

TRAVAUX ORIGINAUX

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC DE L'HÉMORRAGIE CÉRÉBRALE ET DES ÉTATS APOPLECTIQUES ¹

PAR LE DR EUGÈNE MATHIEU

J'ai souvent entendu dire aux étudiants en Médecine qu'il était inutile de se creuser la tête à apprendre les maladies nerveuses puisque dans la majorité des cas il n'y avait pas de traitement à leur opposer. S'il est vrai que les malades ne peuvent pas toujours être guéris, il est tout aussi certain qu'on peut leur nuire beaucoup par un traitement irrationnel. Et pourtant, le traitement à opposer aux maladies nerveuses existe et souvent très efficace, contrairement à l'opinion énoncée de beaucoup de médecins.

J'estime, de plus, que les étudiants, désireux de s'adonner plus tard à la pratique, doivent se familiariser d'avance avec une connaissance étendue de la pathologie et de la clinique théra-

1. Travail lu à la Société Médicale de Québec sous la présidence du Dr D. Pagé.

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

Todurase

de COUTURIEUX,

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

peutique des maladies nerveuses afin qu'ils soient toujours en état de faire ressortir au besoin leur savoir et leur compétence en la matière.

J'ai choisi aujourd'hui, cette question de l'hémorragie cérébrale qui est, sans contredit, l'affection la plus importante et la plus fréquente du cerveau afin de vous engager à apporter tous vos soins pour arriver à un diagnostic scrupuleusement exact et ne négliger aucun symptôme qui peut, à un moment donné, acquérir une valeur inestimable au point de vue pronostic. Un bon diagnostic est indispensable pour formuler un pronostic sur lequel l'entourage du malade désire toujours être renseigné d'une façon aussi rapide et aussi précise que possible.

*
* *

Si l'on fait abstraction du traumatisme (lésion du crâne avec ou sans fracture) l'hémorragie est le plus souvent la conséquence d'un processus pathologique, spécialement de l'altération pariétale des artères de l'encéphale. Il se forme sur les ramifications terminales des artères intra-encéphaliques des anévrysmes miliaires dont la rupture est la cause la plus fréquente de l'hémorragie et l'artère Sylvienne est si souvent atteinte de déchirure que Charcot l'a nommée l'artère de l'hémorragie cérébrale par excellence.

Reproduire cette déchirure ne nécessite pas toujours l'intervention d'un facteur particulier, tel que l'augmentation de la pression sanguine v. g. efforts corporels, toux, éternuement, ou d'une façon permanente dans les affections valvulaires et le rein contracté avec hypertrophie du cœur; assez souvent aucune de ces causes ne semble intervenir dans sa production. Pour qu'une hémorragie se produise il faut toujours une altération

vasculaire et celle-ci tient en fin de compte l'hémorragie sous sa dépendance directe.

Ces anévrismes, de petites dimensions, se trouvent de préférence dans les gros ganglions : corps strié, couche optique, puis dans les autres parties des hémisphères cérébraux, très rarement dans la protubérance et le cervelet.

Parmi les circonstances étiologiques, jouant un rôle dans l'hémorragie, il convient d'établir une distinction entre celles qui provoquent les affections vasculaires favorisant l'hémorragie et celles qui occasionnent l'hémorragie elle-même ; les unes sont les causes médiatees, les autres les causes immédiates.

Causes médiatees: L'âge, dans cette maladie, joue un rôle important et connu d'ancienne date et de fait ce n'est guère avant cinquante ou soixante ans que se montre l'hémorragie cérébrale. Cependant, l'hémorragie chez les jeunes, de 20 à 30 ans n'est pas excessivement rare. Je sais que Dieulafoy fait jouer un rôle prépondérant à l'hérédité dans l'hémorragie cérébrale ; mais l'hérédité n'est pas toujours une condition essentielle : les jeunes gens victimes de l'apoplexie peuvent provenir d'une famille parfaitement saine. Il me semble que l'importance de l'hérédité dans les maladies des vaisseaux a été quelque peu exagérée ; s'il est vrai qu'il existe des familles où l'attaque d'apoplexie est pour ainsi dire à l'ordre du jour, elles sont heureusement rares ; dans la majorité des cas les affections vasculaires se développent en dehors de toute influence héréditaire. Un habitus particulier semble parfois trahir une prédisposition : certains sujets de taille moyenne, corpulents, au cou trapu et au thorax large, chez qui la moindre excitation, le moindre effort, colorent les joues d'un rouge foncé, sont signalés comme spécialement prédisposés et souvent avec raison. Mais le médecin, qui dans une pratique étendue, a eu maintes fois l'occasion de voir mourir d'hémorragie

cérébrale des hommes maigres, de haute stature et à la poitrine étroite, abandonnera vite l'idée que l'apoplexie exige toujours un habitus spécial comme le voulait Dieulafoy.

Sexe : Les hommes sont plus exposés que les femmes à l'hémorragie et on a constaté également que certains métiers exposent plus que les autres ; les ouvriers travaillant sans cesse à un feu ardent ou ceux qui travaillent dans le plomb, les saturnins y sont plus spécialement exposés.

Alcool : Ceux qui absorbent a reprises trop fréquentes, un ou deux verres de bière : ces individus prennent souvent de l'embonpoint ; le cœur subit la dégénérescence graisseuse et les organes sont envahis par la sclérose. Le cœur gras peut exister cependant sans que le corps augmente de volume. La syphilis enfin peut être rangée parmi les causes prédisposantes de l'hémorragie cérébrale c'est elle qui est cause des artérites tant généralisées que localisées à l'encéphale.

Causes immédiates : Les augmentations de pression sanguine, dans les commotions morales violentes, un rude travail corporel, un pénible accès de toux, un bain froid pris après un repas copieux deviennent alors chez les gens dont les artères cérébrales sont malades, l'occasion d'une attaque d'apoplexie. On prétend que les mois les plus froids de l'année fournissent le plus de victimes à l'apoplexie. Toutes ces causes ne sauraient conduire à l'hémorragie, si l'altération des parois n'étaient pas préexistantes.

Supposons maintenant que, malgré toutes les précautions qu'on ait pu prendre l'hémorragie vienne à se produire, quels en sont les symptômes ! Il peut exister des prodromes consistant en céphalalgies, bouffées congestives de la face, vertiges, un embarras de la parole passager avec faiblesse, lourdeur dans un pied ou une main : ce sont là autant d'avertissements des signes qui

annoncent qu'il se produit dans le cerveau des variations de la pression sanguine; si les parois artérielles sont en mauvais état, ces variations peuvent à un moment donné aboutir à des phénomènes de la plus haute gravité. Il n'est pas rare aussi d'observer des cas où le malade se réveille le matin à moitié paralysé après une nuit d'un sommeil tranquille. Mais il est bien rare que ces avertissements soient interprétés comme ils le méritent par le médecin, le plus souvent il passent inaperçus et on ne se les rappelle que lorsque la catastrophe est imminente ou qu'elle s'est déjà produite.

Dans la grande majorité des cas, l'individu n'a pas le temps d'analyser ses sensations, il est comme frappé de la foudre au milieu de la santé la plus parfaite en apparence et il tombe inanimé, terrassé par l'attaque: apoplexie foudroyante ou coup de sang.

Si l'individu revient assez vite, complètement on dit alors qu'il a eu une attaque sans symptôme de foyer.

Mais souvent, pendant un ou deux jours, le malade reste somnolent puis revient lentement, gardant une paralysie d'un côté, c'est une attaque avec symptôme de foyer.

J'indiquerai ici, les signes les plus importants avec lesquels le médecin doit absolument compter pour le diagnostic et le pronostic des états apoplectiques. La connaissance de ces signes offre un intérêt pratique; je vous engage à les retenir pour que plus tard vous puissiez vous en servir et voir par vous-même si l'importance qu'on leur accorde est justifiée. L'élément capital qui vous permettra de serrer le diagnostic d'aussi près que possible et partant de poser un pronostic sur, est l'investigation thermométrique. Aussi, en présence d'une personne plongée dans le coma, le premier soin du médecin est de se munir toujours d'un bon thermomètre. Sans cela, il ne pourra répondre sure-

ment à cette question qui lui sera toujours posée : Le malade reviendra-t-il de cette attaque ou non ? Voilà la question qui, du reste, prime toutes les autres, et à laquelle le médecin doit être en état de répondre, car il peut y avoir la situation de toute une famille à sauvegarder ou des mesures immédiates à prendre si le cas est jugé mortel.

On sait que du moment que l'hémorragie se produit la température baisse à 96.8° Fah. et même 95° . Mais cette chute n'est que momentanée, elle ne dure que deux ou trois heures. Presque toujours le médecin arrive lorsque la température recommence à monter à 100.4° ou 102.2° . Notez la température avec soin et qu'elle soit prise toutes les deux heures. A ce chiffre, on peut espérer la survie et d'autant mieux, si la température s'abaisse à la normale. Mais si, dans les cinq ou six heures qui ont suivi l'attaque, vous constatez 104° et que ce chiffre est dépassé quelques heures plus tard on peut prédire une issue fatale et rapidement fatale. Dans ces cas graves on a même noté des températures de 109.4° Fah. (43.2° centigrades), température incompatible avec la vie. En résumé, au dessous de 102.2° , c'est la survie, au dessus de 102.2° , la situation est grave ; à 104° c'est presque fatalement la mort. Dans l'ictus apoplectique, qu'il s'agisse de ramollissement ou d'hémorragie, peu importe, le thermomètre vous permettra de répondre et de trancher la question de survie ou de mort. Il faut donc ne pas négliger de se servir de ce moyen précieux afin d'être en état de formuler son opinion sur la gravité du cas pour lequel on est appelé.

Outre le thermomètre, on peut encore avoir recours à d'autres signes, ainsi les contractures précoces du côté paralysé font admettre alors que l'hémorragie a fait irruption dans un ventricule ; le malade est par le fait même condamné et la mort ne

se fait guère attendre : quelques heures c'est la règle, quelques jours c'est l'exception ; au reste dans ces cas graves la température est toujours élevée comme nous venons de le voir. Un phénomène qui accompagne les contractures, et se montre même souvent avant elles, est l'exagération des reflexes tendineux.

Un autre symptôme qui peut vous être utile pour formuler ce diagnostic et le pronostic est la déviation conjuguée des yeux et de la tête qui se fait le plus souvent dans la direction du foyer ; ce symptôme est lié à l'atteinte du lobe pariétal et lorsqu'il existe il est d'un mauvais augure : même si la température est peu élevée, si la déviation conjuguée est persistante on devra hésiter à porter un pronostic favorable. Cette déviation peut être utilisée non seulement comme facteur de gravité mais encore dans les cas où la survie a lieu, pour indiquer de quel côté siègera la paralysie qui accompagne si souvent l'hémorragie ou le ramollissement cérébral. Si comme on l'a dit : « le sujet regarde sa lésion » l'hémiplégie sera à gauche s'il regarde à droite et vice versa. Charcot a décrit un autre signe de gravité, ce qu'il appelle le décubitus malin aigu, débutant du 2^o au 4^o jour à la région fessière du côté paralysé par une tache rouge qui, en quelques jours, aboutit à des escharres gangreneuses brunâtres sèches ; la formation de ce décubitus, moins précoce que la déviation conjuguée et l'élévation thermique, est toujours fatal. Charcot attribue ce décubitus à un trouble trophique, à une altération des tissus dépendant uniquement de l'influence nerveuse. Il faut donc rechercher avec soin son apparition qui se fait sur le milieu de la région fessière et non à la région sacrée.

Avec tous ces signes vous pouvez répondre avec quelque assurance à la question qui, je le répète, vous sera toujours posée par l'entourage. « Le sujet succombera-t-il à l'apoplexie ou

non? Si vous avez recours à tous ces signes vous serez en état de trancher la question. Pendant les 3 ou 4 premiers jours qui suivent une attaque, il faut cependant se tenir sur ses gardes; il n'est pas rare qu'une première attaque soit bien supportée, que la paralysie disparaisse rapidement et complètement mais quelques jours après il s'accomplit une deuxième attaque plus grave qui amène la mort, ce que d'ailleurs l'élévation thermique vous indiquerait à nouveau. Il faut aussi se défier chez les personnes affaiblies par l'âge d'un coma qui se prolonge trop. Il faut se rappeler que dans l'hémorragie cérébrale, l'état comateux ne doit pas se prolonger au-delà de 48 heures sans danger.

Diagnostic: Il y a des états apoplectiques ou comateux qui pourraient simuler l'apoplexie qui accompagne l'hémorragie ou le ramollissement cérébral. Il faut d'abord penser à un néoplasme intra crânien, tumeurs ou gommès syphilitiques. Pour le néoplasme, vous apprendrez que longtemps avant l'ictus le malade était tourmenté par des céphalalgies localisées à un point du crâne et que l'état apoplectique s'est plutôt installé sourdement, lentement, quelquefois avec troubles de la vue. Vous chercherez alors sur le corps les traces de syphilides. En dehors de ces notions il sera difficile de vous prononcer sur la nature de la lésion. On se bornera alors à établir le pronostic d'après la marche de la température qui, ici, se comporte comme dans l'hémorragie. Une paralysie localisée à la face, à un membre supérieur ou inférieur caractérise un néoplasme intracranien et peut vous guider au point de vue d'une intervention opératoire.

Quant aux traumatismes crâniens, s'il s'écoule du sang par l'oreille, s'il existe une plaie du cuir chevelu, l'hésitation n'est alors guère possible; mais si on ne trouve aucune plaie, si on ne possède aucun renseignement sur le sujet qui est dans le

coma, il est difficile de connaître la cause de cet état; il faut tout de même formuler une opinion qu'on nous demande: le pronostic se tirera encore de l'état de la température et avec le thermomètre vous pouvez porter un pronostic raisonné.

Pour l'état comateux des épileptiques il est facile d'après les symptômes observés (stertor avec ronflement, morsures de la langue) de trancher la question. Tous ces états que l'on pourrait confondre avec l'hémorragie ou le ramollissement s'accompagnent toujours d'une élévation de température dans les cas graves.

Le diagnostic causal peut être parfois incertain, il est vrai, mais par contre, le thermomètre nous permet toujours de formuler un pronostic raisonné et c'est tout ce que l'on demande au médecin qui doit être en état de répondre.

Il y a d'autres comas liés à des intoxications où la température au lieu de s'élever tend à descendre, et cette chute de température aggrave toujours le pronostic. Ce sont, par exemple, les intoxications par l'alcool, l'opium, la morphine, belladone, etc., par les commémoratifs: dans tous ces cas la température est abaissée, et cet abaissement persiste si la mort doit survenir.

Il en est de même des états comateux, urémiques et diabétiques. Dans ces cas, pour lever les doutes, il faut faire l'examen des urines. Ici encore, le thermomètre s'abaisse d'autant plus que la vie est compromise. Il est cependant des cas complexes où le doute est permis; ainsi chez les brightiques artério-scléreux, les hémorragies cérébrales ne sont pas rares, le thermomètre indiquerait alors une élévation de température si la mort doit survenir.

Pour en finir avec ces états apoplectiques il reste l'attaque hystérique avec coma, que vous devez reconnaître. Dans ce cas la température est toujours normale; aucune variation, à

moins que les jours suivants le sujet ne s'alimente pas et devienne un inanitié. Il y a ici encore un bon élément qui peut vous guider dans le diagnostic, c'est le frémissement vibratoire des paupières qui ne manque jamais et qui n'existe que dans le coma hystérique : dès que vous l'aurez rencontré cela suffira pour dépister du coup cette névrose. On devra également rechercher les zones hystérogènes, et leur découverte pourra aider au diagnostic. Cependant il ne faut pas oublier que les hystériques peuvent parfois causer bien des surprises et des ennuis au médecin. Ces hystériques peuvent faire parfois des hémorragies cérébrales comme elles font des hémopthisies et des hémathémèses et succomber sans avoir repris connaissance. Il faut donc être prévenu contre ces cas de plus en plus embarrassants et s'attendre à les rencontrer quelques-uns de ces jours. Le médecin doit, pour éviter toute erreur regrettable, observer avec attention tous et chacun des symptômes présentés, et surtout prendre la température, moyen des plus précieux en l'espèce, sans lequel il vous est impossible d'éclaircir le diagnostic. En présence d'un hystérique avoué, en plein coma, avec paralysie d'un côté, si vous ne reucontrez pas le frémissement des paupières, si la pression d'une zone hystérogène n'éveille rien, mais si, par contre, la température est élevée avec déviation conjuguée de la tête et des yeux, vous ne devez pas hésiter un instant à rattacher ces symptômes à une affection organique grave du cerveau.

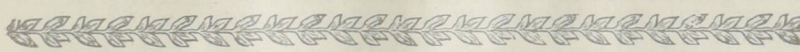
Voilà les maladies que l'on pourrait confondre avec l'hémorragie cérébrale. Je ne conteste nullement que les signes que je viens de vous mentionner se trouvent dans les manuels, mais j'affirme simplement que, dans les traités, on n'insiste pas assez sur la haute signification que ces signes peuvent avoir pour le pronostic de ces maladies. Et vous verrez plus tard par expérience que c'est surtout dans le pronostic des maladies que le

public sait reconnaître et apprécier le savoir et l'habileté du médecin.

En résumé, dans tous les comas qui accompagnent l'hémorragie ou le ramollissement cérébral, dans les traumatismes du crâne, des tumeurs de l'ancephale, syphilitiques ou autres, et enfin dans ceux qui suivent les attaques de l'épilepsie, l'investigation thermométrique nous permet presque toujours de porter un pronostic sur. Si la température ne dépasse pas 100.4° ou 102.2° ou mieux si elle revient à la normale on peut espérer la survie. Si la température se maintient à 104° et même la dépasse on peut prédire une issue fatale. Par contre, dans les comas urémiques ou diabétiques ou les intoxication par l'opium, morphine, alcool, belladone, etc., la température baisse au dessous de la normale et baisse d'autant plus que la vie est compromise.

Plus tard, si on m'en donne l'occasion, je vous parlerai de l'hémiplégie organique et du traitement à lui opposer.

EUGÈNE MATHIEU, M. D.



UNIVERSITÉ LAVAL

Cours d'Hygiène Publique

(Pour Médecins seulement)

Les cours d'Hygiène pour l'obtention du diplôme "d'Hygiéniste expert" s'ouvriront le 14 janvier 1913. Ces cours se continueront les mardi, mercredi et jeudi de chaque semaine jusqu'en juin.

Le cours comprendra 160 leçons.

Les honoraires de ce cours seront de \$50.00

Pour autres informations s'adresser au

Dr ARTHUR VALLEE,

Sec. F. de M.

22, rue Ste-Anne,

Québec.



QUELQUES OBSERVATIONS DE MALADES ATTEINTS DE SYPHILIS, TRAITES PAR LE 606 ¹.

PAR LE DR. J. ÉMILE FORTIER

Au cours de notre pratique, depuis un an et demi, nous avons eu quelquefois l'occasion de traiter par le Salvarsan des malades atteints de syphilis à différentes périodes. En voici les observations brièvement résumées.

1° Observation.—Jeune homme de 20 ans, portant un chancre induré siégeant sur le fourreau, apparu depuis 10 jours environ, 26 ou 28 jours après un contact suspect. Dans les aines existent quelques petits ganglions indolores, durs et mobiles. L'état général est très bon, il n'y a pas d'albumine dans les urines. Le 4 avril 1911, nous pratiquons dans la région lombaire gauche une injection intramusculaire de 45 centig. de Salvarsan.

Le malade est gardé au lit avec application d'un sac d'eau chaude au point d'injection. Il ne souffre pas. Quinze heures plus tard nous revoyons le malade: la nuit a été très bonne, aucune douleur n'a été ressentie. Au point d'injection, la pression détermine une douleur légère mais il n'y existe ni induration, ni rougeur de la peau, ni température locale. A partir du 5ème jour le chancre a commencé à diminuer en surface et 12 jours plus tard l'on ne constatait plus qu'une pigmentation grisâtre. Dans la suite, nous avons soumis le malade au traitement

1. Ce travail a déjà été présenté à la séance de la société médicale d'octobre 1912.

mercuriel d'une façon intermittente, il n'a présenté ni roséole, ni autre accident spécifique, au mois de mai dernier la guérison persistait encore, 14 mois après l'injection.

2° Observation.— Femme de 38 ans présentant au niveau de la vulve sur la grande lèvre gauche un chancre induré de la dimension de la surface de section d'une fève ordinaire. La date de contamination et la date d'apparition ne peuvent être précises. L'état général est assez bon, il n'y a pas d'albumine dans les urines.

Le 7 mai 1911, dans la région fessière nous injectons 0.50 centigr. de Salvarsan et nous faisons appliquer un sac d'eau chaude. Repos au lit. Un quart d'heure après l'injection la malade ressent des douleurs assez vives au niveau de la pique, cette douleur augmente pour devenir presque intolérable et n'être pas même calmée par un gramme d'antypirine en injection. Une pique d'un quart de grain de morphine permet à la malade quelques heures de sommeil. La douleur a persisté pendant 30 heures et a laissé à sa suite une induration de la grosseur d'un œuf de poule très douloureuse à la pression et dans les mouvements de flexion du dos. Huit jours plus tard le chancre était complètement disparu. Traitement mercuriel. Nous revoyons la malade de temps en temps et tout va bien jusqu'au troisième mois plus tard, alors qu'apparaît sur la poitrine sur les parties latérales du ventre et très légèrement à la face une roséole caractérisée par des macules rouges cuivrées. Nous proposons une nouvelle injection qui n'est pas acceptée, la malade conservant encore le douloureux souvenir de sa pique. Le traitement mercuriel est institué d'une façon encore plus intensive et tout rentre dans l'ordre en quelques semaines. La malade continue à se traiter au mercure, nous l'avons revue en juin dernier absolument indemne de toute manifestation spécifique.

3° Observation.—Homme de 23 ans atteinte de lésions secondaires graves ulcéreuses de la langue, des piliers, des amygdales et de la paroi postérieure du pharynx. Au niveau de la voûte palatine sur la ligne médiane existe un épaississement grisâtre de la muqueuse, percé d'un petit orifice permettant l'introduction d'un stylet jusque dans la fosse nasale. Toutes ces lésions très douloureuses empêchent la malade de manger. Sur le pénis l'on retrouve la cicatrice d'un chancre qui a duré 3 semaines et qui est disparu depuis 3 mois. A l'anus l'on y constate 2 ou 3 petites fissures. Quelque temps auparavant le malade avait été soumis à un traitement mercuriel qui n'avait fourni aucun résultat si ce n'est une stomatite avec salivation abondante filante et fétide. Le 8 octobre 1911 nous injectons dans les muscles de la fesse 0.50 centig. de salvarsan. Le malade est au lit et maintient en permanence des applications chaudes au niveau de sa piqure. La nuit fut très bonne, le malade n'a ressenti aucune douleur. Le lendemain les douleurs à la déglutition avaient notablement diminué, la salivation était moins abondante, les lésions de la bouche avaient meilleure apparence et paraissaient comme nettoyées. Le malade fut ensuite soumis au traitement mercuriel et rien n'est apparu pendant neuf semaines. A ce moment, sur un pilier, sur la paroi post. du pharynx et sur la lèvre supérieure nous avons vu réapparaître les mêmes lésions mais beaucoup plus discrètes. Ces lésions disparurent en 15 jours par l'addition de l'iodure au mercure. Depuis cette époque en deux circonstances quelques plaques sont réapparues dans la bouche mais n'ont pas persisté.

4° Observation.—Homme de 43 ans, tuberculeux à la deuxième période par son poumon droit. Syphilitique depuis l'âge de 26 ans présente à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur du tibia une gomme non encore ulcérée de la grosseur d'une

noix. Cette tumeur de consistance élastique est adhérente à l'os et à la peau d'apparence normale. Cette lésion existe depuis 4 ou 5 semaines. L'état général est plus ou moins satisfaisant. Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Au niveau de la région lombaire gauche, profondément dans les muscles, nous lui injectons 0.40 centig. de Salvarsan. Aucun phénomène local n'apparaît et le lendemain le malade continue ses occupations habituelles. Dix jours plus tard la tumeur était restée la même et diminua légèrement les 15 jours suivants. Nous pratiquons une nouvelle injection de 0.30 centig. dans la région lombaire droite. Douleurs légères au moment de l'injection. A partir de ce moment nous avons assisté à la régression de la tumeur qui était complètement disparue 18 jours plus tard. Cinq mois après l'injection la guérison se maintenait toujours. L'état pulmonaire n'a nullement été influencé par le salvarsan.

5° Observation.—Fille de 26 ans, enceinte de 6 mois, avorte d'un fœtus mort et macéré. Sur la vulve au niveau de la muqueuse des grandes lèvres et autour du méat nous trouvons une série de petites plaques muqueuses. Sur la face interne des cuisses, sur le dos et la poitrine existe une roséole des plus typiques. Le chancre a été méconnu. Dans ses urines nous trouvons 4 grammes d'albumine par litre. Le régime lacté absolu est suivi pendant 3 semaines; après ce temps, l'albumine ayant considérablement diminué, nous injectons dans la masse musculaire sacro-lombaire, 0.50 centig. de salvarsan. Durant la nuit la douleur fut très supportable et disparut en 40 heures environ. Le matin, 15 heures après l'injection la température est à 99°, la région lombaire est un peu douloureuse à la pression, profondément la palpation révèle une induration diffuse. Il n'y a ni rougeur ni œdème de la peau. Traces légères d'al-

bumine dans les urines. Le surlendemain de l'injection la roséole n'existait plus. A partir du 4ème jour les plaques muqueuses commencèrent à s'effacer et la réparation fut complète 15 jours après l'injection. La malade ne prenait pas de mercure et tout alla bien pendant 4 mois alors que nous la revoyons.

Elle présente depuis quelques jours de la douleur à la déglutition des liquides chauds, sa voix est rauque et voilée et elle accuse de la douleur au niveau du larynx. Dans son pharynx et sur les piliers nous constatons de place en place quelques petites lésions ulcéreuses grisâtres de la grandeur de la surface de section d'un pois. Il y a des adénopathies sous-maxillaires, dures et douloureuses avec empâtement périganglionnaire.

Nouvelle injection intramusculaire de 0.30 centig. de salvarsan qui cette fois ne fut nullement douloureuse. Neuf jours plus tard les lésions de la bouche étaient complètement disparues; les ganglions avaient perdu de leur grosseur pour n'être que très difficiles à percevoir. La raucité de la voix persistait encore sans aucune douleur au niveau du larynx. Pas d'albuminurie. Nous avons institué le traitement mercuriel, un mois plus tard la voix s'était améliorée mais n'avait pas repris encore sa tonalité normale. Depuis ce temps nous n'avons pas revu cette malade.

6° Observation.—Il s'agit d'un homme robuste de 25 ans grand viveur qui en mai 1912 contracte un chancre spécifique. Aucun traitement ne fut suivi jusqu'à l'apparition d'une roséole le 20 juin. A cette époque nous avons employé tour à tour les pilules de Ricard, de Dupuytren, l'énézol, rien n'y a fait. La roséole est disparue mais pour faire place à des plaques muqueuses nombreuses au niveau du pharynx, sur la langue et le voile du palais. Le 25 août nous faisons profondément dans les muscles de la fesse une injection de 0.60 centig. de 606.

Douleurs immédiates très vives au niveau de l'injection, le malade se rend très difficilement chez lui. Le repos, les applications chaudes, la glace, rien n'y fait, la douleur est excessive et fait crier le malade. Deux injections successives de $\frac{1}{6}$ de grain de morphine calment à peine les douleurs. Douze heures plus tard il existe au point d'injection une tuméfaction de la fesse, dure, tendue et douloureuse excessivement avec douleurs spontanées irradiant le long du sciatique. La température était à 102° avec un pouls à 130 à la minute. Les urines contenaient de l'albumine. Le traitement alors fut le repos, le régime lacté la glace et l'antipyrine. Cet état de choses dura pendant 4 jours, les symptômes disparurent graduellement, mais la tuméfaction persista grosse et douloureuse pendant 15 jours, faisant boiter le malade et l'empêchant de s'asseoir sur ce côté. Trois jours après l'injection les manifestations commencèrent à se transformer et 13 jours après l'injection tout était complètement disparu. Nous avons revu plusieurs fois ce malade depuis ce temps mais rien n'est survenu. L'on retrouve cependant dans les aines, aux creux axillaires et sous la mâchoire des petits ganglions très petits. L'induration au niveau de la pique persistait encore 2 mois après l'injection mais indolore et ne provoquant aucun trouble fonctionnel.

De ces quelques observations nous croyons pouvoir faire les déductions suivantes :

Le salvarsan fait disparaître les lésions spécifiques beaucoup plus rapidement que ne peut le faire le mercure. Les chancres que nous avons traités sont disparus l'un en 8 jours, l'autre en 12 jours.

Le salvarsan guérit la lésion existante mais ne met pas à l'abri des autres manifestations toujours susceptibles d'apparaître dans un avenir plus ou moins rapproché. Les lésions

qui réapparaissent peuvent être de même ordre ou d'ordre différent. Chez quelques-uns de nos malades une seule injection a guéri la lésion et a prévenu les récides mais sur ce point nous ne voulons pas être trop affirmatif car après la disparition de la lésion pour laquelle l'injection avait été faite, nos malades ont suivi un traitement mercuriel.

Les malades chez qui nous avons constaté les meilleurs résultats au point de vue de la disparition rapide des lésions n'avaient pas réagi au mercure. Des lésions qui ne réagissaient pas au mercure, guéries par le salvarsan réapparues ensuite ont été subsequmment guéries par le mercure.

Chez tous nos malades nous avons employé la méthode des injections intra-musculaires de salvarsan a l'état neutre ramenée à 10 c. c, par addition d'eau distillée.

Pour l'injection nous nous servions d'une seringue Luer de 10 c. c, et d'une aiguille en platine de 7 à 8 centim. de longueur. L'injection a été faite chez quelques uns dans la fesse, chez d'autres dans la région sacro lombaire.

L'injection dans le dos se faisait à 3 ou 4 pouces en dehors des épines vertébrales sur une ligne passant au dessus de l'épine de la deuxième vertèbre lombaire, l'aiguille était obliquement enfoncée en dedans à 1½ à 2 pouces de profondeur suivant l'épaisseur des tissus. Dans la fesse nous faisons l'injection à un pouce de la crête iliaque sur une ligne verticale tombant sur le milieu d'une autre ligne réunissant le sommet du sillon interfessier à l'épine iliaque ant. et sup.

Nous avons toujours préféré l'injection lombaire qui s'est toujours montrée moins douloureuse que l'injection fessière.

PHENOMENE DE L'ANAPHYLAXIE OBSERVE A LA SUITE D'INJECTIONS DE SERUM ANTI-TUBER- CULEUX¹ ET ANTI-DIPHTHERIQUE

Par le Dr Ls. DUBÉ, Lauréat de la Société Internationale
de la Tuberculose.

L'étude de l'anaphylaxie et des phénomènes s'y rapportant demande, pour en comprendre le mécanisme, d'entrer dans des détails que nous allons exposer brièvement.

Tout d'abord disons que certaines espèces animales sont réfractaires à des maladies déterminées. On dit qu'elles jouissent ou possèdent une *immunité naturelle* vis-à-vis de ces maladies, et cette immunité dure généralement autant que l'animal qui en est doué. Cet état particulier serait dû, tout probablement, à la présence, dans le sérum de ces animaux, d'anticorps naturels qui sont les agents de cette immunité.

Outre l'immunité naturelle, il existe une *immunité acquise* qui peut être soit *active*, soit *passive*.

La variole, par exemple, immunise le varioleux contre une atteinte ultérieure. "L'organisme tout entier réagissant contre l'agent perturbateur, acquiert des propriétés défensives contre l'agent nocif qui l'a une fois attaqué²."

Gagnée dans de telles circonstances, l'immunité est dite *active*, et ses agents sont des anticorps artificiels.

Maintenant, si on injecte le sérum d'un animal, jouissant d'immunité active, à un autre animal, on confère à ce dernier une

1. Sérum Marmoreck.

2. Hallian et Carriou. P. M. C. Sérothérapie.

immunité passive qui le rendra réfractaire, pour un certain temps, à la maladie pour laquelle le premier était immunisé.

Mais les choses ne se passent pas toujours de la sorte. Il arrive quelquefois qu'une infection au lieu d'immuniser, ne produit rien du tout, ou bien augmente la sensibilité à l'agent morbide.

C'est ce dernier phénomène que l'on a baptisé du nom d'anaphylaxie, le coitraire de protection (phylaxie).

Ce mot fut créé par Ch. Richet, en 1902, pour désigner "la curieuse propriété que possèdent certains poisons d'augmenter, au lieu de diminuer, la sensibilité de l'organisme à leur action ¹."

C'est donc un phénomène inverse du mitridatisme.

Plusieurs auteurs, bien avant Richet, avaient observé cet étrange phénomène, mais personne, avant lui, n'a pu l'interpréter.

C'est ainsi que Magendie, en 1839, constata que les lapins ne pouvaient, après quelque temps, supporter une deuxième dose d'albumine égale à la première.

Koch, en 1890, dans ses expériences sur la tuberculine, indique clairement l'hypersensibilité à certains poisons.

En 1893, Behring remarque l'extrême sensibilité des cobayes à une deuxième injection de sérum diphtérique.

Aducco, en 1894, avait mis sur le compte de l'accumulation de dose, l'action plus intense de la cocaïne après injections répétées. Il est probable dit Richet, qu'il disait vrai, et qu'il n'y avait pas d'anaphylaxie, attendu que l'intervalle laissé entre chaque injection était trop court.

La même année Arloing et Courmont constatent que, chez l'homme, des injections répétées de sérum d'âne produisent des effets de plus en plus toxiques. Puis c'est Héricourt, en 1898, Courmont, en 1900.

Personne, cependant, ne cherche à donner une juste interprétation aux phénomènes observés.

1. Ch. Richet, *L'anaphylaxie*, Paris, 1912.

Il faut arriver à 1902 alors que Ch. Richet publia son premier mémoire établissant les principes fondamentaux sur lesquels repose l'anaphylaxie.

Il n'est pas inutile de les mentionner ¹.

“ 1^o Il faut un certain temps d'incubation pour que l'anaphylaxie s'établisse.

2^o L'état d'anaphylaxie persiste pendant plusieurs semaines.

3^o Il peut y avoir parallèlement anaphylaxie et immunité.

4^o L'anaphylaxie est dans une certaine mesure spécifique, c'est-à-dire que l'injection seconde doit être de même nature que l'injection première.

5^o Les symptômes de l'anaphylaxie sont immédiats et foudroyants, tandis que les symptômes de l'intoxication première sont lents.

6^o La substance anaphylactisante est thermostable.

7^o Le poison anaphylactisant est un poison du système nerveux central, et le phénomène essentiel est une sidération du système nerveux avec abaissement considérable de la pression artérielle.”

Comme on le voit l'apparition de l'anaphylaxie nécessite une certaine période d'incubation. Elle apparaît généralement vers le dixième jour qui suit l'injection première, et est complète entre le vingtième et trentième jour.

La durée est aussi considérable; on n'en connaît pas la limite. Richet, au début, l'avait fixée à quelques semaines, mais Rosenan et Andersan l'ont constatée, chez le cobaye, après trois ans.

La symptomatologie de l'anaphylaxie a été étiquetée, par Marfan, de “ *phénomène d'Arthus*”, pour la forme légère — œdème, rougeur, gonflement, etc; — par Richet et Schick, de “ *maladie du sérum*”, pour la forme grave — urticaire, œdèmes multiples, fièvre, troubles de la digestion, de la respiration, de la circulation etc.

1. Ch. Richet: Loco citato.

Plusieurs théories ont été proposées pour expliquer le mécanisme de l'anaphylaxie.

L'hypothèse de Richet : qu'après l'injection d'un antigène, il se forme dans le sérum, mais lentement, une substance chimique nouvelle, appelée *toxogénine*, inoffensive par elle-même, mais pouvant devenir offensive; et de la combinaison de la *toxogénine* avec l'antigène, une substance toxique se forme, appelée *apotoxine*.

Toute cette théorie peut se formuler ainsi :

Antigène + Sérum = Toxogénine (après 10 j. d'incubation; substance non toxique).

Toxogénine + Antigène = Apotoxine (souvent instantanée; substance toxique).

Pour Besredka, l'antigène du sérum déterminerait la production d'un anticorps spécial : la *sensibilisine*, laquelle aurait la propriété de se fixer sur le système nerveux et le rendrait hypersensible à l'injection de sérum.

Tous les auteurs sont d'accord sur la présence, dans le sérum des animaux anaphylactisés, d'une substance spéciale; la confusion d'une synonymie multiple (*sensibilisine*, *anaphylactine*, *anaphylactogène*) a été tranché par Richet en proposant de l'appeler "*Toxogénine*."

Netter, Biedl, Kraus, Besredka, ont cherché à protéger les animaux contre l'anaphylaxie. Le chlorure de calcium et celui de baryum auraient des propriétés anti-anaphylactiques. La narcose par l'éther aurait pour effet de faire disparaître les effets nocifs des réinjections du produit anaphylactisant. Il va sans dire que cette dernière méthode est peu pratiquée.

Chez un sujet ayant déjà reçu une injection de sérum, on serait tenté, *a priori*, de faire une faible réinjection, si l'on soupçonne un état anaphylactique, quand c'est le contraire qu'il faut faire;

1. Ch. Richet : *Loco citato*.

une forte injection sera mieux supportée qu'une injection timidement restreinte¹.

Ces découvertes de laboratoire demandaient à être appliquées à la pratique de médecine.

On se sert, aujourd'hui, pour le diagnostic de la tuberculose, chez l'homme et chez les bovidés, de la réaction des tuberculeux à la tuberculine. Non pas une réaction générale, mais simplement une réaction locale appelée : tuberculino-diagnostic.

L'exposé des différentes méthodes de tuberculino-diagnostic nous entraînerait dans des détails qui n'ont pas leur place ici, c'est pourquoi nous nous bornerons à les nommer.

Nous avons à notre disposition, à l'heure actuelle : la *sous-cutiréaction à la tuberculine*; la *cutiréaction*; l'*Intra-dermo-réaction*; l'*Ophthalmo-réaction*. En outre, on a proposé la *rhino-réaction*, la *vagino-réaction* et l'*auriculo-réaction*. "Aucune de ces dernières méthodes, ne paraît devoir être préférée à l'*intra-dermo* ou à la *cutiréaction* infiniment plus simple²."

Le phthisiothérapeute possède, à l'heure actuelle, un arsenal renfermant un bon nombre de produits sérothérapiques anti-tuberculeux : Sérums Marmoreck, Moragliano, Lannelongue, Arloing, Vallée, Jousset. L'emploi de ces agents est gêné par la production d'accidents anaphylactiques quand on se sert de la voie sous-cutanée, qui est pourtant la meilleure au point de vue thérapeutique. Personne, à notre connaissance, n'a signalé d'accident à la suite d'injections rectales, par contre, on s'accorde à dire que le sérum administré par cette dernière voie est plus lent à agir et ses effets seraient un peu amoindris. Nonobstant l'infériorité d'action par la voie rectale, il convient de l'employer toutes les fois que l'on suppose un état anaphylactique existant.

Pour nous, après deux années de pratique sérothérapique anti-

1. Hallian et Carrian, P. M. C. Anaphylaxie.

2. Pierre Lereboullet. P. M. C. Étude générale des tuberculines.

tuberculeuse, par voie sous-cutanée, nous avons renoncé tout à fait à cette méthode par suite d'accidents assez graves, comme nous le verrons, ci-après, dans les cas rapportés à la fin de ce travail.

A ces accidents locaux ou généraux, à la suite de réinjection, un autre fait parécutané vient s'ajouter.

D'emblée, après une première injection de sérum, apparaissent les accidents de l'anaphylaxie.

Plusieurs interprétations ont été proposées pour expliquer ce phénomène. L'hypothèse telle que formulée par Rist retiendra seule notre attention: "l'état anaphylactique, dit-il, serait créé antérieurement aux injections de sérum par l'ingestion de viande crue de cheval".

Des recherches ont été faites dans cette direction par de nombreux auteurs et tout dernièrement par Bernard, Debré et Porak¹. Ils concluent: "qu'après ingestion de viande crue, il passe, chez l'homme, dans la circulation générale, d'une façon très fréquente et probablement constante, des albumines hétérogènes".

Ainsi donc il est établi que des albumines de cheval ingérées passent dans la circulation et établissent l'état anaphylactique par voie digestive.

C'est un cas d'anaphylaxie digestive, observé récemment, qui nous a décidé à publier ces quelques observations.

Le traitement de nos tuberculeux comporte toujours l'hippозamothérapie sous forme de suc musculaire. Nous avons constaté un seul accident par voie digestive, chez un tuberculeux hippophage depuis deux mois. Pas un seul cas chez nos diphtériques, qui ne sont pas des hippophages.

Voici maintenant exposé en quelques lignes les phénomènes anaphylactiques observés à la suite d'injections de sérum antituberculeux (Marmoreck) et de sérum antidiphtérique.

1. Bernard, Debré et Porak. Sur le Mécanisme et la Prévention des accidents de la sérothérapie antituberculeuse. *La Presse médicale*, oct. 5, 1912.

1^o S. M. âgée de 26 ans, tuberculeuse à la 2e période. Traitement au sérum Marmoreck; une injection sous-cutanée tous les deux jours. La 1ère, 2e, 3e et 4e injection tout va pour le mieux. Deux heures après la 5e injection, exactement dix jours après la 1ère, je constate du gonflement à l'endroit où la 4e injection avait été faite, mais tout disparaît dans l'espace de trois heures. Je continue et à la 6e injection, gonflement au lieu des injections 6, 5, 4; la moitié du flanc gauche était œdématisé — ces phénomènes auraient dû me faire discontinuer les injections. Je fais une 7e injection, région fessière, j'étais au 14e jour du traitement. Quelques heures plus tard apparaissent les symptômes généraux de l'anaphylaxie. Fièvre, troubles de la respiration, dyspnée avec congestion aux poumons d'où résulte des crachats sanguinolents, etc.

2^o A. G. 12 ans. Diphtérie. 20 cc. de sérum dans les premières 24 heures de la maladie. La malade va bien. Elle est en pleine convalescence, mais elle est restée avec une paralysie du voile du palais. Je veux traiter au sérum. Donc exactement 13 jours après les deux premières injections, je fais une injection, région fessière. La fièvre apparaît avec douleurs arthralgiques et urticaire. Le tout disparaît au bout de huit heures.

3^o S. V. 29 ans. Tuberculeuse avancée. Traitement rationnel, hippozomothérapie durant deux mois. Elle réclame le sérum. A la première injection la fièvre monte, douleurs arthralgiques, œdème à l'endroit injecté. Je discontinue la voie sous-cutanée, par la voie rectale. Aucun accident.

Notre-Dame du Lac, 20 décembre 1912.

SOCIÉTÉS MÉDICALES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE QUÉBEC

Sous la présidence de M. le Dr J. D. Pagé, la 102^e séance de la Société médicale de Québec, a eu lieu à l'école de médecine, le 17 novembre 1912.

Messieurs les docteurs Jos. Vaillancourt, P. C. Dagneau, René Fortier, A. Jobin, Arthur Simard, Eugène Mathieu, A. Savard, Odilon Leclerc, Geo. Ahern, J. Frémont, W. Verge, jr, Alfred Drouin, Ls D. Gauthier, Adolphe Drouin, Achille Paquet, tous de la ville de Québec, et Arthur Lavoie de Sillery, étaient présents.

Le secrétaire communique aux membres présents une lettre de M. le Dr L. P. Normand, président du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec: "J'accuse réception de votre lettre du 30 octobre, me transmettant une résolution de votre Société *re* le Bill Roddick. Veuillez croire que M. le Dr Simard et moi n'avons fait que notre devoir."

Aussi une lettre de M. le Dr Ls F. Dubé, Notre-Dame du Lac: "J'ai reçu votre lettre en date du 29 octobre dernier contenant copie d'une motion que les membres de votre société ont adopté à leur séance du 29 octobre 1912, en l'honneur du succès que j'ai eu au concours 1911 de la Société Internationale de la Tuberculose, Paris. Vraiment, vous m'avez causé une surprise et une joie. Une surprise car après avoir été obligé de batailler mes titres jusque dans les journaux, on ne pouvait comprendre qu'un médecin de campagne puisse étudier, j'en étais rendu à croire qu'il n'y avait plus de fraternité médicale. Une joie, car les membres de

vosre société me prouvent le contraire de ma pensée, l'espérance renaît et je me dis que là-bas j'ai des frères.

Je remercie donc bien sincèrement tous les confrères de vosre société de cette marque d'estime à mon égard. J'en garderai le plus profond souvenir."

Le comité spécial chargé de prendre en considération une lettre de la Chambre de commerce Française de Montréal, fait rapport par l'entremise de M. le Dr Jobin: "Le comité composé de Messieurs René Fortier, Eugène Mathieu, A. Jobin, se plaçant à l'unique point de vue de la santé individuelle, s'est posé les deux questions suivantes, auxquelles il a répondu affirmativement:

1^o L'usage même modéré des boissons spiritueuses est toujours nuisible.

2^o L'usage des vins, des cidres et surtout des bières est aussi nuisible, mais à un moindre degré.

Ce rapport est soumis à la discussion:

La première conclusion reçoit d'emblée l'approbation de tous les membres présents. Il n'en est pas de même de la seconde conclusion laquelle soulève une longue discussion, et à la fin par une motion de M. le Dr Odilon Leclerc, secondée par M. le Dr Arthur Simard, elle est retranchée pour être remplacée par la conclusion suivante: "Ce comité reconnaît qu'un des moyens qui a été proposé de divers côtés pour lutter contre l'alcoolisme, est de chercher à rendre plus facile la consommation des boissons dites hygiéniques telles que le cidre, la bière et le vin en particulier. De cette façon on luttera contre la consommation des autres boissons alcooliques qui conduisent bien plus rapidement à l'alcoolisme que les premières."

Cette motion est adoptée sur division.

M. le Dr J. D. Pagé, président du comité exécutif fait rapport que l'organisation du premier diner annuel de notre société est en bonne voie.

M. le Dr J. Frémont lit devant la société un travail très élaboré sur la "maladie des caissons".

32 Autre communication par M. le Dr Arthur Simard, professeur de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu, traitant des fractures du pied. A l'appui de sa thèse M. le Dr Simard rapporte un cas de "*fracture du premier cunéiforme*" avec radiographie montrant bien la lésion.

Enfin Messieurs les Docteurs P. C. Dagneau et Arthur Simard nous font connaître les résultats qu'ils ont obtenus auprès du conseil médical fédéral dont la première réunion a eu lieu, à Ottawa, en novembre dernier.

M. le Président félicite tous ceux qui ont pris la parole et la séance est levée à 11 heures moins dix minutes.

EDGAR COUILLARD, M. D.
Secrétaire.

— :00: —

REVUE DES JOURNAUX

ANALYSES

LES ULCERES TARDIFS CONSECUTIFS A LA RADIOTHERAPIE. — Par M. Walther. (*Bulletin et mémoires de la Soc. de Chirurgie*. Séance du 31 juillet 1912.)

M. Walther présente deux observations très détaillées d'accidents consécutifs à la radiothérapie.

La première observation a trait à une forme très rare d'ulcération par atrophie tardive de la peau et par artérite, sans radio-

dermite intermédiaire. C'est une femme qui depuis 1904, a été traitée par la radiothérapie pour des plaques d'eczéma séborrhéique psoriasiforme de la partie supérieure de la face interne de la jambe gauche. Des périodes de guérisons et de récives eurent lieu de 1904 à 1911 alors que six semaines après la dernière séance de radiothérapie se manifesta au centre de la plaque une petite érosion douloureuse pendant la marche et la station debout prolongée. Le repos, les pansements secs ou humides, les poudres et les pâtes ne purent empêcher l'évolution de cet ulcère déjà blanc mat, à bords irréguliers, mais taillés absolument à pic, comme découpés à l'emporte-pièce. Le 18 juillet 1911 M. Walter fit l'excision très large de cet ulcère, et la fit examiner à l'Institut Pasteur, par M. le Dr Masson. Il s'agissait de lésions tardives ayant déterminé une véritable atrophie de la peau, "une plaque de kératinisation massive de l'épiderme, due à la stérilisation de la couche génératrice correspondante". En définitive ce n'est pas un ulcère véritable. C'est une région où la peau a subi dans toute son épaisseur, l'évolution cornée. De nombreuses planches accompagnent cette observation. L'excision large a définitivement guéri la malade. L'ablation large de l'ulcération avec tout ce que l'on peut enlever de la zone périphérique de peau suspecte, est le seul traitement rationnel. M. Walter conseille de ne pas s'attarder au traitement par le repos et les pansements.

La dernière observation est celle d'une femme âgée de 38 ans, sans enfants, vigoureuse et d'une excellente santé habituelle. A 32 ans apparurent des métrorragies abondantes, avec douleurs dans le ventre et dans la jambe droite. L'examen révéla l'existence d'un fibrôme. Cette constatation fut faite en 1907. En 1910 le fibrôme occupait toute la fosse iliaque droite et remontait jusqu'au niveau de l'ombilic. Alors fut commencé le traitement radiothérapique. Il fut fait sept séries d'irradiations de six jours consécutifs chacune. (En novembre et décembre 1910; janvier, mars, avril, mai et juillet 1911). A chaque série d'irradiations,

la peau était de plus en plus pigmentée et douloureuse; à la cinquième séance de la dernière série, en juillet 1911, apparaissent sur l'abdomen de larges phlyctènes qui durent jusqu'à la fin d'août. La peau est en ce moment très dure et très épaissie. A la fin de septembre, se forme une escarre noirâtre à odeur fétide, à douleur très vive, avec un œdème dur et douloureux de tout le côté droit de l'abdomen qui avait reçu un supplément d'irradiations. En décembre, il n'y a plus que deux plaques de sphacèle, près de la ligne médiane, à bords saillants taillés à pic.

M. Walther opéra cette malade en deux temps.

1^o Le 20 janvier 1912 il fait l'ablation d'une plaque comprenant la peau et le tissu cellulaire jusqu'à l'aponévrose, plaque mesurant 32 centimètres de largeur sur 13 centimètres de hauteur. Le décollement large des deux lèvres de l'incision en haut jusqu'au thorax, en bas jusque sur le pubis et dans le triangle de Scarpa, suffit à combler la brèche. Guérison définitive en mai.

2^o Le 18 juin hystérectomie totale typique avec conservation de l'ovaire droit. Guérison parfaite sans complication.

L'examen de la peau fait par le Dr Masson montre qu'il s'agit ici d'une véritable ulcération consécutive à une radiodermite, survenue immédiatement après les dernières irradiations.

Dans la 1^{re} observation ce sont les rayons non filtrés qui ont causé l'ulcère atrophique. Dans la deuxième ce sont les rayons filtrés destinés à agir profondément sur le fibrôme qui ont produit la radio-dermite et les ulcérations.

MM. Ch. Monod et E. Potturat demandent à M. Walther, quelle est son opinion en ce qui regarde le traitement des fibrômes par la radiothérapie? Le manque de documentation empêche l'auteur de répondre. M. Lejars, plus catégorique, dit qu'il ne croit pas qu'il faille ouvrir crédit, devant la société de chirurgie, au traitement radiothérapique des fibrômes. L'hystérectomie pour fibrôme est aujourd'hui une des opérations les plus heureuses de la gynécologie, sous la réserve qu'elle ne soit pas pratiquée

trop tard, et les divers essais physiothérapiques modernes ne sauraient avoir présentement d'indications qu'à titre palliatif, dans les formes inopérables.

M. Souligoux partage l'avis de *M. Lejars*. De plus il pense que si, les rayons X sont capables de stériliser et d'atrophier les ovaires, ils seraient bien capables aussi d'agir de la même façon sur d'autres organes, (reins, capsules surrénales, pancréas); ce qui pourrait causer des accidents graves.

Dr EDG. C.

LE PRONOSTIC DE L'ALBUMINURIE AVEC OU SANS CYLINDRES. — (*Arch. of Intern. Med.*, 1912, IX. — Th. Barringer & M. Warrens).

Les auteurs rapportent 396 analyses d'urine pour assurance sur la vie. Dans 115 cas albuminurie sans cylindres; 203 cas albuminurie et quelques cylindres hyalins; 53 de l'albumine et des cylindres granuleux.

Dix ans après 70 de ces malades ont été revus. Sur 20 qui présentaient auparavant de l'albumine sans cylindres, aucun ne souffrait de néphrite interstitielle. Dans 4 cas les cylindres étaient apparus.

Sur 30 atteints d'albuminurie et de cylindres hyalins il y a dix ans, un seul était atteint de néphrite interstitielle, deux cas étaient douteux.

Pour 20 qui avaient présenté des cylindres granuleux, 2 souffraient maintenant de néphrite interstitielle et 5 étaient douteux.

Pour ce qui est de la mortalité 25 décès en dix ans sur 396 assurés constitue un taux élevé. D'après les grandes compagnies d'assurance, les malades présentant une petite quantité d'albumine et des cylindres hyalins donnent annuellement une mortalité de 137 pour 10000, ceux qui présentent d'autres variétés de cy-

lindres 220, et la mortalité moyenne est au contraire de 100 pour 10,000.

Les auteurs concluent que l'albuminurie simple sans cylindres est fréquente chez les jeunes gens, et indique plutôt une moindre résistance qu'une néphrite au début. Pour l'albuminurie avec cylindres hyalins il n'y a pas d'âge de prédilection et comme pour les premiers la mortalité est plus élevée. Les individus ayant des cylindres granuleux sont plus prédisposés aux affections rénales et artérielles et offrent un taux de mortalité élevé.

L'âge constitue toujours un facteur important du pronostic, les sujets jeunes échappent plus facilement à la néphrite.

A. V.

LES PARALYSIES LARYNGÉES.— Par le Dr. Baldemueck
(*Monde Médical.*, sept., 1912.)

Les paralysies du larynx sont de deux sortes: 1° Paralysies nerveuses : 2° Paralysies musculaires.)

(A)—PARALYSIES NERVEUSES:

1°. *Paralysies récurrentielles*, lorsque le récurrent est lésé par un traumatisme ou comprimé par les organes voisins, ou enfin lorsqu'il est atteint au cours d'une intoxication, surtout l'intoxication par l'alcool.

Ces paralysies peuvent être incomplètes, uni ou bi-latérales. Lorsqu'elle est uni latérale les symptômes fonctionnels sont nuls et elle ne peut être découverte que par l'examen laryngé qui nous fait voir une corde vocale immobilisée sur la ligne médiane.

Si la paralysie est bi-latérale, bien qu'incomplète, l'immobilisation des deux cordes vocales amène une dyspnée inspiratoire

très intense et continue et nécessitant parfois et surtout la nuit une trachéotomie d'urgence. La parole semble normale.

Dans la paralysie complète uni-latérale, la voix est peu troublée s'il y a compensation bi-tonale, et enrouée s'il n'y a pas compensation.

Si la paralysie est bi-latérale il n'y a ici aucun trouble respiratoire mais aphonie complète; ce qui est causé par l'éloignement constant des deux cordes vocales.

Evolution.—La paralysie n'est pas toujours définitive; elle est susceptible de régression sans le traitement, surtout lorsqu'il s'agit de syphilis.

2°. *Paralysie du laryngé supérieur.*—Cette paralysie isolée est très rare.

3°. *Paralysie d'origine centrale.*—Elle est causée soit par des lésions bulbaires ou des lésions cérébrales.

(B)—PARALYSIE MUSCULAIRE

On ne la rencontre guère que dans l'hystérie, et les signes fonctionnels varient nécessairement suivant le ou les muscles paralysés.

Diagnostic.—En général facile, mais seul le miroir laryngoscopique établit la variété de paralysie.

Le traitement doit être causal; et si on ne peut trouver la cause, toujours soumettre le malade au traitement antisiphilitique.

Enfin s'il y a oblitération de la glotte, la trachéotomie s'impose.

Dr. J. V.

QUELQUES NOTIONS PRATIQUES SUR LE TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS NON TRAUMATIQUES DE L'URÈTRE.—Prof. F. Legueu, (*Journal des Praticiens*, 9 nov. 1912.)

Le traitement de choix, est la *dilatation lente et progressive*. *L'urétrotomie interne*, opération que tout praticien doit savoir faire et qui revêt quelquefois un caractère d'urgence, "doit demeurer un procédé thérapeutique d'exception."

La *dilatation* se fait soit à l'aide de bougies en gomme, soit à l'aide de béniqués. Les bougies sont graduées au tiers de millimètre et étagées suivant la filière de Charrière du N° 3 ou 4 au N° 25 ou 26. Les béniqués sont gradués au sixième de millimètre et numérotés de 30 à 60. Une bougie correspond à 2 béniqués: la bougie 16 correspond aux béniqués 32 et 33: etc.

On commencera la dilatation avec des bougies en ayant soin de procéder *doucement, lentement, progressivement*. Deux bougies au maximum sont introduites à chaque séance; les séances ne doivent pas être trop rapprochées (deux par semaine).

Cette dilatation est indiquée dans les rétrécissements non traumatiques, c'est-à-dire dans les rétrécissements blennorragiques qui représentent l'immense majorité de ces rétrécissements.

Quand la sténose résiste à la dilatation, quand le rétrécissement est dur, il faut avoir recours à l'urétrotomie interne.

L'Urétrotomie interne doit être une section sanglante. Ceci revient à dire qu'il faut bannir *l'électrolyse linéaire* "opération très mauvaise, capable de provoquer les accidents les plus graves." Ces accidents s'expliquent facilement: l'électrolyse linéaire agit par cautérisation, laisse par conséquent une eschare

à sa suite; on ne met pas de sonde à demeure après l'électrolyse, circonstance qui favorise l'injection au moment de la chute de l'eschare.

L'électrolyse circulaire, par contre rendrait les plus réels services. En employant cette méthode, on ne produit aucune espèce de cautérisation, mais seulement une action dynamique, par diffusion du courant électrique à tout l'urètre.

L'urétrotomie interne, correctement pratiquée, n'est pas douloureuse. L'urétrotome ne sectionne que des tissus fibreux insensibles, par conséquent ne demande ni anesthésie générale ni anesthésie locale. L'aseptie et l'emploi de la sonde à demeure garantissent la bénignité de l'opération. Enfin, celle-ci est efficace puisque grâce à la fente linéaire faite dans le tissu sténosé, elle permet une dilatation successive. Mais cette dilatation consécutive est indispensable. Sans elle les résultats de l'intervention seraient nuls.

Legueu énumère les avantages d'un nouvel urétrotome qu'il a fait construire: cet instrument unit à la simplicité et à la rapidité de manœuvre de celui de Maisonneuve, l'avantage de permettre deux sections à «l'aller» et deux sections «au retour¹».

GEO. A.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC DES CALCULS VÉSICAUX, par le prof. agrégé Marion, (*Journal des Praticiens*, 30 nov. 1912.

Pour l'auteur, il existe trois classes, cliniquement, de calculs vésicaux:

(1.) Voir «*Bulletin Méd. de Québec*», page 181, Déc. 1912. «Traitement des rétrécissements traumatiques de l'urèthre», par le prof. F. Legueu.

Les calculs vésicaux *latents* dont aucun signe ne trahit jamais l'existence.

Les calculs dont la présence se traduit par la symptomatologie classique bien connue : *hématuries* terminales, toujours provoquées ; *douleurs* provoquées par le mouvement ou certaines modifications brusques de statique ; *fréquence des mictions* associée à la douleur ; enfin *complications* telles que rétention, incontinence, arrêt du jet, cystite, etc.

Enfin les calculs qui se présentent avec une physionomie clinique particulière : les *calculs des prostatiques* et les *calculs des enfants*.

Les prostatiques atteints de calcul vésical se plaignent de souffrir en urinant, ont des mictions plus fréquentes le jour que la nuit et très souvent une petite hématurie terminale.

Chez les enfants les calculs se caractérisent par *l'incontinence diurne* sans incontinence nocturne par des besoins d'uriner incessants et des douleurs, enfin par l'interruption du jet qui est à peu près constante ici, contrairement à ce qui se passe chez l'adulte.

Le *diagnostic* sera à faire avec une cystite simple, avec une prostatite, avec certaines tumeurs vésicales déterminant de la pollakiurie, avec un corps étranger vésical.

Comment éviter l'erreur ?

Le palper ne renseignera que très rarement. L'exploration avec une sonde donne très fréquemment lieu à des erreurs.

L'explorateur métallique représente un des meilleurs instruments d'investigation ; mais il n'est pas infailible : des calculs enchatonnés, adhérents ou encore logés dans des cellules vésicales peuvent passer inaperçus, d'autre part une tumeur incrustée de sels peut faire croire à un calcul qui n'existe pas.

L'existence du calcul étant démontrée, l'explorateur métalli-

que représente un guide merveilleux lorsqu'il s'agit de fixer la voie à suivre pour enlever la pierre: si la sonde et le cystoscope ayant passé l'urètre, l'explorateur passe à son tour sans difficulté, la lithotritie pourra être entreprise; si l'explorateur métallique ne passe pas, le lithotriteur ne passera pas non plus.

La cystoscopie est la méthode d'investigation la plus sûre, et celle qui donnera les meilleurs résultats. «A l'heure actuelle, la cystoscopie doit être pratiquée chez tout malade soupçonné de calcul vésical». On se servira d'un cystoscope à cathétérisme de manière à pouvoir mobiliser le corps étranger vésical. Si celui-ci se mobilise librement: c'est un calcul. S'il saigne c'est une tumeur.

La radiographie, capable de fournir d'excellents renseignements, induit en erreur au cas de tumeur incrustée et ne décèle pas tous les calculs.

GEO. A.

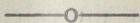
ECHOS ET NOUVELLES

Le *Bulletin Médical* souhaite à tous ses lecteurs une heureuse année! 1913 année au chiffre fatidique semble devoir être mauvaise pour l'humanité; espérons que la profession médicale ne participera pas à tous les ennuis que diplomates et cartomanciens, (tous deux jouent cartes sur table en ce moment) semblent prédire aux nations! Pour tous les confrères, que l'année soit clémentine, en épargnant même autant que faire se peut le client.

1913 verra le VI^e Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord en session à Montréal; il est un souhait

que le *Bulletin Médical* fait plus ardemment que les autres, c'est de voir ce Congrès plus brillant que jamais, et par l'assistance et par les travaux. 1913 verra encore la mise en application de la loi Roddick puisse-t-elle réaliser un réel progrès pour tous. 1913 verra enfin fonctionner l'organisation du service des inspecteurs d'hygiène, c'est une amélioration des plus importantes qui donnera nous l'espérons tout le rendement que l'on est en droit d'en attendre.

Fait à signaler, 1913 donnera naissance aux derniers médecins sous le système des quatre années d'étude. Ceci est sûrement de bonne augure.



Les membres de la Société médicale de Québec ont assisté le 14 décembre au premier *dîner annuel* de la Société. Ce dîner qui a eu lieu au Kent House, sous la présidence de monsieur le Docteur Pagé, a été des mieux accueillis par les membres de la profession qui par leur assistance nombreuse en ont assuré le succès sans précédents. Au delà de quatre-vingt médecins s'étaient inscrits, plus de soixante y assistaient. Parmi les invités on y remarquait messieurs les Docteurs Boucher, Dubé et Descarries de Montréal, Normand de Trois-Rivières, Leclerc de Lorette.

Le Docteur Pagé dans un court résumé de l'histoire de la société a rappelé les principaux faits d'armes et les titres de gloire que la Société médicale de Québec s'est créés en se mettant en tête de certains mouvements comme celui de la formation de l'Association des Médecins de langue française. Il a même noté très justement que c'était peut-être là un des premiers mouvements d'ensemble en faveur de la langue, dont on aurait dû tenir compte au 1er Congrès du Parler français.

Plusieurs autres discours ont été prononcés où certaines questions telles que l'inspection médicale des écoles ont été touchées, en laissant entendre que Québec pouvait espérer voir bientôt la réalisation de cette mesure importante.

Un aphorisme par mois (Hippocrate) :

Les personnes qui ont naturellement beaucoup d'embonpoint sont plus exposées à une mort subite que les personnes maigres.

—: 00:—

BIBLIOGRAPHIE

FORMULAIRE ASTIER, Vade mecum de médecine pratique (Médecine, Chirurgie, Obstétrique), Thérapeutique et Pharmacologie. VIGOT frères, éditeurs, 23 place de l'Ecole-de-Médecine, Paris. Un vol. in-16, relié peau souple, xx-1086 pages. Prix..... 8 frs.

Le lecteur non averti, parcourant la liste des ouvrages qui viennent de paraître, pourrait peut-être s'étonner d'y voir figurer l'annonce d'un formulaire nouveau. Il semble que tout a été fait dans ce genre d'ouvrages et qu'un nouveau venu ne peut présenter que de faibles avantages sur ses prédécesseurs. Or, le titre d'un volume ne le définit, la plupart du temps, que très imparfaitement et il est indispensable de le parcourir pour apprécier l'idée directrice qui a présidé à sa rédaction.

Le *Formulaire Astier* n'est pas uniquement un recueil de formules. C'est avant tout, comme son sous-titre l'indique, un *Vade Mecum de Médecine pratique, de Thérapeutique et de Pharmacologie*. Le Médecin y pourra trouver tous les renseignements utiles à sa pratique journalière sans être obligé de recourir aux traités spéciaux qu'il n'a souvent pas le loisir de consulter.

Dans une première partie, *Thérapeutique*, on trouve l'exposé, pour chaque affection, des traitements médicaux préconisés par les Maîtres autorisés. Hygiène générale, régimes. traitement

hydro-minéral, traitement des complications, prophylaxie, etc., tout y est examiné successivement.

Une seconde partie, véritable aide-mémoire de *Chirurgie d'urgence*, de *gynécologie*, d'*obstétrique*, d'*oto-rhino-laryngologie*, d'*ophtalmologie* comprend, dans une série d'articles condensés et précis, la conduite à tenir dans chaque cas et l'indication des interventions utiles.

Le *Formulaire des Médicaments*, objet de la troisième partie, résume, dans une série de paragraphes courts, les notions utiles à la prescription de chaque drogue. On y trouve, à côté de formules judicieusement choisies, les renseignements pharmacodynamiques indispensables et les meilleures formes médicamenteuses à adopter.

Enfin une quatrième partie complète l'ouvrage en groupant, dans des chapitres spéciaux détaillés, tout ce qui concerne la *médication hypodermique*, l'*opothérapie*, les *eaux minérales* et enfin les *empoisonnements*.

Comme on le voit, le Formulaire Astier réunit en un seul ouvrage de plus d'un millier de pages, dans des chapitres écrits avec le plus grand soin, la matière de plusieurs volumes. Il fallait donc, pour que ce livre soit essentiellement pratique, le rendre très maniable, en faire un livre de poche. Imprimé en caractères nettement lisibles, sur beau papier indien, les éditeurs ont réussi à donner à ce volume toutes les qualités de présentation désirables.

Nous ne doutons pas que, par le soin apporté à sa rédaction, cet ouvrage fort bien présenté ne rencontre auprès du corps médical le plus bienveillant accueil, car il rendra service à tous les praticiens qui pourront le consulter toujours avec profit.

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

Voici son mémoire :

“Mémoire du pensement que jay fait à la femme de françois
 “philiber, pour un coup de coutau quel a reçue a cauté de l'oreille
 “sinistre jusqu'au cranne,”

“Premièrement

“Pour la première apareille	
“m'être servi de baume de peroux	
“pour demi once.....	12 livres
“En suite Deux Seignés	2 “
“pour le superlatif et précipité	6 “
“pour les emplâtres et diapalme blanc.....	3 “
“pour le ponfolis secmative.....	3 “
“pour mes peines (qui) sont a tacsé suivant l'art du	
“chirurgien comme monsieur le juge en désirerait—	
“ce qui a été fait par M. Briault.”.....	12 “

38 livres

“Jay commencé le dit pensement le 22 de may jusque a aujour-
 “d'huy 22 juin, et n'avoir mis sur le présent mémoire que les
 “déboursés des drogues sans y comprendre mes peines de visites
 “et pensement que jay fait deux fois par jour.

“ (26 juin, 1751). (63)

(signé) Colon, chirurgien.”

L'huissier qui a signifié à Philiber les papiers dans cette cause,
 appelle le médecin *Colomble*. (64)

On ne trouve ni le nom de François Philiber, ni celui de Jean
 Colon dans Tanguay.

a. Reproduction interdite.

63. Archives judiciaires, Québec.

64. Archives judiciaires, Québec.

COMPAIN, Pierre Joseph.

Pierre Joseph Compain né à Montréal, le 11 avril 1740, était fils de Pierre Compain dit l'Espérance et de Françoise Vacher.

Il étudia la médecine à Montréal sous Feltz, chirurgien-major des troupes. Plus tard il se fit ecclésiastique, fut ordonné le 3 juillet 1774 et devint vicaire à St-Pierre, Ile d'Orléans; en 1775 curé des Eboulements et de l'Isle-aux-Coudres; 1778 curé de Beaumont; 1798 curé de St-Antoine de Chambly. Il est décédé le 21 avril 1806, âgé de 66 ans. (65)

Il avait la réputation d'être un excellent médecin et d'avoir un remède infaillible pour guérir les cancers. (66)

COMTOIS, Nicolas.

Nicolas Comtois né à Tréguier en 1740, arriva à Québec en 1756, comme chirurgien du navire "Léopard". Il entra à l'Hôtel-Dieu du P. S., le 3 juin de la même année et y demeura jusqu'au 22 juillet suivant. Il y retourna le 7 août 1756 et y passe un mois. (67)

CONWAY, Patrick.

Patrick Conway était médecin et avait pour épouse Bridget McLary, née en Irlande, en 1792. Elle entra à l'Hôtel-Dieu du P. S., Québec, le 27 septembre et en sortit 5 octobre 1822. (68)

COOK, John Henry.

L'annonce suivante dit tout ce qu nous savons de lui: " Attendu " que John Henry Cook, qui a déserté le service militaire de sa

65. Tanguay: Répertoire générale du Clergé Canadien 2e édition, p. 140.

66. Roy: Hist. de la Seigneurie de Lauzon, vol. III, p. 139.

67. Arch. de l'Hôtel-Dieu, Québec.

68. Arch. de l'Hôtel-Dieu, Québec.

“ Majesté le roi; qui a vécu pendant plusieurs années dans la paroisse de Ste-Anne en bas (Ste-Anne de la Pocatière), et qui, sous le nom de John Keller y a pratiqué comme chirurgien ou apothicaire, a laissé son cheval et sa calèche contenant des remèdes, entre les mains de l'Enseigne Winter, du 27^e régiment, promettant de revenir les réclamer, ce qu'il n'a pas encore fait. ”

“ Cette annonce est pour l'informer qu'il peut avoir ses effets en les réclamant en personne ou en faisant parvenir son adresse à Winter. Les remèdes ayant été laissés à la maison ou Cook s'est séparé de l'enseigne furent donnés à un sergent du premier Bataillon *Royal American*. ” (69)

Cook était un clairvoyant car le cheval ne fut pas réclamé.

COOK ou KOCK, Antoine.

Antoine Cook, chirurgien, était fils de Laurent Cook et de Madeleine Fourneau, de Horsebourg, Principauté de Brunswick, Allemagne.

Il épousa à Repentigny, en 1790, Marie Françoise Janot, (70) âgée de 15 ou 16 ans, fille de Jean Baptiste Janot et de Geneviève Chaput de Repentigny. (71)

Ils eurent trois enfants.

Le Dr Kock demeurait à Repentigny.

Il signa Kock en 1792.

COTE, Antoine.

“ Ant. Côté, chirurgien, âgé de 26 ans, de Rouen, entre à l'Hôtel-Dieu du Précieux Sang, Québec, le 20 juin 1733 et en sort le 9 juillet de la même année. ” (72)

69. Gaz de Québec, No, 90 — 22 sept. 1766.

70. Tanguay : Dict. Généal., vol. III, p. 124.

71. Tanguay : Dict. Généal., vol. IV, p. 584.

72. Arch. de l'Hôtel-Dieu, Québec.

COTIN, Charles.

Charles Cotin, né en 1725, était fils de Charles Cotin et de Marie Fortin, de St-François-Havre-de-Grâce, Normandie.

Il épousa, à Montréal, en 1752, Catherine Barthe, fille de Théophile Barthe, dit Bardet, armurier du Roy, et de Marguerite Charlotte Alavoine, de la même ville.

Cotin, dont le nom est écrit quelquefois Cottin, demeurait à Longueuil, où a été enterré son unique enfant le jour même de sa naissance, le 12 mai 1754.

Le docteur n'a pas vécu longtemps après la naissance de son enfant puisque quatre mois plus tard sa veuve convole en secondes noces à Montréal avec Joseph Bargeat. (73)

COURSON, Nicolas.

Sur le registre des Trois-Rivières pour l'année 1636 on trouve le nom de Nicolas Courson, chirurgien. (74)

COURTOIS dit MARIN, Charles Denis.

Charles Denis Courtois dit Marin, médecin, né à Montréal, en décembre 1744, était fils de Charles Courtois et de Madeleine Quévillon de Montréal. (75)

Il épousa au Détroit le 29 octobre 1764, Catherine St-Còsme, âgée de 15 ans, fille de Pierre Laurent Cosme ou St-Cosme bourgeois, et de Catherine Barrois du même endroit.

Ils eurent six enfants, tous baptisés au Détroit, excepté le dernier qui le fut à Lachenaye en 1781.

Le docteur demeurait au Détroit sur ses terres en la côte du sud-ouest.

73. Tanguay : Dict. Gén. vol. III, p. 156 — vol. II, p. 133.

74. Tanguay : Dict. Gén. vol. I, p. 145.

75. Tanguay : Dict. Gén. vol. III, pp. 176-175-135.

COUSTARD, Jean.

Jean Coustard demeurait à Québec où il était chirurgien du roi et médecin de l'Hôtel-Dieu. Monseigneur Tanguay l'appelle Coustard dans son Dictionnaire mais le docteur signait *Coustard*.

Il était le fils de Jean Coustard et de Madeleine Malbranche, de Trinité, Angers,; il est né en 1669, et a été inhumé dans l'église à Québec le 12 septembre 1719 (76)

Le 11 janvier 1706, il épousa à Québec, Marguerite Niel, âgée de 27 ans, fille de Pierre Niel et de Jacquette Lefranc de Québec. (77)

Huit enfants dont cinq sont morts en bas âge, naquirent de ce mariage.

Coustard était à l'Hôtel-Dieu du P. S. Québec, comme malade, du 30 juillet au 14 août 1713. Son fils Charles âgé de 15 ans, était dans le même hôpital du 14 au 19 avril 1722 et encore du 10 mars au 30 juin 1723. (78)

En 1716 Coustard demeurait, rue Sous-le-Fort, avait trois enfants et ne gardait pas de serviteur. (79)

Les documents qui suivent comprennent tout ce que j'ai pu trouver au sujet de Coustard.

“Jay chirurgien de cette ville soussigné confesse avoir reçu
“de sieur Charles Normand la somme de cinq livres pour la
“visite que iay faite assisté de monsieur le lieutenant général, et
“par son ordre, de la dame du dit sieur Charles Normand fait à
“Québec vingt six de janvier 1707.”

“COUSTARD.” (80)

76. Tanguay: Dict. Généal., vol. III, p. 181.

77. Tanguay: Dict. Gén. vol. I, p. 451.

78. Arch. de l'Hôtel-Dieu, Québec.

79. Recensement de 1716, édition Beaudet, p. 52.

80. Arch. judiciaires, Québec.

Le 30 décembre 1711, Coustard présente à la succession de feu sieur Pierre Simon de Lorme un compte pour soins donnés à ce dernier.

Certificat :

“ Jay chirurgien de cette ville certifie que jay traversé à la
 “ côte de Lauzon voir le sr Desroches habitant de la dite côte qui
 “ avait un crachement de sang et ne pouvait alors vaquer à ses
 “ affaires. ”

“ J. COUSTARD. ”

Coustard avait une écriture impossible.

Le certificat suivant est pour prouver une guérison miraculeuse par l'intervention du frère Didace Pelletier, recollet aux Trois-Rivières :

“ Je, chirurgien du Roy soussigné, certifie que le vingtième
 “ mars mil sept cent dix-sept, Le Révérend Père Louis Hyacinthe,
 “ Lecteur en Théologie, Commissaire provincial des Recollets de
 “ la N. F. m'ayant fait prier d'aller visiter le nommé frère Inno-
 “ cent détenu au lit en leur infirmerie à cause du Résipel qui luy
 “ occupoit toute la cuisse senestre, ce qu'ayant examiné et convenu
 “ des remèdes propres en l'absence du Sr Lajus leur chirurgien
 “ ordinaire lequel estant en campagne, il survint à l'instant comme
 “ j'étois prêt à partir, le frère Louis Hyacinthe Dumesnil très
 “ incommodé d'une tumeur froide sur le genouil droit occupant
 “ la partie moyenne et inférieure de la cuisse et la partie supé-
 “ rieure de la jambe avec une fluctuation si grande que s'il avoit
 “ voulu me croire je l'aurois ouverte sur le champ et comme il
 “ refusa me priant d'attendre quelques jours, il est arrivé quelques
 “ jours après allant seulement pour voir s'il avait fait le remède
 “ dont nous étions convenus parce que le dit Sr Lajus estoit de
 “ retour, mais je fus surpris que en chemin faisant, je rencontrai
 “ le Père Gélasse lequel descendoit à la Basse-Ville pour y dire la

“ messe et de là aller en mission, lequel m’ayant demandé où
“ j’allois je luy dis le sujet, il me répondit qu’il estoit inutile
“ puisque par un miracle le susd. frère Dumesnil s’étoit trouvé
“ guéri dès le lendemain et qu’il estoit aussy sain et guay que
“ jamais il avoit esté Sur ce rapport je m’en retournai chez moy
“ où je racontai cette guérison miraculeuse parce que si la main
“ du chirurgien y avoit passé je ne crois pas que dans trois mois il
“ eust esté en état de faire aucun office. C’est en foy de quoy
“ après sermant fait en présence de monsieur Glaudelet grand
“ vicaire, etc, etc, j’ai déclaré le présent lequel j’affirme véritable
“ pour valoir et servir ce que de raison. Fait à Québec ce vingt-
“ huitième may mil sept cent dix-sept. ” (81)

“ COUSTARD. ”

Le 14 avril 1714 le sieur Coustard donna un certificat à Jean Duquet Desrochers pour prouver que ce dernier était malade, et ne pouvait préparer le compte demandé par le Conseil Supérieur dans le procès entre Charles de Villiers, marchand à Montréal et Jean Duquet Desrochers. (82)

CREVIER, André.

André Crevier était médecin aux Trois-Rivières en 1643. (83)

CROHINE, André.

André Crohine était caporal et chirurgien aux Trois-Rivières en 1642. Il a signé le 12 novembre 1642, l’*“ Inventaire des biens meubles appartenant à deffunct Jean Nicolet ”*. (84)

81. Actes du père Didace, in *Le Canada Français*. vol. IV, p. 269.

82. Juge et Del. du Conseil Souverain, vol. VI, p. 773.

83. Tanguay : Dict. Généal. vol. I, p. 150.

84. Roy : Hist. du Notariat au Canada, vol. I, p. 57.

CROSNIER, André.

André Crosnier était chirurgien à Québec en 1644. (85).

CYR, François.

Voir *De Sircé François*.

DALEN, Jean.

Jean Dalen, chirurgien, naquit en 1717 à St-Agnès, diocèse de Périgieux. (1)

Il fut le premier médecin de Ste-Anne de la Pocatière où il a été enterré le 7 janvier 1747. Il n'a demeuré dans la paroisse que quelques mois et n'a pas laissé de descendants. (2)

DALILLE, Pierre.

Pierre Dalille, second ou assistant chirurgien de l'Hôtel-Dieu du P. S. Québec est entré à cet hôpital le 26 août 1698 et en est sorti le 29 du même mois. (3)

DANGLADE, Jean.

Jean Danglade, chirurgien, venait de L'Islet et pratiqua la médecine à Ste-Anne de la Pocatière. Il n'est pas mort dans cette paroisse.

“En novembre 1788 il obtint La Licence Provinciale en chirurgie et en pharmacie seulement à condition qu'il appelle un “médecin à son secours dans les cas sérieux.” (4)

Le nom de Danglade s'écrivait aussi: d'Englade, Denglade — Langlade, Monet, sieur de Moras.

85 Archives judiciaires, Québec.

1. Tanguay: Loc. cit., vol. III, p. 226.

2. Dionne: Ste-Anne de la Pocatière, de 1672 à 1900 — pp. 40 — 85.

3. Archives de l'Hôtel-Dieu, Québec.

4. Gaz de Québec, No. 1212 ; 6 nov. 1788 — Dionne: Ste-Anne de la Pocatière, p. 85.