

TRAVAUX ORIGINAUX

ACCÉLÉRATION DES BATTEMENTS DU CŒUR ET DE LA RESPIRATION

SIGNES RÉVÉLATEURS PRÉCOCES DE TUBERCULOSE

Par LS. FÉLIX DUBÉ, de Notre-Dame du Lac, P. Q.
lauréat de la Société internationale
de la Tuberculose, Paris.

L'accélération des battements du cœur se rencontre très souvent comme signe révélateur précoce de bacillo-tuberculose. Si on ne le remarque pas plus souvent, surtout en clientèle privée, c'est que nous n'avons pas l'occasion de le faire. On ne voit ces malades que quand, à ce premier symptôme, s'ajoutent la toux, l'amaigrissement, la transpiration etc.

Il ne saurait être question ici de tachycardie, car je prends pour étalon que, en dessous de 150 pulsations à la minute, c'est de l'accélération.

La généralité des tuberculeux fait, soit de la tachycardie intermittente, soit de l'accélération quasi continue ; les phthisiques font de la tachycardie plus continue que les tuberculeux.

Syphilis
Artério-sclérose, etc.
(Ioduro Enzymes)
Iodure sans Iodisme

Todurase

de COUTURIEUX,
57, Ave. d'Antin, Paris,
en capsules dosées à 50 ctg. d'iodure
et 10 ctg. de Levurine.

Accélération ou tachycardie, dans ces deux catégories d'une même maladie, n'a rien d'extraordinaire, car, ce même symptôme, plus ou moins amplifié, n'est rien autre chose que le résultat d'une intoxication générale de l'organisme.

Mais cette accélération des battements du cœur a une importance primordiale comme premier signe révélateur précoce de l'infection bacillaire.

J'ai été mis sur la voie du diagnostic près de (18) dix-huit mois avant l'écllosion d'aucun autre symptôme.—Voir observation I.

Combien de temps aurait duré cet état latent si ma malade, —obs. I—n'eut pas fait l'imprudente, ou n'eut pas négligé une bronchite « a frigore » qu'elle a traînée deux mois durant, sans soins ? Il est probable que cet état eut cédé aux soins hygiéno-diététiques et au lieu d'évoluer à la tuberculose eut rétrocedé.

Dans l'observation II le malade faisait du surmenage physique, par fanfaronade, malgré les sages avis que je lui avais donnés. « Mais je ne suis pas malade », me disait-il souvent.

Pour moi, accélération cardiaque et pulmonaire, intermittente, qui n'est ni lésionale, ni réflexe, c'est la cloche d'alarme, c'est le clairon qui annonce que l'organisme est envahi par un ennemi. Cet ennemi, c'est le bacille de Koch. A nous, médecins, d'être les éclaireurs de la bataille qui va s'engager. Avec cette accélération, il y a souvent de légères poussés d'hyperthermie qui passent inaperçues.

Maintenant que nous avons vu que l'accélération des battements du cœur existe, du moins chez quelques-uns, il est plausible de se demander : Quel est le mécanisme d'action, en d'autres termes : Pourquoi les battements du cœur et la respiration sont-ils accélérés avant l'écllosion, chez quelques malades, de signes cliniques de bacillose ? Question complexe, complexe

au point de vue de l'agent provocateur, complexe par le mécanisme d'action de cet agent.

Avant d'entrer dans les quelques considérations qui vont suivre, écartons immédiatement les accélération et la tachycardie « lésionales », par névrites, compressions etc... et les « réflexes » c'est-à-dire provoquées par d'autres troubles, soit du côté de l'estomac, reins etc., et tenons-nous en à l'accélération pure.

L'explication la plus plausible, c'est que l'accélération est comme bien d'autres, un symptôme d'impregnation toxique tuberculeuse. Le bacille fabriquerait une toxine qui agirait sur les centres nerveux qui président aux mouvements du cœur.

Cette toxine, encore inconnue, agit-elle sur le centre nerveux accélérateur des mouvements cardiaques, en le stimulant ; ou sur le centre nerveux modérateur, en le paralysant ?

L'hypothèse soutenue jusqu'à ce jour, est que cette accélération des mouvements cardiaques serait due à une paralysie du centre modérateur du cœur — *le pneumogastrique par l'intermédiaire de son anastomose, branche interne du spinal* — Nous sommes donc en mesure de conclure que le bacille de Koch secrète une toxine qui, à l'instar de l'atropine, fait perdre aux fibres cardiaques modératrices, leur action. Le cœur n'ayant plus de centre frénateur est sous la domination du centre accélérateur. Pour connaître plus intimement encore le « modus operandi » probable de la toxine tuberculeuse, prenons un médicament connu, « l'atropine » ; voyons comment elle agit, puis concluons par analogie. Ceci nous mettra, peut-être, sur la voie de la découverte du poison tuberculeux en cause.

Une faible dose d'atropine est suivie d'une première période modératrice, en général assez courte, suivie d'une accélération

du pouls. La plupart des auteurs : Cl. Bernard, Bezold, Weher etc., admettent que l'accélération est due à une paralysie des terminaisons intra-cardiaques du pneumogastrique ; mais cette accélération est toujours accompagnée d'une élévation de la pression sanguine, laquelle serait due à une irritation du centre vaso-moteur.

Donc nous sommes justifiables de conclure que cette imprégnation toxique tuberculeuse agit, non seulement sur le centre modérateur mais aussi, comme l'atropine, sur le centre vaso-moteur. Dans nos deux observations, l'accélération était accompagnée d'hypertension.

Mais cette augmentation du nombre des pulsations cardiaques et accompagnée de l'accélération des mouvements respiratoires—*dyspnée du début*—autre signe d'imprégnation toxique. Le centre respiratoire de la moëlle allongée serait donc impressionné, lui aussi, par la « toxine du Koch » tout comme après l'administration d'atropine.

Ici la question suivante pourrait se poser... Ces symptômes d'imprégnation sont commandés par quelle toxine?... Malheureusement poser la question, n'est pas la résoudre...

On sait, depuis les travaux remarquables de MM. Auclair et Paris, que l'ennemi,— le Koch,— attaque l'organisme par lui-même—*bacillo-caséine*—par ses poisons adhérents—*ethero et chloroformo-bacilline*—et par ses poisons solubles—*tuberculines*. Il est probable que ces derniers, (*tuberculines*) jouent le rôle principal et sont cause, non seulement de cette accélération du cœur et des poumons, mais aussi de la fièvre, transpiration etc.

Qu'importe, aux praticiens, que la cause essentielle soit une toxine soluble ou adhérente, l'important est qu'ils sachent découvrir à temps cette accélération du pouls et de la respiration et qu'ils pensent à une bacillose débutante, s'ils ne peuvent

trouver d'autres causes. La tuberculose a pris une telle importance de nos jours que le médecin doit savoir la dépister bien avant son éclosion.

Les paroles à jamais célèbres du Professeur Hardy, en matière de syphiligraphie, s'appliquent parfaitement à la tuberculose.

« Tout médecin, disait-il, qui, sans études consciencieuses de la vérole, aborde la clientèle, n'est pas un parfait honnête homme ».

Ayons donc l'œil ouvert sur tous ces signes de début résultant de l'impregnation toxique tuberculeuse et rappelons-nous toujours que « Prévenir » vaut mieux que « Guérir ».

OBSERVATION I.—Mad. G. M. 28 ans. Un enfant de 6 ans.

Histoire de Famille.—Une sœur morte du tuberculose, mais elle n'a jamais demeuré avec elle. Tous les autres membres de la famille sont en parfaite santé.

Histoire antérieure.—Elle n'a jamais été malade.

En janvier 1909, elle me consulte au sujet de sa fillette qui souffre d'adénoïdite. Puis elle me demande si je veux bien examiner son cœur. Rien d'anormal au cœur, ni aux poumons. La seule chose trouvée, 95 pulsations à la minute. A partir de ce jour je fais compter le pouls, matin et soir. Rapport après deux mois de 90 jamais, plus bas à 110 même 120.

En juin 1910 elle se plaint de douleurs au côté droit vers la 6ème côte, point pleurétique, en octobre amaigrissement, toux et à l'examen des crachats nombreux bacilles.

OBSERVATION II.—M. Wm. P. 26 ans, célibataire, cultivateur. Fils d'un père de 8 enfants. Tous en parfaite santé. Rien dans son histoire antérieure.

En juin 1910 il me consulte pour une écorchure aux doigts. Je mets l'index sur la radiale et je compte 98 pulsations à la minute. Le rapport, après trois mois, me donne de 96 à 110 et même 130.

Treize mois plus tard je le revois pour une douleur lombaire survenue à la suite d'efforts répétés.

A l'examen, sensibilité des vertèbres dorso-lombaires, de la fièvre, pouls à 110. Réaction prononcée à l'ophtalmo.

Diagnostic.—Tuberculose osseuse.

Notre-Dame du Lac, 31 août, 1912

BIBLIOGRAPHIE :

Thérapeutique usuelle du praticien.—Traitement de la tuberculose, Paris 1912, par Albert Robin.

Traitement scientifique pratique de la tuberculose pulmonaire, Paris 1911, par Ls. Rivau.

Pathologie interne.—Geo Dieulafoy.

Traité de physiologie.—Mathias Duval.

Landouzy « La Presse médicale, Paris, n° 24, mars 1912.

Pla y Armengol (Barcelone). Revue Internat. de la tuberculose, Paris, août 1912,

TUBERCULOSE RÉNALE

—

DIAGNOSTIC CLINIQUE ; ÉTUDE DES PROCÉDÉS MODERNES
D'EXPLORATION RÉNALE ; VALEUR COMPARÉE
DES DEUX REINS

Nos auteurs nous donnent un tableau séméiologique si clair et si précis de la tuberculose rénale, ils nous décrivent cette affection avec tant de détails, tant de signes classiques, que nous sommes portés à croire que le diagnostic en est réellement facile. Mais en pratique, en est-il bien ainsi? Les cas que nous avons pu voir et examiner, ceux que nous avons pu suivre dans toutes les phases de leur évolution dans les hôpitaux de Lyon et de Paris, principalement à Necker et à Lariboisière, nous ont montré que si, quelquefois, le diagnostic d'une bacillose rénale est facilité par la simplicité, la bonne ordonnance des symptômes, le plus souvent ceux-ci sont tellement complexes, obscurs ou contradictoires que ce diagnostic est très difficile, pour ne pas dire impossible, par les méthodes habituelles d'examen. Et même quand le diagnostic est posé, que de difficultés il reste encore à vaincre pour connaître au point de vue du pronostic et du traitement l'état du rein congénère et la valeur de son fonctionnement!

Après avoir passé en revue et analysé les symptômes, ironiquement appelés « classiques », de la tuberculose rénale, nous dirons quelques mots des méthodes nouvelles d'examen et d'exploration rénale au point de vue de la valeur comparée de la fonction des deux reins.

DIAGNOSTIC CLINIQUE

Nous ne parlerons pas de la tuberculose rénale à évolution lente, c'est-à-dire de la tuberculose rénale chronique primitive. La tuberculose miliaire aiguë étant plutôt du domaine de la médecine et la tuberculose secondaire à d'autres tuberculoses viscérales, étant moins intéressante au point de vue chirurgical.

Comment les malades atteints de tuberculose rénale se présentent-ils à nous?

De deux manières : avec ou sans symptômes de cystite et dans les deux cas les difficultés du diagnostic ne sont pas les mêmes.

Dans le premier cas (sans cystite) le malade vient consulter au début de sa maladie. Les causes qui le forcent à faire cette démarche sont très variées : il a maigri un peu, son appétit a légèrement diminué, il a moins de force, il se sent faible. Il ajoutera, sans y attacher probablement une grande importance, qu'il urine plus souvent depuis quelque temps, qu'il urine la nuit et qu'il urine plus abondamment.

Un autre viendra, se plaignant de douleurs plus ou moins vives dans le côté, comparables quelquefois à de véritables coliques néphrétiques revenant par crises.

Un autre présentera une tuméfaction anormale, une masse dans la région lombaire.

Enfin un quatrième, effrayé, anxieux, viendra parce qu'il aura pissé du sang.

Analysons ces différents symptômes et voyons si les malades qui en sont porteurs sont bien des bacillaires rénaux.

· La *Pollakiurie* est un des grands symptômes de début, c'est un symptôme de pré-tuberculose (de Rouville) manquant rare-

ment. Elle s'installe lentement, sournoisement; le malade, sans s'en rendre bien compte, pisse un peu plus souvent, il se lèvera même la nuit pour uriner, ce qu'il ne faisait jamais avant.

A sa période d'état, la pollakiurie est continuelle, diurne et nocturne, sans ces rémissions que procure au calculeux le sommeil de la nuit ou le repos du jour. Le malade a atteint ce stade où il n'a plus guère autre chose à faire que pisser (Dagneau).

Il ne faudra pas confondre cette pollakiurie due à une tuberculose rénale ou à une cystite tuberculeuse avec celle des faux urinaires (dyspeptiques, neurasthéniques, tabétiques) ni avec celle des prostatiques ou des calculeux.

La pollakiurie nocturne accompagne presque toujours le symptôme « douleur » vésical et doit faire penser que la lésion est au rein (Castaigne).

La Polyurie : Ce symptôme est d'ordinaire lié au précédent : « Plus on urine souvent, plus on urine abondamment ».

La polyurie est *trouble* ou *claire*. Celle-ci est généralement passagère (après une rétention d'urine) ou intermittente. Chez les tuberculeux, au moment des crises vésicales, les urines paraissent claires, contraste apparent avec le pus des jours précédents : celui-ci n'est pas disparu, il est dilué. Pour que l'urine polyurique reste trouble, il faut que la quantité de pus qu'elle contient soit abondante. La polyurie trouble est l'apanage de tous les vieux urinaires : rétrécis, prostatiques à cystites anciennes et à pyélo-néphrites.

La polyurie des tuberculeux se montre au moment des crises vésicales qui atteignent ces malades : elle se caractérise par des envies incessantes d'uriner, dont le chiffre peut devenir invrai-

semblable. C'est un des symptômes intéressants de cette affection qui revêt tant de physionomies diverses. « Ce n'est qu'un accident local, sans influence sur la marche de la maladie (Guyon).

Si quelquefois cette polyurie se montre sous forme continue, persistante, bien plus souvent, presque toujours même, pour être plus exact, elle présente des oscillations étendues, un jour, elle sera évidente, un autre jour elle fera entièrement défaut; les « crises » de polyurie apparaîtront à intervalles plus ou moins rapprochés, elles ne dureront que quelques heures ou se prolongeront pendant plusieurs jours. C'est l'excitation vésicale qui les provoque. Les polyuries intermittentes des tuberculeux urinaires se font remarquer par la limpidité des urines. Cette limpidité fait contraste avec leur état habituel, leurs dépôts purulents mélangés ou non de sang qui s'observaient journellement avant la crise et qui reparaîtront immédiatement après. Cette transformation n'a rien qui puisse surprendre: l'abondance de la sécrétion urinaire a permis le lavage complet de la vessie, le pus a été balayé, emporté par les premières mictions et n'a pas encore eu le temps de se reproduire: « Là où il n'y a plus assez de pus, l'urine perd ses droits au trouble et au dépôt » (Guyon).

La polyurie d'origine tuberculeuse dépasse rarement 5 litres, celle d'origine diabétique varie entre 5 et 30 litres.

Douleur: A peine marquée chez certains malades et consistant en une sensation vague et obtuse dans la région lombaire, elle revêt chez d'autres une intensité intolérable, procédant parfois par véritables crises aiguës. Ordinairement spontanée, elle se réveille parfois à l'occasion de la marche, d'un exercice violent, le simple décubitus latéral peut l'exagérer. Cette douleur, pour certains auteurs, n'est un symptôme prédominant que très tardivement (Castaigne, Paul Monroe Pilcher).

Si elle n'est pas précoce dans l'ordre d'apparition, du moins elle est souvent le premier symptôme dans l'esprit du malade. (Dagneau).

Elle peut siéger sur le rein sain, mais c'est l'exception. Le plus souvent c'est au niveau de la vessie qu'elle est ressentie. Elle s'irradie fréquemment vers l'épigastre, la fosse iliaque, l'aîne, les organes génitaux, les membres inférieurs. Quelques malades peuvent ressentir des douleurs absolument comparables et superposables par l'intensité et le caractère à celles de la colique néphrétique. Elles sont dues à l'obstruction plus ou moins complète de l'uretère par des grumeaux caséeux ou des caillots fibrineux consécutifs à une néphroragie.

Certains malades souffrent sans qu'on puisse attribuer la douleur à des phénomènes d'obstruction. Et dans ces cas on peut penser à l'existence de véritables névralgies rénales (Albarran).

Chez quelques malades, les douleurs prennent une telle intensité et une telle persistance, qu'elles dominent tous les autres symptômes; elles constituent une « forme douloureuse » de tuberculose rénale. La douleur, continue ou paroxystique en est l'élément dominant (Tuffier).

La douleur provoquée est à peu près constante. Pour la produire, avec la pointe des 3 doigts du milieu, on appuie en arrière dans l'angle que forment la masse sacro-lombaire et la dernière côte (Guyon). La manœuvre du ballotement rénal ou une pression d'avant en arrière, au dessous des côtes, sur le rein, peuvent encore la provoquer.

Le malade accuse donc une douleur: est-ce une douleur rénale? Dans l'affirmative, cette douleur indique-t-elle la bacillose de l'organe?

Quand un rein est malade, on peut ordinairement déterminer

à volonté de la douleur, par la pression en certains points bien localisés et qui sont toujours les mêmes : ce sont les points réno-urétéraux (Pasteau).

Ces points sont repartis dans différentes régions, soit sur la paroi abdominale postérieure, soit sur la paroi abdominale antéro-latérale ; d'autres ne peuvent être atteints que par le toucher vaginal ou rectal.

Les points postérieurs sont : 1° le « *costo-musculaire* » qui, nous l'avons vu, il y a un instant, est situé exactement au sommet de l'angle formé par la dernière côte et le bord externe des muscles de la masse lombaire. 2° Le point « *costo-vertébral* » (Guyon), situé au sommet de l'angle formé par la dernière côte et le bord externe de la colonne vertébrale.

Les points antérieurs sont plus importants : 3° Le point « *sous-costal* », situé juste au-dessous du rebord costal, à peu près en regard de l'extrémité de la dixième côte. 4° Le point « *para-ombilical* » de Bazy ou « *urétéral supérieur* » de Posteau, situé à l'intersection d'une ligne horizontale passant par l'ombilic et d'une ligne verticale passant par le point de MacBurnay. Il se peut que la douleur que l'on provoque ainsi s'irradie vers la vessie (réflexe pyélo-vésical) et s'accompagne du besoin d'uriner (Pasteau). 5° Le point « *urétéral moyen* » qu'on perçoit en palpant l'uretère à travers la paroi abdominale antérieure au moment où il croise les gros vaisseaux pour pénétrer dans le petit bassin. 6° Le point « *sus-intra-épineux* » (Posteau) situé juste au-dessus et en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure, au niveau du passage du nerf fémoro-cutané, à l'extrémité supéro-externe de l'arcade crurale. Pour le trouver, il est nécessaire de contourner en quelque sorte l'épine iliaque, comme si on voulait l'accrocher avec l'extrémité du pouce. 7° Le point « *inguinal* » (Pasteau) situé exactement au niveau de l'orifice externe et superficiel du canal inguinal.

8° Le point rénal latéral, point « *sus-iliaque* » (Pasteau) est situé au niveau et un peu au dessus de la crête iliaque, à peu près en regard de la partie moyenne de cette crête, au point d'émergence de la branche perforante du dernier nerf intercostal ou du premier lombaire.

9° Le point rénal inférieur, point « *vésico-vaginal* » ou « *vésico-rectal* » de Bazy ou « *urétéral inférieur* » de Pasteau, correspond à l'embouchure de l'uretère dans la vessie.

Parmi ces différents points douloureux, il en est qui ont une importance capitale : il faut citer en première ligne le « *sus-intra-épineux* » qui ne manque pour ainsi dire jamais.

Les points *urétéraux supérieur, moyen et inférieur* nous intéressent particulièrement parce qu'ils correspondent au trajet urétéral et se rencontrent régulièrement quand l'uretère est dilaté ou sérieusement infecté, en particulier dans le cas de tuberculose urétéro-rénale.

Tous ces points siègent du côté du rein malade et en cas de lésion bi-latérale, sont plus nettement perceptibles du côté du rein le plus atteint.

Parmi les affections douloureuses de la région lombaire, le *Mal de Pott* ne doit pas être oublié. L'examen de la colonne vertébrale doit donc être fait avec le plus grand soin : percussion (de préférence avec le bord cubital de la main, parce que la percussion digitale provoque de la douleur, même chez un sujet sain, Delbet), succussion des apophyses, transverses et épineuses (Calot), mouvements passifs et actifs de la colonne vertébrale.

La névralgie lombo-abdominale : la douleur ici comme dans toutes les névralgies, obéit aux trois lois suivantes : 1° Elle suit

exactement le trajet de la branche nerveuse malade; 2° Elle présente des paroxysmes désignés sous le nom d'accès; 3° Au niveau de certains (points douloureux de Valleix), la pression la réveille ou l'exagère. Lorsqu'elle est typique et qu'on peut retrouver ces points lombaire, iliaque, hypogastrique, inguinal, lorsqu'en même temps existent les irradiations scrotale ou vulvaire, testiculaire ou utérine, le problème à résoudre est simple; mais si ces manifestations douloureuses se réduisent au point lombaire ou au point iliaque, si, au lieu d'être passagère, elle offre une persistance de plusieurs mois la difficulté peut être extrême. Le diagnostic n'est pourtant pas insoluble. Dans la névralgie lombo-abdominale, le point postérieur occupe ordinairement l'interstice du muscle long dorsal et du sacro-lombaire. Il est plus interne et plus nettement limité que les points « *casto-vertébral* » et « *casto-musculaire* » de la tuberculose réno-urétrale (Le Dentu). Enfin la douleur de la tuberculose rénale sera une douleur profonde; la douleur névralgique sera plus souvent une douleur superficielle.

Lumbago: Début brusque, caractère bilatéral diffus et superficiel de la douleur, celle-ci facilement réveillée par la pression sur la masse sacro-lombaire; les mouvements arrachent des cris au malade.

Quelle est maintenant la nature de l'affection dont est atteint le rein ou du moins quels renseignements peut nous donner à ce sujet, le symptôme « douleur »?

Rein mobile: La douleur, éprouvée par les malades, peut aller de la simple gêne accusée dans l'hypochondre surtout après la marche où à la suite d'un effort quelconque, jusqu'à la douleur presque constante qui rend tout travail impossible et condamne

le malade au lit. Quelquefois des phénomènes douloureux réflexes ont valu au syndrome le nom « d'étranglement rénal » : les vomissements, les lipotymies, le faciès grippé, indiquent la gravité de cet accident (Albarran).

Mais dans le cas de rein mobile, on sentira cet organe dans l'abdomen sous forme de tumeur mobile, ordinairement réductible et le symptôme douleur s'accompagnera le plus souvent de troubles nerveux (nervosisme, neurasthénie, hystérie) et de troubles digestifs.

Hydronéphrose intermittente : la douleur ici se présente sous forme de crises et s'accompagne d'augmentation de volume du rein. Une émission abondante d'urine signale souvent la fin de la crise avec retour plus ou moins complet du rein à son volume primitif.

Cancer : Les douleurs du cancer n'ont rien de caractéristique. Si elles existent on trouvera une tumeur dans la région rénale et ordinairement le malade aura eu de grosses hématuries.

Rein polikystique : La douleur ici encore peut simuler la crise de colique néphrétique et s'accompagner au début d'hématurie, plus tard les reins, par leur développement progressif forment une tumeur souvent perceptible. Si cette tumeur est *bilatérale* on pensera à des reins polykistiques. Plus tard encore, apparaîtront les signes du brightisme.

Lithiase : La bacillose peut présenter les mêmes douleurs, les mêmes crises de coliques néphrétiques que la lithiase. Si le malade a déjà éliminé des graviers ou du sable par l'urèthre, il n'y a pour ainsi dire plus de diagnostic différentiel à porter. Mais si ces antécédents lithiasiques n'existent pas, il faudra ana-

lyser attentivement les caractères de la douleur assister à une crise, examiner les urines immédiatement après. Une crise de colique néphrétique produite par un caillot sanguin ou un grumeau caséeux, sera suivie d'une décharge de pus ou de sang. L'urine du lithiasique sera plus acide, en quantité plus considérable et quelquefois on rencontrera des cristaux abondants d'acide urique.

Hématurie: C'est le symptôme qui effraiera le plus le malade et le décidera à avoir recours aux lumières du médecin. Un malade pourra avoir quelques douleurs rénales, il pourra pisser un peu plus souvent que normalement, mais ces symptômes ne l'inquiéteront pas outre mesure et il ne consultera pas dans l'espoir qu'ils disparaîtront sous peu, « comme ils sont venus ». Il n'en sera plus de même quand le malade pissera du sang.

L'hématurie est un symptôme fréquent. Comme l'hémoptysie dans la tuberculose pulmonaire, l'hématurie peut être précoce, devancer tous les autres signes. Elle est habituellement peu abondante, légère, transitoire, indolore. Elle survient sans causes appréciables et n'est pas modifiée par le repos; elle apparaît par poussées, disparaît subitement, reste toujours discrète au début.

Plus tard, quand il y a pyurie, elle survient, plus abondante, et serait due à l'ulcération d'un vaisseau par le processus tuberculeux. « Quand elle cesse, le pus continue comme si rien n'en était, comme un tuberculeux des poumons continue de cracher après une hémorragie » (Dagneau).

Il y a d'autres cas, plus rares, où l'hématurie est le symptôme unique, prépondérant. Intense, abondante, douloureuse, avec caillots urétéraux simulant la colique néphrétique calculeuse,

avec caillots de l'urèthre déterminant la rétention d'urine, avec pâleur, anémie du sujet, amaigrissement, affaiblissement, cachexie, symptômes rappelant les hématuries cancéreuses du sein : c'est la forme « *hématurique* » de la tuberculose rénale (Routier, Pousson, Tuffler, Dieulafoy).

On ne confondra pas cette hématurie avec une coloration anormale de l'urine due à certains « *ingesta* » comme la rhubarbe, le séné; à certains médicaments: acide phénique; à certaines substances colorantes: pigments biliaires, hémoglobine dissoute (hémoglobinurie a frigore): enfin on évitera la confusion trop grossière avec certains dépôts d'urates. Dans tous ces cas, l'examen chimique précise le diagnostic.

Le sang contenu dans l'urine peut venir de l'urèthre, de la prostate, de la vessie et du rein.

Chez la femme il faudra éviter de confondre hématurie et sang des règles tombé dans l'urine.

Urèthre: Une blessure de l'urèthre donnera une urétrorragie, non une hématurie. Le sang coulera entre les mictions et pendant la miction, il n'y aura que les premières gouttes, que le premier jet qui seront colorés, parce que l'urine balaie le canal.

Prostate: Le sang venant de la prostate peut s'accumuler dans l'urèthre postérieur et apparaître au début de la miction. Mais habituellement il s'écoule dans la vessie et se mélange aux urines. Mais dans ces cas d'hématuries dues à des lésions prostatiques, l'âge du malade, le toucher rectal et les autres symptômes de prostatite éclaireront le diagnostic.

Vessie: Lorsque le sang se montre pendant toute la durée de la miction et que l'urine se colore de plus en plus en terminant, qu'elle devient de plus en plus rutilante, on admet la probabi-

lité d'une lésion vésicale. L'hématurie terminale vraie, celle qui ne se montre qu'à la fin de la miction, est une hématurie vésicale. Une lésion de l'urèthre postérieur, comme nous l'avons vu, pourrait présenter cette apparence, mais une sonde introduite dans la vessie écartera tous les doutes, et fera affirmer le diagnostic d'hématurie vésicale si le sang continue à couler.

Les hématuries vésicales sont à la fois plus longues et plus renouvelées que les hématuries rénales. Enfin l'hématurie vésicale s'accompagne de fréquence et de douleur.

Rein : L'hématurie du rein est une hématurie totale, le sang est intimement mélangé à l'urine et celle-ci s'écoule aussi rouge au commencement qu'au milieu et à la fin.

Pour nous résumer, si nous recueillons les urines d'une miction en trois verres différents (Guyon) nous pourrions soupçonner d'après les différences de coloration, l'aspect du dépôt et la forme des caillots, l'organe blessé qui saigne.

1° *Différences de coloration* :

Le premier verre est-il plus foncé? Le sang vient de l'urèthre ou de la prostate. Est-ce le dernier? Le sang vient de la vessie. Les trois verres sont-ils uniformément colorés? Urine et sang sont éliminés, excrétés simultanément, le sang vient du rein.

2° *Aspect du dépôt* :

a) S'il y a mélange de sang et de pus, le dépôt seul est sanglant; l'urine qui surnage est claire : « Le pus a englué les hématies » (Guyon), et la décoloration est parfaite.

Le dépôt présente alors deux types :

I.—Jaunâtre, à stries délicates, presque « élégantes », dessinant de petites lignes ondulées qui séparent le dépôt en plu-

sieurs couches, rappelant « les coupes qui servent en géologie à faire distinguer les diverses couches de terrain » (Guyon).

II.—Glaireux, très adhérent au fond du vase, ponctué de nombreuses stries sanglantes.

Ces deux types d'urines purulentes viennent de la vessie.

b) S'il y a du sang pur, les urines qui surnagent même après un dépôt prolongé, sont colorées et d'autant plus foncées qu'elles sont plus inférieures et plus voisines du dépôt.

L'origine de l'hématurie, à l'aspect, reste alors imprécise.

3° *Forme de caillots :*

Leur formation est d'autant moins facile que les urines sont plus abondantes.

Gros et courts, de 1 à 2 c. m., pareils à de petites sangsues bien gorgées, ils sont d'origine vésicale.

Vermiformes et très grêles, de 15 à 20 c. m. ils constituent de vrais moules de l'uretère et sont pathognomoniques d'une hématurie rénale (Pillet).

L'hématurie vient du rein. Quelle est la lésion qui la provoque ?

Un grand nombre d'*infections générales* peuvent se porter sur le rein et le faire saigner : scarlatine, fièvres éruptives, rhumatisme articulaire aigu (?)

L'hématurie chez un *hémophilique* se diagnostiquera grâce aux antécédents hémorragiques : épistaxis, rectorragies etc., etc.

L'hématurie du *calculoux* est provoquée par le mouvement, le mouvement brusque, le mouvement actif et répété. Elle disparaîtra par le repos, à moins qu'elle ne soit une hématurie prémonitoire d'un accès néphrétique. Interroger le malade sur ses antécédents.

Dans le *cancer*, l'hématurie est plus considérable, plus abondante ; elle survient, comme l'hématurie de la tuberculose d'ailleurs, aussi bien après le repos qu'après la marche, aussi bien le matin au réveil, qu'après une journée de fatigue. Le repos ne la modifie pas, le décubitus même prolongé ne l'arrête point. Dans le cancer, on trouvera à la palpation, une tumeur, un gros rein. Quelquefois un varicocèle, développé brusquement à gauche, tranchera le diagnostic en faveur d'un néoplasme.

Les *kystes du rein*, les *reins polykystiques* s'accompagnent fréquemment d'hématuries. Nous avons vu au sujet du symptôme douleur comme le diagnostic différentiel est difficile à faire.

Les *Néphrites aiguës* peuvent causer des hémorragies, mais l'évolution de la maladie fera éviter l'erreur de diagnostic.

La *grossesse* peut présenter des hématuries d'origine congestive.

Nous avons vu jusqu'ici des malades se présentant au début de leur maladie, c. a. d., sans symptômes de cystite.

Voyons maintenant ceux-ci. Ces symptômes sont ceux que nous aurons à constater le plus fréquemment chez les malades atteints de tuberculose rénale.

Rafin dans une statistique récente, trouve que 61.87% des malades se présentent avec des symptômes de cystite et que 19.37% seulement, ont des symptômes uniquement rénaux. C'est pourquoi cet auteur donne aux symptômes de cystite le nom de « signal symptôme », parce qu'ils éveillent l'attention du malade et le forcent à consulter.

P. Vignard et L. Thevenot écrivent que les premiers symptômes en date sont des symptômes vésicaux et cela aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte.

Pour Pilcher « la tuberculose rénale se manifeste surtout par des symptômes de cystite, c. a. d. miction fréquente et douloureuse, le jour et la nuit, avec polyurie et pyurie.

Marion enseigne que presque toujours un malade n'attire pas l'attention du côté de son rein, mais consulte pour des phénomènes vésicaux. Il ajoute qu'une cystite bacillaire n'est pour ainsi dire jamais primitive et que les symptômes vésicaux ne relèvent pas complètement des lésions de la vessie puisqu'ils se modifient notablement aussitôt que le rein malade a été supprimé.

La tuberculose rénale peut à elle seule donner par voie réflexe des symptômes vésicaux, sans qu'il y ait à proprement parler cystite; la douleur, la fréquence des mictions sont produites par le rein tuberculeux qui met en jeu le réflexe réno-vésical, le pus qui vient du rein semble venir de la vessie (Leguen).

« Pour dire cystite, il faut, dit Guyon, constater la réunion des trois principaux symptômes: fréquence des mictions, douleurs, purulence des urines, quelle que soit du reste leur intensité.

Nous connaissons le symptôme pollakyurie. Voyons les renseignements que peut nous donner la *douleur*.

Il faudra d'abord éviter la confusion avec la douleur des :

Nei. rasthéniques (ici non seulement la miction, mais même le besoin d'uriner est douloureux).

Des *myélitiques* (tabès) (Geffrier, A. Fournier).

Des *blennorragiques* (le passage seul de l'urine est douloureux).

Il ne faudra pas confondre la cystite avec les *névralgies vésicales*: dans celles-ci les urines sont claires, les mictions sont fréquentes, la vessie n'est sensible ni à la distension ni au contact (Hartmann).

La douleur initiale de la miction se produit surtout chez les prostatiques, rétentionnistes ou incontинents par regorgement. Elle indique une lésion du col ou même du corps de la vessie.

La douleur *qui accompagne* la miction n'est habituellement que la prolongation de la douleur qui la précède. Cette douleur est souvent très intense, si intense même que les malades se plaignent « d'uriner de l'eau bouillante » du « feu ». Chez ces malades, les urines seront ammoniacales dès l'émission, (par conséquent on pourra diagnostiquer cystite?). La douleur *terminale* de la miction indique la présence d'un calcul ou une lésion du col vésical « c'est le cri de l'organe souffrant » (Guyon).

« Si la douleur finale ne se montre que dans la miction debout, si elle disparaît ou diminue notablement lorsque le sujet prend le soin d'uriner couché, si les exercices violents ou même le simple fait de marcher, provoquent des crises que le repos fait cesser absolument, si, en un mot, l'influence des mouvements est presque toujours provocatrice, si les journées sont mauvaises, tandis que les nuits sont calmes, si le malade qui peut se croire guéri le matin est obligé de reconnaître le soir qu'il est encore souffrant, vous êtes en droit de soupçonner l'existence d'un corps étranger ». (Guyon).

Dans la tuberculose, le symptôme douleur qui accompagne la fin de la miction, se produit, augmente ou diminue sans que l'influence du repos ou des mouvements se fasse sentir d'une façon régulière et nettement appréciable. Le repos, le décubitus dorsal pendant la miction ou même prolongé pendant des heures entières n'apporterait aucun soulagement. Bien plus, tandis que le jour est relativement calme, les nuits s'accompagnent d'une véritable recrudescence douloureuse.

Les faits, malheureusement ne sont pas toujours aussi tranchés et beaucoup de cystites tuberculeuses peuvent simuler l'affection calculeuse.

Nous voyons, par ce qui précède, que le symptôme douleur, isolé, ne peut guère nous donner d'éléments satisfaisants pour un diagnostic certain. Si nous le rapprochons des autres signes tirés de l'étude de la miction, nous aurons des résultats plus encourageants. Comparons, par exemple, le phénomène douleur avec la fréquence du besoin d'uriner. Ces deux symptômes sont absolument en rapport l'un avec l'autre. Le calculeux souffre en finissant d'uriner et sous l'influence des mouvements; mais il éprouve aussi sous l'influence des mouvements de plus fréquents besoins: il urine moins souvent la nuit que le jour.

Pyurie: « Les urines au cours de la bacillose rénale, sont toujours modifiées. Parmi ces modifications, la plus fréquente, la plus constante est la pyurie, qui, dit M. Guyon, est spontanée, constante, durable ». (Leguen).

Au point du vue rénal?) La pyurie s'installe d'habitude lentement. Les urines qui étaient d'abord légèrement louches, légèrement troubles, épaississent, blanchissent petit à petit et un jour le malade constate que son urine est sale; il voit des flocons, des nuages verdâtres ou grisâtres flottant ça et là. Cette urine dépose mal, elle ressemble à de l'eau de lavage: c'est « l'urine lavée » de Guyon.

Contrairement à ce qui se passe dans l'hématurie, la pyurie ne procède pas par crises ou n'évolue qu'exceptionnellement de cette façon. Une fois établie elle se produit d'une façon continue et sa durée est généralement grande.

Dans aucune autre affection des organes génito-urinaires verra-t-on ces malades suppurer si facilement, si abondamment et avec autant de persistance. Aussi Guyon, dans ses leçons, désigne-t-il, ces malades sous la dénomination de « Pisseurs de pus ».

Nous avons dit, que pour diagnostiquer cystite, il fallait trouver les trois principaux symptômes, le trépied de l'affection ; fréquence des mictions, douleur, pyurie.

La pyurie à elle seule, n'indique donc pas une cystite. En effet le pus peut venir de l'urètre, il peut même venir d'un abcès du voisinage, fistulisé dans les voies urinaires.

Chez la femme, l'examen de la vulve, du vagin, le toucher vaginal méthodiquement fait et combiné avec la palpation de l'hypogastre donnera les meilleurs et les plus sûrs renseignements au sujet de la blennorragie ou d'un abcès, d'une collection du petit bassin.

Chez l'homme il faudra toujours examiner avec soin le prépuce, le gland, le méat. Chez lui, le pus pourrait venir d'une prostatite suppurée, d'un abcès urinaire. Il faut s'enquérir des antécédents du malade ; lui a-t-on déjà introduit des instruments dans la vessie, a-t-il eu des blennorragies et dans quelles conditions celles-ci ont-elles évolué ou se sont-elles succédées ?

L'aspect des urines peut donner quelques renseignements sur la pyurie :

Des nuages à contours irréguliers se déposant sur le fond du vase ou sur ses bords s'observent en cas de cystite du col ou de tuberculose prostatato-vésicale.

Si le pus s'isole franchement et que l'urine qui surnage soit d'aspect et de réaction normales, la pyurie est vésicale.

Si le pus s'isole imparfaitement, c. a. d., si l'urine reste trouble (surtout si elle s'accompagne de polyurie), la pyurie sera rénale.

L'épreuve des trois verres de Guyon, renseignera ici comme dans l'hématurie :

Le 1er et le 3ème verres sont-ils lactescents ? Le pus provient de l'urètre, de la prostate ou de la vessie.

Si les trois verres sont troubles, le pus vient du rein et les urines seront acides.

A l'aide de ces divers renseignements, nous avons trouvé que la pyurie était vésicale et qu'accompagnée de fréquence des mictions et de douleur, elle signifiait cystite. Voyons maintenant les différentes formes de cystite, et cherchons les caractères qui les différencieront de la cystite tuberculeuse.

Cystite cantharidienne : L'urine contient du pus et des fausses membranes. Antécédents.

Cystite blennorragique : Vers la troisième ou la quatrième semaine de la blennorragie. Les urines contiennent du pus et du sang. L'hématurie est fréquente, souvent même abondante.

Elle dure d'habitude de 8 à 15 jours ou passe à l'état chronique.

Ces deux cystites, cantharidienne et blennorragique, préparent le terrain et favoriseront beaucoup l'éclosion d'une cystite bacillaire.

Cystite calculeuse : Nous avons vu ses caractères : symptômes accentués par le mouvement, la marche etc ; diminués par le repos etc.

Cystite des rétrécis : L'explorateur de l'urètre et de la vessie suffiront pour faire le diagnostic.

Cystite des prostatiques : Reste souvent absolument indolente, chronique. Une congestion, un excès quelconque, produiront des accidents aigus, puis tout rentrera dans l'ordre. L'examen complet résoudra le problème.

Cystite des néoplasiques : Intensité souvent excessive des douleurs ; tendance à se maintenir ou à s'aggraver. Revêt des allures bruyantes dès le début. Les urines prennent une odeur fétide spéciale, rappelant celle des macérations anatomiques.

Cystite des myéltiques (Tabès, fracture de la colonne vertébrale) : rétention continuelle, absence de douleurs, suppuration abondante.

Cystite de la grossesse : D'ordinaire bénigne ; peut cependant aller jusqu'à la gangrène de la vessie (Couvelaire).

Cystite post-partum : Subit toujours au moment des règles, une nouvelle poussée.

Cystite douloureuse : (Guyon) succède à une cystite aiguë, Les douleurs persistent au même degré pendant des semaines et des mois malgré la suppression de toute manœuvre capable de nuire.

Cystite membraneuse : Succède aussi à une cystite aiguë. La présence dans l'urine de membranes ou de débris de membranes caractérise cete variété (Leguen).

Voilà les différentes formes de cystite qu'il faudrait savoir différencier de la cystite tuberculeuse.

Il reste maintenant à savoir si la cystite tuberculeuse qui nous occupe est primitive ou secondaire et dans ce cas si elle est secondaire à une tuberculose rénale ou à une tuberculose génitale.

La tuberculose vésicale primitive est possible. Albarran l'a démontré expérimentalement en 1891 ; en 1898 il prouvait avec pièces anatomiques à l'appui qu'elle existait. Mais elle est si rare, qu'on peut dire avec Marion, qu'une cystite bacillaire n'est pour ainsi dire jamais primitive. Leguen va plus loin : « Dans l'appareil urinaire, dit-il, la tuberculose commence toujours par

le rein, ensuite prend l'uretère et finalement la vessie. La tuberculose vésicale est toujours secondaire et n'existe pas comme maladie primitive. »

(Laënnec, 8 février 1912).

Au point de vue pratique, la cystite est donc secondairement tuberculeuse.

Dans la tuberculose génitale on trouvera des lésions de l'épididyme (noyaux ou induration totale), des canaux déférents (induration, augmentation de volume, noyaux durs) du testicule (perte de sa souplesse, petites nodosités), de la prostate (farciée de noyaux durs, irréguliers, donnant à la glande une forme bosselée bien caractéristique) des vésicules séminales (indurées, bosselées ou irrégulières, comme injectées au suif). La vaginale réagit par la formation de liquide.

Les malades se plaindront souvent de ténesme vésical, d'autres d'hématuries légères, de pertes séminales répétées, d'écoulements séro-purulents, non douloureux mais très tenaces.

Ces symptômes sont un peu différents de ceux de la cystite tuberculeuse d'origine rénale. Seulement, même dans ces cas, il faut toujours examiner les reins pour ne pas méconnaître une infection tuberculeuse intéressant tout l'arbre urinaire.

Pour nous résumer et ne pas recommencer l'énumération des signes de la tuberculose rénale, citons ces quelques mots de Morton : « On devrait toujours soupçonner la tuberculose, surtout chez les jeunes, quand la cystite n'est pas due à un calcul ou à un rétrécissement et quand l'urine ne revient pas claire après un lavage. Une cystite tuberculeuse présentera une aggravation des symptômes sous l'influence d'un lavement au nitrate d'argent ».

(A suivre)

REVUE DES JOURNAUX

VIRULENCE ET CONTAGIOSITÉ DE LA SUEUR DES TUBERCULEUX.—(*Acad. de Méd.*, mars 1912).

La sueur des tuberculeux est virulente et contient des bacilles tuberculeux. Cette élimination se rattache évidemment à la nature septicémique de la tuberculose. Les sueurs des tuberculeux constitueraient des crises d'élimination du bacille.

C'est donc là un nouvel agent de contagion directe ou indirecte par contact par la lingerie ou les vêtements. Ceci impose nécessairement des mesures spéciales de prophylaxie, même lorsque le tuberculeux ne souffre pas de lésions ouvertes. La désinfection du linge s'impose, ainsi que l'isolement du malade au moins la nuit. C'est un argument de plus en faveur de la lutte contre les habitations surpeuplées.

A. V.

ÉPIDÉMIE DE FIEVRE TYPHOÏDE DUE À DU LAIT INFECTÉ PAR UN PORTEUR DE BACILLES.—(*Sem. Med.*, 22 mai 1912, du *N. Y. Med. Journ.*)

On constatait en février 1910, à New-York, 15 cas de typhoïde en deux jours dans un quartier. En peu de temps survinrent un grand nombre de nouveaux cas dans la même partie de la ville. Après enquête il fut reconnu que tous les malades s'approvisionnaient de lait au même endroit. Il fut établi que six cas de typhoïde existaient simultanément dans une des fermes fournissant le lait.

Du reste sur les 44 cas de cette épidémie 24 se rencontraient

chez des enfants ou des jeunes gens, comme c'est la règle dans les infections par le lait.

Il fut constaté que le fermier lui-même avait eu la typhoïde en 1904 et était le seul à la ferme ayant eu la maladie. A l'examen de ses selles, il fut reconnu "porteur de bacilles". Ce fait établissait clairement toute l'étiologie de cette épidémie de dothiénterie.

A. V.

LES PRINCIPES MODERNES DANS LE TRAITEMENT
DES TUBERCULOSES DITES CHIRURGICALES.—Par
M. le Professeur de Quervain.—*La Semaine Médicale*, 11 septembre 1912.

Après avoir fait l'historique du traitement des tuberculoses externes pendant la période qui s'est écoulée depuis Ollier jusqu'à nos jours, l'auteur définit comme suit la tâche que se propose la chirurgie actuelle: *tenir compte également du terrain général et de la manifestation locale, affermir l'un par les moyens les plus efficaces, combattre l'autre par les moyens assurant le meilleur résultat fonctionnel, qu'ils soient du domaine opératoire ou de nature conservatrice.*

Après avoir émis ces principes généraux qui lui servent de base dans l'orientation du traitement de toute tuberculose, l'auteur divise son travail en deux parties. Dans la première, il passe en revue les principaux agents thérapeutiques conservateurs, et c'est à eux qu'il donne la plus grande importance. Dans la seconde partie, il résume en quelques phrases, les principes généraux modernes qui doivent guider tout chirurgien qui veut intervenir localement sur une tuberculose.

Agents thérapeutiques conservateurs: — 1^o L'Iodoforme: Il paraît avoir donné ce qu'il pouvait donner; de même que son association ou le mélange des substances appartenant au groupe

du phénol, du gâiacol, et du naphthol. Le naphthol camphré est loin d'être inoffensif, et il ne faut jamais oublier l'idiosyncrasie iodoformique.

2° *La méthode sclérogène*: Entre les mains de son promoteur M. Lannelongne, elle n'a pas transformé la thérapeutique des tuberculoses chirurgicales. Récemment, M. Klaff a substitué l'alcool au chlorure de zinc; ce sera peut-être un adjuvant du traitement local.

3° *Les injections de tuberculine* dans le foyer tuberculeux; de même que les injections locales de ferments tryptiques. Ces méthodes ne sont pas encore entrées dans la pratique générale, faute d'une expérimentation clinique précise.

4° *Méthode de Bier*: Utile dans certains cas, elle n'est pas assez efficace pour devenir le moyen thérapeutique de choix. M. Bier a modifié récemment sa méthode en joignant à la stase mécanique, l'hypérémie par surchauffement. Les résultats définitifs de ce procédé sont encore inconnus, mais il reste acquis que, comme la méthode primitive, elle ne sera applicable qu'à une partie restreinte des tuberculoses chirurgicales. M. Hotz, de Wurtzbourg a préconisé dernièrement l'hypérémie sans stase combinée avec l'ancien traitement général par l'iode.

5° *Injection d'une pâte au sous-nitrate de Bismuth dans les trajets fistuleux*: C'est la méthode des frères Beck (de Chicago). Les résultats sont dûs à l'action désinfectante du bismuth et à la radioactivité provenant des examens radiographiques répétés auxquels les principaux cas furent soumis à titre de contrôle. Or, dit M. de Quervain, avec le traitement par la pâte bismuthée on ne peut obtenir tout au plus que l'oblitération de la fistule, ce qui rend la méthode trompeuse et illusoire puisqu'elle ne tient pas compte d'un foyer, cause de la manifestation secondaire que seule elle cherche à guérir. D'ailleurs les cas d'intoxications par le bismuth, rendent l'auteur circonspect à l'égard de cette méthode.

6° *Traitement par les rayons X*: D'après l'auteur, c'est le pro-

cédé thérapeutique local le plus important parmi les méthodes modernes. Préconisé par des médecins américains et français, puis par M. Freund, il a été perfectionné par M. Iselin, assistant à la clinique chirurgicale de Bâle. Grâce à ce moyen thérapeutique, la limite d'âge du traitement conservateur s'est trouvée sensiblement reculée. Les résultats obtenus avec les rayons X, l'emportent de beaucoup sur ceux obtenus par les injections modificatrices. Il a pu guérir des tuberculoses osseuses et articulaires chez des sujets même adultes, ce qui on le sait, est assez rare. Ce traitement présente aussi des inconvénients: des ulcères tardifs, épithélioma peuvent apparaître à la suite d'un traitement prolongé. L'action des rayons X sur les tuberculoses n'est pas encore connue.

7° *Traitement par la lumière solaire*: C'est M. Poncet qui le premier il y a vingt ans a préconisé ce traitement. Vérifié par Bernhard, Rollier et l'auteur de cette étude, les résultats sont venus confirmer son efficacité. Plusieurs hypothèses ont été faites pour expliquer l'action de la lumière solaire, mais le fait capital à retenir c'est que « la lutte locale entre l'organisme et le microbe tuberculeux est décidée en faveur du premier par l'action locale de la radiation solaire ».

Après avoir passé en revue les traitements locaux, l'auteur touche la question du traitement général, de l'affermissement du terrain chez les tuberculeux chirurgicaux. D'abord *l'alimentation*: « Exception faite des tuberculoses de l'intestin et du rein, l'alimentation ne demande pas de précautions spéciales. Les régimes et les spécialités médicamenteuses ne sont pour M. de Quervain qu'une affaire de mode et d'engouement. L'auteur s'arrête plus longuement à la question de la déminéralisation. Pour l'auteur, tout os atteint de tuberculose se déminéralise parce qu'il n'est plus apte à remplir ses fonctions de soutien des parties qui l'entourent, et d'appui pour le corps. Tout os guéri de tuberculose se reminéralise parce qu'il reprend ses fonctions. Des examens radiogra-

phiques répétés le prouvent. La déminéralisation tout comme la reminéralisation est donc un phénomène physiologique et ne relève nullement de la thérapeutique, à condition que la nourriture du malade contienne des sels minéraux en quantité suffisante, et c'est le cas de toute nourriture normalement composée. Cependant dans le régime il faut donner une place à part à l'huile de foie de morue qui n'a pas démerité depuis que tant de générations en bénéficient.

Enfin vient la *chimiothérapie* dont les deux plus importantes, la médication *arsenicale* et la médication *iodée*, qui, bien que susceptibles de donner de bons résultats ne sont ni l'une ni l'autre spécifiques. Il faut donc reconnaître que la thérapeutique chimique de la tuberculose est encore à découvrir.

Le traitement par les *tuberculines* est nul à l'état actuel.

Les facteurs les plus importants dans le traitement conservateurs des tuberculoses chirurgicales, ce sont l'air et la lumière. Aussi se sont eux qui donnent toute la supériorité, bien établie aujourd'hui, au traitement dit climatique. L'air, et le soleil de la montagne sont-ils plus efficaces que le soleil et l'air de la mer? Rien ne le prouve encore. Mais ce qui est admis c'est que lumière solaire et air pur sont indispensables. Aucun traitement ne vaut sans eux.

Opération chirurgicale: Elle n'est plus aujourd'hui qu'un adjuvant exceptionnel. Voici les principes généraux qui doivent la diriger: 1^o Il ne faut jamais s'attaquer à une tuberculose osseuse ou articulaire fermée, quand on n'est pas en mesure d'extirper radicalement le foyer tuberculeux. 2^o Si les circonstances nous ont amené à supprimer un foyer osseux, une articulation tuberculeuse encore aseptiques par une intervention sanglante radicale, nous fermerons la plaie et ne compromettrons pas le résultat de l'opération par le tamponnement, fut-ce à la gaze iodoformée. 3^o Si notre résection a porté sur un foyer déjà infecté secondairement, fistuleux, notre conduite variera suivant l'intensité de

cette infection. Le drainage peut être nécessaire. 4° Les opérations partielles doivent se borner à l'incision d'abcès produits par l'infection secondaire et l'extraction de séquestres dans les cas fistuleux.

EDG. C.

LES TRAUMATISMES OSSEUX CHEZ L'ENFANT. —

Par M. le Professeur Kirmisson. — *La Presse Médicale*, 4 septembre 1912.

A côté des décollements épiphysaires, deux circonstances impriment aux fractures de l'enfance une physionomie toute particulière: 1° La résistance et l'épaisseur du périoste; 2° La souplesse du tissu osseux.

Dans le premier cas l'os cède, le périoste résiste; ainsi se trouve réalisé la *fracture sous-périostée*. Dans le second le périoste cède, mais non pas en totalité et l'os lui-même résiste en partie; d'où fracture incomplète dite *fracture en bois vert*. Pour l'auteur ces deux types caractérisent essentiellement les fractures chez l'enfant.

(a) *Fractures sous-périostées*:—Elles sont très fréquentes à la jambe. Absence presque complète des signes caractéristiques des fractures: pas de déplacement, pas de crépitation et le diagnostic se fait seulement par la douleur très localisée, par la mobilité anormale. Souvent sans la radiographie il lui aurait été impossible de diagnostiquer cette fracture. Rares au niveau de la cuisse, elles sont surtout l'apanage de la première enfance, chez les enfants de 1 à 2 ans.

(b) *Fractures incomplètes*:—Kirmisson compare la physionomie de ces fractures à ce qui se passe lorsqu'on veut briser une baguette de bois vert. Les plus intéressantes sont celles qui portent sur le col fémoral. La fracture incomplète du col fémoral chez l'enfant, semble assez fréquente pour l'auteur, bien que son

existence soit mise en doute par plusieurs chirurgiens. Dans ce cas l'enfant peut souvent marcher immédiatement après l'accident, et les jours qui suivent; et lorsque plus tard, après quelques mois ou quelques années l'enfant ne peut plus marcher qu'avec difficulté, on a tout de suite à l'esprit l'idée d'une coxa vara ou d'une coxalgie. C'est la fracture incomplète du col fémoral, passée inaperçue qui cause ces troubles de la marche.

Au membre supérieur la fracture incomplète se présente surtout à la clavicule: Il y a un peu de douleur, un peu de limitation des mouvements, une exagération de courbure, sans qu'il y ait déplacement. A l'humérus elles siègent à l'une ou l'autre des extrémités. Souvent la radiographie seule peut les diagnostiquer. Mention est fait de deux cas.

A l'avant-bras les fractures incomplètes sont fréquentes. Intéressant les deux os, elles siègent à la partie moyenne ou supérieure, et sont caractérisées par une exagération des courbures normales, avec inflexion des deux os de l'avant-bras, à convexité postérieure, le plus souvent. Parfois la fracture est complète sur un os, incomplète sur l'autre.

Après cet aperçu général, l'auteur parle longuement d'une variété particulière de fracture de l'avant-bras, qui n'appartient pas en propre aux enfants, mais qui est très fréquente. C'est la fracture isolée du cubitus avec luxation de la tête du radius. M. Kirmisson relate un cas type de cette fracture, donnant l'ensemble symptomatique suivant: déformation du bord interne (concavité) et du bord externe (angle saillant en dehors); déformation de la crête cubitale; luxation de la tête du radius; léger raccourcissement du cubitus. L'attention de l'auteur a été attirée sur cette lésion par sa fréquence et la gravité de ses conséquences, si elle n'est pas traitée.

En 1909, Perrin son élève, a fait sa thèse sur ce sujet: Sur 86 observations où l'âge est indiqué, il y en a 52 jusqu'à 15 ans, 34 seulement au-dessus de 15 ans. L'auteur possède lui-même plu-

sieurs observations personnelles qui lui font croire à la fréquence absolue du côté gauche. Deux opinions se dégagent de cette fracture : 1^o La fracture et la luxation seraient concomitantes ; 2^o La luxation est secondaire (Desault, Bichat, thèse de Grenier). Quant à M. Kirmisson lui-même il croit que fracture et luxation sont concomitantes, mais que généralement la luxation de la tête du radius n'est pas reconnue tout d'abord. Ce n'est que plus tard que la lésion entière est diagnostiquée.

Cette fracture avec luxation, méconnue et négligée peut occasionner 3 cas : 1^o La réduction du cubitus a été parfaitement faite, mais la luxation n'a pas été traitée. D'où, mouvements d'extension et surtout de flexion entravée par la présence du butoir que forme la tête radiale. 2^o Les cas de consolidations vicieuses, les fragments étant fortement repoussés en-dedans ; il y a alors perte de l'espace interosseux et des mouvements de pronation et de supination. 3^o Enfin les cas les plus graves dans lesquels il n'y a pas de consolidation. Il se fait une pseudarthrose.

L'auteur termine en rappelant les règles formulées par Malgaigne

1^o Dans toute fracture isolée du cubitus, méfiez-vous de la luxation de la tête du radius ;

2^o Dans toute fracture de l'avant-bras, quand vous voyez le gonflement remonter au-dessus du pli du coude, explorez minutieusement l'articulation ; souvenez-vous que la fracture simple s'accompagne rarement d'un gonflement si considérable et cherchez la tête du radius.

A ces deux règles M. le Prof. Kirmisson en ajoute une troisième : Quand vous êtes en présence de cette lésion, dites-vous que *la luxation est tout, la fracture n'est rien.*

EDG. C.

LE PIED BOT CONGÉNITAL ET SON TRAITEMENT. —

Par M. M. Savariaud. — *La Presse Médicale*, 7 septembre 1912.

L'auteur ne s'occupe que du pied bot varus équin, celui dont les tendons et les ligaments rétractés sont les plus puissants de tous (tendons d'Achille, muscles jambiers, forts ligaments plantaires). La résistance à vaincre sera donc considérable. Et ces fortes rétractions expliquent la caractéristique du pied bot chez l'enfant du premier âge: Réductibilité plus ou moins parfaite et tendance à la récurrence. Après avoir passé en revue les différentes résistances anatomiques que l'on peut rencontrer, l'auteur en arrive immédiatement aux principes généraux du traitement qui sont: 1° La correction du pied; 2° La conservation du résultat obtenu.

I. *Méthodes de correction.* — La première, la plus simple et la plus à la portée de tous c'est le *redressement manuel*. Ce redressement manuel peut et doit être fait par la mère elle-même, matin et soir, pendant plusieurs minutes. Puis le redressement fait par le médecin qui sachant ce qu'il fait pourra procéder avec plus de force, sans danger. Puis viennent les différentes opérations chirurgicales, telles que: Ténotomie, transplantation du jambier, les syndesmotomies, les opérations de Phelps-Kirmisson, et d'Ogston.

II. *Moyens de contention.* — Bande de flanelle s'enroulant sur le dos au pied, son bord interne et contournant la face plantaire vient remonter par le bord externe du pied, qu'elle maintient fortement redressé, le long de la jambe jusqu'à la cuisse où on l'enroule au-dessus du genou. Peu pratique parcequ'elle glisse facilement. Plus avantageuses sont les bandelettes agglutinatives à l'oxyde de zinc, leucoplaste que l'on peut maintenir en place par l'enroulement d'un bandage ordinaire. Lorsque le pied sera à peu près redressé, mais conservant cependant une tendance à la récurrence, on se servira alors de l'appareil à traction élastique, de gouttière en gutta-percha, ou mieux en plâtre.

Les facteurs du *pronostic* du pied bot sont nombreux; l'auteur les résume ainsi: Degré de la déformation, degré de la réductibilité; la forme du pied (court ou long), l'âge de l'enfant; enfin la docilité des parents, leur degré d'intelligence, d'énergie, leur bonne volonté, leur situation sociale.

Choix d'une méthode: Le principe qui guide Savariaud dans le choix d'une méthode, et la considération qui domine tout, c'est l'âge du sujet, selon que l'enfant a ou n'a pas marché.

1° Traitement du pied varus équin chez le nouveau-né et l'enfant du premier âge: Le traitement devra être commencé dès la naissance, par le redressement manuel et contention durant l'intervalle. La mère fait le redressement elle-même matin et soir: Le médecin fait une séance par semaine dans les cas simples, et deux ou trois par semaine dans les autres. Au bout de un ou deux deux mois de manœuvres, il convient de faire la ténotomie et le redressement sous chloroforme que l'on termine par la pose d'un appareil plâtré en position hypercorrigée si possible. Le redressement sous chloroforme sera répété si nécessaire à deux ou trois reprises.

2° Traitement des pieds bots rebelles: L'auteur conseille de ne pas s'attarder aux petits moyens, mais d'emblée aux opérations osseuses qui, seules, sont capables de donner la guérison radicale dans un minimum de temps. L'opération de choix, dit M. Savariaud est l'astragalectomie et la résection cunéiforme, séparément ou combinées. Au bout de dix ou douze jours l'enfant pourra commencer à marcher avec un appareil plâtré. Enfin dernier conseil de l'auteur, il faut suivre les petits malades, opérés ou non, longtemps après leur guérison, sous peine de constater plus tard bien des résultats incomplets ou des récidives.

Dr EDG. C.

LES DANGERS DU POU. — (L. Lagane, *Pres. Méd.* 1912. — 14 sept. p. 949).

Les poux de tête comme les poux de corps peuvent être des agents de transmission des microbes. C'est ainsi que les poux peuvent véhiculer l'agent de la typhoïde ou du typhus et transmettre la maladie par piqûre en un temps de contact très court, car la piqûre du pou à jeun est immédiate.

Pour ce qui est du typhus le pou serait non seulement le vecteur mais l'hôte intermédiaire du virus.

L'importance de ce fait est grande, car le pou de tête est très répandu.

L'auteur décrit ensuite la famille des pédiculés au point de vue biologique.

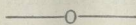
Comme moyen de prophylaxie, destruction des poux de tête et de corps par moyens de propreté et les antiseptiques. Pour la tête un lavage à l'alcool camphré suivi d'un enveloppement avec des compresses imbibées de liqueur de Van Swieten donne de bons résultats, de même que le mélange de xylol et d'alcool qui est un peu irritant et ne doit pas être employé s'il y a des excoriations.

A. V.

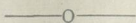
ECHOS ET NOUVELLES

Au cours du mois a eu lieu à Montréal « l'Exposition de l'Hygiène de l'Enfance ». Espérons que la même chose pourra bientôt se réaliser à Québec, car il s'agit là d'une œuvre de première importance qui mérite d'attirer l'attention. Monsieur le Docteur

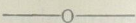
C. R. Paquin a été nommé secrétaire d'un comité provisoir organisé dans ce but en septembre dernier.



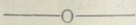
Le IV^e Congrès International d'Hygiène scolaire, se tiendra à Buffalo, N. Y., au mois d'août 1913.



L'Hon. Docteur Lanctôt et Messieurs les Docteurs de Martigny, Descarries et Cormier de Montréal, sont partis pour Paris où ils vont assister au Congrès de Médecine de langue française qui s'y tiendra en octobre sous la présidence de Monsieur le Prof. Chauffard. Nos confrères veulent faire tout en leur pouvoir pour que le prochain congrès français de médecine ait lieu à Montréal en 1913 et coïncide avec le Congrès de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord. Nous leur souhaitons tout le succès possible.



D'après le recensement de 1911, la population de Québec serait de 78,190 habitants repartis entre 14,676 familles qui occupent 12,459 habitations.



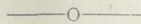
Une institution médicale qui se déplace. — Peu de médecins ont traversé Paris, sans aller un jour ou l'autre voir la Morgue, soit en « étudiant » soit en simple curieux au temps où l'on exposait encore les cadavres en vitrine. Eh bien cette parisienne qui n'avait jamais quitté le quartier depuis le XVII^e siècle, songe enfin à se déplacer pour cause d'agrandissement. Evidemment c'est une institution qui fait de bonnes affaires. La morgue fut d'abord à charge de religieuses hospitalières les « Catherinettes » puis elle passe au Chatelet. Sous Napoléon on l'installe au Mar-

ché Neuf près le pont St-Michel et enfin en 1864 elle se transporte au chevet de Notre-Dame près du Pont de l'Archevêché où tous nos contemporains l'ont connue, de diverses façons il est vrai. A ce propos voici quelques vers écrits par un ancien greffier de l'établissement, évidemment on naît poète, qui a publié tout un volume à son sujet :

Je suis gérant et non propriétaire
 D'un grand hôtel fort connu dans Paris;
 Je ne me plains jamais d'un locataire,
 Et cependant j'en ai de tous pays;
 C'est un séjour on ne peut plus tranquille,
 Mais quelque soit le temps ou la saison,
 Si vous avez besoin d'un domicile,
 Ah! ne venez jamais dans ma maison.

Monsieur Clovis Pierre, c'est le nom de l'auteur, commence ainsi son recueil intitulé « Gaités de la Morgue » !

La Morgue logera maintenant place Mazas et en se déplaçant elle devient le siège d'un institut médico-légal affecté à l'Université de Paris et qui dès ses débuts sera sûrement une des meilleures institutions de ce genre en Europe. La place Mazas n'a pas de chance, il y a quinze ans à peine qu'on la débarrassait d'une prison, la voilà aujourd'hui dotée d'une morgue.



Un aphorisme par mois (Hippocrate)

« La vie est courte, l'art est long, l'occasion fugitive, l'expérience trompeuse, le jugement difficile. Il faut non seulement faire soi-même ce qui convient, mais encore faire que le malade, les assistants et les choses extérieures y concourent. »

NOTES

POUR SERVIR À L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE DANS LE BAS-CANADA DEPUIS LA FONDATION DE QUÉBEC
JUSQU'AU COMMENCEMENT DU XIX SIÈCLE.

Dr M.-J. AHERN

(Suite de la p. 574; B. M., août 1910)

—o—

(Reproduction interdite)

CARTER, George.

Le docteur George Carter obtint la Licence Provinciale le 5 septembre 1805. Il demeurait aux Trois-Rivières où il épousa Marie-Anne Short, âgée de 17 ans, fille du révérend Robert Quick Short, ministre anglican du même endroit. (1)

Plusieurs enfants naquirent de ce mariage. Deux devinrent avocats et trois médecins, Christopher, Brock et Henry. (2)

L'aînée de ses filles, Marie Elizabeth Henriette (Betsy) épousa à Montréal le 9 juin 1824, Chas-Elzéar Mondelet, avocat des Trois-Rivières qui plus tard devint juge. (3)

Baptisée à l'église anglicane, le 18 octobre 1807, elle fit ses études chez les dames Ursulines des Trois-Rivières et finit par

1. Tanguay : Dict. Gén., vol. VI, p. 62.

2. Hist. des Ursulines des Trois-Rivières, vol. IV, p. 454-455.

3. Tanguay : Dict. Gén., vol. II, p. 568; vol. VI, p. 62.

se faire catholique. " C'était une femme aussi remarquable par son esprit et ses qualités que par les dons de la nature. " (4)

Le Docteur demeurait aux Trois-Rivières, rue Notre-Dame, numéro 252, dans une longue maison en briques, à un seul étage. Ses trois fils et le Dr George Badeaux furent ses clercs. (5)

L'Almanach de Québec publiait tous les ans les noms des médecins pratiquant dans les districts de Montréal et de Québec. Dans la liste pour ce dernier district, de 1812 à 1817 on trouve le nom d'un docteur John Carter qui disparaît dans cette dernière année et est remplacé par celui de George Carter mentionné comme pratiquant dans le district des Trois-Rivières. Il est plus que probable que John et George Carter désignaient la même personne. (6)

Le docteur George Carter a été pendant plusieurs années médecin de l'Hôpital des Trois-Rivières ainsi que des religieuses Ursulines qui en étaient les propriétaires.

Il avait succédé au docteur Rieutord.

Monsieur Carter était un des bons amis de l'hôpital; les religieuses l'aimaient beaucoup et l'appelaient *l'habile docteur Carter* (7) Cependant leur première rencontre n'avait pas été tout-à-fait du goût des religieuses. Voici comment elles racontent l'incident: " C'était le 7 août 1814 " pendant la guerre avec les États-Unis, " le docteur Carter arrive dans nos salles et s'adressant à la religieuse qui était présente, lui dit: Madame, je désire louer l'hôpital pour nos blessés. "

" Recevoir et soigner les pauvres militaires, ce sera de tout notre cœur que nous le ferons, docteur; et s'il faut pour les soulager nous gêner et céder nos appartements, nous l'avons déjà fait et nous sommes prêtes à le faire encore.

4. Archives des Ursulines des Trois-Rivières.

5. Hist. des Ursulines des Trois-Rivières, vol. IV, p. 454.

6. Almanach de Québec, par John Neilson, 1812, etc.

7. Hist. des Ursulines des Trois-Rivières, vol. II, p. 342; vol. III, p. 6.

“ Ce n'est pas ce que j'entends ; nous louerons l'hôpital et j'en aurai le contrôle.

“ Cela ne se peut. Aux Trois-Rivières, les Ursulines sont Hospitalières et exercent leurs fonctions.

“ Alors, à demain, madame, vous serez peut-être plus sage.

“ Ayant dit cela, il se retira avec un geste menaçant.

“ Le lendemain, il fut fidèle à son rendez-vous ; mais cette fois il était accompagné du général qui demanda, lui-même, à louer une partie de notre maison. Ce dernier parut comprendre les raisons que nous avions de vouloir rester maîtresses chez nous et n'insista pas davantage, mais le docteur fit feu et flamme, et, le soir mille fausses rumeurs circulaient dans la ville : “ les Ursulines refusent de recevoir les malades, etc., etc.”

“ M. Coffin vint nous rassurer en nous disant que c'était tout simplement l'excitation d'un jeune médecin et que le gouverneur, une fois informé du fait, ne permettrait jamais au disciple d'Esculape de violer le droit des gens.

“ Le Dr Carter s'apaisa bientôt et ce fut lui qui nous vendit un superbe alambic pour la somme de cent vingt livres. ” (8)

Le docteur vivait encore en 1835.

Le 9 mars 1835 Mère St-Michel, supérieure des Ursulines des Trois-Rivières, écrivit à Monseigneur de Sydime à Québec : “ Mr Fortin, notre chapelain, me charge de dire à Votre Grandeur, qu'il fera tout son possible pour terminer avec le Dr Carter mais qu'il faut prendre son temps parce qu'il est dans un état très faible et que la chose étant très délicate demande beaucoup de précautions. De plus il aime extrêmement son fils. ” Il s'agissait de remplacer le docteur vu son grand âge. (9)

Ci-suivent copies de deux certificats de Carter pour faire admettre les porteurs à l'Hôpital.

8. Hist. des Ursulines des Trois-Rivières, tome II, p. 394)

9. Arch. des Ursulines des Trois-Rivières.

“Three Rivers June 11th 1811.

“I certify that Michael Highlands in consequence of an ulcerated leg is incapable of supporting himself and is an object worthy a place in the Public Hospital.”

“Geo. CARTER, Surgeon.”

“Recommandons le porteur à
Messieurs les Commissaires.”

J. Badeaux,

J. Antrobus, J. P.

“I certify that I have examined Charles Parent and from his diseased state conceive it impossible for him to earn his livelihood at present.”

Geo. CARTER, Surg.”

“Three Rivers Aug. 8th 1818.”

“Certified the day and year aforesaid by.”

“J. C. DUMONTIER”

J. P.

Sur l'envers de ce certificat, ce qui suit :

“En conséquence du certificat de l'autre côté par le docteur Carter Recommandons à Messieurs les Commissaires appointés pour le soulagement des pauvres le nommé Chas Parent pauvre hors d'état de gagner sa vie.”

“10 août 1818.”

“J. Badeaux”

J. P. (10)

“Et. Ranvoysé”

J. P.

Le Docteur est mort aux Trois-Rivières dans le mois de mai 1837. (11)

10. Ibid.

11. Hist. des Ursulines des Trois-Rivières, vol. IV, p. 457.

CASSENEUVE, Joseph, père.

Joseph Casseneuve était chirurgien à Lavaltrie. Il avait pour épouse Marie Quillon par qui il eut un enfant, Joseph qui fut chirurgien. (12)

Il vivait dans la première moitié du 18e siècle.

CASSENEUVE, Joseph, fils.

Joseph Casseneuve, fils de Joseph Casseneuve, chirurgien et de Marie Quillon, était chirurgien à Lavaltrie où il épousa, le 30 janvier 1758 Madeleine Robillard âgée de vingt ans, fille de Joseph Robillard, capitaine de Milice, et de Marie-Louise Delpé (qui signe Dalpecque en 1760), du même endroit. (13)

De ce mariage naquit un enfant.

CATRIN, Nicolas.

Nicolas Catrin demeurait à Montréal et était chirurgien à l'Hôtel-Dieu de Montréal entre 1680 et 1690. (14)

CAZEAU, Jean dit Bascon ou Bascou.

On trouve ce nom épelé Caseau, Cassault, Casau et Caissaux. Le 14 juin 1749 il signe ainsi l'acte de baptême d'un de ses fils: Jean Bascon dit Cazeau. (15)

Jean Cazeau, né en 1699, était fils de feu Jean Cazeau et de Marie Du Basque, de Saint-Jean, du Bourg d'Isor, diocèse d'Oloron, en Béarn, département actuel des Basses Pyrénées. (16)

Cazeau disait souvent qu'il était *Béarnais* comme Henri IV. Son origine basque lui valut d'être surnommé *le docteur Bascon* ou *Bascou*. (17)

12. Tanguay: Dict. Généal., vol. II, p. 578.

13. Tanguay: Dict. Gén.. vol. II, p. 579 — vol. VII, p. 2.

14. Arch. de l'Hôtel-Dieu, Montréal,

15. Rég. de la paroisse de Château-Richer.

16. Tanguay: Dict. Gén., vol. II, p. 588.

17. Note de Monsieur Ernest Gagnon, M. S. R. C.

Le 12 août 1721 il épousa à St-Valier, comté de Bellechasse, *Marie Madeleine Voyer*, âgée de moins de dix-huit ans, treizième et dernier enfant de *Robert Voyer* et de *Marie Madeleine de Trépagny* de Québec. (18)

Cazeau était chirurgien au *Château-Richer*, près Québec, où ses quinze enfants on vu le jour.

Son contrat de mariage se fit le 10 août 1721 devant Du Breuille. (19)

Au commencement d'avril 1721 il était présent à St-Joseph de Lévis, avec le seigneur Charest pendant que le curé de cette paroisse, Mr Boucher, dictait son testament au notaire Florent de la Cetièrre.

Le curé décéda le 8 avril de la même année. (20)

En 1734 le docteur Cazeau reclame de Joseph Roberge, habitant du *Château-Richer* la somme de trente-quatre livres, pour remèdes à lui fournis. (21)

Le 18 septembre 1746 il poursuivit devant la Prévoté de Québec, François Allaire. Voici le mémoire qu'il présenta: "Mémoire de remèdes fournis à François, fils de défunt françois Allaire une médessine et saignée
"trois pintes de tisane pectorale, une saignée et médessine —
"trois pintes de tisane pectorale, 14 prisses opiattés. (22)

"le tout quatorze livres."

Il avait dans la ville de Québec, rue Sault-au-Matelot, un ami, un orfèvre du nom de G. Paule, chez qui il se retirait quand il venait à la ville. (23)

18. Tanguay: Dict. Gén., vol. II, p. 588; vol. III, p. 482.

19. Tanguay: Dict. Gén., vol. II, p. 588.

20. Roy: Hist. de la seigneurie de Lauzon, vol. II, p. 97.

21. Archives Judiciaires, Québec.

22. Archives Judiciaires, Québec.

23. Ibid.

Cazeau est mort à Québec et a été inhumé le 12 août 1761, quarantième anniversaire de son mariage. (24)

CHAMBALON, Louis.

Notaire-Royal et marchand à Québec.

On a dit qu'il avait pratiqué la médecine ici. Tanguay le dit médecin, mais il n'en était rien. Son père fut médecin en France, dans la ville de Mirebeau.

Son beau-père Timothée Rousel était un médecin éminent de Québec. (25)

CHAMEL —

Sieur Chamel, Membre de la Faculté de Médecine de Paris fut nommé Médecin du Roi pour remplacer en Canada le sieur Gaultier, mort à Québec. (26).

Je crois que Chamel n'est pas venu en Canada.

CHANCELIER, Louis.

Louis Chancelier, de Louisbourg, âgé de 13 ans, est entré à l'Hôtel-Dieu du Précieux Sang, Québec, le 24 février 1733. Dans le mois de mai suivant il est nommé *garçon* chirurgien de l'hôpital où il reste jusqu'au 15 du même mois. Il est entré de nouveau le 23 juin 1735 mais il n'y est demeuré que 4 jours. (27).

CHARDIN, Jacques.

“ Jacques Chardin maître chirurgien à Paris et ordinaire du roi reclame, le 30 octobre 1702, devant le Conseil Souverain

24. Tanguay : Dict. Gén., vol. II, p. 588.

25. Roy : Hist. du notariat au Canada, vol. I, p. 112. Tanguay : Dict. Gén., vol. I, p. 112.

26. Lettre du Président du Bureau de la Marine à MM. de Vaudreuil et Bigot, du 27 mars 1757.—Dans Rapp. sur les Archives du Canada, 1905, vol. I, p. 235 des Ordres du roi et dépêches.

27. Arch. de l'Hôtel-Dieu de Québec.

“ par l'entremise de son procureur Estienne Desforges cy devant
 “ Inspecteur général des fermes du roi en ce pays, de Maître Jean
 “ Petit, trésorier de la marine en ce pays, le montant de certaines
 “ lettres de change. ” (28)

CHAPOTON, Jean Baptiste.

J.B. Chapoton fils d'André Chapoton et d'Anne Cassaigne, de St-Jean Baptiste, ville de Bagnoles, diocèse d'Avez, Languedoc.

Né en 1684, (29) il épousa au Détroit le 16 juillet 1720, Madeleine Estève, aussi Estène, Estère-Stèbre, âgée de 14 ans, fille de Pierre Estève et de Madeleine Frappier du même endroit. Vingt et un enfants naquirent de ce mariage. Le Dr Chapoton vécut au Détroit, où il était chirurgien-major.

Il enterra sa femme en 1753 et la suivit dans la tombe en 1760.

CHARRETIER, Sieur.

Lescarbot le mentionne dans le paragraphe suivant : “ Articles
 “ et conditions d'une Société de Français qui se fait pour aller
 “ habiter les Terres-neuves des Indes occidentales, selon que me
 “ les a baillées le Sieur Charretier, Docteur en Médecine à Paris. ”

Il n'est jamais venu en Canada. (30)

CHARTIER, Louis.

Louis Chartier, chirurgien, était à Montréal en 1660, où il se noya le 20 juillet, âgé de 27 ans. (31)

Son corps ne fut pas retrouvé.

En 1654 un Louis Chartier, sieur de la Broquetrie, fut présent au mariage de Charles Philippeau à Québec. (Greffe d'Audouard)

28. Jug. et Dél. du Cons. Sup., vol. IV, pp. 784-796-798.

29. Tanguay : Dict. Généal., vol. II, p. 620 ; vol. III, p. 595.

30. Lescarbot : Hist. de la Nouvelle-France, édition Fross, p. 618.

31. Tanguay : Dict. Généal., vol. I, p. 120.