

TRAVAUX ORIGINAUX

NOTES SUR L'INTERVENTION ELECTRIQUE DANS LA PARALYSIE INFANTILE

Ce procédé comme méthode de choix, bien élaborée et raisonnée, à la fois dans le diagnostic et le traitement de la poliomyélite, ne date réellement que de quelques années passées.

C'est *deux semaines* environ après le début de la maladie que l'on peut et doit recourir à l'*examen électrique*.

1^o La *simple diminution* de la contractilité faradique des muscles atteints, si celle-ci persiste encore, et sa persistance au bout d'une quinzaine après le début de la maladie, indiquent un pronostic favorable et une guérison prochaine dans l'espace de deux à trois mois à peu près, hâtée naturellement par des séances de galvanisation appropriée, et régulières.

2^o Mais, cas plus fréquent, une réaction de dégénérescence, le plus souvent partielle, quoique rarement complète, portant généralement sur un certain nombre de muscles paralysés, indique un pronostic des plus sérieux qui requiert une électrothérapie convenable, énergiquement appliquée. Grâce à la combinaison de cette dernière avec une série d'examens électriques, on pourra tout de même évaluer sûrement l'évolution, soit régressive ou progressive suivant le cas qui s'offre, de la maladie dans le membre atteint.

Syphilis
Artério-sclérose, etc.
(Ioduro-Enzymes)
Todure sans Todisme

Todurase

de COUTURIEUX.

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

3° Si la *réaction longitudinale* (la dernière qui persiste dans un muscle) devient de plus en plus nette dans celui-ci, ce dernier est fatalement destiné à devenir définitivement perdu.

Le *traitement* doit être institué *dès les premiers jours qui suivent la fin de la période fébrile*. Temporiser est exposer le petit malade à de redoutables conséquences. La technique à adopter consiste dans l'emploi raisonné de la *galvanisation* ou courant continu. Une large électrode reliée au pôle positif (courant *descendant*) est placée sur la région médullaire, tandis que l'on fait plonger l'extrémité du membre ou des membres atteints, dans un bain d'eau tiède salée relié au pôle négatif. On débite alors 10 milliampères au plus *progressivement*, et on laisse passer le courant pendant 20 minutes à une demi-heure. Dans aucun cas ne devra-t-on pousser l'ampérage jusqu'à produire la moindre rigidité musculaire. Cette méthode présente le double avantage de stimuler simultanément tous les muscles atteints, sans exposer les groupes antagonistes à la contracture si la dose est bien réglée, et d'être très bien et préférablement supportée par le patient. On peut varier le procédé en promenant une électrode hémicylindrique rendue négative sur la partie la plus périphérique des muscles paralysés. Après quelques semaines on ajoutera des interruptions lentes, rythmées, qui devront former partie régulière du traitement à l'avenir. Les séances seront faites quatre fois la semaine et accompagnées d'un examen électrodiagnostique tous les quinze jours qui renseignera sur l'évolution du mal. Ce traitement devra être poursuivi avec persévérance pendant *des mois*. Il ne faut ici—moins que partout ailleurs—ne jamais désespérer et continuer avec méthode la technique requise. Il est bon de rappeler ici les paroles de Duchenne et d'Albert Weil, le premier disant " qu'il peut toujours y avoir, au milieu des fibres musculaires complètement dégénérées, un certain nombre de fibres saines et dans ces cas les fibres saines peuvent devenir le noyau de nouveaux faisceaux sous l'influence de l'électricité bien appli-

quée", et le second qu'après avoir *traité* une série nombreuse de cas de poliomyélite il n'a pas vu "*après dix mois de traitement*, de muscles complètement inexcitables".

Nous ne voudrions pas conclure cette courte monographie sans appuyer fortement sur les deux faits suivants qui sont d'une importance *primordiale* en ce qui concerne l'électrothérapie de la poliomyélite :

1° Pratiquer l'examen électrique et instituer conséquemment l'électrothérapie *dès les premières semaines* de la maladie, dans les limites de temps citées plus haut.

2° Ne *jamais* employer un courant de *tension* (faradique, surtout non rythmé et secondaire ou à fil fin), excepté au début tout à fait de la maladie, au risque d'obtenir des résultats tout contraires à ceux qu'on est en droit d'attendre.

C. VERGE.

—:00:—

TUBERCULOSE RENALE

—

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

Dr G. AHERN

(Suite)

Après avoir vu les symptômes cliniques de la tuberculose rénale, étudions les caractères cliniques, histologiques et bactériologiques des urines ; l'inoculation au cobaye ; la réaction de l'antigène, et la cystoscopie.

Examen chimique des urines: Cet examen montre habituellement de l'albumine, mais en quantité modérée, rarement plus de 102 grammes par litre. On ne rencontre pas ici ces quantités effroyables d'albumine qui sont une des caractéristiques de la syphilis rénale.

L'étude de l'urée, des chlorures, des phosphates éliminés n'a de valeur que si on la compare à la quantité d'urée, de chlorures et de phosphates contenus dans les aliments ingérés, et surtout à la quantité éliminée par chaque rein.

Examen histologique des urines: Cet examen révèle la présence du pus; presque toujours on trouve des hématies.

Les éléments figurés sont encore représentés par des cellules épithéliales de forme diverse, souvent mal conservées, dans certains cas par des placards épithéliaux qui paraissent dus à une desquamation abondante de l'épithélium du bassin.

L'examen par centrifugation fera quelquefois trouver quelques cylindres hyalins ou granuleux.

Etude bactériologique: Recherche du bacille de Koch.

Pour que la recherche réussisse, elle doit être faite sur des urines acides, c'est-à-dire sur des urines fraîchement émises. L'examen doit porter sur le culot de centrifugation et on recherche le bacille dans les grumeaux caséux.

Il est nécessaire, très souvent, de répéter les examens.

Plusieurs procédés nouveaux ont été employés dans ces dernières années pour faciliter la coloration et la recherche du bacille tuberculeux dans l'urine.

Voici quelques uns de ces procédés:

Procédé d'Uhlenhut (1908): Le dépôt centrifugé de l'urine est traité par l'antiformine (mélange d'eau de javel et d'une so-

lution concentrée de soude caustique) jusqu'à l'obtention d'une masse absolument homogène. Nouvelle centrifugation et lavage du dépôt à 2 ou 3 reprises avec une solution salée physiologique. C'est ce dépôt qui sert pour la préparation.

Procédé d'Ellermann-Erlaudsen (1908): Les matières contenant les bacilles tuberculeux sont homogénéisées par auto-digestion en présence d'une solution de soude et de pancréatine et le dépôt est ensuite condensé par ébullition en présence de soude caustique. On se servira de ce dépôt pour obtenir des préparations.

Procédé de L. Lange et P. Nitsche (1909): Il est fondé sur ce fait que les bacilles tuberculeux adhèrent plus intimement à la ligroïne que les bacilles non acido-résistants. En agitant les matières contenant les bacilles tuberculeux, l'hydrate de C en question, vu son poids spécifique peu élevé, surnage et entraîne avec lui à la surface, les bacilles tuberculeux.

Procédé de Kozlar (1910): Par l'antiformine et le mélange éthéro-acétonique.

Un mélange contenant 1 cc. d'antiformine par 5 cc. d'urine (on prend ordinairement 20 à 30 cc. d'urine) est soumis à l'homogénéisation pendant 30 minutes, après quoi on additionne ce mélange homogénéisé du double de son volume d'eau (pour abaisser le poids spécifique de l'antiformine) et du double de son volume d'un mélange d'éther et d'acétone (â â). Le liquide ainsi obtenu est alors agité pendant 5 secondes et laissé au repos pendant 1 minute (!!!)

Le mélange se divise alors en 3 couches:

Supérieure: éthérée.

Moyenne: bactérienne.

Supérieure: aquoso-antiformino-acétonique (!)

On se sert de la couche moyenne pour l'obtention des préparations.

Procédé de Gasis: Cet auteur emploie un procédé spécial pour

différencier les bacilles tuberculeux du bacille du Smegma et les autres bacilles acido-résistants. Ceux-ci sont plus gros et plus courts, et ne sont pas alcool-résistants comme les bacilles tuberculeux. D'après le procédé de Gasis, les bacilles de Koch se coloreraient en rose, tandis que toutes les autres bactéries, y compris les bacilles du Smegma prendraient la coloration bleue complémentaire.

(V. P. Sémionov.)

Pillet conseille le procédé suivant pour la simplicité de sa technique et les bons résultats qu'il donne: Centrifugation de l'urine, puis coloration à chaud au Ziehl: les bacilles de Koch restent colorés quand on fait agir sur eux de l'acide nitrique au $\frac{1}{4}$. Ils se présentent sous forme de bâtonnets grêles groupés par deux ou trois au milieu de leucocytes, parfois sous forme de bâtonnets longs et gros en "fagots bacillaires".

Il n'existe pas de rapports entre le nombre des bacilles et la gravité de la tuberculose. Une pyurie "aseptique" est une forte présomption de tuberculose. Mais la présence d'autres microbes ne doit pas faire abandonner la recherche des bacilles de Koch: on peut se trouver en présence d'une infection mixte.

La découverte du bacille de Koch est une signature. Malheureusement elle est inconstante et difficile.

L'Inoculation au cobaye: C'est le procédé de choix, c'est la méthode la plus sûre, c'est celle qui constitue à l'heure actuelle le critérium dans les cas difficiles du diagnostic de la tuberculose rénale.

Elle ne doit être tentée qu'après désinfection de la vessie du malade, parce que s'il existe des bacilles associés, les animaux meurent de septicémie.

Il faut tenir compte de la virulence de l'urine: au début quelques cc. d'une urine louche et peu bacillifère peuvent être injectés;

à la fin quelques gouttes d'urine purulente sont une dose à ne pas dépasser.

Il faut enfin, inoculer plusieurs cobayes, car ils peuvent eux-mêmes être tuberculeux.

Ils seront sacrifiés après 6 semaines.

L'inoculation peut être :

a) *Sous-cutanée*, à la partie interne de la cuisse. Après 10 à 12 jours un ganglion apparaît dans l'aîne. L'examen histologique montrera des cellules géantes. L'examen bactériologique : des B. de K.

b) *Intra-péritonéale* : Elle est possible si l'examen direct de l'urine ne décèle pas la présence d'autres microbes. Quand le cobaye est sacrifié il présente une péritonite tuberculeuse et des ganglions mésentériques tuberculeux.

c) *Intra-mammaire* : Sur une femelle en lactation, par conséquent très réceptive. Ce procédé est plus rapide. On trouve des bacilles dans le lait.

Cette méthode d'inoculation au cobaye présente, malheureusement, quelques inconvénients : chez certains malades, elle est infidèle ; mais son grand défaut est le laps de temps qu'elle exige pour donner sa réponse. L'expérience a montré que ce laps devrait être de 6 semaines. Il n'est pas toujours possible d'attendre si longtemps et le malade, n'aura pas toujours la patience voulue, si le chirurgien, lui, l'a.

Réaction de l'antigène :

Dans ces dernières années, on emploie à Necker une nouvelle méthode due à Débré et Parof et qui semble permettre de faire le diagnostic rapide et précoce de toute tuberculose urinaire. C'est la " réaction de l'antigène ".

Le principe de la réaction est basé sur la méthode de la

“Déviation du Complément” de Bardet et Gengou, que voici rappelée en quelques mots : L'introduction d'une substance étrangère dans un organisme quelconque, détermine, chez celui-ci, une réaction de défense, aboutissant à la production d'anticorps, appelés suivant les cas, agglutinines, lysines, (hémolysines, bactériolysines, etc., etc.) ; la substance étrangère qui a produit l'anticorps prend le nom d'antigène et peut être un corps chimique, une toxine, etc.

Dans le cas qui nous occupe, l'antigène sera représentée par des bacilles de Koch et l'anticorps par une bactériolysine. Or, Bardet et Gengou ont montré que tout anticorps était formé par la réunion de deux substances absolument différentes : l'une, banale, qui se trouve normalement dans tout organisme et préexiste chez le sujet infecté, c'est l'alexine ou complément ; l'autre spécifique, directement engendrée par l'agent nocif, constitue l'ambocepteur ou sensibilisatrice. Pour certains anticorps, tels que les agglutinines, leur constatation se fait facilement et par réaction directe : le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde de Widal en est le type le plus connu. Au contraire, beaucoup d'autres anticorps, parmi lesquels les bactériolysines, ne peuvent être reconnus que d'une manière détournée, qui consiste à mettre en évidence dans l'humour contaminée “la disparition du complément”, fixé alors sur une sensibilisatrice, (l'un et l'autre s'étant soudés ensemble pour réaliser l'anticorps). Pour démontrer la *déviation* de ce complément, pour prouver que celui-ci a été fixé par le système sensibilisatrice-antigène, on ajoute au mélange des globules rouges préparés : en présence d'un complément libre, ils s'hémo lyseront ; s'ils ne s'hémo lysent pas, c'est que le complément a déjà été absorbé, et cela ne peut être que par la présence d'une antigène. Ainsi se trouve faite de façon indirecte, la preuve de l'infection soupçonnée.

La méthode reste la même dans ses grandes lignes, le mécanisme de la réaction ne différera que parce que, dans la série

des opérations, l'inconnu à considérer sera non plus l'*anticorps*, mais l'*antigène*.

TECHNIQUE

Temps préliminaires: Ils consistent à réunir les différents éléments qui entreront en jeu dans cette réaction.

1° *Sérum hémolytique anti-mouton (ou anti-humain)*. Il se prépare par injections successives de globules de mouton à un lapin. Il vaut mieux se le procurer tout fabriqué et tout titré dans le commerce.

2° *Globules de mouton*: Les recueillir en flacons stériles. On les lavera soigneusement en en mettant une petite quantité, avec de l'eau physiologique, dans un tube à centrifuger. Au bout de trois centrifugations généralement, l'eau qui surnage est absolument claire et les globules prêts à être employés. On les diluera au 20^e (1 c³ pour 20 c³ d'eau physiologique) et on emploiera 1 c³ de cette solution.

Les globules peuvent se conserver intacts à la glacière pendant un jour ou deux, mais pas plus.

3° *Alexine de cobaye*: On sacrifiera un cobaye et on recueillera le sang aseptiquement, par section des carotides et on laissera le caillot se rétracter. Puis le sérum sera recueilli, centrifugé au besoin, s'il est troublé, et étendu au $\frac{1}{4}$ d'eau physiologique. Il sera alors titré très soigneusement. Ce titrage, absolument nécessaire, doit être fait immédiatement avant la réaction de la manière suivante:

On disposera 4 tubes dans lesquels on mettra respectivement:

			Alexine à titrer	Sérum hémolytique	Globules au 20 ^e
Tube No.	1	. . .	0.05	0.2	1 cc.
" "	2	. . .	0.10	0.2	1 cc.
" "	3	. . .	0.15	0.2	1 cc.
" "	4	. . .	0.20	0.2	1 cc.

On laissera ensuite 20 minutes à l'étuve. Le premier tube où l'hémylose sera nette au bout de ce temps, contient la dose d'alexine à employer : au-dessous il n'y en a pas assez ; au-dessus il y en a trop.

4° *Anticorps*: Comme anticorps, on se servira d'un sérum de tuberculeux ou d'un mélange de plusieurs sérums de tuberculeux chauffés à 56°. Étant données les difficultés que l'on peut avoir pour trouver des sérums riches en anticorps, il sera plus simple de se servir de sérum anti-tuberculeux tout préparé de Vallée ou de Jousset, sérum chauffé et titré une fois pour toutes.

5° *Urines à examiner*: On les divisera en deux parties. Une première sera employée telle quelle ; une seconde sera chauffée à 60° à plusieurs reprises : en effet, les urines de certains tuberculeux peuvent contenir des anticorps ou des substances capables d'empêcher l'hémolyse, dont la présence fausserait les résultats de la réaction et qui disparaîtront par ce chauffage.

RÉACTION PROPREMENT DITE

1° *Préparation des tubes*. Vingt-deux tubes sont nécessaires suivant la dernière technique de Débré et Parof. Une moitié sera garnie d'urine n'ayant subi aucune manipulation—série I ; l'autre moitié renfermera de l'urine ayant été, au préalable, chauffée à 60° à plusieurs reprises (tubes témoins) — série II. À part cette différence, les manipulations seront les mêmes pour chacune des deux séries.

Chaque série de onze tubes sera répartie en trois groupes : un premier sera constitué par 5 tubes que nous désignerons sous les noms de tubes A, A', A'' etc ; un second groupe comprendra 5 autres tubes désignés par la lettre B ; un troisième groupe sera constitué par un seul tube, le tube C.

Groupe A : Chaque tube devra renfermer :

1° L'urine-antigène, qui sera mise à dose croissante dans chacun

des 5 tubes ($A^1=0.2$; $A^2=0.4$; $A^3=0.6$; $A^4=0.8$; $A^5=0.10$);

2° Le sérum tuberculeux-anticorps, qui est mis dans les 5 tubes et à une dose uniforme atteignant généralement 0.3;

3° L'alexine-cobaye, qui, titrée une fois pour toutes à dose convenable, sera ajoutée dans tous les tubes;

4° Enfin on complètera chacun de ces tubes par un volume d'eau physiologique jusqu'à ce que la quantité totale atteigne uniformément dans chaque tube 3 c. m. ³ (pour rendre facile la lecture de la réaction).

Groupe B.—La seule différence avec le précédent est qu'on ne mettra d'anticorps dans aucun tube; chacun d'eux ne renfermera plus ainsi que l'urine-antigène et l'alexine-cobaye, complétée par l'eau physiologique.

Ce groupe constitue un premier témoin-contrôle.

Groupe C. — Enfin un dernier tube isolé, constituant à lui seul ce groupe, renfermera, avec l'antigène, l'anticorps et l'eau physiologique, mais sera dépourvu d'alexine. Ce sera encore un témoin-contrôle.

Ces trois groupes sont nécessaires pour éliminer toute cause d'erreur dans la réaction.

Les mêmes manipulations seront très exactement répétées pour constituer la 2ème série (II) de 11 tubes, la seule différence consistant alors dans l'emploi d'une urine-antigène, préalablement chauffée à 60°.

Première partie de la réaction: Les 22 tubes ainsi préparés seront mis dans une étuve où ils seront laissés deux heures.

Seconde partie de la réaction: Les tubes ayant été retirés pour mettre en évidence la déviation du complément, on ajoutera "le système hémolytique", constitué, d'une part, par le sérum hémolytique préparé et titré à dose jugée bonne, et, d'autre part, par 1 cm. ³ de globules de moutons préparés.

On remettra alors les deux groupes de tubes à l'étuve pour une nouvelle période de 20 à 25 minutes.

Lecture des résultats: Premier cas: Urine ne renfermant pas d'anticorps ou de substances capables d'empêcher l'hémolyse et détruites par la chaleur. La réaction sera facile ici à interpréter:

a) S'il s'agit d'une urine tuberculeuse, l'hémolyse ne se sera faite que dans le groupe de tubes B, tubes témoins de contrôle sans anticorps. Au contraire elle ne se produira pas dans la série des Tubes A, non plus que dans le tube C. Le complément se trouve donc dévié, la réalisation est positive;

b) Dans les cas d'urine non tuberculeuse, l'hémolyse se fera dans le groupe B aussi bien que dans le groupe A. Il n'y a donc plus déviation du complément: la réaction est négative. L'hémolyse ne continue à manquer que dans le tube C, tube témoin sans alexine.

Second cas: Urine renfermant des anticorps. Nous avons déjà indiqué plus haut que, chez un tuberculeux quelconque (pulmonaire ou ganglionnaire) les urines renferment parfois des anticorps; en pareil cas, la déviation du complément peut se faire en dehors de tout anticorps ajouté artificiellement: il y aura donc absence d'hémolyse dans tous les tubes des 3 groupes A, B, C.

C'est pour éviter ces cas d'absence totale d'hémolyse, ou toute signification est retirée à la réaction, que Débré et Parof ont institué la seconde série (II) de onze tubes, série où l'urine a été chauffée au préalable à 60°. De cette façon, en effet, les anticorps préexistants dans cette urine sont détruits et, au lieu d'une hémolyse absente dans tous les tubes, comme dans la série I d'urine non chauffée, on trouve dans cette série II (formée des groupes A', B', C') le tableau typique de la déviation du complément; c'est-à-dire l'hémolyse effectuée dans le groupe B', manquant dans les deux autres groupes A', C'.

RÉSULTATS

La réaction a été pratiquée 43 fois (Heitz-Boyer, Chevassu, etc, etc,) avec les résultats suivants:

11 cas certains, comme contrôle de la méthode;

17 cas douteux cliniquement, avec urines purulentes;

7 cas douteux cliniquement, avec urines claires.

8 cas très douteux cliniquement.

Sur ces 43 cas, 25 fois la réaction a été positive, 18 fois négative.

Sur les 25 cas positifs, 22 fois la preuve de la nature tuberculeuse de l'injection fut faite parallèlement par la recherche du bacille de Koch, l'inoculation au cobaye ou l'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire ou nécropsique.

2 fois, la preuve ne fut pas faite.

1 fois, il y eut contradiction entre la réaction et l'inoculation. On passa outre à la néphrectomie et l'examen anatomo-pathologique donna raison à la réaction.

Sur les 18 cas *négatifs*, un seul n'a pas eu d'autre preuve.

(Chevassu, Heitz-Boyer, Grégoire et Heitz-Boyer).

CYSTOSCOPIE

Si nous avons tardé à parler de l'examen cystoscopique, c'est que, toujours, l'examen clinique prime l'examen instrumental et que la cystoscopie ne doit être pratiquée qu'après un examen clinique détaillé: analyse des signes fonctionnels, examen physique de tout l'arbre urinaire, notions sur l'âge et les antécédents personnels du malade; examen des urines.

La cystoscopie, dans ces conditions, est un procédé de haute valeur pour confirmer ou pour fournir un diagnostic dans les maladies de la vessie, de l'uretère ou du rein. Newmann prétend qu'à elle seule, sans l'assistance du cathétérisme urétéral, la cystoscopie suffit pour faire le diagnostic de tuberculose rénale. Nous croyons prendre rang parmi la majorité, pour ne pas dire la totalité, des chirurgiens en pensant que cette formule est exagérée outrée, dans l'immense majorité des cas, du moins.

Newmann conclut ainsi son travail :

“ Quand l'orifice de l'uretère est rigoureusement normal, il n'y a pas d'affection grave du rein correspondant ; 2° Quand il y a des lésions tuberculeuses évidentes au méat urétéral, il y a toujours tuberculose du rein correspondant. ”

Nous n'avons pas à décrire ici les différents modèles de cystoscope. Le seul que nous avons vu employé est celui d'Albarran ; il nous a toujours donné à nous-mêmes entière satisfaction.

Les mêmes règles qui régissent la moindre intervention chirurgicale doivent être suivies ici : “ Dans les vessies infectées, aussi bien que dans les vessies saines, employer des instruments bien stérilisés, remplir la vessie avec un liquide également stérilisé et nettoyer l'urètre préalablement. ”

(Pasteau)

Il faudra en outre se rappeler ce principe “ qu'on ne fait rien de propre avec des mains sales ”.

Avant la cystoscopie il faut explorer et préparer l'urètre. Si le canal a besoin d'être dilaté et que cette dilatation demande trop de temps, on fera une urétrotomie. Les irrégularités qui peuvent siéger dans la portion prostatique seront rectifiées par une sonde à demeure laissée dans le canal pendant 24 heures.

La vessie doit être garnie avec une quantité un peu inférieure à sa capacité. 60 grammes constituent un minimum de capacité.

En cas de cystite grave, on attendra quelques semaines l'effet des instillations. Si les urines sont purulentes, faire passer dans la vessie 4 ou 5 seringues d'eau bouillie jusqu'à ce que celle-ci resorte claire, en évitant de mettre la vessie en tension.

Dans une vessie pathologique on pourra voir :

De la “ rougeur ” diffuse ou localisée à certains points : cystite ;

Une muqueuse “ boursoufflée ”, translucide à la partie supérieure, des élévures arrondies : oedème ;

Un " aspect dépoli, mammelonné ", granuleux, rouge: cystite granuleuse;

Des " ulcérations " variées, dont l'interprétation ne peut guère être donnée que par la connaissance de l'évolution de l'affection et la concomitance d'autres lésions vésicales;

Des " tumeurs " soit pédiculées, soit sessiles, soit infiltrées, faciles à reconnaître;

Des " calculs " des " corps étrangers ", également faciles à reconnaître.

Des " lobes prostatiques hypertrophiés ", déformant le col vésical de manière variée.

Des " colonnes vésicales ";

Des " cellules vésicales ";

Des " fistules ";

De la " Leucoplasie ", caractérisée par un aspect blanc nacré de la muqueuse.

Dans une *vessie atteinte de tuberculose*, on verra des petites granulations transparentes et rosées, entourées de fines arborisations tranchant sur la muqueuse saine; des ulcérations à bords polycycliques; des plaques de rougeur diffuse.

Lésions urétérales: Prolapsus de la muqueuse, dilatation en poche de l'extrémité inférieure, distendue par chaque éjaculation; calcul enclavé dans le méat, ou caillot vermiforme appendu au méat.

La constatation d'éjaculations hématuriques ou pyuriques fournit l'affirmation de l'origine rénale du sang ou du pus et la détermination du rein malade.

(A suivre)

REVUE DES JOURNAUX

UN CAS DE TUBERCULOSE HYPERTROPHIQUE DE L'APPENDICE.—Par le Dr R. Leriche (*Lyon Chirurgical*, 1er sept. 1912).

L'A. rapporte l'observation d'une malade âgée de 26 ans qu'il a vue dans le service de son maître le Prof. Poncet.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue.

D'abord la crise présente tous les symptômes d'une crise d'appendicite aiguë banale : début franc, sans aucune poussée plus ou moins larvée antérieurement ; vomissements, douleur violente, température, ballonnements, plastron.

L'évolution immédiate confirme encore le diagnostic porté d'appendicite aiguë : douleur qui cède à la glace, plastron et température qui disparaissent. La malade quitte l'hôpital en promettant de venir se faire opérer. Elle revient 6 semaines plus tard et ne présente à ce moment aucune douleur spontanée, pas de température pas de plastron perceptible ; mais son état général est très mauvais ; elle est très affaiblie, ses traits sont tirés, son teint terreux.

L'intervention pratiquée en ce moment ne révèle ni abcès enkysté, ni pus dans l'appendice. Celui-ci forme avec l'épiploon une grosse masse, adhérente à la fosse iliaque, mais tout à fait indépendante du cæcum qui paraît indemne de toute lésion.

L'hypertrophie de l'appendice était manifeste à la simple inspection et à la coupe, mais le diagnostic de la nature tuberculeuse ne fut fait qu'au laboratoire. « Il est possible que la rareté des observations de ces hypertrophies primitives de l'appendice soit due surtout à l'absence d'un examen microscopique appliqué systématiquement à tout appendice hypertrophié. »

« Une convalescence batarde, traînante, alors que les lésions « locales « refroidissent » normalement doit faire penser à la possibilité d'une tuberculose appendiculaire. »

GEO. A.

HERNIES ADHÉRENTES DU GROS INTESTIN, par le Dr J. Louis Ransohoff (*Annals of Surgery*, Aug. 1912).

L'A. repousse les différentes démonstrations données à ces hernies « H. par sac incomplet », « H. par glissement », parce qu'elles sont basées sur des théories pathogéniques erronées.

Le contenu du sac est ordinairement du cæcum et du colon ascendant à droite, du colon ilio-pelvien à gauche. On rencontre très rarement le colon transverse. On a déjà trouvé du petit intestin, même le testicule et le cordon.

Pathogénies R. fait la critique des différentes théories et croit que pour bien comprendre la pathogénie de ces hernies, il est essentiel de considérer l'embryologie du conduit intestinal ses mésentères, et surtout les changements secondaires qui surviennent dans le mésentère du gros intestin.

Suit une étude détaillée de l'intestin chez l'embryon. De cette étude, R. tire les conclusions suivantes :

- 1° « Les hernies à sac incomplet » n'existent pas primitivement ;
- 2° Le sac est complet dès le début ; il n'a été oblitéré que par des adhérences à type embryonnaire ;
- 3° Une anse intestinale trouvée dans un sac herniaire est une preuve que cette anse était primitivement mobile ;
- 4° Dans les hernies adhérentes du gros intestin, la hernie est primitive, les adhérences secondaires.
- 5° Le nœud de la situation est l'excès de volume de l'anse du colon.

Morphologiquement : Ces hernies se divisent en trois variétés, suivant les rapports qui existent entre le sac et son contenu :

1° *Le sac est complet*: pas d'adhérences entre la paroi du sac et l'intestin.

2° *Le sac est partiellement oblitéré* par des adhérences secondaires, c'est la forme la plus commune. La partie postérieure du sac a été oblitérée par des adhérences commençant au mésentère en arrière et s'étendant sur une distance variable autour du sac. On trouvera ordinairement une anse entière adhérente, les adhérences s'étendant de la base au collet du sac.

3° *Le sac est complètement oblitéré*. C'est la « Hernie sans sac ». Il en existe très peu d'observations et l'on ne peut affirmer si cette forme existe réellement et si une minime portion du sac n'est pas conservée.

Ces hernies s'étranglent très rarement, mais en retour elle contiennent quelque fois des exsudats fibrineux et elles sont plus sujettes à l'inflammation.

Symptomatologie : Quoique les symptômes de ces hernies n'aient rien de caractéristique et que le diagnostic se fasse d'habitude pendant l'opération, quelques points, quelques détails permettraient peut-être quelquefois de faire un diagnostic : Ces hernies se produisent habituellement chez l'homme après l'âge adulte ; au début réductibles, après des mois, quelquefois des années, elles deviennent irréductibles. Les hernies sigmoïdiennes ont une consistance pâteuse et l'évacuation complète de l'intestin laisse une sensation de malaise moins marquée que dans les autres hernies. Dans un cas, une injection de Bismuth par le rectum, suivie de radioscopie permettrait d'affermir un diagnostic hésitant.

Traitement : Heydeurich essaya deux fois de réduire en rupturant les adhérences : ses deux interventions furent suivies de fistule fécale et de récurrence. Jaboulay, pour éviter de tels accidents, fit la résection de l'anse entière.

Quelle que soit la méthode employée, il faut que le collet du sac soit toujours bien exposé. Pour ceci, une « laparotomie herniaire »

est souvent nécessaire. Elle se pratique de la manière suivante : On introduit le doigt dans l'anneau inguinal interne et l'on coupe le muscle oblique interne (petit oblique) sur une certaine étendue au-dessus de l'anneau. Après cela on peut choisir entre les méthodes de traitement de Savariaud, Hotchkiss, Bassini, Lardon-nais et Okinji.

Ce travail est accompagné de 8 bonnes illustrations et suivi de 3 observations de malades.

GEO. A.

TRAITEMENT ABORTIF DE LA BLENNORRAGIE, par le Dr E. Montfort (de Marseille), (*in Revue Clinique d'Urologie*, janv. 1912).

Pour l'A. un bon traitement abortif doit 1° Être inoffensif pour l'urètre; 2° Être de courte durée; 3° Pouvoir s'appliquer au plus grand nombre de cas possibles et comporter un minimum de restrictions; 4° Permettre, en cas d'échec, de continuer le traitement ordinaire sans allonger très sensiblement la durée normale de la maladie.

L'A. énumère ensuite sommairement les méthodes qui se rapprochent le plus de ce traitement idéal, analyse leurs indications et contre-indications et indique le % de guérisons.

Trait. de Guiard: Grands lavages au permanganate de K au 1/10000, 2 lavages par jour pendant les 4 premiers jours, puis un seul lavage les 4 jours suivants. Injection de 5 à 600 gr. de solution après cocaïnisation de l'urètre.

Résultats: 87 % de guérisons le 1er jour de l'écoulement, 83 % le 2ème, 60 % le 3ème, 25 % le 4ème, 11 % le 5ème.

Trait de Lebretonn: Grands lavages au permanganate au 1/5000 2 f. p. j. pendant les 4 premiers jours. Entre temps le malade se fait lui-même toutes les 4 heures des petites injections.

Résultats: Dans les premières 24 heures 100 % de guérisons, après 36 heures 100 %, après 48 heures $\frac{2}{3}$ %, après 3 jours $\frac{2}{3}$ %.

Trait. de Mots: Injections de 3 à 4 cc. dans l'urètre antérieur d'une solution de nitrate d'Ag à 2% à garder pendant 2 minutes. 12 heures après grand lavage de l'urètre antérieur au permanganate au 1/1000. Pendant les 3 jours suivants: le matin lavage de l'urètre ant. avec une solution de permanganate au 1/2000; le soir lavage urétro-vésical avec même solution. Le 5ème jour et après, un lavage quotidien des 2 urètres avec même solution jusqu'à disparition complète de toute sécrétion.

Résultats: La statistique porte sur 186 cas. Le traitement a duré moins de 10 jours dans 48 cas, de 10 à 15 jours dans 66, de 15 à 21 dans 47, de 21 à 28 dans 20, de 28 à 35 dans 2, plus de 35 jours dans 3 cas.

Conditions nécessaires pour pratiquer ce traitement: il faut que 1° La durée de l'injection ne dépasse pas 6 jrs; 2° Le méat ne soit ni rouge ni boursoufflé; 3° La sécrétion ne soit pas abondante; 4° La sensibilité du canal soit presque normale; 5° Le 2ème verre d'urine soit absolument clair; 6° Le malade n'ait pas coité depuis son injection.

Trait. d'Engelbecht (de Copenhague): Les malades doivent se présenter dans les conditions suivantes: 1° Le 1er ou le 2ème jr de la gonorrhée; 2° Sans inflammation du méat; 3° avec un premier verre d'urine claire avec flocons.

Injections dans l'urètre ant. avec une douche, d'une quantité de liquide de 500 à 600 gr. à la pression de 1 mètre à 1.25 pour le premier lavage. Ce liquide est une solution de nitrate d'Ag à la dose de 0.50 %, injectée à une température de 37°. 4 heures plus tard cocaïnisation de l'urètre et 2ème lavage à la dose de 0.20 %.

Résultats: Sur 30 cas 26 ont été guéris dans l'espace d'une $\frac{1}{2}$ journée à 2 jours. 4 seulement ont récidivé.

Méthode Stockmann: Protargol à 4, 5 et 6 %, additionné de 4 % de glycérine et de 3 % d'antipyrine. L'injection se fait dans les 2 urètres, reste en place 12 à 15 minutes et est répétée 3 jours de suite. Dans l'intervalle le malade se fait lui-même 1 ou 2 injections p. j. de protargol en solution faible ($\frac{1}{8}$ à $\frac{1}{2}$ %).

Les conditions requises: 1^o l'écoulement ne doit pas remonter à plus de 7 jours; 2^o Il ne doit être ni abondant ni purulent; 3^o Il ne doit pas y avoir d'urétrite postérieure.

Résultats: Sur 100 cas: Disparition des gonocoques dès la 1^{ère} séance dans 38 cas, après 8 jours de traitement dans 9 cas, après 3 semaines il était absent dans 14 cas et trouvé dans 15 cas. 24 malades ont été perdus de vue.

Traitement de Carle (de Lyon): Protargol à la dose de 2 à 1 % en injections urétrales. Le malade se fait lui-même ces injections: 1 au lever, une autre vers 2 heures d'une durée de 2 ou 3 minutes, la 3^{ème} au moment de se coucher durant 3 à 10 minutes. Cela pendant 12 jours; puis pendant 2 jours, 2 injections seulement: une le matin et l'autre le soir. Le 15^{ème} jour toute thérapeutique est cessée.

Résultats: Carle a 8 chances sur 10 de réussite dans les 2 premiers jours. Au 5^{ème} jour on aurait encore de bons résultats.

Trait. de De Sard: 2 f. p. j. injections urétrales de 10 cc. d'une solution d'Argyrol à 10 %, à garder pendant 5 à 6 minutes. Ce traitement est indolore et peut être employé aussi bien au début de la maladie qu'en pleine période aiguë. Sur 4 cas traités en 1909, 4 guérisons en 3, 5, 6 et 8 jours.

Traitement de Janet: Argyrol. Lavages de l'urètre antérieur sous pression, à la dose de 2 à 4/1000 suivis d'injections à la dose de 5 à 20 %, pour infection limitée à l'urètre ant. Lavages d'injections 2 f. p. j. pendant les 2 ou 3 premiers jours puis 1 fois seulement pendant 2 à 6 jours.

Résultats: En 1911 6 succès sur 8 cas dans les 1^{ères} 12 hrs.

Trait. de Montfort: Protargol à 5 % plus $\frac{1}{5}$ d'une solution

de cocaïne à 1 % en injection dans l'urètre ant. Injections laissées en place pendant 2 minutes et recommencer la manœuvre pendant 10 à 12 minutes. 5 ou 6 heures plus tard, examen bactériologique; s'il n'y a pas de gonocoque nouvelle injection de protargol à 4, 3, 2 %; 2 séances par j. les 2 premiers jours à 12 heures d'intervalle; 1 injection par jour les 2 jours suivants; le 5ème j. repos; une dernière injection le 6ème jour. S'il y a gonocoque: abandonner protargol et employer les grands lavages.

Conditions nécessaires 1° Absence de rougeur et de gonflement du méat; 2° 2ème verre d'urine absolument clair; 3° Une sécrétion moyennement abondante; 4° Pas de douleurs à la miction; 5° Absence de canaux para-urétraux et de diverticules du méat.

Résultats: Sur 27 cas traités: 1 guérison en 4 jours, 12 en 6 jours, 8 en 15 jours, 3 en 3 semaines, et 3 en plus de 3 semaines.

Voici la conclusion de l'A. : « Je crois qu'en l'espèce il faut se « montrer particulièrement éclectique, voir quels sont les avan-
« tages et les inconvénients de chaque méthode par rapport au cas
« particulier envisagé, juger leurs indications et contre-indica-
« tions et se décider pour celle qui paraît le mieux convenir à la
« maladie et au malade. »

GEO. A.

LES DOULEURS DE LA REGION PRECORDIALE.—Par
M. le Dr Ch. Esmein. — *La Quinzaine thérapeutique*, 10 sept.
1912.

Deux hypothèses se présentent immédiatement à l'esprit du médecin qui recherche la cause des douleurs précordiales: celle d'une péricardite et celle d'une angine de poitrine.

Les douleurs de la *péricardite*, et surtout de la péricardite sèche, sont le plus souvent atténuées et s'irradient le long du

nerf phrénique. Cette irradiation est décélée par la recherche des points douloureux. Point inférieur, entre l'appendice xiphoïde et le rebord des fausses côtes gauches, points moyens, à la portée entéro-interne des espaces intercostaux gauches; point supérieur placé dans l'écartement des deux chefs inférieurs du sterno-cleido-mastoïdien gauche. La péricardite sèche engendre des signes physiques significatifs (frottements) qui achèvent de démontrer la cause des douleurs associées.

Les douleurs de l'*angine de poitrine* occupent la région aortique, s'irradient, spécialement, le long du bord interne du membre sup. gauche, quelquefois vers la nuque, quelquefois vers le cou et rarement vers l'abdomen. L'angine de poitrine donne lieu à des crises terribles; mais dans leur intervalle le malade est, généralement, indemne de tout phénomène douloureux.

Mais il n'est pas que la péricardite et l'angine de poitrine à envisager en cas de douleur précordiale. Ce phénomène s'observe encore au cours d'autres affections occupant la plèvre, l'estomac, le colon, les nerfs intercostaux, ou le cœur lui-même.

La *pleurésie* du diverticule pleural situé en avant du cœur peut s'accompagner de douleurs précordiales. L'auscultation révèle un frottement qui diffère de celui de la péricardite en ce qu'il subit plus ou moins complètement le rythme respiratoire. Il existe ordinairement dans l'aisselle et dans le dos d'autres signes de pleurésie.

La *dyspepsie avec dilatation stomacale* peut occasionner des douleurs précordiales. Le diaphragme étant refoulé gêne le cœur qui proteste par la douleur. Le maximum de la douleur est après les repas. L'examen révèle une dilatation stomacale. Lorsque les malades expulsent leurs gaz, ils sont immédiatement soulagés.

La *dilatation de l'angle gauche* du colon peut aussi donner les mêmes douleurs et pour les mêmes raisons. Il s'agit alors de constipés chroniques avec spasme de l'intestin.

Les douleurs précordiales sont parfois dues à des *névralgies*

intercostales reconnaissables au fait que la douleur provoquée prédomine en certains points: point juxtasternal, point siégeant sur la ligne axillaire, point paravertébral. Il faut se méfier des névralgies intéro-costales rebelles, précordiales ou non: elles cachent souvent un anévrisme aortique.

Les *douleurs tabétiques* qui peuvent occuper tant de sièges différents se fixent aussi dans quelques cas au devant du cœur. Mais vous trouverez en même temps le signe d'Argyll-Robertson et une abolition complète des réflexes rotuliens, etc.

On rencontre chez certaines femmes des douleurs prenant naissance dans la mamelle, une *mastodynie* qui, lorsqu'elle est limitée au sein gauche, simule assez bien la douleur d'origine cardiaque. Parfois, il y a une induration diffuse de la mamelle, ou de petits nodules fermes. La douleur est souvent atténuée ou abolie par l'ingestion d'un peu d'air stérilisé dans le tissu cellulaire sus-mammaire, qui en superposant à la glande un coussinet élastique soustrait celle-ci au traumatisme du corset et des vêtements.

Les *palpitations*, les *battements de cœur* sont souvent accompagnés de douleurs précordiales. Examinez le malade au moment où il accuse des douleurs. Prenez le pouls: vous vous rendez compte que la succession régulière des battements artériels est interrompue de temps à autre par la production d'une pulsation prématurée (extrasystole) suivie d'une pause un peu plus longue que celle qui sépare deux battements normaux. C'est au moment précis de chacune de ses pulsations venant avant terme que le malade annonce sa douleur au cœur.

Il est encore une autre variété de douleurs précordiales qu'on pourrait appeler les *douleurs précordiales chroniques* des maladies orificielles du cœur. Cette catégorie de douleurs se rencontre plus souvent qu'on le pourrait croire. Mackenzie, clinicien anglais, fait intervenir un réflexe viscéro-sensitif pour expliquer leur production. C'est, dit-il, une loi générale que les viscères ne soient reliés à la moëlle par aucun nerf sensitif: de là leur insen-

sibilité. Mais ils sont rattachés à l'axe médullaire par des nerfs sympathiques. Ces derniers, lorsque l'organe où ils naissent est dans l'état normal, ne transmettent à la moelle que des excitations faibles et qui ne sont pas perçues. Mais lorsque l'organe est malade, les stimulations conduites par eux s'amplifient et deviennent assez fortes pour irriter les terminaisons médullaires des nerfs sensitifs de la région, qui naissent dans la peau; de là une douleur qui est rapportée aux téguments de la région, à cause de la loi générale de physiologie qui veut que *l'excitation d'un point quelconque d'un nerf sensitif produise les mêmes effets que l'excitation périphérique* de ce nerf.

L'auteur fait intervenir un autre facteur, la distension du cœur. Il a observé plusieurs cas de douleurs précordiales chroniques et chaque fois le cœur était dilaté. Un cœur gros, à l'étroit dans sa loge, peut, par ses mouvements incessants, exercer une sorte de traumatisme chronique sur les nerfs sensibles dont il est environné, et devenir ainsi la cause de douleurs précordiales.

L'auteur s'empresse d'ajouter que cette hypothèse ne peut expliquer complètement l'origine de ces douleurs; car il a rencontré des malades atteints de lésions valvulaires, affectés d'une distension cardiaque, et qui avaient toujours été indemnes de toute douleur.

Mais l'auteur a relevé des signes manifestes de névropathie chez plusieurs de ces malades. La névropathie prend donc nécessairement part à la production de la variété de douleurs précordiales qui est en cause. Mais, pas plus que la distension cardiaque, elle n'est capable à elle seule, de créer de toutes pièces la douleur. Elle ne les engendre que s'il existe dans la région cardiaque un point d'appel, un foyer morbide qui attire, concentre et fixe sur lui la névropathie diffuse dans l'organisme.

Dr EDG. L.

LES REACTIONS DE DIAGNOSTIC AVEC LA TUBERCULINE. (Dr Noël Fiessinger, *Journal des Praticiens*, 7 sept. 1912).

Il en est de ces réactions comme de toutes les épreuves tirées de la biologie: il faut savoir interpréter les résultats obtenus. Il faut se rappeler qu'un résultat positif ne signifie pas forcément que l'affection qui évolue actuellement chez le malade est tuberculeuse. Ces réactions sont sensibles, et une tuberculose ancienne, très limitée, non actuellement en évolution et représentée souvent par un ganglion profond, suffit quelquefois à les faire apparaître. De même une réaction négative n'exclut pas nécessairement la tuberculose, car les tuberculeux avérés ne sont pas toujours susceptibles de réagir.

La tuberculine conserve donc une grande importance.

Deux tuberculines sont employées en pratique: la tuberculine de Paris et la tuberculine de Lille.

La tuberculine de l'Institut Pasteur de Paris, pour usage médical, en solution glycinée, est livrée dans des ampoules d'un cc. de solution au 1/1000. Cette tuberculine convient pour toutes les réactions, sauf pour l'ophtalmo-réaction qui, d'ailleurs, est à peu près complètement abandonnée. Ceux qui désirent, néanmoins, recourir à ce procédé, se serviront de la tuberculine de Lille, qui est précipitée par l'alcool et livrée en flacons de 5 milligr.

Dans un but diagnostique la tuberculine a été introduite dans l'organisme suivant 4 procédés différents.

Deux de ces procédés doivent être rejetés de la pratique courante à cause des dangers qu'ils présentent; mais il faut toutefois les connaître: ce sont l'injection sous-cutanée et l'ophtalmo-réaction.

L'*injection sous-cutanée* consiste à introduire sous la peau 2/10 de cc. de la solution au 1/1000. La réaction est dite positive

lorsque l'injection est suivie d'une forte élévation thermique dans les heures qui suivent jusqu'à la 12e heure. En même temps le foyer subit une poussée.

Cette dernière est le plus souvent trop vive, et elle aggrave maintes fois le mal lorsqu'elle n'est pas le prélude d'une granulie.

L'*ophtalmo-réaction* consiste dans l'application sur la conjonctive d'une goutte de la solution suivante: 5 milligr. de la tuberculine de Lille dans 10 gouttes d'eau distillée. La réaction positive consiste dans une congestion vive qui débute environ cinq heures après l'application, et qui s'accompagne bientôt d'une exsudation fibrineuse.

Les accidents locaux sont très fréquents et peuvent aller jusqu'à la suppuration du globe oculaire.

La cuti-réaction de Von Pirquet et l'intradermo-réaction de Mantoux sont les deux seules réactions pratiques parce qu'elles n'offrent que très peu de dangers, et qu'elles sont d'une application facile.

La cuti-réaction. — Comme technique, déposer sur la peau du bras deux ou trois gouttes de la solution au 1/1000 de l'Institut Pasteur; puis, faire deux scarifications aux points touchés.

La réaction est négative s'il ne survient qu'un peu de congestion qui disparaît en quelques heures.

Elle est positive si, au bout de 24 heures les points scarifiés sont le siège d'une forte congestion avec tuméfaction et même induration. L'éruption s'efface à partir de la 70e heure.

Si l'induration ne dépasse pas 5 millim. la réaction est dite faible. Si elle atteint 10 à 12 millim. la réaction est moyenne. Enfin lorsqu'elle atteint 2 à 3 centimètres la réaction est forte.

Des ulcérations sont quelquefois survenues chez des malades présentant des manifestations cutanées de la tuberculose; mais il est entendu que chez de tels patients il faut s'abstenir de la cuti-réaction.

Chez les rhumatisants, les typhiques, les rougeoleux, un résultat négatif n'exclut pas la bacillose. Il en est de même chez les tuber-

culeux avérés. De plus, une forte réaction permet d'augurer une évolution plus favorable.

L'intradermo-réaction. — Comme technique, injecter dans le derme 1/20 de cc. d'une solution obtenue en mélangeant une goutte de la sol. au 1/1000 à 49 gouttes de sérum. Une petite boule blanche témoigne de la pénétration de l'injection dans le derme.

La réaction est positive quand 24 heures après l'injection l'on voit une tuméfaction saillante entourée d'un halo érythémateux. C'est un peu l'aspect d'une plaque d'érésypèle.

Après 48 heures la réaction va en diminuant et il survient du prurit qui est quelquefois très intense.

La réaction négative est caractérisée par une faible congestion qui disparaît en quelques heures.

On a quelquefois observé une poussée thermique avec réaction générale légère; mais ces accidents sont rares.

J. P. F.

LA MEDICATION PAR LES SELS DE QUININE DANS LE CANCER. — Castaigne. — *La Clinique*, 21 juin 1912.

Lorsque nous nous trouvons en présence d'un cancer inopérable, d'une récurrence, si l'on a recours aux sels de quinine, on atténue les souffrances et on améliore, pour un temps, l'état général. L'injection intramusculaire est conseillée.

L'on peut employer indifféremment les différents sels de quinine: Chlorhydrate basique, bi-chlorhydrate, formiate. L'important est d'employer une solution convenable. Jaboulay préconise une solution contenant 0.50 gr. de bi-chlorhydrate de quinine par centimètre cube d'eau distillée. Cette solution est douloureuse. M. Castaigne utilise une solution au 1/10 formulée ainsi: bi-chlorhydrate de quinine 5 gr., eau distillée 50 gr.; c'est-à-dire 0.10 gr. de bi-chlorhydrate de quinine par cc.

Les solutions fortes employées produisent de la douleur, des nodules sensibles et des abcès produits par les sels de quinine eux-mêmes.

M. Castaigne emploie des solutions faibles, aussi il n'a jamais observé d'abcès à la suite de l'injection et la douleur est faible. Il donne alternativement une journée une injection de 20 à 30 cc. de la solution au 1/10 de bi-chlorhydrate de quinine; le lendemain, en ingestion 1 gramme du même sel pris en deux fois.

A la suite de ce traitement M. Castaigne prétend obtenir la suppression très rapide des douleurs, de la fétidité, des hémorragies; les malades reprennent des forces, se portent mieux pour un temps variable, jusqu'à ce qu'ensuite la généralisation cancéreuse fasse son œuvre. M. Castaigne cite quelques observations de malades chez qui par son traitement il a pu constater des améliorations notables, de tous les symptômes du cancer; écoulements, douleur, cachexie, parfois même diminution de la surface ulcérée.

J. E. F.

TUBERCULOSE RENALE BILATÉRALE ET NEPHRECTOMIE, par les Drs V. Rochet et L. Thévenot (*Lyon Chirurgical*, mai 1912).

On peut affirmer qu'il y a tuberculose rénale bilatérale quand l'inoculation au cobaye de l'urine des deux côtés est positive. Les A. distinguent 3 groupes de cas:

1^o Un rein est très malade, gros, nettement suppuré et l'autre est peu touché. 11 malades ont été opérés dans ces conditions et dans 10 cas l'évolution a semblé nettement retardée. On peut d'ailleurs, au point de vue des indications opératoires, distinguer encore: Les cas où le rein le plus malade ne constitue pas un danger pour l'organisme et ici les avis divergent sur la nécessité de la néphrectomie primitive.

Les cas où le rein le plus malade, en état de rétention purulente, est un danger pour l'organisme. Alors il n'y a pas d'hésitation: tous les chirurgiens font la néphrectomie.

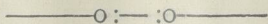
Enfin les cas où il y a des phénomènes généraux graves, un état de faiblesse avancé et la néphrectomie est contre-indiquée. On fera la néphrotomie ou même simplement une ponction rénale évacuatrice.

2° Les deux reins sont peu malades et l'un pas plus que l'autre. Intervention chirurgicale contre-indiquée.

3° Si les reins sont tous deux très atteints, il vaut mieux aussi s'abstenir. Dans deux cas, les A. ont dû faire la néphrectomie: celle-ci fut suivie de mort en quelques jours. Dans un troisième cas, ils eurent recours à 3 ponctions successives du rein, qui amenèrent du côté de l'état général une très grande amélioration durant encore depuis quatre ans.

Suit l'étude de 11 observations.

GEO. A.



SOCIETES MEDICALES



ASSOCIATION MEDICO-CHIRURGICALE DU DISTRICT
DE JOLIETTE



9 octobre 1910

Présidence: Dr J. A. Barolet.

MM. le Dr L. A. Aubin de Rawdon et Albert Geoffroy de Joliette sont admis membres de l'Association.

M. le Dr J. A. Barolet fait une communication sur la neurasthénie. Il expose au complet l'étiologie, la symptomatologie, et le traitement de cette affection si protéiforme et si commune. Il démontre que cette maladie, causée le plus souvent par le surmenage, les soucis, se développe généralement sur un fond prédisposé et est bien l'une des manifestations de notre état social actuel enfiévré. Il appuie surtout sur le tritement symptomatique, suivant la prédominance de tel ou tel symptôme et recommande comme régime fondamental, le repos physique et mental.

Le Dr Laurendeau fait quelques remarques sur la conférence intéressante du Dr Barolet.

M. le Dr J. Marion, secrétaire-trésorier rend ses comptes, et l'on procède à l'élection des officiers pour l'année courante :

Président: J. A. Barolet de Joliette, vice-président: Dr Peltier de St-Ambroise; secrétaire-trésorier: Dr Albert Laurendeau, St-Gabriel de Brandon.

Comité de régie: Dr Laporte de Joliette et Dr Lippé de St-Ambroise.

Comité de Déontologie: Dr Desrosiers et Dr Lamarche de St-Félix, Dr Sheppard et Dr Gaudet de Joliette.

Comité de charlatans: Dr Bernard, Dr Laporte et Dr Geoffroy de Joliette.

ALBERT LAURENDEAU, Sec.-Trés.

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE QUÉBEC

VI^e séance, 29 octobre 1912

La sixième séance de la Société médicale de Québec sous la présidence de M. le Docteur J. D. Pagé, a eu lieu mardi le 29 octobre dernier, dans la salle des cours, à l'École de Médecine.

Messieurs les Docteurs Eugène Mathieu, S. Grondin, Arthur Simard, Arthur Rousseau, P. C. Dagneau, Arthur Vallée, Odilon Leclerc, Émile Nadeau, A. Jobin, Jos. Devarennés, Jos. Vailancourt, A. Lessard, Ls. O. Gauthier, Émile Fortier, Adolphe Drouin, Alfred Drouin, Jules Vallée, Jos. Caouette, A. Angers, Victor Darveau, Geo. Ahern, Edmond Bergeron, Willie Verge jr. tous de la ville de Québec, étaient présents.

On remarquait aussi M. le Dr Lavoie, de Sillery, J. E. Bélanger, de St-Joseph de Lévis, et quelque élèves de la faculté de médecine.

Sur proposition de messieurs les Docteurs A. Simard et A. Vallée, MM. les Docteurs J. E. Bélanger, de St-Joseph de Lévis, Geo. Ahern, de Québec, Edmond Bergeron et Albert Bergeron, internes à l'Hôtel-Dieu, sont élus membres de notre société.

Lue une lettre de la chambre de commerce française de Montréal, laquelle prépare un mémoire sur les boissons fermentées dites "hygiéniques" telles que le vin, la bière et le cidre, dans le but d'attirer l'attention des pouvoirs publics sur leur consommation, et aussi dans le but de circonscrire la lutte contre l'alcoolisme, à la lutte contre les boissons fortes.

Une motion de félicitations est adressée à M. le Dr Ls-F. Dubé, de Notre-Dame du Lac, Co. Témiscouata, pour le succès qu'il a remporté au concours de la Société Internationale de la Tuberculose de Paris, en 1911.

Cette lettre est référée à un comité composé de messieurs les docteurs Eug. Mathieu, A. Jobin et René Fortier, lequel comité devra faire rapport à la prochaine séance.

Les communications suivantes ont été présentées à cette même séance :

M. le Dr A. Simard a rapporté l'observation d'un malade porteurs de plusieurs gros calculs de l'urètre. C'est un cas très rare de calculose antochtone de l'urètre sans rétrécissement, avec lésions inflammatoires consécutives (infection, fistules). L'extrac-

tion des calculs par urétrotomie externe et la mise en place d'une sonde à demeure ont suffi à guérir le malade.

M. le Dr S. Grondin, un cas d'hystérectomie abdominale totale pour fibrome utérin. Le Dr Grondin présente en même temps la pièce enlevée: c'est un petit fibrome situé dans la partie supérieure de la cavité interne.

M. le Dr Émile Fortier rapporte six cas de syphilis traités par le Salvarsan et aussi par le mercure et l'iodure de potassium.

M. le Dr O. Leclerc nous donne l'histoire d'un cas de Syphilis avec lésions énormes des os de la face, du front, des articulations des épaules et des genoux, chez lequel il a employé l'arseno-benzol français en injections intra-veineuses.

Avant de clore la séance les deux ordres du jour suivant sont acceptés:

Proposé par M. le Dr Lessard, "que le comité exécutif de la Société médicale de Québec soit chargé de voir à l'organisation d'un banquet". Adopté.

Proposé par M. le Dr Vaillancourt, secondé par le Dr Adolphe Drouin, que: "La Société médicale de Québec a vu avec plaisir l'adoption de la loi Roddick par les différentes provinces, et désire exprimer ses plus sincères félicitations aux Docteurs L. P. Normand, de Trois-Rivières, et Arthur Simard, de Québec, pour la part qu'ils ont prise au travail nécessaire pour mener cette législation à bonne fin." Adopté à l'unanimité des membres.

Le Secrétaire

EDGAR COUILLARD, M. D.

ECHOS ET NOUVELLES

La Revue d'Hygiène et de Police Sanitaire de Paris, après avoir donné une analyse très détaillée du Rapport de la Commission Royale de la Tuberculose dans la Province de Québec, conclut: "En résumé, ce rapport très circonstancié est d'une lecture intéressante et résume sous ses divers aspects l'importante question de la lutte antituberculeuse."

D'après une récente statistique, il y a actuellement en Europe 160,000 médecins. En Allemagne 5 pour 10,000 habitants, Angleterre 7 pour 10,000, France 5.1 pour 10,000, Italie 5 pour 10,000. Si l'on considère que la population de la Province de Québec est actuellement de 2,002,712 et que nous comptons environ 1900 médecins ce qui donne une proportion de 9.5 pour 10,000, il est facile de voir que notre profession est de beaucoup plus encombrée ici qu'en Europe, quoiqu'en pensent nos confrères d'outre-mer!

A la séance d'ouverture du XIIIe Congrès Français de médecine, l'Honorable Dr Lanctôt de Montréal a émis le vœu que l'Association des médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord soit affiliée à l'Association Française qui ouvrirait son deuxième congrès.

Encore une fois le prix Nobel revient à la science française. Aujourd'hui c'est monsieur Alexis Carel de Lyon, actuellement

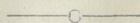
du Rockefeller Institute de New York qui reçoit le prix de Médecine pour ses importants travaux sur la greffe et les transplantations d'organes. Ce prix s'élève cette année à 195,000 francs.

A propos de la greffe humaine, il est une fois de plus évident que l'expérience sur ce sujet ne date pas d'hier. " L'Illustration " publie en effet à ce sujet une copie d'un intéressant tableau du XVI^e siècle représentant un pauvre nègre en train de fournir un de ses membres inférieurs à un blanc plus fortuné qui vient d'être amputé.

Monsieur le Professeur Arthur Simard vient d'être nommé membre de l'Association des Chirurgiens français à Paris. Nos félicitations.

Le Conseil médical fédéral chargé d'organiser le fonctionnement de la loi Roddick, s'est réuni pour la première fois à Ottawa le 7 novembre. Ce comité est constitué comme suit : Trois représentants nommés par le Gouvernement fédéral, monsieur le Docteur Roddick de Montréal. G. Kennedy de McLeod Alberta, W. Bapty de Victoria, C. A. ; des représentants de chaque université, et du corps médical de chaque province. Pour la Province de Québec ce sont messieurs les Docteur Normand et Simard représentant le Collège des Médecins, monsieur le Docteur Brochu, la Faculté de Médecine de Québec, Dr E. P. Lachapelle, la Faculté de Laval de Montréal et Sheppard l'Université McGill.

A la dernière réunion du Collège des Médecins le vœu suivant a été émis au sujet des réformes à demander au gouvernement en rapport avec l'expertise médico-légale: " Il est désirable que les Codes de procédure civile et criminelle soient modifiés de façon à créer devant les cours de justice des commissions d'experts dont le seul témoignage sera entendu pour décider tout fait médical en litige." La Commission suggère de plus: " Que dans les cours civiles cette commission composée de trois membres, soit nommée un membre par la partie demanderesse, un par la partie défenderesse le troisième par la cour. Que dans les cours criminelles la commission soit nommée par la Couronne. Que pour les constatations, il sera toujours adjoint aux médecins qui ont fait l'examen du blessé ou du cadavre, un médecin expert reconnu.



On nous communique la lettre suivante:

L'association américaine de chirurgie a chargé le comité composé de messieurs les Docteurs William L. Estes, South-Bethlehem, Pa.; Thomas W. Huntingdon, San Francisco, Californie; John B. Walker, New-York; Edward Martin, Phil.; et John B. Roberts, Président, 313 S. 17^e rue, Phil., de faire un rapport sur le traitement opératoire et non-opératoire des fractures simples et compliquées des os longs, et sur la valeur de la radiographie dans ces cas. Tous les chirurgiens qui, durant les dix dernières années, ont publié des travaux touchant cette question, rendront service au président de ce comité en lui faisant parvenir deux copies de leur travail. A défaut de copies disponibles, on nous obligera beaucoup en nous communiquant les titres de leurs travaux et le nom de leur éditeur.

John B. ROBERTS,

President

313 S. 17^e rue, Philadelphie.

Un aphorisme par mois. (Hippocrate).

“ Quand la maladie est très aiguë, aussitôt elle offre les souffrances extrêmes et aussitôt il est urgent de prescrire l'extrême diète; s'il n'en est pas ainsi, mais qu'il soit loisible d'alimenter plus copieusement, on se relâchera de la sévérité du régime, d'autant plus que la maladie s'éloignera davantage de l'extrémité. ”

— :00 : —

BIBLIOGRAPHIE

CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE OBSTETRICALES
DU PRATICIEN, par Paul Rudaux, accoucheur des hôpitaux, avec collaboration de A. Grosse et V. Le Lorier. — VIGOT FRERES, éditeurs, 23, Place de l'École de Médecine, Paris. Un vol. in-8 cartonné (*Collection des Manuels de Médecine pratique*). 8 fr.

Le titre de ce livre indique nettement l'esprit suivant lequel il a été conçu; son titre seul pourrait lui servir de préface.

Mettre entre les mains du médecin en lutte avec les difficultés de la pratique un guide qui lui permette dans tous les cas de “poser un diagnostic exact et d'appliquer une thérapeutique rationnelle”, tel est le but de cet ouvrage.

Ce n'est pas un traité d'accouchement, pas davantage un précis. Il ne faut y chercher ni l'historique d'une question, ni l'exposé des théories pathogéniques, ni des descriptions anatomo-pathologiques; par contre, les auteurs ont donné un grand dévelop-

pement au diagnostic, en insistant particulièrement sur les signes qui permettent de le poser avec précision, et en laissant de côté ceux qui n'ont qu'une valeur relative. Mais c'est surtout la thérapeutique obstétricale qu'ils ont tenu à exposer en détail. La thérapeutique pratique doit comprendre à la fois l'étude des indications et l'étude des méthodes opératoires; c'est de parti pris qu'ils ont laissé de côté les procédés inefficaces ou dangereux pour n'exposer que les meilleurs comme résultats et les plus faciles comme application.

Il existe à l'heure actuelle des traités d'accouchement nombreux et excellents, cet ouvrage ne fait pas avec eux double emploi, mais vient au contraire les commenter, en quelque sorte, en donnant à propos de chaque indication thérapeutique ou de chaque intervention les détails les plus minutieux, qu'il est impossible de demander à un traité ou à un précis d'obstétrique. En revanche, presque toujours on suppose connus les instruments à employer et les grandes lignes de leur application, dont on expose uniquement la technique sans crainte d'être trop complet, voire même terre à terre. Chaque fois que l'occasion s'est présentée, on a décrit une *méthode de choix* et une *méthode de nécessité*.

L'ordre alphabétique adopté fait de cet ouvrage, une sorte de dictionnaire de pratique obstétricale où l'on peut trouver instantanément, pour ainsi dire, les renseignements cherchés sans même avoir à parcourir une table des matières.

Comme tous les ouvrages de la Collection des Manuels de Médecine pratique dont le succès s'affirme de jour en jour, ce livre a été écrit par des praticiens et pour des praticiens; c'est à ces derniers de nous dire s'il leur rend service.

PRATIQUE MEDICO-CHIRURGICALE A LA CAMPAGNE. — Notes et observations du Docteur Legrand, de Marigny. — Paris, 1912. Librairie O. Berthier.

L'ouvrage dont il est question ici n'est ni un livre didactique de haute portée, ni même un simple manuel. C'est en quelque sorte, le récit clair et concis des faits les plus intéressants que M. le Docteur Legrand a eu l'occasion d'observer au cours de sa longue carrière de médecin de campagne; et, selon la pensée de Montaigne, dont l'auteur s'est inspiré: "*C'est icy un livre de bonne foy.*"

Cette brochure de 150 pages seulement, est un véritable recueil d'observations vécues, touchant les points les plus saillants de la pratique journalière, tels que: hernies, accouchements, polypes utérins, cancer, fractures, luxations, plaies de tout genre, et quelques maladies des voies urinaires. Les cas de fractures et de luxations sont de tous ceux rapportés dans cet ouvrage, les plus nombreux. Par contre il y a tout à côté des pages tout à fait pittoresques, par exemple, celles dans lesquelles l'auteur, traitant de l'étiologie des rétentions d'urine, se demande si l'hypertrophie de la prostate n'est pas le plus souvent causée par des excès vénériens. A l'appui de cette hypothèse il cite trois observations assez fréquentes où l'hypertrophie de la prostate coïncide avec des excès vénériens. Un chapitre spécial est consacré à l'étude de la myiodopsie (mouches volantes); l'auteur y rapporte son observation personnelle et celle d'un confrère, vieux camarade d'internat. Puis suivent deux cas de guérison de méningite tuberculeuse, et, enfin, six observations de névrite périphérique. Trois de ces observations sont relatives à une intoxication par l'oxyde de carbone; deux à une intoxication par le sulfure de carbone, et la dernière probablement à l'une de ces deux causes.

Ces notes livrées au public sans aucune prétention de la part de l'auteur, témoignent d'un sens médical toujours en éveil, et

d'un esprit aussi averti qu'observateur. A la fin de sa carrière, M. le Dr Legrand, a cru qu'il était de son devoir de fournir sa part très modeste des faits qu'il a pu observer. Nous devons l'en féliciter. L'idée est heureuse, et son exemple devrait être suivi, surtout ici dans notre province. Ce serait poser le premier jalon d'une littérature qui nous manque encore. " Lorsque Verneuil publia ses premiers travaux sur l'origine du Tétanos, dit le Dr Legrand, il fit appel au concours de tous, s'adressant surtout aux médecins de campagne, qui devaient être riches en observations de ce genre; et à ce propos il disait que pour tout ce qui regarde la pratique médicale, c'est chez eux que se trouverait le plus grand nombre de faits intéressants capables d'enrichir le domaine de la science. "

— :00: —



NOTE DE LA REDACTION

Tous les abonnés qui constateront une erreur dans l'adresse de leur Bulletin sont priés d'en avertir M. le Dr Odilon Leclerc, administrateur, rue St-Joseph, Québec.

A l'avenir, le " Bulletin Médical " paraîtra le 5 de chaque mois.



NOTES pour servir à l'histoire de la Médecine au CanadaPar le Dr M.-J. AHERN, (*suite*) (a)

CHARTIER, René, Pierre.

R. P. Chartier, Conseiller au Parlement, médecin du Roi et professeur de son manège.

Fils d'Alain Chartier, avocat et conseiller au Parlement de Paris, et de Victoire de Montfond. (32)

Il n'est jamais venu au Canada mais son fils *Louis-Théandre Chartier*, de Lotbinière y est venu et était Lieutenant Général de la Prévoté de Québec. Il était le premier de la famille de *Lotbinière* au Canada.

CHAUDILLON, Antoine.

Antoine Chaudillon, chirurgien, né en 1643 épousa en 1670 Marie Boucher, (33) âgée de 18 ans, fille de François Boucher, un des premiers habitants de Sillery et de Florence Gareman. (34)

La tante de celle-ci, Nicole Gareman, Madame Mézeré était familièrement connue sous le nom de *Lapicasse*. (35)

Mgr Tanguay dans le premier volume de son dictionnaire généalogique leur donne neuf enfants, dans le troisième il n'en mentionne que cinq. (36) Tous sont nés à Sorel, excepté la première et les deux derniers.

Chaudillon a pratiqué à Sorel, puis à la Pointe-aux-Trembles près de Montréal où il est mort et a été enterré le 6 octobre 1707. Sa veuve a été inhumée au même endroit le 16 décembre 1713. (37)

Le 12 juin 1703 on trouva dans cette paroisse de la Pointe-aux-

a. Reproduction interdite.

32. Tanguay : Dict. Généal., vol. I, pp. 119-120.

33. Tanguay : Dicti Gén., vol. I, p. 122.

34. Ibid., vol. II, p. 373.

35. Scott : Hist. de Ste-Foy ; vol. I, p. 296.

36. Ibid., vol. III, p. 41.

37. Tanguay : Loc. Cit. vol. III, p. 41.

Trembles, au bord de l'eau, le cadavre d'un enfant nouveau-né ayant la gorge coupée. Chaudillon fit l'examen du cadavre et aussi celui de Marie-Anne Esmond soupçonnée être la mère et l'assassin de l'enfant. Dans la visite qu'il fit à cette dernière il fut accompagné par Catherine Marchand, femme de Laurent Archambault et Marie Chesnier, femme de Jean Bricau Matrosnes. Marie-Anne Esmond fut trouvée intacte. (38)

(Pour la suite de cette affaire voir Forestier Antoine).

CHATELAIN, Antoine, sieur Derigny.

Antoine Chatelain était médecin et avait pour épouse Marie-Thérèse Lesage. (39)

En 1769 il demeurait à l'Assomption où il n'a pas fait fortune d'après l'extrait suivant. "Mr Derigny Chatelain, chirurgien à l'Assomption annonce qu'il a fait un arrangement avec ses "créanciers et que Monsieur Simon Sanguinet a été chargé du "recouvrement de toutes les dettes." (40)

En 1772 il était à Repentigny où est né un de ses enfants; l'autre est venu au monde en 1774 au Détroit. (41)

CHEVALIER, Charles.

Charles Chevalier résidait aux Trois-Rivières, en 1645, où il était chirurgien.

Il avait une fille, Anne qui se maria en 1659 à Pierre Pinguet à Québec. Lors de son mariage elle signa Le Chevalier. Elle eut six enfants qui naquirent tous à Québec exceptée Angelique qui vint au monde à Sillery en 1672. (42)

38. Jug. et Dél. Conseil Supérieur, vol. IV, p. 899.

39. Dict. Gén., vol. III, p. 39.

40. Gazette de Québec, mars 1769. — No. 220.

41. Tanguay : Loc. cit., vol. III, p. 39.

42. Tanguay : Dict. Généal., vol. I, pp. 125-487.

CHEVALIER, Jean-Baptiste.

Voir *Cardinet*.

CHEVALIER, Sieur.

Second chirurgien du " *Rubis* " entre à l'Hôtel-Dieu du P. S. Québec le 11 août 1740 et sort le 13 du même mois. (43)

CHEVALIER, Pierre.

Voir *De Montferrand, Pierre*.

CHRETIEN, Jean-Baptiste.

Jean B. Chrétien, chirurgien, fils de Jean B. Chrétien et de Jeanne Elizabeth Bédard de Québec, (44) est venu au monde en 1737, six mois et dix-sept jours après la mort de son père. Il résidait à Québec où il s'est marié deux fois, (45) la première fois en 1764, à Québec, avec Marie-Louise Mago-Magot, ou Magau, dit Boulogne, âgée de vingt ans, fille de Sebastien Mago, marchand des Trois-Rivières, et de Elizabeth Gouin. (46) En 1774 madame Chrétien fut inhumée à Québec, laissant une enfant, Elizabeth.

Chrétien s'est marié pour la deuxième fois en 1780 avec Marie Geneviève Letellier, âgée de 20 ans, fille de Nicolas Letellier, perruquier de Charlesbourg, et de Marie Geneviève Renvoyzé. (47)

Le Dr Chrétien avait été médecin des Ursulines de Québec depuis 1785 jusqu'à sa mort qui eut lieu en 1800. (48)

Malgré que Tanguay ne connaisse qu'un enfant à Chrétien,

43. Arch. de l'Hôtel-Dieu, Québec.

44. Tanguay: Dict. Gén., vol. III, p. 80.

45. Ibid., vol. III, p. 82.

46. Ibid., vol. V, p. 453.

47. Ibid., vol. V, p. 380.

48. Hist. des Ursulines de Québec, vol. IV, p. 599.

celui-ci a dû en avoir un autre car dans l'hist. des Ursulines de Québec on lit: "Mr George Borne prit une troisième femme; "Mlle Geneviève Chrétien, fille du Dr Chrétien qui fut pendant "vingt ans médecin du Monastère." (49)

Le Dr a dû avoir une autre enfant Marie-Louise, car les Archives de l'Hôtel-Dieu disent: Marie-Louise enfant de la première femme du Dr Chrétien fut inhumée dans le cimetière de l'Hôtel-Dieu du Précieux Sang, Québec, le 4 avril 1802 âgée de 35 ans. (50)

On trouve dans les Archives judiciaires de Québec les pièces d'un procès du Dr Chrétien contre un nommé Vandriny:

"Mémoire des médicaments faits et fourny à Monsieur Vandriny par le Dr Chrétien, pour traitement de L'ophtalmie, "£4-14-0."

Entre autres items il y a "20 cataplasmes" à un schelling. Les docteurs James Fisher et Frs Badelard certifient le 26 juin 1782 "que le compte est correct et que le tout est au plus bas "prix." (51)

CIRCE —

Voir *De Sircé*. —

CLARK, Thos.

Thos Clark, assistant chirurgien du 65^e régiment est arrivé à Québec vers la fin de juillet 1790, par le navire *Bell*, Capt. Matthew Boyd venant de Londres. (52)

CLARK, John, M. D. M. R. C. S. E.

John Clark est né à Dunscove, Dumfriesshire, Écosse, en 1799. Il vint au Canada après avoir passé avec succès les examens du

49. Ibid.

50. Archives de l'Hôtel-Dieu du P. S. Québec.

51. Archives Judiciaires, Québec.

52. Gaz. de Québec, No. 1904, 29 juillet 1790.

doctorat en médecine et ceux du Collège Royal des Chirurgiens d'Angleterre.

Il prit sa Licence Provinciale à Québec le 12 juin 1821.

Peu après son arrivée il alla s'établir à St-Jean, Ile d'Orléans, puis traversa l'île pour se fixer à Ste-Famille.

Le 19 septembre 1831, après avoir abjuré le protestantisme, il épousa dans cette paroisse, Adélaïde Turcot, fille de Marc Turcot et de Marie Girard de Ste-Famille. (53)

Six enfants naquirent de ce mariage. Le premier, né le 18 octobre 1833 n'a vécu que quelques minutes. Un seul vit encore, c'est Mr Ed. Clark, ancien épicier de la rue du *Pont*, Québec, et père du Dr A. Clark de la rue St-François.

A la mort du Dr Mackay de Château-Richer, Clark s'y transporta et y passa le reste de sa vie.

Il était médecin visiteur des *Annexes* de l'*Hôpital* de la *Marine* et des *Emigrés*, de Québec, mais il demeurait toujours au Château-Richer où il est mort le 7 novembre 1847, emporté par le typhus qu'il avait contracté pendant l'exercice de sa profession à l'hôpital.

Il était un très gros homme et avait six pieds et quelques pouces de haut.

Médecin instruit et habile il était l'ami du Dr Jos Morrin un des praticiens les plus instruits et les plus estimés de Québec et qui comme Clark était natif d'Ecosse.

Dans la *Liste des abonnés* au *Journal de Médecine*, de Tessier pour l'année 1826, on trouve à la page 190: "*John Clark, surgeon, LL. D., Isle of Orleans.*" (54)

Le 10 juillet 1856, la veuve Clark étant malade entra à l'Hôtel-

53. Régistre de Ste-Famille, I. O.

54. Brit. American Jour. of Medical and physical sciences, 1847-8, p. 22. Généalogie des famille de l'Ile d'Orléans p. 317, in Report on Canadian Archives, 1905, vol II.

A. Clark, M. D., Québec.

Journal de Tessier, Québec, 1826, p. 190.

Dieu du P. S. de Québec d'où elle sortit le 7 août de la même année.

Plus tard elle se maria avec Moïse Létourneau.

COCHON, René, dit Laverdière.

René Cochon, chirurgien, juge bailli du comté de St-Laurent, Isle d'Orléans, était fils de René Cochon et de Charlotte Ertolle, de Fleury, évêché de Tours. Né en France en 1643 il est mort à St-Etienne de Beaumont le 13 décembre 1714.

Le 10 novembre 1670, à Ste-Famille, I. O., il épousa Anne Langlois, âgée de 19 ans, fille de Philippe Langlois et de Marie Binet de St-Sulpice de Paris. (55) Douze enfants naquirent de ce mariage.

Le Dr Cochon fut médecin à Ste-Famille jusqu'en 1680 quand il demenagea à St-Jean, la paroisse voisine où il demeurerait encore en 1710.

Il possédait à Meudon, France, une propriété qu'il vendit le 11 avril 1679, à Christophe Martin de Boiscorneau, commissaire des poudres et salpêtrière de la Nouvelle France. (56) (Greffé de Duguet).

COFIGNY, Sieur.

“ Le 22 juin 1721, Monsieur Cofigny chirurgien du Roy est “ entré à l'Hôtel-Dieu du P. S., Québec et en est sorti le 28 juillet “ suivant. ” (57) C'est tout ce que nous connaissons de lui.

Cependant il y avait alors à Québec un sieur Coffinier qui avait épousé la veuve d'un chirurgien du roi, L'Emery, et avait pour témoin à son mariage le *Major* des médecins de Québec, Jourdain Lajus. Il est possible que Coffinier et Cofigny désignent la même

55. Tanguay : Dict. Généal., vol. I, p. 134.

56. Tanguay : Dict. Généal., vol. I, p. 415.

57. Arch. de l'Hôtel-Dieu, Québec.

personne et que le dernier nom ne soit qu'une corruption du premier.

Henri Coffinier était fils de Simon Coffinier et de Marie Mercier de Noyes, diocèse d'Amiens, Picardie. Il épousa à Québec, le 14 septembre 1718 Marie Thérèse Coiffard, depuis sept mois veuve de Gaspard L'Emery, maître chirurgien de cette ville. (58) Dans l'acte de mariage Coffinier n'est pas appelé chirurgien L'Emery non plus.

Voici copie de cet acte.

" 14 7bre 1718.—" Monseigneur de Québec ayant donné dispense par un billet du mesme pour la publication des trois bancs de mariage entre Henry Coffinier fils de Simon Coffinier et de Mariè Mercier, ses père et mère de la paroisse et ville de Roye (ou Noye) en picardie, diocèse d'Amiens d'une part et de Marie Thérèse Coiffard veuve de Gaspard L'Emery d'autre part ne s'étant decouvert aucun empêchement au dit mariage nous sousigné curé et official de Québec après avoir reçu leur consentement mutuel les avons mariés selon la forme prescrite par la Ste Eglise en présence des parents et témoins soussignés. "

" Henry Coffinier "

" Marie Thérèse Coiffard "

" J. Lajus, Jouffard, J. Lozeau "

" Marguerite McNeil "

" Thiboult, ptre. " (59)

COLLIER, Samuel, M. D.

Chirurgien du deuxième Bataillon du Régiment d'Infanterie *Royal American*.

58. Tanguay: Dict. Génal., vol. III, p. 106.

59. Régistre de Notre-Dame de Québec.

Il était à Québec en 1764 car le 6 septembre de cette année, "un soldat de la garnison qui était maçon travaillait à une maison que l'on construisait rue du Palais. Subitement il abandonne son ouvrage se rend chez lui et se coupe le cou. "Le Dr Collier s'étant rendu auprès de lui presque aussitôt ayant relevé les vaisseaux blessés, et arrêté l'effusion du sang le pansa. Le pauvre homme est selon toute apparence en bon chemin de guérir."

"Ce n'étoit ni une disposition mélancolique, ni aucun mécontentement d'esprit qui l'a excité à faire cette action, mais cela a été causé par un dérangement de raison, provenant d'une fièvre lente occasionnée par des rhumes qu'il avait attrapé et dont il n'a eu soin de se faire guérir. L'effusion de sang lui a rendu la raison, et il continue en bon sens depuis." (60)

Le 1^{er} novembre 1764, le Dr Collier partit de Québec pour l'Angleterre, sur le navire "Eltham". (61) Il est revenu à Québec où il est mort l'année suivante. Dans la *Gazette de Québec* du 25 juillet 1765 on annonce "que les effets de feu Samuel Collier, ci-devant chirurgien du deuxième Bataillon du Régiment d'Infanterie Royal American, seront vendus le 30 juillet courant chez M. Samuel Morin, à la basse-ville". (62)

COLON, Jean.

Soldat, chirurgien des troupes de ce pays, en la ville de Québec. Il résidait au numéro 16 de la rue des Ramparts en 1751.

Tout ce que nous savons de lui nous est révélé dans les pièces d'un procès qu'il eut contre un journalier nommé François Philiber dont il avait traité la femme, et qui refusait de lui payer des honoraires.

60. La Gazette de Québec, No. 13 — 6 sept. 1764.

61. Ibid., — No. 21, — 1 nov. 1764.

62. Gaz. de Québec, No. 58, 25 juillet 1765.