

TRAVAUX ORIGINAUX

HEMORRAGIE MORTELLE AU COURS D'UNE SCARLATINE

Par le Dr ALBERT JOBIN

Dans une de ses cliniques à l'«Hôpital des Enfants Malades,» le Dr Hutinel nous mettait en garde contre les dangers des infections de la gorge au cours de la rougeole et de la scarlatine, et nous recommandait de faire attention à cet organe, soit pour en guérir l'infection, ou encore mieux pour la prévenir.

Tout dernièrement ces paroles me revenaient à la mémoire en soignant une petite fille de neuf ans, qui faisait une scarlatine, compliquée d'une angine diphthéritique et d'une adénite cervicale. Cette tumeur ganglionnaire finit par s'abcéder et par s'ouvrir spontanément à l'extérieur. L'ouverture de cet abcès formait une plaie grisâtre, sanieuse et de mauvaise apparence. Enfin comme complément de tout cela, la peau devint littéralement couverte de taches purpuriques. Il faut ajouter que cet enfant, d'une très pauvre famille, se trouvait dans les plus mauvaises conditions d'hygiène possibles.

Cependant, malgré tout cela, la convalescence s'établit. La mala-

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.

die était en bonne voie de guérison. Je la croyais même réchappée, lorsque tout à coup, la pauvre petite se mit à passer du sang par la bouche, et en quantité telle que, dans l'espace de quelques minutes, elle n'était déjà plus.

D'où venait ce sang? Information prise, il ne me semblait pas qu'il vint soit du poumon, soit de l'estomac. Et, à raison de la tumeur ganglionnaire abcédée et qui rendait encore, à raison surtout de la soudaineté de l'hémorragie, rapidement mortelle, je crus plutôt que ce sang venait d'une veine ou d'une artère du cou, qui se serait ulcérée et rompue.

Et ce qui, à mes yeux confirmait ce diagnostic, c'est la souvenance d'avoir lu quelque part la relation d'observations semblables, et où la mort avait été causée par la rupture d'un des vaisseaux du cou.

En effet, en repassant mes découpures des journaux de médecine, je trouvais que le *Glasgow Medical Journal* (1910, p. 23) rapporte, sous la signature des Docteurs J. H. Griffiths et D. F. Riddle, deux cas de rupture des vaisseaux du cou, ouverts dans le pharynx au cours de la scarlatine.

La première observation est celle d'un garçon de neuf ans et demie chez lequel une scarlatine de forme moyenne se compliqua, vers le 23ième jour, d'une adénite cervicale. Trois jours après l'amygdale droite devint grosse avec toutes les apparences d'une angine. Une légère compression avec le bout du doigt, déterminait la rupture de cette amygdale distendue; et cet éclatement fut suivi d'une hémorragie abondante et incontrôlable. La mort s'en suivit dans à peu près une minute. L'autopsie montra une cavité aufractueuse, située derrière l'amygdale droite, et tapissée de caillots. La partie externe de cette cavité était en communication directe avec la veine jugulaire.

L'autre cas rapporté dans le même journal, est celui d'un enfant de trois ans et demi. Vers le 22ième jour d'une angine scarlatineuse, en pleine convalescence, cet enfant mourut soudainement

d'une hémorragie artérielle. A l'autopsie on trouva deux glandes abcédées et ouvertes dans les tissus du cou, avec la carotide interne ulcérée et rompue.

Si l'on m'eut permis de faire l'autopsie de ma petite malade, je crois, tant la ressemblance est grande, que l'on eut trouvé des lésions anatomiques semblables à celles des deux observations ci-dessus.

—: 00:—



CONSEIL DE MEDECINE DU CANADA

—

Examens de 1913

Cette année, les examens seront tenus à Montréal seulement, le 7 octobre et les jours suivants.

Les demandes d'admission aux examens ainsi que les certificats et la taxe requise, qui est de cent piastres, devront parvenir au Régistraire avant le 9 septembre 1913.

Les formules de certificats seront fournies par le Régistraire sur demande.

R. W. POWELL, M. D.

180, rue Cooper,

Régistraire.

Ottawa.



TUBERCULOSE ET GROSSESSE

Par M. Emile SERGENT

Médecin de l'hôpital de la Charité

Messieurs,

Chaque fois qu'une femme enceinte, atteinte de tuberculose, se présente dans nos salles, je ne manque pas d'attirer votre attention sur la gravité de l'association de cet état physiologique et de cette maladie.

Pourtant, sur cette question, les avis sont partagés : d'un côté, nous trouvons surtout les accoucheurs, plus optimistes ; de l'autre, les médecins plus pessimistes.

En réalité, cette divergence tient essentiellement à ce fait que les accoucheurs et les médecins n'observent pas dans les mêmes conditions ; les uns ne voient que la grossesse et les suites de couches immédiates ; les autres sont appelés après l'accouchement, au moment, précisément, où la situation s'aggrave et réclame leurs soins.

Or, l'étude des relations de la grossesse et de la tuberculose est d'un grand intérêt parce qu'elle a une double portée : une portée biologique et une portée pratique considérable, à la fois clinique et sociale.

C'est pourquoi il m'a paru utile de faire de cette étude le sujet d'un de nos entretiens hebdomadaires.

J'examinerai successivement les deux propositions suivantes :

1^o L'influence réciproque de la tuberculose et de la grossesse ;

2^o L'avenir des enfants issus de mères tuberculeuses.

Dans une troisième partie, je grouperai les déductions pratiques que me paraîtront comporter les conclusions de ces deux propositions.

I.—*Influence réciproque de la tuberculose et de la grossesse.*

C'est là le point le plus intéressant pour le médecin.

Deux subdivisions sont nécessaires :

D'une part, l'influence de la tuberculose sur la grossesse ;

D'autre part, l'influence de la grossesse sur la tuberculose.

1^o *Influence de la tuberculose sur la grossesse.*—On a fait, à ce sujet, des expériences sur l'animal ; tout en accordant à une telle expérimentation qu'une valeur relative, on peut en tirer quelques résultats intéressants.

Je vous citerai surtout les expériences mentionnées dans le rapport de Landouzy et Lœderich au Congrès de Bruxelles 1910.

Un de leurs résultats mérite d'être rapporté ici : c'est la rareté de la fécondation des femelles de cobayes tuberculisées. Cette constatation confirme les données cliniques : les tuberculeuses deviennent assez rarement enceintes.

Cependant, abstraction faite de ces expériences, les divergences sont, ici, moindres que dans la discussion de l'influence de la grossesse sur la tuberculose, et on s'accorde généralement pour admettre, avec le professeur Pinard, que l'avortement est rare chez les femmes tuberculeuses et que leur grossesse peut fort bien arriver à terme, même, dans certains cas que nous préciserons plus loin, si elles sont cavitaires. Ces constatations sont appuyées par les observations expérimentales de Landouzy et Lœderich, qui ont vu les femelles tuberculisées ne mettre bas qu'à terme.

Cependant, lorsque la tuberculose est arrivée déjà à une période avancée, il n'est pas rare de voir la grossesse interrompue par l'accouchement prématuré ; celui-ci survient spontanément ou à l'occasion d'une complication, d'une hémoptysie, d'une période fébrile traduisant ce que Bezançon a appelé une poussée évolutive, et peut être suivi de mort assez rapidement.

Quelques-uns d'entre vous se souviennent certainement de cette petite malade, employée au Louvre, à peine âgée de 25 ans, qui mourut l'an dernier dans notre salle Cruveilhier, le jour même

d'un accouchement prématuré. Depuis l'âge de 21 ans, elle vivait avec une tuberculose torpide d'un sommet; elle entra dans le service enceinte de 5 mois, avec de la fièvre, de la laryngite, une otorrhée, des signes de ramolissement bilatéral; cette marche galopante avait suivi de près les premiers signes de la grossesse. A 5 mois $\frac{1}{2}$, il y eut expulsion fœtale et mort le jour même.

2° *Influence de la grossesse sur la tuberculose.* — C'est ici, surtout qu'il y a divergence d'opinions, aussi bien parmi les contemporains que parmi les médecins qui nous ont précédés.

Dans une première étape, qui s'étend d'Hippocrate jusqu'au milieu du XIX^e siècle, on admet que la grossesse exerce sur la tuberculose une influence plutôt favorable. Wernich allait même jusqu'à recommander la grossesse aux jeunes femmes phtisiques: c'est peut-être un peu risqué, . . . surtout si elles ne sont pas mariées.

Dans la deuxième moitié du XIX^e siècle, un revirement se produit, et on insiste sur l'influence plutôt défavorable; telle fut l'opinion de Grisolle, Mauriceau, Guéneau de Mussy, Hergott (*Annales de Gynécologie*, 1891).

Il faut admettre qu'à la base de ces opinions contradictoires, il y a des erreurs d'interprétation ou, tout au moins, des conclusions hâtives tirées d'une généralisation excessive.

Actuellement, depuis dix ou quinze ans, on considère généralement que la grossesse a, sur la tuberculose, une influence non pas seulement défavorable, mais véritablement désastreuse, tant et si bien que s'est même posé le principe de l'interruption de la grossesse, dont nous discuterons plus loin la valeur.

En réalité, sans pousser l'éclectisme jusqu'aux limites de l'indécision, il convient de faire des distinctions et d'éviter ainsi l'erreur inhérente à toute généralisation en médecine.

C'est à cette tâche que je voudrais aujourd'hui contribuer quelque peu.

A mon sens, il est nécessaire de tenir compte de deux ordres de considérations :

Des considérations biologiques et expérimentales et des considérations cliniques.

Examinons-les successivement :

a) *Considérations biologiques et expérimentales.*—Landouzy et Lœderich, dans le rapport à la Commission internationale contre la tuberculose que je vous ai déjà cité, relatent l'expérience suivante : Si une femelle de cobaye tuberculeuse peut être fécondée, —je vous ai dit que cela est rare,—elle résiste mieux à la tuberculose.

Mais, d'un autre côté, Hermann et Hartl, par des expériences analogues, arrivent à des conclusions inverses.

Le professeur Bar, de ses études expérimentales sur la gestation, croit pouvoir conclure que, d'une façon générale, l'organisme maternel tire profit de l'état de grossesse ; et cela pourrait venir à l'appui des expériences du professeur Landouzy. Mais ces recherches ont été pratiquées sur des femmes saines ; il serait nécessaire de les reprendre sur des femmes tuberculeuses.

Cependant la majorité des auteurs s'accordent aujourd'hui à dire que, dans l'organisme, des modifications profondes sont produites par la grossesse et diminuent la résistance de cet organisme. Il y a chloro-anémie ; les urines contiennent une quantité anormale de phosphates ; il y a déminéralisation générale, décalcification, comme l'a montrée Ferrier ; et, il me paraît opportun de vous rappeler, à ce propos, le dicton populaire :

“ Chaque enfant coûte une dent à sa mère. ”

L'organisme de la femme enceinte a besoin d'une quantité considérable de chaux pour l'édification du squelette fœtal. Aussi y a-t-il, pendant la presque totalité de la grossesse, rétention calcique. Mais, aussitôt après l'accouchement, la décalcification brutale se produit : il y a fuite de chaux, pourrait-on dire, surtout si la mère allaite.

D'autre part au cours de la grossesse, on note des phénomènes d'intoxication, portant sur le foie, sur les reins,—vous savez com-

bien l'albumine est fréquente,—voire même sur les glandes surrénales. Personnellement, je me suis attaché à l'étude de cette question depuis longtemps déjà. La grossesse touche volontiers les capsules surrénales ainsi que les expériences de Guieysse l'ont démontré. Cette atteinte est prouvée également par des faits d'observation clinique. C'est ainsi que, très souvent, les vomissements incoercibles sont dus à l'insuffisance des fonctions surrénales; la preuve en est que le traitement opothérapique peut suffire à les enrayer, ainsi que je l'ai montré, avec Lian, dans un travail antérieur.

Donc, au cours de la grossesse, l'insuffisance surrénale d'une part, la décalcification d'autre part, sont fréquentes: vous savez qu'il en est de même dans la tuberculose. Aussi, peut-on, à mon avis, attribuer quelque rôle à l'insuffisance surrénale dans l'évolution du processus de décalcification qui accompagne, cause ou favorise la tuberculisation. Et cette considération ne va pas sans entraîner une méthode thérapeutique qui mérite d'être connue et appliquée. Elle consiste à associer l'adrénaline au traitement de récalcification, ainsi que je me suis attaché à le proposer, à la suite des résultats encourageants que j'en ai obtenus. L'adrénaline amende l'insuffisance surrénale et, d'autre part, il semble qu'elle favorise la fixation des sels de chaux.

b) *Considération cliniques.* — A côté des considérations biologiques et expérimentales qui montrent l'influence de la grossesse sur la tuberculose, il faut tenir compte des faits cliniques.

La forme de la tuberculose, l'époque de la grossesse ou du post-partum sont deux facteurs importants.

1° *La forme de la tuberculose.* — S'il s'agit d'une tuberculose torpide à forme fibreuse, évoluant depuis des années sans réactions vives, la grossesse pourra n'exercer aucune influence: c'est parmi ces malades que se trouvent les cas favorables; ce sont généralement des multipares; elles peuvent être cavitaires, comme l'a montré Pinard.

S'agit-il, au contraire, d'une tuberculose mal éteinte ou en évolution, la femme est-elle fatiguée, surmenée, son organisme est-il défaillant? la grossesse va donner un coup de fouet à la tuberculose, qui aura, dès lors, une évolution aiguë ou suraiguë. Ici, le plus souvent, ce sera une primipare.

2° *Epoque de la grossesse ou du post-partum; suites de couches éloignées.* — L'époque de la grossesse a une grosse importance et les divergences qui séparent les médecins et les accoucheurs tiennent à ce fait que les uns et les autres observent les malades à des époques différentes.

Quoi qu'il en soit, en règle générale, et ce sont là les conclusions développées au Congrès de Rome en 1912, voici ce que l'on doit admettre :

Au début de la grossesse, il y a tolérance relative; malgré quelques perturbations surrénales, quelques poussées fébriles, tout rentre bientôt dans l'ordre.

Au milieu de la grossesse, il y a une phase d'accalmie correspondant à la phase de rétention calcique dont je vous ai parlé.

A la fin de la grossesse et plus tard, aggravation. L'accouchement se passe, en général, assez bien; mais, bientôt, la tuberculose subit une évolution rapide, surtout si la mère a l'imprudence d'allaiter. A cette période d'aggravation correspond la phase de décharge calcique, de spoliations calcaires.

Toutefois, le professeur Pinard est relativement optimiste et, avec quelques autres, il cite des cas de tuberculeuses, atteintes même de laryngite, qui ont accouché normalement, sans voir, dans la suite, aucune aggravation de leur état.

Avec le professeur Bar, qui résume l'opinion générale sur ce sujet, on peut considérer que la grossesse est presque toujours cause :

de réveil d'une tuberculose pulmonaire latente;

d'aggravation d'une tuberculose pulmonaire en évolution;

en particulier dans le dernier tiers de la grossesse et surtout après l'accouchement.

Pour lui, il faut aussi tenir compte de la forme de la tuberculose :

dans les formes sèches, 60 pour 100 des cas ne sont pas aggravés;

dans les formes humides, 15 pour 100 seulement;

et, enfin,, dans les formes septicémiques, on assiste toujours à une catastrophe.

Voyons maintenant comment va évoluer cette tuberculose réveillée ou aggravée par la grossesse.

Trois modes d'évolution principaux doivent être envisagés : la granulie, la généralisation rapide, la reprise lente.

a) *Granulie*. — Voici une femme qui vient d'accoucher dans de bonnes conditions. Au bout de huit à dix jours, apparaît la fièvre. L'accoucheur " ne trouve rien de son côté ", suivant l'expression consacrée : pas de pertes, pas de lochies fétides. Si le médecin appelé connaît la malade, s'il sait que cette femme est tuberculeuse, il cherche dans le poumon son diagnostic. Et, en dix ou quinze jours, la malade succombe à la granulie.

C'est là l'histoire d'une petite malade que nous avons eue dans nos salles l'an dernier. Trois ans avant son mariage, elle avait eu une hémoptysie; ayant engraisé de 11 kilogr. et n'éprouvant aucun malaise, elle se maria et devint enceinte; elle accoucha au 7e mois; quinze jours après, elle mourait de granulie.

b) *Généralisation rapide*. — Voici maintenant une autre forme; ici, c'est de la phtisie galopante; j'en ai observé récemment un cas typique que je vais vous raconter.

Une jeune femme devient tuberculeuse dans les premiers mois de son mariage. Elle fait une pneumonie caséuse qui guérit (c'est, du reste, un des rares cas de guérison de pneumonie caséuse que j'aie vus) laissant une petite caverne; quelques mois après, on n'entendait plus que quelques crépitations sèches qui, l'année suivante, avaient elles-mêmes disparu; sans doute, la respiration demeurait obscure au siège de l'ancienne lésion; mais, enfin, c'était

ce qu'on est convenu d'appeler la guérison apparente. Néanmoins, je déconseillai formellement la grossesse. Au bout de quatre ans, malgré mes exhortations au mari, cette jeune femme devient enceinte; la grossesse évolue normalement; l'accouchement se passe très bien; mais, vers le vingtième jour après l'accouchement, se montre de la fièvre, que ne pouvait expliquer aucune cause génitale. C'était un réveil de la tuberculose pulmonaire et, peu à peu, j'ai vu les lésions s'étendre, le poumon s'excaver, en même temps que j'observai l'atteinte des séreuses, du foie (subictère), des reins (albumine abondante). En trois mois, la malade succomba à cette généralisation tuberculeuse galopante.

De telles observations sont malheureusement trop fréquentes.

c) *Réveil tardif*. — Ici, c'est plus tardivement, quelques semaines ou quelques mois après l'accouchement, que se montrent les accidents. La malade, qui paraissait guérie de ses manifestations tuberculeuses anciennes, maigrit à nouveau, tousse et, peu à peu, verse dans la tuberculose chronique banale, dont elle meurt plus ou moins lentement.

Nous en avons ainsi fini avec l'influence de la grossesse sur la tuberculose.

L'enfant est né, quel est l'avenir de cet enfant?

II. — *Avenir des enfants issus de mères tuberculeuses.*

L'étude de cette question nous conduit à faire une incursion dans le domaine de la pathogénie de la tuberculose, de l'hérédogénie ou de l'hérédoprédisposition.

L'hérédogénie, c'est-à-dire l'hérédité de graine, est niée par beaucoup de médecins, qui considèrent le placenta comme un filtre parfait. Cette opinion est erronée, car de nombreuses observations prouvent la présence de bacilles de Koch dans le sang de la veine ombilicale ou dans les organes de fœtus issus de mères tuberculeuses.

Armani, Schmorl, Birsh-Hirschfeld, Sabouraud, Londe, Bar et Rénom, Ausset ont apporté des faits probants à cet égard.

Expérimentalement, Landouzy et Martin ont démontré que le filtre placentaire n'est pas parfait, en inoculant des cobayes enceintes : ils ont pu trouver, dans quelques cas, des bacilles dans les organes des produits et dans la veine ombilicale.

D'où le conseil de pratiquer immédiatement après l'accouchement la ligature du cordon.

Il faut donc admettre la possibilité de l'hérédo-contagion.

Mais, lorsqu'il n'y a pas transmission de bacilles, y a-t-il *hérédo-prédisposition*, c'est-à-dire hérédité de terrain?

J'en suis convaincu pour ma part.

Certains nient cette hérédité (Comby, Weill, etc.)

Pour ces auteurs, si l'enfant devient tuberculeux, c'est par contamination dans la famille, après la naissance.

Le professeur Pinard est également un adversaire de l'hérédité de prédisposition.

Cependant, aujourd'hui, avec Landouzy et nombre d'auteurs, on tend de plus en plus à en admettre la réalité.

En effet, les statistiques cliniques semblent confirmer cette idée. Contrairement à l'opinion du professeur Pinard, qui regarde comme assez bon l'avenir des enfants nés de mères tuberculeuses, les statistiques de Voron (Lyon) portant sur six années, démontrent qu'au bout de ces six années 68 pour 100 des enfants étaient morts.

Planchu et Gardère (de Lyon) arrivent à des conclusions analogues.

La valeur du produit est donc très faible, mais elle n'est pas négligeable, puisque, au bout de quelques années, 32 pour 100 des enfants étaient encore vivants dans la statistique de Voron ; et, cela me paraît une raison suffisante pour rejeter l'avortement thérapeutique dont nous allons parler.

III. — *Déductions pratiques.*

1^o *Prophylaxie préventive.* — Doit-on autoriser le mariage et la grossesse des femmes tuberculeuses?

Les considérations qui précèdent suffisent à mon sens, à dicter la réponse. Je n'insiste pas et je me borne à déclarer que, personnellement, je déconseille le mariage et la grossesse aux femmes tuberculeuses, pour la raison que la grossesse tend à réveiller et à aggraver la tuberculose endormie ou torpide.

2° *Traitement curatif.* — Si, malgré vos conseils, la femme est enceinte, vous devrez lutter contre la décalcification, qui peut favoriser le réveil et l'évolution rapide de la tuberculose. Vous donnerez le traitement de Ferrier associé à l'adrénaline, qui, en outre de l'influence qu'elle pourra exercer sur la fixation des sels de chaux, fera souvent disparaître, tout au moins, les vomissements et permettra, par là, l'alimentation nécessaire.

Mais, malgré la thérapeutique la plus active, vous serez rarement assez heureux pour éviter les redoutables méfaits de la grossesse chez vos tuberculeuses.

Aussi bien s'est-on demandé si on ne serait pas autorisé à interrompre cette grossesse homicide en pratiquant l'avortement thérapeutique.

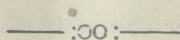
Cette pratique a été proposée par Pasquali et Bompiani; elle a été adoptée ensuite par les Anglais et les Américains (William Duncan, Simpson). Le professeur Pinard s'élève éloquemment contre cette méthode, à laquelle ont adhéré également les Allemands.

Tout dernièrement, cependant, Kœhne l'a rejetée. Il convient de ne l'accepter que comme un procédé d'exception, dont l'emploi, s'il se généralisait, apparaîtrait, suivant l'expression du professeur Pinard, comme un des moyens de "*la prophylaxie de la naissance*".

3° *Mesures préservatrices pour l'enfant.* — Dès que l'enfant sera né, on l'arrachera immédiatement à sa mère, afin d'éviter la contagion directe, et on lui donnera une nourrice; cette séparation est de toute nécessité, si cruelle qu'elle puisse paraître et qu'elle soit.

Ultérieurement, on pourra soumettre cet enfant, prédisposé par son hérédité à la tuberculose, à un traitement de récalcification, combiné avec toutes les mesures d'hygiène convenables.

La Presse Médicale, 5 juin 1913.



REVUE DES JOURNAUX

ANALYSES

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS PAR LES INJECTIONS ENDOVEINEUSES D'ENESOL, par le Dr M. Agamennone, médecin des Hôpitaux de Rome. — (*Giornale italiano delle Molattie veneree e della pelle*, 20 juillet 1912.)

Le Dr Agamennone a publié un travail considérable concernant l'usage de l'Énésol en injections intraveineuses.

Le Dr Agamennone a commencé par reprendre complètement l'étude de l'Énésol au point de vue de la toxicité et de l'élimination. Il a étudié en détail la toxicité de l'Énésol en injections intraveineuses chez le chien, et il s'est assuré que ce médicament était pratiquement dépourvu de toxicité et s'éliminait régulièrement et rapidement, principalement par la voie urinaire.

L'auteur, dans son article, a développé longuement sa technique de l'injection intraveineuse, puis il a rapporté la partie clinique de son travail, qui comprend cinquante-trois observations recueillies à l'hôpital S. Gallicano.

Les observations du Dr Agamennone ont cela d'intéressant qu'elles comportent une étude très soigneuse des commémoratifs, un procès-verbal complet de l'examen objectif et de l'évolution des symptômes, avec prise de la température, du pouls et des respirations plusieurs fois par jour, courbes des poids, examens des urines, examen du sang et réaction de Wassermann.

Toutes ces données assurent au travail clinique du Dr Agamennone un haut intérêt scientifique et amènent l'auteur à des conclusions importantes et précises :

“ La salicylarsinate de mercure, écrit-il, résultant de la combinaison des deux corps (arsenic et mercure) déploie la plus grande activité curative possible, surtout lorsqu'il est employé par la voie intraveineuse. Du reste, en employant l'Énésol, même simplement par voie intramusculaire à doses croissantes, on peut facilement atteindre 5 à 6 cc.

“ L'Énésol doit être préféré aux préparations arsenicales simples, car il ne donne lieu à aucune réaction intense, ni locale, ni générale. Par contre, il déploie une activité curative stable et durable.”

Et le Dr Agamennone insiste sur la puissante action analeptique de l'Énésol, sur son activité stérilisante et cicatricielle et enfin sur le pouvoir qu'il a de faire disparaître la réaction de Wassermann.

Il en conclut, en définitive, que, dans le traitement de la syphilis, “ rien ne pourra nous être plus utile que le salicylarsinate de mercure ”.

DE L'APPLICATION DE L'ENESOL DANS LA SYPHILIS ET LES AFFECTIONS PARASYPHILITIQUES, par le Dr B.-A. Lountz. — *Wratchebnaia Gazette*, No. 38, septembre 1912, Saint-Pétersbourg. — Travail de la clinique thérapeutique hospitalière du Prof. N.-A. Sawelieff, de l'Université de Moscou.

L'auteur, après avoir étudié la littérature rassemblée jusqu'à ce jour sur la question du traitement de la syphilis par l'Énésol, a désiré expérimenter cette préparation dans le traitement des accidents tardifs de la syphilis et des accidents parasypilitiques. A cet effet, il a administré l'Énésol dans trois cas d'anévrysme de nature syphilitique et dans un cas de syphilis tertiaire avec cirrhose hépatique et épanchement pleural.

Les trois anévrysmes traités par le Dr Lountz étaient, l'un un anévrysme de l'artère innominée, l'un un anévrysme de l'aorte descendante, et le dernier un anévrysme de l'aorte ascendante. Dans les trois cas, sous l'action des injections d'Énésol, on a vu tous les symptômes subjectifs (essoufflement, insomnie, douleur) s'améliorer. Objectivement, les pulsations et le frémissement caataire ont disparu. Les souffles se sont améliorés, la formule hématalogique est devenue meilleure et les forces des malades ont été remontées.

Dans le cas de syphilis tertiaire, les injections d'Énésol ont rapidement amené la cicatrisation des ulcères, la disparition d'une éruption, la résorption d'un restant de liquide pleural et la diminution de volume du foie.

Dans deux cas où la réaction de Wassermann était positive, le Dr Lountz a observé la disparition de cette réaction. Il a en général administré vingt à trente injections d'Énésol avec des pauses de cinq à huit jours. Les injections ont été en moyenne de 0 gr. 03 puis de 0 gr. 06 d'Énésol par piqûre.

" D'une façon générale, écrit le Dr Lountz, nous partageons l'avis des auteurs français et allemands, à savoir que l'Énésol est un produit peu toxique, qui contient le mercure et l'arsenic sous une forme telle que l'on peut administrer des doses relativement grandes assez longtemps et sans provoquer aucun trouble. L'Énésol contient en combinaison heureuse le mercure spécifique et l'arsenic, tonique et quelque peu spécifique aussi. "

Et plus loin, l'auteur écrit encore: " L'Énésol réunit les pro-

priétés spécifiques et toniques et peut s'administrer chez des malades épuisés. Il a une action sur la syphilis et sur les affections parasymphilitiques des organes internes. Son élimination est rapide. ”

Le Dr Lountz termine son étude en souhaitant que l'emploi de l'Énésol pour le traitement des accidents tardifs de la syphilis se généralise dans la pratique médicale.

TRAITEMENT DES EPIDIDYMITES, par J. de Sard (*La Presse Médicale*, No. 51, 21 juin 1913).

L'auteur se sert de la pommade suivante :

Argyrol	10 grammes
Axonge	40 grammes

en frictions lentes et prolongées sur les bourses, en insistant bien entendu, sur l'épididyme et le cordon malades.

Ces frictions sont bi-journalières et suivies de l'application d'un pansement compressif : couche épaisse de coton hydrophile et spica avec bandes velpeau vers le 3ème ou 4ème jour ; lorsque les phénomènes inflammatoires diminuent, on fait une seule friction par jour et on remplace le spica par une suspension ouatée.

Les avantages de ce traitement sont : Repos au lit moins prolongé : 24 heures suffisant généralement parce que l'hyperthermie disparaît d'habitude au bout de ce temps et que la température redevient normale après la 2ème friction.

Les douleurs disparaissent et les malades peuvent vaquer à leurs occupations. Disparition rapide de l'induration. On cesse le traitement vers le 6ème jour, lorsque l'épididyme induré n'est plus douloureux à la pression.

Indications Épépidymites blennorragiques, (faire concurremment des lavages ureto-vésicaux à l'argyrol à 1/100) ; orchites

par cathétérisme chez les prostatiques, enfin dans les épидидymites consécutives à la prostatectomie. Ces épидидymites guériraient en 4 ou 5 jours sans laisser de traces, par ce traitement.

Geo. A.

LES INDICATIONS ET LES RESULTATS DE LA RÉSECTION DES RACINES POSTÉRIEURES, par Alfred Foerster (de Breslau). *Lyon Chirurgical*, 1er février 1913.

Foerster se rappelle les principales indications de l'opération qui porte son nom.

La première indication est basée sur la fonction physiologique fondamentale de ces racines en tant que conducteurs de la sensibilité. Elle est fournie par l'existence de *névralgies très violentes*, contre lesquelles tous autres modes de traitement ont échoué.

Le nombre d'observations que l'auteur a pu trouver dans la littérature atteint le chiffre de 44. Il analyse ces observations au point de vue de la disposition du *symptôme douleur* après la radicotomie.

6 malades moururent immédiatement des suites opératoires.

Sur les 38 cas qui ont survécu à l'opération, 3 fois on est resté muet sur les suites; dans 12 cas on a obtenu une amélioration considérable. Dans 23 cas les douleurs ne furent pas ou peu améliorées.

L'auteur attribue ces succès aux causes suivantes: métastases de la colonne vertébrale avec violentes douleurs radiculaires, ou les métastases gagnent peu à peu d'autres racines; la résection a porté sur un nombre trop restreint de racines, et cette cause semble de beaucoup la plus importante. Si l'on veut supprimer les douleurs par une radicotomie postérieure, la résection doit être aussi large que possible; pour les bras elle doit s'étendre de la

3ème cervicale à la 2ème dorsale, et pour les jambes, de la 10ème dorsale à la 6ème lombaire. On ne doit faire d'exception que pour les cas où l'on peut faire avec certitude le diagnostic d'une affection isolée d'une ou de quelques rares racines.

La deuxième indication est fournie par les *crises viscérales*, spécialement *gastro-intestinales* du tabès. Il s'agit ici de la résection de racines postérieures dorsales, et cette résection est basée sur ce fait que les vomissements et l'hypersécrétion ne sont pas le point de départ des crises gastriques, mais que l'origine de ces crises est dans l'irritation des fibres sensibles du sympathique qui vont des organes abdominaux dans la moëlle en suivant les racines thoraciques postérieures.

La radicotomie a été exécutée avec cet objectif 64 fois pour des crises gastro-intestinales :

6 malades succombèrent pendant l'opération; 4 autres moururent de cysto-pyelite les mois suivants.

Sur les 58 survivants, on compte 56 succès immédiats et 2 cas seulement sans amélioration aucune. Parmi les 56 cas, il y en a 29 où l'on ne relate pas de récurrence et 18 suivis de récurrence. L'auteur ne dit rien des 9 autres. Ils ont tout probablement été perdus de vue.

La première cause des récurrences, est que la résection radiculaire n'a pas été radicale, ce qui est dû à la participation de l'arachnoïde qui rend difficile de reconnaître et d'isoler les racines de la moëlle. Pour voir si une radicotomie a été radicale on ne peut se baser que sur le degré de l'extension de l'anesthésie qui suit l'intervention.

La seconde raison des récurrences est en rapport avec la nature des crises gastriques. Tout d'abord on voit, dans un certain nombre de cas, apparaître tôt ou tard des douleurs intestinales tantôt passagères, tantôt continues, entachant aussi le bon résultat. Les douleurs proviennent sans doute des racines situées au-dessus et au-dessous de celles qu'on a coupées et qui étaient également at-

teintes. Il est même probable que l'opération même les irrite, notamment par le sang filtrant dans les mailles de l'arachnoïde. Bien souvent c'est le processus tabétique qui gagne les racines voisines. Lorsque l'irritation de ces racines augmente, elle peut aller jusqu'à la réapparition de nouvelles crises gastriques.

Pour obéir à cette cause de récurrence, il est indispensable de réséquer le plus de racines possible toutes les fois qu'on n'a pas de signes permettant d'affirmer quelles et combien de racines déterminent les crises. Pour savoir si l'on doit s'attaquer de préférence aux racines d'en haut ou à celles d'en bas, on peut se baser sur l'étendue de l'hypéresthésie de la peau et le siège de la douleur maxima.

Comme limites, l'auteur conseille de réséquer au moins 7 racines entre la 5^{ème} dorsale et la 2^{ème} lombaire. Il conclut qu'une résection aussi large rend naturellement l'intervention plus importante. Elle doit inviter à une grande réserve, si bien que l'on ne devrait opérer que des malades qui souffrent de crises continues et rebelles à tout traitement.

La troisième indication vise les *paralysies spasmodiques* par suite de l'interruption des voies cortico-spinales, notamment du faisceau pyramidal.

159 malades ont été opérés avec une mortalité de 14, c'est-à-dire 8.8%.

Le plus souvent la radicotomie postérieure lombaire a été appliquée à la *paralysie spasmodique congénitale*:

88 opérations avec 6 morts; dans la majorité des cas on obtint des résultats satisfaisants et même parfois excellents.

On est intervenu 3 fois dans des cas de *paralysie spasmodique avec hydrocéphalie concomitante*; deux de ces enfants sont morts; le 3^{ème} survit.

Huit malades opérés pour *paraplégie spasmodique apparue à la suite d'encéphalite dans l'enfance*, supportèrent très bien l'opération et tous en tirèrent un bénéfice plus ou moins appréciable.

Dans la *paralysie spasmodique d'origine spinales* 4 malades supportèrent très bien l'opération, mais deux seulement en tirèrent un réel profit, entre'autres un malade atteint de paralysie spasmodique par Mal de Pott. Six malades, *atteints de paraplégie spasmodique syphilitique* retirèrent le meilleur résultat de l'opération; chez un, il y eut récidive.

Sclérose en plaques: 12 opérations—4 morts, 4 résultats favorables; chez les autres la sclérose fit de rapides progrès après l'opération, amenant de nouvelles paralysies.

La radicotomie pour *Athétose* a été pratiquée 13 fois avec résultats mauvais dans la plupart des cas. L'auteur ne conseille pas l'opération dans ces cas.

Par contre, se basant sur une observation de Leriche, il la conseille dans la *Maladie de Parkinson*, où elle exerce une influence favorable sur le traitement (Résection de quelques racines cervicales).

Après avoir passé en revue le nombre de cas opérés et les résultats obtenus, Foerster discute les indications et contre-indications de la radicotomie dans les paralysies spasmodiques:

1° Le processus pathologique doit être stationnaire ou tout au moins ne doit progresser qu'avec une grande lenteur. Il vaut mieux laisser de côté les maladies d'évolution rapide, telle que la sclérose en plaques.

Pour les cas de paralysie spasmodique due à la syphilis, à une tumeur de la moëlle, à un Mal de Pott, il faut commencer par arrêter la marche de la syphilis, de la tuberculose, et procéder à l'ablation de la tumeur avant toute radicotomie.

2° Il ne faut pas oublier que la radicotomie supprime ou diminue seulement la contracture musculaire, sans influencer la paralysie même, si toutefois celle-ci existe avec les spasmes. Il est certain qu'un certain nombre de fibres pyramidales doivent encore être intactes, sans cela la radicotomie aurait pour résultat de transformer simplement une paralysie spasmodique en une para-

lysie flasque. Il est précieux de reconnaître dans les paraplégies spasmodiques totales si toutes les fibres motrices sont détruites ou s'il en reste une partie intacte pour assurer la mobilité active après la résection radiculaire. Pour cela, on a proposé de faire une injection de stovaïne intradurale pour supprimer les racines postérieures fonctionnellement et de façon passagère. Les contractures cessent alors et l'on doit pouvoir constater si les malades sont capables ou non d'exécuter quelques mouvements.

3° Il est inutile d'intervenir dans des cas d'idiotie prononcée, parce qu'alors l'intervention ne profiterait aucunement à ces individus, réfractaires à toute rééducation orthopédique et kinésithérapique. C'est dire que toute radicotomie devra être suivie d'exercices de marche très longs et très minutieux, de pose d'appareils spéciaux, etc., etc.

4° Enfin, pour que l'intervention soit un bénéfice, il faut qu'elle protège le malade contre les récidives. Pour atteindre ce but, il suffit de réséquer un nombre suffisant de racines. Dans les paraplégies spasmodiques graves, il faudra couper au moins 5 racines postérieures, c'est-à-dire L 2, 3, 5, S 1, 2. On laissera L 4 intacte, celle-ci jouant ordinairement un rôle important dans l'exécution du genou. Pour s'assurer que cette action est due à L 4, et non à L 2 ou 3, on se servira de l'excitation électrique.

Pour le membre supérieur, il sera bon de réséquer C 4, 5, 7, 8 et D 1 et de conserver C 6.

GEO. A.

RESECTIONS ARTICULAIRES SANS DRAINAGE, par les Profs Agreq, E. Villard et L. Tavernier (*Lyon Chirurgical*, 1er février 1913).

Les auteurs font l'historique de la question, donnent le manuel et les suites opératoires, exposent les avantages, les inconvénients

et les résultats de cette méthode. Leur travail est accompagné de 19 observations résumées, qui se répartissent comme suit: 7 résections du genou, 5 résections du coude, 4 tarsectomies, 3 résections du poignet.

Les auteurs terminent leur travail en indiquant les conditions qui résultent d'employer la méthode, et celles qui la contre-indiquent:

Les indications absolues de la suppression du drainage se rencontrent dans les résections orthopédiques pour ankyloses, même celles où évoluent encore quelques foyers résiduels de tuberculose, et dans les arthrites tuberculeuses à forme de carie sèche.

Les indications relatives se rencontrent dans les arthrites à forme très fongueuses ou avec abcès limités dont les poches peuvent être poussivies et extirpées complètement, les cas donner de bons résultats, au genou surtout, mais sont souvent suivies de récidives locales.

Les contre-indications sont constituées par les formes d'arthrite à fistules multiples, infectées et aussi par les formes à abcès étendus, fusant très loin dans les interstices musculaires et impossibles de disséquer d'une façon complète.

GEO. A.

UN SIGNE UTILE POUR LE DIAGNOSTIC D'APPENDICITE AIGUE, par John Blair, M. D. (*The British Medical Journal*, June 14th 1913).

A l'examen d'un malade atteint d'appendicite aiguë, l'auteur fut frappé, le 12 octobre 1912, du volume de la veine iliaque circonflexe superficielle droite. Elle était en état de congestion très marquée. Intrigué, le Dr Blair résolut d'examiner à ce point de vue tous les appendiculaires qui se présenteraient, et depuis 6 mois, de tous les patients qu'il a examinés, un seul ne présentait pas ce signe. D'un autre côté, son diagnostic préopératoire confirmé par

la congestion intense de cette veine, n'a jamais été infirmé sur la table d'opération pendant l'intervention. Il attribue cette congestion à une pression portant sur la veine iliaque commune ou externe ou plus simplement à une congestion générale de cette région.

GEO. A.

L'EXAMEN DES MALADES EN CHIRURGIE, par M. le Professeur Hartmann, *La Presse Médicale*, 30 avril 1913.

L'auteur ne se propose pas de donner dans une seule leçon clinique la description détaillée et complète de ce que doit être aujourd'hui l'examen d'un malade en chirurgie. Partant de principes généraux tels que ceux-ci: "Une bonne méthode d'examen est plus importante que des connaissances théoriques étendues" et encore, "ce qui caractérise le malade de chirurgie, et par ce fait même le distingue du malade de médecine, c'est la présence d'une lésion locale, justiciable d'un traitement local, quelque soit le siège de cette lésion" M. Hartmann nous indique une méthode qui, toujours la même, doit nous guider dans tous les examens que le chirurgien aura à faire.

I. *Ordre à suivre dans l'examen d'un malade*:—L'importance de la lésion locale chez le malade de chirurgie nous oblige à commencer l'interrogatoire par l'histoire de la maladie pour laquelle le malade vient consulter. Une fois cet historique recueilli, il y a lieu de décrire cette lésion, les troubles qu'elle entraîne, énumérant les symptômes en rapport direct avec elle, puis les manifestations à distance, passant enfin en revue les divers appareils, examinant le malade des pieds à la tête, ne faisant de diagnostic et, surtout, ne prenant de décision opératoire qu'après avoir noté l'état des principaux organes, cœur, poumons, foie, etc., n'ou-

bliant pas en particulier l'examen des urines. Enfin pour être complète, une observation doit se terminer par le rapport des antécédents personnels, puis héréditaires.

Il ne s'agit pas seulement de tout relater dans l'observation de chacun de nos malades, mais encore faut-il, tout relater dans un *ordre méthodique toujours le même*, sans quoi des lacunes s'interposeront par oubli.

II. *Nécessité de prendre un exposé exact et impersonnel*:—Toute observation doit être *exacte*, cette règle est d'absolue nécessité. En outre elle doit être *impersonnelle*, ce qui signifie, *sans interprétation*. Dans ce but, elle ne doit relater que des faits, rien que des faits, sans qu'à aucun moment les idées du chirurgien se soient substituées au récit du malade. Une interprétation est sujette à erreur, un fait bien observé reste toujours vrai, comme le disait Guyon, ce sont les erreurs de faits qui opposent les obstacles les plus grands à la vérité. Et, à un point de vue plus général, Pascal a pu écrire : " La plupart des erreurs des hommes viennent moins de ce qu'ils raisonnent mal que de ce qu'ils raisonnent bien en partant de jugements inexacts ou de principes faux. " Il faut avoir soin de poser aux malades des questions qui le forcent à réfléchir, si l'on veut obtenir des réponses exactes. Après s'être bien fait préciser le mode de début, et ayant bien en main l'histoire de la maladie, l'examen local s'impose immédiatement.

III. *Exploration de la région malade*:—La simple inspection nous renseigne sur l'attitude, les modifications de volume, de forme, de coloration, sur l'existence de plaies ou d'ulcérations.

Après l'inspection viendra le palper qui fait reconnaître le degré de sensibilité, et les points douloureux localisés; il nous éclaire aussi sur les modifications de température, de consistance, sur la présence ou l'absence de battements. Par le palper la fluctuation de même que la réductibilité de certaines saillies sont dépistées. Ce palper doit être toujours fait avec douceur pour ne pas déterminer de douleurs inutiles, et aussi pour ne pas aggraver, dans certains

cas, des lésions déjà existantes. Au palper simple s'ajoutent le palper ou toucher bi-manuel, et le toucher prolongé, par exemple en se servant d'un stylet pour explorer un trajet fistuleux, ou encore d'un explorateur dans l'urètre ou la vessie.

Enfin la percussion ne doit jamais être oubliée, elle fournit les renseignements concernant le degré de sonorité ou de matité de la région examinée.

Que l'on palpe ou que l'on percute il est intéressant de marquer sur la peau, avec un crayon ce que l'on sent. Ce simple dessin sur la peau fait quelquefois le diagnostic, en reproduisant sur les téguments l'image de lésions profondes. C'est la méthode dermographique. Manœuvres accessoires qui permettront de fixer une opinion jusqu'alors hésitante: Insufflation de l'estomac, élévation du bassin, etc. Il y a toujours nécessité à faire un examen complet, et à prendre toujours *l'anatomie comme base de cet examen*.

Il ne suffit pas seulement de noter l'existence des symptômes, mais il faut aussi préciser les conditions de leur production. Cette étude permet d'acquérir des notions importantes sur le siège et même sur la nature de la lésion causale.

Une fois l'observation complétée, il est souvent nécessaire de faire des recherches spéciales: cystoscopie, prostoscopie, radiologie, méthode d'exploration qu'il ne faut jamais négliger. Souvent de véritables recherches de laboratoire seront nécessaires, tant au point de vue chimique, analyse des urines, du suc gastrique, des fèces, qu'au point de vue microscopique; examen des exsudats, des sécrétions, du sang, etc. Quelquefois même, des recherches plus spéciales doivent être faites: réaction de Wassermann dans la syphilis, fixation du complément dans les kystes hydatiques.

Ces recherches sont le complément nécessaire à la confirmation d'un diagnostic, et permettent d'éviter des erreurs.

EDG. C.

BIBLIOGRAPHIE

FORMULAIRE DES SPECIALITES PHARMACEUTIQUES POUR 1913, par le Dr V. Gardette. 1 vol. in-18 de 400 pages, cartonné, 3 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hauteville, Paris).

Le but du Dr Gardette a été d'essayer d'être utile à ses confrères en leur donnant sur les spécialités pharmaceutiques les plus usuelles les renseignements nécessaires pour leur permettre de les prescrire quand ils le désireront.

Le succès rapide de ce petit livre arrivé à la 6e édition a montré qu'il répondait à un véritable besoin.

Les notices qui signalent l'apparition d'une spécialité nouvelle ou rappellent une spécialité déjà ancienne sont le plus souvent inutiles parce qu'elles ne donnent pas d'indications sur les composants et les doses de cette spécialité, et omettent même très souvent de dire sous quelle forme elle est présentée (granulé, sirop, solution ou pilule). Les brochures explicatives dont tous les praticiens sont inondés sont trop longues, trop diffuses, on ne les lit pas. Et puis au moment de prescrire une spécialité, si la mémoire fait défaut, la notice n'est pas juste à temps voulu sous la main pour la rafraîchir.

La nouvelle édition de ce formulaire est divisée en trois parties.

Dans la *première partie*, les spécialités sont indiquées par ordre alphabétique. C'est dans cette première partie qu'on devra en chercher la composition et la dose.

La *deuxième partie* donne par ordre alphabétique le nom de chaque fabricant avec son adresse et l'indication de toutes les spécialités qui lui appartiennent.

La *troisième partie* reprend les spécialités dans leur ordre alpha-

bétique et donne l'indication de leur fabricant dans une parenthèse qui figure après le titre de la spécialité, si le nom du fabricant n'est pas compris dans le libellé de ce titre.

BOSSUET ANATOMISTE ET PHYSIOLOGISTE, par le Dr Le Double (de Tours). Vigot Frères Editeurs, 23, Place de l'Ecole de Médecine, Paris. Un vol. in-8 avec 7 figures et facsimilé de l'écriture de Bossuet. 5 fr.

Combien, ignorent que l'admirable styliste, le pompeux Bossuet, le Démosthène de la Chaire, comme l'a appelé La Bruyère, a laissé, outre ses célèbres oraisons funèbres et son Discours sur l'histoire universelle, un traité de *la connaissance de Dieu et de soi-même* ou Introduction à la philosophie qui, édité en 1741, fut le premier traité d'anatomie et de physiologie humaine rédigé en français. Cet ouvrage, déjà remarquable par son ordre, sa simplicité, sa clarté, l'est encore davantage par l'union, le parallélisme qui y règne entre la métaphysique et les Sciences d'observation et d'expérimentation. Quels furent ses Maîtres, ses initiateurs? Duverney d'abord, qui partageait avec lui les charges de l'instruction du grand Dauphin, puis Sténon et Winslow dont il fut le Directeur de conscience après les avoir catéchisés.

Dans un premier chapitre: Les connaissances anatomo-physiologiques de Bossuet, leur comment et leur pourquoi; le savant et le très érudit Docteur Ledouble nous montre par une série de citations heureusement choisies que l'homme est bien selon le mot d'Aristote: la synthèse de la nature, son chef-d'œuvre et que selon Galien: un livre d'anatomie est le plus bel hymne qu'il soit donné à l'homme de chanter à la gloire du Créateur. Point de machine, dit Bossuet, qu'on ne trouve dans le corps humain. . . Nul ciseau, nul tour, nul pinceau ne peut approcher de la tendresse avec laquelle la nature tourne et arrondit ses sujets. . . et il conclut avec

humilité: quoiqu'on trouve très grand ce que l'on a découvert, on voit que ce n'est rien en comparaison de ce qui reste à chercher. Avec son talent coutumier le Dr Ledouble nous montre aussi comment courageusement et contrairement à la dialectique si puissante alors, Bossuet a fondé sa psychologie sur l'observation de l'homme, s'ingéniant à découvrir et à déceler dans celui-ci un Microcosme. Se proposant de conduire son élève à la connaissance de Dieu par l'étude approfondie de l'âme et du corps, Bossuet écrit son traité, rompant en cela avec la tradition latine, dans ce français précis, coloré dont il avait le secret: si bien que lorsque celui-ci parut on proclama qu'il avait atteint les limites de l'entendement humain. Après avoir étudié avec celui-ci au cours des Chapitres émaillés de nombreuses citations successivement: *Les sens extérieurs, les sens intérieurs, les Passions, l'union de l'âme et du corps, l'âme des bêtes*, le Dr Ledouble conclut que Bossuet doit être classé selon Bacon, dans la catégorie des abeilles qui volent de fleur en fleur pour y puiser un nectar dont elles font un miel délicieux. Ce n'était pas, dit-il, chose banale ni facile sous le règne de Louis le Grand que d'écrire un livre d'anatomie et de physiologie non seulement en langue française mais encore en philosophe désireux de penser sa foi.

Pour se permettre de commenter la nature humaine il faut commencer par apprendre à la bien connaître physiquement; c'est ce que fit Bossuet et on ne saura jamais trop l'en louer, le but qu'il se proposait ne fût-il pas complètement atteint. En cherchant à concilier le Dogme, la Raison et la Science, en voulant que la philosophie soit tributaire de celle-ci, il aura été avec Descartes un des immortels fondateurs de la Psycho-physiologie, cette lumière des immuables Vérités. *Et nunc erudimi vos qui... judicatis hominem.*

TECHNIQUE MICROSCOPIQUE, d'après Bohm et Oppel, par E. de Rouville. Vigot Frères, Editeurs, 23 Place de l'Ecole de Médecine. Cinquième édition considérablement augmentée. Un vol. in-8 écu cartonné. 8 fr.

La cinquième édition de la *Technique microscopique* inspirée du Manuel de Bohm et Oppel, profondément remaniée et considérablement augmentée par M. Et. de Rouville, vient de paraître sous la forme d'un beau volume de 720 pages.

Elle est rédigée sur le même plan que la précédente et se divise comme elle en deux parties: l'une, générale, consacrée aux principes de la technique: l'autre, spéciale, réservée aux méthodes en usage pour l'étude particulière des tissus et des organes.

Toutefois l'auteur français a cru devoir rétablir dans cette édition le Chapitre du *Microscope* (Description; Examen; Mise au point), dont la lecture sera des plus précieuses au débutant, et a rédigé un chapitre nouveau pour l'*Ultramicroscope*.

Des considérations générales sur la *Fixation et la Coloration* précèdent les chapitres respectifs où sont passés en revue Fixateurs et Colorants.

M. de Rouville a interrogé nombre d'Histologistes français et étrangers et obtenu d'eux des renseignements importants qui font presque de ce volume une œuvre nouvelle.

Enfin sur les conseils de nombreux lecteurs des éditions précédentes, l'auteur a renoncé dans son livre aux renvois aux paragraphes et adopté les renvois aux pages.

Il n'est pas sans intérêt de constater le succès obtenu par cette *Technique* aujourd'hui bien française qui, dans l'espace de vingt ans, a su atteindre sa cinquième édition.

LES ICTERES TOXIQUES ET LEUR TRAITEMENT
in-8, 1913, avec figures. 2 frs. A. Maloine, éditeur, 25-27, rue
de l'Ecole de Médecine, Paris.

Dans les traités classiques, les ictères toxiques sont étudiés en quelques lignes. Ce sont les ictères infectieux, qui ont surtout fixé l'attention.

Et cependant l'importance pratique des ictères toxiques est considérable. L'auteur le démontre dans ce petit livre à la fois œuvre originale et œuvre de vulgarisation.

Après une étude de psychologie générale, où il est démontré que les ictères toxiques traduisent l'évolution soit d'une hémolyse, soit d'une hépatolyse, la clinique de ces ictères est analysée à fond : syndrome hémolytique, syndrome hépatique. Types évolutifs. Nous signalerons surtout les chapitres spéciaux des ictères à l'ordre du jour, en clinique les ictères chloroformiques, et par le salvarsan, en expérimentation, les ictères par la toluidène diamme. Toutes les causes endogènes d'ictères font le sujet d'une étude détaillée; cirrhose, grossesse, nouveau-né, etc.

Le traitement est éclairée par les recherches biologiques modernes et les règles en sont fixées pour chaque cas particulier.

Ce petit livre sera consulté avec fruit autant par le médecin curieux des évolutions modernes que par le praticien désirant fixer sa conduite clinique et thérapeutique.

MEDECINE ET MEDECINS EN ETIOPIE par le Dr Mèrab,
Médecin particulier du Négus.—Paris, Vigot Frères, Editeurs,
23, Place de l'Ecole de Médecine. 1 vol. in-8. 4 fr.

De plus en plus les yeux de la vieille Europe se tournent vers cette antique terre d'Afrique, berceau des premières civilisations égyptienne et hébraïque, témoin de la grandeur de Carthage, dans un

dessein de convoitise, un besoin d'extension. Aussi un livre tel que celui que vient de faire paraître le Dr Mérab, médecin particulier du Négus et chef du dispensaire impérial du Palais, est-il des plus intéressants aux divers titres : médical, ethnographique, voire psychique. Tout d'abord l'auteur nous montre la Médecine exercée dans cet empire par des prêtres, des empiriques, des sorciers, aucun enseignement ni réglementation n'y existant. De même que le type abyssin est un mélange, leur thérapeutique est essentiellement composite et dominée cependant par le Koussou en lequel se concrétise pour eux toutes les vertus guérissantes. Le purgatif y est en grand honneur et le médicament d'autant plus prisé qu'il a un goût, une couleur, une odeur, plus accusés, cela sans préjudice des colliers prophylactiques d'amulettes. S'ils pratiquent de bon gré l'hydrothérapie sous la forme de bains froids, ils fuient par contre le soleil dont ils accusent les rayons de déceler toutes sortes de maladies. Volontiers l'Abyssin, du reste, estime ne rien devoir à son médecin. L'auteur après avoir passé en revue l'ensemble des maladies, avec leur thérapeutique, dont la syphilis qui est traitée encore par les antiques sudations, consacre un dernier chapitre à la Chirurgie qui est restée rudimentaire et à l'Obstétrique pour laquelle ils s'en remettent à la bonne nature; du reste, ils sont quelque peu malthusiens. Au cours de ses conclusions le Dr Mérab rend tout d'abord hommage à l'initiative éclairée du Négus si curieux de tous les progrès de la civilisation, et aussi à ce peuple éthiopien, Abyssins comme Gallas, pour qui toute la science médicale se résume dans le Koussou-panacée, et qui estime non sans raison que ce n'est pas tant la vie individuelle qu'il faut s'attacher à prolonger que la vitalité de la race. Vivant une vie naturelle il ignore en effet ces trois grands fléaux : la tuberculose, le cancer et l'alcoolisme. Aussi leur sagesse provoque-t-elle du Dr Mérab cette conclusion renouvelée de Virgile : *Beati nimum sua si norint...*

LE MAL DE TÊTE. *Ses différentes formes, nature, diagnostic et Traitement* par le Docteur Siegmund Auerbach, traduction française par le Dr A. Françon, d'Aix-les-Bains. Vigot frères Editeurs, 23, Place de l'École-de-Médecine, Paris, 1 vol. in-8 3.50 fr.

La traduction française du livre de Auerbach se justifie pleinement, et nous ne saurions trop remercier le Dr Françon qui a pris la peine de la présenter au public Médical français.

Les idées très originales de l'auteur sont le fruit de l'expérience clinique et de plus, chose rare chez un allemand, elles sont expliquées clairement et avec ordre.

Après une courte esquisse de l'Anatomie du cerveau, Auerbach étudie la migraine proprement dite et tâche de nous donner un mécanisme pathogénique nouveau. Ensuite il s'occupe du Mal de Tête rhumatismal et ici, intervient l'étude des nodosités, nous entendons par là, cette panniculite dont parle W. Wetterwald dans son remarquable ouvrage sur les Névralgies.

Voilà pour le mal de tête à formes autonomes; suivent les céphalées, liées aux maladies des organes, en particulier: 1^o cerveau; 2^o organes des sens; 3^o maladies du canal gastro-intestinal; 4^o maladies des reins. Le mal de tête dans les maladies générales est étudié immédiatement après. Ici nous trouvons développé et commenté le retentissement des infections, des intoxications aiguës ou chroniques, et des maladies constitutionnelles sur le mal de tête. L'ouvrage se termine par une étude de la céphalée habituelle, et enfin des combinaisons que peuvent former entre elles les différentes espèces d'algies crâniennes.

Pour Auerbach, la grande cause du mal réside dans le défaut d'équilibre entre le contenu du crâne et son contenant. Il nous explique ainsi comment la céphalée se produit chaque fois qu'à la suite d'une stase sanguine ou humorale (Liquide céphalo-rachidien), il y a œdème passager des masses cérébrales ou de leurs

enveloppes. Et tout cela est simplement exposé et très clinique. Au surplus lisez l'ouvrage et vous verrez qu'en dépit de l'exclusivisme un peu chauvin de l'auteur, son livre méritait d'être traduit. Le Dr Françon, d'Aix-les-Bains, l'a présenté avec élégance, et nous ne serions pas surpris que les idées allemandes, toujours un peu touffues et nébuleuses, eussent grandement profité de leur passage à travers le filtre merveilleux de notre esprit français.

ETUDES SUR LE SERODIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS. Stratégie et tactique, in-8 1913. 307 pages, avec tableaux et graphiques. 10 fr. A. Maloine, éditeur, 25-27, rue de l'École de Médecine, Paris.

Le traitement de la syphilis est en révolution; les livres anciens n'ont plus qu'une valeur documentaire. La découverte d'Ehrlich a créé une arme plus active que les anciennes, celle de Wassermann nous conduit à poursuivre, chez chaque malade, la stérilisation de la syphilis, à l'aide d'un moyen de contrôle.

Il importe d'apprendre aux médecins les services que peut rendre la séro-réaction dans le traitement de cette maladie, la précision qu'elle lui apporte.

D'autre part la valeur d'une arme thérapeutique dépend de la manière dont elle est employée. Déjà, la syphilis est mal traitée par le salvarsan, comme elle était mal traitée par le mercure.

Il faut lutter contre des erreurs qui s'accréditent, parce qu'on les répète, des opinions "moyennes", et qui sont acceptées pour cette raison même.

L'auteur réuni dans ce volume les principaux travaux qu'il a publiés depuis deux ans sur le séro-diagnostic et le traitement de la syphilis—en particulier ses études sur la fièvre dans les formes banales et les formes nerveuses, celles qu'il a faites sur le mécanisme des grands accidents, confirmées, d'une manière inattendue, par

l'étude du mécanisme des accidents de moindre importance. On y trouvera, en outre, les travaux qu'il a consacrés au traitement de la syphilis nerveuse, du tabes, et à la question des doses qui est exposée à vrai dire dans presque tous les chapitres, et dont l'importance est méconnue d'une manière universelle.

Ehrlich a écrit que la morale thérapeutique du médecin et du chirurgien ne peuvent être différentes. Elles le sont encore malheureusement, parce que la foi du médecin dans l'efficacité des moyens qu'il emploie reste insuffisante; la crainte des responsabilités paralyse sa main et entrave son action.

La syphilis détermine une mortalité énorme, elle abrège la vie de presque tous les malades qui en sont atteints; elle est la cause la plus commune des dégénérescences, des infirmités. Cette crainte des responsabilités doit disparaître, ou plutôt se transformer. L'erreur du médecin, la faute qu'il commet tous les jours, c'est de ne pas oser traiter un syphilitique, sa responsabilité est engagée quand il ne fait pas le nécessaire pour le guérir.

En toute sécurité l'auteur affirme qu'il appartient aux syphiliographes de donner l'exemple. La syphilis disparaîtra, quand ils auront appris aux médecins à agir, quand ils auront eux-mêmes accepté la morale chirurgicale, qui est la bonne.

—:OO:—

ÆSCULAPE. Grande revue mensuelle illustrée, latéro-médicale. Le numéro: 1 fr. Abonnement: 12 fr. (Étranger: 15 fr.)
A. ROUZAUD, éditeur, 41, rue des Ecoles, Paris.

Le Macabre dans l'Art au XIX^e siècle (12 illustr.), par le Dr J. GUIART, Prof. à la Fac. de Méd. de Lyon.—Danse macabre révolutionnaire de Rethel; danse des morts de Winkel; l'inhumation précipitée de Wiertz; la Mort au bal masqué et le Vice su-

prême de Rops; les monuments des cimetières italiens; la Mort et le Bûcheron de la Fac. de Méd. de Lyon; le macabre chez Willette et Jean Veber.

Tolstoï et la Phtisie (7 illustr.), par le Dr ROSHEM.—Tolstoï soigne sa tuberculose par le Koumys, au pays des Kirghizes; ses frères Dimitri et Nicolas succombent à la maladie; comment Tolstoï raconte dans son *Journal intime* les derniers moments de son frère Nicolas; la scène de la mort de Lévine dans *Anna Karénine*; l'état d'âme du tuberculeux agonisant.

Nos Gloires médicales militaires; nos Flambeaux (5 illustr.), par le Dr BONNETTE.—Le deuil des victoires; le devoir du médecin militaire sur le champ de bataille; quelques grands noms de médecins militaires: Percy, Larrey, Hallé, Coste, Grama, Colin, Dujardin-Beaumetz, Kelsch; "Accordez au soldat blessé une affection familiale qui atténue le regret de la mère absente"; Larrey à la Bérézina, à Waterloo; Des Genettes à Moscou.

La Promenade à la Mort (3 illustr.?, par le Dr DOUZANS.—Mohamed, le savetier, a tiré et mis en pièces son apprenti aux grands yeux noirs; la victime à califourchon sur un âne est livrée à la foule; le bâton sonne dru sur l'échine; la loque humaine pend de chaque côté, en travers de la selle.

Le Service médical à la Charité aux XVIIe et XVIIIe siècles, par FOSSEYEUX.—L'opinion d'un Bolonais visitant l'Hôpital de la Charité, à Paris, au XVIIe siècle; les salles fleuries, égayées d'oiseaux chantants, ornées de peintures; donations et générosités; les malades atteints de calculs ou de descentes de boyaux constituent une clientèle spéciale, venue de tous les points de Paris et de la province; les régimes; le Frère Côme opère à la Charité.

Les Merveilles de la Baguette divinatoire (11 illustr.), par le Dr G. DURVILLE, Prof. à l'École de Psychisme expérimental.—Le succès du Congrès des Baguettisants raconté par un témoin oculaire; les résultats de la Baguette prouvés dès XVIIe siècle par le R. P. Le Brun, prêtre de l'Oratoire; vieilles gravures; comment on découvre les cavités souterraines, les sources, les métaux

(cuivre, plomb, or) ; les métaux enfouis au château de Mirabeau ; deux mots d'explication.

Quelques types de Nègres du Congo (5 illustr.), par le Dr DANIEL, chargé de mission au Congo belge.—Où il est prouvé qu'intellectuellement le nègre est à peine inférieur au blanc ; le noir aux dents limées ; les jeunes filles du Mayumbé, leurs amours ; le boy noir ; le soldat noir ; notes vécues.

Le Christ en Croix de Mathias Grünewald, à Colmar (simili-gravure hors-texte).

SUPPLÉMENT (20 illustr.). — *Alimentation et descendance.* — *Une caravane de savants en Tunisie.* — *L'Explosion des mondes.* — *Les ensorcelés de St-Rémy, près Niort.* — *La philosophie d'Henri Poincaré.* — *Peut-on mourir de joie ou de peur?* — *Guérison par le rire.* — *Une question relative aux jumeaux.* — *Une question du Prof. Howard Kelly, de Baltimore.* — *Le Dr Hervieux, professeur à la Faculté de Médecine Laval de Montréal.* — *Jean Wier et la Sorcellerie.* — *Les fouilles de Pompéi.* — *Les cadavres de Pompéi.* — *Une consultation du Dr Augagneur.*

—: 00:—



ASSOCIATION FRANÇAISE DE PÉDIATRIE

Mon cher confrère,

Le prochain Congrès des Pédiâtres de langue française aura lieu à Paris les vendredi 3 et samedi 4 octobre 1913, sous la présidence de M. Netter. Vous êtes instamment prié d'y prendre part.

Les questions mises à l'ordre du jour sont les suivantes :

Obésité chez les enfants. — Rapporteurs: MM. Le Gendre (de Paris), Mouriquand (de Lyon), Nathan (de Paris).

Tumeurs cérébrales dans l'enfance. — Rapporteurs: MM. A. Broca (de Paris), d'Astros (de Marseille), F. Terrien (de Paris).

PROGRAMME DES SÉANCES

Vendredi 3 octobre. Séance du matin. — Exposé et discussion des rapports sur la première question.

Séance de l'après-midi. — 1^o Séance administrative; 2^o Suite des rapports sur la première question. Communications afférentes à cette première question.

Samedi 4 octobre. Séance du matin. — Exposé et discussion des rapports sur la deuxième question.

Séance de l'après-midi. — Suite des rapports sur la deuxième question. Communications afférentes à cette deuxième question. Communications diverses.

Le soir. — Banquet.

Aux termes des articles 7 et 15 des statuts, peuvent de droit prendre part au Congrès, outre les membres de l'Association française de Pédiatrie, les membres titulaires et correspondants de la Société de Pédiatrie de Paris, les membres des Sociétés de Pédiatrie de province ou de l'étranger, les membres de la Société internationale de Pédiatrie; ils versent une cotisation de 10 fr. Peuvent, en outre, participer au Congrès, les médecins, français ou non, ne faisant pas partie de ces groupes, présentés par deux parrains et agréés par le Bureau; ils versent une cotisation de 15 fr. Les uns et les autres ont droit aux volumes de comptes rendus de la réunion.

Les confrères désireux de présenter des communications sont priés d'en adresser dès maintenant le titre au secrétaire, M. Apert, 14, rue de Marignan.



NOTES pour servir à l'histoire de la Médecine au Canada

Par le Dr M.-J. AHERN, (*suite*) (a)

Le docteur demeurait alors au commencement de la rue St-Jean, du côté sud. (124) Il y demeurait encore en 1791 et avait pour voisin un nommé Germain Deblois. (125) Plus tard il acheta une maison sur la rue Couillard où il alla résider et où il est mort. Il laissa cette maison à sa fille Marie Française.

Le docteur était un homme qui gérait avec habileté non-seulement ses propres affaires mais aussi celles qu'on lui confiait. Il ne dédaignait pas avoir recours aux tribunaux pour se faire payer ses honoraires. Aux *Archives judiciaires à Québec* on trouve que le 23 décembre 1756 il réclame de la succession de la veuve Flaman la somme de neuf livres pour soins donnés à celle-ci.

Le 30 mars 1758 il demande que la dame Robineau soit obligée de lui payer pour soins et remèdes la somme de 13 livres 10 sols.

Cette dame avait eu un mal de gorge et entre le 3 janvier et le 15 février avait été saignée quatre fois. (126)

En 1778 un Mr. Delzenne annonce qu'il a deux maisons à vendre et dit : " Qu'il faut s'adresser à Mr Dénéchaud, chirurgien " en cette ville, qui est chargé par le propriétaire d'en faire la " vente. " (127) En 1787 il fait saisir les biens meubles et immeubles de Joachim Primault et fils et de Hector McCauly. (128)

Il était exécuteur testamentaire du sieur Barthelmi Cotton et comme tel il saisit, le 17 septembre 1788, les biens meubles et immeubles de Jacques Chevalier et de sa femme ainsi que ceux de Joseph Dussault et de sa femme. Ces biens consistaient en maisons situées rue Mont Carmel, Québec. (129)

a. Reproduction interdite.

124. Gazette de Québec, No. 937 ; annonce la vente d'un terrain.

125. Gaz. de Québec, 6 janvier 1791—No. 1327. 7e colonne.

126. Arch. Judiciaires, Québec.

127. Gaz. de Québec : No. 679 ; 3 sept. 1778.

128. Gaz. de Québec : Nos. 1124-1133-1154.

129. Gaz. de Québec : No. 1222 ; 15 janvier 1789.

On le mentionne encore dans une annonce de vente d'une maison située sur la rue St-Jean. (130)

Le docteur Dénéchaud fut le dernier français attaché à l'Hôtel-Dieu comme médecin. On y voit son portrait. Il aimait beaucoup cette institution où il avait passé une grande partie de sa vie et dont il fut le bienfaiteur.

Ainsi il donna une fois aux religieuses de cette maison la somme de cinq cents piastres pour réparer leur chapelle. Une autre fois il leur donna un billet, de cent livres, cours de cette province, qui lui était dû par Félix Têtu, notaire de cette ville. (131)

Un autre notaire bien connu. Louis Etienne Rageot, lui devait 150 livres qu'il n'a jamais pu lui payer. (132)

Le docteur Dénéchaud est mort le 25 sept. 1810 âgé de 82 ans, et fut inhumé à l'Hôtel-Dieu dans la chapelle St-Antoine, côté de l'épître.

Dans son testament fait le 21 janvier 1810, devant R. Lelièvre et J. H. Plante, notaires, il ordonne qu'après sa mort un *Libera* soit chanté sur son corps à l'église paroissiale et qu'ensuite on le transporte à la chapelle de l'Hôtel-Dieu où il doit avoir son service et être inhumé.

Il laissa à l'Hôtel-Dieu ses instruments et ses remèdes moins ceux que sa fille désirait garder.

A sa fille unique Marie Françoise il lègue l'emplacement et la maison qu'il occupait avec tous les meubles y contenus.

Il donne la jouissance et l'usufruit de ses autres biens meubles et immeubles à sa dite fille, à Messire Charles Denis Dénéchaud et à M. Claude Dénéchaud ses trois enfants.

130. Gaz. de Québec: No 1280; 18 février 1790.

131. Arch. de l'Hôtel-Dieu.

132. Roy: Hist. de la Seigneurie de Lauzon, vol. III, p. 158.

Il donne la propriété de ses biens aux enfants de son fils Claude.

Le docteur Morin parlant du docteur Dénéchaud dit : " Il était " un homme de génie plaisant par la douceur de sa conversation ; " il assistait avec bonté ses malades et possédait des qualités qui " feront toujours chérir sa mémoire. " (133)

Il y avait à Québec en même temps que le Docteur un autre Dénéchaud qui était apothicaire au Collège des Jésuites et qui en 1765 est allé s'établir en France. (134)

Je n'ai pas trouvé le nom de ce dernier dans les *Relations des Jésuites*.

DE NEVERS, Simon Jean.

Simon Jean de Nevers, appelé aussi Tenevert dit Brantigny, fils d'Etienne de Nevers et d'Anne Hayot, naquit à Sillery, près de Québec, le 27 décembre 1667.

Il eut pour épouse Madeleine Tousignan, née en 1672, fille de Pierre Tousignan dit Lapointe et de Marie Madeleine Philippe.

De Nevers était chirurgien dans la compagnie de Monsieur de Valrennes, établi à Lotbinière. (135)

Guillaume de Nevers, notaire, frère du médecin demeurait à Lotbinière en 1693 en même temps que ce dernier. (136)

Le docteur de Nevers a été inhumé le premier novembre 1742 à Lachenaye et sa femme le 25 mai 1756, à Québec. (137)

DENGLADE, Jean.

Voir *Danglade*.

133. Morrin Jos : Discours d'ouverture de l'Ecole de Médecine à Québec, page 22.

134. Hist. des Ursulines de Québec, vol. III, p. 213.

135. Tanguay : Dict. Généal ; vol. I, pp. 179—571 ; vol. III, p. 339.

136. Roy : Hist. du notariat au Canada ; vol. I, p. 162.

137. Tanguay : Loc. Cit.

DERIGNY, Sieur.

Voir Chatelain Antoine.

DEROGE, Pierre.

Sergent et chirurgien.

Voir *Rogé, Pierre*.

DESCHAMPS, Guillaume.

Guillaume Deschamps, de Honfleur, était chirurgien et Lieutenant du premier barbier-chirurgien du Roy.

En 1605 il vint en Acadie avec Champlain et passa à Port Royal l'hiver 1605-6.

Champlain le mentionne. Il dit : " Nous nous en retournâmes à " nostre habitation, où nous trouvâmes de nos gens malades du " mal de la terre Le Scorbut, mais non si grièvement qu'en l'isle " S. Croix, bien que de 45 que nous estions il en mourut 12, dont " le mineur fut du nombre, et cinq malades, qui guérèrent le prin- " temps venant. Notre chirurgien appelé des Champs, de Hon- " fleur, homme expert en son art, fit ouverture de quelques corps, " pour voir s'il reconnoistrail mieux la cause des maladies que " n'avoient fait ceux de l'année précédente. Il trouva les parties " du corps offencées comme ceux qui furent ouverts en l'isle S. " Croix, et ne peut on trouver remède pour les guérir non plus que " les autres. " (138)

DESCLAUDE, Pierre.

Pierre Desclaude, né en 1736 près de Fougères, France, vint à Québec en 1757 sur la frégate *La Fortune* comme aide-chirurgien. Il tomba malade en arrivant et fut transporté à l'Hôtel-Dieu du P. S. Québec où il est mort le 10 août de la même année. (139)

138. Œuvres de Champlain, édition Laverdière—vol. I, Chap. XI. p. 80

139. Reg. de l'Hôtel-Dieu du P. S. Québec.

Dans le registre de l'Hôtel-Dieu il est appelé Pierre Deslaude, tandis que dans l'acte de sépulture on lit Desclaude.

"En 1757 les vaisseaux de France apportèrent une quantité de "malades dont un grand nombre affectés d'une fièvre contagieuse "virulente qui tua, entre autres, deux religieuses hospitalières de "l'Hôtel-Dieu du P. S." et probablement ce pauvre aide-chirurgien. (140)

DES CORBIERES, Claude.

Claude Des Corbières appelé par Tanguay, Claude Petiot des Corbières (141) était chirurgien à Québec où il était présent, le 8 janvier 1660, au contrat de mariage du docteur François Fortin et de Marie Joliet. (142)

Des Corbières était à l'Hôtel-Dieu du P. S., Québec, le 9 février 1664. (143) Le même jour il paraissait devant le Conseil Souverain comme arbitre avec "Jean Madry Maistre chirurgien et "Lieutenant du premier barbier chirurgien du Roy," dans une cause où Annet Goumin "Maistre chirurgien de Québec" réclamait de Jean Maheust "pour pensemens et médicamens" la somme de 476 livres. Le Conseil a ordonné "que les dicts arbitres s'assembleront et donneront par escript leur rapport sur les articles "des partyes et memoires présentez pour en cas de contestation "entre eux estre reiglez par le dit sieur giffard medecin ordinaire "du Roy." (144)

Le 19 juillet de la même année, 1664, Des Corbières était à l'Hôtel-Dieu du P. S., Québec. Le même jour il fut condamné par

140. Arch. de l'Hôtel-Dieu du P. S. Québec.

141. Tanguay : Dict. Généal. vol. I, p. 477.

142. Tanguay : Loc. Cit. vol. I, pp. 236-477.

143. Arch. de l'Hôtel-Dieu du P. S., Québec.

144. Juge & Dél. du Cons. Souv., vol. I, p. 116.

le Conseil Souverain à payer à Gilles du Tertre, dit La Casse la somme de quatre livres dix sols. (145)

DES COURBIERES.

Des Courbières était chirurgien à Sillery en 1662. (146)

Il y avait en même temps à Québec un chirurgien appelé Claude Des Corbières ou Claude Petiot des Corbières. (147) Il est possible que les deux soient la même personne.

DESCOUT, Sieur.

Le sieur Descout était chirurgien à l'Ile Royale en 1744. Il avait demandé qu'on le mette en demi-solde. Le Président du Bureau de la Marine écrivant à M. Duquesnel, à l'Ile Royale, le 17 avril 1744 lui dit: " le chirurgien *Descout* ne peut être mis en "demi solde cette année." (148)

DESMARETS, Elie.

Elie Desmarets était chirurgien de la fregate *Le Marchand*. Né en 1737 il mourut le 13 mai 1759, aux Trois-Rivières. (149)

DENOUHES, Pierre.

Pierre Desnouhes ou Denoux était fils de Pierre Desnouhes et de Jeanne Morineau, de la paroisse de Salles, diocèse de Poitiers. Né en 1691, il épousa à Québec le 21 octobre 1728, Marie Joseph Maillou, âgée de 27 ans, fille de Joseph Maillou Des Moulins et de Louise Achon, et veuve depuis treize mois de Jean Ponce Méric, "Maistre" chirurgien à Québec. (150)

145. Juge & Dél. du Cons. Souv., vol. I, p. 241.

146. Tanguay : Dict. Généal. vol. I, p. 187.

147. Tanguay : Loc. Cit. vol. I, p. 477.

148. Rapp. sur les Archives du Canada, 1905, vol. I, Ordres du Roi & Dépêches, p. 31. Edition Anglaise.

149. Tanguay : Dict. Généal. vol. III, p. 384.

150. Tanguay : Dict. Généal. vol. III, p. 386 ; vol. I, p. 405.

On trouve dans l'acte de mariage: " Nous Etienne Boullard
" vicaire général de ce diocèse au siège vacant, et curé de cette
" ville avons accordé la dispense de trois publications de bans sa-
" chant qu'il n'y a aucun empêchement de mariage entre etc."
(151)

Huit enfants naquirent de ce mariage dont six moururent en
bas âge.

Le docteur Desnouhes demeurait à Québec, rue Sault-au-
Matelot, où il est mort le 30 septembre 1747. Sa veuve a été en-
terrée le 16 novembre 1760 dans le cimetière de l'Hôpital Géné-
ral. (152)

Ce qui suit est la copie d'un certificat donné par lui.

" Pierre Desnouhes, chirurgien de Québec, certifie qu'il a été
" appelé le 23 juillet 1732 pour voir la femme du sieur Corneille,
" navigateur de cette ville qui m'a déclaré avoir reçu plusieurs
" coups de batton, ce qui est vrai. Un coup sur l'œil droit avecq
" petite excoriation et un autre sur le front avecq contusion et un
" autre au rayon au coude du bras avecq meurtrissure. Elle était
" grosse de quatre mois, pour cet effet je luy ai fait une saignée.
" Elle a guéri de ses coups. Fait à québec ce 1er avril 1732."

" DESNOUHES " (153)

Le 10 juillet 1732, Desnouhes reclamait du sieur Parisien de-
vant la Prévosté de Québec la somme de " 13 livres pour traite-
" mens et medicamens. " (154)

Desnouhes était médecin de 1734 à 1736 à l'Hôpital Général où
on écrivait son nom ainsi: *Desnoux*. (155)

151. Reg. N.-D. de Québec.

152. Arch. Hôp. Gén. Québec.

153. Arch. Judiciaires, Québec.

154. Ibid.

155. Arch. de l'Hôp. Gén., Québec.

DESTRAMPES, Jean Baptiste.

Jean Baptiste Destrampes, chirurgien était fils de Pierre Destrampes et de Bertrande Saillant, de Bordes, diocèse de Comminges. Il épousa à Québec le 6 juin 1752 Geneviève Françoise Buron, âgée de 18 ans, fille de Noël Buron et de Catherine Marie Michelin de Québec.

Ils eurent cinq enfants tous baptisés à l'Ile du Pas où demeurait le docteur. Il y était en janvier 1751. (156)

DETAILLEUR, Joseph.

Joseph Detailleur était chirurgien de l'Artillerie et en 1783 demeurait à Québec où il est mort et où il a été enterré au cimetière de la rue St-Jean (the old cemetery) le 4 septembre 1785. (157) Il était aussi médecin de l'Hôtel-Dieu du P. S., Québec, (158) en 1784.

DE TRACOLLE, Blaise.

Blaise De Tracolle était médecin et fut enterré à Québec le 30 octobre 1665. (159)

DEURSOT, Pierre.

Chirurgien qui était à Québec en 1643. (160)

DIDELET, Jean Louis.

Chirurgien, était à Québec en 1666. (161)

156. Tanguay : Dict. Généal. vol. III, p. 402 ; vol. II, p. 507.

157. Reg. de la Cathédrale Anglicane, Québec.

158. Arch. de l'Hôtel-Dieu du P. S., Québec. Voir Dr Bowman, p. 74.

159. Tanguay : Dict. Généal., vol. I, p. 193.

160. Arch. Judiciaires, Québec.

Note due à l'obligeance de M. Philéas Gagnon Conservateur des Archives.

161. Arch. Judiciaires, Québec.

Note due à l'obligeance de M. Ph. Gagnon.

DIEHL, Peter, M. D. Edimbourg, M. R. C. S. L.

Peter Diehl était le fils de John Justus Diehl, marchand, et de Phoebe Arnoldi fille de Pierre Arnoldi, marchand et sœur du docteur Daniel Arnoldi, tous de Montréal.

John Justus Diehl naquit en Allemagne où son père possédait une propriété à Darmstadt, Hesse.

Le Docteur Peter Diehl naquit à Québec où il fut baptisé à l'église des Récollets le 4 juin 1786. (162). Il eut pour parrain son grand-père, Pierre Arnoldi, qui fut représenté au baptême par Jean Renaud, Grand Voyer; la marraine était l'épouse de celui-ci. Canniff (163) dit que Diehl naquit à Québec le 22 mai 1787, ce qui est une erreur.

Monsieur J. J. Diehl avait eu l'intention de faire un marchand de son enfant unique, mais la mort l'emporta en 1801 quand ce dernier n'avait que 15 ans.

Deux des exécuteurs testamentaires de Diehl, Charles Blake et Henry Leodel étaient médecins et ils ont probablement influencé le jeune homme dans le choix d'une carrière.

En 1803 il étudiait la médecine à Montréal chez le docteur Blake qui semble avoir été un second père pour lui.

En 1807 Diehl alla à Edimbourg, en Ecosse, où il suivit des cours en médecine à l'Université et au Royal Infirmary, et où il prit ses degrés. Il revint au Canada en 1809 et commença immédiatement la pratique de sa profession à Montréal.

En 1813 il obtint une position dans le département médical de l'armée et peu après il fut nommé chirurgien d'un régiment canadien qu'il accompagna pendant la guerre avec les Etats-Unis.

Au printemps de 1814 étant en garnison au Fort Henry, vis-à-vis de Kingston, il accompagna un détachement composé de sol-

162. Reg. de la Cathédrale Anglicane, Québec.

163. Canniff W. *On the medical profession in Upper Canada*-1783-1850.

ats de son régiment et d'un régiment de la Nouvelle Ecosse. Ils occupaient vingt-six chaloupes sous les ordres du colonel *Darling* et avaient pour mission de porter des munitions de bouche et de guerre aux troupes qui, sur la frontière à Niagara, étaient dans un état de dénûment complet.

Pendant qu'il était au Fort George en 1814 il fut envoyé en Angleterre avec un détachement d'artillerie sous les ordres de Sir Gordon Drummond. A Londres il essaya de faire ratifier par le War Office sa nomination au Département Médical de l'armée et à cet effet il subit avec succès un examen devant le Medical Board. Cependant on ne lui donna pas une position, vu qu'on avait commencé à diminuer l'effectif des troupes au Canada.

Il demeura à Londres où il subit avec succès l'épreuve nécessaire pour devenir membre du Collège Royal des chirurgiens de Londres (M. R. C. S., L.). Après cela il voyagea en Europe et ne revint au Canada qu'en 1818. Il se remit à pratiquer en société avec son oncle le docteur Daniel Amable Arnoldi à Montréal. Il fut nommé médecin du Montréal General Hospital, et les rapports de cette institution pour les années 1827 et 1828 sont signés par lui et par W. Caldwell comme médecins visiteurs de la maison.

En 1828 il alla se fixer à Toronto où dans le mois d'octobre de la même année il obtint la Licence du Bureau de Médecine du Haut Canada, sans laquelle il ne pouvait y pratiquer. En novembre il fut nommé membre de ce Bureau et prit son siège dans le mois de janvier 1829. Le *Loyalist* du 15 novembre 1828 annonçait que le docteur Widmer, le médecin le plus en vue de Toronto, avait pris pour associé le Dr Diehl un praticien habile et honorable de Montréal. (164) Il résidait alors à la maison de pension de Mme Hayes.