

NECROLOGIE

LE DR BEAUDRY

Le Dr Jos. A. Beaudry, Inspecteur-Général du Conseil supérieur d'hygiène de la province de Québec, est décédé à Montréal le 18 décembre dernier.

Il naquit à Montréal en 1852. Son père, le Notaire Pierre-Jacques Beaudry, et sa mère Marguerite Masson lui inculquèrent de bonne heure avec le goût de l'étude, les qualités du cœur et de l'esprit dont il était si bien pourvu et dont il fit preuve durant toute sa vie. Il fit ses études classiques au collège des Jésuites, étudia la médecine à l'université Victoria, et fut reçu médecin en 1878.

Après avoir exercé sa profession à la campagne durant quelques années, d'abord à Montébello puis à Mascouche, il revint à Montréal, sa ville natale qu'il ne quitta plus.

En 1885, le docteur Beaudry fut appelé par le Bureau Central de la santé de la province à remplir la fonction d'inspecteur du-

**INFECTIONS ET TOUTES
SEPTICEMIES**

(Académie des Sciences et Société
des Hôpitaux du 22 décembre
1911.)

LABORATOIRE COUTURIERX
18 Avenue Hoche - Paris

Traitement LANTOL
— PAR LE —

**Rhodium B. Colloïdal
électrique**

Ampoules de 3 c'm.

rant la grande épidémie de variole. Les aptitudes particulières et le talent d'organisation qu'il montra au cours de cette épidémie, lui valurent beaucoup de succès et le firent connaître comme un des premiers hygiénistes de son temps. Aussi, lorsque quelques années plus tard le Conseil d'Hygiène de la province de Québec fut créé et définitivement organisé, les initiateurs du mouvement n'hésitèrent pas et confièrent au Dr Beaudry le service de l'inspection sanitaire de toute la province. Il fut inspecteur de 1888 jusqu'à sa mort.

En 1911, il avait été chargé du cours d'hygiène pratique à l'Université Laval, succursale de Montréal; et en 1913, le Conseil supérieur d'Hygiène mettait sous sa direction le nouveau service de l'inspection régionale, lequel divisait la province en dix districts sanitaires, et le docteur devenait Inspecteur-Général.

Pendant plus de trente et un ans, il servit le Conseil d'Hygiène de la province, avec un dévouement rare, un désintéressement incroyable, et une intégrité absolue. Dès le début de sa carrière d'hygiéniste, et ceux qui furent alors ses collaborateurs savent assez au milieu de quelles difficultés, il se donna tout entier, il se consacra pour ainsi dire à l'œuvre de l'hygiène dont il se fit le précurseur, allant porter ses conseils et ses enseignements jusque dans les coins les plus reculés de la province.

La science de l'hygiène qu'il aimait en artiste n'avait aucun secret pour lui. Il devint vite une autorité, et les études qu'il a publiées de temps à autres sur diverses questions le firent bientôt connaître au loin. Aussi bien, expert reconnu et renommé, les autorités gouvernementales des provinces voisines eurent-elles recours à ses services dans des circonstances difficiles.

Observateur perspicace, il connaissait les populations qu'il avait mission d'instruire; il sut toujours les convaincre et leur faire accepter ses conseils.

Très appliqué au travail, aimant l'étude et possédant une for-

mation générale solide, il avait cette clarté et cette méthode qui sont la marque d'une belle intelligence doublée d'un beau jugement. Sa haute culture lui permettait d'aborder toutes les questions et de traiter avec facilité tous les sujets. Non seulement il connaissait la médecine et l'hygiène, mais aussi les sciences, les arts et les lettres qu'il cultiva toute sa vie. Les plus belles qualités, dont son cœur était riche et si généreux, faisaient tout le charme de sa personnalité, et tous ceux qui l'ont connu se souviendront longtemps de sa franchise, de sa sincérité et de son exquise bonté.

Citoyen intègre, homme instruit et médecin éminent, le Docteur Beaudry fit honneur à la profession médicale dont il fut un des membres les plus distingués, et à la Province de Québec qui perd en lui un hygiéniste dévoué.

C'est avec la plus vive émotion que nous déposons sur la tombe de celui dont nous fûmes le collaborateur d'un instant, l'hommage de notre profonde admiration, l'expression de notre sincère reconnaissance, et l'assurance de notre fidèle souvenir.

EDGAR COUILLARD, M. D.

TRAVAUX ORIGINAUX

FRACTURE DE L'OS MALAIRE ¹

Dr G. AHERN

*Assist.-chirurgien à l'Hôtel-Dieu. Aide d'Anatomie
à l'Université Laval.*

Les fractures de l'os malaire ou os zygomatique que l'on rencontre assez fréquemment dans les grands écrasements de la face, communes avec les fractures ou écrasements du maxillaire supérieur ou des os du crâne, sont assez rares à l'état isolé. La "*Revue de Chirurgie*" n'en mentionne aucun exemple dans un laps de temps qui s'étend de 1890 à 1909. Le "*Journal de Chirurgie*," de 1919 à 1918, est aussi muet et aussi pauvre que son aînée à ce sujet. Il serait possible qu'en raison de leur bénignité relative et de leur peu d'importance apparente, ces fractures n'aient pas valu l'honneur de la publication, mais ceci est peu probable et les écrivains s'accordent à dire que les fractures de l'os malaire ne sont pas communes. Lambotte, d'Anvers, dans son livre "*L'Intervention opératoire dans les fractures*", publié en 1907, n'en cite qu'un cas; Robert & Kelly dans le "*Treatise on fractures*" qu'ils écrivirent en 1916, disent que les fractures isolées de l'os malaire sont rares; Malgaigne enfin, dans son "*Traité des fractures*", écrit que "ces fractures sont fort rares" et il ajoute: "Sanson dit en avoir vu plusieurs déterminées par un coup de pied de cheval."

1. Travail lu à la Soc. Méd., décembre 1919.

Il faut, en effet, pour les produire, un coup bien sec, bien vigoureux et bien appliqué, par exemple : un coup de pied de cheval, un coup de poing, un coup de bâton, une chute sur un objet dur et de surface limitée. La fracture peut aussi être causée par un choc, sur la face interne de l'os, par exemple dans une chute sur un crayon ou un morceau de bois tenu dans la bouche. Enfin la fracture peut être l'effet d'une cause indirecte, tel le cas de Tavigno, cité par Malgaigne : un épileptique qui, dans un accès, avait reçu une violente contusion au côté gauche du front et qui succomba le quatrième jour à des accidents cérébraux. L'autopsie revela une fracture unique de l'apophyse zygomatique, sans déplacement ; aussi n'avait-elle pas même été soupçonnée pendant la vie. La cause productrice de la fracture a pour effet de déplacer l'os zygomatique dans le sens de sa direction ; une cause externe déplacera le fragment en dedans et en avant, tandis qu'une cause interne, un choc sur la face interne de l'os le déplacera en dehors, le fragment fera saillie.

Le trait de fracture peut siéger dans le corps de l'os ou au niveau des sutures osseuses, ce qui est rare et ce qui dans ce cas constitue plutôt une luxation. Quelquefois le trait de fracture s'étend à l'orbite, on l'a même vu s'irradier à la base du crâne.

Le diagnostic est facile d'habitude quand la tuméfaction des parties molles n'est pas trop considérable. Le chirurgien fait asseoir le malade sur une chaise en avant de lui et saisissant entre le pouce et l'index l'arcade zygomatique il peut de suite trouver la moindre irrégularité, si, je le répète, la tuméfaction n'est pas trop considérable. Dans ce cas, ou quand le gonflement aurait diminué assez pour permettre l'examen, le chirurgien constatera une dépression sur un endroit quelconque de l'arcade zygomatique ; il pourra même constater de visu, que la pommette est plus petite que celle du côté opposé, peut-être même qu'elle est disparue complètement.

Si la cause de la fracture a été une cause interne, c'est le contraire qu'il observera : pommette plus grosse, plus accentuée, plus saillante.

La fracture par enfoncement peut causer une gêne dans les mouvements du maxillaire inférieur, par pression sur les insertions du temporal, elle peut même causer une immobilité totale par pression sur l'apophyse coronoïde. Le fragment peut s'enfoncer dans le sinus maxillaire ou dans l'orbite. Mais ces complications surviennent surtout dans les grands traumatismes, dans les fractures compliquées qui intéressent plusieurs os et par conséquent ne sauraient entrer dans les fractures isolées de l'os maxillaire.

Les symptômes, outre la déformation, qui est le signe pathognomonique, sont la mobilité anormale, et la crépitation; l'ecchymose sous-conjonctivale, qui est tardive et accompagnée d'une légère exophtalmie, l'anesthésie correspondant à la distribution du nerf sous orbitaire et du maxillaire supérieur quand la fracture s'étend jusqu'au plancher de l'orbite; une hémoptysie causée par la déchirure de la muqueuse de l'antre de Highmore, les difficultés ou l'impossibilité de la mastication, sont autant de symptômes qui, quand ils existent, facilitent le diagnostic. L'examen radiographique devra être fait chaque fois que la chose sera possible.

Les complications sont la blessure du nerf ophtalmique, l'enfoncement de la fosse cérébrale antérieure et du sinus maxillaire. Une complication fréquente, tellement fréquente en effet, qu'elle constitue un des symptômes de la fracture, est l'anesthésie de la région innervée par le nerf sous-orbitaire: et qui comprend un triangle dont le sommet est formé par le trou orbitaire et la base par la lèvre supérieure.

Le pronostic est subordonné au siège de la fracture, au degré d'enfoncement et au traitement.

Celui-ci en effet doit être institué aussitôt que le gonflement

est disparu, dans les premiers jours, car l'irréductibilité survient très promptemnt. Dans un cas de Malgaigne, au 12e jour., il fut impossible de remettre le fragment en place.

Le traitement consiste donc, comme dans toute fracture, à réduire et à maintenir réduit. Pour cela différents moyens ont été préconisés. Warbasse conseille de saisir avec des pinces, à travers la peau le fragment enfoncé, et de le remettre en place par traction. Cette méthode me paraît défectueuse en plusieurs points: elle est aveugle, elle peut être dangereuse et je ne crois pas qu'elle soit efficace. Hamilton & Lothrop, conseillent de pratiquer une ouverture dans la muqueuse de la fosse canine, de défoncer celle-ci avec un ciseau bien aiguisé, de relever le fragment zygomatique enfoncé au moyen d'un instrument d'acier recourbé, par exemple une sonde urétrale métallique, puis de remplir l'antra avec de la gaze, laissée en place pendant cinq jours. Ensuite irrigation quotidienne, pendant plusieurs jours avec une solution chaude d'acide borique. C'est bien compliqué. . . cela peut même être assez dangereux. . . Matas préconise une ouverture punctiforme de la peau au-dessus ou au-dessous de l'arcade à travers laquelle il introduit un crochet avec lequel il saisit et relève l'os enfoncé. Cette méthode est bonne dans les cas de fracture de l'arcade seule, et elle a l'avantage de ne laisser aucune cicatrice. Mais on travaille encore à l'aveuglette. C'est la méthode préconisée par Ferrier, d'Arles, qui, au lieu d'un crochet, se servait d'une spatule.

Dans les fractures du corps de l'os malaire lui-même, fracture avec enfoncement bien entendu, le meilleur traitement est l'ouverture permettant des manœuvres à ciel ouvert. Le fragment remis en place, se maintiendra lui-même réduit, à moins qu'il ne s'agisse d'un troisième fragment, libre, dans ce cas, il faudra l'enlever, et pour combler la perte de substance, Robert et Kelly conseillent une greffe avec de la graisse péritonéale.

Quand la fracture est causée par un choc sur la face interne de

l'os, tel le cas de Duvernay chez un enfant qui était tombé pendant qu'il avait dans la bouche l'extrémité d'un fuseau à dentelle, il suffit de presser énergiquement avec la main pour remettre en place les fragments faisant saillie au dehors.

J'ai eu l'occasion, en 1918, de voir deux cas de fractures de l'os malaire.

Le premier dans le service de mon maître le Dr Dagneau à l'Hôtel-Dieu, et voici son histoire que je retrouve dans nos archives.

F. B. . . . , âgé de 54 ans, cultivateur, entre à l'hôpital le 22 mai 1918. Il y a trois semaines, il reçut un coup sur la partie latérale gauche de la face, dans la région de l'os malaire, qui produisit une section de la peau et une fracture de l'os malaire. Le choc fut suivi de gonflement et de douleurs. L'enfoncement du fragment fracturé laissa une irrégularité du rebord orbitaire et produisit une légère compression du nerf sous-orbitaire accompagnée de douleurs névralgiques et d'une anesthésie de la région du sillon naso-génien.

Le malade fut renvoyé sans traitement, la plaie cutanée étant guérie, la fracture irréductible et la lésion nerveuse s'améliorant d'elle-même.

Le deuxième malade que je vis fut dans mon service à l'Hôpital militaire.

R. . . . , sergent-major, 27 ans, reçut, pendant une joute de "foot-ball", le 27 juin 1918, un choc qui le jeta par terre. En tombant, sa joue gauche heurta une pierre, et il ressentit immédiatement une douleur très forte au niveau de sa pommette gauche.

Le lendemain, il se présenta à l'hôpital avec un gonflement considérable de la pommette, un œil au beurre noir, mais sans hémorragie conjonctivale. Il avait saigné du nez modérément et saignait encore de temps en temps quand il se mouchait ou quand il faisait

une grande inspiration la bouche fermée. Les mouvements de mastication n'étaient pas douloureux, mais les dents supérieures gauches, la gencive et l'aile du nez du même côté étaient insensibles.

Le gonflement était trop accentué et la région trop sensible pour permettre un examen satisfaisant.

Le malade fut mis au lit, on lui prescrivit des pansements humides changés toutes les heures et recouverts d'un sac de glace; régime liquide et lavages fréquents de la bouche.

Le 10, l'hémorragie conjonctivale, qui avait commencé dans la journée du 8, était installée sous forme d'un triangle occupant la moitié gauche du globe oculaire. Le gonflement de la joue de la région malaire était presque complètement disparu, et l'examen fit sentir une dépression notable de l'extrémité antérieure de l'arcade zygomatique et du bord externe de la cavité orbitaire. Entre la partie fixe de l'arcade que l'on sentait et la cavité orbitaire, le doigt faisait mouvoir, par une pression antéro-postérieure, un fragment libre et irrégulier. L'index gauche introduit dans la bouche, et poussé en haut entre la gencive et la muqueuse de la joue, sentait les mouvements imprimés à ce fragment par la main droite. Grâce à ces manœuvres mixtes on pouvait remettre le fragment en place, mais dès que la pression du doigt introduit dans la bouche cessait, le fragment reprenait sa position vicieuse. Il s'agissait manifestement d'une fracture du bord antéro-supérieur ou orbitaire de l'os malaire intéressant la face externe et le corps même de l'os.

Le 13, quand tout gonflement eut disparu, le malade fut anesthésié, une incision de la peau parallèle à l'arcade zygomatique mais n'intéressant que sa moitié antérieure fut pratiquée et le fragment fut enlevé sans difficulté. Il s'agissait en effet d'une fracture du $\frac{1}{3}$ antérieur de l'os malaire avec luxation du bord orbitaire du même os. Une petite mèche de gaze fut placée au fond de la cavité.

Les suites furent normales, la mèche fut enlevée quatre jours plus tard et les points le sixième jour après l'intervention. Le malade quitta l'hôpital le 1er juillet, sans avoir fait de fièvre, ni de suppuration. Il conservait encore un peu de coloration de sa conjonctive, ce qui l'avait fait retenir à l'hôpital aussi longtemps, car le K. R. & O. (King's Regulations & Orders) ne permet pas qu'un soldat ait deux conjonctives de couleur différente. Il conservait aussi une anesthésie désagréable de ses dents et de sa gencive supérieures gauches, qui persistaient encore un mois après l'accident. Il avait une cicatrice opératoire linéaire et un léger enfoncement de l'angle externe de l'orbite, mais il ne s'en souciait guère.

—:O:—



VI^e CONGRES DES MEDECINS DE LANGUE FRAN- ÇAISE DE L'AMERIQUE DU NORD

Le Congrès aura lieu à Québec en septembre 1920. Adresser toute communication au Secrétaire-Général, 22 rue Ste-Anne, Québec.

COURS D'HYGIENE PUBLIQUE

Les cours pour l'obtention du diplôme d'Hygiéniste expert se donneront à la Faculté de Médecine de l'Université Laval à partir de février. Pour tous renseignements s'adresser au secrétaire de la Faculté et s'inscrire immédiatement.



LE TRAITEMENT ÉLECTRIQUE DANS LA PARALYSIE INFANTILE¹

Dr A. R. POTVIN*Chef adjoint du Service d'Électrothérapie à l'Hôtel-Dieu.**Assist. aux Laboratoires d'Anatomie-Pathologique et de Bactériologie de l'Université Laval.*

Depuis le mois de septembre dernier, nous avons vu et traité, au département électrique de l'Hôtel-Dieu, plusieurs cas de paralysie infantile; soit trente et quelques enfants, présentant des affections paralytiques différentes comme siège, comme étendue, comme intensité. L'âge des petits malades variait de quelques mois à 11 ou 12 ans. À côté de formes légères ne se manifestant que par un peu de gêne fonctionnelle et une réaction de dégénérescence à peine ébauchée d'autres se montraient avec des paralysies complètes, une véritable fonte musculaire et une réaction de dégénérescence absolue. Nous avons vu la localisation classique aux groupes musculaires tenseurs et péroniers, et quelques cas où deux, trois et quatre membres étaient affectés, et à des degrés différents. Chez les uns, la poliomyélite remontait à plusieurs mois; chez d'autres à quelques semaines seulement. Quelques malades viennent à peine de commencer leur traitement, plusieurs ont déjà eu bon nombre de séances. Avec des matériaux aussi disparates, et des facteurs aussi variables, on ne nous en voudra pas de ne pas faire de statistique.—Nous prenons seulement occasion de quelques cas observés et des résultats obtenus jusqu'à date, pour en dégager quelques considérations d'ordre exclusivement pratique. Le traitement électrique ne résume pas, tant s'en faut, toute la thérapeutique de la poliomyélite antérieure. Mais puisqu'il en est question, il n'est pas hors de propos de pré-

1. Travail lu à la Société médicale de Québec, déc. 1919.

ciser certains points sur lesquels ont insisté les maîtres de l'électrothérapie, nommément : l'époque où l'on peut commencer l'électrisation, la direction générale du traitement, sa durée, ainsi que les résultats qu'on peut légitimement en espérer.

A quelle phase de la maladie peut-on et doit-on commencer le traitement électrique ? La diversité d'opinions à ce sujet témoigne assez que la question n'est pas envisagée par tous sous le même angle et qu'une solution trop catégorique rencontrera toujours des contradicteurs. Quelques-uns, alarmés par l'atrophie galopante des muscles paralysés, voudraient électriser à outrance dès les premiers jours.—D'autres—instruits sans doute par quelques expériences malheureuses des premiers,—préfèrent attendre des semaines et des mois sans trop fixer de limites à leur expectation. Ici, comme entre toutes les propositions extrêmes, il doit y avoir place pour les éclectiques.

Tous seront bien près de s'entendre, si l'on s'applique à traiter, non pas la paralysie infantile des manuels, mais les enfants qui en sont porteurs.—C'est dire que la règle à suivre ne saurait être comprise dans une formule rigide. Tout au plus peut-on poser certains principes indiscutables, fondés sur l'expérience ; pour le reste le sens clinique du médecin et les indications particulières de chaque cas vaudront infiniment mieux qu'une ligne de conduite trop étroitement jalonnée.

C'est ainsi qu'il ne doit jamais être question d'électriser les malades tant que dure la période fébrile de la poliomyélite. Outre que ce serait agir à l'aveugle, puisqu'on ne sait trop rien de l'étendue et de la gravité de la lésion, des raisons d'ordre anatomo et physio-pathologique nous le défendent absolument. Le courant électrique, quel qu'il soit, est un stimulant, parce qu'un irritant pour toutes les cellules ; combien plus pour les cellules nerveuses et davantage encore si elles sont en proie à un processus inflammatoire. En plus, cette phase de la maladie s'accompagne souvent

de douleurs musculaires qu'exaspèrent la moindre excitation. Le traitement électrique est un traitement plutôt symptomatique, et l'inflammation des cornes antérieures, si elle est influençable par le courant électrique, ne l'est certainement pas dans un sens favorable.

Il est donc de rigueur de s'abstenir tant que l'incendie médullaire n'est pas complètement éteint. Mais la sensibilité musculaire, quand elle existe, dure plus longtemps que la période fébrile, et semble témoigner d'une irritabilité des cornes postérieures au voisinage de la lésion inflammatoire. Cette hyperesthésie musculaire doit être respectée; et nous avons en mémoire trois de nos petits malades, électrisés 5 semaines après la cure initiale qui ont été repris de douleurs au cours d'un traitement pourtant bien mitigé. On ne rend certainement pas service aux malades en voulant trop se hâter. D'autre part, plus l'atrophie musculaire aura fait de progrès, plus la pente sera longue et laborieuse à remonter. La moyenne d'expectation admise par les électro-thérapeutes, est de 4 à 5 semaines et même davantage pour les formes plus sévères. Comme toutes les moyennes, celle-ci est élastique et laisse au flair du praticien la part qui lui revient dans l'appréciation de chaque cas particulier.

L'institution d'un traitement électrique ne devrait se faire qu'après un électro diagnostic préparatoire. Il importe de connaître ce que l'on a à traiter, et l'exploration électrique des groupes neuro-musculaires apporte des précisions auxquelles ne peut prétendre un examen clinique si approfondi soit-il.

“Faire un traitement électrique sans électro-diagnostic préalable, — ainsi s'expriment Zimmern et Delhern,—est une absurdité... que nous voyons, du reste, se produire journellement dans la pratique courante. A la suite d'un examen clinique plus ou moins approfondi, on a *décidé de faire de l'électricité*, et, naturellement, la petite boîte faradique à trembleur rapide, qui,

pour beaucoup encore, constitue l'alpha et l'oméga de toute l'électrothérapie, entre en jeu, quelle que soit la forme de la paralysie, que les muscles réagissent à ce courant, ou que leur degré de dégénérescence les ait rendus aussi excitables que les muscles d'un cadavre!"

Comment traiter avec fruit, et même sans danger, une paralysie, si l'examen électrique des muscles n'a pas été fait? Appliquera-t-on le courant faradique, continu, ou une autre modalité électrique? On s'imagine trop communément que tous les courants se valent au point de vue des effets physiologiques. Il n'en est rien: il existe une véritable "posologie électrique" et des indications très nettes d'employer un courant à l'exclusion d'un autre. C'est l'électrodiagnostic qui trace ces indications. Par exemple, *toute paralysie présentant le syndrome réaction de dégénérescence ne devra jamais être traitée par le courant faradique*: L'on devra surtout se méfier du courant faradique de tension, débité par les bobines à fil fin. La négligence de cette précaution fondamentale a été la cause de paralysies incurables, d'atrophies définitives, quelquefois de contractures permanentes.

L'on doit à Débédât des recherches les plus démonstratives sur les effets physiologiques et pathologiques de la faradisation. Sur deux groupes de lapins, il procéda à la faradisation des muscles fémoraux. Pour bien montrer la différence qui existe entre les excitations rythmées et les excitations téтанisantes, il soumit une série de lapins au premier mode d'électrisation et une autre série au second. Il obtint les résultats suivants:

a) *Pour les excitations rythmées*, laissant au muscle un intervalle de repos entre chaque contraction, il constata une *hypertrophie évidente* des muscles faradisés. Ces muscles présentaient une structure microscopiquement normale: fibres réguliers, striations normales, pas de lipomatose des muscles. L'hypertrophie avait donc porté sur le tissu musculaire lui-même.

b) Pour les excitations tétanisantes,—et ce sont celles des bobines faradiques ordinaires,—il nota une atrophie de la substance musculaire, avec lésions de la fibre elle-même.

Ces résultats sont suffisamment éloquentes par eux-mêmes; ils nous enseignent que l'électricité n'est pas cet agent dont on a dit que "s'il ne faisait pas de bien, il ne faisait pas de mal". On vient de voir qu'elle peut ruiner un muscle sain; combien plus facilement un muscle malade.—Et puisqu'il s'agit de courant faradique, il est bon de vous rappeler ce qu'ont dit tous les maîtres, que la plupart des appareils portatifs que l'on trouve entre les mains des malades sont des jouets et des jouets rien moins qu'innocents.—(Nogier).

Le courant faradique, et nous dirions volontiers, le courant faradique du commerce est donc formellement contre-indiqué au début du traitement de la paralysie infantile. Tout autre est le courant galvanique qui répond si bien aux desiderata de l'affection à traiter. Que se propose-t-on en effet? Du côté nerveux, de favoriser dans la mesure du possible, la réparation du neurone périphérique; du côté du muscle de lutter contre l'atrophie envahissante en suppléant à l'influx trophique dont il est privé, et à l'excitation motrice qu'il ne reçoit plus de la moëlle. Le courant continu, administré avec une modalité et une technique appropriées, a une action trophique incontestable, démontrée, du reste par les expériences classiques de la physiologie. A dose convenable, il favorise le processus naturel de réparation en stimulant le métabolisme cellulaire. Quant à la contraction musculaire, on sait qu'il en est, lorsqu'on le rythme, l'excitant qui se rapproche le plus de l'excitation nerveuse. A chaque interruption du courant, le muscle se contracte pour se reposer ensuite un temps raisonnable. C'est en quoi la galvanisation rythmée diffère totalement de la faradisation, dans laquelle le muscle est mis en état de tétanos qui l'épuise rapidement.

La technique proprement dite de la galvanisation est simple, et comprend l'application de deux électrodes, l'une au niveau de la moëlle, l'autre, sur le membre, ou préférablement sur les muscles paralysés. Cette dernière précaution oblige le courant à passer exclusivement dans le groupe musculaire qu'on veut traiter, au lieu d'aller stimuler également les antagonistes. — La gymnastique de chaque muscle s'obtient en interrompant rythmiquement le courant, soit à la main, soit au moyen de contacts automatiques intermittents. L'intensité du courant est de 8 à 10 M. A. C'est d'ailleurs la moyenne tolérable par le malade.

C'est par semaines et par mois que doit se compter la durée du traitement électrique. Cette lenteur nous surprend moins, si l'on songe aux lois de la dégénérescence des nerfs suivant le mode Wallérien. On sait qu'un nerf sectionné, et placé dans les meilleures conditions possibles, met plusieurs mois à se réparer complètement. Combien, à plus forte raison, s'il s'agit non plus d'une simple section du cylindraxe, mais d'une lésion infectieuse de la portion la plus importante du neurone moteur.

C'est en faisant des électro-diagnostics, à intervalles réguliers, et en suivant ainsi l'évolution de la réaction de dégénérescence, qu'on peut en tirer un électro-pronostic. Suivant les cas, on peut abandonner un courant pour en prendre un autre, les associer, diminuer ou augmenter l'intensité, modifier le nombre des excitations dans l'unité de temps ou le nombre d'applications par semaines, suspendre au besoin le traitement.

Le traitement électrique doit être poursuivi avec persévérance, et ce n'est qu'à ce prix qu'on obtient des résultats souvent inespérés. Albert Weill, après avoir traité une série de cas, dit qu'il n'a jamais vu, après dix mois de traitement, de muscles complètement inexcitables. Il faut s'assurer, avant de perdre tout espoir, qu'il n'y a pas eu amélioration, depuis des mois, tant au point de vue de la motilité volontaire que du côté de la contractilité électrique.

Suivant la distribution des lésions médullaires, il peut y avoir, au milieu de fibres musculaires complètement dégénérées, quelques fibres saines. " Dans ce cas, dit Duchenne de Boulogne, les fibres saines peuvent devenir le noyau de nouveaux faisceaux musculaires, et même d'un nouveau muscle!!

L'anatomie pathologique de la poliomyélite nous explique pourquoi il y a si rarement une "restitutio ad integrum". Au foyer inflammatoire succède un foyer de sclérose, une cicatrice en somme, qui ne saurait évidemment remplacer les cellules nerveuses au point de vue fonctionnel.

Si le résultat du traitement électrique n'est pas parfait, au moins avons-nous la consolation d'avoir rendu service aux malades, en nous efforçant de réduire leur infirmité au minimum inévitable; en conservant certains groupes ou de certaines unités musculaires importantes, dont la chirurgie tirera profit dans les interventions orthopédiques ultérieures.

Québec, 16 décembre 1919.

—:000:—

REVUE DES JOURNAUX

—
LA PRESSE MEDICALE
—

Le diabète insipide et son origine hypophysaire. — Ph. Pagniez,
6 décembre 1919.

Bien que l'on ignore encore quelle est la nature exacte des rapports qui existent entre le diabète insipide et le fonctionnement de

l'hypophyse, on doit cependant admettre qu'il existe entre eux une relation bien établie.

Le principe suivant paraît résulter d'un certain nombre d'observations recueillies par l'auteur: la polyurie du diabète insipide est immédiatement modifiée par l'injection d'extrait hypophysaire qui produit une diminution toujours considérable du taux des urines, qui, dans certains cas, ramène ce taux à la normale. Toutefois cette modification est transitoire et ne dure qu'en autant que l'on continue les injections d'extrait hypophysaire.

L'effet oligurique produit par l'injection d'extrait hypophysaire dans le diabète insipide paraît absolument spécifique et d'après l'auteur ce traitement est efficace dans des formes de polyurie essentielle très diverses: diabète d'origine traumatique, diabète avec infantilisme, diabète avec tumeur de la base intéressant l'hypophyse et l'infundibulum, diabète pur sans signes concomitants.

De l'intervention d'urgence dans l'appendicite aiguë.—A. Sonet et J. Berger, 10 décembre 1919.

Tout malade atteint d'appendicite aiguë, traité comme il convient, doit éprouver, si le cas est favorable, un soulagement très net au bout de quatre à cinq heures:

Les douleurs doivent avoir diminué ;

La contracture doit s'être relâchée ;

La température doit s'être abaissée ;

Le pouls doit s'être ralenti ;

Les vomissements doivent cesser ;

Si un seul de ces signes, augmente ou réapparaît, l'intervention d'urgence s'impose.

L'hypothèse d'appendicite ne doit pas être rejetée devant l'absence de douleurs illiaques droites, car il peut s'agir d'un appen-

dice pelvien ou retro-cœcal. La reprise des douleurs après une accalmie plus ou moins longue, à quelque moment qu'elle se produise, constitue une indication opératoire impérieuse.

La contracture est l'indice de la réaction du péritoine. Si elle est très marquée, même localisée dans la fosse iliaque droite, il faut opérer : à fortiori, si elle est généralisée.

Si en dehors de tout autre symptôme alarmant, le pouls devient rapide, dépressible, il faut craindre une forme toxique, sans grande réaction peri-appendiculaire, mais particulièrement sérieuse.

La température élevée dès le début de la cure indique en général une forme sérieuse. La reprise de la fièvre après quelques jours d'aparexie conduit également à l'intervention. Enfin, la fièvre peut faire défaut, ce qui est encore un autre indice de gravité quand il s'accompagne d'un pouls élevé.

Les vomissements abondants et répétés plaident en faveur de l'acte opératoire précoce, mais c'est surtout la reprise des vomissements qui constitue une indication d'urgence.

GAZETTE DES HOPITAUX

Le traitement de la tuberculose péritonéale aiguë doit-il être médical ou chirurgical? — J. Vanverts et Savary, décembre 1919.

Se basant sur quarante observations MM. Vanverts et Savary en viennent aux conclusions suivantes. Au début de la période aiguë l'intervention chirurgicale doit être rejetée en raison des mauvais résultats qu'elle donne et peut-être de l'aggravation qu'elle est susceptible de provoquer. L'abstention opératoire, unie

à l'usage des toniques (aliments, arsenic par voie sous-cutanée, etc.) est certainement préférable à ce moment et donne un pourcentage notable de guérisons.

Si au contraire les phénomènes aigus persistent, si en plus il existe des troubles de compression dus à une ascite abondante, le traitement médical est devenu insuffisant, il vaut mieux recourir à la laparatomie, (62.5 p. 100 de guérison).

Si enfin la péritonite tuberculeuse passe à l'état subaigu ou chronique, il faut recourir alors au traitement opératoire surtout dans la forme ascitique. (85.5 par 100 de succès).

Notes sur le traitement de la séborrhée de l'adulte.—M. Moty, 13 décembre 1919.

Mettre dans un petit récipient de verre plat :

Carbonate de lithine 1 gr.

Acide phosphorique Codex, q. s., environ. 30 gr.

Ajouter l'acide phosphorique goutte à goutte et s'arrêter quand la solution s'éclaircit et que l'effervescence cesse. Cette solution de phosphate acide se conserve indéfiniment. Il suffit d'en imprégner un minuscule tampon de coton, ou même le bout du doigt, et de toucher les plaques sans les essuyer ni tenter de les enlever. Ceci doit être fait tous les deux jours, matin et soir, pendant 1 à 2 semaines au bout desquelles la croûte s'émiette et tombe peu à peu en même temps que la peau sous-jacente pâlit et reprend ses caractères normaux.

La guérison est d'autant plus rapide que les croûtes sont plus jeunes.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DES SCIENCES
MÉDICALES DE BORDEAUX

Petit détail de technique des injections intra-veineuses le relèvement des vaisseaux sur l'aiguille. — Prof. J. Sabrazès, 14 décembre 1919.

La veine piquée, on pénètre dans sa lumière et, en relevant légèrement l'aiguille maintenue parallèle au plan piqué, on soulève un peu la paroi veineuse, on dégage ainsi l'aiguille, si par hasard elle avait transféré la paroi postérieure du vaisseau; de plus, de cette façon l'injection se trouve considérablement facilitée, le vaisseau se trouvant tendu dans tous les sens.

LE PROGRES MEDICAL

Quelques traitements des engelures.—H. Roziès, 6 décembre 1919.

Les engelures sont justifiables 1° d'un traitement général; 2° d'un traitement local.

A. Traitement général.—Le traitement général se propose de réaliser deux indications essentielles: 1° de favoriser la circulation des capillaires: 2° de modifier le lymphatisme du porteur d'engelures. L'ergotine, le sulfate de quinine, la digitale, permettent de remplir la première indication et Brocq les a associées dans la formule suivante:

Ergotine	} à 0.05 centigr.
Sulfate de quinine	

Poudre de digitale }
Extrait de Belladone } à 0.001 milligr.

Pour une pilule : 2 à 3 par 24 heures.

La deuxième indication sera réalisée par la prescription de l'huile de foie de morue, du sirop iodotannique, du sirop d'iodure de fer, des préparations arsenicales et phosphatées.

B. Traitement local.—Il devra remplir deux conditions principales : 1^o être décongestionnant ; 2^o s'il s'agit d'angélures non ulcérées, il devra être sédatif des douleurs et des pénibles démangeaisons qui accompagnent cette affection, si au contraire les engelures sont ulcérées, il s'efforcera de réaliser en outre la cicatrisation rapide et définitive des ulcérations cutanées.

A. Engelures non ulcérées.

I. Méthode chimique. Elle s'adresse aux décongestionnants et aux calmants. Les principaux agents de décongestion utilisés seront l'hamamelis, la glycérine, l'ichtyol ; les astringents (tanin, alun, feuille de napée, écorce de chêne, sous-acétate de plomb) ; les meilleurs sédatifs pour apaiser les douleurs et le prurit sont le chlorhydrate de cocaïne, le camphre, la belladone, le menthol, l'acide phénique. Ces divers agents seront mis en œuvre soit en bains locaux, soit en lotions, soit en badigeonnages au pinceau, soit sous forme de pommades, soit en poudrages.

II. Méthode physique.—Cette méthode utilise les propriétés analgésiques, résolutives et profondément modificatrices de la lumière et de la chaleur. Elle utilise également la paraffine, qui chauffée et liquéfiée au bain marie, puis appliquée au pinceau sur les extrémités atteintes, calme le prurit et concourt à la guérison du malade.

III. Méthode physiologique.—Celle-ci consiste à essayer de rétablir une circulation normale: 1^o par le massage méthodique comportant un pincement léger des téguments, puis l'effleurage; 2^o la gymnastique élévatoire des extrémités.

B. Engelures ulcérées.

Ici le praticien pourra utiliser les mêmes méthodes et les mêmes procédés qui s'adressent aux gelures non ulcérées sauf en plus quelques particularités pour lesquelles nous renvoyons à l'article original. Il suffira de donner ici deux formules, dites l'une de Duchesne, l'autre de Vincent, qui employées durant la guerre ont donné de bons résultats.

Camphre	5 grammes
Goménol	25 grammes
Baume du Pérou	10 grammes
Ether sulfurique	500 grammes
Huile de vaseline stérilisée	500 grammes

Moliney conseille "chaque" trois jours, après le bain astringent du matin et du soir, d'assécher avec une gaze stérilisée et de saupoudrer le mélange dit de Vincent:

Hypochlorite de chaux	10 grammes
Acide borique sec	90 grammes

(A conserver dans un flacon sec et inactinique.)

BIBLIOGRAPHIE

L'ECOLE DE PLEIN AIR ET L'ECOLE AU SOLEIL, par MM. P. Armand-Delille, Médecin des Hôpitaux de Paris et Ph. Wapler, Médecin du Dispensaire antituberculeux de Versailles. — Chez Maloine et Fils, éditeurs, 27, rue de l'Ecole de Médecine.

L'héliothérapie prend de jour en jour une place plus considérable dans le traitement de la tuberculose osseuse et ganglionnaire; de plus elle possède une action préventive indiscutable pour l'enfant chez lequel le bain de soleil est le meilleur stimulant de la croissance.

Les auteurs, dont la compétence en matière de tuberculose est bien connue, et qui étaient chargés du service médical des Rapatriés, à Evian, exposent les résultats remarquables que leur a donné cette méthode, pratiquée en 1918 dans l'Ecole au soleil qu'ils avaient organisée en Haute-Savoie, pour les enfants rapatriés des régions envahies, dont les mères tuberculeuses étaient soignées dans leurs services.

A cette occasion, ils indiquent les règles de l'entraînement à l'exposition solaire pour les enfants menacés de tuberculose et montrent comment on peut réaliser facilement et à peu de frais une école au soleil.

En lisant leur intéressante brochure et en regardant les nombreuses et jolies photographies qui l'accompagnent, on souhaite que cette méthode soit plus connue et rapidement généralisée en France, car elle constitue le moyen le plus facile et en même temps le plus efficace, de pratiquer la prophylaxie de la tuberculose chez nos enfants. — C'est un point sur lequel insiste le Docteur Méry, président de la Ligue d'Hygiène Scolaire, dans la préface qu'il a consacrée à cette utile publication.

Le numéro du 6 septembre 1919, neuvième année, du grand magazine *Paris Médical*, dirigé par le professeur Gilbert, est consacré exclusivement à l'*Ophthalmologie, Oto-Rhino-Laryngologie, Stomatologie*.

En voici les principaux articles :

L'ophtalmologie en 1919, par le Dr F. Terrien. — Lésions et complications oculaires polymorphes de l'érythème, par le Dr A. Terson. — Le quatrième symptôme de la triade d'Hutchinson, par le Dr A. Cantonnet. — L'oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale en 1919, par le Dr Dufourmentel. — Oreille et surdité du musicien, par le Dr Castex. — Les petits signes des corps étrangers dits latents de l'œsophage et des voies aériennes, par le Dr Guisez. — Dysplasie dentaire de Capdepon, par le Dr Fargin-Fayolle. — Un médecin allemand burlesque : C. F. Paullini, par le Dr Henri Clerc. — Le mouvement médical en Amérique latine, par le Dr Edmond Vidal. — A propos de l'organisation des services sanitaires, par le Dr Tixier. — Le professeur Pierre Duval, par le Dr Albert Mouchet. — *Nouvelles. — Chronique des Livres.*

Ce numéro, comprenant 60 pages in-4 à deux colonnes avec figures, sera expédié contre 1 franc en timbres-poste envoyé à la librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.

LANGUE FRANÇAISE

Si le français est la langue diplomatique, on peut presque assurer que c'est la langue universelle, on s'en rend compte en feuilletant la nouvelle édition de la *NOMENCLATURE des Journaux*

et Revues, publiée par les soins de l'Argus de la Presse. Dans les coins les plus reculés du globe, il paraît des journaux en notre langue.

" *Nomenclature* " contient en outre une liste alphabétique des journaux, facilitant la consultation de cette utile et intéressante publication.

La nouvelle édition de la *NOMENCLATURE des journaux en langue française publiés dans le monde entier* est un volume précis appelé à rendre de grands services; sans surcharge inutile cette documentation donne le nom et l'adresse des publications paraissant actuellement. L'Argus de la Presse est l'auteur de ce travail.

Revista Médica del Uruguay, publication mensuelle, organe officiel de la Société de Médecine de Montévidéo.

En voici le sommaire de cette grande revue médicale uruguayenne (No 10, octobre 1919. — Vol. XXII, XXIIe année) :

Eryhème scarlatiniforme. — Armand Ugon.

Pré cancérs de la vulve. — Stajano.

Avortement thérapeutique. — Turenne.

Sociétés Médicales de l'Uruguay.

Société de Médecine de Montévidéo.

Société de Pédiatrie.

Réunion Gynéco-Tocologique.

Analysis et Extraits.

Suppléments.

S'adresser à l'Administration du journal: 1424, Rue Rio Branco, Montévidéo, Uruguay, Amérique du Sud.

Enseignement Supérieur Libre

ANNÉE 1919

Ecole Française de Stomatologie

20 Passage Dauphine—PARIS
(30 rue Dauphine—27 rue Mazarine)

L'École Française de STOMATOLOGIE a pour but de donner l'enseignement aux seuls Etudiants en Médecine et Docteurs en Médecine, désireux de se spécialiser dans la pratique de la Stomatologie.

L'Enseignement donné par les Médecins spécialistes et techniciens comprendra :

1°—La clinique générale des Maladies de la bouche et des dents.

2°—Des Cours spéciaux sur les différentes branches de la Stomatologie.

3°—Des travaux pratiques de techniques opératoires, de prothèse, d'orthodontie et de laboratoire.

Pour les inscriptions et les renseignements, s'adresser au

Docteur J. FERRIER, Directeur de l'Ecole,
ou au Docteur BOZO, Directeur-Adjoint,
20 Passage Dauphine—PARIS.

NOTES pour servir à l'Histoire de la Médecine au Canada¹

Par les Drs M.-J. et G^{do}. AHERN (*suite*)

Il suivit pendant deux ans, à Londres, les cours de Sir Asthley Cooper et de M. Cline, senior, à l'hôpital Guy. La pathologie interne y était enseignée en même temps par les docteurs Babington et James Currie, Sir Asthley Cooper fut très aimable pour lui. Il passa ses examens devant le "Royal College of Surgeons of London", mais ne put, faute de fonds, recevoir son diplôme. Cependant, sur présentation du certificat de ses examinateurs à l'Université de St-Andrews, il reçut son titre de docteur en Médecine.

De retour au Canada, en 1812, il se fixa au Cap-Santé qu'il abandonna plus tard pour Ste-Croix comté de Lotbinière, où il vécut jusqu'à sa mort, arrivée le 15 juillet 1855. Peu de temps avant, il avait cessé de pratiquer. Il était aimé et respecté par tout le monde pour sa bonté et sa charité. C'était un homme grand et bien fait.

Quand il prit sa Licence Provinciale, le 13 juillet 1815, il fut enregistré comme résidant à Montréal. Il y demeura probablement pendant quelque temps puisqu'on voit ailleurs qu'il soigna, avec un confrère, un noble anglais qui dans le temps était Gouverneur-Général du Canada. C'était probablement Lord Sherbrooke. (17)

Il avait élevé une nombreuse famille et était connu sous le nom du "Gros docteur" ou du docteur Bostonnais. D'habitude on le payait en nature; ainsi on lui donnait qui une poche d'avoine, qui une poche de pommes de terre. Il était protestant, mais sa femme était catholique. Il se convertit avant de mourir. Il a encore des descendants à Ste-Croix.

Il n'aimait pas à faire des accouchements, et pour s'en débarrasser il instruisait des femmes dans cet art. (18)

1. Reproduction interdite.

17. "London Lancet", 17 mai 1856.

18. Notes du docteur L.-P. Legendre, de Ste-Croix.

D'après le *Canadien* du 1er juin 1832, il n'aurait eu sa licence (médecine, chirurgie et obstétrique) que le 30 mai 1832.

TRUDEL.

Il pratiqua d'abord à St-Raymond où il ne réussit pas (la boisson, a-t-on dit), puis au Cap-Rouge et enfin à Québec où il devint fou. Il était sous l'impression que son corps était devenu si gros qu'il ne pouvait plus passer à travers la porte de la maison. Pour lui prouver le contraire on le poussa à travers. Peu de temps après il tomba malade et prétendit toujours qu'en le faisant sortir on lui avait enfoncé la poitrine. (19)

TURPIN, Jean.

Jean Turpin, âgé de vingt-quatre ans, venait du Maine et était chirurgien du navire "Léopard". Il entra à l'Hôtel-Dieu de Québec, le 3 juin 1756, et y mourut le 14 du même mois. (20)

V

VAN CORTLAND, E.

Fils d'un officier militaire en retraite et fervent loyaliste, il naquit à Terrebonne en 1805. Il fit ses études à l'école du rev. Wilkie, à Québec, et à 14 ans il commença à étudier la médecine sous le docteur Hacket. En 1825, il partit pour l'Angleterre où, après deux ans d'études il passa brillamment ses examens devant le Collège Royal des Chirurgiens de Londres, et fut nommé, deux

19. Notes de feu le docteur Laurin, de Lorette.

20. Archives de l'Hôtel-Dieu de Québec.

ans plus tard, bibliothécaire de la Société Royale de Médecine et de Chirurgie de la même ville.

De retour au Canada, il alla se fixer, sur la recommandation du docteur Skey, à Ottawa, où il fut nommé médecin de l'Hôpital-Général. Plus tard il devint médecin consultant du même hôpital, et de l'hôpital protestant. Coroner, médecin de la prison, président de la Société d'horticulture, du "Mechanics" Institute", chirurgien du "Ottawa Field Battery", il mourut âgé de 76 ans et fut enterré avec les honneurs militaires. (1)

VERNAC, Louis.

Il était chirurgien et soigna Jean-Paul Maheu, de l'île et comté St-Laurent (Ile d'Orléans), pendant sa dernière maladie, et chargea 11 livres. (2)

VERNAS dit FRENET-DUFRESNE, Louis.

Fils de Louis Vernas et de Péline Niver, de St-Etienne-Buzences, diocèse de Bourges, il se marie le 25 février 1710 à St-Pierre, I. O., à Marie-Charlotte Martin, âgée de vingt-et-un ans, fille de Joachim et de Anne-Charlotte Petit, de Québec. Quatre enfants naquirent de ce mariage.

Le docteur Vernas demeura à St-Augustin puis à Québec. Il mourut et fut enterré avant le mois d'octobre 1725, puisque le 14 de ce même mois Madame Vernas épousait Pierre Raté à Québec. (3)

1. Cannif, *The Medical Profession in Upper-Canada*, p. 652. Morgan, *Biographies of celebrated Canadians*.

2. *Jug. et Dél. du Conseil Supérieur*, vol. V, p. 1054.

3. Tanguay, *Dict. Gén.*, vol. I, p. 584, vol. V. p. 535, vol. VII, p. 443.

VERNAS dit DUFRESNE, Louis.

Fils du précédent, il naquit en 1710 et épousa, le 21 octobre 1736, à l'Islet, Madeleine-Geneviève Duval, âgée de dix-neuf ans, fille de François Duval, seigneur du Ponthaut, et de Marie Giguelle, de la Rivière-Ouelle et plus tard de l'Islet.

Vernas demeurait à St-Augustin. Il eut cinq enfants dont trois moururent en bas-âge.

Il fut enterré en janvier 1785 à St-Augustin. (4)

VIDAL, Jean-Baptiste.

Il était marié à Marguerite Massé. Ils eurent une fille qui naquit à Québec, le 28 avril 1725. (5)

VIGER, Augustin.

Né en 1725, de Charles-Louis Viger, et de Marie-Catherine Girardeau, il se maria deux fois. 1^o à Marie-Joseph Lecours, plus jeune que lui de huit ans; 2^o en novembre 1761, à Montréal, à Catherine-Joseph Parant, âgée de vingt-et-un ans, fille d'Antoine Parant et de Marie-Thérèse Custaud. Ils eurent un enfant qui ne vécut que quelques mois. Ils demeuraient à Montréal. (6)

VIGNAN, Jean-Raymond.

Son père, chirurgien, s'appelait Guillaume et avait épousé Catherine Bourgalane, de St-Vincent, diocèse de Tarbes. Jean-Raymond épousa à Québec, le 8 septembre 1749, Marie-Joseph Cadet dit Caddi, âgée de vingt-neuf ans, et fille de François-Joseph Cadet de Québec.

4. Tanguay, *Dict. Gén.*, vol. I, p. 223, vol. VII, p. 444.

5. Tanguay, *Dict. Gén.*, vol. VII, p. 461.

6. Tanguay, *Dict. Gén.*, vol. VI, p. 236; vol. VII, p. 465.

Le 11 mars 1751, il était à l'Ile Dupas, et il dut mourir entre cette dernière date et l'année 1758 époque où sa femme épouse François Estèbe. (7)

VIGNAN, Marc-Antoine.

Frère du précédent, il épouse à Boucherville, le 8 juillet 1754, Marie Quintal, fille de François Quintal et de Marie Guertin, de Boucherville.

Ils demeuraient à Boucherville, et eurent sept enfants. (8)

VIOT dit LALIBERTE, Joseph.

Fils de Jean-Louis Viot et de Marie Ansarme, de Pertuis, diocèse d'Aix, Provence.

Il se marie: 1^o à Québec, à Marie-Barbe Aubry, née en 1743, fille de Louis Aubry, sellier, de Québec. 2^o le 17 octobre 1770, à St-Joseph, Beauce, à Judith Létourneau, âgée de vingt-deux ans, fille de Guillaume Létourneau et de Françoise Rodrigue. (9)

VON IFFLAND, Antoine. M. R. C. S. Angl.

Von Iffland naquit à Québec de parents allemands et français, à la fin du XVIII^e siècle, et fit ses premières études au "High School" de cette ville, sous la direction du rev. Daniel Wilkie. Ses études primaires terminées, il étudia la médecine pendant quelque temps avec un chirurgien militaire, puis on l'envoya se perfectionner en Angleterre. A Londres, il étudia sous la direction du docteur Wm. Blizard, un médecin de renom de ce temps; il suivit subséquemment des cours à Paris et à Edimbourg.

7. Tanguay, *Dict. Gén.*, vol. II, p. 514; vol. VII, p. 467.

8. Tanguay, *Dict. Gén.*, vol. VI, p. 486; vol. VII, p. 467.

9. Tanguay, *Dict. Gén.*, vol. II, p. 67; vol. V, p. 384; vol. VII, p. 477.