

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

Pagination continue.

- Coloured pages / Pages de couleur
- Pages damaged / Pages endommagées
- Pages restored and/or laminated /  
Pages restaurées et/ou pelliculées
- Pages discoloured, stained or foxed/  
Pages décolorées, tachetées ou piquées
- Pages detached / Pages détachées
- Showthrough / Transparence
- Quality of print varies /  
Qualité inégale de l'impression
- Includes supplementary materials /  
Comprend du matériel supplémentaire
  
- Blank leaves added during restorations may  
appear within the text. Whenever possible, these  
have been omitted from scanning / Il se peut que  
certaines pages blanches ajoutées lors d'une  
restauration apparaissent dans le texte, mais,  
lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas  
été numérisées.

# TRAVAUX ORIGINAUX.

---

## GRIPPE ET PUERPÉRALITÉ.

---

Elphège A. René de COTRET, M. D., médecin de la Maternité,  
Professeur adjoint d'Obstétrique.

---

La grippe, qui exerce en ce moment ses ravages par toute la terre, n'a pas épargné notre Canada, et encore moins notre ville. Rares sont les endroits qu'elle n'a pas visités, et rares sont les personnes qui ont échappé à ses embrassements. Je serais disposé à croire que le *Santa Claus* de la *Presse* lui a cédé sa place et que, comme celui-ci l'a fait ces années dernières, aux fêtes du nouvel an, mais cependant sans demander les adresses, elle est descendue dans les bas-fonds de la pauvreté ; elle est montée dans les greniers de la misère ; elle a parcouru tous les taudis aussi bien que les demeures somptueuses, et y a laissé pour étrennes et cadeaux du nouvel an, des céphalalgies, des laryngites, des bronchites, des pneumonies, et bien souvent des deuils.

La grippe a frappé les communautés, les pensionnats comme les maisons privées. Elle a été plus cruelle que lors de sa première visite, en 1890. Elle a atteint également les hommes, les enfants et les femmes. Pour ces dernières, elle n'a pas eu plus de respect pour les personnes enceintes ou en état de puerpéralité que pour les autres. Elle n'a pas regardé l'âge de la grossesse. Elle a affecté indistinctement la femme enceinte d'un, deux, trois ou quatre mois, comme la gestante de cinq, six, sept, huit ou neuf mois. La femme accouchée n'a pas de remerciements à lui offrir pour l'avoir oubliée. La grippe a été sans merci.

À l'Hospice de la Maternité, la grippe nous a donné un surcroît de besogne. Nous en avons pourtant assez, car nous avons plus d'accouchements à faire qu'en aucun temps. D'où nous vient cet encombrement ? Je ne puis l'expliquer. Ordinairement, les grandes

fêtes publiques, les carnivals, les jubilés, les jours de réjouissances, qu'un pays ou qu'une ville se donnent, sont marqués par un accroissement de la population infantile neuf mois après ces beaux jours dont le souvenir n'est pas toujours agréable ; mais je ne me rappelle aucune de ces grandes circonstances qui, depuis plus d'un an, aient permis à l'amour de développer et de mûrir des fruits si abondants.

Peu importe les circonstances, pique-niques, bazars, fête de St-Jean-Baptiste, ou de la reine, qui aient vu jeter la semence dont nous récoltons les fruits, toujours est-il que nous avons dans le moment à peu près 75 gestantes dont la grossesse est plus ou moins avancée. Quelques grossesses n'ont que trois ou quatre mois, plusieurs en ont cinq, six, et le plus grand nombre sept, huit ou neuf. Nos salles d'accouchées sont remplies.

La très grande majorité de ces femmes ou filles-mères ont eu la grippe, qui les a frappées plus ou moins violemment. Beaucoup d'entre elles ont eu une forte attaque de grippe : la céphalalgie a été violente, les douleurs lombaires très marquées, la toux opiniâtre et fatigante. On a cru que plusieurs allaient accoucher tant les douleurs de reins étaient fortes et persistantes. Chez plusieurs la température est montée très haut et s'y est maintenue quelques jours. L'angine a été dans quelques cas très sévère ; même dans deux cas j'ai dû isoler les malades, croyant avoir affaire à de la diphtérie. Dans l'un de ces cas j'ai dû pratiquer une injection de sérum antidiphtérique de 20 cc. Étaient-ce réellement deux cas de diphtérie pure ou de grippe avec association de diphtérie ou de grippe avec angine plus grave. L'examen bactériologique des membranes n'a pas été fait. Ces deux malades ont bien relevé et continuent leur grossesse sans encombre.

Plusieurs femmes n'ont été que légèrement atteintes par la maladie courante.

En même temps qu'à la Maternité, j'ai observé, dans ma clientèle privée, un grand nombre de femmes enceintes qui ont été malades de la grippe. J'en ai vues aux différents âges de la grossesse. J'ai surtout observé la forme respiratoire, de rares cas de forme nerveuse et quelques cas de forme gastrique avec vomissements et diarrhées.

Dans toutes mes observations, la grippe n'a pas paru une seule fois avoir aucune influence néfaste sur la grossesse. Je n'ai pas observé, comme certains auteurs, de métrorrhagie, ni de pertes même légères.

L'épidémie présente, qui est pour moi plus universelle et plus

grave que les précédentes, ne semble pas cependant justifier cette remarque que fait Vinay (1) au début de son chapitre sur l'Influenza : " Parfois grave per elle-même, dit-il, l'influenza semble présenter, chez les femmes en état puerpéral, une allure particulière et une gravité spéciale qui résultent de l'action directe du poison grippal sur l'utérus et son fonctionnement menstruel."

On a prétendu qu'en dehors de la grossesse, la grippe provoquait du côté de la muqueuse utérine, de la muqueuse utérine exclusivement, des phénomènes de congestion se manifestant par des hémorragies souvent abondantes et tenaces, et que même l'aménorrhée avait été vaincue par cette maladie. Ces hémorragies et même ces métrorragies surviennent au début de la maladie et durent cinq à six jours. On s'est basé sur des observations prises en dehors de la grossesse, et de là on a conclu qu'*à fortiori*, pendant la gestation, il devrait y avoir un molimen hémorragique semblable et par suite trouble dans la marche de la grossesse. avortement, accouchement prématuré ; trouble pendant le travail se manifestant par des hémorragies avant l'expulsion, ou la délivrance ou après cette dernière ; trouble pendant la puerpéralité ou les suites de couches, amenant des pertes secondaires ou de l'infection avec ses différentes formes.

L'avortement ou l'accouchement prématuré seraient produits d'après les uns par la fièvre intense qui accompagne l'influenza ; d'autres accusent les quintes de toux violentes et fréquentes ; d'autres enfin prétendent que ces deux symptômes agiraient simultanément. Pour ma part je ne puis me résoudre à croire que les quintes de toux soient une cause efficace dans l'interruption de la grossesse. J'ai vu des phtisiques tousser énormément tout le temps de leur gestation, je les ai vues quinteuses pendant des mois, j'ai vu d'autres gestantes atteintes de bronchite grave, j'en ai vu une autre souffrant d'un rhume à tout casser à chaque grossesse, et même j'ai sous mes soins, dans le moment, une femme à peu près au terme, qui a souffert d'une coqueluche sévère pendant les cinq premiers mois de sa gestation, et cependant je ne me rappelle pas en avoir vu accoucher une seule pour la simple raison qu'elle toussait beaucoup. Je ne nie pas que, dans certains cas, les efforts de toux puissent être une cause déterminante d'avortement, mais chez les femmes prédisposées.

" Pour expliquer cette interruption de la grossesse, dit Vinay, on ne peut invoquer un mécanisme univoque. S'il y a des hémorragies avant l'apparition de tout phénomène de travail, il est vrai-

---

(1) Traité des maladies de la grossesse et des suites de couches : par le Dr Chs. Vinay.

semblable qu'il s'agit d'une endométrite de la caduque. Depuis que Salvjanski a fait connaître l'existence de cette lésion chez les femmes grosses atteintes de choléra, on a pu la rencontrer dans d'autres maladies générales comme la variole, la scarlatine, la fièvre typhoïde, etc.; et l'influenza ne se distingue nullement des autres maladies infectieuses. Mais l'endométrite est loin d'être une lésion constante et, dans l'autopsie que j'eus l'occasion de pratiquer, je ne trouvai rien qui pût se rapporter à une lésion de ce genre. Il est possible encore que le microbe spécifique produise une toxine spéciale ayant une action sur le système vasomoteur ou sur la fibre utérine. Enfin il faut tenir compte de la transmission à l'enfant de la maladie maternelle."

Le 29 décembre dernier, une de mes clientes, enceinte de six mois, que j'avais l'occasion de voir, et dont j'examinais les urines tous les dix jours, se présentait à mon bureau. Elle avait tous les symptômes de la grippe et d'une grippe assez grave. Je pratiquai le palper qui me donnait une O. I. G. Mais l'auscultation était nulle. Je conseillai à ma malade de se mettre au lit et je lui prescrivis la quinine. Je vous ferai remarquer que j'insiste sur le traitement de la grippe par la quinine, peu importe que ce soit chez une femme enceinte ou autre; je reviendrai sur ce point dans une minute. Le premier janvier, vers 11 $\frac{1}{2}$  h. a. m., on m'appela pour ma patiente qui était en travail d'accouchement. L'auscultation était encore nulle. Je crus à un accouchement prématuré causé par la grippe qui sévissait encore chez ma malade, et je m'applaudis aujourd'hui, comme dans le moment, d'en avoir fait la remarque aux parents. Mais grande fut ma surprise quand l'expulsion se fit, de voir un fœtus mort et macéré pesant à peu près deux livres, et surtout de voir, la délivrance faite, un placenta aussi pesant que le fœtus, avec tous les caractères des placentas syphilitiques. Cela ne changea rien à mon diagnostic auprès de la malade et des parents, mais *in pello* je disais: "Cause, syphilis paternelle." A la mère je disais: "Venez me voir dès le début d'une autre grossesse, parce qu'une première fausse couche prédispose aux fausses couches."

Ma patiente accouchait donc en pleine attaque de grippe, mais non pas sous l'influence de la grippe.

J'ai eu plusieurs cas d'avortement pendant l'épidémie, mais chacun d'eux avait pour cause un traumatisme.

Quand l'interruption de la grossesse est une conséquence de l'influenza, les douleurs utérines qui sont le premier symptôme, apparaissent rapidement les premiers jours de l'attaque. Suit bientôt une

hémorrhagie persistante. Vinay prétend que si la grossesse est avancée, l'hémorrhagie peut faire défaut, mais que la matrice présente une sensibilité particulière à la palpation.

La grippe qui a frappé mes malades pendant les suites de couches n'a pas été très sévère. L'attaque n'a duré que quelques jours. Le repos au lit et quelques grains de quinine en ont eu vite raison. La grippe s'est attaquée aux différents âges des suites de couches. L'épidémie à la Maternité a été universelle. Très peu de femmes en ont été indemnes. Pas plus après le travail qu'avant je n'ai eu à enregistrer l'influence néfaste de la maladie si ce n'est dans deux cas du post-partum, encore, un de ceux-ci est-il douteux. Je relate brièvement ces cas :

OBS. I.—Emaria, primipare, âgée de 19 ans, accouche le 10 janvier à 1½ h. p. m., après un travail de treize heures. L'accouchement a été naturel, facile et assez court pour une primipare. Il y eut une déchirure du premier degré qui n'a pas été suturée. La délivrance n'a pas été complète en ce sens qu'une petite partie des membranes est restée adhérente. La garde-malade, qui fit l'accouchement très antiseptiquement, lia avec un fil aseptique ces membranes et ne chercha pas à les enlever. Les injections vaginales au bichlorure sont données le même soir et le jour suivant trois fois ; en plus, on place dans le vagin de la gaze enduite d'onguent d'iodoforme.

A 11 h. p. m., le 11 janvier, c'est-à-dire le lendemain soir de l'accouchement, la malade commence à avoir de la diarrhée, de la céphalalgie au-dessus des yeux, un peu d'angine, et quelque peu de coryza. La température a été et est de 98° F., le pouls 64.

Le 12 janvier, à 9 h. a. m., voici ce que je constate à ma visite : la diarrhée est fréquente ; la température est à 101° F., le pouls à 94. La malade n'a pas dormi. L'examen des parties génitales me montre une membrane blanchâtre tapissant une certaine partie des lèvres et du vagin.

Je retire facilement les débris de membrane qui étaient demeurés dans le col et l'utérus. Je pratique une injection intra-utérine au bichlorure suivie d'une injection à l'acide borique. Avec le retour du liquide reviennent quelques débris de membrane.

Je fais prendre une dose d'huile de ricin.

A 11 h. a. m., c'est-à-dire deux heures après l'injection, la température s'élève à 104° et le pouls à 120, et tous deux se maintiennent au moins jusqu'à 11 h. p. m., dernière fois qu'on les observe le 12 janvier. A 9½ p. m, le même jour, j'ai fait administrer 10 grains de

quinine, et je prescrivis : salol, salicylate de bismuth et benzo-naph-tol à 5 grains toutes les trois heures ; comme diète, lait bouilli.

13 Janvier, 9 h. a. m., la diarrhée est arrêtée, mais il y a du ténésme qui dure jusqu'au 16. La malade se plaint d'un peu de malaise dans le dos et les jambes. La température est à 98°, le pouls 76. Le fonds de l'utérus est à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

14 Janvier a. m., la malade souffre d'insomnie depuis l'accouchement, il y a du ténésme. Je fais continuer le salol, etc., en plus j'ordonne un grain d'opium à prendre de suite, et un grain le soir. La couenne blanche du vagin disparaît.

15 Janvier ; il y a un mieux sensible.

17 " la température oscille, depuis le 13 janvier au matin, entre 97° et 98° et le pouls entre 68 et 88.

Dans ce cas, il y a certainement eu de l'infection ; mais si je le compare à d'autres après un accouchement plus laborieux, avec des dégâts dans le vagin plus considérables, et même à certains autres où des débris de membranes et même des morceaux de cotylédons sont restés dans l'utérus, si je le compare, dis-je, à ces cas qui ont reçu exactement les mêmes soins, mais en dehors d'un temps d'épidémie de grippe, et qui ont relevé parfaitement sans élévation de température et accélération du pouls, je me demande si la grippe n'a pas été pour une bonne part dans cette infection en préparant le terrain, en affaiblissant la malade. "Tous les pathologistes, disent Paul Bar et Boulé, (1) sont d'accord pour affirmer la facilité avec laquelle se développent et s'aggravent, au cours de la grippe, les infections à pneumocoques, à streptocoques, etc."

OBS. II.—Casilda, primipare, âgée de 20 ans, est au terme de la grossesse. Le 2 janvier, elle se plaint de douleurs lombaires, de céphalalgie sus-orbitaire et d'angine. Elle prend, à 3 h. p. m., 5 grains de sulfate de quinine. Le 3 janvier, à 7 h. p. m., on renouvelle la même dose de quinine.

Casilda accouche le 4 janvier, à 6 h. p. m., après 24 heures de travail. Il n'y a pas de déchirure. La délivrance est naturelle et complète.

Le 5 janvier, les symptômes de la grippe augmentent.

Voici l'état de la température et du pouls pendant les suites de couches :

---

(1) *L'Obstétrique*, année 1898, page 203.

5	Janvier,	temp. a. m.	98 <sup>o</sup>	pouls 80	—	p. m.	101 <sup>o</sup>	p.	100
6	"	"	97 <sup>o</sup>	" 90	—	"	99 <sup>o</sup>	"	80
7	"	"	97 <sup>o</sup>	" 80	—	"	99 <sup>o</sup>	"	80
8	"	"	98½ <sup>o</sup>	" 80	—	"	99 <sup>o</sup>	"	80
9	"	"	100 <sup>o</sup>	" 80	—	"	99 <sup>o</sup>	"	66
10	"	"	98 <sup>o</sup>	" 70	—	"	98 <sup>o</sup>	"	70
11	"	"	100 <sup>o</sup>	" 80	—	"	99 <sup>o</sup>	"	100
12	"	"	98 <sup>o</sup>	" 100	—	"	98 <sup>o</sup>	"	120
13	"	"	98 <sup>o</sup>	" 106	—	"	99½ <sup>o</sup>	"	114
14	"	"	98 <sup>o</sup>	" 100	—	"	100 <sup>o</sup>	"	106
15	"	"	99 <sup>o</sup>	" 94	—	"	99 <sup>o</sup>	"	80
16	"	"	98 <sup>o</sup>	" 96	—	"	97 <sup>o</sup>	"	70
17	"	"	99 <sup>o</sup>	" 94	—	"	"	"	"

Le 10 janvier a. m., la malade, qui est constipée, prend une dose de sel et sené. Plusieurs selles durant le jour.

11 Janvier; comme il y a de la diarrhée et que la température est à 100<sup>o</sup>, que la malade se plaint de céphalalgie frontale et de frisson, je fais une injection intra-utérine, qui est négative d'infection puerpérale.

12 Janvier; la diarrhée continue, il y a des nausées. La malade tousse beaucoup plus. Je prescris le salol, le salicylate de bismuth et le benzo-naphtol ââ, cinq grains toutes les trois heures; lait bouilli.

13 Janvier: la diarrhée s'arrête; la malade n'a pas dormi; il y a encore de la céphalalgie et de la toux.

14 Janvier; Casilda se sent mieux, mais le pourtour de la bouche et les ailes du nez sont couverts d'herpès, et la toux continue.

Voilà les seuls cas où la grippe a pu affecter les suites de couches si toutefois elle peut être mise en cause, surtout dans la première observation.

Le traitement de la grippe, chez la femme enceinte, n'offre aucune indication spéciale; c'est surtout un traitement symptomatique: dans les cas légers, expectation, repos au lit, diète, les boissons alcooliques, potions calmantes avec la belladonne ou un peu de morphine. Contre la céphalalgie, la fièvre et les douleurs lombaires, l'antipyrine agit bien. On peut en dire autant de l'antifébrine et de la phénacétine. L'antipyrine aura l'avantage de calmer les douleurs utérines. L'opium en lavement s'emploie encore contre ces mêmes douleurs.

Mais le remède qui m'a le mieux réussi et que j'ai employé largement, malgré les craintes qu'il inspire à la plupart des accou-



cheurs, c'est la quinine. Je n'ai pas craint de la prescrire et de la prescrire à assez hautes doses. Chez tous mes grippés indistinctement, je donne la quinine de préférence à tout autre médicament. Chez la femme enceinte comme chez les autres, je prescris généralement grs XV de sulfate de quinine, divisés en trois paquets, et je fais prendre un paquet toutes les quatre heures. Quelquefois quand les symptômes de la grippe sont très légers, je donne deux grains de quinine toutes les quatre heures. Dans l'un et l'autre cas je continue la quinine, à dose de deux grains trois fois par jour, quand les premiers symptômes sont passés. J'ai ainsi employé la quinine à hautes doses chez au-delà de trente femmes enceintes et jamais je n'ai eu à enregistrer le moindre symptôme annonçant une menace d'avortement ou d'accouchement prématuré.

Il y a une quinzaine de jours, j'étais appelé auprès d'une gestante de sept mois souffrant d'érythème noueux après une attaque de grippe. Elle avait de la fièvre. Je prescrivis grs. XV de quinine en trois paquets. Le lendemain, j'ordonne de nouveau la quinine II grains trois fois par jour. Le mari, qui avait lu la prescription, s'objecta d'abord à donner le remède à sa femme dans la crainte que le médicament n'eût un mauvais effet sur l'utérus gravide de sa femme. Je lui représentai que, d'après mon expérience, il n'y avait aucun danger, et qu'en plus sa femme avait pris la veille grs. XV de quinine et qu'elle n'en avait encore ressenti aucun inconvénient. Ces arguments le convainquirent et le remède fut administré au grand contentement de la malade qui s'en trouva bien. Il serait long et inutile de faire l'historique de toutes mes grippées enceintes qui ont pris de la quinine. Qu'il vous suffise d'apprendre que j'ai toujours employé la quinine sans m'occuper de l'état de gestation et que jamais je n'ai eu à m'en repentir.

En regard de mon opinion personnelle sur la quinine, je rapporterai le conseil de Vinay qui est à peu près celui d'un grand nombre d'accoucheurs. Vinay préfère l'antipyrine à la quinine et voici ce qu'il dit : " L'emploi de l'antipyrine, qui rend de grands services dans les coliques utérines consécutives à l'accouchement, répondra ici à une double indication. On n'en saurait dire autant de la quinine dont l'administration devra être très limitée ; on ne saurait contester son action sur l'utérus gravide, surtout quand la contractilité de ce dernier organe est déjà modifiée et rendue plus excitable par la maladie."

Les vésicatoires sont sans action contre la dyspnée et ne font qu'augmenter les souffrances des malades, et même ils peuvent être

d'autant plus dangereux qu'on ne connaît pas exactement l'état du foie et du rein pendant la gestation. Les ventouses sèches sont quelquefois utiles.

Quand l'attaque de grippe est très sévère avec complications pulmonaires, le traitement doit être très énergique et l'on surveillera alors attentivement tous les symptômes, de même qu'on prêtera une attention particulière au cœur et aux reins.

19 Janvier 1899, 326, Lagauchetière.

---

DURAND (Dr).—Tableaux synoptiques de Thérapeutique descriptive et clinique, par le Dr DURAND, ancien interne des hôpitaux. 1 vol. gr. in-8°, de 200 pages, cartonné (*Collection Villeroy*)..... 5 fr. Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.

Les *Tableaux synoptiques de Thérapeutique* se composent de deux parties. Une première partie est consacrée à la *Thérapeutique descriptive*, c'est-à-dire à l'étude des médicaments : l'auteur donne d'abord, pour chaque substance, l'*Action physiologique* sur laquelle sont basées les indications thérapeutiques. Puis il donne les *indications, contre-indications et propriétés thérapeutiques* de chaque médicament. Vient ensuite la *pharmacologie*, où se trouvent les doses et les modes d'administration ; s'il y a lieu, il énumère les *eaux minérales* et les *succédanés*. Il s'est enfin attaché à faire pour tous les médicaments importants, un chapitre d'*intoxication* comprenant l'énoncé de la *dose toxique*, l'étude des *symptômes* et aussi du *traitement* de cette intoxication.

La seconde partie du livre est consacrée à la *Thérapeutique clinique*, c'est-à-dire à l'étude du traitement des maladies, dans leurs divers symptômes et à leurs diverses périodes. Dans cette seconde partie, l'auteur énonce les médicaments et la dose propre à la maladie étudiée. Après avoir exposé la *prophylaxie* et la *ligne de conduite* à tenir lorsque le diagnostic est posé, il indique l'*hygiène* et l'*alimentation* propres à chaque maladie, puis vient la *médication* à employer dans les différentes phases d'une affection et suivant les formes cliniques. Enfin, il énumère les soins à donner pendant la *convalescence*. Il fait suivre le traitement de chaque maladie d'un certain nombre de *formules* se rapportant aux médicaments les plus employés. Ces formules, choisies parmi les plus simples, sont faciles à retenir.

Les Tableaux seront utiles aussi bien pour les étudiants désireux de classer dans leur esprit des connaissances que, seule, une révision méthodique rendra définitives, que pour les praticiens, souvent embarrassés dans la direction d'une thérapeutique ou l'emploi d'un médicament. On y trouvera signalés les traitements les plus récents.

Ces *Tableaux synoptiques de thérapeutique* sont appelés au même succès que les *Tableaux synoptiques de pathologie interne* du Dr Villeroy, dont la 1re édition a été épuisée en quelques mois et dont il vient de paraître une 2e édition entièrement refondue.

## COMITÉ D'ÉTUDES MÉDICALES.

Séance du 15 Décembre 1898.

*Présidence de M. Guérin.*

## LAPARATOMIE AU COURS D'UNE DYSENTERIE CHRONIQUE.

M. HERVIEUX.

Le sujet de cette communication, Azèle M..., est une femme âgée de 45 ans. Forte blonde, bien conservée, qui, à part un amaigrissement assez prononcé, présente l'apparence d'une belle santé. Antérieurement à la maladie actuelle, la patiente n'accuse rien qui pourrait nous faire soupçonner une prédisposition morbide quelconque. Elle a vécu sur la ferme jusqu'à l'âge de 18 ans, est ensuite venue à la ville où elle a demeuré depuis, s'occupant aux travaux domestiques. Elle s'est mariée à 21 ans, a eu 14 couches à terme et 1 fausse-couche à 3 mois, il y a 5 ans. Toutes ses couches ont été normales, à l'exception de la 7e. A la fin de cette septième grossesse Azèle... fut obligée de garder le lit un mois durant; avant son accouchement et après il y a une histoire de métrite assez grave, l'accouchée ne pouvant reprendre ses occupations qu'après trois mois de traitement. Détail peu important, mais curieux tout de même: un ptérygion double s'étend sur les deux cornées pendant cette maladie, causant une cécité momentanée. Excision, guérison.

Si maintenant nous jetons un coup d'œil sur l'histoire de famille, nous voyons qu'il n'y a rien non plus, dans les antécédents, qui nous indique une préparation de terrain favorable au développement d'une maladie constitutionnelle héréditaire. Le père, cultivateur, est mort à 68 ans, d'une pneumonie, sa première maladie. La mère est encore vivante, 70 ans, santé excellente. Du reste, il n'y a aucune tare pas plus du côté paternel que du côté maternel.

C'est dans les premiers jours de novembre que je vis d'abord cette malade et je pourrais vous rapporter, comme suit, l'histoire de son cas: Le 15 mars 1898, se sentant indisposée depuis plusieurs jours (langue chargée, inappétence complète, douleurs abdominales), Azèle... décide de se purger. Elle met une quantité inconnue d'aloès dans un demiard de gin et tous les matins elle absorbe, à jeun, un verre à vin de cette préparation. Après quelques jours les symptômes d'irritation intestinale sont aggravés: fortes douleurs épigastriques se prolongeant de chaque côté aux extrémités inférieures, cuisson à l'anus, épreintes, selles liquides chargées de mucus et de sang. Les selles relativement peu fréquentes d'abord augmentent rapidement jusqu'au nombre de 15 ou 20 par jour, et même au-delà; elles sont constamment suivies de ténesme douloureux qui fatigue beaucoup la malade. Cet état dure depuis huit mois sans soulagement. La patiente qui pesait 165 livres au mois de mars dernier ne

pèse plus maintenant que 134 livres ; elle se sent très faible et n'est pas loin d'être tout à fait découragée.

Comme traitement : j'ordonnai d'abord une diète sévère : (eaux albumineuses les premiers jours avec lait stérilisé après quelque temps), repos au lit. En même temps j'essayai de la méthode brésilienne telle que modifiée par Delieux de Savignac :

Poudre d'ipéca bouillie dans eau, filtrer et ajouter sirop d'opium et hydrolat de cannelle. Localement je fis des lavements au nitrate d'argent en solution étendue. Ces injections augmentant les épreintes, je les remplaçai par de larges énémas de sérum gélatiné. Je n'obtins pas d'amélioration par ce traitement, le résultat fut à peu près nul, tout comme les divers moyens thérapeutiques essayés depuis 8 mois. Après consultation avec M. le Dr Marien, nous décidons de pratiquer une laparatomie exploratrice. La malade d'ailleurs, depuis longtemps, désirait une opération, ayant été mise sous l'impression qu'elle souffrait d'une entérite tuberculeuse et que cette dernière affection pouvait être guérie par une laparatomie. Après les soins préliminaires d'usage, l'opération fut faite le 10 novembre dernier, par M. le Dr Marien.

MM. Merrill, Dubé, Beauchamp, Lauzon et Dugas présents. A l'ouverture de l'abdomen nous ne voyons d'abord rien d'anormal, mais en explorant avec la main, l'opérateur découvre un appendice énormément dilaté (longueur 4 à 4½ pcs, diamètre ½ pc) et gorgé de pus. Pas d'adhérences. L'excision est pratiquée, l'abdomen refermé, l'opération avait à peine duré ½ heure. Les suites furent absolument bénignes et au bout de dix-huit jours l'opérée retournait dans sa famille.

Le résultat de cette excision de l'appendice sur la marche de la dysenterie fut simplement merveilleux ; c'est-à-dire que sans autre traitement que la diète et le repos au lit, comme après toute opération chirurgicale sérieuse, les symptômes s'amendèrent à un tel point que pratiquement nous pouvons considérer la malade comme guérie et qu'il nous est possible, dès maintenant, de lui assurer une guérison radicale. Il est bien vrai, qu'à deux ou trois reprises depuis l'opération, les selles ont contenu de légères traces de sang ; mais si nous pensons aux lésions anatomiques qui se sont produites, au cours d'une dysenterie de huit mois, nous nous expliquerons facilement que la guérison de ces ulcérations intestinales ne soit pas entièrement achevée après quatre semaines. Du reste, la malade ne souffre plus, elle ne ressent plus le besoin de se présenter à la garde-robe qu'une fois dans les 24 heures et souvent qu'une fois en 48 heures, et ces légères évacuations de sang sont à peu près le seul souvenir qui lui reste de sa maladie.

La question de pathogénie que je voudrais soumettre à la discussion est celle-ci : Quelle a été l'influence de l'appendice sur l'affection du tube intestinal ? L'appendicite a-t-elle été primitive et cause de la dysenterie, ou bien secondaire à l'infection intestinale, mais agissant en retour sur celle-ci en l'empêchant de guérir ?

Personne ne songe à nier aujourd'hui la nature infectieuse de la dysenterie, bien que spécifiquement l'on ne soit pas encore définiti-

vement fixé sur la nature de l'agent infectieux qui, pour les uns avec Kartulis, serait les amibes, et, pour d'autres, tout simplement le *Bacterium Coli*.

Je me demande si dans le cas actuel, l'agent infectieux n'aurait pas pu être cantonné dans l'appendice longtemps à l'avance et envahir l'intestin, à un moment donné, à la faveur de cet état d'irritation créé par une purgation violente et intempestive ?

Ou plutôt si l'on doit reconnaître comme cause à l'appendicite l'infection primitive de l'intestin, du moins, pouvons-nous, avec assez de certitude affirmer que l'affection appendiculaire a été ensuite une source constante d'irritation qui renouvelait et entretenait, par déversement, l'infection dans le tube intestinal.

En effet, si, dans l'appendicite, le processus inflammatoire ne soude pas absolument la valvule de Gerlach qui sépare la cavité appendiculaire de la cavité intestinale, l'on comprendra facilement le mécanisme fonctionnel de ce que nous pourrions appeler une appendicite déversante. Et ce pus qui regorge sans cesse, goutte à goutte, de l'appendice dans l'intestin aurait été, dans le cas présent, l'obstacle à la guérison de la dysenterie chez notre malade.

Les résultats de l'opération semblent donner raison à cette dernière hypothèse.

M. LESAGE.—La communication récente de Dieulafoy sur la toxicité de l'appendicite peut aider à faire comprendre ce cas-ci. Dieulafoy a établi que le contenu de l'appendice inflammé peut filtrer au travers des parois, être absorbé par les lymphatiques et causer des troubles dans d'autres organes, tels que le foie. Le Dentu et d'autres chirurgiens ont rapporté à l'appui de cette théorie des cas d'ictère guéris à la suite d'une appendicite. Dans le cas d'entérite de M. Hervieux, il a pu y avoir infection de proche à proche, et je crois sa théorie fort probable. Il ne faudrait pas cependant attendre de l'opération une guérison radicale, car la maladie intestinale est déjà constituée.

M. MARIEN.—Ce cas d'entérite muco-membraneuse compliquée d'appendicite et traitée par la résection de l'appendice sera le premier, je crois, de publié dans la littérature médicale. Quant à la pathogénie de cette entérite, je rappellerai que plusieurs anatomistes considèrent l'appendice comme une glande. On pourrait alors rapprocher ce cas-ci des cas d'urétrite chronique causés par une infection des glandes de Cooper et entretenus par la sécrétion constante de gouttes de pus qui maintiennent l'infection urétrale.

Dans la plupart des cas d'appendicite, l'inflammation, localisée au début à l'épithélium, se propage par les lymphatiques et gagne la couche péritonéale, ce qui produit des adhérences. Dans notre cas, l'appendice était absolument libre. Transformée en poche, sa paroi épithéliale suffisait à fabriquer le pus. On peut se demander si le pus ne sortait pas lentement, peut-être goutte à goutte, par la valvule de Gerlach lésée de cette poche, et ne produisait pas l'entérite muco-membraneuse. Ce pus des appendicites est très infectieux, car les coli-bacilles sont généralement en cause. M. Lesage a rappelé la communication de Dieulafoy ; le maître faisait valoir, surtout,

dans cette communication, l'intoxication produite par le contenu appendiculaire. Ici c'est la virulence des microbes contenus dans l'appendice qui est en jeu, ces microbes infectant le gros intestin. C'est ce qui se passe dans l'urèthre, constamment infecté à nouveau, malgré les lavages désinfectants, par le pus venant des glandes de Cooper.

M. GUÉRIN.—Dans les cas d'inflammation des glandes de Cooper, l'infection primaire vient du dehors. De même l'appendicite est généralement due à l'infection par des colis. Dans le cas de M. Hervieux, il n'existe au début aucun symptôme d'appendicite. La maladie commence par une irritation intestinale; c'est une cause fréquente d'appendicite. Cette maladie a pris de l'aloès, qui agit presque exclusivement sur le gros intestin, et l'inflammation a débuté par là. Puis l'appendicite est venue soutenir la dysenterie. On peut se demander si la persistance d'une dysenterie chronique n'est pas souvent due à une cause semblable. J'ai moi-même dans ma clientèle un cas de dysenterie où j'ai tout essayé sans succès. Mais j'hésiterai beaucoup avant de faire ouvrir le ventre de mon malade.

M. DURÉ.—J'ai eu à soigner une femme de 35 ans qui eut, à la suite d'une purgation violente, une entérite muco-membraneuse. Une diète sévère et le traitement classique amenèrent la guérison. Le cas de M. Hervieux doit être de la dysenterie, à cause du ténésme existant. Quant à la pathogénie, je me range à l'avis de M. Guérin, et je crois qu'il faut aussi être prudent dans l'emploi de la laparatomie. J'ai eu cependant à traiter, il y a cinq ans, un cas d'entérite muco-membraneuse où la laparatomie a amené la guérison. Il s'agissait d'une fillette de 8 ans qui ne vidait ses intestins qu'à l'aide de lavements et que j'étais rendu à nourrir par le tube de Faucher. À bout de ressources, je proposai la laparatomie, qui fut acceptée. Nous trouvâmes à l'ouverture du ventre l'intestin légèrement congestionné et semé d'un piqueté blanchâtre, mais pas d'inflammation sérieuse, ni de brides, ni d'appendicite. Mais la malade se trouva guérie à la suite de l'opération. Peut-être le piqueté blanc remarqué sur l'intestin indiquait-il une péritonite tuberculeuse.

M. DE COTRET.—Dans ce cas de M. Hervieux, l'entérite d'une part et l'appendicite de l'autre s'entretenaient mutuellement et formaient un cercle vicieux; je ne crois pas qu'il s'agisse ici d'une origine lymphatique.

M. HERVIEUX.—La propagation de l'inflammation par les lymphatiques aurait laissé des traces de lymphangite; nous n'en avons pas trouvées. Non seulement il n'y a pas eu de symptômes d'appendicite au début, mais il n'y en a jamais eu; la lésion fut trouvée par la laparatomie. Peut-être les douleurs prémonitoires qui incitèrent cette femme à se purger étaient-elles causées par l'appendicite existant déjà. Quant au cercle vicieux dont on a parlé, ce cercle, avant de se compléter, a dû avoir une tête. La question est de savoir s'il a commencé dans l'appendice ou dans l'intestin. Je me suis basé, pour porter le diagnostic de dysenterie, sur les symptômes suivants: douleurs, ténésme, gaz abondants, mucus.

M. MARIEN.—Il faut se rappeler que l'appendicite est rare sans lésion préalable de l'intestin. Dans ce cas, je crois bien, en effet, que le point de départ a été déterminé dans l'intestin par le purgatif, et que l'appendicite a ensuite éclaté par la formation d'une cavité close.

### CARCINOME DE L'ESTOMAC

avec propagation au foie, au pancréas, à la vésicule biliaire, etc.

M. PARIZEAU.

Je désire vous présenter, ce soir, une pièce ou plutôt un ensemble de pièces qui me paraissent assez intéressantes pour retenir votre attention quelques instants. Il s'agit d'un carcinome de l'estomac, forme squirrhe, dont la propagation s'est faite peu à peu aux organes du voisinage, transformant chacun d'eux en amas cancéreux secondaires au sein desquels se retrouvent les dispositions histologiques du néoplasme primitif. Celui-ci, vous pouvez le voir, siège au niveau de la petite courbure, à trois ou quatre centimètres du pylore laissant ce dernier parfaitement perméable. Il a la forme d'un large disque excavé et ulcéré au centre; de consistance ferme, cartonnée, il présente en outre un rebord arrondi et très saillant; sur toute la surface ulcérée, se voient des taches noirâtres, traces de pigments hématisques. Le reste de la paroi stomacale est, au point de vue macroscopique, en bon état.

On peut suivre l'envahissement secondaire des organes voisins à travers l'épiploon gastro-hépatique. Dans l'épaisseur de ce dernier, se trouvent des masses fermes au sein desquelles sont noyés les vaisseaux de la région.

Dans l'épaisseur également du pancréas vous pouvez constater la présence de gros noyaux indurés. Je ne parle que pour mémoire des ganglions du voisinage envahi par la carcinose et dont vous pourrez voir une coupe sous le microscope. L'organe touché par-dessus tout, et celui qui devrait l'être avant tous par la néoplasie secondaire, étant donnée la situation du cancer primitif, c'est le foie. Effectivement, nous trouvons cet organe farci de nodules, qui se voient à l'extérieur sous forme de gros noyaux blanchâtres ou blanc jaunâtres, ombiliqués, tellement multiples, qu'on a peine, sur une tranche, à distinguer la substance hépatique repoussée de partout. Sur une coupe de l'organe faite mi-partie dans du tissu sain et mi-partie dans un noyau, vous pouvez observer le tassement des minces travées hépatiques encore survivantes. Vous constaterez également la similitude histologique du néoplasme stomacal et de ses disséminations. Dans le foie, comme dans les ganglions, comme dans la paroi de la vésicule biliaire, c'est la prédominance du stroma fibreux qui laisse peu de place à l'élément cellulaire. En explorant à plusieurs reprises la série de préparations histologiques que vous avez sous les yeux, j'ai pu constater un fait noté plusieurs fois et qui a servi à étayer la théorie allemande d'une origine commune pour l'épi-

théliome et le carcinome. Au début de tout carcinome on trouve un élément épithélial qui se transforme ou plutôt dégénère sous forme de carcinome. Dans le néoplasme primitif, je ne trouve ici que la cellule carcinomateuse irrégulière, de volume variable sans orientation spéciale. Au sein des noyaux secondaires, j'ai fait des coupes dont certaines m'ont fourni une disposition épithéliale très nette quoique peu étendue et reproduisant parfaitement quelques-unes des belles planches du livre de Fabre-Domergue "Les cancers Épithéliaux."

Voici, en quelques notes, les remarques que j'avais à vous faire sur les pièces que je vous présente; je n'ai pas cru devoir vous parler de la malade et de son observation clinique, l'une étant peu complète et l'autre n'ayant rien présenté d'extraordinaire durant ses quelques jours de présence à l'hôpital. Le diagnostic de cancer de l'estomac fut posé, mais la thérapeutique, on la conçoit, fut ce qu'elle devait être, c'est-à-dire nulle.

---

#### TUBERCULOSE INTESTINALE.

M. ETHIER.

M. J. G....., 48 ans, célibataire et matelot de son métier, entre à l'hôpital le 5 août 1898, accusant douleurs abdominales très fortes et diarrhée presque continuelle.

Dans ses antécédents héréditaires, on remarque que le père est mort d'un abcès de l'abdomen, la mère de lésions cardiaques et une sœur de phthisie.

Jusqu'à il y a un an, notre patient dit avoir toujours joui d'une bonne santé. Il a alors commencé à ressentir des douleurs dans le côté gauche, puis dans tout l'abdomen avec diarrhée de temps en temps. Aucun traitement n'y fait. Amaigrissement considérable. Sur les derniers temps le patient tousse, expectore, la voix est altérée.

L'examen bactériologique des crachats a révélé la présence de bacilles de Koch.

Après trois mois et demi de repos complet et de traitement varié où tout est employé, le malade s'éteint lentement.

Voici les lésions anatomo-pathologiques que nous constatons à l'autopsie. Une congestion intense du grand épiploon qui est même adhérent à la rate et à la plèvre pariétale gauche. Les intestins sont aussi adhérents en divers endroits: au foie, à la vésicule biliaire, et le cœcum est intimement uni au péritoine pariétal. Ce qui nous montre le processus inflammatoire qui a dû se produire.

Mais la pièce la plus intéressante est certainement l'intestin lui-même qui est parsemé de plaques dures de couleur blanchâtre; en certains endroits, on remarque des rétrécissements dus à des plaques semblables disposées circulairement autour de l'intestin. D'abord en ouvrant l'intestin, on voit dans le jéjunum de petits ulcères au



nombre de sept. Dans l'iléon la muqueuse est extrêmement épaisse et les replis sont presque totalement disparus. Les mêmes lésions se rencontrent tout le long de tout l'intestin, mais plus marquées à certains endroits v. g. au cœcum, dernière portion du rectum. Puis à d'autres endroits ce sont des rétrécissements dont quelques-uns permettent à peine le passage d'un petit manche de plume.

Le cas est un des plus curieux que nous ayons rencontrés.

Le mésentère est farci de tubercules indurés de différentes grosseurs.

---

### FRACTURE TRAUMATIQUE DU ROCHER ET MORT PAR HÉMORRHAGIE.

M. MIGNAULT.

Il s'agit ici d'un cas médico-légal. Je vous présente ce soir une partie de l'apophyse mastoïde du nommé Courteau, qui s'est tiré dernièrement, rue Berri, une balle dans l'oreille, après avoir tué une jeune fille qui refusait de l'épouser. La balle, entrée par le méat auriculaire, a traversé le rocher de l'os temporal dans le sens de sa longueur et est venue s'aplatir dans le canal carotidien. Vous pouvez constater que la balle est aplatie et adhérente à l'os. Il est probable qu'elle a rompu l'artère carotide, car il s'est produit une hémorragie considérable par l'oreille (près d'un gallon de sang, disent les témoins). Le cerveau et ses enveloppes n'étaient pas lésés.

Cet homme, dont le cadavre a été envoyé à l'Université, était très bien constitué. Il offrait cependant plusieurs anomalies. Sur la face interne du rocher, le point d'insertion de la dure-mère, au lieu d'être constitué par une encoche, est fourni par un prolongement assez grand de l'os sous forme de crochet. Le nerf radial donnait au sortir de la gouttière de torsion, une branche qui allait se joindre au nerf médian. Les tendons des fléchisseurs des doigts offraient aussi des anomalies. Enfin, bien qu'il n'y eut aucune hernie apparente, l'anneau inguinal était très élargi.

M. DE MARTIGNY.—Ces anomalies donnent à supposer que cet homme avait aussi quelque anomalie du cerveau, et que c'était un prédisposé à la folie ou un dégénéré. Son action a été certainement anormale.

M. DUHAMEL.—L'artère carotidienne a-t-elle été déchirée directement par la balle, ou par la fracture du rocher ?

M. MIGNAULT.—Je n'ai pas remarqué d'anomalies du cerveau. Elles ne sont pas toujours, d'ailleurs, visibles macroscopiquement. On a aussi rencontré des anomalies du cerveau chez des gens qui sont morts fort paisiblement. Si l'artère carotidienne avait été rompue par la fracture du rocher, l'hémorragie aurait eu lieu sous la dure-mère, et non par l'oreille.

---

**CANCER DU PANCRÉAS AVEC NOYAUX SECONDAIRES SUR LA  
 PAROI DE L'ESTOMAC, SUIVI DE MORT RAPIDE PAR HÉMOR-  
 RHAGIE STOMACALE TRÈS CONSIDÉRABLE.**

M. DUBÉ.

Il s'agit d'une femme d'origine irlandaise, âgée de 68 ans, qui était au N° 155 Salle Ste-Brigitte, sous les soins de M. le Dr Guérin. Elle n'a passé que quelques jours à l'Hôtel-Dieu et nous sommes tout à fait ignorants sur ses antécédents héréditaires et personnels. Elle présentait à son entrée un ictère généralisé très prononcé et un peu d'œdème des jambes. Elle répondait difficilement aux questions posées et l'histoire de sa maladie ne peut être faite. Les urines ne furent pas analysées. Les garde-malades trouvèrent beaucoup de sang noir dans ses selles, et quelques heures avant de mourir elle eut des vomissements de sang rouge assez abondants. Nous avons pu faire l'autopsie et voici les pièces pathologiques fort instructives que nous avons conservées. Nous n'avons trouvé rien de particulier du côté des poumons et du cœur, sauf quelques petites adhérences au sommet droit, et à la partie moyenne du poumon gauche; le péricarde contenait de trente à quarante grammes de liquide séreux.

A l'ouverture de l'abdomen nous avons trouvé un peu de liquide sanguinolent dans les parties déclives. Le petit intestin avait une couleur sombre causée par la grande quantité de sang noir qu'il renfermait. Le gros intestin était vide et retracté. Le colon transverse adhérait fortement à la vésicule biliaire. Cette dernière était légèrement dilatée et tendue. On ne put la vider par la pression. L'exploration du cholédoque nous conduisit sur une tumeur du volume d'une orange et correspondant à la tête du pancréas.

Nous avons donc affaire à un cancer du pancréas.

Le canal cholédoque était dur et volumineux. Le foie présentait un lobe droit de volume à peu près normal, mais le lobe gauche se prolongeait jusqu'à la rate à laquelle il adhérait fortement. Le foie ne présentait ni tumeur, ni noyaux cancéreux secondaires excepté au niveau des voies biliaires, près de son hile, où il en avait deux ou trois.

En ouvrant l'estomac, nous l'avons trouvé rempli par une masse énorme de sang coagulé. La paroi stomacale présentait un peu partout, sur sa surface interne, des noyaux cancéreux secondaires de volume variable. Un de ces noyaux, étalé en surface près du cardia et de la grandeur d'une pièce de cinquante cents, était ulcéré. Ce noyau cancéreux ulcéré avait probablement donné lieu à l'hémorrhagie qui a causé la mort de la malade en très peu de temps.

En enlevant le pancréas, nous avons retrouvé la masse cancéreuse que nous avons bien sentie en explorant les voies biliaires au début de l'autopsie. Le cancer, comme vous pouvez voir sur cette pièce, siège surtout à la tête. Le mésentère au voisinage du pancréas contenait de très gros ganglions devenus cancéreux.

L'utérus était fibromateux; le fond était occupé par un petit fibrome du volume d'une mandarine. L'orifice du col était oblitéré

et nous avons eu des difficultés à le réouvrir avec un stylet. Ce cancer du pancréas nous paraît intéressant à cause de la localisation des noyaux secondaires à l'estomac et au mésentère, le foie étant épargné à l'exception des voies biliaires externes, et en plus par l'hémorragie considérable de l'estomac qui a amené la mort.

### URÉMIE CÉRÉBRALE AVEC CONVULSIONS ÉPILEPTOÏDES HÉMIPLÉGIQUES SUIVIES DE PARALYSIE PASSAGÈRE.

M. DUBÉ.

Nous voulons, mon collègue, monsieur le Dr Rivet, et moi, attirer l'attention des membres du Comité d'Études sur un cas de néphrite post-scarlatineuse datant de six mois et qui a présenté quelques symptômes cliniques à formes assez rares. Il s'agit d'une jeune fille canadienne-française, âgée de 14 ans, et qui est entrée à l'Hôtel-Dieu, Salle Ste-Vierge, N° 135, service de M. le Dr Rivet, le 8 novembre.

A son entrée, elle présentait de l'œdème généralisée, avec ascite et de la diarrhée. Cette diarrhée persista jusqu'à sa mort avec plus ou moins d'intensité. L'urine contenait sept grammes d'albumine par litre. Cette petite malade nous avoua avoir eu la scarlatine six mois avant son entrée à l'hôpital.

Quelque temps après cette scarlatine elle commença à éprouver quelques troubles du côté des reins : elle urina peu, présenta de l'œdème, eut des maux de tête très forts, puis ces symptômes se calmèrent pendant quelques mois pour reprendre avec plus d'intensité lors de son entrée à l'Hôtel-Dieu. Soumise de suite à la diète lactée et aux diurétiques, l'ascite et l'œdème disparurent presque entièrement, en même temps que les symptômes d'intoxication générale, tels que céphalalgie, etc. Les urines contenaient 5 grammes d'albumine le 23 novembre et 3 grammes le 2 décembre.

Tout alla bien pendant quelque temps, lorsque 15 jours environ avant sa mort les mêmes symptômes reparurent avec plus d'intensité que jamais et pour ne plus disparaître cette fois.

Le sept décembre, les urines étaient plus rares et contenaient 10 grammes d'albumine par litre.

Jusqu'à ce moment la malade n'avait jamais eu de convulsions urémiques. Elle avait bien présenté un peu de perte de mémoire et sa vue était moins bonne, mais les troubles cérébraux étaient arrêtés là. Au cours de cette dernière crise d'urémie, la petite malade présenta des troubles convulsifs sur lesquels nous attirons tout particulièrement votre attention. Les premières convulsions survinrent dans le cours de la nuit. Ces convulsions siégeaient dans le côté droit seulement sans participation de la face et sans perte de connaissance. Elles durèrent quatre à cinq minutes et se répétèrent toujours analogues à la première. Le matin, en voulant se lever la malade tomba à la renverse, sa jambe droite ne pouvant pas la supporter. Elle constata alors que cette jambe et son bras droit étaient paralysés.

Nous l'avons vue dans cet état, et nous avons bien constaté qu'elle ne pouvait pas remuer ces deux membres droits. Nous avons trouvé les reflexes exagérés à droite, mais pas de troubles de la sensibilité. Nous avons trouvé, en outre, que le phénomène des orteils, décrit par Rabinski dans les affections cérébrales intéressant le faisceau pyramidal, existait chez notre malade, très manifestement. Cet auteur, en passant en revue les différentes affections cérébrales dans lesquelles il a trouvé le phénomène des orteils, lequel consiste dans une extension des orteils au lieu de leur flexion sur les métatarsiens lorsque l'on excite la plante des pieds, dit l'avoir trouvé dans presque tous les cas d'hémiplégie et paraplégie organiques.

Nous avons eu, tout dernièrement, l'occasion de constater ce phénomène des orteils chez quatre hémiplégiques de la salle St-Joseph.

Rabinski l'a encore constaté dans la paraplégie par mal de Pott, dans un cas de méningo-encéphalite diffuse, dans un cas de méningite cérébro-spinale, dans un cas d'épilepsie partielle chez un homme sujet à des crises d'épilepsie jacksonnienne.

Immédiatement après une crise, l'excitation de la plante du pied donnait lieu à de l'extension des orteils du côté qui avait présenté des convulsions, et disparaissait pour revenir à la suite d'une autre attaque. Chez notre malade ce phénomène des orteils persista une partie de la journée, il ne disparaissait qu'à l'occasion d'une crise de convulsion à laquelle nous avons assisté. Cette attaque siégea cette fois dans le côté gauche. D'une durée de trois à quatre minutes, cette convulsion fut suivie d'une héli-parésie du côté gauche, sans phénomène des orteils, avec retour des mouvements dans tout le côté droit et disparition du signe de Rabinski au pied droit. Rabinski, en cherchant la cause du phénomène des orteils, dit que "cette inversion dans la forme du réflexe cutané plantaire est liée à des affections diverses de l'encéphale ou de la moëlle, déterminant une perturbation dans le fonctionnement du système pyramidal."

Il ajoute : "ne pas l'avoir observé jusqu'à présent, chez un sujet, dont le système pyramidal fut sûrement en état d'intégrité. Mes observations, dit-il, montrent que le phénomène des orteils peut être déterminé par une perturbation dans le système pyramidal quelles qu'en soient la durée, l'intensité et l'étendue."

Notre malade eut au-delà de 30 convulsions dans l'espace de 24 heures.

Cet état d'intoxication grave avec convulsions dura quelques jours, aussi la malade en fut-elle fortement ébranlée, et ne présenta guère plus d'amélioration. L'œdème et l'ascite augmentèrent jusqu'à sa mort.

Dans la dernière semaine elle eut des vomissements très fréquents et impossibles à calmer. On entendait alors dans le cœur un bruit de galop beaucoup plus marqué qu'au début de son séjour dans le service.

La mort survint dans le cours de la nuit au milieu de convulsions, après trente-sept jours passés à l'Hôtel-Dieu.

Avec la permission de la famille, nous avons fait l'autopsie et

nous avons conservé les pièces pathologiques que voici. Nous avons, à ce moment constaté un œdème et une ascite considérable. La percussion des régions latérales du thorax nous montra l'existence d'un hydrothorax double. A l'ouverture du cadavre beaucoup de liquide séreux s'écoula de la cavité abdominale. Les intestins, le foie, la rate et le pancréas nous parurent normaux. Les reins que voici sont augmentés de volume et pèsent 210 grammes chacun. Leur couleur est blanc jaunâtre; leur consistance est ramollie; la substance corticale et les colonnes de Bertin sont augmentées de volume; ils se décortiquent facilement. Cette apparence particulière des deux reins relève évidemment d'une néphrite encore assez récente, puisque dans ce cas-ci la scarlatine qui en a été certainement la cause remonte à six mois.

A l'ouverture du thorax les deux cavités pleurales ont laissé échapper une quantité considérable de liquide séreux, à ce point que les poumons que voici étaient considérablement atelectasiés, surtout le poumon gauche. Cet hydrothorax, survenu lentement dans les derniers temps, ne paraissait pas, bien que très considérable, gêner en aucune façon la malade. Nous l'avons vue, la veille de sa mort, causer avec sa sœur et ne présentant aucune dyspnée, ni difficulté respiratoire. Ceci peut nous donner une preuve de la tolérance pulmonaire vis-à-vis un épanchement pleurétique, à une condition cependant: c'est que le liquide n'envahisse les plèvres que très lentement.

Nous croyons que la mort a dû être amenée plus rapidement à cause de cet hydrothorax double si considérable. Le péricarde contenait 180 grammes environ de liquide séreux. Le cœur que voici est légèrement augmenté de volume et les parois sont un peu augmentées d'épaisseur, mais toutes les valvules paraissent saines. L'aorte présente une malformation congénitale siégeant à l'origine des vaisseaux de la tête et des membres supérieurs. Au lieu d'avoir trois troncs d'origine, c'est-à-dire: le tronc brachio-céphalique droit, la carotide gauche et la sous-clavière gauche, nous avons, ici, cinq troncs d'origine situés sur un même plan vertical, à l'exception du dernier tronc à gauche, c'est-à-dire la sous-clavière gauche qui est plus en arrière que les autres. Nous croyons que la sous-clavière droite et la carotide du même côté ont chacune leur origine sur l'aorte elle-même au lieu de naître d'un tronc commun; le troisième tronc représenterait peut-être une vertébrale ou une thyroïdienne et les deux autres la carotide et la sous-clavière gauche.

Nous regrettons d'avoir été empêché de faire une dissection du cou pour mieux étudier cette anomalie que nous avons rencontrée pour la première fois sur un très grand nombre d'autopsies que nous avons faites. L'urémie à forme cérébrale est la forme clinique la plus fréquente et la plus grave.

Suivant qu'il y a exaltation ou dépression des fonctions cérébrales de tel ou tel territoire de l'écorce, il y aura une forme convulsive, tétanique, délirante ou comateuse.

Dans la forme convulsive l'attaque simule la crise d'épilepsie franche, dont on peut la distinguer par suite du manque de l'aura,

de cri initial, de perte de connaissance complète. L'attaque convulsive est suivie pendant quelques heures et même quelques jours d'un état d'asthénie musculaire, pas du tout semblable à la parésie secondaire post-épileptoïde, due à l'épuisement de l'activité psychique.

Dans des cas plus rares, l'éclampsie revêt le type d'épilepsie partielle jacksonnienne, à forme hémiplégique, ou monoplégique. C'est dans cette variété assez rare d'éclampsie que rentre le cas que nous rapportons ci-dessus.

Chantemesse et Tenesson (dans la Revue de Médecine, novembre 1885) rapportent un cas où trois attaques d'épilepsie partielle droite de la face et des membres durèrent trois à quatre minutes.

Chauffard (dans Archives générales de Méd., juillet 1887), cite un cas présentant une éclampsie jacksonnienne dont les convulsions débutaient et prédominaient du côté droit et tantôt du côté gauche. Cette versatilité dans les convulsions tantôt gauches, tantôt droites plaide bien en faveur de leur origine purement fonctionnelle. On a compté jusqu'à 70 attaques convulsives par 24 heures chez certains malades. Notre patiente n'a pas dépassé trente attaques dans sa journée.

L'urémie cérébrale à forme tétanique est plus rare que la précédente. Elle simule le tétanos.

L'urémie à forme délirante accompagne généralement les formes précédentes. C'est un délire toxique passager, distinct de la folie brightique de l'urémie cérébrale chronique. La forme comateuse est presque l'aboutissant naturel de l'urémie cérébrale. Son début est ou progressif, ou rapide, comme foudroyant. Sa gravité est toujours très grande et elle prend de l'importance au point de vue médico-légal depuis que A. Fournier et Brouardel ont cité des cas de mort subite faisant croire à un empoisonnement. Brouardel ajoute que "de toutes les morts subites, la mort par le rein est de beaucoup la plus fréquente." L'existence de paralysie au cours de l'urémie cérébrale sans lésions organiques n'a pas toujours été admise et Lasègue a pu dire : "Jamais on ne constate de paralysie si limitée, si incomplète qu'on veuille le supposer. Toutes les fois qu'une paralysie concomitante est signalée, on peut affirmer qu'elle relève d'une cause locale et n'est pas sous la dépendance de la maladie de Bright." Les faits cliniques comme celui que nous venons de rapporter, et beaucoup d'autres plus marqués encore ont donné souvent un démenti à cet axiome du grand savant qu'était Lasègue.

Nous savons aujourd'hui qu'il y a des paralysies urémiques avec lesquelles il faut compter. Je cite Chauffard (dans Traité de Méd. et Thérap., page 609). "Tout simule la lésion en foyer; mais si le malade survit à l'ictus, aucun symptôme de dégénérescence secondaire de la moëlle ne survient, et s'il succombe, aucune lésion cérébrale n'est constatée."

Chauffard veut parler des cas bien prononcés de paralysie urémique, avec ictus survenant surtout chez les vieillards au cours de néphrites interstitielles lentement progressives, souvent latentes, et il ajoute plus loin :

“ On comprend combien obscur est le diagnostic de ces paralysies urémiques, d'autant que l'hémiplégie vulgaire par hémorragie cérébrale est chose très commune chez ces mêmes malades atteints de néphrite atrophique progressive. La nature urémique des accidents paralytiques devra être soupçonnée toutes les fois que l'hémiplégie ne sera pas typique, constante, classique dans ses signes et son évolution.” Au cours de l'urémie cérébrale on peut encore noter de l'aphasie qui est bénigne, passagère et qui peut se présenter en clinique, tantôt avec hémiplégie droite, tantôt sous forme d'aphasie sensorielle, avec cécité verbale ou surdité verbale.

Tous ces faits, dit Chauffard, nous prouvent à quelle finesse de dissociation physiologique peuvent conduire les imprégnations partielles régionales de l'écorce du cerveau. Car, en effet, il s'agit bien uniquement d'une imprégnation toxique de l'élément nerveux. (Voir Chauffard dans *Traité de Méd. et Thérap.*, pages 626, 627, 628). Avec Bouchard la pathologie des accidents urémiques est sortie du chaos. Nous ne nous occuperons pas ici de la pathogénie de l'hypothermie urémique, de l'urémie cérébrale, et de l'urémie digestive. Nous ne parlerons que de la pathogénie de l'urémie nerveuse.

“ Les expériences de Landois, de Lenbuscher et Zielen ont mis en évidence l'action excitante directe de certaines des substances contenues dans l'urine normale, quand on les applique sous forme pulvérulente, à la surface du cerveau, du bulbe ou de la moëlle. Le chlorure de sodium ne produit aucune réaction corticale. Le chlorure de potassium, l'urate de soude, ont une faible action convulsivante sur les membres du côté opposé ; le phosphate acide de potasse et la créatine ont une action plus énergique et sensiblement égale. Ces différents agents, mis au contact des circonvolutions, provoquent pendant plus de deux jours, d'après Landois, un état d'hyperexcitabilité corticale, avec attaques épileptiformes périodiques, séparées par des intervalles de repos absolu. L'influence des matières toxiques agissant sur le cerveau est donc d'abord latente, puis aboutit à des décharges intermittentes qui sont le résultat d'excitations continues et accumulées. Même chose s'observe dans l'urémie expérimentale par ligature des uretères ; si l'on explore l'excitabilité de l'écorce cérébrale et du sciatique dénudé, on la trouve notablement augmentée au niveau de la zone psycho-motrice et des nerfs moteurs (T.-K.—Telatnik).

“ Cet ensemble de recherches nous permet donc de comprendre le mode d'action des poisons urinaires sur les centres nerveux, et nous montre, malgré la continuité de l'excitation, l'intermittence des réactions provoquées. L'expérimentation sur ce point comme sur les autres reproduit fidèlement le syndrome clinique. (Chauffard, *Traité de Méd. et Thérap.*, page 628).”

Nous n'avons pas voulu résumer ce bel exposé de la pathogénie de l'urémie cérébrale, nous avons préféré le citer en entier. Chauffard rappelle en dernier lieu les recherches de Marinesco, d'Acquisto et Pusatéri, de Sacerdoti, qui sont tous d'accord pour trouver des lésions histologiques dans les éléments nerveux de l'écorce et dans ceux de la substance grise de la moëlle. “ Ces lésions sont constituées

par la chromatolyse périphérique des cellules nerveuses, l'atrophie variqueuse des dendrites, avec intégrité du prolongement de Deiters, l'état variqueux des prolongements des cellules névrogliques."

" Là est, croyons-nous, dit Chauffard, la vraie explication non seulement des symptômes diffus, mais aussi des symptômes localisés de l'urémie nerveuse, paralysies partielles, épilepsies jacksonniennes, aphasie, troubles visuels corticaux, etc. La pathogénie purement toxique nous paraît ici être la règle, comme les paralysies diabétiques par exemple." (Page 629).

Les anatomo-pathologistes modernes ont donc fait oublier les anciennes théories mécaniques, lesquelles admettaient des lésions anatomiques telles que l'hydrocéphalie ventriculaire, (Odier et Coindet) : l'inflammation des méninges (Osborne). " Seulement la théorie de l'œdème cérébral a survécu. Traube lui a donné son expression la plus complète : d'après lui, l'enchaînement des phénomènes serait le suivant : état hydrémique du sang, et hypertension artérielle, due à l'hypertrophie du ventricule gauche ; transudation du sérum sanguin à travers les capillaires du cerveau, œdème cérébral, et compression par l'œdème des petits vaisseaux céphaliques, d'où, comme dernier terme de la série, anémie cérébrale, capable, par sa localisation, d'expliquer les accidents comateux ou épileptiformes." Cette théorie est admise par M. Raymond, qui fait jouer un rôle prédisposant à l'altération scléro-athéromateuse préalable des artères et artérioles cérébrales.

" Chantemesse et Tennesson admettent la production, indépendamment de toute lésion vasculaire, de foyers plus ou moins circonscrits d'œdèmes brightiques, localisés en tel ou tel point de l'encéphale comme il pourrait l'être aux paupières, au parenchyme pulmonaire, au vestibule laryngé, etc. Pour Jaccoud, la variété possible du siège de l'œdème rend compte de la variété des symptômes."

Tout en admettant que cette théorie peut être vraie pour certains cas, Chauffard croit que " jusqu'à nouvel ordre, et tant que des faits probants n'auront pas démontré la réalité d'œdèmes urémiques circonscrits de l'écorce cérébrale, la théorie dite mécanique paraît douteuse pour les paralysies urémiques, peu vraisemblable pour les épilepsies partielles de même nature."

Nous n'avons pu, dans le cas que nous rapportons, nous rendre compte de l'état du cerveau, parce que nous n'avions pas la permission d'ouvrir la boîte crânienne.

---

Séance du 22 Décembre 1898.

*Présidence de M. Garceau.*

#### CHOLÉCYSTOSTOMIE.

M. DERÔME.

Monsieur le Président, Messieurs,

Le cas que j'ai à rapporter est celui d'une femme de 30 ans, mère de cinq enfants, tous vivants.



Jusqu'à il y a 4 ans Madame F... aurait toujours joui d'une excellente santé.

A cette époque; deux mois avant la naissance de son troisième enfant, elle aurait eu des douleurs épigastriques avec irradiation en ceinture, vomissements bilieux, douleur dans l'hypochondre droit avec irradiation du côté de l'omoplate droit, lipothimies, mais point d'ictère; le tout précédé d'un gros frisson.

Une seconde crise semblable lui serait survenue au 4<sup>me</sup> mois de sa quatrième grossesse. Ces crises, d'ailleurs, n'eurent aucune conséquence fâcheuse sur le cours de la gestation; Madame F... accoucha à terme les deux fois.

Deux mois après avoir donné le jour à son 5<sup>me</sup> enfant, c'est-à-dire en février 1898, elle eut à huit jours d'intervalle deux autres attaques avec poussée fébrile.

Du mois de février au mois d'août de petites attaques subintrantes indiquent toujours la présence du mal, qui termine bruyamment le mois par une forte crise.

Jusqu'ici j'ai rapporté l'histoire telle que fournie par la malade, et il y a, ce semble, tout ce qu'il faut pour un diagnostic rétrospectif.

Mais c'est en septembre dernier que je vois Madame F... pour la première fois, au plus fort d'une de ses crises, avec une température de 103°25.

A ce moment, l'inspection de la zone douloureuse fait constater que l'hypochondre droit est plus volumineux que celui du côté gauche.

La palpation de la région, supportée très difficilement, révèle la présence d'une tumeur du volume d'une grosse orange, une douleur exquise, une hyperesthésie cutanée très prononcée.

Cette tumeur est sonore en certains points, saisissable à la main, mobile dans le sens latéral, et descend avec le diaphragme dans les mouvements respiratoires, jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Cette tumeur est dure au toucher, présente de la résistance, mais pas de rénitence.

La malade n'a pas d'ictère ni de décoloration des selles; ses urines ne contiennent pas de bile, de sucre, ni de chyle.

L'hypothèse de calculs biliaires s'impose naturellement ici, mais on ne sent aucune crépitation.

L'état général de la malade laisse un peu à désirer, de 135 livres qu'elle pesait en mai dernier, elle ne pèse plus que 98. Un dépérissement aussi rapide pourrait faire penser à un néoplasme de la tête du pancréas et de là, tumeur biliaire par obstruction du cholédoque; mais l'absence d'ictère et la coloration normale des selles ont fait rejeter cette hypothèse pour la première.

Un tel amaigrissement peut s'expliquer par la digestion intestinale très défectueuse chez notre malade, et par la résorption septique, véritable intoxication qui la menaçait, et que la courbe thermométrique a parfaitement indiquée.

En présence de ces divers symptômes et surtout de la fièvre qui mérite, au premier chef, toute l'attention du médecin, une question d'opération est soulevée.

M. le Dr Brennan, appelé en consultation, corrobore mon diagnostic, mais juge à propos de remettre l'intervention afin de donner à la malade le bénéfice du traitement médical qui n'avait jamais été institué chez elle.

La malade est soumise à l'huile d'olive, au salicylate de soude, etc.

Ceci se passait du 17 au 20 septembre, et vers le 29 la tumeur avait presque disparu, entraînant avec elle la disparition de tous les troubles co-existants.

Dans la nuit du 3 décembre, je revois la malade au début d'une crise un peu moins forte cependant que les autres, précédée, cette fois encore, d'un frisson et d'une élévation de température, 100° 4/5. L'opération est de nouveau proposée et cette fois acceptée.

La malade est transportée à l'hôpital privé de M. le Dr Brennan qui a bien voulu mettre une chambre et sa salle d'opération à ma disposition.

Le 9 décembre, assisté du Dr Brennan, je pratique une cholécystostomie

La vésicule, adhérente au péritoine pariétal, se présente très distendue, contenant environ six oz. de liquide : sérosité et pus, et deux calculs du volume d'une noisette, avec facettes bien marquées.

L'intérieur de la vésicule est ramolli, congestionné, saigne facilement.

Après extraction des calculs, nous faisons un nettoyage avec le doigt et n'osons tenter le catéthérisme des canaux biliaires vu l'état de la vésicule.

La paroi abdominale est refermée, moins la fistule maintenue béante au moyen d'une mèche de gaze.

Le pansement est refait tous les jours et ce n'est qu'au 3<sup>me</sup> jour que la bile fait son apparition.

La température était à 102° la veille de l'opération et à 101° le matin même.

Le soir de l'ouverture et du drainage du foyer d'infection la courbe thermométrique descend à la normale et s'y maintient. Madame F. quitte l'hôpital le 19 décembre, ne ressentant aucune douleur, mangeant avec appétit tout ce qu'on veut bien lui donner, même les viandes et les graisses qu'elle ne voulait pas voir depuis au-delà de cinq mois. Après un dernier pansement, fait le 12 janvier, la malade est guérie.

Vous voudrez bien me permettre, Messieurs, de faire partager le succès de cette intervention avec M. le professeur Tillaux. Je lui dois en effet les premières leçons cliniques et techniques des voies biliaires.

Je saisis l'occasion pour vous faire connaître le sympathique accueil que j'ai eu dans son service, accueil qu'un Canadien-français est toujours sûr d'avoir à l'Hôpital de la Charité. Les Normands se reconnaissent encore après des siècles.

M. BENOIT.—Je désire simplement féliciter M. Derôme sur le résultat de son opération, ce qui prouve qu'elle était bien indiquée. Les interventions chirurgicales sur le foie ou les voies biliaires sont

assez rares au pays ; je ne les ai pas encore vues pratiquer à l'hôpital.

M. MIGNAULT.—J'ai rencontré en pratique, il y a bon nombre d'années, un cas d'obstruction des voies biliaires par des calculs. On n'intervenait pas alors chirurgicalement dans les cas de ce genre. Je traitai mon malade par l'électricité, pôle négatif dans le rectum, pôle positif dans la région hépatique. La séance dura 15 minutes : elle fut suivie de douleurs violentes. Le lendemain, le malade passa un calcul dans ses selles, et fut guéri.

M. MERRILL.—Je félicite surtout M. Derôme de son diagnostic. Il n'est pas toujours facile de le faire avec autant de précision. Souvent aussi, dans les cas les plus anciens, le cancer complique la lésion locale. Nous avons eu un cas de ce genre à l'Hôtel-Dieu.

M. DUBÉ.—Nous avons déjà trouvé, en faisant une autopsie, la vésicule biliaire remplie d'une vingtaine de petits calculs, et cependant le patient n'avait offert aucun symptôme du côté du foie. Les opinions sont partagées sur l'origine de ces calculs. M. Derôme devrait donner au Comité un résumé de la question.

M. DERÔME.—Le point de départ le plus généralement admis aujourd'hui, c'est une infection locale par le coli-bacille. On a prouvé expérimentalement cette théorie dans le service du professeur Guyon.

---

## LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

(Suite).

M. LESAGE, de la Faculté de Paris.

Dans une séance antérieure, nous avons étudié attentivement l'anatomie pathologique et la symptomatologie de la fièvre typhoïde.

Après en avoir esquissé à grands traits l'aspect clinique habituel, nous avons étudié, dans leurs détails, les caractères principaux de deux symptômes, à savoir : le pouls et la température.

Nous avons essayé d'établir à l'évidence que, d'une part, le pouls présentait dans sa plus grande netteté le *dicrotisme* classique que l'on ne rencontre nulle part ailleurs, en pathologie, d'une façon aussi nette et aussi constante ; et que, d'autre part, la température, par ces oscillations ascendantes, stationnaires et descendantes, formait une courbe spéciale et typique que nous avons rapprochée de la figure géométrique connue sous le nom de trapèze.

Nous avons étudié les variations subies par l'un ou l'autre suivant les complications ; bref, nous sommes arrivés à la conclusion que *pouls et température* devaient concentrer toute l'attention du médecin et pouvaient à l'avance l'aider dans un pronostic, bon ou mauvais.

Je continuerai, aujourd'hui, l'étude de la symptomatologie par deux signes de valeur apparemment moindre, je veux dire : les épistaxis et les urines.

*L'épistaxis* est l'hémorrhagie la plus fréquente dans le cours d'une fièvre typhoïde; elle apparaît en tout temps et semble ne pas avoir de prédilection pour telle ou telle phase de la maladie. On la rencontre souvent à la période prodromique alors que le malade ne présente aucun signe évident de typhoïde; et si j'en parle ici tout spécialement, c'est précisément pour établir sa valeur dans un diagnostic à faire.

Certains auteurs ont voulu lui attribuer une grande importance comme signe précurseur, attendu qu'on ne la rencontrait jamais sous cette forme dans d'autres affections et ils ont essayé d'établir qu'une épistaxis abondante et précoce devait mettre en garde contre une typhoïde à forme *hémorrhagique*, qui est très grave, vous le savez.

Est-ce à dire, Messieurs, que nous devons considérer comme démontrée l'opinion que je viens de citer en matière d'épistaxis appliquée au diagnostic précoce de la fièvre typhoïde?... Nous ne le croyons pas; car s'il m'est permis de pousser un peu plus loin mes recherches, je trouverai qu'il existe une autre maladie non moins grave où la *grande épistaxis* (précoce aussi) apparaît comme signe précurseur de la néphrite chronique. A ce sujet, je citerai ici le nom du professeur Dieulafoy qui y attache une grande importance, appliquée au mal de Bright.

Il nous a très souvent répété, à ses brillantes cliniques du jeudi, que la *grande épistaxis* (ce sont ses propres termes) devait éveiller l'attention du médecin contre la possibilité et la presque certitude d'un mal de Bright en travail quelque part dans un glomérule perdu au sein du parenchyme rénal ou même ignoré comme filtre urinaire. Quelques-uns d'entre vous se rappellent sans doute le récit que fit le professeur Dieulafoy de la maladie si grave alors du tsar de Russie Alexandre III. Il attira l'attention sur ce fait que, lui-même et depuis longtemps, avait cru à l'existence de la néphrite chronique chez l'auguste malade par le seul fait d'une *grande épistaxis* qui était apparue, sans cause extérieure, quelques mois auparavant, laquelle s'était répétée dans la suite. Il reprocha au médecin allemand, appelé en consultation à St-Petersbourg, d'avoir ignoré ce fait important dans les antécédents pathologiques du tsar, alors que, peut-être, on eut pu éloigner le moment fatal par un traitement précoce. Malheureusement, et pour l'empereur et pour le professeur, il était trop tard, à ce moment, pour changer les destinées du trône de Russie, et *encore trop tôt* pour solliciter la faveur de traverser les lignes frontières sous le protectorat du drapeau mixte de l'*alliance franco-russe*!

Bref, l'épistaxis du début n'est pas pathognomonique d'une typhoïde au début. Cependant, nous dirons, avec les auteurs de certaine école, qu'elle n'a aucune influence sur la marche de la maladie, excepté dans les cas où la perte de sang est très grande, ou bien, avec les auteurs de certaine autre école, au contraire, qu'elle est un phénomène critique, suivant que les hasards de la clientèle auront attiré notre attention dans un sens ou dans l'autre. L'observation s'impose, de premier chef dans ce sens, et nous ne croyons pas, pour notre part, d'accord avec des auteurs accrédités, que la clinique puisse considérer comme applicable à *chaque cas* de fièvre typhoïde une épis-

taxis subite au cours d'un état de santé apparemment bon..... Il faudra encore des chercheurs qui soient en même temps bons statisticiens.

Étudions maintenant les urines.

*Les urines.*—Quoique l'urine demande une technique spéciale dans l'analyse dosimétrique de ses composés, solides ou liquides, la clinique la réclame, et tout médecin doit être en état de faire un examen d'urine, du moins quant à ses éléments principaux. Il est utile d'en donner ici sa composition normale; de chercher ensuite dans quel sens une fièvre typhoïde en change la formule physiologique, et, enfin, comment l'inversion de cette même formule peut nous éclairer, au fur et à mesure, sur le travail de désorganisation ou de réorganisation des tissus malades ou en voie de guérison.

La composition normale de l'urine suivant Armand Gautier se lit comme suit :

Quantité en 24 heures.....	1300.	cc.
Densité.....	1020.	
Eau.....	1243.	0
Principe solides.....	57.	0

Parmi ces derniers, (les principes solides) nous étudierons les principaux seulement; ceux qui, à tout prendre constituent à eux seuls toute l'urine. Je veux dire :

Ce pourcentage est basé sur un volume d'urine de 1300 c.c. et en 24 heures.	}	1° L'urée qui se chiffre par	33.5
		2° L'acide urique.....	0.52
		3° Le chlorure de sodium..	13.30
		4° Phosphates alcalins.....	1.86

*L'urée.*—Qu'est-ce que l'urée ?

L'urée doit être considérée comme un composé formé aux dépens des substances albuminoïdes et de leur dérivés les plus directs; elle est probablement le terme ultime d'une série de métamorphoses ou d'oxydations successives de ces mêmes substances albuminoïdes au sein de l'organisme; parmi ces substances intermédiaires je citerai les mieux ou plutôt les plus connues, à savoir: la xanthine, la leucine, l'allantoïne, et l'acide urique. L'urée constitue donc le dernier terme de la métamorphose régressive des tissus; c'est un produit d'excrétions destiné à éliminer l'azote.

Donc, plus le travail d'élimination sera grand, plus élevé sera le coefficient de l'urée dans l'urine.

D'autre part le travail d'oxydation se continuant dans les mêmes proportions, moins élevé sera le coefficient de l'urée, plus grandes seront les chances d'infection générale suivie d'accidents urémiques que nous savons tous graves et redoutables.

Or, messieurs, qu'arrive-t-il au cours d'une fièvre typhoïde, si nous prenons le soin de demander chaque jour au laboratoire le coefficient de l'urée?... Nous constatons que, dans les premiers jours, l'urée *diminue*. Nous savons en effet quel est l'état de stupeur qui

préside à ce moment aux échanges nutritives dans l'organisme ; rien d'étonnant alors à ce que l'élimination soit plus lente ; les recettes étant beaucoup moins grandes, les dépenses sont équivalentes ; mais il n'en sera pas toujours ainsi. La période d'ascension donne déjà le signal de ce travail de désorganisation excessive, surtout à la période d'état (premiers jours). En effet, que constatons-nous à ce moment critique de la maladie, alors qu'une urine normale donne un total d'urée éliminée dans les 24 heures de 34 grammes en moyenne, nous trouvons ici un coefficient qui atteint le chiffre élevé de 50, de 60, et même 78 grammes dans certains cas. Etant donné, d'une part, l'alimentation presque nulle du typhique à cette époque, étant admis d'autre part que la nutrition se fait mal, qu'une grande quantité d'éléments azotés s'éliminent les uns à l'état d'urée, les autres à l'état d'acide urique, de xanthine, etc., il sera facile de concevoir comment la perte de poids d'un typhique puisse atteindre le chiffre de 200 et même de 300 grammes par 24 heures, surtout, si nous ajoutons que les différences, entre l'urée ingérée et l'urée éliminée, sont prises à même la réserve accumulée dans les tissus de l'économie. (1)

Il est donc important de suivre ce travail d'élimination et pour ainsi dire de fonte des tissus, non pas pour l'arrêter, car nous n'y pouvons rien ou à peu près, mais bien plutôt pour l'aider et empêcher les complications que pourraient amener l'accumulation dans l'économie de ces déchets organiques impropres à la nutrition. L'urémie est quelquefois plus grave que la fièvre typhoïde qu'elle masque complètement ; et sur ce point il ne faudrait pas feuilleter très longtemps le grand dossier de la littérature médicale pour établir en preuve que les accidents ataxo-adinamiques relèvent le plus souvent de l'urémie (ignorée ou non contrôlée) que de la fièvre typhoïde elle-même. (2)

(1) Si, enfin, nous étudions l'urine à la période de descente, nous verrons que les chiffres de 50 ou 60 grammes d'urée dans les 24 heures sont accompagnés par ceux moins élevés, de 45, 40, pour arriver enfin au taux normal, à savoir : 30 à 32 grammes.

C'est la convalescence : c'est le surplus des recettes sur les dépenses, c'est l'assimilation plus parfaite ; en un mot, c'est la guérison.

Monsieur Robin, de l'école de Paris, a signalé des caractères utiles au pronostic : ce sont les suivants. Une urine abondante, couleur bouillon de bœuf, une excrétion élevée des matériaux solides, d'urée, d'acide urique, une densité forte (1025, 1030), de l'albumine à dose minime et peu d'indican sont des signes urologiques d'un pronostic favorable.

Au contraire, une densité au-dessous de 1020, une excrétion d'urée ne dépassant pas 15 grammes, une quantité d'urine au-dessous de 800 grammes à reflets rouges et verdâtres, beaucoup d'albumine et d'indican, sont les signes urologiques des cas graves et mortels.

(2) Un autre élément important dans l'urine d'un typhique, est la présence de l'*albumine*.

Les auteurs sont divisés sur les résultats acquis.

La fréquence de l'albumine chez les typhiques atteindrait le chiffre de 25 0/10 à 33 0/10 pour Murchison et Griesinger. Pour messieurs Gubler et Robin, au contraire, elle serait constante dans tous les cas, apparaissant rarement à la première semaine, mais devenant un symptôme constant au cours de la deuxième

Comme conclusion, rappelons-nous que l'urine est un grand émonctoire de l'économie toute entière, et nous irons, sans hésiter, y puiser les renseignements si précieux dont la clinique ne saurait plus se passer et dont le malade doit toujours bénéficier en première essai.

Telles sont, messieurs, exprimées très succinctement, les idées que je voulais exposer au chapitre de la symptomatologie, sur l'importance de l'analyse des urines au cours d'une fièvre typhoïde.

Je ne parle pas des autres composés signalés plus haut ; ils ont moins d'importance et pourraient m'entraîner dans des développements supplémentaires qui sentiraient la digression.

Retenons ce fait important, à savoir :

Le coefficient de l'urée doit être connu à toutes les phases d'une fièvre typhoïde ; et nous aurons acquis une arme de plus pour la guérison, qui, nous ne le savons que trop, s'est faite rare de tout temps en pathologie interne !.....

Nous terminons, ici, l'étude—dans ses grandes lignes—du chapitre de la symptomatologie. J'ose croire que vous trouverez suffisants les développements que je lui ai consacrés, étant donné le cadre que je me suis assigné dans l'étude de cette vaste question.

Étudions maintenant les complications.

*Complications :*

I	{ Epistaxis Angines diverses..... Pneumonie	{ simple pultacée folliculaire.
II	{ Hémorrhagie intestinale, Néphrite dothiéntérique, Troubles nerveux.....	{ stupeur sommolence délire..... { doux aigu.
III	{ Perforation intestinale Complications hépatiques Troubles nerveux..... Phlébites Complications cardiaques..... " pulmonaires.....	{ aphasie (passagère) sclérose en plaques paralysies (limitées) psychoses. (mort subite) (tuberculose, pleurésie.)

semaine. Griesinger est du même avis quant à l'époque d'apparition de ce signe pathologique, mais Murchison dit ne l'avoir que très rarement constaté avant le sixième jour.

Bref, tous sont d'accord pour affirmer que c'est un accident plus généralement passager, et que, pour aggraver un pronostic—en tant qu'il indique une altération d'urine—il ne faut pas conclure nécessairement à une complication sérieuse dès le début.

L'albumine disparaît à l'époque de la défervescence, pour réapparaître toutefois en cas de rechutes ou d'écarts de régime au début de la convalescence.

L'urine, sous le champ du microscope, peut nous éclairer aussi sur l'existence d'une néphrite par la présence des débris d'épithélium rénal, de cylindres hyalins, gras, ou granulo-gras.

Evidemment, je n'ai pas voulu nommer ici toutes les complications dépendantes d'une fièvre typhoïde, mais plutôt celles que nous rencontrons le plus souvent et qui peuvent le plus affecter un pronostic dans le sens grave.

Les complications du début de la maladie sont généralement moins graves. L'épistaxis, abondante dans certains cas, n'a de valeur qu'en autant qu'elle fait augurer une forme hémorrhagique.

La perte de sang qu'elle occasionne ne met pas habituellement la vie du malade en danger (je fais la part des exceptions) et le médecin peut dans presque tous les cas, pour ne pas dire *tous les cas*, arrêter au début une hémorrhagie nasale, si abondante soit-elle.

Les angines n'offrent pas d'intérêt spécial. Frankel, en Allemagne, prétend qu'elles sont toujours dues au staphylocoque; Chantemesse, au contraire, affirme y avoir rencontré très souvent le bacille d'Eberth et en conclut qu'elles sont imputables à ce dernier et à lui seul.

La pneumonie est une forme de début importante à connaître, pour pouvoir y penser à l'occasion. Il arrive que les symptômes pulmonaires prédominent à tel point, qu'ils masquent complètement les symptômes intestinaux. Ce sont ces cas rares appelés pneumo-typhus qui débute par tous les signes d'une pneumonie franche. Y a-t-il, à ce moment dans ce poumon malade, infection pneumococcique ou éberthienne? .... Là est toute la question; et je n'entreprendrai pas de la résoudre car elle n'est pas encore résolue. Les uns disent: les deux maladies sont *distinctes* et évoluent simultanément, la pneumonie est accidentelle; elle se greffe sur un organe affaibli déjà par une infection première, la virulence du pneumocoque est augmentée et la maladie est déclarée: les autres, au contraire, affirment que la pneumo-typhoïde est, pour eux, un accident typhoïdique *vrai* ouvrant la porte à la série des troubles connus et propres à la fièvre typhoïde.

Ce sont deux prémisses évidemment trop opposées pour permettre des conclusions applicables dans tous les cas et de nature à satisfaire toutes les exigences de la clinique.

En faveur de la première théorie, à savoir: évolution simultanée de deux affections différentes, Messieurs Chantemesse, Widal, Marignac, Castex disent: nous admettons que le bacille d'Eberth existe dans le poumon d'un typhique, nous y avons même, et des premiers, signalé sa présence; mais il y fait plutôt de la congestion, de la splénisation que de la pneumonie fibrineuse; des milieux de culture ordinaire (gélatine)ensemencé avec du poumon typhique nous ont donné du bacille d'Eberth pur, mais une parcelle de ce même poumon inoculé à une souris l'a toujours fait périr de pneumococcie. De plus, dans le poumon du typhique, nous avons toujours rencontré le pneumocoque. Et ils concluent: la pneumo-typhoïde n'est qu'une pneumonie ordinaire évoluant sur un terrain qui a subi l'invasion typhique.

En faveur de la seconde théorie, à savoir: évolution d'une seule et même maladie dans deux organes différents, nous voyons des noms bien connus et autorisés dans l'espèce; je veux dire les profes-



seurs Lépine à Lyon, Grasset à Montpellier et Potain à Paris. Ils disent : la preuve, suivant nous, que cette pneumo-typhoïde est éberthienne, c'est qu'elle apparaît dans des foyers d'épidémie typhoïdique, et que de plus, à elle seule, elle suffit dans un grand nombre d'observations à répandre autour d'elle la contagion dothiéntérique. Il est facile de se rendre à l'évidence que ces deux théories sont absolument opposées et difficiles à rallier pour une conclusion commune aux deux. et satisfaisantes au point de vue pathogénique.

Si nous étaié permis d'exprimer une opinion, nous le ferions dans les termes suivants :

Si nous admettons, d'une part, la présence dans la bouche, à l'état presque permanent du pneumocoque—pour ne parler que de lui—et, d'autre part, l'exaltation de virulence acquise par ce même micro-organisme à certains moments de *minoris resistantiæ* de notre organisme, si nous admettons aussi que le poumon est un lieu d'élection pour le pneumocoque, nous comprendrons facilement comment il se fait que la pneumonie soit la première en marche dans certains cas de fièvre typhoïde au début, alors que l'angine précoce est grave, envahissant tout le pharynx et même les bronches par infiltration de proche à proche, exhalte, par des infections secondaires, la virulence du pneumocoque et lui facilite sa tâche d'infection en détruisant pour une grande part, une membrane épithéliale qui ne peut plus protéger son organe contre l'infection venant du dehors, parce que la vitalité est amoindrie ou même détruite par le processus pathologique.

Nous nous expliquons alors pourquoi au début, ces malades ont l'aspect clinique de la pneumonie ordinaire, et pourquoi aussi l'inoculation à une souris l'a fait mourir de pneumonie. C'est que, en réalité, ce sont des pneumococciques à ce moment. Or, rien d'étonnant à ce que ces malades, emportés prématurément, aient fait mourir une souris de pneumococcie, et aient en même temps donné une culture de bacille typhique sur gélatine; et voici pourquoi suivant nous : à infection égale, à savoir : pneumocoque et Eberth, chez une souris, nous savons parfaitement que le pneumocoque emportera le premier le petit animal soumis à cette expérience, et pour deux raisons : 1° parce la souris est un réactif *de choix* pour le pneumocoque, 2° parce que le bacille d'Eberth est beaucoup plus lent dans son évolution et que la souris meurt par le pneumocoque alors qu'il y a aussi infection éberthienne probable.

Comme conclusion, on dit : l'inoculation a provoqué la pneumococcie, alors qu'il y a peut-être infection mixte, la seconde n'ayant pas encore évoluée, et la première ayant terminé son cycle habituel qui est de six jours généralement en clinique, et 24 heures seulement chez la souris blanche.

Il est possible aussi que le pneumocoque, à la fin d'une pneumonie, soit trop affaibli, trop épuisé pour qu'un ensemencement puisse donner dans tous les cas, une culture type alors que l'Eberth pousse très bien; nous aurions alors l'explication probable de ce fait observé par M. Chantemesse, à savoir : un milieu de culture ensemencé avec un poumon typhique a donné de l'Eberth, tandis qu'une inoculation de ce poumon à une souris l'a fait périr de pneumococcie. Il est

probable, dans ce cas particulier, que le pneumocoque trop affaibli pour pousser en culture pure, ait conservé encore assez de vitalité pour réagir dans un organisme favorable comme l'est celui de la souris, devançant le bacille d'Eberth, par son évolution plus rapide et arrivant bon premier, alors que le bacille typhique eut évolué aussi et eut généralisé son travail d'infection si les deux maladies eussent eu un cycle absolument identique.

En résumé, la pneumonie existe, qu'elle soit pneumococcique ou éberthienne. Je comprends qu'il serait beaucoup plus important d'en connaître la nature intime si nous avions à notre disposition des sérums curatifs pour chaque cas particulier. Il est permis de supposer comme moyen terme, que toute pneumonie au cours ou au début d'une typhoïde peut être mixte.

La pneumocoque commencerait le travail pathologique ; puis, peu à peu, l'Eberth envahissant à son tour l'organe malade, succéderait au précédent et continuerait l'œuvre déjà commencée.

Je passe à l'étude d'accidents qui peuvent compliquer une phase plus avancée de la maladie ; je veux dire l'hémorrhagie intestinale.

*Hémorrhagie intestinale.*—C'est un accident que l'on observe ordinairement à la deuxième ou à la troisième semaine. Rare chez l'enfant, elle est plus fréquente chez la femme que chez l'homme. La fréquence est difficile à déterminer car elle dépend d'une foule de circonstances ; Homolle a trouvé le chiffre de 4,65 0/0 sur 10,000 faits divers.

Cette hémorrhagie a lieu dans l'intestin grêle, le gros intestin étant rarement atteint de cette façon, et elle serait le résultat de l'ouverture d'une artériole mise à découvert par le progrès de l'ulcération et non encore oblitérée lors de la chute d'une escarre. Quoique ce mécanisme soit difficile à expliquer ou du moins à réaliser au cours d'une autopsie de typhiques, il a cependant été mis en lumière par messieurs Jenner et Hannernyck ; en injectant l'artère mésentérique supérieure ils ont vu le liquide apparaître à la surface de l'ulcération intestinale.

La symptomatologie comporte des signes physiques dont le principal et l'unique presque, est la présence de sang rutilant ou rouge sombre tachant les draps et pouvant atteindre comme quantité le chiffre énorme de 1000 grammes dans certains cas, et des signes généraux qui sont ceux des hémorrhagies graves ordinaires, à savoir : pâleur de la face et des téguments, petitesse du pouls, syncope, etc. ; à ces signes, j'ajoute un caractère important dans l'espèce ; c'est *une chute de la température* d'autant plus grande que l'hémorrhagie est plus considérable, et cette chute de température serait suivie de brève échéance d'une surélévation dépassant les courbes précédentes.

Le pronostic de l'hémorrhagie intestinale est grave, et, à côté des cliniciens qui disent qu'elle peut rendre des services en enlevant au sang une grande quantité de produits toxiques, il en est d'autres qui l'enregistrent comme un signe de haute gravité donnant une mortalité dans 50 à 60 0/0 des cas. (Homolle, Griesinger, Traube). Trousseau a signalé des cas où la mort était arrivée en moins d'une

heure : Murchison cite quatorze cas dans lesquels l'hémorrhagie fut suivie de mort dans les trois jours qui suivirent.

En conclusion, nous dirons que la quantité de sang est un facteur important pour le pronostic ; moins grave dans les pertes restreintes, elle devient mortelle dans les pertes abondantes avec association à d'autres hémorrhagies v. g.—épistaxis, purpura, etc. ; elle constitue alors un type spécial que nous avons appelé fièvre typhoïde, à forme hémorrhagique, dont la gravité nous est connue.

*La perforation intestinale.*—C'est un accident tardif qui accompagne aussi l'hémorrhagie. Elle se fait généralement de dedans en dehors et n'exige pas une ulcération étendue ; on a même rapporté des cas où la perforation n'était accompagnée que d'une seule ulcération (Chomel-Andral). Son siège habituel est dans l'iléon, près de la valvule iléo-cœcale, et sa fréquence serait évaluée à 3 0/0 des cas traités, alors qu'on la rencontrerait dans un cinquième des cas mortels. Elle peut être unique, elle peut être multiple et atteindre même le chiffre de vingt-cinq perforations pour un seul intestin ; elle peut prendre toutes les formes, depuis celle petite et arrondie en tête d'épingle, jusqu'à celle ovalaire ou linéaire. On comprend déjà l'intensité de la réaction causée par l'arrivée dans le péritoine d'un liquide septique tel que le virus intestinal à ce moment, et de fait, toute la gravité de cette complication ; mais il arrive quelquefois que des inflammations circonscrites produisent des adhérences entre le péritoine et l'intestin ; le liquide s'y trouve alors emprisonné comme dans une poche et la guérison est possible ; ce sont les cas heureux. La cause de ces perforations réside naturellement dans le processus d'ulcération locale, mais elle est aidée par des causes secondes au nombre desquelles les écarts de régime, les purgatifs intempestifs, les vomissements comptent pour une bonne part. La date de son apparition varie entre le troisième et le cinquième septenaires ; je fais la part des exceptions où des auteurs ont observé la perforation au huitième ou au douzième jour.

Les symptômes de la perforation diffèrent suivant son époque d'apparition. Les hémorrhagies abondantes, la diarrhée profuse, le météorisme excessif sont des signes précurseurs dont il faut tenir compte à la période d'état ou de déclin. D'un autre côté, le passage *subit* d'un état de santé apparemment bon chez un convalescent à un état critique, accompagné d'une douleur aigue dans le côté droit, s'irradiant dans tout l'abdomen, suivie d'un *abaissement anormal de la température* v. g. 36° C. indique nettement une perforation intestinale.

D'ailleurs, nous avons quelquefois des accidents, comateux ou autres, qui masquent les signes de la perforation, et la péritonite cause la mort alors qu'on ne pensait qu'aux accidents nerveux et qu'on l'ignore. Ce sont ces cas difficiles, obscurs, où la confusion est produite par des complications inattendues et subites laissant le médecin dans l'incertitude sur la cause première des troubles multiples observés. La mort est la règle, dans ces cas, et la guérison ne compte que des exceptions, où des péritonites localisées ont pu circonscire dans des limites étroites un mal qui ne demande qu'à s'étendre.

Je passe sous silence, ici, la néphrite dothiéntérique que nous avons traitée assez longuement au chapitre de l'urologie. Les *lésions hépatiques* sont possibles aussi, mais exception faite des cas ou des signes extérieurs manifestes indiquent une lésion de la cellule hépatique, elles passent inaperçues. La présence de l'urobiline dans l'urine, la diminution de l'urée, indiquent nettement une insuffisance hépatique relevant d'une infection éberthienne associée dont le rôle pathologique est bien démontré. On conçoit qu'une infection à départ intestinal soit facile par le canal cholédoque; la vésicule biliaire malade communique le germe de contagion aux canaux de distribution que vous connaissez; la généralisation amène des cholécystites et des angiocholites; par contiguité le processus pathologique s'étend à la cellule hépatique qui devient impropre à ses fonctions de glycogénie et d'uréogénèse; la bile, ne s'écoulant plus par ses canaux ordinaires, ou bien n'étant sécrétée qu'en très petite quantité ne peut plus suffire au rôle de désinfection qu'on lui attribue, et nous observons tous les troubles, de l'urobilinurie simple jusqu'à l'ictère grave suivie de mort.

Mais, messieurs, pourquoi le foie habituellement assez fort pour détruire une bactérie ordinaire qui traverse son parenchyme en travail physiologique, ne l'est-il plus lorsqu'il s'agit d'une maladie infectieuse grave telle que la fièvre typhoïde, pour ne parler que de celle-ci?... La question méritait une attention spéciale et j'ai cru intéressant de vous donner ici les conclusions des expériences intéressantes et instructives de Monsieur Roger. Il faut en rechercher les causes dans les injections mixtes dues aux *associations microbiennes*. On a constaté que des animaux soumis à un jeûne prolongé présentaient un foie beaucoup moins puissant à détruire un microbe connu, et, cette perte du pouvoir réducteur est déjà manifeste, même après trois jours d'inanition. De plus, connaissant le fait, qu'un microbe favorise le développement d'un autre microbe grâce aux substances solubles qu'il produit, on a cherché comment un foie sain pouvait se défendre et réagir contre une infection microbienne mixte. On a vu d'une part qu'une injection de staphylocoque dans une veine intestinale était détruite après son passage dans le foie; d'autre part, et c'est ici que l'intérêt grandit: si, à cette injection de staphylocoque, on ajoutait une quantité donnée v. g. trois quarts de centimètre cube d'une culture stérilisée du bacillus prodigiosus, injectée aussi dans une veine intestinale, on a constaté que le foie perdait son pouvoir réducteur à l'égard des deux microbes.

Or, ce qui arrive pour le staphylocoque doré et le prodigiosus associés, arrive aussi pour le bacille typhique et le coli-bacille associés, et, l'on comprend déjà mieux comment, la virulence du coli étant exaltée à certains moments, sa migration dans les canaux biliaires en même temps que celle du bacille typhique atteigne le parenchyme hépatique, neutralise son pouvoir protecteur et produise alors toute la série des troubles que nous avons signalés plus haut.

Ces expériences intéressantes ouvraient des horizons nouveaux vers une thérapeutique spéciale destinée à aider le foie dans sa lutte

infructueuse en face de ces associations microbiennes. Après de nombreux essais, on est arrivé aux résultats suivants, à savoir : deux groupes d'animaux sont soumis aux expériences suivantes : *aux premiers* on injecte dans la veine porte une quantité égale de bacille prodigiosus et de staphylocoque doré ; *aux derniers*, on fait ingérer, *en plus*, 2 à 3 centimètres cubes d'une solution d'éther dans une potion alcoolisée. Que se passe-t-il ?... Il arrive que les premiers succombent en peu de temps aux progrès de l'infection. Tandis que les lapins éthérés survivent au même processus pathologique ; on en a conclu que l'éther activait les fonctions normales du foie et le tenait en éveil contre les atteintes dangereuses d'une infection du voisinage. Et ici, il s'agit bien d'une action sur le foie, car, à chances égales, une injection sous-cutanée d'éther ne produit aucune réaction apparente, tandis que son ingestion, au contraire, exerce des effets thérapeutiques marquées, même quand l'inoculation est déjà faite dans les veines. (1)

Ces expériences instructives et récentes méritaient d'être signalées ici même, et messieurs, si j'ai consacré à ce chapitre des développements hors-cadre, vous voudrez bien les mettre au crédit de la science expérimentale.

Toujours anxieuse d'expédients nouveaux dans la recherche, en pathologie humaine,—pour ne parler que de celle-ci—des causes premières ou secondes, elle trace à l'avance sa voie, qui est plus que la guérison, c'est-à-dire la *prévention*, en pénétrant au sein des organismes malades et en essayant à nouveau la solution tant désirée de problèmes restés jusqu'ici insolubles. Nous devons la suivre, messieurs, dans cette voie qui va chaque jour s'élargissant de plus en plus ; et s'il nous arrive de nous attarder quelquefois dans l'abstrait d'une conception nouvelle, c'est afin de nous réjouir plus tard d'un résultat acquis, si petit soit-il, et de pouvoir l'escompter au profit d'une guérison, ne serait-elle que probable ! De ce chef, nous aurons apporté notre obole à l'apothéose du bien contre le mal, et nous aurons enregistré notre vote pour l'ajournement *sine die* de la banqueroute de la science.

M. DUBÉ.—A quoi peut-on attribuer l'épistaxis du début dans la fièvre typhoïde ? L'épistaxis que l'on rencontre au cours des néphrites est due à de l'endartérite des artères des fosses nasales. Mais ce n'est pas un signe pathognomonique du brightisme. Ce signe, et tous les autres petits signes du brightisme (Dieulafoy) se rencontrent dans l'endartérite (Potain). Mais dans l'épistaxis du début de la fièvre typhoïde, l'endartérite ne saurait être mise en jeu.

M. LESAGE.—On n'a pas encore donné d'explication certaine de ce symptôme, que l'on ne rencontre pas d'ailleurs dans tous les cas de fièvre typhoïde. On peut supposer que certaines personnes sont plus exposées que d'autres à des manifestations du côté des fosses nasales, comme il arrive pour le poumon, par suite d'une facilité plus grande à l'infection locale. Peut-être aussi l'hérédité joue-t-elle un rôle.

(1) Ces conclusions s'appliquent à la clinique et nous expliquent l'influence favorable des potions éthérées dans les infections en général où elles sont indiquées.

M. BOULET.—L'épistaxis est un accident du début de la fièvre typhoïde; je ne crois pas que ce soit un signe de diagnostic. L'artériole de la cloison du nez, très superficielle, est facile à léser, avec le doigt surtout; c'est là la cause de bien des épistaxis. La tension artérielle, au début d'une fièvre typhoïde, doit être aussi plus considérable.

M. MARIEN.—Chez les enfants, les premières parties des voies respiratoires sont presque toujours inflammées. On trouve au microscope, que la muqueuse est très vasculaire. L'hémorrhagie locale est donc facile chez eux.

M. HERVIEUX.—Les épistaxis peuvent avoir une cause mécanique locale par suite de la sécheresse de la muqueuse provoquée par la fièvre, et du grattage du nez pratiqué par le malade.

M. CLÉROUX.—L'épistaxis chez l'enfant se rencontre fréquemment dans la fièvre typhoïde et rarement dans les autres fièvres. Elle survient toujours dans les premiers jours de la fièvre.

M. MERRILL.—Elle doit être plus fréquente aussi chez les hémophiles.

M. BENOIT.—A propos de perforation de l'intestin, nous en avons observé un cas où cette perforation s'est produite une heure après l'administration d'un bain froid. Nous traitions le malade par la méthode de Brand. Nous nous sommes demandé si le bain, dans ce cas particulier, n'avait pas hâté la perforation, et si cet accident n'aurait pas pu être évité si le malade eut gardé un repos absolu.

M. CLÉROUX.—Les mouvements ont certainement pu aider à la perforation. Il ne faudrait pas, cependant, parce que l'on rencontre des cas semblables, abandonner la méthode. Ces perforations peuvent survenir aussi bien par suite d'un changement de position du malade dans son lit.

M. LESAGE.—Il faut se rappeler que le bain froid augmente les mouvements péristaltiques de l'intestin, ce qui a bien pu, dans le cas observé par M. Benoit, favoriser ou déterminer la perforation. Mais il est fort probable qu'elle se serait produite sans cela. A propos de l'épistaxis je ne puis pas m'expliquer pourquoi on la rencontre chez certains malades, et pas chez d'autres.

M. BOULET.—On peut supposer que la congestion est plus forte chez les uns que chez les autres.

M. BENOIT.—Je ne voudrais pas laisser les membres du Comité sur une mauvaise impression au sujet de la méthode de Brand. Le cas que je citais tout à l'heure ne nous pas empêché de traiter tous nos typhiques durant le mois d'août par cette méthode. Et elle nous a donné d'excellents résultats. La plupart des malades entraient à l'hôpital au début de la 2<sup>e</sup> semaine, ayant été peu ou pas traités, et cependant nous n'en avons perdu que 2 sur 20. Je me rappelle entre autre un cas avec insomnie depuis six jours et délire agité continu; ce malade put dormir après son second bain, et je suis persuadé qu'aucun médicament n'aurait produit le même effet.

M. DERÔME.—J'ai vu un cas de fièvre typhoïde où l'excitation nerveuse fut augmentée par les bains froids, et cessa par l'administration d'injections salées.

## REVUE DES JOURNAUX

## GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

Du traitement préventif de l'hérédité syphilitique paternelle au cours de la grossesse.

Par M. le professeur A. FOURNIER.

(Suite et fin).

Un second groupe de faits—ceux-ci bien autrement démonstratifs—nous est offert par la seconde des situations que je vous signalais précédemment, à savoir : *Ménage où plusieurs grossesses se sont terminées d'une façon désastreuse.*

Je précise : une femme saine est mariée à un homme syphilitique. Deux, trois, quatre, cinq, six grossesses issues de ce couple se sont toutes terminées ou par avortement, ou par accouchements prématurés avec enfants morts, ou par naissance d'enfants syphilitiques. Jusqu'alors la mère n'a jamais été traitée, ni au cours, ni dans l'intervalle de ses grossesses. Survient une grossesse nouvelle.—La mère alors est traitée. Et cette grossesse se termine par la naissance à terme d'un enfant vivant et sain.

Si des faits de cet ordre, calqués sur ce schéma, se rencontrent en pratique et avec une certaine fréquence, je demande quelle objection sérieuse peut vraiment être adressée à l'influence du traitement.

Qu'y manque-t-il pour asseoir la conviction ? D'une part, l'influence nocive du père y est bien démontrée de par cette série d'avortements ou d'accouchements avant terme, ou mieux encore de par la naissance d'enfants entachés de syphilis, etc. Cela est incontestable. D'autre part, toute une série de grossesses a abouti à des résultats désastreux, alors et tant que n'est pas intervenu le traitement maternel. Intervient ce traitement à une dernière grossesse, et celle-ci donne un enfant sain. Comment se refuser à attribuer cette immunité de l'enfant à l'unique cause qui, n'étant pas intervenue dans les grossesses précédentes, est intervenue dans la dernière ? En pathologie, je pense, la logique et le bon sens ne sauraient perdre leurs droits. Eh bien, des faits de cet ordre existent-ils ? Oui, certes, et en nombre considérable aujourd'hui. Tous les accoucheurs vous en citeront, et, pour ma seule part, j'en aurais une cinquantaine à produire.

Comme spécimens, je vous relaterai les suivants :

En voici d'abord un qui m'est personnel.

I.—Un jeune homme contracte la syphilis en 1881. Je le traite pendant cinq mois, puis ne le revois plus. En 1883, il se marie. Une première grossesse amène un enfant qui succombe à neuf jours "par faiblesse congénitale." Une seconde donne un enfant qui, dès la cinquième semaine, est criblé de syphilides, puis dépérit, tombe dans le marasme et meurt.

Désolé, le mari revient alors à moi, m'amenant sa jeune femme qui commence une troisième grossesse. J'examine cette femme, que je trouve, d'une part, absolument indemne de tout accident syphilitique, voire de tout commémoratif suspect, et, d'autre part, bien portante, bien constituée, exempte de toute lésion utérine, etc. J'institue pour elle un traitement spécifique qui, continué religieusement pendant tout le cours de la grossesse, a consisté en ceci : proto-iodure de mercure, à la dose de 0 gr. 025 milligr. par jour, alterné avec iodure de potassium (1 à 2 grammes quotidiennement) ; vin de quinquina ; de temps à autre, sirop ferrugineux, etc.

Résultat : *Accouchement à terme d'un bel enfant, absolument sain.* Cet enfant, qui a aujourd'hui quatre à cinq ans, est toujours resté indemne de tout accident syphilitique.

II.—Mon collègue et ami le docteur Ribemont-Dessaigues est consulté par un jeune médecin dans les conditions que voici : le mari a été affecté de syphilis il y a une dizaine d'années ; et, cette syphilis, il l'a fort négligée, il ne l'a traitée que deux mois au début ; la jeune femme est déjà devenue enceinte quatre fois, et, bien que vigoureusement constituée, jouissant d'une excellente santé et restée indemne de toute contamination spécifique, elle n'a pu mener ses grossesses à terme. Derechef, la voici enceinte depuis quelques semaines.

Après long examen, M. Ribemont-Dessaigues ne trouve d'autre explication à ces trois fausses couches que la syphilis du mari. En conséquence, il prescrit un traitement spécifique à la jeune femme. Ce traitement, constitué par l'administration alterne de pilules de proto-iodure et de sirop de Gibert, est continué régulièrement pendant toute la durée de la grossesse.

Résultat : *Accouchement à terme d'un bel enfant*, qui est âgé aujourd'hui de deux ans et demi et qui n'a jamais présenté le moindre accident de syphilis.

III.—Un troisième fait, que j'emprunterai à M. le professeur Pinard, se résume ainsi :

Femme saine se mariant en secondes noces à un sujet syphilitique.

Quatre grossesses en cinq ans, se terminant toutes les quatre par avortement ou accouchement prématuré avec enfants macérés. Pas de traitement de la mère jusqu'alors.

Cinquième grossesse. Traitement spécifique à dater du deuxième mois et demi.

Résultat : *Accouchement à terme d'un enfant vivant.*

IV.—Un jeune homme contracte la syphilis, s'en traite deux mois seulement, et, n'éprouvant plus nul accident, se marie quelques années plus tard. Sa femme reste indemne ; mais, devenue



enceinte six fois, elle avorte six fois, et cela sans la moindre cause appréciable. Au cours d'une septième grossesse, elle est soumise au traitement spécifique, et amène *un enfant vivant et sain*, enfant que j'ai surveillé jusqu'à l'âge de huit ans et sur lequel je n'ai jamais reconnu le moindre accident suspect.

Inutile, je crois, d'ajouter à de tels faits le moindre commentaire tant ils sont par eux-mêmes significatifs et probants.

Aux cas que je viens de rapporter j'en pourrais adjoindre nombre d'autres identiques, soit empruntés à diverses sources, soit personnels. J'y pourrais adjoindre aussi des observations d'un autre ordre, témoignant qu'à la suite de ce même traitement maternel, institué dans les mêmes conditions, on a vu faire défaut tels ou tels accidents qui s'étaient produits au cours de grossesses antérieures laissées sans traitement, comme les suivants, par exemple : hydramnios, altérations placentaires, dystrophies fœtales, hydrocéphalie notamment, etc. Mais, en vérité, ce supplément de preuves me paraît inutile. et j'ai le droit de croire établie la démonstration que je poursuis. D'autant que l'office bienfaisant de ce traitement du fœtus par la mère saine n'a guère été sujet à contestations. Par une heureuse et rare exception, on est tombé d'accord presque d'emblée sur cette question de thérapeutique spéciale. Comme je vous le disais, la quasi-unanimité des accoucheurs et des syphilographes s'entendent sur ce point. Les maîtres actuels de l'obstétrique, en particulier MM. Pinard, Budin, Porak, Ribemont-Dessaignes, Bar, et tant d'autres, avec qui j'ai maintes fois et dernièrement encore conversé de ce sujet, professent une opinion absolument identique à celle que je viens d'exprimer.

Si bien qu'on peut ériger ceci en règle de pratique :

*Alors qu'une femme est enceinte d'un enfant menacé, de par les antécédents paternels, d'hérédité syphilitique, le traitement syphilitique de la mère, bien que saine, constitue pour cet enfant une sauvegarde réelle et puissante dont il y a indication précise et formelle à le faire bénéficier.*

De ce qui précède allons-nous conclure que, dans tous les cas où une femme est enceinte du fait d'un homme syphilitique, il y a lieu de soumettre cette femme à un traitement antisiphilitique ? Non certes, car le bon sens intervient aussitôt pour nous dire qu'aucune règle générale ne saurait être formulée en l'espèce, et qu'il convient, tout au contraire, de *particulariser* les cas, et qu'ici comme ailleurs, comme toujours, le médecin ne doit régler sa conduite que sur des indications ou des contre-indications relevant de conditions toutes particulières.

En toute évidence, l'intervention (c'est-à-dire la cure du fœtus par la mère) s'impose dans les cas où la syphilis paternelle est bien sûrement encore dangereuse pour le fœtus.

Et, inversement, elle serait abusive, irrationnelle, déplacée, dans des conditions précisément inverses. Personne, par exemple, ne songera à traiter la mère, si la syphilis paternelle est devenue manifestement inoffensive de par son ancienneté, de par un long traitement, de par un long stade d'immunité, de par la naissance préalable d'enfants vivants et sains, etc.

Voilà, certes, deux situations extrêmes où l'indication d'interven-

nir se trouve naturellement résolue, et cela par ce fait seul que ce sont là des situations extrêmes et fortement tranchées. Mais que d'autres situations intermédiaires où la résolution à prendre restera bien moins déterminée! Que faire, à quel parti se ranger dans les cas où aucune condition prépondérante ne peut fixer le pronostic soit dans un sens soit dans l'autre, relativement à l'éventualité de l'hérédité syphilitique paternelle, avec toutes ses conséquences, tous ses dangers pour le fœtus?

En pareille occurrence, la résolution à adopter ne peut, bien manifestement, ressortir que d'une analyse minutieuse, mûrie, des conditions de la syphilis paternelle. Mais est-il besoin de dire quelles difficultés d'appréciation pourra présenter cette analyse? Elle constitue l'une des questions les plus complexes, les plus ardues, les plus périlleuses de toute la syphiologie et pourrait à elle seule défrayer comme discussion une conférence comme celle-ci. Je ne fais donc que l'énoncer à sa place sans la discuter pour aujourd'hui.

Je n'abandonnerai pas ce point toutefois sans placer ma remarque.

Il arrive parfois qu'après avoir examiné à fond un cas de ce genre en vue de décider s'il y a lieu ou non d'intervenir, on aboutit à un nombre à peu près égal de raisons *pour* et de raisons *contre*. A quoi se résoudre alors? Eh bien, je crois qu'en pareil cas la logique et la prudence s'accordent pour commander le parti de l'intervention.

Pourquoi?

Parce que ne rien faire, c'est risquer de *nuire* en compromettant le fœtus; et parce que intervenir, c'est simplement risquer d'être *inutile*.

Or, mieux vaut être inutile que nuisible.

Donc, en cas de doute, l'intervention, c'est-à-dire le traitement de la mère, me paraît le véritable parti à adopter.

Tout cela posé, arrivons maintenant aux choses pratiques.

Nous avons résolu, je suppose, de traiter spécifiquement une femme enceinte et saine, en vue de sauvegarder son enfant menacé par une syphilis paternelle.

Comment allons-nous procéder?

Deux ordres de cas se présentent: le premier, des plus simples; le second n'étant pas sans offrir quelques embarras.

Dans le premier, la femme est au fait de la situation; c'est-à-dire que, pour une raison ou pour une autre, elle a notion de l'état syphilitique de son mari, soit par un aveu dudit mari, (ce qui est l'exception), soit par une indiscretion, soit par l'évidence même des choses (par exemple naissance antérieure d'un enfant syphilitique, dont la syphilis n'a pu être dissimulée).

En pareille condition, nulle difficulté. Dès que vous déclarerez à cette femme votre intention de la traiter, elle comprendra ce dont il s'agit; et, si vous ajoutez que ce traitement a pour visée la sauvegarde de son enfant, elle acceptera sans hésitation ce nouveau dévouement de la maternité.

Sur ce dernier point vous pouvez en croire mon expérience. Jamais une mère, en semblable circonstance, ne refusera ce que vous

lui demanderez dans l'intérêt de son enfant. Jamais, je le déclare, ni en ville ni à l'hôpital, je n'ai vu une seule femme avoir, en pareil cas, l'ombre d'une hésitation. "Du moment que c'est pour l'enfant," "pour le petit," vous répond la femme, je ferai tout ce que vous me direz de faire. Et elle le fera comme elle le dit. Tout est donc au mieux dans cet ordre de cas.

Mais les cas de ce genre ne sont relativement que l'exception, et de beaucoup le plus souvent la situation se présente d'une tout autre façon, que voici :

La femme ignore tout et se trouve en bonne santé. C'est en de telles conditions qu'il va nous falloir : 1° la persuader qu'elle a besoin de se traiter ; et 2° la traiter par le mercure. Comment faire ?

A ce problème, il n'est que deux solutions :

Ou bien, par un aveu franc et loyal, confesser la vérité à cette femme, tout en l'adouçissant pour la circonstance. Et, alors, le cas rentre dans le précédent.

Ou bien traiter cette femme sans qu'elle se doute ni du motif pour lequel on la traite, ni du remède par lequel on la traite.

Entre ces deux procédés nous n'avons pas à faire un choix, nous médecins. Ce choix regarde le mari, qui, seul, a compétence pour décider si sa femme sera ou non mise au fait de la situation. Or, ce choix du mari, nous savons à l'avance quel il sera. "Traitez ma femme, nous dit ce mari, puisque vous jugez que là peut être le salut de l'enfant : mais, surtout, traitez-la *sans rien lui avouer*, sans qu'elle puisse soupçonner pourquoi et comment on la traite."

De sorte que, si nous adoptons—et comment faire autrement ?—le plan de conduite qui nous est indiqué de la sorte, nous voici, nous médecins, engagés dans la plus grande complicité de *dissimulation* et de *mensonge* avec le mari. Nous voici en passe (je reprends ces derniers mots à dessein) de dissimuler, voire de mentir au besoin, dans la campagne thérapeutique que nous allons entreprendre. J'insiste et précise.

Dissimuler, d'abord, sera obligatoire. Car, il va nous falloir : 1° trouver un prétexte pour imposer un traitement à une femme qui n'en sent nullement le besoin ; 2° déguiser le remède que nous voulons employer, le seul remède utile en pareille circonstance, sous des pseudonymes honnêtes et acceptables. Il nous faudra, par exemple, qualifier des pilules mercurielles du nom de pilules ferrugineuses, pilules toniques, ou présenter notre sirop de Gibert sous celui de sirop eupeptique, de "sirop contre les vomissements et les indispositions de la grossesse," etc.

Qui pis est, peut-être et sans doute nous serons exposés à *mentir* (ce qui est un degré de plus dans l'échelle de ces habiletés diplomatiques) ; cela, par exemple, si notre cliente nous demande ce que contiennent nos pilules ou notre sirop ; si, devenue soupçonneuse (et quelle femme ne l'est pas ou ne finit pas par le devenir à la longue ?), elle nous accule à la nécessité d'une dénégation catégoriquement mensongère.

Cette situation, vous en jugez, n'a rien que de désobligeant et

de disgracieux pour le médecin qui n'a l'habitude que des programmes francs et loyaux. J'ajouterai qu'elle peut se compliquer pour lui d'incidents tout à fait déplaisants et vexatoires. Exemple :

Le plus souvent, c'est la mère de la femme (donc la *belle-mère* du mari) qui se met de la partie, qui ouvre une enquête, qui vous accable de questions, qui parfois même (cela m'est arrivé plusieurs fois) vient vous relancer à domicile pour vous dire : " Ah ça, docteur, pourquoi donc droguez-vous ainsi ma fille pendant toute sa grossesse ? Moi, j'ai eu bien des enfants, et jamais on ne m'a droguée de la sorte. Vous trouvez donc ma fille malade ? Il faut bien que vous lui trouviez quelque chose ; alors, dites-moi quoi. Ou bien si vous ne voulez pas me le dire, c'est donc que son mari lui aurait transmis quelque vilain mal. Ah ! si c'était cela, j'aurais bientôt fait justice de mon gendre ! etc." — Et vous voilà dans la nécessité d'accumuler mensonges sur mensonges, quelquefois percés à jour.

Puis, suprême disgrâce, il peut vous arriver d'être pris en flagrant délit de mensonge. Cela nous est arrivé, à mon si regretté collègue le professeur Tarnier et à moi, dans un cas de cet ordre où, pour sauver un mari, nous avions nié à une belle-mère la qualité mercurielle des pilules mercurielles que nous avions prescrites à sa fille. Un beau jour cette dame arrive furieuse chez moi : " J'ai fait analyser vos pilules par mon pharmacien, me dit-elle très aigrement ; eh bien, elles sont pleines de mercure ! " J'ai passé avec cette dame, de désagréable souvenir, ce qu'on appelle un vilain quart d'heure.

Donc, tenez-vous-le pour dit, cette situation n'est pas pratiquement sans épines professionnelles.

Et cependant, je terminerai en ajoutant : quelle qu'elle soit, cette situation est de celles qu'en pareil cas vous avez non seulement le droit, mais le devoir d'accepter. Pourquoi ? Parce que d'une part, elle n'a rien d'incompatible avec la dignité de l'art ; et parce que, d'autre part, elle tend à un office bienfaisant, la sauvegarde de l'enfant. Ce n'est pas vous, d'abord, qui l'avez créée, non plus que choisie. Vous la subissez simplement, au mépris même des désagrèments qui peuvent en rejaillir sur vous.

J'insiste, parce que c'est une question déontologique sur laquelle il importe que de jeunes médecins soient fixés. Ce rôle, donc, que vous êtes appelés à jouer en l'espèce, vous pouvez l'accepter, et cela pour les trois raisons très dignes que voici :

1° Parce que, d'abord vous êtes absolument dégagés de tout intérêt, de tout profit personnel dans la question ;

2° Parce que vos réticences ou vos dissimulations ont un objectif moral bienfaisant, celui de sauvegarder la paix d'un ménage en jetant un voile sur le passé pathologique d'un mari ;

3° Et surtout, par-dessus tout, parce que votre conduite a pour visée principale la *sauvegarde d'un enfant* de par un traitement qui, s'il n'était dissimulé et secret, risquerait bien souvent de ne pas être mis en œuvre, au grand détriment de cet enfant.

La légitimité de cette conduite, d'ailleurs, a été plus d'une fois reconnue par la principale intéressée en l'affaire, à savoir par la

mère. A preuve, entre autres cas de ce genre que j'aurais à citer, l'épilogue de l'histoire que je vous contais à l'instant. Lorsque M. Tarnier et moi nous nous trouvâmes chez notre malade, après l'analyse malencontreuse de nos pilules, cette dame nous serra affectueusement la main à l'un et à l'autre en nous disant : "Messieurs, je ne vous en veux pas de m'avoir trompée ; bien au contraire ; car ce que vous faisiez, vous aviez raison de le faire, et je vous en remercie pour mon enfant et pour moi."

Une dernière question nous reste à examiner, celle du traitement.

Ici, plusieurs points sont à établir :

I.—Une condition indispensable de succès en l'espèce, c'est d'intervenir à temps, c'est-à-dire le plus hâtivement possible, à une époque la moins distante possible du début de la grossesse.

Il est de toute évidence, en effet, que si vous laissez à l'influence héréditaire paternelle le temps de réagir sur le fœtus, vous lui permettez ainsi de se traduire d'une façon irréparable.

C'est là induction de bon sens et résultat d'expérience. On a réussi, et souvent, en prescrivant le traitement de la mère dès les premiers mois de la grossesse ; on a échoué presque invariablement en n'intervenant de la sorte qu'à une époque tardive.

Je partage absolument sur ce point l'opinion de M. le professeur Pinard, disant : "Une intervention datant des premiers mois a toutes chances de succès ; et elle en a d'autant plus qu'elle est plus précoce. Au-delà du cinquième mois, c'est trop tard, il n'est guère plus d'espoir à conserver."

II.—Quel agent thérapeutique mettre en œuvre ? Le mercure est ici le remède de choix. Par analogie, comme par expérience directe, il est bien supérieur à l'iodure de potassium en tant qu'action préventive. Il est bien plus correctif que l'iodure de l'influence héréditaire.

Qu'on adjoigne l'iodure au mercure d'une façon ou d'une autre (soit en le donnant associé au mercure, soit en l'administrant dans les intervalles des cures mercurielles), je ne vois qu'utilité et avantage à cela. Mais ne pas oublier que le mercure est ici nécessaire, indispensable, et que c'est de lui que dépend surtout le succès.

D'ailleurs, le mercure est cent fois mieux toléré par les femmes que l'iodure qui les importune à des titres divers, soit par le coryza et les boutons qu'il détermine, soit surtout par la saveur métallique qu'il laisse dans la bouche et qui, disent les malades, leur "empoisonne l'haleine," le matin spécialement.—Ne pas perdre de vue qu'en l'espèce il importe de rendre le plus tolérable possible un traitement dont la femme *ne sent pas le besoin* et qu'elle n'accepte que par docilité.

III.—Sous quelle forme administrer le mercure ?

Il ne saurait être question ici d'administrer le mercure par frictions ou par injections, car ce sont là des méthodes compromettantes, dénonciatrices, qui révéleraient à tout venant et à la mère, en particulier, ce qu'on tient à tenir secret. Donc, nous n'avons pas le choix du procédé et c'est par ingestion que nous prescrirons le mercure.

A quelle préparation mercurielle donner la préférence ?

Après de nombreux essais, c'est le proto-iodure en pilules qui m'a paru le mieux répondre aux exigences spéciales de la situation. C'est un remède actif, généralement bien toléré et d'administration facile. Il me paraît préférable, notamment, au sublimé qui, donné en pilules, offense parfois l'estomac, et qui, en solution, dégoûte absolument les femmes par son affreuse saveur.

M. le professeur Pinard, au contraire, a prédilection pour l'iodhydrargyrate d'iodure de potassium qu'il administre soit en solution, soit en sirop sous la formule suivante :

Bi-iodure d'hydrargyre.....	0 gr. 10 centigr.
Iodure de potassium.....	10 grammes.
Eau distillée ou sirop simple.....	250 —
Eau de menthe.....	50 —

Dose quotidienne : deux cuillerées à bouche pour la solution ; deux cuillerées à entremets pour le sirop, à prendre au milieu des repas.

M. Barthélemy dit s'être bien trouvé d'une autre pratique, une injection d'huile grise tous les mois (injection déguisée sous le nom d'injection de sérum).

IV.—A quelles doses administrer le mercure ? Le raisonnement et l'expérience sont ici d'accord.

*A priori*, le raisonnement nous dit ceci : ce n'est pas un adulte que nous traitons, ce n'est pas un enfant, c'est un *fœtus*. Donc, pour cette thérapeutique fœtale, une *dose fœtale* doit être suffisante. Il suffit, par conséquent, que nous fassions passer au fœtus, par l'intermédiaire de sa mère, la dose qui lui convient.

Et à cela l'expérience répond : oui. *de petites doses suffisent en l'espèce.*

Ces petites doses, ces doses fœtales, quelles sont-elles ? Je ne saurais le dire, bien entendu. Car il faudrait des milliers d'observations pour tenter une approximation de ce genre.

Mais ce que je puis dire, c'est que les succès que j'ai obtenus, je les ai obtenus en donnant de simples doses de 0 gr. 05 centigr. de proto-iodure, voire de 0 gr. 025 milligr. quotidiennement.

Inutile donc de traiter les mères en question comme on traite les syphilitiques en maintes occasions par de fortes doses, voire par des doses intensives.

V.—Combien de temps prolonger le traitement ?

Sur ce point accord unanime : *tout le temps de la grossesse.*

VI.—Enfin, quelle direction donner au traitement ? Les uns, comme M. le professeur Pinard, réclament un traitement continu, sans entr'actes, sans interruption. D'autre (et je suis du nombre, ainsi que M. le professeur Budin) préfèrent un traitement interrompu, *intermittent*. Par exemple : vingt jours de traitement par mois, suivis de dix jours de suspension du remède, en vue de laisser reposer l'estomac.

D'autres, encore, sont pour un traitement alterne, et prescrivent tour à tour le mercure et l'iodure, avec ou sans intermissions.

Que ces dernière divergences d'opinions ne vous étonnent pas ni surtout ne vous alarment ! D'abord, la question est neuve et nous en sommes encore à la période des essais, des tâtonnements. D'autre part, ce sont là des divergences de second rang et d'importance très subordonnée. Qu'importe que l'on donne telle ou telle préparation de mercure ? L'essentiel, c'est qu'on en donne ; et qu'on l'administre d'une façon continue, ou discontinue cela non plus, je crois, n'a pas un intérêt majeur ; la preuve en est qu'on a réussi avec l'une comme avec l'autre méthode.

D'ailleurs, ajouterai-je, en pratique ces discordances s'atténuent singulièrement et s'effacent même devant les exigences des indications individuelles. Et la vérité est que bien souvent *on fait ce qu'on peut* plutôt que ce qu'on veut. Tel, par exemple, qui est partisan résolu du sirop de Gibert, est forcé de renoncer à ce sirop parce qu'il n'est pas toléré ou accepté par sa cliente, et le voilà obligé d'administrer le proto-iodure ; ou réciproquement. Tel veut le traitement continu, qui est amené par l'intolérance de l'estomac à se résigner au traitement intermittent. Et ainsi de suite. De sorte que l'opportunisme seul est de circonstance en pareil cas, comme en tant d'autres, et je ferais même mieux de dire comme toujours. Au total, on est conduit, je le répète, par la force des choses à obéir aux indications individuelles de chaque cas particulier.

Résumons-nous donc, en disant comme conclusions de ce long exposé :

1° Lorsqu'un fœtus est menacé par la syphilis paternelle, une sauvegarde peut lui être offerte par le traitement de sa mère, quoique saine, au cours de la grossesse ;

2° Des succès ont été obtenus par ce traitement médiat, et ces succès sont assez nombreux aujourd'hui pour que le praticien ait le devoir, l'obligation de mettre en œuvre ce traitement spécial en pareille occurrence ;

3° Ce traitement, pour être utile, doit intervenir à l'époque la moins distante possible du début de la grossesse.

4° Le mercure constitue la base essentielle de ce traitement.

5° Administrer le mercure comme on le peut, en satisfaisant aux indications individuelles des cas particuliers, est la seule règle à formuler en pareil cas.

(*La Semaine Médicale.*)

## REVUE D'HYGIÈNE

## LE DIAGNOSTIC DE LA VARIOLE.

L'importance d'un diagnostic précis et aussi rapide que possible lorsqu'il s'agit d'une maladie aussi contagieuse que la variole n'est plus à démontrer. Il se passe guère d'année sans que nous n'en ayons des exemples frappants sous les yeux. L'éclosion de la maladie dans Soulanges est un fait de plus à ajouter aux autres. Une erreur de diagnostic a fait que la maladie existait déjà depuis plus de trois semaines, quand le Conseil d'Hygiène a pu intervenir, et, en conséquence, faute de prophylaxie établie dès le début, la maladie a pu atteindre onze personnes, dont une a succombé. Aux États-Unis, le rapport fait au "Surgeon General Marine Hospital Service" constate (Rapports publics, 30 décembre) qu'il y a eu durant l'année 1898 3649 cas de variole, avec 213 morts. Les cas actuels ne sont donc que la continuation d'une épidémie assez prononcée. Un diagnostic précoce suivi d'un isolement sévère du premier patient, aurait très probablement limité la maladie à une seule famille.

Il faut bien dire aussi que le diagnostic de la variole, à la période d'invasion surtout, n'est pas toujours facile. Elle offre, avec d'autres pyrexies aiguës, des symptômes qui se rapprochent beaucoup, et qui prêtent à l'erreur. Cette erreur, cependant, n'est pas impossible à éviter, et l'on peut atteindre la vérité le plus souvent avec une observation suivie, si l'on a sur le début de la maladie des notions exactes.

À la demande du Conseil d'Hygiène de la Province, nous reproduisons les tableaux que nous avons publiés, en août 1897, sur le diagnostic de la variole, et nous y ajoutons les quelques notes qui suivent; elles peuvent être utiles à nos lecteurs.

*Diagnostic de la variole à la période d'invasion.*

L'invasion de la variole, qui dure généralement trois jours, est caractérisée par les symptômes suivants: fièvre à intensité brusque, s'accompagnant par conséquent de frisson, et suivie de céphalalgie, de vomissements et surtout de rachialgie.

Le mal de tête, les nausées et les vomissements n'ont pas en eux-mêmes une valeur diagnostique considérable: on peut les rencontrer facilement ailleurs. Mais la fièvre et la douleur lombaire méritent d'attirer notre attention.

*La fièvre.*—En temps d'épidémie une fièvre brusquement intense, accompagnée ou non de douleur lombaire, attire immédiatement l'attention du praticien sur la variole. Mais s'il s'agit d'un premier cas,



isolé, l'hésitation est bien permise, car le symptôme n'est pas suffisant pour faire poser un diagnostic précis. Cependant, il faut être prévenu, car s'il appartient à la pneumonie, à la scarlatine, à l'érysipèle, à la fièvre typhoïde chez l'enfant, il appartient aussi à la variole.

Notons d'abord que cette fièvre intense, brusque, s'accompagne le plus souvent d'un *frisson violent*. Ce frisson, dans la *pneumonie*, est suivi immédiatement d'un point de côté, et rapidement de la toux. Dans la *scarlatine*, l'attention est presque tout de suite attirée vers la gorge par la douleur de la déglutition, et l'on y trouve un dépôt pultacé. L'éruption, d'ailleurs, suit dans les 24 heures. La fièvre de l'*érysipèle* est suivie, dans les 48 heures, de la plaque érysipélateuse. Enfin, la *fièvre typhoïde*, qui chez l'enfant peut avoir un brusque début, donne une montée de température plus lente et plus continue que dans la variole, et l'aspect rouge vif, tremblotant de la langue, le ballonnement du ventre attire vite l'attention du côté de l'abdomen.

L'on a quelquefois, avec la fièvre brusque, des *frissons répétés*. Dans la *rougeole*, ces frissons sont modérés, et bientôt suivis du catarrhe oculaire, nasal, laryngé ou bronchique. Dans la *pleurésie*, l'auscultation nous renseigne immédiatement.

En somme, ce dont il faut se rappeler, c'est que la fièvre d'invasion de la variole, brusquement intense, accompagnée d'un frisson violent ou de frissons répétés, dure environ trois jours, sans angine, sans catarrhe, sans signes pulmonaires ou abdominaux (sauf la constipation), et se termine par une éruption caractéristique débutant au visage.

*Rachialgie*.—Ce qui donne à la fièvre d'invasion de la variole un cachet pathognomonique, c'est la douleur lombaire qui l'accompagne, douleur due à la congestion de la moëlle.

On rencontre la rachialgie dans la *néphrite aiguë*, dans la *congestion rénale fébrile aiguë*, mais alors la douleur est moins intense, bi-latérale, nettement exagérée à la pression, il existe souvent des œdèmes, et l'urine est rare, trouble, fortement albumineuse ou hémorrhagique même.

Lorsque la rachialgie intense de la variole, sans altération urinaire, s'accompagne de paralysie des membres inférieurs, ce qui arrive parfois, on se rappellera que dans la *myélite aiguë* il y a des troubles prononcés de la sensibilité, que les sphincters sont paralysés aussi, tandis que la paralysie de la *variole* respecte les sphincters, donne des troubles peu nets de sensibilité, et qu'elle apparaît généralement après deux ou trois jours de fièvre, au moment de l'éruption.

#### *Diagnostic de la variole à la période d'éruption.*

L'éruption de la *variole* débute au visage et se généralise en 36 heures, en même temps que la fièvre tombe et que le malade ressent du bien-être. Ce sont d'abord des boutons rouges, des papules acuminées, qui se transforment bientôt en vésico-pustules d'*inégaie gran-*

deur et s'emplissent d'un liquide lactescent. Sur le tronc et les membres, ces pustules s'ombiliquent. Douces au toucher d'abord, elles deviennent rugueuses, et ne tardent pas à s'ouvrir. La figure est toujours plus atteinte que le reste du corps ; l'éruption peut gagner la muqueuse oculaire et buccale.

Dans la variole confluyente, la teinte érysipélateuse et générale du visage ne ressemble pas à la rougeur nettement limitée, à bords saignants, de l'*érysipèle*.

La rougeole boutonneuse s'accompagne de catarrhe oculaire, nasal, laryngé ou bronchique.

Le rash scarlatiniforme généralisé se distingue de la variole par la présence de l'angine, l'absence de rachialgie et son intensité caractéristique.

Les boutons de l'*acné pustuleuse* ou *varioliforme*, limités au visage et la partie supérieure du dos et de la poitrine, présentent à leur centre un comédon, et les symptômes généraux de la variole font défaut.

Nous n'insistons pas sur les taches hémorrhagiques, veloutées, s'effaçant sous la pression, et apparaissant au *sixième jour*, de la rougeole, ni sur la rougeur diffuse vineuse, d'aspect framboisé, débutant au tronc, où l'on peut tracer des sillons blancs avec le doigt, de la scarlatine. Ces deux fièvres éruptives ont d'ailleurs leurs symptômes spéciaux.

#### *La varicelle.*

La varicelle ou petite vérole volante est une légère fièvre éruptive qui évolue en 3 ou 4 jours, et non pas huit. L'éruption est *bulleuse*, non pustuleuse, se forme dans les 24 heures, et se sèche dans les deux jours qui suivent. Fièvre légère et pas de symptômes généraux.

L'*impetigo contagiosa* ne s'annonce que par une fièvre et un malaise légers. Mais l'éruption, qui apparaît à la figure et aux mains, peut être confondue avec celle de la varicelle ou de la variole. Les vésicules, d'abord grosses comme une tête d'épingle, s'élargissent en coups d'ongle, s'emplissent de pus et s'ombiliquent ; mais, après être apparues en groupes, comme dans l'herpès, elles se coagulent et se dessèchent en larges plaques crouteuses.

#### *La varioloïde.*

“ Le mot de varioloïde, dit Dieulafoy, ne signifie pas variole bénigne, car la varioloïde peut être grave ; il ne signifie pas davantage variole très discrète, car la varioloïde peut être cohérente ; cette désignation de varioloïde s'adresse à toute variole qui ne suppure pas ou qui suppure peu ; ce qui distingue la varioloïde, c'est qu'elle n'aboutit pas à la période de suppuration. Les symptômes d'invasion et d'éruption sont ceux de la variole ; ils sont même généralement *atténués* ; puis l'éruption s'arrête en chemin, elle *avorte*, la fièvre secondaire n'apparaît pas, les boutons se dessèchent, c'est à peine si quelques

uns suppurent, ils se cornent sans laisser de cicatrice. Bien que la varioloïde soit habituellement fort bénigne, elle peut revêtir la forme hémorrhagique.

“ Pour certains auteurs, la varioloïde ne serait que la variole atténuée par une vaccine ou par une variole antérieure ; pour d'autres, elle serait une forme spéciale de variole. Dans aucun cas on ne doit la confondre avec la varicelle.”

## LE DIAGNOSTIC DE LA VARIOLE

### I.—AVANT L'ÉRUPTION

La variole, au stade d'invasion, peut être confondue avec la plupart des pyrexies à début rapide.

PNEUMONIE PLEURÉSIE	NÉPHRITE AIGUE IN- FECTIEUSE	MYÉLITE AIGUE	FIÈVRE TYPHOÏDE	GRIPPE A FORME NERVEUSE	ËRYSIPÈLE	SCARLATINE	ROUGEOLE
Seront fa- iblement re- connues au point de co- té, aux trou- bles fonc- tionnels du poumon et à leurs signes physiques.	Se dis- tinguera par l'in- tensité moindre de la fiè- vre, les al- térations qualita- tives de l'existence de l'œ- dème.	Peut être confondue avec la para- plegie du de- but de la va- riole. N'apas l'ascension thermique si- brusque ; la céphalalgie et les vomis- sements de la petite vé- role s'ac- compagnent plus souvent d'anesthe- sie, de trou- bles du rec- tum et de la vessie. La paraplegie varioliqne dispar. au bout de 2 ou 3 jours, au moment de l'apparition de l'erup- tion.	La recon- naître à son début générale- ment brusque, à la marche de la tem- pérature, à l'aspect de la langue, aux trou- bles intes- tinaux.	Lorsqu' elle existe épidémi- quement avec la va- riole et s'ac- compagne d'éruption peut très bien in- duire en erreur, et parfois l'appari- tion de l'exanthè- me vario- leux typi- que vien- dra seule- ment éclairer le diagnostic.	L'inflam- mation de la peau et les adé- nites exis- tent déjà lorsque apparaît le frisson et la fièvre.	Élévation brusque et considéra- ble de la tempéra- ture, angine spéciale, ab- sence de lumbago, oc- cupation rapide de l'éruption. Le rash scar- latiniforme sera quel- quefois presque fa- talement confondu avec l'erup- tion scarla- tineuse : il se localise à la face. dans les aïsselles, les hypogastres et n'existe pas à la face.	S'accom- pagne de frissons courts et re- pétés, de catarrhe des mu- cuses (na- sale, ocu- laire, laryn- gyo- bronchique intestinale) et d'épis- taxis. L'é- ruption est tardive, n'a lieu que le 4 <sup>e</sup> ou 5 <sup>e</sup> jour de la maladie : elle débute Le rash morbilli- forme de la variole res- semble la face et ap- paraît le 2 <sup>e</sup> ou 3 <sup>e</sup> jour de l'affec- tion.

## II.—PENDANT L'ÉRUPTION

ROUGEOLE BOUTONNEUSE	SYPHILIS VARIOLIFORME	HERPÈS GÉNÉRALISÉ	VACCINE GÉNÉRALISÉE SPONTANÉE	VARICELLE	SCARLATINE
La connaissance des symptômes du début sera d'un utile secours, mais parfois insuffisante, à la phase maculo-vesiculeuse, pour fixer le diagnostic, de sorte qu'il sera toujours prudent en pareil cas d'isoler le malade avec le plus grand soin. Le stade de suppuration fera reconnaître la variole.	Diagnostic facile lorsqu'il n'y a pas de fièvre. Peut être précé- de et accom- pagnée de fièvre forte et des symp- tômes généraux intenses : cour- bature, prostra- tion, céphalal- gie, etc. Le diag- nostic reposera sur l'apparition grand soin. Le de l'éruption par poussees successives et surtout sur l'é- volution ulté- rieure des symp- tômes.	Les vesicu- les sont grou- sées en flo- sous forme de plaques à con- tours polycy- cliques : la marche des accidents n'est pas d'ail- leurs, celle de la variole.	Due au trans- port du virus par voie sanguine après vaccina- tion. Durant une épidémie, on peut se deman- der si ce n'est pas véritable- ment la variole. L'éruption n'ap- paraît que vers le 7 <sup>e</sup> ou 8 <sup>e</sup> jour, et n'est annon- cée que par des phénomènes gé- néraux légers. De plus, la vac- cine ne déter- mine jamais d'angine. Elle n'est pas conta- gieuse.	Forme ordi- naire : symp- tômes d'inva- sion bénins, début de l'é- ruption sur le tronc, forme un peu allongée des bulles, éruption par poussées suc- cessives, pres- que sans fièvre, absence de suppuration.	Ne pourrait être confon- due avec la va- riole hémor- rhagique. L'é- rue, possible au début, ne persiste jamais longtemps. Le diagnostic de la variole hé- morrhagique précoce, sou- droyante, est presque tou- jours impos- sible.

NOTA.—Ces tableaux ont été préparés d'après l'article VARIOLE de B. Auché, dans le *Traité de Médecine et de Thérapeutique*.

## LA VARIOLE JUSQU'À AUJOURD'HUI.

NOTIFICATION RÉCIPROQUE DES  
CONSEILS D'HYGIÈNE  
DE L'AMÉRIQUE DU NORD.

3<sup>e</sup> RAPPORT (a)

Montréal, 14 Février 1899.

Aux Secrétaires des Conseils d'Hygiène d'Etat et de Province.

L'état actuel de la variole dans la Province est le suivant :

COMTE.	MUNICIPALITÉ.	Population.	Date de l'éclo- sion.	Cas nouveaux depuis le der- nier rapport.	Total des cas depuis l'éclo- sion.	Morts.	Guéris.	Encore malades	Maisons infec- tées depuis l'é- cllosion.	Maisons enco- rées infectées.
Éoulanges	Côteau du Lac...	1,276	10 déc.		5	0	5	0	1	0
do	Côteau Landing	507	29 déc.		1	1		0	1	0
do	St-Télesphore...	1,307	12 jan.	4 (b)	5		1	4	1	1

(a) Date du dernier rapport : 26 janvier. (b) Dans la maison déjà infectée.

Il est peut-être bon de faire mention que, dans la cité de Montréal, un garçon ayant offert une éruption douteuse, sur la nature de laquelle les médecins n'ont pu en aucun temps s'accorder, la quarantaine a été établie, depuis maintenant plus de deux semaines, et ne sera levée qu'après la desquamation et la désinfection subséquente du local.

Bien à vous,

ELZÉAR PELLETIER,  
Secrétaire du Conseil d'Hygiène de la Province de Québec.

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

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

*Rédacteur en chef: - Dr E. P. BENOIT*

MONTREAL, FÉVRIER 1899

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### LE PROJET DE LOI MÉDICALE.

Contrairement à ce que nous avons annoncé dans un précédent article, le projet de loi médicale du nouveau bureau ne sera pas présenté à la Chambre de Québec durant cette session. Ce projet, adopté par le comité de législation, qui se composait, on s'en rappelle, de MM. les Drs Lachapelle, Marsil, Craik, Campbell, Catellier, Pelletier, Cléroux, Desroches et Boulet, sera discuté de nouveau par le Bureau entier des Gouverneurs, à l'assemblée de juillet, avant d'être adopté définitivement et présenté ensuite à la législature.

Voici ce que dit à ce sujet le président du Collège en écrivant à chacun des membres du Bureau :

Montréal, 28 janvier 1899.

*Monsieur et cher Collègue,*

J'ai l'honneur de vous transmettre le projet de loi électorale, adopté par le comité de législation nommé par le Bureau des Gouverneurs, à son assemblée de septembre dernier.

Ce projet de loi a été inspiré par le système électoral qui existe actuellement dans la province d'Ontario, et le groupement des comtés, pour former les divisions électorales, est basé sur la population médicale, afin d'assurer autant que possible à chaque groupe de médecins, une représentation équivalente.

Cependant, comme ce projet de loi comporte un changement important dans la répartition des gouverneurs et diminue notablement le nombre des représentants de certaines localités, de Québec en particulier, j'ai cru devoir me rendre au désir exprimé par quelques membres du Bureau et avec l'assentiment des membres du Comité de Législation, ne pas mettre ce projet de loi devant la Législature à sa présente session.

Ce délai permettra à chaque membre du Bureau des Gouver

neurs d'étudier la question à loisir et de faire les suggestions qu'il jugera à propos, à la prochaine assemblée du Bureau, en juillet prochain.

Nous pouvons aussi espérer que, chacun y mettant le bon vouloir possible, nous arriverons à nous entendre pour doter notre profession d'un système électoral équitable, efficace et donnant satisfaction à tous.

Veuillez, mon cher collègue, agréer l'assurance de mes meilleurs sentiments et me croire,

Votre bien dévoué confrère,

E. P. LACHAPPELLE,  
*Pré. Col. Méd. et Chir., P. Q.,*

P. S.—Je joins à cet envoi un tableau des divisions électorales projetées indiquant la population médicale, française et anglaise, de chaque division, aussi approximativement exacte qu'il a été possible de l'établir.

Je joins aussi un tableau de répartition actuelle des gouverneurs dans le Bureau du Collège des Médecins de la Province d'Ontario. E. P. L.

Le "groupement des comtés, pour former les divisions électorales," dont parle le président dans sa lettre, est établi comme suit dans le projet de loi : (1)

On voit que par cette division, chaque 30 ou 40 médecins se trouvent à avoir un représentant dans le Bureau. La représentation dans Ontario est basée sur le même principe ; on ne s'occupe pas des districts judiciaires ou autres, on a groupé les comtés d'après leur population médicale. Malheureusement nous ignorons la population de ces comtés, de sorte qu'il nous est impossible d'indiquer dans quelle proportion la représentation est faite. Ont-ils un gouverneur par 30 médecins ? La proportion est-elle plus forte ? C'est ce que nous ignorons. Le tableau qui accompagne la lettre du président ne donne que le nombre des gouverneurs et les divisions électorales : (2)

Le nouveau projet de loi établit aussi un système d'élection par bulletin secret et abolit le vote par procuration. Chaque district électoral aura un officier rapporteur, auquel les médecins du district enverront leur bulletin sous enveloppe cachetée, et qui fera ensuite rapport au registraire. Nous expliquerons cette partie du projet de loi dans un prochain article.

Telles sont les principales données sur lesquelles le Bureau discutera à sa prochaine séance. On voit qu'il est resté fidèle à son programme, et qu'il s'occupe activement des diverses réformes demandées par la profession. Peu nous importe que la présentation de la loi nouvelle soit retardée d'une année, pourvu qu'on fasse cette loi complète, qu'elle reçoive l'approbation de tous, et qu'on demande à la législature de la sanctionner avant les élections prochaines.

(1) Voir Tableau, pages 118, 119 et 120.

(2) Voir Tableau, page 121.

## Projet de Divisions Electorales basé sur la population Médicale.

DIVISIONS ÉLECTORALES.	COMTÉS.	POPULATION MÉDICALE			GOUVER- NEURS
		FRANÇAIS	ANGLAIS	TOTAL	
1ère Division.....	{ Lac St-Jean.....	9	0	9	1
	{ Saguenay et Chlcutimi.....	9	3	12	
	{ Charlevoix.....	10	0	10	
				31	
2e Division.....	{ Montmorency.....	7	0	7	1
	{ Québec.....	16	0	16	
	{ Portneuf.....	17	0	17	
				40	
3e Division.....	{ Champlain.....	23	0	23	1
	{ St-Maurice.....	9	1	10	
	{ Trois-Rivières.....	7	0	7	
				40	
4e Division.....	{ Maskinongé.....	13	0	13	1
	{ Berthier.....	18	6	18	
				31	
5e Division.....	{ Joliette.....	17	0	17	1
	{ Montcalm.....	6	1	7	
	{ L'Assomption.....	10	0	10	
				34	
6e Division.....	{ Terrebonne.....	26	0	26	1
	{ Laval.....	9	0	9	
				35	
7e Division.....	{ Hochelaga Est.....	43	3	46	1
8e Division.....	{ Hochelaga Ouest.....	31	11	42	1
9e Division.....	{ Argenteuil.....	15	12	27	1
	{ Deux-Montagnes.....	14	0	14	
				41	
10e Division.....	{ Ottawa.....	24	18	42	1
	{ Pontiac.....	6	9	15	
				57	
11e Division.....	{ Vaudreu l.....	9	0	9	1
	{ Soulanges.....	9	0	9	
	{ Jacques-Cartier.....	16	2	18	
				36	

DIVISIONS ÉLECTORALES.	COMTÉS.	POPULATION MÉDICALE			GOUVER- NEURS
		FRANÇAIS	ANGLAIS	TOTAL	
12e Division. ....	{ Huntingdon .....	3	11	14	1
	{ Beauharnois .....	15	1	16	
	{ Châteauguay .....	8	6	14	
				44	
13e Division. ....	{ Laprairie .....	9	1	10	1
	{ Napierville .....	7	0	7	
	{ St-Jean .....	10	1	11	
	{ Iberville .....	9	0	9	
				37	
14e Division. ....	{ Verchères .....	13	0	13	1
	{ Chambly .....	15	2	17	
	{ Rouville .....	12	0	12	
				42	
15e Division. ....	{ St-Hyacinthe .....	21	0	21	1
	{ Richelieu .....	14	1	15	
				36	
16e Division. ....	{ Bagot .....	18	0	18	1
	{ Shefford .....	16	4	20	
				38	
17e Division. ....	{ Brome .....	9	3	12	1
	{ Missisquoi .....	5	16	21	
				33	
18e Division. ....	{ Compton .....	9	12	21	1
	{ Stanstead .....	7	16	23	
				44	
19e Division. ....	{ Richmond .....	14	8	22	1
	{ Sherbrooke .....	6	8	14	
				36	
20e Division. ....	{ Drummond .....	12	2	14	1
	{ Arthabaska .....	14	0	14	
	{ Wolfe .....	6	2	8	
				36	
21e Division. ....	{ Nicolet .....	20	0	20	1
	{ Yamaska .....	14	0	14	
				34	
22e Division. ....	{ Lévis .....	19	0	19	1
	{ Dorchester .....	9	0	7	
	{ Lotbinière .....	9	1	10	
				36	



DIVISIONS ÉLECTORALES.	CONTÉS.	POPULATION MÉDICALE			GOUVER- NEURS
		FRANÇAIS	ANGLAIS	TOTAL	
23e Division. ....	{ Beauce .....	19	0	19	1
	{ Mégantic.....	10	5	15	
				34	
24e Division. ....	{ Kamouraska.....	10	0	10	1
	{ L'Islet.....	7	0	7	
	{ Montmagny.....	10	2	12	
	{ Bellechasse.....	9	0	9	
				38	
25e Division. ....	{ Iles de la Madeleine .....				1
	{ Gaspé .....	3	5	8	
	{ Bonaventure.....	5	3	8	
	{ Matane.....	7	0	7	
	{ Rimouski.....	10	0	10	
	{ Témiscouata .....	15	0	15	
				32	
26e Division. ....	{ Québec Est.....	18	2	20	1
	{ St-Sauveur.....	6	0	6	
				26	
27e Division. ....	{ Québec Centre.....	36	13	49	2
	{ Québec Ouest .....	2	1	3	
				52	
28e Division. ....	{ Montréal No. 1.....	16	2	18	2
	{ Montréal No. 2.....	65	5	70	
				88	
29e Division. ....	{ Montréal No. 3.....	60	5	65	2
	{ Montréal No. 4.....	12	25	37	
				102	
30e Division. ....	{ Montréal No. 5.....	25	116	141	2
	{ Montréal No. 6.....	5	10	15	
				156	
	Université Laval, à Québec .....				2
	Université Laval, à Montréal.....				2
	Université McGill, à Montréal.....				2
	Université de Bishop, à Montréal.....				2
					42

## COLLÈGE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS

De la Province d'Ontario.

## RÉPARTITION DES GOUVERNEURS.

DIVISIONS ÉLECTORALES	COMTÉS.	GOUVERNEURS	DIVISIONS ÉLECTORALES	COMTÉS	GOUVERNEURS
1ère Division...	{ Essex..... Kent..... Lambton.....	1	13e Division...	{ Northumberland Peterborough..... Durham..... Hoburton.....	1
2e Division.....	{ Elgin..... Norfolk..... Oxford.....	1	14e Division.....	{ Prince Edward.. Hastings..... Lennox.....	1
3e Division.....	Middlesex.....	1	15e Division.....	{ Frontenac..... Addington..... Renfrew..... Lanark.....	1
4e Division.....	{ Huron..... Perth.....	1	16e Division.....	{ Leeds..... Grenville..... Dundas.....	1
5e Division.....	{ Waterloo..... Wellington.....	1	17e Division.....	{ Carleton..... Russell..... Prescott..... Glengary..... Stormont.....	1
6e Division.....	{ Bruce..... Grey..... Dufferin.....	1			
7e Division.....	{ Wentworth..... Hulton..... Peel.....	1			
8e Division.....	{ Lincoln..... Willand..... Haldimand..... Brant.....	1	University of Toronto, à Toronto.		1
			Queen's University, à Kingston...		1
			University of Victoria, à Toronto.		1
9e Division.....	{ Simcoe et les districts de Muskoka, Parry Sound, Nipissing et Algoma, y compris Manitoulin, Thunder Bay et Rainy-River.....	1	University of Trinity College, à Toronto.....		1
			Royal College of Physicians and Surgeons, à Kingston.....		1
10e Division.....	Toronto Est.....	1	Toronto School of Medicine, à Toronto.....		1
11e Division.....	Toronto Ouest.....	1	Trinity Medical School, à Toronto.		1
			Ottawa University, à Ottawa.....		1
12e Division.....	{ Ontario..... Victoria..... York, en dehors de Toronto.....	1	Regiopolis College, à Kingston...		1
			Western University, à London.....		1
			Médecins Homéopathes.....		5

## L'AMÉLIORATION DE L'ENSEIGNEMENT.

On a soumis, tout dernièrement, à l'approbation de la profession, un projet d'amélioration de l'enseignement médical qui nous paraît être d'une importance considérable. Il s'agit de créer à la Faculté de Médecine, à l'aide d'une souscription publique, une chaire de physiologie expérimentale et une chaire d'anatomie pathologique.

Afin de permettre à nos lecteurs de se former une opinion personnelle, nous nous contenterons aujourd'hui de leur mettre sous les yeux tous les documents de la question. Nous en discuterons, dans des articles subséquents, les aspects divers, ainsi que les motifs que nous devons avoir d'aider à la résoudre. Car ce projet ne réussira qu'en autant que la profession y prendra une part active. Et nous croyons fermement qu'il y va de son intérêt de le faire.

Au mois de décembre dernier, le docteur Cléroux présentait aux professeurs de la Faculté de Médecine de l'Université Laval à Montréal la requête suivante :

*Messieurs,*

“ NOUS, LES MÉDECINS SOUSSIGNÉS, comprenons que la cause de l'enseignement universitaire est celle de la nation et doit intéresser tous les citoyens soucieux de l'avenir national.

“ Nous comprenons aussi l'impossibilité dans laquelle se trouve la Faculté, vu l'insuffisance de ses ressources, de donner un enseignement médical complet en rapport avec les progrès de la science et avec les méthodes modernes d'enseignement, qui nécessitent des laboratoires dispendieux et des professeurs faisant spécialité de travaux de laboratoires ;

“ Nous reconnaissons, de plus, le dévouement dont vous faites preuve, dans l'exercice de vos fonctions, et pour correspondre à votre zèle, en même temps faire acte de patriotisme et de dévouement à la science médicale, nous vous offrons de faire, sous vos auspices, une croisade dans cette province pour la cause universitaire, ayant pour but immédiat la fondation de chaires de l'importance de celle de *l'anatomie pathologique* et de *la physiologie expérimentale*, dont la création mettrait notre Université au premier rang parmi celles d'Amérique.

“ Nous n'ignorons pas combien l'entreprise est considérable, mais nous voyons surtout la grandeur de l'œuvre à accomplir, persuadés que nous sommes, qu'en unissant nos efforts aux vôtres dans cette voie, nous arriverons toujours à un but avantageux, ne serait-ce que celui de faire connaître au public l'importance de l'œuvre universitaire et ses besoins.

“ Unissant l'action à l'idée, et pour prouver en même temps notre sincérité, nous souscrivons pour la réalisation de l'entreprise, si notre offre est accepté, les sommes en regard de nos signatures et payables en cinq paiements annuels.”

Cette requête était suivie des signatures suivantes, représentant une somme totale de \$3,365 :

Y. J. V. Cléroux.....	250	Dr Z. Renaud.....	25
J. B. Baril.....	100	Dr Valin.....	50
J. I. Desroches.....	100	C. T. F. Lamoureux.....	50
R. Marsolais.....	100	Dr Lespérance.....	125
Théo. Cypihot.....	100	Dr Beaudoin.....	25
Dr Girard.....	125	Dr Dubé.....	50
S. Boucher.....	125	A. de Martigny..	100
J. E. Fortier.....	125	E. P. Benoit.....	50
N. Picotte.....	125	O. F. Mercier.....	50
Dr O. Richer.....	25	Dr Merrill.....	25
A. F. Jeannotte .....	50	Dr A. Marion.....	50
F. Sylvestre.....	25	Dr Boulet.....	100
A. Joyal.....	100	Dr Alb. Charrette, Côte des N.	50
Ant. Lefèvre.....	15	Dr De Grandpré.....	50
C. N. Bary.....	25		

Les messieurs suivants ont aussi souscrit :

Le professeur E. P. Lachapelle.....	\$1,000
“ “ L. A. Demers.....	125
MM. J. V. Perrault, instituteur.....	25
“ R. Carrière, pharmacien.....	25

Comme on le voit la proposition était sérieuse. Avant de se prononcer sur le projet, les professeurs demandèrent quelques explications supplémentaires, que le docteur Cléroux présenta à une séance de la Faculté, le 9 janvier 1899, dans les termes suivants :

Monsieur le Doyen, Messieurs les Professeurs

de la Faculté de Médecine,

“ Représentant les signataires de la requête qui vous a été remise lors de votre dernière assemblée, nous croyons utile d'affirmer de nouveau que nous portons un immense intérêt à la cause universitaire et que c'est lui seul qui nous engage à vous offrir, pour son avancement, de joindre nos efforts aux vôtres.

“ Le travail individuel est souvent inefficace, mais, fait en commun, il deviendra une puissance. Nous vous offrons donc de réunir les efforts d'un grand nombre, parce qu'il faut voir dans ceux que je représente ici les mandataires de tous les médecins de cette partie de la Province qui ont du patriotisme, de la générosité et l'amour de la science.

“ Pour les allier à notre cause, il suffit de leur démontrer toute son importance et de leur donner l'exemple du dévouement.

“ C'est par eux que nous pouvons amener le public à s'intéresser à la Faculté de Médecine ; eux seuls connaissent ses besoins et peuvent les faire comprendre à toute notre population, à laquelle ils sont mêlés ; et, de plus, leur témoignage ne peut être mis en doute.

“ Nous nous sommes naturellement demandé à quel besoin de l'Université il importait le plus de pourvoir. Nous avons bien

pensé aux laboratoires dont l'installation pourrait se compléter avec deux à trois mille dollars. Mais nous sommes unanimes à croire que la collecte de ce montant n'est pas en rapport avec le travail que nous voulons entreprendre et que ce serait mal utiliser la bienveillance du public que de s'adresser à lui pour des besoins peu dispendieux. Lorsque la somme demandée est peu considérable, le public est moins empressé à la couvrir, chacun se croyant moins en état qu'un autre de faire l'aumône ; on laisse la charge aux fortunés qui, à leur tour dédaignent la tâche, se réservant pour les grandes entreprises..

" Ainsi, non seulement on n'obtient rien, mais, ce qui est plus grave, on habitue le public à ne plus répondre aux sollicitations de l'Université.

" Il faut donc l'amener à s'intéresser à l'accomplissement d'une œuvre considérable, et nous suggérons d'ouvrir une liste de souscriptions devant rester ouverte jusqu'à ce qu'elle ait atteint le chiffre de \$80,000, pour la création d'une chaire d'anatomie pathologique et d'une chaire de physiologie expérimentale.

" Il est vrai que vous avez nommé pour donner le cours d'anatomie pathologique un confrère d'une haute capacité. Mais, l'Université a besoin davantage. Pour nous, cette chaire sera fondée quand vous donnerez à un pathologiste un salaire qui lui permettra de se livrer uniquement à ses travaux de laboratoires. Ce n'est qu'alors qu'il remplira avec une véritable compétence ses fonctions de professeur à l'Université et de pathologiste à l'hôpital ; qu'il aura l'autorité nécessaire pour juger sans conteste la valeur des diagnostics faits par les médecins des hôpitaux, leur permettant ainsi d'avancer sûrement dans la science difficile du diagnostic et de la pathogénie.

" Le choix des moyens à prendre pour arriver à lui payer ce salaire n'est pas sans offrir de difficultés.

" Il paraît rationnel et simple qu'il suffise de travailler trois à cinq ans et plus jusqu'à ce que nous ayons formé un capital dont le revenu nous donnerait le salaire demandé.

" Nous penserions ainsi si l'entreprise était l'œuvre de cinq ou six personnes, parce que le patriotisme, l'amour de la science peuvent, à quelques âmes d'élite, conserver l'ardeur et donner la persévérance nécessaires pour l'accomplissement d'un travail gratuit de quelques années. Mais comme ces personnes sont rares et qu'il faut nécessairement, pour la réussite de l'entreprise, la coopération du plus grand nombre des médecins, il importe de créer chez eux de l'enthousiasme, de stimuler leur zèle par quelque chose de tangible et même, s'il est possible, de les intéresser personnellement.

" Nous croyons que la présence au milieu de nous d'un savant français produirait ce résultat ; elle augmenterait le prestige de l'Université et, en attirant l'attention du public, rendrait plus facile et plus efficace l'appel que nous lui ferions.

" Ces avantages valent bien les deux mille dollars par an que ce professeur étranger coûterait et, en plus, sa présence ici assurerait l'œuvre de régénération qui semble vouloir s'opérer dans la profession médicale, grâce à votre bienveillant concours et à l'esprit d'ac-

tivité de nos jeunes confrères, dont les travaux faits sous la direction d'un maître les rendraient capables d'honorer les chaires que leur talent les appellera à occuper dans l'avenir.

" Nous obtiendrons ainsi de meilleurs résultats et avec moins de frais que si nous envoyions nos futurs professeurs étudier en Europe.

" La création d'une chaire de physiologie expérimentale ayant pour unique but la démonstration pratique des phénomènes physiologiques obtiendrait les mêmes résultats, et nous l'accepterions pareillement.

" Cependant, on semble préférer, parmi nous, fonder en premier lieu, la chaire d'anatomie pathologique.

" Telles sont les idées que nous entretenons à l'endroit de notre Université, et si elles peuvent contribuer à de nouveaux succès, nous serons amplement récompensés des quelques troubles que nous nous sommes donné pour elle."

Il était difficile pour les professeurs de la Faculté de rester insensible à un appel aussi éloquent et désintéressé que celui-là. Car ce projet n'empiète aucunement sur leurs droits et ne vise que le bien de l'Université et celui de la profession. Ils adoptèrent donc à cette même séance, et avec enthousiasme, la résolution suivante, qui fut ratifiée lors de la lecture du procès-verbal à la séance du 6 février

Montréal, 7 Février 1899.

Extrait du procès-verbal de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal, Faculté de Médecine de l'Université Laval à Montréal réunie en assemblée mensuelle :

" M. le Dr Cléroux, expose un projet qu'il a, au sujet de la fondation à l'Université d'une chaire d'anatomie pathologique.

En réponse, la Faculté autorise le secrétaire à remercier M. le Dr Cléroux de son dévouement et accepte avec reconnaissance l'offre qu'il fait de réunir une somme suffisante pour aider à payer un pathologiste distingué.

De son côté, la Faculté s'engage, si le pathologiste en question offre toutes les garanties voulues, de lui faire donner un cours sur l'anatomie pathologique à ses élèves.

Pour copie conforme.

L. D. MIGNAULT,

Secrétaire, E. M. C. M., U. L. M.

Ayant ainsi obtenu l'assurance que la Faculté de Médecine voyait d'un bon œil la création de ces chaires importantes, les promoteurs jugèrent le moment venu de faire part de leur projet au public médical. Ils convoquèrent donc par la voix des journaux une assemblée des médecins à l'Université Laval. Une centaine de médecins répondirent à l'appel, et, après une discussion incidente sur le programme d'admission à l'étude de la médecine, provoqué par le projet de refonte de la loi médicale, le docteur Cléroux, appelé à la présidence de l'assemblée, fit part de ce projet dans les termes qui suivent :

" C'est une tâche lourde, difficile autant que délicate que nous avons entreprise et pour la mener à bien nous avons besoin du bienveillant et généreux concours, non seulement de nos collègues et

amis, mais de tous ceux que l'avenir, la prospérité de notre peuple, de notre race au plus haut degré préoccupe.

“ Un pays peut être riche par son commerce, il n'est vraiment grand que par ses institutions et l'empreinte qu'il laissera dans l'histoire sera d'autant plus profonde que ses institutions morales ou humanitaires auront été plus florissantes.

“ La richesse se perd, elle obéit à des fluctuations dont les causes parfois peuvent être prévues, rarement empêchées. Mais un peuple qui n'assied sa prépondérance que sur un état matériel prospère, est un peuple irrévocablement voué à la déchéance.

“ Notre vaillante race canadienne-française qui, dans les siècles passés, a prouvé son indomptable énergie à revendiquer la gloire d'être un peuple, saura comprendre l'importance du devoir qui aujourd'hui lui incombe et l'honneur qui pour elle résultera de l'accomplir.

“ Elle a prouvé par ses luttes passées qu'elle n'était guère disposée à abandonner le patrimoine de ses ancêtres; elle a lutté pour son autonomie, pour ses libertés, pour sa place large au soleil et elle a su obtenir ce qu'elle a énergiquement su vouloir.

“ Elle n'a menti ni à son histoire ni à ses origines; elle s'est montrée vivace et forte, même elle a fait plus; sur cette terre d'Amérique, elle s'est reconnue la digne continuatrice de notre pays de France, du pays d'où vinrent nos pères, du pays dont nous parlons la langue, dont les affinités nous sont communes, du pays d'où naissent les nobles traditions, le dévouement désintéressé pour tout ce qui est noble, grand et beau.

“ Or, il appartient aux membres de la profession médicale, non seulement de guider, mais de ne se laisser devancer par personne dans tout ce qui est de leur domaine. Aussi venons-nous leur demander d'unir leurs efforts en vue de maintenir, de relever si possible l'Université Laval au niveau de la mission qu'elle est appelée à remplir.

“ Il est en effet indispensable que notre grande Faculté de Médecine conserve le prestige qu'elle s'est acquis et pour cela il faut que la grande famille médicale s'unisse.

“ Deux chaires, bases fondamentales de tout enseignement médical, sont dès maintenant d'une nécessité absolue; celle d'anatomie pathologique et de physiologie expérimentale. Or la Faculté, par suite des moyens extrêmement limités qu'elle possède, ne peut en prendre à sa charge la création.

“ Il nous faut, avec un enseignement pratique que l'exiguïté des ressources oblige à être actuellement insuffisant, des laboratoires et des professeurs s'adonnant aux recherches nécessitées par le progrès constant des études médicales.

“ Quelle qu'ait été la bonne volonté de nos professeurs, quel que soit encore leur dévouement admirable, toujours il leur est impossible de faire face aux exigences d'une situation qui ne comporte plus d'atermoiements.

“ Les sacrifices, comme toute autre chose, ont une limite et nos professeurs l'ont depuis longtemps franchie; il est temps que la pro-

profession médicale canadienne-française tout entière affirme sa volonté de maintenir l'Alma Mater, la Faculté de Médecine, à la hauteur de la tâche qui lui est dévolue.

“ Il ne faut pas, il ne faudra jamais, que l'on puisse penser que nos institutions françaises soient inférieures à celles de l'étranger, dussions-nous pour cela hausser notre orgueil à la hauteur d'un sentiment national.

“ En face de McGill qui dépense des millions, nous nous faisons fort avec la modique somme que nous demandons, \$80,000, de placer notre Université Médicale au premier rang, et de lui donner par son organisation, par le renom de son enseignement, une place aussi enviée qu'enviable. Notre projet est de faire venir de France des professeurs dont le nom seul est une lumière et ceux-ci à leur tour formeront une pléiade parmi lesquels, plus tard, nos professeurs seront choisis.

“ McGill paie \$3,000 de salaire à un pathologiste de Londres ; avec deux mille dollars seulement nous aurons un pathologiste français qui ne le cèdera en rien à personne.

“ La France, a pour nous, qu'elle considère comme ses enfants, des trésors de bienveillance et de bonté ; elle nous facilitera notre tâche, et d'elle nous obtiendrons le secours intellectuel, l'appui précieux qui ne s'achète pas. On nous facilitera la création de musées et de l'échange tout cordial qui s'en suivra, il résultera pour notre Faculté des avantages scientifiques sans nombre.

“ Donc, haut les cœurs ! que chaque médecin apporte son obole, sa quote part à l'œuvre. L'exemple doit venir de nous-mêmes ; le grand public auquel nous allons nous adresser suivra celui que nous lui aurons donné. Maintes fois nous avons apporté notre concours à des œuvres étrangères à notre profession ; nous avons en outre soigné des milliers de malades, notre temps, notre travail sont offerts à tout venant et souvent nous n'avons eu pour tout remerciement que l'oubli ; n'importe, notre carrière est une de celles où il est défendu de compter et le plus bel éloge qu'on en puisse faire est en souriant de montrer le malade au chevet duquel nous avons passé nos nuits, s'en aller avec la persuasion de ne rien nous devoir, sans même nous dire merci !

“ Et cela pourquoi ? Parce que cet homme a inconsciemment senti que nous avons une mission à remplir, une mission qui nous ennoblit et fait de notre position, non un métier, mais une vocation, et la plus noble entre toutes.

“ Quel plus éloquent hommage pourra-t-on jamais nous rendre ? ”

Ce discours fut accueilli avec faveur par tous les médecins, et nous savons que la souscription se poursuit activement et fait espérer un succès rapide.

Nous tiendrons nos lecteurs au courant de cette organisation, que l'on a établie sur des bases sérieuses, et qui paraît devoir réussir, car elle a pour but de jeter plus d'éclat sur notre enseignement universitaire, ce qui ne pourra que contribuer au renom de la race française en Amérique. C'est la profession médicale qui en bénéficiera la première et davantage.



## NÉCROLOGIE.

## Le Docteur HUGUES EVARISTE DESROSIERS

L'une des personnalités les plus marquantes de notre profession médicale vient de disparaître dans la personne du professeur Desrosiers. Né à St-Hugues, comté de Bagot, le 29 juillet 1853, du mariage de Jean-Baptiste Desrosiers, médecin, et d'Emerande Cartier, sœur de sir Georges Etienne Cartier, il fit son cours d'études classiques au Collège de St-Hyacinthe, puis étudia la médecine à l'Université Laval de Québec, où il reçut le degré de docteur en médecine, en avril 1876.

Il fit ses premières armes sous la direction de son père, qui pratiquait alors à Saint-Marcel. Mais les qualités du jeune médecin l'appelaient sur un champ plus considérable. Etabli à Montréal dans l'automne de 1877, il était nommé, l'année suivante, professeur de matière médicale à la nouvelle Faculté de Médecine de l'Université Laval à Montréal, dont il devint plus tard le secrétaire.

Il fut, en 1880, l'un des médecins fondateurs de l'hôpital Notre-Dame, et occupa pendant un an, avant d'être attaché au service de médecine, le poste de premier interne. En 1882, il était appelé à la rédaction de *L'Union Médicale du Canada*, position qu'il occupa avec éclat jusqu'en 1895. Il enseigna aussi, de 1888 à 1895, la matière médicale au Collège de Pharmacie.

Le professeur Desrosiers fut un thérapeute distingué, jouissant d'une réputation étendue, et consacrant tous ses soins à une clientèle considérable et très absorbante. Cela ne l'a pas empêché d'être un travailleur acharné, consacrant une partie de ses nuits à ses travaux de rédaction et à la préparation de ses cours. On se rappelle que son *Traité de Matière Médicale et de Thérapeutique*, ouvrage si apprécié des médecins et des élèves, fut détruit dans l'incendie de l'imprimerie Valois au moment où il allait paraître, et que tout le travail d'impression fut à recommencer. L'auteur se consola de ce malheur en faisant à son ouvrage des modifications qu'il jugeait nécessaires, et le *Traité* parut en 1892. Un supplément fut publié deux ans plus tard.

Le docteur Desrosiers fut longtemps président fondateur de l'Association des Internes de l'hôpital Notre-Dame. Il avait épousé, le 23 avril 1883, sa petite cousine, née Lasalle, et eut d'elle cinq enfants, dont trois, deux filles et un garçon, Hugues Evariste, vivent encore.

Le docteur Desrosiers a succombé, le 7 février dernier, au progrès de la paralysie générale qui était venue, dans l'automne de 1895, l'arrêter en pleine vigueur, en plein travail. Sa dépouille mortelle a été inhumée au cimetière de la Côte des Neiges.

---

Note de la rédaction.—Le manque d'espace nous oblige à remettre au prochain numéro la biographie du Dr Marsil.