

TRAVAUX ORIGINAUX

UNE MÈRE ECLAMPTIQUE OU NEPHRITIQUE, PEUT-ELLE NOURRIR SANS DANGER POUR SON NOURRISSON ?

Par le Dr ALBERT JOBIN

Tel est le problème que nous essaierons de résoudre ensemble à la lumière des faits et avec l'appui des autorités. Parmi ces dernières je mentionnerai particulièrement MM. les Drs Chambrelent, Goodall, Frost, Dienst, auprès desquels, je m'empresse de le dire par acquit de conscience, je me suis largement inspiré.

Ce qui m'a engagé à faire ce travail, c'est que nos auteurs classiques, pour la plupart, considèrent les contre-indications de l'allaitement naturel, presque à l'unique point de vue des intérêts de la mère. C'est ainsi que défense formelle en est faite à une femme qui souffre d'affection organique du cœur, des poumons, ou de faiblesse constitutionnelle, comme la tuberculose, la scrofule, la folie, ou encore de maladies aiguës et de longue durée; et cette défense est faite non pas tant à cause du danger de contamination que court l'enfant que parce que l'allaitement débilite la femme qui ne saurait y suffire. Plus que ça, Pinard, une autorité en ob-

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
dure et 10 ctg. de Levurine.

stétrique, est partisan de l'allaitement dans le cas d'albuminurie chez la mère. Et Ribemont-Dessaignes et Lepage, dans leur *Précis d'obstétrique*, vont jusqu'à dire que la femme peut allaiter, alors même que l'albuminurie a été intense et accompagnée d'autres accidents d'intoxication, comme la céphalée, l'œdème, les accès éclamptiques.

Eh bien ! je crois que ce dernier conseil, s'il est bon pour la mère, est dangereux pour l'enfant. C'est ce que je vais essayer de démontrer.

Et pour arriver à cette fin, j'ai cru qu'il n'était pas sans intérêt, ni sans profit, de rappeler à grands traits les effets de l'intoxication urémique de la mère, d'abord sur le fœtus, ensuite sur le nouveau-né, enfin sur le nourrisson. Cette petite revue des accidents urémiques me permettra de vous faire mieux comprendre l'action nocive de l'allaitement par une mère éclamptique ou néphritique.

I. — DU FŒTUS.

Avant sa naissance, l'enfant d'une mère éclamptique, ou en danger de le devenir, est bien souvent voué à la mort. D'une part les hémorragies placentaires, si fréquentes chez ces malades, en tuent un bon nombre.

D'autre part, la physiologie nous enseigne que le placenta, est une espèce de filtre qui laisse passer dans le sang du fœtus tout ce qu'il y a de bon et de mauvais dans celui de la mère. C'est ainsi, sans parler des maladies héréditaires, qu'elle transmettra à l'enfant qu'elle porte presque tous les germes de maladies infectieuses dont elle souffre.

Les toxiques, pour la plupart, diffusent très facilement à travers le placenta, particulièrement le plomb et l'alcool pour ne parler que des plus importants. C'est admis que le plomb diffuse pendant la grossesse de l'organisme de la mère dans celui du fœtus. Le Dr Le Grand en a trouvé dans le foie, le cerveau et le rein de l'en-

fant. Même Asker a publié une observation curieuse rapportée par Dufour-Labastide, de paralysie saturnine héréditaire dans le domaine des nerfs péronier et radial.

Le Dr Nicloux a constaté le passage de l'alcool en nature ingéré par la mère dans le sang du fœtus. Et je me rappelle fort bien avoir lu, je ne sais plus dans quelle revue, que à l'Hôpital Beaude-loque, au temps où l'on avait l'habitude d'y administrer aux femmes en travail la potion alcoolique de Todd, je me rappelle, dis-je, que l'analyste trouvait à volume égal, la même quantité d'alcool dans le sang de la mère et dans celui du nouveau-né.

*
* *

A l'égal des poisons et des germes infectieux, les toxines, résultant de l'insuffisance urinaire, et dont le sang de la mère est pour ainsi dire saturé, passent à travers le placenta et vont empoisonner le fœtus. Aussi on ne compte plus dans ces cas les enfants morts avant leur naissance. Chambrelent, devant la société obstétricale de France (1895) a appelé l'attention sur les causes de la mort des fœtus chez des femmes ayant des accès éclamptiques. "D'une part, dit-il, la toxicité du sang est plus grande que chez les fœtus nés de mères bien portantes". D'autre part, il a constaté dans des recherches, faites avec Cassaël (de Bordeaux), que chez quatre fœtus il existait manifestement des lésions du foie et du rein se rapprochant de celles décrites dans l'éclampsie maternelle.

Si je ne craignais d'être taxé de pédantisme, je vous rapporterais toutes les observations des auteurs comme celles de Schmid, Chambrelent, Knapp, Dienst, Williams, etc., et de tant d'autres, qui tous concluent à l'identité des lésions chez la mère éclamptique et son fœtus.

Ainsi tous les deux présentent-ils souvent le même tableau clinique. Beaucoup de ces fœtus meurent en convulsions. Certaines

femmes enceintes en ont parfaitement conscience. Je me rappelle en ce moment l'histoire d'une de mes clientes, une multipare éclamptique avérée, qui n'a jamais réussi à mettre au monde un enfant vivant. Elle me raconta, un jour qu'elle se trouvait au terme de sa grossesse, qu'elle sentit son enfant se remuer, s'agiter extraordinairement dans son ventre. Puis le calme se fit, et elle ne le sentit plus; et elle accoucha 24 heures après d'un enfant mort.

La littérature en rapporte plusieurs cas semblables. Entr'autre exemple, l'observation rapportée par le Dr Dienst dans les "*Archives of Pediatrics*" (N. Y., janvier 1911). C'est celle d'une mère éclamptique et de son enfant, morts tous deux au cours d'une opération césarienne. Au moment de l'opération l'enfant vivait encore. On le sortit de l'utérus complètement rigide. Evidemment il était mort de convulsions. Et ce qui confirme ce diagnostic, c'est qu'à l'autopsie on trouva chez la mère et chez l'enfant les mêmes lésions organiques. L'urine dans les deux cas contenait du sang, de l'albumine et des cylindres hyalins.

II. — DU NOUVEAU-NÉ

Sans doute ces fœtus ne meurent pas tous. Quelques-uns naissent vivants et retrouvent une bonne santé. Mais il en est d'autres qui sont loin d'être sains. Ils naissent faibles et portent des signes évidents d'intoxication générale. La plupart d'entre ces derniers succombent les premiers jours après leur naissance, soit par faiblesse congénitale, soit à la suite d'hémorragies ou de convulsions. Si nous analysons l'urine de ces nouveaux-nés, nous y trouverons presque toujours de l'albumine, du sang et des cylindres hyalins.

Le Dr Dienst rapporte ¹ le cas d'une femme éclamptique qui mourut à la suite d'une opération césarienne. Son enfant lui survécut. On trouva de l'hématurie et de l'albumine dans ses urines

1. *Archives of Pediatrics*, (Janvier 1911.)

pendant 3 jours. L'albumine disparut et l'enfant recouvra la santé assez lentement.

Le même observateur rapporte un cas analogue au précédent avec cette différence que l'albumine persista 18 jours dans les urines de l'enfant.

Dans la même revue, le Dr Dienst relate encore l'observation d'une mère de 2 jumeaux, qui eut après sa délivrance une convulsion et revint à la santé. Les jumeaux profitèrent assez bien, malgré que leurs urines continssent de l'albumine, du sang et des cellules épithéliales.

Il convient de noter, en passant, que l'éclampsie de la mère est une source fréquente de néphrite chez son enfant. Comment cette maladie rénale s'établit sur un enfant de 3 à 6 mois, est assez souvent difficile à dire, étant donnée l'absence de toute maladie antérieure. Je tenais à faire cette remarque parce que, les auteurs classiques ne mentionnent pas l'éclampsie de la mère comme cause de néphrite chronique chez son enfant.

Autre remarque : la fréquence de la néphrite est méconnue dans un grand nombre de cas, à cause de la difficulté d'avoir de l'urine à cet âge. Mais un bon moyen de s'en procurer consiste à appliquer pendant quelques minutes sur le ventre ou sur les fesses de l'enfant une compresse glacée. L'on manque rarement son coup, surtout si la tentative a lieu deux heures après la dernière émission d'urine.

*
* *

Une manifestation fréquente de cette néphrite dans les premiers jours qui suivent la naissance, ce sont les convulsions. Les uns y survivent, les autres en meurent. L'autopsie démontre que les lésions sont les mêmes chez l'enfant que chez la mère. Les reins sont particulièrement atteints de dégénérescence.

Les observations ne manquent pas. Je ne vous en rapporterai que deux, celles du Dr Dienst.²

La première est celle d'une nouvelle accouchée qui mourut en état d'éclampsie. Son enfant eut de légères convulsions durant les 5 premières heures qui suivirent sa délivrance, et en revint.

L'autre observation est celle d'une jeune femme de 22 ans, qui fut prise de convulsions immédiatement après sa délivrance, et revint à la santé. Sept minutes après sa naissance l'enfant était en convulsions à son tour. Il en mourait quelques heures plus tard, dans un état de cyanose prononcée. A l'autopsie il y avait des signes évidents de néphrite aiguë; et sur le foie, de la congestion, des hémorragies de la thrombose et de la nécrose.

Il serait fastidieux de continuer cette énumération. C'en est assez pour démontrer que les enfants nés de mères éclamptiques sont loin d'être des sujets sains. Presque tous les cas observés souffraient de néphrite plus ou moins grave. Ceux qui sont morts portaient des lésions typiques d'intoxication générale, particulièrement sur le cerveau, le foie et le rein.

III. — DU NOURRISSON.

Je ne crois pas contredire les données de la physiologie en disant que, tout comme le placenta, la glande mammaire laisse passer tout ce qu'il y a de bon et de mauvais dans le sang. Le bon se transforme en lait; et le mauvais diffuse presque en nature. Les qualités du lait participent de l'état de santé de la nourrice. En effet son lait contient des principes de vie ou de mort pour l'enfant qu'elle nourrit. Est-elle en bonne santé et dans les meilleures conditions d'hygiène et d'alimentation? Elle donnera à coup sûr une seconde vie à son enfant. Par contre, et c'est là un fait d'observation journalière, un bon nombre de nourrissons dépérissent précisé-

2. *Archives of Pediatrics*, (Janvier 1911.)

ment parce que leur mère leur donne un lait trop pauvre ou trop vicié.

Du reste est-il besoin de rappeler qu'on drogue avec succès les bébés syphilitiques en administrant à la mère nourrice le traitement spécifique? Vous n'êtes pas non plus sans savoir que les nourrices, buveuses d'alcool, voient souvent leurs bébés avoir des convulsions, de l'insomnie, etc. Vous n'ignorez pas non plus que défense formelle de nourrir est faite aux ouvrières dans le plomb et dans le tabac. Les premières fournissent un lait qui ajoute un saturnisme acquis au saturnisme héréditaire. Et la polymortalité des enfants chez les ouvrières en tabac provient sans doute de l'hygiène défectueuse de ces mères, mais surtout d'un empoisonnement du lait par la nicotine.

*
* *

Maintenant une question se pose tout naturellement ici : *Le lait d'une mère éclamptique est-il toxique ?*

Il serait souverainement étrange que le sang d'une femme éclamptique fût pour ainsi dire saturé de poisons métaboliques, sans que son lait n'en fut point souillé. Ce serait contraire aux lois qui gouvernent les organes sécrétoires. Un peu et même beaucoup de ces toxines, qui circulent dans le sang, doit passer dans le lait.

D'ailleurs l'explication en est facile. L'urine d'une femme éclamptique, on le sait, est moins toxique que son sang, à cause de l'insuffisance rénale dans l'élimination des déchets de l'organisme. D'où il suit que les autres organes sécrétoires doivent y suppléer. La glande mammaire fait sa part dans cette compensation. Et nous ne pouvons d'autant moins en douter que même les bactéries diffusent du sang dans la sécrétion lactée. On peut donc affirmer que les produits toxiques de l'auto-intoxication passent en partie dans le lait de la mère éclamptique.

Comment le lait d'une mère peut-il être un poison pour son enfant qu'elle a nourri de son sang intoxiqué?

Est-ce que son lait est plus toxique que son sang? La clinique nous aide à répondre affirmativement à cette seconde question. Le Dr Goodall, de Montréal, rapporte qu'une légère dose de morphine chez une nourrice a provoqué des symptômes alarmants d'empoisonnement chez le nourrisson, alors que des doses beaucoup plus fortes de morphine sur la même femme enceinte n'avaient rien fait sur le fœtus.

Le Dr Meakins rapporte le cas, très intéressant, d'une diarrhée persistante chez un nourrisson, et en attribue la cause à la liqueur de Fowler que sa mère nourrice prenait régulièrement. Ce médecin a fait l'analyse de l'urine et du lait de cette femme, et il a constaté que, à volume égal, le lait contenait 10 fois plus d'arsenic que l'urine. Il fit cesser l'administration de l'arsenic chez la mère, et la diarrhée disparut chez l'enfant.

Dans le cas d'urémie, l'urine est moins toxique que le sang. Alors la nature trouve dans la sécrétion lactée une avenue facile pour l'élimination des poisons de l'organisme.

Maintenant demandons-nous pourquoi le lait de la mère est toxique pour l'enfant qu'elle a nourri de son sang intoxiqué. Une objection se pose tout naturellement ici. Si le lait d'une mère éclamptique est poison, comment se fait-il que si peu d'enfants en meurent bien que nourris par leur mère? La raison de cette contradiction en apparence, c'est que dans la grande majorité des cas, les convulsions chez la mère ont lieu avant la délivrance. L'utérus, en se vidant et en saignant, laisse échapper par ce grand égout bien des déchets de l'organisme de la mère. De plus les émonctoires se mettent en fonction, et la diurèse aidant, le sang se purifie, les tissus se nettoient, et le foie et le rognon reprennent leur rôle protecteur et épurateur. Aussi l'amélioration de la malade est si rapide que l'albumine disparaît vers le 3ème jour habituellement. Et durant ces trois premiers jours, les seins sécrètent peu ou pas;

et lorsque la montée laiteuse a lieu, la mère a en grande partie éliminé les poisons de son auto-intoxication. Ce n'est donc pas dans ce cas que le lait devient toxique.

C'est dans celui où la toxémie persiste, par défaut d'élimination, ou encore lorsque cet état de toxémie atteint son *summun* au moment de la montée laiteuse. Ceci arrive dans le cas de chronicité d'affection rénale qui empêche la diurèse et favorise l'auto-intoxication, et particulièrement dans le cas d'éclampsie post-partum. On pourrait dire que plus l'éclampsie est proche du moment de l'établissement de la sécrétion lactée, plus graves sont les dangers pour l'enfant, c'est-à-dire, plus le lait est toxique. Cette donnée du raisonnement est conforme avec l'expérience clinique.

Le cas rapporté par le Dr Krutzman,¹ professeur de gynécologie et d'obstétrique, à l'université Erlangen, confirme ces conclusions. C'est l'histoire d'une primipare vigoureuse et saine. A six mois de sa grossesse, elle passe de l'albumine. Elle accoucha heureusement d'un vigoureux enfant. L'albumine persista dans ses urines longtemps. La mère mit son bébé au sein dès le premier jour. Trente-six heures après sa naissance, l'enfant fut pris de convulsions, au nombre de 6 dans l'espace de 36 heures. On ne mit plus l'enfant au sein; et le bébé guérit.

*
* *

Au mois de février 1912, je fus appelé pour voir un bébé de 2 jours qui faisait des convulsions, me dit-on. En effet je le trouvais faisant de légères contractions des extrémités, mais surtout des muscles du visage et de la tête. Il était d'un teint pâle, sans fièvre, avec selles normales. L'accouchement avait été heureux. Les parents n'étaient ni des névropathes, ni des syphilitiques, ni

1. *Archives of Pediatrics*, (Janvier, 1911.)

des alcooliques. Je m'informai si la mère, une primipare, avait souffert de néphrite. Son médecin me dit en effet qu'il avait trouvé de l'albumine, et qu'il avait mis la mère enceinte au régime lacté dans le dernier mois de sa grossesse. J'en conclus que le lait de la mère était un poison et était la cause des convulsions de l'enfant, car elle le nourrissait. J'ordonnai donc le sevrage et l'allaitement artificiel.

Vous me demandez ce qu'il advint de cet enfant; je me posai moi-même longtemps cette question. Plusieurs mois après cette consultation je rencontrai le père et lui demandai des nouvelles de son héritier. " Il est très bien ", me dit-il. Je commençais déjà, en moi-même, à en tirer une petite gloriole, lorsqu'il me dit: " Écoutez, docteur, ce n'est pas vous qui l'avez guéri — Non? — non. . . j'ai eu un autre médecin qui a remis l'enfant au sein et qui lui a donné des médecines. Ça pris du temps, continua-t-il, l'enfant a eu des convulsions encore pendant 15 jours après votre visite.

Que j'aie fait ici une erreur de diagnostic, c'est dans l'ordre des choses possibles. A mon âge on l'avoue facilement. Mais ce qui est bien plus probable, c'est que ce bébé a eu des convulsions tant que les rognons de la mère n'ont pas recouvré leur perméabilité.

Quoiqu'il en soit, voici d'autres observations qui sont bien plus concluantes. Voici d'abord celles du Dr Frost de New-York.¹

*
* *

Une mère, accouchée assez péniblement au moyen du forceps d'un enfant en bonne santé apparemment, eut, le lendemain du jour de sa délivrance, une convulsion. L'urine était chargée d'albumine. La montée du lait eut lieu vers le 3e jour. L'enfant fut mis au sein dès le second jour. Vingt-quatre hrs après, l'enfant avait les

1. *Archives of Pediatrics*, (Janvier 1912.)

doigts bleus et les pieds froids. La mère continua à le nourrir. La cyanose augmenta. Le 4^{me} jour, l'enfant eut des selles vertes; ses yeux se convulsèrent légèrement. La mère s'améliora et continua d'allaiter son enfant. Le 7^{me} jour, la cyanose du visage et des extrémités augmente, la respiration est lente et peu profonde, l'abdomen se distend; il y a du nystagmus et de légères convulsions. Bien qu'on eut alors recours à l'allaitement artificiel, les symptômes s'aggravèrent, et l'enfant mourut le 10 jour, évidemment sous l'influence d'une toxémie.

Le même Dr Frost, rapporte le cas d'un bébé, âgé de 2 semaines qui souffrait apparemment d'une indigestion aiguë d'origine toxique: selles vertes: température 103 F., pouls rapide et irrégulier. L'enfant était quelque peu cyanosé et dans un état semi-comateux. On ne put obtenir de l'urine. La mère avait eu de l'albumine dans les derniers mois de sa grossesse. Elle eut une convulsion après sa délivrance, et continua de passer de l'albumine. L'enfant fut mis au sein à cause de l'abondance du lait. A son arrivée, le Dr Frost fit cesser l'allaitement naturel, et prescrivit le petit lait. L'enfant n'eut pas de convulsions, mais de légères contractions de la tête et des paupières, la respiration se ralentit, l'abdomen se distendit, et l'enfant mourut 2 jours après.

*
* *

Voici maintenant les observations du Dr Goodall, parues dans la même revue, numéro de janvier 1911. Elles sont encore plus concluantes.

1^{ère} observation: — Une mère de 3 enfants, âgée de 35 ans, de forte constitution, accouche heureusement d'un enfant de poids normal. Elle n'avait jamais souffert d'éclampsie antérieurement. Tout allait très bien les deux premiers jours. Le 3^{me} elle fut prise de convulsions et mourut dans les 24 heures suivantes. L'enfant

avait pris un bon coup, alors que la montée laiteuse avait eu lieu, juste quelques instants avant la première convulsion de la mère. Cinq heures après cette unique-tétée, la garde-malade trouva l'enfant cyanosé et les extrémités froides. Le médecin constata en outre une respiration irrégulière et peu profonde, un état de somnolence comateuse, le pouls lent et plein, l'abdomen distendu, contraction des muscles de la face et rigidité des extrémités. Ces symptômes allèrent en s'aggravant jusqu'au moment de la mort qui fut précédée de légères convulsions.

*
* *

Le deuxième cas est celui d'une femme enceinte, de 28 ans, présentant dans ses urines de l'albumine et des cylindres hyalins au cours du dernier mois de sa grossesse. Durant la dernière semaine, elle eut des maux de tête et des douleurs d'estomac. Le travail de l'accouchement fut facile. Trente-deux heures après sa délivrance, elle eut sa première attaque d'éclampsie. Elle eut 3 convulsions en tout. L'enfant fut mis au sein avant et après les convulsions. Le 3^{me} jour, lorsque la montée laiteuse eut lieu, le bébé prit un bon coup. Six heures après, ses mains et ses pieds étaient froids, ses lèvres bleues, la respiration lente et peu profonde, somnolence, nystagmus et secousses musculaires. Il mourut tout comme le cas précédent.

*
* *

La 3^{me} observation est celle d'une femme de forte constitution, qui dans sa troisième grossesse souffre d'albumine et d'hydramnios. Au cours du travail, elle eut de légères contractions musculaires du visage; ses yeux se convulsèrent, et elle accoucha heu-

reusement. Deux jours après sa délivrance elle se plaignit particulièrement d'insuffisance rénale et hépatique. Le 3^{me} jour, se sentant mieux, elle fit prendre un bon coup à son bébé. Peu de temps après l'enfant s'endormit dans un sommeil profond. Le Dr Goodall trouva le même tableau que dans les 2 cas précédents : teinte sombre, extrémités froides, nez et lèvres bleus, respiration légère et irrégulière, raideur des membres. Vers le soir, la garde-malade et le père crurent l'enfant mort. Il était presque noir, sans respiration. Le médecin constata bien que le cœur battait encore. La respiration artificielle n'eut guère d'effet, et l'enfant mourut enfin pour tout de bon, cette fois-ci.

*
* *

En résumé on peut dire que les observations cliniques confirment nos données théoriques et qu'il y a une relation de cause à effet entre l'état d'une mère éclamptique et celui de son enfant. Aussi je n'hésite pas dire que le lait d'une mère éclamptique, ou en imminence d'éclampsie, est un poison pour l'enfant. Il l'est d'autant plus que la convulsion a lieu le plus près de la montée laiteuse. Et avec les meilleures autorités, je me crois justifiable de formuler les conclusions suivantes :

1^o Chez une femme en état d'insuffisance rénale et hépatique, il vaudrait mieux nourrir l'enfant artificiellement, pomper le lait de la mère, et ne mettre l'enfant au sein que lorsque l'intoxication de la mère sera disparue.

2^o Dans un cas d'éclampsie post-partum, il vaudrait mieux attendre que la montée du lait ait eu lieu, pomper le lait, et ne mettre l'enfant au sein que lorsque l'élimination des poisons aura été complète.

3^o Si l'albuminurie persiste après la gestation, il vaut mieux recourir à l'allaitement artificiel.

ALBERT JOBIN.

L'HOPITAL DES TUBERCULEUX

Par le Dr ARTHUR ROUSSEAU

La Société de patronage de l'hôpital des Tuberculeux vient de publier une deuxième liste de souscriptions. Elle a reçu, jusqu'à présent, la somme de \$50,115.00. Ce résultat est en lui-même remarquable, mais il l'est aussi par la considération du petit nombre des souscripteurs. Ils sont à peine plus de cent qui ont donc donné une contribution moyenne de cinq cents piastres.

Cette largesse est une marque de générosité; mais elle n'atteste pas moins l'exceptionnelle importance de l'œuvre que nous poursuivons, l'intelligente appréciation qu'en fait le public.

J'attire l'attention sur la personnalité des souscripteurs. Ils sont reconnus comme des plus éclairés et des plus progressistes de nos citoyens.

A ces premiers bienfaiteurs de notre œuvre, quelques centaines d'autres, non moins soucieux de l'intérêt général, s'associeront sans doute avant longtemps. Je n'ose espérer qu'ils viendront tous offrir spontanément leur concours. Pourquoi ne le feraient-ils pas? C'est que l'on apporte généralement plus de discrétion dans l'offre que dans la demande d'un bienfait. Mais, si pour cette raison ou pour une autre, il nous faut chercher ces bienfaiteurs, nous nous faisons fort de les trouver, et de suite, nous convions au "dépistage" des âmes généreuses et des grosses bourses tous ceux à qui peut importer la réalisation prompte de la plus grande entreprise hygiénique de notre génération.

Aucun riche citoyen, aucun citoyen aisé ne doit être oublié ou s'oublier en cette occasion. J'entends bien dire que les Anglo-protestants auraient allégué quelque prétexte ou raison de s'abstenir. Je n'aime pas et je me refuse à le croire jusqu'à plus ample informé.

L'institution que nous sommes à créer doit servir au bien commun. Les divers groupes et classes de citoyens, catholiques, protestants et juifs y trouveront leur profit. En protégeant le pauvre, elle préservera le riche. C'est donc pour tous et chacun sans exception, un devoir, c'est un honneur et non moins un titre auprès de leurs concitoyens d'y contribuer largement. Je reviendrai d'ailleurs probablement un jour sur cette question qui peut prêter à des développements intéressants sur quelques traits particuliers de la mentalité québécoise.

Pour l'instant, il y a lieu de pousser notre entreprise. Elle fait certainement de jour en jour des progrès; mais, j'avoue qu'elle n'avance pas assez vite à notre gré, ce qui importerait peu à la vérité, si la lenteur de sa réalisation ne lassait l'espérance d'un grand nombre de tuberculeux qui attendent d'elle un soulagement à leur dénuement et à leur souffrance.

" Les riches nous ont donc oublié " répètent-ils à l'infirmière si dévouée, de la ligue anti-tuberculeuse; nous mourrons avant d'avoir cet hôpital qu'on nous a promis! Et, en me faisant part de cette plainte et de ce reproche, Mlle McGreevy me donnait les noms et m'esquissait l'histoire d'une cinquantaine de malades qui auront attendu en vain l'aide de leurs concitoyens.

De ces cinquante malades bon nombre se traînent encore à l'ouvrage pour gagner leur misérable existence. Ils travaillent dans les bureaux, dans les magasins, dans les manufactures, dans les maisons privées, dans la rue. Les femmes font de la couture, des lavages, vont en journée; quelques-unes sont employées au ménage dans les écoles; d'autres sont servantes. Le travail est intermittent, son rendement insuffisant. Ils sont obligés de demander des secours qui leur sont en général donnés avec ménagement; mais rien n'empêche qu'ils ne soient tenus de vivre dans des réduits obscurs et malpropres, très étroits, dans chacun desquels on compte, exactement comme moyenne, sept personnes, adultes et enfants. C'est dans cette condition et à cause d'elle que meurent

successivement, longtemps sans espoir, le père, la mère, les enfants, dans un abandon bien propre à accentuer le sentiment naturel de leur faiblesse en face de la terrible maladie.

De ces foyers, la maladie se répand dans les familles bourgeoises. Il n'est pas exagéré de dire que 50 pour cent de nos familles même les plus soucieuses de l'hygiène, laissent à quelque moment pénétrer et vivre au milieu de leurs enfants des serveurs tuberculeux. Ces derniers, depuis que la notion de contagion tuberculeuse a été vulgarisée, sentent le besoin de cacher leur maladie, et ils y réussissent fort bien. S'ils consultent le médecin, ils commencent par demander la protection du escrot professionnel, pour pouvoir conserver leur position quand même ils sont contagieux.

Et qui va leur reprocher d'agir ainsi? Sont-ce ces bourgeois vertueux qui, tout indignés de cette action, refuseront cependant de donner la centième, la millième partie de leur superflu pour les empêcher de mourir dans le grand chemin? Et ne méritent-ils pas un peu de voir ruiner les espérances qu'ils ont mises dans leurs enfants, de périr eux-mêmes, ceux qu'une crainte injustifiée de l'avenir ou de préoccupations mesquines aveuglent au point de les rendre incapables du moindre sacrifice pour se prémunir contre un mal toujours menaçant, toujours actuel, le plus ruineux et le plus meurtrier qui ait jamais sévi dans le monde?

C'est un fait singulier que l'indifférence, l'insouciance qu'ont montrée jusqu'à présent le public et nos institutions de charité devant les ravages de la tuberculose. Soit pour conjurer les misères qu'elle engendre, soit pour les soulager, nous sommes dépourvus totalement d'organisation efficace.

Il y a à peine une semaine, un malheureux, mourant de tuberculose, qui venait de frapper en vain aux portes de nos hôpitaux, se livrait à la police de Québec et était conduit à la prison. C'est le seul refuge que notre ville hospitalière offre à ces malades dangereux.

Lundi dernier j'étais forcé de renvoyer au milieu de ses huit enfants sans soulagement et presque désespéré, un pauvre cultivateur des environs de Québec qu'un traitement convenable eût pu améliorer ou même guérir de sa douloureuse tuberculose.

Je cite ces cas parce qu'ils sont les derniers qui soient venus à ma connaissance. Ils ne sont pas plus tristes, plus criants que des centaines d'autres qui se recommandent chaque année à notre pitié impuissante.

Le spectacle continu de cette souffrance est pénible à supporter. A la contempler de près la sensibilité humaine la plus ordinaire en est blessée.

C'est pour cette raison et parce que je suis en même temps inquiet, la misère des uns étant un danger pour les autres ; c'est parce qu'à cette sensation de pitié profonde s'ajoute le sentiment impérieux d'un devoir civique ; c'est parce que de nombreuses personnes, à qui des obligations embarrassantes ont fait ouvrir les yeux sur cette nécessité, réclament à haut cris la fondation d'un hôpital pour les tuberculeux abandonnés, et que leurs justes demandes, leurs reproches mérités m'ont fait rougir à la fin de ma longue inaction, que je me suis mis à rechercher les moyens de réalisation de cette œuvre de charité et de protection publiques.

Les quelques hommes de bien qui m'ont généreusement offert leur collaboration indispensable pour mener à bien une aussi difficile entreprise, sont animés des mêmes sentiments de commisération, du même désir d'assainir leur ville et de protéger sa population. Ils n'ont pas plus que moi l'habitude de la sollicitation ; ils ne sont pas des professionnels des organisations charitables et des œuvres pies. Le président de notre société, son vice-président, son secrétaire, ses directeurs, occupent chacun une situation satisfaisante ; ils ne sauraient compter que la fondation d'un hôpital ajoute à leurs avantages en ce monde, et ils me pardonneront si je les soupçonne de n'avoir pas songé à recevoir dans l'autre quelque récompense de leur bonne action. Ce sont de plus, gens assez

affaires et j'imaginerais difficilement que ce soit pour s'agiter, pour passer le temps, pour se créer un rôle qu'ils travaillent et peinent au nom des tuberculeux.

Non, lorsque des hommes si éloignés par l'orientation de leur vie du contact des nécessiteux,—citoyens fiers qui n'avaient jamais tendu que la main pleine,—sortent, pour ainsi dire, des cadres de leur activité, abandonnant leur réserve habituelle pour se faire les protagonistes d'une œuvre d'hospitalisation, pour se plier au rôle de quêteurs, ce ne peut être que sous l'inspiration d'un devoir public de la plus haute importance qu'ils parlent, qu'ils agissent, qu'ils demandent et qu'ils donnent.

Le soin des tuberculeux s'est d'ailleurs imposé à toutes les nations et à toutes les cités modèles. Québec, la plus ancienne ville du pays, les Canadiens-français, plus éprouvés par la tuberculose que leurs compatriotes d'origine anglaise, vont-ils reculer plus longtemps devant un devoir que tous les autres auront reconnu et accepté?

Une contribution à l'hôpital des tuberculeux est, de la part des citoyens, la charité la mieux entendue que l'on puisse faire. Elle s'adresse à eux-mêmes en même temps qu'aux déshérités de la fortune; et pour être à la fois un acte de pitié et de prévoyance—qui n'est pas dans l'ordinaire des gestes humains—elle comporte sans doute plus de mérite aux yeux de Dieu et des hommes. .

Je ne prétends pas que, parmi tant d'œuvres charitables ou pieuses qui se réclament de la générosité des citoyens, seule la nôtre soit digne d'encouragement. La plupart, sinon la totalité de ces œuvres font du bien. Mais elles ne sauraient avoir toutes une importance égale. Il y a lieu, en particulier, de faire une distinction entre les œuvres de luxe et les services fondamentaux d'assistance; et je tiens que c'est faire une mauvaise action que de laisser ces derniers en souffrance pour donner aux autres avec prodigalité.

La tuberculose s'est infiltrée dans le cinquième, au moins, dans le tiers peut-être de nos familles, et nous n'avons rien fait pour l'arrêter.

Beaucoup de ceux qui en meurent actuellement peuvent accuser notre négligence, notre égoïsme. Il est plus que temps, par l'effort collectif des citoyens, de commencer une organisation d'ensemble pour enrayer le mal. Et nul n'a le droit d'invoquer ses autres devoirs pour se soustraire à cette impérieuse obligation.

—:00:—

A PROPOS DES ULCERATIONS AIGUES DE L'ESTOMAC

—
Par le Dr J. P. FRÉMONT

Un malade âgé de 44 ans se présente à l'Hôtel-Dieu à la fin d'août 1912 pour une appendicite aiguë. C'est sa première attaque et ses antécédents personnels comme héréditaires sont excellents. Après quelques jours de traitement médical, l'intervention du chirurgien est jugée nécessaire et le malade est opéré. A l'ouverture du ventre l'on trouve une collection purulente considérable, et l'on se contente de faire un bon drainage, comme c'est l'habitude dans ces circonstances.

Pendant les jours qui suivent, le pus coule librement et le malade se désintoxique bien; tout au moins, en apparence.

La température s'abaisse graduellement jusqu'à 99°. Le poulx reprend sa fréquence et son ampleur normales. L'intestin se met à fonctionner et le 10^e jour le régime ordinaire est prescrit.

C'est dire que le 10^e jour, ce malade, malgré l'écoulement d'un peu de pus par sa plaie abdominale, était considéré comme un convalescent.

Or, tout à coup, le 12^e jour, et sans que rien n'ait pu faire prévoir une semblable éventualité, notre malade est pris d'une violente hématomèse. Il vomit environ 1200 grammes de sang ainsi que plusieurs très gros caillots.

Les jours suivants il présente du mélaena, et il vomit encore du sang à trois ou quatre reprises, mais ces dernières hématomèses sont beaucoup moins considérables que la première.

Puis, tout rentre dans l'ordre. La plaie abdominale se cicatrise et le malade quitte l'hôpital le 16 octobre.

Le 5 mars 1913 ce malade se présente de nouveau pour un abcès dans la région appendiculaire. Ce n'est pas un abcès de la paroi mais un abcès profond.

Le 7, le surlendemain de son entrée, cet abcès est ouvert et largement drainé.

Tout va bien, et cinq jours plus tard la suppuration est presque complètement tarie et le malade ne fait plus de température.

Mais voici que le 19, après 7 jours d'apyrexie, le malade s'affaisse tout à coup dans une de nos salles et vomit environ un litre et demi de sang.

Quelques hématomèses beaucoup moins considérables se montrent les jours suivants, et après 4 ou 5 jours de mélaena, tout rentre dans l'ordre.

Nous avons revu ce malade à la fin d'avril. Rien de nouveau n'était survenu. Il mangeait tout ce qu'il voulait; et si l'on fait abstraction de son anémie, il était en parfaite santé. Notre malade n'avait jamais toussé et ne présentait rien d'anormal ni au nez ni à la bouche, ni au pharynx. De plus, l'hypothèse de varices œsophagiennes devait être écartée puisqu'il n'existait aucun signe de cirrhose. Enfin ce n'était pas un cardiaque.

Le point de départ était donc gastrique. Il s'agissait d'hématomèses vraies et le malade avait donc une ulcération à l'estomac.

Était-ce un ulcus? L'hypothèse serait difficile à soutenir puisque le sujet minutieusement interrogé, n'a jamais présenté de douleurs

ni de troubles digestifs quels qu'ils soient, ni avant ni après les accidents hémorragiques.

Le diagnostic d'ulcération aiguë de l'estomac était donc le seul qui fut rationnel.

Les ulcérations aiguës de l'estomac sont assez fréquentes, mais il faut avouer qu'elles sont encore assez mal connues, surtout lorsqu'il s'agit d'en comprendre l'étiologie et la pathogénie.

Pour cette raison la publication plus fréquente de ces cas ne manquerait certainement pas d'intérêt.

Je viens de dire que les ulcérations aiguës de l'estomac sont mal connues. Je dois m'expliquer; car il en est deux variétés qui font aujourd'hui partie de l'enseignement classique, et qui sont connues de tous. Ce sont: l'exulcération simple de Dieulafoy et le vomito-negro appendiculaire. Mais, sous ces deux titres, Dieulafoy n'a décrit que deux variétés, deux formes cliniques, si l'on veut, de l'ulcération aiguë de l'estomac; et la connaissance exclusive de ces deux formes est tout à fait insuffisante.

Si l'on ne connaît que ces deux variétés, l'on s'expose à les considérer comme des entités morbides trop définies, à limites trop nettement tranchées, alors qu'il existe, en marge de ces formes pour ainsi dire types, une foule d'accidents qui leur ressemblent plus ou moins et qu'il importe de savoir bien classer.

De plus, si l'on ne connaît que l'exulcération simple et le vomito-negro classiques, l'on fait presque nécessairement abstraction de certaines considérations générales qui sont pour le moins très utiles lorsqu'il s'agit d'interpréter un grand nombre de cas particuliers. Pour ces raisons nous nous sommes rattachés, en ce qui concerne les ulcérations aiguës de l'estomac, à la conception admirablement claire, et vraisemblablement très juste de J. C. Roux.

Nous allons exposer brièvement cette façon de voir, en indiquant au passage, la place que nous ferions occuper, dans cette classification, à l'ulcération dont nous venons de rapporter l'histoire.

D'après Roux, les ulcérations aiguës de l'estomac doivent être divisées en tenant compte de leur étiologie, en ulcérations infectieuses, toxiques et traumatiques. De plus, un chapitre doit être réservé à certaines ulcérations dont nous sommes encore incapables de déterminer la cause véritable.

Ulcérations infectieuses:

A peu près tous les états infectieux peuvent provoquer l'ulcération aiguë de l'estomac. De semblables ulcérations ont été observées¹ dans la septicémie, la pyohémie, l'infection puerpérale; dans certaines affections septiques locales, dans l'abcès cervical, le phlegmon, dans les affections septiques de l'utérus et des voies urinaires, dans la pneumonie, la broncho-pneumonie, la tuberculose chronique ulcéreuse, la variole, la scarlatine, la diphthérie, le rhumatisme articulaire aigu, l'appendicite, la dyssenterie, le choléra asiatique et la fièvre typhoïde.

Dans toutes ces infections l'ulcération gastrique peut se produire par trois mécanismes différents:

1^o *Infection directe* de la muqueuse gastrique par des colonies microbiennes développées dans le contenu de l'estomac.

Ce processus a été reproduit expérimentalement par Chantemesse et Widal; mais, chez l'homme, il ne nous paraît pas très fréquent.

2^o *Embolies septiques* dans les artérioles de l'estomac.

3^o *Nécrose de la muqueuse gastrique* liée au rôle d'élimination que joue cette muqueuse dans certaines toxémies.

C'est dans cette première catégorie de faits que nous plaçons l'ulcération dont nous avons rapporté l'histoire; et c'est ici seulement qu'elle trouve véritablement sa place.

Il ne s'agissait pas chez notre malade d'exulcération simplex.

1. Gaudy, Thèse de Paris, 1899.

Nous nous refusons à croire qu'il n'y avait pas de relation entre l'accident gastrique et l'infection à laquelle il était certainement en proie malgré son apyrexie.

Il ne s'agissait pas non plus de vomitonegro appendiculaire, du moins il ne s'agissait pas de vomitonegro tel que décrit par Dieulafoy et par la plupart des classiques. En effet, d'après la description de Dieulafoy cette complication est essentiellement représentée par une ulcération qui survient dans la phase aiguë et par suite de la phase aiguë de certaines appendicites hypertoxiques. Or notre malade ne se trouvait nullement dans ces conditions.

Est-ce par le mécanisme d'une embolie septique que chez lui l'estomac s'est ulcéré? La chose semble plus que probable. Mais qui nous dit qu'il n'éliminait pas sourdement par sa muqueuse gastrique des toxines fabriquées dans son abcès péritonéal? Qui nous dit que cette même élimination latente de toxines à provenance quelquefois obscure n'est pas la cause au moins de quelques-unes de ces ulcérations que l'on appelle *exulceratio simplex*?

Mais laissons là les hypothèses trop gratuites et terminons notre classification.

Ulcérations toxiques:

De même que les produits bactériens, les substances toxiques peuvent atteindre l'estomac par deux voies: directement, par ingestion, et c'est certainement l'éventualité la plus fréquente, indirectement, par voie sanguine.

L'alcool, le sublimé et les caustiques sont les principales substances que l'on voit provoquer l'ulcération gastrique par contact direct.

Des ulcérations par voie sanguine sont produites par plusieurs substances toxiques, en particulier par le sublimé.

Certaines auto-intoxications sont susceptibles d'amener le même accident; et Lancereaux, Mathieu et J. C. Roux ont observé dans l'urémie des ulcérations quelquefois très étendues.

Ulcérations traumatiques:

Les traumatismes portant directement sur la région gastrique peuvent d'après leur intensité, entraîner des lésions plus ou moins graves. Lorsqu'ils sont très violents, ils peuvent amener la perforation de l'estomac. Moins violents, ils entraînent une infiltration hématique plus ou moins étendue et une escarification superficielle. Lorsque l'escarre se détache une ulcération lui succède.

Ulcérations de cause inconnue:

Il est certaines ulcérations aiguës qu'il est très difficile de rapporter à une cause définie. Ce sont des faits de ce genre que Dieulafoy a décrits sous le nom d'exulceratio simplex.

Telles sont aussi les ulcérations consécutives aux brûlures étendues de la peau. Ce sont des ulcérations qui évoluent rapidement et qui peuvent tenir soit à une auto-intoxication par destruction des éléments du sang ou des tissus, ou par suppression des fonctions de la peau, ou encore à un trouble trophique réflexe.



A VENDRE

Un médecin retiré, vendrait à prix fort réduit. Ouv. de méd: Atthiel, Broca, Pinard, Cazeaux, Jamain, Guérin, Corlieu, Dictionnaire de Méd., Union Médicale, 20 années. Plus: sacoche, seringues à serum, Aspir. Potain, Pompe stomac., 2 Batt. Electr., dont l'une Faradique de 35 cell., etc., etc.

S'adresser à

A. GAUVREAU, M. D.

Régistrateur.

Ste-Hénédine, Dorchester.



INTERETS PROFESSIONNELS

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE QUÉBEC

Séance du 17 avril 1913

La Société médicale de Québec s'est réunie jeudi le 17 avril, au lieu ordinaire des séances, sous la présidence de M. le Dr P. C. Dagneau, vice-président.

Les membres présents sont Messieurs les Docteurs Alb. Jobin, Arthur Simard, Émile Nadeau, Jos. Dobbin, Alph. Lessard, Émile St-Hilaire, Tancrède Poitras, E. Paradis, Jos. Gilbert, V. Darveau, Arthur Leclerc, Geo. Ahern, Jos. Vaillancourt, Clark, Geo. Racine, Alfred Drouin, Odilon Leclerc, Arthur Lavoie, Jules Vallée, Alb. Drouin et quelques étudiants en médecine.

Le procès verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Proposé par M. le Dr Arthur Simard, secondé par le Dr Jobin, que M. le Dr Michel Fiset, soit admis comme membre de la Société médicale. Adopté. Proposé par le Dr A. Simard, secondé par Geo. Ahern, que les Docteurs Petitclerc et St-Amand soient admis comme membres de notre Société. Adopté.

Proposé par le Docteur Émile Nadeau, secondé par le Docteur Arthur Simard: "Qu'à la prochaine séance de notre société, l'ordre du jour comporte une discussion du problème de la disposition des déchets par les autorités municipales. Dans ce but je présenterai à la prochaine séance un travail intitulé: "Comment la ville de Grand Rapids, Michigan, dispose de ses déchets." Pour rendre cette discussion intéressante, je suggérerais que la société médicale désigne immédiatement quelques-uns de ses membres,

qui s'occupent spécialement d'hygiène, pour étudier le problème d'ici à la prochaine séance et faire les frais de la discussion.

Notre secrétaire sera tout désigné pour faire un résumé de cette discussion et le transmettre aux autorités municipales avec les suggestions que la Société médicale jugera à propos de faire." Adopté.

M. le Dr A. Simard propose, secondé par le Dr Emile Nadeau, que M. le Dr Emile St-Hilaire soit désigné par la Société pour faire un travail à la prochaine séance, sur la disposition des déchets. Adopté.

Une lettre adressée à M. le Dr A. Ethier, Montréal est transmise officiellement à la Société médicale: Vu l'absence de signature responsable sur cette lettre, la société médicale en accusera réception, mais ne se reconnaît aucune initiative dans cette affaire.

M. le Docteur Albert Jobin est appelé au fauteuil et traite un problème médical en rapport avec l'allaitement: "Une mère éclampsique ou néphritique peut-elle nourrir sans danger pour son nourrisson"?

Le Dr O. Leclerc, à la suite du travail du Dr A. Jobin, fait remarquer que certains médicaments ont une électivité très marquée pour la glande mammaire quant à leur élimination, tandis que les toxi-albumines de l'éclampsie n'ont pas cette électivité pour la même glande.

M. le Président félicite l'auteur de son magnifique travail ajoutant que la mise au point de l'éclampsie en rapport avec l'allaitement naturel est d'une grande importance dans l'hygiène infantile.

M. le Dr Michel Fiset traite des intérêts professionnels médicaux vis-à-vis des compagnies d'assurances.

Ont pris part à la discussion Messieurs A. Simard, Arthur Leclerc, Jos. Vaillancourt, et Odilon Leclerc.

La séance est levée à 10.30 hrs. P. M.

Le Secrétaire,
EDG. COUILLARD, M. D.

REVUE DES JOURNAUX

ANALYSES

ORIGINE HEMATOGENE DE CERTAINES APPENDICITES AIGUES. — Par MM. Widal, Abrami, Brissaud et Weissenbach. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, No. 35, Paris.

L'observation qui fait l'objet de cette communication, faite par les auteurs, à l'Académie de médecine de Paris, séance du 22 octobre 1912, cette observation, dis-je, a toute la rigueur d'un fait expérimental, et en outre elle prouve qu'une maladie dont l'origine sanguine paraît cependant *a priori* bien improbable, l'appendicite, peut être comme la détermination organique d'une bactériémie préalable. Jusqu'ici cette idée avait bien trouvé quelques défenseurs, mais " aucune observation tirée de la pathologie humaine n'a encore apporté la preuve irréfutable de la nature hématogène d'une appendicite, en montrant, grâce à l'hémoculture, les microbes circulant dans le sang avant l'éclosion des phénomènes appendiculaires. "

Le relevé très détaillé des symptômes présentés par la malade depuis son entrée à l'hôpital jusqu'à sa mort, l'autopsie très complète, les recherches histologiques, bactériologiques, et l'hémoculture, mériteraient d'être cités ici intégralement, tant ils sont parfaits et concordants. Malheureusement cela nous entrainerait trop loin, (il nous faudrait reproduire la communication toute entière) et l'analyse leur ferait perdre beaucoup de leur valeur

Contentons-nous de citer le court résumé que M. Widal en fait lui-même :

“ Après quinze jours d'un état typhoïde absolument typique et au cours duquel l'hémoculture décèla par deux fois le bacille paratyphique B en circulation dans le sang, nous avons assisté à l'éclosion soudaine et à l'évolution suraiguë de phénomènes appendiculaires qui, en moins de vingt-quatre heures, aboutissaient à la mort. L'autopsie révéla l'absence complète de toute lésion de l'intestin grêle, l'intégrité parfaite de l'appareil lymphoïde de l'iléon; par contre, il existait des lésions diffuses du cæcum et de l'appendice. Ce dernier organe était sphacélé et sa perforation avait déterminé une péritonite suraiguë diffuse. Ce bacille paratyphique B existait à l'état de culture presque pure dans l'appendice et le péritoine.

L'ensemble des constatations effectuées chez notre malade ne laisse aucun doute sur la pathogénie hématogène de cette appendicite. ”

Cette constatation de MM. Widal, Abrami, Brissaud et Weissenbach, ajoute un chapitre nouveau à l'histoire des appendicites hématogènes. Dès 1896, Jalaguier insistait sur les appendicites d'origine morbillieuse, et l'année suivante Merklen, Faisans, attiraient l'attention sur les appendicites d'origine grippale. Depuis cette époque Humphreys, Briouval et Fischer, Hans, Weber, Kretz, ont rapporté de nombreuses observations où la porte d'entrée de l'affection appendiculaire paraît être une angine prémonitoire; d'autres fois c'est une pneumonie, une scarlatine, une attaque d'oreillons, ou même une suppuration sous-cutanée, comme dans le cas célèbre de Gambetta, que Tripiet et Caviot considéraient déjà comme une observation typique d'appendicite hématogène.

Puis après les cliniciens vinrent les anatomo-pathologistes, et plus récemment des expérimentateurs parvinrent à réaliser des appendicites par voie sanguine, (Ribadeau-Dumas et Harvier, Hess, Ch. Richet fils et Saint-Girons).

“ Il ne manquait ainsi à la théorie hémotogène de l'appendicite, édifiée sur des données cliniques, anatomiques et expérimentales, que la sanction de l'hémoculture. L'observation qui précède vient apporter cette preuve décisive.”

EDG. C.

DES SYMPTOMES D'OCCLUSION INTESTINALE DANS LA COLIQUE NEPHRETIQUE.—Clinique chirurgicale par M. le Prof. Quénu. — *Le Bulletin Médical*, Paris, 5 mars 1913.

En janvier dernier M. le Professeur Quénu, voit une jeune femme chez laquelle il porte le diagnostic d'occlusion de l'intestin grêle par une bride épiploïque ou une adhérence quelconque. L'opération faite par M. Mathieu justifie en tout point ses conjectures et les choses se passent le plus simplement possible.

Il profite de cette occasion pour faire devant ses élèves à l'hôpital Cochin une leçon magistrale qui comporte en elle-même beaucoup d'intérêt parce qu'elle met au jour des données nouvelles concernant l'occlusion intestinale et ses rapports avec les lithiases rénales et biliaires.

Il passe en revue les causes les plus connues : *Obstacle mécanique* siégeant autour de l'intestin, ou dans la paroi même, ou encore dans sa cavité ; *altération apportée au dynamisme de l'intestin*, c'est l'iléus paralytique. Ces causes produisant la paralysie de l'intestin peuvent être centrales ou périphériques, intéresser directement les centres nerveux viscéraux (moëlle ou plexus du sympathique) ; elles peuvent être de nature infectieuse ou toxique. Telles les paralysies à la suite d'une péritonite partielle ou diffuse ; inhibition de l'intestin produite à distance sur le système nerveux par une irritation des organes les plus divers, intra ou extra-ab-

dominaux. Occlusion à la suite de fracture de côtes (Adams, Le Dentu) de testicules enflammés retenus à l'anneau (Curling), ou dans les hernies graisseuses ou épiploïques étranglées.

“ A toutes ces causes, et à d'autres qu'on pourrait énumérer, on peut ajouter les syndrômes douloureux qui relèvent des *lithiases biliaires* et *rénales*. ” C'est sur ces derniers faits que M. Quénu veut attirer l'attention.

Dès 1865, Henrot, dans sa thèse sur les pseudo-étranglements, y fait allusion, mais sans apporter aucune preuve à l'appui de ce qu'il avance. Chauffard dans sa description de la colique hépatique, s'étend assez longuement sur les phénomènes de dynamogénie ou d'inhibition qu'on y peut observer; cependant il ne mentionne pas l'inhibition intestinale, l'iléus paralytique. M. Quénu a observé bon nombre de lithiasiques biliaires; il a même payé un lourd tribut à cette lithiasie: il n'a rencontré aucun symptôme de ballonnement ou d'arrêt des gaz, ni chez les autres, ni sur lui-même. Il pense qu'une certaine confusion a dû plus d'une fois s'établir entre l'*iléus biliaire*, et l'*iléus paralytique*, dû vraiment à une colique hépatique. C'est par un calcul émigré dans l'intestin, ou encore par une bride péricholécystique, que cette dernière provoque l'occlusion intestinale. M. Quénu ne nie pas l'existence de pseudo-occlusions dans les coliques hépatiques: A. Siredey, en 1895, a publié une observation complète sur cette occlusion; à cette occasion Hutinel signalait un cas analogue. Ce sont les seuls. Aussi, l'auteur met-il en doute cette proposition de Murphy “ qu'un calcul du rein a moins d'effet sur l'activité musculaire de l'intestin qu'une colique hépatique ”. Au contraire, M. Quénu pense que la colique néphrétique réagit plus souvent et plus énergiquement sur le dynamisme intestinal que la crise biliaire, et c'est sur des phénomènes de stase intestinale, allant jusqu'à la simulation de l'étranglement interne, qu'il a pu observer dans la crise rénale, qu'il s'occupe exclusivement dans la suite de sa leçon.

C'est à Guyon que nous devons les premières notions sur ce

sujet, non pas pour les avoir puisées auprès de ses maîtres, mais pour avoir observé sur lui-même, il y a quelque trente ans, ces accidents intestinaux de la colique néphrétique. Dans son observation personnelle, M. Guyon, dit qu'il a observé assez fréquemment des phénomènes de pseudo-occlusion au cours des coliques néphrétiques, mais il n'a jamais vu d'occlusion réelle. Trélat, qui le traitait, l'avait cru atteint d'obstruction intestinale, et avait pris toutes ses mesures pour le laparatomiser.

Cette notion de pseudo-occlusion dans la colique néphrétique, qu'il tenait de son maître Guyon, a été vulgarisée par Legueu, et depuis, certaines monographies ou articles de Traité de pathologie font mention de cette complication sans insister toutefois sur l'exagération qu'elle peut prendre, au point de faire songer à une intervention de la chirurgie. De son côté, Israël, qui a tenu en Allemagne la place qu'a tenue Guyon en France, ne se contente pas de dire que dans la colique néphrétique la constipation est si absolue, le météorisme si développé, que, si on y joint les nausées et les vomissements, *la confusion avec une occlusion est possible*. Il donne comme moyen d'éviter l'erreur l'étude des irradiations dans la colique néphrétique.

En somme la plupart des traités didactiques ne donnent qu'une mention sommaire, ou même passent sous silence la complication paralytique de l'intestin.

Cette complication est-elle rare? Non, répondent Guyon et Israël. Et la plupart des médecins interrogés par M. Quénu à ce sujet, ont répondu par quelques faits dans lesquels ont été observés du ballonnement du ventre, voire même un arrêt momentané des gaz.

Voici la notion capitale, telle qu'exprimée par M. Quénu: "*A la suite d'une colique néphrétique, ou même au cours de crises répétées avec accalmies passagères qui constituent le drame néphrétique, l'intestin peut être frappé d'atonie et de paralysie. A cette paralysie, il est tous les degrés.*"

Suivent, à l'appui de cette thèse, quelques observations que nous résumons :

M. Albert Mathieu, raconte qu'un de ses maîtres, professeur dont il fut chef de clinique, ne pouvait avoir une crise rénale sans être gêné par un ballonnement considérable. Un malade de Oulmont, en pleine crise néphrétique présenta un ballonnement généralisé du ventre. Le ventre était tympanisé, dûr, avec contracture des parois abdominales. Après trente-six heures, il y eut une émission abondante de gaz, puis une garde-robe et tout rentra dans l'ordre. Un ancien professeur de la faculté, âgé de 60 ans et qui n'avait jamais eu de coliques néphrétiques, fut pris de douleurs lombo-abdominales, de gonflement du ventre et d'un arrêt momentané des gaz. Il s'imagina avoir une crise d'occlusion intestinale par tumeur du gros intestin. Il pria Walther, (qui rapporte le fait) de venir le voir, afin que, le cas échéant, il lui pratiquât un anus iliaque. Le lendemain le météorisme se dissipait et quelques jours après le patient expulsait un calcul. Championnière fut un jour appelé auprès de Terrier qui, pris d'une crise de ballonnement et de douleurs lombo-abdominales, redoutait une occlusion intestinale. Il s'agissait encore d'une colique néphrétique. — Jusqu'ici il s'agit de ballonnement, avec arrêt complet, mais très temporaire de la circulation gazeuse. Une dernière observation très détaillée, rapporte le fait d'un néphrétique qui eut un arrêt des gaz et des matières, à plusieurs reprises durant la même crise rénale : arrêt durant plus de trois jours la première fois, puis de deux jours la seconde. L'iléus paralytique semblait tellement bien caractérisé que les Drs Chauffard, Mathieu, Decloux et Duval hésitèrent dans leur diagnostic.

EDG. C.

L'HUILE CAMPHRÉE à HAUTES DOSES EN THERAPEUTIQUE, par MM. H. Roziès et M. Arrivat, internes des Hôpitaux de Montpellier (*Jour. des Praticiens*, 12 avril 1913).

Cette méthode consiste à substituer aux injections timides et à faibles doses d'huile camphrée, l'introduction dans l'organisme par la voie hypodermique de quantités élevées de ce médicament.

Les *Indications* sont chirurgicales et médicales :

a) *Indications chirurgicales*: Shock post-opératoire ou post-hémorragique; Infections graves, états septicémiques; Péritonites aiguës; pour relever l'état général des urinaires infectés; Affections respiratoires post-opératoires.

b) *Indications médicales*: Bronchites ou congestions pulmonaires grippales; pneumonies; myocardites graves; maladies infectieuses à forme adynamique, telles que la dothiéntérie; gastro-entérites infantiles; enfin chez les tuberculeux.

Contre-indications: L'âge n'est pas une contre-indication. Il faudra être prudents chez les malades dont les reins fonctionnent mal.

Avantages: 1° Simplicité de la technique; 2° Parfaite innocuité de la méthode; 3° Excellence des résultats.

1° *Technique*: a) *Instrumentation*. Celle-ci comprend une seringue de 10 à 20 cc. et l'huile camphrée, solution du Codex à 1/10. Collatin préfère la solution suivante parceque plus fluide, par conséquent plus facile à injecter: Camphre 100 grammes, Ether 100 cc. huile d'olive lavée à l'alcool, quantité suffisante pour un litre.

b) *Dose*: La dose variera suivant l'âge:

1° *Chez l'adulte* la dose moyenne sera de 30 à 40 cc. par 24 heures, répétée tous les jours si nécessaire.

2° *Chez l'enfant*: on a déjà injecté 8 cc. chez un nourrisson et 12 cc. chez un enfant de 4 ans sans incident aucun.

3° *Chez le vieillard*, ne pas dépasser la dose de 15 cc. p. j. quand

les reins fonctionnent mal. Dans les cas graves atteindre 30, 40 et même 50 cc. si nécessaire, en laissant un intervalle d'au moins 3 heures entre deux injections. Chaque injection sera suivie l'urgence de 10 à 20 cc.

c) *Injection*: L'injection sera intra-musculaire (face externe de la cuisse ou 1/3 supérieur de la fesse, en alternant pour chaque piqure), faite sans hâte. A ce prix elle sera bien supportée et peu douloureuse. Elle sera précédée d'un badigeonnage de la peau à la teinture d'iode et suivie d'un léger massage.

2° *Innocuité de la méthode*: Le camphre est peu toxique. On aurait injecté jusqu'à 100 cc. d'huile par 24 heures sans noter d'accidents.

3° *Résultats*: En chirurgie chez des malades gravement infectés, dont l'état semblait désespéré, l'injection d'huile a donné des effets surprenants attribués à l'action antiseptique et antitoxique du camphre. En médecine, l'injection a donné des résultats dans les entérites aiguës de la 1ère enfance, dans les fièvres typhoïdes, dans les myocardites graves. Dans la pneumonie, Seibert obtient 21 guérisons sur 21 malades traités et Lafon obtient 70% de guérisons.

GEO. A.

GOITRE CHEZ UN FŒTUS, par J. G. McLannahan, L. R. C. P. et S. I (*British Med. Journal*, April 5th 1913).

L'auteur rapporte l'observation suivante:

Primipare de 31 ans, à terme, commence son travail le 10 janvier 1913 à 9 heures du soir. Le lendemain, 11 janvier, à 5 heures du matin, l'auteur est appelé et constate que les membranes sont rupturées, que le col est dilaté et que l'enfant se présente par la face, la maxillaire inférieure étant en avant et légèrement à

gauche, à un pouce du périnée. Chloroforme. Application du forceps de Neville. Comme la branche supérieure ne s'articulait pas avec l'intérieure, l'auteur introduisit la main gauche pour reconnaître l'obstacle, et trouva une tête très allongée et conclut que l'application du forceps était impossible. Une version fut pratiquée et la jambe droite attirée au dehors et l'accouchement terminé. L'occiput était très allongé et s'étendait jusque vers la quatrième vertèbre dorsale. Un goître occupait à peu près les $\frac{2}{3}$ du côté gauche du cou et mesurait $10 \frac{7}{8}$ pouces dans sa plus grande circonférence. La mère avait un large goître depuis l'âge de 14 ans. La sœur et les deux frères de celle-ci sont également des goitreux, tandis que leur mère est indemne.

L'auteur croit que ces cas sont très rares. D'après lui, l'allongement de l'occiput serait dû à la présence de la plus grande partie du goître du côté gauche, lequel poussait le maxillaire supérieur du côté gauche de la symphyse pendant l'accouchement.

GEO. A.

TRAITEMENT DES HEMATOMES ARTERIELS. — Par Louis Bazy, (*Journal des Praticiens*, 12 avril 1913)

On ne peut plus discuter à l'heure actuelle sur la nécessité de l'intervention. Tout hématome artériel doit être opéré et opéré précocement. L'opération précoce présente les avantages suivants : elle est d'exécution plus facile ; elle évite les troubles de compression ; en tarissant d'emblée la source de l'hémorragie, elle met sûrement à l'abri des hémorragies secondaires.

Le siège de l'intervention : L'expérience prouve que l'intervention directe sur le foyer hémorragique est la plus logique et la seule à laquelle il faille avoir recours dans l'immense majorité des

cas. La ligature à distance n'agit que d'une façon indirecte sur l'hématôme; celui-ci cesse d'augmenter, mais il ne diminue pas, il demeure en place avec tous ses inconvénients; elle n'assure pas l'hémostase d'une façon certaine, parce qu'on peut laisser une ou plusieurs collatérales qui ramassent le sang dans l'artère au niveau de la blessure; enfin la ligature à distance sera funeste si elle porte sur le tronc principal d'une artère alors que c'est l'une des branches qui est blessée.

Si tout le monde est d'accord sur la nécessité de l'intervention, il n'en est plus de même quand il s'agit du mode opératoire.

Toute action chirurgicale dirigée contre un hématôme artériel ou artério-veineux comprend les 4 temps suivants:

- 1^o Assurer l'hémostase préventive.
- 2^o Ouvrir le foyer hémorragique.
- 3^o Évacuer avec soin l'hématôme.
- 4^o Trouver et tarir la source de l'hémorragie.

L'auteur insiste surtout sur le premier et le 4ème temps: le 2ème et 3ème étant de compréhension et d'exécution simples.

L'hémostase préventive est d'importance capitale. Faute d'avoir pu la réaliser certains auteurs ont vu leurs malades mourir d'hémorragie sur la table d'opérations ou succomber d'anémie aiguë peu de temps après l'intervention. Très facile à obtenir quand il s'agit d'un vaisseau des membres, elle ne peut être assurée que par une opération préalable (inflexion du vaisseau sur un fil ou une lanière de gaze plutôt que ligature) lorsque la blessure siège à la racine même du membre ou sur une artère du cou.

L'hémostase préventive est indispensable pour la réalisation du 4ème temps, c'est-à-dire l'hémostase définitive. La ligature des deux bouts de l'artère au niveau du foyer hémorragique a cédé le pas à des méthodes plus modernes et plus conservatrices qui sont: *suture* des vaisseaux blessés dans les cas d'hématômes récents, anévrysmorrhaphie restaurative suivant la méthode de Matas dans des cas d'hématômes anciens. L'auteur ajoute que " si,

théoriquement, (sic) c'est à ces opérations qu'il faille se rallier, il arrive que *pratiquement* (sic) *on rencontre* de si grandes difficultés que, malgré les précautions prises, ces interventions restent irréalisables ”.

Suivent deux observations personnelles de l'auteur. La ière se rapporte à une blessure des vaisseaux fémoraux dans la région du canal de Hunter, blessure due à une balle de revolver et représentant une perte de substance circulaire, des dimensions d'une pièce de 50 centimes. Dans ce cas l'auteur dut faire deux ligatures, une sur chaque extrémité de la fémorale.

La deuxième observation a trait à une blessure de la sous-clavière, également causée par une balle de revolver, des dimensions de la pulpe de l'index et nécessitant la ligature des deux bouts de l'artère.

L'auteur remarque que dans ses deux opérations il s'agissait de plaies par armes à feu, c'est-à-dire de plaies qui se prêtent le moins bien au traitement conservateur.

En résumé, conclut Bazy, l'action directe sur le foyer hémorragique est la seule méthode que l'on doive employer, et la première condition à remplir pour assurer le succès de cette méthode, est d'avoir sur les vaisseaux blessés un large accès que seules donnent les longues incisions parallèles à la direction des vaisseaux.

Il faut savoir que l'intervention pour hématôme artériel “ constitue une opération sérieuse qui réclame tout le sang froid du chirurgien. La ligature en amont, à distance, ne sera qu'un pis-aller dans le cas où les deux bouts de l'artère blessée se dérobent dans une cavité anfractueuse où l'on s'oriente mal ”.

GEO. A.

ECHOS ET NOUVELLES

Le troisième Congrès International de Neurologie et de Psychiatrie aura lieu à Gand, du 20 au 26 août 1913.

Le IV Congrès International d'Hygiène Scolaire aura lieu à Buffalo, N. Y., du 25 au 30 août 1913. Il est à espérer que les autorités du Gouvernement ainsi que les Conseils municipaux s'y feront représenter.

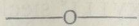
Les examens de la Faculté de Médecine commenceront le 4 juin prochain par le baccalauréat, les examens de doctorat commenceront le 9.

Les examens du bureau d'Hygiène pour l'obtention des positions d'inspecteurs d'hygiène, auront lieu à Montréal, les 29, 30 et 31 mai.

La réunion du Comité Central Médical chargé d'organiser le fonctionnement de la Loi Roddick se réunira à Ottawa le 17 juin prochain.

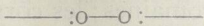
Monsieur le Docteur Emile Nadeau a fait devant les membres de la Chambre de Commerce une conférence sur l'hygiène indus-

trielle. Espérons que cet exemple sera suivi et par nos confrères et par les associations diverses qui profiteraient d'un enseignement de ce genre et pourraient travailler ainsi à l'organisation des services d'hygiène.



Un aphorisme par mois — (Hippocrate) :

Des tempéraments les uns sont bien ou mal disposés pour l'été, les autres pour l'hiver.



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.

Sommaire du No. de mars 1913.

L'Ecole du Service de Santé militaire de Strasbourg (14 illustr.) par le Médecin-Inspecteur Ch. VIRY. — Le passé glorieux de l'Ecole de Médecine militaire française de Strasbourg raconté par un de ses anciens élèves. Sédillot, Kœberlé, Küss. Le siège de 1870 et la belle conduite des "petits soldats carabins". Le bombardement, la cathédrale en feu, le vieux Strasbourg, la cité des cigognes.

La "Voyance" (8 illustr.), par le Dr Ch. GUILBERT. — Les curieux dessins du Comte de Tr., exécutés à l'état de veille; leur interprétation; l'examen à la loupe y révèle de nombreux personnages inaperçus à première vue; scènes de Sabbat; démons et démons.

Une science nouvelle: l'Océanographie 10 illustr.), par le Dr BOUQUET. — Les sondages aux grandes profondeurs marines; espèces animales aux formes bizarres, élégantes et monstrueuses,

aux couleurs fragiles, éclatantes; bactéries phosphorescentes. Ce que contient l'estomac d'un phoque.

Le Macabre dans l'Art; 3e article (8 illustr.), par le professeur

GUIART.—Aux XVII^e et XVIII^e siècles les représentations de la Mort deviennent quasi sporadiques; la Fin des Gloires de ce monde; la Putréfaction des corps de Zumbo; la ruelle du Genièvre et la mort à la faux d'Hogarth.

Le Corset dans l'Art (4 illust. dont une hors-texte), par le Prof. F. REGNAULT.—La splendeur physique de la beauté grecque non déformée; les élégantes romaines; les corsets rigides et le bombement antérieur du ventre; les Èves, les Vénus déformées de Van Eyck et de Cranach.

Un vieil album sur Madame Lafarge (13 illustr.). — L'artiste anonyme, malgré nos recherches, n'a pu être identifié. Quelques têtes de jurés limousins; "Orfila, prince de la science fait refrir les estomacs du pauvre Lafarge"; il présente aux jurés un demi-milligramme d'arsenic. La violente campagne de Raspail dans la *Gazette des Hôpitaux* il y a 60 ans.

SUPPLÉMENT (20 illustr.). — *Le problème de l'intelligence des animaux.* — *La croyance à la stérilité de l'un des jumeaux.* — *Le Prof. Le Double décoré.* — *Un souvenir à la Faculté française de Médecine de Strasbourg.* — *L'action des vagues.* — *Une curieuse épitaphe.* — *Notes d'un médecin sur le Sud-Oranais.* — *Un grand chirurgien alsacien.* — *La suggestion dans le dressage du léopard.* — *Les chats de Remy de Gourmont.* *La lèpre en pays annamite.* — *Faut-il castrer les lépreux?* — *Le jubilé du Prof. Renaut.* — *Le danger des insectes et le rôle protecteur des oiseaux.* — *L'administration d'un clystère en pleine rue au XV^e siècle.* — *L'exploitation de l'enfance.* — *Le serpent de mer a été rencontré.* — *Sur un homme mort de la rage.* — *Les persécutions contre la race juive au Moyen-Age.* — *La férocité du chevreuil.* — *A propos des herbes du diable.*

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

Jean Léger De la Grange était fils d'Hély De la Grange et de Jeanne de Phelis, de St. André, Bourg d'Abbia, évêché de Limoges (57). Dans son acte de mariage il est dit "*Jean Léger dit Sr de la Grange*, chirurgien, fils d'Hélie Léger, marchand et "de defunte Jeanne de Phélis." Il signe "La Grange." (58).

Né en 1632, il pratiqua la médecine à Québec, où il épousa le trois novembre 1691, Marie Louise Fauvel du même endroit, âgée de 19 ans, fille de Pierre Fauve ou Fauvel et de Marie Parenteau (59).

Ils eurent cinq enfants, des filles dont l'ainée, Geneviève fut religieuse Ursuline sous le nom de St-Louis et est décédée en juillet 1776.

Madame de la Grange a été inhumée dans l'église à Québec, le 13 décembre 1702.

Il y avait un médecin du nom de Léger de la Grange à Champlain en 1700 (60). Il y avait aussi à Québec dans le mois de mars de l'année 1700 un marchand qui s'appelait Jean Léger de la Grange (61).

DE LA PERLE, Sieur.

Le Sieur De la Perle était chirurgien de l'habitation des Trois-Rivières (62).

a. Reproduction interdite.

57. Tanguay : *Dict. Généal.*, vol. I, p. 167.

58. Rég. N. D. de Québec, 25 décembre 1691.

59. Tanguay : *Loc. Cit.*, vol. I, p. 228.

60. Tanguay : *Ib.* vol. I, p. 371.

61. Jug. et Dél. du Cons. Souv., vol. IV, p. 401.

62. Relation des Jésuites, 1637 p. 21.

DE LA PLANCHE, Jean.

Lorsque Jean de la Planche est arrivé à Québec en 1668 il s'est engagé comme commis apothicaire mais se disait chirurgien (63).

DE LAXADE, Jean Baptiste.

Jean Baptiste de Laxade ou de Laxague était de Bayonne et vint à Québec comme chirurgien du navire *L'Infante Victoire*. Il entra à l'Hôtel-Dieu du P. S. le 28 septembre 1750 et y passa 15 jours (64).

DE L'ISLE Henry.

Charles Chartier, marchand à Québec, était avec Perthuis, Poisset, Berry, Fauvel etc., à se divertir chez un nommé Lagrassie, marchand de cette ville. Pendant la soirée Chartier s'est amusé tellement que quand le lendemain il a découvert qu'il n'avait plus de cheveux il n'a pu dire ni quand, ni comment ils avaient disparu. Après quelque temps il apprit que Henry DeL'isle, chirurgien à Québec, avait prêté ses ciseaux au sieur Jung. Chartier fit citer le chirurgien devant le juge de la Prevôté, qui condamna ce dernier le 30 mars 1696.

Jung était allé à la guerre contre les Iroquois qui n'auront pas demandé mieux que de le scalper (65).

DELPÈCHE.

Le sieur Delpèche, chirurgien major, avait été à Halifax, N. E., où il a fourni les remèdes nécessaires aux soldats et aux marins français malades dans cette ville.

63. Note de Mr. Philéas Gagnon conservateur des Arch. Jud. Québec.

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

65. Jug. et Dél. du Cons. Souv., vol. IV, pp. 28, 36.

Le 31 août 1756, le Président du Bureau de la Marine envoie à M. le Marquis le Gouy un ordre en paiement des remèdes fournis par le chirurgien major Delpèche (66).

DE MONTFERRAND, Pierre dit CHEVALIER.

Pierre De Montferrand, né à Paris en 1732 était de la Compagnie de Fonville en 1750 quand il entra le 15 octobre à l'Hôtel-Dieu du P. S., Québec où il demeura pendant dix jours. Le 27 novembre suivant il y revint comme chirurgien et y demeura jusqu'au 4 mai 1751 (67).

DEMOSNY, Jean, père.

C'est ainsi que signait Jean Demosny mais on trouve ce nom écrit: De Mosny, de Mosny, DeMony Demony, Mosny, Mony, Moni. Dans les Annales de l'Hôtel-Dieu du P. S., Québec, il est toujours appelé Jean Baptiste de Mosny.

Il était maître-chirurgien en la ville de Québec (68) et chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu du P. S., du même endroit (69). Il était aussi Lieutenant des chirurgiens de cette ville. On lui donne ce titre dans un contrat fait le 8 août 1685 devant Pierre Duguet, notaire, entre la fabrique de Notre Dame de Québec et Claude Bailly a propos de réparations à faire au clocher de la cathédrale (70).

Jean Demosny est né en 1643 et était fils de Paul Demosny et de Marie Filleul, de Grande, évêché de Lisieux, Normandie (71).

66. Report concern. Can. Arch., year 1905, vol. I, *Orders of the King and Despatches*, p. 231.

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

68. Edits et Ordon., vol. II, pp. 74-75.

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

70. Arch. du Séminaire de Québec.

71. Tanguay : Dict. Généal. vol. I, pp. 178-440; vol. III, p. 331.

“ Le 9 janvier 1673, après fiançailles et publications de trois
“ bans de mariage Jean Demosny, épousa Catherine Fol, native
“ de Lions, en Normandie, âgée de 23 ans, fille de Claude Fol,
“ Sieur des Marets, et d'Estiennette Michel de St-André de
“ Fornu-sur-Saulne, évêché de Châlons, Champagne » (73). Ils
furent mariés par Louis Ango de Maizerets, curé de Québec.
C'était l'unique mariage du mois dans cette ville. Le contrat
de mariage fut passé devant Pierre Duguet notaire le 31 dé-
cembre 1672.

Tanguay dans le premier volume de son dictionnaire, page 178, nomme sept enfants comme étant issus de ce mariage tandis qu'à la page 440, sous le nom de Mosny, il n'en mentionne que deux, Marie Angélique et Jeanne Thérèse. Dans le Régistre de N.-D. de Québec, on trouve les actes de baptême de sept enfants qui ont eu pour mère Catherine Fol et pour père Jean Demosny. Il y avait deux garçons et cinq filles. Le premier-né Jean fut médecin. Catherine à quinze ans épousa un nommé Henri Lamarre. Deux furent religieuses hospitalières à l'Hôtel-Dieu du P. S. à Québec: 1^o Marie Angélique, sœur St-Agnès, qui entra au noviciat, le 18 mai 1658, âgée de 15½ ans, prononça ses vœux en 1700 et décéda en 1702; 2^o Marie Thérèse, sœur Saint-Paul, qui entra en 1705 âgée de 18 ans, prononça ses vœux en 1706 et mourut en 1747 après 42 ans de religion (74).

Dans l'acte de baptême de Madeleine, l'avant-dernière des enfants du chirurgien, née le 22 février 1684, ce dernier est intitulé « Lieutenant du premier chirurgien du Roy, » et le

73. Rég. N.-D. de Québec.—Arch. H.-D. du P. S., Québec.—Tanguay: Loc. cit. vol. IV, p. 42.

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

parrain est appelé Anthoine Gordoau mais signe Antoine Beaulieu. C'était Gourdeau dit Beaulieu « contrôleur à la réception des castors au bureau des fermes, de ce pays » (75).

Demosny est venu très jeune dans le pays et fut pendant de nombreuses années chirurgien de l'Hôtel-Dieu du P. S., de Québec. A l'entrée dans cette maison de Marie Angélique Demosny, la Mère Marie Madeleine Hazeur de St-François, alors secrétaire, écrit : « Mademoiselle de Mosny ne payera pas de dot "en considération de ce que feu son père a servi trente ans à l'Hôpital en qualité de chirurgien-major » (76). Comme il est mort en 1687 il a dû débiter à l'hôpital en 1657 lorsqu'il n'avait que 14 ans.

Il demeura d'abord à la basse-ville, rue Sault-au-Matelot, (77) puis après 1676, à la haute-ville où il occupa une maison située au coin sud-est des rues Buade et Du Fort, dont le site est actuellement occupé par le Bureau de Poste. Après 1679, les actes de baptême des enfants Demosny ne disent plus que le docteur demeure à la basse-ville.

Celui-ci payait à la Fabrique de N. D. une rente annuelle d'une livre un sol pour l'emplacement qu'elle lui avait concédé, le 22 mai 1673 (78), sur le cloître de l'église « et sur lequel était bâtie sa maison. Le cloître de l'église était la censive de la paroisse N. D. de Québec, c'était le terrain situé autour de la Cathédrale, au sud-est, au sud et à l'ouest de cet édifice. Ce terrain est occupé aujourd'hui par la statue de Mgr de Laval, le Bureau de Poste, les maisons des rues Buade et de la Fabrique ainsi que par la place devant la Basilique (79).

75. Rég. N.-D. Québec.—Tanguay : Loc. cit., vol I, p. 279.

76. Ibid.

77. Arch. judic. de Québec.

78. Livre de Compte de la Fabrique N. D. de Québec, 1656 à 1716, folio 14.

79. Le plan de ce terrain ou censive est aux Archives du Séminaire de Québec.

Les clients n'étaient pas plus généreux à l'égard de leurs médecins au dix-septième siècle qu'ils ne le sont au vingtième. Ainsi Mr. Jean Baptiste Peuvret, sieur de Mesnu, Seigneur de "Gaudartville et Mademoiselle Catherine Nau sa femme "devaient à Jean Demosny, chirurgien la somme de soixante- "traize livres pour médicamens qu'il leur a fournis et à leurs "enfants." Les honoraires n'arrivant pas malgré des invitations réitérées le docteur fit saisir chez Romain Trespagny, le 29 oct. 1676, deux bœufs, la propriété du sieur de Mesnu. Ce dernier fit appel au Conseil Souverain qui déclara que la saisie était nulle et de nul effet mais condamna l'appelant à payer le montant réclamé.

Le 15 mars 1677 Demosny saisit entre les mains de Jean- "Baptiste Morin Rochebelle, Noël Pinguet etc., et autres habitants de la seigneurie de Gaudartville ce qu'ils devaient au sieur "Peuvret de Mesnu tant pour lods et ventes cens et rentes que "autrement.

"La cour a condamné et condamne les dits deffendeurs de "payer et vider leurs mains de ce qu'ils doivent chacun en "particulier pour lods et ventes des acquisitions qu'ils ont faictes "dans la dite seigneurie de Gaudartville sur le pied de leurs "contracts D'acquests, en celle du demandeur jusques à la "concurrence de la dite somme de quatre-vingt-traize livres et les frais " (80).

Jean Paul Maheu, de l'Isle et comté de St-Laurent (Isle d'Orléans), devait à Jean Demosny la somme de soixante livres pour soins professionnels et médicaments. Cette dette n'a été acquittée que longtemps après la mort du chirurgien (81).

80. Edits et ordon., vol. II, pp., 74-75, 15 mars 1676. Jug. et Dél. Cons. Souv., vol. II, pp. 88, 115.

81. Jug. et Délib. du Cons. Souv., vol. V, pp., 1039-1048-1049-1055.

Demosny était marguillier en charge de la paroisse N. D. de Québec en 1684-5 et rendit ses comptes le 31 mars 1686. On y voit que le loyer des bancs avait rapporté la somme de 273 livres 10 sols (82). Il était remplacé dans le banc d'œuvre par son collègue et ami le docteur Timothée Roussel qui rendit ses comptes le 30 janvier 1689 "en l'Hôtel de Monseigneur l'évêque." (83).

Deux des clercs du docteur avaient noms Martin et Pellerin ; plus bas on lira une copie du brevet que ce dernier a passé avec son patron. Demosny mourut le 29 juillet 1687 agé de 44 ans et fut enterré dans le cimetière de la paroisse le lendemain. Son nom est mentionné aux Arch. du Séminaire de Québec au sujet d'une « messe basse fondée et à dire tous les ans, le 29 juillet, pour monsieur Moni ».

D'après une lettre de la mère Juchereau de St-Ignace madame Demosny ne serait pas restée riche après la mort de son mari (84)

Lorsqu'elle s'adressa à la veuve de défunt Pierre Duguet, de son vivant notaire, pour avoir une copie de son contrat de mariage, elle s'aperçut "que le dit contract avait été signé en la "minutte ny du dit notaire ny des témoins y denommez". Alors elle présenta une requête au Conseil Souverain "demandant de "lui accorder des lettres de supplément pour valider son contract." Le conseil décida "que [la signature de Monsieur le "comte de frontenac lors gouverneur et Lieut. Général pour le "Roy en ce pais et des personnes considérables qui ont assisté à "la passation du dit contract, avec celles des parties Mesme du "père de la dite Vefve de Mosny seroient suffisante pour la validité d'iceluy" (85).

82. Livre des délibérations de la Fabrique de N. D. de Québec.

83. Ibid.

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

85. Jug. et Délib. du Cons. Souv., vol. III, p. 247.

Voici copie de ces signatures :

« Demosny, Catherine Fol, Fol des Marets, Louis Buade Frontenac, Bazire, Varnier, D Comporté, Marie Bazire, Du Challoy. Roger Bellettre, Daumont, Geneviève Macart, Magdelaine Daumont, Raudin, Louise de Mousseaux, Elizabeth Auber, Marie de la Garainne, N. Gauvreau, P. Nolan, Daumont St Lusson (86).

En janvier 1691, quatre ans après la mort de son époux Madame Demosny convola en secondes noces, à Québec avec Claude Chasle, âgé de 43 ans, fils de Charles Chasle et de Françoise Peignier de Ste Foy, évêché de Chartres, et veuf de Andrée Lépine. Chasle était père de huit enfants dont quatre étaient mariés, deux morts et deux à la maison (87). Tanguay, (vol. III, p. 36), ignore tous ces enfants excepté le premier-né.

Madame Chasle eut deux enfants dont le premier ne vécut que deux ans; l'autre fut ordonné prêtre en 1717 et mourut curé de Beaumont en 1754 (88).

“ Claude Chasle, au nom de sa femme Catherine Fol veuve
 “ de Jean Demosny reclame de Jeanne Siméon devant le Conseil
 “ Souverain la somme de quarante livres pour pensements et
 “ médicaments faits et fournis par son defunt mari à defunt Jean
 “ Jobin et Jeanne Siméon sa veuve et femme de Jacques
 “ Laberge. ”

“ Les parties ont été renvoyées hors de cours ” (89).

86. Ibid.

87. Tanguay : Loc. cit. vol. I, p. 121, vol. III, p. 36.

88. Tanguay : Loc. cit. vol. I, p. 22.

89. Jug. et dél. Cons. Souv., vol. III, p. 1047, 8 août 1695.