

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

The Institute has attempted to obtain the best original copy available for scanning. Features of this copy which may be bibliographically unique, which may alter any of the images in the reproduction, or which may significantly change the usual method of scanning are checked below.

L'Institut a numérisé le meilleur exemplaire qu'il lui a été possible de se procurer. Les détails de cet exemplaire qui sont peut-être uniques du point de vue bibliographique, qui peuvent modifier une image reproduite, ou qui peuvent exiger une modification dans la méthode normale de numérisation sont indiqués ci-dessous.

- Coloured covers /
Couverture de couleur
- Covers damaged /
Couverture endommagée
- Covers restored and/or laminated /
Couverture restaurée et/ou pelliculée
- Cover title missing /
Le titre de couverture manque
- Coloured maps /
Cartes géographiques en couleur
- Coloured ink (i.e. other than blue or black) /
Encre de couleur (i.e. autre que bleue ou noire)
- Coloured plates and/or illustrations /
Planches et/ou illustrations en couleur
- Bound with other material /
Relié avec d'autres documents
- Only edition available /
Seule édition disponible
- Tight binding may cause shadows or distortion
along interior margin / La reliure serrée peut
causer de l'ombre ou de la distorsion le long de la
marge intérieure.

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

- Coloured pages / Pages de couleur
- Pages damaged / Pages endommagées
- Pages restored and/or laminated /
Pages restaurées et/ou pelliculées
- Pages discoloured, stained or foxed/
Pages décolorées, tachetées ou piquées
- Pages detached / Pages détachées
- Showthrough / Transparence
- Quality of print varies /
Qualité inégale de l'impression
- Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire

- Blank leaves added during restorations may
appear within the text. Whenever possible, these
have been omitted from scanning / Il se peut que
certaines pages blanches ajoutées lors d'une
restauration apparaissent dans le texte, mais,
lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas
été numérisées.

SOMMAIRE

| TRAVAUX ORIGINAUX. | PAGES. |
|---|--------|
| <i>Péritonite septique généralisée consécutive à l'appendicite et son traitement chirurgical</i> , par le Dr D. MARSIL, de St-Eustache | 577 |
| <i>Quelques gynécologues européens de renom</i> , par A. Laphorn SMITH, professeur de clinique gynécologique à l'Université Bishop, Montréal..... | 582 |
| COMITÉ D'ÉTUDES MÉDICALES. | |
| <i>La curabilité de la tuberculose pulmonaire</i> , M. LESPÉRANCE..... | 591 |
| <i>Anévrisme de l'aorte</i> , M. DUBÉ..... | 600 |
| <i>Spina-bifida compliqué d'hydrocéphalie</i> , MM. MARIEN et DUBÉ.. | 602 |
| <i>Sur un cas d'angine de poitrine</i> , M. DUBÉ..... | 603 |
| <i>Note sur une tumeur de l'ovaire</i> , M. MARIEN..... | 605 |
| <i>Néuralgie par compression osseuse; résection du nerf dentaire, guérison</i> , M. MERCIER..... | 608 |

(Voir la suite, page 3.)

“ Dans toute substance on doit considérer ses propriétés toxiques tout autant que sa puissance antiseptique. Le meilleur antiseptique est sans nul doute celui qui est le moins nuisible à l'homme.—DUJARDIN-BEAUMETZ.

LISTERINE

LA LISTERINE est un désinfectant non toxique, non irritant et non caustique, composé d'essences ozonifères, d'antiseptiques végétaux et d'acide benzo-boracique. Elle peut être mélangée à l'eau en toute proportion et à un degré de force suffisant pour assurer et maintenir la propreté chirurgicale aseptie—dans le traitement de toutes les régions du corps humain.

Dans le traitement des affections catarrhales des muqueuses, La Listerine occupe une place importante en raison de son innocuité, de son efficacité, de ses propriétés détersives et antiphlogiatiques et de ses effets calmants et rafraichissants sur les tissus.

Dans les formes de dyspepsie caractérisées par la formation de gaz, d'éruptions acides et de fermentations dans l'estomac, il a été prouvé que La Listerine est extrêmement précieuse. Dans beaucoup de cas, employée seule, par cuillerée à café, ou diluée avec une ou deux parties d'eau ou de glycérine elle produit un soulagement considérable.

Affections causées par la DIATHESE URIQUE

LAMBERT'S LITHIATED HYDRANGEA

Altérant des Reins—Anti-Lithique

INDICATIONS—Calcul urinaire, Goutte, Rhumatisme, Maladie de Bright, Diabète, Cystite, Hématurie et irritation générale de la vessie.

Brochures descriptives envoyées à tous ceux qui en feront la demande.

Lambert Pharmacal Company, St. Louis, U. S.

Les Pharmaciens en détail désirant se procurer promptement nos produits n'auront qu'à s'adresser aux Pharmaciens en gros du Canada ou à notre dépôt Canadien à Toronto, tenu par W LLOYDWOOD, Agent. En écrivant mentionnez ce journal.

Dr J. LEDUC & Cie

Pharmaciens-Chimistes EN GROS ET EN DÉTAIL.

2052 et 2054 RUE NOTRE-DAME, Carré Chaboillez,

MONTREAL

La maison J. LEDUC & CIE., qui a son siège d'affaires dans le splendide édifice Rodier, est en mesure de fournir aux médecins, aux pharmaciens, hôpitaux, collèges, etc., en gros et en détail, toutes les drogues et tous les produits chimiques les plus purs et tout ce qui se rapporte au commerce de la pharmacie.

AU-DESSOUS DU PRIX COUTANT

| | |
|--|--------|
| Thermomètres Cliniques certifiés (Taylor)..... | \$1.00 |
| “ “ “ “ | 1.25 |
| “ “ “ “ | 1.50 |

Avec chacun de ces thermomètres nous donnerons un joli thermomètre de maison, échelle Fahrenheit.

| | |
|--|----------------|
| Seringues Hypodermiques..... | \$1.35 |
| “ “ pour Sérum Anti-Diphthéritique..... | 4.00 |
| Batterie Electrique “ North Star ” Excellente Valeur | seulement 5.00 |

Aussi toujours en mains un assortiment complet des marchandises de MM. Parke, Davis & Cie.



Préparations pharmaceutiques des meilleurs fabricants,
médicaments nouveaux de tous les pays.

BANDAGES HERNIAIRES DE TOUTES LES VARIETES.

Matériel complet pour installation de pharmacies de praticien de campagne.

Fleurs sèches.—Parfums,

Articles de toilette, etc.

 Prescriptions remplies avec soin. 

Commandes par la poste, exécutées sous le plus bref délai.

DR J. LEDUC & CIE

2052 & 2054 RUE NOTRE-DAME

Carré Chaboillez, Montreal.

SOMMAIRE (Suite)

PAGES.

REVUE DES JOURNAUX.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

De l'emploi de la gélatine dans les métrorrhagies (LACHATRE)... 610

Le gâïacol dans l'éclampsie puerpérale, (APPLEBY)..... 612

Du traitement prolongé des accouchées, (DOLÉRIS)..... 613

Les accouchements rapides ou non surveillés et leurs accidents,
(BONNEMAISON)..... 614

REVUE D'HYGIÈNE.

Sur la prophylaxie de la tuberculose, rapport présenté à l'Académie de Médecine, dans la séance du 13 mai 1898, par
M. le professeur GRANCHER :

La tuberculose dans la famille (suite)..... 617

La tuberculose dans l'armée..... 620

La tuberculose dans l'école, l'atelier, le magasin, etc..... 621

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

BUREAU PROVINCIAL DE MÉDECINE.—*Séance semi-annuelle tenue à Québec le 28 septembre 1898*..... 627

NÉCROLOGIE.

Le docteur Amédée Lamarche..... 640

J. H. CHAPMAN.

2294 — RUE STE-CATHERINE — 2294

Au coin de McGill College Avenue, - - - - - MONTREAL.

BELL TELEPHONE 4396.

Instruments de Chirurgie de toutes sortes et de première qualité

A des prix très modérés - - - - - Discompte de 5% au comptant.

Chaises à opérer; Armoires à tiroirs pour instruments; Batteries GaiFFE (de Paris)
Aspirateur de Black et Appareil à Scarification; Forceps de Tarnier, Pajot (brisé)
Dubois, etc.

La plus soigneuse et prompte attention donnée aux ordres des praticiens de la campagne.

Pour références s'adresser, par permission spéciale, aux professeurs de la Faculté de Médecine de l'Université Laval.

H. J. CHAPMAN.

EXPOSITIONS UNIVERSELLES

Paris 1889, Mention Honorable — Lyon 1894, Médaille d'Or



CACHETS DIGNE

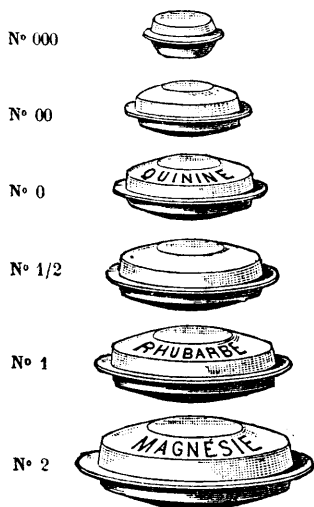
SOUPLES
RÉSISTANTS

CONSERVATION INDÉFINIE

Appareils

CAPELLIFORMES

ÉLÉGANTS, de grande contenance, à cupule saisissable par les appareils Cacheteurs.



HYPERCONCAVES

N^o 00 — 0 — 1/2 — 1 — 2 et 3.



N^o 00.

N^o 0, etc.

CONCAVES

FORME BASSE N^{os} 1 — 2 et 3.



N^o 1, etc.

EXPÉDITIF-SIMPLIFIÉ

cacheteur des Cachets concaves et Hyperconcaves.

CACHETS avec Inscriptions du nom et de l'adresse du Pharmacien (ou de noms de médicaments) soit en impression de couleur, soit timbrés en relief sans couleur.

CACHETS DE COULEUR

Envoi franco d'Échantillons, Prospectus, Prix-Courants

Jⁿ DIGNE et C^{ie}, boulevard St-Charles, 97 et 99, MARSEILLE.

Dépôts à Montréal (Canada) : LYMAN KNOX ; — à Québec (Canada) : ULD FRANCŒUR.

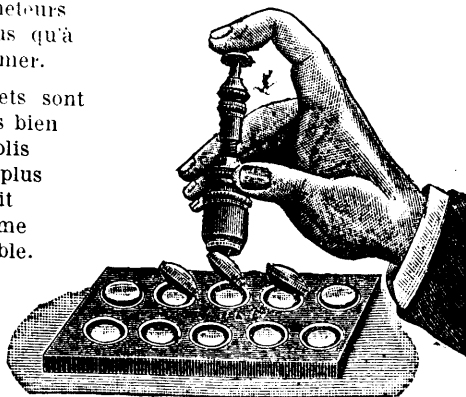
CACHETEUR COMPRESSO-DOSEUR

des Cachets comprimés

Dosage des Poudres,
Réduction des doses en comprimés,
Distribution dans les Cachets
laissant les bords intacts :

Les Cacheteurs
n'ont plus qu'à
les fermer.

Les Cachets sont
toujours bien
remplis
et du plus
petit
volume
possible.



Le *Compresso-Doseur* devient Cache-
teur des *Capelliformes* en remplaçant
son cylindre par celui du *Cacheteur*.

CACHETEUR DES CAPELLIFORMES dit « *Compresso-Cacheteur* »

Le plus simple et le plus pratique des appareils qui saisissent
les cachets par la cupule pour les fermer.

Boîtes de 3 — 4 — 5 — 6 GRANDEURS.

Compresso-Doseur seul.

Cacheteur seul.

Compresso-Doseur et Cacheteur réunis.

TRAVAUX ORIGINAUX

PÉRITONITE SEPTIQUE GÉNÉRALISÉE CONSÉCUTIVE À L'APPENDICITE

ET

SON TRAITEMENT CHIRURGICAL.

Par le Dr D. MARSIL, de St-Eustache.

*Lu devant l'Association Médicale du Canada, réunie à Québec, à la séance
du 18 août 1898.*

Le traitement chirurgical de cette redoutable affection est de date relativement récente.

C'est en 1893 que Berger, de Paris, opéra pour la première fois pour cette grave maladie jusque là réputée incurable.

Il fut malheureux dans ses premiers essais ; il ne se découragea point cependant, et revint hardiment à la charge.

En 1894, il traitait chirurgicalement un jeune homme de 22 ans qui souffrait d'appendicite et de péritonite généralisée depuis trois jours. Il n'hésita point à ouvrir l'abdomen aux aines droite et gauche et aussi à la ligne blanche. Il fit, par ces trois ouvertures, l'irrigation du péritoine. Il est resté convaincu qu'il devait son succès à ce lavage.

Il rapporta ce cas à la Société Chirurgicale de Paris, le 22 juillet 1894.

L'année précédente, (1893), Reichel, interprète de l'École allemande, exprimait l'opinion que dans le cas d'infection péritonéale, l'intervention opératoire était inutile et contre-indiquée quand la péritonite est généralisée ; que l'opération n'a sa raison d'être que quand la collection purulente est circonscrite par cloisonnement fibreux.

Au mois de mars 1897, M. le Dr McCosh rapportait à la Société Chirurgicale de New-York huit cas qu'il avait opérés avec six succès. Telle est l'histoire, par ordre chronologique, de cette opération tout à fait moderne. Je vais la compléter par quelques cas qui nous sont personnels, au Dr Chs. Marsil et à moi. Qu'il me soit permis de faire une petite digression se rapportant toutefois à mon sujet.

Depuis 1888 à 1895 nous avons traité cinq cas d'appendicite chez des enfants âgés de 5 à 12 ans. Tous ces malades ont été traités par l'aspirateur; tous ont guéri, pas un seul n'a récidivé.

Y a-t-il eu erreur de diagnostic? Avons-nous toujours eu à faire à de la pérityphlite? Ce serait d'une coïncidence vraiment extraordinaire. Quoi qu'il en soit, tous ces malades ont recouvré la santé.

Pour quelques auteurs il n'y aurait pas lieu de se préoccuper outre mesure, au point de vue pratique, de la différence qui existe entre la typhlite et l'appendicite. Cependant, il est de toute évidence que ces deux maladies sont bien différentes comme question d'anatomie pathologique. Leurs symptômes ne sont point identiques non plus. La première n'a pas de symptômes cardinaux comme la dernière; elle n'en a pas la gravité à courte échéance quand l'appendicite ne tend pas à la résolution.

En octobre 1892, le Dr Chs. Marsil faisait l'appendectomie sur un malade âgé de 45 ans. La maladie datait d'une dizaine de jours. Comme il arrive encore malheureusement trop souvent, son médecin avait diagnostiqué une entérite et le traitait en conséquence; il le tenait sous l'action des narcotiques et lui couvrait tout l'abdomen de cataplasmes de graine de lin.

Le malade présentait les symptômes classiques de l'appendicite et de la septicémie. Le pus avait fusé jusqu'à l'apex du triangle de Scarpa; tout le tissu cellulaire de la région antérieure de la cuisse était emphysémateux jusqu'au voisinage du genou. Son état général révélait un travail de désorganisation qui devait amener la mort à bref délai. Le facies était grippé, la pâleur cadavérique, la transpiration profuse, vomissements, respiration accélérée, pouls 130. Il n'y avait point à se le dissimuler; sans intervention prompte et énergique ses jours étaient comptés. Quoique son état fut peu rassurant nous décidâmes de l'opérer. Le Dr Chs. Marsil se chargea de l'opération et je me constituai son chloroformisateur et son aide.

Il lui fit une incision oblique depuis le centre de la ligne de McBurney jusque près du ligament de Poupard. En ouvrant le péritoine, une quantité énorme de pus et de sanie infecte —horriblement

infecte—et de gaz jaillit de la cavité abdominale. Quand cette cavité fut vidée, il s'efforça, mais en vain, de trouver l'appendice. Il se garda bien dans ses recherches de briser le cloisonnement. Après un lavage abondant au Thiersch, il sutura l'ouverture abdominale tout en la drainant avec deux grosses mèches de gaze iodoformée. Le traitement consécutif dura au-delà de quatre mois et fut très accidenté. Quelques jours après l'opération les mèches furent remplacées par un drain en caoutchouc qu'il fit sortir par le triangle de Scarpa afin de faciliter les lavages. Sous l'influence d'un traitement et d'un régime absolument reconstituant, il se rétablit parfaitement. J'ai cru devoir rapporter ce cas pour établir que la septicémie n'est pas une contre-indication à l'opération. J'ajouterai que pendant la convalescence, il se fit des collections de matières purulentes sur différentes régions de son corps. L'histoire de ce cas doit encourager le chirurgien à ne pas refuser l'appendectomie même lorsqu'il y a septicémie.

Cette digression quelque peu longue, mais tout à fait connexe par le syndrome septicémie me ramène au sujet principal de ma conférence sur la septicémie péritonéale.

Le 29 août 1896, j'étais appelé en consultation par mon ami, le Dr J. Desjardin auprès de M. S., de Ste-Thérèse, comté de Terrebonne. M. S. est âgé de 26 ans et marié. Il est marchand et accordeur de pianos; et bicycliste passionné. Il a déjà eu six attaques d'appendicite qui heureusement se sont terminées par résolution. Dans l'intermittence, notre malade jouissait d'une bonne santé. Cette fois le caractère de l'ensemble symptomalogique ne permettait aucun doute sur la gravité de la situation.

Mais remontons au début de la maladie. Je laisse la parole à M. le Dr J. Desjardin : " Le soir du 22 août 1896, après un souper un peu copieux, M. S. venait à mon bureau pour la sixième fois, depuis 1½ à 2 ans, me demander quelques prises d'opium pour calmer de violentes douleurs d'estomac. Le 24 et le 25 même traitement; le 26 j'ai vidé les intestins, ce qui l'a soulagé beaucoup. Le lendemain, les douleurs recommencèrent avec vomissement. Le 28 au soir, un purgatif salin provoqua une abondante évacuation, mais les douleurs persistèrent avec une telle violence qu'il me fallut lui faire une injection hypodermique de morphine en plus de l'opium à l'intérieur. Le 28 et le 29, le pouls était à 84 et la température à 99° 4."

Vers les quatre heures de l'après-midi, j'étais auprès de ce malade avec le Dr Desjardin : nous constatons que le ventre est fortement tympanisé et très sensible dans toute son étendue; pouls dur

et petit, bat environ 130 à la minute, respiration accélérée, peau chaude et sèche, constipation et vomissement.

Notre malade souffrait d'une péritonite généralisée que dessinaient sinistrement les symptômes objectifs et subjectifs. L'histoire de son cas ne faisait que confirmer le triste état qui allait peut-être compromettre fatalement sa vie. A cette époque j'ignorais que l'appendectomie eût été tentée dans des conditions aussi désespérées; je n'avais rien lu des travaux de M. Berger. Devais-je me résigner à voir mourir ce jeune père de famille sans tenter un effort suprême pour le sauver! Je crus de mon devoir d'intervenir. La médecine était certainement impuissante à conjurer ces accidents; je me décidai à opérer quoiqu'au huitième jour du début de la maladie; nous étions au 30 août. Assisté des Drs Desjardin et Chs. Marsil, j'ouvris largement le ventre dans la région inguinale droite depuis au-delà et environ deux pouces en dedans de l'épine antérieure et supérieure de l'os iliaque jusque près du ligament de Poupart en inclinant vers la ligne médiane. En ouvrant le péritoine il s'en échappa une grande quantité de pus et de sanie infecte. Les intestins énormément tympanisés faisaient irruption malgré nos efforts pour les retenir en place. Pour me faire du champ, j'en laissai sortir une masse considérable que je plaçai sur de grandes éponges et les recouvris de serviettes parfaitement aseptiques et chaudes. Ensuite je procédai à la toilette du péritoine que j'épongeai consciencieusement partout où je pus pénétrer, mais particulièrement dans le bassin. J'avais préparé d'avance tout ce qu'il me fallait pour laver le péritoine mais l'état de mon malade ne me permettait point de prolonger l'opération plus longtemps. Quels que fussent mes efforts pour trouver l'appendice, je ne pus y parvenir. En suivant l'intestin je trouvai son lieu d'implantation et constatai qu'il en était séparé. L'ouverture de l'intestin était obturée par la muqueuse seulement; j'en fis l'occlusion par une suture en bourse.

Après les avoir parfaitement nettoyés, je remis les intestins dans le ventre, non sans beaucoup de difficulté, quoique je fusse assisté avec beaucoup de dévouement et d'une manière exceptionnellement intelligente. Enfin, je pus appliquer mes sutures et fermer le ventre. L'opération avait duré une heure et quart.

Le Dr Desjardin, son médecin ordinaire, va compléter ce travail par l'histoire quotidienne de la convalescence.

Le 30 au soir et le 31, pouls 104, température 100°. Injection hypodermique de morphine et administration de petites doses de sul-

fale de magnésie répétées toutes les demi-heures jusqu'à évacuation, 51, Le soir, P. 120 ; T. 100°.

Sept. 1er, effet considérable de la magnésie. Le matin, P. 104 ; T. 100° ; le soir, P. 104 ; T. 99° 4.

Sept. 2, P. 96 ; T. 99° 4.

Enfin, du 3 au 5 pas de changement.

Le 5, P. 76 et température normale. Les intestins qui avaient été violemment distendus et parésiés ne reprirent leur action que lentement. Le malade accusa, pendant plusieurs jours, dans la région épigastrique, les mêmes douleurs qu'il avait éprouvées avant l'opération.

L'écoulement de matière purulente, par les drains, dura plusieurs semaines en dépit des lavages antiseptiques. Tous les points de suture suppurèrent, ce qui n'empêcha pas la réunion d'avoir lieu.

Enfin, M. S. se rétablit parfaitement et put se livrer activement à ses occupations habituelles.

Je récapitule pour établir que M. Berger, de Paris, opérait avec succès en 1894 ; que je faisais la même opération aussi avec succès le 30 août 1896 ; et que M. McCosh, de New-York, nous suivait en 1897.

Autant que je sache, je suis le premier qui ai fait cette opération sur le continent américain.

St-Eustache, 15 août 1898.

LES NOUVELLES MÉTHODES D'AGRANDISSEMENT DU BASSIN ET LEURS RÉSULTATS.

Par FRANK.—(*Société d'Obstétrique de Cologne. Séance du 29 avril 1897, in Cent. f. G. No 17, 1898, p. 449.*)

La question de la symphyséotomie n'est pas encore résolue. Ni ses adversaires déclarés, ni ses partisans enthousiastes, ne sont dans la stricte vérité. Elle ne peut supprimer ni l'accouchement prématuré, ni l'opération césarienne.

Les indications sont difficiles, non seulement en ce qui concerne le bassin, mais aussi au point de vue des parties molles. Chez les vieilles primipares, au vagin dur, rigide, la symphyséotomie est très discutable ; ici l'accouchement prématuré est toujours préférable. La symphyséotomie avec opération ostéoplastique a le grand avantage sur les interventions rivales, de permettre que les accouchements ultérieurs se passent spontanément. Sans ces avantages, la symphyséotomie mériterait d'être bientôt oubliée.

QUELQUES GYNÉCOLOGISTES EUROPÉENS DE RENOM.

Par M. A. LAPHORN SMITH, B. A., M. D., M. R. C. S. Angleterre
 Professeur de clinique gynécologique à l'Université Bishop,
 Montréal.

DEUXIÈME LETTRE.

J'ai raconté très brièvement dans ma dernière lettre ce que j'ai vu à Paris ; je vous parlerai dans celle-ci de quelques gynécologistes de Florence, Vienne, Prague, Dresdes et Berlin.

PESTALOZZA, de Florence. Ayant entendu dire que ce chirurgien travaillait beaucoup et bien, je m'écartai de la route ordinaire pour aller le voir à Florence. La réception fut des plus cordiales, et il m'invita à voir quelques opérations le lendemain matin, dimanche, à 7 heures. Sa clinique est considérable, car il a la charge exclusive de 40 lits de gynécologie et de 80 lits d'obstétrique. Dix de ces derniers sont réservés pour l'isolement des cas d'infection amenés du dehors. Depuis plusieurs années, parmi ses propres cas, il n'a eu aucune mort par septicémie. La première opération était une hystérectomie abdominale pour fibromes multiples chez une femme qui souffrait aussi de prolapsus du vagin ; il eut soin de laisser une portion du col sur laquelle il sutura ensuite la partie supérieure des ligaments larges, afin d'attirer le vagin en haut. Il employa, pour les deux artères utérines, des ligatures isolées à la soie, et il opéra très rapidement. On avait préparé la soie en la faisant d'abord tremper pendant 12 heures dans de l'éther, afin d'enlever la graisse, et en la stérilisant ensuite à la vapeur pendant deux heures ; on la conserve ensuite dans de l'alcool sublimé à 2 pour 1,000. Comme cette soie me parut particulièrement bonne, je pris l'adresse du fabricant : Bonti, manufacturier de soie, Porta Rossa, Florence. En second lieu, Pestolozza enleva un col laissé après une hystérectomie pratiquée il y a deux ans, et devenu à son tour cancéreux. Il trouva quelques-unes des anciennes ligatures enkystées et calcifiées. Il me fit ensuite visiter son hôpital et me montra 20 patientes en convalescence de laparatomie. J'encourage fortement ceux qui ont l'intention de visiter les cliniques gynécologiques d'Europe de passer quelques jours avec ce chirurgien distingué.

SCHAUTA, de Vienne. J'eus le malheur, durant mon court séjour, de ne pouvoir assister à quelqu'une de ses opérations, mais j'en fus amplement récompensé en voyant son premier assistant, SCHMIDT, faire l'extirpation vaginale de l'utérus et des annexes pour pyosalpinx. Il ouvrit d'abord le cul-de-sac vaginal antérieur, puis le postérieur, suturant avec soin le péritoine à la paroi vaginale, afin d'éviter une hémorrhagie ; il plaça ensuite exactement six ligatures à la soie sur les ligaments larges, contrôlant d'une manière absolue le saignement, au point qu'il n'y en eut presque pas. En sectionnant la moitié inférieure de l'utérus, il eut un champ plus libre pour la tâche difficile de détacher et d'amener en bas les annexes. Je passai une autre matinée avantageuse avec le Dr Gustave KOLLIEKER, second assistant du professeur Schauta, et assez célèbre par ses études sur la vessie. Il cathétérisa les uretères et me montra, à l'aide de son cystoscope, qui est une modification de celui de Netze et de Brenner, une vue nette de la vessie avec le cathéter dans l'uretère. Je fus tellement charmé, après en avoir vu l'emploi dans plusieurs cas, par sa facilité d'action, que je m'en procurai un chez Leiter, fabriquant d'instruments à Vienne. L'examen au cystoscope a plusieurs avantages sur l'examen au spéculum dont le principal est qu'il n'exige ni dilatation, ni lumière extérieure. Tout ce que vous avez à faire est de retirer l'urine, d'emplir la vessie avec de l'eau chaude claire, introduire le cystoscope et toucher le bouton reliant le courant à une petite batterie de 5 cellules ; tout l'intérieur de la vessie s'illumine alors splendidement, et l'on peut aisément voir le plus petit corps étranger ainsi que l'ouverture des uretères. Un canal étroit longe l'appareil optique ; on peut y faire passer une bougie élastique et la diriger dans l'une ou l'autre des uretères. Le Dr Kolliker me montra aussi une jolie curette pour enlever les granulations, de petits ciseaux pour couper les polypes, et des forceps pour saisir les calculs. Il me dit avoir enlevé de la vessie plusieurs sutures de soie qui s'y étaient introduites après des laparatomies et des sutures vaginales en ulcérant la paroi.

PAWLIK, de Prague, me reçut très amicalement et me mit de bonne humeur en citant plusieurs de mes écrits. Parlant de l'électricité, il me dit avoir employé la méthode Apostoli dans un grand nombre de cas, et avec un très bon résultat, pour arrêter des hémorrhagies, diminuer des fibrômes, en expulser quelques uns de l'utérus ; mais il avait abandonné la méthode parce qu'il ne pouvait être sûr du résultat dans chaque cas donné. Il enleva par l'abdomen un large kyste de l'ovaire, faisant ses ligatures au catgut, et brûlant au lieu

d'exciser la tumeur afin d'éviter les adhérences à l'intestin et aussi de diminuer les chances d'infection. Il ferma l'abdomen par deux rangées de sutures perdues au catgut, et par une troisième rangée de sutures superficielles à la soie. Il préfère, pour les fibromes et les trompes suppurées, la voie abdominale. Je vis qu'on employait, au service du dispensaire, la solution de 3 pour cent d'ichthol dans la glycerine. Pawlik est un linguiste distingué, il parle parfaitement l'anglais, le français et l'allemand et trois autres langues. Mais là où il excelle, c'est dans le cathétérisme des uretères. Il me fit voir l'instrument dont il se servit il y a vingt ans à Vienne, et me dit que ce procédé a été employé la première fois par lui. Son habileté à manier le cathéter urétéral est merveilleux. On dirait qu'il l'introduit dans la vessie puis dans l'uretère d'un seul mouvement glissant. Pas de dilataleur, pas d'endoscope, pas de lumière artificielle, pas même la vue, mais simplement le sens du toucher. Je lui demandai de mesurer le cathéter : il avait 32 centimètres de longueur. Dans un cas de pyonéphrose, il injecta d'abord 200 grammes d'eau pour distendre la vessie ; puis il introduisit le cathéter urétéral et injecta 130 centimètres d'une solution à 1 : 3,000 de nitrate d'argent, qu'il porte graduellement après quelques jours à 1 : 1,000. Il emploie quelquefois une solution de sublimé. La patiente l'avertit quand le rein fut distendu, et en enlevant le tube de caoutchouc, la solution jaillit du cathéter. En faisant des pressions intermittentes sur le rein, on pouvait faire sortir le liquide par jets. Pawlik me fit aussi voir une femme chez laquelle il avait enlevé toute la vessie cancéreuse.

LÉOPOLD, de Dresde. Mon train n'ayant entré en gare qu'à 9.30 a. m., et n'ayant pu me rendre à l'hôpital qu'à 10 heures, j'arrivai trop tard pour le voir opérer ; car il commence tous les matins à 7 heures. Il croit fermement dans l'extirpation totale de l'utérus chaque fois que les ovaires et les trompes sont ensemble sérieusement atteints. Il me passa son récent travail sur les résultats de 67 cas semblables, qui donnèrent une mortalité de 1.5 pour cent, ainsi qu'un autre sur les résultats de 100 cas d'extirpation de l'utérus par le vagin pour myomes avec une mortalité de 4 pour cent.

OLSHAUSEN, de Berlin. J'ai étudié sous lui il y a 10 ans et fus content de voir qu'il n'a pas vieilli. Il me fit une aimable réception et m'invita d'assister à une opération le lendemain matin à 8 heures. Quand il a plusieurs opérations, il commence à 7 heures précises, et il faut se lever à 5.30 heures, 6.00 heures pour être là à temps. Il s'agissait d'une femme de 65 ans avec un polype saignant qui, après

extirpation et examen, quelques jours auparavant, avait été trouvé cancéreux. Il ouvrit les deux culs de sac et sutura le péritoine au vagin. Il n'employa que du catgut, mais fit chaque fois trois nœuds sur les ligatures d'artères. La ligature du ligament large fut grandement facilitée par l'usage qu'il fait de la meilleure aiguille que j'ai vue, aiguille connue sous le nom de Olshausen "Unterbindingsnadel," et bien supérieure à celle de Deschamps. Voyant qu'il ne se fiait qu'au catgut, je lui demandai comment il le préparait : 1° Tremper pendant 6 heures dans de l'eau sublimée à 1 : 1,000 ; 2° Enlever l'eau en trempant pendant 24 heures dans l'alcool sublimé à 2 : 1,000 ; 3° Laisser macérer pendant plusieurs mois dans l'alcool absolu, et l'employer directement. Après l'opération, il me fit visiter ses salles, et me montra un bon nombre de cas en bonne convalescence de laparatomie. Dans cette opération, il ferme l'ouverture abdominale avec quatre rangs de catgut chez les personnes grasses et trois chez les maigres. Il s'objecte aux sutures de part en part avec le *silk-worm gut*, car il craint qu'elles ne conduisent le pus dans le péritoine ; cependant un autre opérateur, Landau, m'a parlé d'une femme qui mourut le seizième jour après son opération parce qu'on l'avait refermée par des rangs de sutures au catgut ; le pus, qui, ne pouvant s'échapper, avait envahi le péritoine, serait sorti par la peau, si l'on avait fait des sutures de part en part. Olshausen panse l'abdomen avec très peu d'iodoforme et une seule légère bande de gaze qu'il recouvre de collodion, de manière à clore parfaitement la plaie, et qu'il laisse pendant douze jours. Je vis enlever plusieurs de ces premiers pansements ; ils avaient une belle apparence ; le catgut était absorbé, on pouvait enlever les nœuds en passant le doigt. Pensant que le catgut laissé dans les tissus pouvait, après quelques jours, ne plus maintenir la plaie, je lui demandai s'il n'avait jamais eu de hernies. Il me répondit qu'on les rencontrait en dépit de toute méthode de sutures. Je lui dit que j'employais le *silk-worm gut* et le laissait un mois en place. Dans la ventro-fixation, il passe une suture au *silk-worm gut* autour de chaque ligament rond, près de l'utérus, et la fixe au fascia de l'abdomen, la laissant dans l'épaisseur. Je lui vis placer un pessaire chez une femme qu'on avait amenée pour être opérée, et qui avait un utérus mobile en rétroversion qu'il remplaça d'abord. Il fit le lendemain une laparatomie pour une tumeur ovarienne avec torsion du pédicule et pour un cas de trompes et d'ovaires suppurés, prenant bien garde de protéger les parois des intestins avec de la gaze stérilisée en quantité. Personne ici ne lave l'abdomen avec de l'eau, et l'on a de même abandonné l'irrigation

continue dans les interventions vaginales ; on emploie un grand nombre de petites éponges de gaze que l'on jette aussitôt après s'en être servi.

Olshausen n'enleva pas l'utérus, mais le laissa en place après avoir fermé avec soin tous les points saignants. Il a fait placer sur les murs de sa salle d'opération deux cartes : [*noli tangere*] et [*favete lingis*]. Il me dit qu'il devait en mettre une autre avec en latin les mots : Ne crachez pas. Il me fit voir deux cas d'éclampsie, maladie dont il reçoit environ 60 cas par année. Il est, comme on sait, la première autorité d'Allemagne en obstétrique et l'accoucheur de l'im-pératrice.

MARTIN, de Berlin, est encore au haut de l'échelle gynécologique en Allemagne. Il opère à son hôpital privé tous les jours à midi, ce qui est grandement favorable aux visiteurs, car nous pouvons voir deux ou même trois opérateurs tous les jours, et il fait deux ou trois opérations par jour durant toute la semaine.

La première que je vis fut une hystérectomie vaginale pour cancer du col ; il se servit de catgut pour les ligaments larges. Cela aurait été un cas bien difficile pour tout autre que lui, mais il fit cette opération avec facilité.

Le deuxième cas fut une fixation vaginale chez une femme qui avait porté un pessaire pour rétroversion pendant plusieurs années sans être guérie. C'est l'opérateur le plus prompt que j'ai encore jamais vu, il ne prit que dix minutes à faire cette jolie opération. La même suture faite au catgut traverse le vagin et le péritoine.

Le troisième fut un cas d'ovaires kystiques. Il ouvrit l'abdomen par le vagin, sortit les ovaires qu'il trouva malades, en enleva les quatre-cinquième, sutura avec soin le reste avec du catgut et les replaça dans l'abdomen. Après avoir fermé l'incision vaginale il fit une colporrhaphie antérieure et postérieure sur la même malade. Le jour suivant il fit une hystérectomie vaginale pour un petit fibroïde qui fut difficile à enlever en raison d'une atrésie sénile. Je lui demandai tout particulièrement s'il n'avait jamais rencontré un cas d'hémorrhagie post-opératoire et il me répondit que non depuis plusieurs années, parce qu'on serrait plus les ligatures maintenant.

Le jour suivant il fit une fixation vaginale pour rétroversion. Il tira un puissant secours d'un instrument que je n'ai jamais vu auparavant : il consiste en un forceps dont le mors postérieur est une forte sonde intérieure et qui une fois introduit sert de levier pour attirer l'utérus en avant pendant qu'il ouvre le repli vésico-vaginal. Il détacha alors les aunexes, qu'il enleva, et après avoir suturé avec

soin les surfaces avivées à l'arrière du fond de l'utérus, il attacha ce dernier au niveau de l'os interne à la plaie vaginale. Les mauvais résultats de grossesse survenant à la suite de l'opération dans les premiers cas où l'on fixait le sommet du fond de l'utérus au vagin étaient dus à ce que l'utérus était ainsi retenu en bas. Dans un autre cas, il attira au dehors les annexes, vida quelques kystes qu'il y avait aux ovaires, et remit le tout en place, puis fit une fixation vaginale. Le jour suivant, je le vis cautériser un cancer inopérable avec un très bon cautère électrique fabriqué par Hirshman, 15 Johannis Strasse, Berlin. Il consiste en une pointe aigüe en porcelaine chauffée par un fil en platine et alimentée par le courant d'une petite batterie à accumulation (Storage battery) pas plus grosse qu'un pied cube. Cette batterie est facilement transportable et ne coûte que \$60 y compris un cystoscope et une lampe frontale (head-lamp) pour opérer les jours sombres.

LANDAU, de Berlin, est un des maîtres professeurs de cette ville. Il est assisté par son frere et il a un établissement privé grand et joli sur la " Phillip Strasse, près de " La Charité." Le département pathologique est sous la direction du Dr Pick qui parle anglais avec profusion. Il a une magnifique méthode de préparer des pièces qui sont d'abord rendues fermes dans 4 pour cent de formaline puis séchées sur des plateaux en fil de fer. On conserve des spécimens de chaque cas tant macroscopiques que microscopiques dont on a enlevé quelque chose, même des restes de curetage ou de décharges vaginales, et on en tient un index systématique pour y référer au besoin. Je n'ai jamais vu rien de semblable ailleurs. Le Dr Pick donne un cours de microscopie aux médecins. J'ai vu Landau enlever de grosses tumeurs ovariennes doubles dont le Dr Pick prit des sections qu'il prépara et colora pendant que l'opération se faisait, et qu'il nous fit voir comme étant des carcinômes, le tout en quelques minutes.

Landau se sert de soie pour suturer le pédicule et des fils d'argent pour les grande sutures de l'abdomen. Un autre jour, je l'ai vu enlever des trompes renfermant du pus par le vagin dans un cas de rétroversion avec adhérence. Il coupe l'utérus en deux avec des ciseaux et après avoir dégagé les trompes il saisit avec deux ou trois pinces à longs mors les ligaments larges de chaque côté et les coupe. J'ai été tout favorablement frappé de cette méthode dans ce cas. Mais immédiatement après il opéra une autre malade chez qui les trompes étaient beaucoup plus hautes dans le pelvis et il eu

grande difficulté à les enlever par le vagin et je me suis convaincu qu'il aurait fait cette opération plus facilement par l'abdomen.

DURLISSEN, de Berlin — Semble être reconnu d'un commun accord comme un des plus capables parmi les jeunes étoiles. Il n'a pas plus de quarante ans, mais son grand hôpital privé à 25 Schiffbaundaun rempli de cas importants et maintenu à ses propres frais témoigne de son habileté et de son énergie. Il me reçut avec beaucoup de courtoisie et répondit avec patience à mes nombreuses questions. Il me montra une malade dont il avait enlevé l'utérus par le vagin pour une hémorrhagie due à une hémophilie qui m'intéressa particulièrement, vu que trois ans auparavant elle était venue prendre ses soins pour la même chose et qu'il avait employé la "cure à la vapeur de Sneguiroffo." Ce traitement avait si bien guéri la membrane muqueuse qu'elle n'avait pas eu de menstruation depuis trois ans.

Il fit fonctionner cet appareil pour me le montrer. C'est une petite bouilloire pourvue d'un thermomètre et arrangée de telle façon qu'elle ne laisse pas la température de l'eau dépasser 120 centigr., et la vapeur est conduite dans l'utérus au moyen d'un cathéter double durant un quart à 4 minutes. Le col doit être d'abord largement dilaté et il doit y avoir un tube en caoutchouc qui recouvre le cathéter afin de ne pas brûler le col ce qui produirait une stricture.

C'est un enthousiaste de la laparatomie vaginale et il prétend être l'inventeur de la méthode de la fixation vaginale pour rétroversion, ayant publié ses quinze premiers cas avant que personne n'en eût publié un seul. J'ai toujours été fortement opposé à cette opération avant d'être venu ici, mais depuis que j'ai vu Durlissen en opérer trois en une heure, aussi bien que plusieurs autres opérateurs qui font cette opération très vite, et après avoir entendu raconter ses avantages manifestes, j'ai été favorablement frappé de ce que j'en ai vu. Il ouvre le péritoine en deux minutes ou moins, descend les ovaires, les trompes et l'utérus, détruit tous les kystes par l'ignipuncture, remplace le tout, passe un crin de Florence à travers le vagin, le péritoine, l'utérus et ressort de l'autre côté à travers le péritoine et le vagin. Il laisse ensuite cette suture sans la serrer tout de suite, coud l'ouverture du péritoine avec une suture suivie au catgut, suture le vagin avec une autre rangée de catgut, après quoi il resserre la ligature à fixation.

Je fis plusieurs questions sur l'opération d'Alexander, mais personne ne la fait ici. Quand je dis à Olshausen que je pouvais en général trouver le muscle rond les yeux fermés il m'invita à faire

cette opération sur un de ses cas ; mais à l'examen on trouva l'utérus adhérent et tout à fait défavorable. Le lendemain je vis Durlissen enlever l'appendice vermiforme et les deux trompes renfermant du pus¹ par l'abdomen, ce qu'il fait dans environ 25 pour cent des cas, et par le vagin dans 75 pour cent des cas. Le jour suivant il enleva deux trompes très fortement enflammées par du pus gonorrhéique par le vagin. Il y avait péritonite récente. Comme la malade était une jeune femme il lui laissa un ovaire et l'utérus. Ce cas-ci était un très beau cas vu qu'il fit le tout très vite et hors du vagin.

MACKENRODT, de Berlin, est un des grands hommes de l'avenir, s'il n'en est pas déjà un. Il semble ne pas avoir 40 ans et est un excellent opérateur. Je l'ai vu faire une opération césarienne et une extirpation totale subséquente de l'utérus pour cancer. L'enfant d'environ 8 mois est venu vivant et fort. Il y eut à peine suintement de sang.

Aussitôt que l'enfant fut enlevé par l'ouverture dans l'utérus il mit deux ligatures de chaque côté et quelques autres temporairement sur le côté de l'utérus et coupa entre les deux jusqu'à ce qu'il atteignit les artères utérines qu'il ligatura. Il sépara alors la vessie et libéra l'utérus jusqu'à ce qu'il tint l'utérus et le vagin comme un tube libre jusqu'à la vulve. Il rechercha le col grossi et coupa le vagin plus bas non pas avec le bistouri mais avec un gros cautère électrique rouge cerise, son but étant de prévenir l'infection du péritoine. Le courant mesurait 17 ampères et provenait du courant à éclairage de la rue.

L'asepsie de l'opérateur et de ses assistants demanda vingt grosses minutes bien comptées pour désinfecter leurs mains. Le professeur et ses assistants se tiennent à gauche des malades afin de se servir de leurs mains droites.

KOBLANOK, de Berlin, est le premier assistant d'Olshausen. Je l'ai vu enlever une grosse tumeur fibroïde de l'abdomen. Le cas était facile et il fit l'opération magnifiquement.

GÜSSEROW, que j'étais anxieux de voir, n'a pas fait d'opération pendant que j'étais à Berlin. Non plus que Nægel, son assistant.

En terminant ma lettre de Berlin, je dois dire franchement que j'ai vu plus ici en une seule journée que je n'ai jamais vu ailleurs et je ne puis trop dire la bonté avec laquelle j'ai été reçu par tous et par chacun. Presque tous les jours j'étais levé avant 6 heures afin de me rendre auprès d'Olshausen vers sept heures et de là j'allais chez Landau puis chez Durlissen ou Mackenrodt, et ensuite chez

Martin où je restais jusqu'à environ deux heures. Je sentais alors que j'en avais vu assez pour une journée. Comme tous ces endroits sont à quelques minutes de marche les uns des autres, Berlin offre des avantages spéciaux pour un cours de postgradué.

Ma prochaine lettre vous entretiendra de Sanger, Zweifel et Jacobs.

BIBLIOGRAPHIE

Vient de paraître.

Dr TUFFIER.—Tuberculose rénale, par le Dr TUFFIER, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien de la Pitié. N° 9 de l'*Œuvre médico-chirurgicale* (Dr Critzman, directeur), brochure grand in-8° avec figures (Masson et Cie, éditeurs)..... 1 fr. 25

La tuberculose du rein forme un des chapitres les plus importants de la pathologie rénale ; de nombreux travaux sont venus dans ces derniers temps élucider cette intéressante question.

Dans la présente monographie, le Dr Tuffier s'attache à coordonner toutes les nouvelles données et à créer ainsi, à la lumière de sa propre expérience, le chapitre complet de la tuberculose du rein.

Le travail débute par un historique complet mais rapide de la question, puis vient l'étude des formes anatomo-pathologiques représentées dans le texte par des figures dessinées d'après des pièces appartenant en propre à l'auteur. Ainsi illustrée, la description est d'une clarté parfaite, aussi bien en ce qui concerne les lésions rénales mêmes que celles qui frappent concomitamment ou successivement les organes voisins.

L'étiologie de l'affection est exposée d'une manière précise, mais l'auteur s'est surtout attaché à faire un exposé clinique des symptômes, de la marche, des formes et du diagnostic aussi complet que possible, pour s'arrêter avec une compétence universellement reconnue à la question du traitement ; il précise les indications opératoires et fait le choix entre la néphrotomie et la néphrectomie dont il expose en détail le manuel opératoire et les résultats thérapeutiques.

La question de la tuberculose rénale se trouve ainsi mise à jour et le Dr Tuffier vient d'enrichir la collection Critzman d'une monographie du plus haut intérêt.

COMITÉ D'ÉTUDES MÉDICALES.

Nos lecteurs savent déjà qu'un certain nombre de médecins de Montréal se sont réunis en Comité d'Études, dans le but d'étudier ensemble au laboratoire la partie technique des sciences médicales, et de se tenir au courant des progrès scientifiques par des communications, des conférences et des présentations de pièces pathologiques. Les réunions du mardi sont consacrées exclusivement aux travaux de laboratoire, et les membres seuls du Comité s'exercent à ces travaux pratiques. Mais tous les médecins qui désirent prendre part aux discussions scientifiques, ou entendre les conférences, sont chaleureusement invités aux réunions du jeudi. Le comité a repris ses séances régulières à l'Université Laval, grâce à l'obligeance de la Faculté de Médecine. Nous tâcherons de donner un compte-rendu aussi complet que possible des communications et des travaux qu'on y fera.

Séance du 15 Septembre 1898.

Présidence de M. Cléroux.

LA CURABILITÉ DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE.

M. LESPÉRANCE, de la Faculté de Paris.

Je me propose de vous entretenir sur la curabilité de la tuberculose pulmonaire.

Bennett il y longtemps disait : la tuberculose est en réalité destinée à éliminer du sein de la société, les sujets qui sont faibles, imparfaits et par suite inhabiles à perpétuer des races fortes. Bennett était un anglais ; en disant cela, il était imbu des théories de Darwin sur la sélection dans les races.

De nos jours, Daremberg dit : tout tuberculeux qui n'est pas trop avancé, dont la maladie évolue lentement, qui est assez riche pour suspendre son travail, et qui est convenablement traité, doit guérir.

Voilà les extrêmes qui limitent le cycle où la question s'agite. Dans notre pays, les deux opinions ont des partisans. Je connais des médecins qui lèvent les épaules quand on cherche à traiter les tuberculeux et qui ont adopté pour eux l'axiôme : *opium et mentiri*. Le mois dernier, je fus consulté par une malade manifestement tuberculeuse, mais présentant encore une assez grande vitalité, un bon estomac, un bon intestin, ayant peu maigri, sans fièvre. Elle venait

de voir un autre médecin qui avait parfaitement reconnu la lésion et qui s'était borné à dire à la malade : ne vous soignez pas, c'est inutile. D'un autre côté, d'autres et en bien plus grand nombre, bien qu'il leur arrive souvent de perdre des malades par la phthisie, ne se rebutent pas et attaquent quand même le terrible mal.

Or, voilà justement ce qu'il convient d'examiner. Si la tuberculose est vraiment incurable depuis le premier moment où le premier tubercule se forme dans le poumon, il faut alors proclamer le nihilisme thérapeutique. Mais s'il est démontré que quelques cas peuvent être sauvés, quand bien même en perdrait-on 90 sur 100, il faut alors ne rien épargner pour sauver les 10 qui restent. Et je vous démontrerai que la proportion s'élève beaucoup plus haut.

Pour se renseigner sur la question, il faut regarder ce qui se passe dans le monde des malades et s'imprégner de l'enseignement de nos devanciers. Je ne connais rien qui soit plus consolant pour un tuberculeux qu'une excursion dans le domaine de la littérature médicale sur la tuberculose. Il y trouverait à chaque pas les consolations les plus fortes, il y trouverait du courage pour lutter contre sa maladie, et il n'en serait pas encore sorti qu'il serait presque persuadé de sa guérison.

S'il y rencontrait quelques assertions déconcertantes, il apercevrait bien vite qu'elles sont en très petit nombre, qu'elles datent d'une époque lointaine, de cette époque où l'on croyait que l'hérédité primait tout, de cette époque en somme où l'on connaissait mal la tuberculose. Il entendrait des hommes comme Grancher lui dire : ce qui différencie l'évolution du tubercule de celle du cancer, c'est que la tendance naturelle du tubercule est de devenir fibreux ; or vous n'ignorez pas que cette transformation fibreuse est un des modes de guérison de la tuberculose. Il entendrait Jaccoud lui dire avec sa grande expérience : toutes les manifestations de la tuberculose sont curables ; Marfan lui affirmer que si, de toutes les localisations de la tuberculose, celles du poumon sont les plus difficiles à guérir, celles qui pardonnent le moins, nous savons aussi, à n'en pas douter qu'elles peuvent guérir et complètement ; M. Tripier, de Lyon, ajouter que toutes les manifestations de la tuberculose peuvent guérir, sauf certaines cavernes dont la cavité peut exister indéfiniment ; M. Dieulafoy convenir que la tuberculose guérit bien plus souvent qu'on ne pense. Et Guéneau de Mussy, encore plus consolant, avouer que les cas même désespérés peuvent guérir.

Il n'aurait pas besoin d'aller plus loin, l'autorité des noms qui précèdent calmerait le doute que l'opinion du public sur la tuber-

culose a fait germer en lui. Et s'il voulait se renseigner plus complètement, il verrait que tous ceux, et le nombre en est grand, qui ont su regarder la tuberculose telle qu'elle est, qui en ont parlé en observateur de la nature, ont tous dit la même chose à peu près : que s'il est vrai que la tuberculose est une maladie terrible dans ses conséquences pour l'individu, la famille et la société, tous ceux qu'elle frappe n'en meurent pas.

En vérité, cette manière de voir est démontrée par l'observation, par la clinique et par l'anatomie pathologique.

Ne vous souvient-il pas d'être venus en contact avec des malades qui vous ont dit : il y a 10, 15 ans j'ai été condamné par les médecins, j'étais en consommation. Dans ces cas, il ne faut pas toujours croire à une erreur de diagnostic. Le diagnostic était bon ; c'est la nature du mal qui a fait mentir le pronostic. En effet, non seulement la tuberculose est curable thérapeutiquement, mais encore elle l'est spontanément.

Tous ceux qui ont fait des autopsies fréquentes connaissent le fait. Pour les médecins des hôpitaux de vieillards, c'est même une chose banale à laquelle ils ne prêtent pas d'attention. Natalis Guillot à Bicêtre, Beau à la Salpêtrière ont montré, il y a déjà longtemps que dans les autopsies des vieillards, on rencontre souvent des cicatrices de petites ou de grosses cavernes. Tout récemment encore, Vibert trouva que sur 131 autopsies faites à la morgue de Paris, chez des individus morts de mort violente, 17 présentaient des traces de tuberculose guérie. Loomis de New-York, sur 763 autopsies, rencontre 71 fois la tuberculose guérie chez des sujets morts d'affections étrangères à la tuberculose pulmonaire. Brouardel rapporte aussi que chez l'adulte au-dessus de trente ans, les tubercules guéris, crétaqués, fibreux, au sommet du poumon, se rencontrent chez les individus qu'il autopsie dans la proportion de 60 0/0. Letulle arrive aux mêmes constatations. Sur 208 autopsies, il trouve 119 fois l'existence d'une tuberculose latente ou de guérison, c'est-à-dire plus de la moitié des cas.

Voilà donc une grande proportion de tuberculeux guéris, et remarquons-le bien, guéris sans avoir fait appel aux ressources thérapeutiques, guérison survenue chez des sujets vivants en dehors de toute loi hygiénique.

Il faut donc se dire que s'il était vrai que toute atteinte de tuberculose soit fatale, si tous ceux qui sont envahis par le tubercule succombaient, ce ne serait plus une proportion de 7 0/0 que chiffrerait la mortalité humaine par tuberculose, mais ce serait la destruction

de la société, car d'après les autopsies que nous venons de rapporter, plus de la moitié des êtres humains est porteur dans un temps de sa vie de tubercules.

Pour illustrer cette notion et en frapper plus fortement l'esprit, je dirai : supposons que dans une des rues principales de notre ville, à l'heure où la circulation est la plus active, on interrompe le cours de la foule pendant une heure, on ramasserait en ce point une grande variété de types humains, gens qui vont à leurs affaires, gens qui courent à leur plaisir, tous en pleine activité, eh bien ! dans cette agglomération d'êtres humains, la forte moitié au moins a été, est ou deviendra tuberculeuse et combien peu d'entre eux s'en doute.

Ces faits à l'origine parurent bien étranges. Tombant dans une société formée par Laennec et ses élèves, il déroutèrent l'opinion que l'on s'était habitué à avoir de la tuberculose. Ils firent comprendre que les tuberculeux qui meurent, ceux que l'on voit dans les hôpitaux, ceux que nos efforts ne peuvent sauver, ne sont pas les seuls tuberculeux. Pour nous, ils nous font voir la tuberculose moins mangeuse d'hommes qu'on ne l'aurait cru ; ils nous démontrent que si la mortalité générale impute à la tuberculose une proportion de 7 0/0, il y a en somme plus de tuberculeux qui guérissent, qu'il y en a qui meurent.

Voilà donc une catégorie spéciale de malades, ceux qui guérissent ; on pourrait les appeler les chanceux, mais il est bien certain que cette chance obéit à des lois, qu'il y a un ensemble de circonstances qui concourent à la guérison de cette terrible maladie. La discussion complète de ce sujet nous entraînerait trop loin. Cependant, nous pouvons faire remarquer dès maintenant que toutes ces observations de tubercules guéris se rapportent à des tubercules isolés, perdus dans un tissu pulmonaire sain, se présentant comme de petites masses de la grosseur d'un pois, occupant l'extrême sommet des poumons et les fosses sus-épineuse ou sus-claviculaire ou de tubercules isolés perdus dans la masse du poumon ou encore de cavernes moyennes en petit nombre. Mais chez tous les malades, chez ceux qui meurent aussi, les commencements sont comme cela, il y a toujours un moment dans la vie d'un tuberculeux où les tubercules sont en très petit nombre, mais ils sont séparés par du tissu sain ou ils sont même si peu nombreux qu'ils ne modifient pas les signes sthétoscopiques. Il y a donc des lois qui régissent cette évolution de la tuberculose, qui font que dans des cas, cette évolution s'arrête ou prend une voie qui la mène à la crétification, et que dans d'autres elle continue, elle poursuive tout son cycle. C'est ici, qu'il faudrait étudier toutes les

influences de terrain, de nombre et de virulence des bacilles. Plus tard nous chercherons pourquoi il y a des tuberculeux qui guérissent et d'autres qui ne guérissent pas. Qu'il nous suffise pour le moment d'avoir démontré cette consolante vérité que le tubercule est spontanément curable, qu'il y a plus de tuberculeux qui vivent qu'il y en a qui meurent.

Dans notre commerce avec les malades, il faut être guidés par ces faits. En règle générale il faut dire au tuberculeux ce qui en est de son état de santé, il ne faut pas lui cacher qu'il est gravement malade, mais en même temps, il faut atténuer ce que cela a de pénible, en faisant miroiter devant lui l'espoir de la guérison. Adopter le système opposé, condamner tout tuberculeux à la mort, faire le diagnostic de la tuberculose, affirmer au malade qu'il n'a qu'une bronchite sans importance, dire aux parents, à l'entourage, qu'il n'y a rien à faire, en somme, amuser le malheureux, ce n'est pas faire œuvre de médecins, c'est manquer au mandat que la société nous a confié.

La clinique nous démontre aussi la justesse de cette manière de voir. Puisque le tubercule a par lui-même une tendance à devenir inoffensif, il serait bien étonnant que parmi le nombre si grand de tuberculeux qui viennent nous demander secours, il y en eût aucun qui n'en ait bénéficié. Pidoux, Henri Guéneau de Mussy, Hérard, Cornil et Hanot, Charcot, Peter en France, William Welsh, Ramson en Angleterre; Brehmer, Wolf, Dettweiler, Von Ziemsen en Allemagne rapportent de nombreux cas de tuberculose guéris. Tout récemment, Leudet de Rouen disait à l'Académie de Médecine, qu'il avait soigné 19 malades, qui tous étaient guéris depuis plus de 10 ans; les signes physiques des anciennes lésions pulmonaires étaient disparus et permettaient de ne soupçonner qu'une induration pulmonaire. Weill et Diamant Berger sur 87 malades guérissent 27. Je n'en finirais pas d'énumérer des noms si je voulais mentionner tous ceux qui ont rapporté des guérisons.

La clinique est donc d'accord avec l'observation. L'anatomie pathologique vient-elle corroborer ces faits? Afin de répondre à cette question, il est bon de voir comment les choses se passent. Dans la vie d'un tuberculeux, il y a un moment où l'examen le plus minutieux de son poumon ne permet de découvrir aucune altération, la tuberculose n'a pas encore élu domicile. Puis un jour les premiers éléments apparaissent. Au niveau des éperons bronchiques, dans la partie tout à fait terminale de la bronchiole sus-lobulaire, à ce point où elle s'élargit, où elle va s'épanouir en ce bouquet de

conduits alvéolaires, dans le vestibule en somme, les éléments fondamentaux du premier tubercule vont surgir. Sous l'influence de l'irritation causée par la présence du bacille de Koch, dans un terrain qui lui est favorable, apparaissent sur les parois, des cellules petites, rondes, des cellules embryonnaires. Elles proviennent des parois alvéolaires même, de l'épithélium ; des globules blancs attirés par diapédèse se joignent à elles. Ces éléments embryonnaires se forment vite, ils se tassent les uns contre les autres, ils viennent à former une petite masse. A ces éléments s'en ajoute un autre dont l'origine est mal connue, que les allemands font provenir de cellules lymphatiques et que Letulle dit être une cellule épithéliale.

Pour M. Widal, cette cellule est primitivement un leucocyte mononucléaire qui a absorbé plusieurs leucocytes polynucléaires. Lorsque les leucocytes polynucléaires qui ont absorbé tout d'abord les bacilles ou les autres microbes, sont vaincus par eux, les leucocytes mononucléaires interviennent, englobant contenu et contenant.

C'est primitivement une grande cellule à contours irréguliers, déchiquetés en languettes et dont l'intérieur granuleux est rempli de noyaux. C'est le follicule qui se forme, c'est la prise de possession du terrain. Ces phénomènes se passent sur chaque point du terrain irrité par le bacille. En général, au début ils sont peu nombreux. Sur des coupes de poumon à cette période, on verrait quelques follicules isolés dans le parenchyme pulmonaire et séparés les uns des autres par du tissu sain ou très légèrement congestionné. A cette époque rien n'indique dans l'habitus extérieur du malade ces processus. A peine un peu d'anémie, de fatigue, de gêne respiratoire, de toux insignifiante. Cette période peut durer longtemps. Si les choses en restaient là, rien ne viendrait témoigner qu'il a existé un état de maladie. On n'a pas de faits qui démontrent que la maladie rétrocede à cette époque, puisque la guérison se fait sans laisser de traces, le tissu pulmonaire n'étant pas encore touché, mais puisque nous savons que la maladie peut rétroceder à une époque beaucoup plus avancée, il est bien certain que très souvent les choses en restent là. M. Grancher appelle cette époque la germination.

Si on considère la facilité de la contagion, si on s'arrête un moment pour songer que partout, où le hasard porte nos pas, il y a des bacilles tuberculeux, que le même atmosphère de contagion nous a toujours entouré dans la famille, à l'école, dans la société, si l'on réfléchit que l'équilibre de la santé est facilement rompu, annihilant les défenses de notre organisme pour un temps plus ou moins long, et ouvrant les portes de notre territoire pulmonaire aux bacilles, nous

ne sommes pas loin de croire à cette assertion d'un auteur allemand qui dit que tout le monde est tuberculeux à un moment de sa vie.

Quoiqu'il en soit, cette période est bien la plus intéressante, celle qui donne le plus de satisfaction au médecin, satisfaction dans le fait même de la découverte du mal, car cette découverte exige une étude assez attentive, et ensuite dans le résultat du traitement. C'est l'époque facilement curable de la tuberculose et on peut dire que si l'on prenait tous les malades à ce moment, il en mourrait peu.

Mais le processus continuant son évolution, tous les follicules déjà formés s'unissent les uns aux autres, se fusionnent et le premier élément vraiment tuberculeux, le tubercule lui-même est formé. Il apparaît comme un petit grain jaune, gris ou blanc, dure ou mou, disséminé çà et là au sein des lobules. Dans quelques places, un grand nombre de ces tubercules se sont fusionnés et forment des masses compactes. C'est la période de la congglomération. Le poumon est encore peu touché, le territoire envahi peut être fort restreint, il n'y a encore que l'extrémité supérieure de l'un des poumons, le plus souvent le droit. Mais pendant que le tubercule se forme, les alvéoles pulmonaires réagissent par une prolifération de leurs cellules. Sur une coupe de poumon à cette période, dans la région malade, on ne voit plus cette architectomie spéciale, ces vacuoles si irrégulières, vides, laissant passer la lumière sans entrave; tous ces espaces sont maintenant remplis de cellules qui se pressent les unes sur les autres, elles déforment même les parois qui les contiennent et ces dernières, tendues à leur limite d'élasticité, offrent alors toutes la même disposition en cul-de-sac. C'est l'inflammation du parenchyme, l'alvéolite.

Les signes cliniques sont déjà gros. A l'auscultation, on trouve le murmure vésiculaire affaibli, l'expiration est saccadée ou prolongée, il y a de la bronchophonie, de l'augmentation du frémus vocal, de la sub-matité. C'est ici que le malade commence à montrer sa maladie, il maigrit, il pâlit, il se plaint de douleurs pectorales, il a des hémoptysies, de la toux et de l'expectoration. Le diagnostic est alors facile. C'est la "incipient phthisis" des Anglais. Pour les auteurs du passé, depuis Laennec jusqu'à Grancher, c'est la première période de la tuberculose. Pour nous, nous savons depuis Grancher que c'est la deuxième et que la maladie existe depuis longtemps.

Cette époque peut donner des guérisons. Les masses calcaires, les tubercules crétaçés, fibreux que l'on trouve à l'autopsie en sont la signature anatomo-pathologique.

Étudions donc si le tubercule, qui est l'agent de destruction du pou-

mon, peut s'arrêter dans son évolution à un moment quelconque de sa vie. Nous avons dit tout à l'heure que les autopsies montrent souvent des traces de tuberculose guérie. Nous avons avoué que les conditions favorables à cette guérison sont le nombre relativement petits des tubercules et leur isolement. La manière dont se fait cette guérison comprend deux modes : 1° Le tubercule se guérit en devenant fibreux ou en s'entourant d'une coque fibreuse, le centre restant caséeux, et dans ces conditions on les voit presque toujours parsemés de particules de charbon. On y rencontre des cellules géantes remplies aussi de granulations anthracosiques. On ne trouve plus de bacilles, en revanche. 2° L'autre procédé est la crétification. Ce mode est surtout fréquent dans les ganglions. Ces masses, qui étaient entrées en dégénérescence caséuse, s'infiltrent de sels de chaux, se dessèchent, se rattachent, si le processus est intense ; toute la masse peut à un moment être réduite à quelques grains jaunâtres. Alors on conçoit bien que si au lieu de s'agglomérer, de s'adjoindre d'autres tubercules pour former ces lourdes masses qui font disparaître l'architecture du poumon, les tubercules sont isolés ; une fois qu'ils sont devenus inoffensifs, il ne reste plus que les lésions alvéolaires qui étaient concomitantes de la formation des tubercules. C'est-à-dire que ce n'est plus qu'une pneumonie. Or vous savez que la pneumonie se guérit facilement.

Ces faits démontrent donc que le tubercule peut se guérir ; or, il faut aller plus loin encore et ajouter que la caverne elle-même peut se guérir pareillement. Jaccoud considère même la formation des cavernes comme une circonstance favorable au point de vue de la curabilité.

Les autopsies et la clinique montrent le bien fondé de cette notion. L'intelligence de ce fait résulte de ce que nous avons appris il y a quelques instants. Le stade ulcéreux arrive après que les tubercules en nombre suffisant se sont agglomérés, après qu'il s'est écoulé un laps de temps suffisant pour amener cette masse en état de ramollissement, de liquéfaction qui lui permette d'être évacuée par les bronches. Or, supposons que dans un sommet du poumon il existe une masse caséuse qui occupe un lobule ou même plusieurs lobules. Concevez-vous le danger considérable pour le poumon qui résulte de la présence de cette masse. Tout autour, le tissu pulmonaire présente les lésions de l'alvéolite, de la pneumonie, mais cela est assez limité, la plus grande partie du poumon est en somme saine. Cette masse de matière caséuse est remplie de bacilles, de pus et comme tout le système bronchique communique ensemble

dans toutes ses parties, de cette place occupée par la masse caséuse, peut partir de nouvelles infections qui iront contaminer les autres points de l'arbre pulmonaire. Si un hasard heureux fait que toute cette matière de mort soit expulsée, le malade est sauvé d'un grand danger. Il est bien entendu que pour que cela ait lieu, il faut que la caverne soit limitée, cela ne s'applique pas à ces immenses cavernes qui occupent tout un lobe.

Durant le cours de notre causerie, je me suis toujours servi du terme tuberculose et non de celui de phtisie et je vous prierai de bien remarquer cela. C'est ici que l'on va mettre d'accord ceux qui disent que la tuberculose est curable et ceux qui disent que la phtisie ne l'est pas. Ces deux termes doivent éveiller dans l'esprit deux images bien différentes et ils sont loin d'être corollaires l'un de l'autre. La tuberculose ne mène pas toujours à la phtisie et la phtisie n'est pas toujours tuberculeuse. Je vous citerai plusieurs phtisies qui ne sont pas tuberculeuses : *l'anthraxose* ou phtisie des mineurs, *la chalicose* ou phtisie des aiguiseurs, *la syphilis pulmonaire ulcéreuse*, *les tumeurs cancéreuses ou carcinomateuses* du poumon.

La tuberculose pulmonaire, c'est la fixation sur le poumon du bacille de Koch avec les altérations qu'il y amène : *nodules tuberculeux*, inflammation nodulaire fibro-caséuse, broncho-pneumonie caséuse, infiltrations bacillaires péribronchiques, granulations tuberculeuses, tubercules massifs. C'est un ensemble de désordres locaux qui ne dépassent pas le poumon.

La phtisie pulmonaire, c'est le retentissement à distance de tout cet état pulmonaire ; mais elle a ses racines dans une époque antérieure à l'apparition de la première cellule embryonnaire ; c'est la déchéance de l'individu. c'est la participation de toutes les cellules qui composent l'économie à la maladie. Le malade qui vient nous consulter à notre bureau, qui accuse un peu de toux, qui a maigri très peu, qui a même eu quelques hémorrhagies, et chez lequel on constate au niveau du sommet du poumon une respiration modifiée, de la matité, de la bronchophonie, des vibrations exagérées, mais qui mange bien, qui digère bien, dont l'intestin est bon, qui travaille ou s'amuse encore, dont les reins fonctionnent bien, dont le cœur est bon, c'est un tuberculeux, mais ce n'est pas un phtisique. Ce ne serait pas un phtisique quand même il serait porteur d'une caverne.

Le phtisique, c'est celui qui nous fait demander chez lui, parce qu'il est trop faible pour venir chez nous, que l'on trouve couché avec une température de 103, qui a perdu 20 livres et dont l'émaciation est manifeste, qui se plaint sans cesse de sa digestion et qui ne

mange rien, dont l'intestin est lâche, dont le sommeil est mauvais, qui est couvert de sueurs et qui au moindre effort se sent oppressé, qui enfin a dû abandonner le travail depuis longtemps. Celui-là est phthisique quand même il n'aurait pas de cavernes.

Le médecin qui signe un certificat de décès et qui comme cause immédiate écrit : tuberculose pulmonaire, n'en dit pas assez long. On ne sait pas alors à laquelle des manifestations si multiples le malade a succombé.

Dans le cours de la tuberculose pulmonaire, on meurt de beaucoup de choses différentes. Tout à la fin, on mourra de phthisie. Mais avant d'en arriver là, la mort arrivera du fait de quelque complication : généralisation granuleuse, pneumonie, broncho-pneumonie, bronchite capillaire, œdème de la giotte, pleurésie purulente, pneumothorax, gangrène pulmonaire, méningite, otite, péricardite, péritonite, urémie, asystolie, hémorrhagies foudroyantes, etc.

(A continuer.)

ANÉVRYSME DE L'AORTE.

M. DUBÉ.

J'ai l'avantage de vous faire voir une pièce pathologique assez intéressante. Il s'agit d'un anévrisme de la portion ascendante de la crosse aortique. Cet anévrisme est remarquable, à cause de son volume qui est considérable, et des symptômes cliniques que présentait le malade qui en était le porteur.

Cet homme, âgé de 45 ans, de taille moyenne et bien muselé, ne présentait pas d'histoire de syphilis, de malaria, et n'avait jamais eu de maladies aiguës graves. Il avait pendant quelques années pris un peu de boissons alcooliques, mais il n'avait jamais cessé de travailler comme manœuvre, jusqu'à son entrée à l'Hôpital, où il était venu se faire traiter pour une bronchite accompagnée d'une grande fatigue dans tous les membres. Il accusait depuis deux ou trois ans un amaigrissement progressif et quelques douleurs au cœur après un grand effort.

En examinant le malade, on fut frappé de l'état des veines superficielles des membres, et surtout de l'abdomen, du thorax et de la région antérieure du cou. À chaque effort de toux chez le malade, ces veines devenaient turgides. L'examen plus attentif du thorax nous expliqua cette gêne de la circulation veineuse périphérique. En effet, du côté droit de la poitrine les côtes et les cartilages étaient soulevés en masse et comme immobilisés par une voussure énorme.

située à l'intérieur du thorax. Cette tumeur comprimait sans aucun doute, l'oreillette droite ou les veines caves, et en gênant l'arrivée du sang au cœur, amenait ce trouble de la circulation veineuse que nous avons tout d'abord remarqué. Nous ne soupçonnions pas encore une tumeur anévrysmale, et nous avons alors pensé à un néoplasme du poumon. Au niveau de la tumeur il y avait matité complète, manque absolu de murmure vésiculaire et aucun frémissement ou bruit de souffle. Du côté du cœur, tous les bruits étaient bien frappés, et la pointe était à peine déviée en dehors. Ce n'est qu'en pressant fortement sur la tumeur, la main à plat, qu'il nous fût possible de sentir une pulsation profonde. De ce moment nous fîmes le diagnostic d'anévrysme, qui fut confirmé à l'autopsie.

Le malade s'affaiblissait tous les jours, la toux augmenta, il eut des frissons, et présenta l'expectoration striée de sang de la congestion pulmonaire avec œdème. Le malade se cyanosa et mourut emporté par son poumon.

Si vous examinez maintenant les pièces que nous avons conservées, vous trouverez, située au-dessus du cœur, une tumeur énorme et très ferme, qui est formée par le sac anévrysmal et son caillot.

Cette masse de fibrine organisée, que l'on peut énucléer facilement de son enveloppe, rupturée au cours de l'autopsie, pèse 1380 grammes. De forme sphéroïdale aplatie, elle présente une encoche peu profonde en coup de hache. C'est par cette perte de substance du caillot que le sang passait du ventricule gauche à la partie de l'aorte située au-dessus de l'anévrysme. C'est dans le fond de cette brèche que la fibrine se déposait couche par couche, augmentant chaque jour la masse de l'anévrysme.

À l'examen du sac vide de son caillot, on peut voir que la dilatation anévrysmale commence à un pouce et demi au-dessus des valvules aortiques saines et suffisantes à l'épreuve de l'eau. Le cœur est de volume normal et ne présente rien de particulier dans son muscle ou dans ses valvules. La masse totale (cœur, enveloppe et caillot) pèse 3 k. 030. La circonférence de l'anévrysme est de 48 centimètres.

Le sac anévrysmal, qui en avant soulevait la paroi thoracique sans y provoquer l'usure des côtes ou des cartillages, adhérait fortement en arrière et à droite, au poumon droit qui, au moment de l'autopsie, était presque complètement atélectasié et carnifié. Rien de particulier à noter sur le reste du système artériel et les autres organes de cet individu.

L'étude que nous venons de faire de ces pièces pathologiques

nous explique pourquoi nous n'avions pas trouvé chez ce malade les symptômes cliniques les plus habituels de l'anévrisme de l'aorte, tels que pulsation facilement perceptible, frémissement vibratoire, thrill et bruit de souffle. En effet, avec une paroi thoracique antérieure intacte, avec une tumeur solide aussi volumineuse, et à direction plutôt postérieure qu'antérieure, nous ne pouvions pas avoir une pulsation visible, ou aussi facilement perceptible que dans l'anévrisme qui, après avoir rongé les côtes et les cartillages, se trouve séparé de la main par l'épaisseur de la peau seulement. Nous n'avions pas de frémissement vibratoire, de thrill, et de double souffle parce que, au lieu d'avoir un anévrisme à grande cavité communiquant par un petit orifice avec le canal aortique comme à l'ordinaire, nous avions une petite cavité communiquant en totalité avec l'aorte, empêchant par le fait même les symptômes ci-dessus résultant du flux et reflux du sang de l'aorte à l'anévrisme et vice-versa comme dans la majorité des cas.

Séance du 22 Septembre 1898.

Présidence de M. Joyal.

SPINA-BIFIDA COMPLIQUÉ D'HYDROCÉPHALIE.

MM. MARIEN et DUBÉ.

Messieurs,

Nous avons l'honneur de vous présenter les pièces anatomiques provenant d'un enfant qui était porteur d'une association intéressante de difformités congénitales.

Il avait, en outre d'un *spina-bifida* grave de la région dorso-lombaire, une hydrocéphalie considérable avec arrêt de développement du crâne et un double pied-bot varus-équin.

Ce sujet, qui était atteint d'une paraplégie complète, était réduit à une vie purement végétative ; toutefois il s'alimentait très bien, tout en paraissant relativement bien portant. Ce n'est qu'au bout de vingt-huit jours qu'il a succombé à une attaque de gastro-entérite. Il n'a pas eu de convulsions.

À l'ouverture du crâne, l'on constatait un amincissement excessif du squelette qui est réduit à une membrane fibro-élastique parsemée de petits îlots cartilagineux.

Il s'échappe en même temps, une grande quantité de liquide séro-purulent (500 grammes environ).

Ce liquide qui était contenu dans l'intérieur des ventricules

refoulait contre les parois du crâne la substance cérébrale qui se trouvait réduite à une mince couche d'à peu près un pouce (deux centimètres et demi) d'épaisseur.

Dans la région dorso-lombaire, au niveau de la douzième vertèbre dorsale et s'étalant jusqu'au sacrum, il existait une volumineuse tumeur, fusiforme, à base sessile ; il était facile de reconnaître qu'il s'agissait d'un *spina-bifida* ou *hydrorachis*.

Les pièces que nous présentons démontrent d'une façon très évidente qu'il s'est fait une ossification incomplète des lames vertébrales et des apophyses épineuses de la douzième vertèbre dorsale et de toutes les vertèbres lombaires et sacrées.

D'après la classification de Recklinghausen et de Muscatello des diverses formes de *spina-bifida*, nous constatons, à l'ouverture de la tumeur, l'existence de la variété dite "*Myélo-cysto-méningocèle*."

En effet, la moëlle et les méninges font partie des éléments de la poche ; la moëlle s'y termine en se dissociant en plusieurs faisceaux.

Cet arrêt de développement est bien suffisant pour expliquer la paralysie des membres inférieurs et leurs difformités.

Il est aisé de présumer qu'en présence d'une pareille variété de vices de conformation, d'un arrêt de développement aussi considérable de la moëlle, toute tentative d'intervention chirurgicale reste parfaitement infructueuse.

SYRINGOMYÉLIE.

M. DUBÉ.

La communication sera publiée dans le prochain numéro.

Séance du 29 Septembre 1898.

Présidence de M. le Dr Valin.

SUR UN CAS D'ANGINE DE POITRINE

M. DUBÉ.

Nous vous présentons, mes collègues de l'Hôtel-Dieu et moi, quelques pièces pathologiques trouvées au cours d'une autopsie que nous avons faite tout dernièrement. Il s'agissait d'un malade âgé de 50 ans, entré à l'hôpital le 25 septembre dans la soirée, et mort environ une heure après pendant une crise d'étouffement qui a duré à peine

quelques instants. Grâce à l'amabilité de notre collègue, le docteur Rivet, qui avait déjà eu ce malade sous ses soins, nous avons pu avoir quelques renseignements sur son passé pathologique.

Cordonnier de son métier, cet homme était de taille ordinaire et présentait un peu d'embonpoint. Dans les antécédents héréditaires nous trouvons, son père mort de paralysie il y a dix ans, et sa mère morte de tuberculose pulmonaire il y a quarante-cinq ans.

Il a une sœur bien portante et un frère plus âgé, qui présente quelques troubles du côté du cœur. Personnellement il n'a jamais fait abus de boissons alcooliques et a toujours eu une bonne santé jusqu'à il y a deux ans. À cette époque il fit une chute sur la tête, et eut un écoulement de sang par l'oreille gauche. À la suite de cet accident il présenta de l'aphasie et de l'hémiplégie droite. La parole revint petit à petit et avant sa mort le malade pouvait se faire comprendre assez bien, mais il traînait encore la jambe droite.

Le malade avait consulté le Dr Rivet pour une douleur qu'il ressentait dans la région précordiale. Cette douleur revenait sous forme d'attaque, accompagnée d'un grand tremblement avec étouffement et pâleur de la face. Ces attaques survenaient surtout après un effort et le laissaient dans une grande faiblesse. La veille de son entrée à l'hôpital le malade avait cru mourir pendant une semblable attaque.

À l'autopsie nous n'avons rien trouvé de particulier aux poumons, foie, etc. Le cerveau et le cœur présentaient par contre des lésions importantes. Sur l'hémisphère gauche du cerveau que voici, il y a à la surface inférieure de la circonvolution de Broca un ancien foyer de ramollissement détruisant une bonne partie de cette circonvolution. Nous voyons quelques plaques d'athérome sur les deux cérébrales moyennes.

Du côté du cœur il y a légère augmentation de volume sans surcharge graisseuse. Sur la surface aortique d'une des valvules sigmoïdes siège une plaque calcaire assez volumineuse qui n'entravait pas le jeu des valvules aortiques, puisque l'auscultation n'avait révélé chez cet homme aucune lésion valvulaire avant sa mort. Une autre plaque calcaire plus petite siège près de l'orifice d'origine de la coronaire antérieure, et en rétrécit l'ouverture de moitié. En pratiquant d'après le conseil de M. Brault des coupes sur le trajet de cette artère coronaire nous la trouvons scléreuse, rigide, avec une lumière diminuée de moitié.

Ces lésions d'endartérite occupent surtout l'origine et la première moitié de la coronaire. L'autre moitié est sinueuse et moins dure.

La coronaire postérieure est presque normale. Après l'examen de ces pièces nous croyons pouvoir affirmer que cet homme est mort d'une syncope au cours d'une angine de poitrine.

NOTE SUR UNE TUMEUR DE L'OVAIRE.

M. MARIEN.

J'ai l'honneur de vous présenter, au nom de mon collègue le Dr Merrill et au mien, l'observation d'une malade que nous avons opérée, samedi dernier, pour un kyste proligère de l'ovaire.

Au point de vue de l'intervention chirurgicale, je m'empresse de vous dire, qu'il s'agissait d'un cas des plus faciles et des plus banaux.

L'opération fut très simple et je vous ferai grâce de sa description.

Cette observation nous a paru intéressante à quelques points de vue de la symptomatologie et du diagnostic clinique, et c'est pourquoi nous vous en faisons part.

La malade est une jeune femme de 45 ans. Comme antécédents héréditaires, nous apprenons que le père vit encore, mais que la mère est morte à 40 ans, d'une maladie de la matrice, ayant évolué très lentement. Sur cinq sœurs, une est morte à 27 ans de consommation. Une tante maternelle est morte à l'âge de 60 ans d'un cancer du nez généralisé à toute la face. Comme antécédents personnels, rien de bien intéressant à noter. Réglée à 12 ans, elle s'est mariée à l'âge de 19 ans; elle a eu sept enfants, dont deux sont morts, le dernier il y a trois ans, quelques jours après son dernier accouchement; depuis lors pas de nouvelles grossesses.

Depuis trois mois environ, nous attirons votre attention sur ce point, la malade a commencé à souffrir du ventre, et depuis deux mois seulement, elle s'est aperçue qu'elle avait une grossesse.

Son état général s'est profondément modifié; elle a maigri sensiblement, elle est essouffée à la marche et au moindre travail. Elle ressent une grande faiblesse et son moral est péniblement impressionné.

A l'examen de la malade voici ce que nous constatons: Par l'inspection, il est aisé de se rendre compte que la cavité abdominale anormalement développée, est occupée par une tumeur, qui remonte à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic et qui, s'étalant surtout du côté droit, remplit tout le flanc droit.

Cette tumeur est bosselée, irrégulière; elle semble bien venir du bassin et sourdre de dessous le pubis. A la palpation, l'on constate qu'elle est mobile mais douloureuse. Sa surface est multilobée;

elle offre une consistance inégale, plutôt fluctuante en certains points, dans sa partie supérieure, par exemple; elle devient beaucoup plus ferme en d'autres points, surtout dans sa portion sous-pubienne.

Lorsqu'on percute, sa matité est absolue et l'on soupçonne un peu d'épanchement péritonéal, car les parties déclives autour de la tumeur offrent de la submatité. Au toucher vaginal, l'on trouve les culs-de-sac libres; l'utérus, refoulé en bas, est situé dans une rétro-position. Il est nettement indépendant de la tumeur et à l'hystérométrie, l'on trouve une cavité utérine normale.

En présence de ces symptômes, il semble bien évident que l'on ne peut pas penser à autre chose qu'à une tumeur kystique; mais quelle est la nature de cette tumeur: est-ce tout simplement un kyste prolifère bénin ou un épithélioma kystique de l'ovaire?

C'est précisément à ce point de vue là que nous désirons attirer votre attention sur quelques-uns des caractères atypiques de notre observation. Par exemple l'existence de l'ascite, l'évolution très rapide de la maladie, les irrégularités de consistance, la surface irrégulière et bosselée du néoplasme, la sensibilité à la pression, l'histoire de famille constituant un tableau clinique qui laisse supposer ou du moins qui doit faire soupçonner la nature maligne de la tumeur.

Nous trouvons, réunis chez notre malade, tous ces caractères cliniques que nous venons d'examiner, en plus un état cachectique très évident: cependant comme nous l'avons dit, au commencement de cette note, il s'agissait tout simplement d'un kyste multiloculaire bénin de l'ovaire, contenant tantôt dans une poche un liquide citrin, tantôt dans une autre une substance gélatiniforme.

Un autre fait banal mais tout de même bizarre, c'est que la tumeur, qui s'était nettement développée dans le côté droit, était dépendante de l'ovaire gauche.

M. HARWOOD. — Je ne crois pas que la marche des symptômes dans le cas de kyste de l'ovaire que M. Marien vient de nous rapporter nous autorise à qualifier ce cas d'atypique. Le développement rapide d'une tumeur, comme symptôme pris isolément, n'a qu'une valeur relative en gynécologie, attendu que la plupart de nos malades s'observent très mal, et ne peuvent pas nous fournir des renseignements précis. Souvent aussi une tumeur à pédicule long est aisément mobile, et peut se déplacer considérablement dans l'abdomen. Dans ce cas-ci, la distension du colon par des gaz pouvait suffire à causer le déplacement.

M. MARIEN.—Je remercie mon collègue et ami de sa judicieuse critique et j'apprécie beaucoup les observations savantes qu'il vient de me faire, mais je le prie de vouloir bien remarquer que je ne rapporte pas cette observation comme une rareté scientifique, mais comme l'un de ces nombreux cas dans lesquels il ne faut pas trop se fier aux données fournies par la clinique, accepter avec réserve les renseignements donnés par les malades et où l'on peut trouver dans un coin du ventre un néoplasme développé aux dépens d'un organe situé du côté opposé.

M. MERCIER.—J'aurais, Messieurs, à propos de cette observation si intéressante de M. Marien, à vous dire quelques mots d'un cas à peu près semblable que j'ai opéré dernièrement. C'est celui d'une Delle*** âgée de 39 ans, à laquelle j'ai enlevé la semaine dernière un kyste de l'ovaire gauche, je dirais plutôt deux kystes de l'ovaire gauche.

À l'examen j'avais déjà pu constater assez exactement que l'utérus refoulé tout à fait en avant était rejeté à droite, serré entre la branche du pubis et la tumeur que je sentais à gauche. Au toucher, en mettant le bout de mon index dans le col utérin allongé et hypertrophié, et en faisant mouvoir à l'aide de mon autre main, par dessus la paroi abdominale, ce que je croyais être l'utérus, il m'était facile de constater que le col utérin et ce corps mobile rejeté en avant et à gauche était sûrement l'utérus lui-même. De plus, je sentais le cul-de-sac de Douglas absolument rempli par une tumeur lisse, rénitente, que je reconnus avec certitude comme étant une tumeur liquide; mais ce qui venait compliquer mon diagnostic, c'est qu'au palper, entre l'utérus et le kyste, je pouvais sentir une autre tumeur un peu plus grosse que le poing, de la densité d'un fibrome, et ne faisant pas corps avec l'utérus. Le fait est qu'il me fut impossible de préciser exactement la nature de cette tumeur médiane. La malade que j'avais examinée en mai dernier n'offrait pas alors les caractères pathologiques ci-haut mentionnés; ses tumeurs étaient moitié moins grosses. Je lui avais alors de suite proposé l'opération, mais pour des raisons à elle particulières, elle avait préféré attendre jusqu'à la fin septembre.

Je pratiquai l'opération à l'hôpital Notre-Dame. Le ventre étant suffisamment ouvert pour y passer la main, une exploration rapide me démontra que j'avais affaire à plus d'une tumeur indépendante de l'utérus qui était bien en effet rejeté à droite et tout à fait en avant.

Je plantai le trocart dans la petite tumeur médiane, mais il n'en sortit qu'une petite quantité de liquide, son contenu étant plutôt

une multitude de petits kystes, tous adhérents les uns aux autres. Voyant l'impossibilité de vider ce kyste, j'aggrandis mon incision et réussis facilement à l'énucléer en masse. Je constatai alors que ce kyste folliculaire était bien un kyste de l'ovaire gauche; la trompe était même un peu inflammée. J'embrassai, et le pédicule court de ma tumeur, et la trompe elle-même dans une même ligature double et j'excisai le tout. La plus petite tumeur et la plus superficielle était enlevée, mais il restait encore la plus volumineuse. Elle remplissait entièrement tout le petit bassin et était appuyée directement sur toute la concavité du sacrum.

Croyant avoir affaire à un kyste de même nature que l'autre, après m'être assuré qu'il n'avait aucune adhérence, j'essayai de l'extraire en masse, mais cela me fut absolument impossible. J'enfonçai alors le trocart à travers sa paroi, non pas que je croyais le vider entièrement, mais espérant l'amoinrir assez pour lui permettre de passer. A ma grande joie, il se vida d'un seul trait, en laissant une poche kystique vide avec pédicule large mais assez long pour pouvoir faire facilement une ligature double croisée et implantée sur l'extrémité externe du ligament large gauche. Ce second kyste était donc une tumeur kystique hyaline gauche et parovarienne, ou du ligament large.

J'avais donc eu affaire à deux kystes parfaitement distincts l'un de l'autre et prenant origine tous deux à gauche, dont l'un véritable kyste folliculaire de l'ovaire gauche et l'autre kyste hyalin parovarien gauche.

La malade a guéri sans aucune réaction, et à la quatorzième journée elle a pu quitter l'hôpital en aussi bonne santé que possible.

NÉVRALGIE PAR COMPRESSION OSSEUSE; RÉSECTION DU NERF DENTAIRE; GUÉRISON.

M. MERCIER.

J'aimerais aussi à vous rapporter une autre opération d'un genre bien différent, mais aussi très intéressante. Il s'agit d'une dame de la campagne, âgée de 59 ans, souffrant depuis 17 ans de névralgie dentaire du maxillaire inférieur, branche gauche. J'ai réséqué d'abord le nerf dentaire inférieur à sa sortie du trou mentonnier, sans aucun résultat appréciable, si ce n'est que j'ai pu constater une sténose excessive de cette ouverture, et que j'ai cru m'apercevoir que là était la cause de cette névralgie si tenace, par compression exercée par la paroi osseuse du trou mentonnier sur le nerf même.

Quinze jours plus tard, étant convaincu que la névralgie était réellement causée par compression au trou mentonnier du nerf dentaire inférieur, je résolus d'aller le réséquer plus haut, j'employai le procédé de Warren, recommandé par Tillaux et qui consiste à aller chercher le nerf dans le canal même du maxillaire inférieur.

Je pratiquai cette seconde intervention à l'hôpital Notre-Dame, me servant de cocaïne comme agent d'analgésie. Je fis une incision sur le bord inférieur de la mâchoire, partant de l'angle et allant jusqu'à l'artère faciale, pénétrant du coup jusqu'à l'os. Après avoir décollé le périoste, le masséter, et découvert la face externe de l'os, j'attaquai ce dernier à l'aide d'une petite gouge et du maillet. J'atteignis bientôt le canal de l'os, que je reconnus à la légère hémorrhagie que j'étanchai par une légère compression de quelques instants à l'aide d'un tampon d'ouate. Continuant mon ouvrage, j'aperçus bientôt le nerf, gros comme un gros brin de laine. Je le reconnus facilement à la douleur qu'éprouva la malade en lui touchant. Après l'avoir découvert sur une espace d'un $\frac{1}{2}$ de pouce environ, je le chargeai sur un crochet et l'ayant attiré vers l'extérieur, je le coupai aussi vite que possible, car ces manipulations sur le nerf même étaient excessivement pénibles à la malade, et lui rappelaient exactement les douleurs qu'elle ressentait lors de ses fortes attaques de névralgie. Je refermai alors la plaie par trois points de suture superficiels.

La névralgie n'est pas réapparue depuis. J'ai revu la malade 12 jours après cette dernière intervention, et elle n'a pas eu d'autres attaques de névralgie. Tout le côté gauche de la mâchoire est insensible, la muqueuse aussi bien que la peau de la joue correspondant à la surface de cette branche du maxillaire inférieur.

Ainsi donc, à l'aide d'une petite opération inoffensive, que j'ai pu pratiquer aisément avec la cocaïne, j'ai pu faire cesser radicalement ces névralgies atroces qui, depuis 17 ans, étaient le désespoir de cette pauvre vieille malade.

L'INFLUENCE DE LA SOMATOSE SUR LA SÉCRÉTION LACTÉE.

Par DREWS.—(*Centr. für Innere Med.* 1898, No 3.)

L'auteur rapporte 75 cas dans lesquels il a obtenu de très bons résultats en employant la somatose. Ce produit exerce une action directe sur la glande mammaire. On peut aussi augmenter la sécrétion lactée ou la faire réapparaître quand elle a disparu.

Il administre la somatose à la dose d'une cuillerée à thé trois ou quatre fois par jour dans un peu de lait ou de potage.

REVUE DES JOURNAUX

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

DE L'EMPLOI DE LA GÉLATINE DANS LES MÉTRORRHAGIES.

Par Jules LACHATRE, (*Thèse de Paris* juillet 1898).

L'action hémostatique de la gélatine a été mise en lumière par M. Paul Carnot, en septembre 1897. Après avoir divisé les moyens thérapeutiques propres à assurer l'hémostase, en moyens agissant sur les vaisseaux par vaso-constriction, et en moyens agissant sur le sang par coagulation, il donnait la préférence aux derniers et notamment à la gélatine, dont MM. Dastre et Floresco, les premiers, avaient démontré les propriétés hémostatiques; ces expérimentateurs avaient constaté que la coagulabilité du sang est augmentée par la gélatine injectée dans les veines.

A l'aide de la gélatine, M. Paul Carnot a pu arrêter des épistaxis rebelles chez des hémophiles, des hémorrhagies cutanées.

En février 1898, M. Siredey a communiqué à la Société médicale des hôpitaux neuf cas de métrorrhagies guéris par l'application de pansements de sérum gélatinisé.

Tantôt il place un petit tampon de gaze stérilisé, bien imbibé de sérum gélatiné et non exprimé, à l'orifice du col utérin, puis un large tampon gélatiné sur le col et dans les culs-de-sac, le tout maintenu par quelques tampons secs. Tantôt il pratique des injections de sérum gélatiné dans le vagin, en maintenant le bassin relevé pour retenir la stagnation du liquide au contact du col et des culs-de-sac, puis il place un tampon d'ouate à la vulve; quelquefois, dans les hémorrhagies post-partum, la cavité utérine étant accessible, il injecte dans l'utérus ou badigeonne ses parois avec la solution et laisse quelques lanières de gaze imbibées.

Ces métrorrhagies étaient d'origines diverses: métrorrhagies par rétention de débris placentaires ou déciduaux à la suite d'avortement, métrorrhagies par polypes, cancer du col, endométrite chronique.

Le 25 mars 1898, M. Dalché venait à son tour faire une communication à la Société médicale des hôpitaux, et, tout en reconnaissant l'efficacité de ce traitement, qui lui avait donné aussi de bons résultats, il signalait un cas où le sérum gélatiné avait occasionné des troubles assez sérieux: il concluait que pour rendre des services, dans les cas d'hémorrhagies utérines, la solution gélatinée devait être appliquée directement sur la surface saignante, et qu'appliquée loin de la source de l'écoulement sanguin, non seulement elle était

sans effet, mais encore elle pouvait comporter de sérieux inconvénients, comme la dilatation du col et l'expulsion des polypes fibreux.

Depuis septembre 1897, le Dr Jayle utilise la gélatine contre certaines métrorrhagies, sans que les malades soient obligées de tenir le lit, puisqu'elles viennent régulièrement à la consultation.

Le manuel opératoire adopté par lui consiste essentiellement à introduire, sans dilatation préalable, du sérum gélatiné dans l'utérus qui saigne, après l'avoir lavé avec une solution antiseptique.

Il importe aussi parfois de donner à la malade certaines positions pour assurer la conservation dans l'utérus de la solution gélatinée.

Pour laver l'utérus, M. Jayle se sert d'une sonde utérine dilatrice modifiée, de Reverdin.

Cette sonde dilate légèrement le col; on l'introduit, la concavité dirigée en avant ou en arrière suivant que l'utérus est en anté ou en rétroversion.

Le liquide employé pour laver l'utérus est la solution iodée à 1 pour 1000 :

| | |
|--------------------------|--------|
| Iode..... | 2 gr. |
| Iodure de potassium..... | 4 " |
| Eau distillée..... | 2000 " |

On peut aussi employer le permanganate de potasse et le sublimé en solution à 1 pour 1000, mais la solution iodée est préférable.

Le sérum gélatiné se prépare en faisant dissoudre la gélatine dans l'eau salée physiologique à 7 pour 1000; le titre de la solution gélatinée est variable, de 5 à 10 pour 100. Une fois la solution faite, on stérilise la solution à 100° pendant un quart d'heure une première fois, puis une deuxième à 2 jours d'intervalle. M. Siredey se contente de porter la solution à l'étuve à 100°, une seule fois, pendant 30 à 40 minutes.

On peut très bien faire préparer à l'avance et conserver dans des flacons hermétiquement clos le sérum solidifié à froid; on l'obtiendra liquide, au moment de s'en servir, en mettant les flacons au bain-marie. La transparence et l'homogénéité du mélange coagulé prouvent sa pureté et l'absence des colonies microbiennes; il faut toujours rejeter, par mesure de précaution, les flacons d'apparence louche.

Pour pratiquer l'injection, on verse dans le récipient qui contenait la solution iodée environ un quart de litre de la solution gélatinée; un peu avant que tout le liquide ne soit écoulé, on retire la sonde tout doucement de façon à baigner les parties de la muqueuse utérine sur lesquelles les branches de la sonde étaient appuyées; on retire alors la sonde et l'on pratique le pansement vaginal: on introduit dans le vagin un premier tampon gélatiné avec un deuxième sec, puis on dit à la malade de se retourner et on la fait placer dans la position génu-pectorale; on la laisse 10 minutes dans cette position afin d'empêcher la gélatine de sortir de l'utérus. On place alors deux tampons aseptiques dans le vagin.

Ce traitement n'est pas un traitement curatif, ce n'est qu'un trai-

tement palliatif : mais, chez un grand nombre de malades, il donne de bons résultats temporaires.

LE GAIACOL DANS L'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE.

Le Dr APPLEBY (*Boston med. and Surg. Journ.*) rapporte les cas suivants :

Lorsqu'on verse le gaiacol sur le ventre, il est vite absorbé. Ses effets physiologiques consistent à produire rapidement une diminution marquée de la pression sanguine artérielle, un abaissement de la température et une franche diaphorèse. Ces effets m'ont conduit d'abord à l'employer dans un cas de néphrite accompagné de convulsions légères et d'un pouls plein et dur. Ce malade était un homme adulte. 25 gouttes furent versées sur l'abdomen et on frictionna avec les extrémités des doigts. L'amélioration fut certainement marquée.

Dernièrement j'ai employé le gaiacol dans deux cas d'éclampsie puerpérale avec des résultats surprenants et heureux. C'étaient des primipares. Dans le premier cas le travail progressait favorablement, la dilatation se faisait bien et l'occiput commençait à descendre lorsque les convulsions étaient apparues devenant plus fortes avec chaque retour de douleur. Aussitôt que possible, on a administré du chloroforme et un gros enfant fut retiré au moyen du forceps. L'effet de l'anesthésique étant épuisé, les convulsions revinrent ; j'ai versé alors sur le ventre 40 à 50 gouttes de gaiacol (le cas était trop urgent pour compter les gouttes) et j'ai frictionné légèrement, comme dans le cas précédent. Au bout de quelques minutes le pouls devint mou (*soft*), une diaphorèse abondante survint et les convulsions cessèrent.

La seconde malade fut accouchée par une sage-femme. L'enfant et le placenta étaient sortis lorsque les convulsions apparurent. Arrivé au lit de la malade je l'ai trouvée très enflée sur tout le corps avec un pouls plein, dur et tumultueux. Les convulsions étaient presque continues et plus fortes que je n'en ai jamais vues dans une pratique d'une trentaine d'années ; le cas paraissait désespéré. Comme chez d'autres malades, j'ai usé de 40 ou 50 gouttes de gaiacol et fait une piqûre de $\frac{1}{4}$ de grain (= 15 milligr.) de sulfate de morphine. Au bout de moins d'une heure, la malade dormait tranquillement, et les convulsions ne sont pas revenues.

Ces deux malades avaient toutes les deux de l'albumine, étaient très enflées, avec des symptômes exigeant un traitement de quelques jours. Elles sont bien guéries et jouissent à présent d'une bonne santé.

On doit noter au sujet du gaiacol son action certaine, la disparition rapide des symptômes alarmants et la facilité de son application, ce qui le rend peut-être préférable à tout autre remède préconisé jusqu'ici dans l'éclampsie. Dans aucun cas je n'ai trouvé nécessaire d'en faire une seconde application, mais je l'aurais certainement faite en cas de besoin.

(*Journ. de Méd. et Chir. prat.*)

DU TRAITEMENT PROLONGÉ DES ACCOUCHÉES.

Par DOLÉRIS.—(*In statistiques et conférences d'Obst., Paris. 1898.*)

Des données fournies par l'examen des femmes sortantes, pratiqué dans le service d'accouchement de la Pitié, M. Doléris a pu déduire sûrement qu'une notable proportion de ces accouchées présentait, le dixième jour, un état morbide réel, susceptible de persistance ou d'aggravation, vu les conditions sociales, le genre de vie et le manque de soins après la sortie de l'hôpital. Cette proportion paraît être de 50 0/0. Cette proportion n'est évidemment pas très rigoureuse. Ce qui est certain, c'est que le danger de ces lésions transitoires, entre le traumatisme obstétrical et l'état morbide gynécologique, est surtout propre à la catégorie des malades des maternités. Certaines affections, en effet, contractées dans la période de parturation, récidivent ou s'aggravent ultérieurement. M. Doléris montre, statistique en main, que fort heureusement aussi des traitements fort simples agissent d'une façon efficace et rapide, dans un certain nombre de ces affections, à condition d'être hâtivement et méthodiquement instituées.

Plusieurs éventualités peuvent se présenter :

Une accouchée peut présenter des signes d'infection pendant la période puerpérale. Grâce à un traitement bien approprié, les phénomènes morbides disparaissent. Mais il ne s'agit là que d'un répit. L'infection se réveille à nouveau à l'occasion d'un événement prévu tel que les règles, ou inattendu, tel que le poids, les fatigues, les traumatismes. C'est ainsi qu'on peut observer le réveil d'une métrite, d'une périmétrite ; on voit même des complications éloignées (phlébite, lymphangite para-utérine, etc.), après le puerperium.

D'autres fois, il n'y a pas de symptômes d'infection pendant le puerperium même ; les accidents n'apparaissent que tardivement.

D'autre fois enfin, les femmes s'infectent postérieurement à l'accouchement et au puerperium parce que les organes (vagin, utérus) n'ont pas retrouvé leur intégrité absolue et présentent une réceptivité morbide spéciale dépendant, en réalité, de l'accouchement. Voilà donc des accidents infectieux tardifs qu'il faudra traiter chez les accouchées.

Il faudra traiter de même l'endocervicite, l'ectropion, les déviations utérines et la hernie génitale commençante, la subinvolution utérine, enfin l'éventration utérine.

En traitant dans le post-partum les accouchées infectées, on évitera l'aggravation qui se montre d'ordinaire au moment du retour de couches. En soignant les déviations, les subinvolutions, on évite les prolapsus, les rétroversions qui, ayant débuté pendant la phase obstétricale, ne feront que s'accroître à partir du moment où la femme, rentrée chez elle, se livrera à ses occupations habituelles, sans nul souci des premiers symptômes qui révèlent le progrès de l'affection.

La cure d'une hernie génitale qui débute après l'accouchement, par exemple, est d'autant plus aisée à obtenir avec des moyens fort simples que la maladie est à une période plus rapprochée des couches.

Les tissus, en effet, sont en pleine période d'involution : ligaments, parois vaginales, muscles, utérus, subissent un processus de rajeunissement capable de leur restituer leur tonicité et leur structure physiologique. Il suffira donc qu'un tuteur mécanique soit fourni à l'utérus pendant cette période pour empêcher l'organe de se placer dans une attitude vicieuse permanente. Le pessaire joue ainsi le rôle d'un plancher artificiel. En relevant la matrice, on prévient de plus les congestions veineuses, passives, qui alourdissent les tissus. Le pessaire, en tendant le cul-de-sac vaginal postérieur, libère de plus de toute tension les ligaments utéro-sacrés et empêche ainsi leur fatigue.

a) Traitement de l'ectropion post-partum compliqué ou non d'endocervicite.

Dans les formes légères, on emploie les attouchements à la créosote, à l'oleum juniperi, à la glycérine iodée à 1/10, après une irrigation intra-utérine chaude. Dans l'intervalle des pansements, on fait un tamponnement intra-utérin.

Dans les formes graves, on ouvre les kystes, on fait le hersage suivi ou précédé de la dilatation prolongée du col.

b) Traitement des déviations et du prolapsus.

On peut employer le massage, l'électrothérapie, l'hydrothérapie, l'application du pessaire.

c) Traitement de la subinvolution utérine.

Ce traitement doit être prolongé et consister dans l'emploi d'injections intra-utérines chaudes, du massage et du tamponnement vaginal aidés de l'hydrothérapie.

d) Traitement de l'éventration.

On met en œuvre la contension mécanique au moyen de ceintures appropriées. Rarement, le traitement chirurgical n'est utile.

M. Doléris résume son exposé statistique dans les conclusions suivantes :

Les accouchées non entièrement guéries qui sont soumises à un traitement rationnel et immédiat au sortir des maternités guérissent avec une extrême facilité par des moyens relativement simples et faciles de la pratique médicale courante.

Un petit nombre de cas seulement résistent à ce traitement et demandent une intervention chirurgicale.

Ces résultats heureux sont attribuables pour les cas d'inflammation persistante, post-infectieuse, à ce que les lésions sont encore localisées et superficielles et que le drainage utérin est assuré par le traitement jusqu'au retour des règles, moment critique par excellence ; pour les cas relevant du traumatisme obstétrical, à ce que le traitement est institué hâtivement pendant la période du travail d'involution, de suractivité trophique.—(*L'Obstétrique*).

LES ACCOUCHEMENTS RAPIDES OU NON SURVEILLÉS ET LEURS ACCIDENTS.

M. le Dr BONNEMAISON a fait sur ce sujet une étude statistique et médico-légale intéressante basée principalement sur des observa-

tions personnelles. Tout d'abord, il résulte de faits qu'il a réunis que la proportion des accidents en pareil cas est de 31,7 0/0 et seulement 14 0/0 pour les cas assez graves, fréquence qui se rapproche beaucoup de la moyenne habituelle. Mais le point de vue médico-légal se présente assez souvent dans ces cas. M. Bonnemaïson a montré en particulier combien le rôle du médecin légiste est délicat et comment il doit éviter en pareil cas des affirmations trop précises à moins de certitude absolue. Il est en effet souvent assez difficile de se prononcer sur ce point.

Lorsqu'on présente au médecin légiste un enfant qu'on suppose avoir été tué par sa mère après arrachement du cordon, il faudra qu'il se pose tout d'abord deux questions : le cordon a-t-il été rompu ou a-t-il été coupé ? Si le cordon a été coupé, fait qu'on reconnaîtra facilement à la section nette, la culpabilité de la mère ne pourra plus être mise en doute, elle ne pourra pas alléguer un besoin impérieux de défécation ayant amené l'expulsion de l'enfant dans la fosse. Mais la section n'est pas toujours nette, surtout si le cordon a été coupé avec un couteau ébréché ; toutefois, on pourra quand même voir s'il présente les déchirures habituelles de tout cordon arraché. Supposons que le cordon soit déchiqueté, que les vaisseaux soient recroquevillés, nous aurons trois autres questions à nous poser ? La rupture est-elle due, comme dit la parturiente, à un accouchement précipité dans la position verticale ? ou bien avons-nous affaire à l'un de ces cas curieux de rupture spontanée ? ou bien enfin y a-t-il un crime ? On sait que la rupture est possible dans la position verticale, quant à l'intention criminelle, bien qu'il soit très difficile de briser un cordon en tirant dessus, à cause de sa grande résistance, d'abord, puis à cause du peu de prise qu'on a sur lui, c'est quand même un fait très possible. Mais il y a des cas de fragilité naturelle et de rupture spontanée.

On croyait autrefois, d'après les travaux de Négrier, qu'un poids de 4 à 5 kilog. était indispensable pour rompre un cordon, puis Pfannhuck démontra qu'un poids de 1000 à 1500 gr. tombant d'une hauteur de 30 à 50 cent. suffisait pour le rompre. Trachet constata que les cordons tordus se brisaient plus facilement. Staes, dans sa thèse (Lille 1838, p. 49), remarqua que les cordons variqueux se rompaient sous l'influence de poids beaucoup moins considérables.

Dans une communication à la Société de médecine légale, Budin admit la possibilité des ruptures du cordon sous la seule influence de la contraction utérine et de l'effort, qui lanceraient le tronc du fœtus au dehors, et cita quatre observations de cordons rompus pendant la période d'expulsion. Nœgelé et Devilliers ont même cité des cas de femme ayant accouché au lit, couchées, et dont les cordons furent partiellement déchirés ; Rigby a observé dans les mêmes conditions une déchirure complète.

M. Bonnemaïson a encore trouvé sept cas de rupture spontanée du cordon, ce n'est donc pas un accident rare.

Ainsi, dans sa thèse (Paris 1838), Lamare cite le fait suivant : le cordon roulé autour du cou se rompt lorsque l'élève essaie de le dégager, et sans avoir employé de grands efforts.

Dans sa thèse sur la brièveté du cordon, Leray cite deux cas de

M ygrier : 1° Une femme, secondipare, est amenée à la maternité de la Pitié, le 2 février 1887. Cette femme, domestique, arrivée au terme de sa grossesse et ressentant les premières douleurs de l'accouchement, se rend à pied à l'hôpital pour y accoucher, lorsqu'elle se sent prise de syncope et tombe sur le sol, où elle accouche sans connaissance. L'enfant était vivant, entre ses jambes; le cordon rompu au niveau de l'insertion placentaire mesurait 14 centimètres.

Un autre cas de Maygrier, publié aussi dans le *Progrès Médical*, 1888, a trait à une femme ayant accouché chez elle. Pendant la période d'expulsion, elle était couchée sur le dos, poussant vigoureusement. À un dernier effort, la tête sortit brusquement, bien qu'elle fut soutenue par la sage-femme, et l'enfant fut projeté sur le lit. À cet instant, le cordon se rompit. Cette rupture se produisit dans le vagin à 10 cm. de l'insertion placentaire. Le cordon était un peu gras, mais de longueur et gros-seur normales. Pas de circulaires. Pour effectuer la délivrance, la sage-femme fut obligée d'introduire la main dans le vagin, et de saisir le placenta.

Il y a encore d'autres cas : ces exemples suffisent à prouver que les ruptures spontanées du cordon existent et il ne faut pas oublier d'y songer, chaque fois qu'on est en présence d'un cas où l'infantide par arrachement du cordon est mis en cause.

(*Journal de Médecine.*)

NOMINATIONS MÉDICALES.

Le Dr Aldège Ethier a été nommé dernièrement médecin-interne à l'Hôpital Notre-Dame, en remplacement de M. le Dr Amédée Lamarche, décédé. Le Dr Alfred Lespérance, de Sherbrooke, a été nommé assistant interne à la même institution. Enfin, M. le Dr Paul Emile Prévost vient d'être nommé compilateur des statistiques au Conseil d'Hygiène de la Province. Nos félicitations.

Les procès-verbaux, mémoires et discussions du Onzième Congrès de Chirurgie, tenu à Paris en Octobre dernier par l'Association Française de Chirurgie, viennent de paraître chez l'éditeur Félix Alcan. (1 vol. gr. in-8° de 960 pages, avec de nombreuses gravures, 20 fr.)

Les questions de l'ordre du jour de cette session étaient : 1° Des contusions de l'abdomen; 2° Indications opératoires et traitement du cancer du rectum.

Aux nombreuses communications et discussions se rattachant à ce programme, se sont ajoutées les observations présentées par les membres du Congrès sur les cas les plus intéressants de leur pratique chirurgicale.

Toutes ces communications ont prouvé que la chirurgie française continue à se tenir à la hauteur de tous les progrès, outre ceux qu'elle a réalisés, grâce à l'habileté et à la science de ses praticiens.

Le 12me Congrès s'ouvrira à Paris, à la Faculté de Médecine, le lundi 17 Octobre, sous la présidence de M. le professeur Le Dentu.

REVUE D'HYGIÈNE

SUR LA PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE.

Rapport présenté à l'Académie de Médecine, dans la séance du 3 mai 1898.

Par M. le Prof. GRANCHER.

II

La tuberculose dans la famille.

(Suite).

L'un et l'autre sont d'accord sur les points principaux. Ils ont employé et continuent à employer, mais seulement quand tous les moyens de diagnostic ont échoué, la tuberculine; et ils croient qu'on pourrait se servir d'elle *dans les établissements de tuberculeux*, sous un contrôle sévère et vigilant, mais très exceptionnellement dans la clientèle, et encore avec un médecin très expérimenté et l'autorisation formelle du patient. M. Epstein n'a pas vu d'inconvénients ni d'accidents, mais Escherich croit avoir observé, chez des adultes, la tuberculine étant employée à dose thérapeutique, des réactions violentes avec augmentation passagère du nombre des râles et de la matité, et aussi de la cyanose, de l'ascite et une ou deux fois une aggravation dans la marche de la maladie.

Bref, MM. Escherich et Epstein, tout en reconnaissant que l'injection diagnostique de tuberculine leur a rendu souvent de précieux services, la considèrent comme un réactif délicat à manier et dont il faut savoir varier la dose en tenant compte de la sensibilité et de l'accoutumance de chaque malade. Il ne faut donc pas songer à son emploi habituel dans la pratique.

C'est aussi l'opinion de M. Grasset, qui a bien voulu me l'écrire, et de M. Hutinel.

Dans sa dernière communication sur une nouvelle tuberculine T. R., M. Koch dit que M. Nietner a fait des recherches concernant plus de mille cas d'injection de tuberculine chez l'homme dans un but de diagnostic précoce de la tuberculose. J'ai écrit à Mr le Dr Nietner, mais je n'ai pas eu de réponse.

Donc, jusqu'à plus ample informé, et parce que la dose de la tuberculine nécessaire à la réaction varie beaucoup—d'où cette conséquence qu'on peut rester au-dessous de la dose nécessaire et méconnaître une tuberculose qui existe; cela est arrivé notamment à M. Grasset—et parce que la tuberculine n'est pas toujours sans inconvénient, il faut renoncer à ce procédé de diagnostic.

Il faut renoncer, *a fortiori*, à l'emploi des sérums préparés ou artificiels, surtout depuis que M. Hutinel a publié un cas de mort et un autre accident grave à la suite d'injection d'eau salée chez des tuberculeux.

Restent les rayons X. Notre collègue, M. Bouchard, a, le premier, je crois, attiré l'attention sur le parti qu'on pourrait tirer de la découverte de Röntgen pour le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. Plus récemment, M. Kelsch et, entre temps, divers médecins, ont publié des observations tendant aux mêmes conclusions, à savoir que l'auscultation, dans certains cas, est primée par la radiographie. Ce sont là des faits encore trop récents et trop peu nombreux pour autoriser autre chose que des espérances.

Le médecin doit donc compter avant tout sur les moyens cliniques qui ont fait leurs preuves, pour formuler diagnostic, traitement et prophylaxie.

Il me reste à chercher si le médecin—je parle de celui qui fait ses études et passe ses examens depuis dix ans—reçoit sur ce point capital l'instruction nécessaire, et je suis obligé de reconnaître qu'il n'en est rien. Combien, parmi ceux qui prennent chaque jour leur diplôme de docteur, sont capables de pratiquer un examen bactériologique des crachats et reconnaître avec certitude le bacille tuberculeux? C'est la petite, très petite minorité. Et ils ne savent pas beaucoup mieux quels conseils de préservation et de prophylaxie ils doivent donner aux familles, car ils traitent volontiers l'hygiène comme une science secondaire *ou qui se sait a priori*, sans étude et sans efforts. C'est là, il faut en convenir, une mauvaise préparation à la mission si délicate et si ardue à laquelle nous les convions tout à l'heure. Comment auront-ils l'ascendant nécessaire pour vaincre les répugnances et l'apathie naturelles, si leur conscience et leur conviction ne sont pas solides sur cette question de la contagion et de son mode, et s'ils sont incapables de reconnaître eux-mêmes l'heure où commence ce danger, l'heure où le bacille est mis en liberté?

Il y a sur tous ces points dans l'enseignement aussi bien que dans les examens probatoires, une réforme qui s'impose. Pourquoi, par exemple, puisqu'il existe une preuve d'histologie normale au deuxième examen de doctorat où l'étudiant doit reconnaître au microscope un globule sanguin, un muscle, etc., ne pas lui demander, à l'examen de thérapeutique et d'hygiène, de reconnaître un bacille tuberculeux, diphtérique ou typhique? Rien n'est plus facile et rien n'est plus nécessaire que cette épreuve. Que si on objecte qu'il faudra créer de nouveaux laboratoires, je réponds qu'il existe dans chaque hôpital, presque dans chaque service des laboratoires très suffisants pour cela. Il suffit que l'étudiant *le veuille pour l'apprendre*. Voilà tout; mais il ne le voudra que si on ne l'y oblige par l'examen.

Cette réforme dépend, il est vrai, beaucoup plus des Facultés que de l'Académie, qui n'a pas charge d'enseignement, mais, par le fait même que l'Académie approuvera ce rapport, elle donnera beaucoup de poids aux désirs qui y sont formulés. Si notre compagnie, Messieurs, proclame que la lutte contre la tuberculose, dans la fa-

mille, relève du MÉDECIN, dont le devoir est de traiter le malade aussitôt que possible et en même temps de préserver l'entourage, si elle incite nos Facultés à renforcer sur ce point l'instruction des étudiants, elle aura fait œuvre utile ; elle aura fait du moins ce qu'elle peut

Et si votre commission m'a permis de tant insister sur la *Tuberculose dans la famille*, c'est qu'elle pense qu'on n'aura rien fait tant qu'on n'aura pas modifié radicalement les habitudes traditionnelles de pessimisme et d'abandon dans le milieu familial. La tuberculose est si répandue qu'il n'y a presque pas de familles où on ne compte quelques tuberculeux au cours d'une génération. C'est là d'abord qu'il faut l'attaquer si on veut la réduire, et, à l'heure, actuelle, on ne le peut que par le médecin.

J'ai dit déjà pourquoi nous ne pouvons compter ni sur une législation spéciale, ni même sur la déclaration obligatoire. Outre qu'il faudrait mobiliser une armée de désinfecteurs, la désinfection n'est pas, en matière de tuberculose, le moyen prophylactique de choix. Elle arrive trop tard et trop rarement, après la souillure, c'est-à-dire le crachat sur le plancher ou sur les linges : le crachoir de poche et d'appartement y suffirait s'ils entraient résolument dans nos mœurs. Mais qui peut les imposer, sinon le médecin ?

La *déclaration non pas obligatoire*, mais facultative et faite avec l'autorisation de la famille par le médecin, pourrait rendre aussi de grands services si elle aboutissait à l'obtention d'un crachoir de poche et de quelques désinfectants pour les familles nécessiteuses. Il faudrait que cette petite dépense pût être couverte par le budget communal, et cela ne semble pas impossible, car la future loi sanitaire prévoit l'existence de ce budget.

Quant à la désinfection du logis, elle viendrait utilement, à de longs intervalles ou après décès ; c'est tout ce qu'on peut lui demander. On ne peut, à cet égard, mieux faire que ce qui se fait actuellement dans le sanatoria pour tuberculeux. Outre le crachoir de poche, dont l'usage est réglementaire, outre la défense de cracher sur le sol ou sur le parquet, sous peine d'expulsion, chaque chambre est, par précaution, désinfectée après le passage de chaque malade. Il va de soi que le balayage est rigoureusement interdit et remplacé partout par le lavage à l'éponge, à la serviette ou à la serpillière humide.

Dans ces conditions, le sanatorium, loin d'être un lieu de contagion comme on l'a cru longtemps, comme quelques municipalités le croient encore, par erreur, est un foyer de salubrité où les tuberculeux non seulement se soignent et guérissent en grand nombre, mais apprennent à se soigner sans semer autour d'eux, dans leur famille, quand ils y reviennent, les germes de leur maladie. Ils sont ainsi très souvent d'excellents éducateurs pour d'autres tuberculeux à qui ils enseignent fort bien et le traitement et la prophylaxie. Cela ne remplace jamais le médecin, mais leur exemple est souvent plus et mieux suivi que le meilleur conseil.

Telle est la confiance que doit inspirer, à mon avis, un bon sanatorium, que je comprends mal qu'on se préoccupe à son égard,

comme on le fait encore, de la direction dominante des vents par rapport à la ville voisine qui, quelle que soit sa position, n'a vraiment rien à redouter du transport à distance du bacille de Koch. Celui-ci, à supposer même que les crachats soient tombés sur le sol, est rapidement détruit par la lumière ; mais dans un sanatorium bien tenu, il est détruit par l'ébullition ou par le feu. Cela vaut mieux que de le rejeter au loin avec les eaux des latrines, qui s'écoulent dans un grand fleuve voisin ou servent à l'épandage et à la culture après décantation et action du sulfate d'alumine.

Les statistiques de Brehmer, de Rompler, de Nahn sur la mortalité de la population des villages de Gærbersdorf et de Falkenstein avant et après la création des Sanatoria, prouvent que le voisinage du sanatorium est plutôt salubre, puisque la mortalité par tuberculose et la mortalité générale ont diminué progressivement.

On sait du reste que Cornet, Lalesque et Rivière, etc., n'ont pas trouvé de bacilles dans les poussières des chambres habitées par des tuberculeux disciplinés.

Ce que je viens de dire des stations de Falkenstein et de Gærbersdorf, je voudrais pouvoir le dire des stations hivernales de la Méditerranée, par exemple, où tant de tuberculeux viennent chercher la guérison. Mais outre que la population de quelques villes du littoral aurait vu croître le nombre de ses tuberculeux, on est forcé de reconnaître que, malgré les efforts récents des médecins, des municipalités et des hôteliers, il reste encore beaucoup à faire pour supprimer la contagion. Sans doute les malades sont ici la cause consciente ou inconsciente du mal, par leur indiscipline ou leur imprudence, mais les médecins doivent agir sans relâche pour obtenir d'eux l'usage constant du crachoir de poche, les hôteliers veiller à la destruction des crachats et à la désinfection de leurs chambres, les municipalités assurer l'écoulement rapide des eaux usées, à la mer, loin du rivage, etc.

Malgré tous ces efforts combinés, la cure et la prophylaxie de la tuberculose *ouverte*, à l'hôtel, à côté du casino et du théâtre, ne seront jamais assurés comme au sanatorium ou même comme dans la famille ; et je partage l'avis du Dr Frémy, de Nice, qui voudrait voir réserver ces stations aux suspects et aux convalescents, c'est-à-dire aux tuberculeux fermés.

III

La tuberculose dans l'armée.

Ce chapitre n'ayant qu'un intérêt fort général pour nos lecteurs, nous nous contenterons d'en donner un court résumé.

Après avoir rappelé que l'emploi de la tuberculine et la pleissimétrie n'ont pas donné de bons résultats dans la recherche de la tuberculose chez les conscrits, le professeur Grancher explique que la prophylaxie de cette maladie doit être basée simplement sur les deux points suivants :

- 1^o Sélection plus rigoureuse du soldat.
- 2^o Assainissement de la caserne.

Le conscrit, ayant subi deux examens sommaires, l'un devant le conseil de révision, l'autre à la visite du départ, n'est examiné d'une manière complète et satisfaisante que lors de son arrivée au régiment, à la visite d'incorporation. Le médecin major rejettera tous les soldats vraiment atteints de tuberculose, et tous ceux qui offrent des signes généraux et locaux d'une tuberculose imminente et prochaine. Les cas simplement suspects devront subir un commencement d'entraînement militaire, ce qui bien souvent sera très bénéficiaire à leur santé. Le conseil de réforme, qui siège tous les mois, jugera en dernier ressort.

Le professeur Grancher suggère que l'avis des médecins soit pris en sérieuse considération par les officiers de ce conseil, et que tout soldat ayant dans ses crachats des bacilles de Koch soit réformé. Dès que la tuberculose pulmonaire est ouverte, elle devient dangereuse pour les voisins, et la contagion est possible.

Pour éviter que cette contagion ait lieu, il faut : 1° enlever tout tuberculeux qui crache ; 2° si la chose est impossible, supprimer les crachats et la poussière à l'aide des crachoirs antiseptiques et du lavage des planchers avec de la sciure de bois mouillée et phéniquée. Il y a tout intérêt à ce que les planchers soient coaltarés ou paraffinés.

IV

La tuberculose dans l'école, l'atelier, le magasin, etc.

Que les enfants soient très souvent la proie de la tuberculose, c'est un fait non douteux, et certaines statistiques relèvent une mortalité prédominante à la fin de la première année et au cours de la première et deuxième année ; puis la fréquence de la tuberculose diminuerait rapidement de trois à cinq ans, et surtout de six à dix ans, pour prendre ensuite un chiffre moyen jusqu'à l'extrême vieillesse. Un second fait également certain est la fréquence de la tuberculose des ganglions médiastinaux chez les enfants. Les statistiques varient, mais descendent rarement au-dessous du tiers de la moitié des cas de tuberculose où la lésion des ganglions bronchiques existait en même temps qu'une autre lésion. Quelques-uns vont beaucoup plus loin ; Frobelius a constaté la tuberculose des ganglions bronchiques dans les 99 p 100 des cas de tuberculose infantile ; Rilliet et Barthez dans les $\frac{2}{3}$ des cas ; Hénoch dans la règle et sauf de rares exceptions. C'est aussi ce que nous avons vu à l'hôpital des Enfants avec nos élèves. Et, comme il arrive souvent que quelqu'un de ces ganglions est caséux à l'autopsie, on en conclut avec vraisemblance que ce ganglion a été la cause de l'infection voisine ou éloignée d'un organe ou de tout l'organisme. Un troisième fait enfin, que je conçois volontiers à Baumgarten, à Verneuil et à M. Kelsch, c'est la fréquence de l'état latent de cette tuberculose infantile des ganglions bronchiques.

Baumgarten et Verneuil croient que cette latence peut durer toute la vie si aucune circonstance pathologique accidentelle ne vient provoquer son éveil et la mise en train du bacille immobilisé.

Je crois aussi très volontiers cela. Je crois même que cette tuberculose rétrocède et guérit *naturellement* très souvent et dans un grand nombre de ganglions bronchiques, comme nous la voyons guérir si souvent dans les ganglions sous-maxillaires ou mastoïdiens, soit par une évolution régressive spontanée, soit par l'action thérapeutique de la mer, de l'huile de morue, de l'arsenic, etc.

Faut-il aller plus loin et conclure avec Baumgarten que cette tuberculose de la première enfance est héréditaire, paternelle ou maternelle, et qu'elle peut sommeiller une ou deux générations sans jamais perdre son caractère initial de *tuberculose héritée*? Pour soutenir cette opinion à l'encontre de celle des contagionistes, Baumgarten s'appuie sur cette fréquence et sur ce siège ganglionnaire ou osseux qui lui semble prouver une origine sanguine ou lymphatique et une filiation ovulaire ou placentaire.

Mais combien d'arguments ne peut-on pas opposer à la thèse de Baumgarten? et aussi, combien de faits se tournent contre lui? A-t-il expliqué d'abord la rareté vraiment remarquable de la tuberculose fœtale et aussi cette même rareté pendant les six premiers mois de la vie? Non certes, car son affirmation que le terrain est mauvais à cet âge pour le bacille est contredite par les faits de tuberculose fœtale plus fréquente qu'on ne le croyait il y a quelques années, et chez l'homme et chez les animaux. Bang, pour ne citer que lui, m'écrit qu'il a déjà vu, depuis 1894, 84 cas de cette nature chez des veaux nouveau-nés, et Klep recommande de chercher dans les ganglions rétrohépatiques, où l'on trouve assez souvent, dit-il, le bacille cantonné dans ces ganglions. Il en conçoit même à un troisième mode d'infection par les voies digestives du fœtus.

En outre, les expériences très nombreuses d'un grand nombre de vétérinaires et de médecins sur de tous jeunes animaux: veaux, porcs, chats, lapins, cobayes, etc., ont toujours démontré, chez ces êtres nouveau-nés, une susceptibilité beaucoup plus grande que dans l'âge adulte à l'inoculation et à la germination du bacille tuberculeux. Il n'y a donc aucune *immunité de jeune âge*, comme le croyait Baumgarten; au contraire.

Quant à la fréquence de la tuberculose après cette période, elle s'explique tout aussi bien par la contagion familiale que par l'hérédité. Holtz fait même cette remarque très judicieuse que le maximum de fréquence, de un à deux ans, s'explique tout naturellement parce fait qu'à cet âge les enfants, qui ne marchent pas encore, vivent rampant sur le sol, soulevant la poussière et s'infectant à coup sûr si la terre ou le parquet est souillé.

Baumgarten argue encore de ce fait, que les ganglions bronchiques sont atteints et que cependant la lésion initiale des bronches et du poumon manque le plus souvent. On pourrait lui répondre, avec Parrot, que cette lésion du parenchyme manque souvent à l'autopsie, si on ne la recherche pas avec assez de soin. C'est ce que vient de démontrer M. Küss dans une thèse très étudiée où la loi des adénopathies similaires de Parrot gouverne, sans exceptions, la pathologie pulmonaire. Mais fit-elle défaut quelques fois, cela n'aurait rien qui put nous étonner, car nous savons que la pénétration du

bacille de Koch peut se faire par les surfaces buccales, pulmonaires, intestinales, celles-ci restant en apparence ou redevenant saines. Alors le bacille se cantonne dans les ganglions mésentériques par exemple. C'est un fait que Cornil et Dobroklonsky ont vu, que j'ai vu aussi maintes fois sur des cobayes ou des lapins nourris avec du lait bacillifère. Du reste, plus l'être est jeune, et plus sa circulation lymphatique, pulmonaire surtout, est active. Lors de mes recherches sur les lymphatiques des poumons je ne réussissais l'injection que sur les poumons de tout jeunes enfants.

Alors, dans la première année surtout, les poumons sont comme une éponge lymphatique qu'une simple piqure injecte quelquefois en bloc; à cet âge, la circulation lymphatique du lobule pulmonaire est si intense, ses vaisseaux blancs sont si largement ouverts qu'on comprend très bien le transport facile et rapide des bacilles ou de leurs spores jusqu'aux ganglions, sans lésion du parenchyme.

Il n'est pas jusqu'à cette prédilection si extraordinaire de la tuberculose infantile pour les ganglions bronchiques qui ne prouve en faveur de la contagion par voie pulmonaire et *inhalation*. Car Klepp, que je citais tout à l'heure, a trouvé que, chez les veaux du moins, la tuberculose fœtale a une prédilection pour les ganglions rétrohépatiques et non pour les ganglions péri-bronchiques.

Toutefois, l'argument capital contre l'opinion de Baumgarten a été fourni par notre collègue, M. Nocard, et il est emprunté à la pathologie vétérinaire. On sait la fréquence de la tuberculose des bovidés adultes. Elle varie, selon les pays, de 3 p. 100 à 16 p. 100 et plus, et, dans certaines étables, M. Nocard a trouvé, réagissant à la tuberculine, 50, 60 et 80 p. 100 de l'effectif total. C'est le contraire pour les veaux nouveau-nés, qui, même en Saxe où la tuberculose des bovidés adultes semble atteindre son maximum, ne sont tuberculeux de naissance que dans une proportion infime, égale à 0,013 p. 100 et au plus à 0,64 p. 100—nous sommes loin du premier chiffre. Or, il suffit d'éloigner ces jeunes veaux, *non tuberculeux, quoique nés de mères tuberculeuses* pour les voir échapper indéfiniment à la maladie.—En octobre 1892, M. Nocard a fait l'épreuve sur une vacherie où, sur 105 sujets, 55 étaient tuberculeux (46 adultes sur 77!) En faisant la sélection, dans cette vacherie infectée, des jeunes veaux non tuberculeux qui furent mis à part dans une étable saine, M. Nocard n'a vu aucun de ces animaux devenir tuberculeux dans les trois et quatre années qui ont suivi.

Si la tuberculose ne s'est pas développée, ce n'est donc pas à cause de l'immunité du terrain, comme le croit Baumgarten, puisque les nouveau-nés issus de mères tuberculeuses sont devenus adultes à leur tour, sans tuberculose; c'est que la contagion avait été supprimée.

Que si on objectait, malgré les lois de la pathologie générale et l'identité des deux tuberculoses humaine et animale, que les enfants se comportent autrement que les bovidés, il serait facile de répondre, au contraire, que la meilleure manière d'éviter, pour un enfant issu de mère tuberculeuse, la tuberculose, c'est de le séparer de sa mère. Déjà Epstein, avant la découverte du bacille de Koch, avait dit que,

en quatre ans, il n'avait trouvé aucun cas de tuberculose dans l'Orphelinat de Prague, tandis que Frobilus nous montre l'asile de Saint-Petersbourg décliné par la tuberculose infantile dès les premiers mois de la vie. Comment expliquer cette différence ? Cela tient uniquement à ce que, à Prague, les mères ont été immédiatement séparées de leurs enfants et que ces derniers ont été confiés à des nourrices saines. Stich et Bollinger ont cité des exemples semblables d'exemption de tuberculose pour les asiles de Nuremberg et Munich.

Beaucoup de faits particuliers que chaque médecin a pu observer dans sa clientèle parlent dans le même sens, à savoir en faveur de l'*action prédominante de la contagion*. Quel médecin n'a rencontré des tuberculeux issus de parents et de grands-parents sains ? Et, combien d'enfants, préservés de la contagion par la mort du père ou de la mère tuberculeux, ne deviennent jamais tuberculeux !

Je ne parle que pour mémoire des tentatives presque toujours infructueuses de la pathologie expérimentale s'efforçant de démontrer le transport du bacille de la mère au fœtus ; et ces expériences ont bien leur valeur cependant.

Concluons donc que si le rôle de l'hérédité du germe a été, un instant, un peu trop diminué, et que si l'infection fœtale est possible, elle est rare cependant et ne joue pas dans la propagation, dans l'extension de la tuberculose, le rôle principal. Celui-ci appartient à la contagion, beaucoup plus facile et fréquente que nous ne pouvons l'imaginer.

Revenons maintenant à l'école.

Il est rare que les enfants qui fréquentent l'école primaire aient une tuberculose dangereuse pour leurs camarades. De six à dix ans, et même de six à dix-sept ans, la tuberculose est peu commune, et surtout les enfants crachent peu ou ne crachent pas, même avec de fortes lésions pulmonaires. Cependant, à titre de précautions et aussi pour leur donner de bonne heure de bonnes habitudes, il conviendrait d'afficher dans toutes les écoles cet avertissement, dont le premier terme s'adresse surtout aux écoliers, et le deuxième à l'institutrice : *Défense de cracher par terre et de balayer à sec*. Si, sur l'avis du ministre de l'Instruction publique, les inspecteurs d'Académie invitaient tous les maîtres et maitresses à faire afficher cette instruction sommaire, dont l'utilité pourrait leur être expliquée par une circulaire qui dirait notamment comment le plancher doit être lavé, il en résulterait un grand bien. Il va de soi que les maîtres doivent donner l'exemple et que si, comme il arrive assez souvent, ils sont tuberculeux eux-mêmes, leur premier devoir est de ne pas infecter les enfants qui leur sont confiés.

Dans les *lycées et collèges*, les élèves déjà plus grands ont plus souvent une tuberculose *ouverte*, et, sans préjudice de l'avis ci-dessus énoncé et tout aussi utile dans une école supérieure que dans une primaire, il convient ici que le médecin, à défaut du règlement intérieur, muet sur ce point, intervienne et fasse comprendre à la famille que le travail et la discipline du lycée sont incompatibles avec les soins à donner à une maladie sérieuse des bronches ou du poumon.

En conséquence, les parents reprendront leur enfant, au grand bénéfice du malade et de ses camarades.

Déjà, les choses se passent ainsi, presque toujours, sur les instructions de M. le recteur, au moins dans l'Académie de Paris. Il est très désirable que ces mesures humaines et prudentes soient généralisées et que tout élève dont la tuberculose est *ouverte* et les crachats bacillifères, soit rendu à sa famille.

Les *ateliers* ne peuvent être soumis à une règle aussi facile et aussi douce. Comment congédier un ouvrier qui est devenu lentement tuberculeux, qui résiste à sa tuberculose, qui peut continuer son travail et dont le travail est la seule ressource de toute une famille ? Et le cas se présente plus souvent qu'on ne le croit, de ces tuberculeux qui, après avoir fléchi un instant sous les coups du bacille, lui résistent et continuent leur profession, surtout si celle-ci est peu fatigante et sédentaire. Ces tuberculeux, dans la famille, dans l'atelier, dans toutes les réunions d'êtres humains, sont même les plus dangereux. Ils participent à la vie commune pendant des années, émettent inconsciemment des milliards de bacilles, souillent tout autour d'eux et sont la cause la plus puissante de contagion. C'est le devoir strict du patron et du chef d'atelier de connaître ce danger et d'y parer. L'instruction portant qu'il est défendu de cracher sur le sol et de balayer à sec sera affichée partout, et des crachoirs communs, placés à 1 mètre du sol, sur un support fixe ou mobile, contenant dans leur fond une solution phéniquée à 5 p. 100 colorée, ou, plus simplement, un peu d'eau, seront disposés dans l'atelier en assez grand nombre pour que tous les ouvriers puissent s'en servir. Le modèle actuellement en usage dans nos pavillons de tuberculeux et que M. Lequeux a construit sous la direction de M. Thoinot, est particulièrement propre à cet usage.

Quant à se servir de ce crachoir et à éviter le balayage et les poussières, c'est affaire de discipline intérieure où le patron et tous les ouvriers sont intéressés. Le jour où chacun d'eux sera convaincu du péril que les infractions à ces règles d'hygiène lui font courir, verra triompher ces habitudes de *propreté*, sauve-garde de la santé commune.

En attendant, il appartient aux médecins inspecteurs de ces ateliers, de ces usines, où vivent en commun une foule d'ouvriers, de dire ce qu'il convient de faire, et d'exercer une pression morale suffisante pour être obéis.

Les *magasins*, les *grands magasins* surtout, où le flot des visiteurs incessamment renouvelé agite et maintient en suspension un nuage de poussière, sont particulièrement dangereux. J'en connais un pour ma part, où un employé d'un rayon d'ameublement, venu pour me consulter, me raconta qu'il ne comprenait pas comment plusieurs de ses camarades avaient déjà succombé à la phtisie. Il était phtisique lui-même et crachait naturellement sur le plancher. Je connais un des chefs de ce magasin et lui montrai le danger de cette incurie pour ses employés, pour les visiteurs, pour les chefs eux-mêmes. Je ne fus ni compris ni écouté. Il eût fallu tout changer, laver au lieu de balayer, ventiler tous les étages, qui ne le sont presque jamais

comme il convient, ni le jour ni la nuit; il eût fallu installer des crachoirs quand la place manquait pour les articles de la maison! etc.... Le magasin resta ce qu'il était, ce qu'il est toujours, comme tous ses pareils: un milieu de contagion fort nuisible. Quelques-uns cependant nettoient le parquet avec de la sciure de bois humide. Mais ce nettoyage devrait être renouvelé au moins deux fois par jour, et des écriteaux bien en vue, et défendant de cracher par terre, devraient être affichés partout.

Votre commission pense que l'Académie, en signalant, sans se lasser jamais, le danger des crachats et des poussières de crachats dans toutes ces réunions d'hommes: ateliers, magasins, théâtres, etc., obtiendra peut-être avec le temps, la suppression de ces coutumes détestables et l'application des règles de l'hygiène élémentaire, c'est-à-dire de *propreté*, qui sont, en matière de tuberculose, la sauve-garde de chacun; car il n'est personne qui ne soit directement ou indirectement intéressé à la bonne tenue de ces lieux publics, où il ne devrait pas être permis à un tuberculeux d'ensemencer sa maladie.

(A suivre.)

De la conduite à tenir dans les affections aiguës de la peau—C'est surtout dans les poussées inflammatoires du côté de la peau qu'une thérapeutique intempestive peut donner un coup de fouet. En pareille occurrence, il est bon d'avoir présents à l'esprit les sages conseils que le Dr PRÉVOST donne dans la *Clinique de Montréal*.

Dans l'état aigu d'une maladie de la peau, dit-il, quelle que soit la maladie, il ne faut jamais faire usage de pommades. Il faut d'abord calmer l'état aigu par l'emploi des émoullients, des compresses antiseptiques, des cataplasmes, et arriver graduellement à prescrire des pommades douces qu'on pourra faire alterner avec un cataplasme de fécule froide, une bande de caoutchouc. Le traitement externe ne peut suffire, il faut instituer un traitement interne et un régime souvent sévère. C'est à ce seul prix et après une patience longue et raisonnée que le succès couronnera souvent les efforts du médecin.

(L'Abeille Médicale.)

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Directeur-Gérant : - - - - Dr J. B. A. LAMARCHE

Rédacteur en chef : - Dr E. P. BENOIT

MONTRÉAL, OCTOBRE 1898

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

BUREAU PROVINCIAL DE MÉDECINE.

Québec, le 28 septembre 1898.

L'assemblée régulière de septembre du Bureau Provincial de Médecine s'est tenu aujourd'hui à Québec, dans les salles de la Faculté de Médecine de l'Université Laval.

Sont présents : les docteurs E. P. Lachapelle, président; Robert Craik et Laurent Catellier, vice-présidents; A. R. Marsolais, registraire; A. Jobin, trésorier; J. P. Boulet et J. A. MacDonald, secrétaires, et MM. les gouverneurs J. E. Baril, S. Bolduc, M. S. Boulet, T. L. Brown, M. Brophy, F. W. Campbell, L. J. V. Cléroux, J. Constantin, C. L. Cotton, C. Cypihot, A. Demers, J. I. Desroches, F.-X. J. Dorion, Hon. R. Fiset, T. Fortier, Chs. E. Gingras, S. Girard, P. E. Grandbois, J. A. Ladrière, H. Lafleur, N. McConnell, Hon. D. Marsil, Chs. Marshall, L. P. Normand, E. F. Panneton, P. Pelletier, E. H. Provost, E. L. Quirk, L. J. A. Simard, L. J. O. Sirois, Eug. Turcot, A. Vallée, A. N. Worthington.

La séance s'ouvre à dix heures et quart sous la présidence de M. le Dr E. P. Lachapelle, président.

Le Dr J. P. Boulet agit comme secrétaire.

Lecture est donnée des minutes de l'assemblée ordinaire du 6 juillet dernier et de l'assemblée spéciale du 13 juillet.

M. le trésorier présente son rapport, lequel est adopté.

En voici le sommaire :

Etat financier du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

PRÉAMBULE.

| | |
|--|-----------|
| 12 Juillet 1898. Après audition : Balance en caisse..... | \$7732 49 |
| 12 au 14 juillet 1898. Payé par le Dr L. LaRue (ex-trésorier). | \$ 270 44 |
| | <hr/> |
| Ballance..... | \$7462 05 |

RECETTES.

| | |
|--|-----------|
| 4 Août 1898. Reçu du Dr L. Larue : Balance en caisse | |
| " Banque Nationale "..... | \$7462 05 |
| Honoraire des licences..... | 1100 00 |
| Examens préliminaires..... | 970 00 |
| Contributions annuelles..... | 66 00 |
| Balance remise par le Dr A. T. Brosseau..... | 136 00 |
| Remise par le Dr Austin..... | 50 00 |
| Intérêts sur dépôts..... | 6 76 |
| | <hr/> |
| | \$9790 81 |

DÉPENSES.

| | |
|---|-----------|
| Gouverneurs, honoraires d'assemblée..... | \$ 60 00 |
| Assesseurs, honoraires..... | 190 00 |
| A. Déom, agent et assistance à M. Girouard, salaire et commission..... | 225 00 |
| Annonces et impressions..... | 554 72 |
| Livres et reliures..... | 65 10 |
| Remises..... | 200 00 |
| Examineurs, honoraires et dépenses..... | 386 00 |
| Dr A. T. Brosseau : honoraires de secrétaire à juillet 1898..... | 250 00 |
| Assurance de garantie, prime pour 4 officiers. | 80 00 |
| Papeterie..... | 12 50 |
| Divers : timbres, voitures, étuis, etc..... | 11 00 |
| | <hr/> |
| | \$2034 32 |

Total des recettes : \$9790 81

Total des dépenses : \$2034 32

Balance en caisse : \$7756 49. Plus cinq actions de la Banque de Montréal, valant sur le marché à peu près 244, c'est-à-dire \$488.00 par action.

(Signé)

ALBERT JOBIN,

Trésorier du Collège des M. et C. P. Q.

M. le Dr L. J. A. Simard se lève alors et propose, secondé par les Drs M. S. Boulet et F. W. Campbell, qu'il soit résolu :

Que les membres du Bureau aient appris avec le plus grand plaisir que le gouvernement français a conféré au Dr E. P. Lachapelle le titre de chevalier de la Légion d'Honneur, et qu'ils désirent profiter de cette réunion pour lui offrir leurs plus sincères félicitations.

Adopté unanimement.

M. le président remercie en quelques mots.

M. le Dr F. W. Campbell propose, secondé par le Dr J. A. MacDonald :

Que M. le président soit autorisé à placer sur le cadre du portrait de S. Arnoldi, premier président du Collège,—portrait actuellement à l'Université Laval, à Québec, mais qui est la propriété du Collège—, une inscription portant son nom, la date de sa mort, et relatant le fait qu'il a été notre premier président.

Adopté.

Il est ensuite proposé par le Dr M. Brophy, secondé par le Dr Panneton :

Que le président et les vice-présidents, chacun dans son district, soient autorisés à faire prêter le serment et à délivrer la licence à ceux qui y ont droit après l'adoption du rapport du comité des créances.

Adopté.

L'Hon. Dr Marsil, appuyé par le Dr I. J. Desroches, donne avis qu'à la prochaine séance, il proposera qu'à l'avenir les candidats qui se présenteront devant le comité d'examens du Bureau Médical soient obligés de passer leur examen de clinique médicale et chirurgicale.

Le rapport du comité des créances est lu et adopté.

En voici la substance.

Les membres présents à la réunion du comité, le 26 du courant, étaient MM. les docteurs E. P. Lachapelle, président, L. Catellier, vice-président, L. J. A. Simard, ex-président, A. R. Marsolais, registraire, Albert Jobin, trésorier, J. P. Boulet et J. A. MacDonald, secrétaires, F. W. Campbell et H. Lafleur, ce dernier représentant l'Université McGill au lieu et place du Dr Craik, empêché de venir.

Les gradués dont les diplômes, brevets et autres qualifications ont été trouvés conformes aux exigences de nos règlements et qui ont droit à la licence du Collège, sont les suivants :

Archambault, Euclide ; Beaumier, Jos. Zéphirin ; Bégin, Wilfrid ; Boisvert, Chs. E. ; Boulanger, Théophile D. ; Byers, Gordon ; Carron, Frederick Burke ; Chrétien, Jean Rémi ; Cook, Edouard ; Dion,

Jules Alphonse ; Finnie, John H. ; Forbes, A. Mackenzie ; Geoffrion, Louis ; Lavoie, Jos. Ernest ; Leclerc, Louis ; Lemieux, J. P. Cyrinus ; Maranda, Herménégilde ; Peltier, Frs. Moïse ; Taschereau, Gustave Arthur ; Warren, David.

Les docteurs Edw. Archbald, Wm. Delaney et Edgar Turgeon ont déjà rempli toutes les conditions leur donnant droit à la licence, mais ne l'ont pas reçue. Elle devra leur être octroyée.

Devront subir l'examen professionnel : MM. les docteurs Roméo Beauchesne, Jos. Narcisse Boivin, Napoléon Boucher, Ernest R. Brown, Ernest S. Harding, Thos. Lovitt, Chs. B. Rouleau.

Les bacheliers qui se sont fait assermenter sur leur diplôme et ont droit à leur brevet sont les suivants : MM. Roméo Beauchesne, B. L. ; Jos. E. Bibaud, B. L. ; Jos. Dominique Achille Chouinard, B. L. ; Wm. LeMesurier Carter, B. A. ; Désiré Houde, B. L. ; Wilfrid Laberge, B. L. ; J. Albert Paquet, B. A. ; J. W. Léopold Ricard, B. L. ; J. Omer Royer, B. L. ; L. Dubois, B. L. ; Paul Emile Rochon, B. A. ; Edouard Verdon, B. A. ; Gabriel Brisset, B. A. ; Joseph Ayotte, B. L. ; Antonio Gauthier, B. L. ; Hubert Martel, B. L. ; Arsène Christin, B. L. ; Azarie Turcotte, B. L. ; Armand Beauséjour, B. A. ; Ernest Gagnon, B. L. ; Jos. L. L. Gagnon, B. L. ; Jos. Wilfrid Collerette, B. L. ; Hormisdas Ethier, B. A. ; Ernest Rudolf Brown, B. A. ; Ernest Stanley Harding, B. A. ; Wilfrid Comtois, B. L. ; D. Omer Choquette, B. L. ; Geo. Thibault, B. L. ; Olivier Demers, B. S.

Treize candidats se sont présentés à l'examen préliminaire. Quatre seulement ont été admis sur les lettres. Ce sont MM. Joseph Dobbin, J. A. Pilon, V. H. Cullen et Victor Painchaud.

Plusieurs candidats ayant payé l'honoraire soit pour l'examen préliminaire, soit pour la licence et ne s'étant pas présentés, le comité recommande l'adoption de la résolution suivante :

Résolu : Que le président soit autorisé à soumettre à l'appréciation de l'aviseur légal du Collège la question suivante :

“ Quand un candidat à l'examen préliminaire, à l'examen professionnel ou à la licence, renonce à passer cet examen ou à prendre cette licence, a-t-il droit à la remise complète de ses honoraires ou simplement à la moitié comme dans le cas d'insuccès ?

M. le président agira alors selon l'opinion émise par l'aviseur légal du Collège.—Adopté.

Le rapport du comité d'examen professionnel est lu et adopté.

Les examinateurs nommés par M. le président sont l'Hon. Dr D. Marsil pour la médecine opératoire et la gynécologie ; le Dr H. Lafleur, pathologie générale et chimie ; Dr N. McConnell, physiologie

et histologie normale; Dr A. Demers, pathologie interne; Dr L. J. A. Simard, ophtalmologie, otologie et laryngologie; Dr L. Catellier, pathologie externe; Dr A. Vallée, maladies mentales et nerveuses, médecine légale et toxicologie; Dr C. C. Sewell, tocologie; Dr I. J. Desroches, hygiène; Dr L. J. O. Sirois, maladies des enfants; L. J. V. Cléroux, matière médicale et thérapeutique; Dr Cotton, anatomie et bactériologie.

En l'absence du Dr Sewell, M. le Dr F. W. Campbell est prié d'examiner sur la tocologie.

Sept candidats se sont présentés à l'examen le 27 du courant, mais un seul a passé un examen satisfaisant et lui donnant droit à la licence: c'est M. Ernest Stanley Harding.

Lecture est donnée d'une lettre du président de l'Association pharmaceutique de la Province de Québec, laquelle se lit comme suit: Québec, 28 septembre 1898.

A Messieurs les Gouverneurs du
Collège des Médecins et Chirurgiens
de la Province de Québec.

Messieurs,

Comme la vente et l'emploi des médecines dont la formule est inconnue, augmente considérablement d'année en année, et que, dans un grand nombre de cas, ces médecines sont nuisibles à la santé publique, il est de la plus haute importance que la mise en vente de ces préparations soit contrôlée par le Gouvernement d'une manière plus efficace qu'elle ne l'est actuellement.

En conséquence, nous prions instamment le Collège des Médecins et Chirurgiens de nommer une commission chargée d'étudier cette question, et de faire rapport à la prochaine assemblée.

Les pharmaciens seraient heureux de prêter leur concours à cette commission. Les pharmaciens espèrent aussi pouvoir compter sur l'appui moral des médecins, pour empêcher aucune législation tendant à amender la loi actuelle, concernant la vente des drogues, etc., avant, au moins, que la commission que vous voudrez bien nommer ait fait son rapport.

Une délégation de l'Association de Pharmacie est à votre disposition, si vous désirez l'entendre.

Avec considération,

Votre dévoué,

(Signé)

R. W. WILLIAMS.

Président de l'Association Pharmaceutique
de la Province de Québec.

Une députation de la même association est également reçue pour le même objet.

M. le Président leur répond que c'est l'intention de ce Bureau de nommer un comité pour étudier des sujets identiques, et que les deux comités pourront s'entendre sur une action commune, si le besoin s'en fait sentir.

M. le Dr Baril donne avis qu'à la prochaine assemblée du Bureau provincial de Médecine, il proposera : Que ce Bureau prenne l'initiative d'un bill afin de faire décréter par le Gouvernement fédéral :

1° L'abolition du droit de fabrication, d'importation et de vente dans tout le Dominion, de remèdes secrets sous quelque forme que ce soit.

2° La révision de la liste des poisons et des substances agissant comme poisons dans certaines circonstances.

3° L'obligation, pour tout détenteur d'une marque de commerce ou d'un brevet protégeant la vente d'un remède contenant une ou des substances toxiques, d'indiquer sur le contenant ou l'enveloppe de tel remède le nom et la quantité proportionnelle de chacune des substances que ce remède contient ; la vente de tels remèdes devant être subordonnée à des règles établies par une commission médicale nommée à cette fin par les autorités provinciales.

A une heure après midi, sur motion des Drs D. Marsil et Desroches, l'assemblée s'ajourne jusqu'à deux heures.

Séance de l'après-midi.

A deux heures et quinze minutes la séance reprend son cours.

M. le Dr Marsolais donne lecture du rapport suivant :

RAPPORT SUR L'AUDITION PROJÉTÉE DES LIVRES DE L'ANCIEN BUREAU.

Je regrette, vu que tous les documents relatifs à l'administration des finances de l'ancien Bureau n'ont pas encore été remis au Bureau actuel, de ne pas pouvoir vous présenter aujourd'hui le rapport de l'audition qui aurait dû être faite par les auditeurs nommés le 13 juillet dernier.

Malgré ce contretemps néanmoins, je puis vous dire que le travail préparatoire à l'audition qui doit être faite par des comptables de profession est déjà assez avancé ; pour certaines parties même, telles que la perception des contributions annuelles—qui n'est pas la moindre—it est presque complété.

Un seul officier a refusé formellement de nous remettre ses livres de comptabilité, à l'exception toutefois des souches de reçus pour contributions annuelles, qu'il a données. M. le Dr J. M. Beausoleil, registraire sous l'ancien Bureau, prétend que ces livres avec les pièces justificatives jusqu'à la date de la dernière audition acceptée par le Bureau médical du temps, sont sa propriété privée et qu'il n'a pas à les remettre au bureau actuel. Il oublie évidemment que ces livres forment partie des archives du Collège des médecins dont ils sont la propriété indiscutable et que, par conséquent, le Collège a le droit de les réclamer.

Ce refus rend d'autant plus difficile la révision et la classification des documents actuellement en notre possession que l'ex-registraire, comme d'autres officiers d'ailleurs, outre les fonctions dévolues à sa charge, exerçait souvent les prérogatives de trésorier et, par là même, nous sommes privés d'un grand nombre de pièces nécessaires pour l'examen et pour l'audition de toute la comptabilité du Bureau.

Quant aux autres officiers, nous avons lieu de croire qu'ils nous remettront volontiers les quelques pièces qu'ils peuvent encore avoir en leur possession. Nous sommes du reste à faire les démarches nécessaires à cet effet et nous croyons avoir reçu, tout récemment, tous les documents de l'un d'entre eux.

Je suis convaincu qu'aussitôt que le Bureau actuel aura obtenu possession de tous les livres et pièces justificatives nécessaires, les auditeurs que vous avez choisis pourront se mettre à l'œuvre, et utilisant le travail de compilation et de classification déjà fait, terminer assez promptement le travail de l'audition de toute l'administration financière depuis 1889 jusqu'à 1898. Ils pourront alors vous soumettre un rapport qui vous permettra de bien vous rendre compte de la situation et d'adopter les mesures que vous jugerez nécessaires.

(Signé)

A. R. MARSOLAIS, M. D.,

28 Sept. 1898.

Rég. C. M. et C. P. Q.

Adopté

Il est proposé par le Dr L. Avila Demers, secondé par le Dr J. P. Boulet et résolu :

Attendu que les livres de caisse et autres concernant l'administration des deniers de la corporation du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec sont incomplets et ne constatent pas, pour les dix dernières années, toutes les recettes perçues ni toutes les dépenses faites par le Collège ;

Attendu que l'ancien registraire, le Dr J. M. Beausoleil, détient encore plusieurs des livres de comptes et de caisse et autres pièces justificatives pouvant permettre l'audition complète des livres du Collège, détient illégalement, notamment, livre de caisse des recettes jour par jour et item par item, perçues ou faites par lui, le registraire ;

Attendu que le Dr Beausoleil n'a pas produit, suivant la loi, un compte de l'administration qu'il a faite des deniers du Collège, pendant qu'il a exercé l'office de registraire ;

Que le président soit autorisé à faire prendre, au nom du Collège, contre le dit registraire ou tout autre officier, toutes les actions et poursuites permises en loi pour lui ou leur faire remettre les livres du dit Collège, à ce dernier, et pour lui faire rendre à ce dernier un compte fidèle et en justice de l'administration qu'il a faite de tous les deniers appartenant au Collège, durant tout le temps qu'il a exercé l'office de registraire ; et que le président soit autorisé au nom du Collège à défendre à toute action s'en suivant, et qu'il soit autorisé, au nom du Collège, à plaider à toutes ces actions, soit en demande, soit en défense, soit en premier, soit en dernier ressort.

Adopté.

M. le président donne lecture de la consultation légale de M^{re} Honoré Gervais, avocat, touchant le droit que le Collège peut avoir de fonder et entretenir une bibliothèque médicale pour l'usage de ses membres. La voici :

RAINVILLE, ARCHAMBAULT & GERVAIS, Montréal, 23 août 1898.

Avocats.

Consulté par le Bureau des Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec sur la question :

“ Le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec doit-il respecter le bail passé le 13 juillet 1898, entre le Bureau des Gouverneurs et le nommé Minier pour l'établissement d'une bibliothèque de livres de médecine ? ”

Je réponds :

La solution de cette question dépend de celle de cette autre question : le Collège des médecins a-t-il le droit de faire l'enseignement de la médecine, de la chirurgie et de l'art obstétrique dans la Province ?

Le Collège peut bien acquérir et aliéner des biens meubles et immeubles pour les fins suivantes :

1^o Régler la durée et la nature des cours des études médicales.

2° Surveiller ces études dans les écoles établies à cette fin.

3° Contrôler les examens pour l'obtention des degrés universitaires de médecine.

4° Faire subir les examens requis pour obtenir la patente pour admission à l'étude et à la pratique, à ceux qui ne sont pas bacheliers ès-lettres ou licenciés en médecine.

5° Tenir un registre des médecins habiles à pratiquer la médecine, la chirurgie et l'art obstétrique.

6° Prévenir ou faire punir la pratique illégale de la médecine.

Ces pouvoirs sont plus particulièrement définis aux articles 3969, 3982 et 3983 des Statuts Refondus de la Province de Québec.

Là s'arrêtent les pouvoirs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

Il peut bien acheter divers ouvrages de médecine pour l'usage des assesseurs.

Ce serait pourtant étendre le sens et la portée des dispositions législatives concernant le Collège aussi loin que possible.

Les assesseurs sont sensés connaître la science sur laquelle les candidats à la pratique sont examinés : ils ne peuvent pas s'attendre à se faire fournir par le Collège les ouvrages requis pour apprendre la science de la médecine, de la chirurgie et de l'art obstétrique.

Le Collège ne pourrait donc acheter pour l'usage des assesseurs, que des vade-mecum ou répertoires pour la vérification rapide des réponses des candidats.

Là s'arrête le pouvoir d'achat d'ouvrages de médecine du Collège.

De là au pouvoir pour le Collège d'établir une bibliothèque avec ou sans circulation des ouvrages, il y a une grande différence.

L'établissement d'une bibliothèque comporte le pouvoir d'enseignement et celui de faire des dépenses très considérables requises à cette fin.

Ces deux pouvoirs ne sont consacrés ni expressément ni implicitement par les lois concernant le Collège.

L'on sait pourtant que les corps publics, mandataires légaux de l'autorité centrale ou souveraine, n'exercent que les pouvoirs qui leur sont conférés par les lois les concernant.

Le collège des Médecins n'a qu'un pouvoir de contrôle et surveillance des écoles de Médecine et de la pratique de la médecine, à la place des inspecteurs qui seraient nommés par la Législature ou l'Exécutif de la Province.

Le Collège des Médecins, comme tous les autres corps d'hommes

de profession, a été créé vers l'établissement des corporations municipales, dans le même but : de laisser autant que possible à chaque groupe de la nation, le soin de se gouverner lui-même.

Le Collège n'a donc pas mission ni droit d'établir la bibliothèque dont il est question dans le bail Minier devant Labadie, en date du 13 juillet 1898.

Les Gouverneurs, en adoptant la résolution du 8 juillet 1898, en autorisation de ce bail, ont agi ultra vires.

(Signé)

HONORÉ GERVAIS.

Je concours.

(Signé) EUG. LAFONTAINE.

Il est proposé par le Dr Cléroux, secondé par le Dr Desroches et résolu :

Considérant que le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec n'a aucun pouvoir de dépenser de l'argent pour maintenir une bibliothèque médicale et notamment pour maintenir le bail Minier.

Que le président soit autorisé à dénoncer et à répudier le dit bail entre le Collège et Minier, par sommation notariée ou action, suivant le cas, le Collège se retirant du dit bail et n'entendant jamais y donner suite et refusant de payer le loyer stipulé, n'en ayant pas bénéficié et ne voulant pas en bénéficier.

Il est encore proposé par le Dr Desroches, secondé par le Dr Cléroux, que le local de la bibliothèque du Collège ne soit pas changé d'ici au premier de mai, pourvu qu'il n'en coûte rien au Collège et que, dans le cas où M. Déom refuserait de la garder jusqu'à cette date dans sa librairie, M. le président soit autorisé à la placer ailleurs, gratuitement.—Adopté.

M. le Dr Catellier propose ensuite, secondé par le Dr Cléroux, que le Conseil de discipline soit ainsi composé : M. le président et le secrétaire du lieu où se tient la séance, qui en font partie de droit, et les Drs R. Craik, D. Marsil, A. Vallée, C. C. Sewell.

M. le Dr Desroches propose, secondé par M. le Dr M. S. Boulet qu'un comité composé de MM. les Drs Lachapelle, Marsil, Craik, Campbell, Catellier, Pelletier, Cléroux, et du proposeur et du secondé, soit nommé pour faire changer le mode de votation à l'élection des gouverneurs et d'établir l'élection par district et au moyen de bulletins.—Adopté.

Il est proposé par le Dr M. S. Boulet, secondé par le Dr J. I. Desroches, et résolu :

Que le secrétaire du Bureau reçoive instruction d'écrire à tous les avocats qui ont pu occuper pour lui que leurs services ne sont plus requis, sauf le droit du président de s'entendre avec ces avocats, s'il y a lieu, mais après la communication de la présente résolution.

M. le Dr Sirois propose, secondé par le Dr Marsil :

Que Mtre Honoré Gervais soit nommé avocat du Collège dans toutes les actions et poursuites dans lesquelles ce dernier peut ou pourra être intéressé, avec instruction de faire faire les substitutions requises.—Adopté.

M. le Dr Cotton propose alors, secondé par le Dr L. A. Demers que le Régistrare du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec reçoive instruction d'avertir chacun des membres du Collège, au moins un mois avant le premier de juillet de chaque année, de la somme qu'il doit pour cotisation annuelle.—Adopté.

Il est alors proposé par le Dr Marsolais, secondé par le Dr Laffleur, qu'un "Comité de Régie" composé du président, du vice-président de Montréal et du régistrare soit nommé pour régler la question de la bibliothèque, du salaire de l'agent, et toute autre question urgente d'administration, avec mission de faire rapport à la prochaine assemblée du Bureau.—Adopté sur division.

Proposé par le Dr Laffleur, secondé par le Dr Pelletier :

Que M. Siméon Mondou, de Montréal, soit nommé agent du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, au lieu et place de M. Avila Déom, avec l'entente que les conditions de son salaire soit laissées à la discrétion du Comité de Régie.—Adopté.

Lecture est donnée d'une lettre du Dr A. Bouillon, de Matane, suggérant quelques amendements à la loi concernant les charlatans.

M. le Dr Baril propose ensuite, secondé par M. le Dr Panneton :

1^o Qu'un comité composé de MM. les Drs Lachapelle, Brophy, Campbell, Desroches et Baril soit formé pour étudier la question de la vente des remèdes secrets, brevetés ou non, et inviter les Bureaux médicaux des autres provinces et les différentes associations pharmaceutiques à concourir dans ce travail, si cela est jugé opportun, et faire rapport à la prochaine assemblée de ce Bureau.

2^o Que la législature de la Province soit priée, par requête spéciale de ce Bureau, de ne pas légiférer sur cette matière de la vente des remèdes brevetés avant que le parlement fédéral n'ait pris le sujet en considération pour la part qui le concerne.

Il est entendu que les membres de ce comité renoncent à toute rémunération pour leur travail.—Adopté.

Sur motion du Dr Marsolais, secondé par le Dr Simard, il est résolu. Que MM. les Drs dont les noms suivent seront ceux parmi lesquels les officiers de Montréal pourront choisir, conformément à la loi, les assesseurs pour les examens des universités de Montréal pendant les trois années à venir, savoir :

MM. les Drs Hon. D Marsil, Rodolphe Boulet, E. P. Benoit, Tri-ganne (de Somerset), Gauthier, E. Turcot, Joyal, Dubé, J. O. Beaudry, Lalonde, Provost (Sorel), Cléroux, Cotton, Worthington, Quirk, Brown, Prendergast et J. H. Bell.

M. le Dr Brophy propose, secondé par M. le Dr L. Bolduc, que les Drs C. R. Paquin (1) et F. J. Langlais soient nommés assesseurs pour l'Université Laval à Québec conjointement avec ceux déjà nommés à la dernière réunion de ce Bureau, et que les officiers de Québec soient chargés de les assigner selon le besoin.—Adopté.

M. le Dr Simard soulève la question de Madame Guertin à laquelle une licence de sage-femme a été refusée le 6 juillet dernier à cause de certaines accusations portées contre elle. Les deux côtés de la question ayant été considérés, le Dr Cotton propose, secondé par le Dr Simard, qu'une licence de sage-femme soit accordée à Madame Guertin.—Adopté.

La requête du Dr Frs. Jos. Bédard, de Weedon, comté de Wolfe, allègue :

1^o Qu'aussitôt ses examens de doctorat passés à l'Université Laval, en avril 1893, il est allé s'établir aux Etats-Unis et n'est revenu au pays que l'automne dernier, après l'assemblée du Bureau.

2^o Qu'à plusieurs reprises, notamment en février dernier, il a offert de son plein gré, sans en avoir été aucunement sollicité, de payer l'honoraire de la licence.

3^o Que n'ayant pu obtenir sa licence, il a compté sur la tolérance accordée habituellement aux jeunes médecins jusqu'à la prochaine assemblée du Bureau.

4^o Que, cependant, il a été poursuivi et condamné à cinquante dollars d'amende et quarante-neuf dollars et quarante-deux centins de frais, ce qui est une forte somme pour lui.

En conséquence, il se recommande à l'indulgence du Bureau et demande de rentrer dans ses fonds.

Sa requête est appuyée par les signatures de plusieurs médecins.

(1) Depuis la séance M. le Dr C. R. Paquin, M. le Dr Chs. Verge ainsi que M. le Dr P. V. Faucher ont déclaré ne pas pouvoir accepter la charge d'assesseur en raison d'un engagement écrit contracté au cours d'un article publié dans la *Revue Médicale de Québec*.

Après examen du cas, et sans prétendre établir un précédent, il est résolu sur motion du Dr Pelletier, secondé par le Dr Catellier, que le trésorier soit autorisé de remettre au Dr Frs. Jos. Bédard, de Weedon, comté de Wolfe, la somme de cinquante dollars.

Le comité des créances, tel que nommé par M. le président, est confirmé dans ses fonctions pour les trois années à venir.

Le secrétaire est autorisé à faire clavigraphier les minutes de cette assemblée pour être transmises pour publication dans les journaux de médecine de cette province, puis à les faire traduire et imprimer dans les deux langues et distribuer à chacun des membres du Collège.

Sur motion du Dr Provost, secondé par le Dr Turcot, il est voté des remerciements à l'Université Laval pour l'usage gratuit de ses salles.

Le Dr Cotton propose enfin, secondé par le Dr Worthington, que des remerciements soient votés à M. le président pour la manière habile et impartiale avec laquelle il a conduit les délibérations de cette assemblée.—Adopté.

L'ordre du jour étant épuisé, cette assemblée s'ajourne à quatre heures et quarante-cinq minutes de l'après-midi.

J. P. BOULET,

Secrétaire.

Traitement des abcès froids.—Au Congrès de la tuberculose, M. REDARD a préconisé dans le traitement des abcès froids comme procédé de choix, l'injection d'huile iodoformée à 10 0/0 ; son efficacité est remarquable dans les abcès fermés ; elle est moindre en cas de fistules.

Lorsque l'huile iodoformée échoue, ou bien lorsqu'on a affaire à des abcès très volumineux, on emploiera avec avantage l'eau oxygénée, mais comme à l'état de pureté elle donne une mousse trop abondante, et expose à la disension de la poche, on doit la mélanger en proportion variable à une solution de phosphate de soude au dixième. Même dans les abcès très volumineux, il suffit d'injecter une petite quantité (2 à 4 cc) du mélange ; on répétera les injections tous les dix à quinze jours, à trois ou quatre reprises.

(*L'Abeille Médicale.*)

NÉCROLOGIE.

LE Dr AMÉDÉE LAMARCHE.

La mort est une impitoyable faucheuse, et qui ne respecte rien, pas même le dévouement, pas même la jeunesse et la science.

Bon, courtois, aimable, distingué, le Dr Amédée Lamarche était bien connu dans notre monde médical, et n'avait que des amis. Travailleur méthodique, jeune médecin d'une grande intelligence, il occupait depuis plus de deux ans le poste difficile, plein de responsabilité, de premier interne à l'hôpital Notre-Dame. Il s'acquittait de cette tâche avec honneur; et le tact qu'il savait mettre dans ses relations avec les directeurs et les religieuses hospitalières, l'extrême courtoisie qu'il observait vis-à-vis ses collègues des divers services, l'égalité d'humeur et la parfaite urbanité avec laquelle il recevait et les malades et le public avaient valu au Dr Lamarche de nombreux témoignages d'amitiés et la considération de tout le monde. Ce jeune médecin, très bien doué, avait devant lui un bel avenir. Il devait, son engagement terminé, partir pour un voyage autour du monde, puis revenir exercer la médecine avec son père.

La mort est venue briser tous ces projets. Toujours consciencieux et toujours dévoué, le Dr Amédée Lamarche avait retardé ses vacances jusqu'à l'automne, parce qu'il jugeait que les aides nouveaux qu'on lui avait donnés n'étaient pas suffisamment initiés à leur ouvrage, et aussi parce qu'il désirait terminer son rapport annuel. L'encombrement des salles par de nombreux blessés, le nombre considérable de fièvre typhoïde amenés à l'hôpital occasionnèrent durant l'été un surcroît de travail au personnel de la maison. Plusieurs personnes mêmes, préparées par ce surmenage, contractèrent la fièvre typhoïde. Le Dr Amédée Lamarche fut de ce nombre. La fièvre se porta chez lui sur les centres nerveux; et en dépit des soins dévoués et constants des religieuses hospitalières et des médecins, il mourut le 23 septembre.

Ce malheur a été vivement ressenti par tout le personnel hospitalier, et la mort du Dr Amédée Lamarche a été une perte pour l'institution. Nous désirons transmettre à son père, M. le professeur J. B. A. Lamarche, l'expression de notre sympathie émue et sincère. Nous savons avec quelle tendresse dévouée le professeur Lamarche avait élevé son fils, quel conseiller sûr et toujours écouté il était pour lui, et quelles espérances il fondait sur l'avenir. La mort est venue faucher ces espérances au moment précis où le père allait recueillir le fruit de ses sacrifices, où le fils, devenu homme et en pleine possession de son talent, allait être un soutien pour le père. Bon sang ne pouvait mentir; fils d'un ancien zouave de Pie IX, le Dr Amédée Lamarche est mort en soldat, au champ d'honneur.

Il avait vingt-trois ans.