

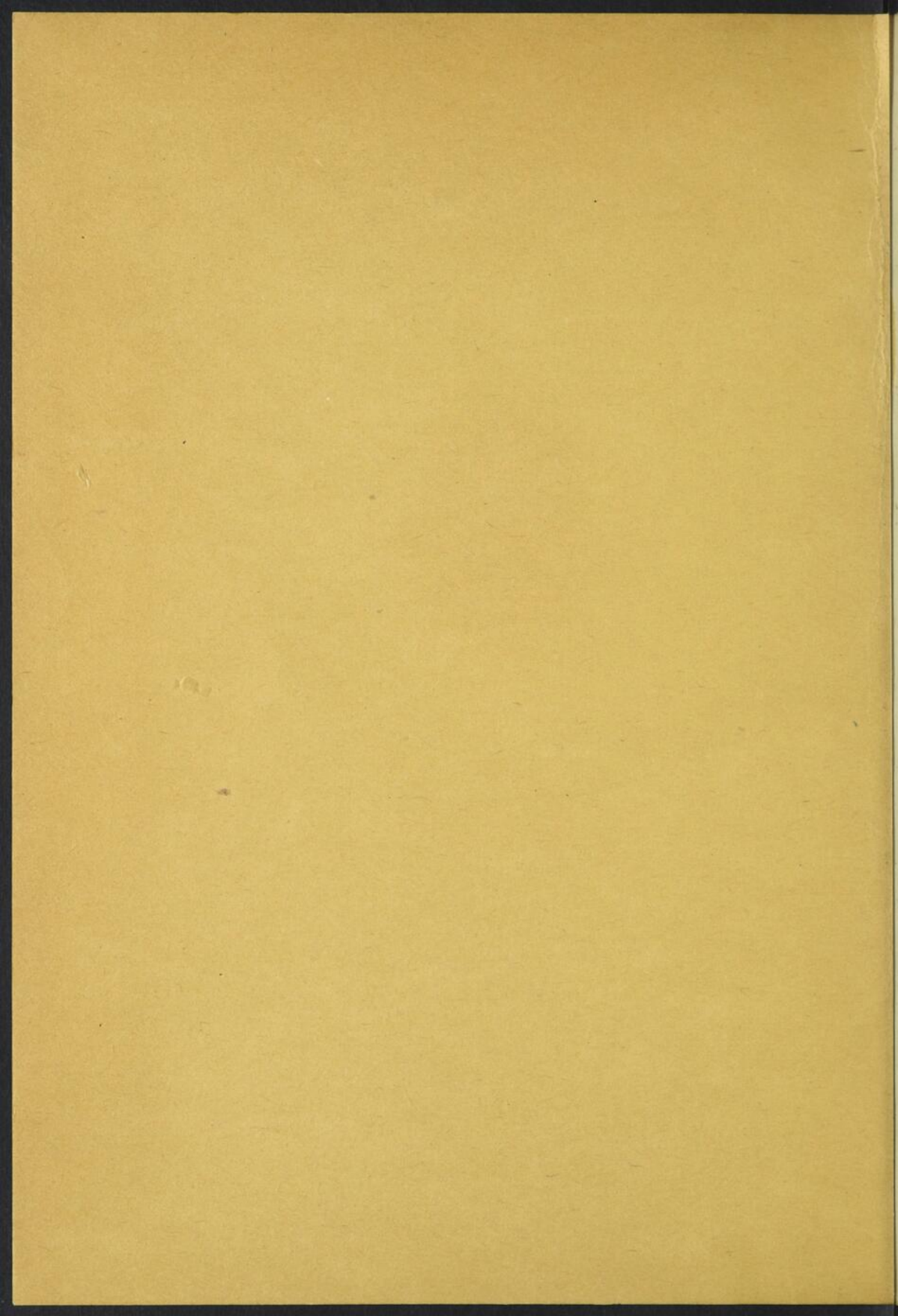
Bibliothèque Nationale du Québec

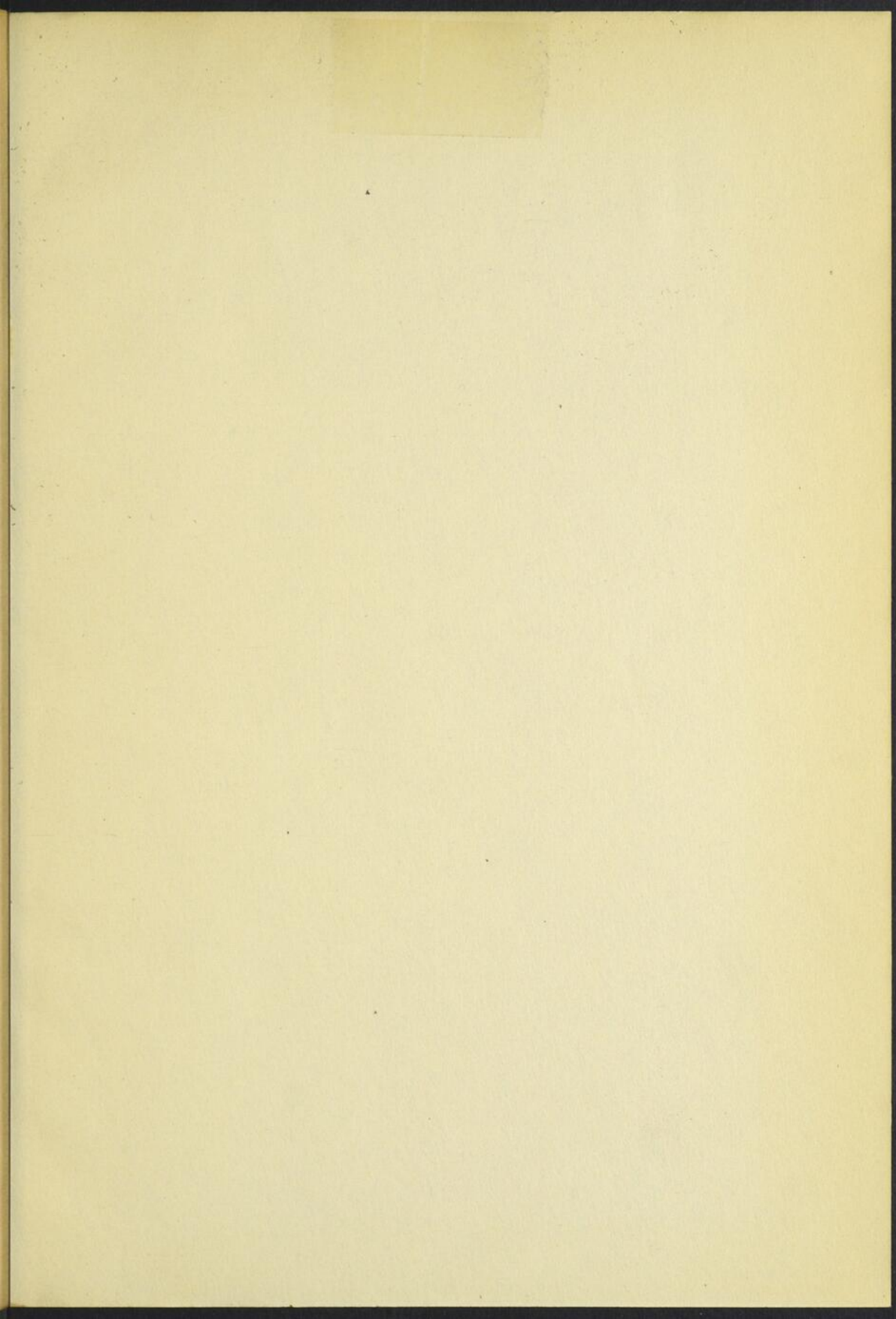
PER

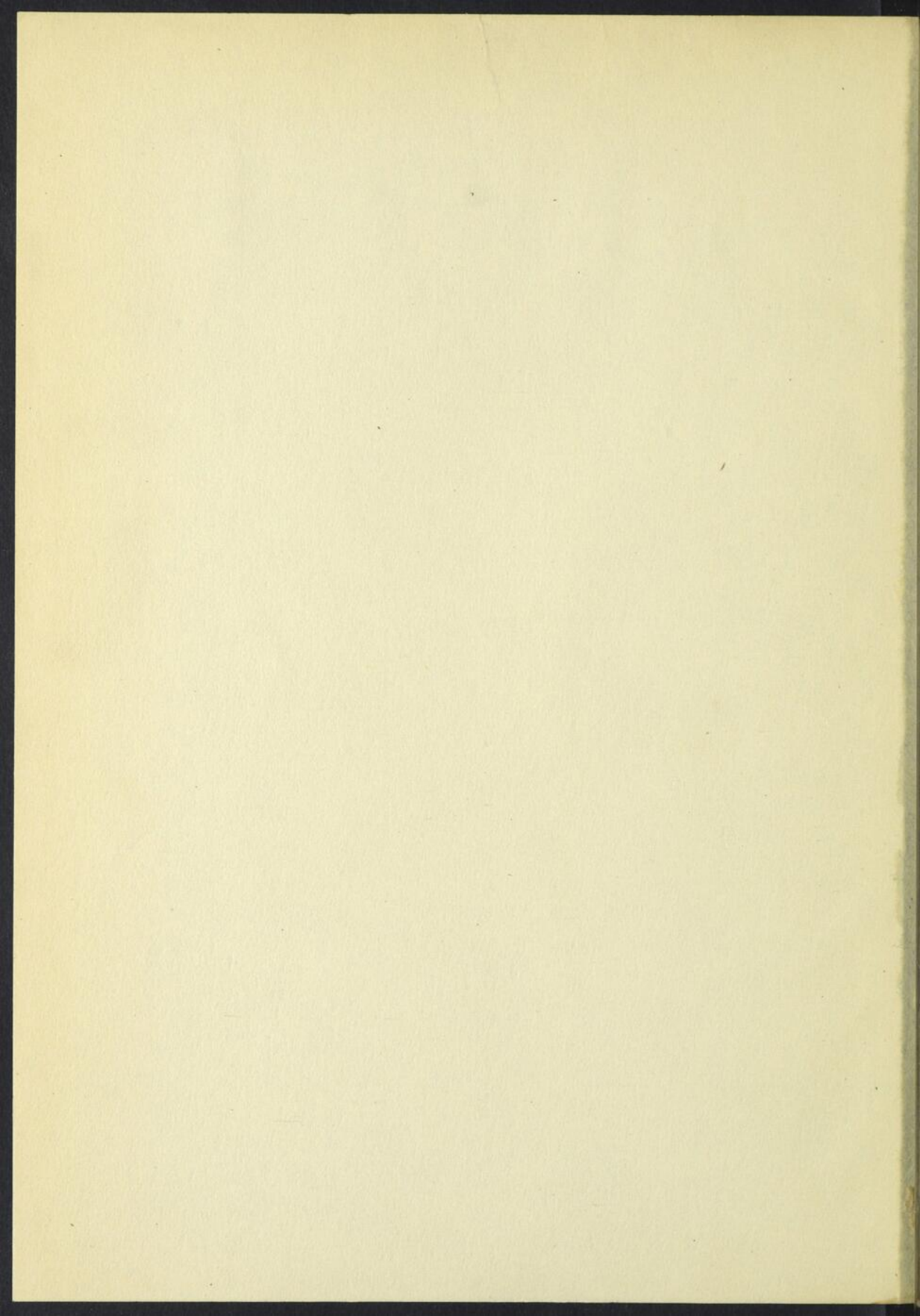
J-898

1/2

9)







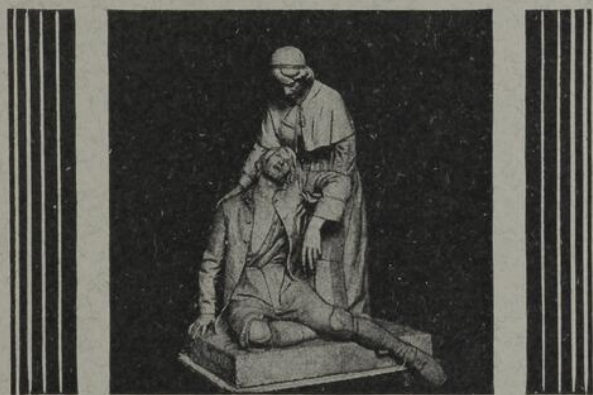
Numéro 1

Sixième année

# LE JOURNAL

... de ...

# L'HOTEL-DIEU DE MONTRÉAL



JANVIER-FÉVRIER

1937

# NÉO-GASTRICINE

Véritable traitement opothérapique de l'insuffisance gastrique, la NÉO-GASTRICINE réalise le traitement le plus moderne des diverses affections de l'estomac, soit par hypochlorhydrie, soit par hyperchlorhydrie: digestions lentes ou pénibles, gastralgies, aigreurs de l'estomac, dyspepsies, hyposécrétion, atonie gastrique, anorexie, ulcères, dyspepsie hyperchlorhydrique, gastro-entérite.

Par son action digestive sur les aliments en le

Par son action tonique stimule la vitalité de c

Grâce au Manganèse, ac et au principe anti-aném TRICINE, elle est particul anémiés.

TRICINE agit directement sur les substances assimilables.

tonie de l'estomac et

ctions physiologiques, dans la NÉO-GASTRICINE, elle est particul anémiés.



**DIGESTIF · APÉRITIF**  
**ANTI-ANÉMIQUE**

Concessionnaires au Canada: ROUGIER FRÈRES, Montréal

Numéros 1-2-3-4-5-6

Sixième année

**LE JOURNAL**  
... de ...  
**L'HOTEL-DIEU DE MONTRÉAL**



NOVEMBRE-DECEMBRE

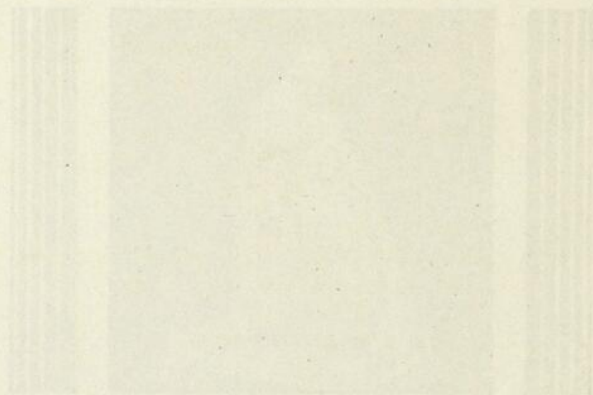
1937



LE JOURNAL

de

L'HOTEL-DIEU DE MONTREAL



# Le Journal de l'Hotel-Dieu de Montréal

---

---

No 1

Janvier-Février 1937

---

---

## LE DOCTEUR ADRIEN LAROSE

Dernièrement, s'éteignait à l'Hôtel-Dieu le Docteur Adrien Larose, chef du service d'anesthésie. C'est dire qu'un deuil nouveau s'abat sur notre hôpital, qui déjà, en 1932, avait été si rudement éprouvé par la disparition de Charles LaRocque.

Bien que l'on s'attendît à sa mort d'un jour à l'autre, tout de même, elle nous a frappés au coeur, et très profondément, car, nous ne pouvons nous rappeler sans un sentiment de profonde émotion la cordialité, la franchise et la grande humilité qui caractérisaient Larose.

A nous, anesthésistes, il savait inspirer la confiance en même temps qu'une grande prudence si nécessaires à l'administration de l'anesthésie.

Malgré une maladie qui faisait de constants progrès depuis surtout un an, il tenait à venir à l'hôpital, tous les jours; quelquefois, ayant peine à se tenir debout, il était au poste, comme il l'avait été durant la guerre, se disant que le jour où il cesserait ses visites régulières, serait l'annonce d'une fin prochaine. Et c'est les larmes aux yeux qu'il nous annonça devoir abandonner la vie active pour peut-être se préparer à une fin non lointaine.

Larose aimait sa spécialité, et depuis quelques années il s'y était consacré uniquement. Mais en plus d'être anesthésiste habile, il était aussi et à un haut degré, un médecin possédant un sens clinique



remarquable, qu'il avait su exercer en faveur d'une clientèle choisie, avant le début de sa maladie.

Avide de connaissances, il passait ses loisirs à lire, et il était très renseigné dans nombre de sujets en dehors même de la médecine.

Issu d'une famille distinguée, il sut conserver cette urbanité qui rendait sa compagnie si recherchée, car il savait l'agrémenter d'une franche gaieté. Aussi, nombre d'amis ont tenu à lui rendre un dernier hommage en allant le conduire à sa dernière demeure.

Le courage dont il a fait preuve dans les ultimes semaines de sa vie, a été remarquable. Souffrant de tout son être, connaissant son état plus que quiconque, étudiant tous les nouveaux symptômes qui venaient se surajouter de jour en jour, il nous prédisait presque l'heure de sa mort. Mais, jamais une plainte; seul son oeil inquisiteur semblait scruter le plus profond de votre être, cherchant à deviner les sentiments ou l'impression intimes de ceux qui lui rendaient visite.

Sa charité est connue de tous, et elle s'est manifestée de nombreuses façons, tant au dehors qu'à l'hôpital et ce serait, j'en suis sûr, aller à l'encontre de ses désirs et de sa modestie que de les découvrir.

Sa santé chancelante l'empêchait de donner le rendement qu'il aurait désiré; car le travail ne lui faisait pas peur; bien au contraire. Contre l'avis de ses médecins et de ses amis, qui lui conseillaient le repos depuis longtemps, il s'obtenait à la tâche. Peut-être pensait-il oublier par là le mal qui le minait graduellement, implacablement.

Et maintenant, Larose n'est plus. Sa mort laisse un vide difficile à remplir et c'est à un de ses élèves qu'il incombe de lui rendre ce dernier devoir. Sa vie humble, son dévouement ont rendu son souvenir inoubliable.

Devant sa tombe, je m'incline respectueusement et au nom des confrères de l'Hôtel-Dieu, j'offre à sa famille nos plus sincères sympathies.

## BIOGRAPHIE

Adrien Larose est né à Verchères. Il fit ses études classiques au Collège de l'Assomption, puis au Séminaire de Philosophie à Montréal. Reçu médecin en 1910 à l'Université Laval de Montréal, où il avait eu l'honneur de décrocher le prix Hingston, il était admis interne à l'Hôtel-Dieu, et peu après devenait l'assistant du Docteur LaRocque.

En 1915, il fit partie de l'Hôpital Laval, formé pour le service militaire outre-mer et il sut s'y distinguer particulièrement. Revenu au Canada en 1919, il reprit son service comme anesthésiste à l'Hôtel-Dieu et en 1932, à la suite de la mort inopinée du Docteur Larocque, il en prenait la direction.

Il était membre de la International Anesthesia Research Society et tout dernièrement, il avait été élu vice-président de la Société des Anesthésistes de Montréal. Décédé le 3 mars 1937.

Roméo ROCHETTE,  
*Anesthésiste à l'Hôtel-Dieu.*

---

SUR LA PRÉSENCE DE NODULES GANGLION-  
NAIRES INTERCALÉS SUR LE TRAJET DES  
LYMPHATIQUES DES MUSCLES  
DU DOS DE L'HOMME <sup>1</sup>

Par R. BOLTÉ

Assistant-professeur d'Anatomie à la Faculté.

Dans son traité sur les lymphatiques de l'homme, le professeur Rouvière a montré que les vaisseaux lymphatiques des muscles spinaux de la région lombaire sont tributaires des ganglions abdominaux péri-aortiques. Il avait cru remarquer sur le trajet des lymphatiques de ces muscles la présence de nodules ganglionnaires. N'ayant pu, faute de temps, réunir un assez grand nombre d'observations sur ce sujet pour en tirer des conclusions certaines, M. Rouvière m'a conseillé de reprendre cette étude et, en particulier, celle des nodules intercalaires placés sur le trajet des musclets spinaux dont Kurdumow a, depuis, brièvement signalé la présence. Comme on le verra plus loin, ces petits ganglions peuvent présenter un grand intérêt clinique.

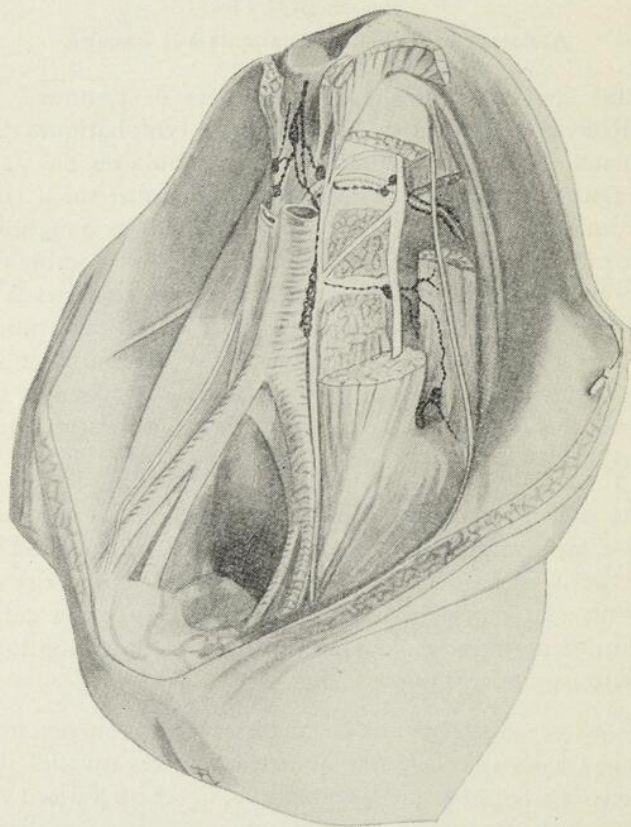
Mes recherches ont porté sur 42 foetus, nouveau-nés ou jeunes enfants. Employant la solution de Gérota légèrement modifiée par M. Rouvière, j'ai pratiqué l'injection dans tous les muscles du dos, mais je me suis particulièrement attaché à l'étude des collecteurs lymphatiques des muscles spinaux du dos et de la région lombaire, ainsi que du grand complexus.

Les vaisseaux efférents des muscles spinaux suivent toujours le trajet des vaisseaux sanguins nourriciers de ces muscles. Malgré des recherches attentives, je n'ai jamais vu, — ce qu'a décrit A. Kurdumow, — des vaisseaux lymphatiques des muscles d'un côté, croiser en arrière la ligne médiane et gagner les ganglions du côté opposé.

---

<sup>1</sup> Travail du laboratoire d'Anatomie du professeur Rouvière. Présenté à la Société anatomique de Paris.

Les collecteurs lymphatiques efférents des muscles spinaux dorsaux suivent donc les vaisseaux sanguins nourriciers, c'est-à-dire le rameau dorsal de l'artère dorso-spinale et des branches postérieures des artères inter-costales. Ils pénètrent avec ces vaisseaux dans le thorax et se jettent dans les ganglions intercostaux postérieurs.



Les vaisseaux lymphatiques des muscles spinaux de la région lombaire, en se rendant aux ganglions abdominaux péri-aortiques, sont toujours interrompus par des nodules intercalaires situés dans l'interstice celluleux du psoas.

Dans cet interstice, compris entre les faisceaux musculaires qui s'attachent aux apophyses costiformes et ceux qui s'insèrent aux corps des vertèbres et sur les disques intervertébraux lombaires, se trouvent le plexus lombaire et la veine lombaire ascendante.

Ces nodules lymphatiques du psoas, homologues des ganglions intercostaux, sont placés soit en arrière, soit en dedans du plexus lombaire. Ce sont des petits ganglions constants; je les ai vus 35 fois sur 36 préparations. Ils sont plats ou arrondis au nombre de un ou deux, quelquefois trois, rarement quatre.

Ils sont généralement appliqués près des vaisseaux sanguins, sur la partie postérieure de la gouttière du corps vertébral; mais souvent, on peut voir un nodule placé en avant de l'apophyse costiforme ou entre deux apophyses costiformes, en avant du muscle intertransversaire.

De ces nodules partent des vaisseaux efférents qui se portent en avant, passent sous les arcades du psoas avec les vaisseaux sanguins et se terminent dans les ganglions péri-aortiques appliqués sur la face antérieure du corps vertébral correspondant. De l'un de ces nodules intercalaires partent, parfois, des vaisseaux qui vont aux nodules situés plus haut ou plus bas. C'est ainsi que sur quatre sujets, j'ai vu un petit vaisseau lymphatique se détacher d'un nodule situé sur le flanc de la 3<sup>e</sup> vertèbre lombaire, descendre dans l'interstice du psoas, croiser en avant le nerf lombo-sacré dans la fossette de Cunéo et Marcille, et venir se terminer dans un ganglion placé en avant du corps de la 5<sup>e</sup> vertèbre lombaire (groupe du promontoire).

Il n'est pas possible de délimiter le territoire d'origine des lymphatiques musculaires tributaires de l'un quelconque des groupes de nodules du psoas. En effet, si les vaisseaux formés près de la ligne médiane, ceux des muscles épi-épineux par exemple, se portent directement d'arrière en avant pour passer entre les apophyses costiformes, il n'en est pas de même pour les lymphatiques externes.

Ceux-ci suivent les branches postérieures des artères lombaires, se portent obliquement en haut et en dedans sur un long trajet, avant

de traverser l'aponévrose du muscle transverse, et cheminent ensuite en arrière du carré des lombes.

C'est ainsi qu'après avoir injecté le bord externe de la masse sacro-lombaire droite près de la crête iliaque, j'ai pu suivre un vaisseau lymphatique jusqu'au ganglion placé sur le côté droit de la 12<sup>e</sup> vertèbre dorsale. Parfois, à la partie inférieure du carré des lombes, un collecteur lymphatique passe en avant du muscle et se jette dans un ganglion situé en avant du carré des lombes, près du psoas.

J'ai vu deux fois des lymphatiques provenant de la partie inférieure de la masse sacro-lombaire, traverser d'arrière en avant les deux premiers canaux sacrés en suivant le rameau dorsal de la branche dorso-spinale des artères sacrées latérales. Ces lymphatiques se terminaient dans les ganglions sacré latéraux.

Je n'ai jamais trouvé de nodule ganglionnaire en arrière du plan de l'aponévrose du muscle transverse.

Parmi les lymphatiques du grand dorsal, ceux de la partie supérieure sont tributaires des ganglions axillaires; ceux de la partie inférieure et de la partie correspondante de l'aponévrose lombaire vont aux ganglions intercostaux. J'ai trouvé une fois le ganglion de Blandin situé en arrière du grand rond, près de l'angle intérieur de l'omoplate.

Les lymphatiques qui naissent de la partie inférieure du trapèze suivent généralement la branche externe du nerf spinal. Cependant, j'ai vu une fois un vaisseau lymphatique se détacher de la face profonde du trapèze et pénétrer entre les muscles sacro-lombaires et long dorsal, en regard du 6<sup>e</sup> espace intercostal. Ce vaisseau incomplètement injecté se rendait vraisemblablement aux ganglions de l'espace intercostal voisin.

Dans deux autres cas, un vaisseau se détachait de la face profonde du trapèze, vers la partie moyenne du muscle, et passait entre les deux muscles rhomboïdes pour se terminer dans un ganglion

situé en avant du petit rhomboïde. De ce ganglion partait un vaisseau qui suivait l'artère scapulaire supérieure.

Je suis arrivé à injecter deux fois les lymphatiques du muscle grand complexus. Les vaisseaux lymphatiques émergeaient de la face profonde du muscle et suivaient deux directions principales. Ceux de la partie inférieure du muscle allaient transversalement en dehors pour aboutir à la chaîne ganglionnaire spinale. Ceux de la partie supérieure du grand complexus montaient sous la face profonde du muscle, puis s'accolaient à une branche de l'artère occipitale, suivaient cette artère et se jetaient enfin dans les ganglions mastoïdiens.

Sur l'une des deux préparations des lymphatiques du grand complexus, j'ai trouvé un ganglion arrondi, situé sous le muscle, en arrière du petit droit postérieur, au niveau et en dedans du point de pénétration du grand nerf d'Arnold, dans le grand complexus.

De tous les faits qui précèdent, je rappelle qu'il existe, dans la presque totalité des cas, des nodules lymphatiques, situés dans l'interstice cellulaire du psoas. Ils sont compris, avec le plexus lombaire, dans cet interstice qui sépare, à leur origine, les faisceaux musculaires qui s'attachent aux apophyses costiformes, et ceux qui naissent des disques intervertébraux et des corps vertébraux lombaires.

Je tiens à souligner l'intérêt que présentent ces nodules au point de vue pathologique. Leur présence peut expliquer, en effet, certains cas d'abcès du psoas, dits « primitifs », ne résultant pas de lésions osseuses du voisinage et dont l'étiologie est discutée.

Ces cas d'abcès ne sont pas très rares. En effet, des recherches bibliographiques, incomplètes, et portant seulement sur les travaux parus au cours des dix dernières années, nous ont permis de relever environ 60 observations d'abcès intra-musculaires du psoas dont l'origine ne put être précisée.

En 1923, Baer, Bennett et Natchlas rapportèrent 42 cas d'abcès du psoas sans lésion osseuse du voisinage. Passant en revue les causes

déterminantes de ces abcès, ils insistèrent fortement sur les infections de toute nature des ganglions lymphatiques rétro-péritonéaux.

En 1930, S. Berhman publia 4 cas d'abcès du psoas. Dans 9 de ces cas, des radiographies de la colonne vertébrale, du bassin et de la hanche furent faites et restèrent négatives. Se basant sur Israël, l'auteur crut à une origine périnéphrétique de ces abcès, en admettant qu'ils pouvaient avoir pris naissance dans les ganglions lymphatiques, rétro-péritonéaux.

À la fin de 1930, il parut, dans les *Archives Franco-Belges de Chirurgie*, une étude très fouillée de P. Ingelrans et Jean Minne, sur 10 observations de psoitits de l'enfant et de l'adolescent. Aucun de ces cas ne présentait la lésion osseuse décelable, mais quelques-uns avaient une plaie infectée du membre inférieur. Après avoir passé en revue les causes déterminantes de ces abcès, les auteurs furent amenés à donner le premier rôle étiologique aux réactions lymphatiques et ganglionnaires.

En 1933, B. R. Sworn rapporte 3 cas d'abcès aigu du psoas dont 2 sans aucune autre lésion décelable. Discutant de l'étiologie, il fait une part à l'infection d'origine pyohémique des ganglions rétro-péritonéaux.

La plupart des auteurs, qui ont publié les observations que nous venons de signaler, pensent donc que ces abcès peuvent avoir leur origine dans une inflammation des ganglions rétro-péritonéaux (ou péri-aortiques).

Or, ces ganglions ont seulement des rapports de contiguïté avec l'aponévrose du psoas.

Il est plus rationnel d'admettre que la plupart de ces abcès sont des adéno-phlegmons qui ont pour point de départ les nodules que j'ai décrits plus haut. L'adénite initiale serait elle-même consécutive à une lésion ou à une infection que la clinique n'a pu déceler. Un puissant argument en faveur de cette hypothèse est que les nodules ganglionnaires du psoas sont intra-musculaires, comme les abcès dits « primitifs », dont ils seraient le point de départ.

## BIBLIOGRAPHIE

- ROUVIÈRE (H.): *Les lymphatiques de l'Homme*, 1932.
- KURDUMOW (A. N.): *Anatomischer Anzeiger*, 1932.
- BAER, BENNET, NATCHAS: *Journal of Bone and Joint Surgery*, 1923, p. 590.
- ROCHER (H.-S.) et MALAPLATE: *Bull. Société de Pédiatrie de Paris*, XXVI, 1928, p. 540.
- BERHMAN (S.): *Lancet*, II, 1930, p. 297.
- INGELRANS (P.) et MINNE (Jean): *Archives Franco-Belges de Chirurgie*, XXXII, No 12, décembre 1930.
- SWORN (B.-R.): *British Medical Journal*, No 3782, 1er juillet 1933.



## UNE CIRCULAIRE DE L'INSTITUT DIOSCORIDE

*Note de la Rédaction.* — Nous reproduisons ici sans commentaires un document pouvant servir à ceux qui écriront un jour l'histoire médicale du temps présent. La lettre qu'on va lire fut expédiée à de nombreux médecins inscrits sur les listes de l'assistance aux chômeurs. Il va sans dire que nous avons changé le nom de la firme.

### INSTITUT DIOSCORIDE

Montréal, le 27 février, 1937.

Monsieur le Docteur,

L'Institut Dioscoride est incontestablement la maison pharmaceutique qui protège au plus haut degré votre clientèle et vous même dans votre pratique quotidienne à cause des avantages économiques de son local et pour les raisons suivantes:

1—Les formules du médecin prescrites sous un nom patenté, sont fabriquées pour lui au prix de 60% du prix vendant. En détaillant ces patentes nous même nous nous engageons à lui remettre la différence (sic).

2—Par ce faire votre clientèle est plus protégée puisqu'aucune de ces prescriptions ne coûtera à votre patient plus d'un dollar. Il économisera de 0.50 à \$1.00 par prescription parce que nous éliminons l'intermédiaire (sic).

3—Nous n'employons que des produits de première qualité. Nos chimistes peuvent imiter à peu près toutes les formules françaises connues (sic).

4—L'emballage est du Style le plus moderne.

5—Le service de Livraison se fait directement du laboratoire à domicile et le plus rapidement possible.

6—Le médecin est assuré du bénéfice de ses renouvellements de prescriptions.

7—Le médecin en prescrivant à l'Institut Dioscoride est assuré contre toute critique destructive de la part du pharmacien ou du patient (sic).

8—Vos prescriptions remplies à l'Institut Dioscoride vous paieront plus que si vous les remplissiez vous même considérant:

- a) que vous perdez très souvent votre consultation.
- b) qu'il vous faut vous déranger très souvent auprès de votre clientèle qui a besoin de toute votre attention médicale et non pharmaceutique.
- c) que vous vous exposez à des ennuis de fabrication et que l'embouteillage est un ouvrage malpropre, embêtant et fait souvent dans des conditions désavantageuses et fort dispendieuses pour vous.
- d) Vos clients dans bien des circonstances éviteront de renouveler leurs prescriptions, se sentant obligés de payer une consultation pour leur renouvellement.

9—L'Institut Dioscoride organise de temps en temps des séries de Conférences Médicales à la radio faites par les médecins qui prescrivent chez lui et leur rapporte de grands avantages.

10—Un système de Collection faite par un huissier de la Cour vous évitera les frais d'un Avocat (sic) pour votre collection, de telle sorte que vous pourrez prendre une action et un jugement contre tout client qui ne vous paie pas et à des frais variant entre 0.50 à \$5.00 au pire aller, et toujours charger au client (sic). Vous n'avez qu'à appeler l'Institut pour obtenir celui-ci.

11—Les prescriptions du Chômage vous sont remplies, étiquetées et livrées chez vous prêtes à être données à votre client pour une moyenne de \$0.15 par préparation.

12—L'Institut Dioscoride vous fera crédit pour votre commande du Chômage pour au moins 30 jours.

13—Prescrivez deux préparations régulières par jour c'est-à-dire 50 d'un dollar par prescription et l'Institut Dioscoride vous enverra 200 préparations pour le Chômage gratuitement ou 75 prescriptions et dix dollars.

Vous voudrez bien considérer ces avantages extraordinaires et communiquer avec l'Institut Dioscoride.

Vos très dévoués,

L'Institut Dioscoride, Limitée.

## L'HYPERTROPHIE MUSCULAIRE DU COL VÉSICAL

*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.

Le nombre des malades qui présentent des troubles analogues à ceux de l'hypertrophie de la prostate sans être atteints d'adénome péi-cervico-urétral est considérable. Et le terme lancé par Guyon<sup>1</sup> de « prostatique sans prostate » a été appliqué depuis longtemps. Ce terme vrai sur le terrain clinique est insuffisant au point de vue nosographique et étiologique.

Les urologues se sont efforcés de remplacer cette étiquette provisoire et de classer les maladies susceptibles de produire des symptômes de prostatisme. Dernièrement, M. le professeur Marion<sup>2</sup> a identifié une de ces maladies qu'il a appelée « l'hypertrophie congénitale du col vésical ». La lésion fondamentale est une hypertrophie du sphincter interne.

Le terme « congénitale » a été remplacé par l'auteur lui-même par celui de « musculaire ». En effet, chez certains malades la maladie semble avoir pris origine à la vie foetale, chez d'autres elle est certainement acquise.

### DÉFINITION

L'hypertrophie musculaire du col de la vessie est une maladie dont le substratum anatomique consiste en une augmentation du nombre et du volume des fibres du sphincter interne parfois acquise, parfois congénitale et dont les symptômes sont ceux du prostatisme.

---

<sup>1</sup> Guyon et Albarran (1889) — Prostatisme vésical. Ann. des mal. des org. génito-urinaires, p. 65.

<sup>2</sup> Marion (1927) — De l'hypertrophie congénitale du col vésical. Journal d'Urologie, t. XXIII, no 2 février.

Cette maladie est donc une variété de prostatisme sans prostate, qui produit des manifestations fonctionnelles identiques à celle de l'hypertrophie de la prostate, sans qu'il existe aucun symptôme physique de cette affection.

La lésion anatomique qui la constitue est une hypertrophie du sphincter interne. Celle-ci paraît, chez de nombreux malades, être congénitale, chez d'autres elle est nettement acquise sans que nous puissions en déterminer exactement la cause efficiente.

### HISTORIQUE

Le premier à émettre l'idée que certaines rétentions peuvent être produites par une hypertrophie musculaire du col, est Mercier en 1844.<sup>3</sup> Il décrit alors « la valvule musculaire du col vésical ». Deux ans plus tard, Civiale lui donnait le nom de « Barre au col de la vessie ». Cette saillie musculaire capable d'engendrer des roubles de prostatisme est développée sur la lèvre postérieure du col vésical.

Thompson en 1886,<sup>4</sup> observe des rétentions produites par une hypertrophie des fibres musculaires du col. Celle-ci aurait pour origine une irritation persistante.

L'année suivante, Guyon lance le terme de « prostatisme sans prostate ». Il attribue les troubles à une atonie prématurée des muscles vésicaux.

En 1901, English<sup>5</sup> identifie nettement l'hypertrophie musculaire du col de la vessie en rapportant des cas où il signale que les fibres du sphincter interne sont augmentées de volume et de nombre.

---

<sup>3</sup> Mercier. (1856) — Recherches sur le traitement des maladies des organes génito-urinaires.

<sup>4</sup> Thompson (1886) — The diseases of the Prostate their pathology and treatment, London.

<sup>5</sup> English (1901) — Über Klemtheit der Vorsteherdruse und die dadurch bedingten Störungen der Harnentleerung. Zeit. f. Heilkunde, t. XXII.

En 1902, Moran <sup>6</sup> est le premier à parler du traitement de ces cas de rétentions chroniques sans adénome péri-urétral. Il rapporte un malade guéri par le débridement du col à l'aide du thermocautère.

Les Américains commencent à étudier la question en 1905, Chetwood <sup>7</sup> et Keyes attribuent ces dysuries de cause obscure à une contraction du col.

En 1920, Geraghty <sup>8</sup> présente un instrument qu'il appelle « punch » avec lequel il sectionne le sphincter interne pour produire son relâchement.

Young, <sup>9</sup> dans la même année fait construire un appareil identique mais complété par un système d'optique, qui permet d'opérer sous la vision cystoscopique. Pendant que les Américains construisent des instruments pour traiter ces cas par voie endoscopique, les urologistes, en France, continuent leurs travaux pour découvrir l'origine de ces phénomènes.

En 1908, Noguès et Albarran <sup>10</sup> émettent l'idée qu'il s'agit de troubles d'inhibition. Ils produiraient un défaut de relâchement du sphincter interne du col.

Legueu en 1919, <sup>11</sup> fait paraître un travail sur le mécanisme des rétentions vésicales et en 1922 il décrit la « maladie du col », carac-

---

<sup>6</sup> Moran (1900) — Note sur un cas de prostatisme sans prostate. Ann. des mal. des organes génito-urinaires, p. 1623.

<sup>7</sup> Chetwood (1905) — Prostatism without enlargement of the prostate. Annals of Surgery, no 4.

<sup>8</sup> Geraghty (1922) — Sphinctérotomie par l'urètre. Journ. of Urol., mai.

<sup>9</sup> Young — Young's practice of urology; Contracture of vesical orifice, p. 143, 154, 165, 431; Diagnosis, p. 191; Symptoms, p. 187; Treatment, p. 481; Punch Instrument, p. 488, 498, 501, 508.

<sup>10</sup> Albarran et Noguès (1908) — Rétentions vésicales sans obstacle mécanique. 1er Congrès international d'urologie.

<sup>11</sup> Legueu (1919) — Le mécanisme des rétentions vésicales d'origine prostatique. Arch. Urol. de Necker, t. 11, fasc. 2, p. 197.

térisée par l'hypertrophie de tous les éléments de la région cervicale, portant parfois seulement sur un de ces éléments, soit glandulaire, soit musculaire.

En février 1927, Marion <sup>12</sup> décrit dans le Journal d'urologie une entité morbide « hypertrophie congénitale du col vésical ». Pour lui les troubles de prostatisme observés chez les jeunes sujets auraient pour cause une hypertrophie congénitale du sphincter interne. La même année Legueu <sup>13</sup> admet les idées de Marion, mais nie que cette hypertrophie soit congénitale.

En 1928, Papin de la Rochelle <sup>14</sup> rattache ces cas à des rétrécissements de l'urètre, qui seraient le facteur causal. En 1929, Bouillié <sup>15</sup> dans sa thèse défend les idées de Marion et rapporte tous les cas observés par son maître.

Enfin, en 1933, le professeur Marion, au Congrès de Londres de la Société Internationale d'Urologie, reprend la question en entier sous le titre de la « maladie du col vésical ». Il admet alors l'idée que l'affection peut à la fois être congénitale et acquise et donne la définition suivante. « La maladie du col vésical comprend des troubles dysuriques semblables à ceux que provoque l'hypertrophie de la prostate, troubles provoqués par des modifications du col vésical sans lésion apparente de ce col et sans que ces troubles puissent être rattachés à des lésions médullaires. »

### ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Au fur et à mesure que les examens microscopiques des cols vésicaux enlevés se sont multipliés, les causes de dysuries d'origine cervicale se sont éclaircies.

<sup>12</sup> Marion (1927) — De l'hypertrophie congénitale du col vésical. Journ. d'urologie, t. XXIII, no 2, février.

<sup>13</sup> Legueu (1927) — L'hypertrophie du col vésical. Journ. d'Urol. dec. p. 534. Soc. Franc. d'Urol., 21 novembre.

<sup>14</sup> Papin (1928) — Endoscopie opératoire des voies urinaires.

<sup>15</sup> Bouillié (Paris, 1929) — L'hypertrophie congénitale du col vésical. Thèse de doctorat en médecine.

Plusieurs cas de prostatisme sans prostate ont pour origine un adénome péri-cervico-urétral microscopique non décelable par la clinique. Marion en 1912, en rapportait déjà deux cas.

Depuis, il est devenu un fait acquis, en urologie, que nombreux sont les malades porteurs d'adénomes petits que l'examen ne peut déceler et qui présentent des phénomènes de rétentions.

D'autres malades souffrent de prostatisme, parce que l'anneau cervical de la vessie a perdu son élasticité, et est devenu scléreux. Cette sclérose qui conduit au rétrécissement serait la suite d'inflammations chroniques, (prostatites, rétrécissements de l'urètre). Parfois comme l'a démontré Escat,<sup>16</sup> la sclérose du col vésical s'observe chez des vieillards scléreux. Chez eux, la prostate évolue vers l'atrophie fibreuse et le tissu connectif s'étend jusqu'à la région cervicale qui devient rigide.

Dans cette étude nous laissons de côté tous ces facteurs capables de produire une dysurie, pour ne nous attacher qu'aux troubles créés par une hypertrophie des éléments musculaires du col de la vessie. Mettons de côté l'ancienne théorie du spasme du sphincter interne, déjà réfutée par Albarran et Noguès.

Monsieur le professeur Legueu en 1922,<sup>17</sup> dans ses cliniques de Necker attire l'attention sur ce qu'il appelle « La maladie du col vésical ». Pour lui, la maladie prostatique serait produite par une hypertrophie de tous les éléments muqueux, glandulaire, musculaire et fibreux qui constituent le col vésical.

Il divise les malades en trois groupes:

1° Dans certains cas, l'examen microscopique montre un *petit adénome* dont rien ne pouvait déceler la présence.

---

<sup>16</sup> Escat (1913) — Rétraction du col vésical et prostatisme. Assoc. franç. d'urol., octobre.

<sup>17</sup> Legueu (1922) — La conception nouvelle de la maladie prostatique. Arch. Urol. de Necker, t. 11, p. 201.

2° Dans d'autres cas, l'adénome n'est retrouvé qu'à l'examen *histologique* perdu dans le stroma musculaire hypertrophié.

3° Dans d'autres cas, enfin, l'adénome n'est qu'en *puissance* caractérisé par une certaine hyperplasie glandulaire; parfois une hypertrophie plus musculaire que glandulaire (Legueu).

Legueu, à la suite des travaux de Marion en 1927, précise la conception qu'il a de la maladie du col. Il insiste sur le fait que chez certains malades tous les éléments du col sont hypertrophiés, tandis que chez d'autres, nous ne trouvons qu'une hypertrophie des fibres musculaires.

L'hypertrophie de tous les éléments ou d'un seul élément du col résulterait d'une action spéciale d'hormones spécifiques agissant sur la région cervicale au moment où la prostate a fini son rôle, à la fin ou au déclin de la période d'activité génitale.

Pour Marion, il s'agit d'une hypertrophie congénitale du col vésical, qui pourrait être assimilée à celle du pylore du nourrisson. Dans les cas que son élève Bouillié rapporte, il n'existe qu'une hypertrophie du tissu musculaire. Les glandes sont parfois normales mais le plus souvent elles sont atrophiées, étranglées par les fibres musculaires.

L'origine congénitale de l'affection est démontrée par les faits suivants:

1° Précocité des premiers troubles, et âge relativement jeune des malades.

2° Coïncidence fréquente avec d'autres malformations congénitales et en particulier avec les diverticules de la vessie.

Les auteurs et M. Marion lui-même, admettent maintenant que les cas de prostatisme où la cause réside dans une hypertrophie du sphincter interne ne sont pas tous d'ordre congénital.

A Londres, M. Marion affirme qu'il existe deux types cliniques absolument distincts, un type congénital et un type acquis.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

## I — MACROSCOPIE

Bouillié, dans sa thèse, signale que la *paroi vésicale* présente une *épaisseur* marquée anormale. Cette hypertrophie des couches musculaires de la vessie existerait dans presque la moitié des cas. Elle indiquerait que non seulement le sphincter interne s'hyperplasiait mais que les fibres musculaires de la paroi vésicale seraient soumises aussi à un processus hypertrophique.

Pour notre part, nous n'avons observé ce phénomène hyperplasique que chez quelques-uns de nos malades. La vessie présente souvent des colonnes, sans que leur présence n'indique rien de spécial. Nous savons qu'à chaque fois qu'il y a obstacle au cours normal de l'urine, il y existe une trabéculatation de la paroi vésicale.

Le col de la vessie, au contraire, du fait de l'hypertrophie du sphincter lisse présente un aspect particulier dans les cas typiques. Normalement, il apparaît sous forme d'une légère dépression ronde sillonnée excentriquement par des replis de la muqueuse qui se continue sur un même plan avec celle de cavité vésicale.

Dans l'hypertrophie musculaire du col de la vessie, son pourtour fait sous la muqueuse une saillie très prononcée, prenant la forme d'un bourrelet encastrant l'orifice urétral. Parfois, probablement, lorsque l'hyperplasie est moins marquée, le bourrelet saillant n'apparaît qu'au niveau de la lèvre postérieure du col. A son niveau, la muqueuse vésicale prend une coloration rouge violacée. Enfin, chez plusieurs malades, du fait que l'hyperplasie est moins grande, les modifications structurales sont minimales et il n'existe qu'une ébauche de bourrelet.

De plus, lorsque nous introduisons le doigt dans l'orifice de l'urètre, nous remarquons, si le sphincter est hypertrophié, qu'il est moins élastique, moins extensible. Le doigt perçoit l'existence d'un anneau plus ou moins serré, en rapport avec le degré d'hyperplasie.

## II — MICROSCOPIQUE

Au point de vue microscopique, il y a à distinguer les cas que nous considérons comme acquis et qui rentrent dans le cadre de la « maladie du col », décrite par Legueu, et ceux qui ont une origine congénitale, mis en évidence par Marion.

1° *Hypertrophie musculaire du col congénital.*

Sur la coupe histologique, ce qui différencie le col hypertrophié de celui qui est normal est l'abondance et le volume des faisceaux musculaires. Les fibres du sphincter interne sont à la fois hypertrophiées et hyperplasiées. Le tissu musculaire ne se présente plus sous l'aspect de fines fibrilles isolées ou de faisceaux de fibres grêles. Au contraire, il forme des fibres volumineuses et tellement nombreuses que souvent nous ne voyons sur la coupe uniquement que du tissu musculaire, offrant l'architecture d'un myome utérin.

Ce tissu musculaire luxuriant disloque les glandes, les étrangle et détermine l'hypoplasie de leur cavité. Dans d'autres cas, les cavités glandulaires conservent leur forme normale, parce que l'hyperplasie musculaire est moins intense.

Jamais nous ne voyons, comme dans l'adénome péri-urétral, des acini glandulaires nombreux et dilatés.

Dans la majorité des cas, le tissu conjonctif, qui existe normalement au col, est peu abondant, formant des groupements grêles entre les fibres musculaires hypertrophiées. D'autres fois, nous observons une hyperplasie conjonctive, plus intense près de la lumière de l'urètre. Elle ne serait qu'une conséquence d'une réaction inflammatoire, d'autant que nous y trouvons aussi une infiltration lymphocytaire.

Chez un de nos malades, M. le professeur Masson a trouvé au milieu du tissu musculaire myomateux un véritable conduit secondaire, ayant tous les caractères histologiques de l'urètre. Il s'agissait vraisemblablement d'un canal urétral secondaire à l'état d'ébauche. Cette malformation est donc une démonstration évidente que dans de nombreux cas l'hypertrophie musculaire du col vésical est une maladie congénitale.

2° *Hypertrophie musculaire du col vésical acquise.*

Ce qui distingue cette variété de la forme congénitale au point de vue histologique est l'aspect des glandes.

Celles-ci au lieu d'être étouffées par le tissu musculaire conservent leur forme ou s'hyperplasient.

Dans la majorité des cas, les acini glandulaires ont un volume et une configuration normale. Souvent, leur nombre est augmenté. D'autres fois, il existe réellement une hyperplasie glandulaire, moins intense que dans l'adénome péri-cervico-urétral.

Quant au tissu musculaire, il prend une configuration identique à celle que nous retrouvons dans la variété congénitale.

#### SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes créés par l'hypertrophie musculaire du col de la vessie sont ceux du prostatisme. Les malades accusent une difficulté de la miction, une diminution de la force du jet. Puis peu à peu présentent une pollakiurie nocturne et diurne. Enfin, dans une période ultérieure, ils deviennent des distendus chroniques. Ils souffrent alors, soit d'incontinence par regorgement, soit de pollakiurie intense, soit de troubles dyspeptiques, conséquences des phénomènes urémiques dont ils sont atteints.

Cette évolution clinique que nous venons de décrire très brièvement se complique parfois de rétention d'urine ou de cystite.

En somme, ces malades ont un tableau clinique identique à celui de l'hypertrophie de la prostate.

Cependant, nous observons quelques particularités des symptômes et de l'évolution clinique. En général, la dysurie est très marquée, plus que lorsqu'il s'agit d'un gros adénome péri-urétral. Si l'affection est congénitale, cette dysurie existe depuis le jeune âge. Les malades depuis leur jeunesse ont une miction lente et prolongée. De plus, la difficulté d'uriner persiste, en général, pendant plusieurs années seule, sans symptômes de pollakiurie.

## DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'hypertrophie musculaire du col de la vessie s'établit en éliminant tous les facteurs susceptibles de produire des phénomènes de dysurie.

C'est donc par un examen bien attentif du système nerveux et de l'appareil urinaire que nous acquérons la certitude de l'hyperplasie du sphincter interne. Comme nous le verrons plus loin, un signe physique peut servir à reconnaître la maladie. *C'est l'augmentation de la distance entre le verumontanum et le col de la vessie, que révélera l'urétroscopie.*

## TOUCHER RECTAL

Le premier geste du médecin en présence d'un malade qui se plaint de prostatisme est de pratiquer un *toucher rectal*. Il mettra en évidence un adénome péri-urétral, une prostatite chronique, un cancer de la prostate. Dans l'hypertrophie musculaire du col de la vessie le toucher rectal est absolument négatif et fait percevoir une prostate normale. Cependant, la négativité du toucher n'autorise pas à conclure à l'existence de la maladie qui fait l'objet de notre travail. Il faut savoir que les hypertrophies de la prostate au début et les hypertrophies du lobe moyen ne peuvent être diagnostiquées d'une façon absolue que par la cystoscopie (Marion). Un complément d'examen s'impose et le malade devra être soumis à un examen neurologique, afin d'éliminer les dysuries d'ordre médullaire.

## EXAMEN NEUROLOGIQUE

Nombreuses sont les rétentions d'urine dont la cause est située au niveau de la moelle épinière. Et tout examen fait dans le but de dépister l'origine d'une dysurie doit être complété par une étude des réflexes, et par la recherche du signe d'Argyll-Robertson. Il est fréquent que les troubles urinaires soient la première manifestation d'un tabès. Une myélite chronique, une compression médullaire peuvent encore produire des troubles de rétention.

Le toucher rectal ayant été pratiqué, l'examen neurologique sommaire ayant eu lieu, le médecin continuera ses investigations en étudiant entièrement l'appareil urinaire.

### EXAMEN DE L'APPAREIL URINAIRE

Les urines devront être examinées et on devra y rechercher la présence de pus. En effet, certaines rétentions sont sous la dépendance d'une affection rénale, (tuberculose, pyélonéphrite). Si les urines sont pyuriques, le cathétérisme des uretères devra être effectué pour obtenir la certitude que le pus vient du rein et pour classifier l'infection rénale.

#### a) EXPLORATION DE L'URÈTRE.

*Les rétrécissements de l'urètre* sont capables de créer des symptômes analogues à ceux de l'adénome péri-urétral. Le plus souvent leur diagnostic est facile: ainsi, lorsque l'explorateur à boule a franchi une série de ressauts. Dans certains cas, la boule est arrêtée au bulbe sans avoir rencontré d'obstacles dans l'urètre antérieur. S'agit-il de spasme du sphincter ou de rétrécissements profonds? Le médecin doit alors prendre un Béniqué No 40. S'il est en présence d'un spasme, l'instrument franchira le sphincter sans difficulté. *Le calcul de l'urètre* peut provoquer des troubles de dysurie. C'est également l'exploration du canal urétral qui le fera connaître. La boule exploratrice passera au niveau de l'obstacle en produisant un frottement spécial.

En résumé, l'exploration de l'urètre permettra de constater la perméabilité du canal. Elle peut être complétée par un sondage après miction pour déceler l'existence ou non d'un résidu et son volume.

#### b) LA CYSTOSCOPIE

Elle fera apprécier l'aspect du col de la vessie et montrera une barre inter-urétrale ou un diverticule de la vessie. *Le col vésical normal* se présente à sa partie supérieure sous l'aspect d'un croissant rouge à concavité centrale, à bord très net légèrement translucide. À sa partie inférieure l'image est semblable, mais son bord est flou, sans

limites précises, de sorte qu'il est difficile de dire où commence et où finit le col.

La cystoscopie, nous l'avons dit, est indispensable pour établir le diagnostic d'une hypertrophie au début ou d'un lobe médian. Alors, le bord du col est net, surélevé, donnant l'impression qu'il forme un bourrelet. D'autres fois, on voit le lobe médian sous forme d'une masse convexe saillante. Enfin, chez tous les malades, par le fait de l'élévation du col par l'adénome, on peut apercevoir dans le même champ du cystoscope le col et l'orifice urétral du côté où regarde le prisme (signe de Marion).

Dans l'hypertrophie musculaire du col de la vessie, *ces signes cystoscopiques sont absents*. Tous nos malades ont subi un examen du cystoscope. Chez quelques-uns, nous avons observé le fait signalé par Bouillié. L'image de la partie inférieure du col, était comparable à celle de la partie supérieure du col normal, c'est-à-dire, que son bord, sans donner l'impression d'un bourrelet, était très net, beaucoup plus rouge que normalement.

#### c) L'URÉTROSCOPIE

Elle a été pratiquée chez plusieurs de nos malades. Nous l'avons toujours faite avec le McCarthy. Elle est *nécessaire* pour éliminer les lésions de l'urètre postérieur capables de donner de la dysurie (hypertrophie du verumontanum, valvule). Elle est *indispensable* pour établir le diagnostic positif de la maladie. A notre avis, elle seule fournit un signe physique de l'hypertrophie musculaire de col vésical. Chez tous nos malades urétroscopés nous avons toujours constaté que *la distance qui sépare le col du verumontanum est augmentée*. Cette augmentation est d'autant plus marquée que l'hyperplasie est plus intense.

#### TRAITEMENT

Deux voies ont été utilisées pour traiter les dysuries produites par hypertrophie musculaire du col de la vessie. La voie transvésicale et la voie urétrale.

#### I — VOIE TRANSVÉSICALE

La voie transvésicale comporte diverses techniques allant de la simple discision du col à son ablation totale. Ce sont :

- 1° discision du col,
- 2° section du col,
- 3° excision cunéiforme du col,
- 4° ablation totale du col.

La *discision* et la *section* du col sont des opérations simples, mais qui doivent être suivies de dilatation pour dissocier le tissu en voie de cicatrisation. Les partisans, d'ailleurs peu nombreux, de ces méthodes, par le fait qu'ils conseillent la dilatation post-opératoire, reconnaissent d'eux-mêmes que leur intervention peut être insuffisante. Nous ne comprenons d'ailleurs pas, pourquoi nous devrions user de la voie transvésicale pour sectionner le col, alors que cette opération peut se faire par voie urétrale, avec des résultats identiques et plus simplement.

Léo Buerger de New-York,<sup>18</sup> est un des plus chauds partisans de l'excision cunéiforme du col. La vessie étant largement ouverte, il enlève au bistouri un large morceau pyramidal du sphincter. Puis il pratique une dilatation du sphincter à l'aide du doigt. Il n'obtient des résultats parfaits que dans 75% des cas qu'il a opérés. Chez les autres malades, la rétention est restée la même et les troubles de dysurie ne se sont pas améliorés.

Tous les chirurgiens qui ont préconisé soit la section du col, soit son excision cunéiforme ont toujours craint l'ablation totale du col, parce qu'ils la croient capable de créer une incontinence.

Ce préjugé est injustifié. En effet, le sphincter externe suffit pour assurer la continence. Avons-nous observé fréquemment l'incontinence à la suite de l'ablation des adénomes péri-urétraux où le sphincter interne est toujours enlevé?

a) *Ablation totale du col.*

Elle peut être pratiquée de trois manières:

- 1° Enucléation au doigt.
- 2° Résection au bistouri.
- 3° Résection à l'emporte-pièce.

<sup>18</sup> Buerger (1920) — Anatomie pathologique et traitement opératoire de la contracture du col de la vessie. *Journal d'urologie*, p. 451.

b) *Enucléation au doigt.*

La vessie étant ouverte comme pour une prostatectomie, le col est enlevé avec l'index soit immédiatement, soit dans une deuxième opération. L'index introduit dans l'urètre prostatique fait pression sur une face pour la faire éclater. Lorsqu'une brèche est ouverte, le doigt crée un plan de clivage artificiel et arrache, soit d'une pièce, soit par morceau le col vésical. Nous comprenons que c'est une opération délicate et difficile à exécuter. En effet, le col est fusionné avec les tissus voisins et le plan de clivage n'existe pas et doit être fait artificiel. Nous l'avons pratiqué chez plusieurs de nos malades, avec des résultats parfaits.

c) *Réséction au bistouri (Technique de Marion).*

Cette opération doit être pratiquée en un seul temps. La vessie est largement ouverte, le malade étant en position inclinée. L'écarteur vésical de Legueu est mis en place dans l'intérieur de la cavité vésicale. Le col est alors fixé avec une petite pince de Museux. Il est attiré et sectionné circonférentiellement au bistouri sur une hauteur de 1 centimètre  $\frac{1}{2}$  et l'urètre est tranché. Le col vésical se trouve ainsi enlevé en bloc représentant un petit cylindre. Puis la vessie est refermée en deux plans sur un tube de Marion.

Nous avons employé cette technique chez plusieurs de nos malades. Nous l'avons complétée chez l'un qui présentait une hémorragie plus marquée par une suture de la plaie cervicale, comme elle le fut préconisée pour la prostatectomie par les urologistes américains.

d) *Réséction à l'emporte-pièce.*

Les Américains et en particulier Young résèquent le col vésical dans les cas qu'ils appellent « sclérose du col » avec une pince « emporte-pièce ». Nous avons fait construire dans ce but, une pince spéciale qui nous semble très utile et d'un maniement facile.

La partie distale est recourbée et constituée par deux cupules ovales larges à bord tranchant qui en s'affrontant présentent une

section coupante et emportent la pièce. L'articulation des deux branches se fait près de cette partie distale tranchante. Les manches de la partie proximale sont longues et se terminent par une large courbure. La poignée est ainsi en dehors de la vessie.

La technique en est très simple. Un assistant introduit le doigt dans le rectum pour soulever le col et le bas-fond vésical. Le chirurgien place dans la vessie par la boutonnière vésicale sus-pubienne l'index de la main gauche. Une portion du col est alors prise dans la partie tranchante de la pince et sectionnée. La manoeuvre recommence jusqu'à ce que le col soit reséqué sur toute sa circonférence, sur une hauteur variant de 1 centimètre à 1 centimètre  $\frac{1}{2}$ . L'opération se termine comme pour la prostatectomie.

e) *Discision des techniques d'ablation du col.*

L'énucléation du col a été la première technique employée. Elle fut d'abord par Legueu qui en use encore et par Marion. Elle comporte le désavantage d'être difficile d'exécution. Des mains inexpérimentées risquent de ne pouvoir ainsi enlever le col vésical. Nous-même, nous nous rappelons combien d'efforts il nous a fallu pour réussir dans nos premiers cas. En effet, comme nous le disions, le col est fusionné avec les tissus voisins et le plan de clivage doit être créé artificiellement. Cependant, dans certains cas, lorsque le sphincter est fortement hypertrophié, l'énucléation du col est une manoeuvre facile. Quelques auteurs lui objectent de plus l'attribution des tissus que produit la pression brutale nécessaire à la création du plan de clivage.

Cependant, elle a l'avantage de ne pas obliger à une grande taille vésicale et par conséquent de pouvoir opérer les malades en deux temps.

*La résection au bistouri*, décrite par Marion, semble l'opération idéale. En effet, elle permet de bien exposer la région opératoire et de traiter les lésions concomittantes (barre interurétérale et diverticule). De plus, à notre avis, elle comporte un autre avantage dont nous nous sommes prévalu chez un malade, c'est de pouvoir

pratiquer une hémostase en suturant la brèche à l'aide de catgut. Malgré toutes ces commodités, elle a certainement une grande contre-indication. C'est de ne pouvoir établir un drainage de la vessie par une cystostomie préalable. Toute l'opération doit être pratiquée en un temps. Or, nous avons vu des malades atteints d'hypertrophie musculaire du col de la vessie dont l'état urémique créé par la distension exigeait une cystostomie de drainage pour les remettre en état et leur permettre d'affronter avec succès l'ablation du col vésical.

La résection à l'emporte-pièce tire donc, à notre avis, ses indications des contre-indications à l'opération décrite par Marion. Elle permet d'opérer en deux temps et d'attendre ainsi que l'état du malade soit suffisamment bon pour enlever sans risque le col vésical. De plus, elle a des avantages sur l'énucléation par sa facilité d'exécution et par son absence d'attribution de tissus, qui sont sectionnés et non arrachés comme dans l'énucléation.

En résumé, nous croyons que deux techniques sont à utiliser dans l'ablation totale du col: la résection au bistouri décrite par Marion et la résection à l'emporte-pièce avec la pince que nous avons fait construire. L'une et l'autre ont des indications bien définies. Lorsque l'état général est excellent et permet l'opération en un temps, l'excision du col au bistouri est l'opération idéale. Au contraire, si le malade a un état mauvais qui nécessite une cystoscopie de drainage, la résection du col à l'emporte-pièce doit être employée. Quant à l'énucléation du col, nous l'avons employée dans quelques cas, mais nous croyons que ces indications très restreintes seront réservées pour les cas exceptionnels où elle semble d'une exécution facile. A notre avis, elle disparaîtra peu à peu pour être remplacée par la résection à l'emporte-pièce qui comporte les mêmes avantages sans les inconvénients.

*f) Résultats de l'ablation totale du col.*

L'ablation totale du col vésical, que l'on emploie l'une des trois techniques, est, sans aucun doute, l'opération qui a donné les meilleurs résultats dans le traitement de la maladie qui fait l'objet de notre étude.

*Bouillié* dans sa thèse rapporte 15 observations. Chez tous les résultats ont été excellents. Les malades ont vu disparaître soit leur rétention, soit leur dysurie.

Legueu, à la Société d'Urologie (1927), présentait cinq malades ayant subi l'ablation du col. Chez tous, la guérison fut complète et durable. Legueu et Flandrin en 1928<sup>19</sup> rapportent à la même société deux autres cas également guéris.

Papin de la Rochelle en 1928 et 1929,<sup>20</sup> présente à la Société d'Urologie six malades guéris complètement par l'ablation du col vésical. Blanchet de Bordeaux<sup>21</sup> présente dans la même année un cas d'hypertrophie musculaire du col vésical dont la guérison complète se produisit à la suite de l'énucléation du col. De 1927 à 1929, nous avons opéré par ablation du col vésical 12 malades. Chez tous l'opération fut suivie de parfaite guérison, malgré que nous ayons employé une des trois techniques.

## II — VOIE URÉTRALE

La voie urétrale est celle dont se servent de préférence les urologues de l'école américaine. Elle fut employée par les Américains pour sectionner le col dans les cas qu'ils classifient sous le vocable de « sclérose du col » ou de « spasme du sphincter interne », car ceux-ci semblent ignorer la maladie décrite par Legueu et Marion.

Plusieurs techniques existent, variables selon l'instrumentation. Ce sont :

- 1° Section du col, par l'instrumentation de Bottini
- 2° Section du col par un urétrotome spécial décrit par Geraghty.

<sup>19</sup> Legueu et Flandrin. — Deux observations de résection du col vésical suivies de guérison. Soc. franc. d'Urol., séance du 17 décembre 1928.

<sup>20</sup> Papin de la Rochelle (1929) — Troisième note à propos des maladies du col vésical et de rétrécissements de l'urètre. Soc. franç. d'Urol., séance du 13 mai 1929.

<sup>21</sup> Blanchet (Bordeaux, 1928) — Sur un cas de sténose du col vésical. Soc. franç. d'Urol., séance du 9 juillet 1928.

3° Section du col par électrocoagulation sous le contrôle cystoscopique: appareil de Young et appareil de Caulk.

4° Résection du col avec l'appareil de McCarthy.

5° Section du col à travers une boutonnière de l'urètre membraneux après avoir fait une périnéotomie transversale.

Les quatre premières techniques ont une grande analogie et s'appliquent par la voie naturelle, tandis que la dernière devient un acte chirurgical. Nous ne nous attarderons pas sur sa description. Qu'il nous suffise de dire que s'il y a lieu d'intervenir par voie sanglante, il n'y a aucun doute que seule la voie transvésicale a des avantages puisqu'elle permet d'opérer directement sur le col, cause de la dysurie.

Les quatre premières méthodes ont à première vue un aspect séduisant. En effet, le temps opératoire est réduit au minimum, puisque la voie d'abord est l'urètre et les suites opératoires sont apparemment simples et de courte durée.

*L'instrument de Geraghty* se compose d'un tube creux ayant la forme d'un cystoscope et présentant à son extrémité une large fenêtre dans laquelle on engage la portion du col à sectionner et d'une tige pleine dont l'extrémité se termine par une partie tranchante. L'opération consiste à introduire l'appareil dont la fenêtre est obstruée temporairement par la tige. Il est conduit dans la vessie. La tige étant enlevée, il est retiré jusqu'à ce que le col s'engage dans la fenêtre. A ce moment, le tube creux étant saisi solidement, la tige tranchante est de nouveau introduite et enlève une tranche du col vésical.

*L'instrument de Young et Caulk* comporte une grande analogie avec celui de Geraghty. Le tube creux a une forme identique. Cependant, il y est adjoint un système d'optique qui permet de se rendre compte de la partie saisie par la fenêtre. De plus, la tige tranchante est remplacée par une tige faisant fonction d'électrode. Lorsque le col est pris dans la fenêtre et que le contrôle urétroscopique est fait, la tige électrode est introduite dans le tube creux et un courant alternatif de 110 volts est lancé pendant 4 à 5 secondes.

Pourquoi ne pas employer toujours cette voie? C'est qu'elle comporte des dangers, et de plus des échecs opératoires. Elle comporte des dangers si nous employons l'urétrotome de Geraghty ou l'instrument de Bottini.

Young, dans une étude de 18 cas traités par le « sphinctérotome » de Geraghty rapporte des hémorragies graves dans 5.5% des cas et des hémorragies sérieuses dans 33% des cas. De plus, le même auteur cite des cas d'incontinence à la suite de l'opération de Geraghty, probablement produite par une lésion du sphincter externe. Enfin, un résultat complet et parfait n'a été obtenu que dans 44% des cas opérés.

*La section du col par électrocoagulation* sous la vision du cystoscope par l'appareil de Young et Caulk est évidemment plus rationnelle et sans danger puisqu'elle ferme les vaisseaux au moment de leur section. Cependant, les résultats opératoires ne sont pas complets. En lisant la statistique de Young, produite par le Docteur Sherman nous voyons que sur 348 cas 60% ont été guéris, et 14.6% n'ont obtenu aucune amélioration. De plus, malgré que l'opération ait eu lieu sous le contrôle du cystoscope, trois malades ont eu de l'incontinence permanente dans leurs suites opératoires.

Pour notre part, nous avons toujours craint, après la lecture de ces résultats, d'employer soit l'instrument de Geraghty, soit celui de Young et Caulk. Nous nous en sommes servi chez trois malades. Chez deux nous avons employé l'appareil de Geraghty et chez un autre, celui de Young et Caulk. Nous n'avons obtenu un résultat complet que chez un seul. Chez les deux autres, aucune amélioration ne s'est produite.

L'un n'a pas voulu se soumettre à une autre intervention par voie transvésicale. L'autre a subi ultérieurement l'ablation du col par voie transvésicale et a guéri entièrement.

L'ablation du col vésical par voie hypogastrique transvésicale est l'opération que nous proposons en 1929. La section du col par voie trans-urétrale nous paraissait alors une technique dangereuse et incertaine. Les urologistes américains se sont orientés vers

la construction d'un appareil capable d'opérer la section du col sous la vision de l'opérateur et avec la sécurité de l'hémostase. Plusieurs appareils ont été présentés au public médical; les uns excellents, les autres nuls. L'électrotome endoscopique de Stern McCarthy, actionné par l'appareil à haute fréquence dite « McCarthy Surgical Unit » est le plus utilisé de tous; il est celui que nous employons.

L'électrotome « Stern McCarthy » comprend une gaine avec son obturateur et une autre pièce qui consiste en une pièce coupante et un optique. La gaine est un tube droit en « bakelite » ou en métal, sans bec, et dont l'orifice terminal est oblique. Le système optique permet la vision à la fois droit en avant et oblique en bas d'où son nom anglais très démonstratif « fore-oblique ». A cette pièce optique est ajustée une anse métallique avec une crémaillère et une route dentée qui permet le mouvement de cette anse en avant et en arrière.

La technique de l'opération, théoriquement facile, demande à être mis en pratique par des mains familiarisées avec les méthodes endoscopiques, habiles à se servir d'instruments délicats. Le tissu est réséqué par morceau en plaçant l'anse derrière la portion obstructuante et en l'attirant lentement et fermement à travers l'obstacle, jusqu'à ce qu'elle soit rentrée dans la gaine. Cette section d'arrière en avant est répétée jusqu'à ce qu'un tunnel bien formé soit établi sur la face inférieure du col vésical. Les fragments sectionnés sont retirés de la vessie au fur et à mesure de leur section; ils sortent par la pression du liquide à travers la gaine, la pièce coupante étant retirée. L'opération terminée, une sonde à demeure du calibre no 20 à type Marion est laissée à demeure. Le temps que cette sonde doit rester à demeure est encore un point de technique fort discuté parmi les urologistes. Au début, partisan du séjour prolongé, nous retirions la sonde vers la 5e ou 6e journée. Maintenant, nous l'enlevons après 48 heures et nos malades ne font plus d'élévation thermique.

En conclusion, nous devons dire que l'hypertrophie musculaire du col de la vessie est certainement la maladie où la résection endoscopique urétrale du col vésical par l'électrotome de « Stern McCarthy » donne les résultats les plus brillants. Et nous ajoutons

que si la valeur de cette méthode reste sujette à désaccord et suspecte de critique dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate, elle est devenue la seule à utiliser dans le traitement de l'hypertrophie musculaire du col de la vessie.

### CONCLUSIONS

1° L'hypertrophie musculaire du col de la vessie est une maladie dont le substratum anatomique consiste en une augmentation du nombre et du volume des fibres du sphincter interne, parfois acquise, parfois congénitale et dont les symptômes sont ceux du prostatisme.

2° Cette maladie est tantôt acquise, tantôt congénitale.

*Acquise*, elle ne serait qu'une modalité de la « maladie du col », décrite par Legueu.

*Congénitale*, elle pourrait être assimilée à l'hypertrophie du pylore du nourrisson et expliquerait les troubles de dysurie observés dès le jeune âge.

3° Au point de vue *histologique*, elle se caractérise par une hypertrophie et une hyperplasie des fibres musculaires du sphincter interne.

4° Son *tableau clinique* est celui du prostatisme.

5° Son diagnostic s'établit en éliminant tous les facteurs capables de produire des phénomènes de dysurie. Un seul signe physique positif existe. *C'est l'augmentation de la distance qui sépare le col vésical du verumontanum*, que révélera l'urétroscopie.

Nous concluons que le traitement idéal de l'hypertrophie musculaire du col vésical est la résection endo-urétrale « en coin » du col vésical par l'électrotome de « Stern McCarthy ».

## SYPHILIS ET REIN

Par PAUL POIRIER

Chef du service de dermato-syphiligraphie à l'Hôtel-Dieu,  
Assistant à la clinique de l'Université de Montréal.

« Les erreurs et les vérités se retrouvent en médecine ».

Wels et Blackall attribuaient au mercure l'albuminurie syphilitique; on a dit le même mal des arsénicaux. Lorsqu'est apparu le bismuth on s'est empressé de dire: prenez garde au bismuth, il peut donner la néphrite bismuthique.

Rayer a pensé contrairement à Wels et Blackall que cette albuminurie n'était pas due au mercure.

Sans doute, le rein finit fatalement par payer une part plus ou moins grandes à ces décharges toxiques ou médicamenteuses.

A toutes les périodes de la syphilis, quelles qu'elle soient, le rein de par sa fonction, de par sa fonction vasculaire et glandulaire, peut et doit être touché par la syphilis.

La syphilis, maladie générale, maladie de type septicémique, procédant par étapes, se sert de la voie vasculaire comme vecteur d'infection.

Or le rein n'est-il pas par excellence un organe vasculaire?

Ainsi, il y a des personnes, qui, sans faire des scarlatines graves, font des complications graves rénales de la scarlatine; d'autres avec des scarlatines très graves ne font pas de complications rénales. De même certain syphilitiques paient un lourd tribut au rein, alors que d'autres, point du tout. Un malade manifestera des signes d'intolérance rénale en face des médicaments sans qu'on puisse en connaître la cause, et un autre, pas.

C'est affaire d'hérédité, de constitution, de virulence microbienne.

Les lésions rénales sont-elles fréquentes dans la syphilis?

Spieis sur 220 autopsies de syphilitiques avait signalé 21 fois des néphrites parenchymateuses, 3 fois des néphrites intersticielles, 13 fois des néphrites partielles, et 18 fois des reins scléreux; 2 fois de l'atrophie rénale, 7 fois des gommés avec scléroses du rein; 36 fois de l'amylose.

Balzer dans son fascicule de la collection Gilbert sur la syphilis rénale, qui remonte déjà à 25 ans, indique qu'il avait observé 27 cas de néphrites syphilitiques.

Plus près de nous, Louste en a rapporté 27 cas.

Le même auteur, dans une leçon magistrale, professée en 1928, décrit l'étude de la syphilis rénale sous les formes suivantes:

1. Albuminurie simple. 2. Néphrite aiguë ou subaiguë.  
3. Néphrite chronique diffuse. 4. Gommés du rein. 5. Amylose rénale. 6. Hémoglobinurie paroxystique.

1. **L'albuminurie simple.** — C'est l'albuminurie satellite de la roséole, semblable à celle de toute fièvre infectieuse, comme de la typhoïde ou de la pneumonie à leur début; albuminurie légère sans signes rénaux, sans cylindres, qui guérit facilement et ne laisse pas de trace.

Dans ce cas, il faut traiter la syphilis comme s'il n'y avait pas d'albumine.

2. **La néphrite aiguë.** — C'est la néphrite secondaire du type infectieux particulièrement grave.

Le mode de début rappelle au point de vue clinique, le type de la néphrite *a frigore*. Il est rapide, très brusque; courbature générale, douleurs lombaires, frissons, quelquefois claquements des dents, sensation de froid; tous ces symptômes aboutissent vite à l'œdème pâle, blanc, mou, accompagné d'une anémie et d'une pâleur considérables.

Oligurie, abondance de l'albumine, massive, considérable, 8 à 30 grammes et même plus. La perméabilité rénale est conservée. Il n'y a pas d'hypertension et pas de bruit de galop.

Il faut, dans ce cas-ci, traiter la néphrite avant la syphilis: repos, diète, purgatifs, ventouses, etc.

Après quelques jours, donner du cyanure de mercure intra-veineux qui est en même temps un diurétique, (.01 centigramme dans 2 cc. d'eau distillée à tous les jours ou tous les deux jours).

Le pronostic, peut-on dire, est réglé par le moment de l'infection; plus la néphrite syphilitique est proche du chancre, plus elle aura de chances de s'améliorer; plus elle se déclare loin du chancre, plus elle a de chances d'être grave, de durer ou de récidiver.

3. **La néphrite chronique diffuse.** — Au point de vue symptomatique, rien d'autre que les signes de néphrite chronique habituelle, c'est-à-dire: albuminurie chronique pas nécessairement très abondante, de temps en temps petits accidents cardiovasculaires, dyspnée, point de côté, bronchites, etc., chez un malade à antécédents spécifiques.

Cette néphrite est à marche lente, rétrocede, augmente à nouveau pour arriver à l'urémie classique, à la cachexie des néphrites chroniques diffuses. « Je considère que l'hypertension artérielle et les scléroses artérielles de l'âge critique ne sont pas dues en général à la syphilis . . . au contraire, chez les adultes jeunes, l'origine syphilitique est une éventualité fréquente ». (Camille Lian).

Au point de vue thérapeutique, tout d'abord le traitement diététique et le régime. On fera avec prudence le traitement étiologique et symptomatique. Donner la préférence au mercure. Éviter avec soin les arsénicaux, voire même les bismuths, qui sont encore plus toxiques pour le rein que les arsénicaux.

4. **Gommes du rein.** — Le diagnostic ne se fait pas ou se fait alors d'une façon fortuite (brusquement des urines troubles, rouge-brun, hématuriques).

5. **Amylose rénale.** — Echéance lointaine d'une infection chronique.

Reconnaît dans la moitié des cas, comme origine, la syphilis.

Signe particulier: albuminurie abondante avec polyurie et non oligurie comme dans l'autre cas. L'urine est transparente à reflets verdâtres, laissant un dépôt où on trouve des cylindres cireux et colloïdes. Le malade n'a pas d'hypertension comme dans la néphrite. Et le traitement ne faisait rien, ou à peu près.

6. **L'hémoglobinurie paroxystique.** — C'est un acte humoral et non rénal. Elle est caractérisée essentiellement par la présence de l'hémoglobine dans l'urine, survenant par crises plus ou moins violentes provoquées le plus souvent par le froid.

Cette affection peut reconnaître comme cause la syphilis, d'où l'importance de la rechercher.

Et elle peut guérir facilement dans ces cas par le traitement mercuriel arsenical ou bismuthique.

Voici, pour terminer, l'histoire intéressante d'une de nos malades, où l'on peut voir que le rein s'est montré d'une générosité incomparable envers l'infection et la médication:

*Dossier No "2000"* — Mademoiselle X, 25 ans. Antécédents héréditaires: rien à signaler. Antécédents personnels: rougeole, coqueluche, scarlatine, diphtérie, oreillons, varicelle, congestions pulmonaires à 8 mois et à 15 ans, poliomyélite antérieure aiguë à l'âge de 2 ans, avec paralysie définitive du membre inférieur droit, obligeant la malade à porter deux béquilles; typhoïde à quatre ans. Eczéma depuis la naissance. Acné depuis l'âge de 15 ans. Somme toute: de la naissance à 15 ans, une infection par année, au printemps.

De 15 à 20 ans: accalmie, absence d'infection. Puis, blennorragie à 20 ans (1928) suivie d'une annexite double. Hystérectomie sub-totale et appendicectomie en 1929. Syphilis en 1928, suivie

d'un traitement arsénical intensif: La patiente devient « négative » et continue son traitement pendant 2 ans.

En 1931, six interventions consécutives, sous anesthésie générale; deux ans d'hospitalisation; fait au cours de ces interventions, deux pneumonies.

En 1933: Wasserman: Négatif; liquide rachidien: normal; urine: pas d'albumine; azotémie: normale; formule leucocytaire: normale; tension artérielle: 120-75.

Dans la suite, la malade présente de nouveau un chancre syphilitique (réinfection ou super-infection).



## LE PROBLÈME DE L'ALIMENTATION À LA SOCIÉTÉ DES NATIONS

Par le docteur RENÉ DANDURAND.

Viennent de paraître quatre volumes de rapports, publiés par la section d'Information de la Société des Nations, sur le problème de l'alimentation à travers le monde.

Le premier intitulé: « *Rapport alimentaire* » est une introduction aux différentes questions que soulève ce problème.

Le deuxième traite des bases physiologiques de l'alimentation.

Le troisième donne un tableau de l'alimentation dans les divers pays.

Le quatrième renferme les statistiques de la production, de la consommation et des prix.

Brièvement, nous voudrions résumer quelques points de doctrine, formulés par les experts, sur les bases physiologiques de l'alimentation. D'abord, on a établi les besoins de l'homme en calories, en protéines et en graisses.

La base d'estimation des calories pour les besoins des différents âges est le chiffre « de 2400 calories nettes par jour, pour l'adulte, homme ou femme, vivant dans des conditions ordinaires, en climat tempéré et n'accomplissant pas un travail musculaire, professionnel ou autre. »

En cas d'activité musculaire, on doit ajouter les suppléments suivants:

Travail musculaire léger .....	jusqu'à 75 calories par hr. de travail				
“ “ moyen .....	75-150	“	“	“	“
“ “ intense .....	150-300	“	“	“	“
“ “ très intense					
	300 et au-dessus	“	“	“	“

Pour les femmes enceintes, la valeur de 2400 calories suffit, pour les femmes allaitantes la valeur de 300 calories. L'activité ménagère des femmes, enceintes ou non, nécessite un supplément

équivalent au travail léger de huit heures par jour. 2400 calories avec un supplément convenable pour la dépense musculaire conviennent aux besoins de la puberté.

Du point de vue des protéines, voici les quantités recommandées par la Commission.

années	grammes par kilogramme de poids
12 - 15	2.5
15 - 17	2.0
17 - 21	1.5
21 et au-dessus	1.0
Femmes:	
enceintes 1 - 3 mois	1.0
4 - 9 mois	1.5
allaitantes	2.0

L'alimentation doit aussi apporter de la graisse, mais la Commission n'a pu déterminer exactement la quantité nécessaire. Cependant, elle reconnaît comme rationnelle la consommation de certaines graisses, à cause de leur teneur élevée en vitamines A et D: ce sont le beurre, les poissons gras et l'huile de foie de morue.

Tous ces calculs sont basés sur la quantité assimilée et non sur la quantité ingérée.

Pour les sels minéraux et les vitamines, la Commission estime que les insuffisances de l'alimentation portent d'ordinaire sur les aliments protecteurs (riches en minéraux et en vitamines) plutôt que sur les aliments proprement énergétiques (producteurs de calories). Rappelons que le terme d'aliments protecteurs comprend aussi les protéines que les vitamines et les sels minéraux.

Les aliments protecteurs les plus importants sont:

- lait et ses dérivés
- oeufs
- tissus glandulaires
- végétaux à feuilles vertes
- poissons gras
- viande

Aliments énergétiques:

céréales

graisses

sucres.

Les céréales avant blutage sont déjà pauvres en aliments protecteurs; plus elles sont raffinées, plus leur pouvoir protecteur est faible.

A égalité de valeur énergétique, les aliments protecteurs doivent être dans tous les cas préférés.

Enfin, la Commission a accordé une grande attention à ces aliments protecteurs et a essayé de définir quantitativement les besoins d'une alimentation composée de ces aliments, surtout dans le cas de la femme enceinte ou allaitante. C'est elle qui a le plus besoin de cette « protection ». Dans un tableau, le rapport nous fournit un exemple de ration alimentaire pour femme enceinte.

Le lait paraît être l'élément le plus recommandé, à cause de la facilité d'achat et de sa richesse en sels minéraux, en vitamines A, B, B2. Les oeufs sont une source de vitamines A, B, D, et de sels de fer. Leurs protéines, de même que celles du lait, ont aussi une valeur nutritive protectrice; elles favorisent, en outre, l'utilisation de la protéine des céréales et des végétaux. L'alimentation ordinaire est pauvre en vitamine D, sauf dans la belle saison et dans les pays ensoleillés; il faudra y remédier par l'adjonction d'huile de foie de morue qui en contient beaucoup.

La pomme de terre est recommandée pour remplacer une partie du sucre et des céréales très blutées. Sa richesse en vitamine C, en calcium et en phosphate très assimilables, en fait un aliment précieux dans les pays où elle existe en abondance.

Ce rapport, qui traite surtout de l'alimentation pendant la grossesse et la croissance, expose des idées générales sur la consommation du lait, de la pomme de terre, sur le blutage des céréales; la Commission insiste sur la nécessité de fournir un supplément de vitamine D dans les pays où la lumière solaire est pauvre.

*Conclusion:*

Il faut retenir l'importance du rôle de ces aliments protecteurs, au cours de la croissance et de la grossesse, et du développement de la diététique dans tous les pays, surtout dans les pays éprouvés par la guerre.

Mais là n'est pas tout le problème; le rapport signale des questions dont l'étude est recommandée; en voici deux à titre d'exemples:

a) Dans quelle mesure l'accroissement de la consommation du sucre est-il dangereux pour la santé ?

« Le sucre raffiné, dit autre part ce même rapport, ne possède qu'une valeur énergétique, il est entièrement dépourvu de minéraux et de vitamines. L'habitude qui va croissant, dans certains pays, de consommer une grande quantité de sucre, tend à diminuer la proportion des aliments protecteurs et pose une grave question. »

b) Quelle est la valeur nutritive et « supplémentaire » des différentes protéines dans les aliments en vue de déterminer dans quelle mesure et sous quelles formes les protéines animales sont nécessaires à la croissance et à la santé?

Voilà un autre problème soumis pour de nouvelles études. Les protéines agissent par leurs acides aminés, différents selon les substances. Quelle est leur valeur nutritive respective?



## REVUE DES REVUES ET DES LIVRES

SYNDROME HUMORAL ET TISSULAIRE  
POST-OPÉRATOIRE

(Résumé)

C'est le titre d'un article paru dans la *Presse Médicale* du 21 novembre 1936 et publié par MM. J. Bottin et J. Conradt.

En voici un résumé bien sommaire.

Tout d'abord, ces auteurs étudient, dans le domaine expérimental, les diverses modifications qui se passent au niveau des humeurs et des tissus dans la période qui suit une intervention chirurgicale.

En manière de conclusion: ils appliquent leurs observations à la clinique humaine.

Les recherches portent sur des animaux sains, chez lesquels se rencontrent, dans la phase post-opératoire, deux phénomènes importants: la déshydratation et la déminéralisation.

Ce « syndrome de base », à quoi est-il dû?

Pour répondre à cette question, ils considèrent tour à tour l'influence du jeûne, le rôle de l'anesthésie et l'acte chirurgical.

A — Le jeûne apporte peu d'altérations dans l'organisme. L'eau et les minéraux: Na, K, Ca, Cl, accusent une faible diminution dans le sang et les tissus; la diurèse et la qualité de ces éléments dans les urines paraissent, par contre, assez réduites.

B — La narcose provoque des changements qui sont minimes et passagers; ils disparaissent au bout de 48 heures, avec l'ingestion de boissons et d'une nourriture convenable.

C — L'opération, c'est à peu près le seul facteur qui compte ici dans les modifications humorales et tissulaires.

Après une intervention comme l'appendicectomie, MM. Bottin et Conradt constatent les faits suivants.

*I — Au niveau du sang.*

Il y a réduction de la masse sanguine, et cela dans la proportion de 10%; il y a aussi déperdition de plasma.

L'eau, le chlore, le sodium, le potassium et le calcium présentent une chute considérable.

C'est le contraire pour la sérine et la globuline qui cherchent à augmenter, de même que l'azote non protéique et l'azote résiduel.

*II — Au niveau de certains tissus.*

Le foie et le rein voient leur taux en eau, en chlore et en minéraux légèrement abaissé.

Il se produit, d'autre part, dans les muscles en regard de l'incision, une hydratation appréciable et une élévation notable du chlore et des éléments minéraux.

*III — Au niveau des urines.*

On remarque que la diurèse et le chlore sont réduits; et le plus souvent l'urée y est moins concentrée.

## BILAN DE L'EXPÉRIMENTATION

Chez les animaux qui reçoivent des liquides et des aliments en quantité suffisante après l'opération, les changements humoraux, tissulaires et urinaires ne durent pas bien longtemps; ils cessent au bout de 4 à 8 jours.

Mais en fin de compte, il est manifeste qu'on est en présence d'un phénomène de déshydratation et de déminéralisation qui a comme facteurs essentiels:

- (a) une abondante exsudation du plasma sanguin vers la plaie opératoire;
- (b) une perte aqueuse provoquée par la respiration qui se trouve faiblement accélérée;

(c) une forte diaphorèse chez l'homme.

La déshydratation apparaît dans le sang en premier lieu, qui va quérir son eau et ses substances minérales dans les tissus; et les urines sont les témoins d'un bouleversement transitoire, mais réel dans l'économie.

Un point intéressant: pourquoi le chlore est-il augmenté à l'endroit du foyer traumatisé?

Selon ces auteurs, cet apport chloré ne provient pas d'une « activité antitoxique du chlore vis-à-vis des produits de désintégration des albumines ». Ils croient plutôt à une transsudation plasmatique, comme il s'en fait dans toute contusion; d'ailleurs, cela coïncide à une élévation simultanée de l'eau et des matières minérales.

Il faut retenir que cette période post-opératoire de déshydratation et de déminéralisation offre un grave danger à l'organisme: elle met obstacle, pour une grande part, au rejet des toxines du métabolisme.

#### CONCLUSION PRATIQUE

En chirurgie humaine, la formule suivante sera un principe de thérapeutique logique et indispensable: restituer à tout patient opéré ce qu'il perd en eau et en substances minérales.

On utilisera des solutions isotoniques, contenant en proportions définies de l'eau, du Na, du K, du Ca et du Cl.

A cette fin, trois modes d'administration sont acceptés. La voie sous-cutanée convient aux cas ordinaires. La voie veineuse est réservée aux grands malades; on y ajoutera du glucose. Quand il y a possibilité, l'hydratation se fera en même temps par la bouche.

Un dernier point à souligner. Les injections de sérum isolé isotonique sont de beaucoup préférables à celles du sérum hypertonique. Il y aurait avec celle-ci, d'après Bottin et Conrard, « une spoliation supplémentaire d'eau et d'éléments minéraux au-niveau du sang et des tissus ».

R. LEBEAU.

**FOIE ET PARATHYROÏDE**

(G. Parturier, Editions Paris, Vigot Frères,  
28 rue de l'Ecole de Médecine, 1936)

Ce volume contribue à mettre en relief une fois de plus les synergies endocriniennes.

L'auteur se propose d'établir la relation entre la parathyroïde et le foie, par des données physiologiques, cliniques, et surtout par des conclusions thérapeutiques.

Après avoir résumé les analogies physiologiques et les expériences scientifiques sur les animaux parathyroïdectomisés ou hépatectomisés, il en montre les analogies cliniques; si l'action du foie sur les parathyroïdes est difficile à mettre en évidence, par contre, les « hépato-biliaires présentent dans leur tableau clinique des signes qui pourraient s'apparenter à bien des troubles de dysparathyroïdie, qu'il s'agisse d'hyper ou d'hypoparathyroïdie. » Et l'auteur passe en revue les troubles de la spasmophilie, du psychisme et de la perception des sens. Que la spasmophilie frappe tout l'organisme (syndrome de la tétanie), ou qu'elle se localise à la vésicule biliaire (colique hépatique) ou qu'elle épouse les formes angineuses, pseudo-angineuses, asthmatiques, digestives, l'hypoparathyroïdie couvre un chapitre important en pathologie humaine, particulièrement en pathologie biliaire.

Quant aux organes des sens, M. P. analyse les troubles visuels et auditifs causés par les dysparathyroïdies et par les dyshépaties.

En troisième lieu, il s'attarde à la thérapeutique des deux syndromes. Il montre l'effet des agents physiques et des circonstances extérieures sur une glande et sur l'autre, se servant de ce succès thérapeutique comme d'un argument heureux pour prouver l'interrelation des deux glandes. Température, qualité de l'air, climats et saisons, régimes alimentaires, infections et intoxications exercent une action profonde sur le jeu des deux systèmes glandulaires. L'influence des médicaments se manifeste aussi sur les deux fonctions. Le gluconate de calcium n'a-t-il pas été utilisé dans les états hépato-biliaires et parathyroïdiens?

Enfin, l'auteur étudie l'opothérapie parathyroïdienne dans les dyshépaties, avouant sa préférence pour l'hormone (la parathormone de Collip ou la paratyrome française de Byla) dans les troubles d'hypoparathyroïdie: colique hépatique, syndromes douloureux chez les malades cholécystectomisés, crises viscérales du tabès ne cédant pas au traitement spécifique, crises d'aérophagies . . . etc.

Quant à l'hyper-parathyroïdie, il préconise un sérum qu'il étudie en ce moment, doué aussi d'une efficacité dans certains arthrites chroniques.

Enrichi par de multiples illustrations cliniques et par une bibliographie abondante, ce livre sera lu avec intérêt par le praticien et le clinicien, qui pourront entrevoir un autre chapitre encore imprécis de la pathologie interne.

René DANDURAND, M.D.

### LES HÉPATO-NÉPHRITES

(Maurice Dérot et Renée Dérot — Picquet, J.-B. Baillière et fils, 1937)

Au cours de la grande guerre, les médecins ont eu à traiter nombreux cas présentant à la fois un syndrome néphritique et hépatique: Rathery, Pasteur, Valéry-Radot, Vaghe ont poussé leurs études sur ce syndrome. Aujourd'hui, les hépato-néphrites sont reconnues: elles fournissent une séméiologie particulière et des syndromes humoraux particuliers. Les auteurs ont voulu mettre au point, classer, critiquer toutes les notions récemment acquises sur ce sujet.

On ne pourrait donner meilleure idée du livre, qu'en y empruntant la définition même de ce syndrome: une maladie caractérisée par l'évolution simultanée de manifestations hépatiques et rénales, étroitement intriquées, dépendant d'altérations de ces deux organes, apparemment déterminées par l'action d'une seule et même cause infectieuse ou toxique.

Les auteurs analysent donc le syndrome hépato-néphrite, les éléments hépato-biliaires, urinaires, hémorragique, nerveux, digestif, cardio-vasculaire, oedémateux; ils étudient le déséquilibre humoral, extériorisé par ces éléments.

Ce livre nous permet de faire une revue complète de ce syndrome dans ses aspects cliniques, étiologiques, etc., et de faire connaissance avec certaines idées des auteurs sur la classification de l'atrophie jaune aiguë du foie, de Frericks; ils n'épousent ni les vues de Vaghe, ni celles d'Hexheimer.

René DANDURAND, M.D.

### URTICAIRES GUÉRIES PAR L'APPENDICECTOMIE

Dans la *Presse Médicale* du 28 novembre 1936, MM. P. Chevalier et M. Colin citent, à ce propos, certaines observations qui ne sont pas sans intérêt.

Il s'agit d'urticaire digestive où il y a atrophie gastrique et d'urticaire non alimentaire où la muqueuse stomacale est normale.

#### URTICAIRE DIGESTIVE

##### I. CAS.

C'est une femme de 18 ans. Depuis l'âge de 12 ans, le poisson, les oeufs et la charcuterie provoquent chez elle des poussées d'urticaire. Elle souffre de sa fosse iliaque, de temps à autre et sans paroxysme; le point de Mac-Burney est sensible à la palpation.

Elle est définitivement guérie de sa dermatose après l'ablation de l'appendice qui est long et congestionné.

##### II. CAS.

Celui-ci a été recueilli par le Professeur Leriche. C'est une femme âgée de 37 ans, qui fait des éruptions cutanées caractéristiques, chaque fois qu'elle prend un repas carné.

En mars 1934, elle est opérée pour appendicite aiguë: on trouve un appendice plein de pus.

Son urticaire n'est plus réapparue depuis lors.

##### III. CAS.

Il est rapporté par Leriche.

C'est une femme qui est âgée de 25 ans. En 1926: une crise appendiculaire aiguë nécessite une intervention; l'appendice est légèrement rempli d'un liquide purulent.

Après cette opération, son urticaire datant de 6 mois a complètement disparu.

## URTICAIRE NON ALIMENTAIRE

Voici une observation qu'il est utile de relater dans le détail.

C'est une patiente d'âge moyen: elle a 40 ans. Sa première crise d'urticaire remonte au 15 août 1936. Et depuis, le même phénomène morbide se répète chaque jour: le matin à jeun, et le soir immédiatement après le souper; il dure, à chaque reprise environ 1 à 2 heures.

Les systèmes digestif et génital ne révèlent rien de spécial. Dans les antécédents personnels: on ne remarque rien de particulier; jusque-là sa santé avait été excellente.

Une gastroscopie ne montre aucune atrophie de la muqueuse stomacale.

Le sang indique une éosinophilie légère: 3,5.

A l'examen physique: le point de MacBurney semble un peu douloureux.

Le 10 novembre 1936, on pratique l'appendicectomie; l'appendice est caché derrière le coecum, mais sans lésion apparente.

Durant les 3 mois qui suivent l'intervention, l'urticaire s'atténue et de fréquence et d'intensité; les poussées paroxystiques ont lieu lors des menstruations seulement.

Et après cette période, la guérison est définitive.

*Conclusion:*

Il semble que l'ablation de l'appendice soit une thérapeutique efficace dans l'urticaire digestive, pour laquelle MM. P. Chevalier et M. Colin préconisent également le fer comme traitement médical. En plus, l'appendicectomie guérit souvent les cas les plus tenaces d'urticaire qui sont d'origine alimentaire.

Nonobstant, ces faits demeurent dans le champ vaste des théories modernes où la lumière luit avec plus ou moins de certitude.

Pourquoi certaines urticaires soit aiguës soit chroniques surviennent-elles chez des patients appendicectomisés? C'est que les lésions appendiculaires ne tiennent pas à elles seules la clef du problème dans l'étiologie de l'urticaire.

R. LEBEAU.

## À PROPOS D'UN MANUEL DE DIÉTÉTIQUE QUI VA PARAÎTRE

Par LÉO PARISEAU

Celse a consacré les premières pages de son traité « *De re medica libri octo* » à un exposé des doctrines professées par les successeurs immédiats d'Hippocrate. C'est de leur temps, paraît-il, que la Médecine fut divisée en trois branches. L'une visait à guérir par le régime, l'autre par les médicaments, et la troisième, par les manipulations.

Au risque de soulever contre lui nos chirurgiens et nos chimistes, je dirai que Celse considérait comme étant les plus distingués — *longe clarissimi auctores* — ceux qui avaient écrit sur la diète. Peut-être avait-il raison, en ce sens que la chirurgie et la pharmacie d'alors reposaient sur des assises beaucoup plus branlantes que la diététique, laquelle était déjà une « sagesse » à défaut d'être une science.

Depuis, ceux qui charcutent et ceux qui droguent ont conquis de haute lutte tous leurs quartiers de noblesse. Cependant la diététique conserve une incontestable primauté, du fait qu'elle est capable de soutenir et de relever l'être vivant par des moyens purement physiologiques.

Certes la Physiothérapie constitue pour elle une rivale de plus en plus redoutable, mais il faut bien reconnaître que l'instrumentation du physiothérapeute est souvent coûteuse, et parfois d'un manie- ment délicat. Aussi bien s'explique-t-on qu'un médecin s'abstienne de faire de la diathermie ou de l'actinothérapie, par exemple. On n'admettrait point qu'il se désintéressât du régime alimentaire de ses patients.

Dans son bel ouvrage intitulé « La Vie et la Mort ». A. Dastre signale dans les termes suivants l'extrême importance de la question alimentaire: « A la vérité, on s'entend à peu près sur ce que, dans une société civilisée et polie il est honnête de servir sur une table soignée. Mais ce sont précisément les raisons profondes de ces pra-

tiques traditionnelles qu'il faut pénétrer. Le problème de l'Alimentation offre mille aspects. Il est culinaire, sans doute, gastronomique; mais il est aussi économique et social, agricole, fiscal, hygiénique, médical et même moral. Et d'abord, et avant tout, il est physiologique. »

Dastre écrivait cela en 1908. Aujourd'hui nous connaissons un peu mieux « les raisons profondes de certaines pratiques traditionnelles », et, d'autre part, nous savons pourquoi il faut s'acharner contre certaines coutumes pernicieuses, sanctionnées à tort par le temps. Mais le grand problème est loin d'être résolu. La diététique, comme toutes les sciences et avec elles, évolue.

Certains médecins ont l'air de ne pas s'en douter. Ils scrutent avidement tout ce qui s'écrit sur la pathologie et la thérapeutique, alors qu'ils se détournent des ouvrages où il est question d'aliments et de régimes. C'est peut-être qu'ils pensent que le dernier mot a depuis longtemps été dit sur l'art de se sustenter? . . . J'aime mieux croire qu'ils ont cherché à s'initier dans quelque *Traité* par trop savant, bourré de formules chimiques et d'opinions contradictoires, et qui les aura rebutés.

Aussi ai-je grand plaisir à annoncer l'apparition prochaine d'un manuel intitulé « La Diététique ». Cet ouvrage, d'après le dessein des religieuses de l'Hôtel-Dieu, qui l'entreprirent, devait servir uniquement à la formation des gardes-malades; mais la collaboration fournie par plusieurs médecins de la maison en a notablement élargi le cadre.

Il s'adresse maintenant non seulement aux gardes, mais encore aux étudiants en médecine et même aux médecins qui y trouveront, condensées, les dernières données acquises.

Le livre est sous presse et sera mis en vente fin-mai, à la librairie Déom, au « Devoir » et à l'Hôtel-Dieu. Prix: \$2.50.

Ce volume de 300 pages renfermera plusieurs « *Menus de régimes calculés* ». On y trouvera aussi un « *Précis sur l'évolution*

*de la Diététique à l'Hôtel-Dieu de Montréal depuis Jeanne Mance jusqu'à nos jours ».*

Sa table des matières, que voici, donne une excellente idée de son contenu :

## TABLE DES MATIÈRES

*Préface* par le docteur Roméo Pépin — *Avertissement* — *Aperçu historique* sur l'alimentation — *Considérations générales* sur la diététique.

### PREMIÈRE PARTIE

#### **Anatomie et physiologie du tube digestif**

### DEUXIÈME PARTIE

#### **Eléments et composés du corps humain**

##### I. COMPOSÉS INORGANIQUES :

- A. *Eau*: Métabolisme de l'eau — Répartition de l'eau dans l'organisme — Source de l'eau — Pertes en eau de l'organisme humain.
- B. *Matières minérales et leur métabolisme*: 1) Fer et manganèse, cuivre. Teneur des aliments en fer. — 2) Calcium. Teneur des aliments en calcium. — 3) Magnésium. Teneur des aliments en magnésium. — 4) Sodium et potassium. — 5) Chlore. — 6) Soufre. — 7) Phosphore. Teneur des aliments en phosphore. — 8) Iode. — 9) Arsenic, silicium, fluor.

## II. COMPOSÉS ORGANIQUES:

- A. *Carbures d'hydrogène.*
- B. *Lipides:* Répartition des lipides — Rôle biologique des lipides — Destinée des graisses.
- C. *Glucides:* Classification — Digestion et absorption des glucides — Combustion des glucides.
- D. *Protides:* Classification — Métabolisme des protides — Digestion des protides — Utilisation des acides aminés — Assimilation — Rôle individuel de chacun des acides aminés — Processus de dégradation terminale des protides — Désassimilation — Urée — Autres corps azotés de l'urine: 1) Ammoniaque; 2) Créatinine; 3) Acide urique; 4) Acide oxalique. — Besoin protidique de l'organisme.

## TROISIÈME PARTIE

## Facteurs régulateurs des échanges nutritifs

Vitamines — Hormones — Diastases — Systèmes nerveux

## I. VITAMINES — Définition.

- A. *Vitamines liposolubles:* Vitamine A antixérophtalmique — Vitamine D antirachitique — Vitamine E de reproduction.
- B. *Vitamines hydrosolubles:* Vitamine B antinévritique — Vitamine B<sup>1</sup> d'utilisation nutritive et B<sup>2</sup> d'utilisation cellulaire — Vitamine G antipellagreuse — Vitamine C antiscorbutique — Facteurs déterminant la ration vitaminique — Unité physiologique — Tableau des vitamines.

## II. HORMONES.

## III. DIASTASES.

## IV. SYSTÈME NERVEUX.

## QUATRIÈME PARTIE

## Etude des aliments

Définition et rôles des aliments — Classification des aliments.

## I. ALIMENTS D'ORIGINE ANIMALE.

- A. *Le lait*: Protides du lait — Lipides — Lacto-sérum — Glucides (lactose) — Sels minéraux — Lait de chèvre — Lait modifiés: Lait condensé, Poudre de lait — Dérivés du lait: Petit lait, Lait caillé, Babeurre, Yoghourt, Koumis, Képhir, Beurre, Fromage.
- B. *Oeufs* — Composition.
- C. *Viande*: Viscères — Propriétés diététiques de la viande. — Action de la viande sur la nutrition en général — Action de la viande sur la digestion — Classification des viandes.
- D. *Poisson* — Classification.

## II. ALIMENTS D'ORIGINE VÉGÉTALE.

- A. *Céréales*: Froment — Seigle — Orge — Maïs — Avoine — Sarrasin — Riz — Valeur nutritive des céréales — Pain: pain blanc, pain de son, pain complet, pain bis, pain de soja, pain de gluten — pains divers — Biscuits — Pâtes alimentaires.
- B. *Légumes et légumineuses* — Classification — Composition — Emploi diététique des légumes.
- C. *Fruits*: Fruits aqueux (cure de raisin) — Fruits amylacés — Fruits huileux — Fruits secs et sucrés.
- D. *Aliments sucrés*.

## III. ALIMENTS D'ORIGINE MINÉRALE: Eau — Oxygène — Chlorure de sodium — Sels divers.

## CINQUIÈME PARTIE

**Condiments — Boissons — Aliments irradiés**

- I. CONDIMENTS — Définition — Variétés.
- II. BOISSONS — Café et thé — Cacao et chocolat — Alcool — Vin — Influence exercée par les vins sur les phénomènes de la digestion et de la nutrition.
- III. ALIMENTS IRRADIÉS.

## SIXIÈME PARTIE

**Modificateurs de l'appétit et de la digestion**

- I. Adjuvants de l'appétit — II. Répartition des repas — III. Ponctualité — IV. Sommeil et alimentation — V. Cuisson — VI. Digestibilité — VII. Résidus des aliments — VIII. Valeur rassasiant des aliments. — IX. Viandes défendues aux malades — X. Le menu.

## SEPTIÈME PARTIE

**Régimes**

- I. RÉGIME DU SUJET SAIN SUIVANT L'ÂGE, LE SEXE ET LA PROFESSION.
  - A. *Régime normal de l'adulte* — 1) Métabolisme basal — 2) Dépenses calorifiques journalières de l'organisme humain adulte — 3) Ration d'entretien et régime normal de l'adulte — Menu type du régime normal — Points de repère pratiques pour établir le bilan nutritif d'un sujet normal ou d'un malade — Aliments de base — Autre menu de régime normal — Composition des principaux aliments usuels — Généralités — Poids normal d'après l'âge et la taille.

- B. *Régime suivant l'âge, le sexe et la profession* — Régime du nouveau-né — Régime au cours de la première enfance — Régime de l'enfant (de 2 à 16 ans) — Régime de l'adolescence et de la puberté — Régime de l'adulte et du vieillard — Régime de la grossesse — Régime des sports — Régime des intellectuels.

## II. RÉGIME DU SUJET MALADE.

### A. *Régimes généraux.*

- a) *Régimes de restriction* — 1) Régime de grande restriction — Diète absolue — Diète hydrique — 2) Régime de restriction relative — Diète lactée.
- b) *Régimes exclusifs* — Régime fruitarien — Régime végétarien — Régime carné (obésité, tuberculose, convalescence, états anémiques) .
- c) *Régimes de suralimentation*: Régime hyperazoté; menu — Régime hypercalorifique; menu — Régime hypervitaminé — Régime hypergras; menu de régime cétogène — Régime hyperminéralisé — Régime hypercalcique; régime de Ferrier — Régime hyperphosphaté — Régime riche en fer — Régime riche en iode.
- d) *Régime alcalinisant et régime acidifiant* — Nature des déchets provenant du métabolisme de certains aliments.
- e) *Régime composé d'aliments non irritants produisant peu*
- f) Diète sèche — Menu.
- g) Régimes types des hôpitaux.

### B. *Régimes spéciaux.*

- Régimes dans les maladies fébriles* — Fièvres éruptives — Scarlatine — Fièvre typhoïde; menus — Fièvre ondulente — Régime de convalescence — Régime du tuberculeux.

*Régimes dans les maladies du tube digestif* — *Régimes des gastropathies* — Gastrite aiguë — Dyspepsie hyposthénique: hyposécrétoire ou hypoacide; dilatation de l'estomac; menu — Dyspepsie hypersécrétoire ou hyperchlorhydrique; ulcère gastrique — Menu suggéré par Vanderbilt — Diète de Sippy — Régime de Lenhartz — Méthode de Sénator — Méthode de A. Mathieu et J.-Ch. Roux.

*Régimes dans les troubles intestinaux* — Entérite aiguë — Entérocolite chronique (forme diarrhéique) — Résumé du traitement — Diverticulose — Diverticulite — Flatulence — Constipation (Colite simple); menu — Colite muco-membraneuse.

*Régimes dans les maladies du foie* — Régime de l'état aigu: Ictère catarrhal; Colique hépatique; Cirrhose du foie avec ascite — Régime de l'état chronique: Lithiasé biliaire; Menu — Cholécystite non lithiasique — Cirrhose du foie — Liste des aliments ordinairement permis chez l'hépatique — menu élevé en glucides (pour hépatiques).

*Régimes dans les maladies du pancréas* — Pancréatite aiguë — chronique — Menu.

*Régimes dans les maladies du coeur et des vaisseaux* — Asystolie — Cure de Karell — Cure de Karell modifiée — Cure de Huchard et de Ch. Fiessinger — Hypertension et artériosclérose — Cardiopathie des obèses — Menu (régime d'Albert Robin).

*Régimes dans les maladies du sang* — Anémie pernicieuse; menu — Anémie secondaire; menu — Chlorose.

*Régimes dans les maladies du rein* — Néphrite aiguë; menu (hypoazoté) — Néphrites chroniques: Néphrite azotémique; Régime hypoazoté; menu sans viande; menu

avec viande — Néphrite chlorurémique: Régime déchloruré; menu — Teneur millésimale de certains aliments en chlorure de sodium.

*Régimes en urologie* — Tuberculose rénale — Pyélonéphrites aiguës — Pyérites chroniques: Régime cétogène — Lithiase urique — Lithiase oxalique — Lithiase phosphatique ou calcique — Hypertrophie de la prostate au début — Cystites.

*Régimes dans les maladies de la nutrition* — Diabète sucré; menus — Différentes catégories de légumes et de fruits: 5%, 10%, etc. — Equivalences et substituts — Obésité; menu — Arthritisme: goutte, migraine, rhumatisme chronique; menu — Principaux aliments riches en bases puriques.

*Régimes divers* — Régimes dans les maladies nerveuses et mentales — Régimes prescrits en dermatologie — Régimes prescrits en ophtalmo-rhino-laryngologie — Régime des opérés.

## HUITIÈME PARTIE

### Additions aux régimes alimentaires

- I. Contrôle des régimes — II. Après les repas: repos ou exercice — Alimentation artificielle.

## NEUVIÈME PARTIE

### Données pratiques

- I. FORMULES CULINAIRES — Breuvages — Oeufs crus — Bouillies — Bouillons — Crèmes et potages — Desserts légers — Légumes — Oeufs cuits — Pain grillé — Viande.

- 
- II. MESURES — Table des équivalences — Système métrique et mesures usuelles — Portions types et mesures correspondantes.

### Appendices

- I. Evolution de la diététique à l'Hôtel-Dieu de Montréal depuis Jeanne Mance jusqu'à nos jours.
- II. Questions d'examens.
- Bibliographie.
- Table des matières.



---

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. Baillièrè & 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

# UNE MISE ÉLÉGANTE EST UN PLACEMENT

Pour obtenir cette sensation de sécurité et de bien-être que tous les hommes recherchent, il vous faut inciter les autres à requérir vos produits et vos services. Votre réussite, ou votre insuccès, dépend en grande partie de l'opinion des autres. Dans cette lutte pour la personnalité et le respect de soi-même, l'homme doit souvent s'en remettre à son apparence.

*Confiez à Fashion Craft le soin de veiller sur votre apparence. Trente années d'expérience dans le domaine de l'élégance masculine sont votre garantie de satisfaction.*

*Lechasseur limitée*

3 MAGASINS COMMODÉMENT LOCALISÉS  
ET LEURS GÉRANTS

**974 ST<sup>E</sup> CATHERINE O.**

M. Jos. Boulanger

**281 ST<sup>E</sup> CATHERINE E.**

M. Jean Fortier

**375 RUE ST<sup>E</sup> JACQUES**

M. M. Lechasseur



# PYÉLITE

L'ingestion de PYRIDIUM soulage rapidement les symptômes angoissants de la pyélite et, très souvent, en raccourcit le traitement.

Le PYRIDIUM n'est ni toxique, ni irritant à dose thérapeutique.

La solution de PYRIDIUM pour les lavages du rein peut s'employer avec efficacité en même temps que les comprimés en ingestion.

MARQUE DE **P Y R I D I U M** FABRIQUE

LITTÉRATURE ENVOYÉE SUR DEMANDE

MERCK & CO. LTD., *Fabricants chimistes*, MONTRÉAL