

SOMMAIRE

CONGRÈS DE MONTRÉAL

- 447 — Le rôle des Universités et des Sociétés médicales dans la formation de l'esprit médical, par le professeur BROCHU, de Québec.
-

MÉMOIRES.

- 456 — Atrésie congénitale du tiers supérieur de l'intestin grêle, avec état rudimentaire de tout le tube intestinal au-dessous.....*Archambault.*
- 470 — Cure radicale de la névralgie trifaciale par l'extirpation du ganglion de Gasser..... *Marien.*
- 476 — Contribution à l'étude de la réforme de l'expertise médico-légale dans la province de Québec..... *Villeneuve.*
- 491 — Essais de traitement de la tuberculose par le sérum anti-tuberculeux de Marmorek..... *Lemieux.*
-

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

- 497 — La déclaration des maladies contagieuses..... *Pelletier.*
-

ACTUALITÉS

- 503 — Nos enfants et nos préjugés..... *Dubé.*
- 506 — La discussion de l'appendicite au congrès de Montréal .. *Marien.*

CONGRÈS DE MONTRÉAL

LE RÔLE DES UNIVERSITÉS ET DES SOCIÉTÉS MÉDICALES DANS LA FORMATION DE L'ESPRIT MÉDICAL (1)

Par le professeur BROCHU,
De l'Université Laval Québec.

Je me sens doublement honoré d'être appelé à prendre la parole dans cette magnifique assemblée comme représentant de l'Université Laval de Québec, tout d'abord, et aussi, puisqu'on a bien voulu l'ajouter, comme premier président et l'un des fondateurs de cette Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, qui nous réunit aujourd'hui sous d'aussi brillants auspices.

C'est un devoir des plus agréables pour moi, d'avoir à offrir au distingué président et à tous les organisateurs de ce Congrès un témoignage de haute appréciation et de cordial encouragement de la part de l'université française qui se fera toujours gloire d'avoir donné son hospitalité au premier Congrès de notre Association et qui a été la plus heureuse d'applaudir à ses premiers succès.

Cette université se trouve d'ailleurs assez naturellement rapprochée du but que poursuit cette Association des médecins franco-américains puisque, seule, elle peut revendiquer l'honneur d'avoir établi le premier foyer du haut enseignement français dans toutes ses branches, sur ce continent nouveau.

Le devoir m'impose, cependant, de faire une restriction pour l'enseignement médical proprement dit : le mérite d'avoir inauguré cet enseignement français revenant à l'ancienne École de Médecine et de Chirurgie de cette ville de Montréal, dont le très distingué médecin que nous avons le plaisir de compter au milieu de nous, ce soir, Sir William Hingston, représente l'une des figures les plus nobles et les plus sympathiques.

(1) Discours prononcé à la séance d'ouverture solennelle du 11^e Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord, à Montréal, le 28 juin, à 9 heures p. m.

L'Université Laval de Québec avait été heureuse de pouvoir s'affilier cette École composée d'hommes remarquables, et qui avaient déjà rendu des services signalés à l'enseignement médical dans cette province: et, aujourd'hui, après vingt-cinq ans d'existence, dans ces conditions nouvelles, elle est fière de constater que, dans ce milieu, qui a l'avantage de posséder l'université anglaise la plus renommée du pays, l'université française, à laquelle elle a donné son nom, soutient la concurrence d'une manière digne et fait le plus grand honneur à l'Université Mère et à tout le peuple canadien-français.

J'ajouterai, comme ex-président et l'un des fondateurs de cette Association, que je suis grandement réjoui de voir réunis dans un même sentiment et dans une même ambition de travailler au progrès de la science un nombre aussi considérable de médecins, représentant les membres les plus zélés de notre profession et l'élite de nos travailleurs intellectuels.

Il me fait particulièrement plaisir de constater que ces congrès, véritables agapes scientifiques et confraternelles tout à la fois, sont devenus chers, désormais, à tous les canadiens d'origine française: c'est que, en dehors du profit scientifique qu'ils nous assurent, ils ont aussi cet avantage de servir à resserrer les liens de la confraternité, de nous donner l'occasion de faire d'agréables connaissances et de nouer de franches et solides amitiés que le temps change d'autant moins qu'elles tiennent d'avantage à des liens intellectuels.

Non moins que notre très digne Président, me sentirais-je porté à apprécier l'honneur qui est fait à notre jeune Association par la présence de personnages éminents dans la hiérarchie religieuse, sociale et politique, comme aussi de représentants des universités sœurs de cette province, et de la grande Université de Paris, dans la personne d'un savant de haute réputation, que nous saluons ici avec une joie et une émotion bien senties.

Je me permettrai d'offrir au savant professeur Pozzi, qui a bien voulu s'imposer le sacrifice de traverser les mers pour venir nous donner cette preuve de la plus généreuse et de la plus encourageante sympathie, un hommage de la plus cor-

diale bienvenue au nom de la Faculté de médecine de l'Université Laval de Québec, dont les professeurs s'inspirent largement de ses remarquables travaux.

Le premier congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, tenu à Québec en 1902, a été marqué, de l'aveu de tous, par un succès qui avait dépassé les meilleures espérances.

Si l'on en juge par l'imposante démonstration dont nous sommes les témoins, ce soir, et par l'intérêt de ses premières séances, ce deuxième Congrès de Montréal aura un succès encore plus retentissant peut-être, et ses résultats ne seront pas moins bien appréciés. C'est du moins le vœu sincère que je me plais à exprimer au nom de l'Université que j'ai l'honneur de représenter, et en mon nom personnel, comme étant l'un de ceux qui resteront toujours le plus directement intéressé au succès d'une œuvre dont nous nous ferons toujours gloire d'avoir établi les premières assises.

Je ne puis m'empêcher d'exprimer, à ce sujet, devant cet auditoire, que le discours que nous avons entendu, ce matin, de la bouche de notre distingué président, à l'ouverture de la première séance de ce Congrès, constituera, sans contredit, la plus belle page de l'histoire de la médecine française et américaine qui ait jamais été écrite dans cette province : à la beauté de la forme qui en relevait tous les détails, s'associaient, en effet, une remarquable justesse des points de vue et le sens le plus élevé de notre histoire politique et nationale.

Je ne saurais manquer de rappeler, également, dans une telle circonstance, que de toutes les démonstrations sympathiques dont l'Université Laval de Québec a été l'objet, dans les fêtes mémorables par lesquelles tout le peuple canadien-français a voulu marquer le cinquantenaire de sa fondation, aucune ne lui a été plus agréable ni plus flatteuse que la tenue, dans ses salles, du premier Congrès de notre Association des médecins de langue française.

Ce Congrès nous avait fourni, d'un autre côté, une heureuse occasion de présenter un hommage de sympathie et de reconnaissance, digne de services rendus, à cette grande institu-

tion, qui a contribué pour une si large part aux progrès et au développement de la médecine au Canada, et envers laquelle nous étions redevables, pour la plupart, des bienfaits de la haute éducation.

Cette université, que l'on a désignée, à juste titre, comme l'une des sentinelles avancées de l'influence française en Amérique, et l'un des plus solides remparts de notre nationalité, avait été d'autant plus sensible à cet hommage de la profession médicale franco-américaine qu'elle reconnaissait dans les promoteurs et les membres présents de notre Congrès ses anciens élèves, pour le plus grand nombre, et qu'elle appréciait, de plus, dans l'œuvre de notre Association comme de nos sociétés médicales, une œuvre de haute éducation qui lui apparaissait comme le corollaire du but qu'elle poursuit avec tant de dévouement et de sacrifices, depuis les cinquante ans de sa fondation.

* * *

Il existe, à la vérité, une étroite solidarité entre l'œuvre des universités et le rôle des sociétés d'études et des congrès scientifiques.

Je résumerai toutes mes pensées sur le sujet, en disant que là où finit le rôle des universités, vis-à-vis des élèves auxquels elles ont accordé leurs diplômes comme sanction des cours d'études suivies, là commence le rôle des sociétés d'études et des congrès scientifiques vis-à-vis des nouveaux praticiens.

Aux associations scientifiques appartient en réalité la tâche de suppléer à l'action des universités, en offrant, aux jeunes médecins qui viennent prendre leur rang dans l'arène professionnelle, les conditions les plus propres à leur faire acquérir le sens pratique et à leur permettre de suivre les progrès et l'évolution de la science médicale.

Les heureux candidats qui ont obtenu le diplôme universitaire, après avoir subi les examens qu'on leur impose comme garantie de compétence, échappent, dès lors, inévitablement à l'influence des institutions qui ont présidé à leur formation intellectuelle, et ils entrent dans les conditions de vie nouvelles où les écueils ne manqueront pas qui les exposeront à perdre les fruits de leur éducation première.

Un bon nombre d'entre eux, qui avaient contracté le goût de l'étude et l'amour de la science, au contact et sous la direction de leurs maîtres dévoués, continuent longtemps de pratiquer leur art professionnel avec une noble ambition et ne manquent pas de faire honneur à leur profession et à leur Alma-Mater.

D'autres, au contraire, moins nombreux il est vrai, dépourvus de tout sentiment d'émulation, perdent peu-à-peu le goût de l'étude et de l'avancement dans les devoirs d'une clientèle pénible et peu rémunératrice; disséminés, pour le plus grand nombre dans des centres éloignés, et dégoûtés, parfois, par une lutte déloyale de la part de quelques uns de leurs confrères, ou, plus souvent encore, par la concurrence rabaisante des nombreux adeptes du charlatanisme — véritable plaie de nos districts ruraux, — ils se relâchent facilement dans leurs études et finissent par verser dans un funeste esprit d'individualisme qui est aussi contraire à la dignité professionnelle qu'aux progrès de la science et à l'influence sociale du médecin.

Personne plus que les professeurs voués à l'enseignement universitaire ne déplorent ces défaillances; nuls plus qu'eux, d'un autre côté, ne s'attachent avec enthousiasme aux espérances d'avenir que font naître en eux l'appréciation des talents solides et nombreux que l'on observe parmi la jeunesse qui fréquente nos universités, et auxquels il ne manque souvent qu'une culture suivie pour faire des hommes remarquables et les plus utiles à la société.

Il est une proposition, un peu paradoxale à première vue, qu'on a cru pouvoir formuler en discutant la réforme des études médicales, dans certains pays de l'Europe, et dont le sens serait par trop rempli d'amertume pour tout professeur de nos universités si, dans nos milieux, elle venait à être corroborée par des faits suffisamment nombreux :

“ L'examen, pour la plus grande moyenne des élèves, a-t-on pu dire, n'est autre chose que la permission d'oublier; et le diplôme n'est plus souvent, en fait, que le privilège de redevenir ignorants. ”

Je ne m'arrêterai pas à rechercher, ici, ce soir, dans quelle mesure cette proposition pourrait s'appliquer aux praticiens de notre pays; mais ce que je tiens à exprimer énergiquement devant cet auditoire, c'est que nous avons particulièrement à cœur qu'il n'en fut pas ainsi pour notre profession médicale canadienne-française.

Professeurs des universités, unis dans un même sentiment avec les médecins praticiens les plus dévoués aux intérêts de notre profession, tous nous avons compris que le devoir nous incombait d'établir les conditions les plus propices pour maintenir l'éducation professionnelle à son plus haut niveau, et que, pour mieux assurer la vulgarisation des progrès de la science, il fallait aller audevant du médecin praticien, en lui offrant des centres de ralliement où les tièdes et les désenchantés pourraient retrouver au contact de travailleurs plus ardents une louable émulation pour l'étude et sentir se raviver au sein d'une douce confraternité le sentiment de la solidarité qui doit unir tous les membres d'une même profession.

Tel a été le but des sociétés médicales dont nous avons encouragé la fondation, non seulement dans les villes mais aussi dans les districts ruraux durant ces dernières années.

Tel sera, sur un terrain plus vaste, par l'action de ses congrès, le rôle de notre Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, qui nous donne encore aujourd'hui l'un des plus beaux exemples de ralliement dont notre profession ait été témoin.

Et c'est ainsi que l'œuvre de cette Association apparaîtra comme le corollaire ou le complément de l'œuvre de haute éducation de nos universités.

L'Université Laval de Québec, qui a vu naître, de près, ce mouvement de concentration scientifique, qui s'est réjouie de voir ses professeurs au nombre de ceux qui en ont pris l'initiative et qui continuent de lui donner une coopération dévouée, ne pouvait rester indifférente à cette œuvre d'intérêt commun, dont nos congrès sont à ses yeux la manifestation la plus fructueuse et la plus élevée. Aussi, a-t-elle tenu particulièrement à avoir, dans cette séance solennelle, un inter-

prête pour exprimer combien elle apprécie le travail et les efforts de ceux qui se font les agents actifs d'un tel mouvement, d'où doit découler un nouvel essor pour le progrès dans la science médicale et un plus grand bienfait pour l'humanité souffrante.

Si le temps qui m'est accordé me le permettait, je croirais opportun de faire ressortir, devant cet auditoire, un autre rapport qui découle également du rôle de cette Association des médecins de langue française à laquelle nous dévouons toutes nos énergies.

Le but de cette Association est avant tout scientifique, il est vrai, mais il est patriotique et national tout à la fois.

Sur le terrain des sessions de ses congrès, nous avons tenu à ce que rien ne vint restreindre les horizons ouverts aux intelligences, dans le champ si vaste des sciences médicales : c'est dans la science *mondiale*, et non pas seulement dans la science d'un même pays, que tous les travailleurs doivent aller puiser les enseignements dont ils désirent faire bénéficier la masse des praticiens.

Mais, en dehors de ce terrain, dans les fêtes sociales dont elle est l'objet, partout où elle est invitée à tenir ses assises, cette Association de médecins de langue française n'apparaît plus uniquement comme un corps scientifique, mais aussi comme un élément de force et une organisation importante dans l'unité nationale.

Elle nous a semblé devoir réaliser sur le terrain scientifique et professionnel une œuvre corollaire de celle que réalisent nos sociétés nationales sur le terrain social et politique et que nos universités accomplissent dans le domaine intellectuel. Elle sera, en réalité comme la dernière pierre ajoutée à l'édifice de notre nationalité.

En effet, par l'invitation à tous les médecins de notre origine, dissimulés sur la surface de ce continent nouveau, de se rallier dans une association générale, où le même but ouvert aux intelligences, les mêmes traditions et surtout la communauté de langue fortifieraient encore les liens qui les unissent, nous avons voulu, non seulement élargir le cadre de notre ac-

tivité intellectuelle, donner un nouveau stimulant à l'esprit du progrès scientifique parmi nous, mais aussi favoriser l'expansion de l'idée française en Amérique et apporter notre part d'influence pour consolider l'unité de la race canadienne française sur cette terre que nos ancêtres ont conquise à la civilisation.

Et voilà pourquoi nous en avons fait, en même temps qu'une association scientifique, une association de médecins parlant la même langue.

Or qu'est-ce que la langue? si ce n'est, comme on l'a si bien défini, " le droit d'un peuple à avoir une *âme* : " c'est-à-dire à consacrer entre tous les éléments d'une même nationalité " cette communauté héréditaire d'idées et de sentiments qui a sa source dans les traditions et l'histoire commune et qui puise sa force dans une même patrie d'origine." C'est là précisément ce qui établit entre les membres d'une même association comme d'une même nationalité " ces liens plus étroits et plus intimes qui font que les cœurs et les âmes se touchent de plus près. "

Voilà pourquoi aussi, dans les démonstrations solennelles dont cette Association des médecins de langue française est l'objet, comme dans les banquets de la science auxquels elle conviera périodiquement ses membres, rien ne pourra jamais empêcher que nous ne sentions le souffle de l'âme nationale française planant toujours au-dessus de nous.

Et puisque cette belle langue française, dont nous avons voulu faire un point de ralliement, pour tous les groupes de médecins franco-américains, est partout considérée comme un brevet de distinction, le devoir nous incombe d'apprendre à la mieux connaître et de la cultiver avec un soin de plus en plus jaloux.

Nos universités françaises de Montréal et de Québec qui continuent sur cette terre d'Amérique la haute mission de notre ancienne mère-patrie, en Europe, ont bien compris ce devoir puisqu'elles offrent désormais à toute la jeunesse instruite l'avantage de suivre des cours didactiques de littérature française, sous la direction de professeurs émérites et que

tous sont à même aujourd'hui de profiter d'un haut enseignement littéraire qui leur apprendra à mieux connaître l'esprit et le génie de cette belle langue dont nous aimons tant à conserver le culte.

On ne saurait donc trop encourager la jeunesse étudiante et même les médecins les plus avancés, à associer les études littéraires à leurs études scientifiques.

C'est surtout sur le terrain nouveau que nous avons ouvert à leur ambition — dans les sociétés médicales, dans nos congrès scientifiques, ou même simplement dans la collaboration aux journaux de médecine — que les médecins praticiens, ayant l'ambition de jouer un rôle, sentiront la lacune d'une éducation imparfaite sous ce rapport et qu'ils apprécieront les avantages de cette douce culture de leur esprit.

C'est là, il me semble, un desideratum que tous les membres de cette Association de médecins de langue française devraient s'efforcer de réaliser : on ne saurait s'empêcher de reconnaître, en effet, que de la culture littéraire plus ou moins intensive, chez le plus grand nombre de nos travailleurs, dépendront pour une bonne part, le succès de nos congrès, l'avenir de notre jeune Association, et, par suite, le prestige de notre profession médicale française, en Amérique.

Telles sont, Monsieur le Président, les considérations que les circonstances m'inspiraient d'ajouter au témoignage de haute appréciation et aux vœux que j'avais à vous exprimer pour le succès de votre tâche délicate au nom de l'Université Laval de Québec et en mon nom personnel, comme l'un des fondateurs et premier président de cette Association des médecins de langue française dont le deuxième Congrès de Montréal aura établi les dernières grandes assises.

**ATRÉSIE CONGÉNITALE DU TIERS SUPÉRIEUR DE
L'INTESTIN GRÊLE AVEC ÉTAT RUDIMENTAIRE DE
TOUT LE TUBE INTESTINAL AU-DESSOUS**

**Observation accompagnée de la pièce pathologique et de plaques
photographiques (1)**

Par le Docteur J. L. ARCHAMBAULT,
De Cohoes, N.-Y.

Monsieur le Président,

Messieurs,

Ce caprice, comme la nature en offre peu d'exemples, a quelque titre, je l'espère, à fixer votre attention. À part de vous soumettre l'histoire du cas et une description des résultats de l'autopsie, il se trouve que j'ai pu retenir la pièce pathologique, et dans un instant je me ferai un devoir de vous la présenter, ainsi que quelques vignettes par lesquelles la photographie fait ressortir si nettement ce que la plume a toujours assez de difficulté à décrire.

L'observation, telle que copiée des registres de l'Hôpital de Cohoes, se lit comme suit :

Le matin du 15 avril 1903, on apporte à l'hôpital un enfant du genre féminin, Ernestine N. . . . né depuis deux jours et douze heures. Le cas est référé au Docteur Archambault par le médecin de la famille, le Docteur T. S. Parker, comme un cas d'*obstruction des intestins* par suite d'*imperforation* située au delà de l'orifice anal.

Le médecin rapporte que l'enfant n'a pas eu de selle depuis qu'il est né. Il a commencé à vomir peu après qu'on l'eut mis au sein. Les vomissements entraînent bientôt du malaise. Ce malaise, d'abord intermittent, devint peu à peu continu, avec des périodes d'exacerbations. L'enfant est ainsi tourmenté depuis au moins dix-huit heures. On n'a pas constaté de décharges par le vagin. On est certain de la limpidité et de l'état normal des urines.

À l'examen, on trouve l'abdomen généralement distendu et tympanique. Si l'enfant crie ou qu'il fait un effort, on aperçoit

(1) Présentée au Deuxième Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord, tenu à Montréal, 25-30 juin 1904.

les anses intestinales qui se soulèvent et se dessinent sous la paroi. L'orifice anal et les parties génitales paraissent naturellement conformés.

En y allant avec soin, et par une dilatation lente, on parvient à insinuer le petit doigt, et après celui-là l'index, au travers de l'anus dans un canal à calibre étroit, qu'on remonte aussi loin que le doigt peut aller sans rencontrer le siège de l'obstruction. On introduit alors une sonde numéro 32 de la filière française; cette sonde s'achemine vers l'S iliaque jusqu'à ce qu'on la puisse sentir par la palpation abdominale au-dessus de l'arête du pubis. On essaie même, en redoublant de précaution, d'explorer avec l'aiguille aspiratrice dans la direction où l'on perçoit que l'intestin bombe chaque fois que l'enfant fait un effort et pousse, mais cette tentative reste aussi sans effet.

Ne pouvant aller plus loin dans cette voie sans compromettre d'une manière immédiate le salut de l'enfant, ne pouvant découvrir l'intestin, ne pouvant non plus perdre de vue que la grande distance qui existe entre l'ouverture de sortie et le septum hypothétique semble exclure toute possibilité de mener à bien une dissection aussi périlleuse, on sent qu'il ne reste plus qu'à opter pour une colostomie inguinale — droite, de préférence — de façon à donner au petit patient tout ce qu'il y a de chances, peut-être de survie, au moins de soulagement.

L'incision descend directement sur une anse de l'intestin grêle, énormément distendue. Sitôt reconnue, on la refoule et repousse à gauche, faisant un effort pour découvrir la tête du cœcum. Cette recherche demeure sans résultat. A la place du cœcum, on trouve un peloton, ou plutôt toute une grappe d'anses intestinales, ratatinées, raccourcies et tortillées. Cette masse à son tour est rentrée promptement, et comme il ne peut être question de s'attarder en de longues et peut-être futiles recherches, on ramène dans la plaie l'anse intestinale distendue qui s'était d'abord présentée, et on la fixe au bord libre du péritoine par une suture continue au catgut. L'intestin étant maintenant ouvert, la muqueuse intestinale est à son tour assujettie à la peau au moyen d'un second sur-

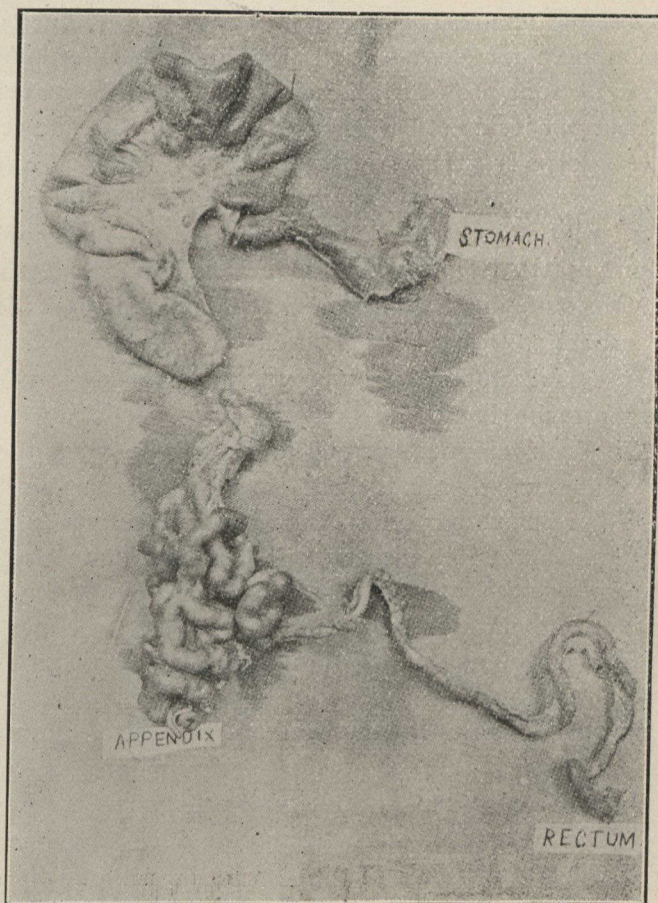
get au catgut. Il en résulte un soulagement immédiat, l'anus artificiel donnant issue à une grande quantité de gaz et à pas moins d'un litre de méconium.

L'opération a été conduite sous l'influence du chloroforme. Le petit malade se relève de l'anesthésie et du shock opératoire avec une réserve de forces vitales tout à fait remarquable. On le transfère bientôt de l'atmosphère surchauffée de la salle d'opération à une sorte de couveuse improvisée, et la garde lui fait prendre une petite portion de lait peptonisé très dilué et additionné de quelques gouttes d'eau-de-vie. Des prises d'aliment du même genre lui sont ensuite continuées de demi-heure en demi-heure. Bien que l'enfant ne rejette plus, bien qu'il semble même prendre avec avidité, et qu'il ne paraisse plus endurer aucun paroxysme douloureux, la garde remarque qu'il s'affaiblit graduellement, ses extrémités se refroidissent et pâtissent, il passe peu à peu en état de léthalité, et succombe enfin huit heures après l'opération. Une heure plus tard, la rigidité cadavérique étant suffisamment constatée, on procède à l'autopsie.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen sur la ligne médiane, on remarque dans cette cavité une certaine quantité de sérosité rougeâtre. Evidemment l'exploration avec l'aiguille de l'aspirateur n'a pas été inoffensive, à moins qu'on ne puisse imputer la présence de ce liquide aux autres conditions pathologiques en existence. Voici en effet ce qu'on trouve.

Tout le gros intestin et presque tout l'intestin grêle sont réduits à un état rudimentaire. Ils forment un canal étroit, à peu près gros comme un crayon de mine, et s'étendant dans ces proportions depuis le rectum jusqu'à la partie moyenne du jéjunum. Au delà, le tube intestinal s'offre de grosseur et de facture ordinaire jusqu'au cardia. Les deux portions qui sont comme ajustées, sont toutefois sans communication aucune; leur séparation est absolue. Le canal rudimentaire est, par places, vide et affaissé; ailleurs, il est rempli de substances plus ou moins épaisses et solidifiées. Toute la partie qui représente les diverses sections du gros intestin occupe dans la cavité abdominale la place anatomique attribuée à ces divers

segments. La partie au contraire qui représente l'intestin grêle est toute recroquevillée; elle se ramasse en un paquet qui a l'air d'un chou-fleur et qui se tasse dans la région iliaque droite, où elle se juxtapose au cœcum et au côlon ascendant.



ATRÉSIE CONGÉNITALE DE L'INTESTIN.

qu'elle recouvre, pour aboutir enfin, après avoir décrit plusieurs sinuosités, à une véritable impasse. Si on relève cette masse, on découvre tout au-dessous le caput coli bien formé, muni d'une valvule iléo-cœcale très distincte et d'un appendice de proportion relativement normale, mais vrillé

en queue de roquet. Accolé à cette impasse, ou cul-de-sac, qu'on vient de soulever, tout à la fois lui attenant et en étant séparé par une forte bande constrictive, se rencontre un certain empâtement de consistance assez ferme et de la grosseur d'un jaune d'œuf. Cet empâtement, ou masse, est à son tour séparé par une autre bande plus lâche et plus mince d'une grande ampoule borgne. On voit alors que le petit et l'énorme cul-de-sac ne sont pas ajustés, mais qu'ils ne sont que retenus bout à bout par les deux bandes d'adhérences -- et que ce dernier, c'est-à-dire la grande ampoule borgne, forme la portion terminale de la partie supérieure du jéjunum colossalement distendu. Les deux bandes, qui ont servi de liens constricteurs, font partie du mésentère; entre les deux veuillets de ce dernier, se trouve logée la masse mentionnée plus haut: le mésentère est ici tout aussi rudimentaire que le groupe d'anses intestinales qu'il supporte; il n'en est plus ainsi de la partie à laquelle s'attache l'ampoule borgne; cette partie du mésentère atteint le développement qui lui est propre, ce qui permet à l'ampoule borgne de même qu'à l'intestin au-dessus de flotter comme à l'ordinaire sur leurs insertions respectives et d'être mobiles dans toutes les directions. Il appert donc que, à ce point même, le tube intestinal a été le siège d'un double étranglement, et que cet étranglement a déterminé, au cours de la vie embryonnaire, une séparation avec disjonction complète du canal alimentaire.

À partir de l'ampoule borgne, l'intestin grêle, maintenant aussi large, sinon plus large que le gros intestin chez l'adulte, décrit une courbe descendante d'à peu près vingt centimètres, puis se fléchit en demi-cercle, remonte dans l'hypochondre gauche, qu'il remplit, puis se dirige vers la région du colon transverse, qu'il refoule, et vient enfin rencontrer le duodénum. Le duodénum et l'estomac sont aussi grandement distendus, mais d'ailleurs normalement constitués et situés. La paroi de l'estomac est toutefois beaucoup plus mince que d'ordinaire, son épaisseur n'excédant pas celle qui est propre à l'intestin grêle dans la région de l'iléon. Vers la grande courbure, on remarque toutefois quelque épaissement de la tuni-

que séreuse. Cet épaissement est de nature fibreuse. On observe un état semblable dans la portion des replis mésentériques qui ont atteint leur complet développement. Les ganglions lymphatiques du mésentère sont aussi bien développés et très apparents.

C'est à la distension de l'estomac et du duodénum qu'il faut attribuer le ballonnement uniforme qu'on remarquait dans le segment supérieur de l'abdomen, tandis que les saillies inégales et confluentes de la moitié inférieure trouvent leur explication dans le gigantisme du jéjunum et de la grande ampoule. C'est cette partie descendante du jéjunum, voisine de l'ampoule, qui s'était de prime abord présentée dans la ligne d'incision, et sur laquelle on pratiqua ensuite l'anus artificiel, à dix ou douze centimètres du fond du cul-de-sac.

Comme vous pouvez le voir par la pièce pathologique, que j'ai grand plaisir à vous exhiber maintenant, nous avons pu conserver tout le canal alimentaire depuis l'S iliaque jusqu'au cardia — et cette pièce fait partie de la modeste collection pathologique de l'Hôpital de Cohoes.

Les autres organes renfermés dans la cavité abdominale n'offraient rien d'anormal; le système génito-urinaire, en particulier, était bien développé; on remarquait seulement dans le voisinage de l'ovaire gauche la présence de deux kystes hydatides, bien formés, gros comme des cassis, suspendus par de minces pédicules au bord libre du ligament large.

Il est bon de faire ici mention que la mère du petit patient avait déjà une famille de cinq enfants, tous indemnes à l'article des difformités: qu'elle-même est une femme de bonne santé: et que les *lusus naturæ* ne sont pas connus de son côté, ni de celui de son mari.

Étaient présents à l'opération: Messieurs les docteurs Parker, Montmarquet, Gervais, Adey, Crane, et plusieurs autres, et monsieur le docteur LaSalle Archambault, qui avait charge du chloroforme.

La littérature médicale est assez pauvre en ce qui touche aux anomalies congénitales du canal intestinal: atrésies, imperforations, sténoses, obstructions, etc., du moins celle que

j'ai pu avoir sous la main, et plus pauvre encore l'expérience personnelle d'un chacun. Dans une pratique, désormais assez étendue... du moins quant au temps, il ne m'a été donné de rencontrer jusqu'à ce jour que trois cas d'anus imperforé; tous les trois se sont terminés d'une manière défavorable, et aucun ne gagnerait à être rapporté car ils rentrent les uns et les autres dans la catégorie des formes ordinaires décrites dans les manuels.

Les manuels nous parlent bien des occlusions ayant leur siège à différents niveaux de la portion pelvienne du gros intestin, avec l'interposition de septa variant d'épaisseur, avec quelquefois l'ouverture de l'intestin dans un organe voisin (vessie, urèthre, vagin, etc., etc.), mais nulle part ai-je pu trouver qu'il soit fait mention d'une atrésie située très haut sur le parcours de l'appareil digestif. J'étais donc enclin à considérer l'observation ci-dessus comme jouissant du privilège de l'unicité, quand je vis dans le numéro de mars, 1903, des *Annales de Chirurgie et d'Orthopédie*, de Paris, un article publié par M. le docteur Salva Mercadé, interne des hôpitaux, sous le titre suivant: "Rétrécissement congénital de la fin de l'iléon et de tout le gros intestin:" Le cas est si intéressant, et par plus d'un détail si près d'être identique avec celui que je viens de vous rapporter, que vous me saurez gré, j'en suis sûr, de vous le citer, ainsi que les principaux points de l'article lui-même.

"Le 10 septembre 1902, dit M. Mercadé, nous recevons dans le service du professeur Lannelongue un enfant de quatre jours qui nous est présenté avec le diagnostic d'imperforation du rectum.

"L'enfant, premier né d'une mère très bien portante, n'a pas d'antécédents familiaux pathologiques. Il est né à terme le 7 septembre, à 8 heures du soir. Deux ou trois heures après la naissance il a pris quelques cuillerées d'eau sucrée, qu'il a vomies. Le lendemain, 8 septembre, l'enfant a eu encore des vomissements; il prenait bien le sein mais aussitôt après la tétée, il vomissait le lait en jaune vert. Dans la soirée, comme il n'avait eu aucune selle, la sage-femme lui a

“donné quelques cuillerées de chicorée, qu'il a vomies également. Le 9 septembre, vomissements verdâtres. Comme on n'obtenait toujours pas de selle, on fait demander un médecin qui diagnostique: imperforation du rectum. Une consultation est proposée à la famille, qui la refuse, et l'enfant est envoyé à l'hôpital le 10 septembre au matin.

“Quand nous le voyons il présente une teinte jaune foncé et très marquée. Il a des vomissements verdâtres répétés. Son pouls est inappréciable, le ventre ballonné, les anses intestinales très distendues. On constate une matité généralisée à tout l'abdomen. Le toucher rectal fait avec le cinquième doigt, permet d'enfoncer les deux premières phalanges, mais on est arrêté dans un cul-de-sac au fond duquel on ne sent aucun orifice. Le doigt n'a cependant la sensation ni de boudin fécal, ni de tumeur siégeant à ce niveau. Une sonde enfoncée par l'anus ne peut pas pénétrer à plus de trois centimètres.

“Nous pensons à une imperforation ou tout au moins à un rétrécissement du rectum, et nous faisons appeler M. Faure, chirurgien de garde.

“M. Faure fit le toucher rectal sans pouvoir aller plus loin que le cul-de-sac que nous avons senti, et devant la brèche qu'il aurait fallu faire pour arriver sur le rectum, se mit en demeure de faire un anus iliaque, quitte à faire ensuite un cathétérisme rétrograde.

“Le petit malade est endormi au chloroforme, et pendant les trois quarts d'heure que dura l'anesthésie il le supporta à merveille.

“Dans l'incision de la paroi faite dans la fosse iliaque gauche, M. Faure alla à la recherche de l'S iliaque, qui était vide et du calibre d'une plume d'oie. Les anses grêles au contraire apparaissaient distendues, rouge foncé, ecchymotiques. Par une incision médiane supplémentaire on fit l'éviscération totale, qui permit de constater que la terminaison de l'iléon était plus fortement distendue encore que le reste de l'intestin grêle. A ce niveau l'intestin semblait se terminer en cul-de-sac et au delà on ne trouvait qu'un cor-

“ don du volume d'une plume d'oie, long de cinq centimètres
 “ environ, allant se terminer dans le cœcum. Il existait donc
 “ un rétrécissement congénital de la fin de l'iléon. M. Faure
 “ aboucha la dernière anse grêle distendue à la paroi, consti-
 “ tuant ainsi un anus artificiel. La fin de l'iléon fermée par
 “ une ligature fut abandonnée dans le ventre. Dès l'ouverture
 “ de l'intestin, grande débâcle de méconium.

“ Après l'opération on fit une injection de trois cents gram-
 “ mes de sérum sous la peau. Le malade avala quelques cuil-
 “ lérées de lait et son anus fonctionna très bien. Néanmoins
 “ il mourut le lendemain, à sept heures du soir.

“ L'autopsie faite le 13 au matin nous permit de constater
 “ les lésions suivantes :

“ Rien d'anormal du côté des organes thoraciques.

“ Aucune malformation des organes abdominaux en dehors
 “ du tube digestif.

“ C'est du côté de l'intestin que siègent les lésions.

“ Malgré l'anus artificiel, les anses grêles sont encore dila-
 “ tées. Elles sont rouges, mais ne présentent aucune anoma-
 “ lie. L'estomac, le duodénum, le jéjunum et l'iléon, ouverts
 “ sur toute leur étendue, sont normalement constitués.

“ Cependant la fin de l'iléon, sur une longueur de quatre
 “ centimètres à partir du point où avait porté la ligature, est
 “ considérablement rétrécie.

“ Son calibre permet à peine l'introduction d'une sonde can-
 “ nelée.

“ L'appendice est normal.

“ Mais en revanche tout le gros intestin présente un aspect
 “ caractéristique. Sa longueur et sa situation sont normales.
 “ Mais ses dimensions sont exiguës. Alors que chez le fœtus
 “ à terme la circonférence de l'intestin grêle étant de dix, celle
 “ du côlon est de vingt, avec des variations suivant les cas, ces
 “ deux portions du tube digestif se présentent ici dans des rap-
 “ ports inverses. Cependant à partir du côlon pelvien l'intes-
 “ tin semble augmenter de volume, et de fait, le rectum est
 “ normal... Au toucher il (le gros intestin) donne la sensa-
 “ tion, par places, d'un cordon plein; il est cependant permé-
 “ able sur toute son étendue...

“ Nous avons donc affaire à un rétrécissement congénital “de la fin de l'iléon et de tout le gros intestin.”

Si maintenant nous comparons ces deux observations, nous voyons d'un seul coup d'œil que la séparation complète des deux segments du tube digestif et le niveau beaucoup plus élevé de la sténose forment les deux points essentiels de la différence qui existe entre l'observation rapportée ici et celle de M. Mercadé. La ressemblance entre les deux cas est cependant suffisante pour qu'il soit d'un intérêt scientifique peu ordinaire de les rapprocher, surtout si l'on considère, comme il a été remarqué plus haut, combien la littérature médicale laisse à désirer sur ce sujet.

Pour expliquer ces étranges anomalies, on a avancé bon nombre de théories, et M. Mercadé cite les suivantes :

“ La théorie de Sutton (oblitération exagérée du canal intestinal), laquelle, si elle peut expliquer les faits où une portion limitée de l'intestin est oblitérée, est insuffisante pour les cas où la lumière du canal digestif est conservée.”

“ La théorie de Tandler (bourgeonnement de l'épithélium), laquelle ne peut s'appliquer qu'à un nombre déterminé de cas.” etc., etc. . .

Finalement, il arrive à la conclusion que dans les cas où le rétrécissement s'étend sur un parcours aussi considérable que dans son observation, aucune des théories avancées n'est satisfaisante, et que dans de pareils cas on est forcément amené à “ penser à un arrêt de développement.” On se demande aussi naturellement à quelle époque de la vie embryonnaire on peut faire remonter l'accident, et à quelle cause le rattacher.

Par les recherches de Heckel, “ nous savons, dit-il, que jusqu'au sixième mois de la vie fœtale, l'intestin grêle est plus volumineux que le gros intestin, et que dans les mois suivants les rapports se renversent. Or dans notre cas les rapports n'ont pas changé, puisque nous avons un intestin grêle trois fois plus gros que le côlon. Il s'est donc produit au sixième mois ou avant le sixième mois un arrêt de développement de tout le gros intestin, pendant que le reste du tube digestif continuait à évoluer. Et cet arrêt de développement n'a pas por-

té seulement sur le gros intestin, mais encore sur la portion terminale de l'intestin grêle qui appartient, elle aussi, à la branche ascendante de l'anse vitelline."

Mais comment peut-on expliquer cet arrêt de développement?

"C'est là, ajoute-t-il, un problème qui jusqu'à présent n'a trouvé de solution que dans l'hypothèse. Pour tous les faits de ce genre, on a incriminé des lésions vasculaires que Durante attribue soit à des infections, soit à des intoxications à travers le placenta. Le système circulatoire du fœtus serait frappé dans son évolution, et les organes auxquels sont destinées les artères malades souffriraient dans leur vitalité et leur développement."

"Ce n'est là, continue-t-il, qu'une supposition, mais elle est admise actuellement. Si nous admettons la lésion vasculaire originelle, force nous est de supposer que les lésions ont frappé toutes les branches *descendantes* de l'artère mésentérique au stade de l'anse vitelline, à l'exclusion de tous les rameaux *ascendants* destinés aux anses grêles."

Or, pour compléter l'argument, s'il est admis que le gros intestin ainsi que la portion terminale de l'intestin grêle appartiennent l'un et l'autre à la branche ascendante de l'anse vitelline, il est aussi reconnu que cette anse dérive sa circulation chez le fœtus des ramifications descendantes de l'artère mésentérique (dans le principe, l'une des artères vitellines), tandis que les rameaux ascendants de la même artère sont distribués aux parties supérieures de l'intestin grêle. Il s'en suit donc qu'une lésion vasculaire frappant toutes les ramifications descendantes de l'artère mésentérique arrêtera la nutrition et le développement des tissus formant le champ de leur distribution — dans l'espèce, le côlon et la fin de l'iléon, — alors que les tissus suppléés par les branches ascendantes non lésées auront continué de se développer normalement.

Et c'est là même ce qui est survenu.

M. Mercadé apporte d'autres détails anatomiques au soutien de sa thèse, surtout au point de vue de la période de la vie fœtale à laquelle s'est produit l'arrêt de développement.

L'argument est d'une grande force et d'une valeur indiscutable, mais comme il ne s'applique pas ici, cela nous entraînerait trop loin d'en suivre l'exposition.

Mais si nous revenons sur l'hypothèse d'un arrêt de développement suite de lésion vasculaire ayant entravé l'apport sanguin, on ne peut s'empêcher de remarquer que cette théorie s'applique moins facilement à notre observation qu'à celle de M. Mercadé.

Comme vous l'avez remarqué, l'arrêt de développement dans notre observation est beaucoup plus étendu que dans l'observation de M. Mercadé. Il remonte beaucoup plus haut, intéressant non seulement la fin de l'iléon, mais la plus grande partie de l'intestin grêle, en sus de tout le gros intestin; par conséquent, des parties ayant une distribution vasculaire différente. En d'autres termes, des parties qui reçoivent la circulation qui leur est destinée non pas d'un seul vaisseau ou de quelques-unes de ses subdivisions, mais de plusieurs, au moins de deux, sources différentes.

Se'lon les meilleurs anatomistes — citons Cruveilhier, Sappey, Verneuil, — l'artère mésentérique inférieure pourvoit à la circulation de la portion supérieure du rectum (par ses branches terminales), de l'S iliaque, du côlon descendant et de la moitié gauche du côlon transverse (par ses branches latérales: les trois coliques), tandis que l'artère mésentérique supérieure fournit les vaisseaux qui se distribuent à l'autre moitié (la droite) du côlon transverse, au côlon ascendant, au cœcum, à l'appendice iléo-cœcal (par les trois gros troncs qui naissent de sa concavité), ainsi qu'à tout le parcours de l'intestin grêle depuis la valvule iléo-cœcale jusqu'au tiers inférieur du duodénum (par les rameaux volumineux qui partent de sa convexité et qui après de multiples ramifications s'anastomosent en bas avec l'artère colique gauche, branche de la mésentérique inférieure — la plus grande anastomose du corps humain. — et en haut avec l'artère pancréatico-duodénale, branche de l'hépatique, cette dernière anastomose s'effectuant vers le milieu de la courbe duodénale où les deux vaisseaux s'unissent par inoculation).

Dans notre observation, il ne peut donc plus être question d'une lésion ayant porté uniquement sur les ramifications *descendantes* de l'une des artères mésentériques selon qu'elles se distribuent au côlon et à la fin de l'iléon (comme "parties représentant la branche ascendante de l'anse vitelline.") On est forcé au contraire d'admettre au même titre une lésion des ramifications *ascendantes*, et de plus que cette lésion a frappé l'autre artère mésentérique dans le plus grand nombre de ses subdivisions. Nous voilà donc en présence d'une lésion vasculaire complexe, intéressant les deux artères mésentériques, la supérieure et l'inférieure, sans égard pour leur différence d'origine et de situation. Sans égard aussi pour le fait qu'une telle lésion a cependant respecté les ramifications qui se distribuent à la partie supérieure du jéjunum et à la partie inférieure du duodénum. Or cette exception, rien ne vient l'expliquer. Ce n'est certainement pas la disposition anatomique des branches ainsi épargnées. On s'explique bien, en effet, une lésion attaquant un système vasculaire à sa racine et le frappant d'impuissance dans tout son ensemble, mais on ne s'explique pas aussi facilement qu'une lésion puisse paralyser du même coup tout un réseau vasculaire et seulement partie d'un autre réseau semblablement constitué. Autant alors invoquer une anomalie de distribution des branches des artères vitellines, en outre des anomalies de développement et de croissance.

Mais il est un autre point de vue sous lequel il est encore plus difficile d'appliquer à notre observation l'hypothèse d'une lésion vasculaire.

En effet, laissant de côté la différence de distribution artérielle, ne tenant pas davantage compte de la différence de niveau auquel l'atrésie est survenue, il faut se rappeler que cette atrésie n'est pas un simple rétrécissement avec persistance de la perméabilité du tube intestinal, mais une occlusion complète par séparation et disjonction absolues des deux bouts divisés et oblitérés.

En présence d'un tel contraste et d'une telle disparité dans la nature des deux malformations, il n'est donc pas étonnant

que dans notre cas on puisse songer tout aussi bien à un défaut d'innervation qu'à une lésion vasculaire, ou mieux encore, et plus pertinemment, invoquer quelque forme obscure d'*obstruction mécanique*. Une fois dans ce champ, l'esprit s'arrête volontiers aux possibilités d'une intussusception, d'un volvulus, d'un *étranglement* par des *bandes de pseudo-formation* ou par un diverticulum — comme la chose eût pu être, par exemple, par le diverticule de Meckel, si l'atrésie eût été localisée plus bas. A cette hauteur ce sont plutôt des bandes de pseudo-formation qui s'offrent comme l'hypothèse la plus plausible, soit que le péritoine ait formé repli sur le trajet de l'intestin, soit qu'il ait fourni un prolongement anormal, et que dans l'un ou l'autre cas, son propre défaut de nutrition et par suite sa rétraction aient entraîné l'étranglement progressif, l'occlusion, et finalement la séparation de la partie de l'intestin mise en cause.

Ce n'était donc guère s'éloigner de la vérité que de considérer, comme nous l'avons exprimé plus haut, que, à certain moment au cours de la vie embryonnaire, une obstruction mécanique s'est produite, entraînant un double étranglement du tube digestif, ayant pour résultat définitif une séparation complète de la partie étranglée en deux bouts absolument disjoints.

Résumons-nous. Quoiqu'il en soit des hypothèses, dont le champ restera toujours illimité, si l'on peut concevoir quelque doute quant à la véritable interprétation de la lésion anatomique qui s'est produite, il n'en peut exister aucun quant à la période de la gestation à laquelle cette lésion est survenue. Qu'elle soit survenue vers le sixième mois, et antérieurement au septième, cela est parfaitement établi dans les deux observations.

MEMOIRES

CURE RADICALE DE LA NEURALGIE TRIFACIALE PAR L'EXTIRPATION DU GANGLION DE GASSER (1)

(PRÉSENTATION DU MALADE)

Par AMEDEE MARIEN,

Agé de 4, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

Messieurs, j'ai l'honneur de présenter un malade à qui j'ai fait, il y aura bientôt un an, l'extirpation du ganglion de Gasser, pour la cure radicale d'une névralgie trifaciale, rebelle, ayant résisté à tout traitement médical et à plusieurs opérations partielles. Ce malade, qui souffrait atrocement, au point de vouloir se suicider, est parfaitement guéri et n'a plus ressenti une seule douleur depuis son réveil chloroformique, en septembre 1903.

Je crois intéressant de vous communiquer cette observation, non pas dans le but de publier une opération *audacieuse* et *exceptionnelle*, mais pour ajouter un fait de plus à la série des merveilleux résultats obtenus par cette intervention *vraiment chirurgicale*, qui est l'une des plus belles conquêtes de la chirurgie moderne. La cure radicale de la névralgie trifaciale est cependant encore discutée et contestée même par plusieurs chirurgiens éminents.

Si l'on consulte les Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris, depuis 1900, l'on trouve un cas rapporté par G. Marchand, en juin 1900, un deuxième par G. Marchand, en 1901, un autre par P. Delbet, en 1901, enfin une résection du nerf maxillaire inférieur et destruction du ganglion de Gasser, par G. Marchand, février 1902, et c'est tout. Pour l'année 1903, l'on ne voit qu'une observation de "Tic douloureux de la face," traité par la résection du ganglion cervical supérieur du grand sympathique, par M. Poirier, qui écrit: "Le malade que je vous présente m'avait été envoyé pour que je lui fisse la résection du ganglion de Gasser. Je lui ai fait la résection du ganglion cervical du côté malade, ajournant à plus tard

(1) Communication au 11e Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, à Montréal, juin 1904.

la résection du Gasser, que je considère comme une opération délicate et très grave sur le vivant, même par le procédé dont j'ai réglé les temps."

Malgré ces réflexions peu encourageantes d'un des auteurs de cette méthode, il faut tenir compte des conclusions de Gérard Marchand, dans la dernière communication qu'il a faite, en date du 12 février 1902, à la Société de Chirurgie: Je dois tous mes succès antérieurs, dit-il, à ma préoccupation constante dans cette opération, de "*faire le minimum de dégâts.*" Et mes malades paraissent et restent guéris, puisque je pourrais vous représenter des opérés de quatre ans, trois ans! C'est donc bien et suffisant.

Dans la Presse Médicale, de Paris, le 14 novembre 1903, en décrivant une nouvelle opération pour l'Exérèse du Trijumeau, M. L. Ramonèle commence son article en disant: "On connaît les objections dont est passible l'opération de Krause, soit l'ablation du ganglion de Gasser. L'une d'elles, et non la moindre, est le doute qui plane sur la possibilité de l'*exécution parfaite* du temps fondamental. Ce doute, bien fondé à mon sens, est suffisant, à lui seul, pour amener les chirurgiens à tenter une autre voie, pour la guérison du tic douloureux."

"L'opération que je propose, dit-il, à mon tour, après une étude minutieuse, a pour objet de faire porter la résection sur le tronc du nerf, en un point situé entre son émergence protubérantielle et son arrivée au ganglion sémilunaire, etc."

Pour ma part, Messieurs, je ne suis pas suffisamment autorisé pour oser prendre part à la discussion de cette sérieuse question scientifique, et je ne puis, dans ce débat, que présenter une seule observation et mon malade, qui est parfaitement guéri depuis dix mois, d'une maladie atroce et rebelle à tout autre traitement.

Comme vous pouvez le constater, ce malade est absolument guéri, sans déformation apparente, sauf une paralysie de la paupière supérieure causée par une paralysie faciale portant sur l'orbiculaire. Depuis le moment où il est monté sur la table d'opération, ce malade n'a plus eu une seule crise, il s'est remis à manger et à engraisser, il a repris ses occupa-

tions pénibles de fermier et a commencé à se sentir revivre, comme il dit.

Je vous fait part de l'observation recueillie en collaboration avec mon ami le Dr R. Hamelin, interne de l'Hôtel-Dieu:

OBSERVATION: Le nommé Philippe R., âgé de 43 ans, cultivateur de sa profession, entre à l'hôpital le 26 septembre 1903, pour une névralgie grave du trijumeau ou "Tic douloureux de la face." C'est un homme robuste mais très amaigri; il est intelligent, calme et bien résigné.

Il sait d'ailleurs que l'opération qu'il doit subir est très grave et qu'il a bien des chances de mourir sur la table d'opération. Cependant, il préfère courir tous les risques, parce que pour lui la vie est devenue *insupportable*.

Voici l'histoire qu'il raconte: Un matin du mois de mars 1899, au moment où il mettait dans sa bouche la première bouchée de son déjeuner, il sentit dans tout le côté droit de la tête, mais surtout de la face, au niveau des maxillaires supérieurs et inférieurs, une douleur atroce, qui dura pendant une minute au moins et disparut sans laisser aucune trace de sensibilité.

Quatre semaines plus tard, la même crise douloureuse se répéta brusquement, dans les mêmes circonstances, avec la même intensité et la même durée. La semaine suivante, nouvelle attaque, qui laisse après elle une sensibilité sourde et une grande appréhension de voir la crise se répéter.

C'est à partir de cette époque, que deux ou trois fois par semaine, le malade sent venir sa crise, qui le force à se prendre à plaines mains le côté droit de la figure qui se crispe.

Les crises douloureuses se répètent de plus en plus souvent et au mois de juillet 1902, elles se produisaient tous les jours. C'est alors que les douleurs, devenues intolérables et rebelles à tout traitement médical, M. le Dr L. P. Normand, des Trois-Rivières, pratiqua une résection du nerf sous-orbitaire, dont on voit la cicatrice.

Cette opération eut pour effet de soulager considérablement le malade; la crise douloureuse se répétait moins souvent et avec moins d'intensité. Mais au bout de six mois, la

douleur se reproduit avec la même fréquence et la même violence.

Au mois de février 1903, le Dr Normand a fait une autre résection dans la région sus-orbitaire (cicatrice sus-orbitaire). Cette nouvelle opération procura encore un soulagement passager de quelques mois. Depuis il n'y eut aucun soulagement; au contraire, la douleur augmente et les crises sont plus violentes; elles surviennent toutes les dix minutes, nuit et jour, et le malheureux malade a été jusqu'à trois semaines sans pouvoir dormir, malgré de fortes doses d'opium.

Au moment où il entre à l'Hôtel-Dieu, il a en moyenne deux attaques violentes par cinq minutes. Les douleurs sont atroces et comparées à des sensations de broiement, d'arrachement des os, à des étincelles électriques, à des raies de feu; la douleur atteint son paroxysme au début de la crise, et le malade, en causant, se comprime violemment le côté droit de la face avec la main qui est libre, environ durant une minute pour continuer ensuite la conversation qu'il a été forcé d'interrompre.

La crise commencée, les douleurs siègent sur la moitié droite du crâne et de la face; mais leur maximum est vers la région fronto-pariétale, à l'arcade sourcillière et à la commissure labiale. La peau est douloureuse, ainsi que les rebords alvéolaires, surtout le rebord alvéolaire supérieur. Pendant la crise, il n'y a pas de troubles de la vision; pas d'irradiation du côté de l'oreille, ni du côté de la langue, sauf un léger engourdissement. Il n'existe aucun trouble du côté opposé de la face.

Ces douleurs sont accompagnées d'un clignotement de l'œil droit, d'un écoulement de larmes et d'un peu de salivation. Elles cessent brusquement et le malade éprouve une sensation de bien-être.

Entre les crises, la peau du côté droit de la face est hyperesthésiée; le moindre contact, le plus petit attouchement, la mastication, la parole ramènent les crises. Les points mentonniers, orbitaire et sus-orbitaire sont douloureux et leur pression provoque une crise.

La face paraît un peu asymétrique. Le reste de l'organisme ne présente aucune difformité; pas de troubles sensitifs, moteurs et trophiques.

Les antécédents héréditaires du malade n'offrent rien de particulier à noter; père mort de pleurésie à 44 ans; mère morte de maladie de l'estomac, à 69 ans.

Antécédents personnels: A l'âge de 18 ans, une attaque de fièvres tremblantes sans récurrence; à 32 ans il fut traité pendant un an et demi pour de la faiblesse; absolument rien autre chose.

Opération: Extirpation, par arrachement du ganglion de Gasser, opérée le 29 septembre 1903.

La technique suivie a été celle décrite par Juvara et précédemment employée et décrite par MM. Quenu et Sèbillot, et par M. Poirier: c'est la voie du plan osseux sphéno-temporal.

Anesthésie au chloroforme. Une incision en forme de fer à cheval commence à 1 centimètre au-dessous du tubercule du malaire, remonte d'abord rectiligne en passant en arrière du bord de l'orbite et, arrivée dans la fosse temporale, un peu au-dessus du sourcil, elle se dirige en arrière, puis au bas pour se terminer au-devant de l'oreille. Incision de la peau et de la couche musculaire jusqu'à l'aponévrose temporale. Résection au ciseau et à la scie filiforme de Gigli de l'arcade zygomatique. La section de l'aponévrose et du muscle temporal est faite profondément jusqu'à l'os, en faisant suivre au bistouri l'incision cutanée; ligature des artères musculaires et des temporales profondes.

Le lambeau ostéo-musculaire est rabattu et fortement récliné au bas par un écarteur placé sous le plafond osseux sphéno-temporal, qui est bien exposé.

Avec le crochet explorateur, le bec dirigé en haut, on explore le plan sphéno-temporal, et après beaucoup de tâtonnement on réussit à introduire le bec du crochet dans le trou ovale qui est bien reconnu et jalonné, et à un centimètre au-dessus de la crête sphénoïdale, au niveau de la tige de l'explorateur, on pratique dans la fosse temporale une trépanation qui servira d'amorce pour la résection du plan sphéno-

temporal. A l'aide d'un vibrequin, armé d'abord d'une flèche puis d'une fraise, l'on creuse dans la fosse temporale un orifice, au fond duquel la dure-mère apparaît tendue et absolument intacte. Ce premier orifice creusé, l'on continue à la gouge et au maillet, la résection du plan sphéno-temporal jusqu'au niveau des trous ovale et grand rond.

Ce temps de l'opération est difficile et très laborieux, car ce n'est pas comme sur le cadavre, la voûte osseuse est très épaissie (à peu près du double chez notre malade); la substance osseuse éburnée est très dure et il faut frapper avec violence sur la gouge pour la faire pénétrer vers le trou ovale.

A ce moment il se produisit une hémorrhagie formidable, très difficile à contrôler. L'hémorrhagie venait de la méningée moyenne blessée par la fracture d'un coin du sphénoïde traversé par le trou petit rond; et ce n'est qu'après avoir enlevé le fragment fracturé, qui avait près d'un centimètre carré, que l'on réussit à pincer la méningée et à la ligaturer. Cette brèche donna beaucoup de jour et l'on aperçut très bien sortant par le trou oval, un cordon épais qui constitue le nerf maxillaire inférieur.

En continuant à creuser de la même manière vers le côté antérieur, l'on mit bien à découvert, sur une longueur de plusieurs millimètres, le nerf maxillaire supérieur, dans son conduit grand rond.

Alors il fut facile, après les avoir dégagés avec la sonde cannelée, de réséquer les cordons nerveux; la dure-mère est déchirée le long du bord antéro-inférieur du ganglion de Gasser, et à l'aide de longues pinces à griffes fines, on arrache les tronçons nerveux avec des morceaux de la masse ganglionnaire.

Après cette résection, la région est réparée en remettant en place les différents plans: le ptérygoidien externe et le périoste sont repoussés vers le plafond, l'arcade zygomatique est remise en place et suturée ainsi que l'aponévrose et le muscle temporal. Suture de la peau.

Les suites de l'opération sont très simples et le malade quitte l'hôpital un mois après l'opération, le 29 octobre 1903.

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

Par le Dr GEORGES VILLENEUVE,

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

Il est impossible d'aborder le sujet qui fait l'objet de ce rapport, sans rappeler immédiatement, comme le disait avec tant d'à-propos, Maître Demange, une des célébrités du barreau français, celui dont le nom universellement connu et justement célèbre, synonyme de science et de dévouement, personnifie la médecine légale: M. le professeur Brouardel, ancien doyen de la faculté de médecine de Paris, qui occupe depuis longtemps et avec tant d'éclat la chaire de médecine légale à la faculté de médecine de Paris.

L'œuvre de M. Brouardel est considérable, fruit d'une expérience aussi vaste que le sujet qu'elle comporte. Dans ses remarquables expertises dont les rapports sont des modèles du genre, pour les cas particuliers qu'ils concernent, M. Brouardel a étudié tous les sujets, sous leurs multiples aspects et a fixé l'état actuel de nos connaissances médico-légales, les devançant souvent et jettant partout de précieux jalons, pour indiquer la bonne route aux assoiffés de la vérité, suivant ses traces, dans la voie qu'il leur indique, avec une si parfaite maîtrise.

Soucieux d'assurer à la justice le concours d'experts autorisés, M. Brouardel entreprit dès le début de son professorat de reformer en France l'enseignement de la médecine légale et réussit à l'élever à la hauteur qu'il occupe aujourd'hui.

Désireux de compléter son œuvre par la sanction pratique de cet enseignement, il a agité la question de la réforme de l'expertise médico-légale, en demandant de ne la confier qu'à des compétences spéciales. C'est dans ses rapports, ses écrits, ses discussions à la société de médecine légale de France que

(1) Rapport lu à la séance générale du Congrès.

je cueillerai les meilleurs éléments de l'étude qui va suivre. Avant d'entrer en matière, je désire faire hommage à M. Brouardel des nombreux emprunts que je lui ferai, car il n'est pas possible de faire mieux en médecine légale, que de répéter ce que M. Brouardel a dit. Cependant j'invoquerai aussi les résultats de mon expérience personnelle en médecine légale, déjà longue hélas, puisqu'elle indique la fuite des années et dans mon professorat, qui m'ont familiarisé avec les questions relatives à l'expertise médico-légale et la pratique de la médecine légale.

Durant mes études à la Morgue de Paris, j'ai reçu de M. Brouardel et de ses distingués collègues, MM. les Drs Vibert et Descourt, quoique modeste auditeur, l'accueil le plus bienveillant, je désire leur exprimer publiquement toute la reconnaissance que j'en éprouve et que je leur ai conservée.

Dans ce rapport que je ferai aussi court que possible, je me propose de parler d'abord des qualités requises pour être médecin expert et de la préparation spéciale qu'exige l'exercice de la médecine légale, puis, je rechercherai si la pratique actuelle donne des garanties suffisantes à la société. Comme je crois pouvoir inclure à la nécessité d'une réforme, je m'efforcerai d'établir quels sont les modifications, qui, d'après moi, pourraient porter remède au mal que nous déplorons.

I. — QUALITÉS NÉCESSAIRES POUR ÊTRE MÉDECIN EXPERT. — Dans son remarquable rapport présenté à la société de médecine-légale de France, le 14 janvier 1884, M. le professeur Brouardel énumère comme suit les qualités nécessaires pour être médecin expert. " Pour être un médecin légiste suffisant, il faut, dit-il, avoir des connaissances complètes en médecine, en chirurgie, en accouchement, savoir faire une autopsie, savoir distinguer les lésions spontanées des lésions provoquées; être exercé aux recherches microscopiques nécessaires pour déterminer la nature des taches de sang, de sperme, de méconium, etc.; avoir étudié les symptômes, les lésions produites par les diverses intoxications. Si le chimiste est seul compé-

tent pour déceler la présence d'une substance toxique dans les viscères, le médecin seul peut établir qu'entre les symptômes, les lésions, les expériences physiologiques et les résultats fournis par le chimiste, il existe une concordance ou une discordance, permettant d'affirmer qu'il y a ou qu'il n'y a pas d'intoxication."

Cet exposé exige des connaissances encyclopédiques que nous ne pouvons nous attendre à rencontrer chez le même médecin, si bien doué qu'il soit; mais il y en a qu'il doit posséder absolument, s'il veut mériter même au plus léger titre, d'être appelé médecin expert. Je place en premières lignes des connaissances complètes en anatomie pathologique, non-seulement en anatomie pathologique ordinaire, mais à fortiori en anatomie pathologique médico-légale, c'est-à-dire qu'il doit pouvoir reconnaître non-seulement les lésions produites par la maladie de celles provoquées par des violences ou des intoxications, et les unes et les autres des changements dus uniquement à la putréfaction, mais aussi les modifications que leur fait subir la putréfaction.

Il doit aussi connaître parfaitement les phénomènes cadavériques si importants et si fertiles en renseignements, et qui peuvent induire en erreur le médecin non prévenu. N'ai-je pas vu un médecin prendre des lividités cadavériques pour des ecchymoses? N'avons-nous pas présent à la mémoire cette affaire où, du degré de rigidité cadavérique et de l'élévation des membres au moment de la découverte du cadavre dépendait l'acquittement ou la condamnation d'un mari accusé du meurtre de sa femme, et où deux longs procès ont roulé presque exclusivement sur la présence et l'interprétation de ces phénomènes. Si je fais de l'anatomie pathologique ainsi comprise la pierre angulaire de l'instruction de l'expert, c'est que sans elle une autopsie médico-légale est impossible. L'ignorance de l'expert sur cette matière peut causer des maux irréparables, car, suivant la formule consacrée parce qu'elle est vraie: *une autopsie mal faite ne se répare pas*. C'est regrettable quand un crime reste impuni; mais c'est le pire des malheurs quand un innocent en souffre.

La connaissance de l'histologie a une importance égale à celle de l'anatomie pathologique, c'est d'elle que relève surtout l'examen des empreintes et des taches. L'expert doit pouvoir déceler l'origine des taches produites non-seulement par le sang, mais aussi de tous les autres liquides ou substances de l'économie, et même les distinguer de celles produites par toute autre matière, c'est-à-dire qu'il doit connaître tous les éléments de l'histologie humaine, de l'histologie animale, non-seulement à l'état normal, mais aussi les altérations qu'ils subissent, sous l'action de l'air de la température, des liquides ou par le fait de la putréfaction. Il doit aussi connaître les caractères microscopiques des substances minérales et végétales, afin le pouvoir rapporter à ces substances les taches qui leur sont dues.

A l'appui de cette thèse, Brouardel rapporte le fait suivant : "Un sieur Jean est accusé d'avoir tué une vieille femme, (cour d'Assises de Versailles 1881). Les experts, un chimiste et un médecin affirment dans leur rapport que, sur sa blouse se trouvent des taches de *sang humain*. L'avocat de l'accusé cite l'opinion des auteurs les plus autorisés qui enseignent tous, qu'il est impossible de distinguer le sang humain, quand il est desséché, du sang des autres mammifères. Les experts sont rappelés, le médecin dit qu'en effet il a été téméraire en parlant de sang humain, qu'il aurait dû dire seulement : *sang de mammifère*.

Le chimiste persiste dans ses conclusions. L'avocat de l'accusé discute ces conclusions et parvient à faire remettre l'affaire, pour qu'une contre-expertise soit pratiquée. La cour commet MM. L. Hote, Bergeron et Brouardel; ces prétendues taches de sang étaient formées par des *spores de champignon*. Il n'y avait pas de sang. L'accusé fut acquitté.

L'expert ne peut pas non plus ignorer la microbiologie; elle est indispensable pour reconnaître l'origine de certaines lésions pathologiques. Elle peut aussi résoudre un diagnostic entre une intoxication et une infection par la présence du microbe révélateur. Dans une affaire où nous fûmes commis, le regretté Dr Johnston et moi, nous avons pu, en rattachant,

par l'examen bactériologique, à l'infection pneumococcique, des lésions généralisées (pleurésie, péricardite, péritonite) et reporter à sa véritable cause une mort que l'on attribuait à une dose élevée de tartre stibié, qui n'avait pu qu'aggraver la maladie.

J'accorde donc la première place à l'anatomie pathologique, concurremment avec la microbiologie et l'histologie parmi les connaissances requises pour être médecin expert et je n'hésite pas à les déclarer absolument indispensables, puisque les constatations nécropsiques sont la base même de l'expertise. Le diagnostic médico-légal exige de plus la connaissance approfondie des lésions provoquées et les phénomènes cadavériques, pour retracer le véritable caractère de la lésion à travers les transformations qu'elle a pu subir, sous l'action de la putréfaction de l'air, de la température, des liquides etc. La détermination de taches et des empreintes, la recherche des cheveux et des poils, au point de vue médico-légal, exigent une instruction technique spéciale, en plus des connaissances usuelles parce que l'expert opère toujours dans des conditions particulières.

Toutes ces connaissances doivent être acquises et c'est là un point capital, au moment où l'expert opère, car il ne peut être question à propos de ces contestations, que de confrontation ou de comparaison, avec les résultats de son expérience et les faits connus. Il ne doit jamais s'agir au point de vue de son instruction d'une recherche vers l'inconnu. Elles sont indispensables, parce que les opérations auxquelles se livre l'expert sont définitives, puisque personne ne pourra les reprendre après lui, dans les mêmes conditions, ni sous le même aspect. C'est ce qui a fait dire qu'une autopsie mal faite ne se répare pas.

Cependant la justice s'adresse souvent à des médecins qui n'ont jamais fait une autopsie, avant celle qui leur est réclamée, et quelquefois même dans des affaires excessivement graves et pour des cas d'une excessive difficulté. On trouve naturel de s'adresser à des spécialistes, pour toutes les opérations d'un caractère particulier, reconnaissant par là le prin-

cipe de connaissances spéciales, on va trouver un oculiste pour une cataracte et cependant on confie une autopsie médico-légale qui exige tout autant de connaissances spéciales à n'importe quel médecin. De plus, des médecins qui dirigent leurs clients vers des spécialistes qui réclament l'auriste pour une maladie des oreilles, le gynécologue pour une maladie de l'utérus, reconnaissant eux-mêmes par là le principe des connaissances spéciales, n'hésitent pas non plus à se charger d'une autopsie alors qu'ils ignorent souvent les données les plus élémentaires de l'anatomie pathologique et qu'ils n'ont jamais manié le microscope; et ce ne sont pas toujours ceux-là qui sont les plus modestes, ni les moins affirmatifs dans leurs conclusions.

Nous avons insisté sur la nécessité pour l'expert de posséder des connaissances complètes en histologie, en anatomie pathologique et en microbiologie, parce que l'autopsie n'est pas tout: rarement, l'opération première est suffisante, et les constatations macroscopiques satisfaisantes, des recherches anatomiques, histologiques et microbiologiques s'imposent presque toujours.

Nous verrons dans l'article suivant, que mêmes ces qualités ne suffisent pas à un expert, s'il n'a pas appris par une instruction spéciale à les appliquer à la pratique de la médecine légale.

Avant de quitter ce sujet, sur lequel je me suis étendu longuement, qu'en rapport avec l'importance que je lui attache, je désire ajouter, à propos de l'autopsie, quelques considérations pratiques, que j'emprunte à Brouardel et insiste avec lui, sur l'importance de la rédaction immédiate du rapport d'autopsie.

Assez souvent ce rapport n'est jamais exigé, ou bien ne l'est pas longtemps après, ce qui fait craindre pour son exactitude, ou bien il est insuffisant, se bornant simplement à l'énumération des conclusions. En tous cas, tout contrôle intérieur est impossible, et à la vieille formule: " Une autopsie mal faite ne se répare pas " on peut ajouter: L'interprétation d'une autopsie ne peut se faire dans les conditions actuelles que par l'opérateur lui-même.

M. Brouardel propose d'emprunter à l'Allemagne une règle de pratique qu'il croit excellente. En Allemagne, une autopsie n'est jamais faite par le médecin expert seul, il est assisté par un second médecin, et l'autopsie se fait en présence du magistrat.

Le greffier écrit sous la dictée du médecin pendant l'autopsie, tous les caractères des lésions à mesure qu'on les découvre. Ce procès-verbal doit fournir réponse à toutes les questions posées dans un règlement, *le régulateur*. Pour chaque organe, un certain nombre de caractères doivent être précisés. De cette façon une autopsie est toujours complète. L'expert ne peut se dispenser de dire dans quel état était tous les organes. Puis lorsque l'autopsie est terminée, le médecin signe ce procès-verbal qui est "*ne varictur*." Il lui en est donné un double et, rentré chez lui il rédige son rapport sur ce procès-verbal authentique. L'autopsie est donc complète et le contrôle des conclusions tirées, cette opération est toujours possible.

* * *

II. — CARACTÈRE PARTICULIER DE LA MÉDECINE LÉGALE, SA PLACE EXCLUSIVE DANS LES CONNAISSANCES MÉDICALES; IMPORTANCE DU RÔLE DU MÉDECIN EXPERT, NÉCESSITÉ D'UNE PRÉPARATION SPÉCIALE POUR LA PRATIQUE DE LA MÉDECINE LÉGALE. — La médecine légale, dit Marc, est l'application des connaissances médicales aux cas de procédure civile et criminelle qui peuvent être éclairées par elle.

M. le Dr Vibert dans son remarquable traité de médecine légale commentant cette définition, déclare qu'elle lui semble une des meilleurs de celles qui ont été données de la médecine légale, celle qui précise le mieux son but et limite le plus exactement son domaine et il ajoute les considérations suivantes, que je lui emprunte. " Le rôle du médecin légiste, du *médecin expert* est donc de conseiller la justice; c'est d'après son opinion que le juge apprécie certains faits qui échappent à sa compétence, et il délègue en quelque sorte une partie de son autorité, car, suivant l'expression d'Ambroise Paré, le père de la médecine légale en France, " les magistrats jugent suivant qu'on leur rapporte.

“ Il serait superflu d'insister sur l'importance et la gravité de ce rôle. Le médecin expert se livre à des contestations qui généralement, en vertu de leur nature même, ne peuvent pas être renouvelées par d'autres; il discute au nom d'une science dont les principes sont ordinairement inconnus de ceux à qui ils s'adresse, de sorte que des affirmations sont souvent sans contrôle, et doivent être acceptées telles qu'elles sont formulées.

“ Or ces déclarations ont souvent une importance capitale, dans le débat, et l'on peut dire que dans bon nombre de cas c'est d'elle que dépend l'acquiescement ou la condamnation d'un accusé.

“ La grandeur de ces fonctions, la responsabilité qu'elle comporte vis-à-vis de la conscience de tout honnête homme, réclame impérieusement de celui qui les remplit une compétence particulière et une préparation spéciale. C'est là un point qui n'est pas assez compris de tous les médecins, et c'est pourquoi l'on voit quelquefois des praticiens, bons cliniciens d'ailleurs, s'acquiescer d'une façon un peu insuffisante de la tâche d'expert qui leur est accidentellement confiés.”

Dans son introduction au précis de médecine légale de Vibert, le professeur Brouardel dit que la grande difficulté, dans la pratique de la médecine légale, est de savoir appliquer ses connaissances médicales, à cette forme toute spéciale de la médecine :

“ Ce qui constitue, en effet, le caractère propre de la médecine légale, c'est la façon dont le médecin doit apprécier les questions qui lui sont soumises, les étudier et en tirer les conclusions. Je dirai volontiers que c'est cette méthode différente de la méthode des autres sciences médicales, qui constitue l'essence de la médecine légale.

“ Les preuves abondent. Lorsque quelqu'un, client ou confrère interroge un médecin praticien sur tel ou tel malade, que lui demande-t-il? Son opinion sur la nature de la maladie, sur l'avenir du malade. Le médecin répond et procède par affirmations plus ou moins tempérées par la prudence. La marche de la maladie se chargera de montrer la valeur de ses appré-

ciations, et, au jour le jour, suivant les événements, les médecins les rectifiera. Les faits sont en voie d'évolution, cette évolution est pleine d'inconnu, le médecin ne raisonne pas sur un fait accompli, définitif, mais sur des probabilités qui sont dans le futur. Il donne *une opinion*.

“ Est-ce là ce qui se passe en médecine légale? Non. La justice n'intervient d'ordinaire que lorsqu'un acte délictueux ou criminel a été commis. Elle n'a pas à prévenir mais à réprimer. Les faits sur lesquels elle interroge le médecin légal sont accomplis, définitifs, et elle lui demande quelles ont été les circonstances de crime ou de délit dont l'interprétation est du ressort du médecin. Celui-ci doit donc fournir non pas une opinion modifiable suivant les circonstances qui surviendront, il n'en surviendra pas de nouvelles, mais une *démonstration*. Il doit dire qu'il est évident, qu'il est prouvé que tel accident a eu pour cause directe tel ou tel fait, que la victime a succombé par telle lésions produite par telle arme ou tel coup, ou bien qu'il n'est pas possible de prouver que les choses se sont passées ainsi.

“ Pour l'expert il ne s'agit pas de dire : “ Il est probable que tel ou tel fait a été accompli, dans telles conditions, mais il est démontré ou il n'est pas démontré que tel fait a été accompli dans telles conditions.

“ Il est donc en médecine légale, une méthode propre, elle ne dérive pas de la façon dont le médecin est habitué à raisonner; elle en est très éloignée, et je répète que sa conquête est une de plus grandes difficultés de la médecine légale.”

Ainsi le rôle du médecin expert est important et la pratique de la médecine légale d'une méthode spéciale; mais nous allons voir aussi que la médecine légale elle-même occupe dans les cercles des connaissances médicales, une situation particulière et exclusive.

C'est en effet, une erreur de croire, dit Vibert, que la médecine légale n'a pas besoin d'être étudiée, qu'elle n'est que la facile application à des cas particuliers des connaissances qui constituent les diverses branches de la science médicale.

La médecine légale comprend un certain nombre de ques-

tions, celles par exemple, relatives aux asphyxiés, aux attentats à la pudeur, au viol, etc., qui lui sont propres; et d'autres parts, si elle emprunte à l'anatomie, à la pathologie, à la physiologie, etc., presque tous ses éléments, son rôle est précisément d'utiliser ceux-ci, d'une façon particulière, de discuter le parti qu'on en peut tirer, pour le but spécial qu'elle poursuit, de signaler les difficultés et les causes d'erreurs qu'on ne peut prévoir à *prioré*, ni résoudre sans étude préalable.

Dans cet ordre d'idées, on peut citer comme exemple la différenciation générique et individuelle du sang par les sérums précipitants, la cryoscopie du sang dans le diagnostic de la mort par submersion et l'application de l'entomologie à la médecine légale.

Tout le monde connaît au moins dans ses grandes lignes, l'histoire des sérums spécifiques (1). M. Vincent professeur au Val-de-Grâce résume l'état actuel de cet méthode et rapporte comme suit dans les annales d'hygiène publique et de médecine légale, livraison de janvier 1904, un intéressant usage qu'il en fit dans une affaire qui lui fut soumise:

“ Avant l'importante découverte de Bordet sur l'agglutination des globules rouges et la formation de précipités par le sérum d'animaux injectés avec du sang défibriné d'un autre animal, le problème de la distinction du sang de l'homme et de celui des animaux était considéré comme insoluble. Ni l'examen microscopique ou spectroscopique, ni les réactions chimiques, ni les caractères des cristaux du sang ne permettaient, en effet, de discerner particulièrement le sang de l'homme de celui des autres mammifères.

“ En injectant du sang défibriné d'un cobaye à des lapins, Bordet provoquait, dans le sang de ces derniers, la formation d'une substance capable d'agglutiner les globules rouges du cobaye et de déterminer un précipité dans le sérum de cet animal,

“ Ce précipité est spécifique. Il ne se forme pas en présence du sang d'un animal autre que celui du cobaye. L'in-

(1) J'ai déjà commenté, dans l'UNION MÉDICALE DU CANADA, un important travail sur cette question, écrit par le Dr Stoenescu, l'éminent expert de Bucharest.

jection du sang d'un autre animal au lapin détermine, du reste, chez le lapin, la production d'agglutinines également spécifiques pour le sang de cet autre animal.

“ Appliquant ce principe, Uhlenhuth, Wassermann et Schutze, Ogier et Hersher, Stoenesco, Stern, Mertens, Minovici, ont indiqué des règles pratiques pour la détermination médico-légale du sang de l'homme ou celui d'autres espèces animales.

“ J'ai eu, moi-même, à pratiquer cette recherche dans un cas analogue, et elle m'a conduit à faire quelques constatations qu'il m'a paru utile d'exposer dans le présent travail.

“ Voici, d'abord, le cas à propos duquel cet examen médico-légal a été nécessaire.

“ Un cheval appartenant à un régiment d'artillerie avait reçu une blessure dont l'origine n'avait pas pu être déterminé.

“ Cette blessure semblait due à un coup de couteau. On soupçonna un homme qui fut trouvé possesseur d'un mouchoir taché de sang. Interrogé, il déclara avoir eu un saignement de nez, d'où les taches existant sur son mouchoir. Celui-ci me fut envoyé au laboratoire de Bactériologie du Val-de-Grâce, à l'effet de rechercher si les taches avaient été produites par du sang humain ou par du sang de cheval. Les taches disséminées sur le mouchoir étaient assez petites, irrégulières, peu nombreuses.

“ Voici comment j'ai procédé pour en faire l'expertise.

“ Un lapin (A), pesant 2300 grammes, a reçu, dans la péritoine ou sous la peau, six injections de sérum de sang humain prélevé et injecté avec les précautions aseptiques nécessaires; chaque dose était de 8 à 10 centimètres cubes. Les injections ont été espacées de deux à quatre jours, parfois davantage, car chacune amenait un amaigrissement momentané de 30 à 60 grammes, et il était nécessaire de permettre à l'animal de récupérer son poids avant de renouveler l'injection. La santé et l'appétit de ce lapin restèrent, d'ailleurs, normaux.

“ Un deuxième lapin (B), pesant 2450 grammes, a reçu, dans des conditions semblables, six injections de sérum de cheval, chacune de 10 centimètres cubes.

“ Ces deux animaux ont ensuite été laissés au repos pendant une semaine, après laquelle j'ai prélevé à chacun d'eux 5 centimètres cubes de sang. Ce sang a été abandonné à la coagulation.

“ Il y avait donc lieu de rechercher lequel des deux sérums déterminerait la formation d'un coagulum en présence du sang du mouchoir.

“ A cet effet, les taches de sang ont été découpées et mises à macérer pendant deux heures dans 5 centimètres cubes de solution physiologique de sel marin. Le liquide de macération, à peine teinté en jaune très pâle, a été filtré jusqu'à complète clarification et reparti ensuite dans plusieurs tubes.

“ L'un des tubes (a) a été additionné de un centimètre cube du sérum du lapin A. Dans un second tube (b), j'ai versé un centimètre cube du sérum du lapin B. Un autre tube témoin (c) a été abandonné à lui-même sans addition de sérum.

“ Or après deux heures, et à la température du laboratoire, sière assez abondante, dans le tube (a) additionné du sérum du lapin A, ayant reçu les injections du sang humain. Le tube (b), dans lequel on avait versé le sérum du lapin B (soumis aux injections de sang de cheval), est resté parfaitement limpide. Il en a été de même du tube témoin.

“ Comme contre-épreuve, les sérums de deux lapins, additionnés de leur sérum homologue (sérum humain pour le lapin A, sérum de cheval pour le lapin B) ont donné un coagulum abondant.

“ Ces résultats ont été obtenus avec la netteté et la simplicité d'une réaction chimique. La méthode est extrêmement sensible, car j'ai dû opérer sur une dilution très faible de sang.

“ En conséquence, il y avait lieu de conclure que les taches de sang du mouchoir soumises à l'expertise *appartenaient à du sang humain.* ”

Serrant de plus près le problème, le professeur Max Richler, de Vienne, a recherché s'il n'était pas possible d'arriver à la différenciation individuelle du sang humain au moyen des sérums précipitants. Il s'est livré à une série d'expérience, avec du sang provenant de différents individus, le résultat le plus

net qu'il a obtenu, c'est qu'en aucun cas le sérum d'un individu n'a agglutiné les globules du sang provenant du sang de ce même individu.

A l'occasion de ces expériences, M. le Dr Florence se livre aux remarques suivantes, dans les archives d'anthropologie criminelle livraison d'avril 1904: " On voit qu'il en ressort une chose très nette, c'est que la solution d'une tache n'aglutine en aucun cas, les globules de l'individu dont le sang a formé cette tache; d'où cette conclusion, que si l'on ne peut attribuer une tache à un individu déterminé, on peut, avec sécurité, aujourd'hui, que telle tache n'a pas été faite avec le sang de tel individu. Ce serait un résultat énorme, d'une importance pratique capitale, en médecine légale, si les nombreuses expériences qu'il faudra faire le conformer comme je l'espère."

A propos du diagnostic de la mort par submersion, M. le Dr Stoenosco de Bucharest, dans une communication faite à la société de médecine légale de France et reproduite par les annales d'hygiène publique et de médecine légale, livraison de janvier 1893, après avoir fait l'historique des signes de la mort par submersion, constate que les divergences sont encore grandes en ce qui concerne le diagnostic de la mort par submersion et conclut comme suit:

" Quant aux signes internes, pour certains auteurs, pour Devergie par exemple, leur signification est très grande; d'autres, au contraire, et notamment Lesser (de Berlin), affirment qu'il n'est pas très rarement possible de reconnaître si la mort par submersion a eu lieu pendant la vie. L'opinion de la majorité des médecins légistes semble être à égale distance de ces deux propositions.

" La questions se présentant ainsi, il était naturel de pousser des investigations vers une autre direction; c'est ce qu'a fait le professeur Carrara, qui, pour éviter autant que possible les diverses causes d'erreurs, a appliqué pour le diagnostic de la submersion, d'après le conseil du professeur Sabatini, une méthode plus précise, et plus sensible, la recherche de la détermination, de la concentration moléculaire du sang par la cryoscopie, c'est-à-dire la mesure de la concentration molé-

culaire par la détermination du point de congélation de ce liquide.

"Pour le professeur Carrara, dans le cas de submersion dans l'eau de mer, la densité du sang du ventricule droit est intérieure à la valeur normale, ce qui démontre qu'il existe une dilution du sang, et la valeur cryoscopique s'élève jusqu'à 1.01 et 1.23, parce que la concentration moléculaire est augmentée par la présence des composés salins contenus dans l'eau.

"Dans un pareil cas, on ne peut admettre que le liquide où s'est faite la submersion a été de l'eau douce, car d'après ce que l'on sait, elle abaisse peu la valeur cryoscopique du sang.

"Cette constatation est pour la pratique médico-légale d'une grande importance, parce qu'elle peut servir à l'identification de la nature du liquide, dans lequel a eu lieu la submersion et peut aussi de reconnaître en même temps si le cadavre a été transporté par le courant dans un autre endroit.

"Par la cryoscopie, on peut résoudre encore d'autres questions ainsi on peut établir si l'écume fine qui se trouve dans les poumons d'un cadavre est due à la submersion dans l'eau ou si c'est un liquide de transudation dû à un œdème pulmonaire."

Le Dr Stoenesco a repris ces expériences par une série de travaux personnels remarquables. Des différentes recherches comparatives qu'il a faites sur le sang des noyés au moyen de la cryoscopie, il ressort qu'il est parfois possible d'obtenir un diagnostic positif dans les cas favorables, c'est-à-dire quand l'état du cadavre permet encore de trouver du sang dans le cœur: c'est que les points cryoscopiques du sang artériel et veineux d'un animal vivant ne diffèrent pas du tout ou très peu, tandis qu'après que l'animal a été noyé la différence est grande et qu'il n'y a pas de différence entre les points cryoscopiques de deux sortes de sang chez l'animal qui n'a pas été noyé.

Il s'en suit donc que les grandes différences entre points de congélation du sang des deux moitiés du cœur ne peuvent pas tenir à une cause interne; mais que toujours elles sont le

résultat d'une cause externe, c'est-à-dire de la pénétration de l'eau dans le sang : dont les variations de la concentration moléculaire ne tiennent pas à une autre cause que la submersion.

De plus la cryoscopique nous donne encore un résultat sûr et clair, si nous étudions le point cryoscopique du sang d'un animal noyé, dans l'eau salée; en effet il y a une grande différence entre le sang des deux cavités du cœur, différence qui tient à ce que dans la circulation générale, il pénètre une substance qui abaisse le point de congélation.

Par ce procédé on pourra établir si un cadavre appartient à un individu qui a été noyé où on l'a trouvé, ou s'il a été entraîné par le courant d'un fleuve jusque dans la mer.

Ainsi la différence de concentration du sang chez les noyés fait la base du diagnostic.

Cette différence est établie aisément par la cryoscopique qui est un procédé simple, rapide et sûr, et qui doit être préféré à toutes les autres déterminations.

Aussi croyons-nous que la preuve cryoscopique peut rendre de grands services à la médecine légale pour l'étude des questions qui se rattachent à la submersion.

Tous ceux qui sont familiarisés avec la pratique de la médecine légale savent qu'après 5 ou 6 jours, la date de la mort ne peut être évaluée qu'avec une très large approximation, à plus forte raison, lorsque la putréfaction est avancée.

(Suite au prochain numéro.)

ESSAIS DE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PAR LE SERUM ANTITUBERCULEUX DE MARMOREK (1)

Par le Dr L.-J. LEMIEUX

Médecin de l'hôpital Notre-Dame de Montréal.

Le sérum antituberculeux annoncé à l'Académie de Médecine de Paris par M. le docteur Marmorek, le 17 novembre dernier, a été expérimenté par nous depuis maintenant sept fois (2). Or, comme ce sérum a soulevé d'acrimonieuses discussions parmi la profession médicale de France, et que cependant la préoccupation de l'heure actuelle reste toujours la même, savoir combattre cette maladie par les microbes ou par les produits des microbes, ou par les humeurs des animaux qui sont réfractaires aux microbes, et que l'on englobe généralement sous le nom de sérothérapie, nous avons réuni comme démonstration clinique 35 observations, dont 12 nous sont personnelles, et que nous avons l'honneur de soumettre aux membres de ce congrès.

Il va sans dire que nous ne voulons pas, dans ce court rapport, entrer dans les discussions qui ont été soulevées en France. Nous exposerons simplement des faits cliniques, étant convaincu que, dans les questions scientifiques et pratiques, le temps fait rapidement son œuvre: ce qui ne vaut rien disparaît vite, quoi qu'on en dise, quoi qu'on écrive, quoi qu'on proclame. Au contraire, ce qui est bon demeure, et la vérité triomphe.

Les inoculations dans les observations qui suivent ont été commencées le 28 décembre dernier. Nous avons pu, grâce à l'obligeance des médecins et chirurgiens de l'hôpital Notre-Dame, expérimenter pour la première fois en Amérique, le sérum antituberculeux Marmorek dans une institution canadienne-française. Tous les malades que nous avons traités nous ont été envoyés par des confrères et ont été vus par eux avant, pendant et après le traitement. Parmi ces malades, quelques-uns présentaient de très mauvais états, les uns ayant

(1) Communication au deuxième Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord, à Montréal, juin 1904.

(2) Le travail du Dr Lemieux étant considérable, nous référons le lecteur, pour ce qui concerne les observations, au volume qui sera publié, donnant le compte rendu des travaux du Congrès. Pour aujourd'hui, nous ne publions que ce qui a été lu au Congrès.

une infection à évolution rapide, d'autres, atteints depuis longtemps, présentaient des lésions très avancées. A part les observations 2 et 8, qui ont discontinué le traitement avant la quinzième injection, tous ont reçu au delà de 20 injections. La plupart de ces malades ont pu continuer leur travail sans interruption.

Avant de donner la technique employée, qu'il nous soit permis de donner aussi succinctement que possible la méthode employée par Marmorek pour préparer son sérum.

Pour préparer le sérum antituberculeux, Marmorek se sert d'un microbe jeune, qu'il désigne sous le nom de primitif, ce microbe ayant une phase différente de la vie et de la croissance du bacille de Koch, et ayant aussi d'autres réactions colorantes et des qualités biologiques différentes. Afin de leur conserver leur caractère primitif et les rendre plus toxigènes et meilleurs producteurs de toxine, il les ensemence dans un sérum leucocytaire préparé de la façon suivante: une certaine quantité de bouillon peptonisé est injecté dans la cavité péritonéale d'un cobaye; 48 heures après, il lave celui-ci avec 20 cc. d'eau physiologique qui sort laiteuse, chargée d'un grand nombre de leucocytes; le tout est injecté aussitôt après au veau, qui donne un sérum leucotoxique plus actif. Combinant ce sérum leucotoxique avec du bouillon de foie g'ycériné, il obtient une toxine qui se forme plus vite, est plus active, et identique à celle que le bacille secrète dans la tuberculose. Les chevaux immunisés avec ces cultures donnent un sérum qui se présente sous l'aspect d'un liquide citrin d'une limpidité parfaite. Ce procédé prend de 7 à 8 mois. C'est avec ce sérum anti-toxique que nous avons fait les inoculations chez les malades qui font le sujet de ces observations.

Technique. — La technique employée par nous a beaucoup varié depuis le début de nos expériences. A notre retour de Paris, nous fîmes des injections de 10 à 30 cc. pendant 10 jours, avec un repos de deux jours. Nous avons même injecté jusqu'à 60 cc. en une seule injection. Les accidents sériques observés chez nos malades avec d'aussi fortes doses, furent

insignifiants. Un malade accusa, après la première série, un peu d'urticaire et quelques douleurs rhumatoïdes, même une petite poussée fébrile. Le tout disparut après deux jours de repos au lit. Un autre malade ressentit immédiatement après la huitième injection un étouffement et devint la face cyanosée; ceci ne dura que deux secondes à peine. Chez ces deux malades ces accidents ne reparurent plus. Après huit jours de repos, nous fîmes de nouvelles injections, mais cette fois-ci les injections furent de 5 à 10 cc. en dix jours, avec deux jours de repos. Nous n'observâmes alors aucune réaction sérique. Actuellement, notre procédé consiste dans l'application de 8 injections faites en deux séries de quatre injections, séparées par un intervalle de trois jours, avec un repos de huit jours à la dernière injection. Avec cette méthode, nous n'avons eu aucune réaction locale ou générale.

1 ^{re} jour.... .5 cc.	8 ^e jour.... .5 cc.
2 ^e "5 cc.	9 ^e "5 cc.
3 ^e "6 cc.	10 ^e "6 cc.
4 ^e "6 cc.	11 ^e "6 cc.
3 jours de repos	8 jours de repos.

Ces inoculations ont été faites à différents endroits, soit les bras, les cuisses, entre les omoplates ou les flancs. Les injections faites dans les bras et les cuisses ont déterminé de l'œdème, de la douleur et de l'impotence fonctionnelle, tandis que les injections faites aux flancs ont été très bien supportées.

Nous pouvons diviser les malades que nous avons eus sous traitement en trois groupes: 1° ceux qui avaient des lésions telles que l'organisme était fortement intoxiqué; nous y rangeons les malades aux lésions pulmonaires étendues, avec cavernes et fièvre persistante; 2° les cas chirurgicaux; 3° les cas atteints de tuberculose pulmonaire assez grave, mais sans influencer beaucoup l'état général. L'ordre de groupement correspond à la suite chronologique des cas traités.

Résumé des observations. — Sur ces 35 cas, un d'eux a abandonné à la quinzième injection. Chez ce malade, les bacilles

de Koch et les streptocoques ont diminué de moitié; de 40 gr. les crachats sont tombés à 28 gr.; la fièvre, de 102 $\frac{1}{3}$ maximum (Farh.) est tombée à 100 $\frac{1}{5}$ maximum, et le malade a cessé de tousser pendant la nuit.

Un cas est mort trois semaines après avoir abandonné les injections. Ce cas avait été pris dans un état déplorable, sans espoir de guérison; les injections ayant été données à la demande pressante de la famille et après l'avoir avertie que le sérum ne serait d'aucune utilité. Cependant, nous avons constaté une diminution de l'expectoration, et la malade cessait de tousser et dormait profondément après chaque injection.

Un cas, compliqué de syphilis. Les bacilles de Koch ont complètement disparu, les streptocoques ont persisté. Ce malade, qui vomissait après chaque repas, a cessé de vomir; ses crachats sont tombés de deux onces à un drachme; il a néanmoins continué à maigrir.

Un cas, tuberculose pulmonaire, compliqué d'un abcès aux reins, et opéré pour néphrotomie. Les crachats sont tombés de 38 gr. à 2 gr.; sa toux a diminué et les bacilles de Koch ont disparu des crachats à la huitième injection.

Deux cas atteints de tuberculose pulmonaire avec grandes cavernes n'ont pas été améliorés.

Cinq cas de tuberculose pulmonaire, encore sous traitement, se sont notablement améliorés. Localement, les signes stéthoscopiques se sont amendés; la température s'est abaissée, l'expectoration a beaucoup diminué, l'appétit est revenu et le poids a augmenté.

Un cas de granulie aiguë a été guéri après avoir reçu 45 injections de sérum 720 cc.

Un cas de tuberculose pulmonaire s'est notablement amélioré après avoir reçu 32 injections de sérum. Localement, il y a eu résorption d'une masse fongueuse de la corde vocale et amélioration des signes stéthoscopiques. La voix est devenue moins éraillée, a pris plus de timbre et de tonalité; l'expectoration et la transpiration ont cessé; la température s'est abaissée, la toux est devenue moins fréquente et le malade a engraisé de 4 livres.

Un cas atteint depuis plusieurs mois de phénomènes névritiques douloureux du bras droit, accompagné de parésie très notable et d'atrophie qui avait résisté à tout traitement, a été guéri à la quatrième injection de sérum. On attribue cette guérison à la disparition d'un petit ganglion tuberculeux comprimant le plexus brachial.

Un cas d'ostéo-arthrite tuberculeuse de l'articulation sterno-claviculaire, traité pendant deux ans par divers moyens, tels que applications locales, curettages et reconstituants, sans aucun résultat, a été complètement guéri avec 10 injections de sérum de Marmorek.

Un cas, tumeur blanche du genou fistuleuse, avec infection secondaire, s'est considérablement amélioré avec 36 injections de sérum.

Un cas d'ostéo-arthrite tuberculeuse de la hanche chez une jeune fille de 10 ans, a cessé de suppurer; les trajets fistuleux se sont fermés et la petite malade a engraisé de 8 livres.

Deux cas d'adénopathie tuberculeuse non suppurées, améliorés au point de vue local et général. Ces malades ayant augmenté de poids et les glandes diminué de volume.

Un cas d'arthrite tuberculeuse du pied s'est considérablement amélioré. Le petit malade a engraisé, le pied est devenu moins douloureux et désenflé, et deux larges plaies qui suppuraient abondamment se sont tarées. Cet enfant, à qui l'on a pensé amputer le pied, peut maintenant marcher.

Un cas d'ostéite tuberculeuse du métatarse, dont la plaie, de quatre pouces de long, a diminué de moitié et la suppuration est presque complètement tarie.

Trois cas de tuberculose pulmonaire dont les signes stéthoscopiques, tels que râles, craquements et submatité sont disparus. Il en est de même pour les bacilles de Koch. L'état général de ces malades correspondant aux améliorations du côté du poumon. Un de ces malades a engraisé de 22 livres. Nous considérons qu'avec un peu de gymnastique pulmonaire ces malades seront guéris.

Un cas de tuberculose pulmonaire a engraisé de quatre livres pendant la première série. Les râles ont disparu du pou-

mon malade ainsi que les bacilles de Koch des crachats; la malade ne transpire plus la nuit et son état général est beaucoup amélioré. Il lui reste cependant encore de la respiration rude et prolongée.

Nous admettons que le sérum Marmorek n'agit que sur les toxines, et non directement sur les altérations anatomiques produites par les bacilles, et que le sérum ne répare pas les désordres anatomiques, que l'hygiène et les moyens reconstituants devront être employés. Pour nous, le sérum a été d'une innocuité parfaite, aussi bien localement qu'au point de vue général. Localement, nous n'avons constaté ni érythème, ni abcès, ni douleurs consécutives aux injections. Au point de vue général, la toux s'est améliorée ou a cessé, l'expectoration a diminué ou cessé, la fièvre s'est abaissée ou est disparue et nous n'avons jamais observé d'hémoptysies. La dyspnée s'est notablement améliorée; la transpiration nocturne a été moindre ou ne s'est plus reproduite; l'appétit est revenu et le poids a augmenté sans suralimentation. Il nous semble donc que nos malades ont bénéficié considérablement par cette médication et qu'elle ne devrait pas être négligée.

L'étude clinique du sérum Marmorek en est encore dans son enfance; elle est incomplète, obscure sur bien des points. Aussi croyons-nous que le concours, si modeste soit-il, de tous ceux qui l'ont étudié, est nécessaire pour arriver à mettre au point la valeur de ce nouveau traitement et déterminer exactement le parti que l'on peut en tirer dans la thérapeutique de la tuberculose. Comme le disait récemment le Dr Jaquerod, du sanatorium de Leysin, en Suisse, il a fallu plus de 10 ans avant de reconnaître le parti que l'on pouvait tirer de la lymphe de Koch dans le traitement de la tuberculose, parti minime encore, mais incontestable et parfois brillant. Nous croyons qu'il faudra encore beaucoup de temps avant de pouvoir donner une opinion définitive sur la valeur du sérum Marmorek; mais nous avons la ferme conviction que jusqu'à ce jour c'est la découverte la plus importante et la plus utile qui ait été faite dans ce domaine.

INTERETS PROFESSIONNELS

LA DECLARATION DES MALADIES CONTAGIEUSES (1)

Par le Docteur ELZEAR PELLETIER,
Secrétaire du Conseil d'Hygiène de la province de Québec.

L'Union Médicale publiait dans son numéro de février (1904), une correspondance signée "Un abonné," qui peut se résumer ainsi :

L'auteur de la correspondance, que j'appellerais par la suite le "Dr Abonné," ayant perdu un petit malade de diphtérie, a retracé l'origine de la maladie à une visite que cet enfant avait faite dans une famille où un malade, auprès duquel avait été appelé le "Dr X," souffrait, au dire de la mère, *d'une légère indisposition*. Bref, ce malade du "Dr X" était atteint de diphtérie et, comme ni le médecin ni la famille n'en avaient fait la déclaration à l'autorité sanitaire municipale, l'affiche "diphtérie," qui aurait chassé les visiteurs, n'avait pas été posée sur le logis.

A quoi est dû cet état de choses? se demande le "Dr Abonné." A trois causes, répond-il: (a) à l'esprit étroit des familles pour lesquelles la responsabilité d'exposer autrui ne compte pas; (b) au médecin qui ne cherche pas à vaincre les préjugés des familles; (c) à certains agissements des inspecteurs du bureau municipal d'hygiène lorsqu'ils visitent une maison rapportée comme étant infectée.

Le "Dr Abonné" cherche à remédier à l'état de choses dont il a eu à souffrir. Il admet que la déclaration des maladies contagieuses doit être maintenue, mais propose de changer son mode. Il ne veut pas que le médecin traitant soit tenu de faire la déclaration à l'autorité municipale; seule la famille en serait chargée, le médecin se contentant de délivrer au chef de la maison une déclaration écrite établissant la nature de la maladie; le chef de la maison lui en donnerait récépissé.

Il y a dans la question soulevée par le "Dr Abonné" une question d'hygiène doublée d'une question d'intérêts professionnels, les deux sujets qui sont du domaine de notre section.

(1) Communication au Deuxième Congrès des Médecins de langue française, à Montréal.

Je dirai de suite que je m'inscris en faux contre la conclusion du " Dr Abonné " qu'il faille abolir la déclaration par le médecin traitant. Il me faudra, en motivant mon opinion, être un peu-sévère au sujet de certains membres de la profession, mais enfin il vaudrait mieux ne pas toucher à la question si je ne la présentais pas sous son vrai jour. Je suis d'autant plus à l'aise pour le faire que je crois reconnaître, sous le nom de plume " Un Abonné," l'un de nos médecins les plus distingués et les plus consciencieux, et que par conséquent, ce n'est pas lui que je viserai dans mes remarques.

J'appelle votre attention, Messieurs, sur ce qui a motivé la correspondance que je viens d'analyser. Le " Dr Abonné " nous l'explique lui-même : Son patient doit sa maladie puis sa mort au manque d'affiche sur une maison infectée de diphtérie, et cette absence d'affiche est due à ce que le " Dr X " n'avait pas fait de déclaration à l'autorité sanitaire municipale.

C'est pourtant le règlement qui, s'il n'avait pas été violé par le " Dr X," aurait prévenu cette mort que le " Dr Abonné " demande d'abroger. Je prétends qu'il y a plus que jamais lieu de le maintenir et heureux peut se considérer le " Dr X," si la famille, dont l'enfant a été contagionné par sa faute, s'entient à lui faire payer la petite amende attachée à cette violation du règlement en question.

La proposition que fait le " Dr Abonné " d'imposere aux familles seules l'obligation de la notification ne peut être considérée sérieusement. En effet, cette obligation à la déclaration pour les familles existait déjà, mais, pas plus que le " Dr X," la famille s'est exécutée. Au contraire elle a été partie à une entente avec son médecin pour cacher le cas aux autorités. Il est impossible de prétendre qu'elle en aurait fait autrement si elle seule avait été tenue de faire la déclaration.

" Dr Abonné " lui-même nous le fait conclure quand, dans sa correspondance, il nous informe que lorsqu'un décès survient à la suite d'un cas caché aux autorités sanitaires, le médecin traitant donne un faux certificat de décès.

Comment croire que ce médecin qui signe un faux certificat, pour la seule et unique raison que son malade ne sera pas enfoui sous terre sans cette formalité, s'empressera de remettre à la famille, aussitôt le diagnostic fait, un écrit établissant qu'il s'agit de maladie contagieuse; une déclaration qui ne lui sera pas demandée par la famille à l'esprit étroit que nous signale le " Dr Abonné." Non, le médecin du type " X " qui craint déjà d'encourir les mauvaises grâces de la famille en faisant la déclaration qui lui incombe par règlement se gardera bien de lui donner un écrit qui ne gênerait pas moins cette famille. Il est donc évident pour moi que la proposition que fait le " Dr Abonné " ne se tient pas.

Le " Dr Abonné " décrit les ennuis du médecin lorsqu'il est appelé dans une famille qui ne comprend pas sa responsabilité vis-à-vis d'autrui. Cet état de choses déplorable n'existe que trop; il faut l'admettre, l'éducation du public est lente sur ce point. Mais, Messieurs, y a-t-il lieu de s'en étonner quand les familles ont tous les jours sous les yeux l'exemple des médecins du type " Dr X " qui, eux médecins, doivent savoir tout l'étendue de leur responsabilité et qui, cependant, risquent ce que j'appellerai presque un "*manslaughter*."

Comme pour atténuer sa charge contre le " Dr X," le " Dr Abonné " prétend que dans certaines circonstances les inspecteurs sanitaires ont abusé de leurs fonctions. La chose est absolument possible, et si le " Dr Abonné " nous avait dit qu'il l'avait constaté lui-même, je l'admettrais de suite, mais s'il tient ce renseignement du " Dr X " il perd toute sa valeur pour moi. Je sais, en effet, par expérience, et d'autres le savent encore mieux que moi, comment on reçoit les officiers sanitaires dans certaines familles. Il n'y a pas d'injures assez grossières qu'on n'emploie pour essayer à les humilier. Interrogez les inspecteurs du bureau municipal d'hygiène et ils vous diront que, dans la clientèle de tel médecin du type " X," ils sont toujours mal reçus, tandis que dans la clientèle du " Dr Abonné " on les voit arriver avec confiance, car on sait dans cette dernière clientèle, et grâce à son médecin, que les opérations de l'officialité sanitaire auront pour effet d'empêcher non seulement la maladie de se propager au dehors,

mais encore d'empêcher qu'elle fasse de nouvelles victimes dans la même famille.

Mais admettons, un moment, qu'un employé du bureau d'hygiène se soit oublié dans ses relations officielles avec une famille qui ne l'a pas reçu *le tisonnier en mains*; peut-on raisonnablement prétendre que ces abus soient passés dans la pratique journalière du bureau d'hygiène? Non, ces employés, s'ils existent, seraient immédiatement démis par le médecin directeur du bureau d'hygiène et on rendrait service à la ville et à l'hygiène publique en lui signalant tous les faits de cette nature. Soyez convaincus, Messieurs, que les autorités sanitaires supérieures s'en tiennent toujours à l'exécution des mesures qu'il leur faut nécessairement exiger, sans vouloir molester inutilement les familles.

La dualité dans la notification des malades contagieuses doit être maintenue par les pouvoirs publics dans leurs règlements sanitaires. Cette dualité existe d'ailleurs dans tous les pays. Les gouvernements ont le devoir de protéger le public contre les maladies contagieuses, de prévenir les maladies et les morts évitables, et, de ce devoir découle l'obligation d'édicter les règlements les plus sûrs pour y arriver. Pouvaient-ils négliger, alors, de mettre à profit le contrôle que le savoir et l'honneur des membres de la profession médicale devaient lui assurer pour la déclaration des maladies contagieuses? La réponse est évidente.

Il ne peut y avoir de doute relativement au droit que les pouvoirs publics ont de créer cette obligation pour la profession médicale. Dans toutes choses, l'intérêt public prime l'intérêt privé et, pour citer la jurisprudence établie par la Cour Suprême de l'État d'Indianapolis, E. U.: " Les médecins, au cours de l'exercice de leur profession, constatent certains faits qui sont d'une grande importance pour le public et pour le gouvernement de l'État. Ces faits, ils doivent les communiquer volontiers, tout comme tout citoyen doit donner l'alarme quand, de quelque manière que ce soit, il apprend qu'il y a un feu ou qu'il s'est commis un meurtre."

Peut-on remédier à l'état de choses dont se plaint le correspondant de l'" Union Médicale " par d'autres moyens que

ceux qu'il a cru devoir suggérer et qu'à mon avis nous devons rejeter. Je le crois et j'aborde le côté de la question qui touche aux intérêts professionnels.

La profession médicale, comme corps, se trouve en présence de deux classes de médecins: d'un côté les médecins consciencieux qui veulent faire leur devoir envers la société, et de l'autre, les médecins peu scrupuleux qui, pour des motifs qui ne leur font pas honneur — souvent pour entrer dans la clientèle d'un autre — font taire leur conscience, conspirent complaisamment avec les familles, elles-mêmes peu soucieuses de leurs responsabilités envers autrui, et bref sont cause de maladies et de morts. Je ne viens que répéter, Messieurs, ce que le " Dr Abonnè " a dit avant moi. Je sais qu'il a été prétendu déjà qu'il ne fallait pas être aussi sévère, et que ces infractions aux prescriptions de la loi d'hygiène ne devaient pas être considérées comme rabaissant le niveau professionnel des délinquants. Je ne puis admettre cela. Il y a vingt ans passés une excuse eut été possible, mais avec le développement qu'a pris l'hygiène avec les démonstrations répétées de l'efficacité des mesures qu'elle préconise, il est impossible d'accepter cette manière de voir. Aucun médecin n'a d'excuse pour ne pas se maintenir, tant qu'il pratique, au niveau des progrès de la science; il le doit à ses patients et à la société en général.

Le but d'un congrès comme celui auquel nous prenons part est de travailler à l'avancement de la profession, d'en relever le niveau, s'il y a lieu, et, en conséquence, je sou mets à votre considération qu'il est en son pouvoir d'intervenir dans les circonstances. Il sied à notre Congrès de protéger la partie saine de la profession médicale contre ceux qui se prévalent de leur licence, qui les met sur un même pied d'égalité, pour nuire au médecin consciencieux. L'intervention de la profession médicale, représentée par notre Congrès, aurait d'ailleurs un effet salutaire pour les médecins qui sont susceptibles de s'améliorer, et, quant aux autres, plus vite la profession rompra avec eux, plus vite elle refusera de les reconnaître comme des confrères, mieux elle méritera de la confiance du public.

Ce rappel à l'ordre des membres de la profession, qui dérogent à leurs devoirs et à leur faire honneur, est déjà prévu

d'ailleurs, car la législation médicale de cette province pourvoit à un "Comité de discipline." Pourquoi ne nous en servirions-nous pas dans les circonstances? Y a-t-il un sujet qui puisse mériter plus l'attention du Comité de discipline que le cas d'un médecin qui, par omission d'un devoir, risque indirectement de propager la contagion, avec sa conséquence, la mort, dans certains cas?

En dehors des conséquences directes et palpables de l'inconduite du médecin qui cache une maladie contagieuse quelle garantie le public et la profession ont-ils que ce médecin sera plus consciencieux pour son propre malade? Qui d'entre nous appellerait auprès de sa propre famille, en toute confiance et sans le contrôler, un médecin qu'il sait avoir déjà, par son peu de conscience, contribué à propager une maladie qui a été suivie de mort?

Non, Messieurs, croyez-moi, les médecins qui négligent leurs devoirs en ce qui concerne l'hygiène publique se font plus de tort qu'ils ne le croient. Le public commence à voir clair et je pourrais vous citer plus d'un médecin qui a perdu la confiance de son bureau d'hygiène rural lequel, quoique composé d'hommes qui n'appartiennent pas à la profession, se sont vite aperçus qu'ils n'avaient pas dans le médecin de leur paroisse un homme digne du corps médical qu'il y représente et sur lequel ils pouvaient compter pour les diriger dans le service sanitaire municipal.

Je conclus, Messieurs, en soumettant : 1° qu'il y a lieu pour la profession médicale de reconnaître publiquement que la déclaration des maladies contagieuses par le médecin traitant est nécessaire au service d'hygiène publique :

2° Que les médecins, qui sont partie à une entente avec les familles pour ne pas faire cette déclaration, dérogent à l'honneur professionnel, car leur état ne leur permet pas d'ignorer les conséquences possibles de cette omission de leur devoir :

3° Que les médecins qui omettront à l'avenir de déclarer les cas de maladies contagieuses survenant dans leur clientèle devraient, indépendamment des peines prévues par la loi d'hygiène pour la violation des règlements sanitaires, être cités devant le Comité de discipline du Collège des Médecins de la province.

ACTUALITÉS

CHOSSES D'HYGIÈNE!

NOS ENFANTS ET NOS PRÉJUGÉS.

Et les enfants meurent toujours...!

Pendant les chaleurs de l'été, Montréal assiste à un véritable massacre de petits innocents! En Arménie, le Turc rencontre souvent de la résistance dans ses explosions de haine contre les chrétiens. Chez nous, les petits chrétiens tout roses et pleins de vie sont des victimes faciles pour la terrible faucheuse: la gastro-entérite! Leur résistance serait inutile, d'ailleurs, contre les puissants souteneurs de cette *gueuse!* Laitiers insouciantes pour ne pas dire âpres au gain ou même criminels; mères ignorantes ou imbues de préjugés regrettables; Conseil de Ville peu facile à la détente et pauvre souscripteur aux bonnes œuvres (ah! si les enfants votaient ce serait bien autre chose); en voilà beaucoup plus qu'il ne faut pour décourager ceux qui aiment la *puériculture* autrement que dans les livres et qui voudraient la voir fleurir aussi bien dans notre bonne ville qu'ailleurs!

Il y a encore, cependant, des naïfs, des enthousiastes, de l'étoffe à faire des croisés si le temps n'en était passé, qui veulent forcer la main au Conseil de Ville (ça a réussi, résultat: \$500.00), enseigner le soin des bébés aux jeunes mamans qui paraissent (il faut leur accorder ça), anxieuses de s'instruire pour mieux conserver le fruit de leurs entrailles et en faire des citoyens ou citoyennes qui auront le ciel en le méritant et non pas d'assaut, en voleurs; qui veulent saper le mal par la base en s'attaquant aux laitiers et autres vendeurs de lait: épiciers, etc., pour obtenir d'eux quelques soins d'hygiène indispensables. Fasse le ciel qu'ils réussissent à la tâche!

Les difficultés ne viennent pas surtout de la part des mères. Je l'ai dit plus haut, elles veulent s'instruire; elles sont convaincues que les médecins savent traiter leurs enfants; le préjugé: *tout par les dents ou à cause des dents*, tend à disparaître; on accuse, plus souvent qu'autrefois, la mauvaise alimentation comme fauteur de tous les désordres du côté de l'estomac ou des intestins; la vieille médecine, qui tremblait et restait coi devant les ravages de la gastro-entérite, s'en va

vite, et, les vieilles femmes, pourvoyeuses du Paradis, font queue, emportant leurs préjugés et leurs recettes infailibles!

Le médecin tend, chaque jour, à devenir un hygiéniste et, avant longtemps, il s'écrira plus de livres sur la prophylaxie que sur le traitement des maladies

Place à l'hygiène! Cette science, encore toute neuve, est indécise parfois: ses horizons sont si vastes qu'elle semble incapable d'en couvrir l'étendue; on la sollicite de tant de côtés à la fois, qu'elle s'égaré souvent en allant aux moins pressés. De l'hygiène, tous en parlent et tous en veulent mais... il y en a toujours, comme ça, des *mais* encombrants... personne n'en veut payer les frais. C'est la *belle fille* du moment que tous les amants se disputent *mais* que pas un ne veut entretenir de ses écus!

Il en a toujours été ainsi pourtant: rien qui vaille ne s'est fait sans travail et sacrifices qui coûtent.

Le grand livre de l'humanité, où sont enregistrées les grandes œuvres et les découvertes bienfaisantes, est lourd et les pages difficiles à tourner!

Ce qu'il faut de tenacité pour faire triompher une idée, pour renverser un préjugé, seuls les esprits d'élite et les inventeurs de génie le savent!

L'avenir restera tout de même à l'hygiène c'est-à-dire à ceux qui se feront les champions de cette science qui résume tout en médecine.

La ville de Montréal est un champ très vaste et, pour ainsi dire, bien propice pour les hygiénistes qui aiment à croiser leur lance.

Que de choses à faire ici: rues malpropres et poussiéreuses, eau sale et pas même convenable pour les animaux en certains temps de l'année, approvisionnement de lait des plus défectueux et, par suite, un puissant facteur de la mortalité infantile, etc., etc.

Notre excellent ami, le Dr Dagenais, depuis qu'il préside au Conseil d'hygiène, fait des efforts de tous les jours pour améliorer l'état de choses qui existe depuis si longtemps!

Mais Dieu! quel chaos! quelle ignorance ont certains employés civiques! quelles têtes dures ornent les épaules de quelques échevins!! Ce bon confrère ne s'en plaint pas publiquement, mais il faut l'entendre entre quat'yeux! Il faut pourtant que ça continue ainsi, aussi longtemps qu'on mettra autour

d'une table, où l'on cause d'hygiène, des échevins qui sont hommes d'affaires, peut-être, mais de piteux hygiénistes! oh! oui!

Quand aurons-nous une commission d'hygiène composée de médecins et rien que de médecins, parce que les médecins seuls sont des hygiénistes.

Tel qu'il est, actuellement, notre conseil d'hygiène est toujours resté et restera sourd à toutes les requêtes et à toutes les demandes.

A genoux devant le statu-quo, parce qu'il ne coûte pas cher, nos échevins font la sourde oreille et, lorsqu'ils ouvrent la bouche c'est pour dire des choses qu'ils feraient mieux de taire, à moins que ce ne soit pour crier: pas d'argent! ou *next meeting!* C'est vrai que s'ils ne valent pas beaucoup, ils ne sont pas payés cher: c'est toujours une consolation.

Je ne voudrais pas cependant passer pour un ingrat et je tiens à les remercier pour la somme, si petite soit-elle (\$500.00), qu'ils ont votée, pas à l'unanimité, mais votée tout de même, pour "l'œuvre de la goutte de lait" que plusieurs confrères, ayant en tête les Drs Cormier, Blackader, Dagenais, Boucher, Cléroux et Evans, sont à organiser.

Déjà, en 1902, "l'œuvre de la goutte de lait" avait fait sous les auspices du journal "*La Patrie*" une œuvre immense avec son dépôt de lait de la rue Ontario-est. Pourquoi ce dispensaire n'a-t-il fonctionné qu'une année durant? La réponse est toujours la même: à cause de l'apathie et du mauvais vouloir, peut-être, de ceux qui devraient donner!

C'est avec un rare bonheur que je vois renaître cette belle œuvre humanitaire. Je suis certain que le travail fait il y a deux ans lui portera bonne chance et que, cette fois, elle trouvera, grâce à l'alliance des deux races et des deux religions, les moyens non seulement d'exister mais de s'agrandir.

Ses débuts seront modestes. Il n'y aura que deux ou trois dépôts où les familles pourront se procurer un lait pur, lorsqu'il en faudrait une dizaine au moins. Qui sait, cependant, ce que nous réserve l'avenir? Avec le concours de l'Hôtel-de-Ville et de nos grands journaux politiques, il pourra s'accomplir des miracles!

J. E. DUBÉ.

LA DISCUSSION DE L'APPENDICITE AU CONGRES DE MONTREAL

Le IIe Congrès a eu lieu à Montréal avec un admirable succès. Nous devons en être tous fiers et heureux. Car il est enfin temps, pour la Profession Médicale Canadienne-Française, de compter parmi les autres.

Il y a quelques années encore nous nous contentions d'aller en grand nombre admirer les autres, tout en nous extasiant sur leurs *supériorités*: supériorité de l'organisation professionnelle, supériorité de l'enseignement médical, supériorité des hôpitaux, etc., etc.

Aujourd'hui, nous avons le droit de dire, qu'il s'est fait du progrès chez nous, et ce qui a été fait a été bien fait.

Mais faut-il nous arrêter là? devons-nous nous contenter de nous adresser des félicitations, sans chercher à nous perfectionner, sans chercher à nous corriger de nos défauts et surtout à supprimer les *anomalies* qui peuvent jeter du discrédit sur la dignité de notre corps professionnel.

Par exemple, ne vaudrait-il pas mieux répudier la réclame faite par les *grands quotidiens*, lors de nos Congrès? Qu'avons-nous besoin de ces *comptes-rendus fantaisistes* de nos délibérations scientifiques publiés dans les journaux politiques? Cela n'est pas *sérieux*, cela deviendrait vite *ridicule*. Ce genre de publicité, qui semble plaire à certains esprits, est contraire à la dignité professionnelle surtout à l'occasion d'un Congrès de Médecins.

Cherchons donc plutôt à nous faire remarquer par l'originalité, par la valeur de nos travaux.

Il va sans dire que nous ne pouvons pas, dans notre milieu, dans notre jeune pays, avoir la prétention de faire des découvertes scientifiques, mais il serait fort intéressant et très instructif de connaître ce que nous faisons, ce que nous observons chez nous, à propos d'une question scientifique par exemple, qui est encore à l'étude, et qui fait le sujet actuel des discussions les plus sérieuses dans les sociétés savantes européennes.

Les plus petits faits, les plus modestes documents produits au dossier d'une grande question scientifique auraient toujours leur valeur et feraient œuvre utile dans un congrès.

La question de l'appendicite avait été choisie par le comité de la section de Chirurgie, pour faire le sujet d'une discussion, au dernier Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord.

Qu'avons-nous appris de cette grande discussion? Sommes-nous plus renseignés qu'avant le Congrès sur cette intéressante question? Je ne le pense pas.

Cependant ne serait-il pas important pour nous, comme pour les autres, de savoir depuis combien d'années (il n'y a pas des siècles), se pratique dans notre pays l'intervention chirurgicale, pour le traitement de l'appendicite? Combien d'opérations sont-elles faites chaque année.

Combien de cas d'appendicite observés par année et surtout combien de *variétés* d'appendicites et quelles sont ces variétés.

La question n'est pas aussi *simple*, la question n'est pas aussi facile à *trancher* qu'on a la naïveté de le proclamer, soit par la formule suivante "Appendicite égale opération," soit par l'aphorisme non moins naïf "l'appendicite doit être guérie par le traitement médical."

La vérité, c'est que l'on ne doit plus dire l'*appendicite*, mais bien les *appendicites*; car il existe plusieurs variétés typiques d'appendicites et chacune de ces variétés doit être bien connue, bien étudiée et bien définie.

Et ce n'est que lorsque nous connaissons bien la fréquence de chacun de ces types d'appendicites, lorsque nous saurons les diagnostiquer cliniquement et les reconnaître les uns des autres, que nous pourrons, comme des chirurgiens honnêtes, et non pas comme des "empiriques," dicter le traitement qui doit sauver la vie de nos malades.

Des statistiques *honnêtes* et *sérieuses*, des rapports de cas, scrupuleusement bien faits et suivis, pourront seuls nous renseigner et nous permettre de nous former une opinion scientifique.

En résumé, devons-nous traiter de la même manière, par la même méthode et les mêmes procédés tous les cas d'appendicites.

Une première attaque d'appendicite aiguë, dans laquelle, les follicules et les réseaux lymphatiques de l'appendice seul, ou de tout le coecum et de tout le colon sont envahis, avec intégrité absolue de la muqueuse, doit-elle fatalement condamner le malade à subir une intervention chirurgicale grave et parfois mortelle?

D'autre part une attaque d'appendicite foudroyante, avec gangrène ou perforation de l'appendice, soit par calcul soit par corps étrangers, qui doit sûrement tuer le malade, est-elle justifiable du traitement médical même le plus savant? "

La question de l'appendicite mérite, je crois, d'être de nouveau mise à l'étude, car il serait téméraire d'accepter comme définitives les conclusions discordantes qui ont été émises lors du dernier Congrès de Médecine à Montréal.

AMÉDÉE MARIEN.

TRAITEMENT DU VIEIL ULCÈRE CHRONIQUE DE LA JAMBE

Par HORATIO W. - A. COWAN, M. B. C. M., Aberd.

Extrait du *The Lancet*, London, England, 2 Juillet 1904

Au commencement de cette présente année je fus appelé auprès d'une femme, âgée de 54 ans, qui souffrait d'un ulcère sanieux chronique depuis 22 ans; l'ulcère était situé à la partie externe de la jambe gauche, longueur 10 pouces, largeur 3 pouces, bords indurés et signes de thrombose à la partie interne du genou. Après avoir nettoyé l'ulcère en appliquant, pendant deux jours, des cataplasmes de charbon, j'appliquai sur une toile à beurre humide une couche d'Antiphlogistine sur la plaie et pardessus de l'ouate et un bandage. Ce pansement fut répété tous les jours par des amis de la malade, pendant quatre mois. L'ulcère est complètement guéri et toute trace d'induration est disparue. Elle peut reprendre ses travaux de ménage. Je publie ce cas, avec l'espérance d'être utile à d'autres. La pâte d'Unna et toutes sortes de traitements avaient été essayées, dans ce cas. Je dois dire que je n'ai aucun intérêt personnel dans l'Antiphlogistine.