

TRAVAUX ORIGINAUX

NOTES DE PRATIQUE CHIRURGICALE

CALCULOSE DE L'URÈTHRE. — FRACTURE DU PIED

Par le Dr ARTHUR SIMARD

S'il est vrai que la longue théorie de malades, qui chaque jour défilent devant un chirurgien, présente à l'observateur des affections ordinairement banales, courantes, cependant, de temps à autre, quelques-uns méritent d'arrêter un instant l'attention, par la complexité des symptômes qui les mettent en relief et par leur pathogénie parfois obscure ou mal élucidée, enfin souvent par le problème thérapeutique à solutionner. Les deux observations suivantes, qui sortent de l'ordinaire, méritent plus qu'une simple mention.

Dans la première, (qui a été prise à l'Hôtel-Dieu, par M. le Dr Edmond Bergeron, interne du service) il s'agit d'un homme âgé de 41 ans et marié. Son histoire pathologique un peu obscure peut se résumer à ceci : Il y a environ six ans, il a

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

Todurase

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

subi aux Etats-Unis une opération chirurgicale sur la verge. Pour quelle affection, il l'ignore. Ce qui reste acquis, cependant, c'est que le lendemain de l'intervention sa verge était veuve de son gland. C'est le début de ses maux.

A partir de ce moment une cicatrice rétractile, qui peu à peu retrécit son méat, produit de la gêne de la miction, qui devient de plus en plus difficile, pénible même avec un jet sans force et quasi filiforme. Les choses en restent là pendant quatre années.

C'est alors que survient un autre symptôme, plus important celui-là, et qui était fatal, la retention. Cette première crise dura vraisemblablement trois à quatre semaines près, et sans aucun traitement, tout rentra à peu près dans l'ordre jusqu'en mars dernier, alors qu'il remarqua que ses urines étaient sales, troubles, épaisses et mélangées de graviers, avec des douleurs intermittentes au bout de la verge. Du mois d'avril au mois d'août tout paraît s'atténuer sensiblement au point que le malade se croit en voie de guérison. En août, les symptômes douleurs et urines sales réapparurent et le 30, une retention, cette fois complète, s'installe. Un médecin appelé ne peut passer une sonde à travers le méat rétréci. Le scrotum se tuméfie considérablement, des douleurs périnéales apparaissent et deviennent permanentes, la fièvre s'allume, l'apparence générale est mauvaise; sur les conseils de son médecin, il entre à l'hôpital le 1^{er} septembre.

A son entrée, l'interne constate une tuméfaction énorme du scrotum, ici oedémateuse, là, à la région postéro-inférieure, et au périnée, de larges plaques de gangrène, température 102°5. Retention. Une bougie filiforme est introduite et vient buter sur une résistance dure à moins d'un centimètre du méat—Quelques gouttes d'urine s'échappent de la partie sphacélée. Quelques heures plus tard je vis le malade. Les symptômes

locaux avaient considérablement progressés. Le scrotum très infiltré est largement ouvert à l'endroit gangrené, et, il s'en écoule de l'urine contenant quelques calculs : une ouverture large de ce foyer d'infiltration urineuse est faite et trois calculs de la grosseur du bout du pouce sont extraits du canal. Ces calculs étaient disposés en chainettes, comme imbriqués les uns sur les autres, dans toute l'étendue de l'urèthre pénien, le plus antérieur immédiatement en arrière du méat rétréci. Une désinfection soignée est faite, et la plaie périnéo-scrotale est laissée béante permettant à l'urine de s'écouler au dehors facilement par la rupture uréthrale, cause de l'infiltration.

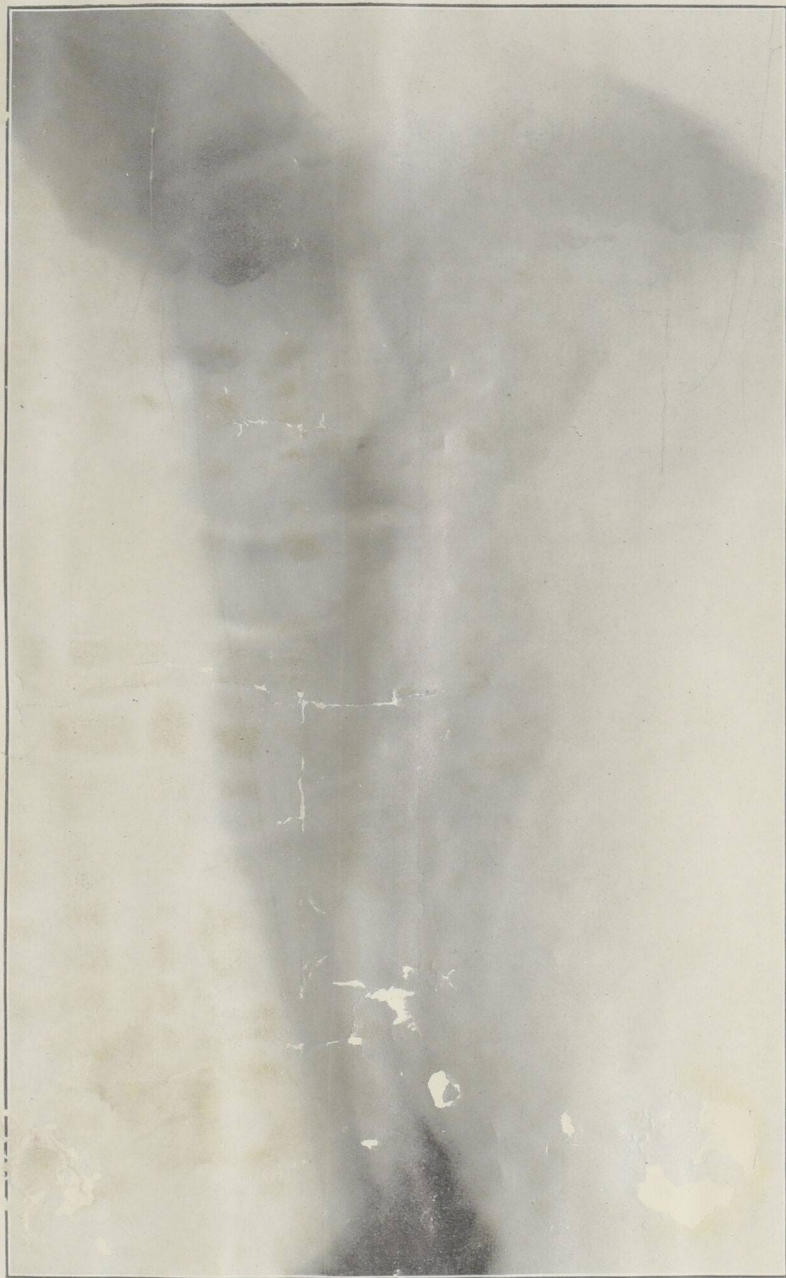
L'état général du malade, qui était menaçant, s'améliore sensiblement, la gangrène disparaît, mais, malgré sa fistule, le malade souffre encore de temps à autre de crises de rétention et il nous apprend que du moment qu'il pèse au-dessous de sa fistule, l'urine s'échappe facilement et les douleurs disparaissent.

Au commencement d'octobre, le scrotum étant complètement désinfecté, il fut décidé de rétablir la continuité du canal — la veille de l'intervention, l'interne, à ma demande, essaya d'introduire une bougie pour faciliter l'intervention et vient buter sur un calcul dans la région postérieure cette fois. L'intervention chirurgicale permit d'extraire un gros calcul de 2 centimètres de long enclavé dans la portion membraneuse.— Une sonde à demeure fut heureusement introduite et tout marcha rapidement dans la suite vers une guérison définitive.

Cette observation, n'est-il pas vrai, est loin d'être banale. L'infiltration urineuse, avec sphacèle, qui a failli se terminer d'une façon dramatique, ne présente en soi rien de bien particulier, c'est l'incident habituel après rupture de l'urèthre en arrière d'un point rétréci. Mais la cause de cette rupture uréthrale chez notre malade n'est pas monnaie courante dans la

pratique chirurgicale journalière. Le retrécissement du méat que porte notre malade, est certes peu banal vu qu'il est la conséquence d'une intervention chirurgicale nullement dirigée contre une affection quelconque du gland, mais en l'espèce, ce retrécissement très serré a son importance pour l'étude de la calculose uréthrale. Et cette calculose de l'urèthre, que je pourrais appeler totale, elle n'est pas la monnaie courante de la pratique journalière.—Au reste, ce qui doit nous arrêter, et ce qui surtout rend cette observation très intéressante, ce serait de savoir d'où viennent ces calculs et où ils se sont formés — calculs migrants? Sont-ils descendus des voies urinaires supérieures, ou venus de la vessie où ils se sont formés; Se sont-ils de préférence développés sur place, calculs autochtones? C'est là, ce me semble, le point à élucider. Il n'y a aucun doute sur le fait que le malade n'a jamais eu de coliques néphritiques. De plus, il n'a commencé à souffrir de sa vessie et de son urèthre que longtemps après sa malheureuse opération sur son prépuce. Il n'est pas prostatique. Bref, je crois qu'il faut résoudre la pathogénie de cette calculose en prenant comme point de départ une atrésie très considérable de son méat occasionnant une distension de l'urèthre, stagnation urinaire, et développement sur place dans la suite d'une calculose si remarquable au point qu'il y a peu d'observations actuellement publiées qui puissent se comparer à celle de notre malade. Des symptômes d'infection plus intense sont plus tard survenus, avec la cystite obligatoire, et un beau jour, par une fissure du canal, une infiltration urinaire s'est produite qui a failli avoir une issue dramatique.

Si la calculose uréthrale est loin d'être fréquente, j'entends la calculose autochtone, combien l'est encore moins, la production d'une énorme calculose en chaînons articulés. C'est ce



FRACTURE DU PREMIER CUNÉIFORME
Radiographie prise au service d'électrothérapie de l'Hôtel-Dieu.

qu'il y avait d'exceptionnel et de remarquable dans cette observation à mettre en relief. Le reste, — les accidents qui en furent la conséquence directe — est très banal, il devait fatalement arriver et cela n'a pas manqué d'ailleurs de se produire avec des accidents infectieux si graves qui mirent en question à brève échéance la vie du porteur de cette si remarquable calculose.

FRACTURE DU PIED

L'emploi systématique de la radiographie pour la plupart des traumatismes osseux a mis au jour un certain nombre de lésions autrefois soupçonnées, jamais bien caractérisées, trop souvent méconnues. C'est ainsi que pour la fracture de l'extrémité inférieure du radius (fracture de Colles) par exemple, les épreuves radiographiques ont mis en lumière des luxations du scaphoïde, du semi lunaire, voire même des fractures simples ou complexes des os du carpe, donnant la raison anatomique des résultats trop fréquemment médiocres du traitement chirurgical classique qui se contentait naguère d'une réduction trop simpliste, — parce que incomplétée. Les traumatismes du pied étudiés aux rayons X ont donné des résultats analogues à tel point qu'il faut à l'heure actuelle l'emploi systématique de la radiographie pour pouvoir faire un diagnostic précis des traumatismes importants du pied qu'ils soient dus soit à une chute, à une torsion ou un choc direct. L'observation suivante en est un exemple frappant.

Un jeune homme pendant son travail reçoit sur la région dorsale du pied une pièce de fer pesant plusieurs kilos. Un gonflement se produit, avec ecchymose étendue, douleur subjective et objective ; les mouvements de l'avant-pied sont très pénibles. L'examen immédiat ne dénote rien de bien particulier. Cependant, après un traitement assez prolongé qui fait

disparaître tous les symptômes douleurs et gonflement, une voussure siégeant à la base du premier métatarsien devient manifeste. Les mouvements de l'avant pied restent limités, occasionnant une gêne dans la station debout et des douleurs durant la marche. Le malade examiné quelques deux mois après l'accident présente encore une protubérance sur le dos du pied vraisemblablement à la base du premier métatarsien. Les mouvements de l'avant pied sont un peu douloureux, le pied en léger varus et en plus de sa boiterie très accentuée il survint de fortes douleurs durant les tentatives de marche. Le diagnostic rétrospectif a été fracture de cause directe de la base du 1^{er} métatarsien, ou du 1^{er} cunéiforme. C'était à soupçonner, car, les études radiographiques des traumatismes du pied qui ont été méthodiquement faites dans ces dernières années ont bien mis en relief la fréquence des luxations et fractures, intéressant les os du pied. Pour bien saisir ce qui se produit lors d'un traumatisme du pied, il faut en bien connaître la statique. Le pied osseux comprend 1° l'arc de force et de mouvement qui est formé par le massif tarsien et le 1^{er} métatarsien 2° la palette d'équilibre du pied représentée par la partie antéro-externe du pied, c'est-à-dire métatarsienne (4 derniers métatarsiens).

L'arc de force repose sur le sol par les deux talons, calcanéen et antéro-interne ou 1^{er} métatarsien. Cet arc de force n'est relié à la palette d'équilibre, (4 derniers métatarsiens) qu'au niveau de l'articulation du 1^{er} ou grand cunéiforme avec le 2^{ème} et le 3^{ème} métatarsien. Maintenant examinons très sommairement ce qui se passe dans quelques traumatismes déterminés.—Dans une chute sur la pointe du pied, alors que tout le poids repose sur l'avant pied—la voûte tarso-métatarsienne—(région interne) s'aplatit: alors la base du 1^{er} métatarsien

supporte toute la poussée de l'arrière pied et la conséquence peut être : l'éclatement de la base du 1^{er} métatarsien ou bien encore le 1^{er} cunéiforme s'écrase et se fend — pendant que la palette externe ou d'équilibre se luxe en dehors et en haut.— Ce qui se produit dans une chute, se rencontre également dans les traumatismes directs du pied. Chez notre malade il s'agit d'un traumatisme violent ayant porté sur l'avant pied, et en nous basant sur les notions originales mises en lumière par les épreuves radiographiques il fallait admettre pour le moins une fracture de la base du premier métatarsien, ou un éclatement du 1^{er} cunéiforme.

La radiographie montre un éclatement du premier cunéiforme qui n'aurait pas pu être précisé autrement.

Si j'insiste un peu sur cette lésion qui de prime abord paraîtrait insignifiante, c'est que l'expérience a montré que le pronostic d'une semblable lésion doit toujours être réservé en ce qui concerne la guérison rapide et même la marche dans l'avenir—qui peut se faire en pseudo-varus.— La conduite à tenir serait évidemment la réduction—mais il faut savoir que fractures et luxations peuvent quelquefois être immédiatement irréductibles.—Et cette irréductibilité, qui nécessite,—si l'on veut assurer au malade, une marche normale, exempte de fatigue et de douleurs,—de lever l'obstacle par une arthrotomie, n'est pas de nature à nous faire traiter avec indifférence les traumatismes sérieux du pied quelsqu'ils soient.

Notre malade, examiné plusieurs semaines après l'accident, ne paraissait pas avoir eu de luxation de la palette, du moins il nous a été impossible de le constater.—Cependant, à part une protubérance visible à l'œil nu et surtout très appréciable à l'examen il marchait en pseudo-varus.—Il est très probable qu'en suivant un traitement prolongé ayant pour base du mas-

sage et de la mobilisation méthodique il verra insensiblement les symptômes douleur, raideur et boiterie s'amender et finir par disparaître.

—: 00: —

LA QUESTION DE L'INSPECTION MÉDICALE DES ÉCOLES, A QUÉBEC

—

La commission scolaire catholique de la ville de Québec, s'est prononcée, à sa dernière réunion, contre l'idée de l'inspection médicale des enfants, dans les écoles soumises à son contrôle.

Raison d'économie, a prétendu l'un des commissaires, paraît-il, un autre, m'a-t-on dit, a émis l'opinion que l'inspection des enfants par des médecins était absolument inutile, attendu que les maîtres et les maîtresses étaient parfaitement aptes à remplir cette tâche, en sus de leur travail d'enseignement, et que par là, c'était autant d'argent sauvé pour la ville.

Quand les étrangers ont lu dans notre presse locale, cette décision des commissaires, ils ont dû s'écrier: « Ça, c'est Québec! » En effet, chez nous, quand une idée de progrès s'élève et dont la réalisation signifie du bien pour le public, le nombre des esprits optus qui s'arcboutent et qui s'opposent opiniâtrement à toute nouveauté, est incalculable. Dans le cas qui nous occupe, les uns invoquent la question d'argent, d'autres font partie de ce clan qui frémit et jette les hauts cris toutes les fois qu'il s'agit d'entrer sur un domaine qu'il se croit exclusivement réservé: « Pensez-y, Monsieur, ouvrir l'école, *l'Ecole* à des profanes, c'est le commencement de la fin! » D'autres encore déclarent: bah! tout a bien marché jusqu'ici, pourquoi innover? »

Et c'est ainsi qu'on a décidé que la ville de Québec n'aura pas encore cette année, d'inspection médicale dans ses écoles.

Cependant, ainsi que dans les autres villes importantes du continent, le besoin de cette réforme se fait sentir à Québec. Il n'y a pas si longtemps qu'un rapport d'un médecin municipal, dévoilait un état de chose intolérable dans un grand nombre d'écoles de cette ville. Depuis lors, il faut l'admettre, plusieurs écoles neuves et mieux aménagées ont pris la place d'anciennes mais il en reste encore trop, véritables nids de microbes, où les enfants qui les fréquentent sont, tous les jours, exposés à la contagion.

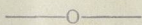
Et, malgré l'amélioration au point de vue matériel de certaines écoles, il y a encore, en quantité notable, autant qu'auparavant, des enfants qui les fréquentent et dont l'état de santé est tel, qu'ils constituent un danger permanent d'infection pour leurs condisciples.—Ailleurs on a compris ces choses là, et on ne s'est pas arrêté aux raisons qu'on donne ici pour empêcher l'établissement de cette réforme. A Montréal, à Lachine, à Ottawa, à Kingston, à Toronto, l'inspection médicale obligatoire fonctionne au grand bénéfice de la population. La ville des Trois-Rivières nous fait la leçon, et sans songer à la dépense et en dépit des protestations des éteignoirs, son conseil municipal, sous la direction d'un maire intelligent et éclairé, a créé, il y a quelques années, ce service d'utilité publique. Aux États-Unis, l'inspection des écoles et des écoliers par les médecins, est la règle dans la plupart des villes quelque peu importantes. Certaines villes du New-Jersey ont même fait l'acquisition de fermes, à la campagne, au bord de la mer, où les élèves pauvres et malades, vont passer en villégiature, les mois de vacances. Les établissements scolaires en plein air dans les jardins publics se rencontrent partout. C'est un des grands moyens et des plus

utiles dont on se sert dans la lutte contre la tuberculose. Enfin, partout, on comprend ces choses là et on se rend compte que la visite du médecin à l'école, et l'examen qu'il fait de ceux qui la fréquentent, est une sauvegarde contre l'éclosion et la contagion d'une foule de maladie.

Ici, à Québec, on se retranche derrière la note à payer et on propose, comme palliatif, de faire faire l'inspection médicale des enfants par les maîtres et les maîtresses d'école. Vraiment, c'est d'un ridicule complet.

Allons ! Messieurs les commissaires et messieurs les échevins, un bon mouvement ! faites taire vos scrupules et faites comme ailleurs, donnez-nous l'inspection médicale de vos écoles ; le public soyez-en sûrs, loin de murmurer, vous sera reconnaissant.

DR L.



INTERETS PROFESSIONNELS



SOCIÉTÉ MÉDICALE DE QUÉBEC



La deuxième séance de la Société Médicale de Québec sous la présidence de M. le Dr E. M. A. Savard, a eu lieu à l'École de Médecine, jeudi le 20 février dernier.

Étaient présents Mrs les Docteurs : A. Simard, A. Rousseau, A. Vallée, Odilon Leclerc, A. Jobin, L. I. Gauthier, J. Devarennes, Jules Vallée, Edgar Lemieux, Jos. Vaillancourt, Geo.

Ahern, Jules Frémont, René Fortier, A. Darveau, P. C. Dagneau, Arthur Leclerc, et quelques élèves de la faculté de médecine.

Le rapport de la dernière séance est lu et adopté :

Communiquée une lettre de la part de Madame Hervieux et sa famille, transmettant, aux membres de la Société, leurs remerciements pour sympathies.

Le Comité *re* Hopital Civique et Hopital pour tuberculeux, par l'entremise de M. le Dr Arthur Simard, demande à être continué en fonction, et rapporte progrès, adopté.

Le Président fait rapport qu'il a été cordialement reçu par les membres de la Société Médicale de Montréal, lors de leur banquet annuel, où il représentait notre société. Il nous transmet le salut confraternel des membres de la grande société sœur Montréalaise.

M. le Dr Arthur Rousseau, présente à la société trois observations des plus intéressantes. La première est celle d'un cardiaque souffrant de lésions orificielles avec endocardite. La deuxième est un cas bien caractérisé de maladie bleue sur laquelle est venue se greffer une hyperthermie à 114° Farh. Enfin la troisième observation concerne une malade nerveuse qui à un moment donné a présenté des signes très nets de « cécité psychique ».

M. le Dr Arthur Simard, traite des « fistules salivaires » intéressant le canal de Sténon et la parotide. Dans trois cas qui lui sont personnels, il a fait avec succès la ligature du canal de Sténon. Enfin une quatrième malade qu'il a observée, a présenté d'une façon intermittente au moment des repas des signes très nets d'obstruction du canal de Sténon.

M. le Dr Arthur Vallée, porte à la connaissance des membres de la Société Médicale, que le prochain congrès de l'Association

des Médecins de langue Française de l'Amérique du Nord, qui devait avoir lieu à Montréal cette année, aura lieu à Québec en 1914, sous la Présidence de M. le Professeur Arthur Rousseau.

EDG. COUILLARD, M. D.

Secrétaire.

— :00 : —

DISCOURS PRONONCÉ AU BANQUET DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL LE 3 FEV. 1913

Par le DR ADJ. SAVARD

—

Messieurs,

Je n'essaierai pas de vous dire, comme je suis honoré et heureux de me trouver, à ce banquet, et d'y rencontrer tant de médecins distingués, qui font l'honneur de notre profession, aussi bien que de notre province.

Ces tables somptueuses, cette salle superbe dont les galeries sont couronnées par de si douces fleurs, (les dames) attestent votre goût, et la splendeur de vos fêtes.

—

Cette bonne fortune, je la dois à la bienveillance de mes confrères de Québec, qui m'ont choisi pour présider notre Société, et à l'antique tradition : Je la dois surtout à votre généreuse hospitalité.

—

Qu'il me suffise de vous remercier simplement, mais chaleureusement pour votre gracieuse invitation, qui va à notre Société toute entière.

Je vous apporte donc de ceux de Québec, un salut amical et confraternel, l'expression de leur sympathie et de leur admiration, pour l'œuvre de votre éminente Société.

Nous savons en effet, à Québec, la haute action scientifique qu'elle exerce.

Il suffit d'observer quelque peu, pour voir quelle poussée, votre Société, a donné à la Science Médicale dans ces dernières années.

C'est réconfortant de voir, jusqu'à quel point, on travaille encore, parmi vous, pour la relever davantage.

Cette ambition se devine chez vous tous ; Et c'est très bien ! Comment ne pas vous en féliciter.

Votre Société a aussi manifesté, plus d'une fois, son esprit Social. Des œuvres humanitaires et pratiques restent, qui témoignent de votre activité dans ce sens.

Vous avez encore réussi à inculquer à tous, la dignité professionnelle. Il plaît de constater comme l'on sait apporter ici d'application et de dévouement dans l'exercice de notre profession. Sans oublier les préoccupations de l'existence, on comprend chez vous, qu'une vie n'est vraiment pleine et féconde, que si elle est vécue pour des causes supérieures à tous les intérêts de la commodité personnelle.

Un de ceux qui parmi vous, réalisèrent le mieux cet idéal, est disparu dernièrement. Le Docteur Henri Hervieux, en effet, fut l'honneur de votre Société et de notre profession.—Je ne puis m'empêcher de lui rendre devant vous, ses confrères, un hommage ému et profond—Sa perte si vivement ressentie, sera difficile à réparer, surtout au prochain congrès des médecins de langue française, qui se trouve privé de son président et de son meilleur ouvrier—A ce propos, nous vous suggérons la chose : d'un autre président qui habiterait Montréal !—Il serait assez

difficile, en effet, pour le vice-président à Québec d'organiser un congrès dans votre ville.

Nous vous soumettons aussi que le programme d'étude comprend exclusivement des questions se rapportant à l'hygiène générale.

Le Congrès des services sanitaires de la province siégera en même temps que le nôtre. Nous croyons que l'on pourrait laisser à celui-là une partie du programme. Et étudier chez nous, des questions d'ordre médical ou chirurgical.

Ce sont là de modestes suggestions, qu'on m'a demandé de vous faire. Nous les croyons pratiques.

Pour ce qui est du Congrès; Je puis vous assurer l'appui, le plus efficace possible, de mes confrères de Québec, appuyés par de nombreuses adhésions, nous voulons sincèrement vous aider à en faire un événement marquant dans le monde intellectuel comme dans le monde scientifique.

Avant de terminer permettez moi d'exprimer un vœu qui je crois, est bien celui de tous les membres de notre Société. «C'est celui d'une plus grande solidarité professionnelle,—solidarité surtout pour l'avancement scientifique.

Il n'y a rien comme de se sentir les coudes, pour stimuler les énergies.—Il y a parmi nous des éléments précieux, capables d'ajouter à la gloire de notre profession. Que ne sont-ils plus homogènes, plus compactes. L'union des forces augmenterait la puissance d'action.

N'est-il pas vrai que la production scientifique n'est pas chez nous ce qu'elle pourrait être?

L'une des causes, c'est peut-être ce manque de solidarité dont j'ai parlé, et qui trop souvent nous a fait défaut.

Stimuler les énergies, relever les courages, vaincre les timidités ou les hésitations soutenir et encourager les travailleurs,

voilà, un rôle digne de votre éminente Société et de sa sœur de Québec et auquel nous souhaitons qu'elles s'appliquent.

Puisse ce banquet, qui en est déjà une si heureuse démonstration, être le premier pas dans cette voie pleine d'espérances.

—:00:—

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE PERFECTION- NEMENT SCIENTIFIQUE ET MEDICAL

—

L'assemblée générale publique annuelle de l'Association aura lieu à la fin de mai prochain sous la présidence de M. *Aristide Briand*, président du Conseil, Ministre de l'Intérieur.

Les médailles d'honneur de l'Association seront remises à S. M. *la Reine des Belges* (médaille du Bien Social) au *Professeur Armand Gauthier* (médaille de la Valeur Scientifique), et au *Professeur Ehlers, de Copenhague* (médaille de l'Association). Une musique militaire prêtera son concours à cette solennité.

On peut s'assurer dès maintenant des cartes d'entrée en écrivant (timbre joint pour l'envoi) au Président de l'A. P. M., 12 rue François Millet, Paris—XVIe.

A. P. M.—BUREAU POUR 1913

Le Bureau de l'A. P. M. pour 1913 est ainsi composé: Président, M. J. A. Etienne-Bazot; —Vice-président: 1er Groupe d'Etudes, Médecine et Biologie, Professeur Gilbert; 2e Groupe, Chirurgie Générale et Spéciale, Dr F. Cathelin; 3e Groupe, Physiothérapie, Dr Bardet; 4e Groupe, Sciences Pures et Appliquées dans leurs rapports avec la Médecine et l'Hygiène, Professeur R. Blanchard; 5e Groupe, Hygiène et Prophylaxie, Dr Mosny; 6e Groupe, Assistance, Dr Ch. Levassort; Trésorier

Général, Dr A. Blind ; Secrétaire Général, Dr Ghislain Houzel ; Vice-Secrétaires Généraux : Dr M. Mercier, M. H. G. Richter, Secrétaires des Groupes d'Etudes : Drs Casse, Chambrette, Guilhaud, P. R. Joly, Marois, Wicart ; Archiviste-Bibliothécaire, Dr Adrion Bazot ; Archiviste Adjoint, M. Paul Juillerat.

Les bureaux de l'Association sont ouverts les *mercredis et samedis de 15 à 16 heures*, 12 rue François Millet, Paris. XVIe.

—:00:—

ASSOCIATION NATIONALE POUR LA PRÉVENTION DE LA MORTALITÉ INFANTILE ET LE BIEN- ETRE DE L'ENFANCE

Programme provisoire des questions qui seront à l'étude

I PARTIE ADMINISTRATIVE

LUNDI, 4 Août 1913.—Séances du matin et de l'après-midi.

La responsabilité des autorités fédérales et locales concernant l'hygiène de la première et de la seconde enfance.

MARDI, 5 Août.—Séance du matin.

Le contrôle administratif de l'approvisionnement du lait.

II PARTIE MÉDICALE

LUNDI, 4 Août.—Séance du matin.

Nécessité d'une éducation spéciale en rapport avec l'hygiène de l'enfance.

Séance de l'après-midi.

Problèmes médicaux concernant le lait.

MARDI, 5 Août.—Séance du matin.

Hygiène de la grossesse.

Par ordre,

MADemoiselle HALFORD,

Secrétaire.

4 Tavistock Square, London, W. C.

ECHOS ET NOUVELLES

A MÉDITER

ONTARIO.—Les médecins d'Hamilton ont décidé d'augmenter leurs honoraires. Pour une consultation par téléphone, ils demanderont \$1.00; pour une consultation ordinaire de \$1.00 à \$3.00, ou de \$3.00 à \$5.00 selon la longueur ou l'importance de la consultation; pour les visites régulières du matin \$2.00 à \$5.00, pour les visites de l'après-midi, 50 sous de plus; pour les accouchements \$15.00 au moins et pas plus de \$50.00.

RÉFLEXION: . . . Tant que nous aurons des médecins de 25 sous et de 50 sous par visites . . . et des accoucheurs à \$1.50, \$2.00, \$3.00, ne nous attendons pas de pouvoir augmenter nos honoraires—Si le médecin est si peu regardé, c'est qu'il l'a bien voulu—Il y a une quantité de confrères, qui, par le prix ridicule qu'ils chargent, sont une disgrâce pour la profession—Un vieux proverbe dit: « On a pour son argent ».

Voulez-vous être respectés—chargez donc un prix raisonnable.

DR LS. F. D.

Par suite de circonstances spéciales qu'expliqueront une prochaine circulaire, le VIe Congrès des Médecins de Langue française de l'Amérique du Nord qui devait avoir lieu à Mont-

réel en 1913 est remis à 1914 et siégera à Québec. Le bureau du Congrès est maintenant ainsi constitué :

Président : Docteur A. ROUSSEAU.

Vice-Présidents : Docteur HARWOOD, Montréal.

“ LEDOUX, Sherbrooke.

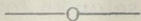
“ BÉLAND, Beauce.

Secrétaire Général : Docteur A. VALLÉE.

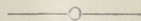
“ Montréal, “ E. P. CHAGNON.

Trésorier, Docteur A. LESSARD.

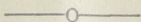
“ Montréal, Docteur B. BOURGEOIS.



On nous dit que la fameuse *affaire des ambulances* n'est pas encore réglée ! Espérons que ce n'est qu'une question de détail et que nous apprendrons bientôt que les hôpitaux ont consenti à cette importante amélioration.

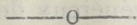


Et l'inspection des écoles ? Toujours dans l'attente ! Nos commissaires scolaires, dans un beau mouvement unanime se sont opposés à une réforme aussi coûteuse que dangereuse ! Nous osons croire qu'ils n'ont pas dit leur dernier mot et qu'une entente est encore possible.

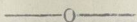


La Société St. Jean-Baptiste de Québec vient de faire œuvre sociale en organisant des conférences sur l'Hygiène de l'enfance. Monsieur le docteur St-Hilaire D. P. H. en a été chargé et ces conférences ont paraît-il un succès considérable. C'est

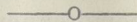
une heureuse initiative dont nous ne saurions trop féliciter notre société nationale.



L'*Hôpital pour les maladies de la peau et le cancer*, de New-York, nous fait savoir que des leçons cliniques spéciales sur ces affections se donneront tous les mercredis, du 2 avril au 14 mai.

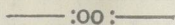


« *The American Association of official surgeons* », tiendra une réunion à Chicago, au Hering Medical College du 23 au 26 avril.



Un aphorisme par mois : (Hippocrate).

De deux douleurs simultanées, mais non dans le même lieu la plus forte obscurcit l'autre.



HOPITAL DES TUBERCULEUX.—MÉDECINE ET PHILANTHROPIE.



Depuis quelques mois déjà, nous entendions parler d'une œuvre tellement importante en soi que nous ne pouvions douter de sa réalisation. Cependant nous n'osions espérer voir ainsi germer et grandir aussi rapidement l'idée conçue par Monsieur le Docteur Rousseau, de la fondation d'un hôpital pour tuberculeux. La souscription commencée il y a six mois à peine

atteint déjà le joli chiffre de \$50,000, et la liste des souscripteurs est encore des plus restreintes. Il est heureux d'y constater toutefois, à part les dons généreux de certaines institutions religieuses et de quelques organisations financières, les apports importants d'un certain nombre de citoyens dont la générosité égale, du reste, la largesse d'idées, et qui n'ont jamais manqué l'occasion de nous prouver que l'esprit philanthropique était tout aussi développé chez eux que leurs qualités intellectuelles et morales, industrielles et commerciales.

Nous ne doutons pas que maintenant les souscriptions viendront plus rapidement encore compléter le montant de \$100,000 nécessaire pour commencer la construction. Une œuvre charitable de cet ordre ne peut manquer d'attirer l'attention et l'intérêt de tous ceux qui en comprennent la nécessité. C'est en même temps qu'une institution médicale et hygiénique nécessaire, une œuvre dont la portée sociale ne peut être discutée.

Nous publions ici une première liste de souscriptions qui ne comprend pas certains montants reçus, mais non encore officiellement communiqués au secrétaire, et qui portent à \$50,000 le montant actuellement réalisé. Nous continuerons, du reste, à tenir nos lecteurs au courant d'une question qui ne peut manquer d'intéresser tout le corps médical.

SOUSCRIPTION POUR L'HOPITAL DES TUBERCULEUX

Hon. Geo. E. Amyot	\$10,000
Hon. John Sharples	5,000
La Caisse d'Economie	5,000
Le Séminaire de Québec	3,000
Mgr l'Archevêque de Québec	1,000
Révs Pères Rédemptoristes, (Ste-Anne)	1,000
La Banque Nationale	1,000
Sir Georges Garneau	1,000

M. Cyrille Tessier	1,000
M. J. G. Hearn	1,000
Hon. Adélarde Turgeon	1,000
M. P. T. Legaré	1,000
M. Etienne Paradis	1,000
M. Arthur Rousseau	1,000
Brunet W. & Cie	600
Hon. Alexandre Taschereau	500
M. D. O. Lespérance	500
M. L. P. Sirois	500
M. J. H. Gignac	500
Mme Narcisse Rioux	500
MM. Myrand & Pouliot	500
MM. Gauvreau & Beaudry	500
M. et Mme Nap. G. Kirouac	500
M. Victor Châteauvert	500
M. F. X. Drolet	300
M. Elzéar Turcotte	300
P. G. Bussière & Cie	300
MM. Terreau & Racine	300
M. J. B. E. Letellier	300
Sir A. Routhier	200
M. l'abbé Lagueux	200
M. l'abbé Laflamme	200
M. J. E. Livernois	200
M. Auguste Carrier	200
M. Arthur Picard	200
M. J. Mercier, (Imprimerie Commerciale)	200
Dr Eugène Mathieu	200
MM. Duchaine & Perkins	200
M. Jos. Amyot	200
Dr Arthur Simard	100
M. Cyrille Robitaille	100
M. P. A. Alain	100
M. Dr Dagneau	100
M. Ferdinand Roy	100
Hon. P. Aug. Choquette	100
M. J. H. Jacques	100
M. J. Alphonse Jacques	100

M. I. A. Fortin	100
M. Gus. Simard	100
MM. Samson & Fillion	100
M. B. Leonard	100
MM. Aug. Pion	100
M. Jos. Picard	100
M. Cyr. Kirouac	100
Dr Edm. Casgrain	100
Dr N. A. Dussault	100
M. Bégin (Hôtel Clarendon)	100
M. Cloutier (Hôtel Blanchard)	100
M. C. Labrecque	100
M. Jos. Lemieux	100
Dr Léon Fiset	100
Dr S. Gaudreau	100
Dr Alb. Marois	100
M. Arthur Marcotte	100
M. J. de Salaberry Bossé	100
M. J. E. Timmons	100
M. Desjardins, St-André de Kamouraska	100
Madame X.	100
M. D. E. Drolet	100
M. Dr S. Grondin	50
Madame Nazaire Turcot	50
Cour 621, Forestiers	50
M. J. E. Dubé	50
M. Albert Demers	50
M. Arthur Drolet	50
M. F. X. Garneau	50
Madame Ferdinand Roy	50
M. Dr Albert Paquet	50
M. Dr Achille Paquet	25
M. Chs. Grenier	25
M. Jos. Masson	25
MM. Tourigny & Marois	25
M. Dr Ahern	25
M. J. E. Trépanier	25
M. J. E. Boily	25
M. Dr Stevenson	25

M. Rodolphe Audette	25
Madame Ernest Pacaud	25
M. Jos Savard	25
M. Dr. Beaupré	25
M. l'abbé Philéas Fillion	25
Total	\$45.365

LE NOUVEAU TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE

Après une longue et laborieuse étude clinique durant plus de vingt mois, Mess. Parke, Davis & Cie annoncent l'addition du phylacogène de la pneumonie à leur liste d'agents médicamenteux. On recommande ce produit dans la pneumonie ou toute affection de nature pneumococcique. On dit que l'administration de cet agent au début de la maladie coupe court le processus pneumonique d'une façon vraiment remarquable.

Le phylacogène de la pneumonie a été administré à des malades de tout âge et de toute nationalité avec des résultats brillants dans la grande majorité des cas. « De l'expérience acquise par l'étude des cas typiques traités dans des circonstances favorables, remarque un auteur, nous croyons pouvoir conclure que presque tous les cas de pneumonie vus dans les premières 24 heures après le frisson initial, guériront s'ils sont traités par le phylacogène ». Un autre observateur, professeur dans une des plus grandes écoles américaines complimente hautement le produit en ces termes : « Le phylacogène de la pneumonie est le seul agent thérapeutique qui, dans mon expérience ait vraiment démontré une action thérapeutique précise dans le processus pneumonique.

Si l'on considère le fait que la pneumonie est une des infections des plus communes et des plus fatales (des autorités disent qu'elle cause plus de morts que la tuberculose, la scarlatine et la variole ensemble), le phylacogène est une véritable bénédiction pour la thérapeutique.

REVUE DES JOURNAUX

ANALYSES

LES COMMANDEMENTS DE LA PRATIQUE URINAIRE MODERNE.—Le Monde Médical 15 Février 1913.

Sous ce titre, M. le Dr F. Cathelin expose une quinzaine de principes qu'il a baptisés du nom de « Commandements ».

Ces commandements se passent de commentaires et l'article lui-même est à lire en entier.

1°. Ne jamais sonder un malade pour la première fois, sauf urgence.

2°. Ne jamais sonder un blennorragique en période aiguë.

3°. Ne jamais faire de lavage dans l'urètre antérieur au cours de la blennorragie.

4°. Ne jamais dilater à frottement dur.

5°. Ne jamais cocaïner un canal sans raison majeure.

6°. Toujours faire le toucher rectal chez un malade urinaire.

7°. Toujours faire l'exploration métallique à un malade se plaignant de douleur au gland.

8°. Toujours cystoscopier un malade urinaire dont le diagnostic est incertain.

9°. Toujours examiner à la cystoscopie les malades hématuriques en bonne période.

10°. Toujours radiographier le haut appareil urinaire chez un malade de diagnostic rénal incertain.

11°. Tout rein tuberculeux est un rein petit, non senti et non douloureux.

- 12°. Toute hématurie du matin, est une hématurie de tumeurs.
- 13°. Toute hématurie du soir est une hématurie de calculs.
- 14°. Ne jamais user des sels d'argent dans la tuberculose urinaire.
- 15°. Les urines tuberculeuses ne sont jamais ammoniacales.

LS. F. D.

HÉLIOTHÉRAPIE ; PAR M. CHIFOLIAN. — (*Journal de chirurgie*, Paris, Décembre 1912.)

L'auteur résume très succinctement les points les plus saillants de la communication à l'Académie de Médecine de Paris, présentée par Mr A. Poncet et A. Leriche, de Lyon, à la séance du 15 octobre 1912, dans laquelle ils traitent de l'héliothérapie. La question semble avoir eu un regain d'actualité depuis quelques mois, mais Poncet et Leriche l'ont essayée il y a une vingtaine d'années, leur expérience repose aujourd'hui sur plus de 300 malades.

L'héliothérapie, comme l'indique son étymologie, est une méthode de traitement qui consiste à utiliser l'action du soleil sur tout ou partie du corps que l'on expose à ses rayons.

Cette méthode, tout à fait économique, peut, d'après Poncet et Leriche, être appliquée en tous pays. Il suffit simplement, en plaine et dans les villes, de prolonger les séances. Tous les endroits sont favorables à l'héliothérapie, cependant quand un déplacement du malade est possible, l'air de la montagne, l'insolation intensive que l'on peut prodiguer sur les hauteurs ont paru convenir particulièrement bien aux tuberculoses osseuses profondes et surtout aux formes fistulisées; de même, il faut réserver à la montagne toutes les tuberculoses locales survenant chez les tuberculeux pulmonaires en évolution. Au contraire,

les adénopathies, les tuberculoses superficielles les scrofules, le rachitisme, les déformations ostéo-articulaires de l'enfance, de l'adolescence et toutes les tuberculoses inflammatoires se trouvent mieux de la cure au bord de la mer.

L'héliothérapie devra être progressivement dosée. On commence par une séance de dix minutes et on arrive, plus ou moins vite, suivant l'adaptation individuelle, à faire des séances de trois heures, matin et soir, de mai à septembre.

A priori toute tuberculose relève de l'insolation. En pratique, il y a des localisations tuberculeuses sur lesquelles il semble que l'héliothérapie n'ait pas de prise, telles les tuberculoses rénales.

Péritonite tuberculeuse : Dans la forme ascitique, l'association de l'héliothérapie à la laparatomie donne des résultats beaucoup plus rapides que la seule cure solaire et beaucoup plus durable que la seule laparatomie. Dans les formes fibro-caséuses, la méthode combinée est également la méthode de choix. Au contraire, les formes sèches et les formes de début sont justifiables de la seule cure solaire.

Synovites bacillaires : même les synovites à grains riziformes sont rapidement améliorées par l'exposition au soleil.

Adénites tuberculeuses : Jamais l'héliothérapie ne sera faite en plaine car les adénites lui résistent. Par contre elles constituent les succès de la cure de soleil au bord de la mer. Quand les ganglions sont ramollis et suppurés, il faut tout d'abord les ponctionner et les vider.

Tuberculose ostéo-articulaire : Grâce à l'héliothérapie, Poncet et Leriche, n'amputent presque jamais au membre inférieur, et pour ainsi dire, jamais au membre supérieur. Grâce à elle, la résection est devenue un traitement radical à indications restreintes. L'immobilisation dans une gouttière plâtrée avec l'in-

solution guérissent le plus grand nombre des tumeurs blanches du genou. La carrie sèche de l'épaule est justiciable d'une prompté intervention. Les autres scapulalgies et les tumeurs blanches du poignet relèvent du traitement conservateur.

« Le traitement conservateur pour toutes les articulations est constitué par l'association de l'immobilisation et de l'insolation. Un malade qui fait régulièrement de l'exposition au soleil guérit : si sa guérison n'est pas toujours plus rapide que par l'immobilisation simple, elle est plus sûrement obtenue, et la qualité est meilleure. Il est fréquent de voir un retour complet des fonctions articulaires et très souvent les malades ne gardent que de la limitation des mouvements. »

L'héliothérapie agit heureusement dans les suites opératoires, dans le mal de Pott, dans les tuberculoses à foyers multiples, dans les ostéites résiduelles. Elle a une grande efficacité sur les ostéites douloureuses.

Dans les tuberculoses inflammatoires, les scrofules, et le rachitisme, la cure solaire est d'une remarquable efficacité, surtout à la mer.

Affections non tuberculeuses : Poncet et Leriche, signalent les effets remarquables qu'ils ont obtenus dans les retards de consolidation dans les fractures compliquées, dans les ulcères rebelles et dans les plaies infectées, en un mot dans tous ces états infectieux prolongés, dans les troubles trophiques les plus divers.

EDG. C.

L'ARGENT COLLOIDAL ET SES APPLICATIONS A LA THÉRAPEUTIQUE INFANTILE.—Par Arnold Netter.

Les propriétés bactéricides et catalytiques de l'argent colloïdal nous expliquent combien ses applications en thérapeutique sont nombreuses et variées.

Il nous rend des services quotidiens dans toutes les maladies infectieuses des enfants.

« Suivant les circonstances nous lui demandons une action locale ou générale, nous l'injectons dans la peau ou dans les veines, nous l'introduisons par la bouche ou en lavements, nous avons recours aux frictions ou aux onctions. Nous le mettons au contact des muqueuses nasales, conjonctivales, génito-urinaires, etc. (A. Netter).

Ainsi l'auteur emploie avec succès dans la *pneumonie* et la *broncho-pneumonie* soit les *frictions* avec la pommade de Crédé (collargol) à 15% soit les *injections sous-cutanées* d'électrargol en nature ou la solution de collargol à 0.25 par litre, soit enfin dans les cas graves les *injections intraveineuses* de la solution de collargol à 1%, 2% et même 5%.

M. Netter conseille l'emploi des injections intraveineuses dans l'*endocardite infectieuse* ou *rhumatismale* dans la *pyohémie*.

Il se sert du collargol comme un adjuvant précieux de la sérothérapie dans les *diphtéries graves*. Il emploie le collargol par la bouche à la dose de 20 à 40 centigrammes ou en lavement à la dose de 0 gr. 40 cg. à 1 gramme dans *certaines maladies infectieuses à localisation intestinale* telle que la *dysentérie* et les *injections paratyphiques*.

L'*adénoïdite des jeunes enfants* est beaucoup améliorée par l'instillation dans les narines d'une solution de 1% de collargol.

M. Netter a guéri un grand nombre d'*érysipèles des nourris-*

sons avec la pommade de collargol en onction ; il a diminué l'expectoration et fait baisser la température dans la *tuberculose fébrile*.

L'argyrisme signalé et les hémorragies notées quelquefois après les injections intraveineuses sont rares et pourraient être évités en employant des solutions bien préparées.

R. F.

VALEUR THÉORIQUE ET VALEUR PRATIQUE DU PNEUMOTHORAX ARTIFICIEL DANS LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE.—

(Dr Louis Rénon, *Journal des Praticiens*, 25 janv. 1913.)

Après bien des tentatives faites à l'aide de sérums et de tuberculines, la thérapeutique dite spécifique de la tuberculose semble stagner sur place. L'attention des phthisiothérapeutes s'est donc tout naturellement portée vers d'autres horizons, et c'est ainsi que la méthode de Forlanini a pris une extension et une importance considérable.

Mais cette méthode mérite-t-elle toute la faveur dont elle est aujourd'hui l'objet ?

Le pneumothorax artificiel a une théorie considérable, mais sa valeur pratique est malheureusement beaucoup moindre.

La théorie se pose sur des bases bien solides : l'observation clinique et les lois de la thérapeutique générale.

Tous les cliniciens du siècle dernier, comme tous les maîtres d'aujourd'hui, ont reconnu l'effet bienfaisant du pneumothorax spontané, quand ce pneumothorax reste aseptique et stérile.

En pathologie générale, on reconnaît la valeur curative de l'immobilisation d'un organe malade. De plus, l'on reconnaît

que ce principe est d'une application particulièrement heureuse lorsqu'il s'agit de tuberculoses osseuses et articulaires, par l'immobilisation.

Le poumon échappe-t-il à cette loi générale? Théoriquement nous n'avons aucune raison de le croire, et des observations cliniques nous permettent au contraire de conclure que le poumon immobilisé résiste mieux aux progrès de la bacillose.

En effet, comme l'a démontré Forlanini, il arrive souvent, au cours des poussées terminales de granulie, de voir le poumon immobilisé par un pneumothorax rester indemne de tubercules miliaires alors que son congénère est absolument criblé.

Piéry a observé la production du même phénomène lorsqu'un des deux poumons était comprimé par un épanchement pleural.

De plus, la compression du poumon a pour effet bien manifeste de vider les foyers et les clapiers purulents, en d'autres termes d'amener un drainage par les bronches. Elle permet aussi la cicatrisation des cavernes par accolement de leurs parois.

D'autre part, nous n'avons rien à craindre de la suppression fonctionnelle du poumon comprimé, car la capacité fonctionnelle de cet organe est bien supérieure à ses besoins.

La capacité fonctionnelle minima, compatible avec la vie, est d'un sixième du volume pulmonaire total. D'ailleurs un poumon longtemps comprimé récupère une partie de sa fonction respiratoire.

La compression de la partie malade n'est pas, non plus livrée au hasard puisque l'on admet aujourd'hui que la radioscopie et la radiographie sont indispensables. Ces procédés nous permettent de décider de la possibilité du pneumothorax, ils nous permettent aussi de surveiller les réinsufflations, de connaître

l'état du moignon pulmonaire, l'état d'allongement ou de rupture des adhérences, et enfin, de juger de l'intensité de la compression qu'il convient de faire.

Malheureusement, la valeur pratique du pneumothorax artificiel, encore que considérable ne concorde pas avec sa valeur théorique.

Et tout d'abord, le traitement est souvent impossible à cause d'adhérences complètes ou irréductibles.

L'on arrive assez facilement à vaincre des adhérences récentes, et c'est pourquoi la présence d'adhérences partielles n'est pas une contrindication; mais ces adhérences, quoique partielles, sont souvent anciennes et irréductibles, et nous n'avons pas de procédé qui puisse nous renseigner sur ce point. D'où de nombreux échecs, malgré les apparences les plus favorables.

D'autres fois, le poumon, atteint de masses caséuses et irréductibles ne peut se laisser comprimer, ou se comprime d'une manière insuffisante.

Enfin une lésion étendue du poumon du côté opposé contrindique le traitement.

Ces raisons réduisent notablement le nombre des malades capables de subir le pneumothorax artificiel. Sur 532 malades d'hôpital, Léon Bernard n'a trouvé que 13 cas justiciables de la méthode. L'auteur a observé, lui aussi, le même déchet de cas inutilisables. En 8 mois, il n'a pu traiter que 3 malades.

C'est donc une médication à indications restreintes.

C'est aussi une médication difficile à utiliser dans la pratique courante. Le malade doit être radioscopé et radiographié à chaque nouvelle insufflation, et, de plus, il faut observer de près les réactions qui se produisent par suite de la résorption passagère mais rapide de poisons tuberculeux.

La méthode n'est pas, non plus, exempte de complications.

Elle est quelque fois responsable d'embolies gazeuses, mais fort heureusement l'emploi de l'appareil de Kuss met presque sûrement à l'abri de cette complication. Par contre l'épanchement tardif d'un liquide séreux ou purulent, est assez fréquent, et c'est là un accident que nous sommes impuissants à prévoir et à prévenir. Il en est de même de la dilatation du cœur droit et des poussées évolutives du côté opposé.

Quels résultats la méthode a-t-elle donnés. Elle a à son crédit, des guérisons définitives, mais le nombre de ces guérisons est encore infime, et les résultats éloignés sont encore incertains.

Il n'en est pas de même des résultats immédiats qui lui assurent, dans certains cas, une valeur pratique considérable. On note la chute de la température, la cessation des hémoptisies, la diminution, puis la suppression de l'expectoration. Dans les tuberculoses fébriles, dans les bacilloses à ramolissement progressif, dans les formes hémoptoïques graves, quand le pneumothorax peut être pratiqué, l'action d'arrêt est souvent des plus nettes.

Gagner du temps, gagner quelques semaines, quelques mois, quelques années tel est à l'heure actuelle, le but réellement pratique du pneumothorax artificiel.

J. P. F.

L'ÉPINGLE À CHEVEUX DANS LA VESSIE. — Par le
le Prof. Legueux. (*Journal des Praticiens*, 1er Mars
1913.

Legueux présente l'observation d'une jeune fille de 16 ans qui se plaint de trouble très accusés de la miction depuis un mois :

pollakiurie diurne et nocturne, douleur totale, urines troubles. L'interrogatoire ne donne aucun indice sur la cause de cette cystite. Le cathétérisme est pratiqué pour se rendre compte de la capacité et de la sensibilité vésicale, mais voici que la sonde, aussitôt après avoir franchi l'urèthre bute contre un corps dur qui l'arrête en donnant la sensation caractéristique du frottement calculeux. Calcul ne permettant pas l'introduction de la sonde?... Et chez une enfant de 16 ans?... On songe à la présence d'un corps étranger et sur la radiographie apparaît une épingle à cheveux.

C'est toujours chez des femmes et presque toujours chez des filles encore jeunes, que l'on trouve « l'épingle à cheveux dans la vessie ».

L'épingle est toujours introduite la tête (la partie arrondie) en avant. Ayant pénétré dans la vessie, elle se couche dans le bas-fond vésical, la tête en arrière (vers le paroi postéro-supérieure), les pieds, c. a. d., les deux branches pointues en avant (vers l'urèthre). Mais bientôt, sous l'influence des contractions vésicales, la tête se met debout, la tête en haut, vers le plafond vésical. Enfin au bout d'un certains temps l'épingle s'oriente définitivement suivant le plus grand diamètre de la vessie (transversal), la tête à droite ou à gauche, les pieds du côté opposé.

Le corps étranger est toléré pendant un temps plus ou moins long, puis éclatent des accidents de cystite. Une incrustation calculeuse se produit commençant par l'une des branches, se continuant autour de l'autre et finissant par combler l'espace qui les sépare, mais les pointes restent toujours pour ainsi dire en dehors du calcul, d'où possibilité de lésions de la paroi vésicale, de fistule vesico-vaginale de peri cystite même de phlegmon-perivésical.

Legueux classe en trois groupes les corps étrangers de la vessie et de l'appareil urinaire en général :

1°. *Corps étrangers de la chirurgie* (sondes, bougies etc. se brisant dans les voies urinaires et y demeurant):

2°. *Corps étrangers de l'inconscience, enfance, ivresse ou folie*):

3°. *Corps étrangers de la volupté.*

On a toujours des aveux s'il s'agit d'un corps étranger chirurgical; *on n'en a jamais* s'il s'agit d'un corps étranger du 3eme groupe.

C'est par l'exploration directe de la vessie qu'on pourra rattacher les accidents à leur véritable cause. Le toucher vaginal est très rarement de mise puisqu'il s'agit de vierges, de demi-vierges tout ou moins, dont l'hymen reste intact.

Les conditions sont différentes suivant que l'épingle à cheveux est ou n'est pas encore entourée d'un calcul. Avant la formation du calcul, le cathétérisme vésical permet *quelquefois* de percevoir les corps étrangers; dans le cas contraire il est indispensable de recourir à la *cystoscopie*. Après la formation du calcul, la sonde révèle *toujours* l'existence de ce calcul.

Quelques particularités permettront de supçonner que dans le calcul se cache un corps étranger:

L'âge: jusqu'à 15 ou 16 ans il faut toujours se demander si on n'a pas affaire à un calcul secondaire.

LE SEXE:

Le volume du calcul: un calcul énorme, remplissant la vessie et barrant la route à la sonde ce n'est pas un calcul simple.

La fixité du calcul: due à l'intensité de la cystite;

L'existence d'une pericystite (signe très important).

Si quelqu'une de ces particularités éveille un soupçon on doit faire une radiographie.

De même que celle du diagnostic, la question du traitement se

pose de façon différente selon qu'on se trouve en présence d'une épingle à cheveux libre ou incluse dans un calcul.

Dans le 1er cas, l'extraction par l'urèthre peut-être tentée. On doit se servir du cystoscope toutes les fois que la chose est possible et quand l'extraction ne peut se faire par un crochet, sous le contrôle du cystoscope, il faut recourir à la taille. Legneux emploie, quelquefois dans ces cas, pour des raisons d'esthétique, la voie sous-symphysaire de préférence à la voie hypogastrique.

L'épingle est-elle entourée d'un calcul, la taille hypogastrique est seule de mise

Geo. A.

NOTE SUR LA GENÈSE ET LE TRAITEMENT DE
L'ÉPILEPSIE. — Dr Maurice de Fleury. (*Journal des Prati-*
ciens, 26 octobre 1912).

La cause principale de l'épilepsie est représentée par certaines lésions méningo-encéphaliques plus ou moins bien connues; mais, dans la plupart des cas, ces lésions ne constituent qu'une sorte de prédisposition à l'accès, et, pour le déclenchement de la crise, il faut le concours d'une cause occasionnelle. Celle-ci consiste dans une irritation soit directe, soit réflexe, des centres moteurs, irritation dont le point de départ est le plus souvent gastro-intestinal.

Voilà comment, il y a douze ans, l'auteur comprenait la pathogénie du mal comitial.

Une nouvelle série de recherches vient aujourd'hui confirmer cette façon de voir.

Les expériences récentes de MM. Henri Claude et Paul Lejonne nous permettent de saisir sur le vif le double mécanisme de production de l'épilepsie.

Ces auteurs ont fait porter leurs expériences sur des chiens.

Dans un premier temps, ils ont pratiqué des injections sous-duremériennes de chlorure et zinc, et ont ainsi déterminé une poussée de méningo-encéphalite accompagnée de convulsions, comparables, en tout point, à celles du mal herculéen.

Après quelques mois de guérison apparente, ces animaux ont reçu de petites doses de strychnine, et sont morts en état de mal; tandis que des animaux témoins, ayant absorbé la même quantité de poison, sont demeurés parfaitement indemnes.

Pour l'auteur MM. Claude et Lejonne se sont placés dans d'excellentes conditions, et les choses, chez nos malades, se passent absolument comme chez ces animaux en expérience. Il croit que chez tous les épileptiques il s'est produit une poussée de méningo-encéphalite soit pendant les derniers mois de la gestation soit au cours de l'allaitement. L'éclampsie du nouveau-né ne serait que la manifestation extérieure, le témoin de ce processus inflammatoire évoluant sur les centres nerveux.

Quel est chez l'homme le poison qui joue le rôle d'agent provocateur de la crise?

L'urée en excès pour Hughling-Jackson; l'acide urique selon Fergusson: des leucomaines suppose Griffiths: les putréfactions intestinales prétendent Herther et Smith.

Il y a certainement une part de vérité dans les deux premières hypothèses et les succès obtenus, dans certains cas par la suppression des aliments trop richement azotés, en sont une preuve assez démonstrative. Mais l'auteur, en se basant sur ses nombreuses observations et sur le résultat de ses essais thérapeutiques, croit que c'est la doctrine de Herther et de Smith qui correspond le plus exactement à la réalité des faits.

L'entérite chronique et les poussées de gastro-entérite sont très fréquentes chez les comitiaux. Tous les auteurs signalent, à la période préconvulsive, l'état saburral de la langue, la fétidité de l'haleine, la constipation alternant avec des débâcles infectes. Pourquoi n'y aurait-il pas une relation de cause à effet entre cet

état du tractus gastro-intestinal et la crise d'épilepsie?

L'auteur a fait l'essai de tous les régimes.

Le régime lacto-ovo-végétarien, chez nombre de comitiaux, surtout chez ceux qui souffrent d'entérite, ne donne que des résultats fort peu satisfaisants.

Le régime végétal, à lui seul, ne procure que des améliorations infidèles et incomplètes.

Le régime végétarien associé à l'ingestion de ferments lactiques donne les meilleurs résultats.

L'auteur a traité de cette manière 21 malades.

Deux seulement, qui présentaient des lésions grossières et évidentes de l'encéphale, ont résisté d'une façon absolue au traitement. Chez quatre autres, l'amélioration, d'abord franche, ne s'est pas maintenue; mais ces malades se trouvaient dans de très mauvaises conditions (alcoolisme, surmenage cérébral).

Seize malades ont été améliorés d'une façon nette et les résultats se sont maintenus.

Parmi ces derniers il est un vieillard de 74 ans épileptique depuis l'enfance.

L'auteur ne supprime pas le bromure.

L'hygiène qu'il préconise n'agit que sur l'élément auto-toxique et nullement sur l'excitabilité cérébrale.

Il arrive cependant à diminuer considérablement les doses. Quelques malades soit sur son conseil, soit plus souvent, grâce à l'impatience de leurs parents, en sont venus à supprimer tout médicament. Trois ont supprimé le bromure depuis 13, 19 et 26 mois.

Le régime consiste :

1° Dans l'alimentation végétale qui comprend la suppression du lait, des œufs, du poisson et de la viande.

2° Dans l'absorption de ferments lactiques (bouillon, comprimés), et c'est là l'élément véritablement efficace de la cure. Il faut les prescrire au début du traitement et dans ces moments où

le retour des troubles intestinaux fait redouter l'apparition d'une crise.

3^o Dans l'absorbition de boissons abondantes, sucrées et diurétiques.

J. P. F.

— :00 : —

BIBLIOGRAPHIE

TECHNIQUE CLINIQUE MÉDICALE ET SÉMÉIOLOGIE
ÉLÉMENTAIRES, Publié sous la direction du Dr. ÉMILE
SERGENT, et avec la collaboration de MM. RIBADEAU DU-
MAS, LIAN D'HEUCQUEVILLE, FECAROTTA, S. CHAUVET,
PRUVOST, HAZARD. Préface de M. JUST LUCAS CHAMPION-
NIÈRE. In-8, 1913, 173 figures, 2 planches en couleurs.
chez Maloine, Editeur, 25, 27 rue de l'École de Médecine,
Paris..... 12 frs.

Une des principales lacunes de l'enseignement médical actuel est le défaut d'organisation de l'enseignement clinique élémentaire. Le débutant qui pénètre dans un service d'hôpital n'y trouve que trop rarement la direction méthodique que réclame son état d'esprit. Si ses livres de pathologie lui donnent les descriptions les plus détaillées des diverses maladies dont les cas évoluent sous ses yeux, personne ne lui enseigne la manière de rechercher les symptômes de ces maladies et d'apprendre à les reconnaître.

Convaincu de la nécessité de considérer l'étudiant en médecine comme un apprenti à qui il faut montrer ses outils et leur maniement, le Dr. Emile Sergent a organisé dans son service de la Charité, avec le concours de plusieurs de ses anciens élè-

ves, un cours d'enseignement clinique élémentaire visant « *non pas l'étude descriptive des maladies, réservée à la pathologie, mais l'étude des procédés d'exploration qui permettent d'en rechercher et d'en constater les symptômes.* »

Ce sont ces conférences qui sont réunies dans ce manuel que la haute autorité du Dr. Just-Lucas-Championnière présente aux lecteurs. De nombreuses figures remplacent les malades et les appareils qui servent aux exercices pratiques du cours.

Si ce livre s'adresse surtout aux débutants il sera utile également à tous les praticiens, qui y trouveront, sous une forme concise et claire, *l'exposé des procédés d'examen anciens et modernes « dont l'ensemble constitue ce qu'on pourrait appeler l'arsenal de l'exploration clinique, tant au lit des malades qu'au laboratoire »* de même que *l'exposé pratique des grands syndromes morbides les plus récemment traités en clinique.*

ÉTUDE CLINIQUE DU SÉRUM ANTI-TUBERCULEUX DE VALLÉE.—Une brochure illustrée de très nombreux graphiques, par le DOCTEUR BOUREILLE, ancien Interne de la Maison de Nanterre, Directeur du Preventorium Anti-tuberculeux du Boulevard Garibaldi (Paris). Chez Maloine, Editeur, 25, Rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

L'auteur, qui a pu suivre au Preventorium du Boulevard Garibaldi, de nombreux tuberculeux, a étudié cliniquement sur quelques-uns d'entre eux, le sérum anti-tuberculeux de Vallée. Cette monographie, très complète au point de vue clinique, montre d'une façon saisissante les réactions dues au sérum, et les résultats obtenus. C'est la première fois qu'une ÉTUDE PUREMENT CLINIQUE est présentée avec autant de détails, avec des observations et des graphiques de température et de poids pris pendant 2, 3, et 4 années, avant, pendant, et après le traitement sérique.

Après avoir exposé les réactions parfois très impressionnantes et les résultats indéniables d'amélioration dont il a été témoin, le Dr Boureille arrive aux conclusions suivantes :

Le Sérum Anti-tuberculeux de M. Vallée est un remède excellent, souvent d'une efficacité remarquable contre la tuberculose. Mais en l'état actuel il ne doit pas faire délaisser les procédés employés jusqu'ici contre la tuberculose.

Bien au contraire, en apportant à l'organisme du malade les éléments dont il a besoin pour lutter contre les poisons qui l'épuisent, le sérum laisse la voie libre à l'action bienfaisante de la thérapeutique classique. Les observations publiées dans ce travail montrent que lorsque le sérum est passé, l'aération continue, le repos, les toniques, les révulsifs, etc... sont beaucoup plus efficaces.

Le sérum de Vallée est, comme tous les sérums anti-tuberculeux, d'un maniement délicat. Il peut provoquer de redoutables accidents anaphylactiques. Il peut être inactif dans les états qui ne répondent pas formellement à son indication. De l'étude faite par le Dr Boureille il ressort que les phases aiguës et l'évolution maligne des tuberculoses chroniques réclament en premier lieu l'aide du Sérum de Vallée.

La question de l'utilité ou de la nocivité des réactions anaphylactiques causées par le sérum demeure entière. A propos de cette question, le Dr Boureille constate simplement dans son étude purement clinique, que les malades qu'il a suivis, et qui ont présenté les réactions les plus intenses, sont précisément ceux sur lesquels il a obtenu les meilleurs résultats.

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

Le vingt-deux septembre 1760, il épousa à la Rivière-des-Prairies, Marie-Anne Le Meilleur, du Sault-au-Récollet, âgée de 17 ans, fille de Joseph Le Meilleur et de Marie Anne Quevilon. (32)

Cinq enfants naquirent de ce mariage dont quatre filles. Une Rose Louise fut baptisée à Terrebonne et inhumée en 1788, âgée de vingt-cinq ans, à Lachenaye. Elle ne s'était jamais mariée. On ne sait où les autres enfant ont été baptisés. Une autre fille, Marguerite morte à cinq ans fut enterrée en 1768 à la Longue Pointe. (33)

Debonne demeurait à Montréal où il a été médecin de l'Hôtel-Dieu de 1760 à 1770. (34)

Maximilien Bibaud (*loc. cit.*) dit que le docteur Debonne fut employé par le gouvernement pour traiter les patients atteints du mal dit de la Baie.

Daniel Debonne est mort en 1788.

DE LA CHAUSSEE.

Voici tout ce que j'ai pu trouver à propos de ce médecin :

"Je Reconnais avoir reçu de Berthelémy Breguier tuteur des
"enfants mineurs de feu Joseph Breguier onze livres dix sols
"pour médicaments frais et livrés pendant la maladie de feu
"marie élène Fortin mère des dits mineurs. Paroisse de St-
"Ignace, premier mars 1750."

"De la Chaussée"

DE LA CROIX, Hubert Joseph.

Hubert Joseph De la Croix ou Lacroix était fils de Dominique De la Croix, seigneur de Maufoies et de Catherine Clément de

a. Reproduction interdite.

32. Tanguay: Dict. Gén., vol. III, p. 264; vol. V, p. 323.

33. Tanguay: *loc. cit.*

34. Arch. de l'Hôtel-Dieu de Montréal.

Liège. (35) Né en 1703 il est mort le 5 janvier 1760 à St-Etienne de Beaumont, Comté de Bellechasse. (36)

Le 4 février 1732, il épousa, à Québec, Anne Madeleine Dontaille, âgée de 22 ans, fille de Jacques Dontaille, lieutenant au régiment de Noaille, et de Marie Madeleine Bouchet de Québec.

Ses deux premiers enfants naquirent à St-Thomas de Montmagny, les quatorze autres à Québec. Tanguay dans le cinquième tome de son dictionnaire sous le nom de Lacroix ne lui donne que deux enfants.

En 1762 une de ses filles Louise Judith était pensionnaire chez les Ursulines de Québec. Dans l'Histoire de cette Communauté il est dit que «le docteur De la Croix était membre de la «première chambre d'assemblée, en 1792». Cela n'était pas possible car à cette date il était mort depuis 32 ans. (37) C'est son fils Hubert Joseph qui a été député.

Le Docteur a vécu à St-Thomas de Montmagny jusque vers 1735 quand il déménagea à Québec.

Le 3 septembre, 1740 il sortait de l'Hôtel-Dieu du P. S. après y avoir passé quelque temps comme malade. (38)

De la Croix était botaniste et cueillait des plantes pour envoyer en Europe, Ainsi l'Intendant HOCQUART écrivant au Ministre, dit : "J'ai fait embarquer cinq caisses de plantes pour "le jardin du Roi, dont une envoyée par le sieur La Croix, "chirurgien." Le même écrivant au même l'année suivante, à propos d'un autre envoi : "Le surplus des plantes a été

35. Tanguay : Dict. Généal., vol. III, p. 286.

36. Ibid. ; vol. V, p., 72.

37. Les Ursulines de Québec depuis leur établissement jusqu'à nos jours, vol. III, p. 208.

38. Arch. de l'hôtel-Dieu du P. S., Québec.

“recueilli par le sieur Lacroix, chirurgien de Québec, auquel j'ai
“aussi fait payer soixante-quinze francs pour son rembourse-
“ment de semblables frais.” (39)

L'Académie des Sciences avait eu pour résultat de stimuler d'une manière extraordinaire l'étude des sciences naturelles surtout dans les pays nouvellement découverts. Les gouverneurs arrivaient dans le pays avec des instructions de pousser tous ceux qui seraient capables d'entreprendre cette besogne à recueillir toutes les plantes, graines, racines et minéraux qui seraient utiles ou dignes de remarque. (40)

Louise Judith fille du docteur avait épousé Georges Munro à Québec vers 1772. Ils sont morts en 1777 à 4 mois d'intervalle; lui dans le mois de Mars et elle dans le mois de Juillet 19 jour après la naissance de son troisième enfant. (41) La femme du docteur vivait encore et avait sous ses soins les trois orphelins de sa fille Judith d'après l'annonce suivante. “Le
“sieur Hubert Jos. Lacroix, tuteur nommé en justice aux
“enfants mineurs des defunts Sieur Georges Munro et Dame
“Louise Judith Lacroix son épouse, avertit toutes les personnes
“qui ont des comptes à la charge des dits Sieur et Dame Munro
“de les produire sous deux mois; pareillement ceux qui doivent
“sont avertis de paier promptement chez Madame Veuve
“Lacroix à la basse-ville fondée de ma procuration pour termi-
“ner et regler les affaires des mineurs.” H. J. Lacroix (42)
“Québec, 18 aoust, 1777.

39. Gosselin l'Abbé A :—Québec en 1730, pp., 60-61.

40. Corresp. des Gouverneurs.

41. Tanguay : Loc., cit. vol. VI, p., 129.

42. Gazette de Québec. No. 625, 18 aoust 1777.

DELAUNAY, ou de LAUNOY, Jean.

Jean Delaunay maître chirurgien demeurait à Québec. Né en 1637 il était fils de Thomas Delaunay et d'Antoinette Gobin, de St-Michel-du-Pont-l'Evêque, Rouen.

Le trente septembre 1669, il épousa à Québec, Marie-Anne Fleureau, âgée de 17 ans, fille de Nicolas Fleureau et de Sebastienne Beaujouan, de St-Germain d'Auxerre.

Ils eurent deux enfants, un garçon et une fille, cette dernière n'a vécu que deux jours. (43)

On trouve dans le *Bul. des recherches hist.* vol, IV, p. 36: que Madame Delaunay avait été marraine à Québec, le 25 décembre 1673, avec le Comte de Frontenac, pour Marie-Anne, fille d'Etienne Bouchard, chirurgien de Montréal.

Voici copie de l'acte de baptême de cette enfant.

“ Le vingt-cinquième jour du mois de décembre mil six cent
 “soixante-treize par moy Henry de Bernières prêtre curé de
 “cette paroisse a été baptisée Marie-Anne née d'aujourd'huy du
 “mariage d'Etienne Bouchard demeurant à la basse-ville de
 “Québec et de Marguerite Boissot. Les parrain et marraine
 “ont été le Sr Jean le Vasseur secrétaire de Mons. le Comte de
 “Frontenac et Marie-Anne Fleureau, femme de Jean de Launoy
 “chirurgien.”

H. DE BERNIÈRES. (44)

Le Sr Jean le Vasseur mentionné plus haut avait été huissier en 1664. (45)

43. Tanguay Dict. Général, vol. 1, p. 171.

44. Rég, N.-D. de Québec.

45. Juge et Dél. du Cons. Souv., vol. I, pp. 262-269.

Frontenac avait eu un secrétaire du nom de Jean le Chasseur qui fut plus tard Lieutenant-Général des Trois-Rivières. (46)

Un nommé Pierre Richer étant allé chez Gilles Rageot, greffier et notaire de Québec, sortit de chez ce dernier fort endommagé de sa personne (il avait subi des actes notariés d'un nouveau genre) ayant même «*plusieurs trous à la teste.*» Poursuivi par Richer devant les tribunaux, le greffier fut condamné à lui payer des dommages-intérêts ainsi que les honoraires de Delaunay, le chirurgien qui l'avait pansé. Ce dernier voyant que rien ne venait présenter au Conseil Souverain, le 10 août 1670, une requête où il dit : " voyant que le dict. Richer s'est absenté " sanssçavoir le lieu où il peut estre, que l'exposant n'a esté aucunement salarié ny payé de ses peines et médicaments. Et, que " le dict Rageot a esté condamné par arrest du dict Conseil du " unze du présent mois (aoust) Requéant qn'il fut ordonné que " le dict Rageot comparust anx fins de voir taxer ses peines et " salaires pour avoir pensé et médicamenté le dict Richer En- " semble que le dict arrest sera exécuté allencontre du dict " Rageot pour le payement des dicts salaires et vaccations; " Veu aussi les partyes fournyes en par dict Exposant, Tout " considéré, *Le Conseil* a taxé les dicts médicaments et salaires " à la somme de 30 livres de laquelle le dict Rageot sera con- " traint par toutes voyes deües et raisonnables faire payement " au dict Delaunay."

"COURCELLE." (47)

DELAUNAY, Louis.

Louis Delaunay ou de De Launay Docteur en médecine était originaire de Bordeaux, France, où il avait épousé Marguerite Crosulette, de Ste. Marguerite, évêché de La Rochelle.

46. Ibid., vol. III, p. 64.

47. Juge et Dél. du Cons. Souv. vol. I, p. 629.

Ses deux enfants Anne et Jeanne naquirent en France et vinrent avec leurs parents résider à Québec avant 1661. (48)

Delaunay est mort avant le 8 octobre 1662, date du contrat de mariage de sa fille Jeanne. Pierre Maillou épousa Anne en 1661.

Le 30 novembre 1662 Jeanne âgée de 21 ans, prit pour époux Jean Delespinasse âgé de 31 ans, fils de Jean Delespinasse et de Martine Bault, de St-André, évêché de Bordeaux. Il signait toujours Jean Lespinasse mais dans Tanguay (49) et ailleurs on trouve de Lespinace ou Delespinasse. Il était commis au greffe et était le 4e greffier connu de la juridiction de Québec.

Il abandonna cette position pour s'occuper exclusivement du métier d'arquebusier qui payait mieux. Au contrat de mariage il est appelé *armurier* tandis que dans Juge & Del du Cons. Souv il est intitulé *Maitre arguebusier* qui revient à la même chose. (50)

Le contrat de mariage fut fait devant Audouard Not. Ragot, 8 oct. 1662. Par ce document on apprend que Delaunay était décédé à cette date, qu'il avait été Docteur en Médecine, que "*la dite future épouse (Jeanne) a déclaré ne savoir ni écrire ni signer*" et que le Dr Delaunay était une personne de quelque importance dans la ville vu le nombre et l'importance des personnages qui ont signé ce contrat et qui ont assisté au mariage. (51)

Les bans de mariage furent publiés au prosne de la Messe paroissiale les 15, 18 et 22 octobre tandis que le mariage n'eut

48. Tanguay: Dict. Généal. vol. I, pp. 171-173.

49. Tanguay: Loc. Cit. vol. I, p. 173.

50. Juge & Del. Cons-Souv. vol. I, p. 284—11 oct. 1666.

Roy: Hist. du Notariat au Canada, vol. I, p. 31.

51. Audouard: Greffe, aux Arch. judiciaires, Québec.

lieu que le 30 nov. suivant près de six semaines plus tard. (52)

Le 11 octobre 1666 il est ordonné à Monsieur de la Mothe de payer 49 livres à Jean Lespinasse Me arguebusier pour avoir racommodé les armes de la garnison. (53)

DE LA FONTAINE, Jean.

Jean De la Fontaine—appelé aussi Lafontaine—était fils de Jacques De la Fontaine et de Françoise Leroux, au bourg Pastrésly-en-eaux, diocèse de Rouen.

Né en 1681 il étudia la médecine et, devenu chirurgien, vint au Canada et alla se fixer en 1702 à la Pointe-aux-Trembles près de Québec, pour y exercer sa profession. (54)

Le 16 août 1703, il épousa à la Pointe-aux-Trembles, Catherine Hardy, du même endroit, âgée de 17 ans, fille de Jean Hardy et de Marie Poiré. (55)

Avec l'acte de mariage on trouve dans le Régistre de la paroisse la note suivante :

“ Etabli dans cette paroisse l'automne dernier (1702) pour y
“ exercer la chirurgie. Il avait fait la traversée depuis Hon-
“ fleur jusqu'à l'île de Bonaventure avec Mr. Mular, prêtre, ré-
“ collet, qui lui donna un certificat signé de sa main, par lequel
“ il certifiait qu'il avait toujours cru le dit Jean Lafontaine pour
“ être garçon et non marié. ”

Madame De la Fontaine eut trois enfants et est morte le 9 avril 1709, douze jours après la naissance de son dernier.

52. Reg. N.-D. de Québec.

53. Juge, et Dél. du Cons. Souv. vol. I, p. 284.

54. Tanguay : Dict. Généal., vol. III, p. 287.

55. Tanguay : Loc. Cit., vol. I, p., 299.

Six mois plus tard le veuf convola en secondes noccs à la Pointe-aux-Trembles avec Marie Jeanne Sylvestre, du même endroit, âgée de 23 ans fille de Nicolas Sylvestre, et de Barbe Nepveu. (56)

De ce mariage naquirent deux enfants qui ne vécurent que quelques semaines.

De la Fontaine mourut à Québec le 9 janvier 1712.

La veuve se remaria trois fois.

56. Tanguay: loc. cit., vol. VII, p., 239.