

PAGES

MANQUANTES

**MALADIES
de
L'INTESTIN**

Lactimase

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

Le Bulletin Médical de Québec

Abonnement: \$2.00 par année



MAI 1910

SOMMAIRE

Revue des Journaux

- 386.—Les fausses appendicites. — Prof. Diculafoy.
403.—La diète libérale dans la fièvre typhoïde.
410.—Traitement des ganglions tuberculeux.

Intérêts professionnels

- 406.—Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord. — Circulaire.
412.—Bibliographie.

Variétés.

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

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

LEVURINE

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

**INAPPÉTENCE
DYSPEPSIE—ENTERITES
NEURASTHÉNIE
CONSTIPATION**

Oenase

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

DIRECTION SCIENTIFIQUE

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

COLLABORATION SCIENTIFIQUE

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

DIRECTION DE LA SOCIÉTÉ DE PUBLICATION DU
BULLETIN MEDICAL DE QUEBEC

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

REVUE DES JOURNAUX

LES FAUSSES APPENDICITES

Par M. le Professeur DIEULAFOY, Membre de l'Académie
de Médecine.

Messieurs,

C'est avec une certaine prédilection, j'en conviens, que depuis une dizaine d'années nous poursuivons à la clinique de l'Hôtel-Dieu l'étude de l'appendicite et l'étude des typhlo-colites glaireuses, membraneuses ou sableuses. Depuis dix ans, en effet, nous avons eu dans le service une quantité de malades atteints, les uns d'appendicite, les autres de typhlo-colite. Quelques-uns, en clients fidèles, reviennent nous voir chaque fois qu'ils sont repris d'une nouvelle crise de typhlo-colite. D'autres, simplement de passage, nous sont envoyés à Paris, de la province, de l'étranger, avec prière de les examiner et de leur faire savoir s'ils sont simplement atteints d'entéro-colite, de typhlo-colite, ou si leur typhlo-colite n'est pas compliquée d'appendicite, ce qui est tout différent.

Quand j'examine ces malades, je ne perds jamais l'occasion d'attirer l'attention sur le diagnostic différentiel et parfois délicat des typhlo-colites et de l'appendicite. Il y a là une question médico-chirurgicale du plus haut intérêt puisqu'une erreur de diag-

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

Todurase

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

nostic pourrait conduire, d'une part, à une opération inutile, et, d'autre part, à une abstention qui peut être néfaste.

Bien souvent, au lit du malade, j'ai donné les raisons qui nous permettent d'écarter l'hypothèse d'une complication d'appendicite, alors qu'il ne s'agit que de typhlo-colite, j'ai longuement insisté sur ce diagnostic différentiel, et je ne sache pas que notre diagnostic ait été pris en défaut.

Enfin, chaque fois que l'occasion se présente, je m'efforce, avec preuves à l'appui, de mettre en garde contre certaines doctrines qui jettent le trouble dans la question, en déclarant que l'appendicite est couramment engendrée par les typhlo-colites, et en décorant du nom d'appendicite des appendicites qui n'en sont pas.

Je ne sais jusqu'à quel point pareilles doctrines sont responsables de ce qui se passe depuis quelque temps, mais je suis vraiment frappé de la quantité de gens qui, étant simplement atteints de typhlo-colite muco-membraneuse ou sableuse, sont indûment opérés d'appendicite. Et on dirait que ce nombre va toujours grandissant.

En parlant ainsi, ne supposez pas, je vous en prie, que mon intention soit de formuler un réquisitoire contre la chirurgie ou contre les chirurgiens. Loin de moi cette pensée. J'ai pour la chirurgie un tendresse qui a fait ses preuves, et vous avez pu voir ici que les études médico-chirurgicales ont toujours tenu une large place dans notre enseignement de l'Hôtel-Dieu. Je suis l'un des partisans les plus acharnés de l'intervention chirurgicale dans le traitement de l'appendicite. J'ai fait opérer un très grand nombre d'appendicites, et plus je vais, plus je constate que c'est là le seul moyen efficace et rationnel. Enlever le foyer appendiculaire toxi-infectieux avant qu'il puisse devenir mortel, c'est une règle de simple bon sens que l'expérience de tous les jours a confirmée.

Mais quand j'ai vu que cette question de l'appendicite deviait de son vrai chemin, quand j'ai constaté qu'une quantité de

gens simplement atteints de typhlo-colite étaient opérés d'appendicite qu'ils n'avaient pas, quand j'ai vu les erreurs de diagnostic et les erreurs opératoires s'abriter derrière de fausses appendicites pour lesquelles, *au mépris de la clinique, l'examen histologique se chargeait de tout absoudre*. alors j'ai pensé que mon devoir était de parler, et j'ai soulevé à l'Académie de Médecine une discussion à laquelle ont pris part, avec toute leur autorité, plusieurs de nos distingués collègues et amis (1).

Je commencerai d'abord par vous exposer un certain nombre d'observations qui sont triées sur le volet, et qui constituent des documents irréfutables :

I.—On fait passer un jour dans mon service, à l'Hôtel-Dieu, un malade qu'on avait opéré d'une soi-disant appendicite, alors qu'il n'avait qu'une typhlo-colite muco-membraneuse. Le chirurgien avait eu la délicatesse de m'envoyer le malade et son appendice. *L'appendice était sain*, quant au malade, sa crise de typhlo-colite muco-membraneuse suivit son cours, après comme avant l'opération.

II.—Il y a trois ans, j'ai été appelé en consultation, avenue Bosquet, par un homme jeune qui se plaignait depuis longtemps de typhlo-colite muco-membraneuse. Par moments survenaient des crises très douloureuses, avec fièvre, nausées, vomissements, débâcles de glaires et de membranes. Au moment où j'examine l'abdomen, j'aperçois à la fosse iliaque droite une cicatrice caractéristique. Je dis aussitôt au malade : " Vous avez été opéré d'appendicite ?— Oui, me répondit-il, d'une appendicite que je n'avais pas ; on m'a ouvert le ventre par erreur, et les crises d'entérocolite ont continué après comme avant, sans aucune modification ".

III.—Le 13 octobre 1905, je reçois dans mon cabinet une dame habitant le département de Seine-et-Oise. Elle me décrit tous les symptômes d'une typhlo-colite muco-membraneuse qui dure depuis plusieurs années. J'examine la malade, et je constate à la fosse iliaque droite une cicatrice sur laquelle il n'était pas possible de s'y

1. A cette discussion de mai et juin 1906 ont pris part : MM. Lancereaux, Cornil, Reclus, Le Dentu, Richelot, Reynier, Pinard et Pélret.

méprendre : “ Mais, dis-je à cette dame, vous avez été opérée d'appendicite ?—Oui, me dit-elle, j'ai été opérée d'une appendicite que je n'avais pas, et je continue à être tout aussi malade qu'avant l'opération : j'ai les mêmes douleurs dans les mêmes endroits du ventre, je rends les mêmes glaires et les mêmes peaux. ” C'était pour moi une bonne occasion d'examiner un cæcum douloureux, alors que l'appendicite avait été enlevée dix mois auparavant : je constatai à la fosse iliaque droite une douleur de typhlite comparable à la douleur de bon nombre d'appendicites, et je m'expliquai l'erreur de ceux qui, faisant abstraction des autres éléments de diagnostic, *confondent la typhlite avec l'appendicite* et font ouvrir le ventre de leur malade pour un appendicite qui n'existe pas.

IV.—L'observation suivante m'a été communiquée par mon collègue M. Thirolaix : Mme C... a, depuis l'âge de dix-sept ans, une typhlo-colite muco-membraneuse et sableuse. A vingt et un ans, elle accouche d'un enfant à terme. Les troubles intestinaux, qui s'étaient amendés pendant la grossesse, reparaissent trois mois après l'accouchement. En avril 1900, survient une crise violente, les douleurs sont surtout vives dans la fosse iliaque droite, la fièvre dépasse 39°, les matières fécales contiennent des mucosités et des membranes. Contre l'opinion de M. Thirolaix, un chirurgien porte le diagnostic d'appendicite et pratique l'opération. Or, il n'y avait pas d'appendicite : *l'appendice examiné fut trouvé sain*. Il s'agissait de typhlo-colite muco-membraneuse qui continua, du reste, après comme avant l'opération.

V.—Voici une seconde observation due à l'obligeance de M. Thirolaix : un homme d'une quarantaine d'années est atteint de typhlo-colite muco-membraneuse depuis 1892. Deux ou trois fois par an, surviennent des crises très douloureuses avec fièvre. Les douleurs sont surtout accentuées à la fosse iliaque droite ; les gards-robres contiennent des membranes et des mucosités.

Les crises durent quelques jours et cèdent au repos, aux applications chaudes et aux lavements chauds. Plusieurs médecins ont fait le diagnostic d'appendicite. Tel n'est pas l'avis de M. Thirolaix, qui maintient le diagnostic de typhlo-colite muco-membraneuse sans appendicite. Le malade demande alors l'avis de chirurgiens, qui affirment l'existence de l'appendicite, et l'opération est pratiquée le

ier mai 1900. Or, on constate que *l'appendice est sain*, non déformé, non épaissi, normal. Le diagnostic de typhlo-colite muco-membraneuse sans appendicite était donc confirmé.

VI.—En 1896, M. Thioloix voit un monsieur qui vient le consulter pour des crises de typhlo-colite muco-membraneuse. Les crises reparassent de loin en loin et durent plusieurs semaines, la fièvre est constante. Les lavements font éliminer des mucosités abondantes, parfois teintées de sang, et des membranes dont quelques-unes atteignent 20 à 30 centimètres de longueur. Les cures d'eaux thermales n'ont amené qu'une amélioration passagère. Dans l'intervalle des crises, le ventre reste sensible et le palper dénote une dilatation de cæcum. Fatigué de la répétition de ces crises, et convaincu qu'il y a une appendicite, M. D... demande à être opéré. L'opération est pratiquée en janvier 1908 ; mais il ne s'agissait nullement d'appendicite, *l'appendice était normal*.

VII.—M. Divaris m'a fait part de l'observation que voici : Le 7 août 1902, il voit un jeune homme de vingt-six ans chez lequel il fait le diagnostic de typhlo-colite muco-membraneuse ; il écarte le diagnostic d'appendicite et il s'oppose par conséquent à toute intervention chirurgicale. D'autres confrères admettent l'appendicite et conseillent l'opération. Le malade est opéré le 12 mai 1904. On trouve l'appendice *absolument sain*. Il s'agissait donc de typhlo-colite muco-membraneuse et nullement d'appendicite. Le 24 septembre reparassent tous les symptômes de la typhlo-colite muco-membraneuse avec douleurs à la fosse iliaque droite.

VIII.—M. Quiserne m'a communiqué l'observation suivante : Mme P..., âgée de cinquante-trois ans, a eu déjà de nombreuses crises de typhlo-colite muco-membraneuse. En mai 1905 éclate une crise violente avec douleur prédominante à la fosse iliaque droite. Un médecin croit à une complication d'appendicite et fait opérer le malade le 29 juin. On ne trouve ni trace de péritonite, ni adhérences ; l'appendice est *absolument sain*. Ici encore, la typhlite a été prise à tort pour une appendicite.

IX.—Voici un autre cas dont M. Quiserne a été témoin : Mlle L... est soignée depuis quatre ans pour une typhlo-colite muco-membraneuse classique. Au mois d'octobre 1905, survient une crise de vomissements, fièvre et douleur prédominante à la fosse iliaque

droite. Un médecin et un chirurgien des hôpitaux portent le diagnostic d'appendicite, et la jeune malade est opérée dans les premiers jours de décembre : *l'appendice enlevé est normal.*

X.—Un de nos confrères, ancien interne des hôpitaux, m'a communiqué sa propre observation que voici : Depuis bien des années, il était sujet à des crises de constipation suivies de débâcles. Les douleurs étaient surtout vives à gauche sur le trajet du côlon descendant ; plus tard, elles suivirent le trajet du côlon transverse et, en 1903, elles furent dominantes à la fosse iliaque droite, au niveau du cæcum. Le diagnostic de typhlo-colite avait été posé. En avril et en mai, survinrent de nouvelles crises avec des vomissements, fièvre à 38°5 et douleurs vives à la fosse iliaque droite. Cette fois, un médecin et deux chirurgiens firent le diagnostic d'appendicite. L'opération fut pratiquée le 4 juillet 1904. L'appendice était sain. L'examen histologique fut fait par un chef de laboratoire des hôpitaux, et les coupes de cet appendice *sont montrées depuis lors comme type d'appendice normal.* L'opération n'a du reste nullement modifié le retour des crises douloureuses.

XI.—Le professeur Vergely (de Bordeaux) m'a communiqué deux observations concernant des malades atteints de typhlo-colite et opérés d'appendicite *qu'ils n'avaient pas.* C'est M. Vergely qui a fait lui-même l'examen macroscopique et microscopique de ces appendices, et, dans la lettre qu'il m'a écrite à ce sujet, il associe son opinion à la mienne, affirmant comme moi que *l'appendicite n'est que très rarement associé aux typhlo-colites.*

XII.—J'ai vu, le 1er juin 1906, un monsieur qui habite Amiens et qui est atteint depuis plusieurs années de typhlo-colite muco-membraneuse classique avec prédominance de typhlite ; on lui a fait le diagnostic d'appendicite et on l'a opéré d'une appendicite qu'il n'avait pas. " La preuve que je ne l'avais pas, dit-il c'est que je continue à avoir les mêmes douleurs dans le même endroit, et les crises douloureuses sont suivies des mêmes débâcles avec glaires." Je l'examine : le cæcum était distendu et très douloureux et je constate sur le ventre le balafre caractéristique ; il avait été indûment opéré d'appendicite.

XIII.—Le Dr Regnault m'a communiqué les deux cas suivants dont il a été témoin. Chez une jeune femme atteinte de typhlo-

colite muco-membraneuse on diagnostique une appendicite ; on fait l'opération et l'appendice est trouvé *sain*. Pendant trois ans les crises continuèrent comme par le passé et disparurent après plusieurs saisons à Luxeuil. Une autre jeune femme fut opérée dans les mêmes conditions pour une appendicite qu'elle n'avait pas ; l'appendice était *sain* et les crises de typhlo-colite muco-membraneuse continuèrent après comme avant l'opération.

XIV.—Un de nos confrères, qui occupe une place élevée dans l'enseignement, fut pris au commencement du mois de mars de typhlo-colite muco-membraneuse avec prédominance de typhlite. Un chirurgien porta le diagnostic d'appendicite et fut d'avis d'opérer. L'idée d'appendicite devint pour le malade une obsession. L'opération fut faite à la fin du mois de mars, et notre confrère, comme tous les malades qui composent cette statistique, n'avait pas d'appendicite : son appendice fut trouvé *absolument sain* et à l'examen histologique il n'y avait même pas d'hypertrophie des follicules.

XV.—Le 7 juillet 1906, un monsieur habitant la province vient me trouver pour me demander un traitement contre sa typhlo-colite muco-membraneuse. Je l'examine et je trouve sur le ventre une cicatrice avec quelques points de suppuration. " J'ai été opéré, me dit-il, pour une appendice *que je n'avais pas* ; mon chirurgien s'est trompé et il m'a avoué son erreur. Je ne lui en veux pas, car il était aussi contrarié que moi." J'envoyai ce balafré chez M. Legueu afin de supprimer les causes de la suppuration de la plaie.

XVI.—J'ai vu, le 6 juin 1906, une jeune femme, de condition moyenne, qui venait me demander conseil. Elle a, depuis des années, des crises de typhlo-colite muco-membraneuse, et dans certaines crises, la typhlite prend le dessus et les douleurs s'exaspèrent à la fosse iliaque droite. Elle est entrée dans un service de chirurgie que je n'ai pas besoin de nommer ; on a fait le diagnostic d'appendicite, et on l'a opérée, le 19 octobre 1905, d'une appendicite qu'elle n'avait pas. Sept semaines après l'opération, les crises de typhlo-colite muco-membraneuse ont reparu. Quand ces malades vous racontent leur histoire, on entend toujours le même refrain : " Je vois bien, monsieur, que je n'avais pas l'appendicite, car ça n'a servi à rien de m'opérer, j'ai les mêmes crises douloureuses dans les mêmes endroits." Et la pauvre femme ajoutait : " Depuis l'opération, mon ventre n'a

plus la même résistance ; il me semble que mes organes vont tomber.”

XVII.— L'observation suivante, sur laquelle je vais insister avec intention, est une de celles qui ont le plus contribué à affermir ma conviction, relativement à la question qui nous occupe. Voici le cas : je suis appelé en consultation à la maison de santé de la rue Blomet, pour une jeune fille qui est tourmentée depuis deux ans par une typhlo-colite muco-membraneuse. Par moments, sans cause appréciable, surviennent des crises extrêmement douloureuses, au cours desquelles sont expulsées des selles diarrhéiques, avec mucosités et abondantes membranes. Lors des dernières crises, la douleur a été prédominante à la fosse iliaque droite, et le diagnostic d'appendicite a été posé par un de nos confrères et par un chirurgien des hôpitaux.

En conséquence, on a proposé l'opération, et cette perspective n'a pas déplu à la patiente, qui espère obtenir de la chirurgie une guérison que la médecine ne lui a pas encore donnée: A mon tour, j'examine la malade, qui vient d'avoir récemment une crise violente. Le ventre est souple et les parois sont flasques. A la pression, les douleurs sont vives au côlon transverse et à l'angle du côlon ascendant, mais elles sont encore plus vives à la fosse iliaque droite. Toutefois, cette prédominance des douleurs à la fosse iliaque droite ne me parut pas suffisante, il s'en faut, pour m'engager à admettre l'appendicite. Je ne suis pas de ceux qui croient que l'appendicite est la suite fréquente des entéro-colites. Une longue expérience m'a prouvé que la prédominance des douleurs à la fosse iliaque droite, au cours d'une crise de typhlo-colite, est pour ainsi dire toujours imputable à la typhlite et non pas à l'appendicite. Pour faire une appendicite, il faut un tout autre tableau clinique qui n'existait pas chez la malade que je venais d'examiner. Aussi, chez cette jeune fille, je portai le diagnostic de typhlo-colite muco-membraneuse avec typhlite prédominante : je rejetai le diagnostic d'appendicite et, par conséquent, je rejetai également l'opération.

Mais nos confrères étaient d'un avis tout opposé ; pour eux, l'appendicite ne faisait aucun doute et l'opération fut décidée. L'opérateur m'offrit très obligeamment de faire venir un de mes élèves qui recueillerait l'appendicite après ablation. L'opération fut faite et

l'appendice me fut apporté à l'Hôtel-Dieu, où je l'examinai avec un de mes chefs de laboratoire, M. Jolly. Cet appendice était petit, *absolument sain*, le canal appendiculaire et les parois étaient indemnes. L'examen histologique a été fait par M. Jolly, et la longue description que comporte cet examen dit explicitement qu'il n'y avait aucune lésion. En résumé, la malade avait, depuis deux ans, des crises de typhlo-colite muco-membraneuse avec prédominance de typhlite et, comme tant d'autres, elle a été opérée pour une appendicite *qu'elle n'avait pas*.

Toutes les erreurs de diagnostic que je viens de vous signaler sont pour ainsi dire calquées les unes sur les autres ; on peut les résumer de la façon suivante : il y a des malades atteints de typhlocolite muco-membraneuse ou sableuse, chez lesquels la typhlite est dominante. En pareil cas, la douleur s'accuse plus vivement à la fosse iliaque droite. Alors à force d'entendre dire et répéter que l'appendicite est la suite fréquente des entéro-colites, on se laisse aller à un *diagnostic de tendance*, on méconnaît la typhlite, et on opère une appendicite qui n'existe pas.

Pareilles erreurs de diagnostic, doublées d'erreurs opératoires, se sont multipliées ces dernières années d'une façon invraisemblable, surtout depuis que de différents côtés on a pris l'habitude de confier, après coup, à l'examen histologique, le diagnostic de certaines soi-disant appendicites. Je m'explique :

Vous êtes mandé par un malade qui se plaint de violentes douleurs abdominales ; il sait qu'il a une crise d'entéro-colite muco-membraneuse, car plusieurs fois déjà il a subi des atteintes semblables ; il sait également que son état ne présente aucune gravité, mais il souffre cruellement et il vous demande aide et assistance. Vous palpez méthodiquement le ventre, que vous trouvez très sensible, notamment sur le trajet des côlons, et quand vous arrivez à l'examen de la fosse iliaque droite, le patient se récrie, car votre pression détermine en cette région une douleur plus vive que partout ailleurs. Alors, si vous êtes imbu des doc-

trines regrettables qui proclament que l'appendicite "succède couramment" à l'entéro-colite, vous tombez dans le diagnostic de tendance que je signalais il y a un instant, vous méconnaissiez la typhlite, vous déclarez à votre malade qu'il y a une complication d'appendicite, vous lui signalez le danger, vous parlez d'opération, et vous demandez une consultation chirurgicale. Grand émoi chez le malade et dans la famille. Cependant l'opération est décidée. Suivant que le chirurgien est ou n'est pas temporisateur, l'opération est faite, un peu plus tôt, un peu plus tard, mais à l'ouverture du ventre, votre diagnostic reçoit un démenti formel, l'appendice est complètement sain, la typhlite a été prise à tort pour une appendicite et votre client n'aurait pas dû être opéré. Comment arranger tout cela avec le malade et avec la famille ?...

Attendez, le dernier mot n'est pas encore dit. C'est ici qu'intervient le microscope, et nous allons voir surgir une nouvelle variété d'appendicite, *l'appendicite microscopique*, qui va sauver le diagnostic et la situation.

Et quand je parle d'appendicite microscopique, ne croyez pas, Messieurs, que ce soit avec une pointe d'ironie à l'égard du microscope ou de l'histologie. Pas le moins du monde. Je reconnais les importants services que l'histologie nous a rendus et nous rend tous les jours. Dans cette chaire de clinique de l'Hôtel-Dieu, je suis entouré d'histologistes hors pair, et, dans mes publications, l'histologie pathologique tient une place honorable. Je suis donc le premier à rendre hommage aux histologistes et à leurs travaux, mais je réserve un dédain bien naturel pour cette fausse appendicite, cliniquement inexistante, qui voudrait usurper, à côté de l'appendicite vraie, une place qui ne lui appartient pas. C'est elle que j'appelle ironiquement appendicite microscopique.

Si vous voulez la connaître, vous n'avez qu'à consulter certains travaux. De différents côtés, notamment dans plusieurs thèses de notre Faculté, sont publiées des observations où l'exa-

men histologique de l'appendice a la *prétention injustifiée de se substituer à tout autre diagnostic*. C'est à croire que la clinique impuissante passe la main à l'histologie, pour savoir, après opération faite, s'il y avait ou non appendicite. Bon nombre de ces observations concernent des malades de nos hôpitaux atteints d'entéro-colite muco-membraneuse avec prédominance de typhlite, pauvres malades qui sont opérés pour l'appendicite qu'ils n'ont pas. Quand on lit ces observations, on voit que l'appendice enlevé présente tous les attributs d'un appendice sain, mais l'examen histologique intervient et révèle des choses sur lesquelles il est indispensable de s'expliquer.

Travées scléreuses, hypertrophie des follicules clos et folliculite hémorragique, telles sont les principales trouvailles histologiques qu'on décore du nom d'appendicite dans le diagnostic *post-opératoire* qui est confié au microscope. Or, ces trouvailles histologiques n'ont nullement la signification qu'on voudrait leur donner. Pour s'en convaincre, il suffit de lire l'important travail de M. Letulle, si compétent en pareille matière (1). Qu'on prenne au hasard des appendices d'adultes, et il est rare qu'on ne trouve pas dans ces appendices, ou du tissu de sclérose en évolution, ou un épaissement des follicules lymphatiques, en particulier dans le segment inférieur de l'organe. Il s'agit là de modifications presque banales que subit le tissu de l'appendice, et il faut en finir avec la légende qui nous donne ces altérations comme autant d'appendicites consécutives aux entéro-colites. Sous le nom de *folliculite*, l'hypertrophie vulgaire des follicules clos de l'appendice avait acquis une importance qui a trop duré. J'ai souvent entendu la phrase suivante : " Tel malade qui a été opéré avait-il bien une appendicite ? Pas précisément, mais il avait une folliculite. " Faute d'appendicite on se contente de folliculite. Nous

1. LETULLE. L'appendice vermiforme de l'homme. Comptes rendus de la Société de Biologie, No. 1 1906.

savons maintenant ce que cela veut dire ; cette variété de folliculite usurpatrice doit rentrer dans l'oubli.

Dans une communication (10 juillet 1906) à la Société de médecine berlinoise (1), au sujet de l'appendicite, M. Orth reprend, lui aussi, cette question de la folliculite et voici son opinion : il est toujours difficile de dire, en présence d'une coupe d'appendice, si les follicules lymphatiques ont subi une augmentation pathologique, ou si l'on se trouve seulement en présence d'un appendice normal particulièrement riche en follicules lymphatiques ; et M. Orth, qui a été aidé dans ses recherches par M. Aschoff, a constaté que 9 à 10 pour cent des appendices examinés par lui, et qui avaient été extirpés avec le diagnostic clinique d'appendicite, présentaient un aspect macroscopique et microscopique absolument normal. Les choses se passent donc à Berlin comme à Paris, et j'espère bien qu'à l'avenir, en face d'un appendice sain, opéré par erreur, on ne viedra plus s'abriter derrière une banale hypertrophie des follicules pour dire que l'opéré était atteint d'appendicite.

Ce n'est pas fini. Il est encore une lésion que les examens histologiques nous avaient donnée comme partie intégrante des soi-disant appendicites consécutives aux entéro-colites muco-membraneuses ; je veux parler de la folliculite hémorragique qui est signalée dans un grand nombre d'observations, notamment dans les thèses auxquelles je faisais allusion il y a un instant. Un malade est sujet à des crises de typhlo-colite, et sans que la clinique ait dit son dernier mot, on opère le malade, avec l'idée que la pièce anatomique sera livrée à un examen histologique qui régularisera la situation. Et en effet, l'examen histologique révèle des foyers hémorragiques folliculaires qu'on s'empresse de considérer comme lésion d'appendicite.

1. Orth. Société de médecine berlinoise, 10 juillet 1906. Communication reproduite dans la *Presse Médicale*, 22 septembre 1906.

Eh bien, cette interprétation est encore une erreur : les hémorragies folliculaires considérées comme lésion d'appendicite, sont tout simplement fabriquées par le chirurgien, elles sont le résultat du traumatisme opératoire. Voici ce que M. Letulle dit à ce sujet : " Je n'ai jamais trouvé la folliculite hémorragique ailleurs que sur des appendices opérés. La ligature violente subie par l'organe avant son ablation explique fort bien, à mon avis, les suffusions sanguines circonscrites ou diffuses dans le tissu réticulé du follicule. "

Il est bien entendu que nous ne faisons pas allusion ici aux hémorragies qui accompagnent parfois les lésions grossières et inflammatoires des appendices vraies. Nous n'avons en vue que les hémorragies folliculaires qu'on trouve dans des appendices *sains, opérés*, et qui sont considérées comme des lésions d'appendicite par ceux qui patronnent la soi-disant appendicite que je démolis en ce moment.

Nous savons donc maintenant que les foyers hémorragiques folliculaires et extra-folliculaires que M. Letulle a si bien mis en valeur, dans des appendices sains, opérés, sont le résultat, non pas d'une appendicite, mais d'une manœuvre opératoire. Dans une des séances de la Société de médecine berlinoise (19 juillet 1906), M. Heubner arrive aux mêmes conclusions (1). Faisant allusion à notre communication à l'Académie de médecine (29 mai 1906) et aux travaux de M. Letulle, M. Heubner a voulu élucider expérimentalement cette question. Il a institué, en collaboration avec M. Noggerath, une série d'expériences sur des appendices de lapins. Ces expériences lui ont confirmé l'existence d'hémorragies intra-appendiculaires *purement opératoires*.

Alors, que reste-t-il de la soi-disant appendicite qui trouvait un refuge dans l'examen microscopique ? Rien ; anatomiquement

1. HEUBNER. Société de médecine berlinoise, 1 juillet 1906. Communication reproduite dans la *Presse Médicale*, 22 septembre 1906.

elle ne compte pas, cliniquement elle est inexistante, et c'est elle cependant qui a fourni le plus gros appoint à la théorie qui proclame que l'appendicite est couramment la conséquence des entéro-colites.

Mais si cette variété d'appendicite est inexistante, je demande aux opérateurs qui la patronnent de vouloir bien me dire d'après quels symptômes ils en font le diagnostic. Un malade est atteint de typhlo-coïte muco-membraneuse, quelles sont, je vous prie, les indications cliniques qui les autorisent à opérer ce malade ? Je n'insiste pas. Nous nous expliquons maintenant les nombreuses erreurs opératoires qui ont été commises.

Lors de la discussion de l'Académie de Médecine, mon collègue M. Richelot s'est rangé à mon opinion dans les termes que voici : " Comment ne pas dire, avec Dieulafoy, que des lésions microscopiques banales peuvent se rencontrer dans les appendices les plus innocents, et que leur constatation après coup, sur un appendice indûment enlevé, est pour le chirurgien une mauvaise excuse ? "

Du reste, une saine et bonne clinique aurait dû suffire à démontrer qu'on s'était engagé dans une mauvaise voie en opérant tant de gens atteints d'entéro-colite sous prétexte qu'ils avaient une complication d'appendicite ; il suffisait, pour être éclairé, de voir ce qui se passe après les opérations. On aurait facilement constaté que les opérations ne rémédièrent à rien et ne modifient rien. Dans les observations que j'ai citées, on voit que l'ablation de l'appendice n'a nullement modifié les crises douloureuses qui restent prédominante à la fosse iliaque droite ; dans bien des cas, ces crises douloureuses se reproduisent chez les opérés, au même endroit et avec la même intensité. Ceci aurait dû suffire à démontrer que l'appendicite est étranger à ces crises douloureuses de la fosse iliaque droite, qui sont dues à la typhlite et non pas à l'appendicite.

Les malades retirent-ils du moins quelque bénéfice de l'opé-

ration, et leur typhlo-colite muco-membraneuse est-elle améliorée par l'ablation de l'appendice ? Si je pose la question, c'est que plusieurs auteurs ont prétendu que les entéro-colites muco-membraneuse sont entretenues ou provoquées par l'appendicite ; aussi pensent-ils que l'ablation de l'appendice fait coup double, et est en même temps un moyen de guérir l'entéro-colite.

Eh bien, à l'encontre de ces auteurs, je peux dire qu'à part quelques neurasthéniques qui se déclarent soulagés, la typhlo-colite muco-membraneuse suit son cours après comme avant l'opération : j'ai fait à ce sujet une enquête qui ne laisse aucun doute dans mon esprit. Presque tous les malades indûment opérés dont j'ai rapporté plus haut les observations ont continué à avoir les mêmes crises douloureuses, avec glaires et membranes. Certains malades que l'on proclame comme guéris au moment où l'on publie leur observation, sont repris quelques semaines ou quelques mois plus tard de crises semblables à celles qui existaient avant leur opération. Ainsi M. Wagon (1) cite l'observation d'un enfant qui avait été classé comme guéri de son entéro-colite muco-membraneuse après ablation de l'appendice ; mais M. Esmonet m'a fait savoir que ce petit malade est venu se soigner à Châtel-Guyon pour des crises absolument semblables à celles qui avaient précédé l'opération. Et ainsi de suite.

M. Apert, notre collègue des hôpitaux, a vu, à l'hôpital Tenon, une femme atteinte d'entéro-colite glaireuse, très douloureuse, qu'on avait opérée pour une appendicite qu'elle n'avait pas. Après ablation de l'appendice, les crises ont reparu avec le même cortège de symptômes et de douleurs.

M. Deléage a soigné à Vichy une dame dont les crises de typhlo-colite muco-membraneuse n'avaient nullement été améliorées par l'ablation de l'appendice.

M. Esmonet a vu à Châtel-Guyon une jeune fille à qui on

1. WAGON. Appendicite chronique d'emblée. Thèse, Paris, 1904.

avait fait l'ablation de l'appendice, sous prétexte de complication d'appendicite, alors qu'elle n'avait qu'une typhlo-colite muco-membraneuse. Les crises ont continué après comme avant l'opération.

Chez deux malades soignés à Châtel-Guyon par M. Conchon (1), l'appendicectomie, pratiquée parce qu'on avait cru à une complication d'appendicite, n'a nullement modifié les crises d'entéro-colite.

Ces dernières années, M. Bottentuit a réuni à Plombières, vingt-deux observations concernant des malades, Français ou étrangers, atteints depuis plus ou moins longtemps de typhlo-colite muco-membraneuse ou sableuse, et opérés pour appendicite qu'ils n'avaient pas. J'ai entre les mains les observations détaillées de ces malades ; à peu de chose près, elles se ressemblent toutes ; on y voit que l'ablation de l'appendice, pratiquée par erreur, n'a nullement modifié les caractères des crises douloureuses, qui ont persisté après comme avant l'opération, avec rejet de mucosités et de membranes, et les patients sont venus à Plombières demander à la cure thermale d'améliorer leur situation.

Cette année, M. Bottentuit a recueilli six autres cas qui concernent encore des gens atteints de typhlo-colite et opérés d'appendicite, par erreur. M. Esmonet vient aussi de me faire part d'un cas récent analogue.

Voilà donc une quantité de gens (et ils sont légion) qui rentrent dans la même catégorie. Ils ont une typhlo-colite muco-membraneuse, ou sableuse, on croit à tort à une complication d'appendicite, on les opère, mais la typhlo-colite persiste comme par le passé, et ils n'ont gagné à l'opération que d'avoir une balafre sur le ventre. Je les ai surnommés *les balafrés*. Ils font partie de la même famille pathologique, et sur leur ventre est ins-

1. EHRMANN. Rapports de l'appendicite avec l'entéro-colite muco-membraneuse, Paris, 1603.

crité en caractères indélébiles l'erreur de diagnostic : balafrés de Plombières et Châtel-Guyon !

Les erreurs de diagnostic et les erreurs opératoires que je viens de signaler ne sont pas connues du public, mais le public s'inquiète et se dit que l'appendicite doit être une maladie singulièrement fréquente, à en juger par toutes les personnes qui sont opérées. Il ignore, le public, que bon nombre de ces personnes n'ont pas d'appendicite.

Pareilles erreurs de diagnostic peuvent retentir d'une façon très fâcheuse sur la vie de bien des gens atteints de typhlo-colite muco-membraneuse ; on leur parle à tort d'appendicite, et on leur fait entrevoir l'opération ; dès lors, ils deviennent tristes, moroses, neurasthéniques ; ils n'osent plus se mettre en voyage, ils sont méticuleux sur le choix de leurs aliments, ils maigrissent, ils surveillent continuellement leur fosse iliaque droite, la constipation les effraye ; ils passent par toutes les alternatives, tantôt ils désirent l'opération, tantôt ils la redoutent ; leur existence est empoisonnée.

Certains même finissent par aller trouver le chirurgien. J'aime mieux en finir, disent-ils, débarrassez-moi de mon obsession et enlevez-moi mon appendice. On les débarrasse en effet de leur obsession et de leur appendice, mais ils continuent à éprouver les mêmes crises, les mêmes douleurs, et ils comprennent qu'on avait à tort diagnostiqué une appendicite.

Si je parle ainsi, c'est que j'ai pu étudier de près cette question qui m'occupe depuis bien des années. Que de fois il m'est arrivé d'arrêter net l'intervention chirurgicale chez des personnes qu'on allait opérer ! On devait les opérer dès le lendemain, ou dans la huitaine ; la chambre était déjà retenue dans une maison de santé. Les années se sont écoulées et le temps a prouvé que mon diagnostic n'était pas erroné. Que de fois j'ai pu rendre le calme et la quiétude à des malades atteints de typhlo-colite, en leur affirmant qu'ils n'avaient nullement l'appendicite qu'on leur avait fait

entrevoir ! J'ai recueilli avec soin toutes ces observations ; elles forment un dossier qui ne manque pas d'intérêt, et, pour ne parler que de mes observations de cette année, j'ai eu l'occasion de préserver de l'opération une quinzaine de personnes atteintes de typhlo-colite chez lesquelles on avait, à tort, suivant moi, diagnostiqué une complication d'appendicite.

En résumé, de par la clinique, et de par les récentes acquisitions histologiques, nous savons maintenant que bon nombre de gens simplement atteints de typhlo-colite sont indûment opérés d'appendicite.

Prof. DIEULAFOY.

(A suivre)

— o : — o —

On signale à l'attention des médecins qui écrivent des prescriptions le fait que des substitutions sont souvent faites. Un médicament ou préparation médicamenteuse expressément prescrite est remplacée par une préparation à peu près analogue.

Un jugement vient d'être rendu à Montréal condamnant un pharmacien pour avoir livré sur demande précise pourtant, une préparation de fer et de Manganèse quelconque au lieu et place du Pepto-Mangan (Gude).

Les propriétaires de ce médicament, MM. Breitenbach & Cie., ainsi que leurs agents à Montréal, MM. Leeming Miles & Cie ont obtenue cette condamnation qui devra servir d'exemple.

— : o : —

LA DIÈTE LIBÉRALE DANS LA FIEVRE TYPHOÏDE

Dès 1900, M. le Dr Vaquez s'élevait contre la diète lactée prescrite presque exclusivement chez les typhiques. Il montrait les inconvénients résultant, pour les malades, d'une alimentation insuffisante, et préconisait un régime plus en rapport avec leurs besoins. C'est le même avis que vient de formuler M. M. Richau-Beauchant, de Poitiers, dans les *Archives Médico-Chir. de province* (No. 12).

Voici quelques-uns des renseignements fournis par cet auteur.

Le lait, sauf le cas où il n'est pas digéré, doit être prescrit à la dose de 1 litre 1/2. Il est donné pur, si les malades le préfèrent, ou additionné d'une petite quantité de café. On peut le couper avec de l'eau d'orge ou du riz, ou le mélanger avec une petite quantité de farine de céréales, orge, riz, ou un peu de pâtes, ce qui le rend plus facile à digérer. Il doit être assez fortement sucré, soit avec du sucre ordinaire, soit avec de la lactose. On lui ajoutera de la crème, si on adopte les vues de Coleman.

En dehors du lait, il y aura intérêt à donner une ou deux fois par jour du bouillon avec des légumes ou avec du poulet ou même avec des pieds de veau, ce qui donnerait un bouillon contenant de la gélatine dont nous connaissons les avantages dans le régime des typhiques. Le bouillon ne sera pas donné clair, mais on y ajoutera, en augmentant progressivement les doses, des pâtes ou des farines de céréales. Celles-ci pourront être également données sans lait, ni bouillon, sous forme de soupe.

Le jus de viande, à la dose de 2 ou 3 cuillerées à bouche, sera plus facilement accepté par les malades, s'il est mélangé au bouillon. Quant à la viande en nature, il faut se montrer assez réservé sur son emploi. Nombre d'auteurs disent pourtant n'avoir

eu qu'à se louer de l'emploi d'un peu de viande râpée crue ou cuite. M. Vaquez, qui suit cette pratique, recommande l'emploi de viande de mouton, qui est très pauvre en graisse, ou encore la viande prise dans la partie centrale du jambon et très finement râpée.

Avec plus de sécurité, on peut prescrire les œufs : trois ou quatre par jour. Ils seront pris crus ou battus dans un peu d'eau, au besoin avec du sucre et quelques gouttes de rhum ou de cognac. Ils peuvent être également mêlés à du lait ou à du bouillon. Certains auteurs ne voient pas d'inconvénients à les donner à la coque.

Tels sont les points essentiels du régime des typhiques. Ajoutons que les boissons doivent être données en abondance, consistant en une eau légèrement additionnée d'alcool, de thé, ou de café, limonade ou citron, décoction de céréales, etc., etc. Il n'y a aucun inconvénient, au contraire, à introduire dans les aliments une quantité modérée de sel : les malades sont d'ailleurs les premiers à en réclamer.

Le régime dont nous venons d'exposer les grandes lignes correspond à une alimentation "libérale" plutôt qu'"intensive". Il ne s'agit d'ailleurs là que de données générales, modifiables suivant chaque malade en particulier et aussi suivant les périodes de la maladie. C'est ainsi qu'au début, dès les premiers jours, il conviendra souvent, en cas de troubles digestifs très marqués, d'être plus réservé sur la question de l'alimentation, mais celle-ci devra être reprise et augmentée dès les premiers accidents passés.

D'autre part, il est des malades chez lesquels même de faibles doses de lait provoquent des vomissements, de la diarrhée, augmentent même la fièvre ; dans ce cas, il faut le supprimer et le remplacer par du bouillon avec pâtes et farines de céréales, des panades, avec un peu de beurre et de sel, des œufs, de la gélatine. Et on arrivera de la sorte, dans des conditions évidemment plus difficiles, à éviter au typhique les dangers de l'inanition.

Au point de vue du nombre des repas, d'une façon générale, on peut dire que chez les malades nourris "libéralement" on pourra les espacer d'environ 3 heures. L'alimentation lactée exclusive comporte, par contre, des prises de lait beaucoup plus rapprochées.

La méthode ne contre-indique aucun des traitements employés, en particulier les bains froids.

Les médecins qui ont nourri leurs malades avec une diète mixte appropriée à leurs besoins sont unanimes à reconnaître les bons effets qu'ils ont obtenus.

La langue se nettoie et reste humide. L'appétit, faible les premiers jours devient plus satisfaisant du fait de l'alimentation plus abondante, et les malades réclament souvent eux-mêmes à manger ; les nausées et les vomissements deviennent moins fréquents ; le tympanisme, si habituel chez les malades nourris exclusivement au lait, fait ordinairement défaut ; à la diarrhée fait place souvent la constipation, qui cède d'ailleurs facilement à des lavements ou à des purgatifs légers. Les complications intestinales d'hémorragies, perforations, péritonites, sont plutôt moins fréquentes. L'état général n'est pas moins heureusement modifié. Les malades n'ont plus ce facies abattu et prostré ; ils s'assoient eux-mêmes sur leur lit ; l'intelligence conserve une parfaite lucidité. Ils ont moins souvent des escarres et autres troubles trophiques. Si la durée totale de la maladie ne paraît pas sensiblement abrégée, du moins après une période fébrile de 5 à 6 semaines ils entrent en convalescence, sans cet amaigrissement, cet adynamie, qui en font une proie toute désignée pour les infections secondaires.

La convalescence est remarquablement rapide. La diète "libérale" chez les typhiques doit donc être considérée comme un progrès sérieux dans le traitement de cette maladie, et Coleman paraît avoir exprimé très justement ce fait lorsqu'il dit que les médecins qui ont fait l'essai de nourrir abondamment leurs typhiques ne retournent plus volontiers à l'ancienne méthode.

L'ADRENALINE SOUS UNE NOUVELLE FORME

La maison Parke Davis prie les médecins de vouloir bien prendre note du fait, qu'à part les bouteilles d'un once de la solution d'Adrenaline, 1/1000, elle est en état de fournir des ampoules de solution injectable d'Adrénaline à 1/10.000 i. e. un c.c. d'Adrenaline pour dix mille c.c. de sérum physiologique. Tous savent l'usage courant que l'on fait aujourd'hui de l'Adrénaline dont on se sert en injection hypodermique, en solution diluée.

Ce nouveau mode de préparation de ce médicament si efficace pour la stimulation cardiaque sera sans doute accepté avec faveur par tous.

—o:—o—

Nous recevons la lettre suivante du Secrétaire de l'association des méd. de langue française de l'Amérique du Nord.

Monsieur le docteur Odilon Lclerc,
379, rue St-Joseph,

Québec.

Cher Confrère,

Je vous ai adressé, hier, notre seconde circulaire avec un programme à date. Me feriez-vous l'honneur de les insérer dans votre journal de médecine, le "*Bulletin Médical*," avec ces quelques autres renseignements relatifs au Congrès, qui seront, je l'espère, de quelque intérêt auprès de vos lecteurs.

Depuis que notre seconde circulaire est distribuée, plusieurs médecins se sont inscrits pour des travaux. Voici la liste de ceux qui, jusqu'aujourd'hui, ont promis leur concours :

SECTION DE CHIRURGIE :

- I (a) *Fractures* des os de l'avant-bras par retour de la manivelle.

- (b) *L'avortement à forme syncopale* : P. A. Castonguay, Québec.
- 2 *Oxyures Vermiculaires* : leur rôle dans l'appendicite.— J. E. Noël, Sherbrooke.

SECTION DE MEDECINE :

1. *La Philosophie et la Physiologie de l'Alimentation*.— D. E. LeCavelier, Paris.
2. *Aphasie de Broca*.—E. P. Benoit et Wilfrid Dérôme, Montréal.
3. *Tuberculose et Aliénation mentale chez les immigrants*.— J. D. Pagé, Québec.
4. (a) *Notes sur le rapport de la convergence et de l'accommodation*.
- (b) *Traitement de la Rhinite spasmodique*. — J. A. Darche, Sherbrooke.

SECTION D'HYGIENE :

L'Aqueduc en rapport avec l'Hygiène.—J. A. Camirand, Sherbrooke.

Comme vous le voyez, plusieurs déjà ont répondu à notre appel. Vous obligeriez beaucoup le comité en insistant dans votre journal, pour que les médecins ne retardent pas à s'inscrire pour des communications, car les premiers inscrits seront les premiers au programme.

D'ici à la date du Congrès, je vous donnerai de temps à autre des informations, qui vous tiendront au courant des progrès de notre organisation.

Avec mes remerciements anticipés, je vous prie de croire à mon entier dévouement.

Sherbrooke, le 19 mai 1910. F. A. GADBOIS, M. D.

Sec.-Général.

Ce Congrès sera divisé en trois sections :

1. Section médicale et annexes.
2. Section chirurgicale et annexes.
3. Section d'hygiène et d'intérêts professionnels.

Trois questions principales seront traitées dans les assemblées générales.

LE CANCER DE L'ESTOMAC, SON DIAGNOSTIC, TRAITEMENT :

Rapporteurs en médecine : Docteurs Dubé et Bourgoïn,
Montréal.

Rapporteurs en chirurgie : Docteurs Mercier et Bourgeois,
Montréal.

LES DYSPEPSIES GASTRO-INTESTINALES :

Rapporteurs : Docteurs Rousseau et Leclerc, Québec.

(a) L'ENSEIGNEMENT ACTUEL DE L'HYGIÈNE A L'ÉCOLE :

Rapporteur : Docteur Jean Décarie, Montréal.

(b) HYGIÈNE SCOLAIRE :

Rapporteur : Docteur Kennedy, Montréal.

Messieurs les docteurs Décarie et Kennedy liront leurs rapports à la séance solennelle d'ouverture, qui aura lieu le soir, devant un public mixte.

La deuxième journée du Congrès sera occupée par les rapports et la discussion des grands travaux.

La troisième et dernière journée sera consacrée, l'avant-midi, aux travaux des sections, et l'après-midi à une promenade sur le lac et aux élections.

Le cinquième Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord est définitivement fixé aux 23, 24 et 25 août prochain.

Les séances se tiendront au Séminaire de Sherbrooke.

Nous nous permettons d'annexer à cette circulaire un état sommaire du programme élaboré jusqu'à date, et d'y joindre aussi les bulletins d'adhésion comme membres actifs et membres participants.

Vous le constaterez, monsieur et cher confrère, en prenant connaissance du programme, le concours de médecins éminents nous est assuré pour traiter les différentes questions qui seront étudiées en séance générale. Nous avons donc raison d'entretenir les espérances les plus optimistes, et de croire que tout le succès voulu couronnera une œuvre secondée par tant de louables efforts.

Nous ne doutons pas que tous les médecins canadiens-français auront à cœur de se joindre à nous, soit en s'inscrivant pour des communications, sur des sujets à leur choix, ou bien en nous faisant parvenir leur adhésion comme membres participants, et par là même de contribuer pour une large part à ce grand mouvement scientifique.

Recevez l'assurance que les citoyens de Sherbrooke vous offriront la plus chaleureuse hospitalité. Notre coquette petite ville, si jolie dans sa parure d'été, se fera plus belle et plus attrayante encore pour fêter dignement la présence de ses visiteurs distingués.

N'oublions pas que ces réunions, tout en contribuant fortement à la diffusion de la science, permettent en outre de resserrer des liens d'amitiés anciennes, aussi bien qu'elles nous fournissent l'occasion agréable d'en former de nouvelles.

Dans l'espoir que vous accueillerez favorablement cette circu-

laire, veuillez agréer, monsieur et très honoré confrère, l'expression de nos sentiments distingués.

Le président,

Hon. P.PELLETIER.

Le Secrétaire Général,

FREDERIC-A. GADBOIS.



TRAITEMENT DES GANGLIONS TUBERCULEUX

Nous avons déjà parlé de cette question. Il n'est pas inutile d'y revenir en raison de la précision technique de certains détails du traitement et de l'outillage.

Le but qu'on se propose est d'éviter toute cicatrice disgracieuse et d'empêcher la dissémination des bacilles tuberculeux. L'extirpation, l'opération sanglante des ganglions constituent des méthodes d'exercice dangereuses et peu artistiques au point de vue plastique. Le bistouri ouvre des vaisseaux sanguins qui risquent de disséminer partout l'infection. Il n'est pas rare que l'opération ait été suivie d'une tuberculose généralisée ou d'accidents méningitiques. D'autre part l'opéré est exposé à des cicatrices fort désagréables et indélébiles. Donc en thèse générale il faut s'abstenir de toute intervention prématurée et laisser le ganglion évoluer jusqu'à ce que la suppuration se produise si celle-ci n'a pu être empêchée par le traitement général.

Quand le ganglion présente des signes de fluctuation et *avant toute altération de la peau*, si c'est possible, il faut évacuer la collection purulente. C'est le premier temps du traitement ; le second consistera à modifier la poche.

Voici l'outillage nécessaire, d'après Privat, élève de Calot (*Mémentos thérapeutiques*, 1910) :

1. Une seringue de 10 c. cubes de capacité avec son aiguille.
2. Une aiguille à ponction No. 4.
3. Un aspirateur ou tout appareil pour faire le vide.
4. Un tube de chlorure d'éthyle pour anesthésie.
5. Alcool, éther, sublimé, gaze et crêpe Lister.
6. Suivant le cas une solution de naphthol camphré glyciné ou une solution d'huile iodoformée et créosotée.

La connaissance de tous ces détails est indispensable pour la bonne réussite de la méthode.

Tout d'abord la préparation du naphtol camphré glycérimé.

On prend une solution de naphtol camphré obtenue par pulvérisation de une partie de naphtol B pour deux parties de camphre, solution fraîche qui doit être conservée à l'abri de la lumière.

On se procure ensuite de la glycérine pure et neutre et stérilisée. Au moment de faire l'injection, dans les deux minutes qui précèdent, on met dans un petit flacon fermant à l'émeri et préalablement bouilli 2 centimètres cubes de naphtol camphré et 10 centimètres cubes de glycérine ; on secoue fortement pendant une minute ou deux, pas plus, et on injecte ce mélange.

Ce mode de préparation du naphtol camphré glycérimé est nécessaire pour éviter les embolies et les accidents attribués à cette médication. Pour vérifier si la préparation faite comme il vient d'être dit est bien ce qu'elle doit être, verser quelques gouttes du mélange dans de l'eau, il ne doit pas s'y former de globules perceptibles à l'œil (Privat).

Pour la solution d'huile iodoformée, formulez :

Huile d'olive stérilisée	100 gr.
Iodoforme	10 gr.
Ether	20 gr.
Galacol	2 gr.
Créosote	1 gr.

Stériliser ce mélange.

Technique du traitement.

Avant de commencer le traitement local d'une adénite cervicale par exemple, c'est le cas le plus fréquent, faire un examen soigneux de tout le territoire lymphatique aboutissant au ganglion. Souvent on trouve la cause de l'adénite dans des lésions dentaires (caries, périostite), dans des affections du nez, des amygdales, des oreilles, du pharynx, des végétations adénoïdes, des altérations du cuir chevelu, etc. Ces lésions seront traitées avant toute intervention sur la glande.

Ces précautions prises, deux cas peuvent se présenter.

Le ganglion est dur ou bien il est ramolli.

1. Le ganglion est dur.—Alors après désinfection de la peau injectez dans le ganglion 3 à 4 centimètres cubes de naphitol camphré glycérimé, très lentement, et cette injection sera continuée les jours suivants jusqu'à ce que le ganglion se ramollisse, soit pendant 4 à 5 jours, rarement plus tard. Pendant cette période le sujet présente quelques phénomènes fébriles, un peu de fatigue générale. C'est la règle et il ne faut pas s'en préoccuper. Dès qu'on aperçoit de la fluctuation on se trouve en présence du cas suivant :

2. *Le ganglion est ramolli.*—Voici la conduite à tenir : on pique en pleine masse liquide après désinfection de la peau et avec l'aiguille No. 4 et on aspire le contenu. Suivant la nature du liquide retiré on se comportera différemment :

1. Le liquide est sanguinolent, pas d'injection ;
2. Le liquide est blanchâtre et s'écoule bien ; alors, par l'aiguille laissée en place, injecter 4 à 5 centimètres cubes d'huile iodoformée ;
3. Le liquide est épais et ne sort pas bien ; injectez 4 à 5 centimètres cubes de naphthol camphré glyciné.

Pansement sous collodion avec gaze coton et bande. Le malade sera revu les jours suivants et on jugera ce qu'il convient de faire suivant la tension du liquide. Ne ponctionner que s'il y a du liquide en assez forte quantité et se régler, pour faire ou non une injection nouvelle, sur la nature du liquide retiré.

Ne pas aller au delà de 12 injections. Ensuite se borner à faire des ponctions évacuatrices et comprimer fortement le ganglion pour amener l'affrontement des parois. S'il persiste une petite induration, elle disparaîtra au bout de quelques semaines.

Il peut arriver que la peau soit fortement altérée, prête à se rompre. Dans ce cas assez fréquent, ponctionner et vider la collection 2 fois par jour si c'est nécessaire et ponctionner le tissu sain ; ne pas injecter mais faire de la compression.

Si la sécrétion purulente persiste, surveiller les lymphatiques tributaires du ganglion et leur point d'origine (lèvres, nez, dents, pharynx, etc.).

S'il persiste une petite fistule, patienter. elle se fermera spontanément au bout d'un temps plus ou moins long.



BIBLIOGRAPHIE

Esquisses Cliniques de Physiothérapie, traitement rationnel des maladies chroniques, par le Dr. J. A. Rivière, de Paris, rédacteur en chef des *Annales de Physiothérapie*, chevalier de la Légion d'Honneur, etc.

Rédigé pour les praticiens, d'une manière très méthodique, ce livre synthétise toute une existence vouée à la physiothérapie, dont l'auteur est le précurseur et le pionnier convaincu. Les onze

premiers chapitres traitent de l'outillage thérapeutique pour les applications de l'électricité, de l'air, de la lumière, de l'eau, de la chaleur et du mouvement. Les quinze derniers traitent des maladies infantiles, de l'anémie, des états pulmonaires et cardiaques, de l'arthritisme, de la neurasthénie, de l'obésité, de l'artério-sclérose, des affections du tube digestif, de la peau et de l'utérus. Un important chapitre, est consacré à la physiothérapie du cancer. Le volume se termine par d'intéressantes considérations sur le moral dans les maladies.

L'ouvrage du Dr. Rivière marquera sa place parmi les publications de l'heure présente consacrées à l'apologie de la thérapeutique naturelle. L'auteur a su y montrer éloquemment toutes les ressources que le médecin peut trouver dans les agents physiques, au grand bénéfice de sa clientèle journalière.

Ouvrage in-8 Jésus de 211 pages, précédée d'une lettre du P. Lancereaux, Ancien Président de l'Académie de Médecine, et accompagné de 64 gravures.— Prix : 7 fr. 50.

Les Dégénérescences auditives, par le Dr A. Marie, médecin en chef de l'Asile de Villejuif. 1 vol. in-16 de la Collection de *Psychologie expérimentale et de Métapsychie*. Prix : 1 fr. 50. Librairie Bloud et Cie, 7, place Saint-Sulpice, Paris (VIe).

Le Docteur Marie avait étudié dans un précédent volume les troubles de l'audition des lésions centrales. Dans le présent travail il passe en revue les troubles par lésions dégénératives de l'organe sensoriel : oreille externe, oreille moyenne, oreille interne. Les 2 volumes *Audition morbide* et *Dégénérescences auditives* forment la monographie la plus complète et la plus richement documentée sur la psycho-pathologie de l'audition. Les cas cliniques et les travaux de laboratoire y sont scrupuleusement analysés et commentés.

La Rééducation physique et psychique, par le Dr Lavrand, professeur à la Faculté libre de médecine de Lille. 1 vol. in-16, de la *Bibliothèque de Psychologie expérimentale et de Métapsychie*. Prix : 1 fr. 50 ; franco : 1 fr. 75. Librairie Bloud et Cie, 7, place Saint-Sulpice, Paris (VIe), et chez tous les libraires.

Le petit livre du Dr Lavrand établit de la meilleure façon l'influence que pourront demain exercer sur la thérapeutique toute

entière les progrès des sciences psychologiques et une connaissance théorique un peu plus avisée des divers mécanismes neuro-musculaires et sensitivo-sensoriels. C'est en effet en se fondant sur l'analyse psychologique que le Dr Lavrand a pu examiner de façon synthétique les diverses rééducations physiques et psychiques tentées par la thérapeutique contemporaine.

" La rééducation, dit très justement l'auteur, part de cette constatation (et ses succès en montrent la vérité), à savoir que le trouble fonctionnel dépasse toujours et souvent de beaucoup la lésion organique. Le psychisme et le physiologisme (physique ou matériel), s'entremêlant d'une façon si intime dans tous nos actes, la rééducation efficace devra toujours être à la fois physique et psychique à des degrés divers."

Les Folies à éclipses. Essai sur le rôle du subconscient dans la folie, par le Dr Legrain, médecin en chef de l'Asile de Ville-Evrard. 1 vol. in-16 de la collection de *Psychologie expérimentale et de Métapsychic*. Prix : 1 fr. 50. Librairie Bloud et Cie, 7, place Saint-Sulpice, Paris.

C'est à la démonstration et à l'étude de l'inconscient que l'auteur a consacré ce premier volume, qui doit trouver son complément dans un second où il étudiera les *délires reviviscents*.

Entre les délires qui s'éclipsent, qui disparaissent momentanément pour donner l'illusion d'une guérison, et les délires qui ressuscitent, pour bien montrer qu'ils vivaient toujours, il y a fatalement un lien. Où était le délire pendant son éclipse ? Il n'était point dispersé, puisqu'il renaît de toute pièce. Que sont ces bas-fonds où il gisait latent ?

Ici l'on voit la clinique éclairer une nouvelle fois la physiologie normale.

L'auteur expose tout au long le rôle joué par le subconscient dans la vie normale comme dans la vie de l'aliéné. Puis il fait l'étude nosographique et méthodique de l'éclipse : comment elle se produit, comment elle est possible, à quel moment elle se produit, les circonstances qui la favorisent, etc.

De nombreuses observations personnelles appuient la démonstration.

Les Rêves et leur Interprétation.—Essai de psychologie morbide, par les Docteurs Paul Meunier et René Masselon.—1 vol. in-16 de la *Collection de Psychologie expérimentale et de Métapsychic.* Prix : 3 francs. Bloud et Cie, éditeurs, 7, place Saint-Sulpice, Paris (VIe).

Les auteurs se sont proposé d'établir l'origine probable des rêves et de déduire tout le parti que la pathologie générale et mentale peut tirer de leur étude.

Dans un chapitre préliminaire, ils ont tenté de montrer, d'après les plus récentes observations, que le rêve reconnaît souvent une origine cenesthésique, qu'il est, pour ainsi dire, un microscope de la sensibilité et qu'il traduit, dans le langage qui lui est propre, les moindres perturbations de l'organisme.

Les chapitres suivants sont consacrés à l'étude des rêves dans les diverses affections physiques ou mentales.

Le rêve, en effet, peut révéler un trouble fonctionnel qui ne s'est pas encore dévoilé à l'état de veille, que ce trouble soit l'indice d'une maladie organique encore en incubation ou qu'il soit le premier signal d'un déséquilibre mental, latent jusque-là.

Un chapitre spécial est consacré à l'étude du *rêve stéréotypé*, forme de rêve qui n'a jamais été étudiée systématiquement dans la littérature psychiatrique, et où les auteurs montrent un caractère important pour l'interprétation des rêves.

Dans tous les cas, l'analyse de ces faits comporte une très grande prudence ; le rêve étant un réactif ultra-sensible, il n'a de valeur qu'à titre d'indication, et seulement si l'examen attentif du malade vient le confirmer.

Consultations et Thérapeutique Dentaires, par le Dr J. Estéoule et L. Dauzier, professeur de l'École dentaire de France.—Vigot Frères, Éditeurs, 23, Place de l'École de Médecine, Paris. Un volume in-18 raisin, cartonnage souple. 4 fr.

Par suite des progrès réalisés par la science médicale au point de vue de la microbiologie et de l'antisepsie, le domaine de l'art dentaire s'est considérablement élargi et le temps n'est plus où le dentiste était seulement appelé à faire, suivant les règles, une bonne extraction ou à nettoyer des caries.

Le praticien moderne doit savoir reconnaître certaines maladies qui entrent dans le cadre de la médecine générale et formuler sou-

vent un traitement tirant ses indications soit d'un ensemble de symptômes, soit d'une étiologie des plus diverses.

C'est pourquoi les auteurs ont pensé être utiles à leurs confrères en groupant les maladies qu'ils sont susceptibles de voir et en donnant pour chaque question,—sous forme de *consultations*,—le tableau complet de la thérapeutique à suivre.

Cela explique le souci qu'ils ont eu de faire précéder chaque traitement d'un rapide exposé clinique de la maladie et de passer soigneusement en revue l'étiologie et les théories pathogéniques les plus satisfaisantes et les plus récentes. La connaissance des causes et de la nature des maladies, la notion du mécanisme de production des processus pathologiques constituent en effet des facteurs importants, servant de base à la thérapeutique.

De là, leur soin de mettre en lumière les diverses indications auxquelles doit répondre un traitement raisonné : la thérapeutique causale ne saurait donc s'effacer devant le traitement symptomatique, qui n'est que palliatif.

Guidés par le principe directeur de la thérapeutique bucco-dentaire actuelle,—la lutte contre l'infection, due aux actions microbiennes,—MM. Estéoule et Dauzier ont fait une large part aux prescriptions d'hygiène et à l'antiseptie, montrant ainsi l'utilité et la valeur prophylactique de la méthode antiseptique.

Ce petit livre devant être, avant tout, *pratique*, on a écarté de façon systématique les médicaments trop délicats à manier à cause de leur grande toxicité, et fait un choix parmi les innombrables formules, retenant celles qui ont paru les plus simples et les meilleures.

Un chapitre spécial est consacré aux formules et indications des injections hypodermiques pouvant être employées par le dentiste.

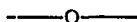
Enfin, pour faciliter les recherches, on a adopté l'ordre alphabétique.

Les éditeurs ont tenu à présenter ce livre avec goût, nous dirons presque avec luxe, nous les en félicitons. Nous devons leur savoir gré de continuer cette série de publications à l'usage du praticien qui, sous un format réduit, permet d'avoir toujours sous la main des livres d'utilité pratique et d'un prix abordable.

NOTES

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

(*Suite*)



(*Reproduction interdite*)

Il fit ses études médicales à Edinbourg où il décrocha son M. D. en 1813. Il s'engagea alors à l'armée comme assistant d'hôpital et fut envoyé à Plymouth, où le médecin en chef le croyant trop jeune pour l'emploi refusa de l'accepter et s'adressa au War office qui répondit qu'il n'était pas opportun de soulever cette question, et de le garder.

Le 7 décembre 1815 il fut nommé assistant chirurgien dans un régiment et partit, peu après, pour le cap de Bonne Espérance. Ici il alla au Collège avec les enfants du Gouverneur Lord S. Somerset, et y apprit le latin et le français.

Il devint chirurgien à l'Etat Major le 22 nov. 1827. En 1832, il était stationné à la Jamaïque, puis il est allé à l'Ile Ste-Hélène où il souleva une telle chicane que le Major Général Middlemore le renvoya en Angleterre. Puis on le trouve à Antigua où il faillit mourir, et qu'il laissa pour la Barbade, allant plus tard, la Trinidad, où il faillit terminer ses jours.

Nommé Député Inspecteur Général des hopitaux militaires

le 16 mai 1851, il se rendit à Malte puis à Corfou. Il était en Crimée pendant la guerre, et on l'a vu à Balaclava.

Le 25 septembre, 1857 on lui donna la position d'Inspecteur Général des Hopitaux Militaires du Canada où il demeura tantôt à Montréal tantôt à Québec, jusqu'au 14 mai 1859, quand il s'embarqua à cette dernière ville pour l'Angleterre où il fut mis en demi-solde le 19 juillet de la même année. Il est mort de diarrhée à Londres, au numéro 14, rue Margaret, le 25 juillet 1865.

Il était petit, ayant à peine 5 pieds de haut, laid, maigre, très rousselé, avec un grand nez et des cheveux roux peu nombreux. Il avait une langue acérée qui lui jouait de mauvais tours et une voix grêle et aigre comme celle d'une vieille femme.

Il était très épris de lui-même, et très prétentieux, au point d'en être ridicule. Il portait le sabre le plus long et les plus gros éperons qu'il fut possible de trouver. Il était animé d'un esprit de contradiction qui chômait rarement. La moindre allusion à ses imperfections physiques ou le moindre oubli des égards qu'il croyait dus à son importance le mettaient hors de lui. Il n'aimait pas la société des hommes et ne s'accordait guère avec ses compagnons d'armes, qu'il s'efforçait de rendre ridicules à tout propos. Il était prévenant et agréable pour les dames qui aimaient beaucoup sa société, car il avait de l'esprit, une grande mémoire et était au courant de tous les racontars des salons et de la rue.

Son empressement auprès des femmes de ses collègues lui attirait souvent des désagréments sérieux. Il s'est battu en duel deux fois et a été blessé dans une de ces rencontres. (Cette scène a été représentée dans une gravure dans le *Munsey Magazine*, il y a quelques années).

Il ne pouvait se soumettre à aucune contrainte et au régime il allait toujours à l'encontre des règlements. Il avait la

protection de quelque personnage assez influent pour le soustraire à la punition chaque fois qu'il était décrété coupable de quelque acte d'insubordination.

Son caractère intraitable, fit qu'il dut changer souvent de régiment, ce qui lui procura l'occasion de visiter plusieurs parties du monde.

C'était un médecin instruit, mais un homme très malcommode. Quand il traversa l'océan on lui avait donné, bien malgré lui, un compagnon de cabine, un jeune lieutenant qu'il traita fort cavalièrement. Il l'obligeait à se coucher et à se lever avant lui. Le pauvre lieutenant s'y fut-il objecté, Barry l'aurait fait manger par un chien très malin qu'il garda toujours dans sa cabine.

Il se vantait de n'avoir jamais fait une journée d'ouvrage à l'hôpital.

Quand il était subitement requis de faire quelque service qui ne lui plaisait pas il se couchait et pleurait comme un enfant jusqu'à ce que le danger fut passé ; alors il engueulait ses soi-disant persécuteurs et écrivait à ses amis en Angleterre qu'il était un homme bien maltraité.

Il a toujours eu un penchant pour les chiens, les singes et les perroquets.

Aux Indes, il se nourrissait de lait, de fruits et de poisson.

Il ne s'était jamais marié et il n'avait pas les attributs extérieurs du sexe masculin.

On rapporte que le vaisseau sur lequel ses effets partirent de Québec, fit naufrage sur l'Isle d'Orléans, et on ramassa plusieurs de ses livres. Une Dlle McAdams qui a demeuré longtemps sur la rue Ste-Ursule avait sa bible dans laquelle il y avait un certificat d'études médicales signé par Georges III, en 1815. Un autre de ses livres m'a été donné par cette Dlle ; c'est le deuxième volume de la troisième édition de : "*The miseries of human life, or the last groans of Timothy Testy, and Samuel Sensitive, &c.,*

par James Beresford, et publié à Edinbourg en 1807.—Son nom est écrit sur la première page ainsi : "Jas. Miranda Stuart Barry."

Pendant ses maladies il faisait toujours promettre à ceux qui le soignaient, de ne pas laisser examiner son corps après la mort. Dans sa dernière maladie, il recommanda au garde malade de le mettre en cercueil habillé exactement comme il le serait au moment de la mort. Ceci éveilla la curiosité de son entourage et on trouva après examen que c'était une femme qui avait été mère.

Tous les journaux du temps en ont parlé. Le *Medical Times and Gazette de Londres*, publia, le 26 août, 1865, un article intitulé *Un guerrier du sexe féminin*. Dans le même journal, le 9 septembre suivant, un Dr Ed. Bratford, Député Inspecteur Général des Hôpitaux, écrit ce qui suit à propos de Barry avec qui il était assez intime ; après avoir raconté ce qu'il savait de lui, et qualifié d'absurdes les histoires des journaux il dit : Pour ceux qui le connaissaient Barry était un homme, dont "le développement des organes sexuels s'était arrêté vers l'âge de six mois de vie intra-utérine", mais, ajoute-t-il, et c'est très significatif. "Il est malheureux que son corps ne fut pas examiné par quelqu'un capable de vous dire ce qu'il y avait réellement d'anormal."

Il termine en disant : "Ce qu'il y a d'extraordinaire dans son histoire, c'est de penser qu'un être aussi faible et aussi chétif que lui, sans ressources pécuniaires, et avec un tempérament aussi impossible, ait pu, nonobstant des maladies fréquentes, et graves et des démêlés continuels avec ses supérieurs, atteindre la plus haute position dans le département médical de l'armée, et vivre 65 ans."

Pendant son séjour au Canada il demeura à Montréal et à Québec. Plusieurs québécois le connaissaient. Mme Irvine, veuve du Commissaire Général M. B. Irvine, C. B. C. M. G., se

rappelle d'être montée à Montréal dans le même bateau que lui. Elle l'a trouvé très laid et très chétif.

Les renseignements ci-dessus, sont puisés dans une lettre de M. A. D. Cary, bibliothécaire au *War Office* à Londres, et obtenue par l'entremise du Major Général Wilson ; dans un article par le Dr Bradford dans le *Medical Times et Gazette* du 9 septembre, 1865 ; dans un article du *Musey's Magazine* pour l'année 1901, page 278, intitulé *Women who have passed as men.*

BARBIER, Jean, Clément.

Né en 1723 à Oléron ; entre à l'Hôtel-Dieu du Précieux Sang, Québec, le 1er octobre 1743 et en sort le 21 du même mois pour y retourner le 24 et y rester jusqu'au 9 novembre quand il sort.

Il était le quatrième chirurgien du navire *Rubis*.

BASSANI,—— Québec.

Chirurgien à Québec. En 1654 Michel Morin, habitant du Cap Rouge, fut blessé de deux balles dans la tête par les Iroquois et mourut à Québec le 26 novembre, après avoir languie 21 jours. Il fut soigné par trois chirurgiens, dont l'un était Bassani. Ce dernier réclama 45 livres pour ses soins. Les deux autres étaient Lafontaine et Claude Bouchard.

BAUDEAU ou BOUDEAU, Pierre. Frontenac écrit BAUDEAU, aussi BODEAU et BAUDO.

Chirurgien-Major des troupes à Montréal, chirurgien de

(Archives de l'Hôtel-Dieu, Québec).

Scott : Hist. de N. D. de Ste-Foy, vol. I, p. 298.

Grefte d'Andouard, 1655.

l'Hôtel-Dieu du Précieux Sang, Québec, pendant l'absence de Sarrazin en France, 1694-1697.

Né en 1643 ; mort à Montréal en 1708 (1).

En octobre 1697, Frontenac écrivant au Ministre dit que : Sarrazin en 1693 s'était retiré de son emploi pour se faire prêtre. Il (Frontenac) fut obligé de demander un chirurgien pour le remplacer. Celui-ci arriva avant le départ de Sarrazin, c'était le Docteur Baudeau qui était un très habile homme, consommé dans sa profession, aimé et estimé ici de tout le monde et qui a servi fort longtemps dans les armées de terre et de mer. Dans la même lettre Frontenac demande au ministre de donner les moyens de subsister à Sarrazin qui, ayant abandonné la théologie revient comme chirurgien. Il ajoute : " Mais je vous demande que cela ne retranche rien de ce qui revient au Docteur Baudeau, Chirurgien-Major, qui est un homme absolument à conserver." (2)

Ailleurs on lit : " Vous rendez un grand service au Sr. Baudeau en ordonnant qu'on continue de le payer à son ordinaire, et je ne puis m'empêcher de vous réitérer qu'on ne peut pas mieux s'acquitter de son devoir qu'il ne le fait, ni être un plus habile et plus honnête homme." (3)

Dans le registre des entrées à l'Hôtel-Dieu du Précieux Sang, Québec, on trouve : " Le 4 octobre 1693, est entré M. Baudo, Chirurgien Major, qui sort le 7 novembre suivant." " Il entre encore à l'hôpital le 22 février 1695 et y reste jusqu'au 31 mars de la même année. (4) Encore en 1708, le 22 août, un nommé Bodo entre à l'Hôtel-Dieu dans la salle des femmes, et

1. Tanguay : Dict. Généal., vol. II, y. 322.

2. Manuscrits relatifs à l'hist. de la Nouvelle France, 2e série, vol. VII, p. 4535.

3. Ibid., ——— p. 4603. Frontenac au Ministre, 10 oct., 1698.

4. Archives de l'Hôtel-Dieu, Québec.

“ y demeure jusqu'au 30 octobre suivant. ” Mais on ne dit pas que c'était le chirurgien.

BAZERT, Louis.

Fils de Pierre Bazert et de Jeanne Larieu, de Plaisance, diocèse de Toulouse (5). Etait chirurgien et demeurait à Québec. Le 11 avril 1747, il épouse, à Québec, Angélique Laporte, âgée de 19 ans, fille de Michel Laporte, bourgeois, de Québec, et de Catherine Girard (6).

Quelques mois après son mariage, il tombe malade, et passe à l'Hôtel-Dieu du P. S., Québec, depuis le 27 juillet jusqu'au 14 août, 1747. (7).

Ils eurent un enfant, Claire, née à Québec, en 1748, et entermée à Beaumont, la même année.

Il réclame d'un nommé Dupré la somme de 59 livres : “ Pour des pencement que je luy ay fait pour une play qu'il avait à la partie moyenne du pariétal dret.

“ 1747—29 oct., pour avoir presté serment et fait mon rapport en chirurgie après avoir mis le premier appareil 6 livres.
“ Puis des pencement au montant de 53 livres. ”

Le mémoire est donné à Québec, le 22 mars, 1748.

La cour réduit le montant à 25 livres. (8).

BEAUBIEN, Pierre, M. D. (Paris).

Dans son dictionnaire, Mgr Tanguay, en parle sous le nom de Pierre Trotier de Beaubien. Fils de Jean Louis Beaubien, et de

5. Tanguay : Dict. Gén., v. II, p. 159.

6. Ib.———v. V, p. 158.

7. Archives de l'Hôtel-Dieu, Québec.

8. Docum. du Régime Français. Archives Judiciaires, Québec.

Marie Jeanne Manseau, (9) il naquit le 13 août 1796, à St-Antoine de la Baie (La Baie du Février).

Il fit ses cours de philosophie et de médecine à Paris, et y subit avec succès, en 1822, son examen, pour le doctorat, devant un comité dont le Dr Récamier était le président. Il a habité Paris, pendant treize à quatorze ans ; et y a même pratiqué la médecine après avoir pris son M. D.. Le Rev. Mr Desjardins, écrivant de Paris, à son frère, chapelain de l'Hôtel-Dieu du Précieux Sang, à Québec, dit : " Je t'écris par M. Beaubien qui regagne finalement le pays natal. Je crois que c'est le bon parti. Il fera fortune en Canada, il a du talent, de l'amabilité, de la piété ; il est "généralement aimé ici" (10).

Revenu au Canada dans l'automne de 1827, il exerça sa profession à Montréal, et acquit une fortune considérable .

Il épousa à Québec, le 11 mai 1829, Dame Justine Casgrain, âgée de 25 ans, fille de Pierre Casgrain, seigneur de la Rivière-Ouelle,, et de Marie Bonenfant, du même endroit, et veuve du Docteur Charles Butler Maguire, mort, presque subitement, un an avant. (11) Madame Beaubien était d'une rare beauté.

Onze enfants naquirent de ce mariage. Six sont morts en bas âge. Deux furent ordonnés prêtres : Hypolite-Eugène et Charles-Philippe. L'une devint sœur Ste-Marie Alfred, de la Congrégation de Notre-Dame de Montréal. Alfred se noya à Tadoussac et un autre, Louis Joseph Benjamin, s'occupa d'agriculture et de politique, fut Président de la Chambre d'Assemblée à Québec, et Ministre d'Agriculture. Ce dernier vit encore à Montréal.

Le Docteur était professeur à l'École de Médecine et de Chi-

9. Tanguay : Dict. Général, vol. VII, p. 361, (Pierre Grothier).

10. Hist. des Ursulines de Québec, vol. IV, pp. 421, 681.

11. Mgr H. Têtu : Hist. des familles Têtu etc., pp. 433, 434.

rurgie de Montréal, et médecin de l'Hôtel-Dieu de cette ville.

Il a représenté le comté de Chambly dans la Chambre d'Assemblée de la Province du Canada, du 24 janvier, 1848 au 31 juillet, 1849. (12).

Le Docteur n'avait qu'un frère, Jean Louis, qui fut pendant 44 ans curé de St-Thomas de Montmagny.

Par son premier mari, Mme Beaubien, avait eu un fils, Annibal, qui fut médecin et qui se fixa à la Louisiane.

Le Dr Baubien est décédé le 9 janvier 1881 ; sa femme le suivit dans la tombe le 12 octobre, 1882.

Voici l'article que publia le *Nouveau Monde*, le dix janvier, 1881, lendemain de la mort du premier.

'Le Dr P. Beaubien est mort hier matin, (dimanche) à 4 hr., à Outremont, chez son fils l'Honorable Louis Beaubien. " Quoique son grand âge (84 ans) ne permit pas d'espérer qu'il " continuerait bien longtemps à donner l'exemple de toutes les " vertus civiles et morales, sa mort laisse un vide non seulement " à son foyer, mais au foyer de la vie sociale de notre ville que " tous ceux qui l'ont connu ressentiront douloureusement.

" Affable et courtois, énergique et persévérant, il s'était créé " une situation considérable parmi ses concitoyens. Ses talents " comme médecin, son expérience et la science qu'il devait aux " leçons des maîtres illustres qui enseignaient la médecine à Paris, " où il fut reçu docteur en 1822, l'ont placé au premier rang dans " sa profession.

" Il fut un des premiers professeurs de l'école Canadienne " de Médecine à qui nous devons tant de médecins distingués, il " y continua à enseigner jusqu'à ces dernières années et conser- " vait encore le titre de professeur honoraire. Il était le doyen " de nos médecins.

12. Desjardins : Guide Parlementaire historique de la Province de Québec, p. 158.

“ Nommé médecin des prisons par Sir Geo. Cartier, vers
 “ 1859, il a conservé cette charge jusqu'à sa mort, et en décembre
 “ dernier, il faisait encore avec sa régularité habituelle, sa visite
 “ quotidienne aux prisonniers.

“ Homme d'un grand sens et d'un jugement droit, il fut
 “ député par des électeurs de Montréal, qu'il représenta de 1841 à
 “ 1844 et par ceux de Chambly qu'il représenta de 1848 à 1851.

“ Le Dr Beaubien a toujours donné l'exemple le plus
 “ édifiant de la piété chrétienne, il appartenait à plusieurs congré-
 “ gations et sociétés de bienfaisance.

“ Il était né le 13 août 1796 à St. Antoine de la Baie (La
 “ Baie du Fèbvre) de Jean Louis Beaubien et Marie Jeanne Man-
 “seau ; il épousa le 11 mai 1829 à Québec, Dame Marie Justine
 “ Casgrain, fille de Pierre Casgrain, seigneur de la Rivière Ouelle,
 “ et veuve du Dr Maguire. Il laisse trois enfants. L'Honorable
 “ Louis Beaubien, M.P.P., pour le comté d'Hochelega, et ex-ora-
 “ teur de l'Assemblée Législative. Le Rev. Messire Charles
 “ Beaubien, Curé de la Côte St-Paul, et une fille qui a choisi
 “ comme la sœur de Marthe, la meilleure part et qui est entrée en
 “ religion dans le couvent des Dames de la Congrégation de cette
 “ ville.

“ Nous leur offrons, avec toute la ville de Montréal, notre
 “ plus sincère sympathie dans le malheur qui les frappe ”

BEAUDOIN, Gervais, père, médecin, Québec.

Fils de Gervais Beaudoin et de Jeanne Desrûes, de St-Brice,
 évêché de Chartres. (13).

Il demeurait à Québec où il épousa, le 6 nov. 1683, Anne Au-
 bert, âgée de 27 ans, fille de Claude Aubert, Notaire Royal, et de

Jaqueline Lucas (14). Ce mariage fut béni de la naissance de onze enfants.

En décembre 1700, le Dr Beaudoin fut emporté par la grippe qui sévissait à l'état d'épidémie à Québec et aux environs à la fin du seizième et au commencement du dix-septième siècle. " Il y eut " pendant cet hiver, 1700, écrit la sœur Juchereau, de l'Hôtel-Dieu, " de dangereux rhumes qui firent mourir quantité de vieillards. De ce nombre fut M. Henri des Bernières, qui avait été le premier curé de Québec, pendant longtemps supérieur du Séminaire " de Québec et doyen du chapitre " ; Aussi les docteurs Timothée Roussel et Gervais Beaudoin, père. (15)

Ce dernier fut inhumé à Québec, dans l'église, le 5 du même mois.

Parmi ces enfants, l'un, Gervais, fut médecin. Deux furent religieuses Ursulines à Québec : Geneviève, en religion St-Augustin, morte en 1739, était maîtresse générale (16) ; Elizabeth, Ste-Thérèse de Jésus, morte en 1747, était dépositaire. (17).

Une troisième, Marguerite-Charlotte, fut hospitalière à l'hôpital-Général, Québec, sous le nom de Ste-Agnès. (18).

Louis, épousa en 1722 Marie-Anne Louise Roussel, fille du Dr Timothée Roussel. (19).

Le Dr Beaudoin était le médecin des Ursulines. (20). Dans le Régistre de Beauport, le 9 oct., 1668, il fut intitulé maître chirurgien de Québec. (21).

D'après le recensement de 1706, on voit que la veuve Gervais

14. Ib.———vol. 1, p. 14.

15. Hist. de l'Hôtel-Dieu de Québec.

16. Hist. des Ursulines de Québec, vol. 2, pp. 24, 343.

17. Ib.——— vol. 2, pp. 89, 342.

18. Hist. de l'Hop. Gén., Québec, p. 336.

19. Tanguay: Dict. Gen., vol. 1, p. 530.

20. Hist. des Ursulines de Québec, vol. 2, p. 24.

21. Notes sur les Archives de Beauport. Langevin, p. 44.

Beaudoin possédait un établissement sur la ligne frontière de Tilly, avoisinant dans Lauzon les terres de Pierre Boucher. (22)

Madame Beaudoin, décédée en juin 1728, à Québec, et fut inhumée dans l'église.

Anne Aubert, avant de se marier, demeurait à la côte Beau-pré, chez le sieur Aubert, son père. Le 13 octobre 1682, on lui concède un emplacement à Québec, " au bas de la montagne du " fort et château de cette ville. en suivant l'alignement de la rue " dite *Sous-le-Fort*. (23).

BEAUDOIN, Gervais, fils, chirurgien.

Fils de Gervais Beaudoin, médecin de Québec et de Anne Aubert, est né dans cette ville, le 3 août, 1686, il y a toujours vécu y est mort le 2 juillet, 1752.

Il se maria deux fois.

1. Le 5 septembre 1714, à Québec, avec Marie Thérèse Guyon dit Fresnay, (24) âgée de 20 ans, fille de Jacques Guyon Dufresnay, et de Louise Niel de Québec. (25).

Après avoir eu onze enfants, Madame Beaudoin est décédée au commencement de janvier 1736.

2. Deux ans et neuf mois après la mort de sa femme, Beaudoin convole, le 20 novembre 1738, à Québec, avec Marthe Marcoux, âgée de 31 ans, fille de Noël Marcoux, de Beauport, et de Marguerite Côté, veuve d'André Parant. (26).

Un de ses enfants, Charles Louis Marie fut ordonné prêtre en 1742. Une autre Anne Thérèse Marguerite entra aux Ursulines de Québec, en 1734, âgée de 18 ans, et fut connue en reli-

22. Roy : Hist. de la Seigneurie de Lauzon, vol. 2, p. 22.

23. Registre des Insinuations, vol. II, folio 32 ; 13 oct., 1682.

24. Tanguay : Dict. Général, vol. II, p. 154.

25. Tanguay : Ib. ——— vol. I, p. 296.

26. Tanguay : Ib. ——— vol. I, p. 410.

gion sous le nom de St-François de Borgia, elle est morte en 1754. (27).

Deux autres furent hospitalières à l'Hôtel-Dieu du Précieux Sang dans cete ville ; une, Angélique de Ste-Thérèse, entrée en 1745, à l'âge de 21 ans, fut Dépositaire des Pauvres, Assistante et Supérieure.

Elle est morte en 1799, âgée de 76 ans.

L'autre Marie Madeleine de St-Michel, entra à l'Hôtel-Dieu en 1747, âgée de vingt ans et succombe après dix ans de vie religieuse, à des fièvres contagieuses apportées par des vaisseaux venus de France en 1757. (28).

Une fille Marguerite Geneviève, âge d'un mois a été enterrée à Lévis, où elle est morte. Elle y était en nourrice. Les familles aisées avaient l'habitude d'envoyer leurs enfants en nourrice. à la campagne. (29).

L'analiste de l'Hôtel-Dieu dit : "On voit que cette famille (Beaudoin) jouissait d'une grande aisance."

Le Dr était médecin des Ursulines aussi de l'Hôtel-Dieu de Québec.

Malgré que le nom ne soit pas épelé de la même manière que celui de Gervais Beaudoin fils, il est probable que c'est ce dernier qui a signé le certificat suivant :

" Je soussigné, chirurgien en cette ville, certifie à Monsieur
" le Lieutenant générale que suivant son ordonnance de ce jour
" j'ay veu et visité le nommé Piere Meunier au quelle je n'ay
" trouvé aucune marque qui peut me faire connoître qu'il avait
" été batue. Comme toutes les parties me paroissent en leurs
" état naturelle je ne doute point qu'il ne se porte bien a près quel-
" ques jours de repos. En foy de quoy jay signé le présent pour

27. Hist. des Ursulines de Québec, vol. II, p. 343.

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

29. Roy : Hist. de la Seigneurie de Lauzon, vol. II, p. 190.

“ valoir et servir ce que de raison à québec le 10ème Avrille 1742”.

BAUDOUIN. (30)

En 1716, il demeurait rue Sous-le-Fort, n'avait aucun enfant, et la servante s'appelait Ursule Alary. (31) Il occupait le même logement en 1730. (32).

BEDOUT, Jean, Antoine, médecin de Québec, médecin et conseiller du roi. (33).

Fils de Jean Bedout (Notaire Royal à Bordeaux) et de Marie Begury, de St-Rémy.

Il demeurait à Québec où il épousa en 1744, Françoise Barolet, âgée de 20 ans, fille de Claude Barolet, (34) marchand de Québec et notaire royal, et de Françoise Dumontier. De ce mariage naquirent dix enfants, tous nés à Québec, excepté le dernier qui est né à Batiscan, en 1759, et qui y a été enterré, la même année. Madame Bedout eut des jumeaux en 1753.

BELANGER, Noël, mtre chirurgien.

Était à Québec en 1644.—Docum. du régime français. Arch. judic., Québec.

BELANGER, Sieur.

Le 14 août 1646, le Père de Quen arriva de Tadoussac avec un chirurgien nommé Bélanger, qui portait les lettres du Roy pour le changement de Gouverneur et tout ensemble les lettres

30. Recensement de 1716, p. 54.

31. Gosselin, l'Abbé A. *Québec en 1730*, p. 58.

32. Documents du Régime français; Arch. judiciaires, Québec.

33. Tanguay: Dict. Gen., vol. II, p. 186.

34. Ib. It.———vol. II, p. 127.

apportées par l'Amiral arrivé à Tadoussac six jours avant, c-à-d. le 8 août, 1646. (35).

BELLEMANT, François, chirurgien.

Était aux Trois-Rivières en 1659. (36).

BENOIT ou BENOIST, Jos, chirurgien, Montréal.

Chirurgien major, naquit à Fourrière, Gatinois, diocèse de Sens, en 1672, et est mort âgé de 70 ans, à Montréal, en novembre 1742. (37).

Il était médecin de l'Hôtel-Dieu à Montréal où il demeurait, de 1700 à 1720.

Il épousa en 1693 Anne Bastien dit Berthier, âgée de 18 ans, (38) et qui est décédée en 1749, ayant survécu 7 ans à son mari. Elle eut quatre enfants dont trois filles ; l'une desquelles, Marie Anne, épousa Jean Michel DeRoy, chevalier, Sieur de la Barre. (39) Le fils, Claude, devint médecin.

Le 25 oct., 1729, MM. de Beauharnois et Hocquart, écrivant au ministre des colonies, disent : "Le Dr Jos. Benoit, qui est le "seul médecin de l'Hôpital de Montréal, vu l'ouvrage considérable qu'il a, demande un aide et propose son fils. Ils recommandent que le fils soit employé sur l'état à 200 livres par an." (40).

"Le feu prit, le 19 juin 1721, à l'hôpital de Montréal. Trente-huit "maisons ont été brûlées. Les religieuses hospitalières y ont per-

35. Journal des Jésuites, p. 114.

36. Documents du régime français. Aux Arch. judiciaires, Québec.

37. Tanguay : Dict. Généal., vol. II, p. 215.

38. Tanguay : It. ——— vol. II, p. 134.

39. Tanguay : It. ——— vol. III, p. 356.

40. Manuscrits relatifs à l'hist. de la N. F., 3e série, vol. XI., — années 1728-9—oct. 25—lettre 2336.

“ du tous leurs meubles et linge. Le Sieur Benoit qui remplit
 “ dignement les fonctions de chirurgien major, a aussi perdu tous
 “ ses outils.” Ramezay. (41).

Le Révérend François Chèse (Chèze), prestre, missionnaire du Séminaire de St-Sulpice, à Montréal, écrivant de cet endroit, le 31 8bre 1720, au Rev. Père Joseph Denis, Recollet, et lui parlant d'une maladie subite qu'il avait eue et dont il fut guéri par l'intervention du frère Didace dit : “ L'on envoya aussitôt chercher
 “ M. Benois, chirurgien-major qui passa le reste de la nuit avec
 “ moy et qui fit de son mieux ; il appelait cette maladie *coléra*
 “ morbus ou miserere ; pendant quinze jours il me survint plu-
 “ sieurs accidents mortels qu'il serait trop long de vous expliquer,
 “ une jaunisse qui se répandit de la ceinture en haut, un vomis-
 “ sement continuel, une fièvre double tierce qui redoublait par
 “ quatre fois dans 24 heures.

“ Quand tout fut désespéré et que l'on attendait plus que
 “ l'agonie, M. de Belmont me conseilla de faire vœux d'aller
 “ visiter le tombeau du frère Didace si je revenais en santé. Je
 “ n'hésitay pas d'un moment à le faire, etc. Je restay en danger
 “ près de deux mois ; il fallut tout l'hyver et tout le printemps
 “ pour me remettre.” (42).

FRANÇOIS CHÈSE, prestre.

... *BENOIT ou BENOIST*, Claude, médecin, Montréal.

Fils de Joseph Benoit, de Montréal, et de Anne Bastien dit Berthier. (43).

(A continuer)

41. Nouvelle France : Documents historiques ; correspondance entre les autorités françaises et les gouverneurs et intendants ; vol. I, p. 191.

42. Actes du frère Didace : in *Le Canada Français*, vol. IV, p. 280.

43. Arch. Hôtel-Dieu, Montréal.