

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

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

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

TRAVAUX ORIGINAUX

SOINS À DONNER AVANT, PENDANT ET APRÈS L'ACCOUCHEMENT. (1)

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

Soins avant l'accouchement.

Plus je fais d'accouchements, plus je m'aperçois que la parturition est un acte physiologique qui demande ou une abstention complète ou une attention soigneuse de la part du médecin, et toujours une patience angélique et quelquefois une décision prompte et énergique. L'accoucheur qui part avec sa trousse me donne l'image de l'ovariotomiste qui ne sait jamais exactement ce que lui réserve la section et l'ouverture de l'abdomen. Le ventre de la femme est une véritable boîte à surprise, comme il est trop souvent une boîte de Pandore.

Imbu de ces idées, le médecin consciencieux ne se laisse pas prendre à l'improviste par les complications trop fréquentes de l'accouchement, parce qu'il surveille attentivement les différents temps du travail. Son devoir n'est-il pas de constater si tout est toujours dans l'ordre ? et cette constatation ne le met-elle pas à même de prévenir ou de combattre les accidents ?

Vous n'ignorez certainement pas quelles sont les angoisses de la femme en travail ; ses terreurs, son désespoir vous sont connus ; ses larmes, vous les avez vues souvent couler ; eh bien ! c'est à vous de calmer ces angoisses, d'apaiser ces terreurs, de donner du courage à cette âme inquiète, de sécher ces larmes. Vous devez donc rassurer

(1) Service de la Maternité de Montréal.

la femme et lui enseigner la patience. Montrez-lui que vous attachez un grand intérêt à sa santé, que vous comprenez ses souffrances, que vous compatissez à sa douleur. Laissez-lui voir combien vous importent la vie et la conservation de son enfant. Captez sa confiance et vous aurez fait un grand pas dans l'esprit de votre malade et dans l'estime de son entourage.

Que faut-il en général pour bien faire un accouchement ? Bien peu ; tout se résume en ces trois mots : soins d'hygiène, de propreté, de sécurité.

Vais-je vous conseiller d'imiter ces hâbleurs qui se montrent très empressés auprès de leurs patientes ? Ils sont prêts à toute intervention inutile. Vous les voyez, les manches de chemise plus ou moins retroussées jusqu'à mi-bras, les mains sales, les ongles noirs, les doigts enduits de *graisse de rôti* : faire à tout instant des manœuvres intempestives, chercher à dilater le col ou la vulve sous prétexte de hâter la dilatation, l'expulsion ou la délivrance. Il leur faut bien chercher à *faire quelque chose* pour montrer qu'ils sont capables et que sans eux tout aurait mal tourné.

Toutes ces manœuvres n'avancent en aucune façon le travail. Bien au contraire ; ces frottements répétés des doigts, qui étirent et déchirent le col, amènent du malaise, de l'irritation, de la sécheresse des parties. Ils sont la cause des complications qui surviennent souvent, telles que : longue durée du travail et application de forceps ; en plus, ils exposent souvent les malades à la septicémie, parce que ceux qui ont assez peu de tact pour pratiquer ces manœuvres inintelligentes n'ont pas plus le bon esprit de se laver et désinfecter les mains.

Quand vous êtes appelés auprès d'une parturiente, soyez accoucheurs et non pas mercenaires. Ayez la *Patience* qui fait le véritable accoucheur et laissez à d'autre la vénalité qui fait l'homme d'argent. Je le sais, on veut faire vite pour gagner beaucoup. Mauvais principe, qui conduit à la banqueroute professionnelle. Laissez-moi vous citer ces paroles de M. N. Charles, de Liège : " À ce point de vue, dit-il, nous pouvons dire que des femmes s'en seraient tirées avec bien plus d'avantage, si elles avaient accouché seules, qu'avec l'aide de praticiens trop pressés de les soulager ou de courir ailleurs."

Il faut que toute intervention chez la parturiente ne soit arrêtée et accomplie qu'avec indication formelle. Il est bien facile pour le médecin de démontrer à certaines patientes et à leurs parents que telle ou telle opération est nécessaire, parce que ceux-ci n'y voient

guère et ne connaissent rien dans l'art obstétricale. C'est au médecin d'avoir conscience de sa supériorité sur de tels individus et d'agir exactement comme il le ferait pour sa propre femme.

Il n'est pas suffisant de ne pas abuser de la confiance que nous montrent nos malades, il faut de plus tout mettre à contribution pour le bien être et la santé future de ces mêmes êtres. Ainsi l'homme de l'art doit veiller à protéger sa patiente contre toute cause d'infection. Il doit lui-même pratiquer largement l'asepsie et l'antisepsie, en faire comprendre le principe à la malade et à son entourage et leur en faire observer minutieusement les règles.

L'asepsie ne doit pas être un vain mot, encore moins une chose illusoire. "A la campagne comme à la ville, dans le plus beau palais comme dans la plus humble chaumière, l'ennemi des femmes en couches, c'est le microbe; c'est lui qu'il faut empêcher de pénétrer dans l'organisme des accouchées et qu'il faut détruire quand il l'a envahi." (1) On empêche le microbe de pénétrer dans l'organisme par l'asepsie et l'antisepsie; et ce qui constitue l'asepsie, c'est une propreté absolue, non pas une propreté banale, dans le sens qu'on donne généralement à ce mot. Souvent vous vous apercevez que vous froissez vos patientes et leurs gardes quand vous leur direz qu'il faut être très propre, et ne se servir que de linge bien net. En effet, avertir les femmes d'user de garnis bien propres, c'est les insulter. "Comment, vous diront-elles, docteur, tout est propre ici, et Dieu merci! tout est lavé soigneusement." A vous de leur inculquer que c'est d'une propreté méticuleuse, absolue que vous parlez; propreté sans laquelle il n'y a pas de bonnes relevailles. Et n'est-ce pas au médecin de prêcher d'exemple. Que dirait-on d'un praticien qui enseigne de parole et ne met pas lui-même en pratique ce qu'il ordonne aux autres? Que penserait-on de l'accoucheur qui ne se lave pas les mains avant de pratiquer un toucher? Qu'augurerait-on de celui qui porte des vêtements souillés, une barbe inculte et une chevelure écœurante. Il lui siérait bien d'obtenir mieux de ses malades.

Que dire de ce médecin qui, pour contrôler une hémorrhagie, introduit dans l'utérus une pelote de *catalogne* (2) qui a traîné pendant des mois; et de cet autre, qui pratique une délivrance artificielle quand il vient d'étriller son cheval à l'écurie et n'a pas même pris la précaution de se passer les mains à l'eau.

Rappelez-vous que l'infection puerpérale est presque toujours

(1) Tarnier.—De l'asepsie et de l'antisepsie en obstétrique.

(2) Assemblage de vieux chiffons qui servent à fabriquer des tapis.

de cause hétérogène, qu'elle est apportée le plus souvent à l'accouchée ou par le médecin ou par la garde-malade.

Ainsi donc les mains, les linges, les vêtements, les instruments devront être aseptiquement propres. L'asepsie serait suffisante si l'on était absolument sûr d'avoir enlevé tous les microbes par de grands lavages et de bons brossages ; mais l'expérience a prouvé que ces précautions n'étaient qu'illusoires et qu'il faut recourir à l'antisepsie pour obtenir des résultats satisfaisants. C'est pourquoi l'on doit se servir de désinfectants pour les mains, et les objets nécessaires aux malades : linges, vêtements, instruments, etc. A la Maternité où l'antisepsie est pratiquée sur une grande échelle, nous n'observons que très rarement de légers cas d'infection ; et cependant nous ne sommes pas toujours dans des conditions favorables. Ainsi, certaines parturientes nous arrivent, malpropres, dégoutantes, juste au moment de l'expulsion ou de la délivrance ; en plus les étudiants sont obligés de pratiquer de fréquents et nombreux examens, et cependant toutes nos accouchées, sauf de rares exceptions, relèvent avec une température oscillant entre 97° et 98° F.

Je ne crois pas à la probité, à la science et à la propreté de ces médecins qui ont des épidémies de fièvres puerpérales dans leur clientèle. Jamais ils ne feront croire qu'ils prennent les précautions voulues. Que leur sert de prendre des bains, de revêtir des habits neufs, s'ils font semblant de se passer les mains sous le robinet, s'ils se savonnent avec le savon qui traîne sur ou dans l'évier, s'ils s'enduisent les doigts d'un corps gras infecte, s'ils déchirent le vagin et le périnée de leurs accouchées et ne les réparent pas, s'ils font des tractions intempestives sur le cordon et laissent par suite les membranes et quelques cotylédons dans l'utérus. Je ne les crois pas plus que ces médecins qui se vantent de n'avoir jamais fait de déchirure du périnée dans une longue pratique de vingt ou trente ans. A ceux-ci je répondrai : ou vous n'avez jamais fait d'accouchements de primipare (vous n'avez accouché que des multipares qui avaient une vulve énorme par suite de déchirure antérieure), ou vous ne connaissez pas ce que c'est qu'une déchirure du vagin et du périnée, ou encore, si vous avez assisté des primipares à leur parturition, vous les avez déchirées, mais vous ignorez ce dernier point parce que vous ne leur avez pas examiné les parties génitales après la délivrance. Aux premiers, c'est-à-dire aux infortunés qui abandonnent leur clientèle pendant deux ou trois mois dans l'espoir d'évaporer cet air d'infection qui s'échappe de leur corps, je dirai : soyez d'une propreté méticuleuse,

pratiquez largement et scrupuleusement l'asepsie et l'antisepsie et amais vous n'aurez à déplorer de mauvais résultats.

Ma pratique, tant à la Maternité qu'à la ville, me confirme dans cette opinion. Combien de fois, appelé par des confrères, dans des cas sévères d'infection puerpérale, j'ai été obligé de toucher, de palper, d'examiner minutieusement des organes infectés, de faire des injections intra-utérines et des curettages, et de me rendre aussitôt après chez des patientes pour les assister dans leur accouchement, et cependant jamais je n'ai transporté et encore moins communiqué à mes malades aucuns germes infectieux. Mais il est bon d'ajouter qu'on ne peut être plus attentif que moi dans tout ce qui regarde l'asepsie et l'antisepsie.

Autant que possible on doit éviter, avant de faire un accouchement, d'être en contact avec des malades atteints d'affections organiques, contagieuses ou de plaies en état de suppuration, ou de pratiquer des autopsies.

J'aurai plus tard l'occasion de vous donner une leçon uniquement consacrée à l'asepsie et à l'antisepsie.

Le médecin accoucheur doit surveiller de près ses garde-malades, même quand celles-ci se prétendent très capables et exhibent des diplômes qui souvent me font l'effet d'une peau de lion couvrant un âne. Ce n'est pas sans raison que je m'exprime aussi sévèrement et voici pourquoi. Un jour je rencontrais auprès d'une de mes malades une prétendue bonne garde-malade, qui avait, *disait-elle*, assisté tel et tel docteur, qui avait été employée chez telle et telle grande dame, et tous lui avaient donné un concert de louanges sur son habileté, sa propreté, son tact, ses manières aimables; et, cependant, cette malheureuse bavarde et vantarde a failli empoisonner ma malade. J'avais prescrit une injection vaginale au bichlorure de mercure, et quel ne fut pas mon effroi, à ma première visite, quand j'entrais justement à l'instant où cette buse de garde, ayant introduit la canule de l'injecteur dans l'anus et le rectum de l'infortunée accouchée, se préparait à ouvrir le robinet et à laisser couler l'eau désinfectante et meurtrière. Vous voyez le résultat navrant si j'étais arrivé deux minutes plus tard.

Dans une leçon future, je vous dirai quels sont les soins antiseptiques propres à la femme enceinte vers le terme de la grossesse. Antisepsie qu'elle devra observer dans son intérêt et celui de l'enfant; antisepsie qui consiste à prendre des bains, à faire de grands lavages des parties génitales, à se donner de fréquentes injections vaginales pour éviter à l'enfant l'ophtalmie purulente.

En obstétrique encore plus qu'en chirurgie vous devez éviter l'emploi des éponges même neuves. Cet objet est un véritable nid à microbes. Vous avez beau les faire bouillir ou chercher à les stériliser, il est vraiment impossible de les rendre aseptiques ou antiseptiques. Ces éponges seront d'autant plus souillées qu'on en aura moins soin ; et ce n'est pas dans les maisons privées, ou dans la clientèle de ville qu'on prendra la précaution de les désinfecter après chaque usage. La prudence exige qu'on les remplace par des serviettes ou des linges bouillis ou encore mieux par de la gaze ou du coton stérilisés ou antiseptiques.

Vous entendrez souvent les vieilles commères vous répéter cette phrase néfaste, et même certains médecins vous la rediront avec aplomb : " De mon temps, on ne prenait pas tant de précautions, et on ne s'en portait pas plus mal ! "

Laissez-moi vous répondre par la bouche de Charpentier : " Ce sont, dit-il, (1) ces idées arriérées, c'est cette résistance passive qu'il faut à tout prix combattre, qu'il faut chercher à faire disparaître, en montrant que la moindre négligence peut être fatale à l'accouchée, que c'est à la minutie, à l'exagération, si l'on veut, des précautions hygiéniques et antiseptiques qu'elle doit son salut, et en faisant surtout comprendre à son entourage, que sa responsabilité est pour le moins égale à celle de l'accoucheur. " "

Très souvent je répète à mes garde-malades que leurs soins sont de beaucoup plus précieux que les miens, et que le succès d'un traitement dépend beaucoup plus d'elles que de moi, parce que je vois une fois ou deux par jour mes malades, pendant qu'elle sont constamment auprès de mes patientes ; qu'elles les observent à toute minute et que si elles peuvent beaucoup pour leur bien, elles peuvent aussi leur causer un tort immense par un seul petit manquement aux règles de l'hygiène ou à l'observance de mes préceptes.

Trousse obstétricale.

La trousse obstétricale la plus simple doit être composée de manière à faire face aux cas journaliers, d'occurrence habituelle. L'ouvrier qui s'en va à son travail emporte avec lui les outils qui conviennent à son labeur ; le bûcheron, sa cognée ; le menuisier son marteau, sa hache, sa scie, son compas, son rabot ; le peintre, sa palette et ses couleurs, etc. ; et le médecin, ouvrier intelligent, artiste, dont

(1). Étiologie et traitement de la fièvre puerpérale, par le Dr L. A. A. Charpentier.

la noble carrière est de secourir, de protéger, de ressusciter, devra s'armer des instruments qui en font pour ainsi dire un dieu, puisqu'ils le font dispensateur de la vie ou de la mort

Le praticien ordinaire doit avoir dans son sac obstétrical un forceps, une sonde complète (homme et femme), un tube laryngien, un stéthoscope, une paire de ciseaux, une seringue de Pravaz, des aiguilles, du fil pour suture, une fontaine pour injection ou lavements, appareil pour injection sous-cutanée ou intra-veineuse de sérum artificiel, car il n'est pas permis de laisser mourir ses parturientes d'hémorrhagie, une brosse pour les mains, une lampe à alcool.

Comme médicaments, le médecin doit avoir du chloroforme, de l'éther, du laudanum ou de la morphine, du seigle ergoté ou de l'ergotine, du chloral, une substance antiseptique à son choix, le bichlorure de mercure sous forme de tablettes est peut-être l'antiseptique le plus convenable puisqu'on peut en faire facilement une solution tirée, du collodion antiseptique pour les écorchures ou plaies aux doigts. Depuis quelque temps, j'ai ajouté à ma trousse de l'extrait fluide de veratrum viride, que j'emploie couramment dans les cas d'éclampsie.

On pourrait ajouter à cette nomenclature une longue pince à pansement utérin, un spéculum et de la gaze antiseptique ou du coton hydrophile pour le tamponnement. L'accoucheur ne doit pas oublier de porter constamment dans sa trousse un petit flacon de vaseline phéniquée ou tout autre corps gras antiseptique.

Il est d'une saine pratique de se faire avertir quelque temps à l'avance par les gestantes du jour présumé de leurs couches. Ainsi nous aurons le loisir et l'obligation de les examiner, de les palper et de les tenir au courant des divers objets nécessaires; et quand le moment solennel est arrivé c'est à nous de voir si nos instructions ont été suivies; s'il ne manque rien d'indispensable au trousseau du bébé. Quand je parle de trousseau, je n'entends pas toutes ces toilettes inutiles et frivoles dont les riches embellissent le berceau de leur progéniture; je veux dire ce qui compose la corbeille obligée du pauvre comme du fortuné.

On verra à ce que tout soit à la main, tels que les linges de la malade, les garnis et la layette de l'enfant. Il faut tout mettre à sa portée, car après l'accouchement la patiente plus ou moins épuisée ne se rappelle plus où elle a placé tel ou tel objet nécessaire au besoin du moment; et c'est au médecin de chercher, de fureter. Avec l'habitude on devient assez habile dans cette besogne et souvent, appelés au dernier instant chez les pauvres, vous serez dans l'obligation d'être

médecins, garde-malades, enfin vous serez le factotum, parce que vous serez seuls avec la parturiente ou ce qui équivaut au même, le mari, étant présent, est plus souvent un embarras qu'un aide intelligent et non jaloux. Il n'y a pas d'être plus gauche qu'un mari pour vous servir au moment de l'accouchement. Il a perdu tout son sang froid ; il est troublé ; il ne voit rien ; il n'entend rien ; il ne trouve rien.

L'examen que vous avez fait subir à votre patiente pendant les derniers mois de sa grossesse vous auront aussi indiqué les complications probables de l'accouchement et vous auront instruits sur les objets ou instruments supplémentaires que vous aurez à emporter dans votre trousse. S'agit-il d'un rétrécissement du bassin ? vous le savez d'avance et vous vous munissez en conséquence.

De la chambre.

Le choix de la chambre de l'accouchée est d'une importance capitale pour les bonnes relevailles. Si vous pratiquez chez les riches, on vous laissera souvent choisir vous-mêmes la chambre de la malade ; dans la clientèle indigente, vous serez encore le maître de la situation, mais votre lot ne sera pas considérable et le choix sera nul parce qu'on n'a à vous offrir que trois ou quatre salles quand il n'y en a pas seulement une ou deux pour toute la famille. Dans ce cas, force vous est de vous contenter du peu. Aujourd'hui, avec nos logements étroits, bâtis par *flat*, où l'on a mis un très grand nombre de salles dans un très petit espace, on a forcément fait plusieurs chambres à coucher obscures, humides, où tout moisit. Vous devez, si vous comprenez l'intérêt de vos malades, interdire le séjour de ces chambres aux femmes en couches. Faites transporter le lit dans le salon qu'on se ménage toujours, même dans la classe pauvre, dans l'endroit le plus beau et le plus éclairé.

La chambre de l'accouchée devra être saine, spacieuse, bien éclairée, bien ventilée. Si elle est munie d'une cheminée, elle en sera d'autant plus propre à cet usage qu'elle est plus ventilée et qu'on peut y allumer un feu plus sain qui répandra une chaleur moins dangereuse que celle fournie par le calorifère où le poêle à charbon. La fenêtre devra être opposée à la porte de manière qu'il s'établisse un courant d'air suffisant et qu'on puisse à volonté renouveler l'air et le purifier.

Dans le public extra-médical on a généralement une peur bleue des courants d'air. On les craint parce qu'ils causeraient les fièvres

et les abcès du sein ou le poil ; parce qu'ils occasionneraient les maladies des yeux des nouveau-nés. C'est à vous, médecins qui êtes instruits sur les causes de ces diverses infections puerpérales, de réagir contre ces données fausses du public ; à vous de montrer l'inanité de ces craintes. Vous savez fort bien, médecins, qu'un air pur ne peut jamais être nuisible, et ne peut engendrer une maladie quelconque. L'infection puerpérale dépend de la malpropreté et c'est surtout par l'hygiène et les soins minutieux de propreté qu'il faut la combattre. Ouvrez et faites ouvrir les fenêtres. Montrez aux grand'mères qu'on vit mieux dans un air renouvelé et pur. Pour leur faire comprendre ce précepte, je me sers volontiers d'une comparaison assez juste. " Prenez, leur dis-je, deux petites plantes, chacune dans un pot différent ; mettez un de ces vases sur la fenêtre, à la lumière et à l'air ; et l'autre, placez-le sur une corniche dans un coin obscur de la même chambre. Quinze jours plus tard examinez les deux plantes. Quelle différence ! l'une a poussé des tiges fortes et vigoureuses ; le bois en est dur et d'un beau vert-foncé ; ses fleurs épanouissent joyeusement leurs pétales fortement colorées ; l'autre, chétive, pâle, d'un vert tendre, ressemble à la jeune fille chloro-anémique. Ses branches sont faibles et elles s'écrasent facilement entre les doigts qui en font sourdre une grande quantité d'eau. Elle n'a pas de fleur ou, si quelques bourgeons ont poussé, ils sont aussitôt fanés."

C'est ainsi que je fais comprendre aux intéressées la nécessité d'ouvrir, d'aérer et d'éclairer. Il est une précaution à prendre, surtout en hiver ou dans les temps humides et froids, c'est de couvrir chaudement les malades jusqu'au cou.

Les ciels de lit, les rideaux et toutes les tentures devront disparaître. Ce sont autant d'étoffes inutiles qui retiennent dans leurs plis toutes les impuretés et les microbes soulevés par le balais. Les rideaux autour du lit y retiennent un air confiné et impur. Quand on ne peut être assez persuasif pour obtenir l'enlèvement de ces dentelles et de ces damas que l'orgueil a accrochés, il faut les faire secouer, nettoyer, brosser quelque temps avant l'accouchement, et obtenir qu'on n'y touche plus une fois la femme au lit. La mode anglaise de ne pas placer de tapis sur les parquets est hygiénique et devrait être suivie par tout le monde. Il serait facile de faire laver les planchers avec un liquide antiseptique. En tout cas, on ne doit jamais permettre le balayage, qui soulève les poussières avec les microbes.

Nos maisons de nouvelle construction offrent un grand danger

au point de vue de l'hygiène. Les cabinets d'aisance y sont placés dans un endroit obscur entre trois ou quatre chambres à coucher. La lumière n'y pénètre jamais; l'air n'y entre pas plus. Cette disposition est très dangereuse, de même que celle qui consiste à placer ces mêmes cabinets dans la chambre à coucher. Si l'on ne peut éloigner nos malades de ces endroits infectés, il faudra être très minutieux sur leur propreté et les désinfecter soigneusement et fréquemment avec du sulfate de fer, du sulfate de cuivre ou de l'acide phénique. Il faut se rappeler que confort, luxe et richesse ne sont pas synonymes de propreté et de bonne hygiène. Vous aurez autant à surveiller la propreté des riches que celle des pauvres. Souvent chez ces derniers vous obtiendrez plus et mieux que chez les premiers.

A la campagne surtout, et quelquefois à la ville, vous aurez à visiter les alentours de la maison parce qu'on y dépose des tas de fumier. Conseillez de transporter ces matières plus loin et de nettoyer attentivement ces endroits souillés. Si on ne peut le faire avant l'accouchement, au moins qu'on ne les remue pas pendant les couches. Ces amas de fumier ne devront pas être placés près des puits. En tout cas on devra faire bouillir l'eau pour les injections et les toilettes.

Il y a certains métiers qui exposent grandement la santé de ceux auprès desquels ils sont exercés. C'est ainsi que Tarnier attribue la mort d'une de ses malades et les dangers courus par une autre dont les maris étaient bouchers. La chambre à coucher de ces malades était en communication, par un escalier, avec une petite salle où les bouchers jetaient les rognures des os et de la viande qui y séjournaient un jour ou deux; puis ces matières en putréfaction étaient enlevées pour faire place à d'autres, mais jamais la boîte qui les contenait n'était lavée et encore moins désinfectée.

Aujourd'hui, dans notre ville de Montréal, avec le système actuel de vidanges, certains logements sont exposés aux émanations impures. Ainsi, ceux qui n'ont pas de ruelles où déposer la boîte aux vidanges, sont obligés de la transporter au travers la maison sur le devant de la porte et de la rapporter vide à sa place qui est peut-être dans la cuisine ou sur la galerie en-dessous de la fenêtre d'une chambre à coucher. Vous voyez les dangers d'une telle pratique.

Dans la chambre de la parturiente ou de l'accouchée, on placera un thermomètre et l'on maintiendra la température de l'appartement entre 18° et 20° Centigrades.

(A suivre).

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE DE QUÉBEC.

Séance du 26 Octobre 1899, tenue à l'Asile d'Aliènes St-Jean de Dieu.
Longue Pointe.

Présidence de M. Burgess.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

Correspondance et présentation d'un ouvrage.

1° Des lettres de remerciements de MM. GUÉRIN et URQUHART, nommés membres honoraires.

2° Une lettre de l'honorable *Secrétaire de la Province* faisant part à la Société de l'adoption par le gouvernement des certificats médicaux préparés par la Société pour l'internement des aliénés.

M. VILLERS fait hommage à la Société du travail suivant : Le délire de jalousie.

Avis de motion.

M. CHAGNON donne avis de motion qu'à la prochaine séance il proposera qu'il soit formé un comité spécial, dont le but sera de préparer un projet de classification des maladies mentales et de tableaux statistiques uniformes pour les divers asiles de la province.

Projet à l'étude.

M. CHAGNON reprend la question de la formation d'une Société composée des médecins des asiles de la Puissance du Canada, qui pourrait être affiliée à la Société Médico-Psychologique d'Angleterre et d'Irlande.—M. VILLENEUVE suggère que le Président et le Secrétaire entrent en pourparler avec les médecins des asiles du Canada, afin de voir si l'on ne pourrait arriver à une entente à ce sujet ;—ce qui est agréé par la Société.

COMMUNICATIONS.

Deux cas de manie éphémère, sans complication d'épilepsie, d'intempérance, ou de parturition.

M. BURGESS.—Permettez-moi de vous signaler deux cas d'un genre de maladie mentale, que, rarement, j'ai rencontré dans ma pratique. En réalité, durant vingt-cinq ans de pratique des maladies

mentales ce sont les seuls cas, réellement typiques, que j'ai eus à soigner. Chose assez surprenante aussi, tous deux m'ont été présentés à la même époque, à quinze jours d'intervalle, dans l'été de 1897.

Je pourrais les classer parmi les cas de folie appelée par le Dr Clouston manie éphémère ou transitoire, et définie par lui : "une forme assez rare d'exaltation mentale, inattendue et soudaine, généralement d'un caractère aigu, accompagnée d'incohérence, d'inconscience partielle et entière des choses familières, de manque de sommeil, et pouvant se prolonger d'une heure à quelques jours."

Des deux expressions dont se sert le Dr Clouston, je préfère beaucoup celle de "manie éphémère" pourquoi? Parce que l'expression "manie transitoire" est quelques fois, dans l'usage qu'on en fait, synonyme de "fureur transitoire" et, aussi, mais plus rarement "de fièvre délirante aiguë." Or, la manie éphémère diffère de ces deux genres de maladie : elle n'est accompagnée, ni de la rage de destruction qui caractérise le premier, ni des symptômes typiques, distinctifs du second.

Les crises d'insanité temporaire qui accompagnent quelques formes d'épilepsie, des accouchements et l'usage de l'alcool ne sont pas rares du tout. Aussi : les cas que je veux vous mettre sous les yeux ne proviennent nullement de ces causes, et c'est pour cela même qu'ils peuvent vous intéresser. Ce furent, en pratique, des cas de manie aiguë ordinaire, distincte et spéciale seulement par la très courte durée de l'attaque, fait qui dans certaines circonstances peut devenir d'une importance suprême au point de vue médico-légal.

OBS. 1.—J. S., une femme mariée de 40 ans. fut admise à l'hôpital de Verdun, le 18 juillet 1897. On nous apprit qu'elle venait de St-Jean, Terre-neuve, et se dirigeait sur Owen Sound, Ontario, pour y rejoindre son mari qui avait quitté Terre-neuve quelques mois auparavant. Elle était parvenue jusqu'à Montréal le matin du jour où elle fut placée sous mes soins. En arrivant en ville, où il lui fallait attendre une correspondance de chemin de fer, elle s'informa au chef de gare où elle pourrait bien déjeuner, et ce dernier lui indiqua un restaurant convenable et voisin. Jusqu'à ce moment, autant que je l'ai pu savoir, son apparence, ses manières, ses paroles ne présentaient rien d'étrange. En entrant dans le restaurant, le maître des céans lui demanda si elle ne désirait pas ôter son chapeau et son châle pour manger. Ceci sembla l'effrayer, et quittant la place brusquement, elle se mit à errer sans but dans les rues, pendant plusieurs heures. Vers deux heures elle atteignit Westmount, un des fau-

bourgs de la ville, s'arrêta à une résidence privée, y demanda un verre d'eau, ainsi que la permission de s'asseoir et de se reposer. La dame de la maison lui donna à boire et à manger, et apprit son histoire que la visiteuse raconta d'une façon très lucide. Puis, sur sa demande elle indiqua à sa nouvelle amie une place de refuge, où elle pourrait demeurer jusqu'au départ du train. C'était le refuge St-George, et tout fut préparé pour qu'elle put s'y rendre. La matrone, qui lui donna la bienvenue et s'occupa aussitôt de la mettre à l'aise, a certifié qu'elle semblait être très nerveuse et brusque, mais pas autrement malade. Vers six heures, soudainement, elle s'élança du sofa où elle était étendue, et avec un cri perçant sauta vers la fenêtre et chercha à s'y précipiter : elle en fut empêchée par la matrone, qui par bonheur était tout près. Puis suivirent des signes évidents d'aliénation mentale, et la pauvre femme devient si bruyante et excitée que la police fut avertie. Conduite au poste de police dans un état délirant, au milieu de cris aigus et sans suite, on jugea nécessaire de lui mettre une camisole de force pour l'empêcher de se faire du mal. On me narra le fait par téléphone et elle fut amenée à l'hôpital vers minuit par trois hommes de police.

Elle parut être une femme solide, assez forte en chair : son regard était égaré et sombre, et elle ne cessait d'articuler des paroles incohérentes qui ne me disaient absolument rien sur son état. Le pouls était normal ainsi que la température. On la mit au lit immédiatement, sous la garde de deux infirmières : mais je ne lui administrai aucun sédatif, vu surtout qu'un des hommes de police m'avait dit que le médecin du poste lui avait fait prendre un narcotique quelconque avant son départ. Elle fut somnolente par intervalles durant la nuit : mais la plupart du temps, elle fut bruyante, remuant violemment sur son lit et cherchant à frapper et à égratigner les infirmières qui la gardaient. Le matin on lui donna un bain chaud : cela la calma beaucoup sans cependant lui donner sommeil sur le moment. Elle ne prit qu'un peu de nourriture, elle parut avoir peur de boire le lait qu'on lui offrait mais elle mangea un biscuit au soda. Petit à petit, son agitation la reprit, et au milieu d'un babil incohérent et continu, elle fit des efforts constants pour sortir du lit. Enfin, elle devint si excitée, et fit de si constants efforts pour se faire du mal, s'arrachant les cheveux, et cherchant à s'assommer sur le mur, que vers les trois heures P. M. je lui donnai un injection hypodermique de 1.75 de grain d'hydrobromate d'hyoscine. Elle s'endormit bientôt après, et son sommeil se prolongea toute la nuit jusqu'à l'arrivée de son mari à qui on avait télégraphié vers 8 heures A. M.

Son arrivée l'enchantait et lui fit perdre beaucoup de sa frayeur : son babil et ses manières s'appaisèrent, elle lui parla avec beaucoup de bon sens, mangea son déjeuner avec appétit : et bientôt après, s'étant habillée, elle fit une promenade avec lui au dehors, dans les jardins.

Je causai longtemps avec elle, et ne pus découvrir le moindre signe de désordre mental : au contraire, elle me parut parfaitement raisonnable. La durée entière de son égarement mental, depuis le départ du restaurant, avait été de moins de 48 heures. Elle me dit qu'elle ignorait la cause de son attaque, que c'était la première, que toutefois pour un raison qu'elle ignorait, elle s'était sentie effrayée des gens chez qui elle était allée déjeuner. Elle avait une vague souvenance de ce qu'elle avait fait depuis le moment de son départ du restaurant, et son arrivée au refuge St-George : mais elle ne se rappelait absolument rien de ce qui était arrivé depuis le moment de sa crise au refuge jusqu'au matin où elle pouvait se souvenir d'avoir vu les infirmières à son côté, et être restée toute étonnée du lieu où elle était. Elle partit pour sa demeure à Owen Sound, dans l'après-midi du même jour, et jusqu'à un au plus tard, selon mon dernier rapport, elle n'avait pas eu de rechute.

L'interrogatoire serré que je fis subir au mari, ne me donna aucune preuve de condition épileptique chez sa femme, épilepsie cachée ou connue, ni aucun signe d'hérédité autre que le fait qu'une de ses tantes maternelles était morte aliénée. Ses mœurs étaient des plus régulières, et elle n'avait jamais montré aucune tendance à l'hystérie ou à d'autres désordres nerveux. Au contraire, elle avait toujours été regardée comme une personne d'une santé forte et d'un jugement sain.

Quant à la cause, je ne puis que supposer que l'excitation causée par un voyage dont elle n'a nullement l'habitude (elle n'avait jamais mis les pieds dans un train auparavant), jointe à la fatigue d'un si long voyage, avaient été suffisantes pour déranger son équilibre mental.

OBS. II.—Cette fois je fus appelé en consultation par un confrère sur le cas d'une jeune fille, M. J. âgée de 19 ans ; elle était sortie à pied dans la matinée, et en traversant la rue avait été près d'être écrasée par un tramway : elle ne fut nullement blessée cependant, continua sa promenade, fit quelques emplettes et retourna à la maison, apparemment en aussi bonne santé qu'à son départ. Trois heures plus tard environ, pendant qu'elle causait avec une de ses sœurs, son langage devint tout à coup incohérent, elle se mit à marcher nerveusement dans l'appartement, joua du piano avec violence, mé-

lant les airs de la façon la plus étrange, et faisant entendre les expressions les plus vulgaires. Mise au lit, elle continua de parler et de se rouler, criant et chantant à tue-tête. En vain ses amis cherchèrent à l'appaiser : elle ne les reconnut point, et sa conversation continuelle était un mélange d'illusions sans lieu ni sens.

Quand je la vis dans la soirée, six heures après le commencement de l'attaque, elle me parut être une fille solide et bien en chair, qui, en santé, devait être plaisante et intelligente. Le pouls était accéléré, mais très peu, la température normale, et la langue nette. Elle semblait excitée et égarée : elle refusa nourriture et médecine. Très en mouvement, elle cherchait à enlever sa chemise de nuit, se roulait sur le lit, cherchant sans cesse à se lever, mais nullement portée à la violence. Elle bavarda continuellement, à voix forte, des choses sans suites, répétant dix fois et d'une façon incohérente ce qui se disait près d'elle. Par fois, à en juger par ses actions, elle avait de terribles hallucinations de l'ouïe et de la vue. Jusqu'à ce jour, sa santé avait été excellente, elle aimait beaucoup les jeux et l'exercice au grand air. Jamais elle n'avait eu de pareille attaque, et ses amies, malgré l'interrogatoire le plus minutieux, ne me dirent rien qui me permit de croire à des attaques épileptiques quelconques. Ses habitudes étaient régulières, et elle n'avait aucune tendance à l'hystérie, ou à aucune autre maladie nerveuse. Cependant, elle avait une forte prédisposition héréditaire à l'insanité, sa grand'mère ayant eu des attaques de mélancolie, pendant qu'une tante du côté maternel aussi avait été internée dans un asile pendant quelques années. On ne pouvait trouver aucune autre cause d'excitation, que la frayeur qu'elle avait eue.

Je conseillai de lui appliquer du froid sur la tête et de lui administrer une injection hypodermique de 1/100 de grain d'hydrobromate d'hyoscine, promettant d'envoyer les papiers nécessaires à son admission à l'asile le plus tôt possible.

C'est ce que je fis. Quel ne fut pas mon étonnement lorsque vers le milieu du jour suivant je reçus un message téléphonique de mon confrère, disant qu'il espérait que ces papiers ne seraient d'aucune nécessité, vu que la patiente semblait complètement revenue à elle-même.

Après avoir reçu l'injection hypodermique, vers les 9 heures P. M. elle s'était tranquilisée, et avait dormi de dix à deux heures. Elle se réveilla alors, et bien qu'encore nerveuse et loquace, elle l'était moins qu'avant son sommeil. Elle reconnut ceux qui l'entouraient et s'étonna de la présence d'une étrangère, sa garde-malade

Après avoir pris un bol de pain au lait elle se rendormit, et demeura dans cet état jusqu'à sept heures A. M. A son second réveil, il lui restait encore un peu de confusion dans l'esprit, et d'agitation dans la démarche : mais cet état s'améliora encore graduellement, et vers midi, comme je l'ai déjà dit, elle était tout à fait bien de nouveau et n'a pas eu de rechute depuis.

La durée totale de l'attaque en ce cas fut seulement d'environ 22 heures, c'est-à-dire depuis deux heures P. M. du premier jour, jusqu'à midi du jour suivant. Ici aussi, il y avait perte de mémoire de tout ce qui était arrivé depuis le moment de l'attaque, jusqu'à peu près celui de la guérison complète. Quant à la cause de l'attaque, elle ne peut être que le choc causé par une frayeur subite, sur une diathèse fortement neurotique.

M. CHAGNON.—Je me permettrai d'ajouter l'observation suivante aux cas si intéressants que M. Burgess vient de nous rapporter.

Cxxx, 17 ans, est préposé aux bagages à l'une de nos compagnies de chemin de fer. Son père est mort à l'âge de cinquante-deux ans d'une "maladie du foie". Sa mère et sa sœur sont en bonne santé. Deux oncles maternels sont morts de tuberculose.

Dans les antécédents personnels de Cxxx, nous relevons que dans son enfance il a souffert de rougeole et de diphtérie.

Vers le 21 décembre 1895, il commence à se plaindre de perte d'appétit, constipation et insomnie. Il présente de plus une légère réaction fébrile, et quelques jours plus tard, il accuse de la céphalalgie. Il abandonne alors tout travail. Le 24 janvier 1896, il commence à présenter des troubles mentaux qui s'affirment rapidement en un état maniaque. A son entrée dans mon service à l'asile St. Jean de Dieu, le 30 janvier, il présente de l'incohérence absolue, une loquacité intarissable, des mouvements désordonnés et une insomnie complète. Le 5 février, nous le trouvons à son réveil tout à fait sain d'esprit. Je crois devoir noter ici que nous avons eu dès le début à combattre une constipation opiniâtre qui nous a donné beaucoup de mal à faire disparaître.

Cxxx est admis pour la deuxième fois le 24 mai 1898. La maladie avait débuté deux jours avant son entrée après un travail forcé de jour et de nuit sur des bouilloires en activité. Huit jours plus tard il était guéri de son agitation maniaque.

Le 9 du mois suivant, il prend part à une procession religieuse au cours de laquelle il est exposé à un soleil ardent pendant plus d'une heure. Le soir même, il se plaint, de céphalalgie ; le lende-

main il présente une demi-somnolence et refuse toute nourriture ; le surlendemain il est franchement maniaque. La durée de cette attaque est de quinze jours.

Le 8 juillet nouvelle exposition prolongée au soleil, alors qu'il se livre à une partie de *foot-ball* ; nouvelle rechute qui dure quelques jours seulement.

Le 1er août, à la suite d'une diarrhée fétide de trois jours, il présente une nouvelle attaque d'agitation maniaque. Il est très bien le 10 et reçoit son congé le 25.

Après deux jours passés dans sa famille, il est ré-admis présentant de l'agitation maniaque sous-aiguë. Il est parfaitement rétabli le 1er septembre, et le 6 octobre quitte l'asile.

En résumé, notre malade présente six crises parfaitement distinctes d'agitation maniaque à intensité variable. Le maximum de la durée de chacune des crises fut de quinze jours. Si nous prenons en considération l'état pathologique de ses fonctions digestives dans chacune de ses attaques il nous semble très difficile de ne pas faire une large part à l'auto-intoxication, même pour les rechutes qui semblent reconnaître pour cause immédiate l'exposition à la chaleur.

M. VILLENEUVE.—Je crois pouvoir rapprocher de ces observations le cas d'une femme que nous avons observée à l'asile St-Jean de Dieu, et qui, à plusieurs années de distance, en 1895, 1896 et 1899, a présenté trois accès maniaques d'une grande intensité, apparus subitement, sans cause apparente ou appréciable, et qui ont évolué très rapidement, l'espace de huit jours en moyenne. C'était une héréditaire ; un de ses frères avaient été atteint d'aliénation mentale.

Les cas qui viennent d'être rapportés par M. Burgess revêtent bien les caractères que Vallon, dans son rapport au congrès des médecins aliénistes et neurologistes français tenu en 1898, attribue aux délires transitoires, de survenir brusquement, d'arriver très rapidement à leur apogée et de se terminer également d'une manière subite par le retour à l'état *quo ante*. Les autres cas seraient plutôt des accès de manie aiguë de courte durée.

Ce qui fait l'intérêt des observations rapportées par M. Burgess, c'est que l'accès de manie transitoire que l'une de ces malades a présenté, ne peut être rattaché à aucun état pathologique antérieur. Ce fait viendrait à l'encontre de l'opinion professée par la presque totalité des aliénistes français et qui a reçu sa confirmation par un vote unanime émis à leur congrès, de 1898, à savoir : " que la folie transitoire est toujours symptomatique." Plusieurs observations de ce genre pourraient bien rouvrir la question que le congrès français a

fermée par son vote : “ Existe-t-il une folie transitoire idiopathique ? ” Pour moi, dans ma carrière d'aliéniste et de médecin expert, exercée depuis cinq ans dans l'asile le plus considérable et la ville la plus populeuse du Canada, je n'ai jamais rencontré un cas de folie transitoire que je n'aie pu rattacher à un état pathologique antérieur.

M. BURGESS.—D'après le cas que j'ai observé et rapporté, je serais tenté de croire à l'existence de la folie transitoire idiopathique.

Deux cas d'hallucinations auditives périphériques.

M. CHAGNON;—J'ai observé dans mon service à St-Jean de Dieu, deux malades hallucinés de l'ouïe bien intéressants, je crois, par les causes qui provoquaient chez eux ces hallucinations.

OBS. 1.—Gxxx est âgé de 32 ans, homme de peine. Son père est mort “ d'hydropisie.” Rien de plus à noter dans l'histoire pathologique de sa famille.

Toute sa vie Gxxx a été affecté d'aboulie. Par exemple, il se marie à 25 ans bien malgré lui, dit-il. A chacune des visites qu'il fait à la femme qu'il courtise, il se propose de décliner l'offre de mariage qu'“ elle lui a faite,” mais chaque fois il ne trouve pas la force de repousser la “ demande.” Jusqu'au pied des autels il conserve l'espoir de pouvoir dire non, mais en vain, car devant le prêtre, il dit “ oui.”

Un jour, ayant besoin de gants, il décide de consacrer soixante-quinze centins à cet achat ; le commis de magasin auquel il s'adresse lui en présente une paire au prix élevé de quatre piastres : il les achète encore malgré lui.

Jusqu'à l'époque de son entrée à l'asile sa vie est ainsi remplie d'actes marqués au coin de l'aboulie.

Admis à St-Jean de Dieu le 8 septembre 1898, Gxxx n'offre des hallucinations de l'ouïe que lorsqu'il entend un bruit quelconque ou un son, ou qu'il subit une impression du toucher. S'il est au repos et que ses compagnons se promènent dans le quartier, de suite il entend des voix paraissant venir de leurs pieds ; et si lui-même, se levant, se met à marcher, il paraît lui en monter des siens. De tous les pieds touchant le sol avec bruit léger ou fort partent des voix.

Le bruit de l'eau qu'on verse dans un verre provoque l'hallucination. Je froisse un papier, on lui crie : “ Tu es un... fou ; ” je frappe de mon crayon l'armature en fer d'un encrier : “ Tu es un niais,” lui

dit-on d'une voix métallique. S'il se gratte, il éprouve une sensation qui réveille les voix.

Obs. II.—Mxxx âgé de 26 ans, célibataire, cultivateur, admis à l'asile le 25 mai 1893.

Ses grand'mère et grand'oncle maternels sont morts en état de démence ; un oncle est alcoolique.

Mxxx est peu intelligent. Comme chez Gxxx, ses hallucinations de l'ouïe ne sont provoquées que par des bruits ou des sons. Elles se produisent lorsque ses compagnons ou lui se livrent à la marche.

Il fait cette distinction que les voix qui lui viennent de ses bottes lui parlent en "musique," tandis que les autres sont rudes.

Le malade qui fait le sujet de l'observation première, est retourné chez lui guéri en décembre de la même année, après trois mois de séjour à l'asile.

Il a été revu depuis, il avait ses poches bourrées de poudres médicamenteuses et de flacons de remèdes, il est devenu hypochondriaque.

L'autre malade vient aussi de laisser l'asile, légèrement amélioré.

Ce que je relève de particulier chez ces deux malades qui présentent chacun un passé pathologique, c'est qu'il est absolument nécessaire qu'ils subissent une impression auditive ou tactile pour éprouver des hallucinations de l'ouïe. Pas de bruits, pas de voix. Si tout est calme, ils n'ont aucune hallucination.

Observations médico-légales.

M. VILLENEUVE.—J'ai l'honneur de présenter à la société les deux observations médico-légales suivantes :

Outrage aux mœurs, allégation d'irresponsabilité pour cause de folie et d'épilepsie, responsabilité, condamnation.

Au mois de mai dernier, je recevais instruction du magistrat de police de faire l'examen de l'état mental de H. C..., pâtissier-décorateur. Belge d'origine, accusé d'avoir publiquement offert en vente trois figures tendant à corrompre les mœurs, contenues dans une boîte. Ce délit est prévu par l'article 179 du code criminel et passible de deux ans d'emprisonnement.

Ces figures d'un caractère obscène par la prédominance donnée aux organes génitaux, étaient en sucre coloré et représentaient une

femme et un homme nus, avec un chien, Une image de l'enfant Jésus portant une croix était collée sur la boîte.

L'enquête a révélé les circonstances dans lesquelles le délit avait été accompli.

Le prévenu avait porté cette boîte chez un hôtelier en lui disant de la remettre à un nommé S... qui demeurait dans la maison et de réclamer la somme de 25 sous, prix convenu de la boîte, qu'il viendrait ensuite lui-même percevoir.

L'hôtelier ouvrit la boîte, qui n'était pas enveloppée. En voyant le contenu, dont le caractère de lubricité voulue n'était que trop apparent, il fit appeler un agent de police, auquel il donna le signalement de H. C., dont le nom lui était inconnu. L'agent ne fut pas long à établir l'identité de H. C. Il se rendit à son domicile et entra en pourparler avec lui, pour se procurer une boîte semblable. H. C. hésita d'abord en alléguant que ce genre de négoce était très dangereux dans ce pays, à cause de la sévérité des lois; qu'il n'en était pas de même dans son pays, où il n'avait qu'à faire des boîtes semblables pour se procurer de l'argent quand il en avait de besoin. Enfin il finit par consentir à faire une boîte semblable, pour un prix convenu. Sur ces entrefaites l'agent mit H. C. en état d'arrestation et le conduisit devant le magistrat. H. C. fut reconnu par l'hôtelier, comme l'individu qui lui avait remis la boîte.

A l'enquête, H. C. prétendit qu'il ne se rappelait de rien et il protesta de son innocence. Son frère affirma qu'il y avait des cas de folie dans sa famille et que le prévenu lui-même n'avait pas toujours la tête à lui. Sa femme raconta qu'il avait eu des pertes de connaissance et elle sembla vouloir rattacher à l'épilepsie le délit dont son mari était incriminé.

Devant ces allégations, le prévenu fut soumis à l'examen médical, à la demande du consul de son pays.

Dans le cas actuel, nous avons donc à nous demander 1° si le prévenu pouvait être généralement considéré comme aliéné; 2° s'il était atteint d'épilepsie et dans l'affirmative, si c'était sous l'influence de la névrose qu'il avait commis l'acte dont il était appelé à répondre en justice.

Nous avons cherché la réponse à cette double question, dans l'examen personnel de l'inculpé et dans l'étude de son histoire et de ses antécédents héréditaires. Nous tenons ces derniers de l'inculpé lui-même et de son frère et, quoiqu'il ne nous ait pas été possible d'en contrôler l'authenticité, à cause de l'éloignement, nous croyons pouvoir les tenir pour véridiques.

H. C. demeure dans le pays depuis trois ans, il est pâtissier-décorateur, âgé de 42 ans, marié depuis vingt ans et père de deux enfants âgés respectivement de 10 et 17 ans. Son père, officier dans l'armée, était un fort buveur ; il est mort subitement. La mère serait morte de phtisie pulmonaire. Une sœur est enfermée dans un asile depuis 14 ans, elle serait devenue folle à la suite de troubles de ménage. Une sœur est d'une grande nervosité, elle aurait eu des crises nerveuses dont il est impossible de préciser la nature, faute de détails suffisants. Le frère que nous avons vu est un homme parfaitement correct, intelligent et jouissant d'une excellente réputation. H. C. a la figure asymétrique, il est de taille moyenne, malingre et paraît peu vigoureux. Il ne fait pas un usage immodéré de boissons fortes. H. C. ne présente rien d'anormal dans sa tenue, son maintien est correct, mais sa contenance est visiblement embarrassée lorsqu'il paraît devant nous. Sa conversation est cohérente et rationnelle, il comprend le sens de toutes questions et répond correctement. Sa mémoire est généralement bonne. L'exactitude des renseignements communiqués par lui sur sa famille et sur lui-même a été confirmée par le récit que nous ont fait subséquemment sa femme et son frère. Il déclare avec empressement qu'il n'est pas responsable. Il comprend l'avantage de ses antécédents héréditaires, de ses pertes de connaissance (?) et il en fait ressortir l'importance avec une certaine habileté. Au cours de quelques visites que nous lui avons faites à la prison de Montréal, nous n'avons constaté chez lui ni excitation ni dépression, ni délire, ni troubles sensoriels, en un mot aucun désordre mental quelconque et il n'apparaît pas, par l'interrogatoire que nous lui avons fait subir, qu'il n'en ait jamais présenté.

Devant nous il maintint la même attitude qu'il avait prise devant le tribunal, c'est-à-dire qu'il ne se rappelait de rien. Mais il fut relativement facile par des questions posées à l'improviste, au cours de l'examen, sur les différentes phases du délit, d'obtenir de lui des réponses, lesquelles, réunies, faisaient un récit en tous points conforme à l'ensemble des faits rapportés à l'enquête. Il nous fit même l'aveu qu'il avait fait la boîte à la demande de S. et que ce n'était pas la première qu'il lui faisait. On peut par là affirmer que l'amnésie de H. C. est feinte. À la prison, H. C. n'a été l'objet d'aucune remarque particulière de la part du personnel.

Nos recherches au sujet de l'aliénation mentale sont donc restées négatives. Nous n'avons constaté chez H. C. aucun symptôme qui puisse faire admettre qu'il soit atteint d'aliénation mentale. Son

intelligence est suffisamment développée et elle n'est nullement pervertie.

Nous avons interrogé sa femme et son frère, ils n'ont rapporté de lui aucun acte ou signe de folie. Sa femme dit que son existence a été régulière et sa vie sexuelle normale. Son frère soutient qu'il est entêté, vaniteux, exalté. Mais ce sont là des anomalies du caractère qui ne peuvent être assimilées à des symptômes de folie.

Répondant à la première question on peut donc affirmer que H. C. ne peut être considéré comme un aliéné, qu'il est suffisamment intelligent pour apprécier la nature de ses actes et que sa volonté s'exerce librement.

Il nous reste maintenant à élucider la question qui concerne l'épilepsie.

Pour qu'un individu puisse être déclaré irresponsable du chef de l'épilepsie, il me semble que l'on doit établir : 1° Qu'il est atteint d'épilepsie ; 2° Que l'acte incriminé est en rapport direct avec une attaque d'épilepsie sous une quelconque de ses formes ; 3° Que l'acte présente les caractères qui accompagnent les phénomènes épileptiques ; 4° Ou, que l'épilepsie a imprimé à l'intelligence et au caractère des modifications permanentes.

Depuis son arrestation, un mois, H. C. n'a eu aucune crise nerveuse. Antérieurement, les renseignements se résument à trois faits très vagues et sur lesquels les détails manquent complètement. Une fois il serait tombé en descendant une escalier, une lampe à la main. — une autre fois, sa femme l'aurait trouvé dans sa boutique, étendu par terre, paraissant dormir, — une autre fois il aurait été ramené à la maison par des individus qui dirent à sa femme qu'ils l'avaient ramassé par terre, au moment où il venait de perdre connaissance. Jamais, pendant vingt années de mariage sa femme n'a remarqué chez lui aucun phénomène convulsif, ni rien qui approche d'un vertige ou d'une absence, rien non plus qui indique qu'il ait souffert d'épilepsie nocturne. En admettant comme réelles les trois pertes de connaissance, il n'est pas permis d'affirmer, en l'absence de détails sur les phénomènes qui les ont accompagnés, qu'elles aient été de nature épileptique. Trois faits isolés, d'un caractère peu précis, arrivés au cours de l'existence d'un homme âgé de 42 ans, peuvent permettre à la rigueur de poser un point d'interrogation, mais ne nous autorisent nullement à admettre que H. C. soit atteint d'épilepsie.

Le jour du délit, la femme de H. C. n'a rien remarqué chez lui qui ne fut pas habituel.

En l'absence de la constatation de l'existence et de la réalité de la maladie, on peut rechercher si l'acte a les caractères d'un phénomène épileptique.

Les principaux caractères des manifestations épileptiques de toute nature, sont leur soudaineté, l'inconscience qui les accompagne et l'amnésie qui les suit. "Ce sont des actes brusques, soudains, irréfléchis, accomplis sans motifs, dont leur auteur n'a pas conscience, et dont il lui reste aucun souvenir ou qu'un souvenir très confus" (Vallon).

L'étude des circonstances sous lesquelles le délit a été commis, nous permet d'affirmer, par l'absence de ces caractères, qu'il ne s'agit pas là d'un acte qui puisse être rattaché à la névrose comitiale.

Nous y trouvons en effet un acte prémédité, accompli par intérêt, avec toutes les apparences de la lucidité, avec même la notion de sa gravité et dont le souvenir, malgré les dénégations, a été conservé. Ce n'était aussi que la répétition d'actes identiques, ayant le même mobile, l'exploitation de la lubricité d'autrui, pour un profit pécuniaire.

Ce commerce était connu de son frère qui avait cherché à l'en détourner. "Je lui avais bien dit qu'il finirait par se laisser prendre," a-t-il laissé échapper en notre présence.

Donc même, tout en présumant que H. C. soit épileptique, l'acte qu'il a commis n'a pas les caractères d'un phénomène épileptique et ne peut pas, par conséquent, être rattaché à la névrose.

Le prévenu invoque son hérédité. Le frère que nous avons vu est un homme parfaitement correct. Le prévenu ne semble en différer que par quelques anomalies du caractère et ses dispositions morales. Il semble donc que l'influence héréditaire ne puisse être invoquée que théoriquement, en faveur d'une modification de sa responsabilité, l'aliénation mentale et l'épilepsie étant mises à part.

Conclusions :

1° H. C. n'est pas atteint d'aliénation mentale.

2° Le délit dont il est incriminé n'est pas un acte pathologique né d'une impulsion irrésistible et malade ou inspiré par des mobiles délirants. Il relève des mobiles, qui sont parmi les facteurs ordinaires de causalité des actes criminels, l'intérêt et la cupidité.

Débilité mentale, absence complète de sens moral, deux condamnations ; nouvelle arrestation, examen médical, irresponsabilité, internement.

E. L. est amené devant la cour de police sous l'accusation d'avoir volé son bourgeois. Interrogé, il reconnaît s'être approprié

cette somme, mais il donne, pour se justifier, des raisons que le juge ne peut reconnaître comme émanées d'un esprit sain. Le magistrat ordonne en conséquence l'examen de l'état mental de E. L. et l'expertise nous est confiée.

E. L. a déjà un dossier judiciaire qui nous apprend les condamnations suivantes : le 5 octobre 1888, école de réforme, 5 ans, pour vol ; le 25 mars 1894, prison, 6 mois, pour vol ; le 4 août 1896, pénitencier, 3 ans, pour vol avec effraction.

E. L. est de taille moyenne, bien constitué et vigoureux. A part l'exagération du volume du lobule des oreilles, il ne présente pas de malformation bien évidente.

Il ne sait ni lire ni écrire, mais sait compter un peu. Sa mémoire a acquis un certain développement, il donne des renseignements sur son existence, peu nombreux, il est vrai, car il n'est pas prolix, mais exacts. Cependant, ce n'est qu'après plusieurs entrevues que nous avons pu lui en faire constituer le récit. Il comprend le sens des questions et répond exactement. Sa conversation est cohérente, mais on peut dire qu'il ne brille pas par la spontanéité intellectuelle, ni par l'ampleur du cercle de ses idées, qui est assez restreint, au contraire.

Sa pauvreté intellectuelle se révèle surtout à l'égard des facultés dites supérieures. Il n'a pas de pouvoir de synthèse : le raisonnement, la généralisation et surtout le jugement, principalement quant à l'aspect moral de ses actes, sont marqués au coin de l'insuffisance la plus absolue. Il manque complètement de la faculté d'adaptation aux différentes circonstances de la vie et le sens moral fait totalement défaut.

Il raisonne les délits qu'il a commis, comme s'il n'avait pas pu acquérir aucune notion de moralité. Il est évident que chez lui, l'arrêt du développement de l'intelligence, qui est d'origine congénitale, a plus affecté les facultés morales et les facultés intellectuelles dites supérieures, que les facultés intellectuelles dites élémentaires (Magnan). N'était-ce cette absence de sens moral et ce défaut d'adaptation, il aurait peut-être pu se servir normalement de la part restreinte d'intelligence qui lui a été dévolue et mener une existence régulière, si peu brillante qu'elle eût été.

Tel qu'il est, on peut affirmer, aux termes du statut, que E. L. est atteint d'imbecilité naturelle au point de le rendre incapable d'apprécier la nature de son acte et de se rendre compte que son acte était mal, et que, par conséquent, il est irresponsable, tant au point de vue légal qu'au point de vue médical.

Cette conclusion a été acceptée par le tribunal et E. L. a été colloqué à l'asile.

Nous avons cru intéressant de connaître l'opinion des directeurs des établissements où E. L. a été détenu.

Le directeur de l'École de réforme nous a écrit dans les termes suivants :

“ Nous avons eu parmi nos jeunes délinquants un enfant du nom de E. L., il a été dans notre école du 5 octobre 1888 au 5 octobre 1883 et a appris le métier de ferblantier ; mais il a été impossible de lui montrer le métier comme il faut, ou de réformer son caractère à cause de la faiblesse de son intelligence. Ses compagnons le considéraient comme un fou et s'en défiaient quelque peu, à cause de sa bizarrerie et de sa violence dans ses moments d'emportements. Il avait douze ans quand il a été condamné ; il n'avait pas fait sa première communion et comme caractère apparent on a noté *simple*. Il avait été à l'école pendant trois ans, mais ne savait ni lire ni écrire. Le jeune homme a été condamné pour vol de tabac.”

Nous devons à l'obligeance du préfet du Pénitencier, les renseignements suivants :

“ E. L. a servi près de trois ans de détention au pénitencier. C'est comme vous le dites un simple d'esprit qui arrive à l'imbécillité complète. Il était à peu près impossible de lui faire comprendre et suivre les règlements disciplinaires de l'institution. Avant mon arrivée il était presque continuellement dans les cellules de punition, dongeon, etc., pour infractions aux règlements. Après avoir constaté son état mental, j'ai dû le traiter en conséquence. Il était très insoumis, pas méchant. Dans mon opinion, il serait mieux à l'asile qu'au pénitencier.”

Il semble que ce malheureux doit être ajouté à la liste déjà trop longue, des aliénés méconnus et condamnés, ayant subi la totalité de leur peine. Il n'a dû qu'à la haute intelligence et aux sentiments humanitaires du savant magistrat devant lequel il a comparu, en dernier lieu, d'échapper à une nouvelle condamnation.

E. P. CHAGNON,
Secrétaire

COMITÉ D'ÉTUDES MÉDICALES.

Séance du 12 Octobre 1899.

Présidence du professeur Foucher.

ANALYSE DU LAIT.

Le professeur FAFARD donne sur ce sujet une causerie intéressante. Après avoir rappelé brièvement la composition normale du lait, il explique que le médecin, dans la pratique journalière, peut faire une analyse rapide, peu compliquée du lait, et cependant suffisante pour le renseigner sur les points importants à connaître. Il n'est pas nécessaire, dit-il, de posséder des notions compliquées de chimie. C'est ainsi que la densité du lait, prise à l'aide du lactomètre, suffira pour nous dire si le lait est pure ou non : la densité du lait, pur est de 100. Une densité à 98 est encore satisfaisante, car il faut toujours tenir compte de certaines circonstances qui diminuent la densité du lait sans en altérer la qualité. Par exemple, un laitier écrèmera le lait du soir avant de le mélanger au lait du matin ; on peut dire que presque tous le font pour se procurer du beurre. Ou bien encore on donnera aux vaches, pour exciter leur appétit, du sel de suisine, ce qui les fait boire beaucoup. Quelquefois aussi on rincera les chaudières avec un peu d'eau, qu'on ajoutera à la traite, afin de ne rien perdre. Ces diverses causes feront baisser la densité du lait, mais d'une manière peu notable, et sans altérer le lait d'une manière accentuée. Le lactomètre est aussi facile d'emploi que l'urinomètre.

Pour s'assurer du pourcentage de la crème dans le lait, on se sert du butiromètre, qui fonctionne de la même manière que le tube d'Esbach pour la recherche de l'albumine. À une quantité donnée de lait (auquel on a ajouté un peu de bicarbonate de soude), indiquée sur la paroi du tube, on ajoute une quantité donnée d'éther, aussi indiquée. On mélange, et après avoir ajouté de l'alcool, on fait évaporer ; on pourra alors lire sur la paroi du tube le pourcentage de crème, qui est normalement de 3 0/10.

Ces deux analyses, avec des instruments plus petits, s'applique aussi au lait de femme ; elles sont d'un emploi journalier et facile.

Le professeur Fafard explique ensuite avec détail comment on peut doser la caséine, la lactose et les corps gras, après dessiccation d'une quantité donnée du lait dans une capsule de platine ou de porcelaine. Cette analyse complète et longue à accomplir n'est utile que dans les laboratoires.

En réponse à une question, le professeur Fafard explique que l'on n'emploie guère la craie pour corriger la densité du lait auquel on

a ajouté de l'eau, parce que la craie forme un précipité. Mais il arrive souvent, pour empêcher le lait écrémé de surir, qu'on ajoute du bicarbonate de soude (soda) ou de la chaux. Si l'on fait bouillir ce lait, en ajoutant une à deux gouttes de vinaigre, il ne se coagulera pas.

Au point de vue des nourrissons, le Dr CORMIER fait remarquer que les vaches nourries avec de la *drèche*, que les propriétaires vont chercher aux brasseries, donnent un lait acide impropre à la nourriture des enfants. Certaines vaches, comme les jersey's, ont un lait qui contient beaucoup de matière grasses et donne la diarrhée aux enfants. Ce lait gras a une densité légère. De même la densité du lait chaud est toujours moindre que lorsqu'il est froid. Il est important pour la bonne santé des nourrissons que le lait qu'on leur donne provienne de vaches saines, quand ce n'est pas la mère qui les nourrit. A la maternité, les vaches qui fournissent le lait ont été éprouvées à la tuberculine, et il existe dans les environs de Montréal, des laiteries dont les troupeaux sont choisis avec soin et bien surveillés au point de vue hygiénique.

Le Dr FERRÉ, après avoir donné un aperçu général de la bactériologie du lait, signale le fait que la tuberculose a disparu de la Maternité depuis que l'on donne aux enfants du lait stérilisé.

Le Dr ASSELIN rapporte l'observation d'un cas de fièvre typhoïde (chez un enfant) compliquée de purpura hémorrhagique.

Séance du 26 Octobre 1899.

Présidence du professeur Fafard

**GASTRO-ENTÉROSTOMIE POUR UN NÉOPLASME DU PYLORE
GUÉRISON DEPUIS CINQ MOIS.**

Présentation du malade.

M. MARIEN.

Messieurs,

J'ai l'honneur de vous présenter, au nom du Dr Dubé et au mien, un malade à qui j'ai fait une gastro-entérostomie, pour un rétrécissement du pylore.

Voici son observation : M. B..., machiniste, est âgé de 43 ans. Marié depuis l'âge de 24, il a eu trois enfants tous vivants et bien portants.

Comme antécédents héréditaires il est intéressant de noter que son père est mort à l'âge de 46 ans, d'un cancer de l'estomac, constaté par l'autopsie.

Sa mère, âgée de 81 ans, jouit encore d'une excellente santé.

Sur une famille de 15 enfants, dont les autres sont morts en bas âge, de différentes maladies, cinq sœurs et deux frères survivants se portent bien. L'on ne connaît personne parmi les collatéraux qui soit mort de cancer.

Jusqu'à l'âge de onze ans le patient ne se rappelle pas avoir été sérieusement malade. À cet âge il a eu la fièvre typhoïde qui a duré sept à huit semaines, mais dont il a d'ailleurs parfaitement guéri.

À part cela, jusqu'à l'âge de 26 à 28 ans, il n'y a rien d'important à noter dans cette observation.

Depuis l'âge de 28 ans, c'est-à-dire depuis une quinzaine d'années, des troubles d'estomac se sont manifestés par divers phénomènes qui ont incessamment assombri l'existence de ce malade; d'abord tous les phénomènes subjectifs de dyspepsie se traduisant par du gonflement et des évacuations de gaz, des rapports surs et des vomissements acides, quelques heures après le repas, de la constipation alternant avec de la diarrhée, de l'anorexie générale, mais non élective pour certains aliments.

Il y a environ quatre ans tous ces symptômes se sont amendés et le malade s'est trouvé tout à fait bien pendant deux ans, son appétit est devenu meilleur, il digérait bien et dormait bien.

Après cette période d'accalmie, M. B... a recommencé à souffrir, depuis bientôt deux ans, de troubles digestifs avec réapparition des mêmes symptômes gastriques, sans dégoût prononcé cependant pour certains aliments; les digestions deviennent difficiles, accompagnées de gonflements épigastriques et d'émissions de gaz, les vomissements acides surviennent, d'abord espacés, puis se rapprochant de plus en plus; la constipation devient opiniâtre.

Tous ces symptômes ont été en s'accroissant de plus en plus et environ huit mois avant l'opération des selles *noirâtres* ont été remarquées à plusieurs reprises, de même que des *vomissements de sang* assez considérables par deux fois répétés à des intervalles peu éloignées, une fois à la suite de manipulations nécessitées par l'examen et la palpation.

Des douleurs avec exacerbation par l'ingestion des aliments une heure après les repas, sont ressenties depuis deux ans; elles empêchent parfois le malade de dormir, car elles se manifestent surtout lorsqu'il est couché.

Ce sont tantôt des douleurs angoissantes avec irradiations variées, d'autres fois ce sont des sensations d'étouffement qui s'atténuent par l'émission de gaz, mais qui sont continuelles.

Dans l'espace de douze mois, l'amaigrissement de ce malade a été assez notable; de 151 livres son poids est diminué à 121 livres, c'est-à-dire de trente livres: quelque temps avant l'opération, l'amaigrissement était de deux livres par semaine.

Son moral est très affecté, il est découragé et très anxieux de son état.

A l'examen de l'abdomen, l'on ne trouva pas de tumeur ni de tuméfaction considérable. Il n'y a ni météorisme, ni ascite, mais à la palpation l'on provoque une sensation douloureuse assez accentuée dans la région sus-ombilicale, surtout à droite au-dessous du rebord des fausses côtes, dans la région pylorique. Le foie a son volume normal, et au-dessous de lui dans la région pylorique on ne constate aucune tuméfaction.

Pas d'adénopathies externes, ni inguinale, ni sus-claviculaire.

La grande caractéristique anatomique du cancer pylorique avec sténose, qui est l'énorme dilatation de l'estomac, fait à peu près défaut dans notre observation; en un mot ce qui domine, ce sont les signes fonctionnels d'une lésion grave de la muqueuse stomacale.

Dans la première semaine de mai, M. Dubé présenta son malade à l'Hôtel-Dieu et la plupart de nos collègues l'examinèrent.

L'existence d'une néoplasie de la muqueuse stomacale semblait indubitable, mais le diagnostic resta hésitant quant à la nature maligne ou bénigne et quant à la localisation de la maladie; une laparotomie exploratrice fut proposée au malade qui l'accepta courageusement, tout en se soumettant entièrement à l'avance, à l'opération jugée nécessaire, une fois le ventre ouvert.

Le 1er juin, après une préparation soignée du champ opératoire et du tube intestinal, je fais sous chloroforme, assisté du Dr Merrill, une laparotomie médiane. Avec beaucoup de jour, il est facile d'examiner les deux faces et les deux orifices de l'estomac. Ce qui frappe tout d'abord, c'est l'épaisseur considérable des parois de l'estomac qui est peu distendu mais dont les vaisseaux sont fortement dilatés et congestionnés. Mais ce qui attire surtout notre attention, c'est une masse, de la grosseur et de la forme d'un œuf de poule, qui siège précisément au niveau de l'orifice pylorique.

Cette tumeur, d'une consistance assez dure, n'est pas bosselée; elle fait corps avec les tuniques profondes de l'organe, sans envahir toutefois les couches les plus superficielles. L'on trouve bien quelques ganglions mésentériques hypertrophiés, mais on peut les mettre aussi bien sur le compte d'un processus inflammatoire que cancéreux.

En présence de ce néoplasme qui envahit le pylore et en rétrécit l'orifice presque totalement, nous n'hésitons pas à faire une gastro-entérostomie antérieure, suivant le procédé de Wolfkeer, à l'aide du bouton de Murphy fortifié par une suture séro-séreuse.

Je profite de cette communication pour vous signaler un point de repère précieux, que je n'ai pas vu mentionner par les auteurs, dans la recherche parfois difficile de la première anse jéjunale: c'est la queue du pancréas, très facile à reconnaître par sa consistance. Après avoir plongé la main dans le ventre et avoir soulevé l'épiploon, le colon transverse et l'estomac, il est facile de saisir l'anse qui touche à cette glande, et de s'assurer par sa fixité, que l'on ne s'est pas trompé.

Les suites opératoires furent excellentes; le bouton a été expulsé sans accident le 17e jour après l'opération.

Le malade a quitté l'hôpital dans la 4e semaine après son opération dans un état très satisfaisant; tous les troubles fonctionnels

avaient disparu ; il dormait bien, mangeait bien et ne souffrait plus. Son poids était déjà augmenté de quelques livres.

Aujourd'hui, cinq mois après l'intervention, il a augmenté de 22 livres et la guérison se maintient d'une façon des plus satisfaisantes.

Entre autres réflexions, il faut se demander si nous avons eu affaire à un néoplasme purement inflammatoire ou à un néoplasme malin. L'avenir nous le révélera.

L'INFLAMMATION ET SON TRAITEMENT.

Le Dr ROTTOT commence sur ce sujet une série de conférences qu'il continue à la séance du 9 novembre et à celle du 23 novembre. Il divise son sujet en trois points : 1^o Nature de l'inflammation ; 2^o Causes de l'inflammation ; 3^o Traitement de l'inflammation. Ces conférences, écrites avec simplicité et franchise, où se reflète une observation attentive et réfléchie des phénomènes vitaux, une connaissance étendue des théories modernes et un grand désir de vérité, ont été suivies avec beaucoup d'attention par les membres du Comité d'Etudes, heureux d'entendre l'opinion de l'un des représentants les plus en vue de la profession médicale canadienne-française. Après avoir étudié Virchow, Conheim, Metchnikoff, Letulle, le Dr Rottot trouve que les processus de diapédèse et de phagocytose ne sont pas suffisants pour expliquer tous les phénomènes de l'inflammation, et qu'il faut réserver, en outre, un rôle prépondérant aux cellules des tissus. Considérant les microbes comme l'une des causes des maladies, il insiste pour que l'on tienne compte davantage, dans l'étude des lésions qu'ils produisent, de la réaction particulière des différents tissus en face des causes provocatrices. S'appuyant sur le vitalisme de Bichat, il voit dans les maladies le résultat d'un trouble apporté, par quelque cause que ce soit, dans la fonction ou la nutrition des cellules, et c'est là pour lui l'essence de toute inflammation. Le traitement de toute maladie doit donc avoir pour but principal de soutenir la vitalité, soit fonctionnelle, soit nutritive, des cellules de l'organisme, à l'aide des médicaments, des sérums et de la saignée quand elle est indiquée. Dans une maladie inflammatoire grave, le Dr Rottot attache plus d'importance à l'état du pouls, qui nous dit comment l'organisme supporte la maladie, qu'aux indications du thermomètre, qui nous donne le degré de fièvre, mais non pas l'état général du malade.

A la séance du 23 novembre, sir William Hingston s'est aussi prononcé sur cette question importante de pathologie générale, et a passé en revue les différentes théories émises sur l'inflammation depuis son entrée en pratique. *L'Union Médicale* publiera dans son numéro de janvier 1900 le travail du Dr Rottot, ainsi que la discussion qui suivra.

Séance du 9 Novembre 1899.

Présidence de M. Desroches.

HYPERTROPHIE DU FOIE ET DE LA RATE.

Présentation du malade.

M. LARIN présente un jeune garçon de 18 ans qui offre une hypertrophie marquée du foie et de la rate, mais dont l'état général paraît bon. Ce jeune garçon a été malade pendant plusieurs années ; à chaque retour de la saison chaude, il avait tous les trois ou quatre jours des frissons qui duraient plusieurs heures et se terminaient par une transpiration abondante.

En novembre 1896, le docteur Larin a constaté chez lui une hypertrophie du foie et de la rate, de l'ascite, une teinte sub-ictérique des conjonctives et de l'albumine dans l'urine. Ces symptômes se sont améliorés en décembre, sauf l'hypertrophie des organes.

L'ascite est revenu l'été dernier, à la suite d'un refroidissement et d'une crise urémique ; le jeune garçon s'est cachectisé et a fait de la suppuration de la cuisse. Il a fallu le traiter énergiquement par les laxatifs, les diurétiques, les lavements froids, les résolutifs et la ponction de l'abdomen, qui a été faite six fois durant les mois de septembre et octobre.

Aujourd'hui, le malade est bien, et le Dr Larin croit, en raison des frissons que le petit malade a eus, et de la persistance de l'hypertrophie splénique et hépatique, qu'il s'agit d'un cas d'impadulisme. Cependant, le jeune homme n'a jamais quitté Montréal.

Présentation de pièces pathologiques.

M. DUBÉ présente des pièces pathologiques provenant de deux malades qui ont succombé à l'Hôtel-Dieu. Dans un cas, il s'agit d'une péricardite purulente à staphylocoques, chez un enfant entré dans le service en état d'anasarque ; on a trouvé aussi un épanchement considérable dans la plèvre et le péritoine.

Dans l'autre cas, une femme âgée succombe à une congestion intense des deux poumons, et l'on trouve l'aorte dilatée et inflammée (endarterite calcaire).

D É C È S.

Par la mort du Dr L. J. A. Valois, de Valoisville, arrivée hier, le bureau des douanes de Montréal perd un officier de 20 ans de service. Le Dr Valois était en charge de l'entrepôt de douane de Hudon et Hébert. Son décès a été quelque peu subit. Il est tombé malade à sa résidence, à Valoisville, le samedi, et il est mort le mardi suivant.

SUMMERS.—*The Modern Treatment of Wounds*, by John E. SUMMERS, Jr., M. D., Surgeon-in-chief to the Clarkson Memorial Hospital, Omaka, N., in-oct., p. 150. Med. publ. Co., 315, McCague Block, Omaka.

REVUE DES JOURNAUX.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

FRACTURES INTRA-UTÉRINES.

M. le Dr PHOCAS rapporte, dans une leçon publiée par le *Nord médical*, un cas de fracture intra-utérine et étudie à ce propos les conditions dans lesquelles se produisent ces fractures, étant donné que seules les fractures qui se produisent pendant la grossesse méritent ce nom. Celui de fractures obstétricales désigne les fractures qui sont contemporaines du travail de l'accouchement. Il faut en distinguer aussi les lésions qu'on a désignées sous le nom de fractures avec arrêt de développements ou vices de conformation, cas qui sont presque toujours constitués par une absence congénitale du péroné.

Les fractures intra-utérines se réduisent donc en deux variétés : 1° fractures traumatiques ; 2° fractures pathologiques spontanées.

Ces fractures ont été étudiées par Gurlt, Brodust, Brinton. Le traumatisme est admis par tous ces auteurs ; mais tandis que les uns (Guret, Brinton) émettent l'avis que la violence externe est la cause directe des fractures, d'autres (Brodust, Spiegelbern) invoquent la présence du liquide amniotique et ne peuvent concevoir que le choc ne soit amorti par ce liquide. Ils expliquent la fracture par une action musculaire désordonnée du fœtus ou par une fragilité spéciale du tissu osseux.

La fracture siège le plus souvent sur les os longs et par ordre de fréquence on rencontre la clavicule, les os de la jambe, de la cuisse, l'avant-bras et le bras.

La fracture est unique ou multiple. Elle est complète ou incomplète.

La fracture reconnaît toujours pour cause un traumatisme. Ce traumatisme est variable d'intensité, mais il survient presque toujours vers le 8e mois de la grossesse. Il peut laisser des traces sur l'abdomen ; souvent on ne trouve rien.

La douleur est tantôt vive, tantôt modérée. En général, il n'y a pas d'avortement. La grossesse suit son cours. La femme accouche à terme.

A la suite du traumatisme abdominal, on a noté l'hémorrhagie vaginale du côté de la mère et des modifications dans l'intensité des mouvements du fœtus. Ces mouvements deviennent parfois lents ou violents et désordonnés.

Après l'accouchement, on constate la fracture. Unique ou multiple, de siège variable, la fracture peut être simple ou compliquée, bien mal consolidée ou guérie par pseudarthrose.

On peut donc rencontrer toutes les variétés de fractures, de même que sur l'adulte.

La fracture simple ne présente aucune solution de continuité de la peau, mais on peut trouver parfois une cicatrice, trace d'une ancienne plaie guérie. Cette fracture est tantôt consolidée, tantôt non consolidée.

Quand elle est consolidée, le cal est souvent difforme comme dans les fractures de la clavicule. Le cal est souvent angulaire dans la jambe. La fracture se consolide donc souvent dans la cavité utérine, mais la mauvaise position des fragments persiste.

Dans les fractures compliquées, la plaie entanée peut se réparer ; mais on a souvent pris les cicatrices amniotiques pour des cicatrices d'une fracture, et en réalité la vitalité du fœtus laisse à désirer ; aussi voit-on souvent des fractures ouvertes avec des plaies septiques suppurées après la naissance et entraîner la mort.

Le pronostic de ces fractures est en somme assez sérieux au point de vue des formes et de la vie. Les fractures du crâne peuvent produire des accidents tardifs.

Quel est le traitement de ces fractures ?

Il sera souvent indiqué d'intervenir pour redresser le membre quand le cal est difforme ou pour maintenir les fragments quand la fracture n'est pas consolidée.

On a fait souvent l'ostéotomie ou l'ostéoclasie. Ces opérations sont inoffensives à l'heure actuelle et même sur les petits enfants. La seule question à débattre est l'âge auquel on doit opérer ces enfants. M. Phocas estime qu'il vaut mieux temporiser et opérer quand l'enfant a donné des signes manifestes de vitalité.

Sous la dénomination de *fractures pathologiques ou spontanées*, on peut ranger toutes les lésions osseuses intra-utérines qui sont caractérisées par la spontanéité de leur production et par leur multiplicité.

En général, une cause pathologique connue peut être invoquée. Le rachitisme, la syphilis, la fragilité osseuse ont été invoqués.

Parmi ces causes, c'est le rachitisme qui tient incontestablement la première place. Comme le rachitisme intra-utérin est rare, les fractures de cette catégorie sont extrêmement rares.

(*Journal de Médecine et de Chirurgie Pratiques.*)

A QUELS SIGNES UN MÉDECIN PEUT-IL AFFIRMER QU'UNE FEMME NE PEUT PLUS CONCEVOIR ?

M. le Dr Léon CERF (d'Angers) étudie, dans les *Annales d'hygiène et de médecine légale*, un cas qui, bien qu'il soit certainement bien exceptionnel, n'en est pas moins intéressant à divers points de vue. Voici quelques détails assez circonstanciés sur ce cas très curieux ;

Mme L... possède un titre de rente 3 p. 100 sur l'État français, grevé de restitution au profit de ses enfants nés et à naître, en vertu de dispositions testamentaires de ses parents prises par devant notaire.

Cette dame, se trouvant dans une situation gênée, ayant besoin

du capital, désire vendre son titre. Or, les titres de cette nature sont, en principe, inaliénables. Cependant, après les démarches nécessaires, le Trésor accepte la vente, à la condition d'être couvert par un jugement du tribunal compétent. Pour accorder cette autorisation judiciaire, le tribunal exige de Mme L... la production d'un *certificat médical affirmant qu'elle n'aura plus d'enfants*.

Mme L... est âgée de cinquante-trois ans; elle a eu trois enfants dont le plus jeune a dix-sept ans.

Elle alla demander conseil à son médecin habituel, qui lui délivra le certificat suivant :

Je soussigné, Dr X..., certifie que Mme L..., que je connais depuis trente-trois ans, est exempte à l'avenir d'avoir des enfants, qu'elle n'est plus réglée depuis quatre ans et que tout indique qu'elle ne pourra plus procréer.

Ce certificat fut refusé par le tribunal comme insuffisant. Un second médecin, s'appuyant sur la ménopause, certifia qu'il était *presque certain* qu'elle n'aurait plus d'enfant. Il ne donna pas davantage satisfaction au tribunal. Un troisième rédigea un nouveau certificat un peu plus formel qui n'eut pas plus de succès. Le président du tribunal désirait que le médecin certifiât la ménopause d'après ses constatations personnelles et qu'il affirmât sous serment que la Dame L... n'aurait certainement plus d'enfant. M. Cerf, consulté à son tour, refusa ce certificat, et voici résumés les faits de son refus :

Tout d'abord, il n'existe pas de signe certain permettant d'affirmer la ménopause; l'âge même n'a qu'une valeur très secondaire, car il est très fréquent de voir la menstruation dépasser de beaucoup la période ordinaire.

Seul le médecin ordinaire pourrait avoir une quasi-certitude de la ménopause, et c'est ce qui est arrivé au médecin qui avait délivré le premier certificat.

Mais, ici, une nouvelle question se pose. Si on admet, pour un instant, que l'on soit certain de la ménopause, que l'on soit absolument sûr que les règles ont cessé depuis quatre ans, faut-il en conclure nécessairement et évidemment que la conception est dès lors impossible? Non.

Il y a dans la science des cas nombreux et authentiques de conception survenue après la cessation des règles, et l'on sait que ces faits certains d'ovulation sans menstruation sont un des arguments invoqués par les adversaires de la théorie qui veut que les deux actes soient liés indissolublement l'un à l'autre.

Courty rapporte l'observation faite par Puech d'une femme qui devint enceinte à quarante-six ans. Dans un cas de Renaudin, une femme de soixante et un ans accoucha dix ans après avoir vu ses dernières règles. Deshayes (de Rouen) rapporte l'observation d'une femme qui devint enceinte à cinquante ans, deux ans après la cessation définitive des règles. Barker rapporte qu'une femme âgée de quarante-six ans devint enceinte, bien que ses règles eussent cessé depuis l'âge de quarante-deux ans.

M. Lutaud a observé des faits du même genre.

D'autre part, l'âge avancé ne peut dans une certaine mesure tout au moins, être considéré comme un obstacle à la conception, et dans une discussion, déjà ancienne, il est vrai, l'Académie admet qu'une grossesse était parfaitement possible à 58 ans. Les exemples de ce genre sont du reste assez nombreux.

Indépendamment de ceux indiqués plus haut, Barker rapporte trois observations de maternité chez des femmes ayant dépassé cinquante ans.

Hoffmann cite l'exemple d'une primipare de quarante-huit ans, après vingt ans de mariage.

Haller parle de deux femmes qui ont accouché l'une à soixante, l'autre à soixante-dix ans.

Le président du tribunal lui-même dont il est question ici a observé un exemple de conception tardive, et c'est précisément cette observation qui le rend si exigeant pour le certificat qu'il réclame ; car il a affirmé avoir connu une Normande qui eut son premier enfant à cinquante-cinq ans, après trente ans de mariage.

L'âge ne peut donc pas, à lui seul, si avancé qu'il paraisse, être une preuve convaincante de l'inaptitude à procréer.

En résumé, dit M. Cerf, appelé à certifier l'inaptitude à concevoir, examinez votre cliente, pesez son âge, considérez son habitus extérieur, faites le palper abdominal, le toucher vaginal, pratiquez l'examen au spéculum, il vous sera impossible d'affirmer, sans le moindre doute, que le sujet est encore ou n'est plus réglé, peut ou ne peut plus avoir d'enfants.

Nous pouvons donc terminer notre étude par les conclusions suivantes :

- 1° Il n'y a pas de signe certain de la ménopause ;
- 2° La ménopause ne coïncide pas fatalement avec la cessation de l'ovulation ;
- 3° Il n'y a pas de signe certain de l'inaptitude à concevoir.

(*Journ. de Méd. et de Chir. Prat.*)

POSITION OBSTÉTRICALE DE WALCHER.

Le Dr Alfred MOORE (*Memphis Medical Monthly*, Octobre), conseille de placer la parturiente en décubitus dorsal, le siège débordant le bord du lit et les cuisses pendantes en pleine extension ; c'est la position de Walcher, l'opposé de celle de la lithotomie. En 1889, Walcher annonça que par cette extension des cuisses, on augmentait le diamètre antéro-postérieur (conjugué vrai) de près d'un centimètre. Ce point a son importance, surtout dans les accouchements laborieux, où la différence d'une fraction de pouce, en plus, est d'une valeur considérable.

Mais si le détroit supérieur est agrandi par cette position, il faut se rappeler que l'inférieur est diminué. Aussi, dès que la tête est dans l'excavation, il faut fléchir les cuisses de la malade pour rendre au détroit inférieur son diamètre normal. L'auteur cite des cas à l'appui.—(*N. Y. Med. Journ.*, 28 Oct. 1899.)

REVUE D'HYGIÈNE

VALEUR RELATIVE DE LA FILTRATION AU SABLE ET DE LA
FILTRATION MÉCANIQUE DE L'EAU DE BOISSON.

Au mois de février de l'année courante, les membres de l'Association des Aqueducs de la Nouvelle-Angleterre ont discuté longuement dans une de leurs réunions, la valeur relative des divers modes de filtration de l'eau de boisson. Nous avons lu avec beaucoup d'intérêt le rapport de cette discussion, à laquelle ont pris part des spécialistes distingués des Etats-Unis, connus par leurs recherches personnelles et leur expérience pratique de la question. La communication de M. George W. Fuller, bactériologiste de Cincinnati, Ohio, ainsi que celle de M. Allen Hazen, de New-York, méritent d'être citées, d'autant plus que ces deux auteurs sont entièrement d'accord dans leurs conclusions.

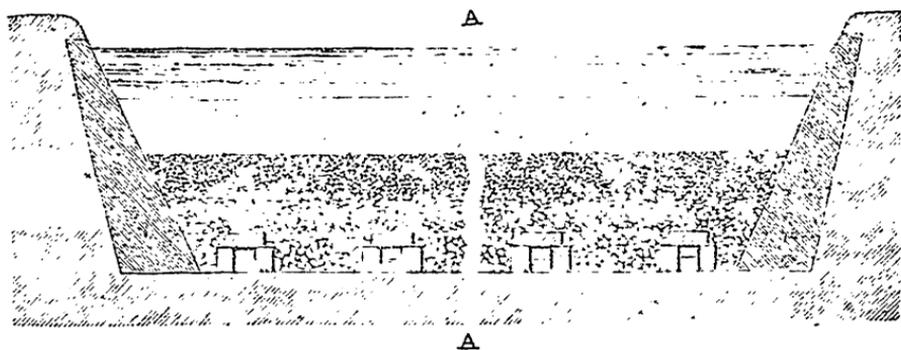


FIG. 1.—*Filtre anglais.*—Filtre de la compagnie Lambeth, de Londres—type ordinaire des filtres à sable en Europe. (Pour réduire la figure, seules les deux extrémités du filtre sont représentées, comme l'indique la cassure A A).

M. Fuller soutient la proposition suivante : le choix du mode de filtration de l'eau de boisson doit reposer sur la nature même de l'eau à filtrer. Et voici comment il développe son idée.

Il y a une grande différence entre les rivières de l'est et de l'ouest du territoire américain, au point de vue de la composition de l'eau. Dans l'est, pays accidenté, terre de granit, l'eau des rivières est relativement pure ; dans l'ouest, terrain argileux et crétacé, pays de plaines, l'eau charrie de grandes quantités de limon et d'argile, et ces quantités varient parfois rapidement, surtout en temps de crues.

NOTE.—Les clichés reproduits avec cet article appartiennent au Conseil d'Hygiène de la Province (voir Deuxième rapport annuel, 1896) et ont déjà paru dans *L'Union Médicale* en juin 1897, pages 361 et suivantes.

Dans la vallée du Mississippi et de l'Ohio, il est nécessaire d'abord de laisser reposer l'eau afin de décanter les particules de limon les plus considérables ; il faut ensuite employer un coagulant pour assembler les fines particules d'argile ; et c'est alors qu'intervient la question de filtration. C'est-à-dire que l'on ne peut pas appliquer indifféremment à l'eau des rivières de l'est et de l'ouest la filtration par le sable (méthode anglaise) ou la filtration mécanique (méthode américaine). Il faut savoir choisir.

Ce qui rend difficile la filtration des eaux de l'ouest, c'est cette immense quantité de fines particules d'argile qu'elles peuvent contenir, surtout après les débordements. Il faut un examen minutieux pour s'assurer de leur présence, car elles atteignent à peine le dixième du volume d'une bactérie ; un grand nombre n'ont pas plus de 1/100,000 de pouce de diamètre.

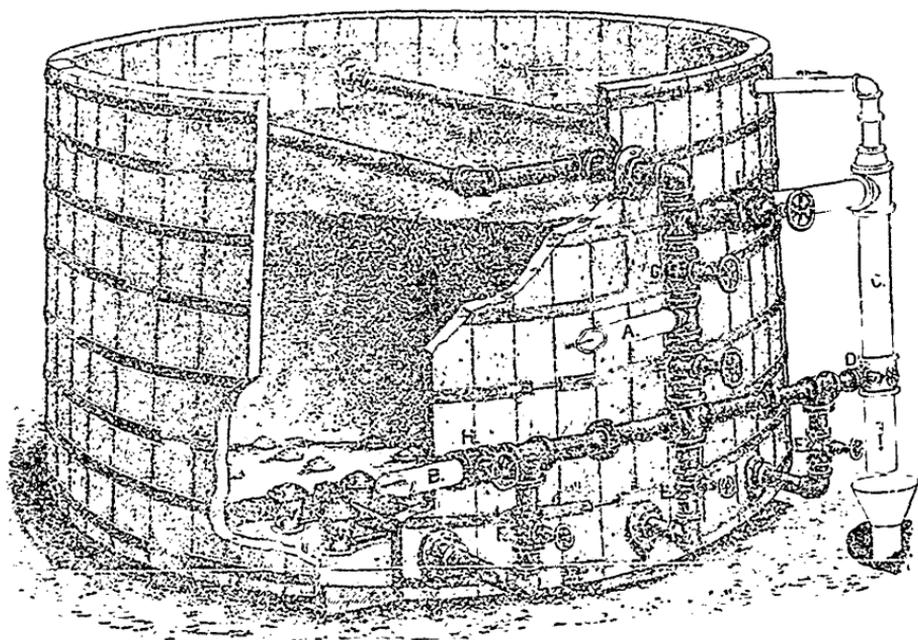


FIG. II.—*Filtre américain*.—Filtre mécanique (parois en bois) de la New-York Filter Company. A, tuyau d'arrivée de l'eau. B, tuyau de sortie de l'eau filtrée. V V, orifices des conduites de collection E E E.

Avec ces eaux limoneuses, très chargées, la méthode anglaise (filtration par le sable) offre deux grands inconvénients. A certains moments, l'eau sort du filtre encore trouble ; les particules d'argile pénètrent profondément dans la couche de sable. Cette dernière circonstance oblige à racler beaucoup plus profondément la surface du filtre, et même à refaire plus souvent jusqu'aux drains sous-jacents la couche de sable, ce qui rend la mise en opération de ces filtres dispendieuse. M. Hermany, ingénieur à Louiseville, avait déjà démontré en 1884-85, dans une série d'expérience, cette pénétration profonde des poussières d'argile dans la couche de sable.

A Cincinnati, M. Fuller a pu s'assurer l'année dernière, par des expériences faites avec quinze filtres construits spécialement dans ce but, que ces filtres anglais ne purifient pas complètement l'eau de rivière quand elle contient beaucoup de sédiments, et que, de plus, lorsque l'eau qui sort du filtre reste touc de même très trouble pendant quelque temps, la protection contre les bactéries devient compromise.

Ce qui permet, d'après M. Fuller, aux fines particules d'argile de pénétrer la couche de sable assez profondément pour en compromettre l'efficacité, c'est que, dans les rivières de l'ouest, tout ce limon et cette argile se combinent aux matières organiques et les empêchent de former à la surface du filtre la couche gélatineuse que l'on y trouve habituellement.

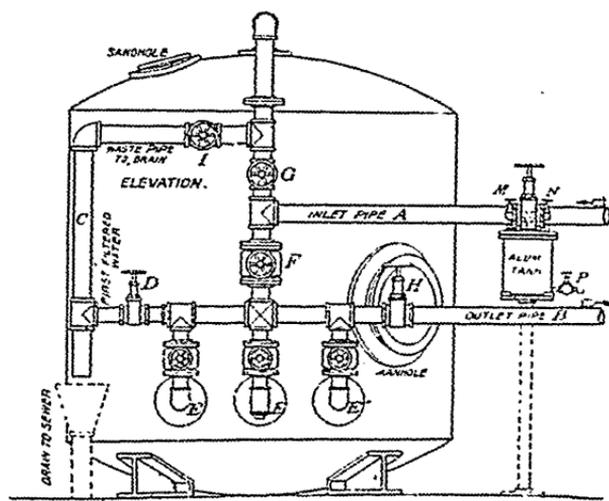


FIG. III.—Filtre mécanique (parois en fer). On indique ici le réservoir d'alun (*alum tank*), greffé en M et N sur le tuyau d'arrivée de l'eau : *inlet pipe*. *Sand Hole* : trou à sable. *Manhole* : regard. *Drain to sewer* : drain aboutissant à l'égout. *Outlet pipe* : tuyau de sortie de l'eau filtrée.

A Cincinnati, on s'est efforcé de remédier à ce défaut de la manière suivante. On soumettait l'eau de rivière, après sa prise, à une décantation de trois jours, et, en temps d'inondation, lorsque l'eau contenait beaucoup d'argile, on y jetait une substance coagulante (sulfate d'alun), afin de précipiter toutes les particules de limon ou d'argile, et ce n'est qu'après avoir subi ce traitement que l'eau était filtrée sur la couche de sable. Ce qui revient à dire que pour ces eaux chargées, troubles, la méthode américaine est la meilleure. L'expérience d'ailleurs a prouvé qu'avec cette méthode, on obtient une eau supérieure, comme pureté et comme stérilité, à celle fournie par le filtre anglais.

On lui a fait le reproche de laisser passer dans l'eau du sulfate d'alun. Ce reproche est immérité. Entre des mains expérimentées, le filtre fonctionne toujours bien, et l'eau contient suffisamment de

carbonate de chaux et de magnésie pour laisser filtrer le sulfate d'alun sans le décomposer.

Aussi, à propos de la valeur relative des deux méthodes de filtration, M. Fuller se prononce d'une manière catégorique. "Je crois fermement, dit-il, que les filtres anglais, sans réservoir de décantation, sont plus appropriés, en règle générale, aux eaux non argileuses des rivières qui irriguent les états de la Nouvelle-Angleterre. Tandis que dans les états de l'ouest, la quantité d'argile contenue dans l'eau des rivières et la fréquence des débordements sont telles que la méthode américaine est non seulement la plus économique, mais encore la plus facile à appliquer quand il devient nécessaire d'employer des substances chimiques pour aider à la filtration de l'eau." Les filtres mécaniques sont plus faciles à employer que les filtres anglais modifiés tels qu'expérimentés à Cincinnati.

On peut aujourd'hui opérer la filtration de l'eau d'une manière très efficace. Seulement, avant d'appliquer une méthode ou une autre, il faut étudier la qualité de l'eau à filtrer, afin de s'assurer s'il n'est pas nécessaire de faire subir à cette eau un traitement préliminaire à la filtration. Dans certains cas, il n'y en aura pas besoin; dans d'autres, au contraire, il faudra décanter et coaguler, et quelquefois même décanter de nouveau avant de filtrer. Ainsi donc, même avec le meilleur système de filtration, conclut M. Fuller, il faut encore, pour avoir des résultats satisfaisants, qu'il soit entre des mains expérimentées.

M. Hazen accorde au filtre à sable un pouvoir d'arrêt bien plus considérable sur les bactéries que le filtre mécanique, mais il admet que ce dernier est nécessaire pour purifier les eaux boueuses des rivières de l'ouest, qui exigent le traitement au sulfate d'alun. La rivière Ohio, dit-il, charrie trente fois plus de sédiments (35 pour 100,000) que les rivières de la Nouvelle Angleterre (4 pour 100,000).

M. Hazen insiste sur les variations rapides, parfois d'heure en heure, que peuvent subir les eaux de rivière, surtout après les pluies d'orages, et quand la rivière traverse un terrain cultivé. L'eau troublée le demeure sur tout le parcours du cours d'eau, à moins qu'il ne traverse un lac d'une certaine largeur. Pour ces eaux boueuses, le filtre avec emploi du sulfate d'alun est préférable, d'autant plus qu'il arrête d'une manière suffisante au passage les germes pathogènes, les bactéries. Mais à ce dernier point de vue, rien ne vaut le filtre de sable; et somme toute, M. Hazen est porté à donner la préférence au filtre anglais *modifié*, tel qu'employé à Cincinnati. "Par ce procédé, dit-il, on prend avantage de l'action merveilleuse des filtres de sable sur les bactéries, action qui est tout à fait indépendante de l'emploi d'un coagulant, et qui ne peut exister avec le filtre mécanique le plus rapide, et l'on bénéficie en même temps, quand l'état particulier de l'eau le rend nécessaire, du pouvoir purificateur dont le sulfate d'alun est doué."

LES SYMPTÔMES DE LA VARIOLE.

En 1897, lors d'une légère épidémie de variole à Montréal, nous avons publié deux tableaux synoptiques sur le diagnostic de la variole avant et pendant l'éruption. (1) La maladie a de nouveau fait son apparition dans la province de Québec, sous une forme bénigne heureusement, et nous espérons qu'elle restera limitée au comté de Kamouraska, grâce aux mesures énergiques prises par le Conseil d'Hygiène de la Province. Cependant, tout médecin est exposé, le cas échéant, à rencontrer un cas de variole, et comme alors la rapidité et la sûreté de son diagnostic seront une source de protection pour la communauté, en permettant d'établir dès le début des mesures de prophylaxie efficaces, nous croyons être utile à nos lecteurs en leur donnant les symptômes habituels de cette maladie dangereuse. Nous trouvons ces symptômes énumérés d'une manière sommaire, mais précise, dans un bulletin du Service de l'Hôpital de la Marine, aux États-Unis, (2) et cette simple énumération, présentée à la mémoire du médecin, pourra l'aider beaucoup dans l'établissement du diagnostic.

Incubation.—La période d'incubation varie de sept à vingt jours; elle est en moyenne de douze jours. L'inoculation, qui peut être accidentelle et se faire de diverses manières, réduit cette période à sept ou huit jours. On ne remarque pas habituellement de symptômes; il y a quelquefois un léger malaise ou un dérangement de l'estomac.

Invasion.—L'invasion est soudaine, et s'annonce par un frisson qui peut être suivi de plusieurs autres, une douleur très forte dans le bas du dos et quelquefois dans les membres, un mal de tête intense, des vomissements et de la fièvre (103 à 104° F.). Le pouls est rapide et fort. Des convulsions peuvent survenir chez l'enfant.

Eruption.—*Rash initial.*—Quand le rash initial existe, il se montre généralement le second jour sous forme d'une rougeur diffuse, scarlatiniforme, ou encore d'une éruption maculeuse ressemblant à la rougeole. Il revêt plus rarement la forme de l'urticaire. Il se montre environ dans 13 pour cent des cas (Osler), habituellement à la surface interne des cuisses, à la partie latérale du thorax, près de l'aisselle, à la partie inférieure de l'abdomen, et occasionnellement à la surface d'extension du genou ou du coude.

Eruption spécifique.—Dans la forme discrète ou bénigne, on voit apparaître le troisième jour des petites marques sur le front, près des cheveux, autour de la bouche, sur les poignets, et la température, jusque-là continuellement élevée, tombe.

L'éruption se généralise à tout le corps en vingt-quatre heures, et à ce moment la maladie ressemble fortement à la rougeole. Le quatrième ou le cinquième jour de la maladie, l'éruption est papuleuse et l'on obtient en passant les doigts sur la peau, la sensation caractéristique des *grains*. Pendant les vingt-quatre heures qui

(1) *L'Union Médicale du Canada*, 1897, pages 496 et 497.

(2) *Public Health Reports (Supplement)*. Washington, January 6th, 1899.

suivent, les papules deviennent des vésicules, dont le sommet est clair. Du sixième au huitième jour, les vésicules se changent en pustules avec une légère dépression au centre (ombiliquées), et chaque pustule est entourée d'une bordure rouge ou halo. En même temps, la température monte de nouveau (fièvre secondaire ou *stadium suppurationis*) et les symptômes généraux réapparaissent. Les pustules sont tout particulièrement épaisses à la figure, qui est très enflée et défigurée.

Environ vingt-quatre heures avant son apparition à la peau, l'éruption se développe sur les membranes muqueuses des voies respiratoires et alimentaires, et on peut la voir sur le palais mou, dans les fosses nasales, le larynx et la trachée. La partie interne des cuisses et la région de l'aisselle, où s'était montré le rash initial, sont généralement épargnées par l'éruption caractéristique de la variole.

Dessication et desquamation.—Quatre ou cinq jours après leur apparition (le douzième ou le treizième jour de la maladie), les pustules commencent à sécher. Quelques jours plus tard les croûtes commencent à tomber, d'abord à la figure, et plus tard sur les autres parties du corps; la température descend à la normale et le malade entre en convalescence.

APPLICATION DE LA LYMPHE GLYCÉRINÉE.

Les autorités de Washington, comme d'ailleurs la grande majorité des autorités sanitaires, accordent la préférence, pour la vaccination, à la lymphe glycerinée, plus sûrement aseptique que toute autre préparation, plus facile à conserver propre et à appliquer aseptiquement, avec les précautions voulues. Cette lymphe, absolument stérile, est conservée dans des tubes capillaires en verre et soudés à la flamme, dont on brise les bouts au moment de s'en servir; une boule en caoutchouc, adaptée au tube, permet de déposer la lymphe directement sur la peau scarifiée. On peut conserver la lymphe glycerinée pendant trois mois si on a le soin de la garder au frais.

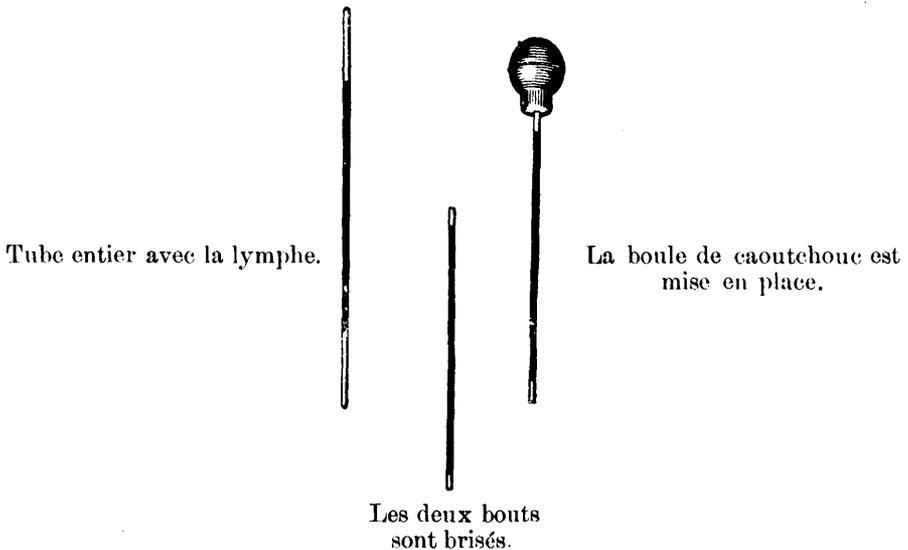
Voici comment on procède. On nettoie la peau avec de l'eau et du savon.

La peau étant nettoyée, on la scarifie légèrement (préférentiellement avec la pointe d'une aiguille préalablement flambée et refroidie) sur une légère étendue ne dépassant pas $\frac{1}{8}$ de pouce, à deux endroits différents si l'on veut, et l'on fait cette scarification *très superficielle*, de manière à enlever l'épiderme et à faire sourde du sérum, mais pas de sang si c'est possible. Si malgré tout la petite plaie saigne le moins, il vaut mieux assécher ce sang avec un peu de coton absorbant ou un linge bien propre. Une quantité très minime de sang ne nuit pas à l'effet de la vaccine.

On avait d'avance brisé l'un des bouts du tube capillaire contenant la lymphe glycerinée et inséré la petite boule en caoutchouc. On brise alors l'autre bout, et en pesant avec le pouce *sur le sommet perforé* de la boule, on fait sortir la lymphe que l'on étale sur la peau scarifiée. Prenant ensuite la lancette, le scarificateur, ou l'aiguille qui a servi à faire cette scarification, on étend la lymphe et l'on fric-

tionne à plusieurs reprises de manière à faire pénétrer la lymphe dans l'épiderme. Cette manœuvre est nécessaire, et en ne l'employant pas, on s'expose à un insuccès. Avant d'appliquer cette manœuvre, si l'on chauffe de nouveau l'aiguille, il faut avoir soin de la laisser refroidir; autrement, on neutraliserait la lymphe par la chaleur.

L'opération terminée, il ne faut pas bander le bras ou abaisser la manche de chemise avant que la lymphe ne soit parfaitement séchée, ce qui prend 15 à 20 minutes, si l'on ne veut pas que l'étoffe absorbe la lymphe et l'enlève, en tout ou en partie, de la surface de la peau. Il faut se rappeler que la lymphe s'absorbe très lentement.



Tube entier avec la lymphe.

La boule de caoutchouc est mise en place.

Les deux bouts sont brisés.

Quand la vaccine est séchée, quelques médecins ont recours à un procédé ingénieux pour protéger la surface vaccinée. Ils fixent au-dessus, ou plutôt autour, une de ces rondelles perforées de tissu élastique que l'on emploie pour protéger les cors; ces rondelles tiennent très bien à la peau par leur surface adhésive, et elles permettent de placer par-dessus un bandage qui ne touche pas à la surface vaccinée. Le médecin recommande de ne pas déranger ce pansement, et de revenir aussitôt qu'apparaîtra au-dessus ou au-dessous la moindre rougeur, ou sinon dans dix jours. Si de la rougeur apparaît, ce qui ne doit pas être, il faut enlever tout l'appareil et traiter cette inflammation accidentelle par des applications appropriées. Si tout va bien, on enlève la rondelle protectrice quand la dessiccation est faite, c'est-à-dire après dix à douze jours.

La méthode de vaccination que nous venons de décrire est approuvée par le Conseil d'Hygiène de la Province de Québec, qui conseille d'employer la lymphe glycerinée de préférence à tout autre vaccin.

Voici d'ailleurs ce que nous lisons dans le deuxième rapport du Conseil d'Hygiène, page 45, à propos de la lymphe glycerinée :

“ La science a démontré qu'il était possible de contrôler une des principales défauts présentées jusqu'ici par le produit des instituts vaccinaux. Il n'avait pas été possible, avec les méthodes généralement suivies, de débarrasser la lymphe des germes qui sont étrangers au principe du vaccin—et plus spécialement des germes de la suppuration—sans nuire à l'efficacité du vaccin.

“ On sait maintenant que la glycerine conserve au vaccin son principe actif, tandis qu'elle détruit les germes qui lui sont étrangers. La glycerine avait été employée depuis plusieurs années pour conserver le vaccin, mais comme on n'avait pas fait une étude bactériologique des changements opérés sur la lymphe par cette addition de glycerine, le grand mérite que possède cette substance de détruire les bactéries étrangères à la lymphe était resté ignoré. On a découvert qu'en mélangeant une partie de lymphe, ou pulpe vaccinale, avec vingt parties d'un mélange de glycerine et d'eau (glycerine 10 parties, eau 10 parties), cette lymphe ou pulpe se conserve au-delà d'un an. Après quelques semaines, les bactéries nuisibles ont cessé de vivre. Une condition essentielle pour le succès de la méthode, c'est l'emploi de glycerine parfaitement pure.”

SIMÉON MONDOU, agent du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec.

Bureau : 183 rue St-Jacques. Adresse postale, Boîte 756. Tél. Bell, 2085.

Heures de Bureau : 9 à 12 A. M., 2 à 5 P. M., le samedi, 9 A. M. à 1 P. M.

BIBLIOGRAPHIE.

GUIRAUD.—*Manuel pratique d'Hygiène*, à l'usage des médecins et des étudiants, par le Dr GUIRAUD, professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de l'Université de Toulouse,—2^{me} édition, revue et augmentée, in-oct., 766 pages. Prix, 8 frs.—1899—chez G. Steinheil, 2, rue Casimir Delavigne, Paris.

Dr J. BRAQUEHAYE.—*La Gastrostomie*, par le Dr J. BRAQUEHAYE, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux, chirurgien de l'Hôpital de Tunis. 1 vol. in-16 de 96 pages et figures, cartonné : 1 fr. 50
Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille (près du Boulevard Saint-Germain), à Paris.

M. BRAQUEHAYE vient de publier dans les *Actualités Médicales* une très intéressante monographie sur la *gastrostomie*. Après un court historique, il étudie les indications et les contre-indications. Puis, après quelques considérations anatomiques, il traite longuement du manuel opératoire.

FORMULAIRE

MIGRAINE.

Pilules de Debout :

Sulfate de quinine.....	45 grains
Poudre de digitale.....	20 —
Sirop de sucre.....	Q. S.

Pour 30 pilules.

Sig.—1 pilule tous les soirs. pendant un mois (comme traitement préventif).

Pilules de Hirtz :

Valérianate de quinine.....	15 grains
Extrait de colchique.....	4 à 8 gouttes
Extrait de digitale.....	4 gouttes
Aconit.....	2 —

Pour 10 pilules.

Sig.—1 pilule tous les soirs, avant le souper, dans un verre d'eau de Vichy (chez les arthritiques et les goutteux, comme traitement préventif).

On se trouvera bien, chez les migraineux neurasthéniques, de prescrire les glycéro-phosphates, en les faisant alterner avec la liqueur de Fowler (6 à 12 gouttes par jour).

Pilules de Hirtz (contre les accès) :

Extrait de cannabis indica.....	$\frac{1}{4}$ grain
Phénacétine.....	1 —
Acétanilide.....	1 —
Excipient.....	Q. S.

Pour 1 pilule : faire 10 semblables.

Sig.—1 pilule tous les quarts d'heure jusqu'à soulagement de l'accès. S'arrêter à 10 pilules.

R. Caféine.....	} àâ $\frac{1}{2}$ once
Benzoate de soude.....	
Eau de menthe.....	8 onces

Sig.—3 cuillerées à café par jour, à 2 heures d'intervalle.

NEURASTHÉNIE (insomnie).

Pour ceux qui, s'étant endormis, se réveillent dans le courant de la nuit sans pouvoir retrouver le sommeil, le *sulfonal*, pris le soir, est le médicament de choix, car son action est lente.

Pour ceux qui n'ont pas leur premier sommeil naturel, qui tardent indéfiniment à s'endormir, le *trional* convient mieux que le sulfonal, attendu que son effet ne se fait pas attendre au-delà d'une heure.

Pour ceux qui ont, comme on dit, des nuits courtes, qui s'éveillent au lever du soleil et ne se rendorment plus après leur premier sommeil, le *tétronal* est préférable, son action étant de courte durée.

Ces médicaments se donnent à doses égales (15 grains généralement).

CHORÉE.

Traitement de Eskridge :

Repos au lit.

Antipyrine : 30 à 60 grains en 24 heures.

Et ensuite, quand l'agitation est moindre, liqueur de Fowler : commencer par 8 gouttes 2 fois par jour, augmenter par jour de 2 gouttes jusqu'à faire prendre 20 gouttes en 24 heures, puis revenir à la dose première (employer un flacon compte-gouttes).

Traitement de Joffroy :

Repos au lit.

Chloral : 20 grains au-dessus de 10 ans, répéter 3 fois par jour, de manière à tenir l'enfant endormi 12 à 14 heures par jour. Le chloral est donné dans de la gelée de groseilles, ou dans du lait avec un jaune d'œuf.

En même temps, quand les parents ne s'y opposent pas, on calme et on tonifie à la fois le système nerveux par l'emploi du drap mouillé.



L'UNION MÉDICALE DU CANADA

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

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

MONTREAL, DÉCEMBRE 1899

COURRIER DES HOPITAUX

HÔPITAL NOTRE-DAME

Par A. ETHIER, Médecin Interne.

Avec le mois de novembre, l'Association des Internes de l'Hôpital Notre-Dame (anciens et actuels) a repris le cours de ses réunions interrompu par le temps des vacances. Ces réunions toutes intimes ont lieu deux fois le mois et on y donne d'intéressants travaux. Chacun fait part aux confrères présents de certains cas particuliers qu'il rencontre, soit dans le service de l'Hôpital, soit dans la clientèle privée ; on y discute ces cas et chacun en retire un profit personnel.

Lors de la première réunion on a fait le choix des nouveaux officiers pour l'année courante et le résultat a été le suivant :

Président.—Dr H. M. Duhamel.

1er Vice-président.—Dr A. Lesage.

2nd " " —Dr E. Ostigny, St-Hyacinthe.

Secrétaire-trésorier.—Dr A. Ethier.

L'Association, formée par tous les internes qui ont passé par le service hospitalier depuis la fondation de l'Hôpital Notre-Dame, c'est-à-dire depuis 19 ans jusqu'à ce jour, compte aujourd'hui 55 membres. Sur ce nombre nous avons à déplorer la mort de cinq des nôtres dont deux d'entre eux sont morts sur le champ de bataille, et coïncidence, ce sont les deux cousins, le Dr A. Lamarche et le Dr Berthiaume. Les autres défunts sont le Dr H. E. Desrosiers, qui a

été le premier interne dès l'ouverture de l'Hôpital et le fondateur de l'Association des internes, puis les Drs R. Benoit et J. N. Mount.

Nous sommes donc encore actuellement 50 membres, parmi lesquels nous avons l'honneur de compter des membres du Bureau des gouverneurs des médecins de la Province de Québec, des professeurs agrégés à la Faculté de Médecine de l'Université Laval de Montréal, etc.

A la deuxième séance de l'Association, qui a pris place le 24 novembre suivant, M. le Dr Duhamel, le nouveau président, était au fauteuil.

Après lecture du procès-verbal de l'assemblée précédente, le secrétaire fait rapport du comité nommé pour voir aux arrangements du Banquet des membres de l'Association des Internes. Ce rapport est adopté et la date fixée au 2 décembre suivant, à 8.30 heures p. m., à l'hôtel de la Place Viger.

Le président nous présente ensuite un malade de la salle St-Jean-de-Dieu, service de médecine, qu'on lui a dirigé l'autre jour pour un examen du larynx. Le malade est traité dans le service interne pour une pleurésie à gauche. A deux reprises on a pratiqué une ponction avec l'appareil Potain et l'on a retiré environ deux litres de liquide non purulent. Il y a eu soulagement.

Aujourd'hui le malade est presque aphone et accuse des douleurs du côté de la gorge. A l'examen du larynx, le Dr Duhamel constate une ulcération sur la corde vocale droite.

D'après les antécédents du patient, on croit avoir affaire à un sujet de la classe des tuberculeux. Aucune tare syphilitique en autant que le malade peut nous renseigner. Toutefois, d'après la nature de la lésion et l'observation du sujet depuis son entrée dans le service, l'on est porté à avoir quelques soupçons de ce côté. Voilà pourquoi la question du traitement spécifique est fortement agitée. Prennent part à la discussion le Dr Joyal, qui rejette l'idée d'un traitement mercuriel, et conseille l'emploi de la *tuberculine*, qui lui a rendu de réels services dans trois cas de tuberculose du larynx.

Le Dr Lesage est d'opinion que le sujet actuel est un tuberculeux et conseille un traitement en conséquence. Le Dr Hébert, qui traite le malade depuis son entrée dans la salle, avec le Dr Demers, est aussi d'avis de continuer le traitement antituberculeux.

Le Dr Brennan attribuerait plutôt la cause de ces désordres à une compression des vaso-moteurs et à de l'infection amenée par une sécrétion purulente de l'oreille moyenne. Le sujet est un névro-

pathe. Le traitement institué jusqu'à ce jour, qui n'a pas été uniquement celui d'un tuberculeux, a amené une telle amélioration en peu de jours, qu'on ne peut pratiquement conclure que la lésion serait franchement tuberculeuse. Un examen microscopique des crachats expectorés, fait il y a plusieurs mois, aurait révélé la présence de bacilles de Koch, tandis qu'un autre examen, fait il y a une quinzaine, aurait donné un résultat contraire.

Pour clore la discussion, la majorité des membres présents étant en faveur d'une lésion tuberculeuse, un traitement *ad hoc* sera continué.

Le Dr Ethier fait ensuite venir devant l'assemblée un patient porteur d'une tête énorme. Le sujet n'a que 19 ans. Deux photographies et une radiographie font très-bien voir la nature de la lésion. Le Dr Brennan a opéré durant l'été dernier un cas à peu près identique et avec succès. Je n'en dis pas plus long, car les deux observations seront publiées au long par le Dr Brennan dans une revue de médecine.

Le Dr Brennan présente ensuite deux ovaires en forme de corne tout à fait typiques, accompagnés de quelques remarques.

Le même nous communique enfin une courte observation d'un cas assez rare d'une hernie semi-lunaire de Spigel qu'il a opérée avec succès il y a déjà quelques mois. Nous espérons que le savant confrère nous fera aussi le plaisir de publier ce dernier cas pour ainsi dire unique, au moins ici.

Puis la séance est levée.

Le 2 décembre avait lieu à l'hôtel Viger le banquet des membres de l'Association des Internes de l'Hôpital Notre-Dame, et le succès a été complet.

Le service de l'Hôpital est toujours assez actif surtout en chirurgie et gynécologie.

Les chirurgiens surtout ne sont pas tentés d'aller en Afrique exercer leur ministère. La guerre entreprise contre les appendicites les tient assez en activité. Chaque semaine nous apporte de nouvelles victimes de la terrible maladie et dernièrement elle les choisit de préférence parmi le sexe faible. Heureusement que ces dernières sont respectées jusqu'à un certain degré, car pas une de nos victimes n'a succombé. Deux d'entre elles méritent particulièrement notre attention par suite des difficultés à former un diagnostic, vu que les symptômes n'étaient pas bien précis en faveur de l'appendicite.

Deux gynécologues appelés en aide réclamaient leur part à opérer en accusant les ovaires d'être la cause des troubles, tandis que les chirurgiens persistaient à soutenir que l'appendice devait avoir ses torts. La laparatomie donna raison aux deux et nos deux malades ont heureusement guéri.

Un de ces cas vaut certainement la peine de vous être raconté en détail, chers confrères. En voici l'histoire assez fidèle et vous jugerez.

Mademoiselle G. compte 18 printemps : sujet bien développé, jolie brunette, de bonne éducation, mais malheureusement livrée à la débauche et habitant une maison de plaisirs depuis quelques mois déjà.

Les antécédents héréditaires et personnels n'offrent rien de particulier.

Depuis une semaine, nous déclare-t-elle lors de son entrée ici, elle accuse des douleurs atroces dans le bas-ventre, les côtés allant jusqu'aux creux épigastriques et enfin à la région lombaire. Ces douleurs sont lancinantes et augmentées par les mouvements et la moindre pression. Aussi l'examen par le palper abdominal est extrêmement difficile. L'abdomen est fortement distendu et présente de la défense musculaire dans presque toute son étendue. Un toucher vaginal ne peut guère nous renseigner davantage.

Après 48 heures d'observation et de traitement, ne voyant pas la moindre amélioration, au contraire, les symptômes n'allant qu'en augmentant, une intervention chirurgicale est décidée.

La patiente mise sous l'influence de l'anesthésie, le Dr Parizeau, assisté du Dr Harwood, fait d'abord une incision médiane. A l'ouverture de l'abdomen on constate une péritonite assez intense; les intestins sont distendus par les gaz et assez fortement congestionnés. En saisissant les ovaires et les trompes, on les trouve augmentés de volumes, passés à la suppuration, et les trompes sont de plus rupturées, en sorte que du pus est répandu dans le petit bassin. Ces organes sont enlevés et de grandes irrigations sérumnisées sont faites dans toute la cavité péritonéale. Puis avant de fermer cette ouverture, une seconde incision est pratiquée dans la région de l'appendice. Celui-ci reconnu malade est aussi enlevé sans considération aucune.

Enfin, les deux ouvertures sont refermées comme d'habitude sans même laisser aucun drainage. Malgré son grand état de faiblesse, la malade a bien supporté et l'opération et l'anesthésie qui ont duré 2 heures et 28 minutes.

Rien de bien notable les premiers jours qui ont suivi l'opération, à part les douleurs et vomissements.

La température, qui était à 100° F. le matin avant l'opération, a tombé à 98 3/5° F. Mais les deux jours suivants elle monte à 100 et 100 1/5° F. Le pouls varie entre 120 et 132 pulsations. La malade a une selle le lendemain de l'opération. Le matin du troisième jour le thermomètre marque 98 2/5° F. et le pouls donne 104 pulsations.

Ce même jour on donne une injection de sérum artificiel de 500 c.c. en dessous du sein. Le lendemain on enlève deux points de crins dans la plaie de la région appendiculaire. Depuis hier on remarque un peu d'ictère de la figure et surtout des conjonctives oculaires. Un lavement évacuatif produit un bon effet.

Le cinquième jour, rien de bien remarquable. La malade a deux selles naturelles, et quelques vomissements, que l'on calme par l'eau oxygénée. Aujourd'hui on enlève deux autres sutures de la plaie latérale.

Le sixième jour, à 6 heures p. m., la colonne mercurielle enregistre 100 1/5° F., et le pouls de 90 remonte à 106. De plus la malade accuse des douleurs du côté des poumons; elle tousse et expectore des crachats muqueux. On craint une congestion pulmonaire et on met la malade dans une position demi-assise. Prend un peu de nourriture. Les deux jours suivants la température s'élève jusqu'à 101 3/5° F.

Quelques crins de la plaie médiane sont enlevés le septième jour, et le neuvième jour on enlève les derniers points de la plaie latérale à droite. Cette dernière opération avait lieu le midi. Aucune trace de suppuration et les lèvres de la plaie paraissent très bien réunies. Peu après, la malade est prise de vomissements et tousse une partie de l'après-dîner. Naturellement elle accuse quelques douleurs dans le côté droit, mais elles sont tolérables au point de ne pas demander de calmant.

Le soir, vers sept heures, lors de sa visite, l'interne en charge de cette patiente remarque que le pansement est déplacé et en voulant le remettre en place il s'aperçoit que la plaie s'est ouverte et que l'intestin accompagné de son épiploon fait hernie au dehors.

Aussitôt les instruments nécessaires sont stérilisés et l'on procède à une nouvelle réunion de la plaie. Une partie du cœcum ainsi que de l'ouverture sont tout à fait hors de la plaie. On résèque une partie de l'ouverture de mauvaise apparence. Le reste est lavé au sérum ainsi que l'intestin puis renvoyé dans la cavité péritonéale, puis la plaie est suturée avec des crins de Florence à travers toute la paroi comprenant péritoine-aponévrose, muscles et peau. A la partie inférieure on fait un drainage à la gaze iodoformée. La plaie se réunit par seconde intention naturellement, mais sans aucune complication. Suppuration peu abondante et relativement de courte durée.

La patiente laisse l'Hôpital 45 jours après l'opération, parfaitement guérie.

Elle est depuis revenue nous voir et dit n'avoir éprouvé aucun ennui.

Ce qui plus est, nous avons appris récemment qu'elle a repris sa place parmi les demi-mondaines.

Ah! quelle nature que celle de certains sujets.

Décembre 1899.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES NOMINATIONS D'AGRÉGÉS A LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

La Faculté de Médecine de l'Université Laval, à sa séance régulière du mois de novembre, a fait les nominations suivantes :

L. J. V. CLEROUX, assistant à la clinique interne.

A. R. MARSOLAIS, assistant à la clinique interne.

J. David GAUTHIER, assistant à la clinique interne.

DE L. HARWOOD, assistant à la clinique de gynécologie.

I. CORMIER, assistant à la clinique de pédiatrie.

C. N. VALIN, chargé de la clinique de dermatologie.

J. Edmond DUBÉ, assistant à la clinique interne.

R. HÉBERT, assistant à la clinique interne.

J. Albert LESAGE, assistant à la clinique interne.

E. P. CHAGNON, assistant à la clinique de neurologie.

H. M. DUHAMEL, assistant à la clinique d'ophtalmologie.

A. ETHIER, assistant à la clinique externe.

A. ROBERGE, assistant à la clinique interne.

A. BERNIER, démonstrateur de bactériologie et d'anatomie pathologique.

S. BOUCHER, démonstrateur d'histologie.

On remarquera sur cette liste les noms de la plupart des jeunes médecins qui font du service dans les hôpitaux, les dispensaires et les laboratoires affectés à l'enseignement de la Faculté de Médecine. Ce fait est caractéristique et mérite d'attirer notre attention.

Monsieur l'abbé Bourassa, le zélé et dévoué secrétaire de l'Université, disait déjà, à la séance d'ouverture du 13 octobre, dans son rapport annuel :

“ Les hôpitaux sont comme les annexes et les champs d'opération de notre faculté de médecine. L'élève y apprend souvent en une ou deux cliniques plus et mieux qu'en dix leçons théoriques. C'est le véritable atelier de son art, le champ de manœuvre, où il apprend la tactique et le maniement des armes qui lui livreront les mouvements et les points faibles du terrible ennemi qu'il aura à combattre tous les jours de sa noble carrière. Le progrès de nos hôpitaux et de leur enseignement clinique est donc essentiellement

lié à l'efficacité de notre enseignement théorique. Favoriser ce progrès, c'est donner des gages sérieux à ceux qui désirent sa supériorité définitive.

“ Associer à l'enseignement clinique, qui appartient légitimement à la direction de la Faculté, des jeunes médecins que recommandent leur talent et leur amour de l'étude et du travail, c'est assurer le recrutement normal de la Faculté par une sorte de concours pratique et permanent, où la compétence et le succès ont tout loisir de s'imposer à l'attention et à l'estime de ceux qui désirent les sanctionner et les couronner par une reconnaissance officielle.”

En se prononçant d'une manière aussi catégorique sur la question, M. le secrétaire de l'Université connaissait évidemment les intentions de la Faculté, qui étaient déjà bien fixées à cette époque, et ne faisait que leur donner par avance l'approbation et l'encouragement des autorités universitaires.

Aussi la Faculté, ayant conscience de tous ses devoirs, continue-t-elle à organiser patiemment son enseignement technique et clinique, sans se laisser influencer par les avis que des intéressés lui donnent, sans attendre qu'elle les demande. Elle connaît les besoins actuels et ceux de l'avenir et s'efforce de rendre justice aux uns et aux autres, sans se laisser intimider par les plaintes ou les menaces de quelques esprits chagrins, qui paraissent avoir plus de goût et plus d'appétits pour démolir que pour édifier.

Nous l'en félicitons sincèrement. En face des prétentions bruyantes et peu respectueuses qui s'agitent autour d'elle, elle ne pouvait prendre une meilleure attitude.

Car, on le constate aujourd'hui, si les concours ont fait arriver à diverses chaires des candidats heureux qui font honneur à la position qu'ils occupent, ils ont par contre créé des candidats dépités qui ne perdent aucune occasion d'attaquer la Faculté sous le voile de l'anonyme, et qui lui reprochent amèrement de ne pas faire toujours et constamment de nouveaux et de fréquents concours, ce qui leur donnerait des chances d'entrer coûte que coûte dans cette Faculté qu'ils décrient tant aujourd'hui. A leurs yeux, les professeurs font preuve d'ignorance et d'intolérance en ne se rendant pas à leurs désirs; ils les verraient se lever tous ensemble et leur dire: “ Messieurs, prenez donc nos chaires!” qu'ils n'en seraient pas étonnés le moins du monde et s'y installeraient parfaitement à l'aise, sans se faire prier.

Or, si la Faculté de Médecine s'efforce à perfectionner son enseignement—et elle l'a prouvé en maintes occasions depuis trois ans—elle le fait uniquement au point de vue de l'enseignement médical

et dans l'intérêt de ses élèves, et non pas avec l'intention de donner satisfaction à tous les mécontents. Elle sait fort bien qu'elle n'y parviendrait jamais. L'initiative qu'elle vient de prendre, en faisant des laboratoires, des dispensaires et des hôpitaux un terrain de concours, est la meilleure réponse qu'elle pouvait donner à tous ces frelons professionnels qui font du bruit mais ne travaillent pas, et qui vont se trouver bien embarrassés.

Car on travaille, dans les hôpitaux et les laboratoires, et on y travaille sérieusement. En s'agrégeant les jeunes médecins travailleurs, la Faculté a d'abord reconnu les services qu'ils lui rendent déjà en leur conférant un titre officiel, et de plus elle s'est mise à même d'étudier de près leurs connaissances, leur mérite personnel et leurs aptitudes à l'enseignement. De sorte que, lorsque le besoin s'en fera sentir, elle saura où prendre ses adjoints et ses professeurs.

Et la Faculté peut être sûre qu'elle trouvera dans les jeunes médecins des hôpitaux, comme par le passé, des aides "intelligents et non jaloux", qui ne ménageront ni leur dévouement ni leurs peines à la cause commune, et qui surtout auront assez de loyauté pour ne pas la critiquer injustement et tâcher de la rabaisser dans l'esprit du public, alors qu'ils en font eux-mêmes partie. Ils se feront au contraire un devoir de lui donner en tout un concours dévoué, s'efforçant ainsi de lui témoigner leur confiance et de coopérer dans la mesure de leurs forces à l'organisation de l'enseignement médical.

D'ailleurs, les autorités universitaires elles-mêmes ont déjà su reconnaître les mérites des jeunes médecins des hôpitaux, et la preuve en est dans les paroles suivantes de M. Bourassa, que nous citons en terminant :

" Nous ne saurions donc témoigner trop de sympathie et de gratitude aux auxiliaires dévoués—pathologistes, internes, chefs de services et de dispensaires—qui partagent les travaux et secondent l'initiative de nos professeurs et de nos chirurgiens. Avec le concours de leur savoir, de leur expérience et de leur zèle, il n'est point de réforme ni d'amélioration qu'on ne puisse espérer pouvoir introduire dans un système complexe où le temps, la patience et la bonne entente sont des éléments aussi essentiels que le savoir, le talent et le travail."

LES ALIÉNÉS DEVANT LA LOI.

Notre collaborateur, M. le Dr Villeneuve, qui est sur le point de publier en volume les intéressantes études sur les aliénés devant la loi, qu'il a fait paraître dans *L'Union Médicale*, a bien voulu nous donner une copie des annexes qu'il ajoute à son volume et qui contiennent les changements survenus dans la loi depuis la publication de ses articles. L'annexe B. sera très utile à ceux qui ont à placer des aliénés, car elle renferme les dispositions de la loi au sujet des frais d'entretien des aliénés publics. Nous remercions sincèrement notre collaborateur de son amabilité, qui nous permet de fournir à nos lecteurs tous les renseignements utiles sur la loi des aliénés au Canada.

ANNEXE A.

Changements survenus dans la législation concernant les aliénés, depuis la publication des premiers fascicules de cette étude.

PREMIÈRE PARTIE.

CHAPITRE PREMIER.—DISPOSITIONS LÉGISLATIVES ET ADMINISTRATIVES.

L'article 3209 des Statuts refondus de la province de Québec, relatif à l'examen et à l'internement des personnes atteintes d'aliénation mentale, détenues dans les prisons communes de la province, tel que rapporté à la page 134, année 1896, a été amendé par les lois 58 Victoria et 60 Victoria. C'est le secrétaire de la province qui nomme le médecin qui doit faire, sur les instructions du shérif, l'examen des détenus aliénés et c'est au lieutenant-gouverneur seul qu'il appartient, sur l'examen du dossier et du certificat médical, d'ordonner l'internement des détenus reconnus aliénés.

L'article 3209, des statuts refondus de Québec, tel qu'amendé par 54 V., c. 29, s. 7; remplacé par 56 V. c. 31, s. 9 et amendé par les lois 57 V., c. 33, s. 17; 58 V. c. 35, s. 1; 66 V., c. 38, s. 1, doit donc maintenant se lire comme suit :

3209. " Lorsque le shérif d'un district a raison de croire qu'une personne détenue en prison, pour quelque offense que ce soit, est aliénée, il doit faire examiner ce détenu par le surintendant médical d'un asile d'aliénés, ou par un autre médecin nommé par le secrétaire de la province; et si le rapport de ce médecin, fait suivant les formules B et C, établit l'aliénation mentale du détenu, le shérif transmet aussitôt les certificats et la copie de l'ordre ou mandat

d'emprisonnement en vertu duquel il est incarcéré, au lieutenant-gouverneur, qui, sur examen de ces documents et de tous autres qu'il juge à propos d'exiger, ordonne l'internement du détenu dans l'asile le plus rapproché de la prison où le détenu est incarcéré."

Comme conséquence de cette modification, les mots *secrétaire de la province*, dans la cinquième ligne du premier paragraphe de la page 205, année 1896, doivent être remplacés par les mots *lieutenant-gouverneur*.

CHAPITRE DEUXIÈME.—DES ALIÉNÉS DÉTENUS DANS LES PÉNITENCIERS.

L'article suivant a été ajouté par la section 7 du chapitre 48, de la loi fédérale 62-63 Victoria, intitulé : Acte à l'effet de modifier de nouveau *l'acte des pénitenciers* :

7. " Si, en quelque temps que ce soit, dans les trois mois de la réception à un pénitencier d'un détenu condamné à y subir un emprisonnement, il est établi, d'une façon satisfaisante pour le ministre de la Justice, soit pour le certificat écrit du médecin du pénitencier ou autrement, que le prisonnier est en état d'aliénation mentale et qu'il l'était déjà le jour de son entrée au pénitencier, le ministre de la Justice, après avoir préalablement donné raisonnable avis de son intention au procureur général de la province où a eu lieu la condamnation du prisonnier aliéné, pourra, par mandat sous sa signature, ordonner que cet aliéné soit reconduit du pénitencier à la prison ou autre maison de détention d'où il est venu au pénitencier ; et ce mandat sera une autorisation suffisante, donnée au préfet ou à tout autre officier de cette institution, pour transporter l'aliéné du pénitencier à la dite prison ou maison de détention et l'y remettre au geôlier."

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE TROISIÈME.—DES ALIÉNÉS DANGEREUX.

La loi de Québec 62 Victoria, chapitre 58, intitulée : Loi revisant et refondant la Charte de la cité de Montréal, confère des pouvoirs spéciaux au recorder de Montréal, concernant les aliénés dangereux amenés devant lui. Les sections suivantes de cette loi sont celles qui ont rapport à ce sujet :

522. " Toutes les fois qu'une personne est traduite devant le recorder comme aliénée, de la manière indiquée aux articles 3211 et 3212 des statuts refondus de la province de Québec, tels qu'édictees par la loi 57 Victoria, chapitre 33, sections 19 et 20, ou aux dispositions qui pourront les remplacer, il peut l'envoyer en prison, suivant la formule C des dits statuts, ou de toute formule qui y sera substituée, ou la confier à la garde de toute personne pour le temps nécessaire pour recueillir les informations exigées par l'article 3212 des dits statuts, pourvu que cette détention, qui peut être renouvelée, n'exécède pas huit jours consécutifs.

2. Dans tous les cas de personnes envoyées aux institutions publiques comme susdit, le recorder devra, si possible, connaître avec certitude le domicile de ces personnes, et il sera tenu un dossier spécial contenant le nom de la per-

sonne et l'indication de son domicile. Puis un certificat mentionnant le nom et le domicile de la personne sera envoyé à l'institution la recevant. Une résidence de douze mois au moins sera nécessaire pour que la province puisse exiger de la cité le coût de l'entretien de cette personne. A défaut de telle résidence, la municipalité du domicile de cette personne sera responsable envers le gouvernement de la province du coût de cet entretien."

523. " Si lors du procès d'une personne accusée devant la cour du recorder d'une offense contre les lois ou les règlements, il est constaté par le certificat d'un médecin, suivant la formule C de l'article 3212 des Statuts refondus de la province de Québec et son annexe, ou suivant toute autre formule qui la remplacera, que cette personne est atteinte d'aliénation mentale, le recorder pour ordonner qu'elle soit internée dans la prison ou dans un asile, et ce, suivant la formule L des Statuts refondus de la province de Québec, ou suivant toute autre formule qui la remplacera, jusqu'à ce que le lieutenant-gouverneur en ait décidé."

ANNEXE B.

DES FRAIS D'ENTRETIEN DES ALIÉNÉS PUBLICS.

Statuts refondus de la province de Québec.

Article 3222, tel que remplacé par la loi 55-56 V., c. 30, s. 8 et amendé par la loi 58 V., c. 35 s. 2.

3222. Dans tous les cas où un aliéné est interné dans un asile aux frais de la province et des municipalités, la dépense de l'entretien, du séjour et du traitement de cet aliéné dans l'asile, est payée moitié par le gouvernement et moitié par la cité ou ville incorporée d'où le malade a été envoyé à l'asile, ou, lorsqu'il vient de tout autre endroit que d'une cité ou ville incorporée, par la municipalité de comté dans les limites de laquelle se trouve l'endroit d'où il a été envoyé à l'asile. Si, cependant, la municipalité qui sera appelée à payer en vertu de cet article, indique d'une manière certaine, au secrétaire de la province, avant la poursuite, l'endroit où le malade a eu son domicile pendant les six mois qui ont précédé son internement, le gouvernement fera payer directement la municipalité de cité, de ville incorporée ou de comté où le malade avait ce domicile.

Article 3223, tel qu'ajouté par la loi 55-56 V., c. 36, s. 8.

3223. " Dans les premiers quinze jours du mois de janvier de chaque année, les propriétaires de chaque asile d'aliénés doivent transmettre au secrétaire de la province une liste, préparée spécialement pour les fins de la présente loi, dûment assermentée devant un juge de paix, et contenant :

- (a) Les noms des aliénés internés dans l'asile;
- (b) Leur résidence à l'époque de l'internement.

La première de ces listes ainsi préparée et attestée, sera transmise au mois de janvier prochain, mais elle ne devra contenir que les noms des malades dont le secrétaire provincial aura ordonné ou ratifié l'internement depuis le premier juillet 1892.

Les listes ou états annuels subséquents ne comprendront pas, non plus, les patients dont le secrétaire provincial aura ordonné ou ratifié l'internement avant le premier de juillet 1892.

2. Ils sont aussi tenus de fournir au secrétaire de la province, avec leur compte trimestriel, un état spécial indiquant séparément les noms des patients à la charge du gouvernement et des municipalités de cité ou ville incorporée ou de comté, la date de leur entrée, de leur sortie temporaire ou définitive et le nombre de jours pendant lesquels ils ont été dans l'asile

Article 3224, tel qu'ajouté par la loi 55-56 V., c. 30, s. 8 et remplacé par la loi 56 V., c. 31, s. 12..

3224. Sur réception de cette liste, le secrétaire de la province doit préparer sans retard pour chaque municipalité de cité, de ville ou de comté, un état détaillé des sommes dues par elle, et le transmettre de suite au percepteur du revenu de la province pour le district où se trouve cette municipalité de cité, de ville ou de comté.

Sur réception de cet état, le percepteur du revenu doit transmettre au secrétaire-trésorier ou greffier de la municipalité intéressée un extrait dûment certifié de cet état, contenant les noms des aliénés à l'entretien desquels la municipalité doit contribuer, ainsi que le montant dû par elle au sujet de ces aliénés, et un avis d'avoir à verser entre ses mains le ou avant le premier jour de mai alors prochain, le montant dû pour cette contribution.

N. B., par la section 14, de la loi 36 V., c. 31, l'article 3224 s'applique à tout aliéné interné dans un asile depuis le premier de juillet 1892.

Article 3225, tel qu'ajouté par la loi 55-56 V., c. 30, s. 8.

3225. " Le montant dû par une corporation obligée à l'entretien de tout aliéné dans un asile, en vertu des dispositions précédentes, est recouvrable par voie d'action ordinaire.

2. Dans toute poursuite ou procédure intentée pour le recouvrement de ce qui est dû pour l'entretien d'un ou plusieurs aliénés dans un asile, la production d'une copie certifiée par le secrétaire provincial ou son assistant de la lettre ou des lettres du secrétariat, ordonnant ou ratifiant l'internement et des copies ou extraits, certifiés par le secrétaire provincial ou son assistant, des documents mentionnés dans les articles 3223 et 3224, suffira, sans autre preuve, pour obtenir jugement pour le montant demandé contre la défenderesse. mais cette preuve pourra être contredite par une preuve légale tendant à la détruire, sauf, pour le percepteur du revenu, le droit de faire une contrepreuve.

Article 3226, tel qu'ajouté par la loi 55-56 V., c. 30, s. 8.

3226. Cette action est intentée par le percepteur du revenu du district, en son nom, contre toute telle municipalité de cité, de ville ou de comté, devant un tribunal de juridiction compétente.

Article 3227, tel qu'ajouté par la loi 55-56 V., c. 30, s. 8. et remplacé par la loi 62 V., c. 33 s. 1.

3227. Le montant payé par la municipalité de cité ou de ville, en vertu des dispositions de cette loi, est considéré comme une dette imposable en vertu du Code municipal ou de la charte de toute cité ou ville, et peut être perçu comme toute taxe ordinaire.

Articles 3228, 3228*a*, 3228*b*, 3228*c*, tels qu'ajoutés par la loi 55-56 V., c. 30, s. 8.

3228. Pour le paiement de toutes sommes réclamées d'une municipalité de comté en vertu de la présente loi, il est procédé de la même manière que pour toutes les sommes payables par une corporation ou un conseil de comté.

3228*a*. Toute somme due au gouvernement en vertu de la présente loi, constitue une dette privilégiée qui prend rang immédiatement après les frais de justice.

3228*b*. Le secrétaire-trésorier, le greffier ou son assistant, ou le maire de toute municipalité, seront tenus, sous peine d'une amende de vingt piastres de remplir, de signer de bonne foi et au meilleur de leur connaissance, et d'attester les documents mentionnés dans la présente loi, comme devant être signés et attestés par eux.

3228*c*. Lorsqu'il s'agit d'un malade venant d'une cité ou d'une ville incorporée, le greffier du conseil ou de la corporation municipale, et, en son absence, son député ou son assistant, est tenu de remplir les devoirs que la présente loi assigne aux secrétaires-trésoriers des municipalités locales.

Par la section 13, de la loi 56 V. c. 31, la section 11 de la loi 55-56 V., c. 30, est abrogée et remplacée par les articles 3228*d* et 3228*e*.

Article 3228*d* tel qu'édicte par la loi 56 V., c. 31, s. 13 et amendé par la loi 58 V., c. 35, s. 3.

3228*d*. Nonobstant toute loi à ce contraire, les frais de transport d'un aliéné sont payables par la municipalité de ville, de cité ou de comté tenue au paiement total ou partiel de l'entretien, du séjour et du traitement de cet aliéné dans un asile, et ils peuvent lui être réclamés aussitôt après qu'ils sont encourus.

Si, cependant, la municipalité qui sera appelée à payer en vertu de cet article, indique d'une manière certaine, au secrétaire de la province, avant la poursuite, l'endroit où le malade a eu son domicile pendant les six mois qui ont précédé son internement, le gouvernement fera payer directement la municipalité de cité, de ville incorporée ou de comté où le malade avait domicile."

Article 3228*e*, tel qu'édicte par la loi 56 V., c. 31, s. 13 et amendé par la loi 58 V., c. 35, s. 4.

3228*e*. Il est loisible à toute municipalité qui a payé une somme d'argent au gouvernement pour la dépense de l'entretien, du séjour et du traitement d'un aliéné dans un asile, ainsi que pour les frais de transport d'un aliéné, de se faire rembourser, par voie d'action et d'exécution en la manière ordinaire sur les biens de l'aliéné ou sur ceux des personnes qui sont obligées par la loi de subvenir à sa subsistance et à son entretien; et nonobstant toute loi à ce contraire, telle municipalité peut se faire rembourser par voie d'exécution sur les immeubles de l'aliéné ou ceux des personnes obligées par la loi à son entretien, quel que soit le montant du jugement qu'elle obtient. Ou la municipalité peut, dans le cas où le patient n'était pas domicilié dans les limites de son territoire lors de son entrée à l'asile, exercer son recours en remboursement contre la municipalité où le malade avait alors son domicile.

Section 14, du chapitre 31, de la loi 56 Victoria.

14. Les articles 3224, 3228*d* et 3228*e* s'appliquent à tout aliéné interné dans un asile depuis le premier juillet mil huit cent quatre-vingt-douze.

Article 3228*f*, tel qu'ajouté par la loi 62 V., c. 33, s. 2.

3228*f*. Toute municipalité de comté qui a payé une somme d'agent au gouvernement pour l'entretien, le séjour ou le traitement d'un aliéné dans un asile, peut, au lieu de se faire rembourser en la manière prescrite par l'article 3228*e*, recouvrer de la municipalité locale d'où le malade a été envoyé à l'asile, le montant qu'elle a aussi payé.

La municipalité locale peut ensuite être remboursée, conformément aux règles prescrites par l'article 3228*e* de ce qu'elle a payé à la municipalité de comté.

BIBLIOGRAPHIE

BOUCHARD et BRISSAUD.—*Traité de Médecine*. publié sous la direction, de MM. BOUCHARD, professeur de pathologie générale à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Institut, et BRISSAUD, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.—Deuxième édition.—Paris, Masson et Cie., éditeurs, libraires de l'Académie de Médecine, 120, Boulevard Saint-Germain, 1899.

Tome III, 706 pages, avec figure dans le texte. Prix..... 16 frs.

Nous avons annoncé, dans notre livraison de septembre, page 573 et suivante, la publication de la 2e édition de cet ouvrage important, et nous avons donné le sommaire des tomes I et II, alors parus. Le tome III, que nous venons de recevoir, ne le cède en rien, comme valeur scientifique et comme exécution, aux deux premiers. Il est divisé en quatre parties : *Maladies de la peau*, (pages 1 à 376), par Georges THIBIERGE, médecin de l'hôpital de la Pitié; *Maladies vénériennes* (pages 377 à 472), par le même; *Maladies du sang* (pages 473 à 596), par A. GILBERT, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, médecin de l'hôpital Broussais; *Intoxications* (pages 597 à 698), par H. RICHARDIÈRE, médecin des hôpitaux de Paris. Ces matières, on s'en souvient, faisaient partie, avec le typhus exanthématique et les fièvres éruptives, du tome II de la première édition.

Le Dr Thibierge a remanié et rendu plus claire la classification des maladies de la peau de causes complexes, en les groupant suivant leurs caractères cliniques ou anatomiques, et a apporté aux autres groupes des modifications importantes en y ajoutant des chapitres nouveaux, tels que les érythèmes radiographiques, les éruptions médicamenteuses, etc. Le cadre des autres sujets est resté le même : mais la matière, par contre, a pris un développement beaucoup plus considérable dans les diverses parties du volume, qui se trouve augmenté de plus de 200 pages.

Cette nouvelle édition, ainsi augmentée, profite en outre des conquêtes récentes de la science, est mise tout à fait au point, et ce *Traité de Médecine* promet d'être, plus que jamais, une œuvre classique par excellence.

COLLABORATEURS

AU

28ÈME VOLUME

DE

“ L'UNION MÉDICALE DU CANADA ”

Asselin, Elie.
Benoit, E. P.
Burgess, M.
Chagnon, E. P.
Cormier, Isaïe
De Cotret, E. A. René.
De Marigny, Adelstan.
De Grandpré, L. A.
Demers, L. A.
Derôme, W. A.
Dubé, J. E.
Duhamel, H.
Ethier, A.
Fafard, N.
Foucher, A. A.
Gauthier, J. D.
Harwood, L. de L.
Hervieux, H.
Hingston, Sir William.
Johnstone, Wyatt.
Lariv, G. E.
Lesage, J. A.
Marien, A.
Mercier, O. F.
Merrill, H.
Mignault, L. D.
Parizeau, Téléphore.
Prévost, L. Coyteux.
Rivet, A. N.
St-Jacques, Eugène, (Paris)
Trudeau, A. R.
Valin, C. N.
Villeneuve, Georges.

TABLE DES MATIÈRES

PAGES		PAGES	
A			
Accouchement gémellaire. Conduite à tenir dans l'.....	173	Congrès français de médecine interne. (5e session tenue à Lille, du 28 juillet au 2 août).....	596
Accouchement Soins à donner avant, pendant et après l'.....	705	CORNIER et de CORRET.—Rupture spontanée du foie.....	482
Accoutumance aux médicaments. L' (rapport de MM. les professeurs Simon et Heymans).....	690	Couperose ou acné rosacée.....	379
Acné rosacée ou couperose.....	379	Courrier des Hôpitaux. Hôpital Notre-Dame	62, 310, 380, 702, 750
Albuminurie de la grossesse et de l'éclampsie	513	Création d'une chaire à la Faculté de Médecine. Le projet de.....	314
Aliénés. Les..., devant la loi.....	385, 758	Cystite et pyélo-néphrite.....	415
Aliénés méconnus et condamnés	321	D	
Anévrysme de l'aorte thoracique avec rupture de l'œsophage suivie de mort.....	169	Débilité mentale, absence complète de sens moral, deux condamnations; nouvelle arrestation, examen médical, irresponsabilité, internement.....	727
Ankylose osseuse du coude. Notes sur deux cas de.....	159	De CORRET.—Comme quoi la pyohémie puerpérale produit des accès de fièvre suivis de sudation.....	28
Anesthésie cocaïnique. Technique générale de l'.....	280, 281	“ De l'albuminurie de la grossesse et de l'éclampsie.....	513
Appendicite l'.....	540	“ Eclampsie puerpérale.....	42
Appendicite et grossesse.....	696	“ Grippe et puerpéralité	65
Arrière-faix. Des difficultés que l'on peut rencontrer dans l'examen de l'..., et nécessité de faire cet examen complet..	495	“ Phlegmatia Alba Dolens. 257, 332	405
Arthrodèse tibio-tarsienne pour un pied-bot paralytique ballant. Un cas d'.....	358	“ Soins à donner avant, pendant et après l'accouchement.....	705
ASSELIN, Elie.—In vagination intestinale... 158		De MARTIGNY, A.—Erysipèle, traitement de l'..., par le sérum de Marmoreck.....	550
“ Néoplasme primitif de l'intestin chez un tuberculeux.....	356	DEROME, A.—Cholécystotomie.....	87
B			
BENOIT, E. P.—La géographie médicale de la moelle épinière.....	641	Diagnostic. Trois erreurs de.....	129
“ La leucocythémie et ses signes essentiels.....	223	Diphthérie. Sur un cas de.....	154
“ Môle hydatide avec ascite	162	Diphthérie. Sérum Mulford dans la.....	26
“ Tuberculose miliaire aiguë du poumon à forme suffocante.....	352	DEBÉ, J. E.—Anévrysme de l'aorte thoracique avec rupture de l'œsophage suivie de mort.....	169
Bulbe rachidien. Le.....	297	“ Cancer du pancréas.....	36
BURGESS, M.—Deux cas de manie éphémère sans complication d'épilepsie. d'intempérance ou de parturition.....	715	“ Cancer du pancréas avec métastases secondaires, suivi de mort rapide par hémorragie mortale très considérable.....	81
C			
Cancer du pancréas	30	“ Cystite et pyélo-néphrite.....	415
Garcinome de l'estomac avec propagation au foie, au pancréas, à la vésicule biliaire, etc., etc.....	78	“ Embolie cérébrale chez un syphilitique avec dépôts calcariques très prononcés et dégénérescence amyloïde du foie, de la rate et des reins.....	32
CHAIGNON, E. P.—Deux cas d'hallucinations auditives périphériques.....	722	“ Kyste congénital des deux ovaires.....	479
Chancres syphilitiques extra-génitaux.....	467	“ Présentation d'un malade souffrant de leucocythémie.. 213, 220	
Cholécystotomie.....	87	“ Quelques notes sur un cas de myocardite chronique suivi de mort par congestion et œdème aigu des poumons.....	35
Cocaïne en chirurgie.....	46		
Commission internationale pour la révision décennale de la nomenclature des maladies proposée par Bertillon.....	241		

	PAGES	PAGES
DUBÉ, J. E.—Urémie cérébrale avec convulsions épileptoïdes hémiplegiques suivies de paralysie passagère.....	82	
DUBÉ J. E. et RIVET N.—Mort par infection généralisée d'un saturnin néphrétique avec cœur hypertrophié.....	41	
DUBÉ et TRUDEAU.—Obstruction intestinale par calcul biliaire.....	115	
DUCHAMEL.—Kératite parenchymateuse.....	39	
Dysenterie chronique. Laparatomie au cours d'une.....	74	
L		
Eclampsie. De l'albuminurie de la grossesse et de l'.....	513	
Eclampsie puerérale.....	42	
Embolie cérébrale chez un syphilitique présentant une aortite chronique avec dépôts calcaires très prononcés, et dégénérescence amyloïde du foie, de la rate et des reins.....	32	
Endocardite végétante suivie de mort subite.....	542	
Enfant. Le droit à la vie de l'.....	53	
Erysipèle. Traitement de l'....., par le sérum de Marmoreck.....	550	
ETHER.—Courrier de l'Hôpital Notre-Dame.....	62	
“ Tuberculose intestinale.....	189, 249, 310, 380, 505, 702, 750	
Examen d'un enfant atteint d'une lésion des membres.....	79	
Expertise médicale. Qualités nécessaires au témoin dans une.....	484	
Expertise médicale. Qualités nécessaires au témoin dans une.....	604	
F		
FABARD, N.—Analyse du lait.....	730	
Fibromes utérins.....	357	
Fièvre typhoïde La.....	15, 90, 287, 420, 472	
“ “ Le cœur et les poumons dans la.....	480	
Foie, hypertrophie du..... et de la rate.....	735	
Foie. Rupture spontanée du.....	482	
Formaline. Les idées actuelles sur la désinfection par la.....	308	
FORMULAIRE.—Bronchite catharrale aiguë.....	61	
“ Chorée.....	749	
“ Congestion pulmonaire.....	61	
“ Constipation.....	570	
“ Dyspepsie atonique.....	570	
“ Flatulence.....	569	
“ Grippe.....	60	
“ Migraine.....	748	
“ Neurasthénie.....	749	
FOUCHER A. A.—Inflammation aiguë de l'antrhe d'Hygmore.....	144	
Fractures intra-utérines.....	736	
G		
Gastro-entérostomie pour un néoplasme du pylore Guérison depuis cinq mois.....	731	
GAUTHIER, J. D.—Sur un cas de diphtérie.....	154	
Grippe et puerpéralité.....	65	
Grossesse. Albuminurie de la....., et de l'éclampsie.....	515	
Grossesse et appendicite.....	65	
Grossesse. Le diagnostic de la.....	301, 366	
H		
Hérédité syphilitique paternelle au cours de la grossesse. Du traitement préventif de l'.....	47, 102	
Hémostase par le sérum gélatinisé.....	163	
Hallucinations auditives périphériques.....	732	
Deux cas d'.....	732	
HARWOOD, L. de L.—Fibromes utérins.....	357	
HERVIEUX.—Endocardite végétante suivie de mort subite.....	512	
“ Laparatomie au cours d'une dysenterie chronique.....	74	
I		
Infection généralisée d'un saturnin néphrétique avec cœur hypertrophié. Mort par.....	41	
Inflammation aiguë de l'antrhe d'Hygmore.....	144	
Inflammation et son traitement. L'.....	734	
Intérêts professionnels.—Aliénés devant la loi. Les.....	758	
Association Médicale Canadienne.....	571	
Les nominations d'agregés à la Faculté de Médecine.....	755	
Le projet de licence interprovinciale.....	571	
Association Médico-psychologique américaine.....	383	
L'Assemblée de juillet 1899 du Bureau des Gouverneurs.....	507	
La faculté de Médecine et le public médical.....	252	
Le projet de loi médicale.....	116	
L'amélioration de l'enseignement.....	122	
Le Bulletin médical de Québec.....	627	
Rapport préliminaire de l'auditeur du Collège des Médecins.....	435	
Le rapport de l'auditeur du Collège.....	528	
Invagination intestinale.....	158	
J		
JOHNSTON, Wyatt.—Les idées actuelles sur la désinfection par la formoline.....	308	
K		
Kératite parenchymateuse.....	39	
Kyste congénital des deux ovaires.....	479	
L		
La fabrication des allumettes et ses dangers.....	500	
Lait Analyse du.....	730	
LARIN, G. E.—Hypertrophie du foie et de la rate.....	735	
Le congrès international de la tuberculose.....	564	
LESAGE, A.—La fièvre typhoïde.....	15, 287, 420, 472, 543, 577, 664	
“ Hémostase par le sérum gélatinisé.....	163	
“ Le sérum Mulford dans la diphtérie.....	26	
Lésions tuberculeuses.—Bé l'intervention opératoire dans les.....	285	
Leucémie et adénie. (Rapport de MM. Denys et Sabrazès).....	601	
Leucocytémie. La..... ses symptômes et son diagnostic.....	212	
Leucocytémie.....	213	

	PAGES		PAGES
Leucocythémie. La..., et ses signes essentiels.....	223		
M			
Manie éphémère Deux cas de, sans complication d'épilepsie, d'intempérance ou de parturition.....	715		
MARIEN, A.—Gastro-entérostomie pour un néoplasme du pylore. Guérison depuis cinq mois.....	731		
“ Néphrolithotomie pour un volumineux calcul du rein.....	348		
“ Notes sur deux cas d'ankylose ossense du coude.....	159		
“ Salpingo-ovarite,—suivi d'hydronéphrose mortelle.....	550		
“ Suppuration de la cuisse d'origine pelvienne.....	40		
“ Un cas d'arthrodèse tibio-tarsienne pour un pied-bot paralytique ballant.....	358		
MERCIER, O. F.—Cocaïne en chirurgie.....	46		
“ Technique générale de l'anesthésie cocaïnique....	280-281		
MERRILL, H.—Sarcome de la cuisse.....	478		
MIGNAULT.—Fracture traumatique du rocher et mort par hémorrhagie.....	80		
“ Le bulbe rachidien.....	297		
Moele épinière. La géographie médicale de la.....	641		
Môle hydatide avec ascite.....	162		
Multipare bien constituée, ayant eu trois fausses couches sur six grossesses. Nouvelle fausse couche à quatre mois de la septième grossesse. Eaux écoulées un mois auparavant.....	691		
Rétraction extraordinaire des membranes. Poids et dimensions du fœtus et du placenta.....	691		
Myocardites aiguës. Les... (Rapport de M. le professeur Renault).....	599		
Myocardites chroniques, (analyse du rapport de M. Huchard).....	596		
Myomes utérins. Documents pour servir à l'histoire des.....	239		
N			
Nécrologie.—Le Dr Hugues Evariste Desrosiers.....	128		
“ Le Dr David Marsil, conseiller législatif.....	192		
Néoplasme primitif de l'intestin chez un tuberculeux.....	356		
Néphrolithotomie pour un volumineux calcul du rein.....	348		
Nomenclature des maladies. (Causes de décès, causes d'incapacité de travail), par J. Bertillon.....	248		
Nouveau-né. De la mort apparente du.....	615		
O			
Obstruction intestinale par calcul biliaire.....	415		
Orthoforme, L'... dans les gerçures du sein. Son emploi en laryngologie.....	233		
Ostéo-arthrites tuberculeuses.....	528		
Outrages au mépris, allégation d'irresponsabilité pour cause de folie et d'épilepsie, responsabilité, condamnation.....	723		
		P	
		Pancréas. Cancer du.....	36
		Pancréas. Cancer du..., avec noyaux secondaires sur la paroi de l'estomac, suivi de mort rapide par hémorrhagie stomacale très considérable.....	81
		PARIZEAU, T.—Carcinome de l'estomac avec propagation au foie, au pancréas, à la vésicule biliaire.....	78
		Phlegmatia alba dolens.....	257-332-405
		Pyohémie puerpérale. Comme quoi elle produit des accès de fièvre suivis de sudation.....	28
		Position obstétricale de Walcher.....	739
		PRÉVOST, L. Coyteux.—Trois erreurs de diagnostic.....	129
		Pseudo-tabès.—Une observation.....	193
		Q	
		Quelques notes sur un cas de myocardite chronique suivi de mort par congestion et œdème aigu des poumons.....	35
		R	
		Revue d'Hygiène.—Du sérum antidiphthérique et de sa valeur curative.....	177
		Fièvre typhoïde. L'urine dans la.....	697
		Filtration au sable et filtration mécanique de l'eau de boisson. Valeur relative.....	740
		L'éclairage et la myopie scolaire.....	700
		La fabrication des allumettes et ses dangers.....	500
		La lutte contre la tuberculose animale par la prophylaxie.....	370
		La tuberculose bovine au Canada.....	427
		Le diagnostic de la variole.....	111
		Le droit à la vie de l'enfant.....	53
		Les détracteurs de la vaccination et leur mauvaise foi.....	55
		Les idées actuelles sur la désinfection par la formaline.....	398
		L'exercice de la bicyclette chez les hernieux.....	699
		Lymphé glycerinée, Application de la. On n'a pas le droit de polluer un courant d'eau.....	745
		Pharynx nasal, examen chez les convalescents diphtériques du.....	698
		Sur l'éclairage au pétrole.....	700
		Tuberculose dans le troupeau de la laiterie royale. La.....	698
		Rocher. Fracture traumatique du..., et mort par hémorrhagie.....	80
		Rougeole. Traitement de la.....	605
		S	
		St-Jacques, Eugène.—Ostéo-arthrites tuberculeuses.....	528
		“ Tuberculose testiculaire.....	449
		“ Universités allemandes.....	5
		Sarcome de la cuisse.....	478
		Sérum antidiphthérique. Objections faites à l'emploi du.....	184
		Sérum antidiphthérique, Du..., et de sa valeur curative. Le sérum antidiphthérique, sa préparation, son dosage.....	177

	PAGES	PAGES
Sérum. Résultat du traitement par le.....	179	
Sérum gélatinisé. Hémostase par le.....	163	
Sigacs. A quels..., un médecin peut-il affirmer qu'une femme ne peut plus concevoir.....	737	
Société Médico-Psychologique de Québec	456-715	
Suppuration de la cuisse d'origine pelvienne.	40	
T		
Tuberculose animale. La lutte contre la., par la prophylaxie.....	370	
Tuberculose bovine au Canada. La.....	427	
Tuberculose bovine et de sa prophylaxie au Canada. De la.....	621	
Tuberculose intestinale.....	79	
Tuberculose miliaire aiguë du poumon à forme suffocante.....	352	
Tuberculose testiculaire.....	449	
Tumeur fibreuse du segment postéro-inférieur de la matrice, rendant impossible la dilatation du col. Primipare de quarante-six ans, à terme et atteinte d'une. Opération césarienne conservatrice: enfant vivant, guérison de la mère.....	234	
U		
Universités allemandes.....	5	
Urémie cérébrale avec convulsions épileptoides hémiplegiques, suivies de paralysie passagère.....	82	
		V
		Vaccination. Les détracteurs de la..., et leur mauvaise foi..... 55
		Valeur relative de l'antisepsie et des perfectionnements de la technique dans les résultats actuels de la chirurgie opératoire..... 607
		Valeur relative de l'antisepsie et des perfectionnements dans les résultats actuels de la gynécologie opératoire..... 610
		VALÉN.—Chancres syphilitiques extra-génitaux..... 467
		" Une observation de pseudo-tabès . 193
		Variole. Diagnostic de la..... 111
		Variole jusqu'à aujourd'hui. La..... 115
		Variole. Les symptômes de la..... 744
		VILLENEUVE, G.—Débilité mentale, absence complète de sens moral, deux condamnations; nouvelle arrestation, examen médical. Irresponsabilité, internement. 727
		Les aliénés devant la loi..... 395, 758
		Outrage aux mœurs, allégation d'irresponsabilité pour cause de folie et d'épilepsie, responsabilité, condamnation..... 723
		VILLENEUVE et CHAGNON.—Aliénés méconus et condamnés..... 321
		Vulvisme. Hyperesthésie vulvaire considérable, hystérie.—Dilatation brusque et résection partielle bilatérale du constricteur de la vulve.—Guérison..... 693