

## HEUREUSE ANNEE

*Le Bulletin Médical* est heureux d'offrir à tous ses lecteurs et aux membres de la profession ses meilleurs vœux pour le Nouvel An. Notre journal s'efforcera, comme par le passé, de continuer à servir la cause médicale canadienne-française et fera tout en son pouvoir pour aider le mouvement de développement de l'enseignement scientifique en notre Province. Déjà en 1913 nous nous sommes efforcés d'intéresser nos lecteurs en publiant un grand nombre d'articles originaux sur des sujets très variés; nous dirigerons nos efforts vers ce même but, et nous profitons de la circonstance pour demander la collaboration de tous les confrères qui voudraient bien nous envoyer les observations intéressantes qu'ils ne peuvent manquer de rencontrer dans leur clientèle. Il n'est pas un médecin, quelque soit le milieu où il pratique, qui ne puisse intéresser la profession, en rapportant un cas spécial qu'il a eu l'occasion d'observer.

L'événement saillant de l'année, au point de vue médical, sera la tenue à Québec du VI<sup>e</sup> Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord. Nous invitons de nouveau tous les confrères à donner le plus tôt possible leur adhésion à ce Congrès et à s'inscrire pour des travaux, afin que la réunion soit un succès au point de vue scientifique. Un grand nombre de médecins ont déjà donné leur nom, et le nombre des adhésions est actuellement de près de deux cents. Un représentant de la

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

# Todurase

de COUTURIEUX

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

France assistera au Congrès et donnera des conférences en même temps que des démonstrations cliniques. La date de la réunion est fixée au 31 août.

A l'occasion du VI<sup>e</sup> Congrès, *Le Bulletin Médical* publiera, en août, un numéro spécial qui sera remis à tous les abonnés et à tous les membres du Congrès.

Puisse 1914 être pour tous une année de travail, de succès et de bonheur, et puisse-t-elle contribuer au développement du mouvement médical au Canada...

—: 00:—

## TRAVAUX ORIGINAUX

---

### TRANSPLANTATION CARTILAGINEUSE DANS UN CAS DE DIFFORMITE DU NEZ. (1)

Par le Dr J. VAILLANCOURT

---

En vous rapportant l'observation qui fait le sujet de cette étude, je n'ai pas la prétention de vous entretenir d'un sujet bien important, car je crois qu'ici à la Société médicale de Québec, on doit surtout s'occuper des questions médicales d'ordre général pouvant intéresser tout le public médical et s'arrêter le

---

1. Travail lu à la Société Médicale en novembre 1913.



APRÈS



AVANT



moins possible aux cas n'intéressant que telle ou telle spécialité. Je m'efforcerai donc d'être le plus court possible.

Au mois d'avril dernier se présentait à notre bureau Mr. R. âgé de 25 ans, pour une difformité nasale, qu'il nous demande de corriger. Il y a 12 ans environ, en jouant notre jeu national, le hasard ou l'ardeur trop grande d'un joueur voulant annihiler les efforts d'un trop dangereux adversaire a voulu que le nez de notre malade vint fortement en contact avec le bâton d'une crosse ennemie : il en est résulté que le nez de notre malade étant moins dur que le dit bâton, celui-ci s'enfonce dans celui-là et ne se retire qu'après avoir laissé une marque profonde de son passage, et depuis, notre malade présente une encoche profonde entre le lobule et les os propres du nez. Le nez de notre malade présente l'aspect suivant : le bout est retroussé, les narines écartées et la crête nasale est aplatie dans presque toute sa longueur. Après examen intra-nasal, nous constatons que le malade ne souffre d'aucune affection pathologique, il n'y a aucune inflammation, aucun coryza et la respiration se fait librement des deux côtés. Le squelette osseux n'étant atteint d'aucune inflammation, nous croyons alors qu'en faisant une ou deux injections de paraffine à froid nous pourrions obtenir un bon résultat. Le malade nous dit qu'il a déjà eu deux injections de paraffine, et que le résultat très favorable d'abord ne s'est maintenu que quelques semaines, et toute la paraffine est venue sortir dans le sillon nasal du côté gauche. Et notre malade nous déclare que si nous ne pouvons lui faire rien autre chose que des injections de paraffine, il est décidé de se faire opérer à N.-Y.

Nous lui demandons de revenir dans une dizaine de jours, qu'alors nous serions en état de lui donner une réponse définitive. Ici nous devons avouer que jusqu'à ce jour, nous ne connaissions aucune intervention autre que les injections de paraf-

fine pour corriger les ensellures du nez, nous cherchions en vain dans tous les auteurs connus un procédé autre, lorsque notre confrère et ami le Dr Pâquet, à qui nous causions de ce cas, a eu l'amabilité de nous passer le No du 15 janvier 1913, du *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, dans lequel nous avons eu l'heureuse fortune de trouver quelques observations de difformités nasales, corrigées par des greffes cartilagineuses. Après avoir lu attentivement ces quelques notes trop courtes cependant, nous décidions d'opérer notre malade. Il s'agissait de lui refaire une crête nasale au moyen d'un cartilage costal.

*Les préparatifs de l'opération.* — Pour donner un aspect satisfaisant au nez de notre malade, il fallait soulever les téguments dans la région déprimée, abaisser un peu l'extrémité de l'organe et lui rendre une tension plus grande en même temps qu'une orientation normale, il suffisait pour cela de placer un support reconstituant l'arête nasale. Le véritable remède était donc l'insertion dans la peau d'une baguette cartilagineuse de dimensions convenables. Rien ici ne s'opposait à cette opération, les téguments étant souples, intacts et sans aucune adhérence pathologique avec le squelette sous-jacent. Pour arriver au meilleur résultat possible, n'ayant jamais fait ni vu faire semblable intervention, nous voulions prendre toutes les précautions nécessaires et même superflues. C'est pourquoi, quelques jours avant l'opération, nous avons pris une empreinte en plâtre sur le nez de notre malade, le reproduisant aussi parfaitement que possible; ce moulage que vous voyez ici donne une idée très exacte du nez de notre malade, tel qu'il était avant l'opération. Nous inspirant de ce moulage, nous avons taillé un modèle en bois pour servir pendant l'opération à nous guider sur les dimensions

et la forme que nous devons donner à la baguette cartilagineuse qui serait insérée sous la peau du nez.

Le 5 mai, assisté du Dr A. Edge comme chloroformisateur et des Drs Paquet qui devaient s'occuper de prélever le morceau de cartilage costal, nous opérions notre malade. Les plus grandes précautions avaient été prises pour éviter toute faute d'antiseptie, car il est très important de ne pas avoir la moindre suppuration dans cette intervention, si l'on veut obtenir un bon résultat. Une fois le malade endormi; les Drs Paquet prélevaient au niveau du rebord thoracique droit à la hauteur de la dixième côte un fragment de cartilage costal d'une longueur d'environ 2 pouces par  $\frac{3}{4}$  de pouce de large et dans lequel nous avons taillé une baguette de longueur et de forme appropriée.

A l'aide d'une petite incision transversale pratiquée à la racine du nez nous décollons lentement et prudemment les téguments jusqu'au voisinage du lobule du nez. Il faut aller doucement afin de ne pas ouvrir de communication avec les fosses nasales pour éviter par la suite l'infection qui pourrait venir de ce côté. Ayant ainsi préparé une loge convenable, il suffisait d'y installer en la poussant de haut en bas la baguette cartilagineuse dont une des extrémités taillée en biseau s'enfonçait dans l'épaisseur du lobule et dont l'autre extrémité venait par un biseau beaucoup plus allongé s'appliquer sur les os propres du nez. La petite incision fut refermée par trois points de suture à la soie très fine.

Une fois l'opération terminée, un petit pansement fut fait avec de la gaze stérile et le nez de notre malade fut recouvert par un appareil protecteur fait en gutta-percha, et qui était maintenu bien en place au moyen de galon passant autour et au-dessus de la tête, et en-dessous du menton, de façon à protéger entièrement le nez contre tout traumatisme et éviter le moindre dépla-

cement. Les suites opératoires furent d'une simplicité parfaite, et le malade laisse l'hôpital huit jours après l'intervention entièrement guéri.

RÉSULTAT. — Le résultat, sans être absolument parfait, nous vous en donnerons le raisons dans quelques instants, est vraiment remarquable. Dans le premier mois qui suivit l'intervention, le nez était absolument rectiligne dans toute sa longueur, mais depuis une légère excavation s'est creusée à la partie supérieure juste à la racine du nez et cela est dû, croyons-nous, à ce que nous avons mal calculé la rétraction qui s'opèrerait dans cette baguette cartilagineuse. Faute peut-être un peu excusable si l'on considère que c'était la première fois que nous avons occasion de faire une transplantation cartilagineuse. Dans les trois quarts inférieurs le nez est bien tendu, un peu abaissé par sa pointe et les narines beaucoup moins larges donnent à notre malade une apparence toute autre que celle qu'il avait avant l'intervention. Si l'on palpe maintenant le nez du malade, on constate que cette baguette cartilagineuse est mobile sur l'os mais bien reliée à la peau et aux tissus sous-jacents.

Si vous le permettez, nous allons vous montrer des photographies de notre malade prises avant et après l'opération, les premières, malheureusement, ne sont pas l'œuvre d'un homme du métier, elles ne sont pas nettes et la tête du malade a une mauvaise inclinaison. En examinant les dernières, vous connaîtrez par leur précision et leur netteté l'œuvre d'un artiste dans l'art de la photographie et qui n'est autre que le Dr Mayrand.

Permettez-nous de vous dire que lorsque notre malade porte un pince-nez, l'encoche à la racine du nez disparaît complètement, il est malheureux pour lui qu'il ne soit pas un peu myope, car alors étant dans l'obligation de porter un pince-nez le résultat comme apparence serait parfait.



OBSTRUCTION INTESTINALE PAR ETRANGLEMENT  
ET HERNIE INTERNES. — LAPAROTOMIE.  
GUERISON.

Par le Dr ALBERT PAQUET.

---

Ce sont de simples observations recueillies sur deux malades, que nous offrons au lecteur.

La première malade dont nous allons parler, s'est présentée à l'hôpital au commencement de février, pour une crise d'obstruction intestinale datant de trois jours.

C'était une jeune femme de 28 ans, maigre et pâle, chez laquelle on ne pouvait relever aucun antécédent pathologique héréditaire ou personnel bien remarquable. Elle a été réglée à 13 ans et sa menstruation a toujours été régulière. Elle perdait pendant quatre ou cinq jours, plutôt peu, avec une légère dysménorrhée qui apparaissait pendant l'écoulement et disparaissait avec lui.

Elle est mariée depuis quatre ans et elle a eu deux enfants à terme dont l'accouchement s'est fait spontanément et sans aucune difficulté. A la suite du dernier de ces accouchements, il y a deux ans, elle présenta les signes d'une infection locale assez légère, laquelle donna lieu à de l'endométrite chronique. Cette endométrite persiste au moment où nous prenons la malade sous nos soins. Ses règles sont devenues plus abondantes et plus douloureuses, une leucorrhée purulente s'est installée qui s'accroît graduellement et s'est surtout aggravée depuis deux mois.

Depuis cinq ou six ans, la malade souffre de constipation qui a d'abord été légère puis a augmenté d'intensité. Les évacua-

tions deviennent de plus en plus rares et nécessitent à chaque fois l'intervention d'un purgatif. Cette constipation s'accompagne de douleurs intestinales sous forme de coliques intermittentes réveillées par l'ingestion des aliments et surtout par l'usage des purgatifs.

Cette douleur occupe un siège variable dans le ventre; elle se présente tantôt à droite, tantôt à gauche, le plus souvent sous forme d'une barre transversale au niveau du côlon transverse. Les matières qu'elle passe sont dures et roulées, mais non recouvertes de membranes comme dans l'entérocolite. A différentes reprises les selles sont sanguinolentes, mais le saug est rouge et il apparaît à la fin des évacuations, nous croyons qu'il provient de petites hémorroïdes dont la malade souffre depuis plusieurs années.

Il y a deux mois, sous l'influence d'un repas un peu plus copieux que d'habitude, la douleur a pris subitement un caractère plus vif, plus continu et s'est compliquée de vomissements, lesquels d'ailleurs, n'ont duré que 24 heures. Après un grand lavement, l'intestin s'est vidé et la douleur a quelque peu diminué, mais depuis lors elle a toujours persisté.

Le jour de son entrée à l'hôpital, la malade nous a raconté qu'elle vomissait depuis trois jours, et que depuis ce temps, elle ne passait ni selles ni gaz.

La douleur est intense, mais mal localisée, la température est à 99 degrés, le pouls bat à 80. Nous tentons d'évacuer l'intestin au moyen de grands lavements d'eau salée chaude mais sans succès. Le pouls s'accélère, et le ventre commence à se ballonner: nous décidons alors de pratiquer une laparotomie.

A ce moment, la palpation, fort douloureuse, provoque des contractions péristaltiques, qui se dessinent très nettement à la paroi, et surtout dans la moitié droite de l'abdomen; en même

temps on perçoit un bruit de glouglou très clair et très distinct. La paroi abdominale ne présente encore qu'une légère tension uniforme; la sensibilité n'est pas très vive, mais elle s'étend à tout l'abdomen, aussi forte à gauche qu'à droite de la ligne médiane; on ne découvre aucune masse bien caractérisée.

L'examen des anneaux inguinaux et ombilical ne laisse entrevoir aucune pointe herniaire et le toucher rectal ne nous conduit sur aucune induration.

Nous pratiquons la laparotomie, comme il est classique de le faire en ces cas, c'est-à-dire dans la région sous-ombilicale latérale droite. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule un peu de liquide citrin transparent, et nous arrivons sur des anses intestinales déjà fortement dilatées. L'appendice, quoique congestionné, ne présente aucune lésion macroscopique importante, il n'est ni gros, ni dur et ne renferme pas de calculs. Tout le péritoine de cette région est fortement congestionné.

En poussant l'exploration vers le centre, nous rencontrons une bride fibreuse et résistante, s'étendant des organes du petit bassin et allant au devant d'une anse intestinale pour l'écraser et de là venir s'insérer sur le mésentère; elle est sectionnée entre deux ligatures et nous voyons l'anse affaissée se remplir immédiatement. Tout à côté, sur la gauche, nous trouvons deux ou trois bandes à peu près semblables et jouant le même rôle. Elles sont également sectionnées et toutes les anses intestinales se remplissent instantanément sous nos yeux.

Les annexes du côté droit sont évidemment malades. Elles se sont transformées en une masse fibreuse qui adhère de tous côtés, et elles nous présentent l'origine manifeste des cordons fibreux que nous venons de décrire.

Nous terminons l'opération en fermant la paroi comme à l'ordinaire et en laissant un drain de gaze à la partie inférieure

de l'incision. Puis, avant de laisser la malade, nous pratiquons un lavage d'estomac.

Aucun vomissement ne se produit dans les suites, et, trente heures après, les lavements provoquent plusieurs selles abondantes. La guérison s'effectue sans le moindre accident.

*L'obstruction intestinale par étranglement interne*, est une maladie assez fréquente, et le plus souvent elle est due à des brides fibreuses ou de simples adhérences péritonéales et c'est lorsque les adhérences se résorbent qu'il nous arrive de voir persister les amas de fibres s'étendant d'un organe à l'autre ou d'une anse d'intestin à une autre anse et l'étrangler dans son parcours. Quelquefois ces brides ne sont pas plus grosses qu'un fil, mais elles suffisent à arrêter la circulation dans l'intestin.

Elles sont quelquefois aussi d'origine congénitale; elles représentent alors les vestiges des vaisseaux omphalo-mésentériques. Mais le plus souvent elles succèdent à une infection péritonéale d'origine annexielle, appendiculaire, ou autre. La meilleure preuve dans certains cas, de leur provenance inflammatoire, c'est l'existence à côté d'elles, d'autres groupes d'adhérences qui se sont formées en même temps sous l'influence du même processus.

Chez notre malade, les fibres adhéraient à la trompe et au mésentère, et les lésions de cette annexe de l'utérus, nous ont montré jusqu'à l'évidence que le point de départ de la maladie était à cet organe.

Quelle est la nature de cette infection? La tuberculose annexielle est fréquente; sa forme fibro-adhésive peut s'étendre à une grande partie du péritoine et amener des adhérences, par suite, des brides jusqu'aux organes supérieurs de l'abdomen

Mais à part la tuberculose, bien d'autres infections peuvent déterminer les mêmes lésions ; celles par exemple, qui ont leur point de départ à l'appendice, à la vésicule biliaire, ou qui sont dues aux perforations d'une partie quelconque du tube digestif.

Il nous semble pour cela impossible de bien préciser la nature de l'infection soumise à nos soins ; nous nous inclinons néanmoins à croire qu'elle était d'origine utérine banale non tuberculeuse.

La laparotomie seule pouvait produire une guérison radicale, et les signes que présentait la malade au moment de l'intervention nous démontrent que celle-ci était urgente.

\* \* \*

Le second malade dont je veux relater l'histoire, est un homme de 42 ans, simple journalier, habitant une campagne rapprochée de Québec.

Les seules maladies que l'on puisse retracer dans ses antécédents pathologiques sont ; une scarlatine à l'âge de 10 ans et une variole légère il y a quelques années.

On ne connaît à son sujet aucun antécédent héréditaire.

En juin 1911, il a éprouvé pendant quelques jours des douleurs abdominales assez intenses à certains moments, et accompagnées de constipation.

Ces douleurs ont cessé entièrement pour reprendre dans quelques jours, et cette fois la malade raconte qu'elles siégeaient surtout dans la fosse iliaque droite, tout en s'irradiant dans toute la cavité abdominale. C'est le troisième accès de ces crises qui nous amène le malade à l'hôpital à ce moment en état d'occlusion aiguë de l'intestin.

A son entrée, les vomissements commencés depuis deux jours,

sont incessants ; d'abord bilieux, puis porracés, ils sont devenus depuis le matin fécaloïdes.

Notre malade n'a passé ni selles ni gaz depuis le début des accidents, il y a deux jours, son faciès dénote d'une façon évidente l'intoxication stercorale ; le pouls est rapide, à 115 et la température est au-dessous de la normale, à 97. Des sueurs froides et abondantes le recouvrent ; il s'agite sans cesse tout en se plaignant de douleurs atroces dans tout le ventre. Le ballonnement est excessivement marqué et toute la paroi abdominale fortement tendue, et une sensibilité très vive qui semble généralisée, se réveille au palper.

Il n'existe aucune pointe herniaire, et le toucher rectal ne nous révèle aucune induration.

Nous décidons, avant d'intervenir, de donner au patient un grand lavement avec un long tube, lequel ne ramène que les sécrétions du bout inférieur de l'intestin.

La laparotomie est faite, médiane, sous-ombilicale, et l'on arrive sur des anses intestinales très dilatées que nous laissons s'étaler sur le champ opératoire pour nous rendre l'exploration plus facile et plus complète. A notre grande surprise, nous constatons qu'une longue portion de l'intestin grêle est engagée dans une fossette péritonéale, une des fossettes iléo-coécales et emprisonnée dans une loge anormalement agrandie. Nous croyons que le tiers au moins du jéjuno-iléon s'est introduit dans cette cavité, dont l'ouverture épaissie, et très dure, sert d'anneau constricteur pour l'étrangler.

En même temps que très élargie, cette fossette s'étend en profondeur qu'au foie, et c'est ainsi qu'elle a permis à l'intestin de s'y introduire. Comme aucune adhérence n'entrave notre action, il nous est très facile d'attirer au dehors cet intestin et de le dégager de cette impasse.

Aussitôt nous voyons les anses vides inférieures se remplir et les gaz circuler librement sans rencontrer d'obstacles. Pour éviter une récurrence des accidents, nous fermons par deux points de suture l'ouverture restée béante et prête de nouveau à avaler tout ce qui pourrait se présenter.

La fermeture de l'abdomen s'effectue par la suture en trois plans et le malade est ramené à sa chambre. Durant ce transport, avant même qu'on le dépose dans son lit, il se produit des évacuations de gaz très abondantes et celles-ci vont se continuer toute la nuit,

Le lendemain, à notre visite, nous trouvons le patient transformé, la figure réjouie et satisfaite, ne demandant qu'à prendre des boissons et des aliments. Les douleurs sont disparues, le ventre est plat et le pouls normal. La guérison continue à s'effectuer sans le moindre accident.

Ce malade nous offre un des plus beaux cas d'obstruction intestinale que nous ayons eu à observer au cours de nos quelques années d'expérience; les manœuvres opératoires furent des plus faciles en même temps que des plus satisfaisantes.

Il est habituellement rare en pareils cas de voir l'intestin se vider aussi rapidement et d'une façon aussi complète à cause de la paralysie qui atteint si vite la musculature de cet organe.

L'étranglement intestinal dans une fossette est tout à fait comparable à l'étranglement herniaire et c'est pour cela qu'on l'appelle hernie interne.

Il existe normalement plusieurs petits orifices le long des colons ascendant, transverse et descendant, s'ouvrant dans de petits prolongements péritonéaux situés entre l'intestin et la paroi abdominale postérieure. Ainsi, à l'angle iléo-coecal, les anatomistes en décrivent deux ou trois qui sont des plus faciles à constater, l'un au-dessus, l'autre au-dessous de la terminaison de l'intestin grêle.

La présence de l'appendice en détermine un autre qui est assez profond. On a signalé, il y a quelques années, autour de la portion ascendante du duodénum et de l'angle duodéno-jéjunal trois fossettes péritonéales, et à l'heure actuelle certains auteurs en mentionnent au moins cinq seulement à cet endroit.

Il faut noter encore la fossette intersigmoïde que l'on voit presque toujours large et profonde.

Toutes ces fossettes peuvent être le siège de hernies internes, ce qu'on appelait autrefois hernies rétro-péritonéales, et ce phénomène se produit lorsqu'elles ont pris des proportions excessives, que la coalescence du péritoine a subi un processus anormal.

Ces hernies internes se comportent tout comme les hernies externes. Elles peuvent se réduire facilement comme elles peuvent devenir aussi rapidement irréductibles; elles peuvent s'engouer et s'étrangler sous les mêmes influences et dans les mêmes circonstances.

Chez notre malade, il n'y a aucun doute que l'intestin occupait la fossette où nous le vîmes engagé, depuis un certain temps déjà lorsque l'étranglement est apparu avec le syndrome des hernies étranglées.

Il va sans dire qu'il est impossible de reconnaître ces sortes d'accidents à moins d'ouvrir l'abdomen et d'en explorer toute la cavité.



## GROSSESSE TRIPLE

Par le Dr FÉLIX DUBÉ

Rapporter un cas de grossesse triple est plutôt du domaine de la curiosité, étant donné la rareté, que du domaine scientifique, surtout quand les choses se passent physiologiquement.

Cependant, notre observation peut offrir certains côtés pratiques à ceux qui s'intéressent à la question, c'est pourquoi nous avons cru utile de la publier.

Nous exposerons aussi brièvement que possible l'histoire de notre patiente que nous ferons suivre de considérations tout à fait générales.

Madame J. L. est âgée de 28 ans. Mariée à 18 ans, elle eut jusqu'à l'âge de vingt-quatre ans, quatre enfants à terme. Le cadet est donc âgé de 4 ans.

En février 1913, étant enceinte, elle est prise de vomissements matutinaux qui vont en augmentant de jour en jour pour devenir incoercibles. La patiente devient tellement faible que nous avons décidé, *pour combattre les vomissements*, d'employer des moyens énergiques qui auraient pu amener l'avortement.

Enfin, étant à son quatrième mois, époque où les premiers vomissements cessent généralement, nous lui prescrivons des cachets ainsi composés :

Bismuth . . . . .	3 grains
Oxatale cérium . . . . .	2 grains
Cocaïne . . . . .	1/12 gr

Nous faisons prendre un cachet immédiatement avant de pren-

dre aucune nourriture et un autre trente minutes après. Les vomissements cessèrent après une semaine de ce traitement.

A partir de la fin du quatrième mois au terme de la grossesse, tout alla pour le mieux. A cette époque nous avons fait le diagnostic de grossesse gémellaire double.

Le 10 septembre, à 6 heures, le travail commença. Je vis la parturiente à 10 h. a. m. Je ne l'avais pas revue depuis la fin du quatrième mois.

*A l'inspection*, nous remarquons une surdistention du ventre qui ne nous surprit pas, étant donné que nous avons une grossesse double. Pas d'œdème sus-pubien.

*La palpation* nous donna une tension permanente de la paroi utérine mais pas aussi considérable que nous serions porté à le croire. Nous pouvons palper un nombre considérable de petites parties. Au détroit supérieur avec engagement, nous palpons une extrémité arrondie et un peu plus haut et à gauche un autre corps rond. Nous avons donc deux présentations de sommets.

*A l'auscultation* sur la ligne médiane, un peu à droite nous comptons 128 et un peu plus haut, mais à gauche, nous comptons, très faiblement 150 battements du cœur. Nous avons deux enfants vivants.

*Au toucher* le sommet engagé était en O. I. D. A.

A 3 h. p. m. la dilatation étant complète, nous rompons la poche des eaux. Deux ou trois contractions suffirent pour expulser le premier enfant. Nous faisons une nouvelle palpation pour reconnaître la position du 2e enfant. A notre grande surprise nous trouvons encore deux enfants avec un sommet en bas et un sommet en haut.

Au toucher le deuxième enfant se présente en O. I. G. A.

Le troisième enfant fut extrait sans aucune difficulté par un pied.

A 4 h. p. m. les trois enfants sont au monde et en parfaite santé.

Nous avons eu soin de lier ensemble les deux premiers cordons pour pouvoir contrôler l'ordre de l'accouchement.

Le premier placenta était très gros avec deux cordons insérés près l'un de l'autre. C'était bien le placenta de nos deux premiers enfants.

L'autre, tout petit, avec un seul cordon au centre.

Enfant	Sexe	Pesanteur
1er	Masculin	7 $\frac{1}{4}$ lbs
2me	Masculin	5 lbs
3me	Féminin	6 $\frac{3}{4}$ lbs

En tout le joli total de 19 lbs.

*Causes* : Les causes généralement admises sont l'hérédité et la multiparité. La patiente était bien une multipare. — Dans son histoire de famille nous trouvons deux tantes maternelles et une cousine ayant eu des jumeaux. Il y a donc "*hérédité collatérale maternelle*."

La superfécondation semble être le mécanisme en cause. Nous aurions pu invoquer le mécanisme de la superfœtation si le deuxième enfant, pesant que cinq livres, eut été enfermé dans les membranes du petit placenta, lequel avait l'apparence d'un placenta de deux mois et demi.

Au contraire ce dernier renfermait un enfant bien constitué parfaitement à terme et pesant six livres et trois quarts.

*Alimentation* : Nous avons conseillé à la mère de donner le sein à chaque enfant et à tour de rôle, puis une quantité de lait de vache. En d'autres termes "allaitement mixte"

Aujourd'hui, le 10 novembre 1913, les trois enfants sont âgés de deux mois et en parfaite santé.

Notre-Dame du Lac, novembre 1913.

## OBSERVATIONS CLINIQUES

Par le Dr J.-L. PETITCLERC

Lorsqu'il s'agit du ventre, toutes les erreurs de diagnostic peuvent être commises, toutes l'ont été et le seront probablement. Ce n'est pas pour apporter une preuve nouvelle à cette vieille vérité que je rapporte ici les observations qui suivent et qui ont toutes trois entraîné des erreurs de diagnostic: j'ai pensé qu'elles étaient intéressantes par leur peu de fréquence.

Au mois d'octobre dernier, à quelques jours d'intervalle, nous avons eu à l'Hôtel-Dieu trois enfants dont voici la courte histoire.

A . . . est une fillette de six ans que sa mère adoptive amène à la consultation chirurgicale pour nous faire voir son ventre.

Aucun symptôme; l'enfant a un gros ventre, un point, c'est tout. Pas de renseignements sur ses antécédents. Etat général bon; organes sains et normalement constitués.

A l'examen on constate qu'effectivement l'abdomen est volumineux, surtout dans sa position supérieure et un peu plus à droite qu'à gauche.

Par la palpation on se rend compte que le ventre recèle une tumeur arrondie fluctuante, volumineuse, mobile et siégeant dans le voisinage de l'ombilic. Matité à sa percussion.

Le chef du service, M. le Dr Marois, croit qu'il s'agit d'un Kyste de l'ovaire.

Laparotomie médiane — Kyste du mésentère.

Amélia, 4 ans, amenée à la consultation par ses parents en compagnie du médecin avec le diagnostic d'ascite tuberculeuse.

La petite malade a de la tuberculose dans ses antécédents héréditaires; elle est amaigrie, elle a des sueurs nocturnes, elle s'alimente mal.

Son ventre est très distendu et uniformément distendu ; il est large dans les flancs qui accusent de la matité. Sensation nette et précise du flot. Un énorme réseau veineux dessine ses arborisations sur toute la surface de l'abdomen.

La fillette est appétitive. Rien de particulier du côté des autres organes.

Le diagnostic déjà porté est maintenu et le lendemain, à l'ouverture du ventre, nous trouvons un gros kyste de l'ovaire.

Lucien P, 3 ans, a un gros ventre lui aussi. Sa maman a remarqué qu'il avait le ventre plus gros que ses deux aînés à cet âge, et c'est surtout à gauche que son abdomen a de l'embonpoint.

Deux tantes paternelles sont mortes de tuberculose pulmonaire récemment. Le bébé a souvent de la diarrhée que viennent entrecouper des périodes de constipation ; sueurs nocturnes abondantes mais état général bon.

Palpation, difficile, donne peu de renseignements ; on a cependant la sensation nette de liquide dans le ventre ; le flanc gauche donne de la matité à la percussion.

Nous nous arrêtons au diagnostic de kyste du mésantère.

Sous chloroforme, nous constatons que la tumeur siège un peu à gauche, qu'elle est arrondie, fluctuante, un peu mobile dans tous les sens ; sur elle une anse d'intestin vient se dessiner en relief sous la peau. Bref il n'y a plus de doute.

Laparotomie médiane. Mésocolon descendant très long cachant entre ses deux feuillets un kyste. Une brèche est faite dans le méso, le kyste ponctionné et vidé de son contenu, un peu plus de 1000 grammes de liquide clair et limpide, très vaguement citrin. Enucléation du kyste maintenu dans la profondeur par un pédicule presque uniquement constitué par une énorme veine grosse comme le pouce. Fermeture du ventre. Une paroi du

kyste est un peu épaisse et ressemble, à la coupe, à du tissu musculaire; au dedans il y a des espèces de vacuoles. Nous attribuons le tout à un kyste multi-loculaire résultant d'une inclusion fœtale. Il s'agissait en réalité d'un rein comme me l'a démontré sous le microscope la coupe qu'a bien voulu faire M. le Prof. Vallée.

Ce pseudo-kyste n'était donc qu'une hydronéphrose congénitale, à moins que ce ne fut qu'un grand kyste séreux du rein.

— :o—o: —

## TRAITEMENT DE LA SYPHILIS PAR LE 606 OU "SALVARSAN"

par le DR J.-O. DUSSAULT

Tous les médecins autorisés dans le monde entier, reconnaissent l'extraordinaire supériorité du salvarsan dans le traitement de la syphilis. Les quelques cents cas de guérison rapide que j'ai vus à l'Hôpital de la Charité à Paris, m'ont prouvé clairement que le 606 est supérieur au mercure; et comme le dit si bien M. Milian, il s'agit là d'un spécifique incomparable d'une sûreté encore plus grande que la quinine dans la fièvre intermittente.

Cependant la plupart de nos médecins, soit par crainte ou autre cause, refusent d'employer le 606 qui amène pourtant une si prompte guérison. Tous les accidents de la syphilis, chancres, plaques muqueuses, ulcérations, gommès, périostoses etc., guérissent avec une étonnante rapidité.

Il suffit de quatre jours pour faire disparaître les plaques muqueuses. Elles fondent comme la neige au soleil. Il faut des semaines avec le mercure qui souvent est sans action.

Un jeune homme de vingt-deux ans se présente à moi avec des plaques muqueuses dans la bouche qu'un traitement mercuriel de quatre mois n'a pu faire disparaître. Une injection de 30 centigrammes de « néo-salvarsan » (1) a suffi pour les faire disparaître en 3 jours.

Les ulcérations gommeuses disparaissent aussi avec une étonnante rapidité alors que le mercure réclame 3 à 4 semaines.

Dans les cas rebelles, ce traitement n'est pas moins merveilleux. Je citerai un cas rapporté par M. Milian à sa clinique du vendredi à la Charité (2).

Il s'agissait d'un homme atteint d'onxyxis rebelle, extrêmement douloureux, et qui avait reçu sans le moindre résultat 174 injections de benzoate de mercure en 8 mois. Les douleurs étaient devenues telles que le malade était dans l'impossibilité de se servir de ses mains: il avait dû renoncer à sa profession et se trouvait dans une situation proche de la misère. Le lendemain la douleur des doigts avait disparue et douze jours après la guérison était complète.

A la période du chancre c'est un traitement abortif par excellence. J'ai eu des résultats épatants dans les nombreux cas que j'ai eus à traiter depuis que je suis en clientèle. Personne ne peut nier la supériorité de ce traitement, bien qu'il y en ait d'autres qui soient excellents.

---

1. Aujourd'hui on se sert du « néo-salvarsan » ou 914 qui donne les mêmes résultats que le 606, et qui est moins dangereux.

2. Dans le présent article et les suivants, je ne citerai que M. Milian qui est une autorité. Il s'agit de notes prises à son cours.

M. Hallopeau a obtenu de beaux résultats avec sa méthode. Mais quelle douleur avec ces 30 injections d'hectine dans la verge et ces 30 injections de mercure dans la fesse, tandis que l'injection intra-veineuse du 606 est absolument indolore et invisible, et réalise la thérapeutique abortive la plus efficace et la plus facile pour le malade.

La parasyphilis qui ne se guérit pas par le mercure, bénéficie du 606. Certaines leucoplasies qui résistent au mercure guérissent par le 606. La kératite interstitielle ne guérit que dans deux ou trois ans par le mercure, alors que par le 606 elle guérit en très peu de temps. Le tabès est souvent amélioré. J'ai vu un malade à la Charité de Paris à la seconde période du tabès, *i.-e.*, à la période d'incoordination qui me fut confié par le docteur Sauphar, assistant de M. Milian. Je lui fis deux injections de 606. Ses douleurs disparurent après la première injection, et la marche fut considérablement améliorée après la deuxième. Il en est de même de la paralysie générale.

## II

Au point de vue social, le 606 a déjà joué un grand rôle. Si l'on considère la rapidité avec laquelle les accidents de la syphilis disparaissent par l'emploi du 606, si l'emploi de ce médicament se généralisait, la syphilis disparaîtrait complètement dans notre pays.

Je disais au commencement de cet article que beaucoup de médecins refusaient de se servir de ce médicament soit par crainte ou autre cause. En effet, pour moi, il y a trois catégories de médecins qui refusent de se servir du 606. Dans la première catégorie, je place les craintifs: ceux qui ont peur des accidents que produit rarement le 606 bien administré. On a



exagéré les dangers que couraient les patients et pour cette cause, nombreux sont les médecins qui ne veulent pas employer le 606.

Dans la seconde catégorie, je placerai ceux qui veulent réaliser un plus grand bénéfice avec leurs clients en n'employant pas le 606. Vous ne savez pas quel bénéfice il y a à faire, me dit un jour un médecin de la ville, en traitant les syphilitiques pendant cinq à six ans. Je ne crois pas que le traitement par le 606 soit aussi rémunérateur.

Enfin, dans la dernière catégorie, sont ceux qui ne connaissent pas le salvarsan ou qui en ont entendu parler vaguement. Employez-vous le « *néo-varsan* » me dit, un jour, un hygiéniste-expert de cette ville? Comprenant ce qu'il voulait me dire, je lui répondis dans l'affirmative, et lui d'ajouter qu'il ne l'employait pas à cause des conséquences funestes qui pourraient en résulter.

Une femme, me dit-il, fut infectée par son mari que je soignais depuis longtemps au bichlorure de mercure? La femme est aussi venue me trouver et je la traite également au bichlorure. Elle ne connaît pas la maladie qui la ronge. Si je lui faisais des injections de 606, elle se douterait qu'il s'agit d'une maladie étrange, accuserait son mari de l'avoir souillée, et je suis certain qu'elle demanderait la séparation de corps et de biens. Il n'y a là aucun argument sérieux, je n'y vois que la crainte ou l'incapacité d'employer ce médicament. Si ce médecin avait institué le traitement par le 606 à cet homme dès qu'il est venu à lui, il n'aurait certainement pas contaminé sa femme.

M. Milian rapporte plusieurs cas d'hommes mariés ayant contracté la syphilis, soignés par le 606, et ayant continué leurs

rapports conjugaux sans qu'il en soit résulté de dommage pour la femme.

Au contraire, il n'est pas rare d'observer des jeunes gens qui, après avoir suivi un traitement mercuriel pendant deux, trois, quatre et même cinq ans, se marient et contaminent leur femme dans la première année de leur mariage.

Presque tous les médecins peuvent en citer des exemples et je pourrais citer de nombreux cas observés par M. Milian, de malades consciencieusement et même outrageusement soignés par le mercure qui sont restés contagieux.

« Un homme d'une trentaine d'années, en compagnie de sa jeune femme, se rend chez le docteur Milian. « Docteur, je suis marié il y a quatre mois et je vous amène ma femme. Je lui ai donné la syphilis. J'ai contracté cette maladie il y a quatre ans et demi. Je me suis soigné sans cesse. J'ai pris des pilules de Ricord, j'ai reçu des injections innombrables de benzoate de mercure d'une manière permanente, j'ai eu la stomatite, mon médecin m'a autorisé à me marier et voici que j'ai contaminé ma femme. Quelle confiance puis-je avoir dans le mercure après cela? Je viens vous demander de me traiter au 606. »

La jeune femme était couverte des pieds à la tête de syphilitides papuleuses et lui-même était atteint d'un début de tabès. Ceci nous démontre clairement que le mercure ne suffit pas à soigner la vérole et le rôle du 606 en est d'autant plus grand.

Cependant un grand nombre de médecins déclarent une guerre acharnée au 606, et ils n'en ont jamais fait usage.

D'autres ne voient que leur méthode bonne et voudraient qu'elle prime toutes les autres. Alors il n'est pas surprenant d'entendre dire à M. Hallopeau que le 606 doit rejoindre l'atoxyl ainsi que l'asarcétine parmi les agents dont l'emploi entraîne trop d'accidents pour qu'il soit permis d'en faire usage.

M. Hallopeau prononçait ces paroles à l'Académie de Médecine à la séance du 10 octobre 1911. Mais M. Balzer, le président, lui répondit en ces termes: « Il faut cependant reconnaître que bon nombre de ces faits malheureux ne se produiraient pas avec un bon choix des sujets à traiter et avec une prudence plus grande des dosages: Suivant moi toute la question est là. »

M. Milian partage la même opinion et si ce dernier n'a eu aucun accident avec 8000 injections, c'est qu'il a toujours apporté une attention minutieuse au dosage du 606.

Il en est de ce médicament comme de tous les autres. Il serait difficile de citer un seul médicament actif qui n'ait pas encore causé la mort. Le chloroforme qu'on emploie tous les jours n'a-t-il pas un coefficient de mortalité plus grand que le 606? On a rapporté à peu près 50 cas de mort sur cinq ou six cents malades injectés. Toutes ces injections étaient faites au hasard sans aucun scrupule. On a injecté jusqu'à un gramme en une seule fois sans accident. Il faut que ce médicament soit pourvu d'une toxicité faible pour ne pas causer plus de mort. La plupart des cas de mort sont arrivés chez des cardiaques, des paralytiques généraux auxquels Erlich a déconseillé l'emploi du 606.

D'autres cas publiés relèvent non de l'intoxication arsénicale mais de l'accident même pour lequel le malade était traité. M. Milian cite de nombreux cas chez lesquels l'autopsie a démontré qu'il ne s'agissait pas de l'intoxication arsénicale mais bien de la maladie dont était atteint le malade. Il n'y a donc pas de crainte à administrer le 606. Quelques-uns ont peur du frisson très violent, qu'on évite en employant le sérum artificiel. Cette méthode est nouvelle et l'expérience a démontré qu'on évitait ce frisson en substituant à l'eau distillée pure, le sérum à 6 pour 1000.

L'emploi du 606 a des conséquences sociales incalculables et restera au premier rang dans la thérapeutique de la syphilis.

Dr J.-O. DUSSAULT.

(A suivre)

— :o: — :o: —

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DE QUÉBEC

*Rapport de la séance du 27 novembre 1913*

Ouverture de la séance à 8.45 P. M. sous la présidence du Dr E. M. A. Savard.

Les membres présents sont MM. les docteurs Arthur Simard, P.-C. Dagneau, Arthur Vallée, Jos. Vaillancourt, J.-L. Petitclerc, J.-E. Bélanger (Lauzon), Albert Jobin, Achille Paquet, O. Lavoie (Sillery), Alex. Edge, L.-O. Gauthier, Edg. Lemieux, Arthur Leclerc, Geo. Racine, Adolphe Drouin, W. Verge, jr., Odilon Leclerc, Geo. Ahern, Arthur Rousseau, Alfred Drouin, Jos. Devarenes, P. V. Faucher, J. St-Amant, V. Darveau et C. R. Paquin.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Il est proposé par le Dr A. Vallée, secondé par le Dr Edgar Lemieux, que Messieurs Geo. Boyce et J. C. Bédard, médecins de la ville de Québec, soient inscrits parmi les membres de notre société. — Adopté.

M. le Dr Jos. Vaillancourt rapporte l'observation d'un individu sain, mais porteur d'une difformité du nez. Une greffe cartilagineuse a fait disparaître presque totalement la difformité, et le bon résultat obtenu persiste encore plus de six mois après

l'opération. Le Dr Vaillancourt nous présente en même temps la reproduction en plâtre du nez déformé, et des photographies prises avant et après l'intervention.

Les docteurs Faucher et Simard ont pris la parole au sujet de la persistance des greffes.

Le Dr J.-L. Petitclerc nous soumet trois observations se rapportant à l'étude des kystes du mésentère.

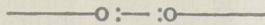
Les docteurs P. C. Dagneau et Arthur Simard parlent des relations très étroites qui existent entre les tumeurs abdominales et les erreurs de diagnostic. Ils citent plusieurs faits à l'appui de leur thèse.

Le docteur Arthur Rousseau nous communique « l'enseignement tiré de deux autopsies » pratiquées dans son service de l'Hôtel-Dieu.

M. le président remercie cordialement ceux qui ont présenté des travaux à cette séance ; il donne quelques informations concernant le banquet annuel de la Société Médicale, et la séance est levée à 10.30 heures, P. M.

EDGAR COUILLARD, M. D.

Sec. Soc. Méd. de Q.



## ANTISEPTIQUE CERTAIN DE LA GONORRHÉE

Les irrigations à la teinture d'iode en solution de 1 à 4 drachmes pour 1 chopine d'eau chaude sont reconnues comme les meilleures et les plus certaines solutions antiseptiques contre la gonorrhée. Le titre de la solution et le nombre de lavages quotidiens dépendent de la période de la maladie. Pour prévenir l'irritation pour l'urine le Sanmetto devrait être administré à la dose d'une cuillerée à thé 3 ou 4 fois par jour pendant tout le traitement. Dans les cas d'hyperacidité de l'urine les sels de potassium rendront de grands services.

## REVUE DES JOURNAUX

## ANALYSES

LA VACCINOTHERAPIE OU BACTERIOTHERAPIE DE LA FIEVRE TYPHOIDE ET DES FIEVRES PARATYPHOIDES. (M. le Prof. H. Vincent, *Gazette des Hôpitaux*, 21 oct. 1913).

L'injection à un sujet sain des bacilles d'Eberth tués par l'éther détermine à l'égard de la fièvre typhoïde une immunité dont il n'est plus permis de douter.

Des expériences portant aujourd'hui sur 120.000 sujets nous prouvent la grande efficacité de ce procédé comme moyen de prophylaxie.

L'auteur a fait l'étude de cette méthode non plus comme moyen prophylactique, mais comme traitement de la fièvre typhoïde.

Et tout d'abord, contrairement à l'opinion de Wright et de Leishman, il croit que l'injection de bacilles ou de leurs produits solubles exerce un pouvoir de protection considérable chez les individus qui sont à la période d'incubation de la maladie.

Des médecins, des étudiants, des garçons de laboratoire ont été injectés de un à trois jours après avoir absorbé des cultures virulentes de bacille d'Eberth, et sont demeurés indemnes.

Au début de l'épidémie de fièvre typhoïde qui sévit à Avi-

gnon en 1912, 1108 hommes, femmes et enfants furent vaccinés, et 420 autres, qui vivaient dans les mêmes conditions, ne reçurent aucune injection.

Il est à supposer qu'au moment de la vaccination un grand nombre de ces sujets étaient en état d'incubation. Or, que se passa-t-il chez les uns et chez les autres?

Parmi les 1108 vaccinés, 3 présentèrent de la fièvre typhoïde (légère), et la mortalité fut nulle. Chez les autres au contraire la morbidité s'est élevée à 369.04 pour 1000, et la mortalité à 50 pour 1000.

L'auteur conclut de tous ces faits que l'injection de typho-vaccin, faite pendant la période d'incubation de la dothièneurie, est capable dans un grand nombre de cas, quoique non dans tous, de vaincre l'infection et de la faire avorter.

Déterminer, par l'injection de germes ou de leurs produits solubles, la sécrétion d'un excédent d'anticorps (sensibilisatrice, bactériolysine agglutinine etc.), tel est le principe de la méthode. Il est donc évident qu'elle ne présente pas toute la sécurité d'une sérothérapie, et l'on comprend que, maniée sans prudence, la bactériothérapie pourrait amener, chez un malade déjà fortement déprimé, une perturbation fâcheuse de ses réactions de défense et une aggravation de sa maladie. D'où certaines règles à suivre dans l'application de la méthode.

Voici les principales :

1° N'utiliser la vaccinothérapie qu'au début de la maladie alors que le malade possède encore des réserves défensives.

2° Ne pas employer de doses trop élevées et se rappeler que les doses faibles ne produisent aucun effet.

L'auteur a fait ses premiers essais en 1910. 34 malades ont été injectés, et voici les résultats observés.

La température matutinale s'abaisse un jour et plus souvent deux ou trois jours après l'injection. Elle s'abaisse de 0.5, 0.8 degrés, quelquefois plus.

Dans plus de la moitié des cas cette défervescence ne dure pas, et la courbe de température revient à son niveau antérieur.

Une deuxième injection, faite 2 ou 3 jours après la première amène parfois, mais plus rarement, une nouvelle chute de la température. Celle-ci peut s'élever encore à son niveau primitif; mais très fréquemment elle se maintient à un niveau inférieur.

Dans un deuxième groupe de cas, la fièvre fléchit deux ou trois jours après l'injection et atteint la normale en 6 ou 8 jours, après avoir décrit une série d'oscillations plus ou moins irrégulières.

Enfin dans les cas les plus favorables (4 fois) la température s'est abaissée brusquement et a atteint la normale en 24 ou 48 heures.

L'état général et les symptômes infectieux et nerveux suivent à peu près la même évolution que la température.

Les malades traités au-delà de la première semaine ne semblent retirer aucun bénéfice de la vaccinothérapie, et le moment le plus favorable pour l'injection semble compris entre le 5<sup>e</sup> et le 8<sup>e</sup> jour.

Quand aux réactions observées du côté des organes, la plus constante c'est l'augmentation de volume de la rate.

Le foie s'hypertrophie dans un cas sur cinq. La bile est secrétée en plus grande abondance.

Du côté de l'appareil rénal il n'est pas rare de constater une abondante diurèse qui survient dans les 48 heures qui suivent



l'injection. Chez un malade atteint de néphrite éberthienne l'on vit disparaître des œdèmes considérables et la quantité d'albumine diminua.

Sur les 34 malades traités, aucun n'est mort, aucun n'a rechuté.

L'auteur a constaté que les extraits ou autolysats de bacilles vivants donnent chez l'adulte de meilleurs résultats que le vaccin bacillaire proprement dit.

L'autolysat est constitué par des endotoxines microbiennes et des substances colloïdes provenant des corps mêmes des bacilles typhiques et de leurs sécrétions à l'état vivant. De plus, l'absence d'éléments figurés le rend plus facilement et plus complètement résorbable.

Aussi, l'auteur s'est-il servi surtout d'autolysats et non de vaccin bacillaire.

Suivant le même principe il a préparé un vaccin anti-paratyphique A et un vaccin antiparatyphique B. Ce dernier a été expérimenté. La marche de la maladie est brève, dépourvue de complications et de rechutes.

Pour faire de la vaccinothérapie il faut faire un diagnostic précoce. Ce diagnostic se fait par l'hémoculture. On peut encore le faire, dit l'auteur, à l'aide d'une injection d'autolysat (non de vaccin bacillaire qui donne une réaction inconstante). L'on fait une injection d'autolysat éberthien, et, si la rate s'hypertrophie il s'agit sûrement de fièvre typhoïde.

Le diagnostic précoce de la fièvre typhoïde B peut se faire de la même façon. L'autolysat de V paratyphique B détermine une spléno-magalie seulement chez les malades atteints de paratyphus B.

La première injection doit être de 1 cc à 1.5 cc. La faire de préférence le matin et dans la région sous-claviculaire. Si la température ne descend pas d'une façon appréciable, renouveler l'injection lorsque la rate, qui a grossi, est revenue à ses dimensions précédentes. (3 à 4 jours après la première injection)

La deuxième dose doit être de 1.5 à 2 cc.

Si la température s'est abaissée d'une manière appréciable, se garder de troubler cette défervescence par une nouvelle injection.

L'hypertrophie très accusée de la rate est une contre-indication.

La vaccinothérapie n'exclut pas les autres modes de traitement de la fièvre typhoïde.

J. P. F.



#### L'EMPLOI DES EXTRAITS HYPOPHYSAIRES EN OBSTÉTRIQUE. (Dr Metzger, *Paris-Médical*, 1er novembre 1913.)

Les extraits hypophysaires constituent, dans certaines conditions, un ocytocique précieux et méritent d'entrer dans la thérapeutique obstétricale. Voilà ce que déclare l'auteur en se basant sur des expériences faites à la Clinique Tarnier.

Ces extraits se trouvent dans le commerce sous les noms suivants: extraif d'hypophyse, glanduitrine, hypophysine, pituitrine, vaporol.

On les livre aujourd'hui en ampoules de 1 ou un demi centimètre cube directement injectables sous la peau. Chaque ampoule contient 10 à 20 centigrammes d'extrait.

Une injection suffit dans les cas favorables à produire ou à réveiller les contractions utérines. Certains cliniciens ont injecté jusqu'à 5 ou 8 c.c., mais à la Clinique Tarnier on n'a jamais fait plus de 2 injections. En cas d'échec, on a préféré ne pas insister.

La pituitrine de Parke Davis a donné des résultats inconsistants, et c'est l'extrait d'hypophyse de bœuf de Choay qu'on a surtout utilisé.

Les extraits hypophysaires ont été administrés :

- 1°. Pour provoquer l'avortement.
- 2°. Pour provoquer l'accouchement prématuré.
- 3°. Pour activer l'expulsion dans l'avortement déjà commencé.
- 4°. Pour activer le travail dans l'accouchement déjà commencé.
- 5°. Pendant la délivrance et dans le cas d'hémorragie post-partum.

Dans les trois premiers cas les résultats sont nuls ou à peu près.

Lorsqu'il s'agit d'activer le travail pendant l'accouchement à terme l'extrait d'hypophyse peut rendre de réels services.

On peut y avoir recours soit dans l'inertie primitive, soit dans l'inertie secondaire.

Les contractions apparaissent au bout de 2 à 10 minutes au plus. Elles se rapprochent et deviennent subintrantes.

Si l'injection a été faite pendant la dilatation, celle-ci se met à progresser, et sa marche devient celle que l'on observe dans un cas normal.

Mais c'est à la période d'engagement surtout que l'extrait d'hypophyse peut être très utile. Dans le cas de bassins légèrement rétrécis, on peut dire que si la tête peut passer, elle passera sûrement sous l'action des contractions énergiques réveillées par le médicament.

Il est difficile de dire si la délivrance est activée ou retardée par l'administration d'hypophyse.

Contre l'hémorragie post-partum tous les auteurs préfèrent encore l'ergot.

#### *Accidents et contr'ndications.*

Chez les cardiaques, les albuminuriques et les tuberculeuses il faut se méfier de la médication hypophysaire. Le tétanisme utérin, la contracture de l'anneau de Bandl sont des accidents rares ; mais ils peuvent se produire. L'auteur a observé un cas dans lequel le fœtus est mort par ce mécanisme. La rupture de l'utérus est aussi survenue chez une femme qui avait subi trois opérations césariennes.

Les contractions sont toujours très douloureuses et certains auteurs conseillent d'associer le pantopon, la scopolamine-morphine qui n'arrêtent pas l'action de l'extrait hypophysaire. On pourrait aussi administrer du chloroforme.

Un des grands inconvénients de la médication semble celui de favoriser l'hémorragie par atonie secondaire.

Vingt fois, dans 62 cas, il se produisit une hémorragie importante au moment de la délivrance. L'auteur croit cepen-

dant que cette complication ne survient que lorsque l'injection a été faite plus d'une heure avant l'accouchement.

Le fœtus peut avoir à souffrir de la fréquence des contractions. Dans ses 62 cas, l'auteur a eu 4 enfants morts-nés, et, dans deux cas, les enfants sont nés en état de mort apparente.

Lorsque les bruits du cœur fœtal s'affaiblissent ou deviennent irréguliers, on conseille d'administrer de la digitale.

L'auteur résume les indications de la médication hypophysaire en disant qu'on ne doit y avoir recours que lorsque l'on prévoit que l'obstacle à l'accouchement peut être rapidement vaincu par des contractions utérines énergiques.

J. P. F.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

COMPTE-RENDU DES TRAVAUX DU PREVENTORIUM ANTI-TUBERCULEUX DU BOULEVARD GARIBALDI, A PARIS, 11<sup>e</sup> année Année 1912, par le Dr BOUREILLE, Directeur du PREVENTORIUM (in-8 de 40 pages, illustré de nombreux plans, Paris, au PREVENTORIUM, 63, Boulevard Garibaldi).

Cette étude comprend l'examen social et médical des tuberculeux indigents et de leur famille dont s'est occupé le PREVEN-

TORIUM en 1912. Les observations sociales prises par Mme HAUDRESSY, visiteuse des malades à domicile, ont porté sur l'habitation, les conditions du travail et les ressources.

Elles ont été résumés en des dossiers envoyés au Casier Sanitaire de la Ville de Paris. Le Préfet de la Seine en a fait un état pour obtenir des améliorations dans l'hygiène des logements habités par les consultants du PREVENTORIUM. Des tableaux et de très nombreux plans de logements vus par la visiteuse montrent d'une façon frappante à quel point l'insalubrité et le surpeuplement du logement sont cause de tuberculose dans le 15<sup>e</sup> Arrt de Paris. Presque toutes les personnes examinées habitent les étages inférieurs de maisons très élevées, dans des rues ou des cours étroites, où l'air et le soleil sont mesurés.

Le nombre des chômeurs est très grand, et la misère est très développée dans ce milieu.

L'examen médical pratiqué par le Dr Boureille montre que grâce au dépistage opéré par la visiteuse à domicile, le nombre des malades peu atteints et peu contagieux est de beaucoup le plus élevé. Enfin, l'auteur fait constater les résultats obtenus :

43 familles ont pu être envoyées plusieurs mois à la campagne. Elle comprenaient des anémiques, prédisposés, non contagieux. Une colonie de vacances de 43 enfants sains, fils de tuberculeux assistés par le PREVENTORIUM, a été dirigée sur Gonneville (Calvados) et y a passé un mois. Le gain en poids a été en moyenne de 1,500 k. Ces enfants n'ont pas été malades depuis leur retour de la campagne.

Des secours nombreux, des vêtements, des aliments ont été distribués aux assistés du PREVENTORIUM. Des désinfections nombreuses ont été pratiquées, et toutes mesures de prévention ont été prises.

Grâce aux soins qui ont été prodigués aux malades, et aux mesures de préservation qui ont veillé à la santé de leur entourage, la tuberculose ne s'est pas développée dans les milieux examinés et visités depuis 10 ans par le PREVENTORIUM du Boulevard Garibaldi.

Telle est l'œuvre sociale et médicale accomplie par le PREVENTORIUM ANTI-TUBERCULEUX du 63, Boulevard Garibaldi.

Ce Préventorium Parisien relève de l'initiative privée et est subventionné par la Présidence de la République, le Département de la Seine et la Ville de Paris.

---

LE MASSAGE THEORIQUE ET PRATIQUE, LA METHODE INDIRECTE, Paris, 1913. 1 vol. in-18 de 325 pages avec 29 figures, par L. Colombani. — Prix, 4 fr. Librairie A. LEGRAND, 36, Rue Serpente, Paris.

Cet ouvrage est un traité de massage aussi complet que possible, destiné au public aussi bien qu'aux médecins. L'auteur s'est proposé d'y vulgariser quelques procédés nouveaux qu'il a expérimentés dans sa pratique et qui constituent, selon lui, des améliorations avantageuses; il y signale, en outre, les modifications qu'il a apportées à la méthode indirecte, ébauchée par Ling.

L'auteur a réalisé cet ouvrage dans un style simple qui en rend la lecture facile, et sous une forme qui permet d'y trouver rapidement et les cas justifiables du traitement par le massage et la technique opératoire qui y est applicable. Les maladies qui réclament l'intervention du massage sont nombreuses: les maladies des articulations, des muscles, des nerfs, du système lym-

pathique, des yeux, de l'appareil auditif, des organes respiratoires et digestifs, de l'appareil circulatoire, des organes urinaires, maladies nerveuses, maladies des enfants, etc. L'ouvrage se termine par une étude du massage gynécologique et ses applications aux maladies des femmes.

D'excellentes figures illustrent ce livre où l'auteur révèle une connaissance pratique très approfondie de la question qu'il traite.

---

LES DYSPEPSIES ET LEUR TRAITEMENT, ENVI-SAGÉS AU POINT DE VUE CLINIQUE, par le Docteur FÉLIX RAMOND, médecin des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8°, J. CUSSAC, éditeur, 7 rue Bleue, Paris 1914.

Nous vivons à une époque où la clinique reçoit aide et renfort du laboratoire ; et il est bien des cas maintenant où elle ne saurait s'en passer. C'est pourquoi, essayer de décrire les dyspepsies avec les seules ressources de l'observation, comme au temps de Beau et de Laségue, peut paraître inutile. Sans doute l'estomac est un de ces organes qui a le plus profité de cette collaboration étroite de la clinique et de l'expérimentation ; le microscope, la cornue, l'ampoule de Roentgen ont tour à tour révélé des particularités intéressantes que la seule clinique avait à peine soupçonnées. Mais ces pratiques de laboratoire, nécessaires en bien des circonstances, ont tout de même parfois des impossibilités. Elles sont difficiles à faire en dehors des grands centres, pourvus de l'outillage scientifique le plus récent. Comment un médecin de village ou de petite ville pourra-t-il analyser le suc gastrique et radiographier l'estomac ? De plus ces recherches sont coûteuses, au-dessus des ressources de beaucoup



de malades, qui ne veulent pas recourir à l'hospitalisation gratuite. Enfin elle ne sont pas toujours nécessaires, comme l'affirmait avec force, encore tout récemment, Le Noir: «L'interrogatoire du malade et son examen clinique restent les bases de tout diagnostic sérieux; et ce n'est qu'à titre exceptionnel que l'analyse chimique du suc gastrique et l'exploration radiographique apportent de sérieux éléments au diagnostic.»

L'auteur s'est donc mis dans les conditions du médecin de village, dépourvu de tout laboratoire, ou du médecin de la ville, à qui l'on vient demander, dans son cabinet, une consultation rapide et purement clinique. Assurément la situation est souvent délicate et semée d'embûches; cependant avec un peu d'expérience et beaucoup de prudence, il semble possible de vaincre la difficulté et de faire le plus souvent un diagnostic exact.

---

Une très importante Bibliographie des ouvrages médicaux français et étrangers vient d'être publiée par la *Librairie O. Berthier, de Paris*, bien connue en Europe et en Amérique.

Cette Bibliographie, illustrée de gravures, forme un volume de 234 pages de 2 colonnes. Elle sera expédiée gratuitement à tous les Docteurs et Etudiants qui la demanderont directement à la *Librairie O. Berthier*, Emile Bougault, successeur, 77, Boulevard Saint-Germain, Paris.

---

ÆSCULAPE. Grande revue mensuelle illustrée, latéro-médicale. Le numéro: 1 fr. Abonnement: 12 fr. (Étranger: 15 fr.)

A. ROUZAUD, éditeur, 41, rue des Écoles, Paris.

Sommaire du No. Novembre 1913.

*Les Centenaires* (7 illustr.), par Mme la Doctoresse G. YVES-ROY.  
— «Ce que l'homme peut faire de mieux, dit Goethe, c'est de durer.»

La magicienne Médée rajeunit Jason ; le vieux roi David et la jeune Sunamite ; secrets d'Arnaud de Villeneuve et de Nicolas Flamel ; l'élixir de longue vie ; les causes qui abrègent l'existence.

*L'Herbier de J.-J. Rousseau* (6 illustr.), par le Dr P. RAYMOND, prof. agrégé. — Le petit herbier de Mlle Madeleine Boy de la Tour et ses 180 plantes délicatement étalées et fixées par Rousseau lui-même ; les conseils et explications charmante donnés à l'aimable Madelon sur la botanique.

*L'impossible Euthanasie ; les médecins et le droit de tuer* (8 illustr.), par le Dr E. SICARD. — Le rôle du médecin est de prolonger la vie, ce n'est pas à lui de mettre fin, même avec toute la douceur désirable, aux souffrances jugées incurables. Réfutation de Bacon, Thomas Morus, Macterlink.

*Les Médecins de Pascal* (6 illustr.), par le Dr Just NAVARRE. — Les « portefeuilles » du médecin Vallant, conservés à la Bibliothèque Nationale, viennent de nous livrer le nom des médecins qui soignèrent Pascal dans sa dernière maladie. Le vin émétique ; le prétendu empoisonnement de Pascal.

*Salé, la Ville Sainte* (2 illustr.), par le Dr DOUZANS. — Etude psychologique ; le mépris de l'indigène pour l'européen ; comment il se traduit.

*Mort du sergent Blandan et amputation du chirurgien sous-aide Ducros* (6 illustr.), par le Dr BONNETTE. — Blandan frappé à la cuisse, à la poitrine, à l'abdomen, meurt de péritonite ; le chirurgien Ducros amputé du bras droit.

*Le Bal de l'Internat* (3 illustr.). — Les loges, les cortèges, la salle ; « rendez-nous le culte d'Aphrodite ! » L'entrain ; les danses.

*Le Professeur Ledouble ; l'homme et l'œuvre* (5 illustr.), par les Drs DUBREUIL-CHAMBARDEL et FAIX. — « Rabelais anatomiste et physiologiste », « Bossuet anatomiste et physiologiste ». Une belle figure de savant ; le bourru bienfaisant.

*Les suites du pacte de Luxure* (similii-gravure hors texte), par G. de TROMELIN.

SUPPLÉMENT. — *Un duel à propos d'opium. — Mirabeau était-il végétarien ? — Werder au Kouango en 1642. — La mère d'Acyl. — Langue française et médecine au Chili. — Prix de l'adultère à Madagascar. — L'athéisme et la Science. — Empalement transaxillaire. — Les reliures en peau humaine. — De l'amour. — La soude et M. Solvay. — Le Celtisme. — Calcul monstre de la vessie. — Les victimes du zinc. — A propos d'une lettre d'Alfred de Vigny à Mlle Dorval. — Les plantes de marais. — Le procès en sorcellerie de la mère de Képler.*

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

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

Dans cette même séance une Dame Perrine Picotté de Bellestre, femme du Sr de Houtet dit : " Qu'à l'âge de 59 ans est estant attaquée d'une maladie dangereuse dans un endroit que la bien-séance ne veut pas que l'on nomme et où on ne pourroit apporter aucun remède, elle eut recours au frère Didace et guérit. " (254)

Le 13 septembre 1707 le Docteur Duguay poursuit devant les tribunaux un Monsieur Carpantier pour recouvrer la somme de huit livres, pour ce qu'il lui a fait, c'est-à-dire " pour être allé le visiter à Champlain, lui avoir saigné le pied et lui avoir donné une poudre d'Alkermès. " (255)

DUMANCIN, Armand.

Appelé aussi Armand et Regnault Doro (256)

Armand Dumancin ou Doro était chirurgien à Québec.

Né en 1658 il était fils de Armand Dumancin et de Catherine Duloin. (257)

Il épousa, à Québec le premier février 1689, Louise Delestre, âgée de 26 ans, fille de Thierry Delestre, sieur de Vallon, et de Marie Depéré de Québec, (258) depuis quatorze mois veuve de Charles Roger des Colombiers. Ce dernier était bourgeois de Québec, et capitaine de l'Isle et Comté de St-Laurent, aujourd'hui l'Isle d'Orléans. (259) De ce mariage il naquit un enfant.

On ne trouve de renseignements sur ce chirurgien que dans les "*Jugements et délibérations du Conseil Souverain.*"

" Arnaud Doro comparait devant le *Cons. Souverain* le 25

---

a. Reproduction interdite.

254. Actes du frère Didace ; voir Le Canada Français vol. IV, p. 265.

255. Archives Judiciaires, Québec.

256. Juge. et dél. du Conseil Souverain, vol. III, pp. 332-358-713.

257. Tanguay : Dict. Gén. vol. I, p. 210.

258. Tanguay : Loc. cit. vol. I, pp. 174-525.

259. Juge. et Dél. du Cons. Souv. vol. II. p. 193.

“ avril 1689 au nom et comme ayant épousé Louise Delettre, “ auparavant veuve de Charles Roger sieur Descoulombiers, appellant de sentence de la Prevosté de Québec du 22 mars de la même année en faveur de Pierre Jean qui devait à Louise Delettre par une sentence du Juge Prevost de Nostre Dame des Anges du 12 décembre, 1675 soixante minots de bled froment, deux minots de pois verts et deux minots de pois blancs. ”

Le Conseil a condamné Pierre Jean à payer en espèce ou en argent. (260)

Le 16 octobre 1689 défaut à Louise DeLettre femme de Regnault Doro, chirurgien en la ville de Québec contre Paul Bouchard et sa femme auparavant veuve Michel le Court de Montréal defaillans. (261)

Arnaud Doro s'engagea à traiter la femme de François Fricchet pour la somme de cent vingt livres. Le traitement terminé Fricchet donna un acompte au chirurgien et refusa de payer le reste. Doro le poursuivit devant la Prévôté de Québec qui le condamna à payer. Alors Fricchet s'adressa au Conseil Souverain pour faire annuler le jugement de la Prévôté, alléguant que Doro lui devait des dommages pour avoir dit qu'il avait traité Madame Fricchet *d'une vilaine maladie*. Fricchet n'a pas pu prouver ses avancés et fut condamné, le 21 août 1690 à “ payer au chirurgien les cent vingt livres moins ce que ce dernier avait déjà reçu, pour les pensemens, médicamens et allimens fournis à la dame Fricchet ”. (262)

En 1692, Madame Doro avait une maison appartenant à la succession de Charles Roger, son premier mari. Elle était louée à Jean Estienne Dubreuil, cordonnier de Québec, qui prétendait que la dite maison n'était pas habitable et qui demandait que les pro-

---

260. Ibid. vol III, p. 332.

261. Ibid. vol III, p. 358.

262. Ibid. vol. III, p. 454.

priétaires fussent obligés de la réparer ou de lui laisser faire les réparations sur le loyer. (263)

Madame Doro est morte avant le vingt-deux novembre 1694. (264)

L'extrait suivant nous porterait à croire que Arnaud Doro est retourné en France vers 1694. "*Arnaud Doro chirurgien cy-devant demeurant à Québec.*" On a lieu de croire qu'il a pratiqué sa profession à La Rochelle, (265) en France.

Le 15 avril 1697, Charles Marquis, huissier et procureur d'Arnault Doro, absent du pays, présenta une requête au Conseil Souverain pour retirer de la succession Charles Catignan de l'argent appartenant aux enfants mineurs de Charles Roger Des Coulombiers. (266)

Charles Catignan, Garde Magasin du Roy à Québec, avait pour femme Jeanne Delettre sœur de Louise Delettre veuve de Charles Roger Des Coulombiers et femme d'Arnaud Doro chirurgien. Après la mort de Catignan Jeanne Delettre épousa Maître Alphone de Lestemon, chevalier, Seigneur de la Couture. (267)

#### DUMONT.

Il y avait à Québec ou dans les environs un nommé Dumont qui était médecin et qui est mort avant 1723. Dans l'*Aveu et Denombrement* pour cette année on trouve que les héritiers du Dr Dumont étaient propriétaires d'une terre à St-Romuald de 8 arpents de front sur le fleuve sur 40 de profondeur située entre celle de Jean-Baptiste Luneau à l'est et celle des héritiers de Mr de la

---

263. Ibid. vol. III pp. 713-915-944-1016.

264. Ibid. vol. III, p. 944.

265. Ibid., vol. III, pp. 713-714.

266. Ibid., vol. IV, pp. 83-87.

267. Ibid., vol. IV, p. 381.—Tanguay : Dict. Généal., vol. I, p. 174.

Martinière à l'ouest. Cette dernière terre les séparait de la rivière Chaudière. Ils payaient 4 livres 7 sols de rente par arpent et un chapon. (268)

#### DU PLESSIS, Pacifique.

Frère Pacifique Du Plessis ou Duplessis était natif de Vendôme, chef-lieu du petit pays de Vendômois, dans la Beauce. Il fit profession chez les Recollets en 1598 et partit de Honfleur avec trois autres Recollets les pères Denis Jamay, Jean d'Olbeau et Joseph Le Caron, dans le St-Étienne de 350 tonneaux, commandé par Pontgravé, le 24 avril 1615. Ils étaient à Tadoussac le 25 mai 1615 d'où Duplessis partit le 2 juin arrivant à Québec le 8.

Dans le monde Duplessis avait été apothicaire et ne cessa point dans la suite de s'occuper de médecine ce qui le rendit très utile à ses compatriotes dans la Nouvelle France.

Il est demeuré surtout aux Trois-Rivières où il instruisait les Sauvages et les Français.

Du Plessis est "mort le 23 aoust 1619 et fut enterré dans la "chapelle de Kébec. Il fut pleuré presque de tous tant des chre- "tiens que des Sauvages qui perdirent en luy un grand support et "la principale de leur consolation en maladie." (269)

C'est le premier religieux mort dans la Nouvelle France.

Quelques années après sa mort l'on transporta son corps à N.-D. des Anges où il repose depuis près de trois siècles à côté de celui de Louis Hébert, premier défricheur du Canada mort en 1627. (270)

268. Roy : Histoire de la Seigneurie de Lauzon, vol. II, p. 114.

269. Sagard : Hist. du Canada, édition Froo ; 1866, vol. I, p. 66.

270. Sulte : Hist. des Canadiens Français, vol. I, p. 134.

Sulte : Hist. de la ville des Trois-Rivières, vol. I, pp. 38-39-43-44.

DE SAUMEUR, Esnaust.

Esnaust de Saumeur était chirurgien à la baie des Chaleurs en 1678.

Sa femme était sauvagesse. En cette année ils avaient 4 enfants, 2 garçons et deux filles. Le plus vieux avait 8 ans et les filles 6 et 4 ans. (271)

Je dois cette note à l'obligeance de Monsieur E. T. D. Chambers.

DUPONT, Vital.

Vital Dupont était fils de Jean Dupont et de Marie Lavigne, de Lourdes, diocèse de Tarbes, Gascogne. (272)

Dupont se maria deux fois, la première fois vers 1737 avec Geneviève Drouet, née à l'Ile-du-Pas en 1710, fille de Claude Drouet et de Marie-Jeanne Desrosiers de Champlain. (273)

De ce mariage naquirent trois enfants : le premier naquit en novembre 1738 à l'Ile-du-Pas, le deuxième en 1739 et le dernier à Québec en 1749. Deux mois plus tard, le 25 décembre, la mère fut inhumée au même endroit. Dupont se maria la seconde fois à Québec en 1751 avec Geneviève Françoise Trefflé, âgée de 19 ans, fille de François Trefflé et de Marie Jeanne Avisse. (274)

En 1732 Dupont était chirurgien du vaisseau *Le Dauphin* de Guadaloupe dont le capitaine était un nommé Martin. Il y eut un procès entre Dupont et ce dernier au sujet de mauvais traitements que le chirurgien aurait subi des mains du capitaine. (275)

---

271. Recensement de la Baie des Chaleurs.

272. Tanguay : Dict. Gén., vol. III, p. 548.

273. Tanguay : Loc. Cit., vol. III, p. 451.

274. Tanguay : Loc. Cit., vol. VII, p. 335.

275. Jug. et Dél. Cons. Sup. ; 3 septembre 1732, p. 179. Rapport du Sec. et du Reg. de la P. de Q., 1893, p. 148.

Eu 1838, il demeurait à l'Ile-du-Pas, puis vint résider à Québec, avant 1749 où naquit son dernier enfant.

DUPORTEAU, Julien.

Julien Duporteau était chirurgien de la compagnie de *Du-mesny*

Il était à Champlain en 1694. (276)

DUPUIS —

Dupuis, *Petit serugien*, entra à l'Hôtel-Dieu du Précieux Sang, Québec, en septembre 1710. (177)

DU REAU, Aimé.

Aimé Du Reau, chirurgien, était présent au contrat de mariage de Pierre Dandonneau — Du Sablé aux Trois Rivières en 1653. (278)

DUROY, Pierre.

Pierre Duroy était fils d'Hunel François Duroy et de Barbe Piron de Roninville, évêché de Lisieux.

Il est né en 1650 et épousa à Québec, le 21 février 1689, Marguerite Levasseur, âgée de 22 ans, fille de Louis Levasseur et de Marguerite Bélanger.

Quinze enfants naquirent de ce mariage. Le troisième Jean, baptisé le 3 novembre 1691, eut pour parrain Jean Leger de la Grange, chirurgien à Québec.

Duroy a toujours demeuré à Québec où il est mort et a été inhumé dans l'église le 24 décembre 1723. Sa demeure était à la Basse-Ville, rue du Cul-de-sac.

276. Tanguay : Dict. Gén., vol. I, p. 217.

277. Archives de l'Hôtel-Dieu, Québec.

278. Tanguay : Dict. Généal., vol. I, p. 220.



Sa veuve lui a survécu seize ans.

Il est plus que probable que Mgr Tanguay a fait une erreur quand, à la page 221 du premier vol. de son Dictionnaire il a dit que Duroy était médecin, car dans le troisième volume, page 573, il ne lui donne pas cette qualification. De plus dans le *Recensement* de 1716 (édition Beaudet, p. 51, numéro 409) il est appelé *boucher marchand*. De plus son nom n'est pas dans la liste des médecins de Québec en 1716.

Dans les *Registres de N.-D., de Québec*, on le dit *Bourgeois Marchand, Bourgeois* ou *Marchand*, mais jamais médecin.

A son mariage il déclara ne savoir signer son nom et il fait la même déclaration, au baptême de ses enfants.

On peut, je crois, conclure que Duroy n'était pas médecin (279).

DUSABLON, François — aussi Léonard De Sablon.

Maître Denys Riverin, Conseiller au Conseil Souverain de la Nouvelle France forma à Paris, le neuf avril 1696, avec les Sieurs Mageux et Bourlet, l'aîné, la Compagnie du Mont Louis pour établir une pêche sédentaire dans la baie de Gaspé, et le commerce avec les français et les sauvages des environs.

Le Sieur Riverin engagea par de belles promesses plusieurs familles des environs de Québec à vendre leurs terres et à se transporter avec leurs effets au Mont Louis où il leur donna d'autres terres et leur promettait certains autres avantages qui les décidèrent à s'y rendre.

Il leur avait envoyé une barque chargée de vivres et de munitions avec un missionnaire, un commis et un chirurgien qui était François Dusablon. (280)

---

279. Tanguay : Dict. Gén., vol. II, pp. 221, 391, vol. III, p. 573. Recensement 1716. Beaudet, p. 51, numéro 409. Régistres N. D. de Québec.

280. Jug. et Dél. du Conseil Souv., vol. IV, pp. 482-526.

DUTHU, Jean Paul.

Jean Paul Duthu, né en 1731, était fils de Jean-Jacques Duthu, chirurgien, et de Jeanne Lecamus, de Bagneresse, diocèse de Tarbes, Gascogne. L'acte de sépulture de Duthu dit : "*Originnaire de Bagnères, diocèse de Tarbes, en Bigorre, province de Béarn.*"

Le 21 janvier 1754, il épousa à Charlesbourg, près de Québec, Marie Geneviève Paquet, âgée de 23 ans, fille de Noël Paquet et de Marie Geneviève Campagna du même endroit. (281)

Duthu était parrain à Beauport le 29 octobre 1753. (282)

Madame Duthu eut deux enfants, des filles, nées à Charlesbourg où leur père exerçait sa profession ; plus tard il vint pratiquer à Québec où il est mort le 14 janvier 1776. L'acte de sépulture dit qu'il était "*Maître chirurgien*" et qu'il a été inhumé dans le cimetière de *la Ste-Famille*.

Ce cimetière était situé du côté sud de la Basilique en face de de la bâtisse du *Daily Telegraph*. Au commencement de l'occupation anglaise les protestants y étaient inhumés aussi bien que les catholiques. On y voit encore une pierre tumulaire. Jusqu'à l'année 1890, une haute muraille cachait aux passants la vue de ce cimetière et fut cause d'un drôle d'incident. C'était le 5 mai 1862, le jour de l'enterrement du Révérend Louis Jacques Casault, premier Recteur de l'Université Laval. Pendant le service le feu prit au banderoles qui s'étendaient du catafalque au dôme de l'église. Une panique s'ensuivit et la foule massée contre les portes, qui s'ouvraient en dedans, empêcha toute sortie.

281. Tanguay : Dict. Gén., vol. III, p. 581, vol. VI, p. 212.

282. Rég. de Beauport.