous envisager les moyens aptes à soutenir l'effort général pour relever le moral des gens tant dans le domaine économique que scientifique ou médical?

« C'est un devoir, pour nous, d'aider à la rénovation car le chaos actuel précipite le monde entier dans un abîme immense et la conception, qu'on semble en avoir aujourd'hui, demeure dans les cadres d'une affreuse appréhension d'un avenir qui n'a jamais paru aussi sombre.

« Aussi devons-nous, avec les ressources dont nous disposons et comme entité professionnelle, aider nos gouvernants dans toute la mesure dont nous pouvons le faire à envisager et, si possible, à solutionner les multiples problèmes que suscite une guerre mondiale.

« Les arts, les sciences, les lois, les coutumes, les langues et, voire même, certaines religions subiront les assauts d'un ordre nouveau et la course effrénée de certains éléments laissera partout des traces d'un déséquilibre incommensurable dans tous les domaines.

« Qui donc alors pourra prévoir? Quels seront nos chefs et quelles idées appropriées à une telle tâche devons-nous adopter? La réponse, je crois, est claire et simple car seules l'expérience et la connaissance acquise peuvent aider à envisager l'avenir. C'est pourquoi l'« Evolution actuelle de la Pratique Médicale » ne saurait être mieux élaborée que par ceux qui, depuis de nombreuses années, eurent l'occasion d'étudier, sur place, différents problèmes d'ordre médical tant dans notre province qu'à l'étranger.

« Le fait d'avoir été si longtemps en contact avec les dirigeants de nos Sociétés Médicales, d'en avoir présidé des débats et d'avoir vu de près les horreurs d'une guerre, la reconnaissance par nos souverains, Georges V et Georges VI, de ses services et de ses capacités, sont certainement de nature à nous assurer qu'on ne pouvait faire un meilleur choix pour étudier les questions épineuses de l'Evolution actuelle de la Pratique Médicale.

« C'est pourquoi je me fais un plaisir de vous pré-

# Pourquoi vous pouvez recommander les purées Heinz en toute confiance



## PURÉE DE BETTERAVES HEINZ

Préparée avec des betteraves de choix fraîchement arrachées, et de telle manière que la belle couleur rouge et le bon goût de betteraves fraîches sont conservés.

Ces 14 Purées ont reçu le Sceau d'Acceptation du Conseil de l'Association Médicale Américaine sur les Aliments... et l'Approbaton des Mères au Canada!

**P**ORTANT un nom qui est le symbole de qualité depuis des générations de mères canadiennes, les Purées Heinz ont exceptionnelles quant à leur uniformité, leur grande valeur nutritive et leur bonne saveur.

C'est parce que nous cultivons nos légumes au coeur des meilleures régions maraichères du Canada—que nous les récoltons au moment où leur saveur est à son apogée—et que nous les envoyons rapidement à nos cuisines avoisinantes. Là, ils sont cuits d'une façon scientifique et mis en boîtes sous atmosphère inerte dans des boîtes émaillées à l'intérieur. Les vitamines et les sels minéraux qui s'y trouvent normalement y sont conservés à un haut degré.

Toutes les purées qui sont sur les étagères des marchands sont vérifiées régulièrement par les vendeurs Heinz, et remplacées par des stocks frais après un temps limité.

Ce ne sont là que quelques-unes des raisons pour lesquelles les Purées Heinz méritent que vous les recommandiez!

H. J. Heinz Company of Canada, Ltd.

PURÉES

# Heinz

Ces Deux Sceaux signifient Protection pour votre Bébé



## 14 DÉLICIEUSES SORTES:

**Purée de Carottes.** Des carottes sucrées, juteuses et tendres sont employées pour ce mets. La Purée de Carottes Heinz se digère facilement.

**Purée d'Epinards.** Préparée avec des épinards frisés, d'un beau vert foncé, qui sont lavés dans d'énormes quantités d'eau pour s'assurer qu'il n'y reste plus aucun sable.

**Purée de Soupe aux Légumes.** Un mélange exquis de carottes, céleri, pommes de terre, tomates, oignons, céréales et extrait de levure. L'orge et le riz lui donnent une consistance veloutée et en font un aliment énergétique.

**Purée de Pois.** Des pois tendres et sucrés sont cuits dès qu'ils sont écosés. La peau rugueuse qui recouvre les pois reste dans le passe-purée à travers lequel on les passe.

**Purée de Haricots Verts.** Préparée avec des petits haricots verts tendres dont les fils ont été soigneusement enlevés.

**Purée de légumes Verts Mélangés.** Un mélange appétissant de chou frisé, de laitue verte et d'asperges vertes. C'est un mets très nourrissant, et le 'volume' qu'il fournit le rend légèrement laxatif.

**Purée de Céréales.** Un mélange de coeurs de blé, de farine, de blé complet et d'avoine. Ceux-ci sont cuits longtemps sans lait, et ni sucre ni sel n'y sont ajoutés.

**Purée d'Abricots et Compote de Pommes.** C'est de la pulpe d'abricots frais, sans anhydride sulfureux ou couleur artificielle, à laquelle on a ajouté de la compote de pommes pour en diminuer l'âpreté.

**Purée de Pruneaux.** Une pulpe épaisse de pruneaux, contenant un peu de jus de citron. Elle a généralement un effet laxatif doux qui est souvent à désirer.

C'est un aliment énergétique exceptionnellement bon.

**Purée de Soupe au Boeuf et Foie.** Préparée avec des foies de poulets et de jeunes boeufs, du boeuf maigre sélectionné et du bouillon, avec un mélange appétissant de pommes de terre, tomates, céleri et carottes. Son contenu en foie rend cette purée précieuse dans la prévention de l'anémie résultant de la sous-alimentation.

**Purée de Poires et d'Ananas.** Ce mélange délicieux de fruits favoris a un goût qui plaît à tout le monde.

**Purée d'Asperges.** Préparée uniquement avec des asperges vertes et fraîches.

**Purée de Betteraves.** (Voir la description ci-dessus.)

**Purée de Soupe aux Tomates.** Préparée avec des tomates "aristocrates" de Heinz cuites lentement.

senter le conférencier d'honneur, M. le docteur Léon Gérin-Lajoie<sup>1</sup> ».

\* \* \*

M. le DOCTEUR H. SANCHE remercia le conférencier d'honneur et souhaita que la profession médicale devienne assez puissante pour défendre ses droits à l'instar des politiciens mal éclairés qui veulent en un mot « étatiser la médecine ».

Un superbe buffet fut offert à tous les médecins par le Bureau d'Administration de l'hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc.

*Le Secrétaire du Bureau médical,*  
St-Jean DES ROSIERS.

— o —

#### SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL

Séance du 15 avril 1941

tenu à l'hôpital Notre-Dame

Présidence de MM. Hector Sanche et  
G.-L. Prud'homme

#### SYMPOSIUM SUR LA DIPHTÉRIE

Le Président souligne l'importance de ce symposium, qui a lieu trois semaines avant l'ouverture de la grande campagne contre la diphtérie dans notre ville.

C'est dans le but d'assurer le succès de cette croisade que le Comité des programmes a pris cette initiative. Il l'en félicite et profite de la circonstance pour demander à nos membres de collaborer étroitement, à cette occasion, avec le Service de Santé de Montréal et le Ministère de la Santé de Québec.

**Biologie de la diphtérie. Le bacille diphtérique: toxine, antitoxine et anatoxine diphtérique. L'immunité dans la diphtérie**

M. Armand FRAPPIER

M. Frappier, après avoir donné une définition de la diphtérie, dit ce qu'est le bacille diphtérique, la toxine, l'antitoxine et l'anatoxine diphtérique. Il insiste sur la manière d'effectuer les prélèvements qui doivent être faits séparément pour le nez et la gorge.

Le médecin ne doit pas attendre la réponse du laboratoire pour agir.

Chez les porteurs de germes, la recherche de la virulence est indispensable.

L'immunité semble due à la présence d'antitoxine dans le sang. L'enfant apporte cette immunité en naissant. Il la perd vers le sixième mois.

L'immunité acquise par contact ou par la vaccination est solide: elle dure toute la vie.

#### Discussion

M. L.-P. LEBEAU est d'avis que le nombre des porteurs de germes augmente avec la vaccination.

1. La conférence du docteur Gérin-Lajoie a paru « in extenso » dans le numéro de novembre, page 1170.

Que faut-il en conclure? Et un porteur de germes par lui-même est-il un être dangereux?

M. Joseph SAÏNE aimerait savoir s'il est possible que chez un porteur de germes les bacilles puissent passer de l'état saprophyte à l'état pathologique, et dans l'affirmative, si cette transformation dans la virulence est due à l'adjonction d'un virus filtrant qui se développerait dans la cavité buccale sous des influences encore inconnues.

M. FRAPPIER répond:

à M. Lebeau qu'avec les progrès de la vaccination la question est devenue plus théorique que pratique. En réalité, la plupart des porteurs sont des porteurs sains et leurs germes ne sont pas virulents. Il n'en est pas de même des porteurs malades qui doivent être considérés comme dangereux en raison de la virulence des bacilles qu'ils hébergent. S'il faut en croire certains épidémiologistes, les porteurs sains diffusent l'immunité;

à M. Saine que cette transformation dans la virulence du bacille diphtérique par l'adjonction d'un virus filtrant, n'est qu'une simple hypothèse, qui n'a jamais reçu la moindre confirmation.

#### Clinique de la diphtérie. Sur quelques erreurs à éviter dans le diagnostic, le pronostic et le traitement de la diphtérie

M. J.-H. CHARBONNEAU

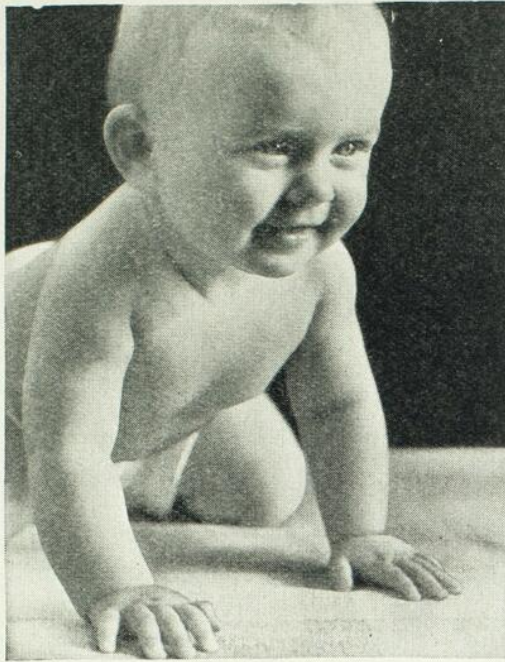
M. Charbonneau estime que la principale erreur à éviter consiste à laisser passer inaperçue une diphtérie existante. Dans le doute, mieux vaut injecter du sérum que de s'exposer à un retard qui peut être fatal.

Parmi les maladies, dont le diagnostic peut présenter des difficultés, il convient de mentionner tout d'abord les amygdalites cryptiques ou pultacées. Il faut aussi éviter de prendre pour de la diphtérie les angines pseudo-membraneuses de la scarlatine et de l'agranulocytose, ou encore celles que l'on rencontre à la phase terminale de certaines maladies graves comme le diabète, l'anémie aplastique.

Semblablement, il importe de ne pas méconnaître la forme pseudo-phlegmoneuse. Il est vrai qu'elle donne lieu à une température élevée et qu'il n'y a pas de fausses membranes au début. Mais dans cette forme il n'y a jamais de trismus, comme dans le phlegmon de l'amygdale.

Enfin, le médecin doit pouvoir différencier le croup des autres laryngites, en particulier des laryngites à staphylocoques, à pneumocoques et à streptocoques, où l'emploi précoce de la sulfathiazole a autant d'importance que la sérothérapie dans la diphtérie.

Du point de vue pronostic, il faut se garder en général d'un optimisme exagéré, la maladie devant toujours être considérée comme sérieuse malgré les



## DE TOUS... IL EST LE MEILLEUR

« Originaires, le lait de vache est destiné aux besoins biologiques du veau à croissance rapide, mais d'importantes modifications ont été effectuées sur ce lait dans le but de donner à ses éléments essentiels les propriétés digestives et assimilables que requiert un enfant qui se développe plus lentement. Des différents procédés employés, celui qui sert à la fabrication du lait évaporé est le meilleur de tous pour répondre avantageusement à ces besoins, dans la majorité des cas, et il possède en outre l'avantage d'être très commode et relativement peu coûteux. » — Round Table Discussion, Ninth Annual Meeting, American Academy of Pediatrics; J. Pediat., p. 130. Jan. 1940.

Au delà d'une décade s'est écoulée depuis que les recherches classiques de Brennemann et Marriott ont attiré l'attention de la profession médicale sur les qualités du lait évaporé comme aliment pour les enfants. Il est intéressant de noter que la période intermédiaire de progrès scientifiques constants, concernant l'alimentation infantile, a simplement confirmé ce que ces premiers chercheurs ont découvert . . . Le Lait

Carnation irradié est un lait évaporé de haute qualité, d'une parfaite homogénéité et de commodité générale . . . Sur demande, nous adresserons aux médecins: « L'Alimentation Simplifiée pour Bébés », une brochure de grand intérêt traitant de l'emploi du lait irradié Carnation dans les cas d'alimentation normale et d'alimentation difficile. « Un produit canadien. » . . . Carnation Company Ltd., Toronto, Ont.

# LAIT CARNATION

## *Irradié*

*"provenant de vaches bien nourries"*



progrès de la thérapeutique. On maintiendra donc une expectative armée de tous les instants, plus spécialement du 13<sup>ème</sup> au 17<sup>ème</sup> jour, où peut apparaître le syndrome secondaire de toxicité.

S'il est capital avec le sérum de frapper vite, fort et longtemps, la thérapeutique doit aussi se prévaloir de toutes les additions modernes: bronchoscopie dans les cas de tirage, vitaminothérapie, principalement les vitamines B et C.

#### Discussion

M. Daniel LONGPRE fait allusion aux formes occultes et larvées de la diphtérie du nourrisson. C'est une diphtérie sans fausses membranes, se traduisant par un coryza séro-sanguinolent, unilatéral, avec érosion nasale et érythème de la lèvre supérieure. Ce coryza est souvent associé à un écoulement d'oreilles, d'aspect sanguinolent. En pareil cas, le diagnostic ne peut être fait que par le laboratoire, dont les recherches, pour être satisfaisantes, doivent aller jusqu'à l'épreuve de la virulence par inoculation au cobaye. Mais cette diphtérie, qu'il a eu l'occasion d'observer à la Crèche d'Youville avec M. Philippe Panneton, est maintenant du domaine du passé: on ne l'observe plus. En est-il de même de la forme commune pseudo-membraneuse, qui lui semble devenue exceptionnelle dans la pratique?

M. CHARBONNEAU lui répond que l'on reçoit encore des cas de diphtérie à l'hôpital Pasteur. Cette constatation doit nous inciter à intensifier la vaccination.

#### Prophylaxie de la diphtérie. Etat actuel de la lutte contre la diphtérie à Montréal. Résultats obtenus par la vaccination

M. Adrien PLOUFFE

M. Plouffe rappelle que la prévention de la diphtérie autrefois reposait sur l'isolement, la quarantaine, les placards, l'immunisation passive des cas de contact par le sérum et la recherche des porteurs de germes.

Aujourd'hui, la prophylaxie se résume toute entière dans la vaccination par l'anatoxine Ramon, en sorte que toutes ces précautions sont de moins en moins nécessaires.

Le vaccin de Ramon découvert en 1923 est d'une inocuité, d'une stabilité et d'une efficacité reconnues. Il procure aux individus une immunité active et durable.

La vaccination par l'anatoxine, commencée à Montréal en 1928, a été poursuivie sans interruption jusqu'en 1940 et depuis. Résultats: la mortalité par diphtérie, qui était de 29.9 par 100,000 de population, est tombée à 1.2.

Il y a plus. Il faut en arriver à faire disparaître complètement la diphtérie dans notre ville. Pour cela il suffirait que 70 à 80% de la population infantile soit immunisée. A Hamilton et à Toronto, où

75% des enfants sont vaccinés, il n'y a plus de diphtérie.

#### Discussion

M. Adélarde GROULX félicite M. Plouffe et remercie la Société Médicale de lui fournir l'occasion de s'adresser à ses membres.

Il attire l'attention sur le fait que 40% seulement des enfants de 0 à 5 ans sont immunisés à Montréal. Il fait un pressant appel aux praticiens pour qu'ils s'intéressent spécialement à ces sujets d'âge préscolaire, qui sont les moins résistants et que seuls ils peuvent atteindre. Les statistiques de mortalité par diphtérie révèlent que 70% des décès surviennent de 0 à 5 ans. Il est donc capital que l'on vaccine le plus possible ces enfants.

M. L.-C. SIMARD demande ce qu'il faut penser de l'immunisation par une seule injection de toxoïde précipitée à l'alun?

M. Alcide PILON s'informe si l'on a observé des complications nerveuses à la suite de la vaccination?

M. PLOUFFE répond:

à M. Groulx en le remerciant de ses remarques;

à M. Simard que ce procédé a été abandonné parce qu'il occasionne des réactions locales et générales parfois graves et qu'il donne de moins bons résultats. Il faut lui préférer la méthode des trois injections d'anatoxine Ramon, qui est sans danger, et avec laquelle on obtient une immunité durable dans plus de 95% des cas;

à M. Pilon dans la négative.

#### ELECTION DE MEMBRES

MM. J.-A. Caisse, Arthur Dumas et Paul Mousseau sont élus *membres titulaires* de la Société Médicale de Montréal.

*Le Secrétaire-Trésorier Général,*  
Paul LETONDAL.

— o —

#### SEANCE DU BUREAU MEDICAL DE L'HOTEL-DIEU

tenue le 28 avril 1941

Présidence de M. Albert Jutras

#### Observations de tumeurs cérébrales

M. Fernand CHAREST

Le rapporteur rappelle les signes généraux des tumeurs cérébrales: la céphalée, la baisse de la vue, les troubles de la mémoire, les troubles psychiques, les vomissements. Il affirme que le médecin praticien peut diagnostiquer 50% des tumeurs cérébrales au début et réduire par conséquent la mortalité due à ces cas.

Le 1<sup>er</sup> cas s'est présenté à l'hôpital pour troubles de la vision (cécité d'un côté et vue embrouillée de l'autre côté) et pour céphalées à localisation sus-orbitaire et temporale. L'examen du fond de l'œil révèle un œdème papillaire bilatéral. L'examen ra-

diographique du crâne montre une disparition de la lame quadrilatère de la selle turcique. Le malade a été opéré pour astrocytome fibrillaire et a récupéré une partie de sa vision.

Le 2e cas présentait une atrophie optique secondaire, de l'hémianopsie, une vue nulle à gauche et à 15/000 à droite, de l'hypoplasie staturale et génitale. La radiographie du crâne a montré une selle turcique en ballon et des clinoides postérieures érodées; il n'y avait pas de calcifications. A l'opération on découvre un craniopharyngiome. Le malade s'est bien porté pendant dix jours et est décédé à la suite d'une embolie cérébrale.

Le 3e cas présentait des vomissements en fusée, de la céphalée temporale droite, de la bradypsychie, un œdème papillaire bilatéral, une paralysie faciale centrale gauche avec légère incoordination. On diagnostique une tumeur du cervelet. A l'opération on enlève partiellement un médulloblastome du cervelet dont on irradiera le reste. On pronostique une survie de 7-8 ans pour ce cas.

Le 4e cas présentait des céphalées sus-orbitaires, des étourdissements, une baisse de la vue, un nystagmus horizontal droit des mains acromégales. A l'opération on découvre un adénome chromophile intrasellaire.

Le 5e cas présentait des troubles mentaux et du ralentissement intellectuel. Après ponction lombaire s'installe une paralysie centrale droite avec déviation de la langue, Babinski bilatéral, hyperréflexivité et hypoesthésie à la piqûre à droite, incontinence vésicale et fécale. La ventriculographie montre un abaissement de la corne frontale droite. A l'opération on extirpe un méningiome droit envahissant l'hémisphère gauche. Le malade s'est très bien rétabli.

Le 6e cas a fait une typhoïde il y a un an; il présente depuis quelques mois de la céphalée en casque, une baisse de l'acuité visuelle avec scotomes, de l'œdème papillaire, une baisse de la mémoire. A l'opération on ouvre des abcès intracérébraux multiples. Le malade va très bien.

Le rapporteur conclut en rappelant les signes les plus fréquents des tumeurs cérébrales: 1) la céphalée, surtout sus-orbitaire; 2) la baisse de la vue, l'œdème de la papille, l'hémianopsie; 3) les signes neurologiques.

#### Discussion

M. J.-A. MOUSSEAU demande des précisions sur l'électroencéphalographie à laquelle le rapporteur a fait allusion.

M. F. CHAREST explique que c'est une méthode pour déceler le potentiel électrique de l'encéphale et qu'il existe des types divers d'après les caractéristiques encéphalographiques.

M. A. BARBEAU rappelle que toute cellule vivante engendre des ondes électriques et que toutes les zones du cortex cérébral émettent des ondes de type différent.

M. OLIVIER demande si la typhoïde n'aurait pu provoquer la formation des abcès cérébraux du 6e cas.

M. F. CHAREST ne le pense pas. Le pus des abcès ne contenait pas de bacille typhique, et les abcès typhiques du cerveau sont des raretés.

M. A. JUTRAS félicite M. Charest de son intéressante communication qu'il a préparée à la dernière minute pour remplacer un rapporteur absent.

#### Deux cas d'hypoplasie mammaire unilatérale traités par des applications locales d'oestradiol

M. Paul DUMAS

Le premier cas, une fillette de 11 ans souffrait d'amastie gauche sans athélie et d'hypotrophie musculaire générale. Le second cas, une jeune fille de seize ans souffrait d'hypomastie droite, d'hypotrophie musculaire générale et d'aménorrhée. Dans le but de résoudre ce problème d'esthétique anatomique, le rapporteur s'est inspiré du principe en vertu duquel une hormone agit mieux quand elle est administrée plus près du récepteur que l'on veut influencer et il a traité ses malades par des applications locales d'oestradiol.

Le premier cas s'est remarquablement amélioré du point de vue de l'asymétrie mammaire. Le second cas n'a pas réagi au traitement mais la fonction menstruelle s'est installée. Selon toute vraisemblance, l'hormone, inutilisée localement, a agi à distance.

Le rapporteur rappelle les données générales sur la croissance et la physiologie mammaires. Les lésions d'hypoplasie unilatérale relèveraient d'une compression prénatale. Il souligne que le traitement de ces lésions par les applications d'oestradiol est encore dans le stade expérimental et comporte des risques.

#### Discussion

M. F. LEFRANÇOIS demande si dans les deux cas présentés l'hypoplasie n'aurait pu se corriger d'elle-même sans traitement.

M. P. DUMAS croit que dans le cas amélioré après quatre mois de traitement sans augmentation notable de l'autre glande mammaire, l'on doit attribuer le résultat obtenu aux applications d'oestradiol.

*Le Secrétaire,*

Paul DUMAS.

## NOUVELLES

### LE COLLEGE ROYAL DES MEDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA

La douzième réunion du Collège Royal a été tenue à Ottawa le 25 octobre dernier.

Le programme scientifique comportait les travaux suivants:

« Progrès récents en médecine. La psychonévrose en temps de guerre », par le docteur A. T. Mathers, F.R.C.P. (C), de Winnipeg.

« Notions anciennes et nouvelles de chirurgie militaire », par le Colonel E. N. Archibald, F.R.C.S. (membre d'honneur) F.R.A.C.S. (membre d'honneur), d'Ottawa.

Le 3 novembre dernier le docteur Emile Gaumont, professeur de dermato-syphiligraphie à l'Université Laval (Québec), fit une conférence, à Québec, sous les auspices du Collège Royal, et dont le sujet fut « La syphilis au Canada Français, hier et aujourd'hui ».

\*

\* \*

Le docteur Albert LeSage, vice-président de la section de médecine, présenta les candidats accrédités, après examen, à recevoir le titre de membre (Fellow) du Collège Royal des Médecins du Canada.

Ces candidats étaient:

Le Capitaine Arthur W. Bagnall,  
(Camp Borden),

Le docteur Jean-B.-A.-J. Baillargeon,  
(Montréal).

Le docteur John A. Gunn, vice-président de la section de chirurgie, présenta les candidats qualifiés, après examen, au titre de « Fellow » du Collège Royal des Chirurgiens du Canada:

Le docteur Gessie C. Gray, (Toronto),

Le docteur François Côté, (Ottawa),

Le docteur Max E. Geissinger  
(Hardesty, Alberta),

Le docteur William L. M. King, (Toronto),

Le docteur Angus D. McLachlin,  
(Toronto),

Le docteur Harold L. Richard,  
(Edmonton),

Le docteur William A. Shandro,  
(Vegreville, Alberta).

Les docteurs Russell K. McGee, de Peterborough, et Herbert F. Moseley, de Montréal, furent acceptés comme membres du Collège Royal au titre d'équivalence ou « Ad Eumdem ».

\*

\* \*

Sir William Wilson Jameson, médecin en charge au Ministère de la Santé (Londres) et le Contre-Amiral Gordon Gordon-Taylor (Londres) furent investis du titre de membre d'honneur du Collège.

\*

\* \*

Les membres décédés durant l'année ont été les suivants:

Dr D. G. Bogart, (Kingston),  
Sir Frederick Banting, (Toronto),  
Dr Paul Garneau, (Québec),  
Dr David Low, (Régina),  
Dr B. F. MacNaughton, (Montréal).

\*

\* \*

Des vingt candidats qui se présentèrent, à l'examen primaire, cette année, onze le passèrent:

Dr Edwin L. Brown, (Montréal),  
Dr Albert Coutu, (Montréal),  
Dr Norman-C. Delarue, (Toronto),  
Dr William P. Goldman, (Alberta),  
Dr Pierre Del Vecchio, (Montréal),  
Dr Charles Sheard (Jr.), (Toronto),  
Joseph A. Delaney, (Montréal),  
Frederick H. Howatt, (Kingston),  
Alan M. Inglis, (Winnipeg),  
James R. McCorrison, (Kingston).  
Karl T. Moller, (Toronto).

\*

\* \*

# Pionniers au Canada

Comme PIONNIERS dans la fourniture au Corps Médical Canadien des composés sulfamidés antibactériens, nous vous engageons à vous prévaloir de la protection et des garanties que vous offrent les produits suivants, de marque "Poulenc" :

## DAGENAN

La marque d'origine de la sulfapyridine et l'arme la plus puissante dans le traitement des infections causées par le pneumocoque; médicament de choix des infections gonococciques; indiqué aussi dans les infections méningococciques.

## SOLUDAGENAN

Solution stable de Dagenan, prête pour l'injection par voie parentérale — un produit original de "Poulenc".

## THIAZAMIDE

Sulfathiazole "Poulenc" indiqué dans les infections staphylococciques, gonococciques et pneumococciques.

## SOLUTHIAZAMIDE

Solution stable de Thiazamide, prête pour l'injection par voie parentérale — un récent produit original "Poulenc".

## SEPTAZINE

Sulfamidé antistreptococcique d'une grande activité et d'une faible toxicité — "Le sulfamidé de tout repos".

## SOLUSEPTAZINE

Un sulfamidé non-toxique d'une grande efficacité pour le traitement d'urgence des infections méningococciques et gonococciques — un autre produit original de "Poulenc".

**EXIGEZ CES MARQUES  
POUR VOTRE PROTECTION**

*Nous enverrons avec plaisir, à MM. les Médecins, toute information supplémentaire qu'ils désireraient obtenir sur ces produits.*

*Laboratoires Poulenc Frères*

DU CANADA LIMITÉE — MONTRÉAL

Voici les dates des activités du Collège Royal pour 1942:

Réunion du Conseil, le 15 juin, à Jasper, (Alberta).

Réunion annuelle, le 24 octobre, à Ottawa.

Examens écrits, les 28, 29 et 30 septembre.

Examens oraux et cliniques, à Montréal, les 19 et 20 octobre; à Toronto, les 21 et 22 octobre.

\*

\* \*

#### Elections du conseil

Le Conseil du Collège Royal se composera des membres suivants:

Président, le Doyen A. T. Mathers, (Winnipeg),

Vice-Président, division de la médecine: le Professeur K. A. Mackenzie, (Halifax),

Vice-Président, division de la chirurgie: le Doyen Charles Vézina, (Québec),

Secrétaire-honoraire: Dr Warren S. Lyman, (Ottawa),

Trésorier-honoraire: Dr R.-E. Valin, (Ottawa),

Assistant secrétaire-honoraire: Dr John E. Plunkett, (Ottawa).

Le dîner annuel eut lieu au Château Laurier; Sir W. Wilson Jameson, hôte d'honneur du Collège Royal, y prononça l'allocution de circonstance.

#### INSPECTIONS SANITAIRES

« Nul ne contestera la nécessité de combattre la propagation des maladies transmissibles pas plus que l'importation des maladies pestilentielles exotiques et l'un des bons moyens de prévenir la diffusion des affections infectieuses, c'est de surveiller étroitement les sources d'alimentation et la salubrité des habitations. Au cours du mois de septembre dernier, conformément à cette politique, les officiers du département de la Santé et du Bien-Etre social ne firent pas moins de 8,038 inspections sanitaires, confisquant, par la même occasion, 7,247 livres d'aliments impropres à l'alimentation. »

Voilà ce que vient de déclarer aux membres de la Tribune des journalistes, l'honorable Henri Groulx, ministre de la Santé et du Bien-Etre social. La surveillance des conditions qui sont favorables ou nuisibles à l'entretien de la vie exige la suppression des insalubrités de toutes natures. Par les inspections sanitaires, on atteint ce but. Au cours de septembre, les inspecteurs sanitaires ont visité 265 logements, 174 établissements de coiffure, 645 écoles, 672 laiteries, 441 vacheries, 338 abattoirs, 671 marchés publics et 2,452 autres établissements de victuailles.

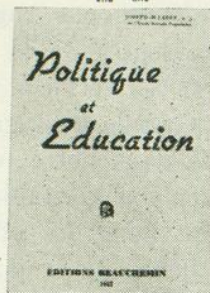
De toutes les questions hygiéniques dont la solution s'impose le plus impérieusement à l'heure présente aux corps constitués qui ont charge de la santé publique, affirment les médecins hygiénistes, il n'en est guère d'une importance inférieure à celle de l'approvisionnement d'une eau potable réunissant toutes les conditions de pureté physique, chimique et biologique requises par l'état actuel de nos connaissances médicales. Aussi, afin d'améliorer les conditions hygiéniques qui se rapportent à ce domaine, les inspecteurs sanitaires ont examiné 147 aqueducs et 442 puits. Les prélèvements d'eau expédiés aux laboratoires du département se chiffrent à 740. Ajoutons que l'on a fait 747 prélèvements de lait, 272 pour diphtérie, 315 pour typhoïde et 522 pour tuberculose. La coopération du public est indispensable dans ce domaine. Que chacun collabore avec son médecin hygiéniste et les résultats ne se feront pas attendre.

#### UNIVERSITE DE MONTREAL Soutenances de thèse à la Faculté de médecine

Le docteur René Bolté a soutenu, le 18 novembre 1941, une thèse pour l'agrégation en anatomie normale, dont le titre était: « Les faisceaux tenseurs des aponévroses ».

Le docteur Rosario Fontaine a soutenu, le 24 novembre, une thèse pour l'agrégation en médecine légale dont le titre fut: « Balistique médico-légale ».

# 3 ÉDITIONS BEAUCHEMIN



## Politique et Education

par le R. P. JOSEPH LEDIT, s.j.

Un fort volume de 300 pages — 1ère édition.

PRIX: franco, l'exemplaire \$1.35.

Voulez-vous savoir à quelle école furent élevées les *jeunesses totalitaires*? Lisez ce livre. L'éminent religieux de l'*Ecole Sociale Populaire* de Montréal fait, dans cet ouvrage, un examen de la situation européenne, et surtout il en étudie l'une des causes.



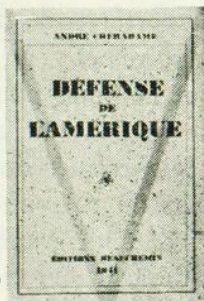
## La Prière chantée

par L'ABBÉ E. DUBOIS

Un beau livre, format de poche, relié élégamment.

PRIX: franco, l'exemplaire \$1.60.

Ce manuel, tout nouveau, met à la portée du peuple les plus belles prières liturgiques, sur des airs connus. Sa simplicité le met à la portée de tous. Avec *La Prière Chantée*, le chant par les foules va revivre dans les églises.



## DÉFENSE de L'AMÉRIQUE

par ANDRÉ CHÉRADAME

3e édition — 10e mille.

PRIX: franco, l'exemplaire \$1.60.

Avec un chapitre supplémentaire sur la participation russe. Aperçus tout nouveaux justifiant par des faits le titre de *Défense de l'Amérique*.

**C'EST UN LIVRE FORMIDABLE DE VÉRITÉ.**

# 3 ÉDITIONS BEAUCHEMIN

*Un sédatif efficace*

# BROVALONE

HARTZ

Un mélange savoureux

## DE BROMURE ET DE VALÉRIANE

Chaque once fluide représente: quatre-vingt grains de bromure de sodium, un grain d'extrait d'hyoscyamus, vingt gouttes de laxagrada et quatre-vingt gouttes de teinture de valériane ammoniacée, associés dans un véhicule agréablement aromatisé dissimulant l'odeur désagréable et le mauvais goût de la valériane.

Une ordonnance très utile dans le traitement de l'insomnie, surtout lorsqu'elle est causée par les tracasseries et le surmenage, l'hystérie et les troubles associés. C'est un sédatif nerveux efficace et antispasmodique.

*POSOLOGIE: Une à quatre cuillerées à thé bien mélangées dans de l'eau.*

### THE J. F. HARTZ CO. LIMITED

TORONTO

Fabricants de produits pharmaceutiques

MONTREAL

*Spécifiez les produits pharmaceutiques Hartz de fabrication canadienne.*

# PAVERAL

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

**. . COQUELUCHE . .**

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

Littérature sur demande.

AGENTS CANADA DRUG.CO.MONTREAL

# UROPRAZINE

GRANULÉ EFFERVESCENT

## ELIMINE L'ACIDE URIQUE

Composants principaux:

PIPÉRAZINE

HEXAMÉTHYLENETÉTRAMINE

SOUFRE COLLOÏDAL

FORMIATE DE LITHINE

GOUTTE ♦ RHUMATISME ♦ SCIATIQUE

LABORATOIRES SPARTOL, PARIS, FRANCE

Distributeurs: **M.M. HERDT & CHARTON, Inc.**

207, AVENUE MCGILL COLLEGE - MONTRÉAL

AMherst 8900-3733

## MONTY, GAGNON & MONTY

Ambulances de luxe, chauffées

Transport des malades à la ville et à la campagne. Service prompt et sûr.

Pompes funèbres

Salons mortuaires

Salons mortuaires: 1926, rue Plessis  
4156, rue Adam.

Ambulanciers de l'Hôpital Notre-Dame

Une thérapeutique efficace pour... *l'Otite Moyenne*  
DOIT ÊTRE ANALGÉSIQUE - BACTÉRICIDE et PRODUIRE la DÉSHYDRATATION des TISSUS

# Auralgan

THE DOHOW CHEMICAL COMPANY, LTD.

Montréal — New-York — London

# revigorant



## comme une sweet caporal

• Il y a quelque chose d'incomparablement agréable dans ces Sweet Caps si propres, à la saveur et à l'arôme frais. C'est ce qui en a fait les cigarettes les plus populaires au Canada. Si on les juge d'après leur capacité de plaire, ce sont, paquet pour paquet, les meilleures cigarettes que vous puissiez acheter.

*"La forme la plus pure sous laquelle le tabac peut être fumé."*



## Vous pouvez les recommander en toute confiance.

Composés d'hydrates de carbone sous leur forme la plus facilement assimilable — les sirops de Maïs, "CROWN BRAND" et "LILY WHITE" servis avec le lait, constituent la nourriture la plus substantielle et la plus économique pour les bébés. Leur coût modique, leur qualité qui ne le cède en rien aux préparations d'hydrates de carbone les plus dispendieuses, en font la nourriture d'enfants la plus économique dont vous puissiez vous servir ou que vous puissiez recommander.

Nombre de médecins réputés recommandent depuis des années ces deux célèbres marques, sachant qu'elles sont fabriquées dans les conditions les plus hygiéniques.



## SIROPS de MAÏS EDWARDSBURG "CROWN BRAND" et "LILY WHITE"

Manufacturés par THE CANADA STARCH COMPANY, Limited

Une étude de l'emploi et des avantages de ces tamenteux produits vous récompensera amplement. Nous avons à votre disposition, sans aucun frais:

1. un petit calculateur de poche contenant les différents régimes d'enfants;
2. un traité scientifique, sous forme de livret, sur l'alimentation des enfants;
3. des tablettes de prescriptions;
4. un intéressant petit livre sur les soins prénataux;
5. un livret sur le produit "Dextrosol".

Veillez nous adresser le coupon ci-dessous et ces choses utiles vous seront adressées immédiatement.

The CANADA STARCH CO., Ltd  
Montréal

Veillez m'envoyer

- CALCULATEUR
- Livret: "LES SIROPS DE MAÏS DANS L'ALIMENTATION DES ENFANTS"
- TABLETTES DE PRESCRIPTIONS
- La brochure: "LA FEMME ENCEINTE"
- La brochure: "DEXTROSOL"

Nom .....

Adresse .....

# Les hôpitaux britanniques emploient LE BRANDY SUD-AFRICAIN

L'usage répandu du Brandy Sud-Africain dans les hôpitaux de Grande-Bretagne est une preuve réelle de sa pureté et de sa valeur thérapeutique. À cause de sa haute teneur en esters, ce brandy, provenant du Cap ensoleillé, est hautement recommandé par la profession médicale britannique. Ce Brandy est renommé pour ses procédés de fabrication perpétués traditionnellement depuis plus de 250 années... gagnant de la Médaille d'Or dans le concours de tous les produits similaires de l'Empire au « Royal Agricultural Hall », Londres, Angleterre, en 1937... garanti quant à l'âge et à la pureté par le Gouvernement Sud-Africain.

*D'autres vins renommés de  
l'Afrique du Sud  
se vendant au Canada:*

PAARL SEC BLANC;  
PAARL WITZENBERG;  
PAARL SEC ROUGE (Type Bourgogne);  
PAARL BOURGOGNE MOUSSEUX;  
PAARL WINTERHOEK MOUSSEUX;  
(Type Champagne);  
PAARL SAUTERNES;  
PAARL VERMOUTHS (sec ou doux);  
PAARL MUSCATEL;  
OLD LIQUEUR BRANDY.



Comme **RECONSTITUANT**

Vi-Tone s'est montré un auxiliaire précieux pour la récupération des forces et de la vitalité. C'est un aliment-liquide, à saveur de chocolat, qui plaît aussi bien aux enfants qu'aux adultes. "Vi-Tone rend le lait plus agréable."

## VI-TONE

*Aliment-liquide tonique*

# LA PHTIRIASE

causée par les poux de tête, les poux de corps et les poux du pubis est habituellement enrayée par une application. *Cuprex détruit les lentes aussi bien que les poux.* Aucune odeur désagréable—non collant. En vente dans toutes les pharmacies.

## CUPREX

**UN PRODUIT DE MERCK**

**MERCK & CO., LIMITED, MONTREAL**

## NECROLOGIE

### LE DOCTEUR J.-C. BERNARD

(1869 — 1941)

Le docteur J.-C. Bernard est mort à l'hôpital Sainte-Justine le 5 novembre dernier, à l'âge de 72 ans. C'est au nom d'une longue et sincère amitié que je veux lui rendre un dernier hommage.

Je commençais mes études médicales à l'Université Laval, en 1890, située alors dans un petit édifice de la Place Jacques-Cartier, lorsque je rencontraï pour la première fois ce jeune étudiant qui devait plus tard devenir un véritable ami. Dès ce moment, sa personnalité ne tarda pas à m'intéresser. Le jeune Bernard avait une silhouette élégante et juvénile, de l'originalité d'esprit et l'air un peu hautain, dû probablement à son regard aiguïé sous ses verres de myope. Je le rencontrais souvent avec des amis qu'il savait choisir, d'ailleurs, ayant lui-même les qualités de gentilhomme.

Doué d'un tact exquis, ferme dans ses convictions, jugement tempéré par une politesse charmante, un sens esthétique développé, un goût d'art et de lettres qui le rendait sensible aux plus petits défauts d'harmonie, Bernard possédait ces qualités qu'il a su conserver toute sa vie et qui dénotaient chez-lui une belle naissance.

Diplômé de l'Université Laval en 1893, le jeune docteur s'installa dans sa ville natale de Joliette où il exerça sa profession durant une dizaine d'années, partageant ses moments de loisirs entre la lecture, la musique et les veillées de famille où il faisait les frais de ces joyeux entretiens.

Gai compagnon, aimé de sa nombreuse clientèle, grâce à son désintéressement et à son grand dévouement, il a su conserver de

sincères amis qui lui ont toujours prodigué les plus grands éloges.

Ses ambitions ne se bornèrent cependant pas à cette vie paisible, et il se décida d'aller faire un voyage d'études à Paris pour donner libre essor à son dilettantisme littéraire et artistique.

Après un séjour de onze mois dans la Ville-Lumière, muni de connaissances approfondies dans tous les domaines, Bernard s'établit à Montréal, rue Saint-Hubert, pour faire de la médecine générale. Les aptitudes variées le désignaient pour faire du service hospitalier, élargissant ainsi son champ d'action.

Admis à l'hôpital Sainte-Justine, entouré de collaborateurs, je fis dès ce moment connaître sa valeur médicale et sa véritable passion pour compiler dans tous les domaines, des pages instructives dont il savait faire bénéficier ses collègues. Son humilité et sa sincérité lui ayant acquis l'estime de tout le personnel, il devint surintendant médical de Sainte-Justine, position qu'il occupa pendant plusieurs années. Son cabinet de travail fut le point de ralliement des jeunes et des plus âgés où se discutaient les questions d'intérêt général. Penché sur ses notes qu'il a toujours accumulées avec un soin jaloux, l'hôpital a reconnu son amour du travail et ses efforts constants pour le bien-être de tous. Cependant, à un certain moment, il a cru bon de céder sa place à un médecin plus jeune et plus actif pouvant donner un rendement plus effectif aux activités de plus en plus grandissantes de l'hôpital Sainte-Justine. Il n'en continua pas moins de faire du service hospitalier et il excella dans l'art de donner des cours intéressants aux gardes-malades jusqu'au moment où, terrassé par des attaques répétées d'angine, il dut s'astreindre à un repos intermittent dans les montagnes du nord, son endroit idéal qu'il a tant aimé.

Ceux qui ont eu l'avantage de le visiter, dans son petit chalet situé sur le bord d'un lac enchanteur retiré des bruits de la ville, alors que son cerveau était en pleine activité, se rappellent des discussions variées où il savait se faire entendre avec verve, illuminant les questions, sachant écouter, sans dédaigner les directives nouvelles de la pensée des autres, mais plutôt curieux et attentif pour les plus jeunes que lui.

Malheureusement la maladie commençant son œuvre néfaste, Sainte-Justine qui n'oublie jamais ceux qui donnent leur dévouement et leur vie à son œuvre, crut bon de retenir dans son milieu ce fidèle serviteur, de lui procurer les consolations morales et religieuses et les soins empressés de son personnel médical, jusqu'au moment où il est disparu sans bruit, comme quelqu'un qui s'efface, ne voulant pas qu'on puisse évoquer des souvenirs propres à distraire son état d'âme résignée au sacrifice de sa vie.

J.-E. ST-ONGE.

#### **LE DOCTEUR LOUIS GEOFFRION**

Le docteur L. Geoffrion est décédé le 10 novembre à l'âge de 65 ans.

Le défunt était originaire de Varennes, avait obtenu son doctorat de l'Université Laval de Montréal et avait pratiqué la médecine aux États-Unis pendant 25 ans. Il habitait Montréal depuis 1931.

---

#### **LE DOCTEUR ARMAND MARCOTTE**

Le docteur A. Marcotte vient de mourir à l'âge de 68 ans. Le défunt était ancien élève de l'Université Laval de Québec. Il avait pratiqué pendant plusieurs années à Saint-Basile de Portneuf, sa place natale.

---

#### **LE DR JOSEPH-MICHEL-ARTHUR VALOIS**

Le docteur Valois vient de mourir à l'âge de 66 ans. Originaire de Vaudreuil, le défunt avait reçu son doctorat de l'Université Laval de Montréal en 1900. Nous prions son fils, le docteur J.-A. Valois, d'accepter nos sincères condoléances.

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

Fondée à Québec en 1902

# L'Union Médicale

du Canada

Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872

## ONT COLLABORÉ AU VOLUME 70:

MM. Achpise (Alexandre), Allaire (J.-N.) Al-  
lard (Eugène), Allard (Révèrende Sœur),  
Amyot (Roma), Archambault (Jules), Ar-  
chambault (P.-R.), Badeaux (François), Ba-  
ril (Georges), Baudouin (J.-A.), Beaudry  
(Maurice), Bédard (Arthur), Bélanger  
(Léonard-F.), Bélisle (Ph.), Bellerose (A.),  
Bernard (Louis), Bernier (A.), Bertrand  
(Albert), Bisson (Christophe), Blain (Emi-  
le), Bombardier (J.-P.), Bouchard (Jean),  
Boucher (Roméo), Boulais (F.-L.), Brahy  
(Jules), Brault (Jules), Cantero (A), Cha-  
put (Yves), Charbonneau (Henri), Charest  
(Léandre), Clermont (Pierre), Couture (Er-  
nest), Demers (F.-X.), Deshaies (Georges),  
Desjardins (Edouard), Desmeules (Roland),  
Desrochers (J.-E.), Doré (Réal), Drouin  
(Guy), Dufault (Paul), Dufresne (Eugène),  
Dufresne (Roger-R.), Dugal (Jean-Paul),  
Dugré (Rodrigue), Duval (J.-P.), Duvallier  
(François), Fauteux (Mercier), Favreau  
(J.-C.), Foley (A.-R.), Fontaine (Rosario),  
Fortier (de la Broquerie), Frappier (Ar-  
mand), Frenette (Ulric), Gagnon (Arthur),  
Gariépy (L.-H.), Gariépy (J.-U.), Gaumont  
(E.), Gauthier (C.-A.), Gauthier (J.), Gé-  
linas (Lucien), Gendreau (J.-E.), Gérin-  
Lajoie (Léon), Gervais (J.-H.), Gibeault  
(Hervé), Giroux (M.), Godin (Antonio),  
Gosselin (Gaston), Gratton (Armand), Gré-  
goire (Georges), Groleau (Lionel), Groulx  
(Ad.) Guilbeault (Albert), Hébert (Geor-  
ges), Jarry (J.-A.), Jasmin (Alban) Joan-  
nette (Albert) Jobin (J.-B.), Jobin (Pierre),  
Jutras (Albert), Laberge (A.), Laberge  
(Lasalle), Lacerte (Jean), Ladouceur (Léo),  
Lafresnière (Gabriel), Lambert (Adrien),  
Lamoureux (L.), Langlois (Marcel), Lapoin-  
te (J.-H.), LaRoche (Paul-R.), Latraverse  
(Valmore), Laugier (Henri), Lauzer (Ro-  
saire), Leblond (Sylvio), Leblond (Wilfrid),  
Lecours (J.-Antonio), Leger (Anselme),  
LeSage (Albert), LeSage (Jean), LeSage  
(J.-Edmond), LeSage (Jules-S.), Letondal  
(Paul), Letendre (Samuel), Longtin (Léon),  
Manseau (J.-G.), Mantha (Léopold), Ma-  
randa (E.), Marcoux (Henri), Marin (Al-  
béric), Marion (Donatien), Mars (L.-P.),  
Martel (Antonio), Masse (Rosaire), Mathieu  
(C.-T.), Maurault (Olivier), Mercier (Os-  
car), Mousseau (J.-Alfred), Nadeau (H.),  
Panisset (Maurice), Panneton (Philippe),  
Paquette (J.-P.), Paré (Louis), Pellerin  
(R.), Perron (L.), Pettigrew (Ant.), Pilon  
(Alcide), Pilon (J.-Louis), Pinsonneault  
(G.), Pouffe (Adrien), Potvin (M.), Pouliot  
(A.), Prévost (Jules), Richard (P.), Riopel-  
le (J.-L.), Riopelle (Philippe), Robillard  
(Eugène), Robillard (Rosario), Rousseau  
(L.), Roussin (C.-A.), Roux (René), Roy  
(Louis-Philippe), Saine (Joseph), St-Jac-  
ques (Eugène), Saint-Pierre (Paul-Marc),  
Samson (J.-Ed.), Sanche (Hector), Saucier  
(Jean), Savy (Paul), Simard (L.-C.), Si-  
mard (Raymond), Sirois (Jean), Smith  
(Pierre), Sylvestre (J.-Ernest), Sylvestre  
(Lucien), Tétreault (Adélarde), Tétrault  
(R.), Thibaudeau (Roland), Tremblay (Jac-  
ques), Vaillancourt (Emile), Vaillancourt  
(Joseph), Vidal (J.-A.).

## TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

A	
<b>Accidents du travail dans l'industrie forestière.</b> (J.-Antonio Lecours) . . . . .	720
<b>Accidents neuro-psychiatriques de la guerre.</b> Les (Jean Saucier) . . . . .	1325
<b>Agranulocytose. Considération sur le traitement de l'</b> (Roméo Boucher et J.-H. Charbonneau) . . . . .	704
<b>Alcoolisation du ganglion de Gasser.</b> (Lucien Gélinas) . . . . .	956
<b>Anatomistes. Réflexions sur un congrès d'</b> (Léonard-F. Bélanger) . . . . .	636
<b>Anémies secondaires. Traitement des a., par le phosphogluconate ferreux.</b> (A. Léger et Yves Chaput) . . . . .	1072
<b>Animaux. Une maladie des a., transmissible à l'homme.</b> (Maurice Panisset) . . . . .	597
<b>Antipyrine-théobromine. Le traitement de la pleurésie séro-fibrineuse par l'</b> (Léopold Mantha) . . . . .	1981
<b>Antituberculeuse. La vaccination a., par le B. C. G.</b> (J.-A. Baudouin) . . . . .	750
<b>Antituberculeuse. L'organisation sociale de la lutte</b> (J.-A. Jarry) . . . . .	25
<b>Antituberculeuse. L'organisation de la lutte a. dans la province de Québec.</b> (Lasalle Lamberge) . . . . .	42
<b>Antituberculeuse. Prophylaxie a.</b> (Philippe Richard) . . . . .	752
<b>Aphakie. Correction optique de l'</b> (Emile Blain) . . . . .	1200
<b>Armées. La médecine aux.</b> (Eugène St-Jacques) . . . . .	857
<b>Assistance post-sanatoriale.</b> (Paul Dufault) . . . . .	34
<b>Assurance maladie au Canada. Le développement de l'</b> . . . . .	985
<b>Assurance-maladie. Qu'est-ce que l'?</b> . . . . .	757
<b>Assurance-maladie volontaire versus l'assurance-maladie obligatoire. L'</b> (C.-A. Gauthier) . . . . .	855
<b>Autoplastie conservatrice d'une tumeur maligne de la paupière supérieure.</b> (François Badeaux et L. Perron) . . . . .	1065
<b>Azotémie alimentaire au cours des hémorragies gastro-duodénales.</b> (Roméo Boucher)	818
B	
<b>B. C. G. La vaccination antituberculeuse par le.</b> (J.-A. Baudouin) . . . . .	750
<b>B. C. G. La vaccination par le</b> (Albert Guilbault) . . . . .	14
<b>Bilocalisations gastriques. Les</b> (J.-A. Mousseau)	965
<b>Bismuth soluble ou insoluble.</b> (Adrien Lambert) . . . . .	1314
<b>Bismuthothérapie pérorale. Essai de traitement d'attaque de la syphilis par la</b> (Adrien Lambert) . . . . .	502
<b>Blennorrhagie. La</b> (Lucien Sylvestre) . . . . .	628
<b>Bulletins:</b>	
Banting et la découverte de l'insuline. (Henri Laugier) . . . . .	347
Journées médicales. (L. Gérin-Lajoie) . . . . .	1159
Journées annuelles de la Société Médicale de Montréal. Evolution actuelle de la pratique médicale. (Léon Gérin-Lajoie)	1170
Journées annuelle de la Société Médicale de Montréal. La formation du médecin. (H. Laugier) . . . . .	1161
La formation des médecins dans l'avenir. (Henri Laugier) . . . . .	1035
La fréquence de l'angine de poitrine. (Albert LeSage) . . . . .	921
La médecine et l'Etat. (Albert LeSage) . . . . .	807
L'Amérique latine et la médecine française au Canada. (A. Cantero) . . . . .	809
Le tricentenaire de l'Hôtel-Dieu et Saint-Sulpice 1641-1941 (Albert LeSage)	1268
Nos anciens élèves dans la marine de guerre. (Albert LeSage) . . . . .	1155
Notre mentalité — Le citoyen, le médecin. (Albert LeSage) . . . . .	2
Sir Frederick Banting, docteur "Honoris Causa" de l'Université de Montréal. (Roma Amyot) . . . . .	345
C	
<b>Calcanéum. Fracture du... Scalp total.</b> (Eugène Dufresne) . . . . .	825
<b>Camps de santé. Institut Bruchési.</b> (Albert LeSage) . . . . .	866
<b>Cancer de la glande thyroïde. Considérations sur les formes anatomo-pathologiques et l'évolution clinique de 20 cas de</b> (Réal Doré) . . . . .	610
<b>Cardiospisme.</b> (V. Latraverse) . . . . .	1067
<b>Céphalo-Rachidien. Considérations pratiques sur la valeur des examens du sang et du liquide C.-R. au cours de la syphilis.</b> (Julies Archambault) . . . . .	118
<b>Chaoul. La méthode de C. en roentgenthérapie.</b> (J.-E. Gendreau et G. Pinsonneault)	153
<b>Chiropratique dans la Province de Québec. La</b> (J.-E. Desrochers) . . . . .	1290

<b>Chiropraticiens</b> (Roma Amyot) . . . . .	1323	<b>Ecoles et le dépistage de la tuberculose. L'inspection médicale des</b> (Ad. Groulx)	923
<b>Cholécystographie. Contribution à la</b> (J.-E. Gendreau et J.-N. Allaire) . . . . .	1052	<b>Economie médicale. Le médecin et le problème de l'</b> (L. G.-L.) . . . . .	633
<b>Cholestéatome de l'orbite. Un cas très rare de</b> (Philippe Panneton et René Roux) . . . . .	812	<b>Electropyrexie de la chorée. Nouvelles remarques sur l'</b> (Jean Saucier) . . . . .	356
<b>Chorée. Nouvelles remarques sur l'électropyrexie de la</b> (Jean Saucier) . . . . .	356	<b>Empyèmes tuberculeux. Considérations sur les</b> (Georges Deshaies) . . . . .	939
<b>Chorio-épithéliome. Considérations sur un cas de</b> (Léon Gérin-Lajoie, A. Laberge et J. Gauthier) . . . . .	18	<b>Epilepsie. Di-phényl hydantoïnate sodique et</b> (C.-A. Gauthier) . . . . .	930
<b>Comité provincial de la défense contre la tuberculose. Activité du</b> (Georges Grégoire) . . . . .	583	<b>Erythémie. Un cas d'</b> (Type Vaquez) (A. Léger) . . . . .	263
<b>Consolidation osseuse. Les retards de</b> (Louis-Philippe Roy) . . . . .	947	<b>Erythroblastose du nouveau-né avec ictère. Un cas d'</b> (Albert Bertrand et Albert Guilbault) . . . . .	1301
<b>Crèches. Nos</b> (Albert Guilbault) . . . . .	1108	<b>Exton-Rose. La courbe d'hyperglycémie au glucose d'après la technique d'</b> (L.-H. Gariépy) . . . . .	1197
<b>Culture et psychiatrie.</b> (L.-P. Mars) . . . . .	244	<b>Editoriaux:</b>	
<b>D</b>			
<b>Darsonvalisation. La</b> (J.-E. Gendreau et G. Pinsonneault) . . . . .	1075	Chiropraticiens. (Roma Amyot) . . . . .	1323
<b>Dentale. Importance de l'exploration d. en pathologie digestive.</b> (A. Bellerose) . . . . .	161	Evolution de la transfusion sanguine. (Albert Bertrand) . . . . .	168
<b>Dépistage de la tuberculose. Méthodes modernes de</b> (Léo Ladouceur) . . . . .	55	La fécondation artificielle aux Etats-Unis. (R. A.) . . . . .	848
<b>Diabète. L'insuline-protamine-zinc dans le traitement du</b> (H. Nadeau) . . . . .	695	La gastrectomie. (Roger-R. Dufresne) . . . . .	287
<b>Diabète. Traitement du</b> (Armand Gratton) . . . . .	164	La médecine et la guerre. (Edouard Desjardins) . . . . .	168
<b>Diagnostic biologique de la grossesse normale et pathologique. Le</b> (Samuel Letendre) . . . . .	266	La poliomyélite aiguë. (Roma Amyot) . . . . .	981
<b>Diarrhée. Physio-pathologie du syndrome.</b> (J.-H. Lapointe) . . . . .	113	La psycho-chirurgie. (Roma Amyot) . . . . .	1084
<b>Diastasis tibio-péronier dans une formation de guerre. Traitement non sanglant du</b> (Alexandre Achpise) . . . . .	602	La radiographie obligatoire des poumons chez les instituteurs. (Albert Jutras) . . . . .	1203
<b>Digestifs. Orientations thérapeutiques actuelles dans les troubles d..., graves du nourrisson.</b> (Marcel Langlois et Rol. Thibaudeau) . . . . .	123	La santé de notre jeunesse est-elle ce qu'elle devrait être? (Léon Gérin-Lajoie) . . . . .	524
<b>Di-phényl hydantoïnate sodique et épilepsie.</b> (C.-A. Gauthier) . . . . .	930	Le bill du Collège des Médecins concernant les amendements à la Loi Médicale. (Roma Amyot) . . . . .	525
<b>Diphthérie. La biologie de la</b> (Armand Frappier) . . . . .	620	Le problème de la syphilis au Canada à l'étude à L'A.C.E.M.I. (Roma Amyot) . . . . .	411
<b>Diphthérie. Quelques erreurs à éviter dans le diagnostic, le pronostic et le traitement de la</b> (J.-H. Charbonneau) . . . . .	617	Les cours de perfectionnement. (Edouard Desjardins) . . . . .	980
<b>Diphthérie. Prophylaxie de la</b> (Adrien Plouffe) . . . . .	625	Les vitamines illustrées par la musique. (R. A.) . . . . .	848
<b>Duodéal. En marge du tubage.</b> (Sylvio Leblond) . . . . .	233	L'évolution de la pathologie pancréatique. (Roger-R. Dufresne) . . . . .	746
<b>E</b>			
<b>Eclamptique. Pathogénie et traitement de la toxémie pré-e.</b> (Hervé Gibeault) . . . . .	283	L'impôt sur le Revenu et le profession médicale. (Léon Gérin-Lajoie) . . . . .	57
		Prophylaxie des accès de rhumatisme articulaire aigu. (R. A.) . . . . .	849
		Rôle de la fève soya dans la guerre actuelle. (R. A.) . . . . .	1086
		Substituts du sang. (Albert Bertrand) . . . . .	631
		Tuberculose. (Roma Amyot) . . . . .	59
		Une semaine d'immunisation contre la diphthérie. (Henri Charbonneau) . . . . .	410

## F

- Forestière. Accidents du travail dans l'industrie forestière.** (J.-Antonio Lecours) . . . 720
- Fractures irréductibles. Réduction sanglante suivie d'ostéo-synthèse dans les** (M. Potvin) . . . . . 712

## G

- Gasser. Alcoolisation du ganglion de** (Lucien Gélinas) . . . . . 956
- Gastriques. Les biloculations** (J.-A. Mousseau) . . . . . 965
- Gastro-duodéal. Considérations sur 179 cas d'ulcère G.-D. Traités à l'Hôtel-Dieu de Québec au cours des années 1937-38-39.** (J.-B. Jobin et J.-P. Duval) . . . . . 8
- Gastro-duodénales. L'azotémie alimentaire au cours des hémorragies.** (Roméo Boucher) . . . . . 818
- Genou. Traumatisme récent du** (Ulric Frénette) . . . . . 715
- Glaucome traumatique et glaucome sympathique.** (Jules Brault et Antonio Godin) . . . . . 1197
- Grippe. La** (Anselme Léger et Jules Prévost) . . . . . 369
- Grossesse. Maladies mitrales et** (Adélaré Tétreault) . . . . . 253
- Grossesse normale et pathologique. Le diagnostic biologique de la** (Samuel Letendre) . . . . . 266
- Grossesse ovarienne.** (L.-C. Simard) . . . . . 1188
- Groupes sanguins. Détermination des G. et méthodes de transfusion sanguines.** (Albert Bertrand) . . . . . 987

## H

- Hématémèse. L'** (Paul-Marc Saint-Pierre) . . . . . 359
- Hémoptysie. Diagnostic positif d'une** (L.-Louis Pilon) . . . . . 388
- Hôtel-Dieu de Montréal** (Révérende Sœur Al-lard) . . . . . 1271
- Hygiène dans la province de Québec: notre bilan de santé. L'** (Albert LeSage) . . . . . 1206
- Hygiène mentale. Un aspect négligé de l'** (C.-A. Gauthier) . . . . . 850
- Hygiène militaire. L'** (J.-A. Baudouin) . . . . . 864
- Hygiène publique.** (Ad. Groulx) . . . . . 60
- Hygiéniques. Propos** (Jules-S. LeSage) . . . . . 1108
- Hyperglobulie. Maladie de Vaquez sans** (A. Bernier) . . . . . 382
- Hyperglycémie au glucose d'après la technique d'Exton-Rose. La courbe d'** (L.-Henri Gariépy) . . . . . 1197
- Hypophysaire et diabète. Syndrome** (De la Broquerie Fortier) . . . . . 1305

## I

- Infarctus intestinal.** (Jean LeSage) . . . . . 739
- Infections aiguës. Le sulfanilamide en pulvérisation locale dans les** (Rosaire Masse et C.-A. Roussin) . . . . . 1195

- Inhibition. La mort par** (Rosario Fontaine) . . . . . 156
- Insuline-protamine-zinc dans le traitement du diabète. L'** (H. Nadeau) . . . . . 695
- Institut Bruchési. (Camps de santé).** (Albert LeSage) . . . . . 866
- Invagination intestinale au cours de la thy-phoïde. L'** (Rosaire Lauzer) . . . . . 1182

## J

- Jambe. Les ulcères de** (Lionel Groleau) . . . . . 142

## L

- Laboratoires. Le rôle des** (Georges Baril) . . . . . 1038
- Lacorhinostomie chez une malade ayant subi l'ablation du sac lacrymal quelques années auparavant.** (François Badeaux et R. Pellerin) . . . . . 1063
- Lait. La pasteurisation du** (J.-A. Baudouin) . . . . . 170
- Lait. Pour ou contre la pasteurisation du** (J.-Ernest Sylvestre) . . . . . 290
- Laminectomie décompressive.** (A. Bellerose et R. Amyot) . . . . . 972
- Laryngée. Traitement actuel de la tuberculose** (Jules Brahy) . . . . . 954
- Liquide céphalo-rachidien. L'interprétation des analyses du** (Wilfrid Leblond) . . . . . 835
- Liquide gastrique bacillaire. Pleurésie tuberculeuse d'apparence primitive et** (R. Desmeules, L. Rouseau, M. Giroux et P. Richard) . . . . . 260
- Lombaire. La ponction** (Jean Sirois) . . . . . 726
- Lutte contre la mortalité maternelle et infantile au Canada.** (Ernest Couture) . . . . . 1277
- Livres reçus:**
- Buckstein, Jacob. *Clinical Roentgenology of the Alimentary Tract.* (Ph. Bélisle) . . . . . 100
- Fortier, Jacques. « Je vais être mère. » (Raymond Simard) . . . . . 222

## M

- Médecin et la médecine canadienne.** (Emile Vaillancourt) . . . . . 766
- Médecine aux armées. La** (Eugène St-Jacques) . . . . . 857
- Médecine et la société. La** (Jacques Tremblay) . . . . . 760
- Médecins et Chirurgiens de l'Hôtel-Dieu** (Oscar Mercier) . . . . . 1273
- Médecine et chirurgie pratiques et formulaire:**
- Accidents de la première dentition. (Henri Charbonneau) . . . . . 533
- Gelure et engelure — l'eczéma du nourrisson. (Adrien Lambert) . . . . . 640
- Kystes du poignet. (Edouard Desjardins) . . . . . 872
- L'entorse. (Edouard Desjardins) . . . . . 175
- Les brûlures. (Edouard Desjardins) . . . . . 770
- L'hyarthrose. (Edouard Desjardins) . . . . . 297
- L'hygroma. (Edouard Desjardins) . . . . . 534
- L'ostéomyélite aiguë spontanée. (Edouard Desjardins) . . . . . 641

Luxations des ménisques du genou. (Edouard Desjardins) . . . . .	416	Le docteur J.-S.-E. Ferland . . . . .	228
Panaris. (Edouard Desjardins) . . . . .	1111	Le docteur Joseph-L. Gagnon . . . . .	342
Panaris profonds. (Edouard Desjardins) . . . . .	1219	Le docteur Louis Geoffrion . . . . .	1373
Phlegmons de la main. (Edouard Desjardins) . . . . .	1329	Le docteur Henry Head. (Roma Amyot) . . . . .	109
Physiologie de la digestion dans la première enfance. Les échanges nutritifs. (Gaston Gosselin) . . . . .	413	Le docteur Paul Garneau. (Mercier Fauteux) . . . . .	470
Plaies articulaires. (Edouard Desjardins) . . . . .	68	Julius Wagner-Jauregg. (Roma Amyot) . . . . .	228
Quelques réflexions sur l'eczéma. (Adrien Lambert) . . . . .	1218	Le docteur Georges-A. Lacombe . . . . .	692
Réflexions dermatosyphiligraphiques. (Adrien Lambert) . . . . .	67	Le docteur Edgar Langlois. (Roma Amyot) . . . . .	341
Réflexions dermatosyphiligraphiques. (Adrien Lambert) . . . . .	769	Le docteur Arthur Lefebvre . . . . .	1150
Réflexions dermatosyphiligraphiques. (Adrien Lambert) . . . . .	871	Le docteur Médéric LeMoine . . . . .	342
Réflexions dermatosyphiligraphiques. (Adrien Lambert) . . . . .	998	Le docteur Louis-François LePage . . . . .	342
Réflexions dermatosyphiligraphiques. (Adrien Lambert) . . . . .	1110	Le docteur J.-Edmond LeSage . . . . .	803
Traitement de l'intoxication par les gaz de combat. (Paul Savy) . . . . .	295	Le docteur Alphonse Lessard . . . . .	691
Tumeurs bénignes de la main et des doigts. (Edouard Desjardins) . . . . .	999	Le docteur Idelphonse Marchand . . . . .	803
<b>Méningites purulentes traitées et guéries par la sulfapyridine.</b> (Roma Amyot) . . . . .	604	Le docteur Armand Marcotte . . . . .	1373
<b>Militaire. L'hygiène</b> (J.-A. Baudouin) . . . . .	864	Le docteur Robert Mayrand . . . . .	1265
<b>Mitrales. Maladies... et grossesse.</b> (Adélaïde Tétrault) . . . . .	253	Le docteur L.-J. Montreuil . . . . .	110
		Le docteur L.-O. Noël . . . . .	1265
		Le docteur Lucien Ouimet . . . . .	110
		Le docteur Adolphe-Adrien Pepin . . . . .	692
		Le docteur J.-A. Pesant . . . . .	228
		Le docteur J.-Romuald Picard . . . . .	1265
		Le professeur Francis Rathery . . . . .	1265
		Le docteur Rosaire Rolland . . . . .	228
		Le docteur Arthur Roy . . . . .	228
		Le docteur J.-Roméo Toupin . . . . .	916
		Le docteur J.-H. Toussaint . . . . .	1150
		Le docteur Joseph-Michel-Arthur Valois . . . . .	1373

## N

<b>Natalité. Etude de la situation dans la province de Québec, 1896-1931.</b> (J.-A. Baudouin) . . . . .	471	<b>Nouvelles:</b>	
<b>Nourrisson. Orientations thérapeutiques actuelles dans les troubles digestifs graves du</b> (Marcel Langlois et Roland Thibaudeau) . . . . .	123	« American Medical Association. » Rapport annuel de l' . . . . .	576
<b>Nécrologie:</b>		Amyot, le docteur Roma. Nomination . . . . .	1366
Le docteur J.-Urgel Archambault . . . . .	1150	Annales Médico-Chirurgicales de Sainte-Justine . . . . .	910
Le docteur Eugène-Antoine Barrette . . . . .	691	Appel de médecins pour nos forces armées . . . . .	1366
Le docteur Lorenzo-Jules Bélanger . . . . .	1265	Asselin, le docteur E.-G. Deux prix offerts à la Faculté par le docteur E.-G. Asselin . . . . .	466
Le docteur J.-C. Bernard (J.-E. St-Onge) . . . . .	1372	Assistance Publique de la province de Québec. L'œuvre de l' . . . . .	1026
Le docteur A.-J. Boisvert . . . . .	110	Association Médicale Franco-Américaine . . . . .	1026
Le docteur Edmond Boulanger . . . . .	1265	Association Nationale Américaine de Gastro-Entérologie . . . . .	576
Le docteur Louis-Auguste Bourbeau . . . . .	342	Assurance-maladie. Le docteur J.-F. Stephens expose un plan d'A.-M. couvrant les frais d'hospitalisation . . . . .	464
Le docteur Alexis Bouthillier. (Roma Amyot) . . . . .	109	Avis très important à Messieurs les Médecins . . . . .	1366
Le docteur Louis-Cyriaque Charland . . . . .	1150	Banting. Mort de Sir Frederick . . . . .	332
Le docteur C.-E. Darche . . . . .	803	Conférence sur Banting et son œuvre . . . . .	339
Le docteur Jean-P. Décarie . . . . .	916	Condolances de la Société Médicale de Montréal à Lady Banting . . . . .	446
Le docteur Hermas Deslauriers . . . . .	692	Baril, le docteur Georges. Nomination . . . . .	796
Le docteur Henri Desmarais . . . . .	228	Benoit, le docteur E.-P. Nomination . . . . .	796
Le docteur Gédéon Desrosiers . . . . .	470	Bolté, le docteur René . . . . .	1364
Le docteur Frs-Xavier Du Plessis . . . . .	692	Bouchard, le docteur Jean. Nomination . . . . .	106

Calcium dans le pain. Du . . . . .	1148	Fontaine, le docteur Rosario . . . . .	1364
Canadian Medical Association. Réunion annuelle . . . . .	690	Formulaire de l'hôpital Notre-Dame. Edition 1941 . . . . .	691
Casgrain et Charbonneau. Prix . . . . .	574	Frappier, le docteur Armand. Nomination	690
Centenaire du « British Medical Journal ». Le . . . . .	106	Fredette, le docteur Victorien. Nomination	796
Cité Universitaire de Paris. Hôpital temporaire à la . . . . .	1031	Gagnier, le docteur Léglus. Nomination . . . . .	796
Cliniques de dermato-syphiligraphie de l'Université de Montréal 1940-1941	102	Gagnon le docteur Fabien. Nomination . . . . .	106
Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada . . . . .	570	Garceau, le docteur Eugène. Nomination . . . . .	1262
Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada . . . . .	1264	Gaumond, le docteur Emile. Nomination . . . . .	690
Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada . . . . .	1362	Gauthier, le docteur C.-A. Nomination . . . . .	106
Conférences sur la poliomyélite antérieure aiguë . . . . .	468	Gendreau, le docteur Ernest, chargé de la lutte contre le cancer . . . . .	466
Congrès XXVIe annuel des hôpitaux catholiques du Canada et des Etats-Unis	338	Gérin-Lajoie, le docteur Léon. Nomination . . . . .	574-1148
Conseil des Hygiénistes provinciaux touchant l'alimentation . . . . .	332	Grondin, le docteur Roméo. Nomination . . . . .	1262
Conseil Supérieur de l'Ordre des Médecins Français. Le . . . . .	337	Guerre. Fonds des œuvres de . . . . .	1148
Cours de médecine militaire à l'Université de Montréal (1941) . . . . .	102	Hébert, le docteur Georges. Nomination . . . . .	468
Cours de perfectionnement du Professeur Letondal. Le Ministre de la Santé au . . . . .	912	Heuyer, le docteur. Nomination . . . . .	1029
Croix Rouge française . . . . .	227	Hôpital de la Miséricorde. Cours de perfectionnement en pédiatrie à l' . . . . .	458-572-686
Déclaration des maladies contagieuses . . . . .	1260	Hôpital Notre-Dame. Nominations à l' . . . . .	468
Denis, le docteur Jean. Nomination . . . . .	796	Elections . . . . .	574
Deshais, le docteur Georges. Nomination	796	Hôpital Sainte-Justine. Elections . . . . .	108
Diphthérie. Immunisation contre la . . . . .	1028	Un quart de siècle au service de l'enfance	336
Diplôme remis au docteur Emile Gaumond	1262	Semaine de pédiatrie à l' . . . . .	458
Dubé, le docteur Edmond. Nomination . . . . .	796	Cours de perfectionnement . . . . .	568
Dufresne, le docteur Roger-R. Nomination	468	Hôpital du Sacré-Cœur. Elections . . . . .	338
Dugal, le docteur J.-Paul. Nomination . . . . .	690	Hôpital Saint-Luc. Elections . . . . .	574
Duval, le docteur Pierre. Décès . . . . .	796	Hôtel-Dieu de Montréal. Elections . . . . .	227
Ecoles américaines de médecine . . . . .	1146	Hudon, le docteur Fernand. Nomination . . . . .	690
Ecole de Médecine polonaise à Edinburg	575	Hygiène Sociale . . . . .	226
Emard, le docteur L.-M. Nomination . . . . .	336	Inspections sanitaires . . . . .	1364
Encéphalite épidémique . . . . .	1263	Jarry, le docteur Gaëtan, dans la Marine Canadienne . . . . .	338
Encombrement des hôpitaux psychiatriques américains . . . . .	1263	Jarry, le docteur J.-A. Nomination . . . . .	796
Epreuves d'agrégation à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal. Année académique 1940-1941 . . . . .	224	Jobin, le docteur Pierre. Nomination . . . . .	574-690
Etude sur la poliomyélite en Australie . . . . .	338	Lacerte, le docteur Jean. Nomination . . . . .	690
Examen médical des recrues . . . . .	576	Lambert, le docteur Adrien. Nomination . . . . .	796
Examen médical périodique . . . . .	226	Lapierre, le docteur A. Plaque de bronze de l'Ass. Canadienne de la Santé Publique	796
Faculté de Médecine de l'Université de Montréal. Chaires vacantes à la . . . . .	1146	Lapierre, le docteur Gaston. Nomination	227
Favreau, le docteur L.-C. Nomination . . . . .	796	Lapointe, le docteur Donat. Nomination . . . . .	690
Fédération d'Hygiène Infantile. Assemblée générale annuelle. Rapport du secrétaire . . . . .	460	Laugier, le docteur Henri. Nomination . . . . .	332
		Laurens, le docteur Georges. Décès . . . . .	696
		Leblond, le docteur Sylvio. Nomination. . . . .	690
		Leclerc, le docteur F. Plaque de bronze de l'Ass. Canadienne de la Santé Publique . . . . .	796
		Lemieux, le docteur Renaud. Nomination	106-1262
		Léonard, le docteur D. Nomination . . . . .	468
		LeSage, le docteur Albert. Nomination . . . . .	796
		Lessard, le docteur Richard. Nomination . . . . .	690
		Letondal, le docteur Paul, au Club Kiwanis St-Laurent . . . . .	1029
		Longpré, le docteur Daniel. Nomination	1262
		Lutte contre le cancer. La . . . . .	572
		Lutte contre les maladies vénériennes au Chili . . . . .	468



**Ostéo-synthèse dans les fractures irréductibles.**

<b>Réduction sanglante suivie d'</b> (M. Potvin)	712
<b>Otite catarrhale: ponction du tympan et sulfathiazol sodique en solution. Nouveau traitement de l'</b> (V. Latraverse)	1319
<b>Ovaire. Acquisitions récentes sur la physiologie de l'</b> (Eugène Robillard)	842
<b>Ovarienne. Grossesse</b> (L.-C. Simard)	1188

**P**

<b>Pancréatique. L'évolution de la pathologie</b> (Roger-R. Dufresne)	746
<b>Pasteurisation du lait. La</b> (J.-A. Baudouin)	170
<b>Pasteurisation du lait. Pour ou contre la</b> (J.-Ernest Sylvestre)	290
<b>Paupière inférieure gauche. Rhabdomyosarcome situé dans le cul-de-sac conjonctival de la</b> (E. Maranda)	978
<b>Paupière supérieure. Autoplastie conservatrice d'une tumeur maligne de la</b> (François Badeaux et L. Perron)	1065
<b>Phospho-gluconate ferreux. Traitement des anémies secondaires par le</b> (A. Léger et Yves Chaput)	1072
<b>Plaies de guerre. Le traitement des</b> (J.-U. Gariépy)	504
<b>Pleurésie séro-fibrineuse. Traitement de la... par l'antipyrine-tréobromine.</b> (Léopold Mantha)	1081
<b>Pleurésie tuberculeuse d'apparence primitive et liquide gastrique bacillaire.</b> (R. Desmeules, L. Rousseau, M. Giroux et P. Richard)	260
<b>Péricardite avec épanchement sérofibrineux. Un cas de</b> (Georges Hébert)	1309
<b>Pleurésie tuberculeuse. Sur la virulence d'</b> (Louis Paré)	380
<b>Polynévrite et vitamine B<sub>1</sub>.</b> (Roma Amyot)	129
<b>Ponction lombaire. La</b> (Jean Sirois)	726
<b>Primo-infection tuberculeuse. La</b> (Roland Desmeules)	21
<b>Prophylaxie antituberculeuse.</b> (Philippe Richard)	752
<b>Psychiatrie. Culture et</b> (L.-P. Mars)	244

**Q**

<b>Québec. L'hygiène dans la province de... Notre bilan de santé.</b> (Albert LeSage)	1206
<b>Québec. Statistiques vitales de la province de</b> (J.-A. Baudouin)	527

**R**

<b>Rachi-médullaires. Les traumatismes</b> (Jean Saucier)	830
<b>Rate. Rupture de la r. et contusion du rein droit.</b> (Rosaire Lauzer)	744
<b>Réactivation en tuberculose pulmonaire. Quelques considérations sur les</b> (J.-P. Paquette et J.-Louis Pilon)	1178
<b>Rein droit. Rupture de la rate et contusion du</b> (Rosaire Lauzer)	744
<b>Rhabdomyosarcome situé dans le cul-de-sac conjonctival de la paupière inférieure gauche.</b> (E. Maranda)	978
<b>Roentgenthérapie. La méthode de Chaoul en</b> (J.-E. Gendreau et G. Pinsonneault)	153

**S**

<b>Salut au corps médical canadien.</b> (Pierre Clermont)	530
<b>Sang. Considérations pratiques sur la valeur des examens du s. et du liquide céphalo-rachidien au cours de la syphilis.</b> (Jules Archambault)	118
<b>Sang. La transfusion du</b> (Louis Bernard et Léandre Charest)	514
<b>Sanitaire municipale. Evolution d'une organisation s. m. et orientation nouvelle du service de santé de la ville de Montréal.</b> (Ad. Groulx)	1087
<b>Scalp total.</b> (Eugène Dufresne)	825
<b>Scolioses. Les</b> (Christophe Bisson)	952
<b>Service de santé de la ville de Montréal. Evolution d'une organisation sanitaire municipale et orientation nouvelle du</b> (Ad. Groulx)	1087
<b>Sinusites chez l'adulte. Les</b> (C.-T. Mathieu)	947
<b>Sinusites chez l'enfant. Les</b> (Joseph Vaillancourt)	352
<b>Sociétés et Congrès:</b>	
Congrès de la « American Thoracic Surgery Association »	890
L'Association canadienne d'ophtalmologie	1238
Réunions scientifiques du bureau médical de l'hôpital de l'Enfant-Jésus (Québec):	
Séance du 11 octobre 1940	94
Séance d'avril 1941	1258
Réunions scientifiques du bureau médical de l'Hôtel-Dieu:	
Séance du 28 mars 1941	790
Séance du 28 avril 1941	1360
Réunions scientifiques du bureau médical de l'hôpital Notre-Dame:	
Séance du 12 décembre 1940	313



<b>Tuberculino-réaction, dépistage précoce et surveillance systématique chez les infirmières étudiantes à l'hôpital sanatorium de Cartierville.</b> (J.-A. Vidal et J.-P. Paquette) . . . . .	1292	<b>Tuberculose pulmonaire. Quelques considérations sur les réactivations en</b> (J.-P. Paquette et J.-Louis Pilon) . . . . .	1178
<b>Traumatisme récent du genou.</b> (Ulric Frenette) . . . . .	715	<b>U</b>	
<b>Tubage duodéal. En marge du</b> (Sylvio Leblond) . . . . .	233	<b>Ulcère gastro-duodéal. Considération sur 179 cas d'u., traités à l'Hôtel-Dieu de Québec au cours des années 1937-38-39.</b> (J.-B. Jobin et J.-P. Duval) . . . . .	8
<b>Tuberculeuse. La primo-infection</b> (Roland Desmeules) . . . . .	21	<b>Ulcères de jambe. Les</b> (Lionel Groleau) . . . . .	142
<b>Tuberculeuse. Note sur la virulence d'une pleurésie t.</b> (Louis Paré) . . . . .	380	<b>« Union Médicale du Canada » en 1872. L'70-177-299-419-536-644-722-873-1002-1115-1221-1336.</b>	
<b>Tuberculeux hospitalisables.</b> (Paul Dufault) . . . . .	491	<b>Utérin. Les lésions du col</b> (Rodrigue Dugré) . . . . .	241
<b>Tuberculeux. Les faux</b> (Albert Joannette) . . . . .	593	<b>V</b>	
<b>Tuberculiques. Interprétation des réactions t.</b> (Roland Desmeules et Philippe Richard) . . . . .	590	<b>Vaccination préventive contre la tuberculose. La</b> (Armand Frappier) . . . . .	45
<b>Tuberculose. Activités du comité provincial de la défense contre la</b> (Georges Grégoire) . . . . .	583	<b>Vaquez. Maladie de v. sans hyperglobulie.</b> (A. Bernier) . . . . .	382
<b>Tuberculose. La t. est une maladie contagieuse.</b> (A.-R. Foley) . . . . .	31	<b>Varices de la base de la langue. Les</b> (Philippe Panneton) . . . . .	1317
<b>Tuberculose. La vaccination préventive contre la</b> (Armand Frappier) . . . . .	45	<b>Vertébrale. Fracture</b> (A. Bellerose et R. Amyot) . . . . .	972
<b>Tuberculose laryngée. Traitement actuel de la</b> (Jules Brahy) . . . . .	954	<b>Vitamine B<sub>1</sub>. Polynévrite et</b> (Roma Amyot) . . . . .	129
<b>Tuberculose. Les dangers de la t. chez l'instituteur et chez l'élève.</b> (Lasalle Laberge) . . . . .	587		
<b>Tuberculose. L'inspection médicale des écoles et le dépistage de la</b> (Ad. Groulx) . . . . .	923		
<b>Tuberculose. Méthodes modernes de dépistage de la</b> (Léo Ladouceur) . . . . .	55		

### MÉDECIN DEMANDÉ.

Bientôt la municipalité de Saint-Lazare, comté de Vaudreuil, sera sans médecin. On y requiert un médecin sans retard. On pourra s'adresser, pour renseignements, au secrétaire-trésorier de la municipalité, M. Joseph Leduc. Saint-Lazare compte 250 familles. Cette paroisse est pourvue du téléphone et d'électricité, se trouve sur la route de Toronto et à deux milles de celle d'Ottawa.

## TABLE ALPHABÉTIQUE DES ANALYSES

### A

Abcès épidural aigu du canal rachidien. Le diagnostic précoce de l' . . . . .	1229		
Abdomen. Blessures de la poitrine et de l' . . . . .	547	Appendice aiguë. L'incision oblique des muscles dans l' . . . . .	308
Acétylcholine. L'utilisation de l'... dans certains états post-traumatiques . . . . .	184	Appendice chronique . . . . .	1226
Achondroplasie et aplasie de la thyroïde . . . . .	1006	Appendice. Topographie et développement du cæcum et de l' . . . . .	1227
Acnée vulgaire. La dyscrasie endocrinienne dans l'... chez la femme . . . . .	81	Arsenicale. L'encéphalopathie . . . . .	658
Agglutination. Diagnostic sérologique de la mononucléose infectieuse par le test d (Réaction de Paul Bunnell). Sa valeur pratique . . . . .	83	Asthmatique. Le traitement de l'état de mal a. par les chocs insuliniques répétés . . . . .	302
Albinos. Des effets des irritants et de la thyroxine sur la poussée du poil de rats albinos . . . . .	84	Audiomètre. L'épreuve de Rinne et l' . . . . .	1346
Alcooliques chroniques. La muqueuse gastrique des . . . . .	1226	Auditif. Tumeurs du conduit a. externe . . . . .	1014
Alcoolisme chronique. Un cas de pellagre à la suite d' . . . . .	1224	Audition. La diminution de l'a. chez les enfants: causes et traitement . . . . .	1130
Allergie gastro-intestinale. L' . . . . .	1124	Avitaminoses. Les effets des a. sur le tractus gastro-intestinal . . . . .	543
Alphatocophérol. La vitamine E et l'... synthétique comme traitement de certaines affections nerveuses . . . . .	309	<b>B</b>	
Amygdales. Tuberculose des a. . . . .	1004	Banane. Valeur de la b. et de la poudre de banane pour le traitement de la diarrhée des nourrissons et des enfants . . . . .	650
Androgène. Relations étroites entre l'excrétion d'... et de créatinine chez les enfants normaux . . . . .	881	Benzédrine. Hypotension orthostatique. Traitement par le sulfate de . . . . .	306
Anesthésie chez les tuberculeux pulmonaires. L' . . . . .	1225	Beta-erythroïdine. L'action de la b. sur les convulsions par le métrazol . . . . .	1012
Anesthésie. Effet de l'a. obstétricale sur le sang maternel et le sang foetal. Attention spéciale au cyclopropane . . . . .	550	Biopsie pour la conduite du traitement radiothérapique. La restriction de l'usage de la	1231
Anesthésie. Les avantages du pentotal de sodium pour... . . . . .	549	<b>C</b>	
Anesthésie. Un cas atypique de convulsions sous . . . . .	656	Cæcum. Topographie et développement du c. et de l'appendice . . . . .	1227
Angine de poitrine. L'oxygène à haute concentration contre la douleur par thrombose coronarienne et . . . . .	72	Calcification. Notions récentes sur la chimie de la . . . . .	83
Angine. Sulfanilamide dans le traitement de l'a. par streptocoque hémolytique, comparativement à d'autres moyens thérapeutiques . . . . .	181	Cancer. Classification du c. gastrique . . . . .	878
Angiospasmie cérébral. Nouveau chapitre de chirurgie d'urgence. L' . . . . .	647	Cancer de l'estomac . . . . .	424
Anorexie nerveuse. Maladie de Simmonds et a. n. . . . .	183	Cancer du col utérin . . . . .	78
Antacide. Le choix d'un antacide dans le traitement de l'ulcère gastrique ou duodénal . . . . .	181	Cancer du sein par les irradiations interstitielles. Le traitement du . . . . .	1134
Anxiété. L'a. et le métrazol . . . . .	883	Cancer. Etude statique d'une série de cas de... rectal opérés . . . . .	1338
Appendicite aiguë de l'adulte et du vieillard. L' . . . . .	1008	Cancer gastrique. Diagnostic précoce du . . . . .	426
		Cancer gastrique. Le . . . . .	304
		Cancer. Quelques facteurs à considérer dans la guérison du c. d'estomac . . . . .	879
		Cancer Le problème du... des régions hautes de l'estomac . . . . .	1338
		Cancer récidivant du côlon. Présentation de 4 cas . . . . .	648
		Cancer. Traitement du c. du larynx . . . . .	884
		Cardio-spasme. Symptômes, diagnostic et traitement du . . . . .	424

Chancre mou. Traitement du c. m. par le sulfanilamide . . . . .	73	Diphthérie. Des altérations rénales hépatiques et surrénales dans la d. de l'adulte . . . . .	775
Cinélyse. Recherches sur la cinétique de l'hémolyse. La c. normale et pathologique . . . . .	179	Disque. Aspects chirurgicaux de la rupture d'un d. intervertébral . . . . .	780
Clavicule chez l'enfant. Les fractures de la	1126	Disque intervertébral. La participation du... dans les fractures et la pathologie du rachis . . . . .	81
Cœur. Détermination du volume du . . . . .	552	Disque intervertébral. Rupture inapparente du	1128
Cœur. Névrose cardiaque associée à une maladie organique du . . . . .	545	Diverticulite et sigmoïdites . . . . .	1338
Colibacillose. La chimiothérapie de la . . . . .	190	Duodénum inversé. Sa signification clinique avec rapport de 14 cas. Le . . . . .	304
Côlite. Progrès récent dans le traitement de la c. chronique ulcéreuse . . . . .	306	Dysostose cléido-crânienne chez un enfant de 4½ ans. Association d'une ostéopétrose avec une . . . . .	1344
Côlite ulcéreuse. Facteurs de mortalité dans le traitement chirurgical de la . . . . .	1226		
Côlon. Cancer récidivant du c. Présentation de 4 cas . . . . .	648	<b>E</b>	
Comitiale. Section chirurgicale des fibres commissurales du corps calleux pour enrayer la généralisation de la crise . . . . .	1014	Echinococcie. Un cas d'é. vertébrale . . . . .	880
Compression jugulaire prolongée . . . . .	883	Electrocardiogramme. La part du ventricule droit et celle du ventricule gauche dans l' . . . . .	1232
Convallane dans la thérapeutique cardiaque. La . . . . .	301	Electrocardiogramme. La valeur sémiologique du déplacement du segment RS-T dans l' . . . . .	1232
Convulsions. Un cas atypique de c. sous anesthésie . . . . .	656	Encéphalopathie arsénicale. L' . . . . .	658
Coronarienne. Douleur prodromique dans la thrombose . . . . .	306	Endocardite. Echec de l'héparine dans le traitement de l'... sub-aiguë évolutive . . . . .	1004
Corps calleux. Section chirurgicale des fibres commissurales du c. pour enrayer la généralisation de la crise comitiale . . . . .	1014	Endométriome. A propos d'un cas d'e. du colon sigmoïde . . . . .	647
Créatinine. Relations étroites entre l'excrétion d'androgène et de c. chez les enfants normaux . . . . .	881	Epaule. Les périarthrites de l'... Traitement orthopédique et chirurgical . . . . .	430
Cryothérapie. Indications et technique de la c. dans le rhumatisme . . . . .	876	Epiphyses. La croissance dans les . . . . .	648
Cyanose. Pathogénie de la c. observée au cours de la chimiothérapie antibactérienne par les dérivés organiques du soufre . . . . .	422	Epithélioma primitif de l'urètre . . . . .	434
Cyclopropane. Effet de l'anesthésie obstétricale sur le sang maternel et le sang fœtal. Attention spéciale au . . . . .	550	Epithéliomas de l'oreille externe. Quelques considérations sur les . . . . .	1134
		Epithéliomateuse. Hyperplasie pseudo- . . . . .	81
<b>D</b>		Epreuve du travail. Indications et technique de l' . . . . .	1344
Démasculinisation. Féminisation et d. d'une jeune fille de 17 ans au moyen d'injections de Stillboestrol . . . . .	430	Estomac. Cancer de l' . . . . .	424
Dextrocardiogramme. Les facteurs déterminants dans la direction de l'onde T: l'effet de la chaleur et du froid sur le d. et le lévocardigramme . . . . .	1233	Estomac. De l'influence du sulfapyridine sur l'évacuation de l'... humain normal . . . . .	304
Diabète. Sur le traitement du d. par l'insuline	302	Estomac. L'ulcère d'... Son diagnostic différentiel avec le cancer . . . . .	1336
Diabète. Thyroïdectomie totale comme traitement du d. insipide . . . . .	880	Estomac. Quelques facteurs à considérer dans la guérison du cancer d'e. . . . .	879
Diarrhée. Valeur de la banane et de la poudre de banane pour le traitement de la diarrhée des nourrissons et des enfants . . . . .	650	Eventrations. Les é. post-opératoires . . . . .	880
		Ewing. Considérations sur la pathologie et les aspects radiologiques de la tumeur osseuse de . . . . .	444
		Exanthème de la mononucléose aiguë. L' . . . . .	311
		Extra-durale. Dilatation de la pupille et hémiparésie homolatérale avec rigidité musculaire bilatérale pour le diagnostic de l'hémorragie . . . . .	652
		<b>F</b>	
		Féminisation et démasculinisation d'une jeune fille de 17 ans au moyen d'injection de Stillboestrol . . . . .	430

Foie. Le f. et l'hormone mâle surrénalienne chez le rat . . . . .	881	Hypertension. Hyperplasie de la corticale surrénalienne associée au syndrome d' . . .	1136
Foie. Les atteintes du f. dans l'hyperthyroïdie recherchées par le test de galactosurie provoquée . . . . .	1225	Hypertension. Le traitement chirurgical de l' . . .	76
Fracture. Le problème de la f. non consolidée . . . . .	426	Hyperthyroïdes de la ménopause et leur traitement. Les . . . . .	545
Fractures. Effets de l'œstrone sur la consolidation des f. expérimentales . . . . .	307	Hyperthyroïdie. Les atteintes du foie dans l'... recherchées par le test de galactosurie provoquée . . . . .	1225
<b>G</b>			
Galactosurie provoquée par voie intraveineuse Pour différencier les ictères par obstruction des ictères hépatiques. Un nouveau test de . . . . .	1225	Hyperthyroïdiens. Déficience hépatique, facteur du délire post-opératoire chez les... . . .	1340
Gangrène. Le traitement de la g. gazeuse provoquée . . . . .	309	Hyperthyroïdisme. Roentgentherapie de l' . . .	196
Gastrectomie partielle dans le traitement de l'ulcère peptique. La . . . . .	76	Hypophyse. Tuberculose de l' . . . . .	1122
Gastrique. Le cancer . . . . .	304-426-878	Hypotension orthostatique. Traitement par le sulfate de benzédrine . . . . .	306
Gastrique. L'effet du jus d'orange sur l'acidité . . . . .	544	Hypothyroïdie méconnue. L' . . . . .	307
Gastrite. Incidence de la... constatée au gastroscopie au cours de névroses gastriques . . . . .	75	<b>I</b>	
Gastro-intestinaux. Traitement des troubles g. par la thyroïde . . . . .	879	Ictère. Conduite à tenir dans les cas d'... et vitamine K. . . . .	1008
Gastroscopie. Observation g. des érosions gastriques multiples . . . . .	777	Ictères par obstruction des ictères hépatiques. Un nouveau test de galactosurie provoquée par voie intraveineuse pour différencier les . . . . .	1225
Gastroscopie. Valeur comparée de la... et de l'histologie dans l'étude de l'estomac normal et pathologique . . . . .	1336	Ictères. Quelles sont les indications opératoires mineures dans les cas d'... intenses de date récente . . . . .	1340
Glaucome. Traitement radical du . . . . .	1344	Iléite régionale aiguë . . . . .	182
Gonococciques. Diagnostic cutané des infections . . . . .	658	Iléus biliaire. Autour du diagnostic de . . . . .	539
Granulome. Diagnostic précoce du g. inguinal . . . . .	312	« Induration penis plastica ». Contribution à l'éclaircissement du problème étiologique de l' . . . . .	190
Greffe vertébrale. L'influence de la g. v. sur la croissance de la colonne . . . . .	648	Inflammatoires. La roentgentherapie dans les états . . . . .	81
Grêle. Sarcome du . . . . .	1122	Insuline. Evidence histologique du dommage produit sur le cerveau de singes traités par le métrazol l' . . . . .	549
<b>H</b>			
Hanche. Traitement chirurgical de l'ostéarthrite chronique de la . . . . .	79	Insulino-résistance . . . . .	1340
Harada. La maladie de . . . . .	654	Insuline. Sur le traitement du diabète par l' . . .	302
Hémorragies méningées récidivantes survenant à la période d'ovulation . . . . .	308	Insuliniques. Le traitement de l'état de mal asthmatique par les chocs i. répétés . . . . .	302
Héparine. Echec de l'... dans le traitement de l'endocardite sub-aiguë évolutive . . . . .	1004	Invagination intestinale récidivante chez l'enfant . . . . .	1126
Hépatique. Quelques considérations sur la syphilis h . . . . .	1122	<b>J</b>	
Histamine. L'emploi de l'h. dans la maladie de Ménière . . . . .	548	Jambe. L'ulcère chronique de la . . . . .	190
Hormones. Excrétion normale des h. sexuelles dans l'enfance . . . . .	881	Jaunisse. La j. chez le nourrisson et chez l'enfant . . . . .	882
Hormone. Le foie et l'... mâle surrénalienne chez le rat . . . . .	881	<b>K</b>	
Hormones sexuelles dans l'enfance. Excrétion normale des . . . . .	881	Keratosis folliculaire (maladie de Darier) par carence en vitamine A . . . . .	438
<b>L</b>			
		Larynx. Papillomes récidivants du . . . . .	1230
		Larynx. Traitement du cancer du . . . . .	884
		Leucémie. Les différences entre le lymphocyte du sarcome et le lymphocyte de la l. chez la souris . . . . .	442

Leucémie myéloblastique à manifestation tumorale . . . . .	312	Myxœdème. Troubles cardio-vasculaires et m.	178
Lévocardiogramme. Les facteurs déterminants dans la direction de l'onde T: l'effet de la chaleur et du froid sur le . . . . .	1233	Myxœdème. Troubles cardio-vasculaires et m. 2e Mémoire: Etude pathogénique et considérations thérapeutiques . . . . .	420
Lipschütz. Maladie de l. (ulcus vulvae acutum) . . . . .	311	<b>N</b>	
Lysatothérapie . . . . .	79	Nasale. Rétablissement chirurgical de la ventilation n.: Physiologie nasale . . . . .	1016
<b>M</b>		Neuro-musculaires. Traitement des maladies n. par les vitamines E et B <sub>6</sub> . . . . .	1228
Mastoïde. Ostéome de la m. Rapport de 2 cas	438	Névralgie. La n. du laryngé supérieur . . . . .	882
Ménière. L'emploi de l'histamine dans la maladie de . . . . .	548	Névrose cardiaque associée à une maladie organique du cœur . . . . .	545
Ménière. Le traitement chirurgical de la maladie de . . . . .	548	<b>O</b>	
Ménière. Le traitement médical de la maladie de . . . . .	549	Œil. Modifications expérimentales de la tension électrique de l'o. humain . . . . .	194
Ménière. Maladie de . . . . .	310	Œstrone. Effets de l'... sur la consolidation des fractures expérimentales . . . . .	307
Méningite à blastomyces . . . . .	1012	Oscillométrie différentielle radiotabale. Une méthode nouvelle d'exploration du système vago-sympathique: l' . . . . .	542
Méningite à pneumocoque: guérison par traitement chirurgical et sulfamidé . . . . .	1124	Ostéome de la mastoïde. Rapport de 2 cas . . . . .	438
Méningite à pneumocoque. Une observation clinique . . . . .	1120	Ostéomyélite aiguë. Indications et résultats de la résection diaphysaire. Traitement de l' . . . . .	185
Méningite. Guérison d'une m. staphylococcique par le sulfathiazole . . . . .	436	Otite. Le sulfanilamide dans l'... moyenne des enfants . . . . .	779
Méningite. La sulfapyridine et son sel sodique dans le traitement de la m. due au pneumocoque et à l'« hæmophilus influenzae » . . . . .	189	Otitites moyennes chroniques. Les . . . . .	1229
Méningite. Le traitement de la m. à méningocoques par le sulfathiazol . . . . .	877	Otite. Traitement de l'o. catarrhale par la ponction aspiratrice du tympan . . . . .	779
Méningite. Symptômes cérébraux survenant durant le traitement de la m. méningococcique par la sulfapyridine . . . . .	876	Ovulation. Hémorragies méningées récidivantes survenant à la période d' . . . . .	308
Méningite. Traitement de la m. à méningocoques et de la méningococcémie par la sulfadiazine . . . . .	877	Oxygène à haute concentration contre la douleur par thrombose coronarienne et l'angine de poitrine. L' . . . . .	72
Ménopause. Les hyperthyroïses de la m. et leur traitement . . . . .	545	<b>P</b>	
Menstruel. Recherche sur la détermination de la température et de la tension électrique au cours du cycle . . . . .	1016	Pancréatite aiguë. Le diagnostic et le traitement de la . . . . .	428
Mésentère. Occlusion des vaisseaux du . . . . .	1226	Pancréatite sub-aiguë . . . . .	1124
Métrazol. Evidance histologique du dommage produit sur le cerveau de singes traités par le m. et l'insuline . . . . .	549	Papillomes récidivants du larynx . . . . .	1230
Métrazol. L'action de la beta-erythroïdine sur les convulsions par le . . . . .	1012	Paralysie. Traitement de la p. agitante par la vitamine B <sub>6</sub> . . . . .	1014
Métrazol. L'anxiété et le . . . . .	883	Pellagre à la suite d'alcoolisme chronique. Un cas de . . . . .	1224
Migraine. Le traitement de la m. par le tartrate d'ergotamine . . . . .	74	Pentothal. Les avantages du p. de sodium pour anesthésie . . . . .	549
Moelle des os. Infusion de sang ou autres liquides dans la circulation générale par la Mononucléose. Diagnostic sérologique de la... infectieuse par le test d'agglutination (réaction de Paul Bunnell). Sa valeur pratique . . . . .	1227	Périarthrites de l'épaule. Les... Traitement orthopédique chirurgical . . . . .	430
Mononucléose. L'exanthème de la m. aiguë . . . . .	83	Péricardite purulente à la suite d'une septicémie staphylococcique . . . . .	776
Myositis ossificaris traumatica . . . . .	311	Péripleurite suppurée tuberculeuse . . . . .	646
	80	Péritonéoscopie. La valeur de la p. en gastro-entérologie . . . . .	305
		Phtisie à la paratuberculose. De la . . . . .	303
		Pieds. Le traitement des douleurs aux . . . . .	188
		Plaies infectées. Application locale de sulfanilamide dans le traitement des . . . . .	185

Plaies. Recherches électrométriques sur la cicatrisation des p. chez l'homme . . . . .	442	Sang. La conservation du . . . . .	84
Plaies. Solution de sulfanilamide en application locale dans le traitement des . . . . .	185	Sang ou autres liquides dans la circulation générale par la moelle des os. Infusion de	1227
Pleurésies purulentes. Le traitement médical des p. p. non tuberculeuses . . . . .	422	Sarcome de Kaposi: étude clinique et résultats de la radiothérapie dans 23 cas . . . . .	440
Pneumonie. Sulfapyridine par voie veineuse et rectale, come traitement de la . . . . .	179	Sarcome des ganglions lymphoïdes. (Reticulum cell sarcoma of lymph nodes) . . . . .	1234
Pneumothorax chez le diabétique de plus de quarante ans . . . . .	1334	Sarcome du grêle . . . . .	1122
Pneumothorax. Le soufflage cavitaire au cours du... Essai de traitement . . . . .	1224	Scarlatine. Traitement de la . . . . .	1228
Pneumothorax. Le temps limité du . . . . .	1334	Sciatique. Aspects cliniques et neurologiques de la douleur lombo-sacrée et de la . . . . .	194
Poitrine. Blessures de la p. et de l'abdomen . . . . .	547	Scissurites de la petite scissure droite . . . . .	75
Poliomyélite. Épidémiologie de la p. antérieure	1010	Sein. Le traitement du cancer du s. par les irradiations interstitielles . . . . .	1134
Polynévrites. Étiologie des . . . . .	436	Simonds. Maladie de s. et anorexie nerveuse	183
Ponction du sternum. La . . . . .	300	Simmonds. Un cas de syndrome de s. (cachexie hypophysaire) à évolution lente d'origine traumatique (projectile situé dans la selle turcique) . . . . .	650
Pott. Mal de P. latent . . . . .	434	Sinusite maxillaire chronique . . . . .	1230
Poumon des mammifères marins. Une étude du segment respiratoire du . . . . .	82	Soufflage cavitaire au cours du pneumothorax. Essai de traitement. Le . . . . .	1224
Psychoses folliculiniques et troubles circulatoires . . . . .	184	Stérilité. Diagnostique et traitement de la . . . . .	177
Psychoses folliculiniques et troubles circulatoires . . . . .	186	Sternum. La ponction du . . . . .	300
Purpura thrombocytopénique . . . . .	778	Suc gastrique chez les enfants tuberculeux. Le . . . . .	1006
Pyodermites. Le sulfathiazole dans les p. de l'enfant . . . . .	1010	Sulfadiazine. La valeur thérapeutique et toxicité. Étude portant sur 446 patients . . . . .	877
<b>R</b>		Sulfadiazine. Traitement de la méningite à méningocoques et de la méningococcémie par la s . . . . .	877
Radiations ionisantes. Sur certains aspects de l'action biologique des . . . . .	550	Sulfamidés. La transmission des s. par voie placentaire . . . . .	72
Radiologie quantique . . . . .	1132	Sulfamidé. Méningite à pneumocoque; guérison par traitement chirurgical et . . . . .	1124
Radiations. La part de l'intensité et de la longueur d'onde dans l'effet biologique des	1231	Sulfanilamide. Application locale de s. dans le traitement des plaies infectées . . . . .	185
Radiothérapie. Le sarcome de Kaposi: étude clinique et résultats de la r. dans 23 cas . . . . .	440	Sulfanilamide dans le traitement de l'angine par streptocoque hémolytique, comparativement à d'autres moyens thérapeutiques . . . . .	181
Récupération des tissus, le processus de cicatrisation et la périodicité des effets radioactifs. Rapport entre la . . . . .	438	Sulfanilamide et la sulfapyridine dans le traitement de la laryngo-trachéo bronchite aiguë. Le . . . . .	1006
Rein. Décapsulation de . . . . .	777	Sulfanilamide. Le s. dans l'otite moyenne des enfants . . . . .	779
Rénale. La nature des lésions r. causées par la sulfapyridine . . . . .	72	Sulfanilamide. Solution de s. en application locale dans le traitement des plaies . . . . .	185
Réticulo-sarcome des ganglions lymphoïdes. (Reticulumcell sarcoma of lymph nodes)	1234	Sulfanilamide. Traitement du chancre mou par le s . . . . .	73
Rhumatismale. Maladie r. du cœur . . . . .	776	Sulfapyridine. De l'influence du s. sur l'évacuation de l'estomac humain normal . . . . .	304
Rhumatisme. Indications et technique de la cryothérapie dans le r . . . . .	876	Sulfapyridine et son sel sodique dans le traitement de la méningite due au pneumocoque et à « l'hæmophilus influenzae ». La . . . . .	189
Rhumatisme. Le traitement du r. articulaire aigu . . . . .	180	Sulfapyridine. La nature des lésions rénales causées par la . . . . .	72
Röntgénéthérapie au contact. Études expérimentales sur la . . . . .	1231	Sulfapyridine par voie veineuse et rectale, comme traitement de la pneumonie . . . . .	179
Röntgénéthérapie dans les états inflammatoires. La . . . . .	81		
Röntgénéthérapie de l'hyperthyroïdisme . . . . .	196		
<b>S</b>			
Sang. Effet de l'anesthésie obstétricale sur le s. maternel et le sang fœtal. Attention spéciale au cyclopropane . . . . .	550		

Sulfapyridine. Symptômes cérébraux survenant durant le traitement de la méningite méningococcique par la s . . . . .	876	Tuberculose à l'œuvre dans un groupe familial de 90 personnes. De la phtisie à la paratuberculose. La . . . . .	303
Sulfathiazole dans les pyodermites de l'enfant. Le . . . . .	1010	Tuberculose chez les immigrants. La . . . . .	543
Sulfathiazole. Guérison d'une méningite staphylococcique par le . . . . .	436	Tuberculose de l'hypophyse . . . . .	1122
Sulfathiazol. Le traitement de la méningite à méningocoques par le . . . . .	877	Tuberculose des amygdales . . . . .	1004
Surrénalienne. Hyperplasie de la corticale s. associée au syndrome d'hypertension . . . . .	1136	Tuberculose des ganglions trachéo-bronchiques chez l'adulte. La . . . . .	1334
Symphyse rénale supérieure . . . . .	652	Tuberculose expérimentale chez le chien . . . . .	646
Synovite transitoire de l'articulation coxo-fémorale de l'enfant . . . . .	648	Tuberculose intestinale. La . . . . .	1122
Syphilis hépatique. Quelques considérations sur la . . . . .	1122	Tuberculose pulmonaire. La vitamine C en . . . . .	647
<b>T</b>		<b>U</b>	
Tachycardie paroxystique et son traitement chez le jeune nourrisson . . . . .	882	Ulcère chronique de la jambe. L' . . . . .	190
Tension. Recherches sur la détermination de la température et de la t. électrique au cours du cycle menstruel . . . . .	1016	Ulcère. La thérapeutique de l'... peptique . . . . .	304
Thé. Les effets du . . . . .	179	Ulcère gastrique ou duodénal. Le choix d'un antacide dans le traitement de l' . . . . .	181
Thiamine radio-active. Métabolisme de la . . . . .	1233	Ulcère peptique à la suite de ligature du cholédoque . . . . .	647
Thrombo-phlébite. Traitement de la t. infectieuse du sinus caverneux . . . . .	1120	Ulcère peptique et l'armée. L' . . . . .	1006
Thrombose. Etude du fond de l'œil dans la t. du sinus latéral d'origine otitique . . . . .	1016	Ulcère peptique. La gastrectomie partielle dans le traitement de l' . . . . .	76
Thyroïde. Achondroplasie et aplasie de la t. . . . .	1006	Ultra-violettes. Considérations sur l'emploi des irradiations u. v. dans les salles d'opération . . . . .	547
Thyroïdectomie totale comme traitement du diabète insipide . . . . .	880	Uretère. Epithélioma primitif de l' . . . . .	434
Thyroïde. Traitement des troubles gastro-intestinaux par la . . . . .	879	Utérin. Cancer du col . . . . .	78
Tyroïdienne. Médication t. chez l'enfant . . . . .	778	<b>V</b>	
Thyroxine. Des effets des irritants et de la... sur la poussée du poil de rats albinos . . . . .	84	Vaginisme et trichomonas vaginal . . . . .	880
Tissus. Rapport entre la récupération des t., le processus de cicatrisation et la périodicité des effets radio-actifs . . . . .	438	Vago-sympathique. Une méthode nouvelle d'exploration du système v. s.: l'oscillométrie différentielle radiotibiale . . . . .	542
Transfusion continue goutte à goutte. La . . . . .	73	Ventricule droit. La part du v. et celle du ventricule gauche dans l'électrocardiogramme . . . . .	1232
Trichomonas. Vaginisme et t. vaginal . . . . .	880	Vitamine A. Les doses de v. dans les affections aiguës de l'enfant . . . . .	1012
Trichomonas. Vulvo-vaginites à... Diagnostic clinique et microscopique . . . . .	186	Vitamine A. Keratosis folliculaire (maladie de Darier) par carence en . . . . .	438
Tuberculeuses. Le traitement des cavernes t. pulmonaires par le drainage et l'aspiration . . . . .	878	Vitamine B. Le complexe de la v. et ses constituants dans les troubles digestifs fonctionnels . . . . .	182
Tuberculeuses. Les drainages des cavernes t. par aspiration (méthode de Monaldi) . . . . .	777	Vitamine B. Rappel de quelques notions physiologiques. Etude thérapeutique . . . . .	540
Tuberculeuses. Le traitement médical des pleurésies purulentes non . . . . .	422	Vitamine B <sub>6</sub> . Traitement de la paralysie agitante par la v . . . . .	1014
Tuberculeuse. Péripleurite suppurée . . . . .	646	Vitamine C en tuberculose pulmonaire. La . . . . .	647
Tuberculeux. L'accroissement du genou t. chez l'enfant après intervention ankylosante . . . . .	187	Vitamine C. Mécanisme de l'excrétion de la v. par le rein chez le chien . . . . .	83
Tuberculeux. Le suc gastrique chez les enfants . . . . .	1006	Vitamines E et B <sub>6</sub> . Traitement des maladies neuro-musculaires par les . . . . .	1228
Tuberculeux pulmonaires. L'anesthésie chez les . . . . .	1225	Vitamine E et l'alphatocophérol synthétique dans le traitement de certaines affections nerveuses. La . . . . .	309
		Vitamine K. Conduite à tenir dans les cas d'ictère et v. . . . .	1008
		Vulvo-vaginites à trichomonas. Diagnostic clinique et microscopique . . . . .	186

## TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

A	D
ACHPISE, Alexandre . . . . . 602	DEMERS, F.-X. . . . . 186
ALLAIRE, J.-N. . . . . 1052	DESHAIES, Georges . . . . . 939
ALLARD, Eugène . . . . . 656	DESJARDINS, Edouard 68, 168, 175, 297, 416, 534, 641, 770, 872, 980, 999, 1111, 1219, 1329
ALLARD, Révérende Sœur . . . . . 1271	DESMEULES, Roland . . . . . 21, 260, 590
AMYOT, Roma 59, 109, 129, 228, 341, 345, 411, 525, 604, 848, 849, 972, 981, 1084, 1086, 1323, 189, 309, 436, 548, 549, 650, 652, 780, 876, 977, 880, 992, 883, 1014, 1120, 1128, 1229.	DESROCHERS, J.-E. . . . . 1290
ARCHAMBAULT, Jules 118, 577, 690, 798, 914, 1225.	DORE, Réal . . . . . 610, 1297, 1342, 1344
ARCHAMBAULT, P.-R. 75, 302, 646, 777, 1006, 1122, 1334.	DROUIN, Guy 72, 178, 301, 306, 420, 542, 545, 658, 776.
	DUFAULT, Paul . . . . . 34, 491
	DUFRESNE, Eugène . . . . . 825
	DUFRESNE, Roger-R. 287, 746, 75, 304, 1006, 1008, 1124, 1336.
	DUGAL, Jean-Paul . . . . . 182, 305, 543
	DUGRE, Rodrigue . . . . . 241
	DUVAL, J.-P. . . . . 8
	DUVALLIER, François . . . . . 612
B	F
BADEAUX, François . . . . . 1063, 1065	FAUTEUX, Mercier . . . . . 76, 470
BARIL, Georges . . . . . 1038	FAVREAU, J.-C. . . . . 648, 649
BAUDOIN, J.-A. . 170, 471, 527, 750, 757, 864	FOLEY, A.-R. . . . . 31
BEAUDRY, Maurice . . . . . 190, 658	FONTAINE, Rosario . . . . . 156
BEDARD, Arthur . . . . . 190	FORTIER de la BROQUERIE . 650, 778, 1228, 1305
BELANGER, Léonard-F. . . . . 636	FRAPPIER, Armand . . . . . 45, 620
BELISLE, Ph. . . . . 100	FRENETTE, Ulric . . . . . 715
BELLEROSE, A. . . . . 161, 821, 972	
BERNARD, Louis . . . . . 514	G
BERNIER, A. . . . . 382	GAGNON, Arthur . . . . . 83
BERTRAND, Albert . . . 84, 168, 631, 987, 1301	GARIEPY, J.-U. . . . . 504
BISSON, Christophe . . . . . 952	GARIEPY, L.-H. . . . . 1197
BLAIN, Emile . . . . . 362, 1200	GAUMOND, E. 480, 72, 73, 179, 181, 190, 311, 422.
BOMBARDIER, J.-P. . . . . 882, 1010	GAUTHIER, C.-A. 850, 930, 1012, 1224, 1228, 1233.
BOUCHARD, Jean . . . . 81, 194, 196, 438, 552	GAUTHIER, J. . . . . 18
BOUCHER, Roméo . . . . . 704, 818	GELINAS, Lucien . . . . . 956
BOULAIS, F.-L. . . . . 81, 312	GENDREAU, J.-E. . . . . 153, 1052, 1075
BRAHY, Jules . . . . . 954	GERIN-LAJOIE, Léon 18, 57, 524, 633, 1159, 1170
BRAULT, Jules . . . . . 1197	GERVAIS, J.-H. . . . . 1028
	GIBEAULT, Hervé . . . . . 283
	GIROUX, M. . . . . 260
	GODIN, Antonio . . . . . 1197
	GOSELIN, Gaston . . . . . 413
	GRATTON, Armand . . . . . 164
	GREGOIRE, Georges . . . . . 583
	GROLEAU, Lionel . . . . . 142
	GROULX, Ad. . . . . 60, 923, 1087
	GUILBEAULT, Albert . . . . . 14, 1108, 1301
C	
CANTERO, A. 809, 182, 304, 306, 424, 426, 544, 647, 776, 777, 780, 878, 879, 880 1006, 1122.	
CHAPUT, Yves 1072, 181, 307, 424, 549, 879, 1004, 1226, 1338.	
CHARBONNEAU, Henri . . . 410, 533, 617, 704	
CHAREST, Léandre . . . . . 514	
CLERMONT, Pierre 530, 539, 652, 775, 876, 1010, 1012, 1126, 1229, 1344.	
COUTURE, Ernest . . . . . 1277	

**H**  
**HEBERT, Georges** . . . . . 877, 1309

**J**  
**JARRY, J.-A.** . . . . . 25  
**JASMIN, Alban** . . . . . 187  
**JOANNETTE, Albert** . . . . . 593  
**JOBIN, J.-B.** . . . . . 8  
**JOBIN, Pierre** . . . . . 78, 184, 304, 777  
**JUTRAS, Albert** . . . . . 1203

**L**  
**LABERGE, A.** . . . . . 18  
**LABERGE, Lasalle** . . . . . 34, 587  
**LACERTE, Jean** . . . . . 310  
**LADOUCEUR, Léo** . . . . . 55  
**LAFRESNIERE, Gabriel** . . . . . 1334, 1340  
**LAMBERT, Adrien** 67, 174, 502, 640, 769, 871, 998, 1110, 1314, 81, 438, 781, 1218.  
**LAMOUREUX, L.** . . . . . 460  
**LANGLOIS, Marcel** . . . . . 123  
**LAPOINTE, J.-H.** . . . . . 113  
**LaROCHELLE, Paul-R.** . . . . . 1346  
**LATRAVERSE, Valmore** 959, 1067, 1319, 779, 884, 1016, 1130, 1230, 1346.  
**LAUGIER, Henri** . . . . . 347, 1035, 1161  
**LAUZER, Rosaire** . . . . . 744, 1182, 434, 648, 1126  
**LEBLOND, Sylvio** . . . . . 233, 76, 179, 300  
**LEBLOND, Wilfrid** . . . . . 835  
**LECOURS, J.-Antonio** . . . . . 720  
**LEGER, Anselme** . . . . . 263, 369, 1072  
**LeSAGE, Albert** 2, 82, 224, 391, 807, 866, 921, 1146, 1155, 1206, 1268.  
**LeSAGE, Jean** . . . . . 739, 1224, 1225, 1338, 1340  
**LeSAGE, J.-Edmond** . . . . . 576  
**LeSAGE, Jules-S.** . . . . . 1108  
**LETONDAL, Paul** . . . . . 466  
**LETENDRE, Samuel** . . . . . 266, 79, 186, 308, 430  
**LONGTIN, Léon** . . . . . 550

**M**  
**MANSEAU, J.-G.** . . . . . 1136  
**MANTHA, Léopold** . . . . . 1081  
**MARANDA, E.** . . . . . 978, 438, 654, 1014  
**MARCOUX, Henri** . . . . . 83, 179, 303, 540  
**MARIN, Albéric** . . . . . 403, 498, 1097  
**MARION, Donatien** . . . . . 1344  
**MARS, L.-P.** . . . . . 244  
**MARTEL, Antonio** . . . . . 73, 184, 307, 422, 545  
**MASSE, Rosaire** . . . . . 1195  
**MATHIEU, C.-T.** . . . . . 947  
**MAURAU, Olivier** . . . . . 574  
**MERCIER, Oscar** . . . . . 1273  
**MOUSSEAU, J.-Alfred** . . . . . 965

**N**  
**NADEAU, H.** . . . . . 695, 73, 180, 302

**P**  
**PANISSET, Maurice** . . . . . 597  
**PANNETON, Philippe** . . . . . 812, 1317  
**PAQUETTE, J.-P.** 543, 646, 647, 878, 1004, 1006, 1178, 1224, 1292, 1336.  
**PARE, Louis** . . . . . 380  
**PELLERIN, R.** . . . . . 1063  
**PERRON, L.** . . . . . 1065  
**PETTIGREW, Ant.** 185, 308, 428, 1008, 1226, 1227  
**PILON, Alcide** . . . . . 549  
**PILON, J.-Louis** . . . . . 388, 1178  
**PINSONNEAULT, G.** 153, 1075, 81, 194, 311, 312, 440, 442, 444, 550, 1016, 1132, 1134, 1231, 1232, 1233.  
**PLOUFFE, Adrien** . . . . . 625  
**POTVIN, M.** . . . . . 712  
**POULIOT, A.** . . . . . 434  
**PREVOST, Jules** . . . . . 369

**R**  
**RICHARD, P.** . . . . . 260, 590, 752  
**RIOPELLE, J.-L.** . . . . . 1234  
**RIOPELLE, Philippe** . . . . . 84, 304  
**ROBILLARD, Eugène** . . . . . 842, 881  
**ROBILLARD, Rosario** . . . . . 83  
**ROUSSEAU, L.** . . . . . 260  
**ROUSSIN, C.-A.** . . . . . 1195  
**ROUX, René** . . . . . 812  
**ROY, Louis-Philippe** 947, 80, 185, 188, 426, 430

**S**  
**SAINÉ, Joseph** . . . . . 309  
**ST-JACQUES, Eugène** . . . . . 857  
**SAINT-PIERRE, Paul-Marc** . . . . . 359  
**SAMSON, J.-Ed.** . . . . . 708  
**SANCHE, Hector** . . . . . 293, 1215  
**SAUCIER, Jean** . . . . . 356, 830, 1325  
**SAVY, Paul** . . . . . 295, 414  
**SIMARD, L.-C.** . . . . . 1188  
**SIMARD, Raymond** . . . . . 222, 77  
**SIROIS, Jean** . . . . . 726, 189  
**SMITH, Pierre** . . . . . 547, 777, 880, 883, 1124  
**SYLVESTRE, J.-Ernest** . . . . . 290  
**SYLVESTRE, Lucien** . . . . . 628

**T**  
**TETREAU, Adélar** . . . . . 253  
**TETRAULT, R.** . . . . . 79  
**THIBAUDEAU, Roland** . . . . . 123  
**TREMBLAY, Jacques** . . . . . 760

**V**  
**VAILLANCOURT, Emile** . . . . . 766  
**VAILLANCOURT, Joseph** . . . . . 352  
**VIDAL, J.-A.** . . . . . 1292

**Sheila Ellen**  
à 16 mois...  
(et dans l'angle)  
à 10½ mois

Ce bébé, maintenant âgé de 21 mois, offre toutes les apparences d'une santé parfaite. Il n'a eu besoin d'aucun laxatif pendant les 16 mois qu'il fut nourri au **NUTRIM**.



**NUTRIM**, aliment bien équilibré à base de céréales, contient des vitamines et des minéraux. Il offre à l'enfant un facteur de digestion facile et d'assimilation parfaite; il assure aussi un bon fonctionnement de l'intestin. Ces faits ont été régulièrement constatés chez des enfants sous observation.

**NUTRIM** possède des qualités nutritives exceptionnelles; cette céréale « non soufflée » de saveur agréable est idéale pour le bébé qui commence à prendre une alimentation solide. Sa consistance peut être modifiée de telle sorte qu'un enfant passe facilement du liquide au solide. Le volume normal de **NUTRIM** permet à l'enfant de prendre une quantité suffisante de céréales pour les besoins alimentaires de la journée.

**Nutrim** ★

*le de saveur délicieuse pour le bébé*  
CONTENANT

**5 VITAMINES: A, B<sub>1</sub>, C, D et la riboflavine (G et B<sub>2</sub>)**

**5 MINÉRAUX: Calcium, phosphore, fer, cuivre, iode**

\* **NUTRIM NE DEMANDE PAS DE CUISSON**

**NUTRIM est fabriqué au Canada par une compagnie entièrement canadienne.**



**ÉCHANTILLONS**

Sur votre demande il nous fera plaisir de vous envoyer des échantillons.

**VITAGRANE FOODS LTD.**  
18 Eaton Ave., Toronto.

## TABLE DES ANNONCEURS

	Pages		Pages
<b>Abbott Laboratoires Ltée</b> (Pentothal Sodique) . . . . .	36	<b>Carnation Company Ltd.</b> (Lait Carnation irradié) . . . . .	1359
<b>American Can Co.</b> (Conserves alimentaires et santé publique) 2e p. de couverture		<b>Casgrain &amp; Charbonneau, Ltée</b> (Ferro-Crine No 34) — (Elixir Bécrinol) — (Comprimés Bécrinol) — (Quinitone et Vitamine B) . . . . .	9
<b>Anglo-French Drug Cie</b> (Vi-Mi-Caps) . . . . .	1335	<b>Casgrain &amp; Charbonneau, Ltée</b> (Levure Fer & Vitamine) — (Micrigène) — (Cécrinyl "adultes") — (Cécrinyl "enfants") — (Décrigène) — (Germinol) . . . . .	21
<b>Ayerst, McKenna &amp; Harrison Ltée</b> (Alphamin) . . . . .	1	<b>Compagnie Ciba Ltée</b> (Entéro-Vioforme) . . . . .	24
<b>Ayerst, McKenna &amp; Harrison Ltée</b> (A.P.L.) . . . . .	2	<b>Dohow Chemical Company Ltd. The</b> (Aurargan) . . . . .	1369
<b>Baker Company Ltd. The</b> (Aspirin) . . . . .	1347	<b>Eddé, J., Ltée</b> (Bis Kam Oil) — (Hémostyl du Dr Roussel) — (Taxol) — (Neurinase) — (Alepsal) — (Inotyol) — (Pluriglandine) — (Veinatone) — (Artichobyl) . . . . .	1345
<b>Banque Canadienne Nationale</b> . . . . .	1394	<b>Frederick Stearns &amp; Co. of Canada Ltd.</b> (Susto-Stearms) . . . . .	4
<b>Bard-Parker Product</b> (Les lames "Rid-Back") . . . . .	1343		
<b>Brandy Sud-Africain</b> . . . . .	1371		
<b>Bristol-Myers Company</b> (Sal Hepatica) . . . . .	1353		
<b>Canada Drug Co. Ltd.</b> (Paveral) . . . . .	1368		
<b>Canada Starch Company</b> . . . . .	1370		
<b>Canadian Tampax Corporation Ltd.</b> (Tampax) . . . . .	1355		

### **A Messieurs les Médecins**

LA PHARMACIE D'ORDONNANCES

# ARTHUR HIRBOUR

**.. est tout indiquée ..  
pour la préparation  
de vos ordonnances**



**ANGLE SAINT-DENIS ET DE MONTIGNY**  
Téléphone: LAncaster 7356 — MONTREAL

37 ANNEES  
D'EXPERIENCE  
COMME PHAR-  
MACIE PRO-  
FESSIONNELLE.

NOUS N'EM-  
PLOYONS QUE  
LES PRODUITS  
CHIMIQUES  
SUPERIEURS.

PHARMACIE  
ARTHUR HIRBOUR

Table des annonceurs (suite)

	Pages		Pages
Frosst, Charles E., & Co. . . . .	17	Merck & Co., Ltd. (Pyridium) . . . . .	5
Frosst, Charles E., & Co. . . . .	18	Merck & Co., Ltd. (Cuprex) . . . . .	1271
Frosst, Charles E., & Co. . . . .	19	Millet, Roux & Cie, Ltée (Cortiode) . . . . .	23
Frosst, Charles E., & Co. . . . .	20	Monty, Gagnon & Monty . . . . .	1369
Hartz, J. F. Co. Ltd. The (Brovalone) . . . . .	1368	Parke, Davis & Company (Mapharsen) . . . . .	32
Heinz, H. J. & Company of Canada Ltd. . . . .	1357	Pharmacie d'ordonnances, Arthur Hirbour . . . . .	1393
Herd & Charton, Inc. (Uroprazine) . . . . .	1369	Poulenc Frères (Dagenan) — (Soludagenan) — (Thiazamide) — (Soluseptazine) — (Septazine) — (Soluseptazine) . . . . .	1363
Johnson & Johnson, Ltd. (Ethicon) . . . . .	31	Rougier Frères (Hépathémo) Deschiens) . . . . .	3
Laboratoire du BisMol (Fertinic) 4e page de la couverture		Rougier Frères (Ouabaïne Arnaud) . . . . .	3
Laboratoires Jean Olive (Normogastryl) . . . . .	30	Rougier Frères (Néo-Gastricine) . . . . .	1333
Laboratoires Jean Olive (Lantol) . . . . .	30	Sanatorium Prévost Inc. . . . .	26
Libby, McNeill & Libby of Canada Limited (Aliments pour bébé) . . . . .	33	Schering Corporation Ltd. (Oreton-M) . . . . .	7
Librairie Beauchemin Ltée . . . . .	1365	Shuttleworth, E. B. Chemical Co. Ltd. (Sci-lexol — Bronexol — Guaciac E.B.S.) . . . . .	1339
Mead Johnson & Co. Ltd. ("Oleum Percomorphum") . . . . .	27	Squibb & Sons of Canada, Ltd., E. R. (Levure Adex) (Vigran) . . . . .	1341
<hr/>			
<i>La</i>			
<hr/>			
<b>BANQUE CANADIENNE NATIONALE</b>			
est la banque du public aussi bien que la banque des hommes d'affaires.			
Le gérant de succursale se tient à votre entière disposition, qu'il s'agisse de dépôts, d'emprunts per- sonnels, de remises, de recouvre- ments ou de toute question d'ordre financier au sujet de laquelle vous désireriez le consulter.			
<hr/>			
<b>Actif, plus de \$160,000,000</b> <b>534 bureaux au Canada</b>			
<hr/> <hr/>			
		Wyeth & Bro., Canada, Ltd., John (Biotin) . . . . .	25
		Wyeth & Bro., Canada Ltd., John (Sou- hais des directeurs et des membres du personnel) . . . . .	28-29
		Wyeth & Bro., Canada, Ltd., John (B-Plex Smacy) . . . . .	34-35

BANK OF CANADA  
1948-1949