

SOMMAIRE

CONGRÈS DE MONTRÉAL

- 509 — Les tendances de la Gynécologie moderne..... *De L. Harwood*
516 — Médecine et Médecins..... *Rottot*
-

MÉMOIRES

- 521 — Les anastomoses vasculaires et leur technique opératoire..... *Carrel*
528 — A propos d'un cas de méningite tuberculeuse hémorragique..... *Lortat-Jacob et Sabareanu*
538 — Contribution à l'étude de la réforme de l'expertise médico-légale dans la Pr. de Qué. (*Suite*)..... *Villeneuve*
547 — Les études classiques comme préparation à l'étude de la médecine..... *Fortier.*
559 — Ablation totale de la prostate par la voie sus-pubienne..... *St-Jacques*
-

BIBLIOGRAPHIE

- 570 — Manuel de Matière Médicale, par le Dr E. P. Benoît. *Hervieux*

CONGRÈS DE MONTRÉAL

LES TENDANCES DE LA GYNECOLOGIE MODERNE (1)

Par le Docteur de LOTBINIÈRE HARWOOD,
Professeur à l'Université Laval, Gynécologue en chef à l'Hôpital Notre-Dame,
Président de la Section de Gynécologie.

Messieurs,

Mon premier et très agréable devoir, en ma qualité de Président de la Section de Gynécologie du second Congrès des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, est de vous souhaiter à tous, chers collègues, la plus cordiale bienvenue.

Je n'ai pas besoin de vous dire combien nous sommes heureux de votre empressement à répondre à notre appel.

Un plus bel exemple ne pouvait être donné, de votre dévouement à la science gynécologique et de ce généreux esprit de confraternité, en vous unissant ainsi dans un commun labeur pour le bien-être de l'humanité.

Vous avez compris, Messieurs, toute l'importance d'un congrès comme celui que nous inaugurons aujourd'hui; de ce noble groupement d'intelligences et de cœurs voués à une même œuvre; et pour le réaliser vous êtes venus de partout, aux prix de sacrifices très grands, nous apporter le concours précieux de vos travaux, de vos recherches scientifiques, de votre expérience.

Aussi, est-ce avec hâte que j'attends les intéressantes discussions dans cette importante section de notre congrès.

La courtoisie et le respect de l'opinion d'autrui siéent trop bien à vos tempéraments français, pour qu'ils ne soient la note dominante et constante des discussions, même vives, qu'il nous sera donné d'entendre.

Messieurs, je ne remettrai pas d'un instant de plus l'immense plaisir que j'éprouve à vous signaler la présence au

(1) Discours d'ouverture prononcé à la Section de Gynécologie au Deuxième Congrès des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, à Montréal, les 28, 29 et 30 juin 1904.

milieu de nous du délégué de la France, M. Samuel Pozzi, Professeur de Gynécologie à la Faculté de Paris.

M. Pozzi appartient à cette classe d'hommes dont l'éloge, où ils se trouvent, n'est jamais à faire. Devant une assemblée de gynécologues de langue française, prononcer le nom Samuel Pozzi suffit.

Régénérateur de l'étude de la gynécologie en France, par ses magistrales leçons et brillantes cliniques, son admirable "Traité de Gynécologie," le plus parfait qui existe, ses savantes études dans la "Revue de Gynécologie" qu'il a fondée et qu'il dirige, plus que personne, M. Pozzi a contribué à l'avancement de cette importante partie de la science médicale.

Le savant et habile chirurgien, de même que ses œuvres, vous sont du reste trop bien connus pour qu'il me soit nécessaire d'y ajouter de longs développements.

Tous, vous avez pour le grand maître trop de reconnaissance et d'admiration pour accepter que j'entreprenne avec mes faibles moyens de me faire l'interprète de vos sentiments.

Aussi je me tairai après avoir demandé à notre illustre hôte de vouloir bien agréer, de la part de tous les gynécologues de langue française d'Amérique, l'expression de leur haute appréciation de sa présence ici et de leur gratitude pour lui et la France médicale qu'il représente et personnifie si dignement parmi nous.

Permettez-moi, Messieurs, de céder à un sentiment personnel de bien légitime reconnaissance et de renouveler publiquement, ici, mes remerciements à M. Pozzi pour la bonté avec laquelle il m'accueillit dans son service à Broca, où il me fut donné de suivre ses savantes et admirables leçons.

A ces sentiments de gratitude il m'est agréable d'associer les noms des sympathiques Docteurs Jayle et Casenave.

Et ce dévouement, cette bonté, Messieurs, elle s'est prodiguée toujours aux médecins du Canada Français qui sont allés à Paris s'inspirer de votre science. Vous continuez glorieusement, Monsieur, les traditions de cette grande et glorieuse école française, de la France elle-même, qui, toujours, donne au monde, sans compter, pour les nobles causes, et le sang de

ses fils et les œuvres si fécondes de leur incomparable génie.

En mon nom, Monsieur, au nom des médecins français d'Amérique, je vous offre l'hommage de notre ardente admiration et de notre profonde reconnaissance.

Messieurs, ces paroles de gratitude et de bienvenue au distingué représentant de la France savante et à vous tous, un autre plus autorisé que moi devrait les prononcer. Il n'est plus. Il y a quelques semaines seulement, il était soudainement ravi à notre affection, mais son souvenir est encore vivace dans cette enceinte, et c'est mon triste devoir de rendre, à cette heure, au nom de tous, un suprême hommage de respect et d'admiration sincère à la mémoire de Michel-Thomas Brennan.

Brennan, l'excellent ami, le bon camarade, le savant et modeste chirurgien, fut certainement l'une des personnalités les plus distinguées de ce pays.

Né de parents pauvres, laissé orphelin dès le bas âge, d'un tempérament plutôt délicat, le jeune Brennan, servi par un talent réel, sut, à force de travail et d'énergie, triompher de tous ces obstacles et prendre place à la tête de sa profession.

Il a été sans contredit le créateur de la spécialité gynécologique parmi nous et, en quelques années, sa supériorité comme chirurgien gynécologue a été acceptée de tous, si bien que personne n'a été plus universellement ni plus avantageusement connu que le regretté Brennan.

Pour moi qui eut le privilège d'être son premier interne dans le service de gynécologie que venait de créer pour lui les autorités de l'Hôpital Notre-Dame, et qui, plus tard, l'ai encore suivi à titre d'assistant, j'ai été le témoin de son œuvre, et c'est avec autant d'étonnement que d'admiration que je constate l'immense succès réalisé en si peu d'années.

Ils ne sont pas loin encore les jours du début, où j'accompagnais Brennan à son dispensaire, rue Dorchester.

Une, deux, rarement trois femmes, se présentaient à sa consultation. Au moment de sa mort, quelle différence ! C'est à peine si, généreusement secondé par deux assistants, il pouvait répondre aux nombreuses malades venues de partout réclamer les secours de sa science. Et je puis ajouter que le ser-

vice de gynécologie laissé par Brennan à l'Hôpital Notre-Dame est le plus important du genre dans les hôpitaux catholiques de ce pays.

En plein succès, dans toute la force de la vie et de son immense talent, il est tombé au champ d'honneur, victime de son dévouement à l'œuvre de sa vie, œuvre qui restera pour perpétuer sa mémoire.

Brennan sera toujours l'une des figures les plus pures, les plus sympathiques, les plus brillantes, dans l'histoire de la médecine au Canada.

* * *

Il est d'usage en pareille occasion, pour le Président, de présenter à ses collègues un exposé concis des progrès réalisés au cours des dernières années dans la spécialité qui fait l'objet de la réunion.

La gynécologie, qui déjà a tant accompli pour le soulagement des misères et des infirmités de la femme, n'a pas ralenti sa marche progressive, et aujourd'hui nous pouvons encore applaudir à de nouvelles conquêtes scientifiques. Non seulement nous avons élargi le cadre des opérations possibles, mais encore, grâce à une connaissance plus parfaite de la pathologie, au perfectionnement de méthodes opératoires, nous avons pu grossir la proportion de nos succès chez des catégories de malades où nos aînés semblaient avoir atteint la mesure du possible.

Chez nous, Messieurs, ou les travailleurs ne manquent pourtant pas, nous n'avons pas que je sache à signaler de travaux originaux bien remarquables. Notre mérite semble s'être limité à suivre de près les progrès réalisés par les maîtres des grandes écoles Européennes en utilisant ces armes nouvelles et précieuses dans l'exécution de notre tâche, pour le plus grand bénéfice de nos chères malades.

Peu d'opérations pratiquées à l'étranger n'ont pas été heureusement tentées ici, et nos statistiques sont là pour démontrer que l'art difficile de la chirurgie est bien compris et avantageusement exercé par les gynécologues français d'Amérique.

Mais, Messieurs, si beaucoup a été fait, que de graves problèmes il nous reste à résoudre, et pour ne mentionner que les plus familiers: le cancer utérin, hélas si fréquent chez nos compatriotes, malgré nos efforts, malgré les interventions les plus hardies, habilement exécutées, ne nous enlève-t-il pas encore un nombre trop grand de ses malheureuses victimes qui avaient espéré trouver le salut dans notre art?

L'infection puerpérale, si énergiquement combattue, par tant de moyens, depuis les applications locales jusqu'à l'extirpation complète des organes pelviens, ne continue-t-elle pas, à juste titre, de tourmenter nos esprits et souvent notre repos? Et que dire de ces infirmités multiples, si grosses de conséquences, constituées par les fausses positions de l'utérus et des annexes? Avons-nous réellement, au nombre des opérations différentes, 87 je crois, proposées jusqu'à ce jour, pour parer à ces méfaits, un moyen vraiment sûr de guérir ces pauvres pelviennes, vouées à une existence pénible et onéreuse?

Je vous laisse, chers collègues, la réponse à ces questions importantes.

Celui qui trouvera la solution vraie à une de ces énigmes scientifiques aura bien mérité de l'humanité.

Notre tâche n'est donc pas terminée et, à notre ambition, à nos efforts généreux et soutenus, s'offrent encore bien des sujets d'étude.

Me permettez vous d'aller plus loin et de faire mention de ce que je crois pouvoir appeler "quelques-unes de nos faiblesses":

Consumés par le feu sacré pour notre art, entraînés par des succès de plus en plus captivants, ne nous sommes-nous pas un peu illusionné nous-mêmes. Avant de dresser nos statistiques, avons-nous suffisamment cherché les effets éloignés et définitifs de nos interventions, et le cri victoire n'a-t-il pas été lancé alors que le triomphe n'était que bien partiel?

Que de femmes sorties vivantes, il est vrai, des plus brillantes opérations n'en restent pas moins des "non guéries."

Avec George Engelmann, de Boston, je vous dirai: "Let

us remember that morbidity differs widely from mortality."

Le moyen de faire mieux se trouve, j'en ai la conviction, dans une étude plus soignée, plus minutieuse de nos malades, en s'attachant davantage, selon la parole du regretté Trousseau, à mieux comprendre le langage des symptômes.

Appliquons-nous donc, par tous les moyens mis à notre disposition par les maîtres et par les patientes observations de tous les jours, à nous rendre "expert" pour ce temps difficile mais si important de notre tâche: "*poser un diagnostic.*"

Avec un diagnostic plus soigné, plus précis, que d'opérations évitées ou du moins plus restreintes, et c'est un pas, le premier, vers cette autre non moins importante qualité de la chirurgie gynécologique moderne "*le conservatisme.*" Soyons conservateurs "en chirurgie," c'est-à-dire soyons aussi modérés que possible dans nos mutilations. Que de gynécologues placent tout leur talent et leur orgueil à sauver plutôt qu'à détruire.

Je suis heureux de constater que cette tendance vers le conservatisme en gynécologie, conservatisme raisonné et éclairé, j'entends, s'accroît de plus en plus et qu'au radicalisme succède cet esprit nouveau, préconisé par M. Pozzi, notre maître à tous, qui impose le devoir sain, à tout chirurgien consciencieux et vraiment habile, de tenter toujours la conservation aux femmes, de leur sexe, avec ses glorieuses possibilités!

Et pour résoudre tous ses embarrassants problèmes, pour réaliser toutes ces ambitions, je suis bien d'avis que tout le talent et tout le dévouement d'un chirurgien ne sont pas de trop. C'est vous dire que je crois à la gynécologie comme spécialité.

Le praticien général pourra bien, je le sais, en maintes circonstances, par un traitement médical, apporter un soulagement marqué à une femme souffrante. Le chirurgien saura lui faire saiter un kyste de l'ovaire, mener à bonne fin une hystérectomie. Mais, Messieurs, au gynécologue, à celui qui aura poursuivi des études particulières, qui aura travaillé à

fond cette intéressante section de la science médicale, restera la tâche de remédier aux infirmités, aux conditions pathologiques complexes si souvent rencontrées chez la femme, cette admirable, mais singulière organisation, l'œuvre par excellence du Dieu Créateur.

Et cette opinion, qu'il y a avantage à spécialiser l'étendue et la pratique de la gynécologie, doit être partagée par M. Pozzi lui qui, quinze années durant, lutta en France pour séparer l'enseignement de la gynécologie de celui de la chirurgie générale et de l'obstétrique avec lesquelles il avait été jusqu'alors confondu.

L'idée du maître triompha. A Paris l'on créa " une chaire de gynécologie " qui fut confiée au Professeur Samuel Pozzi, à juste titre reconnu comme le régénérateur de la gynécologie en France. Cette chaire, M. Pozzi l'occupe encore et l'illustre de tout son talent, de toute sa science et de sa haute personnalité.

Chers collègues, c'est avec un sentiment de profonde gratitude et de reconnaissance que je vous remercie du très grand honneur que vous avez bien voulu me faire en m'appelant à présider la section de gynécologie de ce Congrès. Ce grand honneur, que je vous dois, je l'offre à M. Pozzi, mon maître, comme un hommage de la part du plus humble de ses élèves canadiens.

MEDECINE ET MEDECINS (1)

Par le Professeur ROTTOT,

Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université Laval, à Montréal.

L'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal, devenue Faculté de Médecine de l'Université Laval à Montréal, est heureuse de contribuer par sa présence au succès de ce 25^e anniversaire.

Après une existence indépendante plus ou moins mouvementée, durant plusieurs années, l'École a subi la loi de l'évolution; loi qui, depuis l'origine du monde, transforme tout dans la nature. Elle est devenue partie intégrante de l'Université Laval. Elle existe maintenant par elle et pour elle; son but, ses intérêts et ses aspirations doivent être les mêmes.

Comme l'École de Médecine a contribué en grande partie à ce nouvel ordre de chose, nous devons à ses fondateurs un juste tribut d'éloges et de reconnaissance pour leurs travaux et leurs sacrifices.

Les Canadiens-français ne doivent jamais oublier les noms des Docteurs Bibaud, Coderre, D'Orsonnens, Munro, Beau-bien, Trudel, Nelson, auxquels on doit ajouter ceux des Docteurs Arnoldi, Badgley, et Sutherland.

L'École de Médecine a été fondée pour enseigner la science médicale aux Canadiens-français dans leur langue maternelle. En acceptant leur héritage, et sous l'égide de l'Université, nous croyons pouvoir regarder l'avenir avec confiance et marcher sûrement dans la voie tracée par nos prédécesseurs. Cette voie, Monseigneur, c'est la recherche des moyens propres à soulager la douleur et à prolonger la vie, en perfectionnant la science médicale. Voilà le problème que nous avons à résoudre.

Il me semble voir l'Université jeter un regard anxieux sur ses diverses facultés, et sur la nôtre en particulier, pour découvrir si notre science et nos travaux ne pourront pas maintenir, ou augmenter même son prestige. Je serais des plus

(1) Discours prononcé à la clôture de l'année académique de l'Université Laval, à Montréal, le lundi 27 juin 1904.

heureux si notre faculté pouvait sous ce rapport lui offrir un concours efficace. Mais vu la lenteur extrême de la marche de la médecine, vu l'importance et la difficulté du sujet, il serait imprudent, malgré notre bonne volonté, de faire des promesses. Jusqu'à présent la marche de la science n'a été qu'une succession d'espérances et de déceptions. Un jour on découvre un remède d'une vertu extraordinaire; le lendemain on le remplace par un autre bien supérieur. Les journaux de médecine et autres sont remplis de médicaments et de pilules infaillibles, et si les malades ne guérissent pas, ça ne dépend pas de la qualité ni de la quantité de remèdes qu'ils prennent. Il en est de même des nombreuses théories qui se sont succédé jusqu'à nos jours; nous sommes encore à attendre celle qui doit satisfaire nos aspirations.

Le 25^e anniversaire d'une institution semble exiger, à bon droit, de ses membres, les louanges qu'elle mérite pour ses travaux et ses progrès. Mes paroles sont peut-être de nature à vous faire croire que mon intention est d'abaisser l'importance de la science qu'elle enseigne et de diminuer l'estime que vous devez avoir pour elle. Loin de moi une telle idée. Je désire seulement constater avec quelle difficulté la médecine a marché vers la perfection. Les autres sciences n'avancent pas plus rapidement que la nôtre; la découverte de chaque vérité nouvelle ne fait que faire disparaître un point obscur pour laisser apparaître à nos yeux des horizons de plus en plus vastes que notre intelligence devra explorer.

Au lieu donc de nous extasier sur nos progrès, quelque grands et quelque réels qu'ils soient, n'est-il pas plus convenable de voir où nous en sommes et de chercher ce qu'il nous reste à faire pour que la science puisse se rendre le témoignage d'avoir rempli son but et d'avoir comblé nos espérances.

La science médicale est fondée sur l'homme et pour l'homme. Le connaissons-nous, avons-nous une juste conception de son être, connaît-on les éléments qui le forment, les fonctions de ses tissus et de ses organes, sait-on en vertu de quelle loi la vie se maintient, comment les substances qui servent à sa nutrition sont travaillées, décomposées et transformées? Ou

nous répond non; de plus, la découverte du Radium semble bouleverser toutes nos anciennes idées sur la matière. Nous sommes forcés d'avouer que nous sommes encore à l'a, b, c, de la science et que nous devons nous hâter d'expliquer autant que possible ces mystères si nous voulons que la pratique de la médecine soit satisfaisante pour le médecin et avantageuse au malade. Ceci nous prouve que la médecine est véritablement basée sur la science.

Anciennement on la considérait comme une science mystérieuse et on l'exerçait mystérieusement. Le peuple d'alors, dans sa naïveté, croyait les médecins possesseurs d'un pouvoir occulte, d'une puissance surnaturelle, et qu'ils pouvaient commander aux éléments et à la maladie. Les patients se confiaient aveuglement à eux; on les exploitait et on leur faisait subir des traitements souvent absurdes. Chose étrange, c'est encore la même chose aujourd'hui! Il suffit qu'un individu quelconque proclame dans les journaux ou ailleurs qu'il a inventé ou qu'il connaît un remède infallible pour telle et telle maladie, ou bien qu'il est le septième fils, ou encore qu'il possède un don, pour que le public aille en foule lui confier sa santé et sa vie.

Ce résultat ne peut pas être attribué uniquement à l'amour du mystérieux qui sommeille toujours en nous; les insuccès, que nous éprouvons assez souvent dans nos luttes contre les maladies doivent y contribuer pour une bonne part. En effet, le malade, fatigué d'attendre une guérison qui ne vient pas, malgré nos promesses, finit par rejeter comme vaine une science qu'on lui avait trop prisée. Il s'en suit que si l'on veut se débarrasser de ces médecins d'occasion, il nous faut devenir plus habiles.

C'est au sein d'une Université catholique que le médecin trouve des avantages inappréciables pour l'enseignement et le perfectionnement de la science médicale, dans les questions délicates de théorie comme dans les cas difficiles de pratique, c'est toujours la solution que l'Église approuve, qui donne au médecin la plus grande satisfaction et au malade la plus sûre consolation.

La faculté de médecine a donc pour but de donner au public des notions justes sur notre science, et à nos élèves les principes qui doivent les guider dans l'exercice de leur profession.

Puisque l'homme est l'objet principal de nos études et de notre sollicitude, puisque la science a été fondée pour lui, nous devons donc nous demander d'abord : Qu'est-ce que l'homme ?

Sans entrer profondément dans l'examen de cette question, on peut dire, je crois, que l'homme est un être organisé, doué d'un principe vital et de propriétés données par l'Être suprême au moment de sa formation, par lesquelles il conserve son existence, en remplissant les actes intellectuels et matériels dépendant de sa nature. Lorsqu'il y a altération ou dérangement de ces fonctions, c'est la maladie, si les organes cessent de fonctionner, c'est la mort. Le rôle du médecin consiste donc tout simplement à faire disparaître la cause de la maladie, à modifier les fonctions anormales, à diminuer la suractivité des organes, lorsqu'elle est exagérée, ou à les stimuler lorsqu'ils manquent d'action. Nous ne pouvons pas renouveler le principe vital, ni modifier les propriétés des éléments cellulaires ou fondamentaux de notre organisme.

En apparence, la science médicale est très simple, et le rôle du médecin très facile à remplir. Cependant examinons un instant ce qu'il lui faut pour réussir.

1 Il lui faut d'abord une connaissance aussi parfaite que possible du corps humain, des fonctions de ses organes, de leurs rapports, de leur importance, des symptômes de chaque maladie, de ses effets sur la constitution, de la force et du degré de résistance de celle-ci.

Et maintenant comme l'homme vit au milieu des éléments de la nature et par eux : il faut bien qu'il les connaisse, ainsi que leurs bons et leurs mauvais effets sur lui. Il doit donc faire une étude complète de tous les êtres organisés et inorganisés de la nature, et des lois qui les gouvernent afin de savoir déterminer les conditions les plus favorables à son existence et faire disparaître les désordres intellectuels et autres que la maladie a causés dans son système. En un mot il lui faut des connaissances presque universelles. Tout cela ne suffit

pas pour être un bon médecin, il doit, de plus, posséder un bon jugement, servi par des sens parfaits. Et dire après cela que tout le monde veut être médecin.

Je prendrai maintenant la liberté de donner une leçon de morale à mes confrères, à moi-même et à tout le monde.

Si l'on veut que la science médicale fasse des progrès plus rapides, il faut se débarrasser d'un grand défaut que l'on a, l'*orgueil*, et acquérir une grande vertu qu'on n'a pas, l'*humilité*. Comme médecin j'ai toujours cru que l'orgueil résidait surtout chez les autres, mais en faisant un retour sur moi-même, j'ai été forcément obligé de reconnaître que nous en avions, au moins, notre grande part.

Chacun de nous se croit et veut paraître supérieur à son confrère. De sorte que, si, dans une de nos réunions, une idée nouvelle est émise, au lieu d'en favoriser l'étude et les développements, c'est à qui se lèvera le premier pour la combattre et l'écraser. On étouffe ainsi pour longtemps, dans son germe, une idée qui aurait pu avoir d'excellents résultats.

De plus, la lutte pour la vie a modifié considérablement les rapports des médecins entre eux. Un code d'étiquette médicale a été promulgué et accepté, depuis longtemps, par la profession. On espérait pouvoir, par ce moyen, entretenir l'amitié et faire disparaître le charlatanisme parmi ses membres. Au lieu de cela, que voyons-nous? On se jalouse, on se méprise, par des observations malveillantes, on fait perdre au malade la confiance qu'il avait dans son médecin, ou bien, on se vante tellement soi-même, que le confrère n'est plus rien, de sorte que son patient nous tombe tout naturellement dans les mains.

Le public, témoin de ce manque d'égard, agit de même envers nous. Pourquoi avoir le moindre sentiment de reconnaissance pour celui qui a pris soin de sa famille pendant plusieurs années peut-être, puisqu'on le paie. Aussi, à la première occasion, on le met de côté sans la moindre délicatesse. Il arrivera que les médecins à leur tour, craignant le même traitement, considéreront chaque malade comme une proie à exploiter, et le traiteront en conséquence.

Comme professeurs nous avons un autre devoir à remplir vis à vis notre Alma Mater. Nous nous efforcerons de mettre notre Faculté sur un tel pied, que nos élèves se glorifieront, à l'avenir, du titre de gradués de l'Université Laval, à l'exclusion de tout autre.

MEMOIRES

LES ANASTOMOSES VASCULAIRES ET LEUR TECHNIQUE OPERATOIRE (1)

Par le Docteur A. CARREL,

Préparateur à l'Université de Lyon.

Au cours de recherches expérimentales sur la chirurgie vasculaire, j'ai été amené à chercher une technique satisfaisante d'anastomose des vaisseaux, technique applicable à la fois aux artères et aux veines, quelque soit leur calibre.

Dans les anastomoses artérielles ou veineuses, comme dans les anastomoses intestinales, deux procédés sont toujours en présence; la réunion par bouton et la réunion par suture.

L'anastomose par bouton est un procédé séduisant par sa rapidité et sa simplicité. En chirurgie artérielle, il importe d'aller vite. Malheureusement l'emploi des boutons, en des tubes anastomotiques présente, à l'heure actuelle, de graves inconvénients. J'ai essayé, au début de mes examens, des tubes formés d'une spirale de magnésium. Le magnésium est un métal très-oxydable, qui doit se résorber rapidement dans le sang. Outre certaines difficultés d'introduction, lorsqu'il s'agissait de vaisseaux de petit calibre, ce tube a toujours provoqué des coagulations.

Je me suis servi ensuite de tubes en sucre fondu, ou caramel. Ce tube était introduit dans la lumière des vaisseaux et servait de support à la suture, qui s'exécutait ainsi plus facilement. Il disparaissait complètement, quelques minutes après le rétablissement du courant artériel. J'ai abandonné ensuite les tubes anastomotiques pour me servir uniquement d'une méthode rapide de suture. Il me semble, cependant, que le jour où on trouvera un bouton anastomotique construit en une substance résorbable en quelques jours, et ne provoquant pas de coagulation, ce genre d'anastomose constituera, à cause de sa très grande rapidité, la méthode de choix.

(1) Communication au Deuxième Congrès des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord à Montréal, les 28, 29 et 30 juin 1904.

I. — TECHNIQUE OPÉRATOIRE.

Voici le procédé de suture que j'ai adopté :

Il convient également aux vaisseaux de gros et de petit calibre, aux artères et aux veines, aux anastomoses terminales, ou termino-latérales.

L'instrumentation se compose de petites pinces hémostatiques, ou micax de serre-fines à mors caoutchoutés, et d'aiguilles droites Kirby, n° 9 à n° 15, suivant le calibre des vaisseaux. Pour les très petites artères comme l'artère thyroïdienne, on emploie des aiguilles si fines et si acérées, qu'elles peuvent cheminer dans l'épaisseur d'une feuille de papier ordinaire. Il est ainsi permis de faire des points interstitiels.

Comme fil, on se sert ou de soie très fine, ou le fil de coton d'Alsace, n° 300 à 500, pour les très petits vaisseaux.

L'opération comprend quatre temps :

1^{er} temps. — *Hémostase provisoire et préparation des bouts vasculaires.* L'hémostase provisoire est assurée par les serre-fines ou les pinces hémostatiques à mors caoutchoutés, placées à deux centimètres au-dessus des extrémités du vaisseau. Il est nécessaire de ne pas trop dénuder celui-ci, et de ne pas traumatiser sa paroi. Le degré de striction des pinces doit être soigneusement réglé car l'endothélium vasculaire est très sensible. La coagulation, qui survient parfois après la suture, a souvent pour point de départ, non pas la ligne de réunion, mais bien la région contusionnée par les pinces ou les serre-fines.

On prépare alors les extrémités des vaisseaux. S'il s'agit d'une suture termino-terminale, on fait, à l'aide des ciseaux, une section nette. L'artère se rétracte dans sa gaine, et celle-ci tombe comme un voile au devant de la lumière. Si le vaisseau est petit, c'est une difficulté opératoire réelle. Il faut sectionner ou retrousser cette gaine, qui est utile à la fin de l'opération, pour assurer l'étanchéité absolue de la ligne de réunion.

Si l'anastomose est termino-latérale, on pratique, à la pointe des ciseaux, un petit orifice sur la paroi du plus gros vaisseau.

2e temps. — *Passage de fils d'appui en trois points équidistants de la circonférence du vaisseau.*

On a préparé trois aiguilles, armées chacune d'un fil double. Les aiguilles doivent être assez fines pour cheminer dans la paroi artérielle en respectant l'endothélium.

En trois points équidistants de la circonférence du premier vaisseau, on enfonce de dehors en dedans les trois aiguilles. On les retire et on les conduit de dedans en dehors, à travers les points correspondants du second.

On retire les aiguilles, on rapproche jusqu'au contact les bouts vasculaires, on serre et on noue les trois fils, et on les saisit dans trois pinces hémostatiques.

3e temps. — *Traction excentrique sur la paroi des vaisseaux, transformant la circonférence en triangle équilatéral.*

Un aide saisit les pinces, et exerce une traction excentrique sur les parois vasculaires, de manière à transformer en triangle équilatéral la circonférence sur laquelle va porter la suture. Cette traction a l'avantage de dilater le calibre du vaisseau et de prévenir tout rétrécissement au niveau de la ligne de réunion.

On procède alors à la suture définitive. L'aide présente successivement à l'opérateur les trois côtés, bien tendus, du triangle. La réunion se fait très facilement à l'aide d'un surjet continu à points assez rapprochés.

4e temps. — *Suture de la gaine, et rétablissement de la circulation.*

Cette seconde ligne de suture n'est pas indispensable. Il nous est arrivé souvent de nous en dispenser. Dans les anastomoses artérielles, ce second plan assure une étanchéité parfaite, et une solidité plus grande.

On enlève les pinces, qui assurent l'hémostase provisoire, et le sang se précipite à travers l'anastomose. S'il s'agit d'une suture veineuse, il se produit un léger suintement sanguin, qui s'arrête, sous une compression légère, au bout d'une ou deux minutes, pour ne plus reparaitre. Dans la suture artérielle, au moment du rétablissement de la circulation, quelques petits jets de sang s'échappent en certains points de la

ligne de suture, par les trous perforants, s'il en existe. Il est difficile, par les très petits vaisseaux, de faire toujours des points interstitiels. Mais il suffit d'exercer pendant quelques instants une légère pression sur la ligne de suture, ou d'y pincer la gaine, pour faire cesser le suintement.

S'il s'agit d'une suture termino-latérale, le procédé est identique à celui que nous venons de décrire.

Lorsqu'on fait une anastomose artério-veineuse, il est bon d'invaginer légèrement l'artère dans la veine, afin de reporter la ligne de suture sur la paroi externe de l'artère. On a ainsi les plus grandes chances de parfaite réussite, car la ligne de réunion ne se trouve pas au contact du sang.

II. — INDICATIONS ET RÉSULTATS.

Cette méthode a été utilisée dans les sutures artérielle et veineuse, et dans deux opérations nouvelles: l'anastomose artério-veineuse, et la transplantation de certains organes.

1° Suture artérielle et veineuse.

J'ai pratiqué, sur le chien, des anastomoses bout à bout, soit de la jugulaire, soit de la carotide. L'opération se fait facilement et avec rapidité. L'étanchéité a toujours été parfaite. Je n'ai jamais observé d'hémorragie secondaire. Toutes les fois que l'on opère de façon absolument aseptique, le vaisseau reste perméable. Il faut avoir soin des points interstitiels et de ne pas serrer trop énergiquement les pincés qui assurent l'hémostase provisoire. Sinon, l'oblitération du vaisseau se produit rapidement.

Chez l'homme, dans les sections accidentelles ou chirurgicales des artères et des veines, la suture ne présente, pour le moment, que des indications rares. Elle peut cependant convenir à quelques cas de sections opératoires artérielles ou veineuses, ou de résection de très petits sacs anévrysmaux. En règle générale, la ligature offre plus de sécurité, et doit, à l'heure actuelle, être préférée à la suture.

2 Anastomoses artério-veineuses.

Dans certains cas d'oblitération artérielle il peut être utile de se servir des veines pour conduire le sang oxygéné jusqu'à

l'extrémité d'un membre. On réalise cette opération en abouchant une artère dans une veine.

Nous avons tenté cette opération pour la première fois, dans le laboratoire de M. Auguste Lumière, en collaboration avec M. Bérard, professeur agrégé de chirurgie à la Faculté de Lyon. Après avoir découvert dans le triangle de Scarpa l'artère crurale et la veine saphène, nous avons sectionné ces vaisseaux. Puis, une anastomose termino-terminale mit en communication directe l'artère et la veine. L'opération terminée, le sang artériel se précipita dans la veine saphène, qui se tendit et devint très grosse. Les valvules furent sans doute forcées, car la saphène, au jarret, battait sous le doigt comme une artère. La suture demeura parfaitement étanche. Le lendemain de l'opération, le chien, qui était énorme, réussit à détacher son pansement, et arracha avec ses dents quelques-uns des fils cutanés. Il mourut d'infection quelques jours après.

Nous avons exécuté ensuite l'anastomose bout à bout de la carotide et de la jugulaire. Cette opération a été pratiquée sur des chiens dans le laboratoire de M. le professeur Soulier, avec la collaboration de M. Morel, docteur ès-sciences et en médecine, chef des travaux à l'Université de Lyon. Après un ou deux insuccès, dus à une insuffisante asepsie, nous avons obtenu un résultat complet.

L'artère carotide et la veine jugulaire, ayant été sectionnées à peu près au même niveau, la carotide fut abouchée à la jugulaire, de telle sorte que le sang oxygéné puisse pénétrer dans le bout supérieur de la veine jugulaire.

À la fin de l'opération, lorsque l'hémostase provisoire fut levée, la jugulaire devint énorme, triple le volume environ, et se mit à battre comme une artère. La suture demeura parfaitement étanche. La veine contenait donc du sang rouge au lieu de contenir du sang noir. La direction de la circulation s'y trouvait invertie. La jugulaire était transformée en une véritable artère carotide.

Au bout d'une quinzaine de jours, son calibre diminua un peu, mais elle resta dure et continua à battre comme une artère. L'auscultation, au niveau de la suture, laissait entendre un souffle systolique, dû à la différence de calibre de l'artère et de la veine.

L'animal, en expérience, ne ressentit aucun trouble de cette inversion de la circulation dans son système jugulaire. Deux mois après l'opération, il était en bonne santé, et l'anastomose fonctionnait encore. Le professeur Jaboulay, qui nous avait prié de réaliser cette expérience à son intention, a émis l'opinion, dans une de ses cliniques, que notre opération pourrait rendre des services dans les cas d'irrigation artérielle insuffisante de l'encéphale, par thrombose donnant le ramollissement, ou par arrêt de développement congénital. Les ramollissements, les ischémies et les idioties microcéphaliques seraient les premières affections susceptibles de bénéficier de cette opération, qui emprunte aux veines la voie de transport du sang oxygéné. L'afflux du sang artériel dans les veines du cou et de l'encéphale peut réveiller ou augmenter la vitalité de celui-ci. Il n'est pas impossible qu'un jour certains malades puissent bénéficier d'opérations ayant quelque analogie avec celle que je viens de décrire. Mais il ne faut pas oublier que la transformation de la jugulaire en carotide est innocente chez le chien, à cause de certaines dispositions anatomiques, qui lui sont particulières, et de la richesse de la circulation postérieure. Chez l'homme, le système jugulaire a une importance plus considérable, de telle sorte que les dangers opératoires sont beaucoup plus grands.

3° Les anastomoses vasculaires ont été utilisées enfin dans la *transplantation de certains organes*, le corps thyroïde et le rein.

Ces expériences ont été faites dans le laboratoire du professeur Soulier, avec la collaboration de MM. Morel et Marcel Soulier.

La transplantation du corps thyroïde est extrêmement difficile, à cause de la petitesse des vaisseaux thyroïdiens. On choisit, sur un chien de grande taille, la plus grosse artère et la plus grosse veine thyroïdiennes. On enlève le lobe thyroïdien correspondant, et, par une greffe termino-latérale, on implante les vaisseaux sur la carotide et la jugulaire. Il est nécessaire de se servir d'aiguilles extrêmement fines. Les anastomoses sont difficiles, mais cependant réalisables. On termine en fixant la glande au sterno-mastoïdien, ou à la paroi antéro-externe du larynx. La circulation se rétablit. Malheureusement, des accidents infectieux consécutifs nous ont em-

pêché de constater les résultats physiologiques de cette opération.

Nous avons pratiqué cinq ou six fois, la transplantation du rein de la région rénale dans la région cervicale.

Un des reins est enlevé avec ses vaisseaux et son urètre, par néphrectomie transpéritonéale, et placé dans une cuvette d'eau bouillie tiède. Préalablement, par une incision parallèle au sterno mastoïdien, on a découvert l'artère carotide, et la veine jugulaire, qui ont été sectionnées et préparées par une anastomose. Le rein est alors placé dans la plaie cervicale. Anastomose termino-terminale de l'artère rénale et de la carotide, de la veine rénale et de la jugulaire externe. L'urètre est glissé sous la peau, et s'ouvre à l'extérieur, au-dessus de la fourchette sternale.

On suspend le rein au sterno mastoïdien par quelques points perforants.

Les serre-fines, qui assurent l'hémostase provisoire sont alors enlevées. Il faut avoir soin d'ouvrir la circulation d'abord du côté de la veine et ensuite du côté de l'artère. Le sang rouge fait alors irruption dans l'artère rénale, qui se met à battre. Le rein se gonfle, devient rouge et chaud et le sang s'échappe par la veine rénale et par la veine jugulaire. Suture exacte de la peau et pansement occlusif. Au bout de cinq ou six heures, quelques gouttes de liquide clair s'échappent par l'urètre. . .

Je ne veux parler, à l'heure actuelle, que de la technique opératoire de cette expérience. Des complications post opératoires sont toujours survenues. La plupart de mes chiens se sont infectés au bout de quelques jours.

Pour que les expériences réussissent pleinement, il faudrait que les animaux soient placés dans d'excellentes conditions d'asepsie et de surveillance. Mes résultats sont donc trop incomplets pour donner lieu à des conclusions quelconques. Ces recherches doivent rester longtemps encore dans le domaine de l'expérimentation. Elles n'en sortiront peut-être jamais. Mais cependant il n'est pas impossible d'espérer qu'elles seront un jour le point de départ d'opérations nouvelles et d'une thérapeutique féconde.

A PROPOS D'UN CAS DE MENINGITE TUBERCULEUSE HEMORRAGIQUE (1)

Par MM. L. LORLAT JACOB et G. SABAREAUX.

Si l'on connaît anatomo-pathologiquement l'hémorragie comme une des complications de la méningite tuberculeuse de l'adulte, il n'a pas encore été donné depuis l'introduction en clinique de la rachicentèse, de diagnostiquer cette forme, du vivant du malade. Ce fait pourrait surprendre, étant donné la grande fréquence des hémorragies au cours de la tuberculose.

Depuis très longtemps, en effet, les auteurs ont noté l'hémorragie dans la tuberculose, surtout dans la tuberculose pulmonaire. Les hémoptysies y sont courantes, et on leur avait, même, à une certaine époque donné une telle importance pathogénique qu'on en avait fait la cause de la tuberculose.

L'idée de considérer l'hémoptysie, comme une cause déterminante de phtysie, devait découler naturellement des doctrines physiologiques de Broussais sur l'irritation. Le sang devient à l'endroit des bronches et des alvéoles une épine inflammatoire qui développe la phlegmasie chronique, source de la tuberculose. Morton a contribué, plus qu'aucun auteur, à accrédi-ter cette idée par son chapitre si souvent cité de "*Phtisis ab hœmoptoe*." Aujourd'hui on est revenu de cette erreur, et actuellement, il est plus que démontré, qu'en dehors de quelques cas exceptionnels, (traumatismes) l'hémorragie pulmonaire est hors la dépendance immédiate de l'épine tuberculeuse dans le parenchyme du pœumon. On sait, par ailleurs, que les hémoptysies surviennent dans la tuberculose à ses différents stades: les tardives, pendant la période des cavernes, les autres, celles qui surviennent au début, reconnaissent un mécanisme qui mérite de nous retenir.

Jusqu'à ces derniers temps, les hémorragies précoces de la tuberculose étaient rattachées à la congestion, à l'hyperémie. "Aujourd'hui, les choses s'expliquent plus facilement et plus clairement aussi, par l'anatomie pathologique" (2).

(1) Travail de la Clinique Médicale de Laënnec, Service du Professeur Landouzy, lu au Deuxième Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord à Montréal, 28, 29 et 30 juin 1904.

(2) Herard, Corral, Haterot. — La Phtisie pulmonaire, 1888.

Celle-ci nous montre des altérations des artérioles et des capillaires.

Ces vaisseaux sont atteints d'endo et péri-vascularite tuberculeuse, leurs parois sont infiltrées de jeunes cellules, en amont et en aval de l'amas tuberculeux.

De cette façon on s'explique la friabilité anormale des vaisseaux et l'hémorragie :

L'examen histologique de nos foyers d'hémorragie méningée nous décèle les mêmes altérations vasculaires caractérisées par la présence de manchons leucocytaires que nous décrirons ultérieurement.

Cependant malgré l'affinité de la tuberculose pour les vaisseaux et les séreuses, on ne rencontre pas dans le milieu méningé de réactions dont l'intensité, en tant que cause productrice d'hémorragie, atteigne le même degré que dans la plèvre, le péritoine, etc.

La ponction de ces diverses séreuses donne souvent, au cours de leur inflammation tuberculeuse, issue à du liquide sanglant : au contraire, la ponction du canal rachidien, ne donne que très rarement du sang. Faudrait-il en conclure que l'hémorragie est exceptionnelle dans le cours de la localisation du tubercule dans les vaisseaux méningés, et que l'artérite tuberculeuse y serait là plus rare que dans d'autres viscères ? Ce serait singulièrement méconnaître et les descriptions des classiques, et la véracité des faits. Les autopsies des méningites tuberculeuses démontrent en effet, dans l'immense majorité des cas, des piquetés hémorragiques, les suffusions sanguines ; mais c'est affaire d'intensité et, peut-être, est-ce là la raison que le liquide céphalo-rachidien n'est pas plus souvent hémorragique.

* * *

Déjà, depuis 1840, Lebert (1), en dehors de la méningite fait mention de légères ecchymoses, le long des petits vaisseaux dans les méninges, et les attribue au passage des globules sanguins, au travers des parois intactes des capillaires :

(1) *Traité pratique des maladies scrofuleuses et tuberculeuses*, 1849.

il rapporte d'autre part de véritables hémorragies, qu'il rattache à un état " scorbutique " particulier à la tuberculose. En plus, au cours d'une tuberculose pulmonaire chronique, on connaît bien des hémorragies cérébrales, véritables apoplexies, sur la nature desquelles les auteurs ont tant discuté. Pour Andral, la cause en serait la cachexie tuberculeuse; pour Lionville, la formation d'anévrysmes miliars; pour Césaire, la thrombose des troncs veineux et une augmentation de tension dans les capillaires.

Nous voyons ainsi que l'hémorragie est un processus habituel, au cours de la tuberculose, sous toutes ses formes; malgré cela les hémorragies méningées, diagnostiquées pendant la vie du malade et reconnaissant pour cause la tuberculose, ne sont pas encore citées, et c'est à ce titre que notre observation nous paraît présenter de l'intérêt.

OBSERVATION. — Le nommé Chap. Joseph, âgé de 39 ans, maréchal ferrant, vient seul, à l'hôpital Laennec, le 6 janvier 1904.

Ce jour, il répond assez bien aux questions, mais se plaint de céphalée vive et de courbature sérieuse.

Examiné le lendemain le malade est incapable de donner aucun renseignement. La température est à 39°, le pouls ample bat à 80.

Chap. est dans un sommeil profond dont on ne le tire qu'avec peine, et, quand on lui demande son nom, il pou-se, en manière de réponse, un grand soupir, comme s'il était épuisé.

On lui demande de tirer la langue, il ouvre la bouche légèrement, mais son effort aboutit là.

Il y a une légère hypotonie à droite; le membre supérieur et le membre inférieur retombent vite et sans résistance. Les réflexes sont un peu diminués.

Légère symétrie faciale; à droite, la fente palpébrale est plus ouverte; la pupille droite est plus dilatée que la gauche. Le réflexe lumineux est affaibli.

Le signe de Babinski n'existe pas. Il y a incontinence des urines et des matières.

Le signe de Kernig est très accusé.

Il existe une hyperesthésie généralisée surtout prononcée au niveau de la colonne vertébrale.

L'auscultation du cœur est négative.

Celle des poumons dénote à droite une respiration granuleuse.

Les urines obtenues par sondage ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Le foie est très légèrement hypertrophié.

Sur la face interne des deux cuisses on voit des cicatrices circonscrites, tigrées, pelure d'oignon qui peuvent être rattachées à la syphilis.

Quelques vésicules d'herpès au prépuce.

Le lendemain, 28 janvier, le malade est dans le coma, les yeux clos, les quatre membres un peu contracturés. Il a un mâchonnement continu et pousse quelques plaintes inarticulées. On note des placards rouges aux points de pression, aux genoux, aux poignets, aux malléoles.

Il existe un mouvement machinal continu d'élévation du talon gauche au-dessus du plan du lit.

Légère trépidation dans les membres inférieurs.

Le ventre est rétracté, en bateau. Pas de vomissements.

L'appareil circulatoire ne démontre, ce jour, rien de particulier.

La tension artérielle est à 15. La tension capillaire est à 9.

Le 29 janvier. La prostration est absolue: aucune agitation, la température est à 39°. La contracture a disparu, mais réapparaît dès qu'on excite les membres du malade.

On note, ce jour, la présence d'une tumeur grosse comme une noix dans la fosse temporale droite au-dessus de l'arcade zygomatique. Cette tumeur pseudo-fluctuante située sur le trajet de l'artère temporale est animée de battements; réductible en partie, elle reparait lentement quand on cesse la pression. Il n'y a pas d'expansion véritable; elle n'est le siège d'aucun souffle. Le signe du drapeau montre que ses battements sont synchrones au pouls radial.

Du même côté on voit une petite ecchymose conjonctivale.

Pouls, 80. Respiration, 30. Tension artérielle, 20.

Le signe de Kernig persiste.

Dans l'après-midi, le malade sort de sa torpeur et a quelques mouvements de lucidité, prononce quelques mots, et boit trois tasses de lait. Peu après, il retombe dans sa somnolence.

La cryoscopie du sérum sanguin obtenu par ventouse scarifiée — 0.48. La réaction de Gmelin est négative dans le sérum.

La réaction de Courmont est positive fortement.

Le 30 janvier. L'inégalité pupillaire a changé, c'est, cette fois, la pupille gauche qui est plus dilatée.

La conjonctive est entièrement invisible. Le pouls est à 120. La respiration à 32. La tension artérielle à 19.

Les quatre membres sont en résolution. L'amaigrissement a fait beaucoup de progrès depuis l'entrée. Les réflexes rotuliens sont abolis.

Le réflexe radial gauche est très notablement exagéré. Lorsqu'on recherche le réflexe olécranien il se produit, après la percussion du tendon tricipital, un mouvement d'adduction du bras vers le thorax; ce mouvement a tous les caractères d'un mouvement réflexe et ne se produit qu'un moment après la percussion du tendon olécranien.

La température est à 39° 7. La mort survient dans la nuit.

Les renseignements que nous avons pu recueillir par la femme de ce malade nous assurent de la syphilis. Il a été soigné pendant huit jours, l'an dernier, à Ricord, pour des accidents syphilitiques. Nous apprenons aussi qu'il est malade depuis le 30 décembre; à ce moment il fut forcé d'interrompre son travail à cause d'accidents graves intestinaux.

Du 3 janvier au 13, il travaille, depuis 8 jours, il se plaint d'un violent mal de tête, et la veille de son entrée à l'hôpital il est pris d'idées délirantes; mais, comme il a l'habitude de boire, sa femme le croit "pris de boisson." Il raconte alors des "histoires incompréhensibles."

C'est dans cet état qu'il entre dans notre service.

Nous avons fait à ce malade, au cours de son séjour à Laennec, cinq ponctions lombaires.

Le 1er jour, nous recueillons dans un premier tube du sang pur qui coule en gouttes rapides.

Sans déplacer l'aiguille on recueille dans un 2^e tube un liquide lavure de chair.

Une seconde ponction faite peu de temps après donne encore un liquide rosé, et, à la fin de la ponction, le malade ayant fait un effort, il s'écoule un petit jet de sang pur. Le liquide du tube devient alors entièrement rouge.

Le 2^e jour, la troisième ponction donne issue à un liquide très épais, colloïdal, qu'il faut aspirer doucement avec la seringue. Sur lames sèches colorées à l'Hématéine-éosine, on compte :

Mononucléaires.....	64
Polynucléaires.	36

Le 3^e jour, la quatrième ponction retire dix centimètres cubes de liquide recueilli dans 3 tubes. La coloration est rose.

Au spectroscope on y constate de l'oxyhémoglobine. Par l'acide nitrique nitreux et par le spectroscope on ne peut déceler de pigments biliaires. La numération faite immédiatement après la ponction dans la rigole de l'hématimètre de Hayem, donne :

Globules rouges.....	17.875
do blancs.....	117

Rapport qualitatif : Mononucl. = 80
Poly. nucl. = 20

Le liquide de la ponction laissé pendant dix minutes dans les tubes s'éclaircit à sa partie supérieure, et dans les couches inférieures on voit des filaments rouges qui tendent à tomber au fond du tube.

Le quatrième jour, la 5^e ponction retire environ 8 centimètres cubes, dans deux tubes, d'un liquide uniformément teinté lavure de chair.

Au spectroscope on y trouve de l'oxyhémoglobine, pas de pigments biliaires :

Numération : Globules rouges.....	15.400
do blancs.....	137

Valeur leucocytaire : Mononucl. = 67
Poly. nucl. = 33

Le liquideensemencé est resté stérile.

L'autopsie pratiquée le 31 montre sur les méninges sylviennes, du côté gauche, des nodules blanchâtres, et un aspect tomenteux et vilieux de ces méninges.

Il existe des traînées louches jaunâtres le long de l'artère sylvienne. La pie-mère se décortique facilement.

Cervelet. Foyer hémorragique dans le vermis supérieur, de la grosseur d'une aveline, s'insinuant dans le lobe cérébelleux droit.

A ce niveau, l'artère cérébelleuse supérieure est épaisse et rigide. Les plexus choroïdes sont épaissis, ecchymotiques, présentant les mêmes altérations que les méninges sylviennes.

En pleine protubérance se voit une infiltration hémorragique de la largeur d'une pièce d'un franc, entourée d'un piqueté hémorragique.

L'examen microscopique porte sur différents points:

Au niveau de l'artère sylvienne, où l'on notait une thrombose vasculaire avec infiltration hémorragique, la coupe des méninges donne les renseignements suivants: Il existe deux grosses veines thrombosées, dont l'une commence à s'organiser au centre et à la périphérie.

L'artère sylvienne est normale; les artérioles sont entourées, les unes de cellules mononucléaires, d'autres, de véritables manchons leucocytiques. De ce fait, la lumière de ces vaisseaux est rétrécie.

A l'intérieur des artérioles, on voit de nombreuses cellules mononucléaires et endothéliales qui tendent à les oblitérer.

Le reste de la pie-mère est épaissi, infiltré de lymphocytes et, par places, de polynucléaires.

Dans plusieurs endroits, il y a formation de granulations tuberculeuses, avec au centre un début de mortification, sans qu'il y ait de cellules géantes.

La coloration au Ziehl montre de très nombreux bacilles de Koch, situés principalement à la périphérie des centres de désintégration de ces granulations et autour des vaisseaux. On peut compter jusqu'à 30 bacilles par champ.

Dans un point où l'infiltration tuberculeuse est moins intense, on voit un foyer d'hémorragie interstitielle. Des constatations semblables sont faites au niveau du foyer hémorragique du vermis supérieur, et on retrouve des bacilles nombreux autour des artérioles émanées de la cérébelleuse supérieure.

Il résulte donc de cet examen histologique que nous avons affaire à un processus de méningite, caractérisé par l'épaississement et par une infiltration d'éléments mononucléaires répartis en nodules. La diapédèse des polynucléaires indique l'activité du processus aigu tuberculeux.

La constatation dans la pie-mère, au cours de ce processus, de multiples foyers hémorragiques, visibles, certains, macroscopiquement, d'autres histologiquement, et répartis, avec une prédominance notable, le long de la sylvienne, le long de la cérébelleuse supérieure, et en pleine protubérance, mérite de retenir l'attention.

Les poumons présentent des lésions de broncho-pneumonie tuberculeuse, et des ganglions miliaires caséux contenant de nombreux bacilles.

Le foie offre de la péri-hépatite, et de la dégénérescence graisseuse, des lésions d'hépatite nodulaire et des granulations montrant au microscope des cellules géantes.

La coupe de la tumeur de la région temporale droite présente une structure fibreuse, et contient de très gros vaisseaux dilatés.

* * *

Ce cas nous paraît intéressant à plusieurs points de vue.

Pendant la vie du malade l'évolution des signes cliniques avait nécessité l'évolution de plusieurs diagnostics.

Tout d'abord, au moment de l'entrée, les troubles de l'équilibre, la démarche ébrieuse, les maux de tête font penser à une tumeur du cervelet. Le lendemain, les signes de méningite sont indéniables et les lésions du sommet, la réaction de Courmont positive font porter le diagnostic de méningite tuberculeuse. C'est à ce moment que la ponction rachidienne donne issue à un liquide hémorragique et ainsi, nous sommes portés au diagnostic d'hémorragie méningée.

Pourrions-nous, d'après les caractères de ce liquide, soupçonner la nature tuberculeuse de l'épanchement?

Avant d'aborder cette discussion, qu'il nous soit permis de rechercher la raison de variabilité du liquide obtenu par la ponction :

Il est à remarquer, en effet, que l'observation relate que la première ponction a donné du liquide fortement hémorragique dans un premier tube, et, dans un second, l'aiguille restée en place, un liquide moins coloré.

La deuxième ponction faite peu de temps après fournit, au contraire, une sérosité lavure de chair, et sous l'influence d'un effort du malade, dans le même temps, la teinte change.

Au premier abord, on pourrait penser à une erreur de technique (ouverture d'un vaisseau); il n'en n'est rien car cette éventualité est assez coutumière dans l'hémorragie méningée et MM. Chauffard, Widal et leurs élèves, en rapportent des cas semblables.

Nous-mêmes, récemment, avons obtenu, de nouveau, un résultat identique dans un cas d'hémorragie méningée, consécutive, à une rupture artérielle de la pie-mère chez un athéromateux.

Chez ce malade, au cours de la ponction, le liquide, d'abord jaune, clair, transparent, devient subitement sanguinolent sous l'influence d'un effort. Il faut donc savoir que ces résultats ne sont pas exceptionnels et qu'ils ne sont pas à mettre sur le compte d'une technique défectueuse.

L'interprétation qui nous semble rationnelle pour expliquer ces diverses teintes au cours de la même ponction et des ponctions successives est la suivante :

Quelque temps après la production de l'hémorragie méningée, les globules rouges se déposent au fond du canal rachidien, et si l'on ponctionne le canal rachidien au-dessus de ce dépôt, le liquide sortira clair, limpide ou jaune clair; dans ce dernier cas les conditions d'un certain degré d'hémolyse se sont déjà réalisées; mais que le malade vienne, au cours de la ponction, à faire des efforts, les globules rouges sont déplacés et se mêlent au liquide jaune, lui donnant une modification de teinte.

* * *

Quoiqu'il en soit de cette discussion, il faut se demander, maintenant, si les caractères du liquide permettent d'établir une différence entre l'hémorragie méningée et la méningite

hémorragique. Dans notre cas, nous avons trouvé un taux plus élevé des globules blancs sur les globules rouges et une lymphocytose très accusée. Pouvons-nous en conclure qu'il s'agissait là d'un processus tuberculeux? Il est évident que nous ne pouvons conclure par l'affirmative, ces mêmes circonstances peuvent se rencontrer au cours de l'hémorragie méningée non inflammatoire. La présence du coagulum observé, dans notre cas, peut-elle servir à établir la nature inflammatoire du processus; cela semblerait d'accord avec les descriptions des classiques constatant l'absence de coagulum dans les hémorragies méningées non inflammatoires. Cependant, nous n'avons pas voulu, sur notre seul cas, faire intervenir en ligne de compte cet élément de diagnostic (1).

M. Macaigne rapporte en effet, une observation dans laquelle l'examen, au cours d'une hémorragie traumatique, avait permis de constater la présence du coagulum.

Il semble donc, jusqu'à présent, qu'on ne soit pas en mesure, par les seuls caractères du liquide, de remonter à l'étiologie; et que la ponction lombaire, comme les autres moyens, dits de laboratoire, reste encore, ainsi que l'enseigne le Professeur Landouzy, un symptôme réatif, devant être soumis au contrôle de la Clinique, et méritant comme tel d'être raccordée aux autres signes tirés de l'examen du malade, faute de quoi, il risque de fausser le diagnostic.

(1) *Médecine Moderne*, 1902. Paris.

**DE LA RÉFORME DE L'EXPERTISE MÉDICO-LÉGALE EN
MATIÈRE D'AUTOPSIE ET DANS LA RECHERCHE
DES CRIMES ET DÉLITS, DANS LA
PROVINCE DE QUÉBEC (1)**

Par le Dr GEORGES VILLENEUVE,

Professeur de clinique des maladies mentales et professeur-adjoint de médecine légale à l'Université Laval de Montréal; Surintendant médical de l'Hôpital d'aliénés de Saint-Jean de Dieu;
Médecin consultant de l'Asile Saint-Benoît-Joseph, Longue-Pointe, et de l'Hôpital Notre-Dame, Montréal; Médecin expert près des tribunaux; Membre de la Société Médico-psychologique de Paris, de la Société de Médecine mentale de Belgique, et de l'Association médico-psychologique américaine.

(Suite)

Les remarquables résultats des études de Mégnin (4) sur la faune des cadavres a fait entrer l'entomologie dans la pratique usuelle de la médecine légale, nul expert ne peut maintenant l'ignorer. Il est possible maintenant de reconnaître depuis combien de temps un cadavre a été exposé et de fixer approximativement la date du décès, en étudiant la faune animale qui s'est développée dans ce cadavre. C'est à Mégnin seul que revient l'honneur d'avoir écrit ce chapitre spécial de la médecine légale et d'avoir ouvert cette nouvelle source de preuve médico-légale, quoique Bergeret avant lui eut tenté de tirer quelques explications pratiques de l'entomologie basées sur les connaissances complètes et les fausses notions qui avaient cours de son temps. La publication de la Faune des cadavres de Mégnin a contribué beaucoup à vulgariser le sujet, quoique la division des différentes phases de la putréfaction en huit périodes, au lieu de la division plus simple en quatre périodes, soit plus compliquée et plus difficile à comprendre.

Depuis 1878, Brouardel et ses collègues, à la morgue de Paris, ont eu recours aux bons offices de M. Mégnin, pour une quinzaine de fois au moins, et mis ses connaissances à contribution. Les résultats obtenus ont donné la plus entière satisfaction. Il est arrivé très souvent que l'exactitude de ses conclusions, tirées seulement de l'examen de quelques débris humains et de quelques insectes, a été vérifiée par les développements subséquents de l'affaire. Quelquefois le mystère qui entourait la trouvaille n'a jamais été éclairci, mais il n'est pas arrivé une seule fois que les résultats de l'enquête aient prouvé que les conclusions de Mégnin fussent erronées.

M. Brouardel rapporte le fait suivant qui tient absolument du merveilleux. Il fut commis pour examiner le cadavre d'un enfant de huit ans, trouvé dans une caisse à savon; le corps était momifié. On lui demandait de spécifier l'époque à laquelle remontait la mort. M. Brouardel se fit adjoindre M. Mégnin. Celui-ci après avoir étudié la succession des mouches et des larves dont on retrouvait les débris affirma que l'enfant avait été mis dans la caisse à une époque où les mouches n'avaient pas encore commencé leur évolution, c'est-à-dire dans la dernière quinzaine de février, et que, depuis ce moment, il s'était passé deux hivers et un été. La mère qui était inculpée, était atteinte de phthisie pulmonaire; se sentant mourir, elle avoua qu'elle avait mis l'enfant dans la boîte le 23 février de l'année précédente.

Dans une affaire où j'avais été appelé comme expert, l'étude de la faune fournit des renseignements précieux à la justice. Dans les premiers jours de mai, 1895, on trouve le cadavre d'un inconnu, le crâne percé par un trou de balle, dans un endroit désert. Le cadavre avait subi en entier la transformation en gras de cadavre ou adipo-cire, et dans plusieurs endroits, les os étaient mis à nu. Le corps et ses vêtements fourmillaient de petites larves blanches, que l'on reconnut à leurs sauts caractéristiques, appartenir à l'espèce " *Pyophilacasei* ", ce qui fut vérifié par l'évolution subséquente de ces larves. De plus le cadavre et les vêtements étaient littéralement couverts de grosses larves de diptères et de pupes vides que nous ne pûmes identifier exactement. Il n'y avait pas d'acariens ni de coléoptères. La théorie émise par la police était que cet individu avait été assassiné pendant l'hiver dans une maison située près de l'endroit où fut trouvé ce cadavre. La présence en si grand nombre de diptères renversa complètement cette théorie en faisant remonter la date de l'exposition du cadavre aux jours chauds de l'été ou de l'automne précédents. Lancées sur cette piste, les recherches aboutirent à faire identifier le cadavre comme celui d'un inconnu qui avait été vu dans ce voisinage, pendant les récoltes et qui avait sur lui un revolver. Subséquemment on trouva un revolver près de l'endroit où

avait reposé le cadavre, ce qui donna raison à l'opinion émise tout d'abord par l'expert qu'il s'agissait d'un cas de suicide.

J'ai l'honneur, à l'occasion de cette expertise, de faire la première application de l'entomologie à la médecine légale, au Canada et probablement en Amérique.

On voit, par ces exemples comme est nécessaire l'étude de la médecine légale pour celui qui veut la pratiquer, et combien de problèmes non soupçonnés elle recèle, pour celui qui ne l'a pas étudiée.

* * *

III. ÉTAT ACTUEL DE LA PRATIQUE DE LA MÉDECINE LÉGALE. — La pratique actuelle en matière d'autopsie et dans la recherche des crimes et délits donne-t-elle des garanties suffisantes à la société? Brouardel, à propos de la pratique de la médecine légale en France, se pose la même question, sous cette forme: La loi donne-t-elle des garanties suffisantes à la société? Dans un article magistral il établit que la réponse ne peut être que négative. Quelle doit être la nôtre? Non, la pratique actuelle ne donne pas des garanties suffisantes à la société. Elle ne peut empêcher qu'un innocent ne soit victime d'une erreur judiciaire ou que des coupables ne soient soustraits au châtiement. "Qu'un innocent ait été victime d'une erreur ou que des coupables aient été soustraits au châtiement, dit Morache, la question n'en est pas moins violée."

Nous avons énuméré les qualités requises pour faire un médecin expert suffisant.

Nous avons établi le caractère particulier de la médecine légale ainsi que la nécessité d'une préparation spéciale, à l'égal de toute autre spécialité.

Que chacun de nous s'interroge dans le silence de sa conscience, qu'il se soumette au critérium de ces données, qu'il se représente au prise avec une de ces mille difficultés qui surviennent dans toute autopsie, avec un de ces mille problèmes qui se posent dans toute affaire et toujours d'une façon inattendue, et je crois qu'il répondra avec Brouardel, avec moi: Non, la loi actuelle ne donne pas de difficulté. Et en cela l'hon-

norabilité du corps médical, qui est proverbiale et que je me plais à proclamer, pas plus que son intelligence, dont la valeur est trop généralement connue et trop justement appréciée, pour qu'elle ne fasse de doute pour personne, ne sont en cause; mais cela vient tout simplement de l'absence de préparation spéciale.

" Faute de cette étude préalable, dit Vibert, les médecins omettent des constatations ou leur donnent une fausse interprétation. Certains formulent hardiment, sans arrière-pensées, des conclusions beaucoup trop affirmatives qui pourront égarer la justice et peut-être contribuer dans une forte mesure à la condamnation d'un accusé. D'autres par une tendance différente, arrivent à un résultat aussi fâcheux: ils ne savent pas que dans certains cas les investigations de l'expert restent sans résultats, et ils craignent qu'un attribue à leur ignorance une réserve commandée dans quelques circonstances par l'impuissance de la science. S'ils ne trouvent en présence d'un attentat dont la réalité paraît certaine ou très probable, ils sont amenés, presque inconsciemment, à faire un rapport destiné surtout à permettre des conclusions arrêtés d'avance et inspirées par des considérations extra-médicales.

" Le médecin familiarisé avec l'étude de la médecine légale évite des fautes, et en outre il arrive à acquérir une habitude d'esprit qui est une des qualités principales de l'expert: Savoir distinguer dans une question ce qui est nettement démontré, de ce qui est probable incertain ou douteux, et exprimer dans une formule claire et précise des conclusions qui correspondent à l'examen raisonné des faits. "

A l'appui de cette thèse je pourrais rapporter des faits éminemment regrettable, empruntés à la pratique locale, mais on pourrait y voir des allusions personnelles qui sont loin de ma pensée et qui seraient déplacées devant le concours de bonne volonté, dont ce congrès donne le consolant spectacle. Je me contenterai d'en citer quelques uns parmi ceux que Brouardel a recueillis dans les annales médico-légales, en France, où cependant les études ont atteint, sous son impulsion, une perfection qui aurait dû mettre les médecins à l'abri de pareilles erreurs.

C'est qu'il faut aussi, là comme ailleurs, faire la part de la faillibilité humaine et de l'inégalité des aptitudes comme des conditions. Voici quelques uns des faits rapportés par Brouardel :

“ Après fortune faite, un charcutier se retire à Caen : certain jour, il part avec sa bonne pour aller pêcher la crevette sur une plage du voisinage ; comme ils se livraient à cet exercice, deux femmes qui se trouvaient par hasard abritées derrière une roche virent l'homme plonger la tête de sa compagne sous l'eau et l'y maintenir de force. Le charcutier sort seul de la mer et rentre à son domicile, suivi à distance par les deux femmes : l'une reste à sa porte, l'autre va prévenir la maire, qui fait arrêter le coupable. Un médecin est commis pour faire l'autopsie du cadavre que la mer en se retirant avait laissé sur la grève.

“ Celui-ci, qui peut-être n'avait jamais fait d'autopsie, se contente de regarder le cadavre. Un de ses confrères, présent à son examen, lui fait remarquer qu'il serait peut-être utile de noter l'état des poumons. Le médecin légiste entrouvre le thorax, sur le côté, et dit simplement qu'ils sont un peu congestionnés.

“ Je fus consulté un peu plus tard au sujet de cette femme pour examiner un lambeau de la peau du cou qui présentait des érosions pouvant être produites, pensait-on, soit par des coups d'ongles, soit par des morsures de crabes. Elles l'étaient en réalité par l'incrustation du gravier dans la peau du menton. Il était bien évident que le charcutier avait tué sa bonne, qui était en même temps sa maîtresse, et qui se trouvait enceinte, comme on l'a su plus tard. Quand l'affaire vint devant le tribunal, l'avocat prit le médecin légiste à partie, celui-ci passa à l'audience un cruel moment ; l'avocat s'éleva contre les conclusions du rapport et soutint que la femme était morte d'une attaque d'apoplexie.

“ Il était impossible de prouver le contraire, le crâne n'ayant pas été ouvert. Malgré cette faute du médecin légiste ou plutôt à cause d'elle, l'inculpé ne fut condamné qu'à sept ans de réclusion.

“ Cette autopsie incomplète a donc fait bénéficier l'inculpé du doute que l'avocat a réussi à faire pénétrer dans l'esprit des juges; il est probable que la condamnation eut été tout autre si l'examen du cerveau avait été fait.

“ Je ne saurais trop vous recommander de toujours ouvrir la boîte crânienne, car j'ai remarqué que, dans la moitié environ des rapports qui me sont communiqués, cette partie si importante de l'autopsie a été complètement négligée.

“ Autre exemple: Je me suis commis par M. Guillot, juge d'instruction, pour examiner une femme trouvée morte dans sa chambre. Sur la table se trouvaient un certain nombre de récipients et de flacons rempli de liquides variés. Aussitôt on suppose que cette femme était morte à la suite de manœuvres abortives, les substances lui ayant été fournies, suivant les commérages, par son amant étudiant en pharmacie. A la demande du juge d'instruction qui était présent à l'autopsie, nous commençons par retirer l'utérus qui était vide de tout produit. Voyant la fausseté de son hypothèse, le magistrat se retire et nous continuons l'autopsie. Après avoir lavé le visage couvert de spume sanguinolente desséchée, nous vîmes deux orifices de balle qui fut retrouvées dans le crâne; elles lui avaient été tirées à bout portant par son amant, qui l'avoua plus tard, dans une scène de jalousie.

“ Vous voyez donc qu'il ne faut pas se laisser entraîner par une idée préconçue, il faut faire l'autopsie, comme si l'on avait aucune donnée, comme si le cadavre était celui d'un inconnu trouvé mort sur la voie publique, car si l'on suit une idée, on fait malgré soi son enquête dans le sens où l'on est poussé par cette idée. Devergie disait et il avait raison: “ Le médecin légiste doit fermer les oreilles et ouvrir les yeux.”

* * *

IV. RÉFORMES A ÉTABLIR DANS LA PRATIQUE DE LA MÉDECINE LÉGALE. — De tout ce que nous venons de dire, je crois que nous pouvons conclure, avec Brouardel, que la médecine légale demande une préparation *spéciale continue*; qu'il faut dans cette branche de la médecine, comme dans les autres,

des médecins possédant une compétence spéciale, c'est-à-dire familiarisés avec les diverses questions posées par la Justice.

C'est donc dans l'attribution exclusive des fonctions d'experts aux compétences spéciales, que doit résider la principale réforme à introduire dans la pratique de la médecine légale. Comme cette compétence ne peut s'acquérir que par une préparation non seulement spéciale, mais continue, elle ne peut être reconnue qu'à ceux qui, possédant les qualités requises que nous avons énumérées plus haut, font une pratique habituelle de la médecine légale et sont en contact constant avec les laboratoires. Seuls les grands centres de notre Province, comme Montréal et Québec, offrent à des médecins l'occasion de se qualifier et de s'employer ainsi, c'est donc là que l'autorité appropriée doit choisir ses experts. La facilité et la rapidité des communications permettant aux experts de se transporter promptement, à toute réquisition, dans n'importe quel endroit de la Province, il ne résulterait aucun inconvénient de cette concentration des experts, et que des avantages, parce que la Justice aurait aussi constamment à sa disposition un corps d'experts capables de lui donner des avis véritablement autorisés.

Cependant, comme en médecine légale, il y a un intérêt capital à ce que les premières constatations soient faites dans le plus bref délai possible et qu'elles soient faites d'une façon convenable et que d'autre part, dans la pratique actuelle, tout médecin peut être appelé à l'improviste à faire fonction d'expert, nous croyons que l'instruction des médecins est une autre réforme qui s'impose.

Cette réforme devrait consister dans l'organisation par les facultés de l'enseignement pratique de la médecine légale, à la morgue et dans les laboratoires. Le nombre de cadavres, de toute provenance, reçus dans les morgues de Montréal et de Québec, suffiraient aux besoins les plus urgents de cet enseignement. Les élèves pourraient ainsi assister à un certain nombre d'autopsies médico-lécales et en pratiquer quelques-unes sous le contrôle des professeurs. Ils auraient de cette façon l'occasion d'étudier les phénomènes cadavériques et les

lésions provoquées, dans les divers genres de mort violente et ils ne seraient pas exposés à confondre des lividités cadavériques avec des ecchymoses, des hypostases avec des congestions et la décoloration des muqueuses avec des traces d'empoisonnement. Cette instruction serait complétée dans les laboratoires où les élèves seraient exercés à distinguer les lésions pathologiques, les taches de sang, etc., au point de vue médico-légal.

Ce qui surtout est désirable, c'est que tous les médecins connaissent bien les principes de la médecine, ce qu'il importe le plus, c'est qu'ils ne soient pas exposés à négliger des éléments essentiels, ni à gâter une affaire par des fausses manœuvres. Nous ne pouvons exiger de tout praticien qu'il ignore aucune des particularités de la médecine-légale, qu'il connaisse complètement l'anatomie pathologique, qu'il sache distinguer les taches de toute origine, qu'il soit capable de faire toutes les variétés d'analyses chimiques; mais chacun doit pouvoir reconnaître et noter les phénomènes cadavériques, les marques de violence et les signes de maladie, il doit savoir conserver les pièces et les organes pour l'examen microscopique et l'analyse chimique. C'est-à-dire qu'en médecine-légale chacun doit pouvoir recueillir les faits essentiels, comme en pratique chacun doit pouvoir porter les premiers secours, et dans les cas particuliers, prendre les mesures les plus urgentes, en attendant le spécialiste. L'obligation de connaître l'indispensable est la même dans un cas comme dans l'autre. Le médecin ne doit pas plus préjudicier une affaire, par une fausse manœuvre, qu'il ne peut compromettre le sort d'un malade, par une intervention risquée en dehors de sa pratique habituelle et de ses moyens ordinaires. Dans l'une et l'autre circonstance, ce qui s'impose le plus impérieusement en vue du but à atteindre, c'est que le médecin connaisse bien les limites de ses connaissances et l'étendue de ses moyens, afin qu'il ne s'expose pas à tromper la justice, pas plus qu'il ne voudrait nuire à un client, quand l'une et l'autre s'adressent à lui en toute confiance.

En organisant l'enseignement pratique de la médecine-légale, en attribuant les fonctions d'expert aux compétences

spéciales, la justice aurait un corps de médecins pouvant répondre aux principales exigences, dans la généralité des cas, et dans les cas particuliers, elle aurait l'avantage de l'adjonction d'un expert plus compétent dans les questions spéciales. Exactement comme en pratique journalière, la plupart des médecins peuvent répondre aux principales indications, mais n'hésitent pas, même les plus instruits, et peut-être pour cela même qu'ils sont plus instruits, à appeler un consultant spécial pour des maladies spéciales.

Après cette démonstration de l'urgente nécessité d'une réforme dans la pratique de la médecine-légale, qui résulte sans doute, pour vous, bien plus de l'exposition des faits, que de mon habilité à les commenter, je crois que je puis, avec confiance, proposer au congrès de formuler les vœux suivants :

1. Construction de morgues convenables à Montréal et à Québec, par les autorités appropriées, au triple point de vue de la conservation des cadavres, de l'administration de la justice et de l'enseignement de la médecine-légale ;

2. Organisation de l'enseignement pratique de la médecine-légale par les facultés ;

3. Attribution des fonctions d'expert aux compétences spéciales.

J'ajouterai que nous pourrions recommander au procureur général d'ordonner que dans toute expertise le médecin fasse un rapport écrit complet de ses opérations et de ses constatations comme en Allemagne.

Je terminerai en donnant avec mon maître, M. le Professeur Brouardel, les conseils suivants aux experts :

1. Avoir la notion précise de leur instruction spéciale, c'est-à-dire connaître exactement les limites de leurs connaissances personnelles en médecine-légale ;

2. Ne jamais dépasser ce que nos connaissances actuelles permettent d'affirmer ; c'est-à-dire connaître exactement les bornes de la science ;

3. Ne baser les conclusions de leurs rapports que sur leurs constatations personnelles et n'affirmer que ce qui est démontré par les faits observés par eux-mêmes.

LES ETUDES CLASSIQUES COMME PREPARATION A L'ETUDE DE LA MEDECINE (1)

Par le Dr FORTIER,

Professeur-agrégé à l'Université Laval, Médecin de l'Hôtel-Dieu de Montréal.

Entre toutes les questions d'intérêt professionnel, l'une des plus importantes est, sans contredit, celle de la formation intellectuelle des jeunes gens qui se destinent à l'étude de la médecine.

Il n'y a pas à le nier, il se manifeste aujourd'hui dans nos rangs une tendance marquée vers l'abandon des études classiques.

Les humanités et la philosophie, dit-on, sont surannées; elles font perdre un temps précieux et ne donnent aucun résultat pratique. L'on veut leur substituer l'étude plus moderne, paraît-il, des langues vivantes, des mathématiques et des sciences naturelles.

Nous nous présentons ici en champion des études classiques, nous prétendons qu'elles constituent la meilleure méthode de culture intellectuelle.

Les pays où les sciences médicales brillent d'un plus vif éclat sont précisément ceux où les études classiques sont le plus en honneur.

Au premier rang des nations savantes apparaissent la France et l'Allemagne. Les études professionnelles y sont poussées aussi loin qu'il semble possible que l'esprit humain puisse atteindre. C'est à leur formation classique qu'il faut attribuer non seulement l'originalité mais aussi la vigueur de la conception intellectuelle des savants de ces deux pays.

Là, comme ici, l'on a mis en doute la valeur des études classiques. Des réformateurs, partisans d'une éducation, soi-disant plus libérale, en ont demandé l'abolition.

Les gouvernements, plus sages, n'ont pas voulu se prêter à cette œuvre de destruction, mais à côté des cours classiques, basés sur les humanités, ils ont institué les cours scientifiques, où l'on rejette les belles-lettres et la philosophie, pour ne s'occuper que de mathématiques et de sciences naturelles.

(1) Communication au Deuxième Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord, à Montréal, les 28, 29, 30 juin.

Ces écoles datent déjà de plusieurs années et, l'on peut, dès maintenant, juger des résultats qu'elles ont donnés.

En 1899, le Gouvernement français, frappé de l'insuccès continuel des élèves qui fréquentent les lycées de l'enseignement scientifique, institua une commission de trente-trois membres, chargée de faire une enquête sur les causes de cet état de choses. Des témoins appartenant à l'Université, à la presse, au clergé, aux congrégations, au monde politique furent entendus. Au point de vue qui nous occupe, ce que cette enquête contient de plus frappant, c'est la défense des études classiques, non seulement par des lettrés, mais surtout par des hommes de sciences et par des hommes pratiques, commerçants, industriels, agriculteurs.

Des hommes de science d'abord et pas les premiers venus, ceux dont le nom et l'autorité s'imposent à tous, sont venus affirmer qu'une longue expérience leur avait permis de constater que dans les études scientifiques, les jeunes gens qui avaient reçu un solide enseignement classique gréco-latin se montraient toujours bien supérieurs à ceux de leurs rivaux qui en avaient été privés. Nous citerons :

M. Levasseur, membre de l'Institut, professeur au Collège de France, dit :

A St-Louis, qui était surtout un lycée scientifique, particulièrement renommé pour la préparation aux grandes écoles, j'avais établi le système, dit de bifurcation, c'est-à-dire que j'avais divisé les élèves en deux catégories : dans l'une les élèves suivaient le cours de sciences, tandis que dans l'autre l'on faisait un cours classique ordinaire.

Le Ministre de l'Instruction Publique, ayant demandé l'avis des professeurs sur les résultats de la bifurcation, tous les professeurs de sciences, et nous en avons d'excellents, ont été unanimes à dire : " Nos meilleurs élèves ne sont pas ceux de la section des sciences, mais ceux qui ayant fait leurs lettres, jusqu'à la logique inclusivement, sont entrés ensuite en sciences élémentaires. Ils sont d'abord dans les rangs inférieurs parce que leurs camarades ont, sur eux, l'avance de trois années d'acquis scientifique ; mais, peu à peu, ils montent et

ils arrivent à être les plus forts en sciences spéciales: ils y prennent d'ordinaire les premières places." " C'était, continue M. Levasseur, un hommage rendu à la vertu des études classiques pour le développement général de l'intelligence."

M. Joubert, inspecteur général de l'instruction publique: " L'enseignement classique ayant pour base le latin et le grec, est certainement indispensable et il est à souhaiter qu'il soit aussi fort que possible. Nous tous qui avons été longtemps professeurs de sciences, nous sommes d'accord pour reconnaître que les meilleurs élèves qui nous ont passé par les mains avaient été de brillants élèves de lettres."

M. Weil, directeur du Collège Chaptal: " Nous reconnaissons que la valeur éducatrice du latin et du grec est bien supérieure à celle de l'enseignement moderne, et je veux citer un exemple: chaque fois que j'ai eu en mathématiques spéciales des élèves bacheliers ès-lettres, ils ne savaient rien en mathématiques au début, mais au bout de quelques mois, ils apprenaient plus vite que les autres."

Le Prof. Brouardel, l'éminent ancien doyen de la faculté de médecine de Paris, est une autorité dont on ne saurait certes contester le poids en pareille matière: " Lorsque je suis devenu doyen de la faculté de médecine, dit-il, j'ai poussé beaucoup à ce que les licenciés ès-sciences fussent dispensés du baccalauréat ès-lettres et fussent admis à faire leurs études médicales. Il nous est venu près de deux cents licenciés ès-sciences depuis une dizaine d'années. Eh bien, j'ai pu constater que leurs notes d'examens sont très inférieures à celles de la moyenne des élèves (ceux de l'enseignement classique). Ce sont cependant des gens distingués, ayant beaucoup travaillé. De plus, ils n'arrivent pas à l'internat. Pour nous, c'est un critérium important, car beaucoup s'y présentent et peu sont nommés. Je crois bien que les licenciés ès-sciences n'ont pas les méthodes nécessaires pour aborder les études médicales. Au contraire, ceux que nous avons dispensés du baccalauréat ès-sciences, et qui sont licenciés ès-lettres, font des élèves exceptionnellement distingués. Il y a là un résultat très différent de celui qu'on attendrait au premier abord, mais qui est net-

tement accusé. Il semble donc qu'au point de vue médical, le côté observation et le côté maturité aient été plus développés chez ceux-ci que chez les licenciés ès-sciences. Sous ce rapport, la différence est notable. D'ailleurs, la méthode de travail qu'on suit en médecine est toute différente de la méthode dite scientifique: c'est une méthode d'observation: pas un malade ne se ressemble; il faut accumuler notions sur notions, et, à un moment donné, faire la synthèse de tout ce qu'on a observé en détail et sans ordre."

"Les études classiques en elles-mêmes nous paraissent être une excellente discipline pour l'esprit, dit M. Chs Richet, professeur à la faculté de Médecine de Paris. Les mathématiques sont beaucoup plus loin de la médecine que la littérature. Nous en faisons l'épreuve chaque jour aux examens et les licenciés ès-lettres sont de plus brillants élèves que les licenciés ès-sciences. Il n'en sera peut-être pas toujours ainsi et un jour viendra où la médecine sera une science exacte, mais ce jour n'est pas encore venu et l'esprit d'observation, de finesse, le bon sens, le jugement droit sont dans l'art médical des qualités de premier ordre."

Les Allemands ont fondé, sous l'inspiration populaire, les écoles dites "pratiques," où l'on forme les élèves selon les idées nouvelles, en leur enseignant les langues modernes, l'histoire, les mathématiques et les sciences naturelles. Jusqu'à ces dernières années, les élèves de ces institutions étaient admis à l'étude de la médecine, tout comme les élèves des collèges classiques. Or, voici ce que dit le professeur A. W. Hoffmann, recteur de l'Université de Berlin, et, certainement l'un des éducateurs les plus compétents de cette grande institution:

"Tous les efforts que l'on a fait pour donner une formation équivalente à celle que donnent les études classiques ont échoué, soit que l'on ait eu recours aux langues modernes, aux mathématiques ou aux sciences naturelles. Combien de fois n'ai-je pas entendu des jeunes gens, sortis des écoles pratiques, regretter amèrement de ne pas avoir eu l'avantage d'études classiques. L'idéalisme de l'entraînement académi-

que, l'amour désintéressé de la science pour la science, le libre exercice de la pensée existent en autant que l'enseignement préliminaire a une base classique. Enlevez cette base, ces qualités deviennent plus rares. J'ai eu souvent l'occasion de causer de ce sujet, avec des savants qui avaient consacré leur vie aux sciences et aux mathématiques, et tous, sans exception, partagent ces convictions."

Que de savants se sont prononcés dans ce sens sur la valeur de la formation classique. Nommons le père de la chimie agricole, Wolff, Henneberg, Knap, Nobbe, Stohman, Kuhn : tous chimistes de réputation universelle. Liébig, célèbre dans toutes les académies savantes, et dont le laboratoire était une école et une pépinière de chimistes, avait cru lui aussi, à ses débuts, que les études littéraires étaient un ornement de luxe pour des hommes voués à une carrière toute scientifique, et qu'elles pourraient être remplacées par les précoces études de physique et de chimie des écoles professionnelles : l'expérience pourtant finit par le convertir. " J'ai observé, disait-il plus tard, que les élèves venus des écoles pratiques l'emportaient la première année sur les jeunes humanistes, par une certaine somme de notions positives acquises ; cependant ils étaient rejoints dès la seconde année et, à partir de la troisième, distancés à jamais."

L'on nous cite l'Angleterre, l'on vante ses institutions pratiques, ses écoles scientifiques. Sans doute ce sont ces écoles qui font la force de ses industries, de son commerce, de sa marine.

Mais veut-on savoir ce qu'est l'éducation supérieure en ce pays ? Veut-on savoir comment se forment les classes professionnelles ?

Et je ne sache pas que les hommes politiques, les légistes, les médecins anglais soient inférieurs à leurs confrères d'aucun autre pays.

En 1888, l'École Française des Sciences politiques avait envoyé en Angleterre une commission chargée de s'enquérir comment se forment et où s'instruisent les classes supérieures et moyennes de ce pays ? Quels moyens de préparation ont

été mis à la portée de ses parlementaires, de ses diplomates, de ses philosophes et de ses savants?

D'un rapport très élaboré nous extrayons les quelques passages suivants: " Deux ou trois mille jeunes gens vont chaque année aux universités. Cette élite a conservé plus fidèlement que nous le culte de l'antiquité: elle sait le latin au moins aussi bien et le grec sûrement mieux que nos plus brillants élèves de l'Université. Nous retrouverons plus tard ces esprits très finement cultivés dans les professions, dans l'enseignement, dans les hautes fonctions publiques et même aux Lords et aux Communes."

Pour juger en quel honneur les Universités anglaises tiennent les études classiques comme moyen de haute culture intellectuelle, jetons un coup d'œil sur les péripéties de la lutte qui eut lieu en 1890 entre les partisans et les ennemis du grec.

Depuis longtemps l'on constatait qu'un grand nombre d'élèves, parmi ceux surtout qui se destinaient aux carrières libérales, ne complétaient pas leurs classiques, ou se contentaient de suivre les cours modernes. Au dernier moment, ils apprenaient à la hâte quelques bribes de grec et se présentaient aux examens.

C'est surtout au grec que l'on en voulait; l'on prétendait que son étude était du temps perdu et sans valeur pratique. Le *Times*, de Londres, avait même dit à ce sujet: " Que les Universités ne sont pas les arbitres indispensables de l'éducation anglaise et que si elles refusent de donner l'instruction que réclament les classes moyennes, les classes moyennes se passeront d'elles."

A Oxford, en décembre 1890, l'on institua une enquête, et le Sénat fut invité à voter sur la proposition suivante:

" Ce serait un bien pour l'éducation si le grec cessait d'être obligatoire aux Universités de Cambridge et d'Oxford."

Cette résolution fut repoussée. L'Université désirant maintenir le haut niveau de son éducation intellectuelle et l'expérience ayant démontré que les langues classiques et, en particulier, le grec, sont absolument nécessaires à l'intelligence du passé et par là, du présent même.

L'année suivante, la question était reprise à Cambridge. Par un vote de 525 contre 18, il fut décidé que l'on s'en tiendrait à la formation classique et que le grec continuerait à être matière obligatoire du programme. L'Université ne jugea pas à propos de changer un programme qui depuis des siècles avait formé les intelligences les plus puissantes de la nation.

Lord Macaulay avait émis l'idée ambitieuse de faire gouverner l'Inde par l'élite de la nation. Mais, lui disait-on, où ce trouve-t-elle, cette élite? Elle se trouve à n'en pas douter, répondait-il, dans ces collèges, dans ces universités par où a passé et passe encore chaque année ce qu'il y a de plus distingué dans ce pays.

Et quand on lui objectait que les programmes de ces universités n'offraient aucune garantie, que les fonctionnaires ainsi recrutés n'auraient aucune valeur technique, il répondait : " Des garanties, je n'en sais pas de plus solides que celles d'une forte éducation classique, la plus haute, la plus libérale, la plus accomplie que puisse fournir notre pays. L'expérience l'a démontré : une éducation de ce genre est la meilleure des préparations pour toute profession qui exige l'exercice de hautes facultés intellectuelles.

Le Dr Alexandre Hill, recteur du Downing College, de Cambridge, écrivait dernièrement : " L'on nous affirme qu'un enseignement précoce des sciences est la plus solide garantie d'un succès certain, que l'on forme ainsi des biologistes compétents, que l'on arrive ainsi à obtenir cette juste corrélation entre le développement des facultés d'observation, la culture de la mémoire et le pouvoir de comparer les faits, d'en tirer des conclusions, et d'y asseoir des hypothèses."

A ces allégations mon expérience oppose un démenti formel.

Les élèves des cours de sciences causent souvent à leurs professeurs les plus cruels désappointements.

Ce sont des élèves qui ont été bourrés de faits scientifiques par des maîtres habiles; et qui en font montre de la manière la plus impressive. Leur érudition est bien des fois extraordinairement précise et étendue. Ils connaissent bien les éléments de la chimie; ils ont entièrement maîtrisé les formules

élémentaires de la physique; ils ont acquis des notions de botanique et de zoologie, mais ils n'ont pas d'entraînement intellectuel.

Que ces élèves aient le malheur de se relâcher dans leur travail ardu, ils seront bien vite dépassés par des élèves plus jeunes sortis des écoles classiques, qui, à leur entrée à l'Université pouvaient à peine distinguer une éprouvette d'un baromètre. L'élève du cours de sciences, tel que formé par nos programmes modernes est un prodige d'érudition; il est difficile à surpasser sur les premières notions de son sujet, mais à mesure qu'il atteint cette région de connaissances, où il faut s'occuper non seulement des faits évidents, mais de la force relative des théories et des arguments, il est comme dans l'impossibilité de s'élever à ces considérations.

Le Duc de Devonshire, dans un discours qu'il prononçait en 1898 devant une chambre de commerce de Londres, ne pouvait s'empêcher de constater les merveilleux progrès de l'Allemagne en matière industrielle; il n'hésitait pas à reconnaître que ce progrès était en grande partie dû à la formation classique de ceux qui dirigeaient ces établissements; il demandait, non pas l'abolition du grec et du latin, mais la dissémination en Angleterre, d'un plus grand nombre de maisons où l'on donnerait une éducation basée sur l'étude des humanités.

Aux États-Unis, depuis quelques années surtout l'on s'occupe beaucoup de cette question d'éducation préliminaire à l'étude de la médecine. A l'une des dernières réunions annuelles de l'Académie Américaine de Médecine, le Dr J. E. Emerson, de Détroit, disait, dans un rapport qui fut adopté à l'unanimité, que la culture préliminaire idéale était l'éducation classique. Il soupirait après le jour où tout étudiant dans un collège de médecine américain serait porteur d'un degré de bachelier. Il basait ses affirmations sur des statistiques recueillies dans les différentes écoles de médecine, ainsi que sur les rapports du Bureau de Santé de l'Illinois.

Le Dr David Starr Jordan, A.M., M.D., président de l'Université de l'Indiana, dans un travail sur l'éducation générale du médecin, donnait en 1893, les statistiques suivantes et les commentait :

“ Il y a dans la médecine, moins d'hommes instruits que dans les autres professions; alors que le clergé compte un bachelier sur quatre de ses membres, que le barreau en compte un sur cinq, la profession médicale n'en compte qu'un sur douze. L'on dit que les médecins, en général, ne prennent pas leur part dans les progrès de la science. Si tel est le cas; si nous constatons, d'un autre côté, que la culture générale leur fait défaut, ne devons nous pas voir là une relation de cause à effet? Le remède ne devrait-il pas être d'exiger une meilleure formation de tous ceux qui demandent leur admission à l'étude. Fermer la porte à l'ignorant, à l'homme nul, au paresseux; et réserver l'enseignement de nos écoles de médecine à ceux qui peuvent apporter à leur travail, les instincts, la tradition et la formation classique? ” La culture générale du médecin doit avoir été faite au collège.

Les exigences du baccalauréat sont-elles trop considérables? Les statistiques ne permettent pas de soutenir une telle opinion. Le médecin instruit sera toujours l'homme de science; celui dont la formation aura été défectueuse sera l'empirique et le charlatan. Dans toute profession, l'inspiration et l'exemple des hommes instruits sont la meilleure garantie que la génération qui suivra, sera, elle aussi, bien cultivée.”

Le Dr J. S. Billings, chirurgien général de l'armée américaine, que sa haute position officielle tenait constamment en rapport avec les médecins des États-Unis, écrivait dans le “*Forum*,” que si l'on veut avoir des élèves d'une culture convenable, il faut exiger d'eux le degré de bachelier d'une bonne université.” Si le jeune homme, ajoute-t-il, n'a pas les moyens d'argent ou de temps nécessaires pour se donner une formation qui lui permette d'étudier la médecine d'une manière sérieuse et avec fruit, il ferait bien mieux de se lancer dans d'autres entreprises, moins intellectuelles, où il serait moins dangereux et plus utile à la société.

Si dans les deux mondes les études classiques sont tenues en aussi grand honneur; si elles sont pour ainsi dire l'appilage des nations les plus éclairées; si les peuples s'accordent à les proclamer le moyen le plus propre à la formation du

caractère et de l'intelligence, pourquoi dans notre pays vouloir les répudier?

Nos institutions, dit-on, se sont laissé distancer de beaucoup par les institutions similaires d'Europe et d'ailleurs, elles ne donnent pas une formation pratique. Les gradués de nos collèges ne sont pas suffisamment préparés pour les luttes de la vie: Les anglais leur sont bien supérieurs.

Nous concédons que dans le haut commerce, dans la finance, dans l'industrie, nous ne pouvons que de loin lutter avec nos compatriotes anglais, parce que nous n'avons pas les écoles techniques suffisantes: c'est même là une des lacunes les plus malheureuses de notre système d'enseignement.

Mais ne déplaçons pas la question: il ne s'agit ici ni de commerce, ni d'industrie, il s'agit des professions libérales.

Nos institutions d'enseignement classique ne sont pas toutes sur le même pied que celles d'Europe, admettons-le.

Nombre d'entre elles ne donnent pas la formation que le peuple est en droit d'exiger! admettons-le encore.

Allons même plus loin, admettons qu'un certain nombre de ces établissements devraient disparaître.

Mais de grâce ne démolissons pas à l'aveugle. Le plus grand nombre n'ont besoin que de réformes.

Chaque année, l'on constate de nouveaux progrès: le professorat devient peu à peu une carrière. Nos programmes sont les mêmes que ceux des collèges européens et je ne crois pas qu'il soit présomptueux d'affirmer que nous sommes à l'aurore du jour où nos institutions classiques, destinées à vivre, seront les rivales de celles du vieux monde.

Et d'ailleurs! ces études si décriées, au profit des études plus pratiques des *high-schools*, nos compatriotes d'origine anglaise se plaisent à en reconnaître la valeur; c'est à elles qu'ils attribuent la force des canadiens-français dans les professions libérales.

Le professeur Grant, recteur du "*Queen's University*," de Kingston, écrivait dans l'ouvrage le plus important peut-être qui ait été publié sur le Canada:

"Les membres canadiens-français du parlement, en consé-

quence probablement de la formation classique qui est la base de leur éducation, sont de beaucoup supérieurs à leurs confrères de langue anglaise par la clarté de leur langage et par la grâce de leur style : même lorsqu'ils parlent en anglais, ces qualités sont remarquables."

Le professeur Adami, dont la réputation est universelle et dont les sympathies ne sauraient être équivoques, disait encore dernièrement, qu'en général, la culture littéraire des jeunes anglais, qui veulent être admis aux professions libérales, laissait quelque peu, souvent même beaucoup à désirer. Ils ont des connaissances : on leur a appris des faits et des dates : mais ce qui fera la faiblesse de leur vie tout entière, c'est qu'on ne leur a pas appris à penser.

La formation latine, disait-il, est un excellent moyen de faire surgir les idées et de développer l'intelligence d'un jeune élève.

Et il ajoutait, avec un esprit d'impartialité qui ne peut que le rehausser dans l'opinion du public instruit :

" Bien qu'il semble être passé dans nos habitudes de décrier l'éducation reçue par nos compatriotes de langue française, nous sommes forcés d'admettre que, sous ce rapport, l'éducation reçue dans les grandes maisons d'éducation françaises de la province est supérieure à celle que reçoivent nos jeunes compatriotes de langue anglaise."

Lord Durham, alors qu'il était gouverneur-général du Canada, dans un rapport au gouvernement impérial, avait déjà, en 1861, admis sans restriction, la supériorité incontestable de notre éducation classique.

Lorsque des hommes d'une telle valeur viennent d'eux mêmes nous décerner ces louanges, nous aurions vraiment mauvaise grâce de ne pas les accepter et surtout de n'en pas tirer la leçon qu'elles comportent.

Cette leçon, la voici : c'est qu'au Canada, comme ailleurs, la préparation la plus efficace, non seulement pour la médecine, mais pour toutes les professions libérales, ce sont de fortes études classiques, basées sur les humanités et la philosophie.

Nous avons prouvé notre thèse par l'expérience des nations savantes; nous aurions pu la prouver tout aussi bien par des considérations théoriques; le temps ne le nous permet pas.

Mais la science n'est pas suffisante pour le médecin, il lui faut encore l'autorité et le prestige: or, ces deux qualités, comment les acquerra-t-il si ce n'est par la supériorité de sa culture intellectuelle et morale. Si cette culture lui manque, s'il ne porte pas dans la supériorité de sa position la supériorité de la culture intellectuelle et morale, il n'est plus pour les hommes avec lesquels il vit qu'un compagnon qu'ils traiteront sans considération ni respect.

Les classes professionnelles ont dans ce pays démocratique le devoir sacré de remplir le rôle qu'exerce la noblesse dans les pays européens. Elles doivent former la classe dirigeante de la nation. Or ce rôle elles ne le rempliront avantageusement qu'en autant qu'elles seront éclairées. "Ceui qui lutte sans formation suffisante, disait le Père Lacordaire; ceui-là ne sait pas lutter: il reste inférieur à tous les autres. L'intelligence, c'est le gage de la puissance humaine, sans elle, l'homme peut être honorable et utile, il peut être aimé et respecté; il ne sera jamais puissant."

Voulons-nous faire de la profession médicale une classe puissante et respectée, exigeons de ceux qui nous remplaceront demain de fortes études. Gardons nous bien, disait l'honorable M. Chauveau, de restreindre notre enseignement classique et supérieur, auquel nous devons tant de succès. Nos rivaux des autres origines ont fait d'heureux efforts pour faire disparaître la supériorité qu'ils admettent chez nous sur ce point. Ne nous hâtons point de déposer une si belle couronne, parons-là de tous les accessoires utiles que nous voudrons, mais de grâce ne la laissons point tomber du front de notre jeune nation. C'est la culture des lettres qui élève les idées, qui fortifie les plus généreuses dispositions de l'homme; c'est elle, répétons-le, qui, rayonnant de nos collègues, a conservé la distinction et la véritable noblesse des sentiments, et a été l'une des sources les plus vives de la science, du patriotisme et de l'honneur.

ABLATION TOTALE DE LA PROSTATE PAR LA VOIE SUS-PUBIENNE (1)

Par le Docteur EUGÈNE SAINT-JACQUES,

Professeur agrégé à l'Université Laval, Chirurgien à l'Hôtel-Dieu de Montréal.

Qui disait prostatisme, disait jusqu'à ces dernières années : cathétérisme, patience et souffrance. L'assurance de son mal comportait avec elle le savoir d'en mourir un jour et d'ici là d'en souffrir.

C'est là un chapitre de pathologie que nous sommes en train de récrire et dont les conclusions thérapeutiques seront bien différentes de ce qu'elles ont été jusqu'ici : et partant de même le pronostic.

C'est la chirurgie, et la chirurgie active, qui cette fois va apporter le remède avec la guérison, et complète.

De la symptomatologie si complètement tabulée par Civiale et Mercier, du traitement préventif si magistralement exposé par Thompson et Guyon, je ne parlerai pas.

Sur le terrain anatomo-pathologique je m'arrêterai un instant, pour être bref cependant.

Tous, nous sommes des candidats au prostatisme. Viveurs ou continents, hommes de bureau ou homme d'exercice, nous nous y acheminons avec l'âge et chaque année nous rapproche d'un pas vers les troubles prostatiques, ai-je besoin d'y insister.

Sur quel élément de l'organe l'hypertrophie porte-t-elle? La prostate, glande "génitale" qu'elle est, se compose comme tout organe glandulaire d'un stroma conjonctif dans les mailles duquel sont logés les acini glandulaires, le tout étant ici en plus enchevêtré de fibres musculaires lisses. Toute l'hypertrophie portera à peu près exclusivement sur le stroma conjonctif, tantôt au contraire l'élément musculaire sera en forte hyperproduction, tandis qu'enfin ailleurs ce sont les acini glandulaires qui ont augmenté et leur nombre et leur volume. Ce qui nous donne les variétés d'hypertrophie musculo-glandulaire, ou fibreuse, ou mixte, si tous les éléments ont à la fois subi l'hyperplasie. Cette nomenclature histologique, basée sur des examens microscopiques répétés, que d'ailleurs

(1) Communication au Deuxième Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord, à Montréal, les 27, 29 et 30 juin 1904.

Albarran, Motz et Hallé ont si bien exposée, correspond en plus à l'évolution clinique de l'affection.

Tous nous avons eu occasions répétées de toucher per rectum de ces prostates anormales: notre index a mémoire des unes plutôt molles, des autres plutôt dures, les premières surtout glandulaires, les secondes quasi véritables fibromes. Et si nous étudions l'histoire pathologique de ces malades nous trouvons généralement que les porteurs de prostates dures, fibroïdes, ont fait des gonorrhées, des épidydimites tout probablement, en tout cas ont à coup sûr infecté leur glande et fait des poussées inflammatoires aiguës ou sous-aiguës.

Ajoutons qu'un certain nombre de ces vieux urinaires font du cancer de la prostate, Albarran et Hallé l'ont constaté 12 fois sur 86 cas, et nous aurons là une cause additionnelle de la dureté ligneuse de certaines prostates.

Si nous faisons une tranche de section d'une de ces prostates nous la trouvons généralement farcie de nodules variant d'un pois à une noisette et représentant autant de petites tumeurs adénomateuses.

Et maintenant, à quel volume la glande peut-elle atteindre? Lorsque l'on sait que l'organe normal pèse environ 6 drachmes, 20 à 25 gr., et qu'une des plus grosses qui aient été élevées atteignait le poids de $10\frac{1}{4}$ oz., l'en voit la marge du possible. Et d'ailleurs c'est encore moins le volume de la prostate qui est cause des misères de ces malheureux que le mode de cette hypertrophie.

En effet nous voyons d'énormes prostates causer peu ou pas d'ennuis. Ainsi, il y a quelques semaines, j'étais appelé en consultation auprès d'un vieillard de 73 ans qui en était à sa première crise de rétention: et pourtant sa prostate aussi énorme que dure emplissait à elle seule tout le rectum.

Au contraire la glande pousse-t-elle son hypertrophie vers la vessie, les choses ont une autre allure. La sollicitation à la miction se montre hâtivement et devient fréquente, le jet est lent à arriver et demande un effort qu'il faut accentuer graduellement.

Qu'il se fasse un peu de congestion par refroidissement,

abus de liqueurs alcooliques ou troubles rectaux: et voilà ce prostatique en puissance passé en pleine crise aiguë. Mais pour bien comprendre le mécanisme de l'obstruction prostatique il faut avoir et vu et touché un de ces intérieurs de vessie.

La glande en se développant élève ses deux lobes vers la cavité vésicale en même temps qu'elle allonge l'urèthre prostatique. Le canal urinaire en sa partie postérieure est dès lors réduit à une fente antéro-postérieure écrasée latéralement par les lobes. Pour peu que ces lobes se congestionnent, et nous savons la richesse du pexus veineux prostatique, pour peu surtout que le malade fasse un vaillant effort contre l'obstacle, voilà que la contraction des parois vésicales vient s'ajouter à la pression des lobes pour accoler, on ne peut mieux, les parois du canal urinaire.

Ces deux prostates que je vous présente confirment ce fait.

Et ce lobe mitoyen a-t-il toute l'importance que les auteurs se sont plu à lui donner? Plus nous examinerons sur le vivant ou à la salle de Morgagni de vessies de prostatiques, plus nous verrons le rôle de ce lobule mitoyen diminuer.

Je sais en avoir vu quelques-uns bien dessinés dans les collections Dupuytren et Guyon, à Paris, au musée de la clinique de Trendelenburg, à Leipsick. Une photographie que je vous fais circuler en présente également un beau spécimen. Mais j'avoue que plus j'étudie la collection de prostates enlevées par Freyer, de Londres, plus je demeure sceptique sur la réalité aussi généralement prétendue de ce fameux lobe-obstacle. Sur quelques-unes de ses 45 prostates enlevées, Freyer a trouvé un lobe surnuméraire aux deux latéraux, mais "*dans tous les cas*" cette proéminence centrale originait d'une des latérales. Mes deux spécimens confirment ces nouvelles données de pathologie.

Chez mes deux prostatiques, la glande avait poussé une proéminence "circulaire" de 2 à 3 centimètres de haut au sommet de laquelle se trouvait l'ouverture de l'urèthre. Si haut était ce remblai circulaire au pourtour de l'orifice uréthral, que chez mon second malade le bec de la sonde explo-

ratrice n'avait pu atteindre au bas fond vésical où j'ai cependant trouvé logés 33 calculs, très petits il est vrai.

Mais venons-en au traitement, la partie vraiment pratique du sujet.

Jusqu'à ces années dernières, tout ce que nous avions était palliatif. Soyez prudents, évitez excès et refroidissements, di- sions-nous à nos malades. Et lorsque nous nous trouvions en présence d'un urinaire en crise aiguë, il nous restait le cathé- térisme et les lavages: maigre thérapeutique, puisqu'elle n'é- tait pas curative.

De même que les calculeux qui doivent tant à la chirurgie américaine, à Bigelow, qui perfectionna et rendit vraiment pratique la lithotricie que Civiale avait le premier faite avec succès, les prostatiques allaient encore devoir à l'école amé- ricaine les premières indications d'un traitement vraiment cu- rateur.

Be'field proposait et exécutait au commencement de 1880 la prostatectomie sus-pubienne, "*mais partielle.*" Mac Gilt pu- bliait, en 1887, le résultat d'opérations aussi importantes que probantes. Delagenière, en 1889, puis Vignard, en 1890, rela- taient aussi des succès, mais combien peu complets encore.

En 1894, et presque simultanément, Nicoll, de Glasgow et Alexander, de New-York, réclament indépendamment la voie périnéale et proposent l'énucléation totale de la prostate par cette voie.

Dans la même année, Fuller, de New-York, propose une nouvelle technique et se fait l'avocat ardent de la voie "*sus- pubienne.*" En juin 1895, il publie dans l'*Amer. Jnal. of Gent. Urin. Dis.*, l'excellent résultat consécutif à six prostatectomies totales sus-pubiennes. Il complétait l'énucléation par un drai- nage périnéal.

Mais il revient, je crois, à Freyer, de Londres, l'honneur d'avoir simplifié la méthode et d'avoir prouvé par une statis- tique "personnelle" de 45 cas, avec 5 morts seulement con- tre 40 guérisons complètes et permanentes, que la prostatec- tomie sus-pubienne est déjà, et sera, dans l'avenir, l'opération curative de choix contre l'hypertrophie prostatique, malgré

les bons résultats que la prostatectomie périnéale a donnés dans les mains d'Albarran.

Probablement que ce qui avait retardé les tentatives chirurgicales dans cette voie de l'énucléation totale était l'opposition des maîtres qui ont nom Guyon et Thompson.

N'est-ce pas, en effet, le grand maître français qui écrivait dans ses leçons cliniques en 1888: " Voyez en avant ces lourdes masses qui représentent les lobes latéraux fortement appliqués l'un contre l'autre et qui opposent un obstacle certainement plus considérable que le lobe moyen à l'écoulement de l'urine. Croyez-vous qu'il soit jamais possible d'en pratiquer aussi l'ablation? Et quand un tel prodige opératoire deviendrait réalisable, croyez-vous que la vessie, après avoir été plus ou moins longtemps soumise à la distention, pourrait recouvrer son intégrité anatomique et fonctionnelle? Croyez-vous que les lésions histologiques dont sa couche musculaire et sa muqueuse sont atteintes et celles qui portent sur la substance rénale seraient aussi susceptibles de rétrograder? Il est évident que toutes ces lésions et, vous savez qu'elles sont à peu près constantes, même dès le début de la maladie, ne peuvent relever d'aucune intervention opératoire, et je puis ainsi conclure que le traitement radical de l'hypertrophie de la prostate n'existe pas et ne saurait exister!" Guyon.

Thompson n'était pas moins catégorique. Ecoutez plutôt: " Quand on a dû faire le cathétérisme habituellement contre la rétention par hypertrophie prostatique durant une ou deux années, les parois vésicales perdent leur pouvoir et sont incapables, je crois, de le regagner dans aucun cas, et elles prendraient la puissance de vider leur contenu même en supposant l'obstacle tout à fait levé. Il y a bonnes raisons pour conclure, qu'il n'y a pas d'opération qui restorerait à l'état de chose, à cause de notre incapacité à se donner un pouvoir d'expulsion à une vessie qui depuis longtemps l'a perdu." (Thompson, in Dis. of the Urin. Org.)

Et toutes ces affirmations de maîtres reposaient sur des déductions théoriques, à leur tour basées sur des observations anatomo-pathologiques manquant parfois de justesse. Le

grand cauchemar vésical de Guyon était la sclérose des parois, sclérose concomittante d'un semblable état des reins et de tout le système vasculaire.

Je reconnais qu'en vieillissant, la sclérose nous gagne et s'installe graduellement un peu partout: le microscope nous le montre hélas trop souvent. Mais encore n'a-t-on que l'âge de ses artères, comme le disait si bien Cabanis, et à âge égal les artères des individus n'ont pas le même degré de dégénérescence amyloïde ou scléreuse, n'ayant pas été soumises au même travail ni aux mêmes infections.

Et la preuve que la sclérose vésicale n'est pas le facteur le plus important de la rétention prostatique, c'est que les hommes alors devraient tous faire du prostatisme tôt ou tard. Tandis, qu'au contraire, Thompson constate que tout vieillard n'est pas un prostatique obligé, puisque seulement environ 34% des hommes au-dessus de 60 ans font de l'hypertrophie et que une moitié même de ceux-ci échappent encore aux troubles vésicaux.

D'ailleurs toute argumentation théorique quelle qu'elle soit ne tient pas debout si les faits prouvent le contraire. Et Fuller et surtout Freyer l'ont amplement prouvé.

Freyer, un élève de Thompson, et lui-même un des maîtres les plus brillants de l'école anglaise, réglait, dès 1901, dans une série de leçons cliniques admirables, la technique et les indications de la prostatectomie sus-pubienne.

Je n'ai pas l'intention d'entrer à fond dans les détails de cette technique opératoire: tout de même, quelques éclaircissements ne seront pas hors cadre ici.

Tout d'abord, la grande objection des "périnéens" est la seconde ouverture de la paroi postérieure vésicale. Devant l'observation pathologique sur le vivant, cette allégation ne tient pas debout. Voici. La prostate en hypertrophiant ses lobes les pousse généralement vers la vessie: tout au moins "chez tous ceux qui font de la rétention." En se développant ainsi, les lobes écartent la paroi musculaire péri-cervicale et deviennent *immédiatement sous-muqueux*. Les faits sont là.

Puis l'on objecte que l'espace laissé par la prostate enlevée devient un clapier. Parker Symms, de New-York, grand

adepte de la voie périnéale, nous dit même: "This pocket "with its freshly torn blood vessels and its open lymph spaces "becomes at once a receptacle of putrid urine, and it is to "be relieved by the most inadequate and unscientific attempts "at drainage."

Je ne concède peut-être ici qu'une chose, et encore: que le drainage par une ouverture périnéale se faisant en partie décline devrait, théoriquement, être plus parfait. En pratique? ce n'est pas mon opinion. La preuve n'est-elle pas d'ailleurs dans ce fait, que la tumeur sus-pubienne gagne chaque jour du terrain sur la périnéale, pour les calculs: et si jamais il fut vessie en besoin de drainage, ce fut la vessie infectée d'un calcul.

Quelques-uns, Parner Symms entr'autres, reprochent à la sus-pubienne d'exposer les malades à une incontinence consécutive. En toute honnêteté il n'y a qu'à faire le relevé en détail des observations de la thèse Albarran-Petit, de beaucoup le meilleur et plus complet mémoire sur la question, pour voir combien nombreux sont les opérés qui longtemps sont ennuysés par des "mictions impérieuses!"

Je ne saurais non plus accepter cette allégation que "la convalescence de la prostatectomie sus-pubienne est prolongée, désastreuse et dangereuse (P. Symms)." L'expérience m'a montré que les opérations par les deux voies nous donnaient parfois des ennuis: mais que ce n'était pas la règle.

D'ailleurs, pour résumer, je vous présente le résultat de 45 ablations totales de la prostate pratiquées par Freyer, de Londres: et ce maître anglais a autorité en maladies urinaires puisqu'il publiait, une couple d'années à peine, le résumé de son expérience découlant de 1,050 opérations sur la vessie pour calculs seulement.

Sur 45 opérés, variant de 57 à 39 ans, à chacun desquels il enleva la prostate au total, pesant de $\frac{3}{4}$ à $10\frac{1}{4}$ oz., il n'a eu à enregistrer que 5 morts répartis comme suit:

- 2 de manie aiguë, après que la plaie était fermée;
- 1 de syncope, le 10e jour, alors qu'en pleine convalescence;
- 1 de coma, vieux brightique qu'il était avant l'opération;
- 1 de pneumonie, sept jours après l'opération.

Vous reconnaîtrez que c'est peu lorsque l'on considère que ces malades sont depuis longtemps souffrants et déprimés, pour la plupart déjà infectés, et artério-scléreux avancés.

Et les 40 autres? tous et chacun sans restriction complètement guéris et en permanence, urinant à volonté et retenant à volonté leurs urines.

Les observations détaillées des deux malades que j'ai opérés d'après ce procédé vont nous fournir occasion à des constatations pathologiques intéressantes.

1. — M. C. . . ., 67 ans, rétentioniste partiel depuis plusieurs années. Crise aiguë qui cède à des cathétérismes et lavages répétés. Nouvelle crise aiguë pour laquelle il entre à l'hôpital de nouveau. Homme très obèse. Température, 99. Pouls, 75 à 80. Résidu infecte de 200 grammes. Opéré, 9 février 1904. Grande difficulté à cause du panicle graisseux d'atteindre jusqu'à la prostate. Énucléation du lobe droit d'abord, puis du lobe gauche. Nous trouvons un petit lobe moyen gros comme un pois, originant d'un lobe latéral, comme vous pouvez le constater sur la pièce.

Température, le soir, 100°. Pouls, 80.

2e jour: 99 et 99; 3e jour: 98.3 et 99. 4e jour: 98.3 et 99.

Le pouls resta toujours à 80.

Une épidydimite qui existait depuis plusieurs années avec des recrudescences sous-aiguës fait, vers le 8e jour, une légère poussée: température à 100°, mais en 4 jours tout redevient normal.

La fistule est fermée le 13e jour, alors que le malade se lève, ce qui la rouvre. Elle est définitivement fermée le 23e jour.

Le malade quitte l'hôpital 6 semaines après l'opération. 4 à 6 mictions volontaires et sans douleurs par 24 heures.

5 mois après l'opération, à la suite de coïts répétés en quelques heures, il fait une poussée d'épidydimite, suivie d'irritation vésicale. A aucun temps depuis son départ de l'hôpital il ne voulut se soumettre aux lavages vésicaux. Urines acides, légèrement muco-purulentes. Mictions montent à 10 par 24 heures. Les symptômes s'amendent rapidement.

M. B. . . , 58 ans, rétentionniste depuis quelques semaines, et sous les soins de notre distingué confrère, Dr Ranger. Malade souffre beaucoup. Opération le 6 mars 1904. Résidu de 100 grammes, infecté légèrement. La prostate est enlevée *tout d'un morceau: rupture de l'urèthre prostatique*. La glande est très adhérente aux parois de sa loge. L'examen de la pièce permet de constater des bandes qui encerclent les deux lobes. Pas de lobe moyen.

33 petits calcul's dans le bas fond vésical: il y avait cause pour ses souffrances. L'élévation de la prostate avait empêché le bec de la sonde d'atteindre aux calculs et de déceler leur présence.

Le drain sus-pubien fait si bien syphon, et le pactage est si bien appliqué qu'il ne vient pas d'urine par la plaie durant les 3 premiers jours; tant que les drains ne sont pas enlevés.

Le 12e jour le malade commence à uriner par la verge, et graduellement davantage jusqu'à ce qu'au 19e jour la fistule soit tout à fait fermée.

Les sept premiers jours la température oscilla entre $99 \frac{2}{5}$ et 100. Puls., 75 à 80.

Huit semaines après l'opération, le malade qui était rentré chez lui, fait une poussée d'épididymite. Quelques jours plus tard, il passe de nouveaux graviers phosphatiques en quantité; dès lors tous les symptômes vont en s'améliorant très rapidement.

4½ mois après l'opération: Mictions volontaires et parfaitement contrôlables. Dort 9 à 10 heures sans se lever. Urines acides. Encore du mucus. Pas de résidu urinaire du tout.

6 mois après: le mieux se maintient parfait.

* * *

Cette dernière observation est on ne peut plus intéressante, par ce fait que la prostate ayant été enlevée au total, d'une seule masse, j'ai dû pour ce faire arracher l'urèthre de son attache vésicale. Je relève le fait dans une couple de cas de Freyer: et chez ses malades aussi, en toute impunité, puisque chez tous, la convalescence est rapide et le pouvoir de rétention excellent.

Comment expliquer que l'urèthre séparé de son attache au col de la vessie et la prostate enlevée, la miction puisse se faire spontanément et à volonté? que le malade garde son contrôle de vessie.

C'est d'abord que la prostate est enfermée dans une véritable loge murée de toutes parts par un cloisonnement fibreux.

En bas, nous avons l'aponévrose périnéale moyenne, qui se relève en arrière pour aller au devant du rectum vers l'infundibulum péritonéal, feuillet aponévrotique de Denonvilliers. Sur les côtés, les releveurs de l'anوس envoient une expansion fibreuse vers le bassin. En avant, les ligaments pubo-vésicaux constitués par la couche musculaire externe de la vessie qui arrivée au col se continue par une expansion fibreuse remontant s'insérer sur les pubis. Il reste la face supérieure, où la prostate est en contact direct avec la vessie.

Donc, de tous côtés une loge bien fermée, lambrissée de tissus fibreux. Ce qui explique pourquoi l'infiltration urineuse est impossible. D'ailleurs la cavité en entonnoir laissée par la prostate enlevée disparaît rapidement par contractions des tissus sous l'irrigation chaude. Ajoutons que la muqueuse très richement vascularisée en cet endroit, cicatrise avec grande rapidité.

Et maintenant pour comprendre comment l'urèthre prostatique étant arrachée, l'urine trouve facilement son chemin par le canal, il n'y a qu'à se rappeler la forme entonnoir de la loge prostatique, dont le sommet de cône correspond à la partie membraneuse de l'urèthre, et la base au rayon péri-cervical de la vessie.

Les données anatomiques et physiologiques les plus récentes nous aident à comprendre la conservation du pouvoir de contrôle des urines, " la rétention volontaire " après l'ablation de l'urèthre prostatique.

Il n'y a pas si longtemps encore que nous confions au col propre de la vessie le pouvoir d'ouvrir ou de fermer le canal urinaire. Des recherches anatomiques bien précises ont montré que l'urèthre avec ses deux sphinctères interne (M. Lisse) et externe (M. Strié), était surtout responsable de l'incontinence et de la rétention vésicale.

Le sphincter "Lisse" de l'urèthre est disposé sur deux plans: l'un interne, circulaire, l'autre externe, longitudinal, tous deux, continuation des fibres identiques de la vessie et allant en diminuant, du col vésical vers l'urèthre membraneux.

Au contraire, le sphincter "Strié," volontaire, s'étend de l'aponévrose périnéale moyenne jusqu'au col de la vessie et forme au véritable manchon au sphincter lisse. *Il enveloppe l'urèthre membraneux* et s'allonge en diminuant vers le col vésical; à l'inverse donc du sphincter lisse. De 4 à 5 millimètres ($\frac{1}{3}$ de pouce) d'épaisseur, très puissant, c'est là le véritable sphincter de l'urèthre. Or, si dans l'ablation de la prostate par la voie sus-pubienne, nous enlevons la glande d'une seule pièce, bien que nous rupturons l'attache prostatocervicale de l'urèthre, son sphincter membraneux, le plus puissant, est respecté et c'est à lui exclusivement qu'est dorénavant dévolue le rôle de contrôleur de la miction.

Quelles conclusions pratiques à tirer de tout ceci?

1. L'hypertrophie de la prostate n'est plus une affection inguérissable, comme elle l'a été jusqu'ici.

2. Le traitement rationnel, et *le seul curatif*, est l'ablation de l'organe.

3. L'opération, faite avant que les malades ne soient trop âgés et trop infectés, est d'une inocuité relative: moins dangereuse que celle pour fibrome utérin ou kyste ovarien.

4. Cette opération est destinée à supprimer le cathétérisme simplement palliatif et souvent aggraveur de la maladie, et viendra d'autant plus tôt dans le domaine de la chirurgie quotidienne que nous aviserons plus tôt les malades et n'attendrons pas de les laisser se coëctiser.

BIBLIOGRAPHIE.

MANUEL DE MATIERE MEDICALE.

Le Dr E. P. Benoit vient de combler une lacune en publiant un *Manuel de Matière Médicale* à l'usage des garde-malades.

L'auteur, comme d'ailleurs il le dit lui-même dans sa préface, n'a pas eu l'intention de faire un grand Traité; il a voulu mettre entre les mains des Sœurs hospitalières et des garde-malades un livre de références sûres et rapides où se trouveraient condensées les connaissances spéciales de matière médicale indispensables à l'exécution de leurs devoirs d'état.

Le Dr Benoit a divisé son travail en trois principales parties :

Dans la première, nous trouvons des données générales sur le dosage des médicaments, les tables de poids, de volume, de longueur et de capacité, ainsi qu'un exposé du système métrique et de ses rapports avec les autres méthodes.

Nous y voyons aussi une énumération des principales préparations pharmaceutiques et leur mode d'administration.

Cette première partie contient encore un chapitre très important sur l'alimentation des malades qui ne peut être pratiquée de façon raisonnée sans des connaissances suffisantes de la nutrition générale et de la physiologie et de l'administration des aliments.

La deuxième partie comprend l'action physiologique des médicaments. D'une manière succincte, mais parfaitement adéquate, l'auteur étudie dans cette partie l'action des principaux médicaments sur les différentes fonctions physiologiques qu'il divise en sept classes. Médicaments dont l'action porte sur le cœur et la circulation, sur le poumon, sur le tube digestif, sur le système nerveux, sur les sécrétions, sur la nutrition générale et sur les tissus. Dans une huitième classe l'on trouve les médicaments qui exercent leur énergie contre les microbes et les parasites.

Dans la troisième partie nous trouvons tout ce qui a rapport à l'administration des médicaments.

Cette partie est divisée: 1° en matière médicale inorganique, les substances qui la composent sont tirées du règne minéral; et, 2°, en matière médicale organique qui prend ses médicaments dans le règne végétal et dans le règne animal.

Cette partie qui traite de l'administration des médicaments en particulier est la plus considérable, par le travail de recherches et de classement qu'elle a imposé à l'auteur.

Les médicaments y sont étudiés spécialement au point de vue de l'administration, ce qui est bien le côté le plus important pour les garde-malades.

La méthode de l'auteur consiste d'abord à présenter les différentes préparations pharmaceutiques d'un médicament et la posologie de toutes ses formes pharmacologiques. Les doses sont en poids d'apothicaire et l'équivalent métrique est aussi noté entre parenthèses.

Sous le titre "Administration." nous pouvons ensuite étudier les applications possibles du remède tant à l'intérieur qu'à l'extérieur.

Et enfin, en troisième lieu, les symptômes d'intolérance et d'intoxication sont expliqués avec des détails précis qui mettent la *Nurse* en état de se rendre compte immédiatement de l'action nocive des médicaments toxiques.

Le volume se ferme par un petit dictionnaire pharmacologique qui a bien aussi son utilité.

Ceux qui connaissent le Dr Benoit ne seront pas surpris de retrouver dans son Manuel les qualités maîtresses de l'auteur: méthode, clarté, précision dans les détails.

Ce livre s'adresse plus particulièrement aux garde-malades, les praticiens néanmoins trouveraient profit à s'en faire une sorte de *vade-mecum*, il peut, sans fatigue, sans travail, en s'y reportant d'un simple coup d'œil rafraîchir chez tous des notions de matière médicale et de thérapeutique, peut-être fanées par un trop long oubli.

Nous félicitons le Dr Benoit de l'œuvre utile qu'il vient de produire et nous souhaitons à son volume un succès bien légitime qui récompensera l'auteur de son travail si digne d'éloges.

H. HERVIEUX.

LES EAUX DE CHATEL-GUYON

Les **Eaux de Châtel-Guyon**, par leur puissante minéralisation, peuvent heureusement rivaliser avec les plus célèbres eaux allemandes, elles possèdent cette qualité qui leur est particulière de stimuler et de régulariser la fonction intestinale. Gubler, le célèbre professeur de la Faculté de Paris, a caractérisé l'action des **Eaux de Châtel-Guyon** en disant qu'elles sont : *stimulantes de toutes les fonctions du tube digestif et de ses annexes (estomac, intestin, foie, pancréas, rein)*.

Ce ne sont pas des eaux purgatives, à la manière des eaux de Pulina, Hunyadi-Janos, etc., ou des purgatifs de pharmaciens, dont l'action violente ne pourrait être utilisée fréquemment sans inconvénient. Par le *chlorure de magnésium* (1 gr. 5, 630), le *chlorure de sodium* (1 gr. 6,330), les *bicarbonates de chaux et de fer* qu'elles contiennent, elles sont, en même temps que laxatives et décongestionnantes, toniques et reconstituantes, ce qui les caractérise d'une façon particulière et permet de prolonger le traitement autant qu'il est nécessaire sans craindre la débilitation qui est toujours le résultat des purgations ordinaires.

Les principales affections dans lesquelles les **Eaux de Châtel-Guyon** ont une action incontestable sont la *constipation*, les *dyspepsies*, les *entérites*, l'*entérite muco-membraneuse* en particulier, l'*appendicite*, les *congestions du foie*, de la *rate*, de l'*utérus*, des *ovaires* et des *reins*, l'*obésité* et autres *maladies générales*.

Les **Eaux de Châtel-Guyon** triomphent de la *constipation* la plus opiniâtre et donnent des résultats merveilleux chez les *enfants dyspeptiques* dont la nutrition se fait mal et dont la minéralisation reste au-dessous de la normale.