

No 4

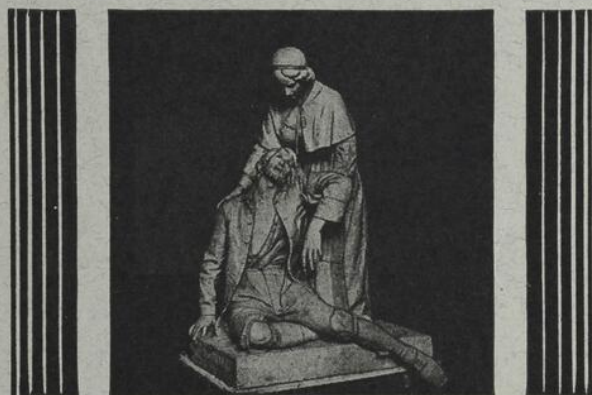
Huitième année

LE JOURNAL

... de ...

L'HOTEL-DIEU DE MONTRÉAL

Numéro consacré à l'Urologie



JUILLET-AOÛT-SEPTEMBRE

1939

DIVERSES QUANTITÉS de

CODÉINE

Dans une formule bien connue

“ACÉTOPHEN” COMPOSÉ AVEC CODÉINE

Comprimé No 222 “Frosst”

R ^y Acétophen	3½ gr.
Phénacétine	2½ gr.
Citrate de caféine	½ gr.
Phosphate de codéine	⅛ gr.

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

Comprimé No 262 “Frosst”

La même formule que le comprimé No 222 (Gris)

Comprimé No 282 “Frosst”

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

Comprimé No 292 “Frosst”

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

POUR ENFANTS

Comprimé No 273 “Frosst”

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

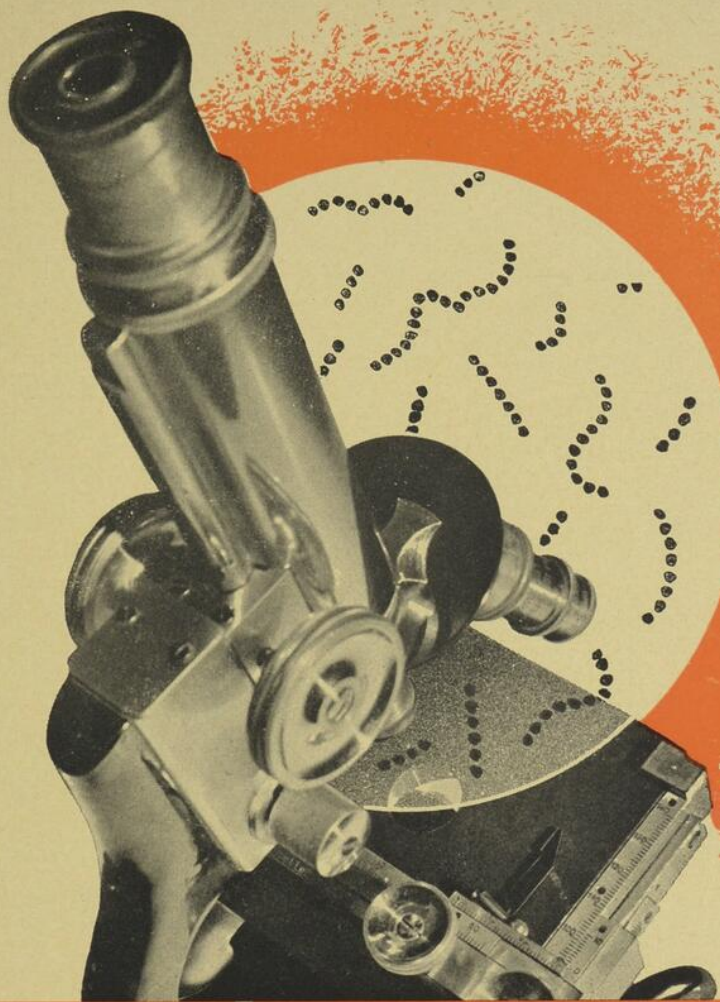
ANTIPYRÉTIQUES

ANALGÉSIIQUES - ANTI-RHUMATISMAUX

Charles E. Frosst & Co.

MONTREAL

CANADA



Chimiothérapie des affections bactériennes
ASTREPTINE "MEURICE"
(SULFANILAMIDE)

COMPRIMES — AMPOULES INJECTABLES (POUR LE MUSCLE ET LA VEINE)
ONGUENT

UNION CHIMIQUE BELGE S. A.
DIVISION PRODUITS
PHARMACEUTIQUES "MEURICE"



REPRESENTANT POUR LE CANADA:
G. GRAVET, 431, RUE DE MALINES
MONTREAL. — TELEPH. PATEAU 7005

ASTREPTINE

N'oubliez pas dans votre
trousse d'urgence le...



DYNACORYL

"Meurice"

(ACIDE DIETHYLAMIDE PYRIDINE β CARBONIQUE)

STIMULANT CARDIO-RESPIRATOIRE EN AMPOULES INJECTABLES ET EN GOUTTES

UNION CHIMIQUE BELGE S. A.

DIVISION PRODUITS

PHARMACEUTIQUES "MEURICE"



REPRESENTANT POUR LE CANADA :

G. GRAVET, 431, RUE DE MALINES
MONTREAL. — TELEPH. PLATEAU 7005

SOMMAIRE du No 4

Juillet-Août-Septembre 1939

NUMÉRO CONSACRÉ À L'UROLOGIE

	Pages
OSCAR MERCIER : Le service d'urologie de l'Hôtel-Dieu	205
OSCAR MERCIER et JEAN-PAUL BOURQUE : Un cas rare de cancer du testicule	209
OSCAR MERCIER et JEAN-PAUL LEGAULT : La dilatation kystique de l'uretère	233
OSCAR MERCIER, JEAN-PAUL BOURQUE et JEAN-PAUL LEGAULT : Les statistiques du service de l'Hôtel-Dieu et commentaires	253
Chronique :	286
Le Tricentenaire de l'Hôtel-Dieu de Québec et l'Association Catholique des Hôpitaux des Etats-Unis et du Canada	290
Nouvelles — Nominations, etc.	295

Diuretab

Diurétique - Antiseptique urinaire - Décongestif

Chaque comprimé contient :

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

Un comprimé deux ou trois fois par jour.

LABORATOIRE NADEAU LIMITÉE

RÉDIGER son TESTAMENT

est la chose la plus importante de la vie.

AVEZ-VOUS PENSÉ AU VÔTRE?

CONSULTEZ-NOUS

Société d'Administration et de Fiducie

Administratrice et fiduciaire

5 EST, RUE ST-JACQUES - MONTRÉAL

(Immeuble Crédit Foncier Franco-Canadien) - Téléphone: PLateau 3821

AGENCES :

QUÉBEC - WINNIPEG - RÉGINA - EDMONTON - VANCOUVER

ETHER PUR

pour Anesthésie

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

MALLINCKRODT CHEMICAL WORKS, LIMITED

378, RUE SAINT-PAUL OUEST

MONTRÉAL

PUISSANCE BACTÉRICIDE

'DETTOL' doit d'être employé de plus en plus au fait qu'il est non toxique, qu'il n'irrite pas les tissus humains et qu'il unit à la propreté une haute puissance bactéricide. 'DETTOL' possède une grande force de pénétration et peut être utilisé à des doses effectives sans causer le moindre ennui. C'est là un avantage marqué sur les antiseptiques phénoliques et crésyliques. 'DETTOL' conserve sa haute puissance bactéricide en présence du sang et autre matière organique. Une solution à 2% détruit rapidement les streptocoques hémolytiques et les colibacilles, même en présence du pus.

'DETTOL' est un antiseptique liquide propre, limpide, non toxique et d'une odeur très agréable.

Echantillons et tous renseignements sur simple demande. Reckitts (Over Sea) Ltd., Service des produits pharmaceutiques, 1000 rue Amherst, Montréal, P. Q.



'DETTOL' l'antiseptique moderne — non toxique

CARBONATE DE LITHINE
FORMIATE DE LITHINE

HEXAMÉTHYLÈNE
TETRAMINE

TARTRATE DE
PIPÉRAZINE

PARA-AMINO-BENZÈNE
SULFAMIDE

CONCOURT A L'ÉLIMINATION DE L'ACIDE URIQUE



CRÉE L'ANTISEPTISIE URINAIRE PAR LIBÉRATION
DE L'ACIDE FORMIQUE



DISSOLVANT DE L'ACIDE URIQUE
STIMULANT DU FONCTIONNEMENT RÉNAL



LA DERNIÈRE DÉCOUVERTE DE LA CHIMIOTHÉRAPIE
PORTE L'ACTION BACTÉRICIDE
DANS L'INTIMITÉ MÊME DES TISSUS

Posologie facile

SULFORAZINE

GRANULE EFFERVESCENT EN FLACONS DE 95 ET 200 GRAMMES

Echantillons et Littérature sur demande

J. EDDÉ LIMITÉE · NEW BIRKS BLDG. MONTRÉAL · TÉLÉPH LA 2421-4913



L'hormonothérapie femelle

Ciba présente ses nouvelles préparations hormonales femelles, appréciables quantitativement et dosables pondéralement.

L'oestradiol (et ses esters) ainsi que la progestérone, corps chimiquement purs, sont maintenant offerts à la profession médicale par la Ciba. Des investigations cliniques approfondies ont montré d'une façon concluante l'efficacité thérapeutique de ces substances.

Substances oestrogènes

OVOCYLINE

(oestradiol)

Comprimés — Suppositoires — Onguent

BEN-OVOCYLINE

(benzoate d'oestradiol)

Ampoules pour injections intramusculaires

DI-OVOCYLINE

(dipropionate d'oestradiol)

Ampoules pour injections intramusculaires

Hormone du corps jaune

LUTOCYLINE

(progestérone)

Ampoules pour injections intramusculaires

Des données concernant les effets physiologiques, les indications et le schéma de posologie de ces nouveaux produits "CIBA" ont été réunies en un opuscule dont une copie sera volontiers envoyée sur demande à MM. les Médecins.

●

COMPAGNIE CIBA LIMITÉE

MONTRÉAL, Qué.

STANNOXYL

Pour le traitement de la
FURONCULOSE
et des Maladies à Staphylocoque

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

STANNOXYL

Également très efficace contre le
TENIA
Ver Solitaire

Ténia solium ou ténia saginata ou inerme

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

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

Dépositaire pour le Canada.

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

— STOVARSOL —

TRAITEMENT « PER OS » DE LA SYPHILIS

FACILITÉ D'EMPLOI • FAIBLE TOXICITÉ
PROPRIÉTÉS RECONSTITUANTES

Comprimés à 0 gr. 01, 0 gr. 05 et 0 gr. 25

— STOVARSOL SODIQUE —

Médicament de choix de la
• PARALYSIE GÉNÉRALE

En ampoules scellées de 0 gr. 50 et 1 gramme

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

• L'Æthone rendra des services considérables au point de vue antispasmodique.

• J'ai pu me rendre compte des propriétés sédatives extrêmement puissantes de ce médicament qui, d'après les résultats que j'ai pu observer, est infiniment supérieur au bromoforme.

Extrait des Comptes rendus de la Société Thérapeutique de Paris (séance du 12 avril 1907).

L'ÆTHONE

EST LE PLUS PUISSANT SEDATIF

de la **Toux spasmodique** en général

Coqueluche

Toux des Tuberculeux

auxquels il permet le sommeil

POSOLOGIE
ENFANTS : Administrer à chaque fois
4 doses à 1 an, 3 à 2 ans, 4 à 3 ans,
5 à 4 ans, 6 à 5 ans, 8 à 6 ans, 10 à 7 ans,
12 à 8 ans, 15 à 9 ans, 20 à 10 ans,
25 à 11 ans, 30 à 12 ans, 40 à 13 ans,
50 à 14 ans, 60 à 15 ans, 80 à 16 ans,
100 à 17 ans, 120 à 18 ans, 150 à 19 ans,
200 à 20 ans, 250 à 21 ans, 300 à 22 ans,
400 à 23 ans, 500 à 24 ans, 600 à 25 ans,
800 à 26 ans, 1000 à 27 ans, 1200 à 28 ans,
1500 à 29 ans, 2000 à 30 ans.
ADULTES : 30 à 40 gouttes par dose.
Administrer 5 à 6 doses et plus par
24 heures, sans dépasser un total de
5 litres au cours de la journée.

NON TOXIQUE, bien supérieur au Bromoforme,
Il n'a aucun des inconvénients des opiacés et dérivés

Littérature et Échantillons **FALCOZ & Co**
19, Rue Luitzowade, PARIS (XIV^e).

G. JOUOT, 460 EST, AVENUE MONT-ROYAL - MONTRÉAL



NOUVELLES
PRÉSENTATIONS
DE
PLANTAGO OVATA

KONSYL
concentré de psyllium

KONSYLAC
konsyl + vitamine B₁
(100 unités par cuillerée à thé)

L.A.FORMULA
konsyl + dextrine + lactose

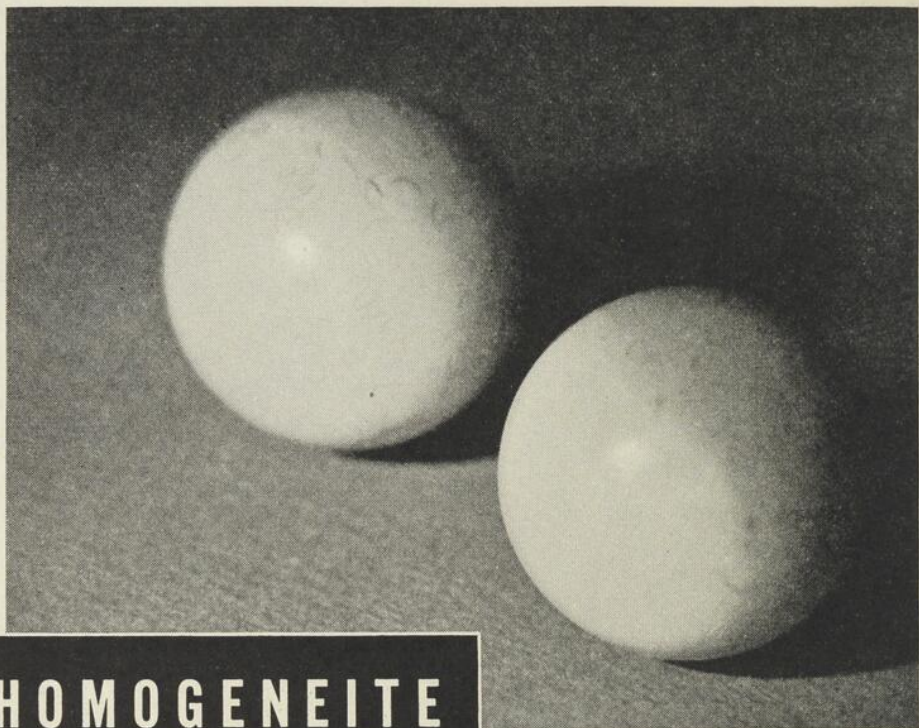
POUR LE TRAITEMENT DE LA

CONSTIPATION

BURTON, PARSONS & CO., WASHINGTON, D.C.

Une cuillerée à thé dans un verre d'eau, de lait, de jus d'orange. Mélanger et boire immédiatement avant la formation de la gelée. Une à trois doses par jour avant ou après les repas.

SOCIÉTÉ D'EXPANSION PHARMACEUTIQUE INC.
917, RUE CHARRIER — MONTRÉAL



HOMOGENEITE

LES films ILFORD ont toujours été et seront toujours identiques entre eux, c'est-à-dire de qualité uniforme, régulière.

La constance dans la pureté d'émulsion du film ILFORD ne s'obtient que par une surveillance absolument rigoureuse au cours de la fabrication.

Pour le radiologiste cette invariabilité des films ILFORD signifie une mise au point parfaite dans les techniques radiographiques, conséquemment des résultats supérieurs.

Les films ILFORD de toutes dimensions se trouvent toujours à l'état frais dans les succursales de la VICTOR-X-RAY CORPORATION.* On peut s'en procurer en tout temps, si l'on s'adresse aux représentants de la Maison VICTOR.

Commandez le film ILFORD; vous serez servi avec diligence, courtoisie et satisfaction.

Achetez le film ILFORD, c'est le meilleur.

* Succursales à MONTRÉAL - TORONTO - WINNIPEG - RÉGINA - CALGARY - EDMONTON et VANCOUVER

VICTOR X-RAY CORPORATION of CANADA, Ltd.

DISTRIBUTORS FOR GENERAL



ELECTRIC X-RAY CORPORATION

Le Journal de l'Hôtel-Dieu de Montréal

Numéro 4

Juillet-août-septembre 1939

LE SERVICE D'UROLOGIE DE L'HÔTEL-DIEU

La rédaction du Journal de l'Hôtel-Dieu a décidé de faire paraître durant l'année quelques numéros entièrement consacrés à une spécialité. Nous avons été les premiers appelés pour réaliser cette décision. Nous publions donc, mes assistants et moi, les statistiques du service d'Urologie pour l'année 1938 et quelques articles. Nous pourrions formuler un reproche à la rédaction du Journal de l'Hôtel-Dieu, celui de ne pouvoir mettre à notre disposition un nombre plus grand de pages, mais les secrets de la trésorerie nous empêchent de grever le budget par une addition considérable au format régulier. Il nous a donc fallu mettre de côté d'autres articles intéressants que nous publierons au cours de l'année.

Nous croyons utile d'exposer rapidement la naissance et l'évolution du service d'Urologie de l'Hôtel-Dieu pour le faire connaître à ceux qui le méconnaissent.

Le service d'Urologie de l'Hôtel-Dieu fut fondé au mois de novembre 1926. Le Bureau Médical décida de constituer un service d'Urologie où tous les cas urologiques des salles publiques seraient traités, les autres services chirurgicaux n'ayant plus l'autorisation de soigner cette catégorie de malade. Ce geste reconnaissait l'autonomie de cette spécialité et marquait un progrès appréciable. De fait, notre service était le premier service autonome d'urologie à être créé au Canada Français et le deuxième au Canada,

le premier étant celui de l'Hôpital Royal Victoria à Montréal sous la direction de notre ami le docteur D. MacKensie.

Le service ayant été créé théoriquement, la difficulté de le loger à cause du manque d'espace surgit immédiatement. Jusqu'en septembre 1927 nos malades étaient hospitalisés ici et là dans les départements de chirurgie, ce qui ne fut pas sans nuire. Il me plaît de dire ici l'aide que je reçus de tous les chirurgiens sans exception qui cessèrent immédiatement de traiter les malades urologiques dans les salles. Il est certain que sans leur loyale collaboration le service d'urologie de l'Hôtel-Dieu n'aurait pu naître et, progresser, puisqu'il ne possédait même pas à cette époque de local particulier. Je leurs exprime de nouveau toute ma reconnaissance.

En septembre 1927 une des salles S.-Paul qui comportait six lits pour les hommes et quatre lits à la salle S.-Vierge furent exclusivement réservés à notre service. Nous pouvons donc écrire que nous commençons avec dix lits *la première étape de notre département*. Avec ce nombre restreint nous parvenions à hospitaliser dans la première année 286 malades. Aidé de mon assistant, le Dr. Berdino Dumas, nous avons établi une sorte de service social pour accélérer le roulement des malades. Dès que l'état de l'opéré nous le permettait, nous le dirigeons à son domicile où gratuitement, puisqu'il s'agissait d'indigent, nous continuions nos soins. Très rapidement la liste d'attente pour l'admission de nos malades fut tel qu'il nous fallut refuser des patients. La situation devint intolérable et les autorités de l'hôpital décidèrent d'augmenter le nombre de lits du service d'urologie. *Cette deuxième étape* survient en septembre 1931. Les deux salles S.-Paul et la salle S.-Côme, soit un total de 16 lits pour les hommes nous échurent et la salle Sacré-Coeur et une chambre à 4 lits soit un total de 10 lits nous furent attribués pour nos malades femmes. En 1931 le service d'urologie occupait donc 26 lits. Nous en

étions très fiers, Dumas et moi. Cependant notre département était loin de l'idéal ; les salles d'hommes étaient situées au 2^e étage, celle des femmes au 3^e étage et la salle de cystoscopie au 4^e étage. Nous n'avions pas une unité complète.

En 1933, les autorités de l'hôpital décidèrent de centraliser tous les malades d'urologie avec les salles de cystoscopie au 4^e étage à la salle S.-Famille.

Au moment où le service d'urologie devenait un service modèle, le malheur s'abattit sur nous. Dumas, notre collaborateur fidèle sans lequel toutes ces réalisations nous auraient été impossibles, mourrait subitement emporté en quelques instants par une crise cardiaque. Notre désarroi fut complet, mais il nous fallut nous resaisir et accepter l'occasion qui nous était offerte.

En février 1934 le nouveau service d'urologie fut ouvert à la salle S.-Famille. Il comportait 37 lits, soit 15 lits pour les femmes et 22 pour les hommes. De plus, deux salles de cystoscopie avec rayons X, un bureau pour les médecins et la bibliothèque avec le fichier étaient annexés aux salles. *Ce fut la troisième étape.* Nous étions alors certains que nous avions un nombre de lits suffisants et un service organisé scientifiquement. Cependant, notre satisfaction fut de courte durée et rapidement la liste d'admission redevint encombrée comme antérieurement. En 1937 cette liste était telle que le nombre des malades qui attendaient pour leur admission était souvent du double de celui des malades hospitalisés.

En février 1938 un nouveau local fut aménagé au 4^e étage qui donna 16 lits pour les femmes. De sorte que nous avons 37 lits pour les hommes et 16 lits pour les femmes soit 53 lits. De plus deux autres salles de cystoscopie furent ouvertes, ce qui porta le nombre à 4 salles de cystoscopie. *Ce fut la quatrième et la dernière étape* du service d'urolo-

gie. Il nous paraît que nous serons bientôt forcé d'augmenter encore le nombre de lits.

Au point de vue universitaire le service d'urologie suivit aussi une certaine évolution. En 1928 notre service devint une clinique d'Urologie de la Faculté de Médecine. Nous fûmes chargé de cette clinique avec Dr. Dumas comme assistant. En août 1938 nous étions nommé professeur d'Urologie à la Faculté de Médecine.

Le service d'urologie peut se prévaloir d'avoir formé des élèves. Ce sont le docteur Stilman, urologiste à l'hôpital juif de Montréal, le docteur Bernard Paré, urologiste à l'hôpital de Verdun, le docteur Couturier de la Rivière du Loup, le docteur Racicot de Lévis, et les docteurs J.-P. Legault et J.-P. Bourque, actuellement mes assistants.

En 1934, le doyen de l'Ecole « Graduate School of Medicine » de l'Université de Pensylvannie nous demandait notre collaboration. Depuis nous recevons un des élèves de cette école qui séjourne dans notre service pendant un an. Nous avons ainsi enseigné à M. les docteurs N. G. Shields de Kitchener Ontario, H. H. Barlow de South Dakota, Carl Joseph Lagenbahn de South Bend (Indiana), Dr. E. Newland de Denver (Colorado), Eugène Niceley de Knoxville (Tennessee) et T. Farsht de Minneapolis.

Voilà rapidement énumérées les activités hospitalières et universitaires du service d'Urologie de l'Hôtel-Dieu depuis sa fondation. Si ces activités ont pu être fructueuses, nous le devons à la collaboration dévoué et loyale des religieuses hospitalières de l'Hôtel-Dieu et de ses médecins et à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal.

OSCAR MERCIER.



UN CAS RARE DE CANCER DU TESTICULE

Coexistence d'un séminôme, d'un chorio-épithéliôme et d'un dysembryôme

Par

Dr O. MERCIER

Dr J.-P. BOURQUE

Professeur d'Urologie à la Faculté
de Médecine

Assistant du Service d'Urologie

Chef du Service d'Urologie de
l'Hôtel-Dieu

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

Les tumeurs malignes du testicule sont rares; elles ne représentent, en effet, qu'un centième des cancers frappant le sexe masculin.

Ayant eu l'occasion d'en observer un cas très curieux dans le service d'Urologie à l'Hôtel-Dieu et ayant réussi à compiler une observation aussi complète que possible, nous avons cru intéressant de la publier. Nous la ferons suivre de quelques commentaires sur les tumeurs du testicule en général et sur notre cas en particulier.

VOICI L'OBSERVATION

Monsieur Paul C... 31 ans, marié, est admis dans le service, à l'Hôtel-Dieu, le 20 novembre 1938, comme « accidenté du travail ». Il est envoyé par le Dr Desjardins.

Le patient, qui est pompier de son métier, raconte que six semaines auparavant, étant en service au poste d'incendie où il était affecté, il se laissa glisser du second étage, par l'intermédiaire d'une barre verticale installée à cet effet au poste pour répondre rapidement au signal d'alarme. Au cours de cette descente, il ressentit une douleur très intense au niveau du testicule droit, douleur qui subsiste depuis et s'irradie aux deux flancs et vers la région lombaire droite.

A ce moment là, le malade à qui nous demandons s'il n'avait rien noté d'anormal du côté de son testicule avant son accident, nous répond négativement.

A l'examen, le testicule droit est augmenté de volume et très douloureux. Comme il existe un certain degré d'hydrocèle, la palpation ne donne pas plus de détails. L'épididyme est difficilement palpable tant la douleur est vive. A gauche, tout est normal.

La palpation des fosses iliaques, des flancs et des régions lombaires ne décèle rien d'anormal.

Antécédents personnels et héréditaires — nil.

Les examens du tube digestif, du système nerveux, de l'appareil respiratoire et du coeur sont négatifs.

T. A. 140/75, Azotémie 0 gr. 40 ‰	} Phosphates rares Albumine: traces Sucre: 0
An. d'urine	

Devant ce tableau clinique dominé par la douleur et l'hypertrophie du testicule, le diagnostic de tuberculose aiguë probable du testicule est posé avec réserve. L'intervention est proposée et acceptée.

Intervention le 28 novembre.

Anesthésie générale au chlorure d'éthyle et éther (Dr L. Longtin). Après l'incision du scrotum, puis de la vaginale qui laisse échapper une certaine quantité de liquide d'hydrocèle, on se trouve en présence d'un testicule hypertrophié, dur, parcouru par un réseau veineux superficiel très développé. A ce moment le diagnostic de cancer est posé et la castration pratiquée avec facilité.

Mise en place d'un petit drain et fermeture de la plaie.

Le malade reste souffrant quelques jours puis sort de l'hôpital le 9 décembre 1938 et est dirigé à l'Institut du

Radium pour y subir des séances de radiothérapie profonde pour atteindre les métastases ganglionnaires probables.

La pièce (FIG. I) ¹ dirigée au laboratoire d'Anatomie Pathologique est examinée par le Prof. Pierre Masson qui a remis le rapport suivant :

Aspect macroscopique

« La pièce opératoire comporte un testicule peu déformé, mais de volume excessif, mesurant 6 cm. 5 de largeur et d'épaisseur. Sa surface est lisse, l'épididyme est étiré et étalé.

« Après section sagittale, on constate la disparition à peu près totale du parenchyme testiculaire qui ne persiste, très modifié dans son aspect, qu'en des régions éparses sous l'albuginée. Le corps d'Highmore paraît intact. L'espace compris entre lui et l'albuginée est occupé par une masse tumorale dont l'aspect varie d'un point à l'autre. La capsule testiculaire est intacte partout, sauf au pôle supérieur où elle est détruite par un volumineux lobe néoplasique qui fait hernie dans le cordon.

« La tumeur elle-même présente les particularités suivantes :

« Le pôle supérieur du testicule est remplacé par une masse sphérique, partiellement encapsulée et presque entièrement nécrotique et mesurant 2 cm 5 de diamètre. Le tiers supérieur de cette masse est formé par un tissu grisâtre et friable qui se continue avec la hernie intrafuniculaire mentionnée plus haut. On trouve un tissu de même aspect en dehors et au contact des bords antérieurs et inférieurs du noyau nécrotique.

¹ Nous devons la photographie de la pièce reproduite ici à la bienveillance du Prof. Pierre Masson.

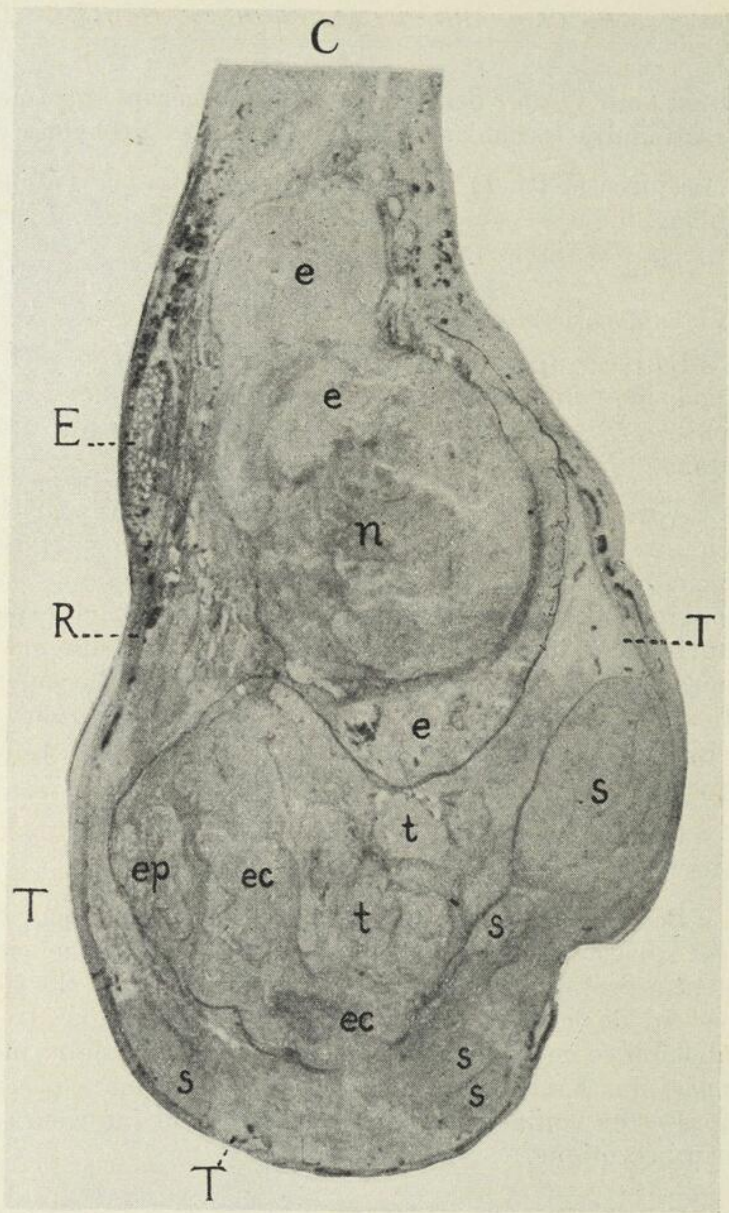


Figure I — Testicule droit.

« Au dessous, se trouve un bloc tumoral d'aspect lobulé, de consistance inégale, grisâtre et marbré d'hémorragies. Ses bords, festonnés et imprécis, n'arrivent nulle part au contact de l'albuginée, et ménagent une marge en forme de croissant constituée par le parenchyme testiculaire, refoulé et oedémateux.

« Dans ce croissant on distingue de petits noyaux blanc-rosé, à contours imprécis, dont un, plus volumineux que les autres et situé le long du bord antérieur du testicule, refoule légèrement l'albuginée sans l'envahir.

« En résumé le néoplasme présente trois régions bien différentes: A—la première répond au pôle supérieur du testicule et comporte une masse encapsulée, partiellement nécrotique, et le tissu grisâtre qui la déborde en haut et envahit son pourtour;

« B—la seconde répond à la portion de tumeur sous-jacente à la précédente, qui envahit et refoule de dedans en dehors le parenchyme testiculaire;

« C—la troisième, siégeant dans ce parenchyme refoulé, est formé de noyaux opaques et blanc-rosés.

Coupe totale et sagittale de la pièce. (Gr. 2, 5)

C, le cordon — E, tête de l'épididyme — R, le rete testis, T, régions où persistent des vestiges de parenchyme testiculaire à tubes séminipares involués.

Région A

n, noyau nécrotique. Sa capsule est bien visible à droite. Dans sa région supérieure, tissu néoplasique vivant — e, faisant hernie dans la direction du cordon. Le même tissu entoure à droite et en bas le noyau nécrotique. Ce tissu e, comporte des vésicules didermiques (amnio-ectodermiques et entodermiques) du trophoblaste, des ébauches chorales et du mésenchyme. Par places, des végétations papillaires ectoblastiques.

Région B

Plus bas, régions ectoblastiques compactes et papillaires, ec/ et ep/, et t/ trophoblastiques.

Région C

Dans la région superficielle, inférieure, éparse dans les vestiges testiculaires, des noyaux S de Séminôme pur.

Examen histologique.

« L'examen histologique montre que chacune de ces régions possède une structure particulière.

« A) La région A, de texture lâche, est creusée de minuscules cavités à revêtement épithéliaux, éparses dans un tissu de fond d'aspect réticulé.

« Ces cavités ou vésicules ont les caractères de vésicules embryonnaires didermiques. Elles sont le plus souvent couplées, l'une d'elles ayant l'aspect d'une vésicule amnio-ectodermique, l'autre celui d'une vésicule entodermique. Entre les couples, règne un tissu complexe ayant, suivant les points, les caractères d'un mésenchyme lâche extra-embryonnaire ou celui d'un trophoblaste. Ce dernier donne naissance ici ou là, à des cellules de Langhans ou à des plasmodes multinucléés.

« On retrouve ici toutes les structures décrites par Peyron, Limousin et Vincent, puis par Peyron et Lemaire dans leurs embryomes polyembryonniques. Elles sont particulièrement schématiques dans un groupe de veines funiculaires dont les lumières sont remplies par une multitude de vésicules didermiques.

« A côté de ces structures typiques, il en est d'autres qui le sont moins, mais se rattachent aisément à elles. Par places les éléments trophoblastiques se développent avec exubérance et forment des massifs épithélioïdes langhansiens. Ailleurs ce sont les revêtements ectoblastiques qui prolifèrent et construisent des végétations tubulopapillaires ou des massifs compacts à cytoplasme basophile.

« B) La région B est, nous l'avons vu, vaguement lobulée. Chacun de ces lobes répond soit à une prolifération trophoblastique pure, soit à une prolifération tubulopapillaire ou compacte de type ectoblastique. Il semble que la prolifération unilatérale des éléments trophoblastiques et ectoblastiques, esquissée en certains points de la région A, se

soit poursuivie et perfectionnée, par foyers; chacun de ceux-ci a une structure relativement simple et semble poursuivre un accroissement autonome. Par le nombre et leurs dimensions, les foyers ectoblastiques l'emportent de beaucoup sur les foyers trophoblastiques.

« C) Le parenchyme testiculaire refoulé au contact de la vaginale est oedémateux et ses tubes séminipares entièrement involués. Il est semé de nodules et de trainées néoplasiques dont la structure n'a rien de commun avec celle du néoplasme complexe étudié jusqu'ici. Elle est extrêmement simple et comporte de grandes cellules épithélioïdes claires, très riches en glycogène, entassées les unes contre les autres dans les interstices d'un stroma infiltré d'éléments lymphoïdes.

« Nodules et trainées ont la structure typique du séminome. Ce séminome est bien distinct de la tumeur embryonnaire décrite plus haut. Presque partout il en est séparé. Ça et là cependant un noyau séminomateux cortical, en s'accroissant, vient au contact d'un foyer trophoblastique ou ectoblastique profond. Leurs éléments ne se compénètrent pas. Les deux néoplasmes, contigus conservent leurs caractères tranchés; il n'y a aucune forme de passage entre un type et l'autre.

« En résumé la région A est constituée par un embryome polyembryonique malin qui poursuit son accroissement et envahit les veines d'huile testiculaire; la région B, par un néoplasme complexe dérivé du précédent et formé selon les points par une prolifération trophoblastique ou ectoblastique pure; la région C, par une séminôme, développé dans le parenchyme testiculaire refoulé et entièrement distinct des formes néoplasiques observées en A et B.

Chronologie probable des lésions

« Ces faits connus, il est possible de reconstituer avec quelque vraisemblance la succession et la chronologie des formes que nous venons d'étudier.

« La lésion la plus ancienne est sans doute le noyau nécrotique et encapsulé du pôle supérieur. Il s'est développé entre le rete et l'albuginée, en plein parenchyme testiculaire. De par sa structure, c'est un embryome polyembryonique à tissus très jeunes et comportant des vésicules didermiques, du trophoblaste et du mésenchyme intra-embryonnaire.

« Trophoblastes et ectoblastes esquissent çà et là une prolifération autonome qui s'affirme dans les foyers trophoblastiques et ectoblastiques purs, plus récents qui résultent de l'invasion du pôle inférieur du testicule.

« En troisième lieu s'est développé, dans le parenchyme testiculaire refoulé, un séminome envahissant dont le point de départ précis ne peut plus être déterminé.

« Selon toute apparence, l'embryome malin a la priorité et résulte d'une éphébogénèse. Les foyers trophoblastiques et ectoblastiques sont secondaires et répondent à la prolifération sélectionnée de tel ou tel des constituants du précédent. Quant au séminome son origine est plus difficile à déterminer. On pourrait penser qu'il provient de gonocytes primaires faisant partie de l'embryome et dont Peyron a montré l'existence dans les blastocystes néoplasiques. Cette opinion est peu vraisemblable. On pourrait la soutenir si le séminome était apparu dans l'embryome primitif ou parmi les foyers trophoblastiques et ectoblastiques qui en dérivent. Sa localisation dans le parenchyme testiculaire refoulé fait penser qu'il provient plutôt de ce dernier. Pour un cas analogue, Peyron admet la cancérisation des cellules germinales testiculaires par une sorte d'induction exercée par l'embryome voisin. »

Le 7 janvier le malade qui a subi dix séances de radiothérapie profonde revient dans le service et est admis le 8.

Il se plaint de troubles gastriques très marqués et de douleurs tenaces dans les deux régions lombaires et dans les jambes.

A ce moment en poussant l'interrogatoire, le malade nous dit qu'en février dernier il avait reçu un choc sur le testicule droit qui avait provoqué une douleur assez intense mais passagère. A ce moment-là, il a noté que son testicule droit était légèrement augmenté de volume mais comme la douleur était disparue rapidement, il ne s'en est plus préoccupé.

Ces faits nous amènent à demander des radiographies du crâne, du tube digestif, du thorax, de l'appareil pulmonaire et du bassin pour dépister les métastases probables. Les radiographies sont toutes négatives.

Une réaction d'Aschéim-Zondeck est demandée; elle est aussi négative. (Nous en verrons plus loin l'explication).

Les séances de radiothérapie sont reprises et du 20 janvier au 10 mars il reçoit 19 traitements. Le malade continue à souffrir de ses douleurs lombaires et il est maintenu sous l'effet des calmants. On perçoit maintenant en profondeur, au palper, des masses mal limitées des deux côtés de sa colonne lombaire (métastases lombo-aortiques).

Une deuxième réaction d'Asheim-Zondeck est négative.

Le malade quitte le service le 10 mars. Chez lui, il continue à décrépir, il est constamment sous l'effet des calmants à cause de ses douleurs qui sont devenues atroces (compression des racines lombaires).

Il meurt en état de cachexie le 5 avril.

Comme le cas tombait sous le coup de la loi des « Accidents du travail », à cause des circonstances du début de la maladie, l'autopsie fût pratiquée au « Laboratoire de Médecine Légale » par les Docteurs R. Fontaine, médecin légiste en chef de la Province de Québec et P. Martin, anatomopathologiste, qui ont eu la bienveillance de nous permettre d'assister à cette autopsie, de nous remettre le rapport qui suit et de nous fournir les photographies des pièces qui sont reproduites ici: (FIG. II, III, IV, V, VI).

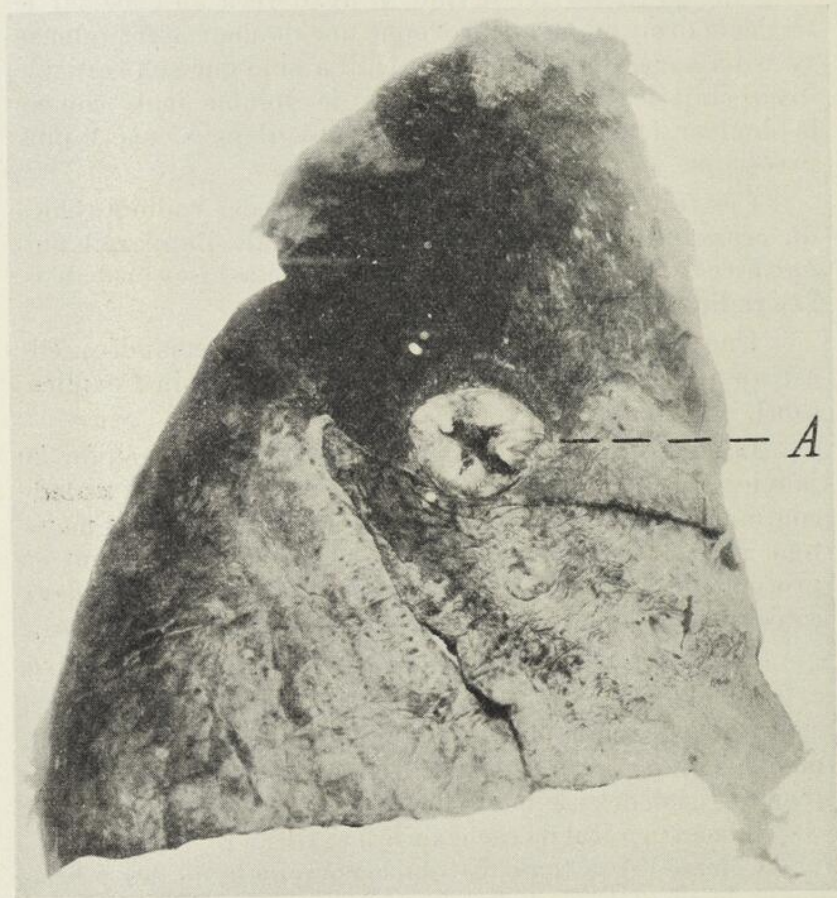


Figure II — Poumon droit

A. Noyau métastatique du volume d'une pêche occupant la face antérieure du poumon droit.

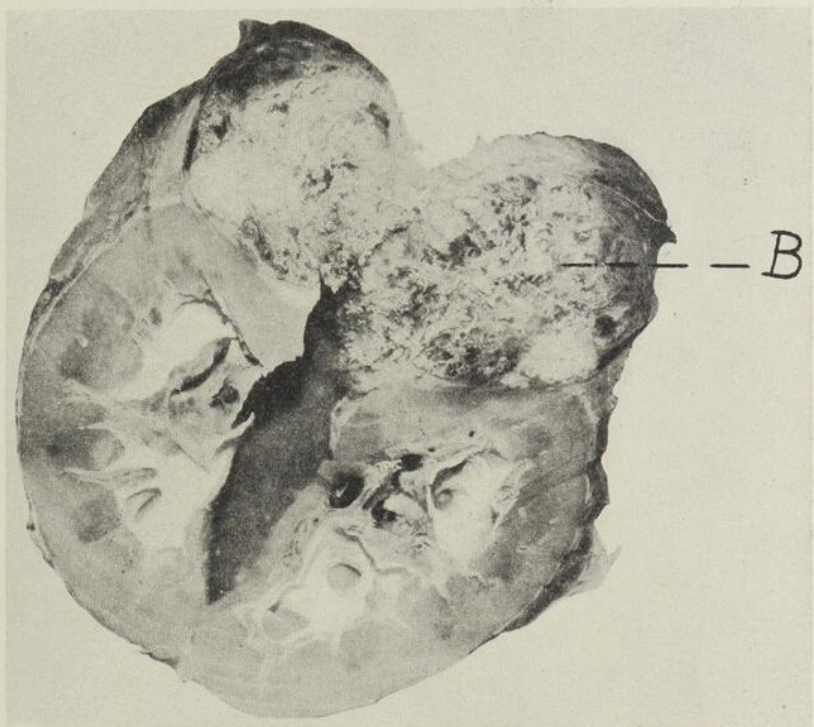


Figure III — Rein gauche et capsule surrénale
B. Envahissement de la capsule surrénale en totalité par métastase.

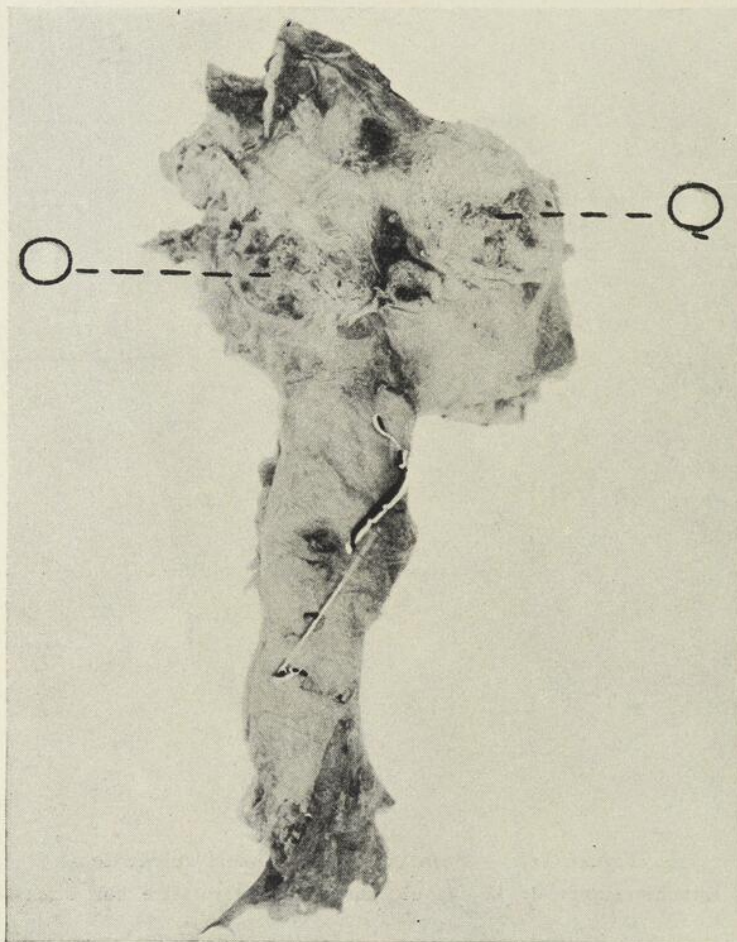


Figure IV — Pancréas

OO' — Noyaux métastatiques occupant la presque totalité de la tête du pancréas.

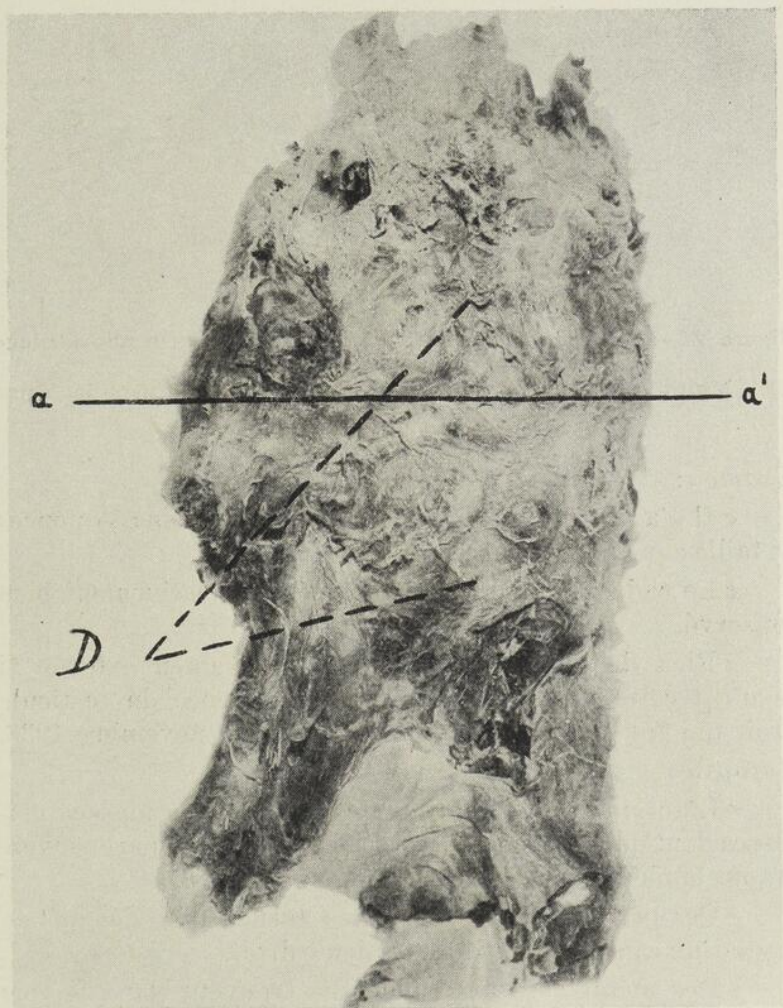


Figure V — Masse ganglionnaire lombo-aortique

D. Envahissement total de la masse ganglionnaire lombo-aortique par de multiples noyaux métastatiques.

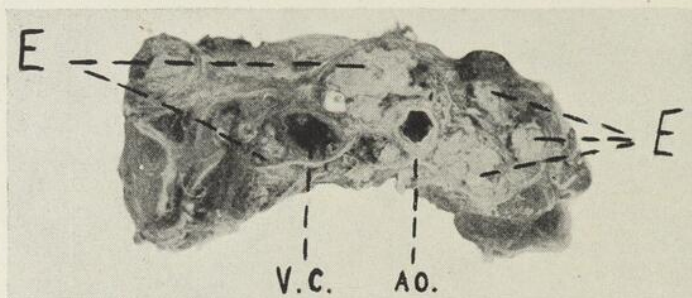


Figure VI — Coupe sagittale de la masse ganglionnaire lombo-aortique passant au niveau de aa' sur la figure V.

EE' Multiples noyaux métastatiques encerclant totalement la Veine V.C. et l'Aorte A.O.

AUTOPSIE

Examen:

« Il s'agit d'un homme de 31 ans, de 5 pieds 8½ pouces de taille et ne pesant pas plus de 100 livres.

« Le cadavre qui a été embaumé est relativement bien conservé.

« Rien de particulier à noter à l'examen externe si ce n'est cette maigreur extrême et l'absence du testicule droit qui fut enlevé à l'hôpital au mois de novembre 1938.

Autopsie:

« L'autopsie révèle de nombreuses petites masses grisâtres dont quelques-unes sont nécrosées dans le parenchyme et sous la plèvre des deux poumons.

« Ces petites masses sont, sans aucun doute des métastases d'un cancer primitif du testicule droit.

« Des métastases semblables se trouvent dans le foie et dans la capsule surrénale gauche.

« A la région lombo-aortique il existe une masse cancéreuse s'étendant du diaphragme au promontoire. Cette masse mesure trois pouces de largeur par un pouce d'épaisseur, elle est dure et d'apparence lardacée.

« Le cordon spermatique droit paraît très épais. Les ganglions mésentériques de même que les ganglions du cou sont indemnes.

Conclusion :

« La mort du nommé Paul C... est la conséquence d'une généralisation d'un cancer primitif du testicule droit pour lequel il avait été opéré au mois d'octobre 1938. »

Les pièces prélevées permirent au Prof. Masson de faire l'étude des métastases et voici le rapport qu'il nous a remis :

« L'examen des métastases pulmonaires et surrénales montrent qu'elles sont purement ectoblastiques, tantôt papillaires et tantôt massives, mais ni chorio-épithéliales, (ce qui explique la négativité des deux réactions d'Asheim-Zondeck), ni séminomateuses.

« Il est permis de penser que la radiothérapie est pour quelque chose dans le manque de métastases séminomateuses, mais son rôle est beaucoup plus douteux en ce qui concerne l'absence de noyaux de généralisation chorio-épithéliaux. Ce qui se dégage surtout de cette observation, c'est l'insensibilité des éléments tumoraux ectoblastiques aux Rayons X et le fait que, contrairement aux éléments chorio-épithéliaux, ils ne secrètent pas d'hormones gonadotropes. »

*
* *
*

Les tumeurs du testicules sont connues depuis longtemps, mais comme leur structure histologique est très complexe, la classification de ces tumeurs a été très discutée par les anatomo-pathologistes. Nous devons beaucoup à Chevassu qui dans sa thèse, soutenue à Paris en 1906, en a donné une classification précise basée sur l'étude histologique des différents éléments constituant le testicule normal et néoplasique.

Chevassu décrit deux grandes classes de tumeurs.

I *Les tumeurs développées au dépens des tissus normaux du testicule.*

II *Les tumeurs développées au dépens des restes embryonnaires ou embryômes du testicule.*

1 — Les tumeurs développées au dépens des tissus normaux du testicule comprennent :

A. Les tumeurs du stroma conjonctif qui sont les fibromes purs, les fibro-sarcomes et les sarcomes vrais. Elles sont rares.

B. Les tumeurs des cellules interstitielles. Elles sont rarissimes. On les trouve surtout dans les testicules ectopiques. Le Prof. Masson en a publié un cas en 1923 avec Sencert.

C. Les tumeurs épithéliales, qui sont de deux types.

a) Les tumeurs séminifères qui comprennent :

1 L'ADENOME qui est exceptionnel.

2 le SEMINOME qui est de beaucoup la plus fréquente parmi les tumeurs de cette première grande classe. Chevassu prétend qu'il existe dans une proportion de 46% des tumeurs malignes du testicule.

Il est caractérisé histologiquement par des travées de tissus conjonctifs limitant des espaces alvéolaires, dans lesquels se trouvent de grosses cellules arrondies, claires, d'aspect épithéloïde qui sont parfois séparées les unes des autres par des fibrilles conjonctives qui forment un réticulum délicat.

b) Les tumeurs wolffiennes qui sont très rares et d'un seul type qui est l'EPITHELIOMA WOLFIEN. Il serait constitué par plusieurs cavités néoformées, revêtues de cellules cubiques ou cylindroïdes étalées sur une ou plusieurs rangées et en état de prolifération. Ce genre de tumeur se trouve le plus souvent associé à d'autres formations néoplasiques dans les tumeurs mixtes.

II — Les tumeurs développées au dépens des restes embryonnaires ou embryomes du testicule.

Elles sont fréquentes et représentent à peu près 47% des tumeurs néoplastiques du testicule. (Chevassu). Elles sont toutes d'origine blastodermique.

Au point de vue macroscopique elles présentent des caractères communs : leur volume est variable, il peut atteindre celui d'une tête d'adulte ; leur consistance est inégale et elles contiennent des cavités kystiques.

Au point de vue histo-pathologique elles sont classées en :

A.—TERATOMES : qui sont constitués par un véritable « pot-pourri » de tissus ayant formé des fragments d'organes (peau, cheveux, dents, os, intestins, etc.) Ce sont, en somme, des foetus mal formés et constitués par des éléments d'organes adultes en miniature. Ils correspondent aux kystes dermoïdes de l'ovaire et sont bénins ; mais souvent ils subissent une dégénérescence maligne.

B.—EMBRYOMES PURS ET DEGENERES OU DYSEMBRYOMES constitués par des tissus non différenciés qui ont gardé leur structure élémentaire sans évoluer ou presque ; ils sont encore à un stade très rapproché des tissus d'origine : l'endoderme, l'ectoderme, et le mésoderme. d'où le nom de tumeurs mixtes. Ils sont généralement malins.

C.—CHORIO-EPITHELIOMES DU TESTICULE qui sont des embryomes dégénérés à type chorial. Cette catégorie est la plus intéressante car il s'agit d'une tumeur essentiellement féminine dans une glande masculine.

Le chorio-épithéliome est caractérisé par la dégénérescence cancéreuse du trophoblaste.

Histologiquement il est formé par des placards hémorragiques de dimensions inégales, séparés par des travées

conjonctives très vascularisées. Sur cette base conjonctive s'étale une assise de cellules de Langhans et de Bechterew. Cette couche est recouverte par une couche syncytiale, caractéristique du placenta et du chorio-épithéliome.

On se trouve donc en présence de villosités choriales ou placentaires baignants dans des placards sanguins.

Les tumeurs malignes du testicules évoluent toutes très rapidement et se propagent par voie veineuse et surtout par les voies lymphatiques, pour donner des métastases, d'abord dans les ganglions lombo-aortiques, ensuite, par l'intermédiaire de la citerne de Pecquet, dans les poumons.

La pathogénie des embryômes du testicule a été très discutée et plusieurs théories ont été émises. Il semblerait qu'à l'heure actuelle les auteurs tendent à se rallier à la théorie blastodermique.

Il s'agirait d'un blastomère à l'état latent et enclavé dans la blastula, qui, plus tard se développerait et donnerait naissance à un embryome inclus dans le corps de l'individu, et, l'importance de l'éminence génitale chez l'embryon expliquerait la localisation fréquente de ces tumeurs dans les glandes génitales. Cette théorie très séduisante est basée sur les travaux d'Hertwig, de Schultze et de Driesch qui ont montré qu'un blastomère isolé artificiellement et nourri dans un milieu approprié peut se développer et donner naissance à un embryon. Pour une étude plus détaillée de l'histo-pathologie de ces tumeurs embryonnaires du testicule, nous vous référons à l'importante série de travaux publiés sur ce sujet par Peyron en 1936 dans les numéros 1, 3 et 6 du Bulletin du Cancer.

ETIOLOGIE:

Les néoplasmes du testicule, qui sont rares, apparaissent, contrairement aux autres cancers, avant 50 ans; c'est le cancer des jeunes.

Il s'observe entre 20 et 50 ans. Dans notre observation il s'agit d'un homme de 31 ans.

L'hérédité ne semble y jouer aucun rôle.

Il est généralement unilatéral et semble siéger plus souvent à droite qu'à gauche. (Higgins sur 23 cas en trouve 14 à droite, Cunningham, sur 59 cas en trouve 34 à droite, Mackenzie sur 13 cas en trouve 9 à droite).

Le traumatisme semble favoriser le développement de ces tumeurs.

Il est intéressant de noter à ce sujet, que Michallowski a pu produire des embryômes chez le coq par des injections intra-testiculaires de Chlorure de Zinc qui sont traumatisantes. Il a même obtenu dans certains cas, un embryôme et un séminome.

Le traumatisme est invoqué dans 50% des cas. Dans notre observation, il est vraisemblable que le 1er traumatisme ait eu une influence sur le développement de la tumeur et que l'attention du malade fut attirée de ce côté à l'occasion du 2e traumatisme.

L'ectopie testiculaire semble aussi jouer un rôle favorisant. Chevassu l'a rencontré dans 14% des cas.

SYMPTOMES:

A la période de début, le seul signe qui peut amener le malade à consulter c'est l'hypertrophie du testicule qui est *indolore*.

Chevassu dit à ce sujet: « le néoplasme du testicule est désespérant par son silence ».

A la période d'état, le testicule est gros, et il existe parfois un réseau veineux assez développé sur le scrotum du même côté. A la palpation, la surface du testicule est plus souvent qu'autrement, lisse et régulière, de consistance tantôt ferme en totalité, tantôt variable, dure à certains endroits et plus molle ailleurs. Quand il n'existe pas d'hy-

drocèle symptomatique, qui souvent masque complètement la tumeur, l'épididyme peut-être facilement perçu dans sa totalité. Parfois le cordon est augmenté de volume. Habituellement à cette période le testicule est indolore mais il devient souvent douloureux à l'occasion d'un traumatisme. Chez notre malade il est vraisemblable que les choses se soient passées ainsi. Déjà à cette période, l'envahissement ganglionnaire est presque constant quoique difficilement perceptible à la palpation.

A la période terminale nous assistons à la généralisation du néoplasme. Le testicule devenu énorme envahit le scrotum qui souvent s'ulcère; des masses ganglionnaires de l'aîne et lombo-aortiques sont perceptibles à la palpation; ces dernières qui compriment les plexus nerveux de la région, provoquent des douleurs intenses et contenues. Des métastases pulmonaires, hépatiques se produisent et le malade meurt dans un état de cachexie prononcée.

Les néoplasmes testiculaires, dont la symptomatologie classique vient d'être exposée, peuvent se présenter sous d'autres formes. On a en effet décrit une forme « pseudo-inflammatoire »; une forme « liquidienne » ou la tumeur est masquée par l'hydrocèle, une « forme avec envahissement ganglionnaire précoce » provoquant des crises douloureuses abdominales ou lombaires.

Un signe intéressant et que nous n'avons pas mentionné plus haut dans la symptomatologie générale des tumeurs du testicule parce qu'il appartient plutôt au chorio-épithéliome¹, c'est la gynécomastie ou l'hypertrophie, de l'un ou des deux seins chez un malade porteur d'un chorio-épithéliome. Ce signe cadre bien avec la nature du chorio-épithéliome, qui est une tumeur féminine. Il manquait chez notre malade.

¹ Lorant Sas, l'aurait toutefois rencontré dans un cas de séminome?

Toujours dans le même ordre d'idée, les auteurs, frappés par ce signe particulier, poussèrent leurs recherches dans le domaine biologique et mirent en évidence la présence de prolactin dans les urines des porteurs de chorio-épithéliome par la réaction de grossesse d'Aschéim-Zondeck.

Comme les métastases ganglionnaires sont du même type que la tumeur initiale, cette réaction est aussi intéressante pour le pronostic.

Brindeau & Hinglais ont établi par la suite, une échelle de concentration modifiée par Chosson et Donnet qui donne l'état de l'oeuf et des membranes au cours de la grossesse ou au cours de certaines maladies de l'oeuf et de ses membranes.

Ainsi de 0 à 1000 U.L.B. Les résultats sont incertains où il s'agit d'une grossesse interrompue.²

De 1000 à 4500 U.L.B. Grossesse normale.

De 4500 U.L.B. et au-dessus, jusqu'à 28,000 U.L.B. et plus: Tumeurs des enveloppes foetales, mole hydatiforme, chorio-épithéliome.

Nous avons donc là un élément précieux pour le diagnostic mais malheureusement il n'est pathognomonique que des tumeurs embryonnaires dégénérées à type chorial.

DIAGNOSTIC

Il faut toujours penser au néoplasme quand on se trouve en présence d'un testicule qui s'hypertrophie, change de consistance tout en restant longtemps indolore. Il faut en plus savoir que la lésion est intratesticulaire et respecte les annexes. (Chevassu)

² U.L.B. Unite Lapin Brindeau; la plus petite quantité d'hormone qui, en injection intraveineuse chez une lapine de 4 à 5 livres, fait apparaître en 48 heures, au moins un point hémorragique sur l'un des ovaires.

Parfois il existe une hydrocèle symptomatique qui masque tout et le diagnostic clinique est pratiquement impossible.

Quand ce n'est pas le cas, il faut savoir éliminer trois cas, principaux qui sont; la tuberculose aiguë du testicule qui est très douloureuse; l'hématocèle caractérisée par l'épaississement de la vaginale qui masque l'épididyme et, l'orchite syphilitique hypertrophique.

L'interrogatoire poussé aide beaucoup à préciser les faits et il est vraisemblable que dans notre cas, si le malade nous avait admis lors du premier examen que l'hypertrophie du testicule datait du mois de février précédent, il nous aurait été plus facile de faire un diagnostic précis, et d'éliminer la tuberculose. Heureusement que les deux affections réclament l'intervention sanglante qui nous a permis de préciser le diagnostic et d'agir en conséquence.

Si un malade est amené à consulter pour hypertrophie testiculaire, indolore ou non, il faut écouter son histoire et essayer de préciser le point de départ de l'affection. Si on est en droit de penser à un néoplasme, il faut palper l'abdomen soigneusement pour rechercher les adenopathies, faire une exploration radiographique générale, examiner les seins qui peuvent être hypertrophiés s'il s'agit d'un chorio-épithéliome et compléter par l'épreuve biologique d'Asheim-Zondeck.

De toutes façons s'il subsiste le moindre doute, il faut faire l'exploration sanglante qui est non seulement parfaitement justifiée mais indiquée formellement comme le soutient Chevassu.

PRONOSTIC

Il est très sombre, et ce surtout à cause des métastases qui se font avec une rapidité désespérante. Laissées à elles-mêmes les tumeurs entraînent la mort dans une période

qui peut aller de 8 à 10 mois, pour les embryomes dégénérés et les chorio-épithéliomes est de 1½ an à 2 ans pour les seminomes.

Même après castration le pronostic est encore sérieux car les cas de guérison définitive sont rares. Pour les seminomes on peut compter sur à peu près 20 à 25% de guérisons, tandis que pour les embryomes et le chorio-épithéliôme, le pourcentage des guérisons tombe à peu près à 6%.

La seule façon d'améliorer le pronostic c'est le diagnostic précoce et la castration immédiate suivi de séances de radiothérapies pour atteindre les adénopathies abdominales et lombo-aortiques.

TRAITEMENT

Chevassu dit: « Si l'on soupçonne un testicule cancéreux la conduite sage est d'opérer le lendemain ».

Il faut faire la castration mais celle-ci ne donnera de bons résultats qu'en autant qu'il n'y aura pas de métastases ganglionnaires. Il faut donc joindre à la castration, la radiothérapie profonde pour atteindre ces métastases.

Chevassu a préconisé la castration suivie de l'excrèse lympho-ganglionnaire complète surtout s'il s'agit d'embryome dégénéré ou de chorio-épithéliome qui sont très peu sensibles à la radiothérapie profonde.

CONCLUSION

Comme nous venons de le voir dans les lignes qui précèdent le néoplasme du testicule est très grave. Il faut toujours y penser en présence d'un testicule hypertrophié et indolore et en cas de doute ne pas hésiter à faire l'exploration sanglante pour préciser le diagnostic, puis agir en conséquence rapidement car les seules chances de succès résident dans la précocité du diagnostic et du traitement.

BIBLIOGRAPHIE

- BOCQUENTIN: — Diagnostic clinique des tumeurs testiculaires, thèse Paris 1932.
- CALLENS J.: — Chorio-épithéliome, thèse Lille France 1932.
- CALLENS J.: — Le chorio-épithéliome du testicule en face des réactions de grossesse in Journ. des Sc. Méd. de Lille, 1935 No 5, p. 129.
- CHEVASSU M.: — Tumeur du testicule, thèse Paris 1906.
- CHEVASSU M.: — Diagnostic immédiat et précoce des cancers du testicule in Bull. de la Soc. de Chi. LVIII No 10.
- HIGGINS C. C.: — Malignant tumors of testicle in Ann. Sur. 1928 LXXXVII, 263.
- HINMAN., GIBSON T. E. KUTZMAN A.: — Radical operation for teratoma of testis and analysis of 79 cases in Surg. Gyn. & Obst. 1923 XXXVII, 420.
- HINMAN & POWELL: — The gonadotropic hormone in the urine of men with tumors of the testis in Journ. of Ur. 1935, Vol. 34, p. 55.
- KIRWIN T. J.: — Chorioépithelioma of the testis with report of a case showing extensive metastasis in Journ. of Med. 1937, Vol. 38, 91.
- JEANBREAU E.: — Tumeurs du testicule in Pathologie chirurgicale 1937 V, 118.
- LORANT SAS: — Seminoma and gynecomastia in Brit. Journ. of Uro. 1931, III, 31.
- MACKENZIE & RATNER: — Tumors of the testis in Surg. Gyn. & Obst. 1931, LII, 31.
- PEYRON A.: — Sur la pathologie comparée du seminome dans le testicule in Bull. du Cancer No 1, janvier 1936, p. 103.
- PEYRON, LEMAIRE et LIMOUSIN: — Sur un cas curieux d'embryôme testiculaire in Bull. du Cancer No 1, janvier 1936, p. 34.
- PEYRON A.: — Sur la coexistence de l'embryome et du seminome sur le même testicule in Bull. du Cancer No 3, mars 1936, p. 422.
- PEYRON A.: — Etat actuel de quelques problèmes d'embryologie générale et de pathologie comparée relatifs aux tumeurs du testicule in Bull. du Cancer, No 6, décembre 1936, p. 851.
- PEYRON, LIMOUSIN & LAFAY: — Sur quelques notions fondamentales dans l'étude des embryomes. Facteurs d'organisation et polyembryonie in Bul. du Cancer, No 6, décembre 1936, p. 838.
- WEIL: — Les tumeurs du testicule chez l'homme. Embryologie et pathologie générales (Monographie XXII du Laborat. Peyron) Le François, éd., 1936.

LA DILATATION KYSTIQUE DE L'URETÈRE

*Par***Dr O. MERCIER**Professeur d'Urologie à la Faculté
de MédecineChef du Service d'Urologie de
l'Hôtel-Dieu**JEAN-PAUL LEGAULT**Assistant du Service d'Urologie
de l'Hôtel-Dieu

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

La dilatation kystique de l'uretère « consiste dans la saillie dans l'intérieur de la vessie d'une poche kystique plus ou moins volumineuse constituée par la dilatation de la partie intravésicale de l'uretère ». (Marion)

Cette affection fut découverte sur la fin du siècle dernier d'abord en Allemagne, puis en France à l'occasion de nécropsie.

C'est surtout avec l'avènement de la cystoscopie que le diagnostic de cette affection fut fait. Seulement, à cette époque, vu la rareté de la lésion, souvent le diagnostic passait inaperçu. D'ailleurs de nos jours encore la même chose se produit, surtout si la dilatation est petite.

Cette lésion a été et est encore appelée différemment. On l'appelle prolapsus urétéral; urétérocele; et quelquefois même, à tort, prolapsus de la muqueuse urétérale. Même encore, de nos jours certains n'en font pas la différence.

Cette affection habituellement congénitale (je prouverai par un cas qu'elle peut être acquise) se rencontre dans les deux sexes sans prédilection; n'a pas de préférence de côté; est quelquefois même bilatérale. On ne rapporte pas

de cas de double dilatation du même côté. Cette dilatation consiste donc en une poche de forme kystique, de l'extrémité inférieure de l'uretère, variant de volume. De petite dimension, elle peut prendre des proportions considérables et aller même jusqu'à faire procidence dans le vagin ou l'urètre, chez la femme.

Cette poche est transparente, de coloration jaune pâle comme celle de la muqueuse vésicale et sillonnée de vaisseaux. Cette poche kystite est active. Elle présente des mouvements de tension et de distension. L'extrémité du kyste est poncturé.

Au point de vue histologique c'est tout simplement un accollement de dos à dos de la muqueuse urétérale et de la muqueuse vésicale, avec quelques travées musculaires. Elle contient de l'urine; quelquefois du pus et voire même un calcul.

La symptomatologie est celle de l'hydronéphrose avec ou sans infection urinaire, quand la lésion est petite. Il y a alors douleurs lombaires ou douleurs dans la loge rénale du côté de la dilatation.

Quand la dilatation kystite est de volume plus considérable, il y a aussi des troubles vésicaux tels que dysurie, pollakiurie, pouvant même aller jusqu'à la rétention complète des urines, comme dans les cas de grosse dilatation faisant obstruction devant l'orifice vésical.

Le diagnostic se fait par la cystoscopie et quelquefois par la radiographie. Car il y a des cas de dilatation kystique rapportés, dont le diagnostic a été fait à l'occasion d'une pyélographie endoveineuse.

A la cystoscopie on voit à l'endroit habituel de l'orifice urétéral ou des orifices urétéraux si la lésion est bilatérale, une petite poche jaunâtre, activée d'un mouvement de gon-

flement et de dégonflement. De temps en temps on voit un petit pertuis s'ouvrir et laisser échapper de l'urine. C'est le « clin d'oeil » de l'uretère.

Quant à la pathogénie de cette affection le consensus commun serait qu'elle est congénitale; mais on l'explique différemment. Il y en a qui prétende que c'est du à un uretère comprimé en voulant obliquer dans une paroi vésicale. D'autres prétendent que c'est un sphincter vésical qui couderait l'uretère, dont, l'abouchement serait anormalement situé plus bas sur le trigone, d'où stagnation urinaire et dilatation consécutive.

D'autres soutiennent que c'est une malformation primitive par sténose ou par obstruction, qui fait que l'uretère se dilate en arrière de la vessie. Pour d'autres c'est une dilatation qui se fait sur un orifice urétéral anormal, l'orifice normal n'y prenant pas part. Cependant si la majorité admette une cause congénitale, nous avons la prétention d'admettre une dilatation kystique acquise, par exemple, par une méatite. Nous avons comme preuve à l'appui un cas que nous présenterons plus loin.

L'Ecole américaine en général (Randall-Campbell) accepte deux facteurs dans la formation de la dilatation kystique, à savoir: *a*) une sténose congénitale de l'orifice urétéral et, *b*) une faiblesse du feuillet de Waldeyer. Car, disent-ils, une sténose seule ne suffit pas à former une dilatation kystique; on rencontre plus de rétrécissements sans dilatation kystique, que de rétrécissements avec dilatation. De sorte que, il faut une faiblesse du tissu conjonctif et des éléments musculaires avoisinants l'orifice urétéral.

Gottlieb a pensé à une possibilité de dilatation kystique acquise dû à des lésions inflammatoires sténosantes. Mais, il en est resté là.

Landwurt envisage comme cause de dilatation kystique une sous-muqueuse urétérale de la portion intravésicale de l'uretère, plus allongée, causant par là un point faible.

Pettillo sort des sentiers battus. Pour lui une dilatation kystique est causée soit par un rétrécissement urétéral, soit par une paralysie de la portion inférieure de l'uretère causée par une maladie annexielle. Ceci ne serait pas prouvé. Car après la disparition de la dilatation rien n'est réapparu; ceci n'aurait pas lieu si la dilatation serait due à un rétré-

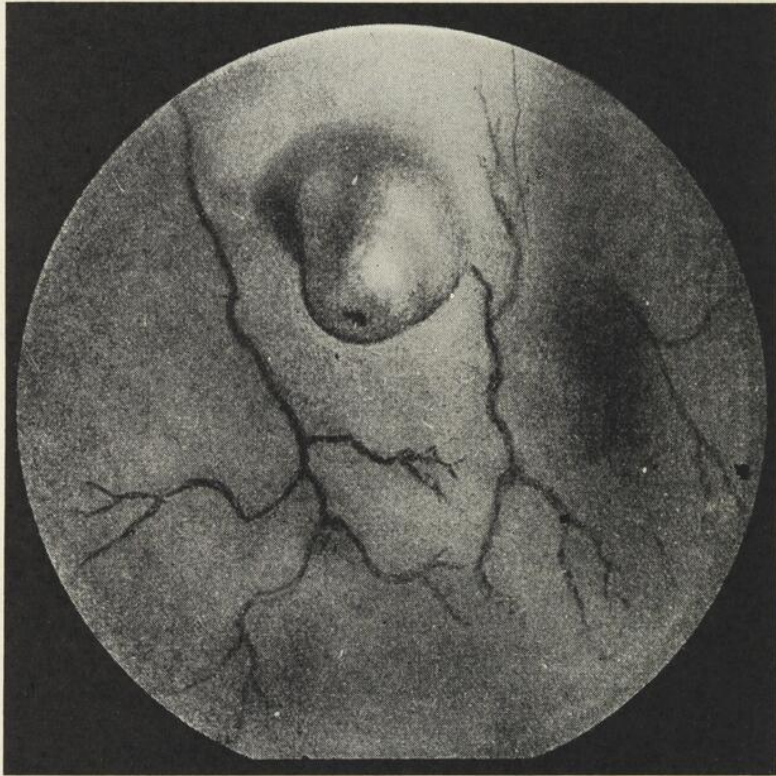


Image cystoscopique du prolapsus intravésical de l'uretère.

(Collection Prof. O. Mercier).

cissement urétéral. De plus, l'énervation de la portion inférieure de l'uretère n'a jamais rien changer à son tonus ni à sa portion intramurale. (Randall)

Il ne faut pas oublier de mentionner la théorie de la valvule en croissant faisant clapet, laquelle serait d'origine embryonnaire. (Marmier)

Pasteau, en 1904, a décrit par des schémas le processus évolutif de la formation kystique. Dans une première coupe on assiste à la dilatation intrapariétale de l'extrémité inférieure de l'uretère; dans la seconde coupe, à la dilatation sessile; et enfin dans la troisième coupe, à la dilatation intravésicale pédiculisée.

Marmier, dans sa thèse de Paris, insiste « sur une sténose et une oblitération du méat urétéral comme indispensable et, le plus souvent, suffisant » pour former une dilatation kystique de l'uretère. D'où il s'en suit que la lésion peut être acquise, s'il y a un phénomène de tissu cicatriciel sténosant comme, par exemple, par méatite. D'ailleurs on a prétendu que des calculs à arêtes pouvaient causer une telle cicatrice à l'orifice urétéral et par là en le sténosant causer la dilatation kystique.

Le diagnostic différentiel le plus difficile à faire est celui entre la dilatation kystique et le prolapsus intravésical de l'extrémité inférieure de l'uretère. Seulement, au cystoscope, on trouvera pour le prolapsus de l'uretère une « masse allongée cylindrique, conique ou quadilatère »¹ variant de longueur et de dimension. La couleur aussi sera différente. De rouge framboise elle peut passer au rouge cerise, contrastant par là avec la teinte jaune pâle de la muqueuse vésicale. Le prolapsus urétéral n'a pas non plus cette transparence lisse de la dilatation kystique, mais présente plutôt cette consistance compacte. A l'extrémité de ce quadrilatère, qu'est le prolapsus, le méat urétéral est

¹ Mercier, O., Jour. d'Urol. XIV, no 5, mai 1935.

nettement visible. Le prolapsus urétéral a lui aussi de la mobilité, seulement, c'est un mouvement de va-et-vient. Si on tente d'introduire une sonde urétérale dans l'ouverture habituellement on réussit à réduire cette invagination et la faire disparaître. C'est là un signe important pour le diagnostic. D'ailleurs il peut arriver que le prolapsus urétéral se réduise spontanément en position déclive.

Cette description ne s'applique pas du tout à la dilatation kystique. La dilatation kystique est une poche de

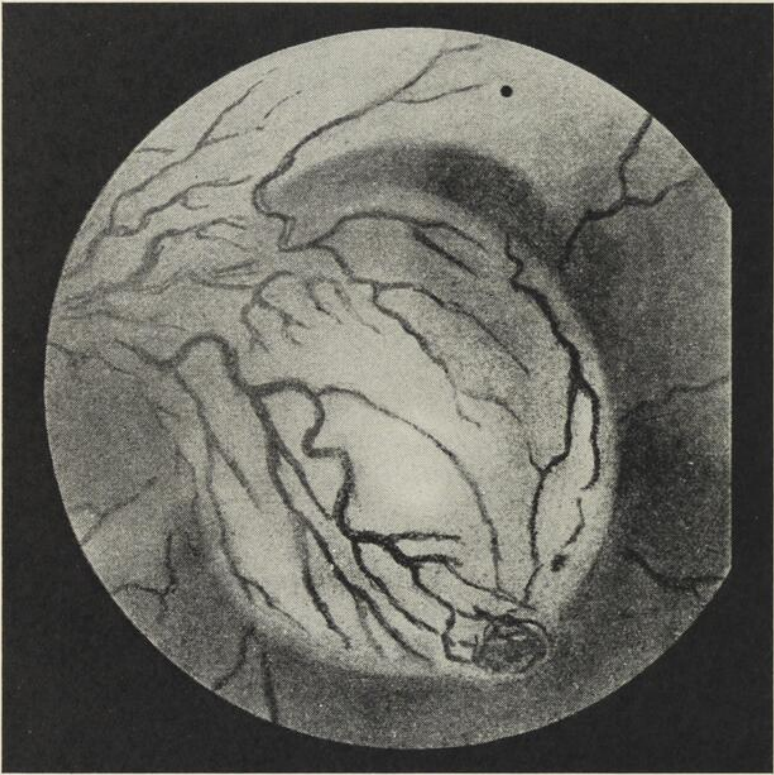


Image cystoscopique d'une dilatation kystique.
(Collection Prof. O. Mercler).

forme ovalaire arrondie, lisse, brillante et sillonnée de vaisseaux, (que n'a pas le prolapsus) qui tranchent sur la teinte jaunâtre du kyste. La dilatation kystique a un mouvement très caractéristique de gonflement et de dégonflement. Ceci arrive quand la poche kystique se remplit d'urines, mais une fois vidée, cette poche est affaissée et ridée. Si l'on tente d'introduire une sonde urétérale dans l'orifice qui peut se trouver en n'importe quel endroit de cete poche, la paroi se déprime. Seule, une pure chance nous permettra l'introduction de la sonde urétérale. En résumé, autant le prolapsus est une tumeur allongée, cylindrique, de coloration rouge foncé, immobile, ou agitée d'un mouvement de va-et-vient pouvant se réduire et disparaître sous la pression d'une sonde urétérale; apparaissant, comme une invagination de la muqueuse urétérale; autant la dilatation kystique est de forme arrondie ou ovalaire de la même coloration que la muqueuse vésicale, avec en plus, les petits vaisseaux qui la sillonnent; animée d'un mouvement de réplétion et de distention; ne se laissant pas réduire par une sonde urétérale; et enfin, présentant une surface identique à la muqueuse vésicale. Seule la chance permettra la cathétérisme. D'ailleurs l'histoire de la maladie nous donnera comme étiologie du prolapsus une cause antérieure d'infection ou de contraction brusques de l'uretère pour chasser, par exemple, un calcul urétéral.

Un autre diagnostic différentiel serait à faire avec un calcul enchatonné dans l'orifice urétéral. Seulement, « l'aspect cystoscopique de la saillie qui possède une coloration voisine de la muqueuse vésicale, l'existence d'une petite vésicule mince d'oedème au niveau de l'orifice surélevé, la situation du calcul urétéral dans l'intérieur même de la paroi vésicale » (Mercier) sont des raisons de situations anatomiques assez précises pour trancher la question. De plus, la radiographie avec l'essai d'introduction de la sonde urétérale complèteront l'examen.

Une erreur banale serait de se méprendre entre la dilatation kystique et un bourgeon inflammatoire unique. Seulement, la forme, la couleur, la consistance, l'immobilité, et l'impossibilité de réduction ou d'introduction de sonde urétérale auront vite fait de décider le diagnostic. De plus, le site du bourgeon inflammatoire, à moins qu'il ne soit dans la région du méat urétéral, est habituellement dans un endroit qui ne laisse pas de doute sur son origine.

On a même pris une dilatation kystique pour une déviation de la muqueuse vésicale causée par une antéversion utérine. Il ne faut pas non plus prendre une dilatation kystique pour de l'oedème urétéral ou vésical.

Evidemment, un polype de l'uretère étant une lésion si caractéristique en elle même, ce serait une erreur grossière que de ne pas la différencier avec une dilatation kystique.

Le polype de l'uretère apparaît, soit comme une fine frange de coloration rouge foncé, saillant facilement, ou de plaque, ou de saillie irrégulière de consistance assez solide donnant nettement l'impression d'épaississement.

De plus, comme le polype est pédiculisé et non transparent, l'urine s'échappe tout au tour, et non à l'extrémité comme la dilatation kystique.

La pronostic de cette lésion est assez grave vu les conséquences sur le rein correspondant. On rencontre alors l'hydronéphrose à divers degrés, formation de calcul etc. . . .

Le traitement de cette affection est plutôt facile. Evidemment, il faut, d'abord rechercher l'état du rein du côté de la lésion pour savoir s'il n'y aurait pas lieu d'intervenir.

Quand la dilatation kystique est petite et que le rein correspondant conserve encore sa fonction, une fulguration par étincelage de la poche kystique est suffisante.

Cependant, d'aucune préférence couper les parois pour ensuite fulgurer les lambeaux (Herman). Le point important est de faire une ouverture suffisamment grande. Nous conseillons (et d'ailleurs nous le faisons de routine) la mise en place d'une sonde urétérale à demeure pour 24 à 48 heures après l'intervention pour obvier à l'oedème consécutif sténosant; lequel oedème en obstruant l'orifice urétéral fulguré, empêche l'écoulement des urines de ce côté.

Si la saillie est volumineuse, il faudra la resequer transvésicalement. Si le rein est malade il faudra pratiquer selon le cas, une nephrectomie ou une néphrotomie de drainage. S'il y a présence de calculs il faudra les extraire. Avec la mise en place de sondes urétérales à demeure on peut fulgurer en une même séance une bilatéralité (Mercier). Nous avons à l'appui quelques cas que nous discuterons plus loin.

Comme nous l'avons dit antérieurement les auteurs en général s'accordent pour expliquer la formation congénitale de la dilatation kystique. Nous avons résumé très brièvement les opinions de chacun, mais nous avons ajouté que nous prétendions qu'une dilatation kystique de l'uretère peut être acquise et que nous pouvions le prouver. Le cas suivant en est la preuve.

Madame A. R. âgée de 30 ans se présente à l'Hôtel-Dieu dans le service d'urologie du professeur Oscar Mercier le 11 mars 1931 pour incontinence des urines. La malade avait subi récemment dans un hôpital privé une hystérectomie. Depuis lors, c'est-à-dire, depuis 16 mois, elle perdait ses urines, faisait de la cystite assez intense avec pyurie marquée.

Un examen complet de l'appareil urinaire est décidé. La cystoscopie montre une fistule uretéro vaginale gauche. Cet uretère gauche est cathérisé par la vessie et par le vagin. Et fait important, l'uretère droit est aussi cathérisé sans

difficulté. On a rien à noter de particulier. Le traitement de la fistule étant la néphrectomie, elle est pratiquée sans incident et la malade part pour chez elle le 29 mars 1931, guérie de son incontinence.

Mais le 18 février 1936 la malade se présente de nouveau à la consultation du service d'urologie de l'Hôtel-Dieu pour troubles urinaires caractérisés par de la douleur à la région rénale droite et surtout par de la cystite marquée. Elle ne présente plus d'incontinence de ses urines. Le début de sa maladie actuelle remonterait, d'après elle, à six semaines environ; ayant débuté par de la cystite.

Une cystoscopie est pratiquée, et, à notre grande surprise, nous constatons une dilatation kystique de l'extrémité inférieure de son uretère droit. Un relevé de son dossier de 1931 ne fait pas mention de cette dilatation kystique. M. le professeur Mercier qui se rappelle très bien cette malade insiste sur le fait, que cette dilatation kystique n'existait pas alors. La malade, après avoir subi les examens habituels, est préparée pour l'intervention. Cette poche kystique est donc fulgurée par étincelage, et une sonde urétérale à demeure est placée dans l'uretère pour 20 heures. L'évolution est normale et la malade retourne chez elle le 24 février 1936.

Nous avons eu l'occasion de revoir cette malade à deux reprises. Une première fois le 2 octobre 1936, quand elle entre au service de chirurgie pour appendicite aiguë; une seconde fois, le 16 août 1937, à l'occasion de malaise du côté de son rein droit. Nous l'avons examinée pour ne rien trouver d'anormal dans sa vessie. L'analyse des urines montre une légère lithiase oxalique. La malade retourne chez elle le 17 août 1937.

Ce qui est ici curieux est de trouver une explication à la formation de cette dilatation kystique acquise. Nous en sommes venus à la conclusion que cette malade qui faisait de

la cystite assez intense a du faire de la méatite urétérale droite. Cette méatite, a causé une sténose de l'orifice urétéral qui, sous la pression de l'urine s'est peu à peu dilatée dans la forme kystique.

Ce cas vient donc à l'encontre des théories usuelles et change quelque peu la pathogénie de la dilatation kystique. Un relevé complet de la bibliographie n'a pu nous en faire découvrir de cas rapportés.

Les cas suivants sont des cas usuels qui ont passés dans le service depuis 5 ans.

1er cas :

M. A. G. 31 ans, se présente le 8 août 1935 pour douleurs lombaires avec irradiation dans les aines et les cuisses. Il présente en plus, de la pollakiurie et de la nycturie. La maladie a débuté il y a 4 ans par une colique néphrétique très aiguë, l'obligeant à s'aliter pendant 7 jours. Le 12 août 1935 la cystoscopie est faite et nous montre une dilatation kystique de l'uretère gauche, du volume d'un noyau d'olive. La cathétérisme du rein droit montre une bonne fonction rénale. Alors, le 13 août, sous anesthésie générale une fulguration par étincelage de la dilatation kystique est faite. Une sonde urétérale est placée dans l'uretère pour 24 heures. L'évolution est normale, le malade prend son congé le 15 août 1935.

2ème cas :

Mme P. L. 55 ans, se présente le 20 août 1935 pour colique néphrétique droite, avec sensation de gonflement de son côté droit. Ce gonflement disparaît à la suite de débacle urinaire. Elle présente aussi de pollakiurie et de la nycturie. A la cystoscopie, nous constatons une dilatation kystique de l'uretère droit du volume d'une arachide (petite). Le cathatérisme du rein gauche montre une fonction rénale

assez bonne. La pyélographie endoveineuse nous montre une hydronéphrose plus marquée à droite. Le 26 août une fulguration de la dilatation kystique est pratiquée. Mise en place de la sonde urétérale à demeure pour 48 heures. Cependant vu que l'état général de la malade n'est pas très bon nous demandons une consultation médicale. Nous constatons alors qu'elle souffre de son cœur. La malade est alors transférée au service de médecine pour traitement ad hoc. Avant son départ pour chez elle nous revoyons la malade qui ne se plaint plus de son appareil urinaire. Elle part le 9 oct. 1935, guérie.

3ème cas :

Rév. Sr. P. 39 ans, se présente le 6 juillet 1936 pour douleur lombaire droite. Elle présente aussi de la pollakiurie sans nycturie. Quelque fois elle fait de l'incontinence de ses urines. Le début de la maladie remonte à huit ans avec accentuation dans les 4 dernières années. Par la cystoscopie nous constatons une dilatation kystique de l'uretère droit. Le 8 juillet 1936 fulguration de la dilatation et mise en place d'une sonde urétérale à demeure. Avant son départ la malade reçoit une cystoscopie de contrôle. Sa vessie est trouvée normale. Départ 15 juillet 1936.

4ème cas :

Mme St-L. 28 ans se présente le 8 Sept. 1936 pour douleur rénale droite avec irradiation dans la fosse iliaque. Elle se plaint aussi de dysurie initiale. La cystoscopie, en plus d'une dilatation kystique bilatérale nous montre une cystite légère: d'ailleurs ses urines vésicales présentent du pus avec bactéries. Aves difficulté, et par pur hasard les orifices urétéraux sont cathétérisés; il n'y a pas d'infection rénale et le fonction est bonne. A la pyélographie nous voyons des hydronéphroses bilatérales moyennes et la confirmation radiographique de la dilatation kystique. Le 11 sept.

1936, on décide de faire une fulguration bilatérale de la dilatation kystique. Mise en place de sondes urétérales dans chaque uretère jusqu'au 14 sept. 1936. Le 16 sept. 1936 la malade fait une poussée de température avec frisson. Alors le 18 nous remettons les sondes à demeure, nous ajoutons un traitement antiseptique urinaire interne. La température cède le 1er oct. Les sondes sont enlevées. Pour éviter une rechute nous pratiquons tous les deux jours un lavage des bassinets au nitrate d'argent, solution à 1%. Comme un prélèvement est toujours fait, nous constatons dans les urines des deux reins du pus et des collibacilles. Le dernier prélèvement fait le 16 oct. ramène des urines normales. Comme la température est normale depuis plusieurs jours la malade guérie, retourne chez elle le 19 oct. 1936.

5ème cas :

M. A. L. 28 ans, se présente le 19 juin 1936 pour douleurs dans le flanc gauche avec irradiation sous forme d'élançement accompagnées de frissons et de température.

Le patient présente aussi de la dysurie et de la douleur à la fin de la miction. Le début remonte à une année par une pesanteur dans le flanc gauche. Au palper rénal on sent un gros rein gauche. La cystoscopie nous découvre une dilatation kystique de l'uretère gauche. La fulguration de cette dilatation kystique est faite le 24 juin 1936. Mise en place d'une sonde urétérale à demeure jusqu'au 26. Le 27 le malade fait une poussée de température avec frisson. La température persiste malgré le traitement. L'état général du malade baisse; nausées, vomissements. L'azotémie est à 0 gr. 70%. Une consultation médicale est démontrée et le malade est transféré en médecine. Allant de mal en pis le patient décède le 2 juillet 1936. Le rapport de la nécropsie est le suivant: pleurésie sèche de la base pulmonaire, oedème pulmonaire avec abcès multiples septico-pyohémiques, ascite

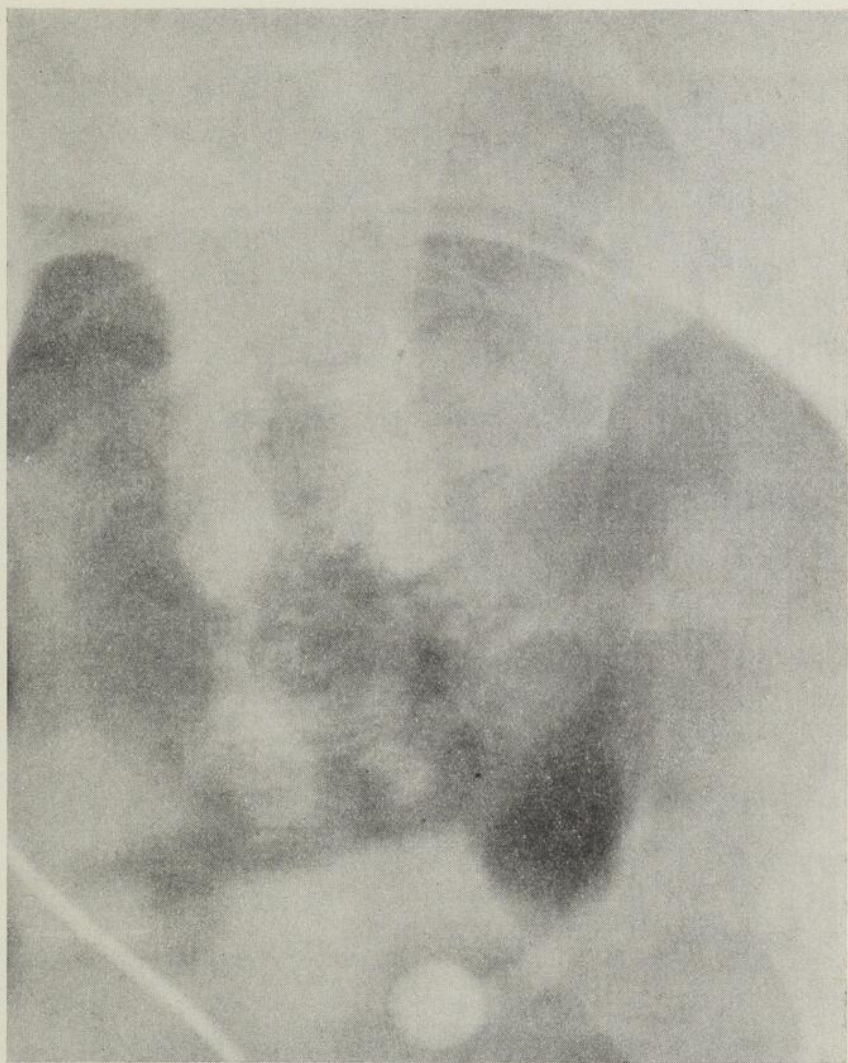
d'un litre, abcès du foie, urétéro-pyonéphrose gauche, néphrite aiguë droite. Evidemment ce cas se passe de commentaires.

6ème cas :

Rév. Sr. D. 44 ans se présente le 4 janvier 1939, pour pollakiurie et nycturie, douleurs lombaires sourdes, brullement à la miction, le début remonte à plusieurs années. A la cystoscopie, dilatation kystique bilatérale avec rétrécissement filiforme des méats. La pyélographie endoveineuse nous montre des bassinets normaux. Le 7, une méatotomie bilatérale est pratiquée avec mise en place de sondes urétérales à demeure. Le 9, les sondes sont enlevées. La malade ne fait pas de réactions. Le 12 janvier 1939 elle prend congé.

7ème cas :

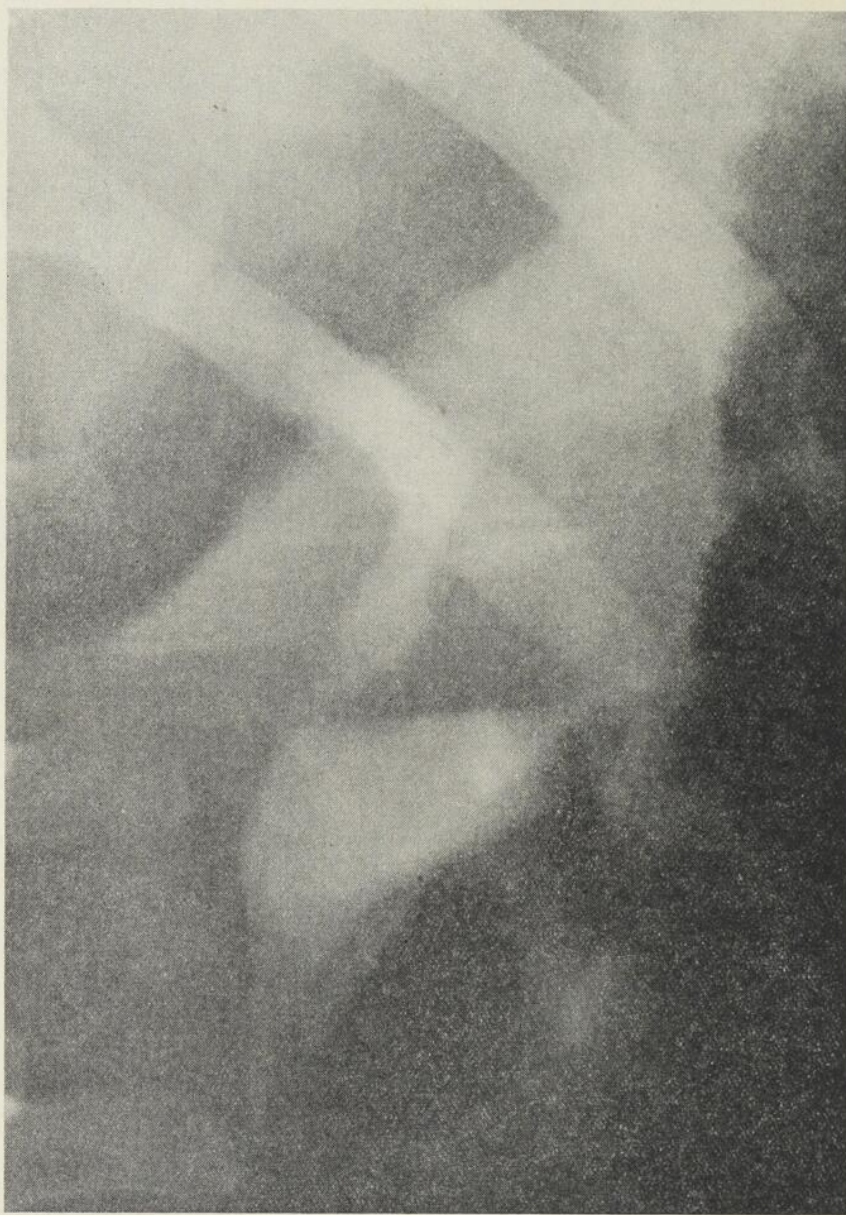
M. E. L. 28 ans, se présente le 15 avril 1939 pour douleurs lombaires gauche, accentuées au mouvement et pollakiurie. Il y a un an et demi, en deux fois le patient aurait fait une hématurie. Les urines vésicales sont normales. La cystoscopie montre une muqueuse vésicale hyperhémée au 1er degré, avec en plus, une dilatation kystique de l'uretère gauche du calibre d'un noyau d'olive. La pyelographie endoveineuse nous montre l'image caractéristique de la dilatation kystique. (voir cliché No 1) De plus, le rein correspondant présente une hydronéphrose légère bien visible. (cliché No 2) Le rein droit, cathétérisé, est trouvé normal quant à sa fonction et quant à sa cavité. Le 19, on pratique une fulguration par étincelage de la dilatation kystique de l'extrémité extérieure de l'uretère gauche. mise en place d'une sonde urétérale à demeure. La sonde est enlevée 24 heures après. Cependant, le 26, le patient fait une poussée de température. Alors, le 27, la sonde urétérale est remise dans l'uretère gauche. Le 30 comme la température tombe à la normale, la sonde est enlevée, une cystoscopie de contrôle



(1)

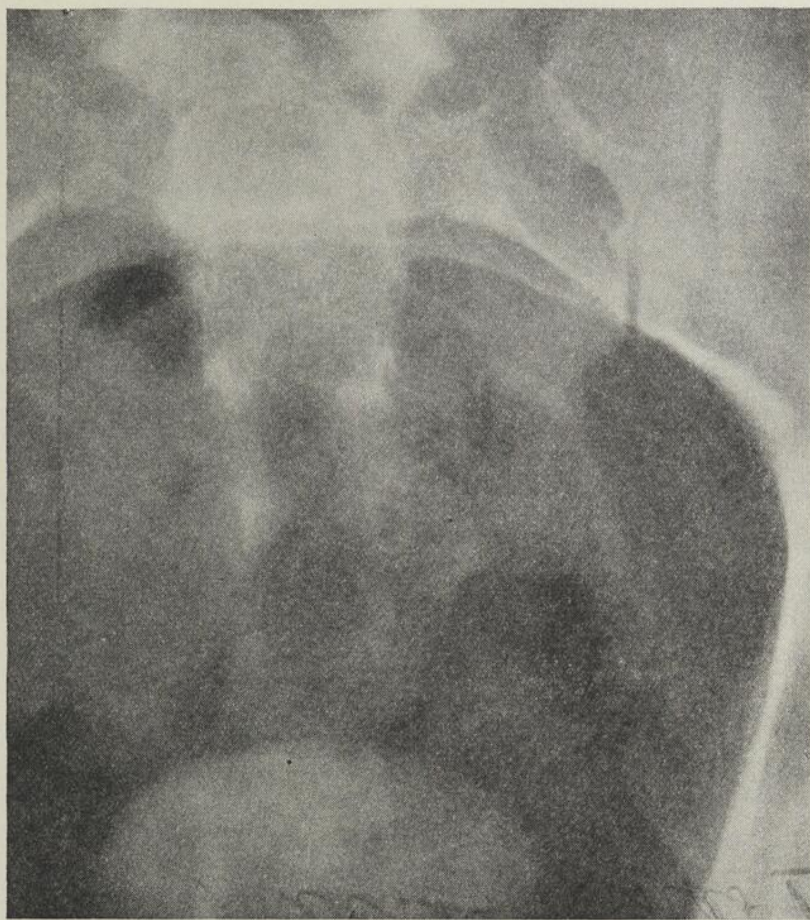
La dilatation kystique. A noter la boule, à l'extrémité
inf. de l'urètre.

(Pyélographie).



(2) Le rein du côté de la dilatation kystique avant la fulguration.
A noter la distension du bassin.

(Pyélographie).



(3) Après fulguration, la disparition de la dilatation est visible.
(Pyélographie).



(4) Le rein du côté de la dilatation kystique après fulguration.
A noter la disparition de la distension.

THALASSOL

CHOMEDY

A base de :

Nucléinate de soude,
Cacodylate de soude,

Glycerophosphate de soude,
Sulfate de strychnine.

EAU DE MER ISOTONIQUE.


Boîtes de 10 ou 50 ampoules de 5 cc.

Indications thérapeutiques : Convalescences des maladies infectieuses, Surmenages physique ou intellectuel, Dénutrition, Asthénie et Neurasthénie, Lymphatisme, Scrofule.

Distributeurs au Canada :

HERDT & CHARTON, INC.

2027, AVENUE MCGILL COLLEGE - MONTRÉAL



*docteur,
vous tenez
la guérison
des Nerveux*

Neurène

Agcholine

GRANULÉ SOLUBLE

CHOLECYSTITES CHRONIQUES CONGESTION DU FOIE

LITHIASE BILIAIRE
ICTÈRE & CHOLÉMIE

Dyspepsies réflexes
Constipation
Migraines Vertiges
Eczéma Prurit

D'origine
hépato-
biliaire

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

Laboratoires
du
DOCT

ZIZINE 24-26 RUE de FÉCAMP, PARIS (XII)

MILLET ROUX & CIE, LIMITEE

1215 RUE ST-DENIS

MONTRÉAL

DÉCONGESTIF VEINEUX · SÉDATIF NERVIN

LORAVINE

Gouttes pour le traitement interne des
VARICES — PHLÉBITES
HÉMORROÏDES — VAPEURS
TROUBLES DE LA MÉNopause.

FORMULE

Marron d'Inde	0 gr.26	Valériane	0 gr.04
Hydrastis	0 gr.10	Anémone	0 gr.10
Hamamélis	0 gr.16	Chlore de Magnésium	0 gr.03

Véhicule spécial q.s. 1 cc.

1 cc. — 40 gouttes

Contenance 30 cc.

DOSE MOYENNE: 20 à 25 gouttes deux fois par jour aux repas, dans un peu d'eau, sucrée à volonté. Interrompre le traitement 8 jours par mois.

Lab^{res} L. LAURIN, 86 Boul^d de Port-Royal, PARIS, FRANCE

Concessionnaires pour le Canada:

ROUGIER FRÈRES

350, rue Le Moyne,

Montréal

ANTIPHLOGISTINE

EST INDIQUÉE DANS LE TRAITEMENT DES
ENTORSES et des FOULURES

ainsi que dans tous les cas relevant de l'application d'une chaleur humide prolongée.

L'Antiphlogistine est également un pansement bactériostatique, stimulant, réparateur, préconisé pour la déterision des plaies et des surfaces dénudées.

Elle est spécialement appréciée chez les enfants, parce que son application ne cause aucune douleur.

THE DENVER CHEMICAL M'F'G CO.

153, LAGAUCHETIERE OUEST - - - MONTREAL

L'Antiphlogistine est fabriquée au Canada.

PROTÉGEZ VOTRE AVENIR

Un compte de banque dont la balance augmente graduellement est une source de satisfaction personnelle et une protection pour l'avenir.

LA BANQUE PROVINCIALE DU CANADA

Siège Social :

221, RUE ST-JACQUES OUEST, - - - MONTRÉAL

•
"Où l'épargnant dépose ses économies"

H E P A T R O L

E
P
A
T
R
O
L

HEPATROL

Extrait de Foie de veau frais

Toutes anémies et insuffisances hépatiques.

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

2 Formes : AMPOULES BUVABLES
AMPOULES INJECTABLES

LAB. ALBERT ROLLAND

PARIS

SOLUCAMPHRE

DELALANDE

Camphre en Solution aqueuse

Même Posologie, mêmes indications que

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

2 Formes : SOLUCAMPHRE SIMPLE
SOLUCAMPHRE SPARTEINE

MILLET ROUX & CIE, LIMITEE

1215 RUE ST-DENIS

MONTREAL

SILICRINE

Pour favoriser une digestion complète stomacale, pancréatique et intestinale.

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

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

Trisilicate de Magnésie:

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

Ferments Enterokinase et Proscréatine:

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

Action:

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

Propriétés Médicinales:

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

Toxicité:

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

Mode d'emploi:

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

Préparé par

TRISILEX

Pour favoriser une digestion stomacale complète

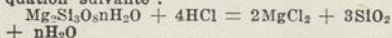
Le Trisilex est un Trisilicate de Magnésie C. P. préparé spécialement pour combattre l'hyperacidité de l'estomac en favorisant une digestion stomacale complète.

Maud a défini le Trisilicate de Magnésie comme étant un composé synthétique ayant pour formule $H_2Mg_2Si_2O_{15}$ sous forme de cristallins de très petites dimensions colloïdales beaucoup plus petites en grosseur que celles du kaolin dans les variétés les plus raffinées que l'on puisse obtenir.

Action de Trisilex:

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

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



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

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

Toxicité:

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

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

Indications Thérapeutiques:

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

Mode d'emploi:

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

Préparé par

ASGRAIN & HARBONNEAU
Limitée

MONTRÉAL

Essayez L'Ohio

CYCLOPROPANE

Dans les **NOUVEAUX CYLINDRES
FINIS CHROMÉS.**

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

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

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

COMPAGNIE D'OXYGÈNE DU CANADA

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

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

Téléphone: Willbank 1728



À VOTRE DISPOSITION

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



BANQUE CANADIENNE NATIONALE

537 bureaux au Canada

66 succursales à Montréal



*Pour la
mère et
l'enfant*

VITAMINES A, B₁, B₂ ET D — CALCIUM PHOSPHORE — EXTRAIT DE FOIE

Le Haliver Malt avec Vioستérol, Abbott, fournit sous un faible volume des quantités exceptionnellement fortes des vitamines A, B₁, B₂, et D, ainsi que les proportions d'extraits de foie et de malt suffisantes pour en faire un produit de nutrition complet. Les doses de calcium et de phosphore assimilables incorporées dans le Haliver Malt conviennent dans la majorité des cas pour compenser les régimes alimentaires courants.

La Vitamine D, le Calcium et le Phosphore sont en rapport étroit, la Vitamine D ayant pour principal rôle d'aider à l'assimilation du calcium et du phosphore par l'organisme. Ces trois éléments sont indispensables pour la formation et le développement normaux de la dentition et du système osseux.

Littérature et échantillon sur demande

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

HALIVER MALT AVEC **VIOSTÉROL**

TRAITEMENT SPÉCIFIQUE DES MALADIES
AIGÜES

par la

LIPOSEPTINE

Antitoxine polyvalente.

A base de Lipoïdes de levure, Ergostérine, Huile neutre.

La Liposeptine ne provoque ni choc, ni réaction locale.
Son emploi ne comporte aucune contre-indication.

Indications : Erysipèle, Fièvre puerpérale, Septicémie, Phlébite, Grippe,
Pneumonie, Broncho-pneumonie.

La LIPOSEPTINE se vend en boîtes de :

3, 25, ou 100 ampoules injectables de 1 cc., ou en boîtes de 50 pilules.

Agents exclusifs au Canada :

HERDT & CHARTON, INC.
2027, AVENUE MCGILL COLLEGE MONTRÉAL

MALADIES INFECTIEUSES DES VOIES URINAIRES

● **URICLARINE** ●

Hexaméthylène Tétramine

Salicylate de Phényle

Chlorure d'Ammonium

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

L'Uriclarine

permet un régime végétarien et un régime de boisson normale.

LABORATOIRES BRISSON, Paris

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

LA. 2421
4913

est pratiquée, l'orifice urétéral gauche est trouvé normal. La pyélographie endoveineuse aussi de contrôle, montre que la dilatation kystique de l'uretère est disparue (voir cliché No 3) et que le rein correspondant qui était dilaté, est redevenu normal (voir cliché N o4). Comme l'évolution est normale maintenant le 3 mai le patient part guéri.

CONCLUSIONS

De ses observations on peut déduire les conclusions suivantes. Si l'on fait le relevé de l'âge, on s'aperçoit que tous nos malades sauf un, ne dépasse pas la quarantaine. Ceci serait un argument pour soutenir que dans la majorité des cas l'affection est congénitale.

Quant au côté, il ne semble pas avoir de prédilection. La bilatéralité de l'affection est moins fréquente.

Le volume de la dilatation est à peu près identique, variant du noyau du pamplemousse à celui de l'olive.

Ceux qui ont eu des examens radiologiques ont montré une dilatation de l'uretère et du rein du côté correspondant à la dilatation kystique. Cette dilatation, en amont, régresse après le traitement.

Comme statistique, nous avons eu un cas malheureux. Par la nécropsie on a pu constater le mauvais état du patient avant son admission dans le service. Ce sont des lésions pulmonaires graves mais occultes qui l'ont emporté.

Nous n'avons pas craint de fulgurer une bilatéralité dans une même séance, car nous prenons toujours la précaution de laisser une sonde urétérale à demeure. Quelquefois il nous a fallu remettre cette sonde enlevée trop tôt et même faire des lavages des bassinets.

Un cas semble voir changer nos conceptions sur l'origine de la lésion comme on a pu le constater au rapport du premier cas.

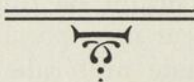
Quant à la symptomatologie, tous les cas présentent des troubles fonctionnels de la miction et des douleurs de rétention urétéro-rénales.

Notre traitement à cause du volume à peu près identique de toutes les dilatations a été le même.

Une fulguration par éclatement à l'étincelle électrique de la poche kystique. Mise en place d'une sonde urétérale à demeure, lavage des bassinets; antisepsie urinaire interne.

BIBLIOGRAPHIE

- ASCHNER: — Internat, Journal of Surgery. 1929 — XXXIV
CABOT: — Modern urology. Vol.: II, p. 279.
DUVERGEY et DAX: — Bulle. Soc. Franc. d'urologie Paris 1925 — IV.
HERMAN: — Practice of urology. P. 344.
LE GUEU: — Revue gen. de clinique et de thérapeutique. 1923 — XXXVII.
MARMIER: — Thèse de. Paris — 1913.
MARION: — Traité d'urologie, Vol. II, p. 504.
MERCIER, O.: — Prolapsus intra-vésical de l'ext. inf. de l'uretère. Journal d'urologie — XIV — no 5, mai 1925.
POLLET: — Journ. d'urologie médic. et chirur. XI — 1921.
INDEX: — Catalogue of library of Surgeon's General Office — U. S. Army — 1924, Vol. XIX, p. 187, 188 — 1932, Vol. X, p. 818.



ÉTUDE DES STATISTIQUES DU SERVICE D'UROLOGIE ¹

Année 1938

Par Dr O. MERCIER

Professeur d'Urologie à la Faculté de Médecine
Chef du Service d'Urologie à l'Hôtel-Dieu

Dr J.-P. LEGAULT

Assistant du Service d'Urologie
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

Dr J.-P. BOURQUE

Assistant du Service d'Urologie
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

Nous croyons que ce numéro du Journal de l'Hôtel-Dieu, consacré à l'Urologie, ne serait pas complet si nous n'y ajoutions pas cette étude des Statistiques du Service pour l'année 1938.² C'est ce qui nous a amené à compiler celles-ci de la façon la plus exacte possible, en la faisant suivre de quelques commentaires.

Sans plus d'introduction, voici cette statistique :

I — AFFECTIONS DU REIN ET DU BASSINET

1 — *Hydronéphroses* :

163 cas : 31 hommes . . . 132 femmes.

Ages : Chez des moins de 20 ans	6 cas.
Entre 20 et 30 ans	33 cas.
Entre 30 et 40 ans	64 cas.
Entre 40 et 50 ans	40 cas.
Entre 50 et 60 ans	16 cas.
Chez des plus de 60 ans	4 cas.

¹ Nous remercions le Dr J.-P. Bourque qui s'est imposé le travail fastidieux d'étudier chaque dossier et d'en dresser la statistique générale. O. Mercier.

² La compilation de cette statistique est basée sur les seuls malades hospitalisés dans le Service au cours de l'année 1938, sans tenir compte des malades venus au dispensaire d'Urologie, soit pour consultation, soit pour y subir les traitements prescrits.

Localisation :

Droites	126 cas.
Gauches	31 cas.
Bilatérales	6 cas.

Consultations :

55 patients sont venus en consultation et ont refusé toute intervention chirurgicale.

Traitements appliqués :

Néphropexie	41 cas.
Reposition rénale	2 cas.
Section de vaisseau anormal	14 cas.
Héminéphrectomie	1 cas.
Énervation	3 cas.
Néphrectomie	20 cas.
Libération d'adhérences	2 cas.
Décapsulation	2 cas.
Urétéro-néphrectomie	1 cas.
Néphrostomie de drainage et section de Vaisseau Anormal	1 cas.
Néphropexie et Section de vaisseau anormal	6 cas.
Reposition et section de vaisseau anormal	4 cas.
Décapsulation et section de vaisseau anormal	1 cas.
Énervation et section de vaisseau anormal	2 cas.
Néphropexie et appendicectomie	6 cas.
Reposition et appendicectomie	1 cas.
Décapsulation et énervation	1 cas.

Guéris : 108, Améliorés : 0, Décédés : 0.

2 — *Pyonéphroses* :

33 cas : 18 hommes . . . 15 femmes.

Ages : Entre 20 et 30 ans	5 cas.
Entre 30 et 40 ans	10 cas.
Entre 40 et 50 ans	5 cas.
Entre 50 et 60 ans	9 cas.
Entre 60 et 70 ans	4 cas.

Localisation :

Droites	19 cas.
Gauches	9 cas.
Bilatérales	5 cas.

Lésions initiales :

Lithiase	20 cas.
Tuberculose	4 cas.
Hydronéphrose infectée	9 cas.

Consultations :

Cinq (5) malades sont venus en consultation et ont refusé tout traitement.

Traitements appliqués :

Urétéro-néphrectomie ..	2 cas.	Guéris ..	2
Néphrectomie ..	22 cas.	Guéris ..	19
Néphrostomie de drainage ..	2 cas.	Amélioré	1
Lavage des Bassinets	2 cas.	Améliorés	2
		Décédés	3 (1-3)
		Décédé ..	1 (2)

N.B. (1) Deux malades ayant subi une néphrectomie sont décédés à la suite d'obstruction intestinale aiguë; un à la 4^{ème} journée l'autre à la 7^{ème} journée. Un malade est mort d'Urémie.

(2) Un malade est mort de Collapsus cardiaque, dû vraisemblablement au choc opératoire.

Une malade avait subi une néphrectomie droite pour tuberculose rénale droite en 1933. Elle a fait à la suite une pyonéphrose gauche améliorée par des lavages du bassinets.

(3) Dans deux cas, une pince à demeure a dû être placée sur le pédicule; elle fut enlevée 48 heures après sans incidents.

3 — Tuberculose rénale :

39 cas : 19 hommes . . . 20 femmes.

Ages: Une fillette de 5 ans	1 cas.
Chez des moins de 20 ans	1 cas.
Entre 20 et 30 ans	13 cas.
Entre 30 et 40 ans	9 cas.
Entre 40 et 50 ans	11 cas.
Entre 50 et 60 ans	2 cas.
Entre 60 et 70 ans	2 cas.

Localisation:

Rein droit	15 cas.
Rein gauche	16 cas.
Bilatérale	8 cas.

Consultations:

10 patients sont venus en consultation; 2 ont refusé tout traitement, et 8 étaient inopérables à cause de la bilatéralité des lésions.

Traitements appliqués:

Médical: 2 cas améliorés. (1)

Chirurgical: Néphrectomie 27 cas, Guéris 25
2 cas décédés (2).

N. B. — (1) Deux patients avaient déjà subi une néphrectomie pour tuberculose; un, deux ans auparavant, et l'autre 20 ans auparavant; améliorés par le traitement médical. Deux cas présentaient en plus, une épидидymite tuberculeuse traitée par l'épididymectomie.

Un cas souffrait de tuberculose génitale bilatérale en plus d'une tuberculose rénale bilatérale.

(2) Deux cas de néphrectomie sont décédés. L'un d'une broncho-pneumonie bilatérale le 40 ième jour après l'opération. L'autre de granulie généralisée le 16ième jour après l'opération.

4 — *Calculs du rein*:

25 cas: 15 hommes . . . 10 femmes.

Ages: Entre 20 et 30 ans	5 cas.
Entre 30 et 40 ans	11 cas.
Entre 40 et 50 ans	4 cas.
Entre 50 et 60 ans	3 cas.
Chez des plus de 60 ans	2 cas.

Localisation :

Intra-rénal 11 cas à gauche 4 à droite 7.
 Pyéliquies 14 cas à gauche 8 à droite 6.

Consultations :

8 patients sont venus pour consultation et ont refusé tout traitement.

Traitements appliqués :

Pyélotomie .. 8 cas. Guéris ... 7 Décédé .. 1 (1)
 Pyélotomie
 élargie 4 cas. Guéris ... 3 Décédé .. 1 (2)
 Néphrotomie .. 4 cas. Guéris ... 4
 Traitement
 médical 1 cas. Amélioré.. 1

N. B. (1) Malade de 62 ans, mauvais état général, fait de l'Anurie post-opératoire et obstruction intestinale, Azotémie 3 grs. meurt à la 11^{ème} journée.

(2) Malade de 27 ans, lithiase bilatérale infectée, température 103° à l'arrivée, K = 0.143, fait de l'Anurie; Azotémie à 2 grs. 050‰ et meurt d'Urémie à la 5^{ème} journée.

5 — *Tumeurs du rein* :

17 cas : 10 hommes ... 7 femmes.

Âges : Entre 30 et 40 ans 2 cas.
 Entre 40 et 50 ans 2 cas.
 Entre 50 et 60 ans 9 cas.
 Entre 60 et 70 ans 4 cas.

Localisation :

Rein droit 10 cas.
 Rein gauche 6 cas.
 Bilatérale 1 cas.

Consultation :

Un patient est venu en consultation et a refusé tout traitement.

Genre de tumeurs :

Kyste	5 cas.
Epithéliomas	11 cas.
Tumeur de Grawitz	1 cas.

Traitements appliqués :

1 cas de kyste a été traité par marsupialisation et décapsulation du rein : guéri.

Néphrectomie 13 cas. Guéris 13

Néphrectomie partielle : 1 cas guéri.

N. B. — Dans un cas la ligature du pédicule n'a pu être réalisée. La pince de Guyon a été mise sur le pédicule et laissé à demeure, 48 heures, puis enlevée sans incidents.

Le cas de bilatéralité des lésions (kystes) était en plus atteint de pyélite et fut amélioré par des lavages des bassinets.

6 — *Néphroptoses* :

27 cas : 5 hommes . . . 22 femmes.

Localisation :

A droite	18 cas.
A gauche	4 cas.
Bilatérale	5 cas.

Ces patients n'accusaient aucune douleur et ne présentaient aucun symptôme urinaire ; aucune indication opératoire ne fut donc posée. Ils furent traités médicalement au point de vue état général.

Améliorés : 27 cas.

7 — *Furonculose du rein* :

8 cas : 5 hommes . . . 3 femmes, entre 25 et 40 ans.

Localisation :

Droit	3 cas.
Gauche	5 cas.

Traitements appliqués :

3 cas traités par puncture au thermocautère: guéris.
5 cas par néphrectomie: Guéris 4, décédé 1. (Septicémie).

8 — *Abcès péri-néphrétique* :

15 cas: 10 hommes . . . 5 femmes, variant entre 15 et 70 ans.

Localisation :

Droite	8 cas.
Gauche	7 cas.

Traitements appliqués :

Lombotomie et drainage	10 cas, guéris. 5 cas, décédés.
--------------------------------	------------------------------------

N. B. — Deux cas sont arrivés dans un très mauvais état général avec une Azotémie de plus de 2 grs., ils sont morts d'intoxication septique et urinaire.

Trois cas sont décédés de Septicémie.

9 — *Lithiase rénale* :

Nous avons entré sous cette rubrique les malades souffrant de douleurs lombaires occasionnées par des excès de phosphates, d'urates, ou d'oxalates dans les urines, sans calculs, ni lésions de l'arbre urinaire.

90 cas: 49 hommes . . . 41 femmes.

Genre de lithiases :

Lithiase phosphaturique	55 cas.
Lithiase urique	25 cas.
Lithiase oxalique	10 cas.

Traitements appliqués :

Médications et régimes appropriés à chacune de ces affections.

Guéris: 70 cas, Améliorés 20, Décédé 0.

10 — *Pyélites*:

87 cas : 25 hommes, 62 femmes.

Traitement appliqué :

Antiseptiques urinaires et lavages des Bassinets.

Guéris 58 cas, Améliorés 29.

11 — *Pyélo-Néphrites* :

15 cas : 5 hommes . . . 10 femmes.

Traitement appliqué :

Médications et régimes appropriés.

Antiseptiques urinaires.

Lavages des Bassinets.

N. B. — Un cas, avec une azotémie de 2 grs. 500‰, est décédé malgré le traitement.

Améliorés : 14 cas, décédé : 1 cas.

12 — *Néphrite hématurique* :

3 cas : 2 hommes . . . 1 femme, entre 30 et 40 ans.

Traitement appliqué :

Décapsulation rénale. 2 cas guéris . . . 1 cas amélioré.

13 — *Malformations* :

A-Rein embryologique.

3 cas : 2 hommes . . . 1 femme.

Consultation :

Un cas ne nécessitant aucune intervention a été déchargé.

Traitement appliqué :

Néphrectomie. 2 cas guéris.

B-Duplicité rénale gauche.

1 cas : une femme.

Traitement appliqué :

Néphrectomie supérieure gauche pour rein hydro-néphrotique et douloureux. Guéri.

C-Duplicité pyélique.

5 cas : 1 homme . . . 4 femmes.

Consultations :

2 cas ne nécessitant aucune intervention ont été déchargés. ..

Traitement :

Hémi-néphrectomie 3 cas (2 gauche, 1 droit), guéris.

D-Rein en « Fer à cheval ».

3 cas : 3 hommes.

Traitement appliqué :

Section de l'isthme et reposition rénale, d'après la technique du Prof. O. Mercier. Guéris.

14 — *Fistule lombaire post-opératoire* :

2 cas : 1 homme . . . 1 femme.

Traitement appliqué :

Résection du trajet fistuleux. Guéris.

II — AFFECTIONS DE L'URETÈRE

1 — *Calculs de l'uretère* :

36 cas : 19 hommes . . . 17 femmes.

Ages :	Entre 20 et 30 ans	9 cas.
	Entre 30 et 40 ans	13 cas.
	Entre 40 et 50 ans	6 cas.
	Entre 50 et 60 ans	6 cas.
	Chez des plus de 60 ans	2 cas.

Localisation :

a) Calculs de l'uretère droit	14 cas.
Calculs de l'uretère gauche	21 cas.
Calculs bilatéraux de l'uretère	1 cas.
b) Juxta pyéliques	4 cas.
Lombaires	6 cas.
Pelviens	8 cas.
Juxta-vésicaux	18 cas.

Consultations :

8 patients sont venus pour consultation et ont refusé tout traitement.

Traitements appliqués :

Sonde urétérale à demeure	13 cas	6 guéris	7 améliorés
Dilatation urétérale ..	1 cas	1 guéri	
Méatotomie urétérale	5 cas	5 guéris	
Urétéro-lithotomie :			
Lombaire	6 cas	6 guéris	
Iliaque	3 cas	2 guéris	1 amélioré

2 — *Rétrécissement de l'uretère droit :*

1 cas : 1 femme, améliorée par dilatation.

3 — *Dilatation urétérale bilatérale avec reflux vésico-rénal et infection :*

2 cas : 1 homme ... 1 femme. Améliorés par lavages des Bassinets.

4 — *Duplicité urétéro-pyélique :*

3 cas : 3 femmes.

Consultation :

1 cas qui refuse tout traitement.

Traitement appliqué:

Urétéro-néphrectomie 2 cas, guéris.

III — AFFECTIONS DE LA VESSIE

1 — *Cystites*:

70 cas: 20 hommes . . . 50 femmes.

- 1) Cystites non tuberculeuses: 35 cas, 6 hommes, 29 femmes.

Traitement:

Régime, antiseptiques urinaires, lavages de vessie et instillations. (argyrol, glycérine boriquée, etc.)

Guéris 27, Améliorés 8.

- 2) Cystites tuberculeuses (d'origine rénale): 32 cas, 14 hommes, 18 femmes.

Traitement:

Améliorés ou guéris après Néphrectomie du rein malade et instillations vesicales au bleu de Méthylène.

Guéris 25, Améliorés 7.

- 3) Cystites incrustées: 3 cas, 3 femmes.

Traitement:

Acidification des urines, lavages vésicaux, instillations au Nitrate d'Argent et fulguration des plaques calcaires.

Guéris 2 cas, Amélioré 1 cas.

2 — *Angiome de la vessie*:

1 cas, 1 homme. Amélioré par sonde vésicale à demeure et lavages vésicaux.

3 — *Tumeurs de la vessie :*

62 cas : 43 hommes . . . 19 femmes.

Ages : Entre 30 et 40 ans	2 cas.
Entre 40 et 50 ans	10 cas.
Entre 50 et 60 ans	16 cas.
Entre 60 et 70 ans	19 cas.
Chez des plus de 70 ans	15 cas.

Genre de tumeurs :

Papillômes	31 cas.
Papillômes dégénérés	3 cas.
Epithéliomas	28 cas.

Consultations :

13 cas : 5 refusent toute intervention, 8 sont inopérables.

Traitements appliqués :

Fulguration : 24 cas : 16 guéris, 8 améliorés.

N. B. — Un cas est revenu à six reprises. Il avait déjà subi une néphrectomie pour papillômes du Bassinet et une urétérectomie pour papillômes de l'uretère pelvien.

Trois autres cas sont revenus à deux reprises.

Cystectomie partielle : 14 cas : 12 guéris, 2 décédés. (choc opératoire).

Résection de tumeur pédiculée au radio-bistouri : 11 cas : 10 guéris, 1 décédés. (choc opératoire).

4 — *Calculs de la vessie :*

17 cas : 16 hommes . . . 1 femme.

Traitements appliqués :

Lithotritie : 8 cas, guéris.

Cystostomie et extraction de calculs : 9 cas : guéris 7, décédés 2. (Un cas décédé de Broncho-pneumonie, l'autre de thrombose des coronaires).

5 — *Corps étrangers de la vessie :*

4 cas : 1 homme, 3 femmes.

Traitement appliqué : Extraction, 4 cas guéris.

6 — *Fistules vésico-pubiennes :*

6 cas, 6 hommes.

Traitements appliqués :

Dilatation et sonde vésicale à demeure, 3 cas guéris.

Cure chirurgicale (résection du trajet fistuleux et fermeture de la vessie). 3 cas guéris.

7 — *Fistules vésico-vaginales :*

3 cas, 3 femmes.

Origine : Traumatisme obstétricale.

Traitement :

Cure chirurgicale trans-vésicale (technique de Marion) 3 cas guéris.

8 — *Hypertrophie musculaire du col vésical :*

8 cas : 8 hommes.

Ages : Entre 25 et 30 ans 2 cas.

Entre 30 et 40 ans 2 cas.

Entre 40 et 45 ans 4 cas.

Consultation :

1 cas. Refuse tout traitement.

Traitement appliqué :

Résection trans-urétrale : 7 cas guéris.

9 — *Cystocele et insuffisance du sphincter vésical :*

30 cas : 30 femmes.

Traitement appliqué :

Cure chirurgicale de Cystocele et réfection du sphincter vésical : 30 cas guéris. (technique du Dr Mercier).

10 — *Diverticule de la vessie :*

2 cas : 2 hommes.

Traitement appliqué :

Cure chirurgicale du diverticule (technique de Marion), suivie d'une résection trans-urétrale de la prostate. 2 cas guéris.

11 — *Exstrophie de la vessie :*

1 cas : 1 homme, refuse toute intervention chirurgicale.

12 — *Diaphragme inter-vésico-prostatique :*

1 cas : 1 homme.

Traitement appliqué :

Section du diaphragme au biseau tranchant de Marion. 1 cas guéri.

IV — AFFECTIONS DE L'URÈTRE

1 — *Rupture traumatique de l'urètre :*

4 cas : 4 hommes.

Localisation :

Urètre bulbaire, 2 cas.

Urètre membraneux, 2 cas.

Traitement appliqué :

Reconstitution de l'urètre par «Urétrorrhaphie circulaire», (procédé de Marion) après cystostomie de dérivation. 4 cas guéris.

N. B. — Dans trois cas la guérison a été obtenue sans incidents.

Dans le 4^{ième} cas, il s'agissait d'un malade chez qui on avait pratiqué une cystostomie de dérivation 15 ans auparavant, au moment de son accident, et qui portait depuis une sonde Pezzer. Nous avons

pratiqué chez lui une Urétrorrhaphie circulaire; puis nous avons du pratiquer, à cause de l'ancienneté de sa fistule vésico-pubienne, d'abord une résection du trajet fistuleux puis une fermeture de sa vessie. Comme le malade éprouvait encore quelques difficultés à uriner, à cause d'un décalage entre le bout distal et le bout proximal de son urètre, nous avons pratiqué une Uréthrotomie interne suivie de 4 séances de dilatations aux béniqués. Le tout a très bien guéri; le malade nous a écrit depuis pour nous dire qu'il était parfaitement bien et n'éprouvait aucune difficulté à uriner.

2 — *Uréthrorragie* :

2 cas : 2 hommes.

Traitement :

Sonde vésicale à demeure. 2 cas guéris.

3 — *Rétrécissements de l'urètre* :

22 cas : 22 hommes. (origine blennorragique).

Traitement :

Dans 15 cas, ces malades ont été améliorés par la dilatation aux béniqués.

Dans 7 cas, il s'agissait de rétrécissements filiformes, et nous avons dû pratiquer une Uréthrotomie interne.
7 cas guéris.

4 — *Polypes de l'urètre* :

3 cas : 3 femmes.

Traitement :

Fulguration, 3 cas guéris.

5 — *Fistule urinaire scrotale* :

1 cas : 1 homme.

Traitement :

Uréthrotomie interne et dilatation. 1 cas guéri.

6 — *Abcès urineux* :

7 cas : 7 hommes.

Origine :

Rétrécissements blennorragiques.

Traitement :

Uréthrotomie interne, ouverture de l'abcès et drainage. Guéris 5, Décédés 2. (Intoxication urinaire).

7 — *Hypospadias* :

2 cas : 2 hommes.

Localisation :

Juxta-balanique.

Traitement :

Cure par le procédé de Chocholka-Marion. 2 cas guéris.

8 — *Meat urétral ponctiforme* :

1 cas : 1 homme.

Traitement : Méatotomie. 1 cas guéri.

V — AFFECTIONS DE LA PROSTATE ET DES
VÉSICULES SÉMINALES1 — *Abcès de la prostate* : 2 cas.

Traitement :

Ouverture et drainage. 2 cas guéris.

2 — *Prostatites Chroniques* : 7 cas.

Traitement :

Massage de la prostate, etc., 3 cas guéris, 4 cas améliorés.

3 — *Cancer de la prostate*: 20 cas.

Ages: Entre 50 et 55 ans	3 cas.
Entre 55 et 60 ans	1 cas.
Entre 60 et 65 ans	2 cas.
Entre 65 et 70 ans	2 cas.
Entre 70 et 75 ans	3 cas.
Entre 75 et 80 ans	5 cas.
Chez des plus de 80 ans	4 cas.

Azotémie à l'arrivée:

Moins de 0 gr. 500‰	8 cas.
Entre 0 gr. 500 et 1 gr.‰	6 cas.
Entre 1 gr. et 1 gr. 500‰	4 cas.
Entre 1 gr. 500‰ et 2 grs.‰	1 cas.
Plus de 3 grs.‰	1 cas.

Infection à l'arrivée:

Infectés	11 cas.
Non infectés	9 cas.

Consultations:

2 cas inopérables. (envahissement néoplasique de la vessie). 2 cas décédés avant toute intervention. (Urémie).

Traitements:

Sonde à demeure et lavages de vessie, 1 cas amélioré.
 Résection trans-urétrale: 5 cas améliorés.
 Prostatectomie en I temps: 2 cas guéris. (Cancer intra-prostatique).
 Prostatectomie en II temps: 1 cas guéri. (Cancer intra-prostatique).

4 — HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE

	Âges	Azotémie à l'arrivée	Infection	Traitement	Résultats	REMARQUES
	Entre 40 et 45 ans.	Moins de 0 gr. 500.	Non infecté.	Réséction trans-urétrale.	Guéris.	
	Entre 45 et 50 ans.	0 gr. 500 à 1 gr.	Non infecté.	Prostactomie en I temps.	Améliorés.	
	Entre 50 et 55 ans.	1 gr. à 1 gr. 500.	Non infecté.	Prostactomie en II temps.	Décédés.	
	Entre 55 et 60 ans.	1 gr. 500 à 2 grs.	Non infecté.	Prostactomie en II temps.	Guéris.	
	Entre 60 et 65 ans.	2 grs à 2 grs 500.	Non infecté.	Prostactomie en II temps.	Améliorés.	
	Entre 65 et 70 ans.	2 grs 500 à 3 grs.	Non infecté.	Prostactomie en II temps.	Décédés.	
	Entre 70 et 75 ans.	3 grs à 3 grs 500.	Non infecté.	Prostactomie en II temps.	Guéris.	
	Entre 75 et 80 ans.	3 grs 500 à 4 grs.	Non infecté.	Prostactomie en II temps.	Améliorés.	
	De 80 ans et plus.	Moins de 0 gr. 500.	Non infecté.	Réséction trans-urétrale.	Décédés.	
1	X	X	X	X	X	Meurt après le premier temps de collapsus cardiaque.
2	X	X	X	X	X	
3	X	X	X	X	X	
4	X	X	X	X	X	Le malade souffrait aussi de lithiase vésicale.
5	X	X	X	X	X	
6	X	X	X	X	X	
7	X	X	X	X	X	
8	X	X	X	X	X	
9	X	X	X	X	X	
10	X	X	X	X	X	
11	X	X	X	X	X	
12	X	X	X	X	X	Meurt après le premier temps d'embolie.
13	X	X	X	X	X	
14	X	X	X	X	X	
15	X	X	X	X	X	Inopérable à cause de son état général.
16	X	X	X	X	X	
17	X	X	X	X	X	Opéré d'urgence pour infarctus du rein. Meurt du choc.
18	X	X	X	X	X	
19	X	X	X	X	X	
20	X	X	X	X	X	
21	X	X	X	X	X	
22	X	X	X	X	X	Le malade souffrait aussi de lithiase vésicale.
23	X	X	X	X	X	
24	X	X	X	X	X	Meurt de collapsus cardiaque.
25	X	X	X	X	X	
26	X	X	X	X	X	
27	X	X	X	X	X	
28	X	X	X	X	X	
29	X	X	X	X	X	

	Ages	Azotémie à l'arrivée	Infection	Traitement		Résultats	REMARQUES
				Réséction trans-urétrale. Prostatectomie en I temps.	Prostatectomie en II temps. Consultation.		
	Entre 40 et 45 ans.						
	Entre 45 et 50 ans.						
	Entre 50 et 55 ans.						
	Entre 55 et 60 ans.						
	Entre 60 et 65 ans.						
	Entre 65 et 70 ans.						
	Entre 70 et 75 ans.						
	Entre 75 et 80 ans.						
	De 80 ans et plus.						
	Moins de 0 gr. 500.						
	0 gr. 500 à 1 gr.						
	1 gr. à 1 gr. 500.						
	1 gr. 500 à 2 grs.						
	2 grs à 2 grs 500.						
	2 grs 500 à 3 grs.						
	3 grs à 3 grs 500.						
	3 grs 500 à 4 grs.						
	Infecté.						
	Non infecté.						
	Réséction trans-urétrale.						
	Prostatectomie en I temps.						
	Prostatectomie en II temps.						
	Consultation.						
	Guéris.						
	Améliorés.						
	Décédés.						
30		X	X	X	X	X	
31	X	X	X	X	X	X	Le malade souffrait aussi de lithiase vésicale.
32	X	X	X	X	X	X	Subit une résection d'un polype de vessie. Meurt de collapsus cardiaque.
33	X	X	X	X	X	X	
34	X	X	X	X	X	X	
35	X	X	X	X	X	X	
36	X	X	X	X	X	X	
37	X	X	X	X	X	X	
38	X	X	X	X	X	X	Inopérable à cause de son état gastrique.
39	X	X	X	X	X	X	
40	X	X	X	X	X	X	Meurt après le premier temps, d'embolie.
41	X	X	X	X	X	X	
42	X	X	X	X	X	X	Meurt après le premier temps, d'urémie.
43	X	X	X	X	X	X	
44	X	X	X	X	X	X	Meurt après le premier temps, d'embolie.
45	X	X	X	X	X	X	
46	X	X	X	X	X	X	Meurt du choc opératoire.
47	X	X	X	X	X	X	Refuse toute intervention.
48	X	X	X	X	X	X	Inopérable à cause de son état cardiaque.
49	X	X	X	X	X	X	Meurt du choc opératoire.
50	X	X	X	X	X	X	
51	X	X	X	X	X	X	Meurt de broncho-pneumonie.
52	X	X	X	X	X	X	
53	X	X	X	X	X	X	Meurt du choc opératoire.
54	X	X	X	X	X	X	Le malade souffrait aussi de lithiase vésicale.
55	X	X	X	X	X	X	
56	X	X	X	X	X	X	Meurt d'asystolie.
57	X	X	X	X	X	X	
58	X	X	X	X	X	X	

	Ages	Azotémie à l'arrivée	Infec-tion		Traite-ment	Résul-tats	REMARQUES
			Non infecté.	Infecté.			
	Entre 40 et 45 ans.	Moins de 0 gr. 500.			Réséction trans-urétrale.		
	Entre 45 et 50 ans.	0 gr. 500 à 1 gr.			Prostatéctomie en I temps.		
	Entre 50 et 55 ans.	1 gr. à 1 gr. 500.			Prostatéctomie en II temps.		
	Entre 55 et 60 ans.	1 gr. 500 à 2 grs.			Consultation.		
	Entre 60 et 65 ans.	2 grs à 2 grs 500.			Guéris.		
	Entre 65 et 70 ans.	2 grs 500 à 3 grs.			Améliorés.		
	Entre 70 et 75 ans.	3 grs à 3 grs 500.			Décédés.		
	Entre 75 et 80 ans.	3 grs 500 à 4 grs.					
	De 80 ans et plus.						
59	X	X	X	X	X	X	
60		X		X	X	X	
61	X	X		X	X	X	
62		X		X	X	X	Lithotritie pour petit calcul vésical.
63	X	X		X	X	X	
64		X		X	X	X	
65		X		X	X	X	
66		X		X	X	X	
67		X		X	X	X	
68	X	X		X	X	X	
69		X		X	X	X	
70	X	X		X	X	X	
71		X		X	X	X	
72	X	X		X	X	X	
73		X		X	X	X	
74		X		X	X	X	Réséction trans-urétrale à deux reprises.
75		X		X	X	X	
76		X		X	X	X	
77		X		X	X	X	Meurt de thrombose des coronaires.
78		X		X	X	X	Refuse toute intervention.
79	X	X		X	X	X	
80	X	X		X	X	X	Refuse toute intervention.
81		X		X	X	X	
82		X		X	X	X	
83		X		X	X	X	
84	X	X		X	X	X	
85	X	X		X	X	X	Meurt du choc opératoire.
86		X		X	X	X	Meurt de broncho-pneumonie.
87		X		X	X	X	Meurt d'urémie avant l'opération.
88		X		X	X	X	Meurt de pyélo-néphrite et d'insuffisance rénale.
89	X	X		X	X	X	
90	X	X		X	X	X	
91	X	X		X	X	X	

	Ages	Azotémie à l'arrivée	Infection		Traitement		Résultats	REMARQUES
			Infecté.	Non infecté.	Réséction trans-urétrale.	Prostatectomie en I temps.		
	Entre 40 et 45 ans.							
	Entre 45 et 50 ans.							
	Entre 50 et 55 ans.							
	Entre 55 et 60 ans.							
	Entre 60 et 65 ans.							
	Entre 65 et 70 ans.							
	Entre 70 et 75 ans.							
	Entre 75 et 80 ans.							
	De 80 ans et plus.							
	Moins de 0 gr. 500.							
	0 gr. 500 à 1 gr.							
	1 gr. à 1 gr. 500.							
	1 gr. 500 à 2 grs.							
	2 grs à 2 grs 500.							
	2 grs 500 à 3 grs.							
	3 grs à 3 grs 500.							
	3 grs 500 à 4 grs.							
	Guéris.							
	Améliorés.							
	Décédés.							
92	x	x	x	x	x	x		
93				x	x		x	Meurt d'asystolie.
94		x		x	x	x		
95	x	x		x	x	x		
96		x		x	x		x	Meurt après le premier temps
97	x	x		x	x	x		
98	x	x		x	x	x		
99	x	x		x	x	x		
100		x		x	x	x		
101		x	x	x	x		x	Meurt de collapsus cardiaque.
102		x		x	x	x		
103		x		x	x	x		
104	x	x		x	x	x		
105		x		x	x		y	Meurt de broncho-pneumonie.
106		x		x	x	x		
107		x		x		x	x	Inopérable à cause de son état général. Sonde à demeure.
108	x	x		x	x	x		
109	x	x		x	x	x		
110		x		x	x		x	Meurt de collapsus cardiaque.
111		x		x	x		x	Meurt de broncho-pneumonie.
112		x		x	x	x		
113		x		x	x	x		
114	x	x		x	x		x	Meurt de collapsus cardiaque.
115	x	x		x	x	x		
116		x	x	x	x	x		
117	x	x		x	x	x		
118		x		x	x	x		
119		x		x	x	x		
120		x		x	x	x		
121		x		x		x	x	Inopérable. Sonde à demeure.
122		x		x		x	x	
123		x		x		x	x	
124	x	x		x	x	x		
125	x	x		x	x	x		
126		x		x	x	x		
127		x		x		x	x	Inopérable à cause d'insuffisance hépatique et rénale.

	Ages	Azotémie à l'arrivée	Infection	Traitement	Résultats	REMARQUES
	Entre 40 et 45 ans.	Moins de 0 gr. 500.	Non infecté.	Réséction trans-urétrale.	Guéris.	
	Entre 45 et 50 ans.	0 gr. 500 à 1 gr.	Non infecté.	Réséction trans-urétrale.	Améliorés.	
	Entre 50 et 55 ans.	1 gr. à 1 gr. 500.	Non infecté.	Prostatectomie en I temps.	Décédés.	
	Entre 55 et 60 ans.	1 gr. 500 à 2 grs.	Non infecté.	Prostatectomie en II temps.		
	Entre 60 et 65 ans.	2 grs à 2 grs 500.	Non infecté.	Consultation.		
	Entre 65 et 70 ans.	2 grs 500 à 3 grs.	Non infecté.			
	Entre 70 et 75 ans.	3 grs à 3 grs 500.	Non infecté.			
	Entre 75 et 80 ans.	3 grs 500 à 4 grs.	Non infecté.			
	De 80 ans et plus.		Non infecté.			
128	X	X	X	X	X	
129		X	X		X	Le patient refuse de manger. Meurt d'acidose.
130	X	X	X	X	X	
131		X	X		X	Inopérable à cause de son état cardiaque.
132	X	X	X	X	X	Cas compliqué d'abcès périnéphrétique, ouvert, drainé, guéri.
133	X	X	X	X	X	Aussi résection d'un polype de vessie.
134	X	X	X	X	X	
135		X	X	X	X	
136	X	X	X	X	X	Subit une décapsulation rénale droite et gauche. Meurt d'anurie.
137	X	X	X	X	X	
138	X	X	X	X	X	
139	X	X	X	X	X	
140	X	X	X	X	X	
141	X	X	X	X	X	Meurt d'urémie.
142	X	X	X	X	X	A subi une résection trans-urétrale 3 ans auparavant.
143	X	X	X	X	X	
144	X	X	X	X	X	Subit castration droite et meurt d'acidose.
145	X	X	X	X	X	
146	X	X	X	X	X	
147	X	X	X	X	X	
148	X	X	X	X	X	Inopérable à cause de son mauvais état général. Sonde à demeure.
149	X	X	X	X	X	
150	X	X	X	X	X	
151	X	X	X	X	X	Subit aussi une épidydimectomie gauche.
152		X	X	X	X	Meurt d'embolie pulmonaire.
153	X	X	X	X	X	

Ages		Azotémie à l'arrivée	Infection	Traitement	Résultats	REMARQUES
Entre 40 et 45 ans.						
Entre 45 et 50 ans.						
Entre 50 et 55 ans.						
Entre 55 et 60 ans.						
Entre 60 et 65 ans.						
Entre 65 et 70 ans.						
Entre 70 et 75 ans.						
Entre 75 et 80 ans.						
De 80 ans et plus.						
	Moins de 0 gr. 500.					
	0 gr. 500 à 1 gr.					
	1 gr. à 1 gr. 500.					
	1 gr. 500 à 2 grs.					
	2 grs à 2 grs 500.					
	2 grs 500 à 3 grs.					
	3 grs à 3 grs 500.					
	3 grs 500 à 4 grs.					
	Infecté.					
	Non infecté.					
	Réséction trans-urétrale.					
	Prostatectomie en I temps.					
	Prostatectomie en II temps.					
	Consultation.					
	Guéris.					
	Améliorés.					
	Décédés.					
154	X	X	X	X	X	
155	X	X	X	X	X	
156	X	X	X	X	X	
157	X	X	X	X	X	Meurt de broncho-pneumonie.
158	X	X	X	X	X	Meurt d'embolie.
159	X	X	X	X	X	
160	X	X	X	X	X	
161	X	X	X	X	X	Inopérable à cause de son mauvais état général. Sonde à demeure.
162	X	X	X	X	X	
163	X	X	X	X	X	
164	X	X	X	X	X	
165	X	X	X	X	X	
166	X	X	X	X	X	
167	X	X	X	X	X	
168	X	X	X	X	X	Souffrait aussi de lithiase vésicale. Meurt de septicémie.
169	X	X	X	X	X	
170	X	X	X	X	X	Meurt d'urémie après le premier temps.
171	X	X	X	X	X	
172	X	X	X	X	X	Meurt de septicémie à la suite d'un abcès péri-urétral.
173	X	X	X	X	X	
174	X	X	X	X	X	
175	X	X	X	X	X	Meurt d'embolie cérébrale.
176	X	X	X	X	X	Souffrait aussi de lithiase vésicale. Meurt de broncho-pneumonie.
177	X	X	X	X	X	
178	X	X	X	X	X	
179	X	X	X	X	X	
180	X	X	X	X	X	
181	X	X	X	X	X	Meurt de thrombose des coronaires, avant toute intervention.
182	X	X	X	X	X	

	Ages	Azotémie à l'arrivée	Infection		Traite-ment		Résul-tats		REMARQUES
			Non infecté.	Infecté.	Réséction trans-urétrale. Prostatectomie en I temps.	Prostatectomie en II temps.	Consultation.	Guéris. Améliorés. Décédés.	
	Entre 40 et 45 ans. Entre 45 et 50 ans. Entre 50 et 55 ans. Entre 55 et 60 ans. Entre 60 et 65 ans. Entre 65 et 70 ans. Entre 70 et 75 ans. Entre 75 et 80 ans. De 80 ans et plus.	Moins de 0 gr. 500. 0 gr. 500 à 1 gr. 1 gr. à 1 gr. 500. 1 gr. 500 à 2 grs. 2 grs à 2 grs 500. 2 grs 500 à 3 grs. 3 grs à 3 grs 500. 3 grs 500 à 4 grs.							
183	X		X		X		X		Inopérable à cause de son état général. Sonde à demeure.
184	X	X		X		X		X	Inopérable à cause de son état général. Sonde à demeure.
185	X	X		X		X		X	Souffrait aussi de lithiase vésicale. Meurt de broncho-pneumonie.
186	X	X		X		X		X	
187	X	X		X	X		X		
188	X	X		X	X		X		
189	X	X		X	X		X		
190	X	X		X	X		X		
191	X	X		X	X		X		
192	X	X		X	X		X		
193	X	X		X	X		X		Réséction trans-urétrale à 2 reprises.
194	X	X		X	X		X		
195	X	X		X	X		X		
196	X	X		X	X		X		
197	X	X		X	X		X		Lithotritie pour petit calcul vésical.
198	X	X		X		X		X	Inopérable à cause de son état général.
199	X	X		X		X		X	Inopérable à cause d'une cirrhose du foie.
200	X	X		X		X		X	Inopérable à cause d'arythmie complète.
201	X	X		X		X		X	
202	X	X		X		X		X	Quitte l'hôpital et refuse toute intervention.
203	X	X		X	X		X		
204	X	X		X	X		X		
205	X	X		X	X		X		
206	X	X	X	X	X		X		
207	X	X	X	X	X		X	X	Meurt de thrombose des coronaires.
208	X	X		X	X		X		
209	X	X		X	X		X		

	Ages	Azotémie à l'arrivée	Infection	Traitement	Résultats	REMARQUES
210	x	x	x	x	x	
211		x	x	x	x	
212	x		x	x	x	Meurt du choc opératoire.
213	x	x	x	x	x	
214	x	x	x	x	x	
215		x	x	x	x	
216	x	x	x	x	x	
217	x		x	x	x	
218	x	x	x	x	x	
219	x	x	x	x	x	
220	x		x	x	x	
221	x	x	x	x	x	
222	x		x	x	x	Meurt de broncho-pneumonie.
223	x	x	x	x	x	
224	x	x	x	x	x	
225	x	x	x	x	x	
226	x	x	x	x	x	Meurt du choc opératoire.
227	x	x	x	x	x	
228	x	x	x	x	x	
229	x		x	x	x	
230	x		x	x	x	
231	x	x	x	x	x	
232	x	x	x	x	x	
233	x	x	x	x	x	
234	x	x	x	x	x	
235	x	x	x	x	x	

Donc sur 235 malades hospitalisés, 215 ont été opérés; les 20 autres étaient inopérables ou ont refusé toute intervention.

Opérés 215,

Résection trans-urétrale: 85, Guéris 80, Morts 5. Donc une mortalité de 5.8%.

Prostatectomie en I temps: 52, Guéris 43, Morts 9. Donc une mortalité de 17.3%.

Prostatectomie en II temps: 78, Guéris 51, Morts 27. Donc une mortalité de 34.6%

Ainsi sur 215 opérés: Guéris 174, Morts 41, soit une mortalité globale de 19.2%.

La durée moyenne de l'hospitalisation pour tous les malades ayant subi:

1—Une résection trans-urétrale a été de deux semaines.

2—Une prostatectomie en I temps a été de quatre à cinq semaines.

3—Une prostatectomie en II temps a été de cinq à sept semaines.

5 — *Vésiculite*: 8 cas.

Origine: blennorragique.

Traitement:

Lavages des vésicules séminales. 8 cas guéris.

VI — AFFECTIONS DU PENIS

1 — *Phymosis*. 15 cas.

Traitement:

Circonsion, 15 cas guéris.

2 — *Para-phymosis*: 1 cas.

Traitement:

Réduction du para-Phymosis et circonsion. 1 cas guéri.

VII — AFFECTIONS DU CORDON, DE L'ÉPIDIDYME ET DU TESTICULE

1 — *Kyste du cordon*: 2 cas.

Traitement:

Ablation du kyste, 2 cas guéris.

2 — *Kyste de l'Epididyme*: 6 cas.

Traitement:

Epididymectomie, 6 cas guéris.

3 — *Epididymite tuberculeuse*: 11 cas.

Traitement:

Dans 9 cas, nous avons pratiqué une épididymectomie, 9 cas guéris.

Dans 2 cas, nous avons du pratiquer une castration à cause de l'envahissement bacillaire du testicule, 2 cas guéris.

4 — *Séminome du testicule* : 1 cas.

Traitement :

Castration large et radio-thérapie. 1 cas guéri.

5 — *Hydrocèle* : 17 cas.

Traitement :

Retournement de la vaginale, 17 cas guéris.

6 — *Varicocèle* : 15 cas.

Traitement :

Dans 11 cas, nous n'avons pratiqué que la résection du paquet variqueux, 11 cas guéris.

Dans 4 cas, nous avons pratiqué, en plus de la résection du paquet variqueux, la résection du scrotum, 4 cas guéris.

7 — *Orchite* : 11 cas.

Traitement :

Traitement médical, 11 cas guéris.

8 — *Ectopie esticulaire* :

2 cas. (ectopie droite)

Traitement :

Orchidopexie (procédé d'Ombredanne). 2 cas guéris.

VIII — AFFECTIONS URINAIRES D'ORIGINE NERVEUSE

1 — *Cystalgie* :

18 cas : 2 hommes, 16 femmes.

Traitement :

Symptomatique : par les antalgiques. 10 cas guéris,
8 cas améliorés.

2 — *Incontinence essentielle des urines* :

6 cas : 3 hommes, 3 femmes.

Traitement :

Injection épidurale de sérum physiologique. 4 cas
guéris, 2 cas améliorés.

*Ainsi, 1202 malades ont été hospitalisés dans le service au
cours de l'année 1938.*

Voici maintenant la statistique globale des SALLES
DE CYSTOSCOPIE pour l'année 1938. Celle-ci comprend
les opérations, les traitements et les différents examens
urologiques pratiqués dans ces salles au cours de l'année.

Cathétérismes des urètres, divisions des urines et pyélographies rétrogrades	756
Lavages des bassinets	268
Sondes urétérales à demeure	83
Méatotomies urétérales	6
Radiographies simples	116
Pyélographies endoveineuses	90
Résections trans-urétérales de la prostate	97
Cystoscopies	791
Cystoradiographies	14
Lavages de vessie	40

Lithotrities	11
Sections de diaphragmes inter-vésico-prostatiques au béniqué de Marion	2
Fulgurations (polypes de la vessie et de l'urètre	52
Dilatations de l'urètre aux béniqués	123
Urétroscopies	23
Explorations de l'urètre (explorateur à boule	5
Urétro-radiographies	5
Sonde filiforme à demeure	1
Ponctions d'hydrocèle	3
Biopsies	1
Massage de la prostate	1
Ouverture d'abcès (cicatrice lombaire)	1
Injections épidurales	48
Pansements divers	4
Examens divers	45
	2586
Total	2586

EN RÉSUMÉ

- 1) 2586 patients sont passés par les salles de Cystoscopie, soit pour y être examinés, soit pour y être traités ou opérés, selon les indications posées.
- 2) 1202 patients ont été hospitalisés dans le Service au cours de l'année et, répartis comme suit: —

A—*Affections du rein et du bassin*: — 536 cas.

1 — Nombre de malades hospitalisés ayant subi:

Traitements chirurgicaux 229 cas.

Traitements non-chirurgicaux 225 cas.

Total 454 cas.

Guéris	341 cas, soit	75.1%
Améliorés	98 cas, soit	21.6%
Décédés	15 cas, soit	3.3%

2 — Nombre de malades hospitalisés ayant refusé tout traitement: 82 cas.

B—*Affections de l'uretère*: — 42 cas.

1 — Nombre de malades hospitalisés ayant subi:

Traitements chirurgicaux	31 cas.
Traitements non-chirurgicaux	2 cas.
Total	33 cas.

Guéris	22 cas, soit	66.7%
Améliorés	11 cas, soit	33.3%
Décédé	aucun	

2 — Nombre de malades hospitalisés ayant refusé tout traitement: 9 cas.

C—*Affections de la vessie*: — 205 cas.

1 — Nombre de malades hospitalisés ayant subi:

Traitements chirurgicaux	119 cas.
Traitements non-chirurgicaux	71 cas.
Total	190 cas.

Guéris	160 cas, soit	84.2%
Améliorés	25 cas, soit	13.2%
Décédés	5 cas, soit	2.6%

2 — Nombre de malades hospitalisés ayant refusé tout traitement: 15 cas.

D—*Affections de l'urètre*: — 42 cas.

1— Nombre de malades hospitalisés ayant subi:

Traitements chirurgicaux	40 cas.
Traitements non-chirurgicaux	2 cas.

Total 42 cas.

Guéris	25 cas, soit	59.5%
Améliorés	15 cas, soit	35.7%
Décédés	2 cas, soit	4.8%

2— Nombre de malades hospitalisés ayant refusé tout traitement: aucun.

E—*Affections de la prostate et des vésicules séminales*: — 272 cas.

1— Nombre de malades hospitalisés ayant subi:

Traitements chirurgicaux	241 cas.
Traitements non-chirurgicaux	7 cas.

Total 248 cas.

Guéris	190 cas, soit	76.6%
Améliorés	17 cas, soit	6.8%
Décédés	41 cas, soit	16.6%

2— Nombre de malades hospitalisés ayant refusé tout traitement: 24 cas.

F—*Affections du penis*: — 16 cas.

1— Nombre de malades hospitalisés ayant subi:

Traitements chirurgicaux	16 cas.
Traitements non-chirurgicaux	aucun

Total 16 cas.

Guéris	16 cas, soit	100%
Amélioré	aucun.	
Décédé	aucun.	

2 — Nombre de malades hospitalisés ayant refusé tout traitement : aucun.

G—*Affections du cordon, de l'épididyme et du testicule* : — 65 cas.

1 — Nombre de malades hospitalisés ayant subi :

Traitements chirurgicaux	54 cas.
Traitements non-chirurgicaux	11 cas.
Total	65 cas.

Guéris	65 cas, soit	100%
Amélioré	aucun.	
Décédé	aucun.	

2 — Nombre de malades hospitalisés ayant refusé tout traitement : aucun.

H—*Affections urinaires d'origine nerveuse* : — 24 cas.

1 — Nombre de malades hospitalisés ayant subi :

Traitements chirurgicaux	aucun
Traitements non-chirurgicaux	24 cas.
Total	24 cas.

Guéris	14 cas, soit	58.3%
Améliorés	10 cas, soit	41.7%
Décédé	aucun.	

2 — Nombre de malades hospitalisés ayant refusé tout traitement : aucun.

Ainsi : 1202 patients ont été hospitalisés dans le service d'urologie au cours de l'année 1938.

SUR CE GRAND TOTAL

- 1) 730 ont subi les traitements chirurgicaux indiqués.
342 ont subi les traitements non-chirurgicaux indiqués.

Soit un total de 1072 cas.

Résultat: — Guéris 833 cas, soit 77.7%
Améliorés 176 cas, soit 16.4%
Décédés 63 cas, soit 5.9%

- 2) 130 patients sont venus en consultation, étaient inopérables ou ont refusé tout traitement.



NOUVELLES

Le Comité Exécutif et le Bureau Médical de l'Hôtel-Dieu sont heureux d'annoncer la nomination de la Révérende Soeur Allard, comme Supérieure de l'Hôtel-Dieu, et de la Révérende Soeur Rivard, ancienne Supérieure, comme Hospitalière-en-chef de l'Hôpital.

L'ancien conseil a été aussi réélu; il se compose des Révérendes Soeurs: Marie de la Ferre, Lacas, St-Georges, Leroyer, Lafond, Robert, Gratton.

Tous les médecins de l'Hôtel-Dieu tiennent à offrir officiellement par la voix du Journal de l'Hôtel-Dieu, leurs plus respectueuses félicitations, ainsi que l'expression de leurs sentiments les plus dévoués.

— Monsieur le Professeur Oscar Mercier, président du Comité Exécutif est allé représenter l'Hôtel-Dieu at The Forty-First Annual Convention of the *American Hospital Association*, tenue à Toronto du 25 au 29 septembre. Ont aussi assisté au Congrès les Révérendes Soeurs Rivard, Robert, Morrissey et St-Jean du Cénacle.

— Monsieur le Professeur Oscar Mercier représentait l'Hôtel-Dieu aux « journées médicales » du Tricentenaire de l'Hôtel-Dieu de Québec. Monsieur le Docteur Albert Jutras et les Révérendes soeurs Allard, Hébert et Bernier sont allés assistés au Congrès de l'Association Catholique des Hôpitaux des Etats-Unis et du Canada, tenu à Québec, à l'occasion du Tricentenaire de l'Hôtel-Dieu de Québec.

BANQUET À L'HÔTEL-DIEU

Le jeudi soir, 5 octobre 1939, la Révérende Mère Allard et les Religieuses Hospitalières de l'Hôtel-Dieu de Montréal recevaient à diner les médecins de l'institution.

L'abbé Emile Lépine P.S.S., à titre d'aumônier, représentait la Communauté et faisait les honneurs de la réception.

Les fauteuils présidentiels étaient occupés par le Professeur Oscar Mercier, président de l'Exécutif et par le Docteur P. P. Gauthier, président du Bureau Médical.

Hormis trois ou quatre collègues qui s'étaient excusés, le personnel médical était au complet ce qui donnait à la fête un caractère familial et démontrait une collectivité puissante par le nombre et la qualité.

Le grand invité d'honneur était le Professeur Albert LeSage, doyen de la Faculté de Médecine à l'Université de Montréal.

Au dessert, le Docteur Gauthier, agissant comme maître de cérémonie, déclara que la réunion était un hommage de reconnaissance des Religieuses envers les médecins pour leur collaboration à l'oeuvre du Bureau Médical et du Bureau Exécutif. La compréhension et la confiance mutuelle en solidifiant le prestige commun assure l'avancement individuel. Comme témoignage officiel, le Docteur Gauthier fit la lecture d'une lettre de Mère Rivard félicitant les médecins de leur solidarité et des progrès réalisés.

Le Docteur LeSage plaida la nécessité de l'entente et de la coopération de tous les groupes. La prudence et la modération mènent plus de choses à bonne fin que la violence et le désaccord. L'étude, la recherche, la science contribuent au succès; mais la valeur normale ne perd jamais sa supériorité et c'est elle qui, en définitive, marque la place du médecin dans la société.

Le Docteur J.-E. Dubé, professeur honoraire à la Faculté de Médecine et ancien médecin-chef de l'Hôtel-Dieu, parla avec émotion de son amitié pour le Docteur LeSage et

du caractère primordialement universitaire de ce dernier. Il exhorta les médecins des hôpitaux à mettre l'université au sommet de leur idéal.

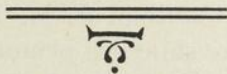
Le Docteur Roméo Pépin, professeur de clinique médicale et médecin-chef, remercia les autorités religieuses d'avoir donné aux médecins de l'Hôtel-Dieu l'occasion de se rencontrer fraternellement. Il insiste sur l'importance de telles réunions.

Le Docteur Antonio Barbeau, nouveau professeur titulaire de neurologie et chef de Service, rappela tout ce qu'il devait à son maître LeSage et à son collègue Mercier. Il avoua son bonheur d'appartenir désormais à l'Hôtel-Dieu et fit promesse de son dévouement le plus complet.

Monsieur l'Abbé Lépine exprima la gratitude des Hospitalières à l'égard des médecins pour leur dévouement indéfectible et pour l'esprit nouveau de cohésion. Le ralliement des énergies éparses s'est accompli sous l'influence du Docteur Mercier, qui, outre sa compétence scientifique, fait preuve d'autorité dans l'organisation et l'administration.

Le Professeur Mercier présenta la pièce de résistance. Après avoir rendu hommage aux religieuses, à ses maîtres, aux autorités universitaires, aux anciens et aux nouveaux chefs de service ainsi qu'à tous ses confrères de l'Hôtel-Dieu, il prononça des paroles particulièrement élogieuses à l'adresse des Docteurs P. P. Gauthier et Ernest Prud'homme qui furent les pionniers, les principaux artisans de l'ordre qui règne désormais dans la maison. L'Hôtel-Dieu, comme hôpital universitaire, ne peut rester sur place à contempler les lauriers du passé. Son organisation matérielle doit aller de pair avec le développement scientifique, intellectuel, moral et social de son personnel. La création et

la modernisation récentes de certains services marquent déjà un progrès; les espoirs se consolident chaque jour que l'hôpital doublera bientôt sa capacité par la construction de nouveaux pavillons. Il faut sans cesse rajeunir l'illustre et trois fois séculaire Hôtel-Dieu. Aux postes de commande on voit des jeunes gens habiles dans leur art, enthousiastes pour l'oeuvre universitaire comme pour leurs fonctions hospitalières. Une volonté commune de mettre et de maintenir l'Hôtel-Dieu en tête ne peut aboutir qu'au succès.



LE TRICENTENAIRE DE L'HÔTEL-DIEU DE QUÉBEC

et

L'ASSOCIATION CATHOLIQUE *des* HÔPITAUX DES ÉTATS-UNIS ET DU CANADA

Au cours du mois d'août dernier, des fêtes grandioses se déroulèrent à Québec pour célébrer le troisième centenaire de l'arrivée en ce pays des Ursulines et des Augustines Hospitalières. En commémoration de la fondation de l'Hôtel-Dieu de Québec, l'Association Catholique des Hôpitaux des États-Unis et du Canada a tenu ses assises biennales dans la capitale. Le congrès était sous le haut patronage de Son Eminence le Cardinal J. M. R. Villeneuve; il eut lieu dans la magnifique salle des promotions de l'Université Laval. La Révérende Mère Allard, accompagnée des Révérendes Soeurs Hébert et Bernier, y représentait l'Hôtel-Dieu de Montréal ainsi que Messieurs les Docteurs Oscar Mercier et Albert Jutras, Radiologiste en Chef. Celui-ci remplaçait le Docteur Léo Pariseau gravement malade. On lira dans le prochain numéro du journal la conférence de notre collègue le Docteur Jutras.

Voici le programme du congrès :

Avant-midi le 24 août

8 hres — Messe à la Basilique Notre-Dame de Québec
Chant par la Maîtrise Notre-Dame

Sermon par le Rév. Père F. Laurendeau, S.J.
"Hospitalières et Missionnaires"

Après-midi le 24 août

2 h. 30 — Bienvenue

Son Honneur le Maire de Québec

Allocution

Mgr le Recteur de l'Université Laval

L'expansion de l'oeuvre hospitalière dans l'Amérique du Nord depuis 1639

Monsieur Jean Bruchési

Sous-Secrétaire de la Province

L'influence de l'hôpital catholique sur la société contemporaine

Révérend Père A.-M. Schwitalla, S.J.

Président de l'Ass. Catholique des Hôpitaux

Le progrès scientifique dans nos hôpitaux

Monsieur le Docteur Albert Jutras

Hôtel-Dieu de Montréal

Son Eminence le Cardinal J.-M.-R. Villeneuve

Archevêque de Québec

Après-midi le 25 août

2 h. 30 — *Rapport entre l'oeuvre hospitalière et la profession médicale*

Monsieur le Docteur Charles Vézina

Chef de service à l'Hôtel-Dieu de Québec

Le public et l'hôpital

Soeur Saint-Marien, des SS. de la Charité

Hôpital Laval

Le secret professionnel

Monsieur le Docteur Albert Paquet
 Chef de service à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus

L'entr'aide professionnelle

Mademoiselle Marguerite-Marie Doyon,
 G. M. L.

Face à l'avenir . . .

Monsieur l'Abbé V. Germain
 Directeur spirituel de la Conférence de Québec

SEANCES RESERVEES AUX RELIGIEUSES

Avant-midi le 24 août

9 h. 30 — Bienvenue

Présidente de la Conférence de Québec

L'Hospitalisation en France en 1639

Révérènde Mère Saint-Vincent de Paul
 Supérieure de l'Hôtel-Dieu de Dieppe

*L'Hôtel-Dieu de Québec: ses origines, sa survi-
 vance.*

Soeur Saint-François de Sales
 Hôtel-Dieu de Québec

*Le rayonnement de l'infirmière par sa compétence
 professionnelle*

Monsieur le Docteur Marcel Langlois
 Chef de service de l'Hôpital du Saint-Sacrement

Rayonnement de l'infirmière par son apostolat

M. le Chanoine J.-Alfred Chamberland
 Directeur Général de l'Action Catholique

Conclusions

Avant-midi le 25 août

9 h. 30 — Séance d'études sur la formation de la religieuse infirmière

Soeur Allard
Hôtel-Dieu de Montréal

Formation scientifique

Monsieur le Docteur Roméo Blanchet
Professeur de l'Université Laval

Formation administrative

Soeur Saint-Louis
Institut Marguerite d'Youville, Montréal

Formation morale

Monsieur l'Abbé Noël Dion
Aumônier de l'Hôpital St-François d'Assise

Formation de la religieuse infirmière en France

Révérrende Mère Yvonne-Aimée
Supérieure de l'Hôtel-Dieu de Matestroit

*Conclusions***Samedi le 26 août**

9 h. a. m. —Hôpital du Saint-Sacrement

Réunion du personnel enseignant de nos écoles
de gardes-malades

Evaluation du programme de nos écoles

R. P. A.-M. Schwitalla, S.J.
Président de l'Ass. Catholique des Hôpitaux

2 h. 30 p.m.—Salve du Saint-Sacrement à l'Hôtel-Dieu

Officiant: R. P. A.-M. Schwitalla, S.J.
Président de l'Ass. Catholique des Hôpitaux

Diacre: R. P. I. d'Orsonnens, S.J.
Directeur spirituel de la Conf. de Montréal

Sous-diacre: M. l'Abbé V. Germain
Directeur spirituel de la Conf. de Québec

3 h. p. m. —*Visite du cloître de l'Hôtel-Dieu par les religieuses congressistes*

LA RÉDACTION



TRAVAUX

Monsieur le Professeur J. E. DUBÉ : Formation d'une ligue antituberculeuse, Club Kiwanis 26 septembre.

Messieurs des Docteurs ROMÉO PEPIN et RENÉ DANDURAND.
En discussion, Monsieur le Docteur ANTONIO BARBEAU :
Les médicaments de la douleur, Société Médicale, Université de Montréal le 3 octobre.

Monsieur le Docteur ALBERT JUTRAS : Les agents physiques dans la douleur, Société Médicale, Université de Montréal le 3 octobre.

Monsieur le Docteur HECTOR DUBUC :

Monsieur le Docteur CHARLES LEFRANÇOIS : Kyste vrai du pancreas; extirpation totale, Société de chirurgie, 4 octobre 1939.

Monsieur le Docteur ANTONIO BARBEAU (en collaboration avec PAUL LECAVALIER : Profil criminologique de la démence précoce. Union médicale du Canada, septembre 1939.

Monsieur le Docteur CHARLES LEFRANÇOIS : Le traitement chirurgical du cancer de l'estomac. Union médicale du Canada, août 1939.

Monsieur le Docteur ALBERT JUTRAS (en collaboration avec le Docteur G. PINSONNEAULT) : Considérations sur la classification et le diagnostic des lymphadénies. Union médicale, juillet 1939.

Monsieur le Docteur JULES ARCHAMBAULT : Le traitement de la syphilis. Union médicale du Canada, Juillet 1939.

Monsieur le Docteur ALBERT JUTRAS : La lutte contre la mortalité infantile. Union médicale du Canada, août 1939.

Monsieur le Docteur HECTOR DUBUC : Dermoïde de la conjonctive. Ophthalmological Society, 12 octobre 1939.

Monsieur le Docteur HERVÉ LEGRAND : Lupus conjonctival bilatéral. Ophthalmological Society, 12 octobre 1939.

Monsieur le Docteur L. DE G. JOUBERT : Commentaires sur les résultats post-opératoires dans le traitement du kératocone par la trépanation Elliot. Ophthalmological Society, 12 octobre 1939.

NOMINATIONS

Messieurs les Professeurs GEORGES BARIL et OSCAR MERCIER : Membres de l'Exécutif de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal.

Monsieur le Docteur CHARLES LEFRANÇOIS, chirurgien : Fellow of American College of Surgeon, au dernier congrès annuel tenu à Philadelphie en octobre.

Monsieur le Docteur CHARLES LEFRANÇOIS : Assistant à titre hospitalier dans le service de l'Hôtel-Dieu.

Monsieur le Docteur JEAN-PAUL BOURQUE : Assistant à titre hospitalier dans le service d'urologie.

Monsieur le Docteur ROLLAND DUSSAULT : Bénévole dans le service de médecine.

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

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

se trouve chez

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



*Page(s) manquante(s)
ou non-numérisée(s)*

Veillez vous informer auprès du personnel de BAnQ
en utilisant le formulaire de référence à distance, qui se trouve en ligne :

https://www.banq.qc.ca/formulaires/formulaire_reference/index.html

ou par téléphone **1-800-363-9028**

**Bibliothèque
et Archives
nationales**

Québec 

◆

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

●

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

COGNAC MONNET

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

▼

GIN DE KUYPER DE HOLLANDE



Stimulant et diurétique que prescrit, depuis plus de 100 ans, la faculté médicale canadienne. Particulièrement efficace dans les cas où d'autres stimulants ne sont pas indiqués.

10 onces	-	-	-	-	-	\$1.15
26 onces	-	-	-	-	-	2.65
40 onces	-	-	-	-	-	3.80

"Cette Réelle Saveur de Hollande"

GIN de Kuyper

Distillé et embouteillé sous la surveillance directe de John de Kuyper & Son, Distillateurs, Rotterdam, Hollande. Maison fondée en 1695 — En vente au Canada depuis plus de 100 ans.



LIMITÉE

Emile Carrière, O.D.

Adrien Sénécal, O.D.

CARRIÈRE & SÉNÉCAL

Optométristes-Opticiens à l'Hôtel-Dieu

277 RUE SAINTE-CATHERINE EST, MONTREAL

Tél. LANcaster 2211-2212

Spécialités:

Ajustement des yeux artificiels

Prescriptions de MM. les Oculistes remplies avec soin.

PAVERAL

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

COQUELUCHE

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

Littérature sur demande.

Agents : LA CIE CANADA DRUG

PHARMACIENS EN GROS

857, rue Saint-Maurice, - - - Montréal

Brevage lacté au chocolat

LACTO-CO

•
Marque de commerce
enregistrée
•

LACTO-CO possède une nouvelle saveur sensationnelle, c'est un
brevage lacté au chocolat riche et crémeux. Chaud ou froid,
il n'a pas d'égal. Offrez un régal à votre famille, commandez-en
aujourd'hui même.

« Délicieux ! » . . . est le verdict

•
FRONTENAC

3121
•

J. Joubert
LIMITÉE

Encouragez les bons « Produits du Québec ».

« Le jus de la Pomme est la Providence des Arthritiques »
Docteur DIEULAFOY

Jus de Pommes Frais "Pom-d'Or"

100% Pur et naturel

En gallons et en bouteilles

Indications thérapeutiques :
Rhumatisme,
Goutte,
Diabète,
Maladie du foie,
Maladie des reins,
Maladie des
voies urinaires.

Tout le parfum, la saveur et la
finesse des McIntosh et des
Fameuse de Mont St-Hilaire.

Se boit comme JUS DE FRUIT.
Peut aussi s'employer pour faire un
excellent « Cidre Mousseux »
chez soi.

Fabricant :

CIDRERIE DE LA MONTAGNE, Mont St-Hilaire, P. Q.

Vente et Information :

La Cie JUFruit Enrg., 445, St-François-Xavier - Tél. MA. 5026 - MONTRÉAL

ASSURANCES GÉNÉRALES

Les Meilleurs Contrats aux Meilleurs Prix

**Spécialités : Assurances contre les risques
professionnels**

ACCIDENTS ET MALADIES — AUTOMOBILES

GASTON RIVET

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

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

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

Membres Artificiels, Appareils Orthopédiques
 Bandes Herniaires, Ceintures Abdominales, Bas Elastiques
 et Corsets "Caniff"

Faits sur commande

MÉCANICIEN ORTHOPÉDIQUE

Attitré auprès des Hôpitaux suivants:

Children's Memorial Hospital
 Montreal General Hospital
 Montreal Children's Hospital

Royal Victoria Hospital
 Shriner's Hospital
 Western Hospital

HEURES DU BUREAU

Monsieur DUCKETT (sur rendez-vous seulement)

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

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

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

J. A. DUCKETT

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

Téléphone: HArbour 0630

Toutes Grosseurs

D'ANTHRACITES

"WELSH"

"SCOTCH"

et

"SCRANTON"

'bleu'

"Le Marchand Indépendant"

F. H. Phelan

"A la Tonne ou au Char"



MARquette 1 2 7 9

315, RUE COLBORNE

Charbons

BITUMINEUX

—

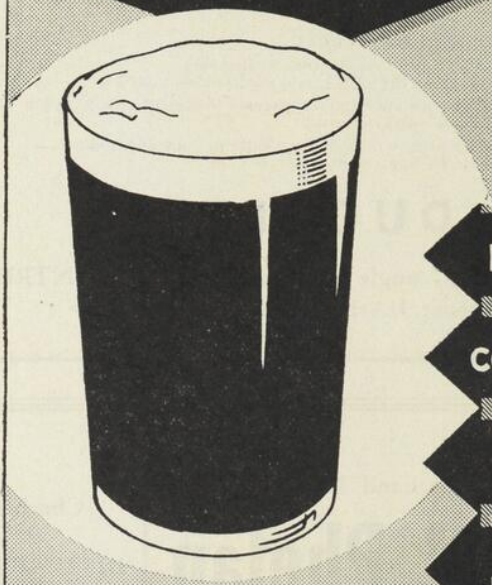
HUILE A

CHAUFFAGE

—

COKE

**"VOICI
pour votre
SANTÉ"**



NOURRICES

CONVALESCENTS

**PERSONNES
ÉPUISÉES**

**VICTIMES
D'INSOMNIE**

**DAWES CREAM
PORTER**

CHEZ TOUS LES EPICIERS LICENCIES

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

Spécialistes dans le transport des malades et des blessés

GEO. VANDELAC LIMITÉE

Fondé en 1890

G. VANDELAC, jr.

ALEX. GOUR

DIRECTEURS DE FUNÉRAILLES
SALONS MORTUAIRES

120 RUE RACHEL EST, - - MONTRÉAL

Tél.: BELair 1717

Pour vos IMPRESSIONS, consultez

THÉRIEN FRÈRES

LIMITÉE

IMPRIMEURS - LITHOGRAPHERS - GRAVEURS
PHOTOLITHO

494 OUEST, RUE LAGAUCHETIÈRE - MONTRÉAL
HArbour * 5288

ravail bien fait

De bon goût

*Promptitude
d'exécution*

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



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



TABLE DES ANNONCEURS

	Page		Page
Abbott Lab.	XV	Jouot, G.	VI
Anglo-French Drug	V	Laboratoire Nadeau Ltée	I
Antiphlogistine	XI	Laboratoire Poulenc	VI
Banque Canadienne Nationale	XIV	Laboratoires "Meurice", G. Gravet, Agent	Encarts
Banque Provinciale du Canada	XI	Lechasseur Limitée	Couvert. 3
Bière Dawes	XXII	Mallinekrodt Chem.	II
Canada Drug	XIX	Merck & Co.	Couvert. 4
Carrière et Sénécal	XVIII	Millet, Roux & Cie	IX et XII
Casgrain & Charbonneau	XIII	Oxygène du Canada (Compagnie)	XIV
Ciba (Compagnie)	IV	Phelan, P. H.	XXI
Cidrerie de la Montagne	XX	Reckitts (Over-Sea) Ltd.	III
Cognac Monnet	XVII	Rougier Frères	X
Duckett, J. A.	XXI	Rivet, Gaston	XX
Eddé, J.	III et XVI	Soc. d'Administration et de Fiducie	II
Frosst, Chas. E.	Couvert 2	Soc. d'Expansion Pharmaceutique	VII
Grenier Motors Limited	XXIV	Thérien Frères, Limitée	XXIII
Herd et Charton	IX et XVI	Vandelac, Georges	XXIII
John de Kuyper & Son	XVIII	Victor X-Ray	VIII
Joubert, J. J.	XIX		

CHRYSLER et PLYMOUTH

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

MM. les Médecins,

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

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



GRENIER MOTORS LIMITED

1644-46 OUEST, RUE STE-CATHERINE

Fitzroy 6383

CARENES
PARTIELLES
OU TOTALES
DE L'OVAIRE



DI-FOLLICULINE "MEURICE"

(BENZOATE D'ŒSTRADIOL)

AMPOULES INJECTABLES — AMPOULES COMPTE-GOUTTES — DRAGEES
ONGUENT (**GYNONGUENT**)

UNION CHIMIQUE BELGE S. A.
DIVISION PRODUITS
PHARMACEUTIQUES "MEURICE"



REPRESENTANT POUR LE CANADA:
G. GRAVET, 431, RUE DE MALINES
MONTREAL. — TELEPH. PLATEAU 7005

DI-FOLLICULINE



CALCITHÉRAPIE
GLUCOCHAUX "MEURICE"
(GLUCONATE CALCIQUE)

TABLETTES — GRANULES SUCRES

UNION CHIMIQUE BELGE S. A.
DIVISION PRODUITS
PHARMACEUTIQUES "MEURICE"



REPRESENTANT POUR LE CANADA
G. GRAVET, 431, RUE DE MALINE
MONTREAL. — TELEPH. PLATEAU 700

Glucochaux

**Nous avons fait cette annonce
le 15 novembre 1937**

Tout ce que nous disions alors est toujours vrai . . .

MÊME LE PRIX N'A PAS CHANGÉ !

●

PALETOT ROYAL SCOT

Parmi les lainages, le "Royal Scot" se classe au premier rang. C'est un paletot d'homme sur toute la ligne, par le style, la couleur et le dessin. Il possède une élégance extraordinaire et pourtant il est d'une étonnante légèreté.

C'est le produit de deux grandes maisons : KYNOCH DE KEITH, SCOTLAND, fournit le tissu et FASHION-CRAFT le style, la coupe et ce qui donne à l'étoffe le fini qui le caractérise.

●

ROYAL SCOT TRÈS LOURD

\$55

Paletot d'hiver Royal Scot \$47.50

NOUS CROYONS QUE C'EST MAINTENANT LE TEMPS D'ACHETER

Lechasseur, limitée

Concessionnaires des célèbres vêtements

Fashion-Craft

de fabrication canadienne-française.

NAP. LECHASSEUR, *Président*

NOM

PYRIDIDIUM

DÉPOSÉ

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

PRESCRIT SANS HÉSITATION

Ordinairement Pyridium est spontanément adopté dans les ordonnances pour

la cystite
la pyélite (pyélonéphrite)
la prostatite
l'urétrite

PARCE QUE PYRIDIDIUM



est sans effet narcotique... et qu'il est bien toléré.



possède un effet analgésique sur la muqueuse génito-urinaire procure un soulagement rapide des symptômes urinaires douloureux, l'effet se faisant souvent sentir dans l'espace de 20 à 30 minutes.



l'hospitalisation n'est pas nécessaire et qu'il peut être employé sous forme de comprimés par le patient ambulante.



produit ses effets thérapeutiques sans régime spécial et sans le contrôle du Ph urinaire.

LITTÉRATURE ENVOYÉE SUR DEMANDE.

MERCK & CO. Limited - Chimistes-fabricants - MONTRÉAL, P. Q.