

PAGES

MANQUANTES

MALADIES
de
L'INTESTIN

Lactimase

Ferment lactique pur 2 à 6 comprimés par jour
COUTURIEUX, 57 AV. D'ANTIN
PARIS.

Le Bulletin Médical de Québec

Abonnement : \$2.00 par année



JUILLET 1910

SOMMAIRE

Intérêts professionnels

481 — Congrès de Sherbrooke.

Travaux originaux

483 — La dyspepsie gastrique. — Dr A. Rousseau.

502 — Pour lire en attendant bébé. — Dr Aurèle Nadeau.

Variétés.

465.—Notes pour servir à l'histoire de la médecine dans le Bas-Canada, etc.— Dr Ahern.—(Suite).

FURONCLES, ANTHRAX,
Suppurations, Diabète,
Grippe, Leucorrhée,
Constipation, etc. LA

LEVURINE

de COUTURIEUX, 57, aven. d'Antin, Paris
est le seul vrai produit de ce nom
derivé de la LEVURE DE BIÈRE
En Cachets, en Poudre et Comprimés

INAPPÉTENCE
DYSPEPSIE—ENTERITES
NEURASTHÉNIE
CONSTIPATION

Oenase

Ferments du Raisin 2 à 4 comprimés par jour.
COTRIEUX, 57 AV. D'ANTIN
PARIS

DIRECTION SCIENTIFIQUE

- A. SIMARD, Professeur d'Anatomie pratique, de Médecine opératoire et de clinique chirurgicale à l'Université Laval, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Membre du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.
- A. ROUSSEAU, Professeur de Pathologie générale et de Clinique médicale à l'Université Laval, Médecin de l'Hôtel-Dieu.
- A. PAQUET, Professeur d'anatomie pratique, Assistant à la clinique chirurgicale, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

COLLABORATION SCIENTIFIQUE

- M. AHERN, Professeur d'Anatomie et de Clinique chirurgicale. Chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Membre du collège des médecins.
- D. BROCHU, Professeur de Pathologie interne et de Clinique médicale à l'Université Laval, Médecin de l'Hôtel-Dieu, Surintendant de l'Asile des Aliénés de Beauport, vice-président du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.
- S. GRONDIN, Professeur d'obstétrique et de gynécologie, gynécologue à l'Hôtel-Dieu.
- R. FORTIER, Professeur d'hygiène, de médecine infantile, et de clinique de maladie des enfants.
- N. A. DUSSAULT, Professeur des cliniques ophtalmologiques et rhino laryngologiques à l'Hôtel-Dieu.
- EUG. MATHIEU, Professeur de Physiologie, et de Clinique interne à l'Hôtel-Dieu.
- P.-C. DAGNEAU, Professeur d'anatomie descriptive, Assistant à la clinique chirurgicale, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.
- R. MAYRAND, Professeur agrégé à l'Université Laval, chargé du cours de Dermatologie et de Bactériologie.
- C.-R. PAQUIN, Membre du Bureau des Médecins.
- D. PAGÉ, Surintendant du service médical des émigrants à Québec.
- ALEX. EDGE.
- ACHILLE PAQUET.
- A. VALLÉE, Professeur agrégé, Anato-pathologiste à l'Hôtel-Dieu.
- P.-A. GASTONGUAY,
- O. LECLERC.
- G. PINAULT.
- JOS. VAILLANCOURT.
- P.-A. SAVARD.

DIRECTION DE LA SOCIÉTÉ DE PUBLICATION DU
BULLETIN MEDICAL DE QUEBEC

- M. AHERN, Président ; D. BROCHU, C.-R. PAQUIN,
D. PAGÉ, A. SIMARD, A. ROUSSEAU,
N.-A. DUSSAULT, P.-C. DAGNEAU, administrateur.
R. FORTIER, secrétaire.

INTERETS PROFESSIONELS

LE CONGRES DE SHERBROOKE

Le Ve Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, a réuni à Sherbrooke, le 23 août dernier, deux cent cinquante médecins venus de toutes les parties du Canada et des Etats-Unis. Hâtons-nous de le dire, ce congrès a obtenu un succès complet au moins égal à ceux de Québec, Montréal et Trois-Rivières; aux organisateurs, nous offrons donc nos plus sincères félicitations, félicitations d'autant plus méritées que le nombre restreint de travailleurs et le mauvais vouloir auxquels ils se sont heurtés en certains milieux ont rendu plus pénible l'organisation et par suite la réussite de ce congrès.

Après le discours d'ouverture de l'Honorable Docteur Pelletier, président général du Congrès, Mgr l'évêque de Sherbrooke a souhaité aux congressistes la bienvenue, et il a dit tout le plaisir qu'il éprouvait de les voir réunis dans son séminaire et a exprimé des vœux pour la réussite de ce Congrès. MM. les Docteurs Décarie et Kennedy ont ensuite présenté leur rapport sur l'hygiène scolaire. Nombre de dames assistaient à cette réunion d'ouverture.

La séance du lendemain a été presque entièrement occupée par les rapports du professeur Rousseau, qui a traité, en maître qu'il

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

Iodurase

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

est, les dyspepsies gastriques; le docteur Leclerc a suivi avec un exposé de la dyspepsie intestinale. Nous publierons ces rapports in extenso,

La question de l'appendicite chronique bien élaborée par le professeur Art. Simard a donné lieu à une vive discussion à

laquelle ont pris part l'hon. professeur Guérin, les professeurs Brochu, Simard, Vallée, les docteurs DeMartigny et St-Pierre.

À la séance de l'après-midi plusieurs travaux intéressants ont été présentés. Après une étude faite par le Dr Bourgeois de Trois-Rivières, sur la syphilis, un comité a été formé dans le but d'étudier la question et faire rapport à la prochaine réunion du Congrès.

Une promenade en automobile nous a permis de juger par nous-mêmes que la coquette ville de Sherbrooke méritait bien son surnom de reine des cantons de l'Est.

Le Congrès a continué de siéger en comité général à la reprise du soir. Plusieurs travaux ont été présentés, discutés, notamment, un exposé de la méthode de Baccelli par le Dr Saint-Jacques (de Montréal) pour le traitement du tétanos.

Jeudi, le 25, une promenade sur le lac Memphramagog a joyeusement terminé ce Congrès, sans contredit l'un des mieux réussis, et nous réitérons aux organisateurs nos félicitations les plus sincères.

Le VIe Congrès aura lieu à Montréal en 1913. Les officiers sont:

Président: Pr. Hervieux, Montréal.

V.-Présidents: Pr. Rousseau, Québec. Dr Ledoux, Sherbrooke.

Secrétaire: Dr Bourgeois, Montréal.

Trésorier: Dr Chagnon, Montréal.

O. L.

6 sept. 1910.

TRAVAUX ORIGINAUX

LA DYSPEPSIE GASTRIQUE

Rapport présenté par le Pr. Rousseau, (Québec), au Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, tenu à Sherbrooke, les 23, 24, 25 août, 1910.

Il serait impossible de trouver au terme dyspepsie une définition qui puisse être acceptée par tous les auteurs. Au premier abord, ce mot semble devoir désigner uniquement des altérations dans le processus des transformations alimentaires. Mais les viciations de ce processus et surtout son insuffisance et son ralentissement n'entraînent souvent aucun désordre sensible. Ce n'est pas rare même que la suppression de la digestion stomacale passe inaperçue. Suivant une loi générale de la nature, qui rattache à plusieurs organes, plutôt qu'à un seul les fonctions essentielles, l'intestin peut suppléer complètement l'estomac inactif. Celui-ci amoindri ou annihilé même dans certaines de ses fonctions devient en état d'infirmité plutôt que de maladie tant qu'il n'est pas ou dès qu'il cesse d'être le siège de ces réactions désordonnées qui sont l'essence de la morbidité.

Si donc le terme de dyspepsie stomacale peut être appliqué à la viciation de la digestion proprement dite, il désigne plus justement les apparences qui accompagnent l'acte digestif, la dyspepsie étant liée au dérèglement de l'estomac plutôt qu'à l'insuffisance de sa fonction chimique. C'est par suite faire entendre d'une façon simple et compréhensible à la fois ce qu'elle est en réalité que de la représenter comme un désordre sensible des fonctions stomacales.

Or trois fonctions principales sont dévolues à l'estomac : une

fonction chimique, une fonction motrice et une fonction sensitive. Il y aura dyspepsie toutes les fois que, pour une cause ou pour une autre, isolément ou simultanément sera empêché d'une façon nuisible à l'organisme, l'exercice bien ordonné de ces fonctions.

La fonction chimique de l'estomac est liée principalement à la sécrétion de l'acide chlorhydrique et de la pepsine qui digèrent les albumines, accessoirement à la sécrétion de la présure qui coagule le lait et à celle d'un ferment qui dédoublerait les graisses.

L'importance des sécrétions peptiques et chlorhydriques a sollicité des recherches patientes qui ont abouti à la détermination assez précise de toutes leurs variations possibles, et pendant un temps on a pu croire que cette connaissance allait apporter la solution entière du problème des dyspepsies.

Malheureusement il n'y a de rapport ni constant, ni très étroit entre le degré d'activité sécrétoire de l'estomac et les manifestations dyspeptiques, et ce serait, sinon se montrer arriéré, du moins aller à l'encontre de l'opinion commune que diviser les dyspepsies en hyperchlorhydriques, hypochlorhydriques et anachlorhydriques.

Par suite, si l'examen du suc gastrique conserve une grande valeur dans l'étude des dyspepsies, c'est qu'il nous renseigne mieux que toute autre recherche, sur l'état de la muqueuse gastrique dont les diverses variétés d'inflammations se relient à des types sécrétoires déterminés. Nous savons en effet, grâce aux remarquables travaux de M. Hayem que le type hyperpeptique se rencontre dans la première phase des gastrites parenchymateuses, mixtes et interstitielles; que la gastrite régénérative au début et les phases avancées des gastrites parenchymateuses, mixtes et interstitielles donnent l'hypochlorhydrie; et que l'apepsie est la conséquence enfin de certaines gastrites interstitielles ou mixtes subaiguës, des lésions dégénératives complètes et de l'atrophie totale de l'estomac.

Il est vrai que les mêmes types sécrétoires peuvent appa-

raître, sous des influences nerveuses, en l'absence des lésions inflammatoires, mais l'ensemble des symptômes et de l'évolution d'une affection gastrique permettent le plus souvent de reconnaître ces dernières sur les indications données par le chimisme. L'état de chimisme auquel est subordonné la fonction digestive de l'estomac n'a d'ailleurs pas sur l'apparition des phénomènes dyspeptiques une action aussi négligeable qu'on semble le laisser entendre dans certains endroits. Ainsi souvent l'hyperchlorhydrie et l'hyper-sécrétion entraînent des manifestations douloureuses spéciales, coïncidant avec l'acmé de la sécrétion chlorhydrique, disparaissant sous l'influence des alcalins et des substances albumineuses, toujours liées, dans leur forme bien caractérisée, à cette hyperchlorhydrie ou à cette hypersécrétion. Quelle que puisse être l'inconstance de pareilles manifestations, il est impossible de ne pas les rattacher, comme à leur cause efficiente, sinon suffisante, à ce type sécrétoire.

L'hypochlorhydrie et l'anachlorhydrie ne se traduisent pas elles-mêmes du moins, par aucun symptôme gastrique spécial. Elles influencent le fonctionnement de l'intestin plus que celui de l'estomac et il existe en particulier des diarrhées persistantes dues à l'insuffisance gastrique que l'administration de l'acide chlorhydrique fait disparaître grâce à l'action stimulante qu'il exerce sur la sécrétion pancréatique.

Dans l'estomac même on voit cependant apparaître tardivement après les repas chez les hypochlorhydriques des malaises plus ou moins douloureux qu'il faut bien attribuer à l'insuffisance des sécrétions puisque l'usage de la gastérine de Frémont et des préparations acides exerce sur eux la plus heureuse influence. De telles douleurs chez les hypochlorhydriques sont évidemment imputables à des fermentations anormales. Il est établi en effet que la faible teneur du suc gastrique en éléments acides favorise les fermentations lactiques et butyriques. Mais on ne peut dire que d'une façon générale, les fermentations anormales soient plus

importantes dans les estomacs hypoacides que dans les hyperacides.

Cette question des fermentations anormales n'est d'ailleurs pas encore bien élucidée. Il est fort probable qu'elle a, dans la production de la dyspepsie, une part plus large que ce qui lui est attribué en ce moment. Et lorsque seront mieux étudiées la nature intime de ces fermentations et les conditions multiples de leur production, lorsque seront déterminés avec précision leurs rapports certains avec les types sécrétoires et avec l'état de la muqueuse gastrique, l'étude des sucs digestifs aussi bien que des transformations alimentaires devra avoir, dans la pratique courante, un regain de faveur.

De plus les variations qualitatives et quantitatives de la sécrétion chlorhydrique, aussi bien que des variations évolutions, sécrétion accélérée précipite à l'excès l'évacuation stomacale et peut de ce fait déterminer des troubles plus ou moins ressentis. La même accélération sécrétoire et l'excès d'acidité chlorhydrique entravent l'action de la ptyaline sur les amylacés. D'autre part, le retard fréquent des sécrétions ralentit la phase gastrique de la digestion de même que l'hypersécrétion prolonge anormalement le séjour des aliments dans l'estomac.

On le voit, les modifications sécrétoires sont les conditions d'apparition de désordres très nets, plus ou moins retentissants dans le fonctionnement de l'estomac. Peu importe que la modalité de la souffrance, liée surtout à l'irritabilité propre de chacun, soit variable chez divers sujets pour les mêmes altérations du suc stomacal. Il n'en reste pas moins que ces altérations sont la cause première de la souffrance dans des cas nombreux, et à ce titre les troubles variés de la fonction chimique stomacale méritent d'être classés parmi les éléments morbides constitutifs de l'état dyspeptique.

Les troubles de la motricité stomacale ne participent pas moins largement à la pathogénie des manifestations dyspeptiques.

Dans des limites de temps assez fixe à l'état normal, l'estomac doit livrer à la digestion et à l'absorption intestinale les aliments accumulés dans sa cavité. Les solides y séjournent plusieurs heures pour y subir une désagrégation au moins partielle; le pylore ayant tendance à se contracter avec énergie au contact de toute masse quelque peu consistante. Les liquides, au contraire, après quelques minutes commencent déjà à s'engager dans l'intestin. Cette évacuation stomacale se produit, grâce à la succession à 10 ou 15 secondes d'intervalle de séries de contractions péristaltiques intéressant surtout la région inférieure de l'estomac. Elle est retardée, si pour une raison ou pour une autre, faiblesse congénitale, ptose, inanition, dépression nerveuse, l'énergie contractile et l'élasticité de l'estomac se laissent amoindrir, constituant l'atonie ou la dilatation stomacale.

L'estomac atone ou dilaté qu'il ne faut pas confondre avec l'estomac physiologiquement distendu a perdu la propriété de se retracter pour effacer sa cavité, lorsqu'il est vide et pour se mouler exactement sur son contenu, lorsqu'il renferme des aliments.

Dans cette condition l'action évacuatrice de la contraction musculaire, d'ailleurs affaiblie, est moins efficace, et il se fait une stagnation alimentaire, plus ou moins prolongée, qui peut aller jusqu'à la stase véritable. Dans ce dernier cas, exceptionnel et toujours passager au cours de la dilatation simple, il reste encore à jeun une quantité notable de résidus alimentaires dans l'estomac qui normalement doit être vide 5 à 6 heures après les repas. De la stagnation et de la stase résultent des troubles bien connus depuis les travaux de M. Bouchard sur la dilatation stomacale: ce sont entre autres des sensations de pesanteur, de plénitude et de distension, des douleurs tardives, des éructations parfois fétides, des régurgitations aigres et amères, des nausées, des vomissements même, de la gêne cardiaque ou respiratoire, de l'abattement nerveux. Il faut les rapporter principalement aux produits irritants ou toxiques des fermentations microbiennes plus

favorisées encore par le retard de l'absorption que par les conditions les mieux appropriées du chimisme, et aussi à la production considérable, à l'accumulation facile des gaz dans un organe devenu remarquablement extensible.

L'insuffisance motrice de l'estomac n'est cependant pas l'unique, ni le principal obstacle au transit des aliments dans l'intestin, et, à ce point de vue, elle est loin d'avoir des effets comparables aux rétrécissements pyloriques ou sous-pyloriques.

Une contraction tonique ferme normalement le pylore qui cède, nous l'avons vu, d'une façon intermittente, à la poussée intra-stomacale des liquides, mais se resserre sur les solides et dès que le suc acide de l'estomac va irriter la muqueuse duodénale.

L'imperméabilité de cet orifice peut se prolonger pendant un temps variable sous l'influence d'un véritable spasme, provoqué, soit par l'hyperchlorhydrie et l'hypersécrétion gastrique, soit par l'action réflexe d'une irritation périphérique, hépatique, rénale, génitale, intestinale, ou encore par un trouble du système nerveux central; soit surtout par une ulcération, une simple fissure au niveau ou au voisinage du pylore.

Dès que le spasme pylorique entrave notablement l'évacuation stomacale, si des lésions inflammatoires ou dégénératives avancées de la muqueuse ne s'y opposent pas, une hypersécrétion chlorhydrique tend à se produire qui devient continue dans certains cas où il persiste de la rétention à jeun. Aussi le spasme provoque-t-il l'hypersécrétion comme l'hypersécrétion primitive peut déterminer le spasme, mais celui-ci dans ce dernier cas aussi bien que toutes les fois qu'il est dû à une irritation à distance, n'entraîne pas une imperméabilité pylorique ni aussi constante, ni aussi prolongée que lorsqu'une ulcération est en cause. Il est même généralement reconnu que l'on peut conclure à l'existence d'une lésion du pylore, ulcère ou sténose organique, lorsque l'on constate le matin, à jeun, la rétention de quelques résidus alimentaires dans une quantité notable de sécrétion chlorhydrique ou simplement chlorurée; et

l'on s'arrêtera au diagnostic de sténose organique plutôt qu'à celui de rétrécissement spasmodique d'origine ulcéreuse, si les débris alimentaires sont abondants.

Ces troubles de la motricité entrent fréquemment en jeu dans des gastropathies de causes diverses, et réalisent un ensemble de manifestations que l'on a décrites sous le nom de syndrome pylorique. La douleur ainsi que les vomissements en sont les éléments prédominants. L'apparition de la douleur se fait toujours tardivement après les repas. C'est une chaleur ardente, une brûlure dont il faut accuser soit l'hypersécrétion secondaire, soit des acides organiques et autres produits de fermentations toujours actives dans les cas de rétention. Ou bien ce sont des crampes, une sensation de distention extrême ou de constriction, et on doit s'en prendre alors au spasme lui-même ainsi qu'à l'exagération des contractions péristaltiques de l'estomac. Quelle qu'elle soit, la souffrance est souvent atroce, et il est heureux que des régurgitations fréquentes et des vomissements plus ou moins répétés puissent y apporter un soulagement, non pas toutefois sans entraîner à la longue une altération de la santé générale. Le spasme du cardia n'a pas les graves conséquences pathologiques de celui du pylore. Il n'est toutefois pas un trouble négligeable. C'est lui qui crée cette impression de serrement à la gorge ou au niveau du sternum, qui tourmente tant de malades. Il s'oppose en outre, parfois d'une façon inopportune, aux éructations et aux régurgitations, et sa résistance aux vomissements nécessaires n'est pas sans présenter quelque danger.

De l'insuffisance pylorique, comme de celle du cardia, il n'y a que peu de choses précises à dire. Elles sont encore mal étudiées. La première affecte d'ailleurs plus l'intestin que l'estomac. La seconde, malgré ses rapports avec l'éructation, la régurgitation et le mérycisme qu'elle favorise, ne joue qu'un rôle effacé dans les dyspepsies. Je me garde donc de m'y attarder pour passer de

suite à l'étude essentielle des rapports qui existent entre les troubles de la sensibilité stomacale et les dyspepsies.

L'estomac normal est pourvu d'une sensibilité générale très obtuse et d'une sensibilité spéciale qui participe à la sensation de la faim. Celle-ci, qui est le stimulant nécessaire de la digestion gastrique, est sujette à devenir altération pathologique qui retentissant plus ou moins sur cette fonction. Je me bornerai à signaler, parmi ces altérations, comme l'une des plus propres à créer des désordres pénibles de l'estomac, une sorte de perversion grâce à laquelle le besoin des aliments se traduit soit par des douleurs, soit par des nausées et bien des vomissements pituiteux, soit par des phénomènes de défaillance.

Les troubles de la sensibilité de l'estomac n'arrêteront davantage. Il importe, en effet, de les bien connaître, car ils ne manquent jamais dans l'état dyspeptique; soit qu'ils les créent de toutes pièces; soit que, dépendant de quelques désordres constitués au préalable, ils soient la condition fondamentale de leurs manifestations extérieures.

D'une façon générale, l'exaltation de la sensibilité stomacale se rapporte à l'action prolongée de trois groupes de causes. causes locales altérant peu à peu la muqueuse gastrique et lui imprimant des lésions plus ou moins profondes; comme les médicaments, les boissons alcooliques, les aliments irritants ou mal mastiqués; influence du système nerveux central dans le surmenage, les émotions excessives, les préoccupations, le chagrins, affections durables d'un organe thoracique, comme les pneumopathies, les cardiopathies, la lithiase biliaire, l'appendicite chronique, etc.

Il peut arriver que des troubles notables de la sensibilité, s'ils n'intéressent que la sensibilité inconsciente ou réflexe, qui d'ailleurs à l'état normal est déjà très vive, ne soient pas directement perçus. Ils n'en sont pas moins capables d'éveiller du côté du cœur, du poumon, du système nerveux, des réactions redoutables,

dyspnée, suffocation, palpitation, arythmie, vertiges, céphalagie, accablement général, etc.

Ces réactions à distance s'associent le plus souvent aux troubles conscients de la sensibilité qui consistent soit dans des malaises, soit dans les douleurs véritables.

Les simples malaises d'estomac sont généralement imputables à la distension musculaire de cet organe, sous l'influence de l'hyperesthésie, la sensation de distension peut apparaître avec une tension intragastrique faible, de sorte qu'elle est naturellement fréquente et ne saurait par contre donner la mesure de la distension véritable. D'autre part, elle ne doit pas être nécessairement considérée comme le signe d'un état pathologique, car l'estomac normal est sensible à la distension, comme il l'est aussi au tiraillement; et s'il ne ressent pas habituellement sa réplétion, c'est qu'à mesure que son contenu augmente, il se relâche de manière à maintenir à peu près toujours égale sa tension intérieure. Que celle-ci augmente il en résulte de la souffrance même en l'absence de toute exaltation morbide de la sensibilité. Au contraire, toute douleur, provoquée par le simple contact ou par des excitations chimiques, suppose une hyperesthésie, ces sortes d'excitations passant toujours inaperçues à l'état normal, même lorsqu'elles sont très fortes.

Les véritables douleurs gastriques, qui rappellent aux malades tantôt une déchirure ou une torsion, tantôt une plaie ou une brûlure, ont leur siège principal sur un point très circonscrit correspondant au plexus solaire, situé sur le milieu et un peu à droite d'une ligne qui relie l'ombilic à l'appendice, et que l'on désigne sous le nom de point épigastrique. De là elles s'irradient suivant diverses directions, entre autre, dans le dos, vers la douzième vertèbre dorsale, vers les côtés du thorax surtout à gauche, vers la tête sous forme de céphalée. Elles apparaissent quelquefois régulièrement au même moment après les repas, comme les douleurs tardives déjà étudiées, dont la périodicité tient à ce qu'elles sont

habituellement produites par le contact avec la muqueuse hyperesthésiée d'un contenu gastrique qui devient plus irritant à une période avancée de la digestion. D'autres fois, les douleurs sont irrégulières, capricieuses, plus ou moins indépendantes de l'état de vacuité ou de plénitude de l'estomac, et surtout des qualités de son contenu. Dans ces cas, il existe toujours, comme l'a démontré M. Jean-Charles Roux, une hyperesthésie permanente du plexus solaire, dû soit à un état névropathique, soit à une maladie douloureuse de l'abdomen et décelable par une pression mesurée du point épigastrique.

De cette hyperesthésie du plexus solaire, d'où dérive l'innervation sensitive, sécrétoire, motrice et vaso-motrice dépend très souvent l'hyperesthésie de l'estomac. Bien plus, sitôt que le plexus solaire est en souffrance il faut s'attendre à voir se succéder tous les désordres gastriques possibles avec leurs irradiations éloignées que justifient les connaissances anatomiques et physiologiques de ce plexus important avec le cerveau et la moelle, aussi bien qu'avec les autres ganglions nerveux viscéraux.

L'hyperesthésie du plexus solaire ne fait parfois qu'engendrer des désordres isolés de la sensibilité stomacale. Les malaises et les douleurs sont alors trompeurs. Ils affectent l'estomac indépendamment de l'exercice de ses fonctions ou de son altération matérielle, ou encore ils rendent sensibles des phénomènes que leur régularité absolue devrait laisser passer inaperçus.

Plus souvent, avec la sensibilité, l'irritabilité générale de la muqueuse gastrique est accrue et toutes les réactions ont tendance à dépasser les limites ordinaires ou à s'écarter de leur mode régulier soit dans le domaine des actes sécrétoires, soit plus encore dans le domaine des actes moteurs, réalisant des anomalies qualitatives, quantitatives ou involutives de la sécrétion, des perturbations par excès ou par défaut de la motricité dont nous avons étudié les conséquences sur le fonctionnement de l'estomac.

Ainsi s'associent, se combinent dans des proportions inégales

et changeantes, quelle que soit la fonction primitivement atteinte, les divers désordres stomacaux, entraînant des manifestations morbides, le plus souvent complexes, et, malgré leur origine variable, toujours essentiellement les mêmes.

Tels sont les éléments constitutifs des dyspepsies. Par ce qui précède, on comprend que, s'il existe plusieurs variétés de dyspepsies, il est difficile que chacune d'elles prenne une forme fixe, spéciale et bien distincte. Sans doute, des formes symptomatiques plus ou moins nettes ont tendance à se reproduire avec assez de constance, par l'action particulière de certaines causes ou par suite de la prédominance, de l'altération de l'une des fonctions stomacales. Mais les types ainsi réalisés sont loin de se singulariser de façon caractéristique suivant la nature des groupes principaux de facteurs étiologiques, plusieurs causes différentes pouvant agir identiquement sur l'estomac, ou suivant les particularités pathogéniques qui président à leur développement, les aptitudes réactionnelles variant considérablement d'un sujet à un autre.

Il résulte de la confusion des signes entre des cas qui répondent soit à une étiologie, soit à une pathogénie différente une grande difficulté pour la classification des états dyspeptiques.

Il est inutile de revenir sur la division des dyspepsies en hyperchlorhydriques, hypochlorhydriques et anachlorhydriques qui ne tient compte que des désordres sécrétoires souvent accessoires ou absents. M. Mathieu lui a substitué une classification qui a le mérite de reposer à la fois sur des données pathologiques plus justes et plus larges et sur des similitudes symptomatiques dans deux groupes principaux de faits. Il distingue aussi l'hyperchlorhydrie et de la dyspepsie sensitivo-motrice qui comprennent chacune plusieurs formes. Cette classification basée sur la clinique et sur la pathogénie est satisfaisante. Mais elle reste attaquable en ce qu'elle réunit des faits disparates quant à leur aspect clinique ou qui relèvent d'un mécanisme pathogénique mal déterminé. De plus, elle a le défaut de ne fournir au traitement qu'une orien-

tation insuffisante, la thérapeutique pathologique et symptomatique des dyspepsies étant souvent impuissante ou illusoire.

A ce dernier point de vue la classification proposée par M. J.-Ch. Roux présente une incontestable supériorité. Il est vrai qu'elle est passible par ailleurs de graves reproches. Elle ne fixe, par exemple, aucun ordre propre aux principaux tableaux symptomatiques qui s'offrent à l'observation clinique, et elle ne fait nullement ressortir les désordres constitutifs prédominants des états dyspeptiques. Elle est basée uniquement sur des données étiologiques, mais elle les groupe de manière à les faire correspondre exactement aux indications thérapeutiques capitales. Cet avantage lui suffit pour l'imposer de préférence à toute autre. Elle offre d'ailleurs à l'étude clinique des syndrômes assez faciles à différencier d'après certains caractères qui tiennent à leur étiologie spéciale.

M. Roux établit trois groupes de dyspepsies :

1°. Les dyspepsies liées à une gastrite chronique, c'est-à-dire consécutives aux fautes d'hygiène alimentaire ou à l'ingestion de substances irritantes.

2°. Les dyspepsies nerveuses qui surviennent dans divers états névropathiques, comme la neurasthénie, l'hystérie, les psychoses.

3°. Les dyspepsies secondaires comprenant toutes celles qui sont dépendantes d'une maladie générale ou d'une affection viscérale capable de retentir chroniquement sur le fonctionnement de l'estomac.

Le premier groupe de cette classification devrait retenir principalement notre attention, s'il faut accepter les conceptions théoriques de la plupart des anciens auteurs et celles d'un certain nombre parmi les contemporains qui ont étudié les dyspepsies. Celles-ci auraient, d'après eux, pour condition habituelle, à peu près constante de leur développement, l'inflammation ou du moins la congestion de la muqueuse gastrique. Nous avons déjà vu

comme, suivant l'opinion de M. Hayem, les différentes modalités de la sécrétion sont subordonnées à l'état anatomique de la muqueuse. Ce serait également son infiltration inflammatoire qui commanderait la viciation des propriétés réactionnelles de la tunique musculaire et particulièrement atténuerait son énergie contractile. Elle modifierait également l'irritabilité nerveuse générale de l'estomac, et présiderait au réveil de sa sensibilité consciente. Si l'influence du système nerveux se fait sentir bien des fois d'une façon évidente sur le fonctionnement de l'estomac, c'est grâce alors toujours ou presque toujours à ce que celui-ci présente des lésions plus ou moins graves. Ces idées sont sans aucun doute pour le moins très exagérées, car on ne peut contester que divers désordres gastriques apparaissent dans des conditions qui ne laissent nullement supposer la participation d'aucune lésion, même passagère de la muqueuse. Mais il est certain qu'un grand nombre, disons la majorité des dyspeptiques doivent leurs souffrances à une irritation inflammatoire de l'estomac.

Il importe dans la pratique de distinguer les dyspeptiques de cette catégorie, mais ils n sont pas toujours faciles à reconnaître. Nous ne possédons pas de signes pathognomoniques de la gastrite chronique; nous ne la décelons que par un ensemble de renseignements plus ou moins significatifs. Grâce à une enquête soignée, nous apprenons des sujets qui en sont affectés qu'ils mangent trop ou trop vite, des aliments mal préparés ou de mauvaise qualité, pris irrégulièrement et à peine mastiqués; ou bien qu'ils abusent des épices, de l'alcool, du thé ou du café, ou du tabac; qu'ils font un usage habituel de médicaments toniques ou purgatifs; ou enfin qu'ils ont eu une maladie générale, infection, intoxication ou auto-intoxication, capable de développer une gastrite chronique. C'est souvent à la suite d'une série d'indigestions plus ou moins rapprochées qu'ils sont devenus dyspeptiques. Les symptômes qu'ils présentent n'ont en eux-mêmes rien de très particulier que d'être influencés régulièrement par la nature de l'ali-

mentation, toujours aggravés par des imprudences diététiques, amoindris au contraire ou supprimés par un régime alimentaire approprié.

L'examen objectif de l'estomac n'ajoute que des éléments habituellement négligeables à ces renseignements fournis par l'interrogatoire. En effet, si les dimensions comme la tonicité normale de cet organe peuvent être modifiées par l'inflammation chronique, le plus souvent elles ne le sont pas; et de même la sensibilité à la pression du point épigastrique n'est exagérée que dans le cours des crises douloureuses.

L'étude du chimisme stomacal fournit par contre des indications importantes toutes les fois qu'il révèle des altérations accentuées.

Le plus souvent dans les dyspepsies liées à la gastrite chronique nous observons l'une des modalités de la sécrétion hyperchlorhydrique. Dans ces cas plus rares nous trouvons une hypochlorhydrie très nette ou de l'apepsie. Chacune de ces altérations du suc gastrique dénote assez sûrement, nous l'avons vu, l'existence de quelque variété correspondante de gastrite chronique.

Mais de tous les signes qui tendent à établir les rapports d'une dyspepsie avec la gastrite chronique, le plus valable, sans contredit, est la disparition rapide de tous les symptômes de cette dyspepsie sous l'influence d'un régime alimentaire léger, et souvent nous sommes forcés d'instituer à titre d'essai ce régime comme moyen de diagnostic.

C'est donc que le traitement des dyspepsies liées à la gastrite chronique consiste essentiellement dans des prescriptions diététiques. Le régime doit être constitué par des aliments qui ont la double qualité de n'être pas irritants et de ne pas séjourner longtemps dans l'estomac, et plus ou moins sévère suivant la forme de la gastrite et suivant l'intensité de ses manifestations douloureuses.

Le deuxième groupe des dyspepsies comprend les dyspepsies

nerveuses qui surviennent dans divers états névropathiques où il ne faut pas confondre l'action bien distincte sur l'estomac, de la neurasthénie, de l'hystérie et des psychoses.

La dyspepsie fait partie du complexe symptomatique de la neurasthénie. Mais à quel titre? faut-il rapporter la neurasthénie à la dyspepsie ou la dyspepsie à la neurasthénie? Les souffrances dyspeptiques sont certainement aptes à faire apparaître des états asthéniques. D'autre part, n'est-ce que la neurasthénie ne puisse créer une viciation des actes digestifs, ce serait méconnaître l'action du système nerveux central dans l'innervation gastrique et de plus ignorer des faits d'observations cliniques absolument démonstratifs. Mais en outre la coexistence de la neurasthénie et de la dyspepsie s'explique, dans de nombreux cas, tant sont fréquentes ces deux affections, sans qu'il faille les subordonner l'une de l'autre, soit par une coïncidence fortuite, soit parce qu'un facteur étiologique commun, l'hérédité, se plaît à les associer en réalisant en même temps, indépendamment, grâce à des influences distinctes, une insuffisance congénitale de l'estomac et une faiblesse native du système nerveux. Que l'hérédité puisse produire et produise en réalité souvent une telle dégénérescence organopathique indépendamment d'une action générale sur le système nerveux, nous en avons pour ainsi dire chaque jour la preuve dans l'observation d'une foule de gastropathes de toutes les catégories, dont l'histoire pathologique est la suite et la reproduction fidèle des antécédents familiaux. Or, dans une bonne partie de ces cas, la neurasthénie se montre, aussi liée à des influences héréditaires voisines; elle se développe à côté de la dyspepsie, elle exerce sur elle une action plus ou moins manifeste et il devient difficile de dire si la dyspepsie est d'origine congénitale ou si elle dépend de la neurasthénie.

Mais quoi qu'il en soit de l'autonomie des processus dyspeptiques et neurasthéniques dans leurs rencontres fortuites ou dans leurs associations naturelles, il est possible d'isoler quelques

formes de dyspepsies qu'on décrit justement sous le nom de dyspepsies neurasthéniques.

Elles présupposent toujours l'existence des stigmates bien connus de la neurasthénie dont le plus impressionnant est cet état de perpétuelle inquiétude à propos de tout et à propos de rien qui est peut être le plus grand tourment des victimes de cette névrose. Ce sont le plus souvent des causes morales, chagrins, préoccupations, émotions de toutes sortes, nécessité angoissante d'un travail exagéré ou ennui du désœuvrement qui font éclater les phénomènes dyspeptiques; mais on les observe aussi après toute cause d'épuisement, surtout à la suite d'une maladie grave et de longue durée.

La nature de l'affection se caractérise par quelques particularités dans les désordres stomacaux. Ces désordres intéressent surtout la fonction motrice et la fonction sensitive réalisant deux types assez bien différenciés: la forme atonique et la forme douloureuse de la dyspepsie neurasthénique.

Dans la forme atonique existent des malaises locaux plus ou moins permanents, soit à jeun sous forme de tiraillements, soit après les repas sous forme de sensation de pesanteur et de chaleur, auquel correspond un état de souffrance générale souvent plus pénible encore, vague et indéfini toutefois, et dont le meilleur caractère est précisément d'être indéterminé.

Constamment l'atonie gastrique est manifeste. Le clapotage est facile à produire, 5 à 6 heures, 7 à 8 heures même après les repas, de même qu'à jeun à la suite de l'ingestion d'une petite quantité d'eau.

Enfin tous ces accidents sont plus fortement influencés par la fatigue et par les émotions que par les variations de l'alimentation et on peut dire que toutes les privations que s'imposent spontanément les malades ne leur procurent aucun soulagement ou marqué, ou durable.

La forme douloureuse de la dyspepsie neurasthénique est

caractérisée par l'intensité des souffrances. Ces souffrances n'ont pas d'horaire fixe comme celles de la gastrite et de l'ulcère et en diffèrent ainsi par le fait qu'elles ne sont pas régulièrement influencées par le régime alimentaire. Elles s'exagèrent toutefois fréquemment pendant ou après les repas, et, dans certains cas, elles sont suivies de régurgitations abondantes ou de vomissements. Mais une pareille exacerbation peut survenir aussi sous l'effet des émotions et de la moindre irritation abdominale. Le meilleur moyen d'identifier cette forme de dyspepsie consisterait, d'après M. J.-Ch. Roux dans les recherches de la sensibilité à la pression du point épigastrique. Cette sensibilité est toujours également très vive dans l'intervalle et pendant la durée des paroxysmes douloureux. L'hyperesthésie permanente du plexus solaire est à la fois le signe révélateur de cette forme morbide et la condition essentielle de son développement.

Comme la neurasthénie l'hystérie développe des troubles gastriques sensitifs et moteurs qu'il convient d'étudier avec soin, si l'on veut ne pas s'exposer à des erreurs regrettables dans la pratique; et certainement les manifestations gastriques de l'hystérie sont des plus trompeuses que produise cette névrose, soit qu'elle fasse croire à des altérations inexistantes, soit qu'elle voile, ce qui souvent arrive, une affection réelle comme la gastrite et l'ulcère. L'observateur perspicace devra cependant ne pas manquer, avec de l'attention et de la patience, de déceler l'hystérie même dans les accidents isolés et les plus inattendus qu'elle produise, grâce à la physionomie toujours spéciale dont elle revêt le moindre de ses désordres où finissent infailliblement par éclater les faiblesses de la mentalité hystérique, la suggestibilité, l'auto-suggestibilité et l'émotivité extrêmes.

Il y a toujours quelque chose d'excessif et de contradictoire dans les manifestations hystériques. Aussi les vomissements sont trop répétés, trop persistants, capricieux et avec cela remarquablement faciles et sans effets assez marqués sur l'état général.

Dans la gastralgie la douleur ne répond pas à des causes définissables, apparaît et disparaît d'une façon qui échappe à toutes les prévisions et se déroule au milieu de quelques manifestations de l'émotivité, crises de larmes, convulsions, tremblements, etc.

Par des particularités de même ordre, quelquefois aussi à l'aide de quelques modifications de la sensibilité cutanée ou profonde, zone hystérogène, hyperesthésie, anesthésie, propres à cette névrose, on distinguera des accidents identiques liés à d'autres causes tous les désordres que peut amener l'hystérie dans les fonctions stomacales.

D'un bon diagnostic pour l'hystérie comme pour la neurasthénie découlera un traitement logique efficace. D'une façon générale la dyspepsie neurasthénique se guérit par une bonne alimentation prudemment et intelligemment conduite, par le repos et par l'action des agents physiques. Le traitement de la dyspepsie hystérique relève de la psychothérapie et souvent exige l'isolement.

Les troubles gastriques liés aux psychoses proprement dites forment une dernière variété des dyspepsies nerveuses. En réalité les psychoses ont une faible action sur l'estomac, excepté toutefois la dépression mélancolique qui reproduit assez fidèlement le symptôme de la dyspepsie atonique. Les dyspepsies des psychoses sont le plus souvent de fausses dyspepsies. Ils consistent comme dans l'hypochlorhydrie, par exemple, dans des sensations qui résultent d'une idée obsédante et ne correspondant à aucun désordre stomacal.

Le troisième et dernier groupe des dyspepsies classées d'après leur étiologie comprend, nous l'avons vu, toutes celles qui sont dépendantes d'une maladie générale ou d'une affection viscérale capable de retentir chroniquement sur le fonctionnement de l'estomac. Elles sont décrites sous le nom de dyspepsies secondaires et forment un chapitre considérable de la pathologie gastrique. En effet, sans compter les maladies générales et les affections locales

qui ne font que toucher passagèrement l'estomac, il en existe un grand nombre qui l'affectent d'une façon durable.

Le mécanisme par lequel elles peuvent l'atteindre n'est pas le même dans tous les cas. Quelquefois les troubles gastriques tiennent à une intoxication comme dans l'urémie, l'empoisonnement urinaire et peut-être aussi dans la tuberculose, le rhumatisme et la goutte. Plus souvent la perturbation stomacale est la conséquence d'une irritation du voisinage qui se réfléchit sur l'estomac et réveille sa sensibilité pathologique. C'est pour cette raison que les affections douloureuses de l'abdomen sont parmi les plus aptes à produire ces dyspepsies. Je mentionne seulement parmi ces facteurs étiologiques, à cause de leur importance, la lithiase biliaire, l'appendicite, l'entéro-colite, les lésions utéro-ovariennes et surtout les ptoses abdominales.

Il est impossible dans les limites de ce travail de décrire dans leurs manifestations gastriques propres, chacune de ces affections. Qu'il me suffise de dire que sous peine de les méconnaître chez un grand nombre de dyspeptiques nous sommes tenus à un examen méthodique de tous les viscères abdominaux et même des organes plus éloignés comme le cœur et le poumon.

Il ne faudra pas conclure au caractère secondaire d'une dyspepsie donnée sur le simple fait de la constatation d'une affection douloureuse ou énervante du voisinage, mais seulement lorsque sera déterminée son influence réelle sur l'estomac, grâce surtout à la recherche des circonstances dans lesquelles se produisent ou s'exagèrent les manifestations gastriques et qui ne sont pas les mêmes évidemment dans les ptoses, dans la lithiase, dans l'appendicite et dans les lésions utérines.

Dans les cas difficiles un diagnostic inachevé d'abord sera complété dans la suite grâce à des essais de traitement contre la cause supposée de la dyspepsie, à moins que des raisons étrangères à cette dernière n'imposent une intervention radicale immé-

diète qui sera en même temps un moyen de leur définition et la preuve de sa nature.

Je termine sans m'arrêter aux états dyspeptiques liés à des lésions bien caractérisées de l'estomac, comme l'ulcère, la sténose organique du pylorie, le cancer.

Ces maladies développent des désordres stomacaux identiques à ceux que nous avons étudié et entraînent par suite, véritablement des dyspepsies. Mais, contrairement à ce qui existe dans la dyspepsie pure et simple, les désordres fonctionnels ne représentent qu'un élément accessoire dans des états morbides constitués par des lésions si importantes que seules elles sont à considérer sérieusement pour le pronostic comme pour le traitement.

C'est conséquemment avec raison que l'on s'est gardé de confondre dans un même chapitre les maladies organiques de l'estomac et les dyspepsies.

De ces dernières j'ai tâché de faire une étude aussi complète que possible et conformes aux données scientifiques les plus sûres. Mais ce n'est qu'un aperçu sommaire d'une trop vaste question, sur des points généralement connus. Je ne pouvais donc rien exposer qui soit nouveau. Mais les études d'ensemble servent au moins à attacher un instant notre attention sur des principes nécessaires dont nous écarte insensiblement dans la pratique la considération trop exclusive de faits particuliers.

Sherbrooke, 24 août 1910.

—:O:—

POUR LIRE EN ATTENDANT BEBE

L'Eclaircur, de Beauceville, vient d'imprimer à ses ateliers une édition canadienne de cet incomparable livre où Donnadiou a superbement vulgarisé l'hygiène de la première enfance.

Ceux qui l'ont lu déjà, ne s'étonnent pas du succès que ce

livre a eu en France, dans les colonies françaises et dans notre province de Québec.

Cette publication est un noble effort tenté pour venir au secours des jeunes mères qui, aux prises avec le grand problème de la maternité, n'ont si souvent à prendre conseil que de leur désespoir, ou, ce qui est pire encore, d'une série de commères à cervelles farcies de préjugés.

Il n'y a pas d'apprentissage pour le noble métier de mère. On lance une jeune fille en pleine océan et on se donne beaucoup de mal pour lui cacher les "mystères de l'onde". Et la pauvre enfant se trouve bien embarrassée le jour où "elle sent palpiter au plus intime de son être son amour tout vivant."

Que doit-elle faire pour assurer à ce petit être qui s'agite dans son flanc, et qu'elle aime déjà, toute la sécurité possible, "intus et extra"?

Que doit-elle faire, que ne doit-elle pas faire pour parvenir à l'heureux terme de sa grossesse.

Comment se préparer à l'évènement encore plus redouté que redoutable qui présidera à l'entrée de l'héritier sur "notre machine ronde"?

Puis l'enfant qui arrive n'est qu'une ébauche qu'elle a esquissée du plus pur de son sang et de son amour, mais qu'elle devra retoucher, consolider, perfectionner.

Comment assurera-t-elle le bon fonctionnement des organes destinés à nourrir l'enfant, c'est-à-dire à accomplir la plus élémentaire, la plus naturelle et la plus constante des fonctions biologiques?

Comment aidera-t-elle le bébé dans les premiers efforts de sa lutte pour la vie?

Le livre du docteur Donnadien est une réponse adéquate à toutes ces questions angoissantes qui assaillent l'âme de la jeune mère.

L'auteur appuie surtout et traite en maître l'importante ques-

tion de l'allaitement normal ou maternel. C'est dire que ce livre nous vient très à propos de ce côté-ci des mers.

C'est une question qu'on ne traite pas assez souvent et qu'on médite encore moins. Et pourtant, le facteur qui vient en premier chef dans la mortalité excessive de nos enfants, c'est bien le déplorable délaissement, l'abandon de l'allaitement naturel. Cette tendance désastreuse est un fruit sec de la civilisation Yankee qu'on cultive en serre chaude dans bien des quartiers de notre pays. Et c'est tellement passé dans les mœurs, qu'en certains endroits, il faut des arguments saisissants pour prouver que l'allaitement au sein est naturel à la mère et à l'enfant.

Oui, s'il faut en croire les faux Prophètes, le bon sens de l'humanité s'est étrangement égaré le jour où l'on a cru que le lait des accouchées pouvait servir à entretenir la vie des nouveaux-nés. C'était bon pour le moyen âge, mais aujourd'hui, comme dirait Molière: "On a changé tout cela!" D'un tour de main, on a imaginé des biberons à longs tubes en caoutchouc qui ont apporté beaucoup de "solid comfort" au sein des berceaux d'Amérique!... Et homni soit qui mal y pense!!...

... Puis, des Trésors de Nourrice, des Castoria de toutes les couleurs et de toutes les vertus, des "artificial foods", des systèmes d'alimentation très savants, très ingénieux, qui ne pouvaient jamais faire faillite!

Et quand elle est venue, la banqueroute de ce mauvais jeu, quand elle s'est faite évidente aux yeux de tous par une mortalité infantile des plus alarmantes, elle n'a pas réveillé de leur torpeur les avinés des fausses théories.

Le fatal élan était donné; les mauvais exemples venaient de haut et de partout, et les médecins complaisants s'entendaient avec les irréflechis pour passer le blaireau sur toutes ces maïseries, mettre le sceau de la science à tous ces travers, sanctionner toutes ces pratiques contre nature. Décidemment, on pouvait se passer de la Nature dans le Nouveau Monde, pays des incubateurs, terre

étrange où devait s'opérer " l'épanouissement de toute une humanité d'artifice ".

On ne semble pas réaliser ce que nous a valu de désastres et de malheurs la meurtrière puissance de ces principes de fausse civilisation. Que de maladies, de détresses, de misères, de deuils sont venus assombrir les foyers, ternir l'éclat du flambeau nuptial, rendre onéreux " les jougs doux et les fardeaux légers " que comportait la vie simple de jadis. C'est ce qui a conduit nos voisins au célibat prolongé avec " mariage des chauves ", au malthusianisme, à la stérilité, à ce que Roosevelt a si bien caractérisé d'un mot lapidaire " le suicide de la race ".

Instruisons-nous de leur exemple. Ce serait déjà assez d'avoir cette énorme mortalité infantile qui nous déshonore aux yeux des peuples civilisés. Arrêtons-nous là.

Notre clergé s'alarme à juste titre des progrès réels des doctrines de Malthus, du moins dans nos villes et villages. Je viens de lire dans le *Messenger Canadien*, de Montréal, un article magistralement écrit, et qui constitue un superbe cri d'alarme. Il y a certainement péril en la demeure, mais il est encore temps, et les malfaiteurs pas plus que les toqués, n'ont atteint le cœur de notre peuple. Il leur faudra quelques générations de plus pour détraquer et abrutir tout-à-fait une race qui avait en réserve de riches trésors de vigueur initiale.

Et on peut affirmer que le jour où l'on reviendra à la loi naturelle, au bon sens tout court, le jour où les forcenés du sévrage à outrance verront leur rage étouffée par les saines doctrines, ce jour-là, on aura écarté une des plus dangereuses " des occasions prochaines de péché ". Quand les femmes de notre génération referont leur devoir comme nos grandis-mères, il y aura encore de superbes familles de quinze enfants, chose éminemment louable à tous les points de vue. Mais il s'agira alors, comme autrefois, de quinze enfants issus de vingt-cinq à trente ans de vie matrimoniale, et non des chinoiseries de dix et quinze enfants en dix et

quinze ans, chose déplorable. Ces enfants seront plus viables, plus solides et on les conservera. Il en est de ces " chefs-d'œuvre de la création " comme pour les tableaux des peintres, qui, vernis trop vite et trop tôt, craquent et se fendillent six mois après l'achat. Revenons donc aux saines traditions des braves chrétiennes qui furent nos aïeules et détournons-nous des mœurs de Pékin et Hong-Kong. De cette manière, on aura rien perdu au point de vue des intérêts de la race, et les pauvres créatures qui portent le plus lourd du fardeau humain, auront, comme leurs devancières, une vie tolérable, qui vaudra d'être vécue, et elles ne chercheront point — détraquées en rupture de sens moral — de refuge dans les doctrines du faux prophète anglais. C'est un point de la question auquel notre dévoué clergé devra s'intéresser.

A ce propos, je me rappelle d'avoir assisté, un dimanche, à la grand'messe, dans une église de campagne du diocèse d'Orléans.

Le vieux prêtre qui monta en chaire parla avec beaucoup de sens, de savoir et de véhémence des devoirs des mères de famille en matière d'allaitement naturel. Donnadiou n'eut pas mieux dit. Revenu du premier moment de surprise, je compris que ce vénérable fils du vieux terroir orléanais était un patriote, et qu'en même temps, il faisait œuvre éminemment morale.

Ce superbe modèle sera longtemps avant de trouver ici des imitateurs. Nous nous sommes trop frottés contre la pudibonderie saxonne pour avoir conservé le droit d'appeler les choses par leur nom, surtout en public.

Dans notre pauvre pays, le grand argument qu'on invoque contre l'allaitement normal c'est qu'il *affaiblit*. C'est décidé, statué, et il semble qu'il n'y ait pas moyen d'en revenir. On l'a accusé d'être la cause de tous les bobos, ennuis, défaillances, etc., qui font suite à l'accouchement. Tout le monde le dit, et on se sent lié, rivé à cete croyance, avec un instinct de mouton de Panurge des plus édifiants. Une femme qui nourrit est généralement faible, et on accuse ceci d'avoir causé cela.

Erreur profonde!

Est-ce qu'il n'y aurait pas moyen de trouver d'autres raisons pour expliquer cette faiblesse?

Servons-nous de cette raison dont Dieu nous fit un beau cadeau. Creusons légèrement la question, non pas à coup de théories échevelées, mais à la simple lueur du gros bon sens.

Madame est faible, soit. Mais ne serait-ce pas, par hasard, parce qu'elle a produit de cinq à dix livres de chair organisée, aux dépens du plus pur et du plus riche de son sang, et cela à travers les fatigues de neuf longs mois de grossesse?

N'est-ce pas un peu aussi la débilité qui fait suite à tous les accouchements plus ou moins laborieux? On sait que la douleur épuise autant les centres nerveux que le travail en excès fatigue le système musculaire.

Et les relevailles plus ou moins accidentées, avec plus ou moins d'infection, ne peuvent-elles pas ici entrer en ligne de compte?

Et le moyen de corriger tout cela, ce serait de tourner le dos à cette bonne Mère Nature, et de se lancer à la dérive sur une mer d'artifice? N'est-ce pas plutôt ajouter encore à ses maux que de s'exposer aux chocs nerveux, à degrés variables, résultant de la suppression plus ou moins brusque d'une fonction qui ne demanderait qu'à suivre son cours?

Oh! s'il faut que celles qui gobent ainsi toutes les fadaïses, apprennent un jour la quantité énorme de salive qu'elles secrètent, et, entre autres, que leur estomac *distille* par 24 heures une moyenne de 8 litres (pintes) de suc gastrique, sans qu'elles en aient conscience tout comme le bon M. Jourdain pour sa prose!

... Voyez ici l'affolement! Imaginez si ça doit être affaiblissant, tant que ça...

Ce sera alors une course aux médecins, aux Warwick de la profession, ceux qui *font et défont* les fonctions vitales à la manivelle. Et sans doute que ces grands modérateurs biologiques ne

manqueront point de les pourvoir de la fiole ou de la pilule qui saura enrayer *ces flux débilitants de sécrétions*...

Et pourquoi serait-il plus permis d'intervenir dans la fonction de la glande mammaire? C'est plus à la portée des indiscrets et des téméraires, mais c'est aussi sacré. Cette glande fonctionne sous la poussée d'une loi immuable, inéluctable. Et Dieu ne changera pas les lois éternelles pour venir au-devant du caprice ou de la démence des Irlandais, des Canadiens ou de tous ceux qui ne savent pas lire dans son œuvre, la comprendre, et se conformer à ses indications.

Il n'en faut pas tant pour prouver le danger des idées préconçues de la science trop prestement improvisée. On comprendra qu'il faut être défiant à l'endroit de ces idées erronées qui peuvent nous ménager de tranquilles accommodements avec la conscience, mais qui ne sauraient tenir debout devant un examen approfondi. L'exercice *judicieux* d'une fonction naturelle n'a jamais affaibli personne, et Donnadieu nous prouvera que c'est même le contraire qui est vrai. Il nous apprendra que l'homme, avec ses finasseries, s'usera toujours les ongles toutes les fois qu'il voudra déformer l'œuvre du Maître de la Nature, qu'on ne viole jamais impunément les lois de la biologie, et que les peuples les plus policés, tout comme les Esquimaux, devront forcément revenir à *la tétine du bon Dieu*.

L'auteur expose d'une manière saisissante irréfutable, l'inanité des théoriciens qui ont prétendu que ce qui se faisait par nos mères ne pouvait être effectué par les femmes d'aujourd'hui. Il démontre que le bon vouloir et le savoir-faire peuvent tourner toutes les difficultés au grand avantage de la mère comme de l'enfant.

Donnadieu a tout simplement fait de son petit traité un écrin de bijoux. C'est étonnant de voir tout ce qu'on peut loger dans un petit livre! Il fourmille de renseignements et notions pratiques, de connaissances variées, le tout agrémenté de crocs-en-jambes humoristiques administrés "maestroso" à toutes les vieilleries.

Le style en est charmeur, éblouissant. L'attention du lecteur se rive à ses pages, grâce à l'attrait des sujets présentés, aux fines observations et au merveilleux talent qui a enjolivé les questions les plus arides. Et tout le monde y trouvera un exposé de faits et raisonnements à la portée des intellects les plus rudimentaires.

On dirait même que Dieu l'a écrit pour notre peuple tant il dénonce de nos préjugés, d'erreurs de nos commères, de niaiseries anti-hygiéniques de nos faubourgs et "concessions". A chaque page, on est tenté de s'écrier: "Que c'est donc bien nous"! Ca prouve que la folie humaine et notre inclination à l'erreur sont ce qu'il y a de plus uniforme sous toutes les latitudes.

Les médecins trouveront leur profit à lire ce livre et à le méditer. Il a, d'ailleurs, été couronné par l'Académie de Médecine et il a conduit son homme à la Légion d'Honneur. Il ferait bon aussi de le trouver entre les mains de mères de famille, de toutes les candidates à la maternité.

On voit, en ce pays, chez les femmes des autres nationalités, une petite bibliothèque privée, soustraite aux profanes regards des jeunes, où les mères s'inspirent. Quand on reproche aux nôtres leur manière d'agir, leur imprudence à violer l'hygiène, elles nous répondent avec beaucoup de justesse que pour connaître les bonnes méthodes il faudrait qu'elles les eussent apprises quelque part. Mais où donc peuvent-elles s'éclairer? Dans les almanacs? Mais ces bonnes petites brochures parlent peu d'hygiène; elles sont trop occupées à proner les grandes drogues qui doivent faire disparaître de la terre tous les maux de l'homme et de la bête: "Good for man and beast!"

Voyons donc à répandre les livres qui vulgarisent la vraie science si on veut détrôner l'ignorance. C'est une œuvre qui mérite d'enflammer les plus nobles cœurs. Et ne nous fions pas à l'État-Providence pour ce travail. Qu'il vienne de notre initiative privée, des efforts de tous les médecins sérieux qui ont des plumes et la force de les tenir.

Nos gouvernements envoient bien des conférenciers pour mon-

trer aux fermiers l'élevage des animaux, mais ils ont oublié ceux qui devraient venir *nous dire comment élever du monde*. Tel est le progrès chez nous!

Si on pouvait trouver dans notre province celui qui par sa position et son prestige ferait pour le livre de Donnadiou ce que Roosevelt a fait pour "la Vie Simple" du célèbre Pasteur Wagner, on aurait du coup procuré à notre race un de ses plus grands bien-fauteurs. Que de confort, de bien-être, et de bonheur on ferait luire sous des toits où il a fait affreusement noir jusqu'ici!!!

Mais, pauvres petits Latins que nous sommes, nous n'avons pas trop de toute notre verve pour les hautes œuvres de la *politicaillerie*. Après avoir dépensé le plus clair de notre avoir en fait d'enthousiasme, pour les étoiles de la politique, il nous reste peu de flamme pour les questions réellement sérieuses et sociales.

Nos médecins patriotes, présidents de clubs et autres prononcent de flamboyants discours aux fêtes de la St-Jean-Baptiste, pourquoi ne dirigeraient-ils pas leur attention et leurs ronflantes périodes du côté de la misère physiologique où croupissent nos mères, du côté des tout petits, qui ont pourtant *la rage de vivre quand même*, mais que l'ignorance nous tue, qu'elle rend infirmes, dont elle fait des êtres inférieurs, de futurs fardeaux pour la société.

Venons tout spécialement au secours de nos femmes. Elles vont à la maternité comme des aveugles qui côtoient un précipice. Elles apprennent ce qu'il faut savoir quand elles ont payé bien cher leur inexpérience, quand leur santé est à jamais compromise, que les mortalités ont désolé leur foyer, que leur chambre nuptiale est devenue un "mémorial de deuil écrit du doigt de la mort". Elles savent, par exemple, comment éviter les diarrhées d'été quand elles ont largement contribué au lourd tribut de chair humaine que la Province de Québec paie chaque année au Minotaure de la gastro-entérite. C'est un spectacle bien navrant de voir dévorer, décimer, faucher tant de rejetons d'une belle race!

Oh! comme on simplifierait la pathologie des enfants si les

mères savaient demeurer là où la nature les veut. Comme tous les médecins sont habiles dans le traitement des maladies éphémères des enfants normalement élevés. Et comme il en faut de la science boiteuse et des combinaisons savantes pour maintenir l'existence pitoyable, sans cesse chancelante, des pauvres petits deshérités de la nature qui s'accrochent à l'épave du biberon.!!!

C'est que le lait du sein maternel est un liquide vivant et vivifiant, chargé d'enzymes, de ferments précieux. Il est transmis directement—sans souillures d'étables, de mains malpropres, et de vases suspects—à la bouche de l'enfant, et à la température de son corps. Il provient de la même source physiologique qui a produit l'être nourri. C'est le véritable élixir de vie quasi-indispensable aux organes grêles d'un nourrisson tant pour entretenir sa délicate existence que pour le prémunir contre les néfastes influences des maladies.

Les plus belles découvertes du génie humain éblouiront le monde et le révolutionneront, mais jamais la synthèse la plus hardie et la mieux combinée ne réussira à réaliser toutes les conditions de l'allaitement maternel. C'est ici que la science retrouvera l'antique "non procedes amplius". Ce sera toujours le point où devant la Souveraine Nature, les hommes de tous les âges et de toutes les cultures resteront égaux.

Les grands maîtres de l'École médicale française ont toujours compris cette simplification de la médecine infantile "par voie naturelle."

Je me rappelle qu'un jour, l'illustre Comby avait même "résumé le débat" de façon théâtrale. Il s'agissait d'un bébé athrepsique, affreusement décharné, une victime, rare en France, du sevrage précoce. La mère, petite française qui semblait ne douter de rien, avait interrompu les dissertations du savant professeur à diverses reprises. Comme les cousines d'Amérique, il lui importait de savoir le *nom* de la maladie. Or, Comby, comme ses collègues Mery, Variot, Hutinel, et au rebours de nos patriarches du sevrage, est un ardent apôtre de l'allaitement normal *prolongé*.

Agacé par les interruptions de plus en plus pressantes de la petite mère, il eut un froncement de sourcils à la Bonnaparte, et lui dit vertement : " Madame, ce qui tue votre enfant, ce n'est pas ce qu'il " a, mais ce qu'il n'a pas : il n'a pas de mère, et c'est précisément de " cela qu'il meurt.!!! "

Que le Ciel fasse la grâce à nos petits enfants de la province de Québec de conserver ou de retrouver des mères!!!

Ce sera une féconde et belle prière pour tous les vrais patriotes.

Je tiens ici à remercier cordialement cet excellent docteur Donnadieu qui a donné gratuitement à *L'Éclaireur* la permission de faire une édition canadienne de son livre.

Si ce *véritable bréviaire des mères* fait dans notre pays tout le bien qu'il a fait ailleurs, il contribuera à enrayer ces lugubres processions de petits cercueils vers nos cimetières, ces hécatombes évitables qui nous désolent et Donnadieu a conscience que c'est autant de vies françaises qu'il aura sauvées.

Ce brave homme qu'un petit livre a rendu fameux, n'est pas l'inventeur de doctrines célèbres qui ont servi de thèses aux pâmoisons de ses contemporains.

Ce n'est pas un de ces " généraux en chambre " de l'armée médicale, c'est le bon grenadier qui est allé au feu tout bonnement, qui a vu des malades, les a étudiés, s'est instruit des leçons de l'expérience et de la responsabilité, et s'est constamment garé contre les exagérations et les emballements.

Disons pour tout comprendre dans un mot que c'est un médecin de bon sens, personnage plus rare qu'on le croit. Ce sont ceux-là, les vrais praticiens, qui font les œuvres durables. Et pendant que certaines théories étincelantes des Pontifes de la médecine, ont, un moment, des succès à l'abbé Lamourette, les œuvres des hommes pondérés demeurent.

Comme Musset disait de la Vérité : " le bon sens est éternel.!"

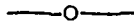
Beauce, juin 1910.

Docteur AURELE NADEAU.

NOTES

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA MEDECINE DANS LES BAS-CANADA DEPUIS LA FONDATION DE QUEBEC
JUSQU'AU COMMENCEMENT DU XIX SIECLE.

(Suite)



(Reproduction interdite)



BEAUMONT.

Le Dr Beaumont était chirurgien du 26^e régiment d'infanterie dans l'armée anglaise et était à Québec en 1773.

En 1768 le Dr Latham, chirurgien du 8^e régiment avait introduit dans le pays l'inoculation contre la petite vérole. En 1773, il prit le Dr Beaumont en société pour les inoculations. (1)

BLAIR.

Le chirurgien Blair a été enterré à Québec le 3 mai, 1771, âgé de 30 ans. Il appartenait à la compagnie d'artillerie. (2)

BONE, Hugh, M. D.

Hugh Bone, né à Ayrshire, Ecosse, en l'année 1777, étudia la médecine à l'Université de Glasgow (3) où il prit ses degrés.

-
1. *Gaz. de Québec*; No 455—Sept. 30, 1773, voir aussi notes sur Dr Bowman.
 2. Reg. de la Cath. anglicane, Québec.
 3. Addison's Roll of Graduate of the University of Glasgow. — Glasgow 1898 page 53

Il était aussi membre du Collège Royal des Médecins, de Londres (4), c'était un médecin militaire qui vint au Canada avec l'armée anglaise.

De 1825 à 1829 il résida à Québec où il était assistant inspecteur des hôpitaux militaires.

Le docteur James Douglas de Québec, dit dans ses mémoires que le Dr Bone lui avait sauvé la vie, quand il eut le typhus en 1828. (5) Il est mort à Pecaudy, Place Edinbourg, le 13 février 1858. âgé de 81 ans. (6)

BONNEFOND, Pierre.

Voir Passerieu.

BONNEFOYE, Sieur.

Le sieur Bonnefoye, chirurgien, était à Lachenaye le 5 juin 1766. (7)

Il avait pour épouse, Louise Poulin.

BONNEMER, Florent.

Frère jésuite de la Province de France.

Né en 1600—arrive au Canada en 1647; décédé à Québec, en 1683.

Il était pharmacien, même on l'a dit médecin. (8) "En cette qualité il avait rendu à la mère Marie de la Troche de St-Joseph, " religieuse Ursuline, d'importants services durant sa longue et " pénible maladie." (9) Elle est morte le 4 avril 1652, d'une ma-

4. Monks Roll of the Royal College of Physicians of London Eng.—2ème édition—vol. III p. 136.

5. Journals and reminiscences of James Douglas, p. 133.

6. Lettre du War office, Londres.

7. Tanguay : Dict. Gén. vol. II, p. 356.

8. Rel. des Jésuites; édit. Thwaites, vol. XXXIX p. 267,

9. Hist des Ursulines de Québec, vol. I p. 194.

ladié du cœur avec hydropisie. (10) pour laquelle le Dr Menouil lui fit des incisions dans les jambes. (11)

Bonnemer raconte que la mère Marie de St-Joseph lui est apparue sur le chemin, une heure après la mort de celle-ci. (12) Une autre fois, comme il allait à l'Île d'Orléans sur le pont de glace, il entendit la mère qui lui criait "arrêtez" et lui sauvait ainsi la vie car un peu plus loin la glace ne pouvait le supporter. (13)

Un bon jour on a trouvé que ce serait prudent de limiter les soins que le révérend Frater donnait aux personnes du sexe. L'extrait suivant du *Journal des Jésuites*, (14) octobre 1659, l'indique: "*Items De fr. Bonnemer, moderanda actio chirurgi circa foeminae neum sexum.*" En marge on lit: "*chirurgus non curet foeminas.*" Le chirurgien ne doit pas soigner les femmes.

BONNERME——

Bonnerme——accompagna Champlain en 1608 et fut présent à la fondation de Québec dont il fut le premier chirurgien. Il n'y avait pas longtemps qu'il était ici quand on l'accusa d'un crime qui aurait pu le conduire à l'échafaud, voici comment. Quelques jours après l'arrivée de Champlain il se fit un complot dont le but était de se débarrasser de ce dernier, de s'emparer du Fort et de le mettre entre les mains des Basques ou Espagnols qui étaient à Tadoussac. (15) Les séditeux espéraient ainsi s'enrichir. "Ils avaient d'abord décidé de mettre Champlain à mort " par le poison, puis par une trainée de poudre, mais l'apothicaire

10. Hist. des Ursulines de Québec, vol. I p. 177

11. Lettres de Marie de l'Incarnation par l'abbé Richardeau vol. I p. 525.

12. Hist. des Ursul. de Québec.—vol. I p. 193.

13. Lettres de Marie de l'Incarnation, vol. I. p. 530.

14. Rélat. des Jésuites, édit. Thwaites, vol. XIV, p. 115,

15. Champlain :— Œuvres—édit. Laverdière; vol. III, p. 149.

"(Bonnerme), auquel on avait demandé le dit poison, découvrit "le fait." (16)

Champlain dit qu'ils avaient pensé à un autre moyen de le tuer ; c'était de donner une fausse alarme la nuit et de le tirer aussitôt qu'il serait dehors. (17) Il dit de plus que c'était un serrurier nommé Antoine Natel qui révéla le complot au capitaine Testu, pilote de Champlain, au moment où, il partait pour Tadoussac (18) Les conspirateurs furent arrêtés. "*Je fis faire six paires "de menotes."*" dit Champlain, "*une pour notre chirurgien, Bonnerme, une pour un autre appelé la Taille que les quatre cédieux avaient accusés.*" (19)

Heureusement Bonnerme et La Taille purent prouver leur innocence et furent libérés, comme n'étant pas du complot. Le chef de la conspiration était un serrurier, nommé Jean Duval, qui avait été en Acadie avec Champlain en 1606 et y avait été blessé, à Port Fortune, dans la poitrine par une flèche. (20)

Après avoir subi leur procès les séditeux furent trouvés coupables. Jean Duval avoua son crime et fut pendu à Québec; les autres, furent envoyés en France où on les condamna aux galères. La Taille qui avait été arrêté avec Bonnerme, et qui fut libéré avec lui, est le même qui avait avec un compagnon, passé l'hiver de 1605-06 au Port François. (21)

Le chirurgien est décédé au commencement de 1609 à Québec du mal de terre (scorbut) ou de dysenterie; Champlain ne dit pas lequel. (22)

BONNET, Jean, dit La Chambre.

16. Lescarbot, Histoire la nouvelle France, édition Tross, Paris 1846—page 597.

17. Champlain.—loc. cit. vol. III p. 150.

18. Champlain.—loc. cit. vol. III p. 151.

19. Champlain.—Loc. cit. vol. III p. 153.

20. Lescarbot.—loc cit. p. 546.

21. Lescarbot.—loc. cit. p. 520.

22. Champlain Oeuvres — vol. III, p. 170.

Appelé aussi BONNET ou Bouvet.

Voir : Bouvet.

BORGNE, Joseph.

Joseph Borgne était médecin.

Il avait pour épouse Véronique Charlebois. Le 26 janvier 1787, il était à Lackenaye. (23)

BOUCHARD. Claude, dit Dorval.

Fils de Claude Bouchard et de Marie Frémon, de Montigny, en Picardie. (24)

Né en 1626.

Se marie : 1^o " à Québec, en 1650, avec Geneviève âgée de 13 " ans, fille de Thomas Hayot, fermier des Jésuites, à Beauport, (25) et de Jeanne Boucher. (26) En mars 1651 elle le " rend en même temps père et veuf. L'enfant ne fut qu'ondoyé " par le Père Dequen. (27)

2^o à Québec, le 20 novembre 1651, après 8 mois de veuvage, avec Marguerite Benard, âgée de 20 ans, fille de Denis et de Marie Michelet, de Chartre-sur-Montléry.

Six enfants naquirent de ce mariage.

Les deux premiers furent baptisés à Sillery ; les troisième et quatrième à Québec, et les autres au Château-Richer.

Madame Bouchard fut inhumée le 26 mai 1697 à Ste-Famille, I. O. (28)

Bouchard demeura à Sillery de 1649 à 1655, puis alla résider au Château-Richer.

Avec deux autres chirurgiens il avait soigné un habitant du Cap Rouge, *Michel Morin*, qui fut blessé par les Iroquois de

23. Tanguay : Dict. Gén. vol. II, p. 359.

24. Tanguay : Dict. Gen. vol. I p. 69.

25. Journal des Jésuites—11 juin, 1646.

26. Tanguay : loc. cit. vol. I p. 300.

27. Scott.—Notre Dame de Ste Foy—vol. I, p. 299

28. Tanguay ; loc. cit. vol. I, p. 69.

deux balles dans la tête et qui vécut vingt et un jours. Comme honoraires Bouchard reçut, “ *de la main des habitants du Cap Rouge*, avec la permission du sieur d’Auteuil, seize boisseaux “ de blé, à six livres le boisseau, provenant de la terre du dit “ *Morin.*” (29)

“ La terre de Bouchard, de quatre arpents de front sur douze “ et demi de profondeur, était l’avant dernière de la seigneurie de “ *Sillery*, à l’ouest, entre celles d’*Antoine Martin*, dit *Montpellier* “ et de *Jean Hayot*. Ayant élu ensuite domicile à la côte de Beau- “ *pré*, il vendit, pour cent livres tournois, à *Jean Gilbert* sa conces- “ sion de *Sillery*. Comme il l’avait eue en 1649 de *M. de Mont-* “ *magny*, et qu’il n’en avait pas de titre, il dut en obtenir un du “ *P. Dequen*, le 29 septembre 1678, pour toucher le prix de “ vente. (30) Cete propriété appartient à la famille *Neilson* au- “ *jourd’hui.*”

L’abbé *Scott* dit que *Bouchard* était le deuxième médecin de *Ste-Foy*; il regarde le charlatan *Dubok* comme ayant été le premier.

BOUCHARD, Etienne.

Etienne Bouchard, chirurgien de *Montréal*, était fils de *Pierre Bouchard* et de *Nicole Charland* (31) qui demeuraient à *Epernon*. (32)

Etienne est né à *Paris* en 1622.

Il est venu résider à *Montréal* en 1653. (33) Quatre ans plus tard le 6 octobre, il épousa à *Québec* *Marguerite Boissel*, âgée de

29. *Scott* : loc. cit. p. 298.

30. *Scott* ; loc. cit. p. 299—aussi p. p. 559-560.

31. *Tanguay* ; *Dict. Gén.* vol. I, p. 69.

32. *Roy P. G* : *Noms géograph. de la Prov. de Québec*, p. 209

33. *Tanguay* : *Dict. Gén.* vol. I p. 63.

14 ans, fille de Jacques Boissel, boucher à Québec, et de Marie Eripert ou Héripel. (34)

Neuf enfants naquirent de ce mariage, dont six furent baptisés à Montréal, les autres à Québec.

Marie Françoise, née en 1665, devint sœur de la Congrégation de Notre-Dame à Montréal, sous le nom de sœur *Saint-Paul*.

Une autre, Marie-Anne, baptisée à Québec, le 25 décembre 1673 eut pour parrain le Gouverneur, le comte de Frontenac et pour marraine Marie-Anne Fleureau, femme de Jean de Launay ou Launoy, chirurgien. (35)

Le Dr Bouchard est mort à Montréal en 1676, chez Jean Martinet ou Martinette dit Fonblanc ou Tourblanche, chirurgien.

En juillet 1676, ce dernier écrivait à l'intendant Jacques Duchesneau pour lui demander de faire enlever de chez lui, Martinette, le effets de Bouchard et suggère de les donner à Madame Bouchard et à ses enfants. (36)

La veuve Bouchard a convolé en seconde nocces à Québec, avec Julien Joyan, en janvier 1687.

Bouchard fut chirurgien à l'Hôtel-Dieu, Montréal, de 1659 à 1670. (37)

En 1655 il engageait un homme, pour l'année, aux gages de 280 livres du pays et une paire de souliers.

Il y avait ici les livres tournois et les livres du pays. L'argent du pays valait à peu près un quart de plus que celui de France ; ainsi une pièce de 15 sous français valait vingt sous ici. (38)

34. *Bullet. des Recherches Hist.* vol. IV, p. 36.

35. Cette lettre se trouve dans les Archives de la *Chicago Historical Society*. voir : rapp. sur les Archives du Canada ; rapp. de l'Archiviste 1905, vol. I, p. XXXV.

36. Arc. de l'Hôtel-Dieu de Montréal.

37. Roy P. E. : *Hist. du Notariat au Canada*, vol. I- pp. 239-240

38. Tanguay : *Dict. Gén.* : vol. II, pp. 374-380-vol. IV, p. 477.

Les îles Bouchard (Verchères) doivent leur nom à ce chirurgien. (39)

BOUCHER, Joseph, Sieur Desnois, chirurgien.

Fils de René Jean Loucher de Boucherville, et de Françoise Claire Charest, fille d'Étienne Charest, tanneur, de Lévis, et seigneur de Lauzon.

Il épousa, le 13 juin, 1729, à Varennes, *Agathe Hébert*, âgée de 16 ans, fille d'Augustin Hébert et de Marie Madeleine Girard, de Varennes.

Madame Boucher était morte en 1754, quand son unique enfant Claire-Agathe épousa Pierre Martel, à Verchères.

BOUCHETTE, Madeleine, sage-femme.

Vint au Canada en 1722 pour un an à 400 livres par an. (40)

BOUAT ou BOUET, François Marie.

Frs. Marie Bouat était fils d'Abraham Bouat, marchand de Montréal, et de Marguerite de Nervelet. (41)

Né à Montréal, en 1676, il épousa à Québec le 7 juin 1700, Marie Madeleine Lambert dit Dumont, âgée de 17 ans, fille d'Eustache Lambert-Dumont et de Sophie Varneck. (42)

Madame Bouat est morte en déc. 1722, trois mois après la naissance de son douzième enfant. (43)

Le 8 août 1723, après un veuvage de 8 mois, Bouat convole en seconde noces, à Montréal, avec Agathe Legardeur de Repentigny, âgée de 35 ans, fille de Pierre Legardeur, chevalier, seigneur de Repentigny et d'Agathe St-Per. (44)

39. *Nouvelle France*: Documents Historiques—Corres. entre les autorités Françaises et les Gouverneurs intendants, vol. I, p. 192—lettre de L. A. Bourdon-40 et 42. Tanguay; Dict. Gén. vol. II, p. 363.

41. Tanguay; Dict. Gén. vol. I, p. 341.

43. Tanguay; Dict. Gén. vol. V, p. 292.

44. Mgr. de St. Vallier et l'hop. Gén. de Québec, p. 423.

Bouat après avoir fait la traite sur le Mississippi (il y était en 1703) se fixa à Montréal où en 1726 il fut fait lieutenant général de la juridiction civile du district.

Par sa seconde femme il eut deux enfants, le dernier desquels ne vint au monde qu'au mois de décembre 1726, c'est-à-dire six mois après la mort de son père.

La veuve Bouat fut inhumée, le 8 avril 1763, à l'Hôpital Général, Québec. Elle était âgée de 74 ans.

L'acte de sépulture dit qu'elle était *veuve de Mr Bonat, chirurgien*. (45)

Ici il y a une erreur dans le nom. C'est si facile de prendre Bouat pour Bonat. De plus Tanguay ne mentionne aucun Bonat dans son dictionnaire. Il y a plusieurs Bonet et Bonnet, mais aucun de ceux-ci n'a eu pour femme Agathe Legardeur de Repentigny.

Dans aucun autre acte trouve-t-on Bouat qualifié de chirurgien.

BOURGEOIS, Jacob, quelquefois appelé Jacques, chirurgien, né en 1621; vint à Port-Royal, Acadie, en 1642, pour s'y établir et y exercer la médecine.

À Port-Royal, en 1643, il épouse Jeanne Trahan, âgée de 12 ans.

En 1671, lors du recensement des familles de l'Acadie, ils avaient dix enfants vivants. La plus vieille avait 27 ans et le plus jeune 4. Les deux premiers, un garçon et une fille, étaient mariés.

Ils étaient propriétaires, en deux endroits, de 24 arpents de terres labourables et en valeur. Ils possédaient aussi 24 brebis. (46)

45. Report concerning Canadian Archives, for the year 1905, vol. II p. 1 of appendix A. — Abrégé du Role des familles de l'Acadie fait par le Sr Raudin envoyé, à Monseigneur Colbert, de Québec, le huit novembre 1671.

46. Report concerning Canadian, archives 1905, vol. II, Appendix A Acadian Genealogy and notes, page 1.

Bourgeois était encore à Port-Royal, en 1699, tel qu'il appert par cet extrait :

"Au Fort du bas de la rivière St-Jean le 31 juillet, 1699.

"Aujourd'huy trente unième et dernier jour de juillet, 1699,
"Par devant nous Mathieu de Goutin, conseiller du Roy, Lientenant-général et civil et criminel en la province d'Acadie, est comparu le sieur Jacques Bourgeois entiennement estably en ce pays, lequel après serment presté de dire la vérité, a dit qu'il est venu ici en 1642 pour s'y établir et exercer la chirurgie, que monsieur d'Aulnay était pour lors gouverneur général de ce pays." (47)

BOURGOIN, Pierre, Chirurgien, Québec.

Voir *Duverger Pierre*.

BOUVET ou BONET, Jean, dit La Chambre. .

Jean Bouvet était fils de Jean Bouvet et de Suzanne Bidquin, de Beaugay, évêché d'Angers. Né en 1641, il épouse en octobre 1673, à Québec, Madelaine De Bidquin, âgée de 20 ans, fille de Pierre de Bidquin et d'Annonciade Roux, de St-Gervais, évêché de Paris.

Ils eurent un enfant, Louise, qui épousa Pierre Boissionnière en 1692.

Le Dr Bouvet a été inhumé le 20 déc., 1694, à Varennes où il demeurait probablement. (48)

Bouvet était à Saint-Ours en 1679. (49)

BOWMAN, James, M. D.

James Bowman, né on ne sait où, est venu au Canada après la conquête, comme assistant chirurgien dans l'armée anglaise.

47. Tanguay : Dict. Gén. vol. I p. 83.

48. Archives judiciaires, Québec.

49. Arch. judiciaires, Québec.

Après avoir abandonné l'armée il pratiqua à Québec où il est décédé, en 1787, entre le 3 mars et le 27 juin.

Ses héritiers ont réclamé de l'hon. John Cochrane, le paiement d'un compte pour remèdes et soins donnés par lui jusqu'à la première de ces dates. (50) La seconde est fixée par un avis, dans la *Gazette de Québec* du 27 juin, à tous ceux qui seraient endettés à la succession de feu le Dr Bowman, d'avoir à payer à MM. Allsop, Ogden et David Lynd. (51) A sa mort il était assistant chirurgien surnuméraire à l'hôpital militaire à Québec, à sept schellings et demi sterling par jour. (52)

Il a été aussi médecin à l'Hôtel-Dieu du Précieux Sang, Québec, pendant les trois ou quatre dernières années de sa vie. (53) Voici comment il le devint.

L'été de 1783 fut froid et pluvieux, les récoltes avaient manqué, le blé était de mauvaise qualité, les travaux étant terminés, l'ouvrage était rare, la picote sévissait à l'état d'épidémie. la maladie et la misère régnaient partout pendant l'hiver de 1783-4. Les malades pauvres étaient dans un état bien triste, faute de soins. Ils ne pouvaient être reçus à l'Hôtel-Dieu dont les salles étaient occupées par les soldats malades. (54)

"Tout cela a touché de compassion les premières personnes de la ville, elles ont proposé dans la *Gazette* du 11 mars, une

50. *Cazette de Québec*, No 1143.

51. Archives du War Office de Londres.

52. Manuscrits sur Mal. de la Baie St. Paul—Lettre de Bowman au Lieut. Gov. H. Hope—Biblioth. Université Laval, Q.

53. De novembre 1767 à novembre 1772, à part les soldats il n'y avait eu que quelques femmes de traités à l'Hotel-Dieu ; d'octobre 1772 à décembre 1775, vingt malades, tous du sexe féminin, en décembre 1775, trois ; en 1776 un et en 1777, deux. Au mois de janvier 1778 une femme meurt à l'hôpital après quoi aucun habitant de la ville n'est admis jusqu'au 8 juin 1783 quand il entre une femme qui sort le 9 juillet. Le 13 octobre de la même année un prêtre monsieur Curot est admis et y est encore au mois de mai 1784 quand les salles s'ouvrent après le départ des militaires. (Arch. de l'Hôtel-Dieu, Québec).

54. *Gaz. de Québec*, N. 971—1er avril 1784.

“ souscription pour les malades pauvres, comme les soldats malades, ont ordre de vider l'Hotel-Dieu, désormais la ville va jouir de l'ancien et précieux avantage d'y avoir des lits pour ces malades pauvres.” (55)

Tous donnèrent généreusement, suivant leurs moyens, argent, effets ou services. Les docteurs Bowman et Destailleur, médecins de la ville offrirent leurs *soins et leurs services gratuits*, et c'est ainsi que le premier devint médecin à l'Hôtel-Dieu.

Le Dr C. N. Perrault, de Québec, dans son discours présidentiel, prononcé devant la *Société Médicale de Québec*, le 7 décembre 1829, dit avoir vu dans la *Gazette de Québec* pour 1786 que Bowman avait pris pour associé le docteur Latham. (56)

Le Dr Perrault s'est trompé; il n'a pas pu voir cela dans la *Gazette* pour la bonne raison que cela n'y était pas. Quelqu'un lui a donné ce renseignement, et ce quelqu'un devait être un anglais, probablement le Dr Morrin, car c'est ce dernier qui lui a fourni les notes qui formèrent le fonds de son discours. Comme il n'y a pas de fumée sans feu, voici ce qui a occasionné cette erreur.

Il y avait ici un médecin militaire, le Dr Latham, chirurgien du 8e régiment d'infanterie, qui en 1768 (57) avait introduit dans le pays l'inoculation contre la petite vérole. Le 30 septembre 1773, il annonce “qu'il a pris comme associé, pour les inoculations, le chirurgien du 26e régiment d'infanterie, le Dr Beaumont,” (58) Ce Dr Beaumont, quoique natif d'Angleterre avait un nom français qui, prononcé à l'anglaise par un anglais devint Bowman.

Dès 1773 on avait attiré l'attention du gouvernement de la Province de Québec sur une affection qui était très répandue dans le pays et qui était comu sous le nom de *Mal de la Baie* ou *Mal de*

55. Perreault C. N --Discours présidentiel dans Manuscrits sur la mal. de la Baie St. Paul, Univ. Laval, Q.

56. Gaz. de Québec—No. 194—Sept. 15—1768.

57. Gaz. de Québec—No. 455, Sept. 37, 1773.

58. Voir notice sur Badelart dans « *Bulletin Médical*, » 1910 page 331

la Baie St-Paul. En 1784, à la demande du gouverneur Haldimand, le Dr Badelart avait étudié cette maladie et avait publié ses observations dans la *Gazette de Québec* du 29 juillet 1784. (59) Mais le mal se répandait de plus en plus et de toutes les parties du pays on suppliait le gouvernement de prendre des moyens d'enrayer ce fléau.

Dans le mois de mars 1785, le Général Hamilton, Lieut.-Gouverneur annonça, au conseil, qu'il avait engagé un médecin, le docteur James Bowman pour visiter les différentes paroisses de la province, y étudier la maladie et prendre les moyens nécessaires pour la guérir.

Ci-suivent les instructions données au Dr Bowman.

“ Monsieur,

1° La présente lettre vous requiert de visiter les différentes paroisses de cette province pour donner votre avis sur ce qui est connu sous le nom de *Maladie de la Baie St-Paul*, et pour distribuer les remèdes qui doivent la guérir.

2° “ Vous tiendrez un journal exact de votre voyage et une liste fidèle des paroisses que vous aurez visitées, ainsi que des personnes que vous aurez examinées; indiquant pour chaque malade l'âge, le sexe, la condition sociale et la période de la maladie. Dans chaque paroisse obtenez du curé (si cela est possible), un certificat du nombre de personnes que vous aurez traitées.

3° “ Si pendant votre voyage vous avez connaissance de personnes très malades dont l'état exigerait un secours immédiat, la dépense additionnelle encourue par vous pour soulager ces malheureux vous sera remboursée, même s'il ne s'agissait pas de cas de maladie de la Baie.

4° “ Vous vous efforcerez par tous les moyens possibles de

59. Voir notice sur Badelart dans « *Bulletin Médical*, Québec 1910 page 331.

“ vous attirer les bonnes grâces du clergé, qui peut vous être d’un
 “ très grand secours dans votre mission.

5° “ Pendant votre voyage, vous prendrez des rensei-
 “ gnements sur les sources médicinales du pays et vous vous en-
 “ querez des propriétés de celles qui pourront être utiles aux
 “ habitants. Vous analyserez les eaux de ces sources (si cela est
 “ possible), et vous laisserez avec le curé de la paroisse où se
 “ trouve la source un rapport écrit des propriétés de ses eaux et de
 “ la manière de s’en servir.

6° “ Vous conserverez des copies de ces notes afin qu’après
 “ votre retour, elles puissent être publiées pour l’avantage de la
 “ province.

7° “ Vous recueillerez tous les matériaux nécessaires pour
 “ pouvoir écrire une histoire complète, de cette maladie, qui sera
 “ publiée quand cela sera jugé à propos.

8° “ Tout ce que vous aurez déboursé pour remèdes, voitures,
 “ papeterie, frais de poste, vous sera remboursé ainsi que tout ce
 “ que vous aurez dépensé pour visiter et traiter ces pauvres dont
 “ la vie serait en danger par l’effet d’autres maladies que celle de la
 “ Baie. Enfin toutes les dépenses qu’aura nécessité l’accomplis-
 “ sement fidèle de la mission que nous vous confions vous seront
 “ payées au retour de votre voyage, et de plus vous recevrez la
 “ somme de deux cents guinées.”

“ HENRY HAMILTON, L. S.”

“ Donné au Chateau St-Louis,

“ Québec, 18 avril, 1785.” (60)

Le 20 octobre 1785, Bowman après avoir terminé sa mission fit parvenir au gouvernement son rapport sur le nombre de personnes, dans la Province de Québec, attaquées par le *Mal de la Baie St-Paul*.

Ci-suit copie de ce rapport :

RAPPORT GENERAL

*du nombre de personnes infectées de la maladie de la
Baie St-Paul dans la Province de Québec*

PAROISSES	Nombre total	CERTIFIÉ PAR
St-Pierre.....		
Ste-Famille.....		
Québec.....	6	
St-Jean.....		
St-François.....	5	Messire Pinet, curé.
St-Laurent.....	12	Messire Han:el, curé.
Château-Richer.....	2	Messire Hubert, curé.
L'Ange-Gardien.....		
Ste-Anne.....		
St-Féréol.....	7	Messire Derome, curé.
St-Joachim.....		
St-Thomas.....	118	Messire Perrault, curé
Cap St-Ignace.....		
L'Islet.....	63	Messire Panet, curé.
St-Roch.....	15	Messire Verreau, curé.
Ste-Anne de la Grande Anse.	28	Messire Lefebvre, curé.
La Rivière Ouelle.....	64	Messire Panet, curé.
Kaouraska.....	34	Messire Trutant, curé.
L'Isle Verte.....		
Baie St-Paul.....	295	Messire Gagnon, curé.
Petite Rivière.....	33	Messire Gagnon, curé.
Les Éboulements.....	39	Messire Gagnon, curé.
L'Isle aux Coudres.....	9	

PAROISSES	Nombre total	CERTIFIÉ PAR
La Malbaie.....	9	
St-Jean-Port-Joli	72	Messire Faucher, curé.
St-François et St-Pierre Rivière du Sud.	45	Messire Garault, curé.
St-Valier.....	35	Messire Garault, curé.
Berthier.....		
St-Charles et St-Gervais.....	231.	Messire Sarault, curé.
St-Michel.....	47	Messire Lacroix, curé.
Beaumont.....		
Pointe de Lévis.....	23	Messire Berthiaume, curé.
St-Joseph et St-François....	90	Messire Jean, curé.
Ste-Marie.....	58	Messire Verreau, curé.
St-Henri.....	78	Messire Vézina, curé.
St-Nicolas.....	29	Messire Griault, curé.
St-Antoine.....	96	Messire Noël, curé.
Ste-Croix et Lotbinière.....	58	Messire Chauret, curé.
St-Jean, St-Pierre et Gentilly.	25	Père Louis, curé.
Bécancour.....	31	Messire Dubois, curé.
Nicolet et la Baie du Fevre.	58	Messire Brassard, curé.
St-François.....	6	Messire Lenoir, curé.
Yamaska et les sauvages Abénakis.....	228	Père Chrysostôme, curé.
Sorel.....	56	Messire Martel, curé.
Isle du Pads.....		
St-Ours.....	163	Messire Portier, curé.
St-Denis.....	43	Messire Cherrier, curé.
St-Antoine.....	53	Messire Cherrier, curé.
St-Charles.....	156	Messire Martel, curé.