

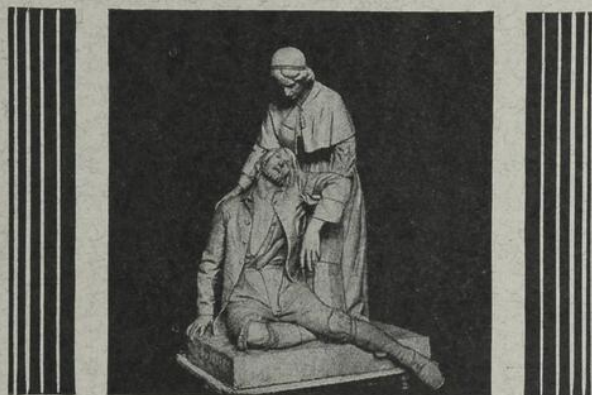
Numéro 5

Cinquième année

LE JOURNAL

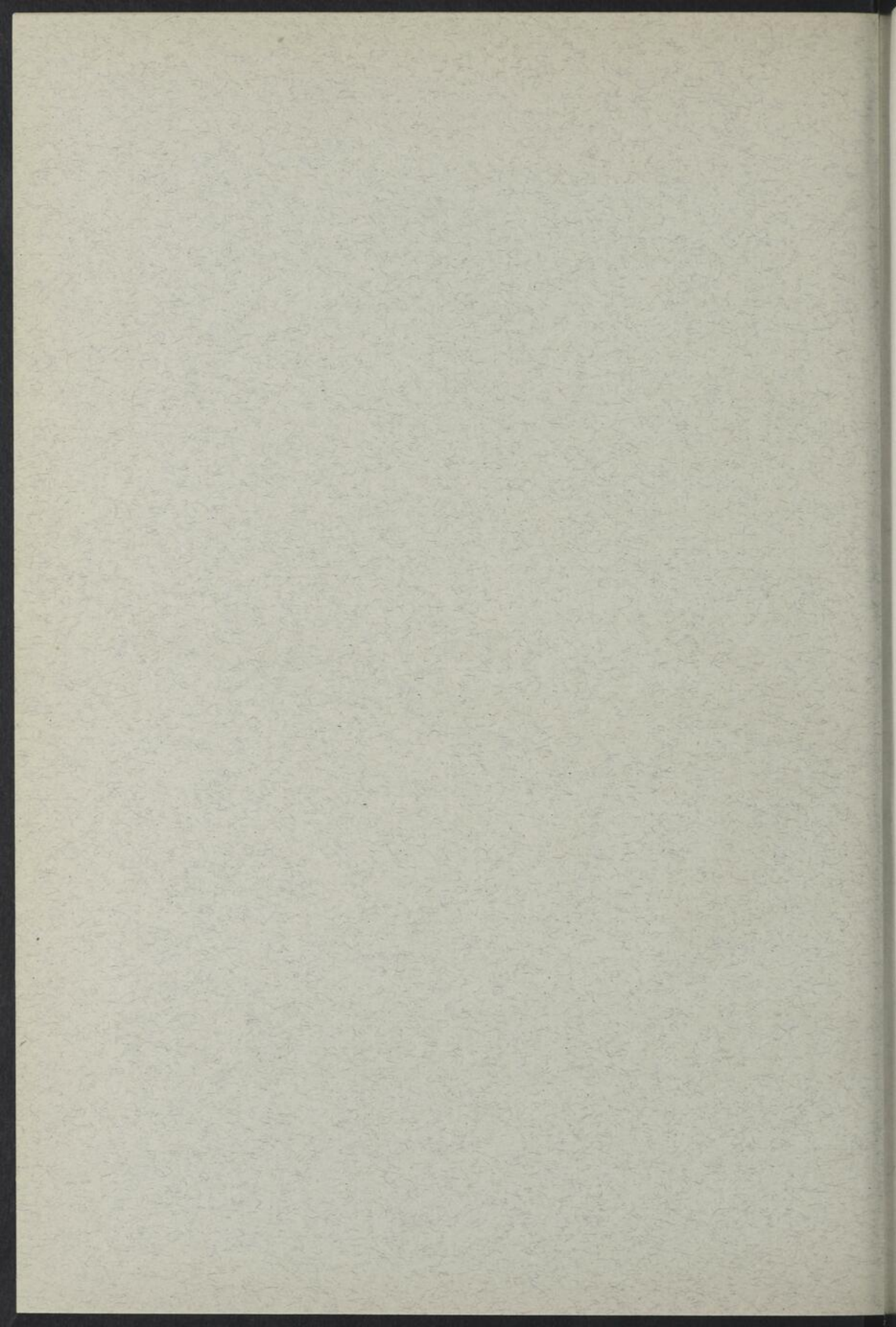
... de ...

L'HOTEL-DIEU DE MONTRÉAL



NOVEMBRE

1936



SOMMAIRE du No 5

Novembre 1936

	Pages
FRANÇOIS BADEAUX : Un cas d'iridodialyse traumatique opéré et guéri	241
LA RÉDACTION : Concours Casgrain-Charbonneau à l'Uni- versité	249
OSCAR MERCIER : De la nécessité de l'exploration du pédi- cule rénal au cours de la néphropexie	250
OSCAR MERCIER : Sur un livre de G. Marion	253
LÉON LONGTIN : Le pour et le contre de la rachianesthésie	256
JEAN-PAUL LEGAULT : A propos d'un cas de calculs de la prostate	263
PIERRE-PAUL GAUTHIER : Cytologie sanguine et mastoïdite	270
LÉO PARISEAU : Autour du deuxième centenaire de la trépanation mastoïdienne	273

**POMMADE MIDY
SUPPOSITOIRES MIDY**

4
PRINCIPES ACTIFS
D'OÙ EFFICACITÉ
CERTAINE



ADRÉNALINE
STOVAÏNE
ANESTHÉSINE
EX¹ DE MARRONS D'INDE
FRAIS-STABILISÉ

MIDY, 4, Rue du Colonel-Moll, PARIS

HEMORROÏDES

LABORATOIRES MIDY,
67 AVENUE DE WAGRAM, PARIS, XVII^E

J. EDDÉ LIMITÉE, ÉDIFICE NEW BIRKS
AGENT GÉNÉRAL POUR LE CANADA

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

AVEZ-VOUS PENSÉ AU VÔTRE?
CONSULTEZ-NOUS

Société d'Administration et de Fiducie
Administratrice et fiduciaire

5 EST, RUE ST-JACQUES - MONTRÉAL
(Immeuble Crédit Foncier Franco-Canadien) - Téléphone : HArbour 4192

AGENCES :

QUÉBEC - WINNIPEG - RÉGINA - EDMONTON - VANCOUVER

VOIES RESPIRATOIRES

LE RESYL "CIBA"

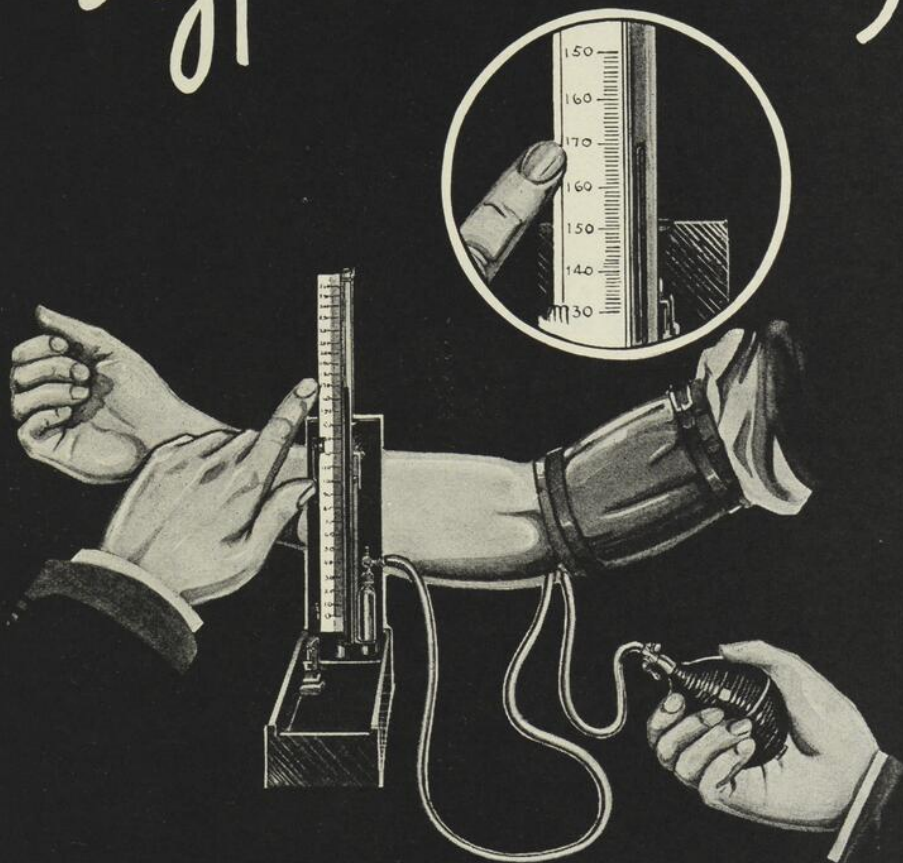
asséchant bronchique, désinfectant
de la muqueuse, agit directement sur
la lésion et en modifie l'évolution.

Diminue la toux,
réduit l'expectoration,
relève l'état général.

————— COMPRIMÉS - AMPOULES —————

COMPAGNIE CIBA Limitée, MONTRÉAL

hypertension



HYPOTENSYL

Efficace dans les maux de têtes, les troubles de la vue et de l'ouïe dus à la "haute tension artérielle".

Littérature et échantillon d'HYPOTENSYL sur demande

L'ANGLO-FRENCH DRUG CIE - - MONTRÉAL

PHYSIOTHÉRAPIE

L'Antiphlogistine est compatible avec toute autre forme de médication, et constitue un adjuvant des plus utiles en physiothérapie.

Employée après les applications diathermiques, rayons X, ultra-violets, etc., l'Antiphlogistine agit énergiquement par son action décongestive, adoucissante, absorbante.

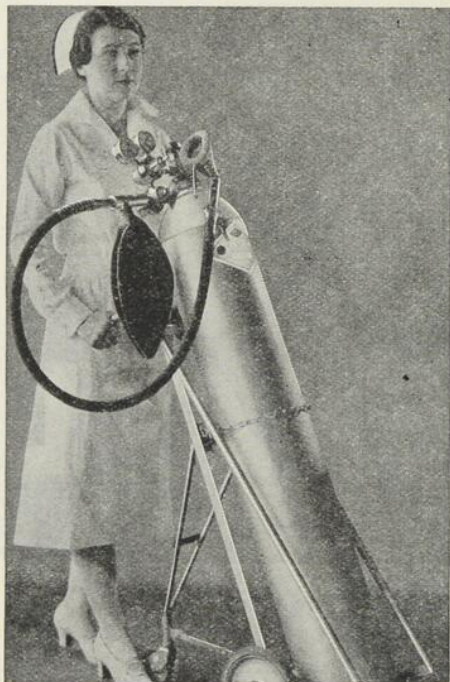
Remède précieux contre les érythèmes, érosions, oedèmes. Augmente l'activité de l'appareil circulatoire.

Échantillon et littérature sur demande.

ANTIPHLOGISTINE

(fabriquée au Canada)

THE DENVER CHEMICAL M'F'G CO.
153, LAGAUCHETIÈRE OUEST, MONTRÉAL



" OXYGÈNE . . . ! "

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

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

Compagnie d'Oxygène du Canada

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

Messieurs,

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

Nom

Adresse

UN ALIMENT QUI CONSTITUE UN AGENT THÉRAPEUTIQUE

La Levure Fleischmann fraîche pourvoit de Vitamines A, B, G et D, en outre des substances de la nature des Hormones qui font profiter davantage l'organisme des aliments qu'il absorbe.

VITAMINE A

Elle accentue la résistance de l'organisme à l'infection et particulièrement à celle des voies respiratoires supérieures (rhumes et bronchite). On l'appelle souvent, pour cette raison, la vitamine "anti-infectieuse". Chaque gâteau de Levure Fleischmann est riche en pro-vitamine A, sous la forme que prend cette vitamine dans le beurre, les carottes, courges, etc. C'est la pro-vitamine A qui donne à la levure sa chaude couleur crème.

VITAMINE B1

La vitamine "anti-névritique". L'insuffisance de cette vitamine dans le régime alimentaire quotidien provoque anorexie, mauvaise digestion, paresse et inactivité intestinales, lassitude, etc. La Levure Fleischmann est une des sources les plus riches de Vitamine B1.

VITAMINE G (B2)

La Levure Fleischmann est également riche en B2, ou facteur G de la Vitamine B. La Vitamine G, indispensable à la croissance, exerce une action marquée sur la vitalité. On la désigne fréquemment sous le nom de vitamine "anti-pellagre", à cause des résultats remarquables obtenus par feu le Dr Goldberger dans ses travaux sur cette maladie de la peau. Elle porte en son honneur le nom de Vitamine G.

VITAMINE D

La vitamine "solarisée" est absente dans la plupart des fruits, légumes, viandes, céréales et produits de la laiterie. Il importe donc de procurer cette vitamine à l'organisme dans le but de prévenir le rachitisme par l'absorption de chaux et de phosphore. Chaque gâteau de Levure Fleischmann donne environ 250 unités USPX (1934) de Vitamine D.

En plus de ces Vitamines essentielles, la Levure Fleischmann contient des substances de la nature des hormones qui

- (a) accroissent le débit et l'efficacité des sucs digestifs, facilitant ainsi le travail de la digestion.
- (b) renforcent les muscles de l'appareil gastro-intestinal, hâtant ainsi la déjection.

Etant fraîche, la Levure Fleischmann communique ses propriétés à l'organisme sous leur forme la plus active.

MODE D'EMPLOI RECOMMANDÉ

On recommande de manger 2 gâteaux de Levure Fleischmann par jour — tels quels ou dissous dans un verre rempli d'eau au tiers — de préférence une demi-heure avant les repas, ou à l'heure du coucher.



— recommandée pour
hâter le rétablissement de la santé
et garder les patients
en bonne santé.

MEANS



QUALITY

**Membres Artificiels, Appareils Orthopédiques
Bandes Herniaires, Ceintures Abdominales, Bas Élastiques
et Corsets "Caniff"**
Faits sur commande

MÉCANICIEN ORTHOPÉDIQUE

Attitré auprès des Hôpitaux suivants:

Children's Memorial Hospital

Montreal General Hospital

Montreal Children's Hospital

Royal Victoria Hospital

Shriner's Hospital

Western Hospital

HEURES DU BUREAU

Monsieur DUCKETT (sur rendez-vous seulement)

Le lundi est réservé aux patients des cliniques d'hôpitaux de 2.30 à 6.

Nos experts reçoivent les patients tous les après-midis, (excepté le samedi), de 2.30 à 6
et aussi sur rendez-vous.

Vous êtes cordialement invités à nous consulter au sujet de tous appareils
dont vos patients pourraient avoir besoin.

J. A. DUCKETT

2008-2014-2020, RUE BLEURY, angle Ontario, - -

MONTRÉAL

Téléphone: HARbour 0630

PAVERAL

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

COQUELUCHE

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

Ne cause ni intolérance, ni complication.

Littérature sur demande.

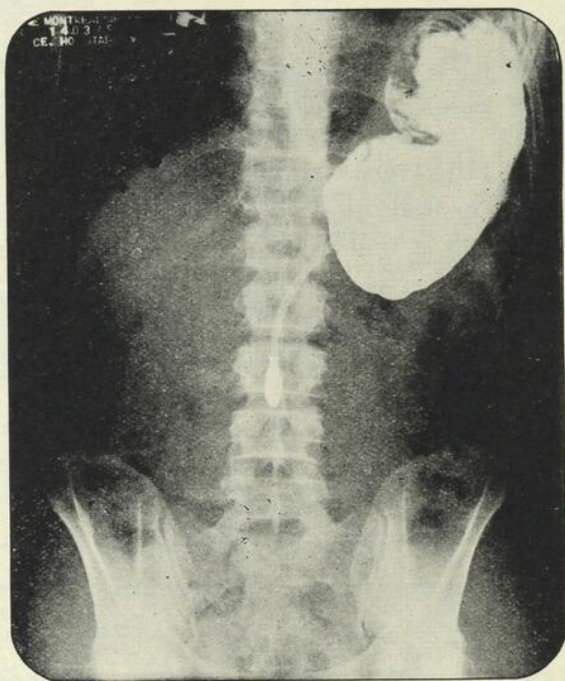
Agents : LA CIE CANADA DRUG

PHARMACIENS EN GROS

857, rue Saint-Maurice, - - -

Montréal

Consistently Satisfactory



DIAPHRAGMATIC HERNIA OF STOMACH

Radiograph Courtesy of Montreal General Hospital, and Dr. W. L. Ritchie,
Director of Dept. of Roentgenology.

● No x-ray film excels ILFORD in production of consistently good radiographs.

Leading x-ray men approve — and use — ILFORD FILM, having learned that it can be relied upon as to speed, superior detail, and uniform high quality.

We, too — old timers in knowledge of radiographic values — recommend

ILFORD X-RAY FILM

and carry complete, FRESH stocks at Vancouver, Winnipeg, Toronto and Montreal.

VICTOR X-RAY CORPORATION



of Canada, Ltd.



Distributors for General Electric X-Ray Corporation • TORONTO—1221 Bay St., Toronto 5, Ont. • MONTREAL—524 Medical Arts Bldg. • VANCOUVER—Motor Transportation Bldg., 570 Dunsmuir St. • WINNIPEG—Medical Arts Bldg. Wholesale Warehouse, 389 St. Paul St. W., Montreal, P. Q.

Le Journal de l'Hotel-Dieu de Montréal

No 5

Novembre 1936

UN CAS D'IRIDODIALYSE TRAUMATIQUE OPÉRÉ ET GUÉRI

Technique de Ben Witt Key.

Par FRANÇOIS BADEAUX,

Membre de la Société d'Ophtalmologie de Paris,
Agrégé en ophtalmologie de l'Université de Montréal.

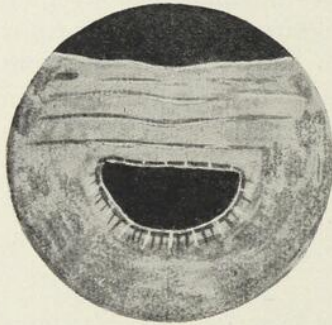
Lorsque Golovine prétend être le premier à avoir traité chirurgicalement l'iridodialyse traumatique, il semble oublier qu'il faut rendre à César ce qui appartient à César; ou alors il faut croire que la bibliothèque du grand chirurgien souffre de lacunes. Pour s'en rendre compte on n'a qu'à parcourir l'article de Nizetic paru dans les *Annales d'Oculistique* de 1935, page 775. En effet, en 1886 Amédée Paris rapporte un cas d'iridodialyse traumatique opéré et guéri; puis, c'est Smith en 1890, Woods en 1896, Jameson en 1909. Pour plus amples détails sur l'historique de la question, je renvoie le lecteur à l'article de Nizetic.

Il reste un fait clair et certain, c'est la rareté des publications d'iridodialyse traumatique opérée. C'est assez pour justifier la présentation d'un de mes petits opérés.

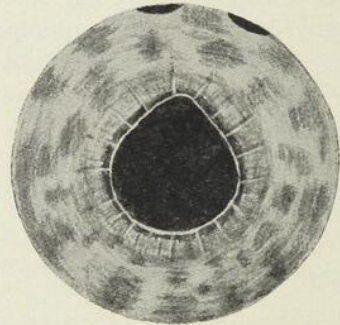
En mars 1935, je venais de terminer la lecture d'un article de Ben Witt Key sur le traitement opératoire de l'iridodialyse traumatique, article très bien écrit et très clair. Je me promettais bien de mettre à l'essai la technique décrite à la première occasion donnée. Coïncidence aussi curieuse que la loi des séries que tous les médecins connaissent, quelques jours plus tard, le 9 avril 1935, je suis

appelé à l'hôpital Sainte-Justine par le Dr J.-A. Migneault pour un cas d'iridodialyse traumatique.

Il s'agit d'un petit de onze ans qui, la veille, en jouant, reçut sur l'oeil droit une petite pierre lancée d'une fronde que maniait un écolier. L'enfant souffre beaucoup; les paupières de l'oeil droit sont tuméfiées et légèrement égratignées. Le globe oculaire ne présente aucune solution de continuité mais il est ecchymotique avec une chambre antérieure remplie de sang. La vision de cet oeil est nulle. On met l'enfant au lit, on instille de la pilocarpine à 1% toutes les deux heures avec glace en permanence sur l'oeil pour prévenir, suivant mon maître Morax, une poussée possible de glaucôme aigu. En plus on donne au malade cinq grains de lactate de calcium et une injection sous-cutanée de 5 centimètres cubes de lait stérilisé. Je vis le malade dix-huit heures après l'accident.



Iridodialyse avant l'opération.



Iridodialyse après l'opération.

Examen le 9 avril 1935.

Les paupières de l'oeil droit sont encore un peu tuméfiées avec éraflures. L'oeil présente une forte hémorragie remplissant la chambre antérieure. Vague perception lumineuse. Trente-six heures plus tard, nous entrevoyons l'iris désinséré de 10 heures à 2 heures. L'oeil à la pression digitale est mou. N'ayant aucune

raison de craindre une poussée de glaucome, nous instillons de l'atropine à 1% tout en continuant la glace. C'est le traitement recommandé par les classiques français en cas d'iridodialyse traumatique, espérant voir l'iris reprendre sa position normale. Le malade accusant de la douleur à l'oeil droit nous revenons à la pilocarpine qui le soulage immédiatement.

Le 12 avril, l'oeil s'éclaircit, la chambre antérieure se nettoie, le vitré est moins trouble mais l'iridodialyse persiste. La vision est meilleure, l'enfant comptant les doigts à 3 pieds. Enfin, le 14 avril, nous entrevoyons un fond de l'oeil normal, c'est-à-dire aucun décollement rétinien, aucune déchirure rétinienne, aucune désinsertion à l'ora serrata. Le 20 avril, l'enfant quitte l'hôpital avec un oeil présentant une iridodialyse de 10 à 2 heures.

A la lampe à fente, nous trouvons à l'équateur du cristallin, entre 2 et 3 heures, une opacité corticale. Cette opacité viendrait à l'appui de la théorie de Frenkel dans la pathogénie de l'iridodialyse traumatique, c'est-à-dire que le cristallin aurait subi une poussée violente d'arrière en avant, repoussant l'iris qui alors se serait détaché. La vision de l'oeil droit est de 20/40 sans correction. L'enfant souffre de photophobie intense bien que ses deux yeux ne présentent aucun signe inflammatoire à la slit lamp. Cet éblouissement est dû à la plage pupillaire secondaire créée par la désinsertion irienne. Il n'y a pas cependant de diplopie monoculaire comme chez le malade d'Amédée Paris.

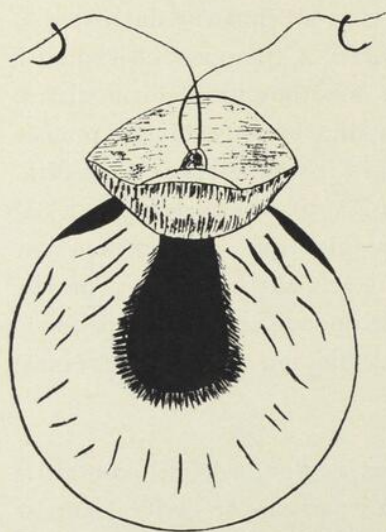
Que devons-nous faire? Laisser l'enfant tel quel, comme le suggérait un excellent oculiste anglais partisan de l'école française ou suivre l'école anglo-américaine partisane de l'intervention?

Etions-nous justifiables d'opérer?

Le malade, trop jeune, ne pouvait décider. La mère voulait absolument que nous fassions quelque chose pour son enfant qu'elle trouvait défiguré. Mais la raison surtout qui me poussait à intervenir c'était la photophobie. Je vous avoue, en toute sincérité, que l'article de Ben Witt Key était présent à ma mémoire et me donnait des tentations. Chirurgien, on se sent quelquefois des démangeaisons des doigts, un besoin, un je ne sais quoi qui vous dit: « Il y a moyen ». Quand on est convaincu il faut agir et c'est ce que je fis.

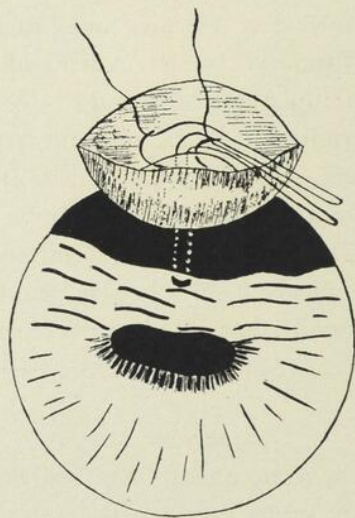
Je conseillai aux parents de me ramener l'enfant dans un mois, permettant ainsi, comme le conseille Ben Witt Key, à la racine de l'iris de devenir un peu plus fibreuse, par conséquent moins friable, plus résistante à la traction future; et persuadé que l'oeil ne présenterait aucun symptôme irritatif après ces jours de convalescence.

Le petit malade entre à l'Hôtel-Dieu le 21 mai 1935 pour être opéré le lendemain matin sous anesthésie générale, suivant la technique de Ben Witt Key.



1°

Iris fixé à sa base.



2°

La soie traverse le bec scléral et le lambeau conjonctival.

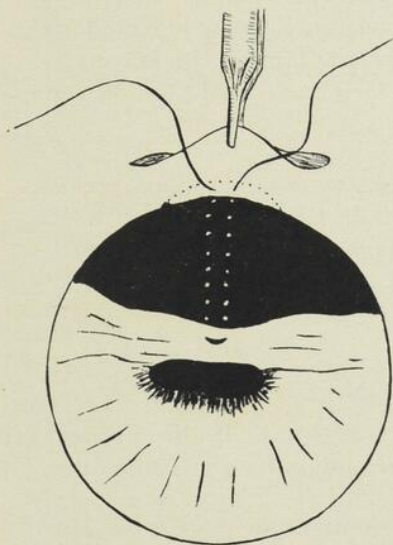
OPÉRATION

L'oeil a été préalablement dilaté à l'atropine à 1%. Lavage de l'oeil et de ses culs-de-sac au cyanure de mercure à 1 pour 5000.

Nous taillons un large lambeau conjonctival disséqué jusqu'au limbe, puis rabattu sur la cornée. Au couteau lancéolaire, taille vers 12 heures, d'un bec scléral à 2 mm. du limbe et large de 5 mm. L'humeur aqueuse s'écoule par l'incision, en entraînant un peu l'iris désinséré qui est saisi au kystitome par sa racine, attiré au dehors où il est maintenu par une pince fine. Nous passons à la racine de l'iris un fil de soie 0000 (schéma no 1, page 244).

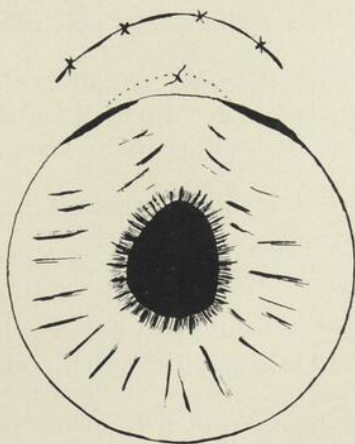
L'iris, une fois fixé par la soie est renvoyé dans la chambre antérieure à l'aide d'une spatule bien mousse.

Les deux chefs de la soie montée de deux aiguilles traversent ensuite de dedans en dehors d'abord le bec scléral puis le lambeau conjonctival (schéma no 2, page 244).



3°

Suture conjonctivale du lambeau.



4°

Fil irien en place.

Le lambeau conjonctival est recousu (3, p. 245).

En dernier lieu, nous accolons la racine de l'iris dans l'angle iridocornéen en tirant délicatement sur les deux chefs de la soie fixant l'iris. La traction doit être juste assez forte pour rapprocher la racine de l'iris, vers l'incision du bec scléral où se fera l'adhérence (schéma no 4, page 245).

Instillation d'atropine à 1% et pommade ophtalmosolantale. Pansement binoculaire maintenu 48 heures. La soie est enlevée le quatrième jour; monocle.

Le 6e jour, soit le 23 mai 1935, le malade quitte l'hôpital avec un iris en bonne et due forme sans aucun symptôme irritatif ou hypertensif.

Les suites sont normales. L'enfant a été tenu sous observation et aujourd'hui, 25 janvier 1937, il continue ses études. La pupille est un peu ovoïde, comme on peut le voir sur l'aquarelle reproduite à la page 242. Elle réagit normalement à la lumière et à la convergence. A la lampe à fente on voit que l'iris est fixé à 12 et l'on voit deux petites plages non adhérentes.

L'opacité cristallinienne n'a pas progressé, la photophobie n'existe plus depuis la sortie de l'hôpital. La vision est de 20/20 de l'œil droit avec un verre cylindrique myopique — 0.50 à 180.

L'enfant est certainement guéri puisqu'il joue au hockey sans ennui.

CONCLUSION

J'ai dit plus haut que le 6e jour, le petit malade quitta l'hôpital sans aucun symptôme oculaire d'hypertension ou d'inflammation.

C'est pour répondre à ceux qui redoutent une poussée de glaucôme par pincement irien ou une iridocyclite d'origine exogène dans les interventions sur l'iris désinséré. Je n'ai pas craint une poussée glaucomateuse parce que, d'abord, il n'y a pas eu pincement irien mais bien accollement de la racine de l'iris au fond de l'angle iridocornéen. De plus, même si une minime portion de l'iris était pincée

dans la plaie sclérale, comme c'est la règle dans l'opération de Golovine, n'oublions pas que l'iris est recouvert d'un large lambeau conjonctival épais qui protège l'oeil contre toute infection extérieure.

Je ne vois pas plus de danger de glaucome secondaire antérieur dans l'opération de l'iridodialyse suivant la technique de Ben Witt Key ou suivant celle de Golovine, que j'en vois dans le traitement du glaucome chronique simple par l'opération de Holth (iridencleisis).

Les auteurs anglo-américains se partagent quant au choix de la technique opératoire, mais ils prêchent l'intervention chirurgicale dans l'iridodialyse traumatique.

L'école française fait silence et conseille encore le repos et l'atropine, bien que cette thérapeutique se soit montrée inefficace.

Sedan trouve que cette chirurgie est scabreuse et ne comprend pas l'engouement des ophtalmologistes anglo-américains. Ce qui est plus étrange c'est qu'il rapporte lui-même un cas opéré avec succès.

On craint l'iridocyclite si l'on emploie les sutures iriennes. Si votre aseptie est parfaite qu'avez-vous à craindre.

L'irritation que peut causer une soie fine n'est pas de mauvais aloi puisqu'elle aide la production de tissu fibreux au niveau de l'incision sclérale. Mais il faut enlever la soie au plus tard le quatrième jour pour l'empêcher de faire séton.

En somme, le succès obtenu chez mon petit malade vient à l'appui de la conception de Ben Witt Key.

Je tiens à remercier les docteurs Migneault et Pellerin de leur précieux concours lors de l'opération car, seul, je serais difficilement venu à bout de cette technique délicate.

BIBLIOGRAPHIE

- 1° BEN WITT KEY — Arch. of Ophth., p. 748, 1932.
- 2° BEN WITT KEY — Am. J. of Ophth., p. 301, 1934.
- 3° DE SCHWEINITZ — Text-book of Ophth.
- 4° DE SWANZY. — Diseases of the eye, 1924.
- 5° FRENKEL — Arch. d'Ophth., p. 393, 1920.
- 6° FUCHS — Text-book of Ophth.
- 7° JAMESON — Arch. of Ophth., p. 38, 1909.
- 8° NIZETIC — Ann. d'Ocul., p. 775, 1935.
- 9° RUTHERFORD — The eye, 1928.
- 10° SEDAN — Soc. d'Opht. de Paris, p. 626, 1936.



CONCOURS CASGRAIN-CHARBONNEAU À L'UNIVERSITÉ

On sait que la Maison Casgrain et Charbonneau a offert à l'Université:

Premièrement, « un prix de \$500 à être attribué, chaque année, au meilleur travail, — recherche ou amélioration scientifique, — se rapportant à la médecine, à la pharmacie, à la dentisterie, à la chimie ou biochimie; — ce qui comprend toute découverte médicale ou pharmaceutique, toute amélioration importante de traitement médical ou d'opération chirurgicale, toute découverte scientifique d'ordre médical. »

Deuxièmement, « la Maison Casgrain et Charbonneau met à la disposition des chercheurs une somme de \$1,000. Il s'agit d'encourager les travailleurs qui, dans les domaines scientifiques et médicaux ci-haut mentionnés, ont obtenu déjà des résultats probants, mais dont les ressources insuffisantes entravent les recherches. »

Le Jury du Concours s'est réuni à l'Université, le vendredi 22 janvier. Il a stipulé ce qui suit:

1° Peuvent prendre part aux deux concours les *Diplômés de l'Université de Montréal*.

2° Pour le premier concours, les travaux devront être envoyés au Recteur de l'Université, d'ici le *1er avril 1937*.

3° Ces travaux devront être inédits.

4° Pour le second concours, les demandes de secours, bien motivées, devront être adressées au *Recteur*, d'ici le *1er avril 1937*.

M. le Recteur, en nous remettant ce communiqué, se fait un plaisir de louer la généreuse initiative de la Maison Casgrain et Charbonneau et souhaite qu'elle trouve de nombreux imitateurs.

La Rédaction.

DE LA NÉCESSITÉ DE L'EXPLORATION DU PÉDICULE RÉNAL AU COURS DE LA NÉPHROPEXIE

Par le docteur OSCAR MERCIER, F.R.C.S. (Canada),
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,
Chef du Service d'Urologie de l'Hôtel-Dieu.

Il est maintenant admis par les urologues que la principale indication de la néphropexie est la petite hydronéphrose. Il fut une époque où la mode voulut que toute ptose rénale fût susceptible d'une cure chirurgicale par la fixation du rein. A vouloir fixer tout rein ptosé, les urologues coururent rapidement vers des échecs et des insuccès. Ils subirent le même sort que celui de leur confrère qui s'acharnèrent à appendicectomiser tout individu souffrant chroniquement de sa fosse iliaque droite. Cette ère de 1900 est terminée où il parut que le chirurgien, tel l'enfant auquel un nouveau jouet est donné, voulait à l'occasion de tout « jouer » du bistouri parce qu'il venait de découvrir l'aseptie. Les indications opératoires se sont précisées et sont « standardisées ».

Que servirait de pratiquer une néphropexie sur le rein ptosé d'un individu dont tous les organes abdominaux sont également « descendus ». Quel délabrement inutile que la fixation d'un rein chez une femme amaigrie qui ignore sa ptose rénale indolore! Quel acte opératoire inutile et inhumain que la néphropexie d'un rein sorti de sa loge dont le bassin est normal, alors qu'une ceinture orthopédique donnera le même résultat!

La néphropexie a donc maintenant ses indications nettes. Elle est indiquée, lorsque le rein légèrement ou grandement ptosé s'accompagne d'une petite hydronéphrose. Dans ce cas la ptose se complique d'autres substratums qui coudent l'uretère.

Il s'agit souvent de *brides pyéliquies ou urétérales congénitales ou inflammatoires*. La partie juxta-pyélique de l'uretère étant fixée par des brides, le rein, sous l'effet d'une cause quelconque, s'abaisse; le bassin devient alors soit horizontal, soit oblique de dedans en dehors et de haut en bas, ce qui crée un bas-fond pyélique. Du fait

de cette position vicieuse, il doit augmenter la force de ses contractions pour parvenir à se vider normalement. Cet effort finit par épuiser sa puissance contractile, l'urine tend à s'accumuler dans le bassin et l'hydronéphrose se constitue. *Une autre cause fréquente est la présence d'une artère polaire inférieure anormale.* Une artère supplémentaire quitte l'aorte pour se terminer dans le pôle inférieur du rein; elle croise sur son trajet l'uretère. Dès qu'il se produit une ptose du rein, même légère, l'uretère s'appuie sur l'artère anormale tel une corde de violon sur le chevalet; un obstacle au libre cours de l'urine vers la vessie est alors créé qui provoque une hydronéphrose.

Nous comprendrons sans effort que le port d'une ceinture orthopédique chez ces malades peut soulager temporairement en relevant le rein, mais ne peut agir sur les causes de l'hydronéphrose.

Il importe alors de fixer chirurgicalement le rein. Nous ne voulons pas discuter ici les diverses techniques de néphropexie, ce que nous ferons dans un autre article. Qu'il nous suffise d'insister sur la nécessité absolue de fixer le rein très haut afin de redresser l'uretère. Quoi qu'il en soit, le fait le plus important au cours de la néphropexie est l'exploration du pédicule rénal, afin de trouver les causes de l'hydronéphrose et d'y obvier.

Nous présentons ici l'observation de deux malades où le chirurgien, pour avoir oublié ce fait, n'apporte aucun soulagement à ses opérés. Dans l'un et l'autre cas, les malades continuèrent à souffrir après avoir subi une néphropexie. Nous les avons opérées et nous avons trouvé chez l'une et l'autre une artère polaire inférieure que nous avons ligaturée et sectionnée. Dès que les douleurs opératoires eurent disparu, les malades cessèrent de souffrir et ne présentent plus maintenant aucune douleur.

OBSERVATION I:

Mlle C. S . . . , 24 ans, est admise à l'Hôtel-Dieu au service d'Urologie, lit 409, le 19 septembre 1936. Elle se présente pour des douleurs dans la région lombaire droite. Celles-ci remontent à plusieurs années et existent sous forme de pesanteur continues augmentées par le travail. Dans les cinq dernières années, elle souffrit de 15 coliques néphrétiques sérieuses ayant nécessité l'usage de calmants. En août 1935, elle est opérée dans un hôpital de Montréal où elle subit une néphropexie droite. Cette opération n'apporta aucun soulagement, si bien

qu'en un an la malade eut six coliques néphrétiques classiques. Elle ne présente aucun trouble urinaire. Un examen complet de l'appareil urinaire indiqua que le rein fixé était en position normale, mais présentait une petite hydronéphrose.

Le 26 septembre nous pratiquâmes une lombotomie droite exploratrice. Le rein fixé antérieurement était en situation normale pris par de solides adhérences. Les adhérences furent sectionnées et le rein libéré. Le pédicule fut alors exploré; une artère polaire inférieure qui coudait l'uretère fut ligaturée et sectionnée. La malade guérit normalement et quitta l'hôpital le 17 octobre 1936. Elle fut revue en décembre et ne présente plus aucune douleur.

OBSERVATION II:

Mlle L. V . . . 34 ans, est admise à l'Hôtel-Dieu au service d'Urologie, lit 408, le 3 décembre 1936. Elle se présente pour des douleurs lombaires droites et des troubles digestifs.

Ces douleurs existent depuis l'âge de 17 ou 18 ans. Elles apparaissent d'abord sous forme de colique néphrétique qui apparaissent plus fréquemment, si bien qu'en 1932 elle eut de ces crises à tous les mois; entre temps, elle éprouvait une pesanteur lombaire droite. En 1933, elle fut opérée aux Etats-Unis où elle subit une appendicectomie et une néphropexie droite. Cette opération n'eut pour résultat que d'aggraver la situation douloureuse, si bien qu'actuellement elle souffre de colique néphrétique à toutes les semaines. Depuis six mois environ la crise s'accompagne d'augmentation de volume du rein droit que la malade remarque elle-même.

Au palper rénal, nous percevons un rein droit légèrement posé, fixe, augmenté de volume et douloureux. Une pyélographie ascendante indique une moyenne hydronéphrose du rein droit avec coudure de l'uretère. Il n'existe aucun calcul.

Le 7 décembre 1936, nous pratiquons une lombotomie droite exploratrice. Le rein est fixé dans la cicatrice opératoire et le pôle supérieur à la 12^e côte. Libération du rein et exploration du pédicule. Nous découvrons une artère et une veine polaires inférieures qui écrasent et coudent l'uretère. Ligature et section de ces vaisseaux. Le bassinnet reprend immédiatement une forme et un volume normaux.

La guérison opératoire s'opère par première intention et la malade quitte l'hôpital le 31 décembre 1936. Elle est revue le 12 janvier et ne souffre plus depuis l'opération.

Nous avons cru utile de présenter ces observations afin d'attirer l'attention des urologues et des chirurgiens sur la nécessité d'explorer le pédicule rénal au cours de la néphropexie. Cette exploration complétera la fixation du rein, en indiquant la cause de l'hydronéphrose, auquel il faudra obvier en sectionnant soit les brides péri-urétérales soit une artère polaire inférieure.

SUR UN LIVRE DE G. MARION

Par OSCAR MERCIER

Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) en Urologie.

Masson et Cie, éditeurs. Paris. 1936.

Aucun écrit du professeur Marion ne peint plus son caractère, son tempérament et son exposé clinique. Ceux qui l'ont connu reconnaîtront rapidement dans cet opuscule de 60 pages la grande limpidité, la simplicité extrême et la logique éclatante de l'intelligence du maître de l'Urologie française. Tout son enseignement et tous ses écrits sont frappés du sceau du plus bel exemple de la logique et de la clarté du génie français.

Ceux qui ont suivi ses leçons à Lariboisière et qui ont participé quotidiennement à son enseignement connaissent déjà la plus grande partie des vérités qu'il expose dans ce livre. Nous nous faisons un devoir d'attirer ici l'attention de nos confrères sur cet opuscule, car ce sont ces vérités enseignées par notre maître qui ont permis à ses élèves de connaître et de comprendre l'Urologie. La lecture de ces axiomes sera utile non seulement à ceux qui se destinent à l'Urologie, mais aussi aux médecins praticiens qui reconnaîtront plus facilement les maladies urologiques.

L'analyse de ce livre sera l'occasion de citer quelques-unes de ces vérités. Le chapitre premier est intitulé: « Généralités ». Il comprend l'exposé de certains axiomes généraux qui intéressent l'urologue et le praticien. Citons pour le premier celle-ci: « *Le cathétérisme urétéral* doit toujours être précédé d'une exploration complète de la vessie.

Il arrive, en effet, que si cette exploration n'est pas pratiquée, on laisse échapper une lésion vésicale cause des accidents, ceux-ci n'étant pas d'origine rénale. »

Et pour le praticien reproduisons cet axiome: « *Un examen des voies urinaires* éviterait bien des traitements de prétendues colites ou des appendicectomies inutiles chez des malades qui n'ont jamais eu de crises aiguës nettes d'appendicite.

Les malades opérés d'appendicite chronique et qui viennent ensuite pour un calcul, une hydropéphrose, une tuberculose rénale, etc., du côté droit, sont légion dans nos services d'urologie. Et combien de malades traités pour des colites, n'ont qu'une hydropéphrose ou un calcul. »

Au chapitre II, nous trouvons les vérités ayant trait aux maladies du rein. Nous lirons entre autres celle-ci: « *Toute pyurie rénale* qui n'est pas démontrée nettement tuberculeuse commande la radiographie ou la pyélographie. Beaucoup de pyuries rénales ne guérissent pas, parce qu'il existe un calcul qui ne donne aucun autre symptôme que la pyurie, ou une dilatation qui entretient la pyurie. »

Et encore la suivante: « *La pyélonéphrite chronique rebelle* ne doit pas être traitée indéfiniment par un régime.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une semblable pyélonéphrite il faut s'assurer tout d'abord qu'il n'existe aucune cause d'entretien: calcul rénal, dilatation du bassinet, abaissement du rein. Si ces causes existent, il faut commencer par les supprimer.

Si l'on ne trouve aucune cause expliquant la persistance de la pyélonéphrite, il faut mettre les malades à un régime reconstituant avec viande, etc., et ne pas continuer à les affaiblir par un régime débilitant (régime lacto-végétarien). Les antiseptiques urinaires, les boissons abondantes, les vaccins ne sont que médications tout à fait accessoires: dans ces cas, la reconstitution de l'état général est la chose capitale. »

Le chapitre IV comporte des considérations sur les affections de la vessie. Il débute par un tableau synoptique qui analyse et classifie les cinq grands syndromes douloureux: pollakyurique, pyurique, hématurique, dysurique et incontinence. Nous y relevons la vérité suivante qui doit être connue de tous les praticiens: « *Toute cystite spontanée*, toute cystite résistant au traitement classique des cystites, toute cystite récidivante doit être tenue pour suspecte de tuberculose. »

Et encore celle-ci: « *Lorsqu'il existe une épididymite tuberculeuse, il faut toujours procéder à un examen d'urine pour juger si l'appareil urinaire n'est pas également atteint.* »

Très souvent une tuberculose rénale existe latente chez les malades atteints d'épididymite tuberculeuse, et qui demande à être traitée encore avec plus de raison que la tuberculose épididymaire.

Le chapitre suivant se rapporte aux maladies de la prostate. Citons: « *Un sujet jeune atteint brusquement de rétention complète aiguë d'urine a le plus souvent une prostatite aiguë.* » Celle-ci devient certaine si le malade est en puissance d'une blennorragie aiguë.

Et cette vérité: « *On ne devrait pas faire de prostatectomie sans avoir vérifié par cystoscopie ou mieux par cystographie l'existence de diverticules vésicaux.* »

Enfin, le livre se termine par l'étude des vérités ayant trait à l'urètre et le dernier axiome est le suivant: « *L'hémospermie est un symptôme sans valeur, n'indiquant qu'une congestion de la prostate et des vésicules. Il ne doit jamais faire penser à une tuberculose ou à un cancer de ces organes.* »

Nous avons reproduit quelques-unes des vérités premières en urologie, pour illustrer l'importance de cet opuscule de 60 pages et pour inciter nos confrères à les connaître parfaitement.

LE POUR ET LE CONTRE DE LA RACHIANESTHÉSIE

Par LÉON LONGTIN,

Anesthésiste bénévole à l'Hôtel-Dieu.

Le professeur Forgue, de Montpellier, et Antoine Basset, de Paris, chirurgien des Hôpitaux, ont fait récemment le procès de la rachianesthésie.

Leur expérience personnelle en la matière et leur compétence étaient d'emblée suffisantes pour établir la valeur de la rachianesthésie, mais ils ont voulu, en plus, voir quelle est la place actuelle de la rachianesthésie dans la pratique chirurgicale à travers toute l'Europe et même aux Etats-Unis. Les statistiques recueillies, provenant des plus grands maîtres et des chirurgiens de tous les pays, sont de plus intéressantes et concluantes, confirmant d'une façon irréfutable les avancés de ces deux auteurs.

Nous rapporterons ce qui, à leur point de vue, fait l'avantage de la rachianesthésie, quelles sont ses qualités et ses contre-indications et nous citerons pour terminer quelques-unes de leurs statistiques.

L'étage sus-diaphragmatique, à de très rares exceptions près, n'est pas du domaine de la rachianesthésie. Dans la chirurgie de l'abdomen supérieur entre l'ombilic et le diaphragme, la rachianesthésie a ses indications et ses avantages, et spécialement dans les interventions sur l'estomac et sur les voies biliaires.

Etant donné l'état de résistance amoindrie où arrivent la plupart des malades porteurs de lésions gastriques ou hépatiques, il est de première importance de ménager ces malades et de faire tout en notre possible pour leur éviter des complications post-opératoires, pulmonaires ou hépato-rénales. Or, à l'approbation générale, la toxicité ou la nocuité de l'anesthésie croît selon qu'elle est locale, rachidienne ou générale. Si l'anesthésie locale était suffisante pour

ce genre d'opération, elle serait l'anesthésie d'élection, mais malheureusement elle ne l'est pas toujours.

La moindre nocuité est donc apportée en second lieu par la rachianesthésie, mais le choix de celle-ci dépend d'un ensemble de conditions qui en sont comme la règle clinique, savoir: l'importance de l'opération à pratiquer, sa durée et sa difficulté probables, l'état cardio-pulmonaire et le bilan hépato-rénal du malade.

Nous entendons, par ces conditions, éliminer certaines opérations à courte durée, plutôt faciles, certains malades souffrant de grande insuffisance cardiaque, d'urémie ou d'insuffisance hépatique.

En plus des avantages qu'elle offre au patient, la rachianesthésie en offre aussi au chirurgien. Elle facilite et abrège de beaucoup le travail de celui-ci en produisant la détente complète de la paroi, le relâchement des viscères, en éliminant les poussées si gênantes dans l'anesthésie par inhalation, et lui permet de faire une hémostase parfaite en l'assurant toujours d'une moindre nocuité pour les voies respiratoires, les reins et le foie de son patient et, par là même, d'une convalescence rapide et sans incidents.

En chirurgie rénale, la rachianesthésie présente, ainsi que le formulait Chevassu dans son judicieux rapport au congrès d'urologie en 1921, « une incertitude infiniment plus grande que pour les opérations pelviennes et péritonéales ». Legueu dit: « ne pas s'en servir beaucoup »; Marion dit que « il ne l'emploie pour les reins, que lorsque la fonction rénale est médiocre ou l'état général mauvais », ce qui est certainement un grand témoignage en faveur de la moindre nocuité de la rachianesthésie. Jeanbrau se félicite de l'emploi de la rachi dans la néphrectomie chez les tuberculeux présentant une lésion thoracique en évolution ou une lésion torpide susceptible de recevoir un coup de fouet par l'anesthésie générale. Il est bien réel que la rachi à la novocaïne et ses analogues est, par comparaison avec la chloroformisation et l'éthérisation, le mode d'anesthésie qui donne le plus de sécurité chez les malades dont les fonctions rénales laissent à désirer; elle n'est à redouter que chez les hyperazotémiques avec rétention chlorurée: il y a alors danger de rupture d'équilibre.

Comme les paroles des grands maîtres citées plus haut nous le laissent entendre, on ne concède à la rachi, pour cette zone chirurgicale, que les cas trop graves pour supporter la narcose, ne lui laissant par là même qu'un champ périlleux et inexploitable. Et si l'on tient compte du fait que le niveau de l'anesthésie ne se règle pas à coup sûr et que de telles interventions exigent une ascension de l'anesthésie et des doses plus fortes, la gravité de l'anesthésie rachidienne augmente, d'où la nécessité de la laisser à des mains expertes.

Mais le vrai domaine de la rachianesthésie, là où elle devient sûre et utile, c'est au-dessous de l'ombilic.

MM. Forgue et Basset, à la suite de leurs investigations, disent qu'« il est remarquable de constater avec quelle unanimité s'est prononcée, sur ce point, l'ensemble de leurs collègues. » A leur dire, la question de topographie n'est ni suffisante, ni décisive. L'importance et les conditions techniques de l'intervention jouent dans ce choix un rôle qu'il ne faut jamais omettre. Toutes les fois que la séance opératoire doit dépasser trente minutes, qu'une résolution musculaire parfaite est d'un bon secours à l'acte opératoire, qu'un travail de précision est indispensable, la rachi sous-ombilicale donne, avec des doses réduites, une heure et plus d'analgésie tranquille qui peut être utilisée d'une façon méthodique, réglée, sans incidents.

C'est surtout pour la chirurgie abdominale et pour les interventions pelviennes que MM. Forgue et Basset reconnaissent la supériorité de la rachi-novocaïnisation sur l'anesthésie générale. Ce qui fait le prix de la rachi analgésie dans les opérations majeures de la gynécologie, c'est « ce silence abdominal, ce calme plat du ventre qui, vraiment, transforme la chirurgie. » Ainsi en est-il des colectomies, de l'amputation abdomino-périnéale, des cancers du rectum qui doivent à la rachi une forte réduction de leur mortalité. Dans les occlusions intestinales et les larges résections intestinales, le chirurgien facilite son travail de 50%, ménage son patient en s'abstenant de tractions, inévitables dans l'anesthésie générale, protège son patient contre les complications post-opératoires, pulmonaires

et autres et lui garde un foie et des reins capables de produire une convalescence rapide.

L'anesthésie rachidienne exerce sur la contractilité intestinale une action excitative: c'est un fait de grande importance, observé cliniquement et prouvé expérimentalement. Cliniquement on observe, après la rachi, des évacuations alvines, sur la table d'opération; dans les occlusions intestinales: la reprise du péristaltisme et la débâcle qui s'en suit; dans les suites opératoires: l'apparition précoce des premiers gaz et de la première selle, à la condition, toutefois, qu'on ne donne pas au patient de sulfate d'atropine; nous verrons pourquoi plus loin. Cette augmentation du péristaltisme intestinal après la rachi a été vérifiée expérimentalement et est due à un déséquilibre dans l'inervation intrinsèque de l'intestin. En effet, la cocaïne atteint les filets préganglionnaires splanchniques et amène leur section chimique temporaire. Ainsi se réalise la suppression de l'action inhibitrice du splanchnique sur la motilité intestinale, et l'excitation motrice du pneumogastrique s'exerce seule. Il existe donc une action isolée du vague, une hypermotricité sans frein qu'on peut rendre nulle par le sulfate d'atropine, qui par là devient contre indiqué dans les suites opératoires post-rachidiennes, sous peine d'une paralysie intestinale complète.

On a même fait de la rachianesthésie, en certains cas, une thérapeutique contre la parésie intestinale et l'iléus post-opératoires. Duval rapporte 9 succès sur 10 observations; MM. Forgues et Basset rapportent 2 cas où une rachi les a dispensés de l'entérostomie qu'ils se disposaient à pratiquer. Elle draine, à leur dire, aussi bien que l'entérostomie; quand un résultat rapide n'est pas obtenu, il faut intervenir, c'est qu'il y a obstacle: bride ou volvulus. On a même obtenu des résultats positifs en cas d'obstacles mécaniques tels que: cancer du colon, brides, adhérences, torsions.

Là où la rachi est le plus indiquée et rend les plus grands services, c'est en Urologie, et voici pourquoi:

D'abord les patients de ce service sont pour un fort pourcentage des gens près ou au delà de la soixantaine qui sont le plus souvent hyperazotémiques, sclérosés, bronchitiques, sans résistance, sup-

portant mal l'anesthésie générale qui devient pour eux et leur médecin un sujet de crainte. Ensuite l'anesthésie doit être très profonde pour qu'aucune poussée ne vienne troubler le travail de précision que doit faire le chirurgien, car la cystostomie ou la prostatectomie demande un relâchement complet et le plus grand calme abdominal.

Chez certains gaillards peureux, nerveux, ou alcooliques, l'anesthésie générale, même poussée à fond, ne pouvant qu'atténuer certains réflexes sans les supprimer totalement, rend ces interventions longues et pénibles, au mécontentement des opérateurs et au péril du malade. La rachi, au contraire, éloigne tous ces ennuis. Le grand âge ne suffit pas à contre-indiquer la rachianesthésie. MM. Forgue et Basset affirment qu'elle est « très bien supportée par les vieillards » et Gosset confirme cette observation. Ces auteurs rapportent un cas de kyste ovarien chez une patiente de 84 ans; des hernies chez des patients d'au-delà de 70 ans; des cancers, des fractures, etc. Marion dit « pratiquer toutes ses opérations de cystostomie ou de prostatectomie à l'hôpital, avec cette anesthésie. »

Et puis les opérations de ce genre ne nécessitent qu'une faible dose de novocaïne et une anesthésie basse; par conséquent la plus facile et la plus sûre des anesthésies rachidiennes. Enfin, avec la rachi l'hémostasie est quelquefois inutile tant l'hémorragie est réduite. La rachi facilite les interventions pour tumeurs ou calculs de la vessie parce qu'elle supprime tous les réflexes, accroît la capacité de la vessie fermée et la tolérance de la vessie ouverte, permet au chirurgien de travailler sans exercer de tractions, parfois sans même se servir d'écarteurs. En un mot, elle abrège et facilite le travail à la satisfaction de tous et pour le plus grand bien du patient.

Les qualités dominantes de la rachi sont donc les suivantes: « le mode d'anesthésie qui respecte le plus le foie et les reins du patient, le moins offensif à ses poumons »; l'absence de poussées intestinales d'où travail facilité et abrégé; simplification des suites post-opératoires.

Quant aux contre-indications de la rachi, elles se résument à celle-ci: l'hypotension artérielle, à cause de l'action hypotensive de

la rachi. On conseille cependant d'être prudent dans les cas de shock traumatique, de shock nerveux, et dans les cas de grande hémorragie. Il faut être également prudent chez les malades en état de septicémie (surtout si l'hémoculture est positive) et chez les spécifiques. Le danger dans ces cas est d'ensemencer les méninges avec le microbe en cause, l'aiguille étant presque inévitablement en contact avec le sang avant de pénétrer dans l'espace sus-arachnoïdien. Il y a aussi une catégorie de malades chez qui un trouble de l'équilibre des chlorures est associé à une rétention urémique marquée; le moindre choc peut rompre cet équilibre et déclencher une urémie finale. Tout autre mode d'anesthésie pouvant produire le même effet, il ne faut pas attribuer cette urémie à la rachi.

Comme il a été dit plus haut, le grand âge ne contre-indique pas la rachi. Au-dessous de quinze à seize ans, MM. Forge et Basset ne pratiquent pas et ne conseillent pas de pratiquer la rachianesthésie.

Voici maintenant quelques chiffres publiés par ces deux auteurs à la suite de leur enquête sur la méthode dans divers pays: Aux Etats-Unis, l'analgésie spinale est peu en faveur; en Allemagne, le créateur de la méthode, le professeur Bier, a répondu que sur 100 anesthésies il compte, en moyenne, 60 anesthésies générales (inhalations, intra-veineuses ou rectales), 30 locales et 10 rachis.

Au total, à leur dire, on constate une restriction de l'emploi de la rachi, mais certains gynécologues s'en servent dans 50% des cas. En Angleterre, 10% des cas. En Suède et au Danemark, peu employée. En Suisse, pas très en vogue. En Italie, en certains milieux, 50% des cas. En Espagne, employée surtout en urologie. En Roumanie, 75% des cas à la rachi. En Belgique on est d'avis qu'elle rend, malgré les inconvénients qu'elle présente encore, des services indiscutables à qui sait l'employer avec discernement. En France, en certains milieux, on s'en sert jusque dans 50% des cas; il s'agit, dit-on, de préciser ses indications et contre-indications; la question de technique est d'importance majeure.

Et voici à peu près à quelles conclusions en arrivent MM. Forge et Basset après leur enquête: 1) si on n'accepte, comme

indications de la rachi que les contre-indications de l'anesthésie générale, c'est vraiment faire une sélection à rebours et condamner la rachi aux pires résultats tout en la reconnaissant supérieure à l'anesthésie générale, puisque dans les cas très graves, dans les cas difficiles, on la préfère à cette dernière; 2) pour une opération au-dessous de l'ombilic, d'une durée assez longue et d'une importance relative, la rachi est supérieure à toute autre anesthésie, la locale exceptée, pendant l'intervention et après l'opération pour toutes les raisons mentionnées ci-contre. 3) Il ne s'agit pas d'imposer l'anesthésie rachidienne ou d'en élargir le champ d'une façon redoutable, mais de préciser ses indications et contre-indications.

Ces conditions étant remplies, MM. Forgue et Basset n'hésitent pas à affirmer que l'analgésie rachidienne lombaire est une méthode qui se classe au même rang que l'anesthésie générale, que ses risques sont réduits au minimum par le soin de la technique, qu'elle diminue la gravité de certaines opérations et que, grâce à elle, ils peuvent sauver des opérés qui ne supporteraient point un autre mode d'anesthésie.



À PROPOS D'UN CAS DE CALCULS DE LA PROSTATE

Par JEAN-PAUL LEGAULT

(Travail du service d'Urologie de l'Hôtel-Dieu)

Parmi les affections de l'appareil urinaire les calculs de la prostate sont plutôt rares et difficiles à diagnostiquer. Le diagnostic est souvent ignoré et il se pose par le hasard ou après de longs traitements; à cet effet je puis citer que Guyon n'en trouvait qu'un ou deux par années dans sa nombreuse clientèle de Necker.

L'historique de cette maladie remonte aussi loin qu'en 1586, quand Donatus, le premier décrit cette maladie. Plus tard, Louis, Morgagni, Civiale, Velpeau et Bernard en parlent. En 1901 Pasteau et Guyon donnent la pathogénie, les variétés et la situation des calculs de la prostate. Si l'on continue à feuilleter rapidement la littérature, l'on trouve que Falcone de Naples en 1909, rapporte un cas, de même en 1913, W. M. Brickner et Ralph Thompson, avec l'un, un cas; le second, deux. L'année 1919 nous apporte les noms suivants: Judd & Crensham sur 3.180 cas d'affections de la prostate, ne trouvent que 20 cas de calculs. Ils préconisent leurs ablations par la voie hypogastrique.

R. L. Spittel rapporte que cette affection se rencontre surtout dans l'âge moyen et l'âge mûr. Il ajoute qu'ils ont une triple pathogénie et sont dus à des rétrécissement ou à de l'infection chronique.

Hubney insiste sur l'usage des Rayons X comme moyen sûr de diagnostic. Quant à lui on doit faire alterner entre la voie pubienne et la voie périnéale pour en faire l'extraction.

G. T. Lydstone enrichit la littérature de trois nouveaux cas. En 1920, Chevassu rapporte un cas et prône la voie périnéale exclusivement comme moyen d'ablation. La même année, une nouvelle observation est rapportée par Kravtchenko de Varsovie.

Gioa et Montsarrat en 1925 publient: le premier, un cas; le second, trois.

L'année suivante, soit 1926, Kretschner fait le total des cas publiés, soit 173, et y ajoute 73 des siens.

En 1927, *Jodlasky* et *Elconin*; en 1928, *Gayat* de Lyon et *Maisonet*; en 1930, *Grinda*; en 1932, *Lazarus* et *Rosenthal*; en 1933, *Waugh* de Hot Spring; en 1934, *Young*; en 1935, *Bautz* et *G. J. Thompson* et *Cook*; enfin tous ces chirurgiens ont des cas personnels à leur crédit et ils donnent leur appréciation sur cette maladie.

Quant au nombre exact des observations de calculs de la prostate, il est incertain. En effet, il existe une légère contradiction quant au total. En effet, en 1932, *Lazarus* et *Rosenthal*, dans la *Revue d'Urologie et de Dermatologie*, en comptent 370 cas en plus de leur 15 cas personnels; tandis que *Young*, dans le *Journal d'Urologie* de décembre 1934, n'en trouve que 305 cas authentiques à l'exception de ses 100 cas personnels.

Peu importe le nombre exact; en voici un autre à ajouter à la liste:

M. R. C. . . ., 48 ans, menuisier, nous est envoyé d'une clinique externe avec le diagnostic de calcul de la prostate, confirmé par les Rayons X. Comme symptômes subjectifs le patient ne présentait uniquement que la pollakiurie diurne et nocturne.

Dans ses antécédents héréditaires, on relève que sa mère et un frère sont morts de T. B. pulmonaire; qu'une soeur a déjà subi une mammectomie pour néo du sein. Quant à ses antécédents personnels on y trouve la diphtérie à 6 ans; l'influenza en 1918 et deux gonorrhées vers l'âge de 23 ans.

Ses urines sont troubles et l'analyse bactériologique nous donne du pus et sans bactéries. La constance d'Ambard est de 0.085 et l'urée à 0.352.

Son urèthre est normal quant à la longueur et quant au diamètre, i.e. qu'on ne trouve pas de rétrécissements. Les organes génitaux sont normaux. Au toucher, sa prostate nous apparaît de la grosseur d'une pêche et remplie de concrétions calcaires nombreuses et mobiles. Les limites de la prostate sont bien délimitées. A la cystoscopie, en plus d'un résidu de 10 c.c., on trouve que la muqueuse est enflammée et qu'il existe un léger signe de Marion. Les orifices urétéraux sont normaux. Nous n'avons pas jugé utile de faire une uréthroscope.

Quant aux autres systèmes, nous n'y avons relevé aucun trouble fonctionnel.

Les films qu'il nous avait apportés de l'hôpital Jeanne-d'Arc nous montrent en effet une prostate remplie de calculs.

SIROP D' AMDEULATE ABBOTT

Offre aux médecins une méthode améliorée et simplifiée pour l'emploi de l'acide mandélique dans le traitement des infections des voies urinaires.

- Cette nouvelle combinaison de mandelate d'ammonium est suffisamment bien aromatisée et déguisée pour permettre une concentration de 185 Grs. (12 gms.) d'acide mandélique à l'once.
- Le Sirop d'Amdelate n'est ni métabolisé ni modifié en passant à travers le système.
- Il possède un effet bactéricide voisin de celui de l'acide Béta-Oxibutyrique.
- Il est tout particulièrement efficace dans les infections causées par le colibacille, le streptocoque ou le staphylocoque.
- Il ne cause apparemment aucune irritation des reins.
- Il permet d'éviter tous les inconvénients de la diète cétogène.

Le Sirop d'Amdelate Abbott est conditionné en flacons de 4 et 16 oz. avec une quantité suffisante de papier réactif au chlorphénol pour contrôler l'urine du patient durant le cours du traitement. Tous détails supplémentaires seront fournis sur demande.

LABORATOIRES ABBOTT
LIMITÉE
MONTREAL

SPÉCIALITÉS

● PHARMACEUTIQUES ●

BISCAMINE

Bismuth, Kaolin colloïdal, Mucilage,
Magnésie paraffinée.

PANSEMENT DU TUBE DIGESTIF

Mode d'emploi. — Estomac: Une cuillerée à thé dans un peu d'eau, avant ou après les repas ou au moment des douleurs.

ELIXIR

POLYBROMURE

(Une cuillerée à bouche de 20 grammes renferme 3 grammes de Bromure de Potassium, Sodium et Ammonium, associés à des Teintures amères et toniques.)

La pharmacie d'ordonnances **ARTHUR HIRBOUR** ci-devant Bisailon-Hirbour

35 ans d'expérience dans l'exécution exclusive d'ordonnances de Médecins.

Nous n'employons que les produits chimiques supérieurs.

Angle Saint-Denis et De Montigny

Téls: LA. 7356 — PL. 0305

MONTRÉAL

Salus aegroti suprema lex !

PANTOPON "ROCHE"

OPIUM TOTAL, TITRÉ, INJECTABLE

toujours supérieur à la morphine et ses dérivés,
sédation parfaite, pas d'actions secondaires

INSISTEZ POUR OBTENIR LE PANTOPON "ROCHE" À L'HÔPITAL !
PAR L'EMPLOI DES TABLETTES HYPODERMIQUES, LE PRIX DE
L'INJECTION EST MODIQUE.

ampoules
tablettes hypodermiques
et Pantopon "Roche" en poudre, flacon de 1/8 oz.

comprimés oraux
Pantopon "Roche" Sirop

HOFFMANN-LA ROCHE LIMITÉE

286 OUEST, RUE ST-PAUL

(PL. 3181)

MONTRÉAL

A VOTRE DISPOSITION

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

BANQUE CANADIENNE NATIONALE

534 bureaux au Canada

65 succursales à Montréal

ETHER PUR

pour Anesthésie

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

MALLINCKRODT CHEMICAL WORKS, LIMITED

378, RUE SAINT-PAUL OUEST
MONTRÉAL

SPASMOSEDINE

SEDATIF CARDIAQUE

EST LE SEDATIF ET
ANTISPASMODIQUE
SPECIALEMENT MIS AU POINT
POUR LA THERAPEUTIQUE CARDIO-VASCULAIRE

DIGIBAINES

TONIQUE CARDIAQUE

Remplacent
DIGITALE et DIGITALINE

LABORATOIRES
DEGLAUDE
Médicaments
Cardiaques Spécialisés
6 rue d'Assas PARIS.

2 FORMES

GRANULÉ
COMPRIMÉS
(avec bonbonnière de poche)

SÉDOGASTRINE

SÉDATIF GASTRIQUE
Association Alcalino-phosphatée + semences de cigüe

HYPERCHLORHYDRIE
SPASMES
DOULEURS GASTRIQUES

POSOLOGIE

Après le repas et au moment des douleurs
Granulé: 1 cuillerée à café
Comprimés: 2 à 4 jusqu'à sédation

LABORATOIRES
DU DOCT^r ZIZINE
24 Rue de Fécamp - PARIS

et ANÉMIES
et INSUFFISANCES HÉPATIQUES

Hépatrol

EXTRAIT de FOIE de VEAU FRAIS
en ampoules filtrées

MÉTHODE de WHIPPLE

ADULTES et ENFANTS
sans contre-indications

LABORATOIRES ROLLAND
31 rue des Francs-Bourgeois (4^e)
Paris

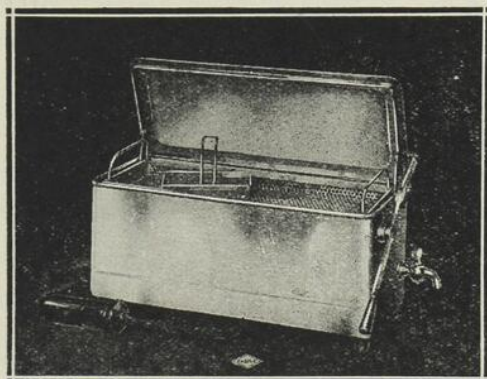


Littérature et échantillons: MILLET, ROUX & CIE, 1215 St-Denis, Montréal

STÉRILISATION

EFFICACE AUTOMATIQUE ÉCONOMIQUE

Pour MÉDECINS ET HÔPITAUX



Les Stériliseurs CASTLE vous assurent une stérilisation parfaite sans qu'il vous soit nécessaire de les surveiller constamment.

Installez un CASTLE "Full Automatic" entièrement automatique. Ils ne sont jamais en bas du point bouillant. Ils maintiendront le degré de stérilisation sans qu'il soit nécessaire de tourner aucune clef.

Vous ne pouvez endommager le Stérilisateur par négligence.

La bouilloire est en bronze coulé d'un seul morceau.

WILMOT CASTLE COMPANY

Rochester, N. Y.

“CASTLE”

CASGRAIN & CHARBONNEAU LIMITÉE, MONTRÉAL

Représentants Exclusifs

Permettez-nous de vous tenir au courant des améliorations apportées à la stérilisation moderne

Appareillage à Rayons-X et d'Electricité Médicale de WESTINGHOUSE X-RAY CO. INC.

Générateurs à Thérapie Profonde 200-400 K. V.

Générateurs Combinés (Diagnostic-Thérapie)

Générateurs à Diagnostic (Haut Milliampérage)

Générateur à Diagnostic (Condensateurs)

Générateur à Diagnostic pour Praticien

Tables à Rayons-X (modèles de tous genres)

Fluoroscopes verticaux. Stéréoscope

Civière radiographique Spéciale

Appareils à Haute-Fréquence

Escamoteurs de Cassettes

Ampoules à Rayons-X

Electro-Cardiographe

Accessoires.

Littérature descriptive gracieusement fournie

CASGRAIN & CHARBONNEAU Limitée

Représentants Exclusifs

Lancaster 3292

MONTRÉAL

30 est, rue St-Paul

UROPRAZINE

ÉLIMINE L'ACIDE URIQUE



Pipérazine
Héxaméthylentétramine
Soufre colloïdal
Formiate de lithine
Goutte, rhumatisme, sciatique

Une cuillerée à thé 2 à 4 fois par jour dans un demi-verre d'eau tiède,
selon l'avis du médecin.

BOUTEILLES DE 150 et 270 GRAMMES

LABORATOIRE SPARTOL
PARIS, FRANCE

HERDT & CHARTON, Inc.

2027, AVENUE DU COLLÈGE MCGILL . . . MONTRÉAL

MÉDICATION OPOTHÉRAPIQUE

Extrait folliculaire purifié

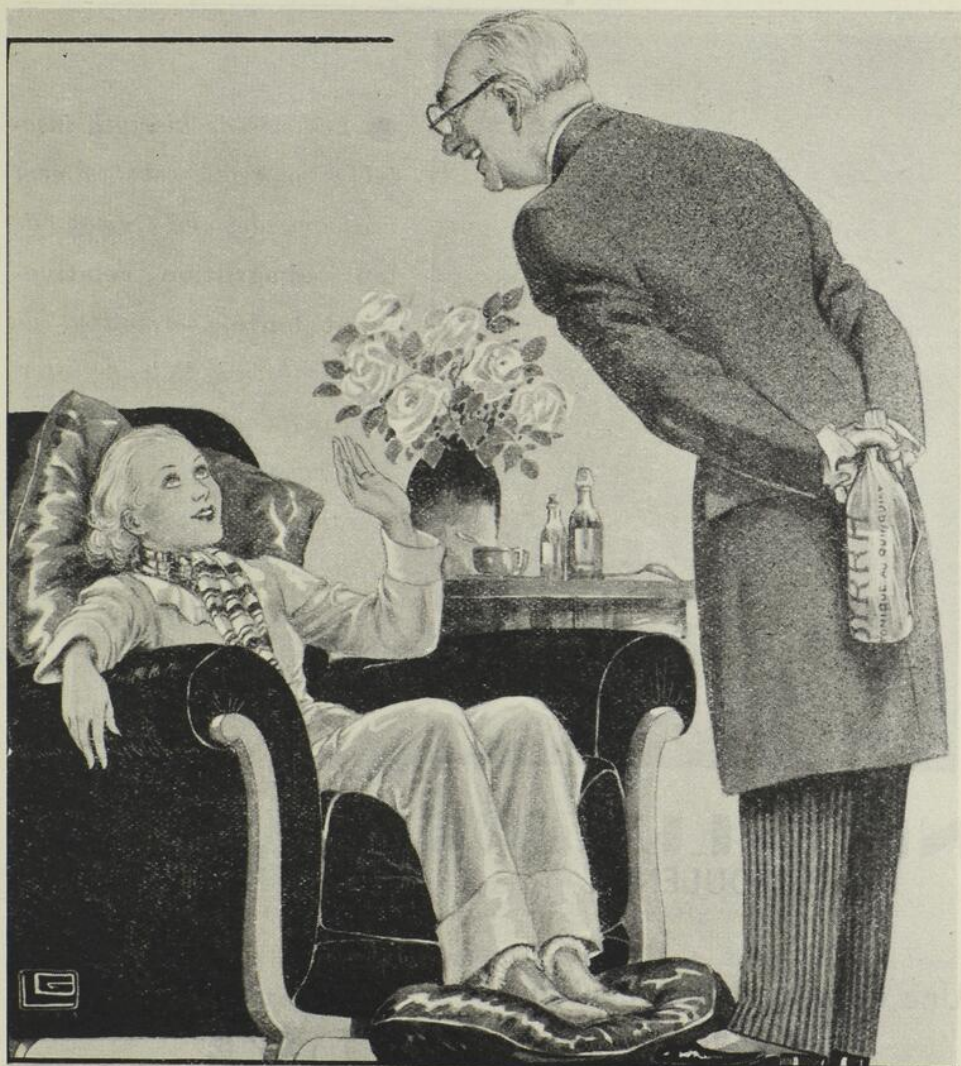
FOLLICULINE

CHOAY

Hormone sexuelle femelle retirée du *liquide contenu dans les follicules ovariennes*. Se présente exclusivement sous forme d'ampoules de 2 c.c. titrées à 500 unités internationales en solution huileuse stérilisée.

3 à 12 injections, de deux en deux jours.

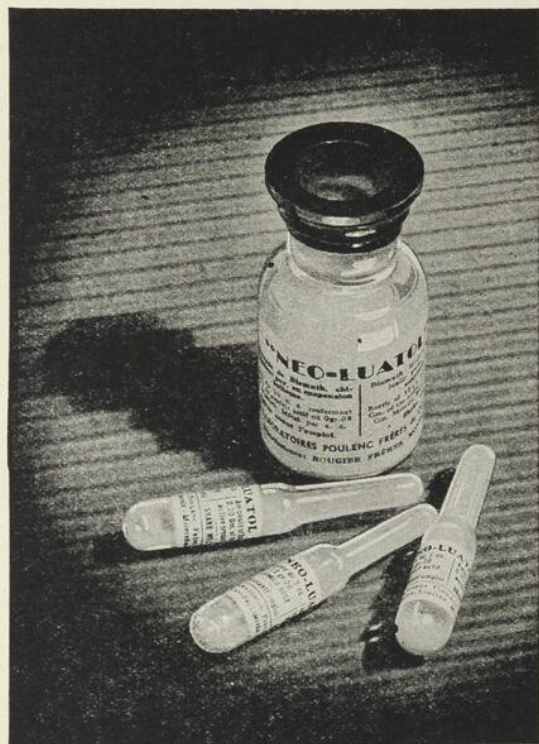
LE TONIQUE PARFAIT



DOCTEUR, JE N'AI PLUS DE JAMBES! — MADAME, JE VOUS EN APORTE

BYRRH

Bismuthothérapie Intramusculaire



● *Les sels de bismuth insolubles ont été constamment recommandés en raison de leur absorption relativement lente, permettant de fortes doses à de longs intervalles. Ils assurent une action prolongée sur le spirochète, évitant ainsi les chocs et les effets toxiques immédiats susceptibles de survenir par l'emploi des sels de bismuth solubles dans l'eau.*

NÉO - LUATOL "POULENC"

Suspension huileuse d'Hydroxyde de Bismuth.
Forte teneur en bismuth métal. Injection indolore.

Une nouveauté thérapeutique :

NÉOCARDYL

Solution huileuse
(Butylthiolaurate de bismuth)

Stable — bien toléré — activé par le soufre contenu dans sa molécule.
— Ampoules de 1½ c. c. — boîtes de 12 —

LABORATOIRES POULENC FRÈRES du CANADA, LIMITÉE

Distributeurs :

ROUGIER FRÈRES

MONTRÉAL

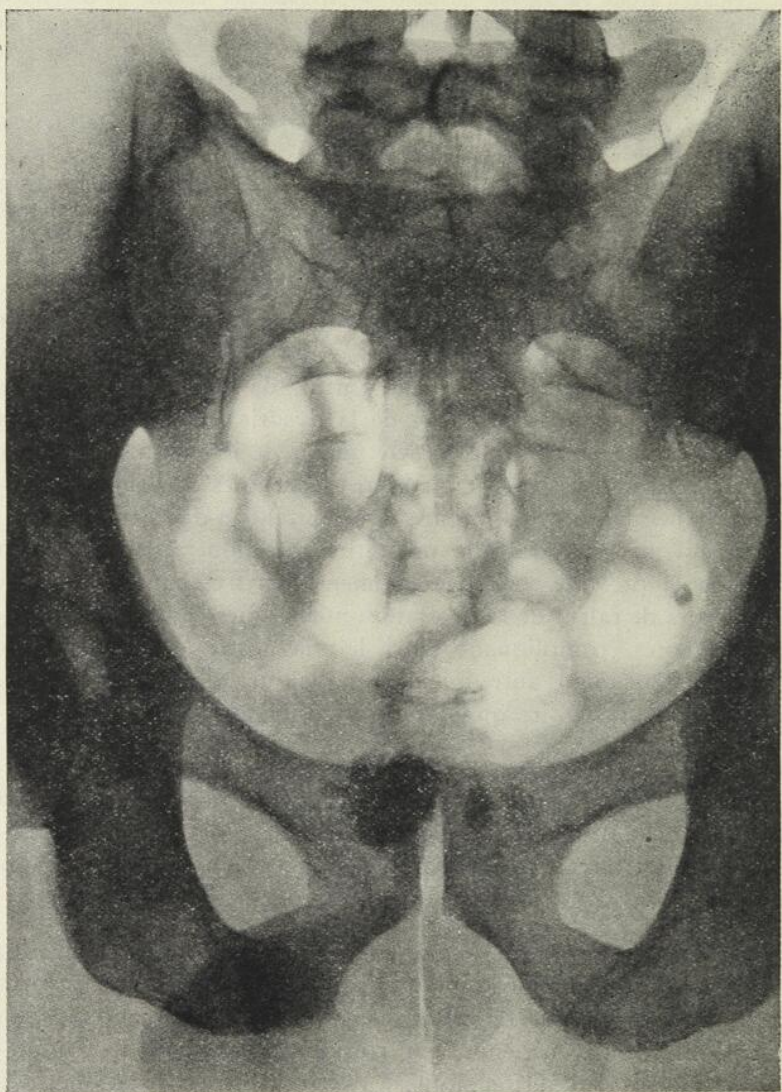
Nous n'avons eu aucune difficulté à persuader au malade qu'une intervention s'imposait. Aussi sous anesthésie générale à l'éther, une cystostomie et une prostatectomie sont faites en même temps. Une fois la prostate enlevée avec ses calculs, elle est envoyée au laboratoire pour examen histologique.

La prostate fibro musculaire est relativement pauvre en glandes. On y trouve de nombreux et volumineux sympexions, la plupart calcifiés. L'infiltration inflammatoire est presque nulle. « L'examen chimique des calculs n'est pas fait, parce qu'il était évident que nous avions affaire à des calculs du type habituel, oxalate et phosphates ».

Deux facteurs importants sont ici à considérer. Vu la symptomatologie habituelle de cette affection, il semble assez curieux que le patient en question n'ait eu d'autres symptômes que la pollakiurie diurne et nocturne. Car, habituellement, dans des cas de calculs prostatiques, l'on rencontre soit de la dysurie, de la douleur à la miction, de la rétention incomplète, même de l'hématurie, soit que le malade urine de petits graviers lui causant des douleurs au périnée, du ténesme, soit de l'impuissance génitale ou de l'hémospermie. L'on peut aussi avoir de la prostatite chronique à la suite d'un abcès de la prostate. Malheureusement il arrive souvent que les symptômes de calcul de la prostate sont masqués par d'autres troubles urinaires, compliquant ainsi le diagnostic. Vu que notre malade n'avait rien d'autre que de la pollakiurie diurne et nocturne, nous aurions pu croire qu'il s'agissait d'un cas habituel d'hypertrophie.

Autre fait important à noter c'est que cet homme présente un passé vénérien. En effet, si l'on fait le relevé des facteurs étiologiques, l'on trouve que la blennorragie entre en ligne de compte pour au moins 50% des cas.

Seulement comment expliquer ici que notre malade n'ayant pas de rétrécissement puisse blâmer son passé vénérien? L'on peut croire avec raison que ce malade a gardé pendant longtemps un reste d'infection vénérienne qui conjointement avec son hypertrophie ont servi de facteur causal à cette lithiase prostatique. De fait la gonorrhée, les abcès de la prostate et la prostatite peuvent aussi aider à former des calculs prostatiques. En effet, des loges, de vieux abcès, de la suppuration dans la prostate sont tous autant



de facteurs, à ajouter à cela les traumatismes au périnée et l'hypertrophie de la prostate.

A quelle période de la vie trouve-t-on les calculs prostatiques? Aux deux époques, avant et après 40 ans, avec cette différence qu'avant 40 ans on ne trouve pas habituellement d'hypertrophie. La cause alors serait due à l'infection, une prostatite vénérienne le plus souvent.

Tandis que, après 40 ans, l'hypertrophie de la prostate, un diverticule, ou une loge prostatique, probablement un vieil abcès vidé, peuvent être des causes de lithiase prostatique. calculs exogènes et les calculs endogènes. Toutefois avec cette différence que les calculs exogènes ne sont pas à proprement parler des calculs de la prostate. Ce sont plutôt des calculs qui sont descendus de l'arbre urinaire supérieur et se sont arrêtés dans l'urèthre prostatique ou la prostate, à cause d'un rétrécissement vénérien ou simplement du rétrécissement physiologique normal de cette région. Après un certain temps, ils se creusent une loge et augmentent de volume. Leur composition chimique est la même que celle des calculs du rein, de l'urèthre ou de la vessie.

Cependant, les vrais calculs de la prostate sont ceux formés aux dépens de la prostate elle-même: ceux du type endogène. « En effet, il existe normalement dans la prostate des concrétions calcaires très fines ressemblant à des grains de tabac, logées dans les canaux excréteurs et les glandes. A la suite d'injection prolongée, les urines précipitent et les concrétions servent de noyaux à la formation de ces calculs de forme et de dimension variées et que l'on appelle "sympexions" ». (M)

Quant au traitement de cette affection, il existe une contre-version. Quelques urologues prétendent que de ne pas y toucher est le meilleur traitement, s'ils ne sont pas dépradateurs. D'autres préconisent de les extraire par la voie endoscopique, surtout s'ils se trouvent un ou deux seulement. C'est très passionnant, mais c'est prendre un trop grand risque.

Thompson et Cook, Le Fur et Young ont déjà essayé cette méthode avec 90% de succès, disent-ils. L'opinion générale est toutefois réellement partagée entre la voie hypogastrique et la voie périnéale. Cette dernière méthode trouve son emploi dans des cas bien précis. Par exemple: un abcès de la prostate avec une ou deux pierres; un calcul unique sans adénome. Leur idée serait de ne pas ouvrir ainsi le champ urinaire. Cependant, d'après le relevé fait dans la littérature des calculs de la prostate on peut dire que le plus grand nombre des urologues emploient la voie hypogastrique. Elle est plus sûre, il y aurait moins de danger de laisser des calculs quand, surtout, il y en a beaucoup. C'est encore la meilleure méthode dans les cas d'adénome coexistant; dans les cas de calcul prostatovésical et enfin quand le sujet est jeune, de crainte de ruiner ses canaux éjaculateurs.

Dans le département d'Urologie de l'Hôtel-Dieu, les cas opérés l'ont été par la voie hypogastrique. Jusqu'à présent les résultats ont été satisfaisants.

Ainsi je résume. Les calculs de la prostate sont rares parce que le diagnostic est difficile et que souvent ils sont longtemps silencieux. Ils sont aussi souvent associés avec une autre affection. On les divise en deux classes: endogènes et exogènes.

A part la radiographie, le diagnostic se fait par l'uréthroscopie, la cystoscopie ou l'urétro-cystoscopie; il y a aussi le toucher rectal combiné à l'exploration du canal par les sondes et les bougies à boule. La radiographie reste le moyen le plus sûr.

Pour le traitement: s'ils sont silencieux, les uns n'y touchent pas; d'autres préconisent de les sortir par la voie endo-urétrale; un grand nombre font l'extraction périnéale; mais la majorité, je crois, passe par la voie suspubienne. Le nombre approximatif de calculs de la prostate s'élève à 400 cas rapportés.

Voici un résumé succinct d'une affection urinaire peut-être pas aussi rare que l'on prétend; affection qui souvent est associée avec d'autres masquant aussi les symptômes de calculs de la prostate comme feraient ceux d'une hypertrophie ou d'un cancer.

BIBLIOGRAPHIE

- 1° BARETZ LOUIS H. — Prostatic Calculi. *The Urol. & Cutan. Rev.*, vol. 38, no 10.
- 2° BRICKNER WALLIS. — *Medical Review of Reviews*, feb. 1913.
- 3° CHEVASSU. — *Journal d'urologie*. IX, 1920.
- 4° FALCOME. — *Journal de chirurgie*, Tome II, 1909.
- 5° GOYET. — *Journal d'urologie*, Tome XXV, no IV, 1928.
- 6° GRINDA. — *Journal d'urologie, Méd. & Chir.* « Les calculs de la Prostate », avril 1930.
- 7° HUBNEY. — « Prostatic Calculi », from the *Surg. & Gynec. & Obst.*, 1919.
- 8° JUDD & CRENSHAM. — *Surgery, Gynecology & Obstetrics.* « Prostatic calculi », Vol. XXIX, 1919.
- 9° KRAVTCHEKO. — *Journal de chirurgie*, Tome II, 1909.
- 10° KRETSCHNER, H. L. — *Surgery, gynecology, obstetrics.* « True prostatic calculi ». Vol XLIV, no 2, feb. 1927.
- 11° LAZARUS & ROSENTHAL. — *The Urological & Cutaneous Review*, Vol. XXXVI, no 2, feb. 1927.
- 12° LYDSTON, G. FRANK. — *The American Journal Surg.*, XXXII.
- 13° MAISONNET. — « Deux cas de calculs de la prostate ». *Journal d'urologie*, Tome XXI, no 10, 1926.
- 14° MONTSARRAT. — *British Journal of Urology*.
- 15° PODALSKI & ELCONIN. — « Prostatic Calculi ». *The Urological & Cutaneous Review*. Vol. XXXI, no 1, jan. 1927.
- 16° SPITTEL, R. L. — *Surgery, gynecology & obstetrics.* « Calculi of the Prostate », Vol. XXIV, 1919.
- 17° THOMPSON, G. J., & COOK. — *Journal of the American Medical Association*, Vol. 10.
- 18° THOMPSON, RALPH. — « *Proceedings Royal Soc.* », jan. 1913.
- 19° WAUGH, J. R. — Prostatic calculus in a pseudo-diverticulum of the posterior urethra. *Journal of Urology*, July 1933.
- 20° YOUNG, HUGH H. — « Prostatic calculi ». *Journal of Urology*, Vol. 22, no 6, déc. 1934.

CYTOLOGIE SANGUINE ET MASTOÏDITE

Par PIERRE-PAUL GAUTHIER

Si, en pratique, il est vrai de dire: chacun son métier, les vaches seront bien gardés, en médecine nous pouvons affirmer, je crois: chacun sa spécialité et les malades seront bien soignés.

Pour cette raison, nous laisserons aux spécialistes en oto-laryngologie la symptomatologie et le diagnostic clinique des mastoïdites et nous nous bornerons à attirer l'attention de messieurs les médecins sur la valeur de la cytologie sanguine dans le diagnostic et les indications opératoires souvent urgentes. avant d'aller plus loin, permettez-nous de rappeler un cas type et tout à fait particulier qui mettra en lumière la valeur de l'analyse du sang.

Il y a quelque dix ans, je fus appelé un matin par un ami qui me pria de passer chez lui, disant que le médecin traitant avait laissé une demande d'analyse.

A mon arrivée, le père m'explique que l'enfant, un beau garçon de 12 ans, est souffrant depuis environ deux semaines.

Le malade présentait des troubles intestinaux et une céphalée légère.

Dans la nuit qui précéda ma visite, l'enfant avait souffert quelque peu de l'oreille. Vu les symptômes intestinaux, le médecin avait attendu le second septenaire pour demander un Widal et la cytologie sanguine.

La réaction de Widal est négative et la cytologie sanguine donne une hyperleucocytose de 25,000 globules blancs, et la formule leucocytaire 88% de polynucléaires neutrophiles.

J'appelle, au téléphone, le médecin, pour lui communiquer mes résultats d'analyses.

Aussitôt il demande en consultation un oto-laryngologiste. L'opération est faite d'urgence et l'enfant est sauvé.

Deuxième cas.

Enfant M. M. L., 11 ans, entre dans le service le 25 octobre avec une température à 103°.

26 octobre, paracentèse double et la température persiste à 103.

27 octobre, la cytologie donne 325,000 G. B. avec 84% de polynucléaires.

L'opération est faite d'urgence et le malade quitte le service guéri le 14 novembre.

Troisième cas.

E. C., 37 ans, entre dans le service à 1 heure 20 de l'après-midi, température à 99 seulement.

La cytologie sanguine donne 34,687 G. B. et polynucléaires 92%.

L'opération est aussitôt pratiquée et le malade part guéri le 12 mars 1936, soit le dixième jour après son entrée.

Quatrième cas.

Y. C., 27 ans, le 8 janvier 1936, fait une poussée de température à 101 $\frac{3}{5}$.

Le 9 la cytologie donne 26,350 G. B. avec polynucléaires à 80%.

Opéré le même jour, le malade quitte le service guéri le 20 janvier.

Cinquième cas.

C. B., 15 ans. Entré à l'Hôpital le 12 mai 1936 avec hyperthermie à 100. Opéré pour otite le 14 mai il se produit une chute de température.

Cinq jours plus tard, soit le 19 mai, nouvelle poussée de température à 102. La cytologie demandée donne 15,800 G. B. et

polynucléaire à 74%. Le malade est opéré le jour même pour mastoïdite et quitte le service guéri le 29 mai.

Sixième cas.

J. C. Admis dans le service le 23 janvier 1936 pour écoulement des oreilles sans température.

Le 24 janvier, la cytologie donne 24,375 G. B., polynucléaires à 86%. Malheureusement ce malade meurt de septicémie six jours après l'opération.

Messieurs, nous pourrions encore citer de nombreux cas comparables à ceux-ci, mais à quoi bon allonger la liste et vous retenir plus longtemps. Nous croyons, par ces quelques exemples, avoir prouvé suffisamment la valeur de la cytologie sanguine dans le diagnostic des troubles du conduit auditif et des indications opératoires que peut donner cette analyse dans les cas de mastoïdites. Pour notre part, nous croyons qu'il serait toujours de bonne pratique de recourir à cette recherche chaque fois qu'un malade se plaint de maux d'oreille avec température et à plus forte raison lorsqu'il y a écoulement de l'oreille.



AUTOUR DU DEUXIÈME CENTENAIRE DE LA TRÉPANATION MASTOÏDIENNE

Par LÉO-E. PARISEAU, trépané.

J'ai là devant moi un volume dont les 410 pages sont entièrement manuscrites. Il faut se reporter à la fin de l'ouvrage pour y trouver le nom de l'*amanuensis*, un certain Théo. Ménard, « carson chirurgien chez Mr Noël, lieutenant des chirurgiens à Orléans et chirurgien de l'hotelle dieu » (sic).

Le sieur Ménard ne figure pas dans les recueils biographiques que je possède, mais j'aime à penser que sa main était aussi habile lorsqu'elle assistait Maître Noël que lorsqu'elle recopiait, avec l'aide d'une plume d'oie finement taillée, les précieuses notes intitulées: *Traitée ou principes de Chirurgie par Monsieur Petit, Mrs chirurgien juré et démonstrateur royal à St Cosme à Paris — A Paris le 25 7bre 1730.*

En guise d'avant-propos l'apprenti Ménard a reproduit un discours prononcé par le maître à son retour de Pologne. Ce laïus, le voici: « Enfin Messieurs mes voeux sont exaucez, je me trouve parmy vous. Je suis au comble de mes joies, mon éloignement faisoit ma peine et mon retour comble mes désirs; chaque jour de mon absence estoit une perte irréparable pour moy, puisque je ne pouvais puiser en vous le scavoir que vous avez bien voulu me communiquer, quelle perte pour moy: quelle gloire pour vous! Vostre réputation passe les bornes de nos climats, la Renommée la fait voler dans les royaumes les plus reculés; un grand Roy a besoin du secours de vostre art. Il vient le cherger parmy vous, il ce détermine en ma faveur; un heureux succès a suivy nos attentes, malgré l'Envie, la Faiblesse de la Nature et la dureté des climats. Si j'ay réüssy c'est à vous Messieurs à qui il en fault atribuer l'honneur, par ce que j'ay mis en pratique ce que vous m'avez si sagement apris. — Cest à vos esleves à suivre de sy glorieux modelles, cest à eux à copier



Page Press

Balchou Sculpt

JEAN LOUIS PETIT.

*Chirurgien juré à Paris, de l'Académie Roy.^{le} des Sciences, et de la
Société Roy.^{le} de Londres; Censeur et Démonstrat.^r R.^l Ancien Prévôt de
S.^t Côme; Ancien Direct.^r et Secret.^r de l'Académie Royale de Chirurgie.*

Né à Paris le 13 Mars 1674, Mort le 20 Avril 1750.

de si grands maîtres de notre art, et c'est à quoy je les exhorte pour se conformer aux volontés du Sage monarque qui nous gouverne et pour seconder les intentions de notre digne chef. »

L'homme qui reportait sur ses collègues tout l'honneur d'avoir été appelé à soigner un prince étranger, était d'ores et déjà reconnu comme l'un des meilleurs opérateurs de son temps, sinon le plus habile de tous. Et la postérité a ratifié un jugement émis d'enthousiasme par des contemporains.

C'est ainsi que le « Dictionnaire historique de la Médecine ancienne et moderne », publié en 1839, salue dans la personne de Jean-Louis Petit « le plus grand chirurgien du dernier siècle ».

De nos jours l'historien médical Garrison fait de lui « le plus illustre chirurgien français des premières années du dix-huitième siècle ». Parler ainsi c'est sans doute laisser entendre que cet homme avait des égaux ailleurs; mais, en fait, il planait au-dessus de tous. Du reste, Garrison lui-même l'admet implicitement, puisqu'il écrit quelques lignes plus haut, que « Paris, avant la venue de John Hunter, était le seul endroit où l'on pouvait apprendre l'art du chirurgien ». Or John Hunter a commencé ses études au-moment où Petit terminait sa carrière.

Je dirai tantôt les raisons de ma dévotion envers ce grand homme, mais d'abord que l'on veuille bien me permettre de raconter brièvement sa vie.

Jean-Louis Petit naquit à Paris le 13 mars 1674. Je ne sais comment ni pourquoi, il se trouva que le fameux anatomiste Litré logeait dans la maison paternelle. Sous un tel maître le jeune homme découvrit sa vocation, et fit de si rapides progrès que son patron le chargea de faire des démonstrations avant qu'il eut atteint sa treizième année. A force de disséquer des cadavres le goût lui vint de charcuter les vivants. Il étudia donc la chirurgie sous le célèbre Georges Mareschal.

« Plus d'une fois », dit un biographe, « Mareschal, chirurgien-major de la Charité, allant de très grand matin faire sa visite, le

trouva (Petit) endormi sur le seuil de la porte pour attendre son arrivée et avoir la première place auprès de lui ». — A dix-huit ans le jeune homme en savait assez pour se faire agréer comme chirurgien aux armées. Cinq années durant il servit les troupes du maréchal de Luxembourg, lors des compagnes de Namur, Lille, Mons et Cambrai. Entre deux pansements il enseignait l'anatomie à qui voulait bien l'entendre. Quand la paix survint, en 1697, il fut nommé chirurgien de l'hôpital civil de Tournai.

Trois ans plus tard on le trouve à Paris, où il se fait recevoir maître en chirurgie. Mais il ne se contente pas d'encaisser des honoraires et d'amasser des honneurs sans jamais se donner la peine de confesser et de professer quoi que ce soit par écrit.

Non; dès 1705 Jean-Louis Petit fait paraître son beau « Traité des maladies des os. » L'ouvrage fut réimprimé plusieurs fois du vivant de l'auteur, et même longtemps après sa mort. Un tel livre, à lui seul, justifie l'éloge suivant, que j'ai trouvé dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, édité par Panckoucke en 1824:

« Ce grand chirurgien réunissait au zèle le plus ardent pour les progrès de son art les connaissances théoriques et l'habileté manuelle qui seules permettent d'y exceller (. . .) Aucun homme jusqu'à Desault n'exerça une aussi puissante influence, et n'acquit une autorité aussi imposante que Jean-Louis Petit. (. . .) En 1726 il fut appelé pour donner ses soins au roi de Pologne; il alla en 1734 guérir le roi d'Espagne d'une maladie assez grave. En 1744, le roi de Prusse le chargea de lui envoyer des chirurgiens français auxquels il destinait les premières places dans les armées et les hôpitaux. (. . .) Les services que J.-L. Petit rendit à la chirurgie sont immenses. On lui doit un tourniquet, construit sur des principes rationnels, pour suspendre le cours du sang dans les artères. Ses recherches relatives au mécanisme suivant lequel s'arrêtent les hémorragies ont été confirmées par les expériences les plus rigoureuses. Il a présenté de judicieuses considérations sur les tumeurs formées par la rétention de la bile dans la vésicule biliaire. Il imagina, pour extraire les corps étrangers de l'oesophage, une sorte de chaîne formée par des anneaux de fil de fer, qui est quelquefois utile ».

Il faut bien le dire: cette énumération des « services » rendus est très incomplète. On se demande pourquoi, par exemple, il n'est fait aucune mention de l'opération de la trépanation mastoïdienne, que Petit fut le premier à pratiquer.

Il est fort possible que l'omission ne fut pas involontaire et que le panégyriste que l'on vient de lire crut bien faire en passant sous silence une « intervention » passablement discréditée au moment où il écrivait.

Mais voici 1836. Un médecin qui a consacré sa vie à la défense et illustration des gloires médicales du passé, Jean-Eugène Dezeimeris, se souvient que cette année-là marque le centenaire de la première trépanation du rocher. Il se fait l'apologiste de cette opération et publie de nombreuses histoires de cas afin de démontrer qu'elle est utile, non seulement quand il y a suppuration osseuse, mais aussi dans certaines surdités.

J'ignore si le plaidoyer du Dr Dezeimeris rallia des hésitants sous la bannière de Petit. A vrai dire on avait beaucoup abusé de cette intervention au cours des dernières années du dix-huitième siècle. Jean-Louis Petit, sur ce point, n'avait guère pu faire école de son vivant. En effet, on ne rencontre aucune mention de la trépanation mastoïdienne dans les ouvrages imprimés sous ses yeux; c'est dans son *Traité des opérations de Chirurgie*, publié en 1774, un quart de siècle après sa mort, grâce aux soins pieux de son élève De Lesne, que se trouve un texte devenu classique.*

Il semble bien que Petit lui-même ait considéré l'ouverture de la mastoïde comme un procédé indiqué dans les cas graves seulement. Par malheur il se trouva que, deux ans après l'apparition du « Traité », un certain Jasser, attaché à l'armée du roi de Prusse, raconta l'histoire d'un « cas » particulièrement réussi. Il eut de nombreux imitateurs, surtout chez ses confrères allemands. On ouvrit l'os au petit bonheur, parfois pour en faire sourdre du pus, d'autres fois pour y faire entrer . . . des sons. La mort tragique

* Je n'ai pas cet ouvrage et n'ai pu communiquer à temps avec quelqu'un qui, je sais, le possède. Sauf erreur, le passage intéressant va de la page 153 à la page 160.

Je suppose la première table du sinus et ne pourrois parvenir a la seconde, qui est trop enfoncée celle cy n'ay pas assez de résistance s'enfonceron et on risqueroit de blesser le cerveau.

3.^o on ne trepanne point au milieu du cerveau a cause de son Epine cideu sinus longitudinal qui y regne.

4.^o on ne l'applique point sur les sinus de cet os, cependant cela n'est pas un exemple et on trepanne les deux tables mais le cal & forme difficilement par le coulement de la morue, qui est le grand obstacle.

5.^o on ne doit point l'appliquer sur la partie pierreuse de l'os des tempes a cause de son extrême épaisseur.

6.^o on ne doit point le faire a la base du crâne, tant par raport aux muscles externes de la tête qui empêchent qu'on ne puisse -

d'un médecin assez célèbre, le baron Von Berger, archiâtre du roi de Danemark, survenue 12 jours après une intervention sur son temporal, provoqua des réactions violentes. Apparemment la confiance n'était pas revenue en 1836, quand Dezeimeris se fit l'avocat de Petit.

En 1936 nous savons à quoi nous en tenir. On n'opère plus les gens dans l'espoir de leur faire recouvrer l'ouïe, ou encore pour le plaisir de voir un liquide injecté de force derrière l'oreille sourde dans le nasopharynx. On est revenu aux indications très nettes posées par le maître.

Il était donc à prévoir que la présente année verrait paraître plusieurs articles commémorant un acte chirurgical qui marque une étape dans les progrès de l'art de guérir.

C'est ainsi que la revue américaine « *Annals of Medical History* », a inséré dans son numéro de novembre un essai de Robert Sonnenschein intitulé « *A brief consideration of the history of the development of Mastoidectomy* ». L'auteur commence par faire litière de tous les écrits censés conférer une priorité à Paré, à Jean Riolan le jeune, à Werner Rolfink et à d'autres. Rien ne prouve, dit-il, qu'on ait passé des paroles aux actes.

Et c'est sans hésitation qu'il écrit: « in 1736 (sic) the first successful mastoid operation for suppurative idsease was performed by Jean-Louis Petit ». Avec raison l'auteur tient pour acquis que ce geste ne fut tenté qu'après mûre réflexion par un homme « très versé dans l'anatomie et la pathologie du temporal ».

Oui, mais . . . ce qu'il serait intéressant de connaître en cette année du deuxième centenaire, c'est le moment précis où le chirurgien Petit en vint à conclure qu'il pouvait, qu'il devait ouvrir la portion « pierreuse » du temporal, comme on ouvrait depuis toujours d'autres segments de la boîte crânienne.

Le « *Traité des maladies des Os* », dont je possède l'édition définitive,* ne m'ayant fourni là-dessus aucun renseignement utile,

* *Traité des maladies des Os*, dans lequel on a représenté les appareils et les machines qui conviennent à leur guérison, par feu M. Petit. — Paris 1775.

je me suis reporté à mon précieux manuscrit, les notes de cours du sieur Ménard, recueillies après 1726 et rédigées avant 1731.

A la page 380 il est question des « plaies de tête »; à la page 382, des plaies du péricrâne; à la page 387, des « fractures du crâne »; et puis, enfin, à la page 393 on apprend « quels sont les lieux où il faut trépanner ». Comme de raison le professeur commence par nous dire où il ne faut *pas* trépaner:

Premièrement, « on ne trépane point sur la fontanelle aux enfans par ce que cette partie estant tout membraneuse ne peut porter le trépan ».

Deuxièmement: « on ne doit pas appliquer le trépan sur les sinus du crâne, par ce que dans ces endroits il y a un enfoncement qui fait la moitié d'un canal, le trépan couperoit la première table du sinus et ne pourroit parvenir à la seconde, qui est trop enfoncée, celle-cy n'ayant pas assez de résistance s'enfonceroit et on risqueroit de blaiisser le cerveau ».

Troisièmement: « on ne trépane point au milieu du coronal à cause de son épine et du sinus longitudinal qui y règne ».

Quatrièmement: « on ne l'applique point sur les sinus de cet os, cependant cela n'est pas un exemple et on le pouroit en trépanner les deux tables; mais le cal (?) s'y forme difficilement pour l'écoulement de la morve, qui est le grand obstacle. »

Cinquièmement: « On ne doit point l'appliquer sur la partie pierreuse de l'os des tempes à cause de son extrême épaisseur » (sic).

Négligeons la sixième et dernière contre-indication. D'après ce qui précède il est permis de dire que Jean-Louis Petit, qui a pratiqué le premier évidemment pétro-mastoïdien en 1736 n'y songeait guère vers 1730. L'idée ne lui était pas venue de mettre de côté la « couronne » du vieux trépan classique, et de procéder à petits coups, avec la gouge et le maillet.

Pour hausser le coloris de mon article j'ai fait reproduire un beau portrait gravé de Petit et la page du cahier d'élève où il est dit qu'il faut s'abstenir de trépaner le rocher.

Ne point le trépaner, soit; mais l'évider n'était pas défendu. Notre chirurgien s'y résolut un jour, pour le plus grand bien de milliers de mortels, au nombre desquels il faut compter l'auteur du présent article. Grâce lui soient rendues en cette année du ressouvenir.

Il va sans dire que mes remerciements les plus chaleureux vont à ceux qui m'ont opéré, qui m'ont sauvé. L'un d'eux ne pourra me lire . . . Ce n'est pas sans émotion que je transcris le premier feuillet de mon dossier, tout entier de la main de notre regretté confrère Albert Lassalle . . . Voici:

« Le nommé Léo Pariseau, 41 ans, est entré le 3 novembre 1922 (. . .) Appelé quelques jours auparavant par le malade en proie à de grandes douleurs, vertiges, nausées. Il raconte qu'il suppure de l'oreille droite depuis son enfance, que cette suppuration ne s'est jamais tarie. Il avait souvent des vertiges, symptômes de fistule labyrinthique. Nous trouvons le malade dans un état très grave. Consultation avec les Drs Bousquet et Rogers. Ponction lombaire, rapport annexé. Opéré le 3 nov.: évidemment pétromastoïdien et autoplastie. Quitte l'hôpital le 12 nov. 1922, guéri. »

Oui, pour toutes fins pratiques, guéri. Il me reste un léger suintement et une fâcheuse propension à la furonculose du conduit, mais les bruits et les vertiges qui m'obsédaient ne sont pas revenus.

Aux notes brèves du docteur Lassalle j'ajouterai celles-ci: Dans mon jeune âge, poussées d'otite très douloureuses. Le médecin de famille (paix à ses cendres) n'a jamais songé à pratiquer une myringotomie. Un jour le tympan s'est déchiré. Suppuration fétide, copieuse, interminable. Pendant des années (sic) pansements à l'iodoforme. Effet nul, bien entendu. Flore microbienne assez complexe, de nature saprophytique, qui s'enrichit subitement au cours du mois de septembre 1922. A cette époque je crois avoir fait une fièvre typhoïde du type ambulatoire (Séro-diagnostic positif à la dilution 1 pour 200, le 25 octobre).

Le 22, dans la nuit je suis pris de vertiges épouvantables, bientôt suivis de vomissements. Les symptômes vont s'aggravant et l'opération s'impose. Pour chasser le cafard je blague mes médecins. L'idée me vient de mettre mes brocards en vers. Un vomissement, un quatrain. La pièce est presque achevée le 2 novembre, jour des Morts. — Le 3 . . . mais lisez :

LETTRE DE CLÉOPHAS LADOUCEUR À SON FRÈRE GORDIEN

Cher vieux,

I sont v'nus trois vlimeux
Qui s'disaient spécialisses . . .
Gnien n'a pas d'plus forts qu'eux
Pour vous fair' des malisses.

Le premier, i n'a point grand poil dans la figure;
On dirait un curé qu'a désarté sa cure;
Il a la voix ben douce et l'air ben bon garçon,
Mé j'te dis: fie-toé pas à sa belle façon.

I s'nomme Albert Lassall', 'l'est plein d'occupâtion
Du matin jusqu'au souer i brûle, i coupe, i blesse!
Faudrait ben qu'on-z-i donne in titre de noblesse
Pour tout ça. Par exemp': La Salle d'Opération.

Le deuxième, on m'a dit qu'i s'appelle Bosquet.
Ouai . . . c'est pluss qu'in bosquet qu'a poussé dans sa face,
C't'eunn suparbe forêt.* Ia défriché eunn' place
Autour des yeux, rapport qu'il est coquet.

I doit être ben savant; i connaît ben des mots.
I'n'n'a trois, des fois six, pour chaquin de nos maux.
M'a parlé d'additusse et pis de labireinte!
J'amaïs pas ça pantout': les tarmes, ça m'éreinte.

* Depuis, le malheureux a sacrifié sa barbe sur l'autel de la Mode.

Le troisième a un nom qu'est comm' perdestiné.
 I travaill', lui itou, dans l'oreille et le nez.
 On l'dit très ben greyé en fait d'coutellerie.
 Dame! i s'appell' Rogers. C'est l'dagner d'la série.

.

I m'ont dit: « ConteZ-nous tout au long votre histouère
 Sans craindre les détails; nous voulons tout savouère!
 Alors moé, bon garçon, je te les ai conduits
 Depuis le temps du bers jusqu'au jour d'aujourd'hui.

J'leu-z-ai dit qu'mon oreille était plein' de maquière
 Et que depuis queuqu' temps j'étiens bien étourdi,
 Et qu'la veill', sauf respec, j'avions beaucoup vomi . . .
 I se sont regardés et pis ont crié: « Cimequière !

Son cas est épatant; c'est eunn' otit' moyenne,
 Le pus a transparcé sa cloéson mitoyenne,
 Il sarche en ce moment à franchir le tegmen,
 Si ça monte au çarveau, faudra qu'on dise Amen ! »

Lasall' dit à Clârâ (c'est l'nom d'ma criature):
 « Faudrait qu'la chambre a seye absolument obscure. »
 Clârâ a tout farmé, p'is quantia fait ben nouèr
 I m'a mis dans l'conduit ann' espèc' d'entonnouèr.

Et pis s'est exclâmé: « Batêche! que c'est beau!
 « Viens don ouèr ça Bosquet, ya du pus qui fait stase ! »
 L'aut' docteur à son tour est tombé en extase,
 A'ch'fait pu de crier: « Queu suparbe bobo ! »

Après ça i m'ont mis su' l'pignon d'la méson
 In queurieux instruiment qu'y nomm' diapéson.
 Quand j'leu-z-ai répondu que j'l'entendais à drette,
 I z'avaient l'air de s'dir: « Bon Ghieu qu'on est adrette ! »

Le lendemain dimanche i sont encor venus
 Pour me fair' c'qui s'appelle eunn' componction lombaire.
 A fallu que j'me couch' quasiment flambant nu,
 Avec rien su le dos, hormis mon caspulaire.

I m'ont ben tripoté tout le long du reinquier . . .
 Z'avaient l'air de penser qui m'manquait ann' vartèbe.
 Tout d'in coup me vla pris d'in tremblement funèbe:
 In des trois sacripants m'avait enfin piqué!

Pour pas crier « torrieu! » j'mâchais l'coin d'la couvarte
 Et Clârâ, ma pauv' vieille, alle était toute varte.
 Z'ont essayé cinq fois avant d'trouver le joint,
 Mé grâce à Saint Antoine i' l'ont enfin rejoint.

Sais-tu ce qu'i voulaient, mon vieux frère Gordien?
 I voulaient du léquid' céphalo-rachidien.
 J'pourrais pas t'expliquer, mé c'est considérable,
 Ben qu'c'aye l'air, tout bonn'ment, d'in p'tit peu d'eau
 [d'éérable

Ah! les vlimeux d'enfer! . . . Qui z'avaient l'air contents,
 Quand l'léquid' a coulé au fond d'leur éprouvette.
 Si j'm'étions point fâché, i vidaient la cuvette!
 J'te dis qu'les médecins, c'est des gens dégoûtants.

Quand i-z-ont empoché c'te partie de moé-méme,
 Clârâ a ben braillé. Tu sais combien a m'aime.
 A disait: « Cléophas, j'te dis qui m'ont volée! »
 Alors moé, de mon mieux, je vous l'ai consolée.

J'y dis: « Voyons, mon chou, j'sus encor tout à toé.
 On m'a puisé, c'est vrai, de l'eau dans la çarvelle,
 Mé j'en f'rai, j'te l'promets, eunn' provision nouvelle.
 Et quanqu'au bas d'mon dos, il est ben tout . . . tatoué.

.
 On s'a couché d'bonn' heur', rapport à l'émotion,
 Et j'avions ben dormi, rapport à la potion.
 C'est venderdi matin, sauf accroc, qu'on m'opère.
 Pour ann' opération, c'en est anne pépère . . .

I' m'ouvrent la caboche à grands coups de ciseau,
Et p'is au fond d'l'oreille i m'taillent un p'tit biseau.
Si' démanchent point trop c'qui' nomment mon attique
J't'envoierai, mon Gordien, ann' aut' lett' poétique.

Ton frère qu'en arrache,

Cléophas Ladouceur.

26 octobre, 1922.

Quatorze années se sont écoulées depuis lors. C'est peu dans l'histoire d'un hôpital fondé en 1644, mais c'est beaucoup dans la vie d'un médecin surmené. Lassalle nous a quittés pour un monde meilleur. Bousquet se remet lentement d'un mal qui l'a terrassé il y a trois ans déjà. Et moi, « Cléophas Ladouceur », pour coucher le présent article sur papier, je n'ai plus que des doigts à la fois gourds et endoloris. Pour comble, l'autre jour, en me lavant la figure,* j'ai vidé dans ma serviette la chambre antérieure de mon oeil droit.

C'est que, voyez-vous, je ne savais pas que l'ulcère qui rongait ma cornée fût si profond. Pour ne pas crier « torrieux ! » j'ai mâché le coin de la toile; et Clara, ma chère moitié, est une fois de plus devenue toute « varte ».

Mais bah! Un autre *vlimeux* s'occupe de moi, et tout annonce que je pourrai éviter la dépense d'un oeil de verre. On dit que ça coûte très cher et que ça n'est pas toujours seyant.

Et puis, un vieil ami, M. le curé de Meudon, est venu me voir. Il m'a un peu remonté le moral. Quand j'ai voulu lui raconter combien j'avais souffert de mon oreille droite, de 1890 à 1922, il

* Dieu sait pourtant que j'apporte à mes ablutions une modération bien latine.

a souri et, sortant de sa poche un livre qu'il fit imprimer il y a 400 ans, il m'a lu le chapitre sixième où il est dit « comment Gargantua nasquit en façon bien estrange ».

Vous vous souvenez? . . . « Par suite de la mollification du droict intestine, les cotylédons de la matrice de Gargamelle furent relachez, par lesquelz sursaulta l'enfant, et entra en la vene creuse, et gravant par le diaphragme jusques au dessus des espauls, où ladicte vene se part en deux, print son chemin à gauche et sortit par l'aureille senestre ».

A l'instant de me quitter, M. le Curé de Meudon m'a remis un petit papier en me recommandant de lire attentivement des vers qu'il y avait mis. C'était vraiment se donner trop de peine que de les transcrire, puisque je les connaissais par coeur depuis longtemps . . . Tout de même, pour faire plaisir au révérend Alcofribas, nous allons relire ensemble, et à haute voix, sa petite exhortation :

Amys lecteurs qui ce livre lisez,
 Despouillez vous de toute affection;
 Et, le lisant, ne vous scandalisez.
 Il ne contien mal ne infection,
 Vray est qu'icy peu de perfection.
 Vous apprendrez, si non en cas de rire;
 Aultre argument ne peut mon cueur élire,
 Voyant le dueil qui vous mine et consomme;
 Mieux est de ris que de larmes escrire,
 Pource que rire est le propre de l'homme.

Rire des méchants, rire des sots, rire de son mal et de ses travers est, en effet, la marque d'une homme véritable. Je n'en disconviens pas; mais considérez, grand saint François Rabelais, qu'il y a des moments où l'on se sent un peu moins homme. Il y a même des moments où l'on a presque envie de pleurer.

Je veux bien railler encore pour vous faire plaisir; mais sachez que, présentement, deux Muses se disputent ma verve.

L'une me dit: Quand donc mettras-tu la dernière main à ce « Dialogue du Corps et de l'Âme devant la douleur qui vient », à ce beau mensonge d'artiste que tu me contas un soir où l'insolente Douleur, malgré ton corps et malgré ton âme, s'était logée chez toi.

Et l'autre: Redeviens Cléophas Ladouceur, moque-toi de tes maux, et n'oublie pas de plaisanter ton médecin, pour que vous soyez au moins deux à rire.

En somme, ces dames tendent vers moi des lèvres également goulues. C'est « poète, prends ton luth et me donne un baiser », comme dans la *Nuit de mai*.

Malheureusement je n'ai rien d'un Musset, et nous sommes en janvier, au Canada. Et puis, s'il faut tout dire, j'ai peur, comme cet agneau dont parle Dante au début du quatrième chant de *Il Paradiso*:

Intra duo cibi distanti, e moventi
 D'un modo, prima si morria di fame
 Che liber' uomo l'un recasse à denti,
 Si si starebbe un' agno intra duo brame
 Di fieri lupi, igualmente temendo.

Qui se sent doublement menacé ne doit pas rester cloué sur place. Vite, tirons nos grègues! Adieu, mes belles, j'écirai . . . plus tard.

Aujourd'hui je veux, avec mon bon oeil, lire des choses drôles. Par exemple: tel chapitre de l'*Histoire de la Médecine* du petit docteur Compostelle; ou encore: le dernier article du très abscons direc-

teur de l'*Oignon Médical*. Qui sait? peut-être irai-je jusqu'à relire pour la troisième fois les dépositions de certains « sauveurs de la profession », faites au cours d'un procès que j'ai gagné haut la main.

LÉO-E. PARISEAU.



Un assortiment complet de LIVRES MÉDICAUX ET SCIENTIFIQUES,
comportant les dernières éditions et les ouvrages les plus
récents en provenance des Editeurs suivants:

F. Alcan - J. B. Baillière & Fils - G. Doin & Cie - Expansion
Scientifique Française - Gauthier Villars - A. Legrand
N. Maloine - Vigot Frères - Masson & Cie

se trouve chez

J. EDDÉ Limitée, *Edifice New Birks*, — MONTRÉAL

▼

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

●

Dans les
cas où le médecin jugera
nécessaire d'administrer l'alcool
sous forme d'eau-de-vie, le

COGNAC MONNET

se recommande particulièrement à
son choix. Le médecin est assuré
de prescrire alors un produit
vraiment supérieur.

▼

**iodaseptine
cortial**

TUBERCULOSE
PULMONAIRE CHRONIQUE

ADENOPATHIES
COELI-ENFANCE

RHUMATISMES
CHRONIQUES

SUPPRESSION DE LA DOULEUR
NI IODISME NI INTOLÉRANCE

LABORATOIRES
CORTIAL
15 B^o PASTEUR
PARIS (XV^e)

RHUMATISMES
AIGUS

**iodaseptine
salicylée** UNIT

L'ACTION DE L'IODE A L'EFFET SALICYLÉ

DANS TOUTES LES GRANDES INFECTIONS AIGUES LA...

SEPTICEMINE

EMTRAINE UNE CHUTE DE TEMPERATURE SANS CHOC

40
39
38
NI RÉACTION

LABORATOIRES CORTIAL, 15 BOUL^o PASTEUR, PARIS

Uniques distributeurs pour le Canada: MILLET ROUX & CIE



*Nous apportons un
soin particulier
aux prescriptions de
MM. les Oculistes.*

CARRIÈRE & SÉNÉCAL
LIMITÉE

Optométristes-Opticiens à l'Hôtel-Dieu

271 RUE SAINTE-CATHERINE EST, MONTRÉAL

Tél. LANcaster 7070

Ajustement des yeux artificiels



LES
PRODUITS
LAI TIERS

ORBIS

SONT
DÉLICIEUX

Yoghourt
(lait fermenté)

Fromages
à la crème

Le **YOGHOURT ORBIS** est l'aliment lacté complet par excellence. Il constitue un désinfectant remarquable de l'intestin à cause de la présence de certains bacilles, le Bulgare en particulier, qui détruisent les fermentations intestinales.

Le **YOGHOURT ORBIS** se prescrit régulièrement aux personnes souffrant de maladies des voies digestives ou de troubles provenant de ces maladies.

Les autorités médicales reconnaissent que les produits "yoghurés" (yoghourt, fromage à la crème **ORBIS**) devraient passer dans l'alimentation quotidienne de notre population.

LES PRODUITS LAITIERS ORBIS, Ltée

Distribution à domicile par la Laiterie Canadienne, Limitée

LIEU DE FABRICATION
6740, rue de Gaspé
CR. 7878

BUREAU TECHNIQUE
307 Edifice Amherst
HA. 4747

(Organisation 100% canadienne-française)

*Nous télégraphions
des fleurs dans toutes
les parties du monde.*

Bureau	1253
Ordre	1366
Résidence	1918

BElair

Angéline Germaey

Artiste-Fleuriste



4051, RUE ST-DENIS, Coin Duluth

MONTRÉAL, Qué.



“Je me réjouis à l'idée d'une délicieuse fin de semaine —”
“Vous l'aurez — J'ai fait une bonne provision de Sweet Caporals!”



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

Spécialistes dans le transport des malades et des blessés

GEO. VANDELAC LIMITÉE

G. VANDELAC, jr.

Fondé en 1890

ALEX. GOUR

DIRECTEURS DE FUNÉRAILLES
SALONS MORTUAIRES

120 RUE RACHEL EST, - - MONTRÉAL

Tél.: BELair 1717

Le dessert par excellence pour les fêtes

Brique de crème glacée avec Arbre de Noël
ou Cloche au centre.

En vente chez nos dépositaires, restaurateurs ou pharmaciens.
Vous pouvez aussi vous procurer nos Roulés aux Fruits et
Câteaux Empire.

J. Joubert
LIMITÉE

Bureau-Chef:
4141, RUE ST-ANDRÉ

Téléphone:
FRontenac 3121

F. H. PHELAN

MARCHAND DE CHARBON INDÉPENDANT

à la tonne ou au wagon

Anthracite Gallois — Anthracite Ecosais

ANTHRACITE SCRANTON

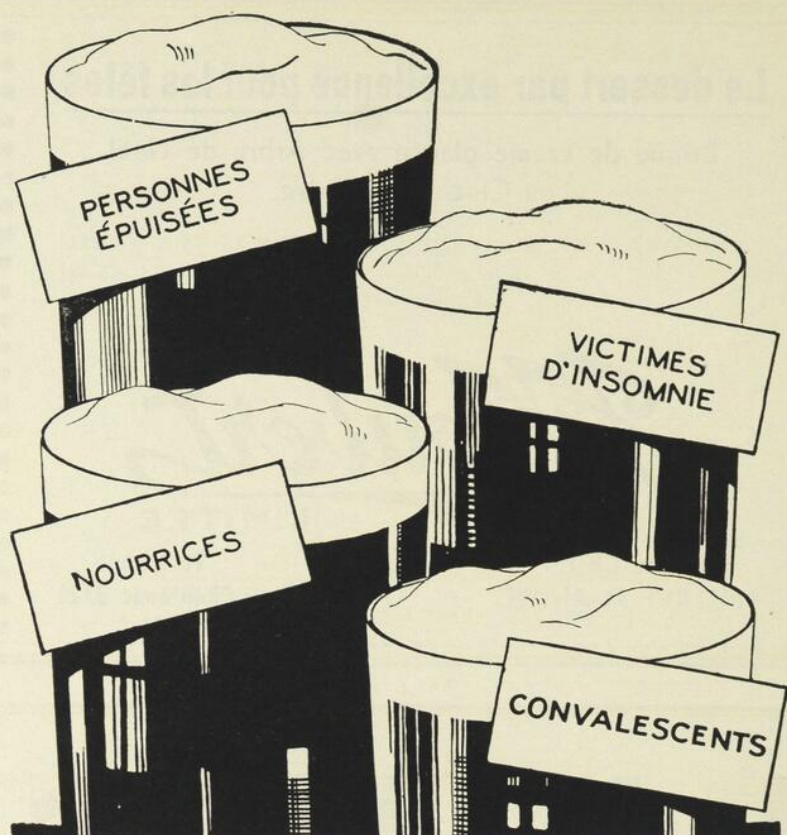
“Buckwheat” et petites variétés.

Charbon bitumineux de première qualité.

HUILE À CHAUFFAGE

315, RUE COLBORNE, - - MONTRÉAL

Téléphone : MARquette 1270 et 1279



Dow

**CROWN
STOUT**

CHEZ TOUS LES EPICIERS LICENCIES

1F

ENCOURAGEZ NOS IMPRIMEURS!

Thérien Frères
LIMITÉE

IMPRIMEURS - LITHOGRAPHES
GRAVEURS - IMAGIERS
ÉDITEURS - RELIEURS



« L'imprimerie est l'artillerie de la pensée »

334, RUE NOTRE-DAME EST, MONTRÉAL — TÉL. HARBOUR *5288

FINANCE

ADMINISTRATION

ASSURANCES

Guardian Finance & Investments Co.
AGENTS FINANCIERS

Spécialité : Assurances contre les risques professionnels

266 RUE ST-JACQUES OUEST . . . MONTRÉAL

GASTON RIVET, Gérant.

Tél. MARquette 2587

Renseignez-vous auprès de vos confrères et demandez nos conditions.

Près de 300 médecins sont nos clients satisfaits.

*Demandez notre brochure "L'INVENTAIRE DE LA MAISON".
Elle vous sera envoyée sans frais sur demande.*

TABLE DES ANNONCEURS

	Page		Page
Abbott Laboratories	IX	Hoffmann-LaRoche Limitée	X
Anglo-French Drug	III	Hudson-Grenier	XXIV
Antiphlogistine	IV	Ilford X-Ray Films	VIII
Association Jeanne-Mance	XV	Imperial Tobacco	XX
Banque Canadienne Nationale	XI	J. J. Joubert	XXI
Bière Dow	XXII	Lab. Poulenc Frères du Can. Ltée	XVI
Byrrh	XV	Lechasseur Limitée	Couvert 3
Canada Drug Co.	VI	Mallinckrodt Chemical Works	XI
Carrière & Sénécal	XVIII	Merck & Co.	Couvert. 4
Casgrain & Charbonneau	XIII	Millet, Roux & Cie	XII et XVIII
Ciba (Compagnie)	II	Mowatt & Moore	VII
Cognac Monnet	XVII	Oxygène du Canada (Compagnie)	IV
Eddé, J.	I	Phelan, F. H.	XXI
Duckett, J. A.	VI	Rougier Frères	XVI
Dupuis Frères	XIX	Sainte-Agathe-des-Monts	VII
Fleischmann (Levure)	V	Société d'Administration et de Fiducie	II
Gernaey, Angéline, fleuriste	XIX	Thérien Frères Limitée	XXIII
Guardian Finance Co.	XXIII	Vandelac (Geo.)	XX
Herdt & Charton	XIV	Victor X-Ray	VIII
Hirbour, Arthur	X	Yoghourt Orbis	XIX

Quartiers généraux du

TERRA PLANE-HUDSON

VENTES et SERVICE

Prenez rendez-vous avec nous pour examiner nos magnifiques modèles 1937, automobiles Terraplane et Hudson venez les essayer tenez le volant vous-même pour vous rendre compte pourquoi ces voitures surpassent celles de leur catégorie.

Si vous possédez un auto Hudson, Terraplane ou Essex, venez consulter nos spécialistes au sujet du service ou réparations.

Distributeurs

HUDSON-GRENIER

Motors Limited

1955 RUE STE-CATHERINE OUEST

Fitzroy 6383

UNE MISE ÉLÉGANTE EST UN PLACEMENT

La personnalité est assujettie aux dispositions aussi bien qu'à la beauté, à la mentalité aussi bien qu'à l'apparence. Un homme parle, paraît et agit mieux selon qu'il est bien ou mal disposé. Les vêtements contribuent au développement et au maintien de bonnes dispositions. Des vêtements de haute qualité accroissent le bien-être.

Fashion Craft fabrique des vêtements depuis trente ans. Faites un placement Fashion Craft... c'est un placement de bonne apparence !

Lechasseur limitée

3 MAGASINS COMMODÉMENT LOCALISÉS
ET LEURS GÉRANTS

974 S^TE CATHERINE O.

M. Jos. Boulanger

281 S^TE CATHERINE E.

M. Jean Fortier

375 RUE S^TE JACQUES

M. L. Lechasseur

