

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

Pagination continue.

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

# SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX.	PAGES.
<i>Les aliénés devant la loi.</i> Etude médico-légale, par le Dr Georges VILLENEUVE; professeur adjoint de médecine légale et des maladies mentales à l'Université Laval, surintendant médical de l'asile des aliénés St-Jean de Dieu, etc. Deuxième partie : <i>Internement des aliénés</i> .....	449
REVUE DES JOURNAUX.	
MÉDECINE.	
<i>Association microbienne et infections mixtes</i> , rapport de M. F. WIDAL, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, au Congrès de Médecine de Montpellier.....	472
CHIRURGIE.	
<i>Péritonite tuberculeuse; traitement par la laparatomie</i> , par M. le professeur DUPLAY.....	480
GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.	
<i>Difficultés causées par l'anneau de Bandl ou anneau de contraction</i> , par le professeur Pierre BUDIN (suite et fin).....	489

( Voir la suite, page 3.)

---

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

## LISTERINE

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

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

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

---

Affections causées par la DIATHESE URIQUE

### LAMBERT'S LITHIATED HYDRANGEA

Altérant des Reins—Anti-Lithique

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

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

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

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

En écrivant mentionnez ce journal.

# Dr J. LEDUC & Cie

Pharmaciens-Chimistes EN GROS ET EN DÉTAIL.

2052 et 2054 RUE NOTRE-DAME, Carré Chaboillez,  
MONTREAL

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

## AU-DESSOUS DU PRIX COUTANT

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

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

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

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



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

## BANDAGES HERNIAIRES DE TOUTES LES VARIETES.

Matériel complet pour installation de pharmacies de praticien de campagne.

**Fleurs sèches.-Parfums,**

**Articles de toilette, etc.**

 Prescriptions remplies avec soin. 

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

# DR J. LEDUC & CIE

2052 & 2054 RUE NOTRE-DAME

**Carré Chaboillez, . . . . . Montreal.**

# SOMMAIRE (Suite)

	PAGES.
<i>Le sérum antistreptococcique dans l'infection puerpérale</i> , par Paul REBREYEND.....	493
REVUE D'HYGIÈNE.	
<i>Sur la prophylaxie de la tuberculose</i> , rapport présenté à l'Académie de Médecine, dans la séance du 13 mai 1898, par M. le professeur GRANCHER.....	495
FORMULAIRE.	
<i>Diarrhée aiguë. — Diarrhée chronique</i> .....	502
<i>Dyspepsie flatulente. — Gastrite et gastro-entérite. — Constipation habituelle</i> .....	503
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.	
<i>Le réveil de la profession</i> .....	504
<i>Le nouveau bureau des gouverneurs</i> .....	507
<i>Une appréciation fantaisiste</i> .....	510
<i>Communication</i> .....	512

---

# J. H. CHAPMAN.

**2294 — RUE STE-CATHERINE — 2294**

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

**BELL TELEPHONE 4396.**

---

Instrumente de Chirurgie de toutes sortes et de première qualité

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

---

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

---

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

---

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

**H. J. CHAPMAN.**

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



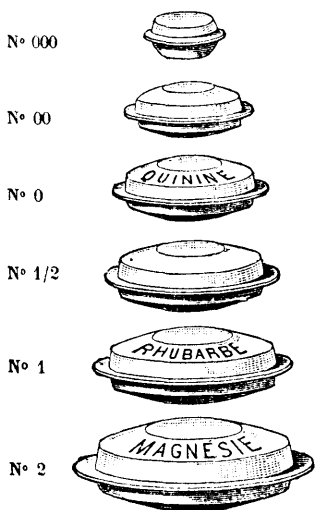
# CACHETS DIGNE

SOUPLES  
 RÉSISTANTS  
 CONSERVATION INDÉFINIE

## Appareils

### CAPELLIFORMES

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

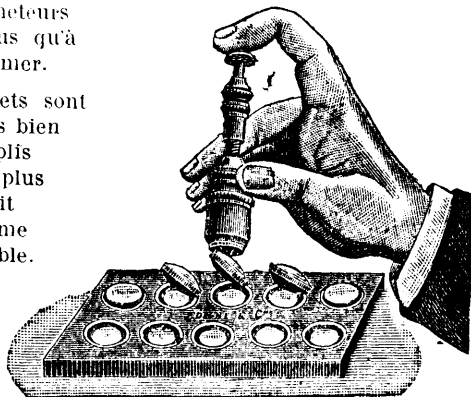


Les Cacheteurs n'ont plus qu'à les fermer.

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

### CACHETEUR COMPRESSO-DOSEUR des Cachets comprimés

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



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

### CACHETEUR DES CAPELLIFORMES dit « *Compresso-Cacheteur* »

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

BOITTE DE 3 — 4 — 5 — 6 GRANDEURS.

Compresso-Doseur seul.

Cacheteur seul.

Compresso-Doseur et Cacheteur réunis.

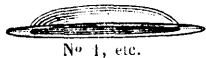
### HYPERCONCAVES

N° 00 — 0 — 1/2 — 1 — 2 et 3.



### CONCAVES

FORME BASSE N° 1 — 2 et 3.



### EXPÉDITIF-SIMPLIFIÉ

cacheteur des Cachets concaves  
 et Hyperconcaves.

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

### CACHETS DE COULEUR

Envoi franco d'Échantillons, Prospectus, Prix-Courants

**J<sup>N</sup> DIGNE et C<sup>ie</sup>**, boulevard St-Charles, 97 et 99, **MARSEILLE.**

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

# TRAVAUX ORIGINAUX

---

## ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE

PAR

LE DOCTEUR GEORGES VILLENEUVE

*Professeur adjoint de médecine légale et des maladies mentales à l'Université Laval, surintendant médical de l'asile d'aliénés St-Jean de Dieu, médecin de l'asile St-Benoit-Joseph, membre de la Société de Médecine Légale de New-York et de l'Association médico-psychologique américaine.*

---

## LES ALIÉNÉS DEVANT LA LOI

---

DEUXIÈME PARTIE

*(Statuts refondus de la Province de Québec.)*

---

INTERNEMENT DES ALIÉNÉS.

---

CHAPITRE DEUXIÈME.—DISPOSITIONS LÉGISLATIVES APPLICABLES AUX PLACEMENTS VOLONTAIRES.

Ces dispositions sont toutes contenues dans le chapitre cinquième du titre VIII, volume II des statuts refondus de la province de Québec. Ces statuts sont venus en force en 1888. Depuis cette date, les dispositions relatives aux asiles d'aliénés et aux aliénés, ont été profondément modifiées, par des amendements votés par la législa-

ture, presque à chacune de ses sessions tenues depuis 1888. De sorte que, pour avoir le texte des articles tel qu'il doit se lire maintenant, il faut, prenant les statuts refondus de la province de Québec de 1888, pour point de départ, parcourir *seriatim* les statuts, au nombre d'une dizaine, parus depuis cette époque. Quelques-uns de ces articles ont même perdu par suite de ces modifications leur physiologie et leur signification originales. J'ai pensé à les présenter au lecteur, sous leur aspect actuel et comme ils doivent se lire aujourd'hui, après les modifications qu'ils ont subies, en indiquant, après le numéro de chaque article, les différents statuts qui l'ont modifié. La loi des asiles d'aliénés règle l'organisation de ces asiles, leur administration intérieure, le service médical, la part que les municipalités doivent contribuer à l'entretien des patients publics, le mode de perception de cette part, etc., je ne m'occuperai ici que des articles qui se rapportent au sujet qui fait l'objet de cette étude, c'est-à-dire le placement volontaire des aliénés et leur sortie.

Les asiles de cette province se divisent en asiles privés et en asiles publics.

Les asiles privés sont ceux qui sont propriété privée et ne reçoivent que des patients payant, par eux-mêmes ou les personnes tenues à leur entretien, leurs frais de pension. Une législation spéciale s'applique à ces établissements. Elle sera représentée dans un article séparé.

L'asile St-Benoit-Joseph-Labre, situé à la Longue-Pointe et appartenant aux frères de la Charité de St-Joseph, est à ma connaissance le seul asile entièrement privé, dans la province de Québec.

Les asiles publics d'aliénés sont ceux qui reçoivent des patients aux frais de la province et des municipalités. Ces patients sont appelés *patients publics*. Ces asiles reçoivent aussi des patients dont l'entretien est à leurs propres frais et appelés pour cette raison *patients privés*. Une législation différente d'avec celle des asiles privés, s'applique aux asiles publics, elle sera aussi étudiée dans un article propre. De plus, comme la loi varie suivant qu'il s'agit de patients privés ou de patients publics, cet article devra comporter deux subdivisions appropriées.

Les asiles publics de la province de Québec sont celui de la Baie St-Paul, qui reçoit un nombre restreint d'idiots et de déments des deux sexes, l'asile de St-Ferdinand d'Halifax, qui ne reçoit que des idiots, l'asile de Québec, situé à Beauport, celui de St-Jean de Dieu, situé à la Longue-Pointe et celui des aliénés protestants, situé à Ver-

dun, près de Montréal. Ces trois derniers reçoivent comme patients publics des aliénés de toutes les catégories, domiciliés dans la province de Québec. L'asile de Verdun est exclusivement réservé aux protestants en tant que patients publics, les autres ne peuvent recevoir des catholiques, comme patients publics. L'asile de Verdun reçoit les patients protestants de toutes les parties de la province. Un district spécial résultant d'une division qui partage la province en deux parties égales, est affecté à chacun des asiles de Beauport et de la Longue-Pointe. (1)

Tous les asiles publics peuvent recevoir indifféremment comme patients privés des aliénés domiciliés dans toutes les parties de la province ou à l'étranger, à quelque nationalité et à quelque religion qu'ils appartiennent.

Aucun de ces asiles n'est la propriété du gouvernement, ils appartiennent à des communautés religieuses, excepté celui de Verdun, qui a été fondé par une société incorporée à fonds social. Le gouvernement a passé des contrats particuliers avec les propriétaires de ces asiles, qui diffèrent entre eux quant à certaines provisions, se rapportant surtout aux prérogatives des représentants du gouvernement, ce qui créent pour chacun d'eux un régime différent d'administration intérieure. La loi générale des asiles d'aliénés s'applique en tant qu'elle n'est pas en désaccord avec ces contrats.

Mais les dispositions qui régissent l'admission et le renvoi des patients, c'est-à-dire ce qui fait l'objet de ce chapitre sont les mêmes pour tous ces asiles et placent ces deux actes complètement sous le contrôle du gouvernement et des médecins nommés par lui pour administrer les asiles, en tant que les prérogatives du gouvernement sont concernées. Le chef de l'administration du gouvernement est le surintendant médical, aidé d'un assistant-surintendant et de médecins internes suivant le cas.

C'est donc au surintendant médical d'un asile que l'on doit s'adresser lorsque l'on veut y placer un patient public ou que l'on désire l'en retirer.

---

(1) C'est ainsi que l'asile St-Jean de Dieu ne peut recevoir comme patients publics que des patients catholiques venant des comtés suivants: Argenteuil, Beauharnois, Brome, Berthier, Bagot, Châteauguay, Chambly, Deux-Montagnes, Huntingdon, Hochelaga, Iberville, Joliette, Jacques-Cartier, L'Assomption, Laprairie, Laval, Missisquoi, Montcalm, Montréal, Napierville, Ottawa, Pontiac, Richelieu, Rouville, Shefford, St-Jean, Soulanges, Stanstead, St-Hyacinthe, Terrebonne, Vaudreuil, Verchères et partie du comté de Sherbrooke, c'est-à-dire les divisions Ascot, Lennoxville et Oxford. Au point de vue du placement des patients publics catholiques, tous les autres comtés relèvent de l'asile de Beauport.



*Article 1.**Asiles publics d'aliénés.*

## I

*Des aliénés dont l'entretien est à leurs propres frais (patients privés).*

## ADMISSION.

**3188.** Les propriétaires des asiles d'aliénés dans la province de Québec, s'ils en ont reçu l'autorisation du lieutenant-gouverneur en conseil, peuvent recevoir dans leurs établissements, les aliénés, les idiots et les imbéciles qui peuvent, soit par eux-mêmes, soit par leur tuteur, curateur ou par des personnes obligées par la loi à leur fournir des soins et des aliments, payer les frais de leur entretien, de leur séjour et traitement.

La province n'est pas responsable pour le paiement des sommes payables par ces patients. 48 V., c. 34, s. 7.

**3189.** (Tel que remplacé par la loi 57 V., c. 33, s. 6). Les personnes ci-dessus mentionnées ne peuvent être admises, s'il n'est fourni aux propriétaires de l'asile une demande suivant la formule A, et un certificat suivant les formules B et C, signés par deux médecins qui ne sont ni associés, ni frères, ni dans les relations de père et fils, entre eux, ni dans les mêmes relations avec les propriétaires de l'asile, ni avec le malade, et dont chacun a séparément et personnellement examiné le patient avant la demande d'entrée à l'asile.

Les formules A, B et C doivent être attestées sous serment.

**3190.** (Tel qu'amendé par la loi 57 V., c. 33, s. 7). Les médecins qui signent les certificats B et C doivent préciser les faits résultant de leurs propres observations, et des renseignements obtenus de toute autre personne, sur lesquels est basée leur opinion que le patient est aliéné, idiot ou imbécile. 43 V., c. 34, s. 9.

**3190a.** (Tel qu'ajouté par la loi 57 V., c. 33, s. 8). Dans les trois jours après l'arrivée du patient à l'asile, les propriétaires de tel asile doivent faire examiner tel patient par le surintendant médical ou un des autres médecins, et transmettre son rapport attesté sous serment au secrétaire de la province, qui en fournit aussitôt que possible une copie au curé ou ministre du culte de l'endroit d'où vient le patient ; et, si le patient appartient à un pays étranger, au consul ou chargé d'affaires de tel pays, le priant de communiquer aux parents de tel patient..

**3190b.** (Tel qu'ajouté par la loi 57 V., c. 33, s. 8). Dans le cas d'opposition à l'internement de tel patient, les intéressés doivent s'adresser à un juge de la cour supérieure du district où est situé l'asile pour en obtenir un ordre de mise en liberté, qui sera régulièrement signifié aux propriétaires de tel asile; mais si le juge auquel cette requête a été présentée croit que les fins de la justice l'exigent, il pourra ordonner que l'affaire soit renvoyée au juge du district d'où vient le patient.

**3190c.** (Tel qu'ajouté par la loi 57 V., c. 33, s. 8). L'ordre du juge, en vertu duquel tel patient doit être mis en liberté, doit mentionner les noms, prénoms, résidence et degré de parenté, ou, à défaut de parenté, la nature des relations qui existent entre la personne désignée dans tel ordre et le patient.

Le texte légal explique assez clairement quelles sont les formalités à remplir pour interner un aliéné comme patient privé dans un asile public, pour qu'il ne me soit pas nécessaire de m'étendre sur le sujet.

Je désire cependant insister sur deux points, qui se rapportent au certificat médical. Les médecins doivent avoir examiné le patient *avant la demande d'entrée à l'asile*. Il leur est essentiel de se rappeler que le certificat médical se compose de deux parties bien distinctes :

1° *Des faits qui résultent de leurs propres observations ;*

2° *Des renseignements obtenus de toute autre personne.*

Les médecins ne devront donc jamais omettre de faire cette distinction dans leur certificat et devront toujours y consigner séparément les faits qui résultent de leurs propres observations et les renseignements obtenus de toute autre personne, sur lesquels est basé leur opinion que ce patient est aliéné, idiot ou imbecile.

---

*En résumé*, pour interner un patient privé dans un asile public, il faut d'abord que ce patient puisse payer sa pension, qu'il y ait entente ou arrangement avec les propriétaires sur le prix de cette pension et le mode de perception, qu'il leur soit remis une demande d'admission suivant la formule A et un certificat suivant les formules B et C, signé par deux médecins qui ont examiné le patient avant la demande d'entrée et qui ne sont pas dans les conditions prohibées par la loi. Tous les certificats doivent être attestés sous serment.

#### SORTIE.

**3191.** (Tel que remplacé par la loi 52 V., c. 35, s. 1, et de nouveau remplacé par la loi 57 V., c. 33, s. 9). Le patient doit être mis en liberté dans le cas de guérison certifiée par le surintendant médical ou son assistant, ou dans le cas où la personne qui a signé la demande d'internement, requiert, par un écrit signé de sa main, que ce patient soit élargi, sauf le cas où le surintendant médical ou son assistant déclare que le patient est dangereux ou une cause de scandale pour la société.

**3194.** (Tel qu'amendé par la loi 52 V., c. 36, s. 2). Les articles 3201, 3205, 3208, 3221, 3231, 3232, 3233 et 3234, s'appliquent aux articles précédents.

L'article 3204 s'y applique aussi, en ce qui a rapport à l'admission auprès du patient de ses parents jusqu'au quatrième degré.

Le patient doit être mis en liberté aussitôt que sa guérison est certifiée par le médecin en charge.

Si le patient n'est pas guéri, il peut cependant être mis en liberté

sur la demande de la personne qui a signé la demande d'admission sauf le cas où le surintendant médical déclare que le patient est dangereux ou une cause de scandale pour la société.

Enfin, ainsi que nous le verrons par l'article 3231, donné plus loin, mais qui s'applique aussi aux patients privés, toute personne détenue dans un asile, peut demander, par elle-même, son tuteur, son curateur, tout parent et ami, sur requête sommaire, à quelque époque que ce soit, au juge du district dans lequel est situé l'asile, son élargissement de l'asile.

## II

### § 4.—*Des aliénés dont l'entretien est aux frais de la province et des municipalités. (Patients publics).*

#### ADMISSION.

**3195.** Tel qu'amendé par la loi 53 V., c. 41, s. 1. et remplacé par la loi 55-56 V., c. 30, s. 1. Peuvent être admis dans les asiles d'aliénés, aux frais du gouvernement et des municipalités de cité ou de ville incorporée, ou de comté:

1. Les aliénés qui n'ont pas, par eux-mêmes, ou par des personnes tenues par la loi à leur fournir des aliments et des soins, les moyens de payer en tout ou en partie le coût de leur entretien, de leur séjour et de leur traitement dans un de ces asiles;

2. Les idiots ou imbeciles, lorsqu'ils sont dangereux, une cause de scandale, sujets à des attaques d'épilepsie, ou d'une difformité monstrueuse et sont incapables de payer leur entretien, leur séjour et leur traitement en tout ou en partie;

3. Les municipalités de comté, de cité ou ville incorporée, et les personnes tenues en loi à l'entretien d'un aliéné, dont le coût d'entretien, de séjour et de traitement, dans un asile, est aux frais du gouvernement et des municipalités, ne contribuent pas au paiement de ses dépenses d'entretien, de séjour ou de traitement dans l'asile, pendant les premiers six mois de son internement, s'il entre à l'asile dans les quarante jours qui suivent la date à laquelle les premiers symptômes de sa maladie se sont manifestés, pourvu toujours que, lors de l'internement, il soit envoyé une déclaration sous serment établissant à la satisfaction du secrétaire provincial que les dits premiers symptômes de la maladie se sont manifestés depuis moins de quarante jours.

**3195a.** (Tel qu'ajouté par la loi 55-56 V., c. 30, s. 2, amendé par la loi 56 V., c. 31, s. 3 et amendé de nouveau par la loi 57 V., c. 33, s. 11). Nul asile sous le contrôle et la surveillance du gouvernement ne peut recevoir un patient aux frais du gouvernement et des municipalités, s'il n'est remis au surintendant médical de l'asile où l'on veut le faire admettre:

1. Une demande d'admission faite par un parent, un ami, ou un protecteur du patient, contenant les noms, la profession, l'âge et le domicile, tant de la personne qui l'a faite, que de celle dont le placement est réclamé, et l'indication du degré de parenté, ou, à défaut de parenté, de la nature des relations qui existent entre elles.

La demande doit être signée par celui qui l'a faite, et, s'il ne sait pas écrire, elle est reçue par devant le maire, ou, en son absence, par devant le juge de paix du domicile du patient;

2. Un certificat du médecin, suivant les formules B et C, constatant l'état mental du patient, indiquant les particularités de sa maladie, la nécessité de le faire traiter dans un asile d'aliénés et de l'y tenir renfermé.

Dans le cas d'idiotisme ou d'imbecilité, le médecin doit déclarer de plus, si le malade est dans la catégorie des idiots ou des imbeciles qui peuvent être admis ou détenus dans un asile, et indiquer spécialement les raisons sur lesquelles il appuie son opinion.

Ce certificat ne peut être admis, si le médecin qui le signe est parent ou allié, au troisième degré inclusivement, du propriétaire de l'asile ou de la personne qui demande l'admission de l'aliéné.

Tout document qui doit être signé par un médecin en vertu de la présente loi sera nul et non avenu, si ce médecin n'en est pas un qui, à la connaissance du surintendant médical ou d'après les renseignements qu'il a pu ou pourra obtenir, pratique habituellement sa profession ;

3. Un certificat suivant la formule D, signé soit par le curé ou son vicaire, ou le ministre du culte ;

4. Un certificat suivant la formule E, signé par le maire du lieu où le malade a son domicile, ou par un conseiller en son absence ;

5. Un certificat rédigé suivant la formule K, ou tout autre de même nature signé par le secrétaire-trésorier ou le greffier, selon le cas, ou, en son absence, par le maire de la municipalité d'où vient le malade.

**3195b.** (Tel qu'ajouté par la loi 55-56 V., c. 30, s. 2). La formule C, et son annexe [N. B., c'est-à-dire les formules B et C] (1) la formule D et la formule K, doivent être attestées sous serment devant un juge de paix, un commissaire de la cour supérieure ou un recorder.

**3195c.** (Tel qu'ajouté par la loi 55-56 V., c. 30, s. 2). Dans le cas où ces certificats démontrent que le patient ou un ou plusieurs parents obligés par la loi à son entretien, ont les moyens de payer, en tout ou en partie, le coût des séjours, entretien et traitement du patient, le secrétaire de la province détermine, en se basant sur ces certificats le montant qui doit être payé par le patient ou par les parents, et la part contributive de chacun.

Il peut poursuivre le recouvrement de ce montant par action, en la forme ordinaire, au nom de Sa Majesté.

**3195d.** (Tel qu'ajouté par la loi 55-56 V., c. 30, s. 2 et tel que modifié par la loi 56 V., c. 31, s. 4). Sur réception de la demande d'admission, des certificats C, [N. B., c'est-à-dire B et C] (1) D, E, K, et, dans les cas prévus par l'article 3197 du certificat C et de son annexe [N. B., c'est-à-dire les certificats B et C] (1) et ainsi que de la formule K, le surintendant médical décide s'il doit admettre le patient provisoirement et porte sa décision à la connaissance des intéressés.

Le patient ne peut être conduit à l'asile, ni y être reçu sans la production de cette permission du surintendant médical.

En cas d'urgence, néanmoins, le surintendant médical peut se dispenser d'exiger le certificat du médecin ; mais ce certificat doit lui être remis dans les huit jours qui suivent l'internement du patient.

**3195e.** (Tel qu'ajouté par la loi 55-56 V., c. 30, s. 2 et tel qu'amendé par la loi 57 V., c. 33, s. 12). Lorsqu'une personne est à la fois médecin, maire ou juge de paix, parent, allié ou ami du patient dont l'internement est demandé,

(1) La formule C et son annexe qui constituaient le certificat médical ayant été remplacées par les formules B et C, par la loi 57 V., c. 33, s. 25, le certificat médical est maintenant composé des formules B et C, de sorte qu'au lieu des mots " formule C et son annexe " les mots " certificat C et son annexe ", et les mots " certificat C, il faut lire " formules ou certificats B et C.

cette personne ne peut signer qu'à un seul de ces titres les certificats mentionnés plus haut, sauf les formules B et C qui sont remplies et signées par le même médecin, soit en qualité de médecin, de maire, de juge de paix, de parent, d'allié ou d'ami, sous peine de nullité des certificats.

Ces certificats sont également nuls, s'ils sont dressés plus de vingt jours avant leur remise au surintendant médical.

**3196.** (Tel que remplacé par la loi 55-56 V., c. 30, s. 2). Sur le rapport du surintendant médical, le lieutenant-gouverneur en conseil peut, quand il le juge à propos, modifier les formalités exigées pour l'admission.

**3197.** (Tel qu'amendé par la loi 56 V., c. 31, s. 5). Dans les cas d'idiots ou d'imbéciles entrés depuis plus de trois mois dans un hôpital public et devenus dans un état tel qu'il est nécessaire de les interner dans un asile d'aliénés, la demande d'admission doit être faite par écrit, par le propriétaire ou le surintendant de l'hôpital, et le certificat du médecin doit être donné par l'un des médecins visiteurs de l'établissement.

La demande d'admission doit contenir les noms, la profession, l'âge et la municipalité où le patient a eu son dernier domicile avant son entrée à l'hôpital ainsi que la date de son entrée.

Le certificat du médecin doit constater, suivant la formule C et son annexe [N. B., c'est-à-dire les formules B et C], (1) l'état mental du malade, indiquer les particularités de la maladie, la nécessité de le faire traiter dans un asile, et de le tenir renfermé.

Le propriétaire ou surintendant de l'hôpital doit accompagner sa demande d'admission d'un certificat, rédigé suivant la formule K, ou toute autre de même nature, signé par le secrétaire trésorier ou greffier, selon le cas, de la municipalité d'où venait le malade, lors de son entrée à l'hôpital, et, en son absence, par le maire de la municipalité.

**3198.** (Tel que remplacé par 55-56 V., c. 30, s. 3). Dans les cas d'urgence absolue, le surintendant médical peut ordonner qu'un malade soit admis provisoirement, quand même toutes les formalités n'auraient pas été remplies, pourvu qu'elles le soient subséquemment.

**3199.** (Tel qu'amendé par 55-56 V., c. 30, s. 3 et 56 V., c. 31, s. 6). Le surintendant médical doit dans les quinze jours qui suivent l'admission du patient, transmettre au secrétaire de la province, avec cette demande et les certificats C et son annexe et K, [N. B., c'est-à-dire les certificats B, C et K] (1) ou C et son annexe [N. B., c'est-à-dire B et C.] (1) D, E et K, ci-dessus mentionnés, un rapport spécial, constatant l'état mental du patient, et déclarant s'il doit être admis définitivement dans l'asile, ou s'il doit en être renvoyé.

**3200.** (Tel qu'amendé par 55-56 V., c. 30, s. 4). Sur réception de ces documents, le secrétaire de la province adresse au surintendant médical de l'asile, l'ordre qu'il juge convenable, soit pour l'admission définitive du patient, soit pour une mise en liberté, lequel ordre doit être exécuté sans délai. 48 V., c. 34, s. 22.

**3228b.** (Tel qu'ajouté par la loi 55-56 V., c. 30, s. 8). Le secrétaire-trésorier, son greffier ou son assistant, ou le maire de toute municipalité seront

(1) La formule C et son annexe qui constituaient le certificat médical ayant été remplacé par les formules B et C, par la loi 57 V., c. 33, s. 25, le certificat médical est maintenant composé des formules B et C, de sorte qu'au lieu des mots "formule C et son annexe" les mots "certificat C et son annexe, et les mots certificat C, il faut lire formules ou certificats B et C.

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.

Le surintendant médical d'un asile d'aliénés est proposé à l'admission des aliénés pour les endroits qui sont de son ressort.

Pour obtenir l'internement d'un individu dans un asile d'aliénés, il faut s'adresser au surintendant médical et établir à sa satisfaction, en remplissant les formalités voulues, que cet individu est dans les conditions requises par la loi et les arrêtés ministériels, pour être admis comme patient public, dans un asile d'aliénés.

Ces conditions sont les suivantes :

a. Que l'individu soit aliéné ; s'il est idiot ou imbécile, qu'il soit en plus dangereux, une cause de scandale, sujet à des attaques d'épilepsie ou d'une difformité monstrueuse ; s'il est atteint de démence sénile ou organique, qu'il soit clairement prouvé en plus, qu'il est dangereux ou scandaleux ;

b. Qu'il n'ait pas lui-même ou des personnes tenues en loi à lui fournir des aliments et des soins, les moyens de payer en tout ou en partie le coût de son entretien, de son séjour et de son traitement dans un de ces asiles,

c. Enfin, qu'il soit domicilié dans la province de Québec.

a.

Que l'individu soit dans les conditions requises par la loi pour être admis dans un asile d'aliénés, au point de vue mental, s'établit par le certificat médical rédigé suivant les formules B et C, signées par le même médecin et attestées sous serment.

C'est sur les constatations du médecin et les faits consignés dans le certificat médical, que sera basée la décision administrative de l'internement par le surintendant médical, c'est aussi le caractère plus ou moins grave des faits allégués dans ce certificat qui justifiera le maintien de l'individu à l'asile, pendant un temps plus ou moins long, sous observation, ou même donnera un caractère définitif à la séquestration, dans certains cas.

C'est dire que cette pièce est d'une importance capitale, puisque c'est sur elle que repose, pour la plus grande part, les mesures relatives à l'internement de l'individu, et qu'elle a une grande influence sur son maintien à l'asile et sa sortie.

Je me suis ému maintes fois, comme d'ailleurs mes confrères, les surintendants des asiles de cette province, de l'insuffisance de

beaucoup de certificats médicaux, de la légèreté et de l'insouciance avec lesquelles ils sont souvent donnés, de la futilité des motifs invoqués, de la facilité avec laquelle des médecins acceptent, sans en contrôler la véracité, les renseignements fournis par les parents ou les amis, souvent intéressés à tromper le médecin. On a ainsi cherché à obtenir, à ma connaissance, l'internement d'enfants insonmis, de sourds-muets incommodes, de vieillards encombrants par leur sénilité, de malades parvenus à la dernière période d'affections chroniques, comme l'ataxie locomotrice, par exemple, tombés dans le marasme et devenus absolument impotents.

On a aussi amené à l'asile des cas de fièvre typhoïde, des cas de méningites, d'encéphalites, parce que le médecin ne s'était pas assez arrêté au diagnostic.

Il résulte également d'une discussion qui a eu lieu récemment à la société médico-psychologique de Québec, que la plupart des certificats médicaux d'internements sont loin de répondre à l'importance de la mesure qu'ils ont pour effet d'autoriser.

La loi a eu soin d'énoncer, cependant, que le certificat médical doit *constater l'état mental du patient, indiquer les particularités de la maladie, la nécessité de le faire traiter dans un asile d'aliénés et de l'y tenir renfermé.*

C'est-à-dire que ce document doit caractériser et énumérer les symptômes et les faits observés personnellement par le signataire et constituant la preuve de la folie : il doit en outre exposer les motifs d'où résulte la nécessité de faire traiter le malade dans un asile d'aliénés et de l'y tenir renfermé.

Étant donné qu'un individu est aliéné, j'ai dit au commencement de ce sujet, que son internement pouvait se justifier, soit comme mesure de thérapeutique, d'assistance ou de sécurité publique et privée et d'ordre public.

À part la certitude que l'individu est aliéné, le surintendant médical devra trouver dans le certificat médical, une raison suffisante pour l'interner, à l'un de ces trois points de vue. Ce ne sont pas de vagues présomptions, ce sont des faits que le médecin devra apporter à l'appui de son opinion, lorsque les indications de l'internement ne se déduisent pas exclusivement de la forme particulière d'aliénation mentale dont souffre l'individu.

Il peut arriver des circonstances où le concours d'un magistrat soit d'une utilité incontestable, c'est lorsque le médecin est obligé de s'en rapporter, pour une partie, aux renseignements qui lui sont fournis par les intéressés, et lorsque des investigations et des enquêtes

sont nécessaires pour établir la valeur des informations sur lesquelles le médecin doit s'appuyer ou lorsqu'il s'agit d'internements contestés ou d'individus, comme des persécutés ou des persécuteurs, dont la séquestration pourrait soulever des difficultés plus tard.

Dans ces cas, il est bon de procéder en vertu de la législation des aliénés dangereux, devant un juge de paix, de faire prendre les dépositions des témoins des faits et gestes du malade et de le faire interner en vertu d'un mandat régulièrement émané par le juge de paix, devant lequel l'affaire a été entendue. La procédure à suivre dans ces cas sera expliquée plus loin, dans un chapitre spécial.

b.

Que l'individu soit dans ces conditions requises par la loi pour être interné, comme patient public, au point de vue de ses ressources financières, s'établit par les certificats du ministre du culte (formule D) auquel appartient l'individu, celui du maire et du secrétaire trésorier (formules E et K) de la municipalité où il a son domicile.

Lorsqu'un individu ne peut par lui-même ou par les personnes tenues en loi à son entretien, payer ses frais de pension et d'entretien dans un asile comme patient privé, il devient sujet à l'admission comme patient public. Dans ce cas le ministre du culte et le maire doivent déclarer s'il peut payer en tout ou en partie, par lui-même ou par les personnes tenues à son entretien, ses frais de pension et d'entretien, comme patient public. C'est-à-dire s'il peut payer au gouvernement le prix de la pension accordée par celui-ci aux propriétaires des asiles pour l'entretien des patients publics ou quelle partie de cette somme. Les personnes tenues en loi à l'entretien des aliénés sont le père, la mère, l'époux ou l'épouse et les enfants.

c.

Que l'individu soit domicilié dans la province de Québec, s'établit par les prescriptions du code civil, sur le domicile, avec application particulière à chaque cas.

---

*En résumé*, lorsque l'on désire placer un individu, comme patient public dans un asile, on doit s'adresser au surintendant médical de cet asile, pour obtenir de lui les blancs des certificats à remplir.

Lorsque ces certificats ont été remplis conformément à la loi, on doit les renvoyer au surintendant médical et attendre sa réponse avant de conduire le malade à l'asile.



Lorsqu'il s'agit d'un cas d'urgence, le médecin devra mentionner le fait dans la demande et donner les détails du cas, afin que le surintendant médical puisse hâter l'admission de l'individu s'il juge les motifs suffisamment graves, même avant que toutes les formalités aient été remplies. Mais toutes les personnes qui ont à signer les certificats requis devront avoir été consultées, afin que l'on puisse donner au surintendant médical l'assurance et la preuve que les formalités seront remplies plus tard.

Aucun malade ne doit être conduit à l'asile, comme patient public, sans la permission du surintendant médical. Les malades ne peuvent y être reçus sans cette permission et les personnes qui conduisent des malades sans cette permission, le font à leurs risques et péril, s'exposent à ramener leurs malades et à subir les conséquences civiles et criminelles d'un acte illégal.

#### SORTIE.

**3206.** (Tel que remplacé par la loi 54 V., c. 29, s. 5 et amendé par la loi 57 V., c. 33, s. 16). Toute personne, parente, alliée ou amie d'un patient à l'asile, ou qui a procuré son internement, son tuteur ou curateur, ainsi que toute personne autorisée par un conseil de famille, peut obtenir la mise en liberté d'un aliéné détenu dans un asile, en adressant au surintendant médical une requête à cette fin, accompagnée d'une déclaration par laquelle cette personne s'engage à prendre soin de l'aliéné, à faire, chaque fois qu'elle en est requise, rapport sur son état au surintendant médical.

Pourvu que le surintendant médical soit d'avis que ce patient peut être mis en liberté sans danger, sauf appel au secrétaire de la province, en cas de conteste au sujet de la décision du surintendant médical.

**3207.** Les dispositions ci-dessus ne s'appliquent pas aux aliénés internés en vertu des sections 252 à 258 du chapitre 174 des statuts révisés du Canada, concernant les prisonniers atteints d'aliénation mentale. 48 V., c. 34, s. 26. (*Vide* Code criminel 1892, articles 736 à 741 inclusivement)

**3210.** (Tel qu'amendé par la loi 57 V., c. 33, s. 18). Sur le rapport du surintendant médical ou son assistant, qu'un aliéné interné à l'asile sous l'autorité du chapitre 174 susdit, des statuts révisés du Canada, (1) a recouvré la raison, le lieutenant-gouverneur, sur recommandation du secrétaire de la province, ordonne que ce détenu soit mis en liberté ou reconduit en prison pour y subir son procès ou sa peine, suivant le cas.

Les frais occasionnés par son transfert de la prison à l'asile et de l'asile à la prison, forment partie du coût de l'entretien, du séjour et du traitement de l'aliéné. 48 V., c. 34, s. 29.

**3229.** (Tel que remplacé par la loi 54 V., c. 29, s. 9). Le surintendant d'un asile peut autoriser la sortie des malades à titre d'essai, sur la promesse par écrit d'un parent, du curateur ou d'un ami du patient d'en prendre soin, de le

(1) Il faut lire ici les articles 736 à 741 inclusivement du code criminel de 1892 par lequel se trouve remplacé le chapitre 174 des statuts révisés du Canada.

garder chez lui et de le ramener à l'asile dans le cas où il deviendrait dangereux de le laisser plus longtemps hors de l'asile.

Cette promesse par écrit doit être rédigée d'après la formule J. Rien ne doit être chargé par les propriétaires de l'asile pour le temps que le patient est ainsi absent.

**3230.** (Tel que remplacé par la loi 54 V., c. 29, s. 10 et amendé par la loi 57 V., c. 33, s. 23). Toute personne placée dans un établissement d'aliénés cesse d'y être retenue aussitôt que la guérison est constatée par le surintendant médical et alors le surintendant médical doit donner aux propriétaires l'ordre de le mettre en liberté.

**3230a.** (Tel qu'ajouté par la loi 55-56 V., c. 30, s. 9). Le secrétaire provincial ou le surintendant médical, sur l'autorisation écrite du secrétaire provincial, peuvent ordonner que les idiots, les aliénés incurables et les déments séniles sortent de l'asile où ils se trouvent, pour être envoyés dans leur famille ou chez les personnes tenues en loi à leur entretien ou dans les hôpitaux dans lesquels on reçoit les vieillards ou les malades ; pourvu toujours que ces malades ainsi libérés ne soient pas une cause de scandale ou de danger.

**3230b.** (*Idem*). Toute personne qui a signé la demande d'internement d'un patient dans un asile, ou toute personne tenue à son entretien en vertu de la loi, devra aller y chercher le patient à ses frais, dès qu'elle en sera requise par le surintendant médical de tel asile, ou par le secrétaire de la province, sous peine d'une amende de trente piastres.

**3232.** Toute personne placée ou retenue dans un asile d'aliénés, son tuteur, si elle est mineure, son curateur ou tout parent ou ami, peut, sur requête sommaire, et à quelqu'époque que ce soit, demander au juge du district, dans lequel est situé l'établissement, son élargissement de l'asile.

Le juge après enquête et audition ordonne cet élargissement, s'il y a lieu, et sa décision est finale et sans appel. 48 V., c. 34, s. 50.

Ces dispositions de la loi sont destinées à assurer toutes les garanties de la liberté individuelle en même temps que le maintien à l'asile des aliénés dangereux pour leur propre sécurité et la sécurité publique.

La sortie doit avoir lieu si la guérison est constatée. Elle peut avoir lieu, si la guérison n'étant pas obtenue, l'aliéné n'est pas nuisible pour lui-même, ni pour les autres. Elle peut avoir lieu aussi provisoirement, sur congé d'essai, avec facilité de ramener le patient immédiatement à l'asile, sans nouvelles formalités, à la moindre alerte, si le surintendant médical croit que cette mesure ne comporte aucun danger pour le malade ou pour les autres. Les aliénés incurables, les idiots, les déments, peuvent être renvoyés dans leurs familles ou chez les personnes tenues à leur entretien ou dans des établissements spéciaux, lorsque leur séquestration est devenue inutile, pourvu qu'ils ne puissent être une source de danger ou un sujet de scandale.

En cas de conteste, au sujet de la décision du surintendant médi-

cal sur l'opportunité d'une sortie, il y a appel au secrétaire de la province, dont relèvent les asiles d'aliénés.

Enfin, l'article 3231, permet à tous les aliénés, de faire intervenir l'autorité judiciaire lorsqu'ils se croient l'objet d'une séquestration non justifiée.

L'article 3230*b* assure l'exécution des ordres du surintendant médical par la sanction d'une amende.

### III

#### *Procédure.*

**3235.** Sauf ce qui est de prescrit de contraire dans la présente section, les dispositions en vigueur concernant les convictions sommaires, s'appliquent aux procédures faites sous l'autorité de cette section par tout juge de paix, juge des sessions de la paix et magistrat de district. 48 V., c. 34, s. 54.

#### *Article II.*

#### *Asiles privés.*

#### ADMISSION.

**3263.** Nulle personne, qu'elle soit aliénée ou représentée comme telle, pour laquelle une somme d'argent est ou doit être reçue pour pension, logement ou autre cause, ne doit être reçue ou gardée dans une maison sous licence d'aliénés, sans un ordre donné sous le scing de quelque individu, suivant la formule, et avec les détails voulus par la cédule B, de cette loi, ni sans un certificat dressé suivant la formule de la cédule C, donné par deux médecins qui ne sont ni associés, ni frères l'un de l'autre, ni dans les relations de père et fils, et dont chacun a séparément et personnellement examiné la personne dont il s'agit au moins sept jours francs avant la demande de son entrée dans cette maison; le certificat est signé et daté, le jour même où la personne a été ainsi examinée. S. R. C., c. 73, s. 43.

**3264.** Tout médecin, signifiant ce certificat, doit préciser les faits résultant soit de ses propres observations, soit des renseignements obtenus de toute autre personne, d'après lesquels il a formé l'opinion que celui auquel le certificat se rapporte est un aliéné, un insensé, un idiot, ou une personne dont l'esprit n'est pas sain. S. R. C., c. 73, s. 44.

**3265.** Aucun médecin, s'il est, ou si son père, frère, fils ou associé est propriétaire unique ou partiel, ou s'il est lui-même le médecin en charge d'une maison sous licence, ne doit signer de certificat pour la réception d'un patient dans cette maison; et aucun médecin qui signe, ou dont le père, le frère, le fils ou l'associé signe l'ordre ci-dessus requis pour la réception d'un patient, ne doit signer le certificat pour la réception du même patient. S. R. C., c. 73, s. 49.

**3267.** Personne ne doit recevoir en pension, ni ne doit loger dans une maison non sous licence, en vertu de la présente section, ni prendre la garde ou le soin d'un aliéné, sans avoir au préalable obtenu les certificats des médecins requis par la présente section pour l'admission d'un aliéné dans une maison sous licence. S. R. C., c. 73, s. 45.

**3268.** Toute personne peut, dans des circonstances spéciales, être reçue dans une maison non sous licence et sur cet ordre et avec le certificat d'un médecin seulement, pourvu que l'ordre indique les circonstances spéciales qui ont empêché la personne d'être examinée par deux médecins; mais, en pareil cas, un autre certificat doit être signé par quelqu'autre médecin qui n'est pas attaché à une maison sous licence, et qui a spécialement examiné la personne dans les trois jours après sa réception dans la maison. S. R. C., c. 73, s. 47.

**3269.** Tout propriétaire ou surintendant d'une maison sous licence qui reçoit un ordre conforme à cette section, accompagné d'un certificat de médecin, pour admettre et garder une personne aliénée, et les assistants et serviteurs du propriétaire ou du surintendant, peuvent recevoir et détenir ce patient, et en prendre soin jusqu'à son décès, son transfert ou son élargissement par l'autorité légitime. En cas d'évasion, ils peuvent reprendre le patient, en tout temps, dans les quatorze jours après son évasion, et le détenir de nouveau comme dit en l'article 3271. S. R. C., c. 73, s. 88.

## SORTIE.

**3270.** Le propriétaire ou le surintendant de toute maison sous licence peut, avec le consentement par écrit de deux des visiteurs de la maison, envoyer ou conduire sous son propre contrôle ou sous celui d'une personne compétente, tout patient en un lieu spécifié et pendant un temps défini, pour le bien de sa santé; mais avant de donner ce consentement, l'approbation par écrit de la personne qui a signé l'ordre pour l'admission du patient, ou qui a fait le dernier paiement pour lui, doit être produit aux visiteurs, à moins que, pour cause, ils ne l'exigent ou en dispensent la personne. S. R. C., c. 73, s. 86.

**3271.** Dans le cas où un patient est, en vertu des pouvoirs et dispositions de la présente section, éloigné temporairement de la maison sous licence dans laquelle l'ordre avait été donné de l'admettre, ou transféré de cette maison dans une nouvelle, et aussi dans le cas où un patient s'est évadé de cette maison, et est repris dans les quatorze jours après son évasion, les certificats et l'ordre original pour l'admission du patient, restent particulièrement en vigueur, de la même manière que si le patient n'eut pas été transféré ou placé, ou ne se fut pas évadé et n'eut pas été repris. S. R. C., c. 73, s. 87.

**3285.** Si la personne qui a signé l'ordre, en vertu duquel un patient a été reçu dans une maison sous licence, ordonne, par un écrit signé de sa main, que le patient soit élargi et transféré ailleurs, le patient doit l'être immédiatement. S. R. C., c. 73, s. 73.

**3286.** Si la personne est incapable, pour cause de folie ou d'absence de la province, ou pour toute autre cause que ce soit, de donner l'ordre de transférer ou élargir le patient, ou si elle vient à décéder, alors l'époux ou l'épouse du patient, ou s'il n'a pas d'époux ou d'épouse, son père, ou s'il n'a pas de père, sa mère, ou si la mère n'existe pas, alors un de ses plus proches parents, ou celui qui a fait le dernier paiement pour le compte de ce patient, peut donner, par écrit, signé de sa main, l'ordre de le renvoyer ou de le transférer; et là-dessus le patient est immédiatement élargi ou transféré en conséquence. S. R. C., c. 73, s. 74.

**3287.** Nul patient n'est élargi ou transféré d'une maison sous licence, en vertu d'aucun des pouvoirs ci-dessus mentionnés, si le médecin qui tient cette maison, ou qui en est le médecin en charge, certifie sous son seing que, dans son

opinion, tel patient est un être dangereux qui ne doit pas être mis en liberté, indiquant en même temps, les motifs sur lesquels cette opinion est fondée, à moins que les visiteurs de la maison, après avoir pris connaissance de ce certificat, ne consentent, par écrit, à l'élargissement ou au transfert du patient dans une autre maison. S. R. C., c. 73, s. 75.

**3288.** Si, après avoir interrogé le médecin en charge, les visiteurs élargissent le patient, et que ce médecin leur donne ses raisons, par écrit, contre cet élargissement, ils doivent transmettre cet exposé au secrétaire des visiteurs, lequel exposé doit être conservé et enregistré dans un livre tenu à cet effet. S. R. C., c. 73, s. 79.

**3291.** Il est permis à deux ou plus des visiteurs d'une maison sous licence, dont l'un est médecin, de faire des visites spéciales à tout patient détenu dans cette maison, à tels jours et à telles heures qu'ils le jugent convenable; et si, après deux visites distinctes et séparées, il paraît aux mêmes visiteurs que le patient est détenu sans cause suffisante, ils peuvent ordonner son élargissement, et ce patient est élargi en conséquence. S. R. C., c. 73, s. 77.

**3292.** Tout ordre donné par les visiteurs pour l'élargissement d'un patient est signé par eux; mais ils ne peuvent donner l'ordre de faire sortir un patient de cette maison, sans avoir, au préalable, interrogé le médecin en charge de l'établissement, s'il se présente à cet effet, sur ce qu'il pense de la convenance d'élargir le patient. S. R. C., c. 73, s. 78.

### CHAPITRE TROISIÈME.—DES ALIÉNÉS DANGEREUX.

**3211.** (Tel que remplacé par la loi 54 V., c. 29, s. 8 et remplacé de nouveau par la loi 57 V., c. 33, s. 19). Dans toute cité ou ville où il y a un recorder, ce recorder, dans les cités de Québec et de Montréal, le recorder ou le magistrat de police, et dans toutes les autres parties de la province, tout juge de paix, sur dénonciation attestée sous serment de deux contribuables établissant qu'une personne interdite ou non, compromet la sécurité, la décence ou la tranquillité publique ou sa propre sécurité, accompagnée du certificat du médecin suivant les formules B et C constatant l'aliénation mentale et déclarant qu'il est urgent de l'interner dans un asile, ordonne d'office, suivant la formule G, que tel malade soit placé dans un asile d'aliénés.

**3212.** (Tel que remplacé par la loi 54 V., c. 29, s. 8, amendé par loi 55-56 V., c. 30, s. 6 et remplacé de nouveau par la loi 57 V., c. 33, s. 20). Le magistrat de police, le recorder ou le juge de paix devant qui un patient est conduit, doit, avant de donner l'ordre mentionné dans l'article précédent, exiger la production des certificats rédigés et signés suivant les formules E et K, et transmettre, sans délai, tous ces documents au surintendant médical, qui, après les avoir examinés, admet temporairement l'aliéné dans tel asile.

Le malade ne doit cependant pas être transféré avant d'avoir reçu l'ordre du surintendant médical à cet effet.

Cependant, dans les cas d'urgence absolue, la production des formules E et K peut être différée de quinze jours, si le surintendant médical le juge à propos.

**3213.** (Tel que remplacé par la loi 54 V., c. 29, s. 8). Les ordres d'internement ainsi donnés par les recorders, magistrats de police ou juges de paix, sont rédigés suivant la formule G, et motivés; ils doivent énoncer les circonstances qui les ont rendus nécessaires, être accompagnés, dans chaque cas, du

certificat du médecin et de la dénonciation assermentée sur laquelle l'ordre d'internement a été donné.

Tous ces documents sont transmis, sans délai, au bureau médical qui, après les avoir examinés, admet temporairement l'aliéné dans tel asile. (1)

**3214.** (Tel que remplacé par la loi 54 V., c. 29, s. 8, amendé par la loi 55-56 V., c. 30, s. 7, et remplacé de nouveau par la loi 57 V., c. 33, s. 21). Dans les quinze jours qui suivent cette admission, le surintendant médical ou son remplaçant transmet au secrétaire de la province, accompagné des documents qu'il a reçus, son rapport sur l'état mental du détenu, et, sur réception de ce rapport, s'il est constaté que le détenu est aliéné, le secrétaire de la province autorise immédiatement son internement définitif dans l'asile où il a été placé.

Si, au contraire, le rapport du surintendant médical ou de son remplaçant constate que le détenu n'est pas une personne qu'il convient d'interner dans un asile d'aliénés, le secrétaire de la province ordonne immédiatement sa mise en liberté, la municipalité intéressée devient responsable de tout ce que coûtent au gouvernement les frais de garde, d'entretien et de traitement de tel détenu dans tel asile.

**3215.** (Tel que remplacé par la loi 54 V., c. 29, s. 8). Les ordres mentionnés dans les articles 3211, 3212 et 3213, qui n'ont pas reçu leur exécution dans les vingt jours à compter de leur date, cessent d'être exécutoires.

**3235.** Sauf ce qui est prescrit de contraire dans la présente section, les dispositions en vigueur concernant les convictions sommaires, s'appliquent aux procédures faites sous l'autorité de cette section par tout juge de paix, juge des sessions de la paix et magistrat des district. 48 V., c. 73, s. 78.

Le placement volontaire autorisé par nos statuts est une ressource précieuse pour les familles qui désirent interner leurs malades, en leur évitant ce que l'on a appelé à tort ou à raison, la tare d'une comparution en justice, et les ennuis d'une publicité, dont l'aliéné lui-même est le premier à se plaindre, lorsqu'il sort guéri de l'asile.

Mais comme on l'a déjà fait remarquer à juste titre, on ne saurait pour retirer de la circulation un aliéné dangereux, compter exclusivement sur le placement volontaire : par tendresse, ignorance, crainte de l'opinion, besoin ou avarice, un grand nombre des familles n'y recourent qu'à la dernière extrémité ou s'y opposent lorsque cette mesure est réclamée par quelques-uns de leurs membres. (2)

La dénonciation devant un juge de paix et l'émission d'un mandat d'internement triomphent alors des mauvaises volontés et des attardements.

Il en est de même lorsqu'il s'agit d'interner un aliéné aban-

(1) Les articles 3211 et 3212 ayant été amendés postérieurement à l'article 3213, les dispositions de l'article 3213 s'appliquent en tant qu'elles ne sont pas contraire à celles des articles 3211 et 3212. C'est ainsi que dans le dernier alinéa il faut lire "surintendant médical" au lieu de "bureau médical."

(2) Chambard : Quelques réflexions sur l'internement des aliénés dangereux, in, ann-med. psychologiques, mai, juin 1893, page 421.

donné, ou un aliéné dangereux ou scandaleux, par mesure préventive, avant qu'il ne soit arrivé un malheur, pour le protéger lui-même et pour assurer le maintien de l'ordre et de la sécurité publique. Il en est ainsi comme je l'ai dit précédemment, lorsque l'internement est contesté ou contestable et qu'il est utile d'établir l'authenticité de certains faits, par des investigations et des enquêtes, auxquelles le médecin peut difficilement se livrer lui-même. Cette procédure a aussi l'incontestable avantage, de consigner au dossier, par les dépositions de témoins oculaires et de confidents, les faits et les dires de l'aliéné. Surtout lorsqu'il s'agit d'un persécuteur, ces dépositions servent à convaincre le public, lorsque l'on crie à la séquestration arbitraire.

Il est très difficile d'établir des catégories d'aliénés dangereux. " En fait, il n'est pas un aliéné qui ne peut être dangereux à un moment donné, et d'autre part, il y a dans la même maladie des phases diverses qui font tour à tour surgir et disparaître le danger " (1)

Je renvoie le lecteur pour les indications particulières de cette mesure suivant la nocuité particulière à chaque type d'aliénation mentale, au chapitre précédent, où j'ai décrit les formes les plus dangereuses ainsi que les phases de l'évolution morbide qui commandent l'internement d'une façon plus ou moins urgente.

En l'absence de toute classification reconnue, je ne puis mieux faire que citer ce que dit Lunier à ce sujet : (2)

" Un aliéné est dangereux :

" 1<sup>o</sup> Pour *lui-même*, lorsqu'il est sérieusement exposé à attenter à ses jours, ou à compromettre *sa fortune*, soit en se laissant exploiter par son entourage, soit en s'abandonnant lui-même à des projets extravagants ;

" 2 Pour *autrui*, lorsqu'il y a lieu de craindre qu'il n'attende à la pudeur ou à la vie des personnes, qu'il n'incendie ou ne détruise les propriétés ;

" 3<sup>o</sup> Pour *la société*, quand, par ses écrits, par ses paroles ou par ses actes, il compromet l'ordre public ou augmente indument les charges sociales. dans les cas, par exemple, d'enfants procréés par des idiots laissées en liberté."

Pour M. Albert Sipp (3) les aliénés dangereux pour eux-mêmes

(1) Renaudin : Administration des asiles d'aliénés.

(2) Lunier. Des aliénés dangereux étudiés au triple point de vue clinique administratif et médico-légal (Annales médico-psychologiques, juillet 1847, p. 171.

3. Sipp. Les aliénés dangereux au point de vue clinique et administratif. Thèse de Lyon 1895.

ou pour les autres comprennent deux catégories bien tranchées: les uns reconnus dangereux par le public, pour lequel *dangereux* est synonyme de *violent*, et dont tout le monde se méfie; ce sont les maniaques excités, les hallucinés agressifs, les épileptiques présentant des accès de fureur, les alcocliques surexcités. Les autres, plus dangereux encore, parce qu'ils n'inspirent aucune crainte, (ne présentant pas une forme démonstrative ou bruyante d'aliénation mentale), tels que certains épileptiques habituellement calmes, des mystiques, et enfin des persécutés, les raisonnants. "Une tendance invincible porte l'observateur inexpérimenté à croire que tout homme qui parle raisonnablement, en apparence, est sain d'esprit, et ne doit jamais être considéré comme aliéné." (1)

Il appartient au médecin, instruit par l'expérience et l'étude clinique de la folie, de savoir distinguer ces cas et de pouvoir démontrer le danger qu'ils présentent pour la sécurité publique ou privée et de faire ressortir cette vérité que Falret a démontrée, que "les plus dangereux de tous les aliénés, sont ceux que l'on soupçonne le moins." (2)

La sortie des aliénés dangereux est régie par les mêmes dispositions que celles qui s'appliquent aux aliénés placés volontairement à l'asile.

Le public est amplement protégé contre la sortie de ces aliénés, parce que le surintendant médical ne peut mettre en liberté tout aliéné réputé dangereux pour lui-même ou pour les autres ou qui pourrait devenir un sujet de scandale.

Pour clore ce sujet, le lecteur me permettra de citer les sages considérations suivantes de Mr. le Dr A. Vallée, surintendant médical de l'asile de Québec.

"Notre loi provinciale a établi deux sortes de placements des aliénés dans les asiles publics: les placements d'office et les placements volontaires. Les placements d'office ont lieu en vertu d'un ordre donné par un juge de paix, un recorder ou un magistrat de police. Les articles 3211 et 3212 des Statuts refondus, tels qu'amendés, indiquent les formalités à remplir en pareils cas. Mais on ne devrait recourir à ce mode de placement que par exception. Il semble, en effet, que l'on ne doive pas avoir recours au magistrat qu'en cas de contravention, de délit ou de crime, et l'on ne voit guère la nécessité

(1) Ball, congrès de Paris, 1889. De la législation comparée sur le placement des aliénés dans les établissements publics et privés.

(2) Falret. Des aliénés dangereux. Discours prononcé à la société médico-psychologique, dans la séance du 27 juillet 1818; in Aliénés et les asiles d'aliénés.



de s'adresser à lui lorsqu'il ne s'agit que d'un malade à faire soigner.

“ On comprend l'intervention du magistrat lorsqu'il y a eu infraction à la loi ou que l'on rencontre un obstacle quelconque à l'internement d'un aliéné dangereux. C'est pour obvier à cette éventualité que les articles 3211 et 3212 ont été insérés dans la loi. Ainsi, un individu est arrêté sur la voie publique, soit pour vagabondage, soit pour bruit; il donne des signes plus ou moins manifestes de folie, et, cependant, on ne lui connaît aucun parent ou ami qui puisse prendre l'initiative de son internement. Ou bien encore, un aliéné est dans un état de délire ou d'agitation qui le rend un sujet de trouble et d'inquiétude, soit pour les personnes avec lesquelles il vit, soit pour ses voisins de domicile, et, cependant, la famille objecte à son placement dans un asile. Dans de pareilles circonstances, deux contribuables peuvent déposer une plainte devant un magistrat et celui-ci, après avoir suivi la procédure indiquée par la loi, ordonne d'office l'internement dans un asile. Il n'est pas du tout nécessaire que le malade passe par la prison.

“ Les placements dits volontaires sont ceux qui sont effectués directement par les familles. Ici encore, la loi exige certaines formalités, mais en somme, elles sont moins longues que celles que nous venons de voir.

“ Il n'y a aucun doute que ces deux modes de placement, bien compris et bien appliqués, doivent parer à toutes les éventualités. Dans les cas ordinaires, le placement volontaire est préférable car il entraîne beaucoup moins d'inconvénients pour les malades. Aussi les familles qui prennent les intérêts de ces pauvres malheureux doivent-elles toujours y avoir recours.” (1)

#### CHAPITRE QUATRIÈME.—DISPOSITIONS RELATIVES AUX BIENS DES ALIÉNÉS.

Les Statuts refondus de la province de Québec règlent de la manière suivante les mesures provisoires à prendre pour protéger les biens des aliénés.

**3232.** Sur la demande des parents, de l'époux ou de l'épouse, le juge de lieu du domicile peut nommer, en chambre, un administrateur provisoire aux biens de toute personne non interdite placée dans un asile d'aliénés.

Cette nomination n'a lieu qu'après délibération du conseil de famille, et n'est pas sujette à appel.

L'administration provisoire a, sur la personne et les biens de l'aliéné, tous les pouvoirs, et est, quant à son administration, soumis à toutes les obligations d'un curateur ordinaire. 48 V., c. 34, s. 51.

(1) Dr A. Vallée. Rapport de l'asile de Québec, pour l'année 1896.

**3233.** A défaut d'administrateur provisoire le juge, à la requête de la partie la plus diligente, doit commettre un notaire ou une autre personne, pour représenter les personnes non interdites internées dans un asile aux inventaires, comptes, partages et licitations dans lesquels elles sont intéressées. 48 V., c. 34, s. 53.

**3234.** Les pouvoirs conférés en vertu des deux articles précédents, cessent de plein droit dès que la personne ainsi internée dans un asile n'y est plus retenue ou lorsqu'il lui est nommé un curateur, en vertu des dispositions du code civil. 48 V., c. 34, s. 53.

**3235.** Sauf ce qui est prescrit de contraire dans la présente section, les dispositions en vigueur concernant les convictions sommaires, s'appliquent aux procédures faites sous l'autorité de cette section par tout juge de paix, juge des sessions de la paix et magistrat de district. 48 V., c. 73, s. 78.

APPENDICE A LA PREMIÈRE PARTIE. — DÉTENUS ALIÉNÉS  
DANS LES PÉNITENCIERS; STATUTS REFONDUS DU CANADA,  
CHAPITRE 182: ACTE CONCERNANT LES PÉNITENCIERS.

**67.** Le Gouverneur en conseil pourra ordonner au préfet du pénitencier de Kingston d'en réserver une partie pour la réception, la détention et le traitement des prisonniers aliénés; et, en conséquence, le local ainsi réservé sera employé à cet usage et sera désigné sous le nom de "quartier des aliénés." 48 V., c. 37, art. 69.

**68.** Si, en quelque temps que ce soit, il apparaît au médecin du pénitencier qu'un détenu est atteint d'aliénation mentale et doit être transféré au quartier des aliénés, il fera son rapport par écrit au préfet; et sur la réception de ce rapport, le préfet transfèrera immédiatement le détenu au quartier des aliénés. 46 V., c. 37, art. 70.

**69.** Si, avant la fin de la peine de ce détenu, le médecin certifie au préfet que ce détenu a recouvré la raison, et est en état de sortir du quartier des aliénés, le préfet devra le retirer de ce quartier. 46 V., c. 37, art. 71.

**70** (Tel que remplacé par la section 2, chapitre 41 de la loi 58-59 Victoria.) Si la durée de l'emprisonnement d'un détenu expire, ou s'il est gracié, ou si son incarcération se termine d'autre manière, pendant sa détention comme aliéné au quartier des aliénés, on pourra continuer de l'y garder, en attendant que l'on prenne les mesures autorisées par le présent acte; et dans ce cas, le médecin devra certifier sans délai au préfet si cette personne est redevenue saine d'esprit ou non.

**71.** Si le médecin certifie que la guérison est obtenue, cette personne sera immédiatement mise en liberté. 46 V., c. 37, art. 74.

**72.** Si le médecin certifie que cette personne est en état d'aliénation mentale, le préfet en fera rapport à l'inspecteur; et le Secrétaire d'Etat communiquera ensuite le fait au lieutenant-gouverneur de la province dans laquelle cette personne aura été condamnée, afin qu'il la fasse transporter en lieu sûr.

2. Le lieutenant-gouverneur pourra alors ordonner la translation de la dite personne en un lieu sûr dans la province; et elle devra, à la suite de cet ordre, être remise à celui qui y sera désigné, pour être transportée au dit lieu; et elle

sera placée et retenue là, ou dans tout autre lieu sûr que le lieutenant-gouverneur indiquera ultérieurement, jusqu'à ce qu'il lui paraisse qu'elle est redevenue saine d'esprit ; en ce cas le lieutenant-gouverneur pourra ordonner sa sortie ; mais si après la translation de cette personne au dit lieu de sûreté et avant son entière guérison, il juge opportun d'ordonner qu'on la remette à quelqu'un qu'il désignera, l'ordre devra être exécuté. 46 V., c. 37, art. 75 et 76.

**73.** Si le lieutenant-gouverneur de la province dans laquelle aura eu lieu la condamnation d'un individu ainsi devenu fou, a fait des arrangements avec le lieutenant-gouverneur d'Ontario pour la sûre détention de semblables aliénés en Ontario, et que le Secrétaire d'Etat ait été avisé de ces arrangements par les lieutenants-gouverneurs des provinces intéressées, le Secrétaire d'Etat devra à l'égard de cet individu, adresser la communication mentionnée dans l'article précédent au lieutenant-gouverneur d'Ontario, lequel sera revêtu en pareil cas, de tous les pouvoirs énoncés dans ce même article.

2. Si le lieutenant-gouverneur n'a pas, dans les deux mois de la communication du Secrétaire d'Etat mentionnée en l'article précédent, fait transférer l'aliéné, conformément aux prescriptions de cet article, le Secrétaire d'Etat pourra, sur la recommandation du ministre de la Justice, ordonner de le transférer soit dans la prison où il était détenu en dernier lieu avant son envoi au pénitencier, soit dans toute autre prison de la province où il a été condamné ; et après ce transfèrement, toutes les dispositions de l'article précédent seront applicables au cas de cet aliéné. 46 V., c. 37, art. 77 et 78.

**74.** S'il s'élève quelque doute au sujet de l'état mental d'un détenu, le ministre de la Justice pourra ordonner qu'il soit fait une enquête et un rapport par plusieurs médecins conjointement avec le médecin du pénitencier, et à la suite de leur rapport, ordonner toutes les mesures nécessaires pour exécuter les prescriptions du présent acte. 46 V., c. 37, art. 79.

La section suivante a été ajoutée par la loi 58-59 Victoria, chapitre 41 :

**3.** Lorsque le médecin d'un pénitencier fait rapport par écrit au préfet qu'un détenu dans ce pénitencier est aliéné et devrait être transféré à l'asile des aliénés, le préfet communiquera ces faits à l'inspecteur.

2. Le Gouverneur général pourra alors, s'il existe un arrangement avec le lieutenant-gouverneur d'une province pour l'entretien de ce détenu dans un asile d'aliénés de la province, par mandat signé par le Secrétaire d'Etat ou par tout fonctionnaire à ce autorisé au besoin par le Gouverneur en conseil, ordonner la translation de ce détenu aliéné à la garde du gardien ou de la personne en charge de cet asile, pour le reste de la durée de son emprisonnement ; et le préfet du pénitencier, lorsqu'il en sera requis, remettra au constable ou autre officier ou personne qui présentera ce mandat, le détenu aliéné, ainsi qu'une copie attestée par le préfet, de la sentence et de la date de sa condamnation, telle qu'elle aura été remise au préfet lorsqu'il aura reçu cet aliéné sous sa garde ; et le constable ou autre officier ou personne en donnera récépissé et devra alors, avec toute la célérité convenable, conduire et remettre ce détenu, avec cette copie attestée, sous les soins du gardien ou de la personne en charge de l'asile, qui en donnera un récépissé ; et le détenu sera gardé dans cet asile conformément à la sentence prononcée contre lui, jusqu'à ce qu'il ait purgé sa peine ou que son incarcération soit plus tôt terminée, ou jusqu'à ce qu'il soit transféré ailleurs en vertu des dispositions du présent acte, ou qu'il soit légalement libéré.

3. Si, avant l'expiration de sa détention, un détenu gardé dans un asile recouvre la raison, et si sa guérison est attestée par le chirurgien ou le médecin en charge de cet asile, le Gouverneur général pourra de la même manière ordonner la translation de ce détenu de l'asile au pénitencier où il était auparavant, ou à quelque autre pénitencier; et alors ce détenu pourra de la même manière être transféré et remis de nouveau entre les mains du préfet de ce pénitencier, où il sera gardé en vertu de sa condamnation.

---

### LA MUNICIPALITÉ N'EST PAS RESPONSABLE.

---

Dans la cause de Webb vs le Bureau de Santé de la ville de Détroit, on avait sollicité un bref d'injonction pour forcer le Bureau à reconnaître un compte pour dommages causés dans certaines demeures. Les montants chargés étaient les suivants : " Coût des réparations, etc., après la désinfection, \$107 ; perte de loyer, \$80 ; ameublement, linge de lit et autres articles détruits, \$40." La cour suprême du Michigan a décidé, le 28 mars 1898, que le refus d'accorder l'injonction est légal. Le jugement maintient que, si la variole a éclaté, ce n'est pas par suite de faute ou de négligence de la part du Bureau. Dès que le premier cas déclaré dans la maison lui fut rapporté, le Bureau fit transporter le malade à l'hôpital et mit la maison en quarantaine. Cette quarantaine durait depuis près de deux semaines quand éclata le second cas. On ne transporta pas ce nouveau malade à l'hôpital, mais le Bureau maintint la quarantaine. Il ne fit pas un hôpital de la maison, et n'employa les effets qui s'y trouvaient que dans la mesure nécessaire au soin convenable des malades que l'on trouva atteints de la maladie. C'était le devoir du Bureau de mettre la maison en quarantaine et de la désinfecter, afin de protéger le public. La cour maintient que la municipalité n'est pas responsable des dommages que ses officiers ont pu causer à la propriété en exécutant ce devoir. Cependant, si ces officiers ont fait négligemment leur ouvrage et causé par là des dommages inutiles, la cour suggère qu'alors les officiers sont responsables, mais non pas la municipalité.

(*Journal American Medical Association.*)

---

### ERRATUM.

---

Dans le rapport de la séance du 13 juillet 1898 du Bureau des Gouverneurs, nous avons écrit que MM. Alfred *Saint-Mars* et A. R. Riddel avaient été nommés auditeurs du Collège. C'est Alfred Cinq Mars que nous aurions dû dire.

## REVUE DES JOURNAUX.

## MÉDECINE.

## ASSOCIATIONS MICROBIENNES ET INFECTIONS MIXTES.

*Rapport de M. F. WIDAL, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, au Congrès de Médecine de Montpellier.*

Le très remarquable rapport de M. Widal débute par des considérations générales que nous croyons devoir reproduire à peu près intégralement, car elles représentent très heureusement la synthèse de cette importante question.

A l'époque encore lointaine où la doctrine microbienne commençait à préoccuper la conscience médicale, on crut un instant que l'étiologie, naguère si confuse, des maladies infectieuses, allait revêtir un caractère de simplicité imprévu.

Le charbon était alors la maladie type. C'est à son étude que l'on demandait la solution de presque tous les problèmes soulevés par la théorie nouvelle, et le charbon nous apportait précisément, pour la première fois et d'une façon irréfutable, cette notion qu'un microbe bien déterminé, la bactériémie, était la cause réelle et unique de la maladie. Des recherches, portant sur les virus les plus variés, calmèrent bientôt l'enthousiasme de la première heure et apprirent que l'histoire de toutes les infections n'était pas faite à l'image du charbon. Les expérimentateurs durent reconnaître que la simple pénétration d'un microbe spécifique dans l'organisme était loin de suffire à toutes les exigences de la pathogénie.

A peine venait-on d'apprendre que le germe pathogène était l'élément nécessaire à l'éclosion de la maladie, et déjà il fallait, par un retour à l'enseignement du passé, se souvenir des causes dites secondes que l'observation séculaire avait si minutieusement cataloguées. On reconnut que, pour agir, il fallait le plus souvent, au microbe, la connivence de l'organisme affaibli par le traumatisme, le choc, la fatigue, le froid, le surmenage, le chagrin, les soucis, l'état de nutrition qu'entraîne la misère physiologique, et puis par cet état de moindre résistance que transmet l'hérédité et dont l'essence même nous échappe. L'expérimentation s'empara de ces données et montra, à son tour, le rôle effectif joué par ces causes adjuvantes dans l'infection provoquée chez les animaux; elle ne fit que confirmer, sur ce point, les enseignements fournis par la clinique et prouver la réalité du vieil adage: "Tout ce qui affaiblit prédispose." Les causes jusque-là invoquées n'avaient rien de général; elles étaient purement accidentelles, régies souvent par le hasard, variant d'un individu à l'autre.

La constatation d'un fait, bien modeste en apparence, allait avoir une portée dont nous aurons à mesurer toute l'étendue. Les nombreuses analyses microbiologiques suscitées de toutes parts par la doctrine nouvelle montrèrent que, sur le vivant aussi bien que sur le cadavre, on trouvait souvent, à côté du germe spécifique, des microbes d'espèces variées. Peu à peu, le bactériologiste dut s'habituer à compter avec ces germes surajoutés, dont il n'avait songé, tout d'abord, qu'à débarrasser ses cultures. Il dut reconnaître le rôle que certains d'entre eux jouaient dans les complications plus ou moins tardives de diverses infections; de là naquit l'idée des infections secondaires; il dut reconnaître ensuite la part prise par l'association microbienne dans la genèse même de certaines infections, d'où vint l'idée d'infections mixtes par symbiose.

N'oublions pas que c'est par un fait d'association parasitaire que fut embarrassé Pasteur dès ses premières investigations dans le domaine de la pathologie infectieuse. Il fallut deux ans à son génie clairvoyant pour reconnaître, dans ce qu'il avait appelé d'abord la maladie des vers à soie, deux affections différentes, la pébrine et la flacherie, causées par deux parasites essentiellement distincts, pouvant évoluer simultanément dans une même chambrée et parfois sur un même sujet.

Plus tard, dans son étude sur le vibron septique, Pasteur, le premier, a prouvé le rôle favorisant des associations bactériennes. Il établit comment, dans un milieu où l'air n'afflue pas, comme dans l'intestin, le développement de microbes aérobies enlevant l'air qui est en dissolution, prépare les voies à la germination du vibron septique, dont on connaît la nature strictement anaérobie. Inversement, c'est encore Pasteur qui, le premier, constata le rôle empêchant de certaines associations microbiennes. Il avait vu comment des bactéries banales pouvaient entraver le développement de la bactérie charbonneuse, sans doute en se multipliant plus rapidement et en l'affamant d'oxygène.

Il est juste de rappeler que l'opinion médicale s'était déjà préoccupée des rapports que pouvaient présenter, entre elles, certaines maladies infectieuses.

L'histoire de la vaccine avait préparé les esprits à l'idée d'antagonisme, qui fut invoquée souvent, même parfois là où cet antagonisme n'existait pas, par exemple entre la fièvre typhoïde et la tuberculose, ou entre la tuberculose et le paludisme.

Dès longtemps, l'observation clinique avait nettement établi que deux infections différentes peuvent se superposer ou même se succéder chez le même sujet. On savait que l'organisme pouvait être surpris par l'éclosion simultanée d'une fièvre typhoïde et d'une pneumonie. Si certains observateurs ont pensé que l'hépatisation pulmonaire n'était, en ce cas, qu'une localisation anormale du virus typhique, d'autres l'ont toujours considérée comme une affection surajoutée. On savait l'affinité de la dysentérie pour le paludisme, de la diphtérie pour les maladies éruptives, et l'on avait appris la gravité de ces cumuls morbides; on savait encore que la rougeole et la coqueluche préparaient, à plus ou moins brève échéance, le

terrain à la tuberculose, et M. Landouzy nous avait enseigné avec quelle fréquence les tubercules germent chez les individus guéris, même depuis longtemps, de la variole.

On avait observé que le cycle d'une infection pouvait être contrarié par une maladie associée ; la fièvre typhoïde, survenant chez un paludéen, perd souvent le type continu pour revêtir le type intermittent. Ricord avait été jusqu'à penser que deux infections pouvaient se confondre en une seule à la façon d'une combinaison chimique. Son scrofulate de vérole n'a jamais été qu'un mot, mais cette formule, mauvaise dans son agencement, qui consacrait une erreur, répondait pourtant, dans son esprit, à des faits d'observation. Sous le masque vulgaire de la scrofule se cachent souvent, en effet, des faits d'association de tuberculose et de syphilis héréditaire. Deux infections coexistant chez le même sujet peuvent combiner leurs effets, exalter leur virulence réciproque, mais conservent toujours leur indépendance. Cliniquement, les symptômes semblent parfois se confondre mais les lésions, comme les germes, gardent leur spécificité, et nous verrons comment on peut retrouver, dans les humeurs de l'organisme, les stigmates particuliers laissés par chacune des infections associées.

Rappelons enfin que l'histoire des maladies des armées en campagne n'était qu'un long récit d'épidémies combinées, frappant de leurs coups le même sujet ou s'attaquant séparément aux différents individus d'une même collectivité. Les armées de la République et de l'Empire, comme celles de Charles-Quint, traînaient à leur suite le scorbut, la dysentérie et le typhus, dont les germes trouvaient matière à se multiplier et à s'exalter, sur des organismes affaiblis par la fatigue, les privations et la dépression morale, surtout à l'heure des défaites.

On avait reconnu qu'une maladie produite par un champignon, le muguet, ne survenait guère qu'à titre secondaire, au cours d'infections graves, telles que la typhoïde ou la phtisie, comme à la fin des états cachectiques, quelle qu'en soit la nature. On avait remarqué encore que le microsporion furfur germait sur la peau des débilités, mais surtout sur celle des phtisiques, et cela à une époque où l'on ne soupçonnait pas encore l'origine bacillaire de la tuberculose.

L'observation clinique avait révélé tous ces faits ; réduite à ses propres ressources, elle ne pouvait voir davantage. Elle avait bien reconnu l'association possible de certaines infections à symptômes flagrants ou à lésions spécifiques, mais elle n'avait vu là que des faits d'exception, de simples curiosités apparaissant au hasard de la contagion. Par contre, dans les broncho-pneumonies, dans les exsudats des muqueuses, dans les suppurations des parenchymes, des séreuses ou des tissus superficiels, toutes manifestations communes, au cours ou au déclin des maladies les plus variées, on n'avait vu que des localisations anormales du principe spécifique et non des infections surajoutées. N'avait-on pas été jusqu'à considérer certaines suppurations tardives comme des phénomènes critiques salutaires, résultant du rejet de ce que l'on appelait alors l'humeur peccante ?

Seule l'analyse microbiologique devait reconnaître, dans ces

infections combinées, un processus ayant presque force de loi. L'association bactérienne nous apparaît aujourd'hui comme une nécessité pour l'éclosion de certaines maladies telles que le tétanos, et comme une fatalité dans le cours de certaines affections telles que la variole.

Quelques espèces microbiennes, presque toujours les mêmes, font les frais des infections secondaires. Ces germes d'association sont, en général, des saprophytes vulgaires que nous portons sans cesse en nous. Ces deux faits dominent toute l'histoire des infections mixtes.

Les microbes associés le plus souvent rencontrés sont, avant tout, les streptocoques, les staphylocoques blancs et dorés, le pneumocoque, les différentes variétés de coli-bacilles, le bacille pyocyanique, le pneumo-bacille de Friedlander.

Si la plupart des germes que nous avons énumérés peuvent se multiplier indifféremment, au cours des infections les plus diverses, quelques-uns ont pourtant une prédilection pour certaines d'entre elles. Le streptocoque se développe surtout chez le scarlatineux, chez le diphtérique ; le pneumocoque chez le grippé ; le staphylocoque chez le varioleux ; le coli-bacille chez le typhique. Certains germes d'infection secondaire ont, d'autre part, des régions de prédilection. Sans qu'il y ait là une règle générale, les infections à staphylocoques s'observent surtout au niveau de la peau et des tissus sous-cutanés, les infections à pneumocoques, à streptocoques, à pneumo-bacilles, à tétragènes se cantonnent principalement dans les organes du thorax et de l'extrémité cervico-faciale, et les infections à coli-bacilles se localisent de préférence dans les organes de l'abdomen, c'est-à-dire dans les régions qui avoisinent les habitats naturels de ces microbes.

Les coli-bacilles ont d'abord été décrits comme des saprophytes vulgaires de l'intestin ; on n'a reconnu que plus tard le rôle qu'ils pouvaient jouer en pathologie. Le tétragène, trouvé d'abord dans une septicémie expérimentale, rencontré plus tard par Koch, comme microbe d'infection secondaire dans les cavernes des tuberculeux, est capable d'agir à l'état isolé et de provoquer pour son propre compte la septicémie, la pleurésie, la méningite, l'angine, comme l'ont prouvé récemment les travaux des auteurs français.

Le streptocoque, le staphylocoque, le pneumocoque, ont subi une fortune inverse. Après les découvertes de Pasteur, de Talamon et de Fränkel, ces microbes furent considérés comme agents spécifiques de l'infection puerpérale, de l'ostéomyélite, de la pneumonie ; ils ont été rencontrés ensuite dans les états pathologiques les plus disparates et n'ont pas su conserver les avantages de la spécificité. Pour ne prendre qu'un exemple, le streptocoque qui provoque la suppuration dans l'infection puerpérale, produit encore la plaque d'érysipèle, la traînée lymphangitique, le caillot de la phlegmatia, la fausse membrane de certaines angines, la septicémie sans lésions. Il intervient comme agent secondaire au cours des infections les plus diverses, et même au cours des maladies chroniques cachectisantes ou diathésiques. Sa présence est parfois tellement apparente qu'il



peut masquer l'agent pathogène véritable. Certains auteurs ne l'avaient-ils pas, avant la découverte de Pfeiffer, considéré comme le microbe de la grippe, et n'en est-il pas encore qui le tiennent pour l'agent pathogène de la scarlatine ?

D'où viennent ces germes, toujours prêts à nous assaillir à chaque heure de notre vie, si ce n'est de notre organisme même ?

Les staphylocoques, le bacille pyocyanique, habitent nos tégu-ments normaux, de même que le pneumocoque et le streptocoque végètent dans la salive.

La bouche et le nez sont des cavités toujours chargées de microbes qui, trouvant dans la pesanteur un puissant auxiliaire, menacent sans cesse d'infecter secondairement nos voies respiratoires inférieures. Les germes introduits par l'air ou les aliments trouvent dans ces cavités toutes les conditions favorables à leur développement : chaleur et humidité dans les fosses nasales, cantonnement et colonisation facile dans les cryptes amygdaliennes ou sur le tartre et les particules alimentaires laissées dans la sertissure des dents. En raison de la richesse de leur flore microbienne, on peut dire que le nez et la bouche sont, pour les maladies des voies respiratoires, les antichambres de l'infection.

Tant qu'ils sont à l'état de saprophytes, les microbes n'ont que faire de la virulence, puisqu'à proprement parler, ils vivent alors en dehors de notre organisme, dans nos cavités naturelles, qui ne sont, comme le disait Claude Bernard, que la prolongation du monde extérieur. Comme toutes les espèces parasites, ils doivent subir en cet état des modifications sans nombre. La concurrence vitale les force sans cesse à se faire à des adaptations nouvelles pour lutter contre la prépondérance des autres représentants de notre flore parasitaire. Les saprophytes sont encore obligés de s'accommoder aux conditions biologiques si changeantes de l'hôte qui les héberge. Des individus de même espèce, issus de la même souche, sollicités sans cesse à changer leur fonctionnement, finissent par créer des races distinctes qui, reliées les unes aux autres par des degrés insensibles, continuent à vivre côte à côte dans le même milieu.

Les découvertes bactériologiques nous ont décelé l'agent pathogène d'un grand nombre de maladies infectieuses, mais il faut reconnaître que, jusqu'en ces derniers temps, elles n'avaient jeté aucune lumière sur un grand nombre de faits d'épidémiologie. Ce que l'observation nous a appris sur le mode d'installation et de propagation de certaines maladies, semblent souvent en désaccord avec ce que nous savons de leurs germes spécifiques. MM. Vaillard et Metschnikoff viennent de soulever un coin du voile qui recouvre ces questions et déjà nous entrevoyons tout ce que la connaissance des associations bactériennes pourra apporter d'éclaircissements à l'étiologie, encore si confuse, de certaines infections.

L'histoire des fermentations, auxquelles est toujours ramené quelque chose se préoccupe d'infection, nous prouve combien peut être étroite la localisation de la flore microbienne propre à certaines régions. M. Duclaux a constaté que les fromages de Brie préparés d'après le même procédé, mais dans d'autres localités que la Brie, y

réussissent moins bien, même quand on s'est servi comme semence des cayets de paille provenant de la Brie et renfermant les microbes de cette région. Il faut, sans doute, en cherchant la raison dans ce fait que les microbes sont alors supplantés par les représentants de la flore de la nouvelle localité où l'on a opéré. Semblables réflexions sont applicables à la fabrication des vins. "Une fermentation mise en train avec un mélange de deux levures, dit M. Duclaux, marche mieux qu'avec une seule et donne un produit de saveur et de bouquet différents." Le goût de terroir est donc souvent le résultat d'associations microbiennes.

La méthode comparative nous montre comment, dans la nature, les rapports que peuvent présenter entre eux, plantes et animaux, règlent l'apparition des diverses espèces dans certains districts. Darwin, pour ne prendre que cet exemple, dit que la présence des chats dans une localité peut être la cause de l'abondance de certaines plantes, de la pensée et du trèfle rouge, par exemple. Formulée ainsi, cette proposition a plus l'air d'une énigme que d'une constatation scientifique. Suivons Darwin, il nous apprendra que le bourdon est presque indispensable, en Angleterre, à la fécondation du trèfle et de la pensée, parce que les autres insectes du genre abeille ne visitent pas ces fleurs. Or, le nombre des bourdons, dans un district quelconque, dépend du nombre des mulots qui détruisent les nids de ces insectes, et chacun sait que le nombre des mulots dépend essentiellement de celui des chats. Voilà donc les souris et les abeilles qui nous apparaissent comme des intermédiaires imprévus entre le chat et une fleur, telle que la pensée. Et combien ce problème doit être simple, si on le compare aux associations innombrables de microbes empêchants ou favorisants qui règlent sans doute l'apparition de diverses épidémies suivant les temps et suivant les lieux!

Les germes saprophytes n'ont pas que des influences nuisibles. Le rôle adjuvant des bactéries variées dans le phénomène de la digestion a été depuis longtemps indiqué par Duclaux; c'est en raison de ce fait que ce savant s'est montré sans cesse opposé aux théories qui admettent une digestion normale et physiologique: "Il n'y a pas, dit-il, de digestion, il y a des digestions, parce que les interventions microbiennes qui en font partie varient d'un individu à l'autre,"

Nos saprophytes sont plus faits pour nous attaquer que pour nous défendre. Ils vivent dans notre organisme en paix armée, maintenus par les barrières épithéliales, par la phagocytose, par l'action bactéricide de nos sucs. Chez l'homme sain, des forces physiques, vitales et humérales, contribuent ainsi dans une harmonie parfaite à la défense de l'organisme.

Que, sous l'influence d'une infection primitive, un de ces procédés de défense vienne à fléchir, et la porte est ouverte aux germes sans cesse menaçants d'infections secondaires. Que, par contact réciproque, certaines espèces microbiennes exaltent leur virulence, les forces de la défense succombent sous les efforts de l'attaque, et nous assistons à une infection *mixte d'emblée*. Que, dans une région, les phagocytes soient occupés à l'accaparement d'une espèce microbienne, et les voies de l'invasion seront ouvertes à l'espèce associée,

qui pourra se développer à loisir et intoxiquer l'organisme pour son propre compte : c'est là un exemple de symbiose microbienne.

L'association bactérienne tient un rôle important dans la lutte pour la vie, ce drame continuel que jouent les êtres vivants dans la nature et dont le dénouement n'est pas aussi tragique qu'il paraît à première vue. La perpétuité des espèces n'est assurée que par le sacrifice incessant des individus. La lutte pour la vie n'est, après tout, qu'une grande loi conservatrice. Darwin a montré avec quelle profusion la nature distribue la matière fécondante. Bien que toutes les graines ne germent pas, il naît encore plus d'individus qu'il n'en peut vivre. Les épreuves physiques de la vie, l'épuisement et l'usure des organes, les grandes épidémies périodiques n'assureraient pas une sélection assez rapide. Nos commensaux microbiens, en raison des infections combinées qu'ils suscitent chaque jour, se chargent de parer à l'encombrement de l'univers.

De même que le grain de raisin parvenu à maturité porte à sa surface de quoi faire la fermentation, de même l'homme porte sans cesse en lui de quoi faire la suppuration, la septicémie et la gangrène pendant la vie, la putréfaction après la mort. Les phénomènes cadavériques et les phénomènes vitaux ne sont pas aussi dissemblables qu'on le pensait jadis ; les recherches de Würtz et Hermann, d'Achard et Phulpin, de Béco ont montré qu'ils étaient reliés les uns aux autres par une sorte d'enchaînement continu. L'invasion de nos tissus par les saprophytes se fait pendant la vie et après la mort par des processus sur plus d'un point comparables. Ces faits ont une conclusion pratique ; ils nous enseignent qu'il faut savoir ne pas toujours mettre au compte de la maladie la constatation microbienne même faite au moment de la mort ; à l'heure même de l'agonie, une vie nouvelle commence à se manifester en nous. Les microbes associés de la putréfaction vont ramener nos tissus, désormais sans défense, à l'inévitable poussière et les rendre à la terre, réservoir d'où tout provient et où tout revient.

Les microbes associés poursuivent leur œuvre de décomposition jusque dans les profondeurs du sol. Là, de nombreux saprophytes, en vivant aux dépens des substances albuminoïdes, résidus des putréfactions, produisent de l'ammoniaque. Sous l'effort successif de deux microbes découverts par Winogradsky et qui, à quelques nuances près, se retrouvent identiques dans tous les sols de l'ancien et du nouveau monde, l'ammoniaque nouvellement formée subit le processus de la nitrification. Le premier de ces microbes est arrondi et muni d'un long cil ; il transforme l'ammoniaque en acide nitreux qui est repris à son tour et transformé en acide nitrique par le second microbe, ou nitro-bactérie. Ces nitrates ainsi produits dans le sol fournissent l'azote à la plupart des plantes et donnent ainsi la vie au règne végétal.

Les microbes sont des êtres si sociables qu'ils peuvent vivre en symbiose avec les cellules de certains végétaux. Les légumineuses empruntent directement à l'air l'azote de leurs tissus. Ce pouvoir d'assimilation est lié à la présence de *bactéroïdes* qui produisent les nodosités de leurs racines. La plante à elle seule est incapable de

fixer l'azote libre ; de même les *bactéroïdes* en culture pure sont incapables de réaliser cette fixation. Par contre, en vivant sur la plante, le bacille devient apte à assimiler l'azote ; la raison de cette propriété ainsi acquise est la suivante : la plante fournit aux bactéroïdes la matière hydro-carbonée qu'elle emprunte à l'air sous forme d'acide carbonique ; en consommant, puis en détruisant cette matière hydro-carbonnée, les bactéroïdes acquièrent l'énergie nécessaire à la fixation et à l'organisation de l'azote gazeux de l'atmosphère : le microbe et la plante n'ont plus dès lors qu'à échanger leurs produits.

Si j'ai tant insisté sur ce fait, c'est qu'il nous montre avec une rigueur expérimentale comment deux êtres vivant en symbiose peuvent faire, unis, ce dont ils sont incapables séparées.

Des microbes associés jouent également un rôle important dans le phénomène de l'épuration des eaux.

D'autres êtres que les microbes présentent de nombreux exemples d'association.

Tout animal, comme dit M. Perrier, n'est-il pas d'ailleurs un être collectif ? Goethe, le poète philosophe, avait vu, le premier dans la plante, une association d'individus primitivement semblables entre eux. Pour M. Milne Edwards, le corps de l'animal ou celui de la plante n'est qu'une association de parties qui ont chacune leur vie propre, qui sont à leur tour autant d'associations d'éléments cellulaires. Ces éléments conservent leur indépendance, et restent soumis à la concurrence vitale, comme s'ils étaient libres.

Si les tissus et les organes sont, avant tout, associés pour le bon fonctionnement de l'individu, ils peuvent nous donner le spectacle des luttes qui se livrent entre eux les êtres isolés. La loi du balancement des organes de Geoffroy Saint-Hilaire exprime la prépondérance de développement des tissus ou organes les plus actifs aux dépens des plus faibles.

Les éléments anatomiques peuvent même se combattre avec la violence qu'ils manifestent envers les microbes.

Les leucocytes peuvent manger d'autres cellules par le phénomène de la phagocytose, dont le rôle est capital dans les métamorphoses des animaux. M. Metchnikoff nous a appris que l'atrophie de la queue des têtards était due à l'absorption d'éléments musculaires et nerveux par les phagocytes.

Nous avons essayé de montrer par quels enchaînements la notion des associations microbiennes était venue dominer l'étiologie des maladies infectieuses.

Des lois d'associations régissent les rapports que peuvent avoir entre eux la plupart des êtres vivants. L'infection mixte en est une conséquence. Isolés, les microbes seraient presque toujours réduits à l'impuissance ; associés, ils sont les maîtres du monde ; s'ils donnent la mort, ils vont puiser les éléments de la vie jusque dans la profondeur du sol pour les faire monter à la lumière ; ils président à toutes les mutations de la matière, agissent par des actes chimiques, la plupart des processus vitaux et, par leur germination incessante, contribuent à l'animation de la nature.—(*Le Bulletin Médical.*)

## CHIRURGIE.

## PÉRITONITE TUBERCULEUSE TRAITEMENT PAR LA LAPAROTOMIE

Par M. le prof. DUPLAY.

Je veux consacrer cette leçon à l'étude d'une affection qui, après avoir été longtemps considérée comme exclusivement médicale, intéresse aujourd'hui le chirurgien aussi bien que le médecin, en raison du traitement opératoire qu'on lui a appliqué depuis quelques années. Le malade, qui me servira de point de départ pour cette étude, est un jeune homme de dix-neuf ans, valet de chambre, couché au No 16 de la salle Saint-Landry, où il est entré le 24 février, après avoir séjourné pendant quelques jours dans le service de M. Vaquez, qui nous l'a adressé.

Nous ne pouvons avoir aucun renseignement sur ses antécédents héréditaires, car il s'agit d'un enfant trouvé.

Il a eu dans son enfance des éruptions du cuir chevelu, des *gourmes*, et c'est le seul accident de scrofule que nous relevons dans ses antécédents personnels. A part la rougeole qu'il a contractée à l'âge de dix ans, il s'est toujours bien porté jusqu'au mois de novembre 1896, c'est-à-dire il y a quinze mois. A cette époque, il a été atteint d'une pleurésie du côté droit qui a duré deux mois, et pour laquelle on a fait une ponction qui a permis d'évacuer un demi litre de liquide.

Au mois de juin de l'année dernière, il a eu une bronchite pendant un mois environ, et déjà, à ce moment, il s'est aperçu d'un certain gonflement de l'abdomen, sans en souffrir d'ailleurs. Puis sa santé parut se remettre à peu près complètement, la bronchite et le météorisme abdominal disparurent jusqu'au mois de janvier dernier. A cette époque, il aurait eu l'influenza, son ventre aurait de nouveau subi une augmentation de volume, mais cette fois le gonflement de l'abdomen fut accompagné d'une douleur assez intense, en même temps que des troubles digestifs apparaissaient, se manifestant par la perte de l'appétit et des alternatives de diarrhée et de constipation.

Le 10 février, il entra à l'Hôtel-Dieu annexe, dans le service de M. Vaquez. On se borna à faire des applications de collodion sur le ventre, puis on le fit passer dans notre service.

Lorsque nous examinons ce malade dans le décubitus dorsal, l'abdomen présente un gonflement modéré, assez régulier, dans lequel on peut distinguer trois zones bien distinctes, représentées par une saillie médiane, verticale, et deux saillies latérales, légèrement étalées en dehors; celles-ci correspondent à la région des flancs, et se trouvent séparées de la zone médiane par une dépression verti-

ticale peu accusée. Nous observons là cette conformation spéciale à laquelle on a donné le nom de *ventre à trois lobes*.

La percussion donne une sonorité plutôt exagérée sur la ligne médiane. Dans le flanc droit, elle fournit, au contraire, une sonorité un peu diminuée, et enfin, dans le flanc gauche, on constate une submatité évidente. J'ajoute que les changements d'attitude ne modifient pas les renseignements fournis par la percussion.

Il y a quelques jours, les muscles abdominaux présentaient une tension excessive, que la palpation exagérait encore et qui empêchait de tirer aucun renseignement utile de ce mode d'exploration. Cet état de défense musculaire de la paroi abdominale ayant presque complètement disparu actuellement, la palpation est devenue possible et permet de reconnaître que l'abdomen présente une rénitence tout à fait spéciale. Il existe même une véritable induration au niveau du flanc gauche, où l'on sent une plaque dure, plus large que la main, constituant comme une plaque de blindage à la face profonde de la paroi abdominale.

On peut encore constater par la palpation un autre symptôme sur lequel j'attire tout particulièrement votre attention. Si vous déprimez doucement la paroi abdominale, au lieu de cette souplesse, de cette élasticité uniforme que perçoit la main dans les conditions normales et qui sont dues à la minceur des parois de l'intestin et à son extrême mobilité, vous pourrez reconnaître, sur la partie médiane et surtout sur le côté droit du ventre, la présence d'anses intestinales dilatées, dont les parois semblent épaissies et offrent aux doigts une résistance anormale. Vous aurez, de plus, la sensation que ces anses intestinales sont immobilisées et comme soudées les unes aux autres.

Les recherches les plus minutieuses ne nous ont pas permis de constater la présence de liquide, même en faible quantité, dans la cavité abdominale.

Enfin, il n'existe pas de frottements comme on peut en observer parfois dans la péritonite, soit au palper, soit à l'auscultation.

Je vous ai dit que, au mois de janvier dernier, l'augmentation de volume du ventre avait été accompagnée de douleurs spontanées très vives. Ces douleurs existent encore, mais elles ont sensiblement diminué; cependant le malade ne peut pas se coucher sur le côté, à cause de la douleur provoquée par cette position.

La palpation de l'abdomen est toujours douloureuse, surtout dans les flancs, et principalement dans le flanc gauche.

L'état général est assez médiocre. Le malade, dont l'aspect est chétif, a beaucoup maigri depuis le mois de janvier; il a perdu ses forces, son teint est pâle, il accuse des transpirations nocturnes extrêmement abondantes; sa température axillaire oscille chaque soir entre 37°6 et 38°. Son appétit, qui avait notablement diminué, semble être un peu meilleur depuis quelques jours. La diarrhée du début a presque entièrement disparu.

La percussion et l'auscultation du thorax nous ont fait constater de la submatité et une respiration rude aux deux sommets, principalement à droite; le murmure vésiculaire est affaibli aux deux bases;

enfin, du côté droit, il existe quelques frottements sur toute la hauteur de la plèvre.

Le diagnostic, basé sur les signes que je viens d'énumérer, ne saurait présenter de difficultés. L'augmentation de volume du ventre, accompagnée de douleurs assez vives, a fait son apparition sans cause apparente et d'une manière pour ainsi dire insidieuse, car le début de l'affection semble s'être manifesté déjà au mois de juin de l'année dernière, pendant le cours d'une bronchite, puis une amélioration est survenue, simulant une guérison, et les accidents se sont reproduits après un intervalle d'accalmie qui a duré sept à huit mois. Devant cette évolution de la maladie, et, d'autre part, en présence des signes physiques que nous avons constatés et qui sont caractérisés essentiellement par le météorisme, la submatité dans les flancs, surtout dans le flanc gauche où il existe une rénitence particulière, au niveau d'une large plaque indurée, enfin la sensation d'épaississement que donnent les parois des anses intestinales distendues—on doit porter le diagnostic de péritonite subaiguë, ou plutôt de péritonite chronique, avec poussée subaiguë, développée depuis six semaines ou deux mois.

On peut immédiatement compléter le diagnostic, en affirmant qu'il s'agit d'une péritonite *tuberculeuse*. Il suffit, en effet, d'ajouter aux signes précédents la notion du terrain sur lequel l'affection s'est développée : nous nous trouvons ici en présence d'un sujet jeune, pâle et amaigri, accusant des sueurs nocturnes ; il a eu une pleurésie il y a deux ans, il a été atteint d'une bronchite suspecte il y a sept à huit mois, et enfin, il présente aujourd'hui, au niveau des sommets des deux poumons, des signes presque certains de tuberculose au début.

Il ne faudrait pas, cependant, conclure de cet exemple que le diagnostic de la péritonite tuberculeuse est toujours aussi facile. Tout au contraire, dans bien des cas, il présente des difficultés très grandes.

A ce point de vue, il importe d'établir une distinction entre les différentes formes de la maladie, suivant que celle-ci est *circonscrite* ou *généralisée*.

C'est surtout la *forme circonscrite* qui peut donner lieu à des erreurs de diagnostic, car elle peut simuler toutes les variétés si nombreuses de tumeurs abdominales, principalement lorsqu'il s'agit d'une femme.

La *forme diffuse* ou *généralisée* peut également être confondue avec d'autres affections, surtout lorsqu'elle s'accompagne d'ascite plus ou moins abondante. Il faut alors faire le diagnostic différentiel de la péritonite tuberculeuse avec toutes les variétés d'ascite, symptomatiques de lésions du foie, du rein, du cœur, etc. C'est dans ces cas difficiles qu'on trouvera des renseignements importants—après l'examen de tous les organes—dans les antécédents du malade et surtout dans l'état de ses poumons. Presque toujours on constatera des signes de tuberculose pulmonaire ou bien on pourra, tout au moins, reconnaître une prédisposition de terrain. Cependant, vous ne devez

pas oublier que la tuberculose péritonéale est parfois la première manifestation locale de l'infection par le bacille de Koch.

Je me borne à ces indications très générales sur le diagnostic de la péritonite tuberculeuse, dont l'étude nous entrainerait beaucoup trop loin ; j'ai seulement voulu insister sur ce fait que, contrairement à ce que nous observons dans le cas de notre malade, le diagnostic de la tuberculose péritonéale peut être extrêmement délicat.

Ce diagnostic étant établi, il faut encore le compléter par la recherche de l'origine de la maladie, c'est-à-dire faire autant que possible, pour chaque cas un diagnostic étiologique ou pathogénique.

Quelquefois le point de départ de la péritonite tuberculeuse siège dans un viscère abdominal. Chez la femme, l'organe primitivement atteint sera fréquemment l'ovaire, la trompe ou l'utérus. Dans certains cas, c'est le foie ou le rein qui a pu donner naissance à l'infection tuberculeuse du péritoine. Mais c'est surtout l'intestin qui a été incriminé au sujet de la pathogénie de la péritonite tuberculeuse, et l'on a soutenu que, dans la plupart des cas, celle-ci était due à une propagation des lésions intestinales. Le bacille de Koch traversant les parois de l'intestin, en suivant le plus souvent les voies lymphatiques, pour se disséminer ensuite dans la cavité péritonéale.

Bien qu'elle ait été niée par quelques auteurs, cette pathogénie est certainement fréquente, mais elle ne l'est pas autant qu'on a bien voulu le dire, et, comme l'a soutenu M. Dieulafoy, d'une façon peut-être un peu trop exclusive, la tuberculose pleuro-pulmonaire est très souvent aussi le point de départ de l'infection péritonéale, grâce aux importantes communications lymphatiques qui relient la plèvre au péritoine, à travers le diaphragme.

Chez notre malade, la pathogénie est assez obscure. Cependant nous devons noter qu'il a eu, à diverses reprises, des troubles digestifs assez accentués, et notamment de la diarrhée, alternant avec de la constipation, sans toutefois avoir présenté des signes d'ulcération intestinale. D'autre part, nous n'avons relevé aucun symptôme de tuberculose des différents viscères abdominaux, c'est-à-dire du foie, de la rate, des reins ou des organes génito-urinaires—vessie, prostate et vésicules séminales. Mais, en revanche, notre malade a eu une pleurésie il y a deux ans, et il présente actuellement des signes de tuberculose pulmonaire encore peu avancée. Donc, chez lui, on peut hésiter entre l'origine intestinale et l'origine pleuro-pulmonaire. Mais, d'après ce que je viens de dire, il y aurait plus de présomptions en faveur de cette dernière.

Le pronostic de toutes les affections tuberculeuses est grave, comme vous le savez, et celui que comporte la localisation de l'infection dans le péritoine doit être considéré comme ayant une gravité particulière, surtout lorsqu'il s'agit de la forme ulcéreuse, en raison des complications qui peuvent résulter d'ulcérations intestinales par exemple.

Cependant la guérison est possible et elle peut se produire soit spontanément, soit, plus souvent, à la suite de l'intervention dont je vais vous parler. C'est à ce point de vue que la péritonite tuberculeuse, comme je vous le disais au début de cette leçon, après avoir



pendant longtemps appartenu exclusivement au domaine médical, doit être aujourd'hui considérée comme étant essentiellement du ressort de la chirurgie, en raison des succès obtenus au moyen de la *parotomie*.

Mais avant d'aborder la technique du traitement opératoire de la péritonite tuberculeuse, je tiens à dire quelques mots des indications et contre-indications de l'intervention, car les résultats opératoires diffèrent notablement suivant la forme anatomique à laquelle on a affaire. Il convient donc, tout d'abord, de vous rappeler quelles sont les principales variétés de la péritonite tuberculeuse.

Je laisse de côté la péritonite miliaire aiguë, qui coïncide avec la granulie plus ou moins généralisée et qui s'observe surtout chez les enfants; dans cette forme, en effet, il n'y a pas à songer au traitement chirurgical.

Au point de vue qui nous occupe, nous devons distinguer trois variétés principales :

1<sup>o</sup> La première est la forme *ascitique*, dont je vous ai parlé tout à l'heure, et dans laquelle l'abdomen contient un épanchement plus ou moins considérable—constitué par un liquide généralement séreux, de couleur jaune-citrin, ou parfois séro-purulent, ou même quelquefois sanguinolent—sans fausses membranes cloisonnant la cavité péritonéale.

Le péritoine pariétal et viscéral, injecté, dépoli, parfois revêtu de dépôts fibrineux, présente un semis de granulations grisâtres ou jaunâtres.

2<sup>o</sup> Dans une seconde forme, *ulcéreuse* ou *fibro-caséuse*, l'affection est caractérisée par une production abondante de fausses membranes épaisses, formant des bosselures plus ou moins volumineuses et même de véritables tumeurs; le grand épiploon et les autres replis péritonéaux sont considérablement épaissis et des adhérences nombreuses existent, d'une part, entre le péritoine pariétal et les différentes parties du péritoine viscéral, et d'autre part, entre les viscères voisins, circonscrivant des loges remplies de liquide séreux ou purulent, des masses caséuses plus ou moins ramollies. C'est dans cette forme qu'il se produit parfois, par ulcération des tuniques intestinales, des perforations de l'intestin, qui donnent naissance à des abcès stercoraux ou s'ouvrant au dehors ou dans les organes voisins.

3<sup>o</sup> Enfin, il est une troisième forme de péritonite; tuberculeuse, dite *fibreuse* ou *sèche*, dans laquelle il n'y a pas de liquide et qui est caractérisée essentiellement par la prédominance des exsudats inflammatoires adhésifs, dont la transformation fibreuse tend à provoquer la régression des tubercules autour desquels ils se sont développés.

Indépendamment de ces trois variétés, qui sont des formes plus ou moins généralisées, il existe, comme je vous l'ai déjà dit, des formes tout à fait circonscrites qui sont, plus encore que les formes généralisées, parfaitement justiciables de l'intervention chirurgicale, mais au sujet desquelles on ne saurait émettre des considérations générales au point de vue des indications opératoires.

En ce qui concerne les formes généralisées, les statistiques mon-

trent que la laparotomie donne des résultats sensiblement différents dans chacune des trois variétés que nous venons de distinguer.

D'après Rœrsch, qui a collationné 358 observations (*Rev. de chir.*, 1893), c'est dans la forme ascitique que la laparotomie donne les meilleurs résultats, avec un chiffre de guérisons qui atteint 75,5 0/0 ; la forme fibreuse, un peu moins favorable, a donné, dans cette statistique, 65 0/0 de guérisons, et enfin la forme ulcéreuse ou fibrocaséuse vient en dernière ligne avec une proportion de 60 0/0 de cas suivis de guérison.

De nombreuses séries d'observations ont été publiées depuis le travail de Rœrsch, et toutes ont confirmé ces résultats, plutôt même améliorés.

Toutefois il convient d'ajouter que la guérison n'a été souvent que temporaire, après le traitement opératoire. Mais, en revanche, la guérison définitive a pu être constatée indiscutablement un très grand nombre de fois, soit dans des autopsies faites à la suite de morts accidentelles, soit au cours de laparotomies ultérieures pratiquées par une autre affection, plusieurs années après l'intervention dirigée contre la péritonite tuberculeuse.

D'ailleurs, comme je vous le disais il y a quelques instants, à propos du pronostic, la guérison spontanée de la tuberculose péritonéale est connue et admise depuis longtemps, et précisément on l'observe surtout dans les formes qui sont les plus favorables à la guérison opératoire, c'est-à-dire dans la forme ascitique et dans la forme sèche.

En définitive, devant les résultats obtenus à la suite d'une expérience déjà longue, on est autorisé, à mon avis, à admettre que l'intervention chirurgicale peut s'appliquer avantageusement à toutes les formes de péritonite tuberculeuse, sauf certaines contre-indications qui ne dépendent pas de la lésion péritonéale elle-même et que je vais préciser dans un instant.

La bénignité relative de l'opération justifie pleinement l'adoption de cette formule générale, attendu que, dans les statistiques les plus récentes, notamment dans celle de Margarucci, qui porte sur 253 cas, la mortalité opératoire n'atteint pas 3 0/0. D'autre part, les résultats inespérés que donne parfois l'intervention doivent encore encourager les chirurgiens à tenter de faire bénéficier le plus possible les malades du traitement opératoire, puisqu'on voit la laparotomie réussir dans les cas les plus graves, où même elle semblait presque contre-indiquée.

En résumé, je vous conseille d'opérer de bonne heure toutes les formes de péritonite tuberculeuse, aussitôt que le diagnostic aura été nettement établi.

Il existe, cependant, un certain nombre de contre-indications qu'il me reste à vous faire connaître. C'est ainsi que l'on renoncera à toute intervention lorsqu'on aura constaté des lésions pulmonaires très avancées, et surtout très étendues, car l'existence des lésions graves, mais limitées, ne crée pas une contre-indication absolue à la laparotomie dirigée contre la péritonite, attendu que ces

lésions pulmonaires peuvent s'améliorer et même guérir à la suite de l'intervention.

De même on devra s'abstenir de toute opération chez les malades atteints de tuberculoses viscérales graves intéressant l'intestin, les reins ou le foie. Il y a lieu, cependant, de faire une exception pour la tuberculose des organes génitaux internes chez la femme, celle-ci crée, au contraire, une indication de plus à la laparotomie, qui permettra d'enlever les ovaires et les trompes, dont les lésions sont fréquemment le point de départ de la péritonite tuberculeuse.

Comme je vous l'ai dit déjà, la granulie aiguë généralisée constitue une contre-indication formelle à toute intervention.

J'ajoute, enfin, que vous rencontrerez, comme pour toute opération chirurgicale, des cas dans lesquels il existe une contre-indication générale, dépendant de l'affaiblissement trop considérable du malade, de son âge trop avancé, ou enfin d'autres affections graves surajoutées à la tuberculose et rendant inutile tout traitement dirigé contre celle-ci.

En ce qui concerne le traitement de la péritonite tuberculeuse, je ne vous ai parlé jusqu'à présent que de la laparotomie. Diverses autres interventions opératoires ont été également proposées. C'est ainsi qu'on a préconisé les ponctions évacuatrices suivies de lavages à l'eau boriquée (Debove), ou d'injections de naphтол camphré. Cette méthode a donné des succès, mais elle est presque exclusivement applicable à la forme ascitique, car, en l'employant dans les autres formes, on s'exposerait à perforer l'intestin.

Dans ces derniers temps, on a proposé, chez la femme, la cœliotomie vaginale, c'est-à-dire l'ouverture du cul-de-sac postérieur (Lohlein, de Giessen). Je ne connais pas de faits bien nets en faveur de cette méthode, qui me paraît, en tout cas, inférieure à la laparotomie large.

L'opération de choix est donc la laparotomie, que l'on pratique suivant les règles ordinaires, en ouvrant l'abdomen sur la ligne médiane avec beaucoup de prudence pour éviter de perforer l'intestin, dans le cas où celui-ci adhérerait au péritoine pariétal.

S'il y a de l'ascite, on évacue le liquide, puis on peut, à l'exemple de quelques chirurgiens, faire un lavage du péritoine soit avec un liquide antiseptique, soit, ce qui est préférable, avec de l'eau stérilisée chaude à 38° ou 40°. D'ailleurs, je dois dire que, en réalité, l'utilité de ces lavages n'est pas démontrée.

Dans la forme fibreuse, on doit se borner à décoller quelques adhérences de chaque côté de l'incision, sans trop y insister et en usant d'une grande douceur.

Enfin, dans la forme ulcéro-caséuse, l'intervention est encore plus délicate; on procédera de la même façon, en décollant prudemment les adhérences et en cherchant à évacuer les poches isolées, circonscrites par des fausses membranes, et remplies de pus, de matière caséuse. On devra, à l'aide d'éponges, nettoyer soigneusement toutes les parties accessibles, et, au besoin, les laver avec une solution de chlorure de sodium ou d'acide borique.

Avant de refermer le ventre, on peut saupoudrer très légèrement le péritoine avec de la poudre d'acide borique ou d'iodoforme, mais, pour ce dernier, il faut se défier des accidents d'intoxication qu'il peut provoquer, et, chez les enfants surtout, il est préférable de ne pas l'employer.

Vous ne devrez avoir recours au drainage que dans les cas où vous aurez évacué des poches remplies de pus ou de détritux caséeux. Dans tous les autres cas vous fermerez la plaie abdominale après toute laparotomie.

Je ne puis terminer cette leçon sans aborder une question qui vous a sans doute préoccupés depuis que je vous parle du traitement de la péritonite tuberculeuse par la laparotomie.

Comment la simple ouverture de l'abdomen suffit-elle à amener la guérison? La solution de cette question est encore entourée d'incertitudes, et même il faut avouer que le mécanisme de la guérison paraît, dans certains cas, tout à fait inexplicable.

Dans la forme ascitique de la péritonite tuberculeuse on peut faire intervenir l'action de divers facteurs qui doivent concourir plus ou moins directement au processus curatif. On a dit, en effet, avec raison, que la simple évacuation du liquide pouvait agir de deux façons : d'abord en entraînant au dehors les micro-organismes qu'il renferme, avec leurs produits de sécrétion ; puis, d'autre part, en provoquant la décompression des vaisseaux qui favorise la résorption et la régression des produits tuberculeux.

Le mécanisme de la guérison est plus difficile à interpréter dans la forme ulcéro-caséuse, et il l'est plus encore dans la forme fibreuse sèche, où, bien souvent, à cause des adhérences généralisées, l'opération se borne presque à l'incision de la paroi.

On a invoqué, en pareil cas, l'action de l'air et de la lumière sur le bacille de Koch. Mais on a surtout fait jouer le rôle principal, dans le processus de la guérison, à la production d'une irritation réactionnelle franche se substituant à la phlegmasie spécifique, sous l'influence du contact de l'air, des mains et des instruments, des liquides injectés.

Enfin, on a même fait intervenir l'action du système nerveux qui, en vertu d'un réflexe provoqué par l'opération, pourrait accélérer les échanges nutritifs et par suite la régression des produits tuberculeux.

Bien que les divers facteurs dont il vient d'être parlé puissent avoir une part plus ou moins considérable dans le mécanisme de la guérison, l'irritation due à l'intervention opératoire joue vraisemblablement le rôle principal.

Il est certain, en effet, que l'incision abdominale et les manœuvres exécutées à l'intérieur de la cavité péritonéale provoquent une réaction phagocytaire plus ou moins intense, qui entraîne la désagrégation des tubercules et leur disparition progressive à mesure que se développe autour d'eux et à leur intérieur le tissu fibreux qui se substitue peu à peu au tissu inflammatoire. On a pu, d'ailleurs, étudier l'état du péritoine après ces guérisons opératoires et constater la disparition des tubercules sous l'action sclérosante consé-

tive au processus inflammatoire déterminé par l'ouverture de l'abdomen.

L'opération a été pratiquée à la fin de la leçon. Il existait seulement une faible quantité de liquide ascitique, de couleur jaune-citrin, ce qui était en rapport avec l'absence de fluctuation nette dans l'exploration clinique de l'abdomen. Le péritoine pariétal et viscéral était, dans toute l'étendue accessible à la vue, recouvert d'un semis de nodules tuberculeux, dont le volume variait entre celui d'une tête d'épingle et celui d'un gros pois; quelques-uns atteignaient les dimensions d'une pièce de cinquante centimes. Les parois des anses intestinales étaient épaissies notablement en certains points et présentaient de nombreuses indurations nodulaires massives. Enfin, en explorant la cavité abdominale avec la main, à droite et à gauche de l'incision, on a pu détruire un certain nombre d'adhérences, développées surtout dans le flanc gauche.

Pendant les jours qui ont suivi l'intervention, le malade a eu des selles sanglantes assez abondantes, qui ont pris, à un certain moment, les caractères d'une hémorragie intestinale grave.

A part cet incident, la guérison opératoire a été normale, sans aucune élévation thermique, et le malade est rentré dans le service de M. Vaquez, notablement amélioré au point de vue local et général.

(Le Bulletin Médical).

---

H. BARBIER.—Les Actualités Médicales.—La Diphtérie, nouvelles recherches bactériologiques et cliniques, prophylaxie et traitement, par H. BARBIER, médecin des Hôpitaux de Paris et G. ULMANN, interne des Hôpitaux de Paris, 1898. 1 vol. in-16° carré, 96 p. 7 fig., cart..... 1 fr. 50.  
Librairie J.-B. Baillière fils, 19, rue Hautefeuille (près du boulevard Saint-Germain), à Paris.

Voilà un nouveau volume à enregistrer dans la collection des *Actualités médicales*, il ne le cède en rien à ses précédents (La grippe par L. Galliard : Les États neurasthéniques par Gilles de la Tourette), ni par son intérêt, ni par sa valeur.

Dans cet excellent livre, MM. Barbier et Ulmann ont mis au point la bactériologie, la clinique, la prophylaxie et le traitement, en se basant sur les recherches qu'ils ont faites en commun dans le service de la diphtérie à l'Hôpital Trousseau.

1° Au point de vue bactériologique, il établit que seul le bacille long, touffu, est le vrai bacille de la diphtérie.

2° Au point de vue clinique, il distingue les diphtéries pures des diphtéries associées.

3° Au point de vue thérapeutique, il montre que le sérum anti-diphtérique, tout puissant contre la diphtérie pure, est inefficace contre la diphtérie associée, qui, elle, relève de la médication antiseptique.

C'est donc un livre vécu, où le praticien et l'étudiant trouveront un enseignement utile pour la pratique journalière; ce livre enrichit d'idées nouvelles l'étude déjà longue de la diphtérie.

## GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

---

 DIFFICULTÉS CAUSÉES PAR L' " ANNEAU DE BANDL "
   
 OU " ANNEAU DE CONTRACTION. "
 

---

Par le prof. Pierre BUDIN.

(Suite et fin).

Je vous ai dit, samedi dernier, que l'utérus se divise en deux parties bien distinctes, le corps et le col, et que le corps lui-même peut aussi se diviser en deux parties, l'une—la plus considérable—qui a trois couches de fibres musculaires, l'autre, la partie inférieure, qui n'a que deux de ces couches de fibres musculaires—il lui manque la couche moyenne—mais qui a en plus des fibres élastiques.

Dans les accouchements difficiles, longs, le haut de l'utérus, le grand segment, s'épaissit, se durcit de plus en plus, tandis que, au contraire, la partie inférieure et le col s'amincissent. D'où danger de rupture utérine si l'on attend, si l'accouchement ne se termine pas, si l'on n'intervient pas à temps.

Il se produit un rétrécissement à l'union des deux parties du corps de l'utérus—un véritable anneau se forme qui peut porter un sérieux obstacle à l'accouchement.

Avant-hier, dans la nuit, j'ai été obligé d'intervenir par suite de difficultés causées par la contraction de l'anneau de Bandl qui empêchait la délivrance. Le placenta tout entier était retenu au-dessus de l'anneau de contraction. Il était heureusement détaché et je suis parvenu à l'extraire avec la main.

Mais ce n'est pas là le seul cas dans lequel l'anneau de Bandl est une cause de difficulté. Il y a malheureusement bien d'autres circonstances dans lesquelles cet anneau fait obstacle à l'accouchement.

Voici quelques faits qui vous mettront au courant des difficultés que l'on est exposé à rencontrer grâce à l'anneau de contraction.

En novembre 1892, à la Charité, une femme était tout à fait à terme. On croyait à une grossesse simple. Il y avait une présentation du siège avec un bassin légèrement rétréci. A 2 heures du soir, les battements du cœur de l'enfant devinrent irréguliers. On intervint et on amena un enfant du poids de 1.780 grammes.

Mais après l'extraction de ce premier enfant, on constata qu'il y en avait un second se présentant par la tête. Cet enfant souffrait. On décida de faire la version. La sage-femme de service introduisit la main, mais elle fut arrêtée. Au-dessous de la tête elle rencontra un anneau qu'il lui fut impossible de franchir. Elle demanda alors au moniteur de faire une application de forceps. Le moniteur parvint,

avec le forceps, à extraire ce second enfant qui pesait à peine 720 grammes. C'est au-dessus du rétrécissement qu'il a fallu appliquer le forceps très haut, la main ne pouvant pas passer. Il y avait eu là comme une espèce de sablier : l'un des deux œufs, le premier, était au-dessous de l'anneau de contraction, le second, au contraire, était au-dessus de cet anneau.

Dans certains cas, le placenta se trouve pris par l'anneau de Bandl, une partie est au-dessous de lui et l'autre partie fuse au-dessus, s'il y a contracture de cet anneau.

Il y a des cas dans lesquels la présentation se trouve au-dessus de la contraction, dans d'autres elle est au-dessous de l'anneau.

La négresse du service—dont je vous ai parlé dans ma dernière leçon—chez laquelle nous voulions faire la symphyséotomie et qui a refusé, a présenté un cas de dystocie par l'anneau de Bandl. On rompit les membranes—la poche des eaux était volumineuse. Quand j'ai voulu passer au-dessus de la tête, que ma main est arrivée au niveau de l'anneau de contraction, j'ai trouvé la tête au-dessous de cet anneau qui était rétracté au-dessus d'elle et formait un rétrécissement qui m'a gêné beaucoup pour introduire la main et aller prendre un pied pour faire la version.

M. Demelin a publié deux observations, dans lesquelles il a rencontré les mêmes difficultés. La première remonte à 1894. Au niveau et au-dessus de l'ombilic, il constata la présence d'une masse dure, ferme, tandis qu'au-dessous, la palpation lui donna le sentiment d'une vaste poche pleine de liquide, au point qu'il se demanda si ce n'était pas la vessie distendue. Il fit le cathétérisme, il ne sortit pas d'urine du tout.

M. Demelin pratiqua alors le toucher et constata l'existence d'une poche des eaux très volumineuse, qui arrivait jusqu'à la vulve. On chloroforma la femme. M. Demelin passe la main au-dessous de la poche des eaux et, après avoir rompu les membranes, il reconnaît que la tête fœtale est au-dessus de cette poche des eaux dans laquelle elle est mobile, comme un battant de cloche, dit M. Demelin. Il y avait un véritable rétrécissement formé par l'anneau de Bandl, rétrécissement qui se trouvait appliqué sur le cou de l'enfant, au-dessous des épaules, et qui empêchait le fœtus de sortir. Comme l'enfant était mort, M. Demelin fit la basiotripsie. Mais de quoi était mort cet enfant ? M. Demelin sentit une anse du cordon ayant glissé entre la partie fœtale et l'anneau de contraction, et cette forte compression du cordon a bien pu être la cause qui a déterminé la mort.

M. Demelin a vu un cas semblable ici, à la Clinique. On appliqua le forceps, qui dérapa. Introduisant alors la main, M. Demelin sentit l'anneau de contraction qui enserrait le fœtus. L'enfant était mort, on fit la basiotripsie pour l'extraire.

Donc, dans les cas même où l'accouchement se déclare spontanément, on est exposé à voir l'anneau de Bandl se contracturer au-dessus de la tête et empêcher l'accouchement même et surtout quand on veut faire la version.

Il y a trois temps dans la version interne. La contraction de

l'anneau de Bandl peut créer des difficultés au premier, au second et au troisième temps.

Dans quelques cas, il est impossible de passer la main pour aller à la recherche d'un pied du fœtus, et c'est dans ces cas-là que l'on est obligé d'en arriver à faire la basiotripsie. La basiotripsie a pour but beaucoup moins de diminuer le volume de la tête que d'avoir une prise solide qui, donnant la possibilité de tirer sans risquer de déraiper, permette d'entraîner les épaules.

Il peut donc arriver, dans certains cas, que l'on ne puisse pas introduire la main et, partant, pas faire la version, puisqu'on ne peut pas aller saisir un pied pour faire évoluer le fœtus (le forceps ne peut pas non plus saisir solidement la tête, il dérape).

Mais supposons qu'on ait réussi le premier temps, qu'on ait amené un pied au vagin; il y a à faire le second temps, l'évolution. Je ne parle pas de ce second temps (de l'évolution) lorsque la tête est au-dessus de l'anneau de contraction, mais bien quand elle est au-dessous de cet anneau, c'est-à-dire dans le segment inférieur de l'utérus, l'anneau de Bandl se trouvant resserré au-dessus d'elle.

Il faut faire évoluer le fœtus, et, pour qu'il évolue, il faut que la tête passe au-dessus de l'anneau de contraction et que le tronc descende. On ne parvient pas facilement à obtenir ce mouvement lorsque l'anneau de Bandl est contracté. J'ai essayé d'y arriver en appuyant sur la tête du fœtus en même temps que, par l'extérieur, un aide poussait de bas en haut cette tête pour lui faire franchir l'étranglement produit par l'anneau, et que je tirais sur le pied amené à la vulve: j'échouais.

J'ai encore essayé d'autre chose. J'ai tenté d'agir seul, sans aide. D'une main placée dans l'intérieur, j'appuyais sur la tête et, de l'autre, par l'extérieur, j'essayais de faire remonter cette tête au-dessus de l'anneau de Bandl, mais j'étais obligé d'abandonner le pied que je ne tenais plus et, dans cette manœuvre, je craignais de le voir remonter, j'avais peur qu'il ne m'échappât. Je ne réussissais pas non plus par ce moyen.

Alors j'ai encore essayé, en passant ma main derrière la tête du fœtus, de refouler l'anneau de contraction. J'appuyais avec le pouce sur le crâne; mais je craignais de faire une pression trop considérable et de déterminer ainsi une dépression sur le point du crâne sur lequel le pouce portait son effort; je tirais en même temps sur le pied. Je ne réussissais pas plus ainsi que par les autres méthodes.

Après une série d'observations, une série d'essais, j'ai, en fin de compte, pris le parti de placer un lien sur le pied amené.

Je disais à mon interne de se tenir prêt à tirer. J'introduisais alors une main que je passais derrière la tête fœtale, avec l'autre main je refoulais la tête, et en même temps je disais de tirer sur le pied. J'ai ainsi pu sentir la tête glisser et remonter. Ma main formait comme une sorte de plan incliné sur l'anneau de contraction et produisait l'effet de la planche que l'on applique sur un escalier lorsqu'on veut faire monter un tonneau. La tête remontait un peu, l'aide tirait, je repoussais la tête, et l'évolution finissait par se faire. Elle se fait ainsi dans quelques cas, mais après quelles difficultés.



Vous pouvez vous rendre compte, par l'exposé que je viens de vous faire, des difficultés que l'on peut rencontrer lorsque l'anneau de Bandl est contracté, même lorsqu'un pied a été amené à la vulve.

Dans quelques cas on réussit en employant le moyen que je viens de vous indiquer, mais on ne réussit pas toujours, il s'en faut. Aussi avant de prendre la décision de faire une version, je tâche toujours de me rendre compte, de savoir si je ne vais pas me trouver en présence d'un anneau de Bandl contracturé. Il faut être prudent. Et s'il y a un anneau de contraction, avant de tenter de faire la version qui, dans les conditions normales, offrirait le plus d'avantages, j'essaierai d'une application de forceps qui réussit quelquefois à extraire l'enfant vivant.

Donc, avec l'anneau de contraction, les difficultés pour faire la version existent comme dans le premier temps.

Mais tout n'est pas terminé là. Si l'anneau de Bandl est une cause de difficultés dans le premier et dans le second temps de la version, ces difficultés on les rencontre ou on peut les rencontrer aussi dans le troisième temps (extraction).

Vous pouvez rencontrer ces difficultés dans les cas de présentation de l'épaule qui, elle, est restée au-dessus de l'anneau. Si c'est une présentation de la tête (placée au-dessous de l'anneau de contraction), cette tête, dans le second temps, a dû traverser le rétrécissement (l'anneau) pour remonter au-dessus de lui, elle l'a ainsi ouvert un peu, elle l'a distendu. Mais il peut se faire, malgré cela, que des difficultés surviennent pour entraîner le siège à travers l'anneau de contraction. On peut rencontrer des difficultés aussi pour le passage des épaules. (Observation de M. Bonnaire.)

Mais ces difficultés peuvent se présenter dans la version, non seulement pour le passage du siège et des épaules, mais aussi pour le passage de la tête. Quelquefois même ces difficultés sont fort grandes, bien que le siège et les épaules aient déjà traversé l'anneau. L'enfant se trouve pris comme un bouton de chemise. L'anneau s'est rétracté sur le cou, et de même qu'il empêchait le tronc de passer lorsque la tête était au-dessous, de même il empêche la tête de descendre lorsque c'est elle qui est au-dessus.

Cette contraction de l'anneau de Bandl peut donc apporter des obstacles très grands à l'extraction du fœtus dans les premier, second et troisième temps de la version.

Dans un cas où je ne réussissais pas à entraîner le tronc, il m'est arrivé d'essayer—avec préméditation—d'exercer, contrairement à la règle classique, des tractions dans l'intervalle des contractions utérines. Ces contractions exagèrent la contracture de l'anneau, et j'ai pensé que, dans ce cas spécial, il y avait peut-être avantage à tirer au moment où l'anneau était moins contracturé. Les résultats m'ont donné raison.

L'anneau de contraction pourra vous jouer de mauvais tours parfois dans l'accouchement prématuré artificiel. Méfiez-vous en. Si vous provoquez l'accouchement, vous rencontrerez, en ce qui touche l'anneau de Bandl, les mêmes difficultés que dans l'accouchement spontané.

On a beaucoup abandonné l'accouchement prématuré artificiel bien qu'il ait donné des succès très nombreux. Je sais bien que, par ce moyen, on fait naître des enfants avant leur complet développements; mais on n'en a pas moins obtenu ainsi de forts beaux résultats.

La cause qui a fait tomber l'accouchement prématuré en désuétude n'est pas dans ce fait que les enfants naissent trop tôt, il faut la chercher ailleurs.

Dans bien des cas, en faisant la dilatation du col au moyen des divers ballons, il se produit entre le ballon et les parois utérines des procidences du cordon qui se trouve comprimé en haut entre les parties fœtales et l'anneau de Bandl. Cette compression détermine la mort de l'enfant; de là ces statistiques effrayantes de 33 et de 40 0/0 de mort des enfants nés par accouchement prématuré artificiel.

M. Boissard a modifié le ballon de Champetier de Ribes de manière à éviter—autant que possible—cet accident (la procidence du cordon). Au lieu de laisser le ballon se gonfler intérieurement en forme sphérique, il l'a fait fabriquer de telle façon que sa partie centrale (le fond) forme une dépression très accusée qui puisse retenir le cordon au lieu de le laisser glisser contre les parois.

Il faut donc compter avec l'anneau de contraction.

Quand vous aurez des accouchements longs, qui n'avanceront pas, n'oubliez pas ce que je viens de vous dire au sujet de l'anneau de Bandl. Peut-être là trouverez-vous la cause des difficultés que vous rencontrez.

#### LE SÉRUM ANTISTREPTOCOCCIQUE DANS L'INFECTION PUERPÉRALE.

Par Paul REBREYEND, (*Presse Médicale* No 48, p. 309, 1905).

Un effet général immédiat, suivi d'un effet local toujours plus lent mais constant, tels étaient les résultats annoncés par les premiers expérimentateurs. L'effet général se manifestait par deux signes essentiels: une chute de la température et un sentiment très spécial d'euphorie, succédant à l'angoisse et au malaise des jours précédents.

Cependant, au point de vue de la température, on ne tarda pas à faire des réserves: Bonnet signale des cas où la température n'a pas été influencée, et des cas où la défervescence est suivie, dans un délai très court, d'une nouvelle ascension thermique.

D'autre part on a fait observer que les cas où l'infection a paru jugulée par une ou deux injections hypodermiques, pourraient bien n'être que des cas favorables où l'infection s'est éteinte d'elle-même.

Enfin il est des cas où, le sérum antistreptococcique se montrant impuissant, les injections de sérum artificiel ont au contraire, produit des effets très remarquables.

Il est à remarquer que dans l'immense majorité des cas publiés, le bénéfice total retiré par le malade est en plus grande partie attribuable aux traitements locaux. Les cas de guérison sans manœuvres intra-utérines ne sont pas à l'abri de toute critique. De plus, on ne

sait pas ce que sont devenues, au point de vue utérin, les infectées guéries par la méthode et chez lesquelles on s'est abstenu de recourir au curettage.

Pour l'albumine, les avis diffèrent. Thérèse rapporte des cas où la séro-thérapie l'aurait fait disparaître ; M. Bué, de Lille, a rapporté à la Société obstétricale 2 cas sur 4, où elle est apparue après le traitement.

“ On voit que l'accord est loin d'être fait sur les résultats effectifs de la méthode. Sans doute, à prendre l'ensemble des statistiques, comme celle de Laran, les résultats généraux se chiffrent par une très grande majorité de guérisons. Mais, d'une part, l'emploi simultané des lavages intra-utérins et des curettages rend fort difficile l'appréciation isolée des effets sérothérapiques ; d'autre part, il ne semble pas que les anciennes méthodes aient laissé mourir beaucoup plus de malades. Dans les cas fatals, les bactériologistes ont toujours trouvé des excuses (infections mixtes, traitement tardif) : il n'est que juste de faire des réserves analogues à propos des guérisons dont ils semblent trop facilement se féliciter.”

En ce qui concerne les accidents imputables au traitement, on a observé des accidents légers et des accidents graves, heureusement fort rares. Parmi les accidents légers il faut signaler les plaques érythémateuses indurées, douloureuses, au siège de l'infection. Dans un cas seulement (Robreyend), l'érythème a pris la forme érysipéloïde.

Comme accidents généraux bénins, on a signalé l'albuminurie, des crises de dyspnée sine materia, des éruptions cutanées.

Comme accidents graves, contrairement à ce qu'observa M. Variot chez les enfants atteints d'angines à streptocoques traités par le sérum, ce n'est pas la réaction fébrile avec hyperthermie qui serait à craindre, mais bien l'hypothermie avec collapsus susceptible de se terminer par la mort. Deux cas de mort après le traitement sérothérapique ont été publiés, l'un par Gaulard, l'autre par MM. Durante et Siroy : toutefois les résultats de l'autopsie ne permettent pas d'attribuer sans conteste la mort aux injections de sérum.

En résumé, l'emploi du sérum ne doit pas dispenser du traitement intra-utérin ; tous les accoucheurs sont d'accord sur ce point. En ce qui concerne le sérum, tout ce que l'on peut dire c'est qu'il ne présente pas d'inconvénients sérieux et qu'on peut l'employer avec des avantages très possibles. Encore paraît-il inférieur au sérum artificiel employé en injection hypodermique ou intra-veineuse.

Dans plusieurs cas, on a vu, après l'échec de la sérothérapie, le sérum artificiel produire des améliorations indéniables, caractérisées par un relèvement du pouls, une sensation de bien-être, le retour du sommeil.

G. LYON.

(Rev. de Thér. Méd.-chir.)

## REVUE D'HYGIÈNE

## SUR LA PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE.

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

Par M. le Prof. GRANCHER.

Messieurs,

Il semble que tout ait été dit depuis trente ans, depuis dix ans surtout, sur la plus terrible des maladies humaines, la tuberculose. De toutes parts, dans les Congrès, dans les Sociétés savantes, dans la presse, grande et petite, on a signalé les méfaits de cette *peste, ce fléau, cette lèpre* des temps modernes. On a calculé le nombre de ses victimes et on a dit, avec raison, qu'à elle seule elle fait plus de malades et de morts que toutes les autres maladies contagieuses. En fait, au cours d'une génération, elle touche un quart des individus qui la composent, et en tue un sixième, peut-être plus.

Et cependant nous vivons côte à côte avec ce redoutable adversaire de notre race sans songer à nous défendre contre lui, et à lui opposer autre chose que notre passivité et notre indifférence. Sans doute, quelques efforts partiels, et des plus méritants, ont surgi, ça et là, ces dernières années, et de divers côtés la lutte se prépare ou même a commencé. Il n'est que juste, par exemple, de rappeler les congrès pour l'étude de la tuberculose fondés par Verneuil, la ligue qu'anime M. Armaingaud, la réforme récente et en cours d'exécution de l'hospitalisation des tuberculeux à Paris, l'œuvre des tuberculeux à Villiers et à Ormesson, présidée par notre collègue M. Hérard, les lois sanitaires sur les bovidés tuberculeux inspirées par les remarquables travaux de M. Nocard, les sanatoria pour les pauvres, en création un peu partout, après que les sanatoria pour les riches ont fait leurs preuves, etc.

Nous ne contestons pas les mérites de ces efforts, mais le mal est si grand, la tuberculose est si répandue (en France elle fait 150,000 victimes tous les ans), que tout cela semble peu de chose pour atteindre le but, et votre commission a pensé que l'Académie de Médecine, qui n'est pas restée inactive, pourrait, à son tour, collaborer plus efficacement à la bataille engagée contre le bacille tuberculeux. Elle a jugé même que l'Académie pourrait faire mieux encore, en prenant la tête et la direction du mouvement, en associant toutes les bonnes volontés, en les coordonnant, et aussi en montrant comment il convient de varier les moyens de défense ou d'attaque, selon les milieux où il faut combattre.

Nulle Compagnie n'est plus autorisée que la nôtre à jouer ce

rôle, nulle n'y est mieux préparée par son autorité incontestable et par la part considérable, glorieuse même, qu'elle a prise dans le mouvement scientifique qui depuis trente ans, a renouvelé, transformé nos connaissances dans le domaine de la tuberculose.

Le prof. GRANCHER fait ici l'historique des délibérations de l'Académie sur cette question de la tuberculose depuis 1865, c'est-à-dire depuis les belles découvertes de Villemin confirmées par Pasteur, puis il aborde le côté législatif de la question.

Ici, Messieurs, votre commission s'est demandé si l'heure était venue de solliciter des pouvoirs publics une législation sanitaire nouvelle, concernant la prophylaxie de la tuberculose, et conforme aux données actuelles de la science. Elle a reconnu bien vite que cette loi nouvelle, si on l'obtenait, rencontrerait tant de difficultés, tant d'impossibilités même, qu'il valait mieux ne pas faire intervenir le législateur. Ce sera l'œuvre d'une de vos futures commissions, quand on aura compris un peu partout que les vivants et les bien portants ont droit à la protection de leur santé et de leur vie, qui sont une *propriété* au moins aussi respectable qu'un titre de rente ou une maison : et que la liberté d'être malade ne va pas jusqu'à la liberté d'empoisonner son voisin...

Pour obtenir un résultat vraiment utile en matière d'hygiène, il faudrait confier au pouvoir central et à ses agents le soin de l'exécution des lois sur la salubrité et la police sanitaire et non la laisser aux mains de l'autorité locale qui tient son mandat de l'électeur, et, par suite, évite soigneusement tout ce qui pourrait le molester et l'aliéner. Or, cette première réforme, sans laquelle rien ne vaudra en matière de prophylaxie, se heurte, ou paraît se heurter aux privilèges (il serait plus juste de dire aux abus) du suffrage universel. L'électeur n'abandonnerait pas facilement, s'il était consulté, ce qu'il croit être un droit, le droit de faire, dans sa commune et dans sa maison, l'hygiène qui lui plaît. Car c'est à cela qu'aboutit, dans la pratique, notre législation actuelle, le maire et l'électeur n'étant qu'un. Pour qu'il en fût autrement, m'écrivait récemment un préfet fort avisé, il faudrait que le maire de campagne fût un héros! Placé entre ces deux alternatives, déplaire à un électeur ou ignorer la loi, il ignore la loi.

La même différence accueille le plus souvent la déclaration des maladies dont la liste a été dressée par l'Académie le 17 octobre 1893, en conséquence de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine.

La déclaration obligatoire se brise là contre des difficultés, car elle n'incombe pas aux maires, mais au médecin ou à la sage-femme; or, ceux-ci sont souvent empêchés de faire leur déclaration par l'opposition ouverte ou latente des familles qui ne redoutent rien tant que l'intervention, dans leurs affaires, du pouvoir officiel, fut-il représenté par un médecin. Mais la raison principale qui tient, momentanément, en échec cette loi, au moins dans les départements où le service de prophylaxie n'est pas organisé comme dans quelques grandes villes et à Paris, c'est le peu d'utilité de cette déclaration

qui manque de la sanction nécessaire : la désinfection, ou mieux, la prophylaxie sous la forme qui convient à la maladie déclarée.

Le législateur, en même temps qu'il ordonnait la déclaration obligatoire, eût dû ordonner et prévoir les moyens de défense. Voici la lettre — la plainte, serait plus juste — d'un de nos confrères de province, et ils sont légion :

"... Depuis que la loi de novembre 1892 est en vigueur, il m'a été donné de constater six ou sept épidémies de fièvre typhoïde, diphtérie et scarlatine. J'ai adressé régulièrement les déclarations au sous-préfet de X... et aux maires des communes. Deux fois, pour les fièvres typhoïdes de la commune de X... et celle de Y... après avoir constaté que tous les malades avaient bu de l'eau puisée dans deux puits désignés, je demandais : 1° qu'il fût fait une analyse bactériologique de ces eaux ; 2° que des travaux de désinfection de ces puits fussent faits par la municipalité.

"Le sous-préfet communiqua au maire ma demande, mais celui-ci trouvant trop onéreux les frais de l'analyse (on lui demandait 25 francs) laissa les choses en l'état.

"Jamais je n'ai reçu de réponse de la sous-préfecture, relativement à la désinfection des maisons que j'ai réclamée quelquefois. Une seule fois, le maire Z... me chargea de désinfecter, aux frais de la commune, une maison où il y avait eu trois cas de fièvre typhoïde. Si des ordres sont envoyés aux maires, ces derniers ne font rien.

"Donc, les résultats de la déclaration des maladies épidémiques sont à peu près nuls, et il est à craindre qu'il en serait de même de la tuberculose.

"Il ne faut pas compter sur les administrations préfectorales et municipales pour agir utilement en cas d'épidémies. Seuls les médecins peuvent obtenir des familles les précautions pour empêcher la contagion, et les mesures de désinfection des locaux où les malades ont été soignés."

J'ai cité cette lettre parce qu'elle résume assez exactement l'opinion moyenne des médecins qui exercent dans les petites villes ou villages, sur la valeur pratique de la "déclaration obligatoire" et sur le fonctionnement de la loi de 1892.

Il faut donc organiser dans la commune, l'arrondissement, le département, un poste sanitaire avec ses instruments, ses agents, son budget ; c'est ce que fait la nouvelle loi sanitaire. Vous savez, messieurs, que cette loi, qui prévoit la désinfection et les autres moyens de prophylaxie, après avoir été votée à la Chambre des députés, a subi au Sénat un échec temporaire, mais un échec, et cela prouve au moins que, à côté des intérêts de la santé publique, d'autres intérêts veillent et se défendent. Faut-il donc se laisser ? Non certes, et la loi viendra un jour avec sa sanction nous aider dans l'accomplissement de notre devoir de médecin et d'hygiénistes. "L'Italie, écrivait récemment notre collègue, M. Monod, jouit aujourd'hui du bienfait d'une excellente loi sanitaire. Cette loi, avant d'être adoptée, a été ballotée pendant vingt ans de la Chambre des députés au Sénat, et le Sénat à la Chambre des députés. Là comme ailleurs, la résistance des intérêts privés à l'intérêt général s'est montré tenace.

Mais l'intérêt général a fini par triompher..." Nul doute que notre loi sanitaire ne soit votée, et même un jour prochain ; mais cette loi ne vise que les maladies dont la déclaration a été dite obligatoire par décret et sur l'avis du Comité consultatif d'hygiène et de l'Académie de médecine.

Eh bien, convient-il de demander aujourd'hui, à l'Académie, l'inscription de la tuberculose dans la liste des maladies à déclaration obligatoire ? Votre commission, messieurs, ne l'a pas pensé. Elle a pensé, au contraire, qu'il fallait encore attendre un nouveau progrès de nos mœurs pour triompher des préjugés et des terreurs que soulèverait peut-être, dans certaines familles, la déclaration de tuberculose et de phtisie. Loin donc de demander une loi spéciale sur la prophylaxie de la tuberculose humaine, votre commission croit qu'il est encore prématuré d'user de la loi sanitaire actuellement au Sénat.

Les raisons qui ont conduit la commission à cet extrême réserve sont de deux ordres :

La première, qui confine au secret médical, vise l'effet moral produit sur le malade, sur sa famille, sur les habitants d'une petite ville, par la déclaration officielle d'un cas de tuberculose. Cet effet, a-t-on pensé, serait déplorable, et tel, que peu de médecins oseraient braver la réprobation que soulèverait l'accomplissement de ce devoir.

C'est que la tuberculose n'est pas, comme la diphtérie ou la variole, une maladie de hasard ou de pure contagion. La tuberculose, quelque contagieuse qu'elle soit, est aussi une maladie héréditaire, beaucoup plus héréditaire encore que contagieuse, dans l'opinion commune ; et les familles où elle fait des victimes cachent soigneusement cette plaie, cette tare qu'elles voudraient se cacher elles-mêmes.

Elles n'accepteraient donc pas sans protester et sans se défendre — en changeant au besoin de médecin — la divulgation de leurs misères pathologiques. Car, si conformément à la logique et au texte de la future loi sanitaire, les visites sanitaires suivent la déclaration, celle-ci, quelque secrète qu'elle soit de par la loi qui exige du maire ou du secrétaire de la mairie la discrétion absolue, sera bientôt connue de tous.

La seconde raison, meilleure encore, c'est l'impossibilité matérielle de faire une prophylaxie utile dans une famille récalcitrante. Ce n'est pas, en effet, d'une ou deux interventions qu'il s'agit ici, mais de l'intervention presque continue, pendant des mois et des années, du bureau sanitaire. En effet, la tuberculose dure longtemps, et les dangers de sa contagion se renouvellent chaque jour, à chaque instant, à chaque crachat. Le seul moyen logique et efficace contre le tuberculeux qui ne peut ou ne veut détruire ses crachats ou ses suppurations bacillifères, c'est l'internement dans un hôpital. Les Drs Holmboë et Nanssen, chargés de rédiger, pour la Norvège, un projet de loi contre la tuberculose, n'ont pas hésité. Voici le 2<sup>e</sup> paragraphe de l'article VI de leur projet : " Dans la cas où la situation du malade ne lui permettrait pas de prendre les mesures nécessaires, ou que le malade, par suite de mauvaise volonté, aurait négligé de

suivre les injonctions de l'autorité médicale, celle-ci est autorisée à ordonner le transport immédiat dans un hôpital."

Nous ne pensons pas qu'on puisse aller jusque là, dans notre pays, et, s'il se trouvait un parlement pour voter cet article de la loi, l'opinion publique ne le suivrait pas et se soulèverait.

C'est que le danger de contagion, en matière de tuberculose, est chaque jour méconnu, même par des médecins. Bien loin que la tuberculose inspire la terreur qu'elle devrait inspirer, elle est, au contraire, acceptée avec résignation dans les familles, qui, d'ordinaire, ne prennent aucune précaution contre elle. La notion, relativement récente, de la transmissibilité de cette maladie, n'a pas encore pénétré assez profondément toutes les couches sociales pour légitimer les mesures draconiennes susvisées. Il n'y faut donc pas songer, au moins actuellement.

Si, pour ces motifs, nous ne pouvons pas demander une loi pour combattre la propagation de la tuberculose, ni même utiliser contre cette maladie la loi de 1893 et la loi sanitaire en projet, sommes-nous donc entièrement désarmés? Non, et votre commission croit, au contraire, qu'on peut réaliser une prophylaxie utile de la tuberculose en dehors des voies légales et administratives. Il faut pour cela, après avoir posé les règles générales de cette prophylaxie, règles qui ne varient pas, demander l'application de ces règles aux agents autorisés et responsables, dans chacun des milieux sociaux où sévit la tuberculose. Or, ces agents, ces ressorts d'une action bienfaisante, varient selon les milieux: famille, armée, école, atelier, hôpital, etc..., et ce sont eux qu'il faut mettre en mouvement pour l'application des règles préservatrices.

Ce programme divisera la suite de ce rapport en autant de chapitres distincts et sera complété par une étude sommaire de la tuberculose bovine et des moyens qu'il convient de lui opposer

## I

### Règles générales de prophylaxie contre la tuberculose.

Chaque maladie a son mode de contagion, et ce mode une fois connu et fixé, on peut, par quelques mesures simples, mais radicales, sans vexations inutiles, et ne faisant que le strict nécessaire, obtenir les résultats les plus merveilleux. Il importe de ne pas dépasser le but et de n'être plus microbien qu'il ne faut: et ce n'est pas une des choses les moins intéressantes que d'assister à la simplification des mesures prophylactiques à mesure que la science progresse. Il suffira, pour donner un exemple, de comparer les quarantaines infligées aux navires et aux passagers, il y a vingt ans, à la désinfection du bateau, au départ, en cours de route ou à l'arrivée, prescrite aujourd'hui. Quelle simplicité, et cependant, quelle efficacité plus grande dans ces derniers moyens, qui visent uniquement le germe morbide et le détruisent là où il est! On a vu, lors des dernières épidémies de choléra, qui sévissait à la frontière espagnole, puis au Havre, à la frontière belge et en Bretagne, par quels procédés



héroïques et peu vexatoires, en somme, on a détruit le fléau *in situ*.

De même pour la fièvre typhoïde, la diphtérie, etc.

Il est vrai que, si on ne connaît pas le germe d'une maladie, il faut déployer contre lui toutes les mesures prophylactiques de l'antisepsie médicale. Mais ces mesures sont simples et de pratique facile.

Pour la tuberculose, nous n'en sommes plus là; au contraire, il n'est pas de maladie dont le bacille soit mieux connu, mieux étudié, et dont la contagion, dans ses diverses modes, soit plus scientifiquement établie. En conséquence, il est aisé de ne pas s'égarer et de ne prescrire que les moyens vraiment efficaces.

Il y a trente ans déjà, Villemin, en arrosant de la ouate avec des crachats de tuberculeux, qu'il laissait se dessécher, et en faisant piétiner cette ouate par des cobayes, les voyait devenir tuberculeux et proclamait la nocuité des crachats desséchés et des poussières bacillifères avant d'avoir vu le bacille dont il affirmait l'existence sans le connaître.

Depuis la découverte de R. Koch, il n'est pas de trait essentiel de la biologie du bacille tuberculeux qui ne nous soit familier, tant on a multiplié, contrôlé de toutes parts les mêmes expériences relatives à sa vitalité et à sa résistance aux agents physiques et chimiques.

L'accord est fait dans tous les esprits sur les points importants. Par exemple, il est démontré que l'air expiré ne contient pas le bacille et qu'il en est de même des produits de sécrétion physiologique. Seuls les crachats, ou les suppurations bacillifères, sont dangereux, et encore faut-il que ces liquides desséchés flottent dans l'atmosphère à l'état poussiéreux. Il est démontré aussi que ces crachats desséchés ou ces poussières séjournent sur les parois de la chambre du phtisique, sur les meubles, le plancher et y gardent longtemps leur virulence pendant des mois et même des années. Il est démontré, au contraire, que la lumière solaire détruit très vite, en quelques heures, le bacille de Koch, et la lumière diffuse aussi, quoique moins rapidement. Il est encore démontré que nous contractons la tuberculose surtout par les voies respiratoires, mais aussi, beaucoup plus rarement, par le lait et, peut-être, par la viande d'animaux tuberculeux; d'où des voies de pénétration principales: le poumon et l'intestin.

Enfin, nous savons qu'il existe une tuberculose *fermée*, très fréquente, ganglionnaire, osseuse et même viscérale, mais dont les bacilles sont prisonniers dans les tissus et, partant, inoffensifs; d'où cette conséquence que ces tuberculoses n'offrent aucun danger de contagion. Nous savons, au contraire, que le tuberculeux qui crache ou suppure ses bacilles est dangereux et qu'il faut nous protéger contre lui. La tuberculose *ouverte*, voilà l'ennemi qu'il faut combattre incessamment.

Les points d'attaques et de défense sont donc bien précis l'un et l'autre.

Si nous laissons de côté, pour un moment, la tuberculose par ingestion, et les tuberculeux suppurants, qui sont relativement peu

nombreux, le crachat bacillifère apparaît ce qu'il est : le véhicule habituel du germe de la phthisie ! C'est donc lui qu'il faut détruire — sur l'heure — avant qu'il ne soit desséché ; et, par mesure de prudence, il faut autant que possible éviter la formation des poussières, de peur que quelque crachat n'ait échappé à la destruction. Voilà tout. Deux choses, en somme, qui paraissent bien faciles à réaliser par le tuberculeux lui-même ou ceux qui le soignent : *recueillir et détruire les crachats ; laver, au lieu de balayer, le parquet et les meubles.* Et si ces deux choses si simples à formuler étaient, par un coup de baguette magique, subitement réalisées partout où il y a un tuberculeux, on verrait décroître très rapidement la tuberculose, qui, au contraire, reste immobile ou progresse, alors qu'autour d'elle toutes les autres maladies contagieuses perdent rapidement du terrain.

Ce n'est pas que depuis quelques années on n'ait tenté aucun effort dans ce sens. Au contraire, la formule une fois trouvée — et elle ne varie pas — a été proclamée un peu partout. C'est la formule que vous avez votée en 1890, que le Congrès de la tuberculose avait proposé depuis 1888 et que mettent en pratique, depuis qu'ils existent, tous les sanatoria, et j'ajoute quelques médecins, quelques familles et quelques tramways. Mais ces microscopiques et rares foyers d'hygiène sont perdus dans l'indifférence et l'apathie universelles qui conspirent en faveur de la contagion. Au lieu de recueillir leurs crachats dans un *crachoir de poche*, qui est, pour la prophylaxie de la tuberculose, *l'instrument de choix*, les tuberculeux continuent à cracher par terre ou dans leur mouchoir. Je ne connais rien de suggestif comme la petite enquête à laquelle s'est livré notre honorable secrétaire annuel M. Vallin sur la vente des crachoirs de poche pour phthisiques.

“J'ai demandé ces crachoirs, dit M. Vallin, dans une vingtaine de pharmacies les plus renommées et dans les quartiers centraux de Paris ; presque partout, j'ai vu qu'on n'en connaissait pas l'existence. Dans une seule pharmacie, on m'a dit qu'on en avait vu la description dans un prospectus, mais qu'on n'en avait pas fait venir, parce jamais les malades ni les médecins n'en demandaient. Je me suis alors adressé aux fabricants d'instruments de chirurgie : cinq n'en avaient jamais entendu parler, un en avait vendu trois depuis quelques années, mais n'en possédait plus. J'ai été assez heureux pour en trouver un chez un fabricant.”

Voilà où nous en sommes huit et dix ans après la publication des instructions du Congrès de la tuberculose et de celles de l'Académie, et il s'est rencontré, en 1890, quelques académiciens qui redoutaient l'éclat d'une publicité trop grande et craignaient de faire le vide autour des tuberculeux et de provoquer leur abandon ! Rien de pareil n'est survenu et ne pouvait survenir, mais les conseils de notre Compagnie n'ont pas été entendus comme ils devaient l'être. Il convient donc d'y revenir avec plus de persévérance et de décision et en précisant mieux les devoirs et les responsabilités de chacun.

(A suivre.)

# FORMULAIRE

---

## Diarrhée aiguë.

R. Poudre de rhubarbe composée.....	1 drachme
Carbonate de soude.....	20 grains
Teinture d'opium.....	10-15 minimes
Eau de menthe poivrée.....	10 drachmes

Sig.—Pour une dose. Si, après effet, la diarrhée continue, on peut donner de la craie composée.

NAPHEYS.

## Diarrhée chronique.

R. Sous nitrate de bismuth.....	5 grains
Sulfate de morphine.....	1/12 grain

Sig.—Pour une dose. Deux, trois ou plusieurs fois par jour.

R. Créosote.....	1-4 gouttes
Esprit d'ammoniaque aromatisé.....	15 gouttes
Eau.....	1½ once

Sig.—S'il y a de la douleur, on peut ajouter du parégorique.

NAPHEYS.

R. Sulfate de cuivre.....	¼-½ grain
Poudre d'ipéca composée.....	6 grains

Sig.—Pour une poudre. Trois fois par jour.

WARING.

R. Tartrate de fer et de potasse.....	1-2 scrupules
Teinture d'opium.....	1½-3 drachmes
Eau de cinnamome.....	4 onces

Sig.—Une cuillerée à soupe trois par jour dans de l'eau. Diarrhée chronique avec anémie.

GOODEVE.

**Dyspepsie flatulente.**

R. Sulfate de soude.....	1 drachme
Teinture de noix vomique.....	5 drachmes
Eau.....	4 onces

Sig.—Une cuillerée à thé trois fois par jour, après les repas.

YEO.

R. Acide nitro-muriatique dilué.....	2 drachmes
Teinture de noix vomique.....	2 drachmes
Sous nitrate de bismuth.....	2 drachmes

Sig.—Une cuillerée à soupe dans le quart d'un verre d'eau, avant chaque repas. (Dans l'indigestion habituelle.)

GAILLARD THOMAS.

**Gastrite et gastro-entérite.**

R. Teinture de veratrum viride.....	15 gouttes
Liqueur de sulfate de morphine.....	25 gouttes
Acide carbolique.....	4 gouttes
Eau de menthe poivrée.....	1 once

Sig.—Une cuillerée à thé toutes les trois heures.

WHITE.

R. Eau camphrée.....	2 onces
Acétate de morphine.....	2 grains
Acide tannique.....	10-15 grains.

Sig. Une cuillerée à thé toutes les deux heures.

NAPHEYS.

**Constipation habituelle.**

R. Podophyllin.....	} aa 1 grain
Extrait de belladone.....	
Capsicum.....	5 grains
Poudre de rhubarbe.....	1 scrupale.

Sig—Pour 20 pilules. Une pilule trois fois par jour.

DA COSTA.

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

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

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

MONTRÉAL, AOUT 1898

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### LE RÉVEIL DE LA PROFESSION.

La dernière élection des gouverneurs du Collège a eu cela de satisfaisant, qu'un grand nombre de médecins y ont pris part, et que le résultat a été provoqué, d'une manière irréfutable, par la volonté fortement exprimée de la profession. On peut discuter la procédure suivie si l'on veut, donner sur les divers incidents de la journée une opinion personnelle, on ne pourra jamais contester le résultat.

Les médecins qui assistaient à l'assemblée du 12 juillet savaient à l'avance à quoi s'en tenir sur la question à l'ordre du jour. Leur opinion était faite de longue main. Les délais incompréhensibles apportés dans l'expédition des reçus pour contributions annuelles; l'extraordinaire facilité avec laquelle certains gens obtenaient la licence du Collège; la complète inutilité des poursuites intentées contre les charlatans; les promesses si souvent renouvelées et jamais tenues d'élection par district; tout cela leur était familier, et depuis longtemps.

Aussi, à l'assemblée du 13, l'unanimité fut générale. Personne n'était venu pour perdre son temps à écouter les discours sonores et les phrases retentissantes, si bien connues, des grands parleurs de l'ancien bureau. On savait d'avance ce qu'ils allaient dire. Le temps des beaux discours était passé, l'heure de l'action était venue, les grands mots étaient inutiles. 'Donnez-nous une chance de voter, nous disaient les amis, et vous verrez le résultat.' Le résultat fut une victoire écrasante pour le nouveau parti.

On nous reproche d'avoir employé des moyens illégaux. Vous

n'aviez pas le droit, nous dit-on, d'intervertir l'ordre de l'assemblée ; vous deviez en justice laisser la discussion se faire. Et pourquoi ? La polémique avait duré près de deux ans dans les journaux de médecine ; l'occasion n'avait pas manqué à l'ancien bureau de se disculper. Or, comment s'était-il défendu ? Par des personnalités. Les articles du Dr Beausoleil dans la *Clinique*, ceux du jeune Simard dans la *Revue Médicale de Québec*, ceux du Dr Brosseau dans l'*Union Médicale* n'étaient basés que sur des personnalités, pas autre chose. Quand la soupe devint trop chaude, chacun se retira sous sa tente, non sans laisser échapper, comme le Dr Brosseau dans sa lettre au Dr Sirois, des aveux implicites d'une grande valeur. L'opinion des médecins était donc formée. A quoi bon, alors, à l'assemblée triennale, pousser de l'avant trois ou quatre grands parleurs, et leur faire gaspiller un temps précieux par des paroles inutiles ? L'ancien bureau comptait-il, par ce moyen, donner le change et faire son jeu. Il a dû s'apercevoir alors que Lincoln avait raison de dire que, s'il est facile de blâmer certains gens tout le temps, il n'est pas facile de tromper tout le temps tout le monde.

Quant à intervertir l'ordre de l'assemblée, c'était le droit de la profession, qui seule fait la loi aux assemblées triennales. Il n'y a rien dans la loi, rien dans les règlements, qui détermine le mode d'élection des gouverneurs du Collège, et tout corps délibérant peut régler comme il l'entend ses propres affaires, et commencer par la fin si ça lui fait plaisir. Ceci est fixé par le droit commun, qui a prévu les exploiters et fourni ce qu'il faut pour leur couper les ailes. Les anciens gouverneurs du Collège, habitués à brasser leurs affaires en petit comité, ont éprouvé le 13 juillet 1898 la surprise la plus désagréable de leur vie, et cela pour avoir oublié simplement ce vieil axiôme que charbonnier est maître chez soi.

D'ailleurs ce point légal avait été soumis par le Comité Electoral à des légistes distingués, et le résultat de leur consultation avait été affirmatif. Nous avions le droit d'intervertir l'ordre du jour, si c'était le désir de la majorité.

On a aussi reproché à nos confrères anglais la part active qu'ils ont prise dans l'organisation électorale ; on s'est étonné de voir plusieurs candidats anglais sur le ticket ; enfin on a exprimé la peur que ceci soit un précédent dangereux pour l'avenir. Cette anglophobie de la part de certaines gens nous a toujours paru tellement ridicule. Comme si, pour traiter nos confrères de langue anglaise, avec qui nous vivons côte à côte, d'égal à égal, nous devons céder tous nos droits. Est-ce que nous n'avons pas les mêmes intérêts

qu'eux ? Alors pourquoi ne pas se connaître, s'apprécier et s'aider mutuellement ? Cela empêchera-t-il notre langue et nos mœurs de rester françaises, notre science de puiser ses sources sur le sol français, et notre amour pour la France en sera-t-il amoindri ? Quelle sottise ! Parce que nous aurons travaillé ensemble pour la cause commune, comme c'est notre droit et notre devoir, devons-nous abandonner toute initiative et passer au second rang ? Quelle absurdité !

Mais le nouveau bureau compte onze gouverneurs anglais ! Eh bien, où est le danger ? N'ont-ils pas été choisis par leur district ou leur université, et ceci changera-t-il la population médicale de la province, dont la grande majorité est canadienne-française ? Les districts anglais ont choisi des candidats anglais ; c'était leur droit, personne n'a rien à y dire. D'autant plus que les canadiens ont travaillé de concert avec eux. Ainsi dans Beauharnois, où la population médicale est mi partie française, mi partie anglaise, il a été entendu entre les médecins réunis à Valleyfield que tous les trois ans un candidat canadien alternerait avec un candidat anglais. Il en sera de même dans Ottawa et Bedford. Je ne parle pas de St-François, où la majorité est anglaise. Trouve-t-on que ceci soit injuste. Je ne crois pas. On a parlé, à ce propos, d'un pacte, d'une entente, d'un contrat, que sais-je encore. Ceci a été fabriqué de toutes pièces avec les composés chimiques du laboratoire Beausoleil. Quand il s'agit d'intérêts communs, il n'y a pas besoin de pacte, ni de contrat ; tout le monde s'y met de tout cœur, et de son plein gré.

C'est bien aussi ce qui a manqué à l'ancien bureau, une entente mutuelle. Tout le monde s'était habitué, dans le bureau, à tout laisser faire au régistrateur, et personne ne semblait s'être occupé d'organisation. Aussi le 13 au midi, le régistrateur ayant disparu avec tous ses papiers, procurations, etc..., ses amis se sont aussitôt trouvés à la dérive, avec plus personne pour les sauver du naufrage.

L'élection du 13 juillet comporte un grand enseignement. Les procédures suivies à l'assemblée, le résultat du vote prouve que toute profession, tout corps organisé a l'entier pouvoir de gérer ses propres affaires. Quand il laisse, par négligence, ses affaires entre les mains de quelques politiciens qui en abusent, c'est parce qu'il le veut bien. Mais il peut, le moment venu reprendre ses droits, et alors gare la dégringolade.

Il faut espérer que cet enseignement ne sera pas perdu. Nous avons, nous, médecins, péché par apathie : il est temps d'ouvrir l'œil sur nos propres affaires, et de nous y intéresser de plus près. Nous

sommes placés, pour faire la lutte de la vie, dans des conditions particulières; nous avons nos besoins spéciaux, nos goûts personnels, qu'un avocat, peut-être, ou un notaire ne comprendrait pas. Ayons des gouverneurs qui comprennent nos goûts et nos besoins, et nous consultent avant d'agir. Que l'on sache bien que le bureau des gouverneurs nous appartient, et que nous pouvons le changer si cela nous fait plaisir, comme nous sommes prêts à le seconder dans ses efforts s'il veut défendre nos intérêts. Ce n'est plus le temps des longs discours, des grandes promesses, des motions à n'en plus finir. Il nous faut des hommes d'action, disposés à nous bien servir, et qui devront compter avec le réveil de la profession.

---

### LE NOUVEAU BUREAU DES GOUVERNEURS.

---

Il y a un mois maintenant que les élections ont eu lieu, et le calme est un peu revenu. Le moment est peut-être propice pour étudier la situation, telle qu'elle est faite au nouveau bureau, et analyser l'œuvre qu'il aura à accomplir.

Le nouveau bureau a pour lui un grand avantage. Il a été choisi, avant même que la loi fut amendée, conformément au premier article de son programme électoral: les élections par districts, et chacun de ses membres représente une partie distincte de la Province de Québec, c'est-à-dire un district judiciaire. Ce sont les médecins habitant chaque district judiciaire qui ont eux-mêmes choisi leur représentant, afin que ce représentant fit valoir au bureau leurs vues sur les questions médicales à l'ordre du jour et leurs désirs au sujet des intérêts locaux qui les concernent. Ceci, nous n'en doutons pas, donnera une grande force aux délibérations du Bureau, puisque, dans les discussions soulevées, chacun des membres parlera au nom d'un groupe distinct, ce qui permettra d'adopter une conclusion représentant réellement l'intérêt général. Les conclusions adoptées par le nouveau bureau auront beaucoup plus d'importance que celles mises en force par un comité spécial composé de trois ou quatre membres, tel que l'ancien bureau en possédait un au sujet de la législation.

Le nouveau bureau a un second avantage, non moins considérable, c'est d'avoir élu président un homme énergique et rompu aux affaires, qui saura donner une forme tangible aux résolutions adoptées par le bureau, d'autant plus qu'il sera admirablement secondé par



les différents officiers, tous bien connus du public médical, et ayant tous à cœur l'intérêt général de la profession.

Le nouveau bureau est bien organisé pour faire un travail sérieux et arriver à des conclusions pratiques.

Nous constatons avec plaisir qu'il s'est déjà mis à l'œuvre. Mercredi, le 10 août, les officiers ont eu une réunion, à laquelle assistait l'avocat du Collège. On a fait une étude spéciale des livres et des documents du Bureau, et les officiers ont été unanimes à déclarer que, pour le moment, la question des finances devait primer toutes les autres. Il est de la plus haute importance que le nouveau bureau ne prenne aucune responsabilité avant d'avoir bien établi l'état financier actuel. Aussi les livres du trésorier et pièces justificatives ont été placées entre les mains d'experts qui ont ordre de faire tout en leur possible pour terminer leur rapport au mois de septembre prochain. Ce rapport sera alors communiqué aux gouverneurs qui, nous l'espérons sincèrement, le feront ensuite publier. *L'Union Médicale* y tient d'autant plus que ce rapport fournira certainement les preuves palpables, évidentes, que, dans nos articles de polémique, nous n'avons rien exagéré.

En attendant, le nouveau trésorier ouvrira de nouveaux livres, et pour faciliter la tenue de ces livres et la rendre plus exacte, les officiers du Bureau ont décidé de se conformer strictement à la règle suivante : tous les paiements devront être faits *par le trésorier seul*. Le régistreur et les secrétaires continueront, à moins que le Bureau n'en décide autrement, à recevoir l'argent des contributions, des licences, des brevets, et à le remettre au trésorier, mais ils ne régleront pas eux-mêmes les dépenses faites par eux ; ils enverront les comptes certifiés corrects au trésorier, qui paiera par chèque numéroté. Cette manière de faire simplifiera de beaucoup la tenue des livres du Collège en même temps qu'elle la rendra très exacte.

Dans l'ancien bureau, le trésorier ne faisait le plus souvent d'entrées dans ses livres que sur rapport du régistreur ou des secrétaires, sans rien vérifier. Ceux-ci, il est vrai, avaient un livre *personnel* de dépenses, mais qui n'était pas rapporté au livre de caisse du Bureau, et dont l'ancien trésorier ne semble pas avoir pris connaissance.

C'est un grand plaisir de constater que le nouveau Bureau s'est déjà mis à l'œuvre sur ce point important de son programme : amélioration de l'administration financière, en modifiant la tenue des livres du bureau, et en faisant préparer un rapport sur l'administra-

tion des six dernières années. Pour la première fois depuis longtemps, la profession va savoir à quoi s'en tenir.

À l'automne, naturellement, lors de l'assemblée semi-annuelle, les autres questions du programme viendront sur le tapis : élection par districts, protection plus efficace contre les charlatans, etc. Ceci sera surtout une question de législation, c'est-à-dire une question plus difficile à résoudre que la tenue des livres du Collège, car il faudra d'abord discuter les différents points, adopter des résolutions claires et précises, préparer un projet de loi (ou une modification de la loi actuelle) et le faire adopter par la législature. Le Bureau s'entendra toujours au sujet des résolutions à adopter ; la rédaction du nouveau *bill* sera faite par des hommes de loi ; le point difficile sera de faire adopter la loi nouvelle par la législature. Le nouveau bureau devra s'attendre à ce qu'on lui fasse de l'opposition à Québec.

À l'assemblée du 13 juillet, deux ou trois médecins députés de l'ancien bureau se sont montrés ses chauds défenseurs ; or, l'ancien bureau ayant toujours combattu, et l'hiver dernier encore, tout amendement à la loi visant les élections par districts, on peut se demander quelle sera leur attitude au parlement vis-à-vis la loi nouvelle. Il est vrai que les médecins de la province se sont prononcés, le 13 de juillet 1898, d'une manière non équivoque en faveur des élections par district ; mais pour qui connaît le cœur humain, l'amour-propre froissé est souvent mauvais conseiller. Les charlatans trouveront bien aussi des défenseurs à la Chambre, sinon parmi les députés médecins, du moins parmi les autres. On a déjà vu des députés, des ministres, voire même un lieutenant-gouverneur appeler un charlatan pour se faire masser une entorse ou remettre à l'ordre un os déplacé. Certains de ces messieurs rebouteurs sont parfois des électeurs influents, dont il est bon de ménager les susceptibilités. On peut être sûrs qu'ils trouveront des défenseurs, sinon convaincus, du moins intéressés. Il n'y a rien là, cependant, qui puisse effrayer le Bureau. Nos gouverneurs ont les médecins pour eux ; ils ont à leur tête des hommes influents ; ils sont parfaitement en état de faire la lutte et de gagner leur point.

Le Bureau aura aussi à régler cet automne, certaines questions moins importantes, mais qui ne sont pas non plus à négliger. Telle la question de la bibliothèque, pour laquelle l'ancien bureau avait signé, avec M. Minier, un contrat daté du 13 juillet 1898, par lequel le dit Minier devait recevoir quarante piastres par mois comme bibliothécaire. Les volumes devaient être envoyés aux médecins de la campagne moyennant paiement, par ceux-ci, des frais de trans-

port La bibliothèque aurait été transportée au laboratoire, 20, rue St-Denis, dont le loyer, ainsi payé par le Collège, n'aurait pas coûté cher au chimiste.

Le nouveau Bureau a de la besogne par devers lui. Mais il ne reculera pas devant sa tâche, car les membres qui le composent, disposés d'avance à travailler, se sentent de plus appuyés par la profession, ce qui leur donne une entière confiance.

*L'Union Médicale* tiendra ses lecteurs au courant des travaux du Bureau des Gouverneurs. Il est important que la profession soit renseignée à mesure sur tout ce qui s'y fera; ce sera le moyen de tenir son intérêt en éveil, et d'augmenter la confiance mutuelle qui doit exister entre les médecins et les gouverneurs. Mais nous prions nos lecteurs de ne pas se tromper sur nos intentions. *L'Union Médicale* a toujours été et restera indépendante, quoiqu'en dise M. de Werthemer et les autres. Nous conserverons notre entière liberté, nous efforçant de juger de tout d'une manière impartiale, et n'ayant qu'une seule chose à cœur, les intérêts de la profession.

Le Bureau actuel des gouverneurs a notre entière confiance, mais nous ne sommes pas lié pour tout cela, si nous désirons lui donner crédit pour tout le bien qu'il pourra faire, nous sommes prêt aussi à critiquer, s'il y a lieu, ceux de ses actes qui nous paraîtraient en désaccord avec les intérêts ou les désirs légitimes des médecins. Nous n'acceptons pour juges que nos lecteurs.

---

#### UNE APPRÉCIATION FANTAISISTE.

---

Il existe à Montréal un petit journal qui s'intitule modestement: "Revue générale de médecine, de pharmacie et d'hygiène pratiques, organe des intérêts professionnels canadiens-français." Ce journal est rédigé par un français, M. de Werthemer, et le siège de l'administration est au laboratoire de M. Minier, 20 rue St-Denis. Ce journal paraît tous les mois.

Un bon nombre de médecins ont reçu gratuitement la livraison de juillet. On y donne de l'assemblée triennale du 13 juillet un compte-rendu qui, dans ses grandes lignes, est assez exact, mais qui renferme sur certains points des appréciations fantaisistes. Nous n'avons pas

l'intention de les relever. Nous citerons seulement le passage suivant, page 54 :

"...Les yeux sortent de l'orbite ; les voix se font rauques, des sons inarticulés s'échappent de bouches crispées, le débit est vocifératif, l'on ne s'entend plus, l'on ne se comprend plus, mais l'on crie tout de même. On hue, on applaudit, on siffle, on trépigne de façon à donner aux quelques profanes qui se trouvent dans la salle une fort bonne appréciation de ce que peut être une réunion de ces hommes de... génie dont la villégiature se trouve dans un hôpital situé aux environs de Montréal. D'après cela, et si, suivant les théories chères à Lombroso et Max Nordau, le génie n'est qu'une dégénérescence, une maladie confinant à la folie, mieux, de la folie même, il faut avouer que la Province de Québec fut ce jour là fort bien représentée."

M. de Werthemer nous a affirmé que ces lignes ont été écrites par un médecin. Nous ne le croyons pas. Il n'y a pas un médecin dans la Province de Québec qui consentirait à signer une pareille insulte à l'adresse de ses confrères.

L'assemblée du 13 juillet, à laquelle assistaient 500 à 600 médecins, a été bruyante en ce sens que quatre ou cinq médecins, à plusieurs reprises, ont voulu faire un discours, et que l'assemblée n'a pas voulu les laisser parler, demandant à grands cris le vote immédiat, et plus tard, dans l'après-midi, l'adoption du rapport des scrutateurs. On prétend que c'est là une preuve de folie. Soit ; il est certain alors qu'il y avait dans l'assemblée, au moins 500 fous, et que, comme le dit M. de Werthemer, la Province de Québec était bien représentée.

Nous enregistrons cette insulte gratuite faite à la profession, et nous saurons à l'occasion nous en souvenir.

La revue nous donne, comme faisant partie de ses collaborateurs, les noms de MM. les pharmaciens H. R. Gray, S. Lachance, L. A. Bernard, W. Lecours, J. A. Laurence, H. Lanctot, A. Robert et A. Décary. Ces messieurs sont très avantageusement connus du public médical, et ont toujours fait preuve, dans leurs relations avec les médecins, de beaucoup d'égard et de dévouement. Nous nous demandons ce qu'ils pensent de la *Revue générale* qu'ils patronisent, et qui donnent de leurs clients une si flatteuse appréciation.

---

## COMMUNICATION.

---

Québec, 30 de Juillet 1898.

A M. le Docteur E. P. BENOIT,

Rédacteur en chef de l'*Union Médicale*.

Monsieur le Rédacteur,

Vous obligerez énormément votre humble serviteur en insérant dans votre journal ce petit mot de rectification.

L'*Union Médicale* du mois de juillet contient le rapport de la première assemblée du nouveau bureau des gouverneurs du Collège des médecins. Entre autres résolutions, on y lit la suivante :

“ Il est proposé par le Dr Cypihot, secondé par le Dr Girard, et résolu (les Drs Jobin et Demers dissidents) : Qu'un vote de remerciements soit donné à MM. les Drs Brosseau, Belleau, Austin, Simard, Marsil et Larue, officiers sortant de charge.”

Eh bien ! en justice pour les personnes intéressées aussi bien que pour nous-mêmes, M. le Dr Demers et moi, on aurait dû ajouter que si nous étions dissidents, ce n'est pas que nous refusions notre tribut de remerciements à ces officiers pour leurs services rendus, non, loin de là, mais c'est parce que cette motion ne contenait pas tous les noms des officiers sortant de charge.

Maintenant, la précipitation naturelle à toute fin d'assemblée, et avec laquelle on vote habituellement ces sortes de résolution, nous a empêchés de proposer un amendement à cet effet.

Voilà la vérité.

Avec mes remerciements anticipés, veuillez agréer l'hommage de ma considération la plus distinguée.

ALBERT JOBIN, M. D.

Québec.

---

A la réunion de la Canadian Medical Association, tenue à Québec les 16, 17 et 18 août courant, le Dr Marsolais représentera le Bureau des Gouverneurs auprès du comité d'enregistrement inter-provincial.