

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:

- 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.

Pagination continue.

TRAVAUX ORIGINAUX

FIEVRE DES NOUVEAUX-NES

Par Isaïe Cormier, M. D.,

Médecin des enfants malades au dispensaire de l'Hôpital Notre-Dame.

Cette dénomination de "Fièvre des nouveau-nés," n'est pas satisfaisante, parce qu'elle ne renferme aucune idée de la lésion pathologique qui se rencontre dans cette maladie ; ce plus elle donne à entendre que tous les nouveaux-nés sont plus au moins atteints de cette affection, ce qui est loin d'être le cas. Certains médecins, entre autres le Docteur L. Emmet Holt, de New-York, l'ont appelée "fièvre d'inanition" ; nous verrons par les cas rapportés plus loin, que cette appellation n'a pas plus sa raison d'être que celle de "fièvre de la soif." Cette fièvre pourrait être interprétée de la manière suivante, du moins jusqu'à ce que de plus amples connaissances soient acquises sur le processus morbides : elle est causée par un manque de liquide destiné à diluer l'acide urique qui se forme, quelques fois en grande quantité, dans l'économie, pendant la métamorphose très rapide qui survient dans la circulation et dans les différents systèmes, immédiatement après la naissance.

Pour mieux expliquer ce qui précède, considérons que le fœtus, dans le sein de sa mère, se trouve dans un bain continuél d'eau amniotique à 98½° F., que sa nourriture provient de toute pièce de la mère, avec tout le liquide convenable, que ce petit être joue un rôle en quelque sorte passif, que l'impulsion à la vie et au développement est sous la dépendance immédiate et involontaire de la mère. Au moment de la naissance, l'enfant se trouvant séparé de sa mère, la nature lui donne une indépendance qui

nécessite une révolution et un changement complet dans ses différentes fonctions, parce que cet être sera dès lors obligé de subvenir à lui-même. La fonction circulatoire sanguine se trouve changée, le fonctionnement des glandes sécrétoires et excrétoires est mis en jeu. Les poumons et le système digestif commencent à remplir le rôle qu'ils doivent toujours conserver, etc. C'est donc une métamorphose presque complète qui nécessitera de l'aide pour que l'harmonie n'en soit pas brisée. Les poumons par la respiration,—la peau, les reins et les intestins par leurs sécrétions enlevant une grande proportion de liquide amènent un commencement de sécheresse que l'on doit chercher à prévenir pour diluer l'acide urique qui se développe pendant tous ces grands changements.

Cet énoncé semble logique, parce que nous voyons souvent dans le cours d'autres maladies, chez des enfants plus avancés en âge, lorsque l'économie manque de liquide, l'enfant passer des masses d'acide urique qui irritent les reins et peuvent causer des néphrites et former des calculs.

La cause principale de l'hyperthermie proviendrait donc de l'irritation produite par l'accumulation de l'acide urique et par la déshydratation des différents tissus.

Les symptômes de la condition pathologique dans laquelle se trouve l'enfant sont les suivants : Augmentation de la température qui varie jusqu'à 106° F., le pouls vite, petit et faible, diminution très rapide du poids du corps. Cette rapidité paraît être en rapport avec l'élévation de la température ; un enfant pendant cette fièvre peut perdre au-delà de 20 onces, il recommence à gagner du poids du moment que la température reste stable. La peau est sèche et chaude, la bouche sèche, l'enfant suce avec avidité ; pas de repos, mais agitation et cris, il paraît avoir et en réalité il a une grande soif. Les urines sont rares et tachent les linges.

La disparition presque subite de tous les symptômes précé-

dents, du moment que l'enfant a pu étancher sa soif, constitue aussi un symptôme de cette maladie.

Cette fièvre apparaît généralement vers le troisième ou le quatrième jour après la naissance. A l'appui de ce que je viens d'énoncer, je vais citer deux cas que j'ai rencontrés depuis quelques temps.

Dans le commencement du mois de juin, j'ai été appelé pour accoucher Mme X., 22 ans; primipare, bien développée, forte constitution, n'ayant jamais été malade, bonne histoire de famille, accouchement naturel, durée 6 heures. Les deux jours suivants, la mère et l'enfant paraissaient bien; le troisième jour, je fus empêché de les visiter; le quatrième jour, sur la remarque de la garde-malade "regardez donc comme notre petit diminue," je pris la température anale qui était de $104\frac{1}{2}^{\circ}$ F. J'examinai l'extérieur particulièrement l'ombilic ainsi que les organes internes, et ne trouvai rien qui pût expliquer la fièvre. On constatait en examinant les seins de la mère que le développement de la glande ainsi que celui du mamelon étaient assez prononcés; mais on parvenait assez difficilement à faire sortir le lait du mamelon, bien que le sein dût en contenir suffisamment; c'était donc des seins à émission difficile, et l'enfant devait faire des efforts trop considérables pour pouvoir soutirer le liquide qui lui était nécessaire. J'ordonnai alors de faire boire à l'enfant 2 cuillérées à thé d'eau bouillie toutes les heures et de continuer à donner le sein toutes les deux heures afin de déterminer l'écoulement plus facile du lait. Le lendemain la température était tombée à 99° F. Après deux jours les seins fonctionnaient mieux et l'enfant a continué de se bien porter.

Le deuxième cas est survenu sous l'influence d'une cause un peu différente. Vers la fin du mois de juillet, l'enfant d'une multipare fût pris d'une fièvre, la troisième journée après l'accouchement 102° F., le quatrième jour 105° F.

La mère ayant des mamelons très courts fut obligée de se

servir d'embouts artificiels pour deux raisons : pour faire boire l'enfant, et pour faire développer les mamelons.

Le premier jour de fièvre je recommandai de bien faire attention, de s'assurer si l'enfant prenait assez de lait par ce moyen artificiel ; le lendemain voyant la fièvre augmentée si considérablement, la figure de l'enfant d'un aspect malade et tourmenté, j'ordonnai une cuillerée à bouche d'eau bouillie toutes les deux heures. La température est redevenue graduellement normale pendant les deux jours suivants.

Quand à la différence du poids, je ne puis la donner exactement parce que les enfants n'avaient pas été pesés, mais il y avait certainement une diminution considérable qui pouvait s'observer sans la balance.

Les conclusions de ce qui procède sont :

1° Qu'un accoucheur doit s'assurer comment les seins de la nouvelle accouchée fonctionnent.

2° Qu'il doit prendre la température de l'enfant pendant la première semaine qui suit sa naissance.

3° Qu'il doit, s'il arrivait que la fièvre se développât par manque de lait provenant du sein, donner de l'eau en quantité suffisante et répéter jusqu'à ce que la mère puisse fournir le liquide nécessaire à la nutrition.

14, rue St Denis, Montréal.

Tisane de Salsepareille acidulée.

| | |
|--------------------------------|----------|
| Rx.—Acide tartrique..... | 3 onces |
| Crème de tartre..... | 1 once |
| Farine..... | 1 once |
| Ext. fl. de salsepareille..... | 1 once |
| Sucre..... | 3 livres |
| Eau bouillante..... | 3 pintes |

D.—Coulez et mettez en bouteille. Ne vous servez qu'au bout de huit jours. Dose : 1 verre à vin 3 ou 4 fois par jour. En y ajoutant de l'eau, on en fait un breuvage rafraichissant.—Hôpital Notre-Dame.

ETUDE MEDICO-LEGALEPar le Dr **GEORGE VILLENEUVE***Professeur adjoint de médecine légale à l'Université Laval de Montréal.*

LES ALIÉNÉS DEVANT LA LOI

INTRODUCTION

Les tribunaux font souvent appel aux médecins pour leur demander de définir l'état mental des inculpés amenés devant eux afin de savoir s'il s'agit d'un insensé irresponsable de ses actes ou d'un criminel qui doit en porter la sanction pénale. Les médecins sont aussi appelés à aider la justice dans les affaires civiles se rapportant à la capacité des individus qui peuvent être éclairés par la médecine. Pour ce qui concerne l'internement des aliénés, tout médecin peut être appelé à déterminer l'existence et la nature des troubles cérébraux qui rendent cette mesure impérative, dans l'intérêt du malade et de la sécurité publique.

En vertu des fonctions que nous exerçons à l'asile St-Jean de Dieu, nous présidons à l'admission des aliénés, qui viennent d'une moitié de la province de Québec; (1) et nous faisons l'examen des détenus et des prévenus de la prison de Montréal qui présentent un état mental douteux. De plus nous avons été appelé comme expert dans un certain nombre d'affaires civiles. Placé ainsi exceptionnellement pour bien connaître les relations des aliénés avec le code criminel et le code civil ainsi que les mesures qui s'appliquent à eux au point de vue de l'internement, nous avons pensé être utile à nos confrères en leur donnant le résultat de notre expérience sur ces différents sujets.

Nous étudierons successivement les articles du code criminel, des statuts refondus de cette province et du code civil qui s'appliquent aux aliénés.

(1) Au point de vue de l'internement des aliénés, la province est divisée en deux parties égales par rapport à la population, une division appartient à l'asile de Beauport et l'autre à l'asile St Jean de Dieu.

PREMIÈRE PARTIE

Code Criminel

I

RESPONSABILITÉ LÉGALE DES ALIENÉS.

“ L'homme est libre de choisir entre le bien et le mal, libre de se déterminer par sa volonté entre les différents motifs qui le sollicitent en sens divers, au moment d'accomplir un acte, et par conséquent, il est responsable moralement et punissable légalement lorsqu'il a accompli, *volontairement*, un acte réprouvé par la morale et condamné par la loi. Le libre arbitre de l'homme, voilà le fait qui domine l'existence humaine et sert de base à la morale, au droit et à toutes les législations.” (1)

Toutes les actions de l'homme ne sont pas des actes humains. On ne donne ce nom qu'à celles qui sont libres, qu'à celles dont l'homme est maître, ou qui procèdent de sa volonté en tant qu'elle agit avec connaissance et liberté. (Somme de St Thomas d'Aquin.)

Ainsi, on ne regarde point comme actes humains, ni les mouvements d'un homme qui est dans le sommeil, dans le délire ou dans un état d'aliénation mentale ; ni les sentiments qui sont inhérents à notre nature, comme l'amour de soi, le désir de vivre, l'horreur de la mort, etc. Ces sentiments, quoique spontanés, ne sont pas libres ; il n'est point en notre pouvoir de ne pas les éprouver. Il y a plusieurs espèces d'actes humains : d'abord, comme la loi divine étend son domaine sur les mouvements les plus secrets de notre âme, on distingue en morale, deux sortes d'actes : les actes *intérieurs* et les actes *extérieurs*. Les premiers conservent leur dénomination, tandis qu'ils demeurent concentrés au dedans de nous ; tels sont nos pensées, nos désirs, nos affections, nos jugements, avant que d'être manifestés par la parole, ou par quelque autre signe. Les actes extérieurs sont ceux qui se produisent au dehors

(1) Jules Falret. Les aliénés et les asiles d'aliénés.

comme nos discours, nos démarches, et, en général, toutes celles de nos actions où le corps est pour quelque chose.

On distingue aussi les actions *bonnes* et les actions *mauvaises*, suivant qu'elles sont conformes ou contraires à la loi de Dieu, qui doit être la règle invariable de nos actes.

On voit par ces notions quel est le principe des actes humains : c'est la volonté de l'homme en tant qu'il agit avec connaissance et avec choix. Partout où la connaissance fait défaut, la volonté libre manque, et là ou manque la volonté libre, il n'y a pas d'acte humain.

Si la connaissance est imparfaite, la volonté est aussi imparfaite et l'acte humain est aussi frappé d'imperfection au point de vue de la responsabilité.

Ces principes élémentaires de la théologie catholique sont ceux que nous, enfant soumis de l'Eglise, nous posons pour bases fondamentales aux études que nous faisons sur la responsabilité morale des pauvres malades. Ce sont ces principes que nous voudrions voir appliquer partout quand il s'agit de juger les actes criminels ou simplement reprehensibles de ces pauvres infortunés. Là est la vérité pleine et entière : là donc est la justice.

" Quelque idée, dit Vibert dans son remarquable traité de " médecine légale, que l'on se fasse du libre arbitre, de la liberté " morale et de la responsabilité, il est certain qu'il est des " circonstances où la volonté subit l'influence de causes d'ordre " *pathologique*, où les actes sont déterminés par des mobiles " qui sont eux-mêmes l'expression d'un désordre *morbide* des " fonctions cérébrales."

Les actes commis dans ces circonstances portent le cachet de l'irresponsabilité et s'ils revêtent un caractère délictueux ou criminel, ils ne peuvent entraîner ni peine ni châtement pour leurs auteurs.

Cette exception au principe de la responsabilité, qu'admettent tous les codes, n'est pas édifiée par eux sur les mêmes bases, et les critères de l'état d'esprit du sujet ne sont pas partout identiques ; on peut citer comme les deux extrêmes, le code pénal français et le code criminel anglais.

Le code criminel canadien (1892) a prévu cette exception par l'article 11 ainsi conçu :

ART. 11.—*Nul ne sera convaincu d'infraction par suite d'un acte accompli ou omis par lui, pendant qu'il était atteint d'imbécilité naturelle ou de maladie mentale au point de le rendre incapable d'apprécier la nature ou la gravité de son acte ou omission, et de se rendre compte que son acte ou omission était mal.*

2.—*Une personne sous l'empire d'une aberration mentale sur un point particulier, mais d'ailleurs saine d'esprit, ne sera pas acquittée pour raison d'aliénation mentale, en vertu des dispositions ci-après décrétées, à moins que cette aberration ne l'ait portée à croire à quelque état de chose qui, s'il eût réellement existé, aurait justifié ou excusé son acte ou omission.*

3.—*Tout individu sera présumé sain d'esprit, lorsqu'il aura commis ou omis un acte quelconque, jusqu'à ce que le contraire soit prouvé.*

Les termes dans lesquels est formulé cet article limite le bénéfice de l'irresponsabilité à certains désordres de l'esprit. La responsabilité criminelle des aliénés y est résolue d'après des données que, en présence des lumières nouvelles que les découvertes de la médecine mentale ont jeté de nos jours sur la folie, on peut considérer comme véritablement arriérées, défectueuses, erronées et injustes.

Le critérium de la responsabilité exigé par cette législation est étroit et mal fondé. Il est basé sur des éléments d'appréciation arbitraires et contradictoires, en ce qu'il repose sur le degré de discernement du bien et du mal et sur l'assimilation des motifs qui déterminent les actes, des aliénés à ceux qui poussent l'homme sain d'esprit à agir, dans des conditions analogues.

On peut aussi lui reprocher de s'appuyer sur une distinction entre la folie généralisée et la folie partielle, interprétée dans

un sens qui n'est pas celui du domaine scientifique actuel. Cette distinction s'entend au point de vue biologique, selon que l'activité générale est ou non atteinte. C'est à ce point de vue seulement, qu'il faut considérer, d'après Regis (1), la folie comme *généralisée* ou *partielle* ; ce qui ne veut pas dire, on le voit, complète ou incomplète ; la folie est toujours entière et irréductible en tant que maladie, mais bien *généralisée* par retentissement à l'ensemble de l'être intellectuel, ou au contraire *spécialisée* à la sphère, son domaine propre.

Ceci, nous amène à établir, dès à présent, comment au point de vue médical, doit être comprise l'irresponsabilité des aliénés ; nous passerons ensuite aux critères admis par la loi pour apprécier l'irresponsabilité morale des aliénés.

Irresponsabilité absolue, responsabilité partielle.

Peut-on admettre en principe, avec le code criminel, qu'une personne puisse être sous l'empire d'une aberration mentale sur un point particulier et être d'ailleurs saine d'esprit ? Tous ceux qui ont vu beaucoup d'aliénés savent combien est complet l'invasissement du champ de la conscience chez ces infortunés. Quelque restreint que soit leur délire, quelque systématique que soit le sujet sur lequel il porte, il n'en résulte pas moins une préoccupation unique qui règle tous les actes de la vie et dans la prédominance de laquelle il faut voir une preuve de folie. Quelque circonscrit que soit le cercle dans lequel se meut le délire, l'intelligence n'en est pas moins altérée dans sa totalité. S'il en était autrement l'individu, avec les forces restées saines, pourrait apprécier justement ses conceptions et il ne serait pas fou. Ce que l'on ne peut nier, c'est la solidarité des facultés qui composent l'intelligence humaine.

Les conceptions délirantes dominent à ce point l'activité intellectuelle qu'elles deviennent le motif de toutes les déterminations. L'idée délirante ne se modifie pas malgré

E. Regis, Traité de Médecine Mentale.

l'accumulation des preuves les plus péremptoires, les arguments les plus logiques ne peuvent la déloger de l'esprit du malade, elle reste là implantée, contre toute raison, toute logique, toute évidence. L'aliéné ne peut paraître avoir qu'une seule idée délirante, il peut en avoir plusieurs. Que l'idée délirante soit isolée, qu'il en existe au contraire plusieurs, du moment qu'il en persiste une seule, on peut dire que tout l'appareil de la raison fonctionne à faux. Il est donc absurde de prétendre d'une manière absolue, qu'une même personne puisse être, au même moment, atteinte d'aliénation mentale, sur un point seulement, et saine d'esprit pour tout le reste. Nous nous demandons comment l'on peut ainsi fractionner la conscience humaine.

Ceux qui croient, dit Falret : (1) " que la monomanie peut exister uniquement dans une idée délirante implantée comme une plante parasite dans une intelligence restée saine sous tous les autres rapports, peuvent admettre également que l'individu atteint de cette idée puisse lutter avec toutes les forces saines qui lui restent contre l'entraînement de l'idée délirante, et qu'il puisse rester libre d'agir ou de ne pas agir, même dans le sens de cette idée malade. Mais quand on n'admet pas la monomanie dans un sens aussi restreint, quand on est convaincu par l'observation attentive de tous les aliénés atteints de délire partiel, que le délire de tous ces aliénés n'est jamais aussi limité ; que non seulement le cercle des idées délirantes est toujours plus étendu, mais que chez tous les aliénés atteints de délire partiel, quelque restreint qu'il paraisse, il existe un terrain maladif, un sol pathologique préalable, indispensable pour que les idées fixes puissent s'y implanter et y prendre racine, on ne peut à aucun prix se rallier à l'opinion des partisans de la responsabilité partielle."

M. Falret a d'ailleurs soin d'ajouter plus loin : " Mais si nous n'admettons pas la responsabilité partielle des aliénés ainsi comprise, c'est-à-dire portant sur certains faits et non sur cer-

(1) Jules Falret. Loc. cit.

tains autres, *dans le même moment*, nous sommes tout disposé, au contraire, à l'admettre dans des moments différents. Nous sommes tout prêt à proclamer qu'il est des moments dans la vie des aliénés où l'on doit reconnaître, soit leur responsabilité entière, comme dans les périodes de prédispositions, d'intermittences, d'intervâles lucides, soit leur responsabilité complète ou atténuée, comme dans les périodes d'incubation, de rémission plus ou moins complète ou de convalescence. Nous admettons aussi que la responsabilité complète ou incomplète peut être discutée dans certains états de trouble mental en dehors de la folie proprement dite, comme dans la démence apoplectique et l'aphasie, l'épilepsie, l'alcoolisme."

Il nous semble difficile de ne pas se rallier à l'opinion de M. Falret. Nous admettons avec lui l'*irresponsabilité absolue* pour tous les cas d'aliénation mentale réellement confirmée et nettement caractérisée, et nous autorisant des prudentes réserves dont il a entouré la question, nous réservons la responsabilité partielle, ou atténuée, pour tous les états qui tiennent le milieu, à des degrés divers, entre la raison et la folie.

Ainsi donc, l'irresponsabilité existe en fait, elle existe aussi en droit et elle est inscrite, en principe, dans notre code (code criminel 1892.)

Mais ce même code en soumet l'appréciation à divers critères. Après avoir fait justice de l'erreur capitale commise par cette législation, en admettant la simultanéité d'une raison partielle et d'une folie partielle, dans l'aliénation mentale confirmée, il nous reste à soumettre ces divers critères à la discussion, à savoir : le degré de discernement du bien et du mal, et l'assimilation des motifs d'un aliéné avec ceux d'un homme sain, dans des situations analogues.

Discernement du bien et du mal.

Les hommes les plus compétents dans les sciences médicales et légales s'accordent à soutenir que l'aptitude à distinguer le bien du mal, soit d'une manière abstraite, soit dans tel ou tel

cas donné, ne peut pas être prise comme signe distinctif de la folie et de la responsabilité dans le crime.

Elle ne peut avoir sa raison d'être que dans les états d'infériorité intellectuelle manifeste, qu'elle résulte d'un arrêt de développement, comme dans l'idiotie, l'imbécilité, ou qu'elle soit due à une déchéance complète des facultés, comme dans la démence. Ou bien encore dans l'obnubilation des facultés que l'on rencontre dans la confusion mentale et dans les états maniaques les plus étendus.

Ici le sens moral manque, la faculté de discerner le bien du mal n'existe pas, parce que l'individu n'a pas assez d'intelligence pour exercer son discernement, et choisir entre l'un ou l'autre en connaissance de cause. L'appréciation de la responsabilité se réduit ici, pour ainsi dire, à un dosage des facultés, et selon que l'intelligence est plus ou moins développée ou affaiblie, elle peut aller de l'irresponsabilité absolue à la responsabilité plus ou moins atténuée. On peut admettre, en dehors de l'infériorité intellectuelle, le critérium du discernement du bien et du mal, non plus d'une manière abstraite, mais pour certains cas en particulier, lorsque l'appréciation de la valeur morale est obscurcie par une idée ou une conception délirante. Il en est ainsi, lorsqu'en vertu d'idées religieuses délirantes, une mère tue ses enfants pour leur faire gagner plus sûrement le ciel, avant qu'ils aient subi la souillure du péché, comme avait voulu le faire une de nos malades. Il est vrai de dire qu'elle avait la conviction intime et absolue de faire un acte méritoire. Il en est de même de ceux qui, dominés par le délire, immolent un homme, pour sauver un peuple, une cause.

En dehors de ces états, on peut dire que la faculté de discerner le bien du mal persiste à divers degrés, théoriquement l'aliéné sait que tel acte est contraire à la morale, qu'il est défendu par les lois du pays, mais sa liberté morale est altérée, il n'est pas libre de se conformer aux dictées de sa conscience, par le fait de la contrainte que la maladie mentale exerce sur lui. Il agit sous l'influence d'une idée délirante, d'une hallucination, d'une impulsion malade, symptômes non douteux d'un état mental pathologique.

Le degré de discernement du bien et du mal, envisagé soit d'une manière abstraite, soit en rapport avec tel cas en particulier, ne saurait donc être accepté comme critérium absolu de la responsabilité des aliénés, puisque ce discernement n'est pas aboli dans un grand nombre de formes d'aliénation mentale confirmée.

Assimilation des motifs des actes de l'aliéné à ceux d'un homme sain d'esprit.

Quant à ce critérium, il est tellement en retard des progrès de la science, qu'il semble étrange qu'il ait pu trouver place dans un code édicté en 1892 ; il est même tellement en dehors de toute notion de pathologie mentale, que nous ne savons vraiment pas comment le discuter au point de vue des connaissances médicales.

C'est l'acte envisagé d'une manière abstraite et comparative qui devient le critérium de la responsabilité de l'aliéné, et non l'état mental. L'aliéné ne peut être acquitté pour raison d'aliénation mentale, même lorsque celle-ci est bien confirmée, si la provocation imaginaire, étant donnée comme réelle chez un homme sain d'esprit, n'aurait pas justifié l'acte ou l'omission.

Or la loi ne reconnaît comme excuse légale d'un acte ou omission que le cas de défense personnelle, encore l'inculpé est-il obligé de faire la preuve qu'il avait raison de croire d'une manière certaine que sa vie était en danger au moment même où il a commis l'acte. Elle reconnaît aussi comme excuse légale, la contrainte exercée sous certaines circonstances, par une personne réellement présente. Mais elle n'admet pas les motifs de haine, de vengeance, elle ne reconnaît à aucun individu le droit de se faire justice lui-même. Cela est juste et raisonnable pour l'homme sain qui peut apprécier sainement une situation, exercer son jugement, résister à l'entraînement de ses passions, et maîtriser sa colère.

Qui laisse le désir devenir une idée fixe, l'idée fixe amener l'état de passion, diminue le pouvoir de la résistance et aug-

mente celui de la passion et ne peut réclamer le bénéfice de l'irresponsabilité. Quelque soit l'entraînement des passions et des circonstances, on doit admettre que l'individu était libre s'il présente les apparences de la raison.

Mais les motifs qui animent l'aliéné sont des motifs morbides, ils ne s'implantent chez lui qu'en vertu d'un état pathologique, il n'est pour rien dans leur éclosion, ils envahissent malgré lui sa personnalité. Ils deviennent la règle dominante de sa vie, et l'inspiration de toutes ses actions. Il ne peut juger ses motifs comme l'homme sain, il ne peut comme lui mesurer ses réactions.

Cependant, on applique à ses actions le même critérium que celui qu'on applique à celles d'un homme sain. Il faut raisonner comme si le motif de l'acte accompli par l'aliéné était réel au lieu d'être imaginaire. Admettre une semblable responsabilité, ne serait-ce pas en quelque sorte reconnaître que l'individu est libre de ne pas être aliéné. Un individu présente des idées fausses de persécution, il entend des voix qui l'injurient, éprouve des hallucinations de tous les sens, des troubles de la sensibilité générale. Après avoir longtemps réfléchi, il finit par personnifier son délire, il attribue ses souffrances à un individu. Dès lors, il n'a plus qu'un désir, c'est d'obtenir justice et le cas échéant, d'exercer sa vengeance contre son ou ses persécuteurs imaginaires. Il devient alors dangereux et son internement dans un asile d'aliénés s'impose. Les symptômes qu'il présente justifient cette mesure. Tant qu'ils persistent on y trouve un motif suffisant pour le maintenir dans cet asile, toute sa vie durant, même. Il s'adresse aux tribunaux et réclame d'eux sa liberté ; pour les mêmes motifs, il ne peut l'obtenir. On lui enlève sa capacité civile, on ne lui trouve pas assez de liberté d'esprit, pour gérer ses biens, tester, etc. S'il se livre aux violences en prévision desquelles il a été enfermé dans un asile, et maintenu là par les tribunaux, il ne sera pas acquitté pour raison d'aliénation mentale ; quoiqu'aliéné, il portera la responsabilité de ses actes, fruits de son délire, et devra en subir la sanction pénale, si le motif n'en aurait pas été suffisant chez un homme sain.

Nous croyons inutile de pousser plus loin la discussion, de multiplier les exemples et les comparaisons.

Nous croyons avoir prouvé qu'il est faux de dire sans restriction *qu'une personne sous l'empire d'une aberration mentale sur un point particulier peut être d'ailleurs saine d'esprit*. Le critérium du degré de discernement du bien et du mal ne peut s'étendre à toutes les formes d'aliénation mentale, et ne peut ainsi établir le degré de responsabilité des aliénés, que dans un nombre restreint de cas. Le critérium de l'assimilation des motifs des actes d'un aliéné à ceux d'un homme sain d'esprit, dans des situations analogues, ne s'applique à aucune forme d'aliénation mentale et ne peut encore moins définir le degré de responsabilité de l'aliéné, car les lois de la santé ne sont pas celles de la maladie. L'aliénation mentale est une question de fait et non de droit, la responsabilité en est un terme connexe.—(A continuer.)

LA DIGITALE

ÉTUDE PRÉSENTÉE AU CONCOURS DE L'UNIVERSITÉ LAVAL

Par le Docteur S. GAUTHIER

DE ST EPHREM D'UPTON.

HISTORIQUE.—La digitale, ce quinquina du cœur, s'est maintenue à la hauteur de sa position depuis la découverte de ses qualités incomparables comme tonique et excito-moteur de l'organe central de la circulation. L'enthousiasme que fit naître la découverte de cette plante précieuse et de ses propriétés thérapeutiques fit croire aux médecins du temps qu'ils avaient trouvé le moyen infallible de guérir les maladies du cœur et leurs complications. On faillit se laisser emporter par les mêmes errements qui caractérisent les époques où la phlébotomie et la transfusion du sang furent préconisées.

Dès lors, on crut que tous les remèdes allaient devenir inutiles ;

les théories de Broussais, suivies de celles de Bouillaud, son élève, avaient subjugué la profession médicale. Les uns voulaient au moyen de la saignée débarrasser l'économie des humeurs qui l'opprimaient, et par cela guérir toutes les maladies; les autres croyaient qu'il suffisait désormais pour guérir les maux les plus graves et les plus invétérés, de faire passer le sang d'un homme vigoureux et sain dans les veines des malades. On alla plus loin, et réalisant en espoir la fable de la fontaine mystérieuse de Jouvence, on ne se promettait rien moins que de rajeunir les vieillards par le sang des jeunes, et de perpétuer ainsi la durée de la vie.

Ces exagérations sont de tous les temps et de toutes les époques; nos prédécesseurs oubliaient la cause intime de cette décrépitude de l'économie et ne connaissaient pas encore les dégénérescences multiples qui viennent affaiblir l'organe essentiel de la circulation.

Cette erreur fut fatale, et bientôt, ce modérateur si puissant du cœur faillit tomber dans l'oubli; on lui attribuait souvent des accidents que l'on aurait dû imputer aux lésions anatomo-pathologiques des tissus et au mauvais mode d'administration du remède. Au milieu des disputes et des discussions que firent naître l'observation des uns, les succès et les insuccès des autres, se dégagèrent bientôt des règles, devenues de plus en plus précises, et qui rendirent à ce médicament précieux la place qu'il occupe dans la thérapeutique moderne.

La digitale, employée d'abord comme éméto-cathartique, n'est entrée réellement dans la thérapeutique que depuis les travaux de Withing et de Cullen, qui signalent ses effets sur le ralentissement du pouls, et la diurèse.

Nous connaissons plusieurs variétés de digitales :

1° *Digitalis lutea*. 2° *Digitalis grandifolia*. 3° *Digitalis purpurea*. 4° *Digitalis épiglottis*.

La *digitalis purpurea*, qui seule nous occupe ici, fut décrite par Fuchs, qui le premier a donné à cette plante le nom de *digitale* et en a exposé les véritables caractères. C'est une plante herbacée, bi-annuelle, qui croît dans les terrains secs, sablonneux, élevés; on la trouve souvent sur le bord des routes.

Nous sommes étonnés de voir que cette plante n'est pas entrée plus tôt dans le domaine thérapeutique. Après la description qu'en fit Fuchsius, et les travaux de Murray en 1721, on voit la digitale entrer dans la pharmacopée britannique. On croyait avoir découvert une panacée contre les hydropisies. Elle fut bientôt reléguée dans l'ombre, parce qu'on lui avait attribué des propriétés vénéneuses et des succès nombreux. C'est à dater des travaux de Withing qu'elle reparut en 1788, et que ses vertus hydragogues furent reconnues. Cette propriété incontestable de la digitale fit croire à son infailibilité contre toutes les hydropisies, mais cet espoir fut bientôt déçu, et la digitale fut de nouveau abandonnée.

C'est Cullen, l'ami de Withing, célèbre médecin anglais, qui, à la fin du dernier siècle ou au commencement de celui-ci, vint à son tour tirer la digitale de cet oubli, et c'est lui qui démontra ses propriétés merveilleuses sur l'organe central de la circulation.

Depuis cette époque, ce précieux médicament est franchement entré dans le domaine médical pour ne plus en sortir. Ses excellentes propriétés physiologiques et thérapeutiques en ont fait une arme puissante entre les mains des médecins et c'est avec raison que Beau l'a appelé le *quinquina* du cœur.

Malgré l'acharnement de ses détracteurs, les accidents sans nombre qu'on lui a attribués, la découverte de plusieurs autres médicaments précieux avec lesquels on a voulu la supplanter, la digitale a toujours conservé la première place parmi les toniques du cœur, et pas un seul remède n'a pu jusqu'à nos jours lui enlever ce titre. Le Dr Henri Huchard affirme que sans elle la thérapie cardiaque serait impossible.

C'est la feuille de la seconde année qui est employée ; la digitale inculte ou sauvage est préférée, parce qu'elle contient plus de principe actif que celle qui est cultivée. Celle qui croît en Angleterre donne plus de satisfaction, est plus uniforme dans ses effets et devrait être seule employée ; ainsi l'on éviterait les désappointements nombreux que l'on éprouve souvent en faisant usage de qualités inférieures.

La digitale contient un principe actif, la *digitaline*, qui se présente sous deux aspects : la forme amorphe et la forme cristalline. La digitaline amorphe a été isolée par Homolle et Quevenne, et possède des qualités incontestables, qui équivalent bien celles de la forme cristalline. Celle-ci a été découverte par Nativelle ; elle se présente sous forme de cristaux ; et les expériences physiologiques prouvent qu'elle possède toutes les propriétés médicinales de la digitale à un très haut degré, si non plus élevé que toutes les digitalines du commerce. Elle doit être administrée avec beaucoup de prudence, car Gubler l'a vue, à la dose de un milligramme et demi, en trois prises, dans les vingt-quatre heures, donner lieu à des symptômes d'intolérance et à des phénomènes toxiques, qui ont ensuite persisté pendant une semaine. La digitaline allemande est moins active que les deux précédentes.

On n'est pas encore absolument fixé sur la nature chimique de la digitaline ; elle ne présente certainement pas les caractères des alcaloïdes, puisqu'en présence d'un acide elle ne se combine pas pour former des sels bien définis ; au contraire, elle se décompose et donne lieu à un glucose ; c'est donc un glucoside.

En présence de cette incertitude et des dangers que présente son emploi, nous devons lui préférer la feuille, qui sous forme d'infusion possède des propriétés physiologiques et médicinales bien supérieures. Nous savons bien que la feuille peut ne pas toujours posséder la même énergie, mais ce défaut est atténué par des règles précises, qui indiquent la manière de récolter et de conserver cette plante. Cet inconvénient est amplement compensé par l'action diurétique que l'on obtient facilement avec la feuille de la digitale, et qu'un bon nombre de médecins refusent d'accorder à son principe actif.

L'usage des alcaloïdes est certainement un grand progrès, mais en médecine comme en toute autre chose, les méthodes exclusives sont mauvaises. Dans certaines circonstances on ne peut pas remplacer l'emploi de la plante entière par son principe actif. La digitaline est une preuve de ce que j'avance, et tous ceux qui l'ont étudiée, s'accorde à donner la préférence à la feuille de digi-

tales. Elle ne fait pas d'ailleurs exception, car l'opium, le quinquina, la belladone, etc., etc., possèdent des propriétés que l'on ne retrouve pas toujours dans la morphine, la quinine et l'atropine. Si dans certains cas on recherche un effet de l'alcaloïde, dans d'autres on doit chercher celui de la plante entière.

La digitale renferme plusieurs autres principes actifs, dont l'action et les propriétés chimiques ne sont pas encore bien définies. Selon Schmeideberg, la digitale contient de la *digitonine*, de la *digitoléine*, qui est très soluble et ressemble beaucoup à la digitaline allemande ; en plus la *digitoxine*, est selon lui le principe le plus puissant et le principal constituant de la digitaline Nativelle.

La digitaline se donne à la dose de 1/250 à 1/60 de grain ; la digitaline amorphe peut s'administrer à dose deux ou trois fois plus élevée. Les autres préparations de digitale, sont l'extrait fluide, dose 1 à 3 gouttes, l'extrait solide, dose $\frac{1}{2}$ gr. 2 grs ; l'alcoolat, dose 5 à 10 gouttes, jusqu'à 30 gouttes et même 60. Mais la préparation que je préfère est l'infusion, à la proportion d'une drachme de la feuille pour huit onces d'eau bouillante, qu'on laisse infuser pendant deux heures et que l'on donne à dose décroissante par cuillerée à soupe ; d'autres préfèrent la macération.

ACTION PHYSIOLOGIQUE.—La digitale est irritante sur la peau dénudée et les muqueuses, au point de causer des vomissements et de la diarrhée, si l'usage en est trop prolongé, même à dose médicinale. A dose un peu plus forte elle produit des éblouissements, des vertiges, une sensation de constriction à la tête, un ralentissement des battements du cœur et des mouvements respiratoires ; on a constaté l'abaissement de la température, des hallucinations, illusions et délire. A dose thérapeutique, les contractions du cœur sont plus énergiques et moins fréquentes ; la diastole qui correspond à la contraction des oreillettes est plus prolongée et la systole plus forte.

La pression sanguine est considérablement augmentée et le calibre des vaisseaux capillaires diminué. Ce rétrécissement dans le calibre des vaisseaux sanguins explique l'effort plus considérable du cœur pour forcer le sang à circuler plus librement.

La digitale est à coup sûr le plus puissant tonique du cœur; selon Bordin et Ferrand, elle augmente la pression dans le système circulatoire tout entier, et cette action est obtenue par une plus grande force de la systole ventriculaire.

Les nerfs moteurs et modérateurs du cœur ont une double origine. Les nerfs moteurs directs naissent des ganglions du cœur, les ganglions de Bidder, Ludwick et Renack. Les moteurs indirects naissent de la moëlle et proviennent du bulbe et des nerfs vaso-moteurs qui accompagnent les vaisseaux. Les nerfs modérateurs sont : le nerf pneumogastrique, qui joue le rôle prépondérant dans l'innervation cardiaque et le nerf dépresseur de Cyon. Cette action modératrice de la digitale influence-t-elle directement le système nerveux modérateur, produit-elle une action paralysante des nerfs moteurs? cette question n'est pas encore définitivement résolue. Dujardin Beaumetz se demande si l'action tonique de la digitale produit son influence directe sur la fibre musculaire du cœur, ou sur les nerfs de cet organe, ou bien est-ce une sorte de galvanisation du cœur, comme le dit le professeur Gubler? Cette action ne s'arrête pas au cœur, elle s'étend au système circulatoire tout entier.

La digitale à dose toxique, ou lorsque son administration est trop longtemps prolongée, cause l'asystolie avec accélération des mouvements du cœur, au lieu de produire le ralentissement. Quoique certains auteurs, tels que Osler, Bartholow, Dujardin-Beaumetz n'admettent pas l'accumulation du remède dans l'économie, la digitale doit être surveillée avec soin, car son action qui se fait attendre pendant un certain temps, trente-six à quarante-huit heures, quelquefois plus longtemps, se prolonge toujours sept à huit jours après la cessation de son emploi. Le meilleur moyen d'éviter tout accident, et d'obtenir le maximum de l'effet, c'est de la donner à dose décroissante, puis cesser pour commencer de nouveau. Ne disons jamais aux patients, prenez de la digitale, nous devons lui indiquer quand, comment et combien de temps il faut en faire usage.

La digitale ne produit jamais la diurèse chez l'homme à l'état

de santé. Cette propriété s'obtient lorsque le rein est congestionné et que le filtre rénal est gêné dans ses fonctions. L'action de la digitale est mécanique et vasculaire, et c'est en favorisant le cours du sang dans le rein, par la pression sanguine et la contraction des vaisseaux capillaires, qu'elle produit son effet diurétique. La diurèse ne se produit pas toujours par l'usage de la digitale; on trouve souvent l'explication de ce défaut dans la dégénérescence du rein; de là les dangers d'intoxication par l'accumulation du remède, faute d'élimination. Elle ne devrait jamais être prescrite avant d'avoir fait l'analyse des urines; de cette manière on éviterait bien des déceptions, même des accidents mortels, attribués souvent à la médication, mais dont la responsabilité incombe en réalité à ceux qui en font usage, ou qui prescrivent ce remède d'une façon intempestive. Il est nécessaire de préparer le système à recevoir la digitale; il est bon de la précéder d'un purgatif salin et d'employer concurremment le régime lacté; ces deux moyens sont d'une grande utilité et des auxiliaires puissants dans le traitement des maladies du cœur. Et, selon l'expression de Huchard, confirmée par Dieulafoy: faites disparaître les barrages circulatoires qui épuisent le cœur, qui est obligé de lutter sans cesse pour entretenir la vie. Ces obstacles sont d'origine cardiaque, périphérique ou viscérale. Si, par exemple, dans un cas d'insuffisance mitrale, le cœur déjà épuisé par un surmenage continu, est arrivé à la période d'asystolie confirmée; croyez-vous que la digitale seule puisse suffire à rétablir l'ordre, surtout si en outre du surmenage il existe une dégénérescence granulo graisseuse de la fibre musculaire? non, j'en ai la conviction; mais si par une petite saignée de huit à dix onces vous soulagez le cœur, qui lutte sans cesse et qui ne parvient pas à se vider complètement, vous lui rendez la tâche plus facile, alors la digitale vient ensuite lui permettre de continuer ses fonctions. Les purgatifs salins en dégorgeant les organes gastro-intestinaux, le régime lacté en préparant le filtre rénal, nous feront obtenir des succès inespérés, dans les périodes ultimes des affections cardiaques, avec le concours de la digitale.

Les opinions sont partagées et contradictoires quant à l'action de la digitale sur le système musculaire. Bartholow, Desrosiers, Bouchardat et autres admettent son action paralysante sur les muscles à fibres striées, et stimulante sur les muscles à fibres lisses. A doses thérapeutiques, on remarque en effet une action spéciale sur le système musculaire à fibres lisses; on explique ainsi son action anaphrodisiaque, qui en favorisant la contraction des fibres lisses des organes génitaux, diminue l'afflux du sang au tissu érectile. De là ses avantages dans le traitement de la spermatorrhée et des hémorrhagies utérines. La clinique lui attribue la même action que l'ergot sur l'utérus; des effets signalés ont été obtenus dans le traitement des hémorrhagies utérines et de toutes les hémorrhagies; d'autres l'ont accusé d'avoir causé l'avortement et l'accouchement prématuré.

A doses toxiques, la digitale cause la paralysie du cœur; selon Desrosiers, l'on trouve celui-ci rempli de sang et en diastole. Georges Hayem dit que la phase ultime de l'intoxication par la digitale s'annonce par l'arythmie, et finalement le cœur s'arrête en systole; donc les expériences physiologiques sont contradictoires sur ce point. Chez les grenouilles, où l'on peut suivre si bien ces phénomènes en mettant le cœur à nu, l'arrêt se fait en diastole. Les mêmes effets peuvent se produire par une médication trop prolongée, et l'on rencontre des personnes qui, après avoir fait usage de ce remède pendant longtemps, sont plus malades de la médication que de la lésion organique qui siège au cœur. Il suffit d'arrêter le traitement pour voir le cœur reprendre son rythme normal, et faire disparaître cette langueur accompagnée de troubles psychiques, et même l'anurie que produit l'intoxication.—(A suivre.)

Mal de dent :

| | |
|--------------------------|-----------------------|
| R.—Acide carbolique..... | 5 grains |
| Cocaine hydrat..... | 15 grains |
| Menthol..... | 3 grains |
| Glycerine..... | $\frac{1}{2}$ drachme |

D.—En application dans la cavité de la dent.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

LA PÉRITONITE, étude-résumé d'un travail du DR CARTER S. COLE, du *Post-Graduate* (New-York).—*The Post-Graduate*, août 1895.—Le rôle considérable que joue dans la médecine moderne la péritonite, provient de deux causes bien distinctes et faciles à constater. Ce sont : 1° l'anatomie nette et précise de la membrane séreuse ; 2° le perfectionnement de la chirurgie actuelle. La première de ces causes a prouvé que le péritoine est en relation intime avec tous les organes de l'abdomen, la seconde a rendu possible l'exploration de la cavité abdominale et a permis d'établir sur des bases solides l'anatomie pathologique et l'étiologie de la maladie. Le champ de l'expérience clinique s'est trouvé agrandi par le fait seul que l'on pouvait constater *de visu* ce qui jusqu'alors était demeuré incertain : la propagation de l'inflammation par continuité de tissu et la fréquence si grande dans l'abdomen des ruptures viscérales. La gravité des symptômes, qui certes n'avait échappée à personne, est devenue plus compréhensible le jour où l'on a vu avec quelle facilité l'infection envahissait le territoire malade. Et, fait non moins important, les résultats merveilleux obtenus par l'intervention chirurgicale dans les péritonites secondaires ont changé d'une manière complète les données sur lesquelles s'appuyait le pronostic, et le but vers lequel le traitement doit tendre. Toutes ces considérations diverses sont bien mises en évidence dans le travail du Dr Cole ; c'est ce qui nous engage à l'analyser et à le mettre sous les yeux de nos lecteurs en même temps que les données de l'École de Paris.

“ La péritonite, dit le Dr Cole, c'est l'inflammation du péritoine causée par une blessure propre ou de voisinage, par une maladie des organes qu'il recouvre ou par la propagation jusqu'à lui de l'inflammation d'un tissu voisin.” C'est une définition qui comprend en elle-même toute l'étiologie. De toutes les causes, la blessure directe du péritoine est certainement la plus rare. Nous

avons affaire, la plupart du temps, à une péritonite secondaire. Donc, pour bien juger la maladie, il faut la considérer comme un symptôme. Il devient alors évident que pour bien établir le traitement, il faut dès l'abord trouver le point d'origine. "C'est là, dit le Dr Cole, la chose essentielle, la chose qui presse et que le médecin doit faire avant tout."

En effet, si vous repassez les causes de la péritonite, vous serez frappé de leur multiplicité et de leur importance. Mettons en tableau, pour plus de clarté, celles qu'on enseigne à l'Université de Paris. Cela permettra de juger en un coup d'œil du danger que cache ce simple mot : péritonite.

I.—PÉRITONITE AIGUE.

1^o Forme septique :

- (a) *Infection générale de l'économie.*
 - (b) *Infection puerpérale à forme rapide.*
 - (c) *Infection par ouverture d'une poche purulente dans le péritoine.*
 - (d) *Infection opératoire par faute d'antiseptie.*
 - (e) *Infection par la rupture de la vessie ou des bassinets contenant des microbes pyogènes.*
 - (f) *Infection par perforation de la vésicule biliaire dans des conditions identiques.*
- (Réaction inflammatoire très vive.)

2^o Forme putride :

- (a) *Perforation intestinale à forme rapide.*
 - (b) *Perforation opératoire par lésions péritonéales traumatiques ou chimiques.*
- (Le collapsus, l'adynamie dominent les symptômes.)

II.—PÉRITONITES CHRONIQUES SIMPLES.

1^o Causes locales :

- (a) *Ulcère simple de l'estomac.*
- (b) *Tumeurs abdominales.*
- (c) *Inflammation des organes génitaux de la femme.*

2^c Causes générales :

- (a) *Le mal de Bright.*
- (b) *L'alcoolisme.*
- (c) *Les cardiopathies.*

III.—PÉRITONITES PARTIELLES SUS-OMBILICALES.

1^o Péritonite péri-hépatique enkystée :

- (a) *Foie (abcès, lithiase biliaire, kystes hydatiques.)*
- (b) *Organes voisins (estomac: cancer, ulcère; duodénum: ulcère; appendice caecal: ulcère; intestin: gastro-entérite, dysentérie, fièvre typhoïde.)*

2^o Péri-splénite.

IV.—PÉRITONITE TUBERCULEUSE.

V.—PÉRITONITE CANCÉREUSE.

Peu de maladies ont une étiologie aussi formidable, étiologie qui fait bien voir, à première vue, le pourquoi de l'aggravation rapide des symptômes. Prenons, par exemple, la péritonite aiguë, et laissons de côté, si vous voulez, les formes purement chirurgicales. Que trouve-t-on dans tous les cas, forme septique ou forme putride? Un germe. Que la vésicule biliaire, le rein, la vessie ou l'utérus laissent parvenir jusqu'au péritoine la matière purulente, ou bien que l'intestin perforé y échappe son contenu, le résultat est toujours le même: une infection dont la marche sera d'autant plus rapide qu'elle aura été moins contrariée à son début. D'où la nécessité d'agir immédiatement et à coup sûr. Il n'y a qu'un seul moyen, dit le Dr Cole: faire immédiatement usage du couteau, suivi de l'irrigation et du drainage.

Il est évident pour nous que ceci s'adresse tout particulièrement à la péritonite aiguë. La chirurgie elle-même nous a appris que dans les péritonites localisées (pelvi-péritonites péritonites partielles sus-ombilicales), l'on pouvait espérer obtenir de bons résultats sans avoir recours à la laparotomie.

Sur quoi alors baser le traitement? Sur l'idée que l'on se fait de la cause et sur l'étude des symptômes. L'importance de ceux-ci est bien mise en relief par le Dr Cole. Citons ce qu'il dit du

symptôme principal, la douleur. " Elle est intense, grippante, intermittente, diminue lorsque la maladie s'étend, s'accompagne ou non de frissons. Le vomissement augmente, devient incoercible à mesure que l'abdomen se distend, jusqu'à ce que la septicémie intestino-péritonéale complète la scène et emporte le malade. La douleur très aiguë, dans la plupart des cas, éclate lorsque l'appendice vermiforme est atteint (Richardson) et très probablement lorsque la perforation a lieu. Chaque heure que l'on perd ensuite facilite la généralisation de la septicémie."

L'on ne peut d'après lui se fier au pouls ni à la température. Le pouls filiforme, dur et vite que l'on donne comme pathognomonique de la maladie très souvent d'existe pas, et l'on éprouve un sentiment de sécurité alors que la mort est inévitable. D'un autre côté, on rencontre souvent une fièvre peu forte avec une septicémie très grande. L'on ne peut se fier à la température que dans les cas d'appendicite.

La douleur a donc pour le Dr Cole une importance spéciale. " Nous regardons, dit-il, la douleur intense, sous forme de colique, qui survient souvent au début de la maladie comme étant le signe pathognomonique de la perforation." Il est bon d'ajouter que pour lui quatre-vingt-dix pour cent des péritonites générales ont pour point de départ le tube intestinal, et plus spécialement une lésion de l'appendice.

En face d'un cas de péritonite, le Dr Cole se pose les questions suivantes, qui sont pour lui essentielles : La péritonite est-elle localisée ? Va-t-elle rester ainsi ? Si elle est généralisée peut-on la circonscrire ? Il s'enquiert de l'histoire du patient et de la cause possible, constate l'état de la maladie et du malade, examine les conditions dans lesquelles ce dernier se trouve, et tache de savoir si les reins sont malades ou l'ont été. Chez une femme, il s'informe spécialement de ce qui aurait pu survenir du côté des organes génitaux. S'il ne redoute ni la perforation ni l'urémie, s'il croit pouvoir empêcher la généralisation de la maladie, il essaie le traitement médical (purgatifs, etc...). Dans le cas contraire il a recours à la chirurgie sans hésitation. Le temps est précieux.

Citons les lignes suivantes à propos du traitement médical. " Il faut bien se rappeler l'anatomie des parties. Souvent l'organisme limite le processus alors qu'une intervention tendrait à le généraliser. C'est dans les péritonites localisées du petit bassin, dans les cas post-opératoires que le traitement salin donne tant de succès. Lorsque le point de départ est à l'appendice, ce

traitement devient dangereux en ce qu'il peut rompre les adhérences et favoriser la perforation et l'épanchement dans la cavité abdominale. Il vaut mieux vider le gros intestin par des lavements ou des suppositoires."

Quelques notes et nous terminons. La douleur peut être à peu près absente après une perforation. Soulager la douleur n'est pas le point le plus important ; il est toujours facile d'y arriver lorsqu'on a décidé la conduite à tenir dans le traitement du cas. Il est bon d'analyser l'urine ; l'urémie est toujours à craindre lorsqu'il y a un mal de Bright. S'il existe, sans que l'opium en soit la cause, une paresie de l'intestin et si, trente heures après l'intervention, les purgatifs salins et la strychnine ne rétablissent pas le péristaltisme et l'évacuation, le cas est désespéré. Lorsque le point de départ est un abcès (rétro-périnéal, de la vésicule biliaire, etc.) il est inutile d'exposer la cavité abdominale à une infection ; il faut venir en aide à la force vitale par une opération.

Ajoutons que les péritonites chroniques simples de causes générales (mal de Bright, alcoolisme, cardiopathies), péritonites qui conduisent généralement à l'ascite, relèvent surtout de la nutrition et de la médecine et n'ont rien à faire avec l'infection et la chirurgie.

DIAGNOSTIC PRÉCOCE DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE, résumé d'une clinique du prof. GRANCHER à l'hôpital des Enfants malades.—*Bulletin Médical*, juillet 1895.—Quel est le médecin qui n'a pu constater par lui-même la fréquence très grande de la tuberculose pulmonaire ignorée à son début chez les enfants et les grandes personnes. Voici une jeune fille pâle, anémique, essoufflée, dont les règles sont irrégulières ; voilà une jeune femme qui tousse un peu, qui a déjà eu une légère pleurésie, qui est souvent fatiguée. Les parents pensent au rhume, à l'anémie, à la faiblesse, ne s'alarment pas beaucoup, se contentent de donner un traitement banal et souvent même ne consultent pas le médecin. Celui-ci d'ailleurs ne fait pas toujours un diagnostic juste ; on l'a vu plus d'une fois méconnaître la maladie alors même qu'elle était rendue à la période de ramollissement et se révélait pourtant par des signes bien caractéristiques : matité sous-claviculaire, crépitations humides, souffle, bronchophonie. Plus d'une fois aussi les parents, rassurés par la bénignité des symptômes, ont accueilli avec un sourire incrédule la possibilité d'une phtisie commençante et n'ont pas voulu ajouter foi à la science du médecin.

Il est bien permis d'ailleurs à celui-ci d'hésiter un peu lorsque l'on voit des maîtres comme Potain, Debove, Achard et Dieulafoy ne pas s'accorder eux-mêmes sur les signes de la tuberculose pulmonaire à son début. Voici ce que dit Potain (1) : " Les signes de la tuberculose au début sont, d'une part, les signes de condensation du parenchyme pulmonaire (modifications de sonorité, changements de tonalité, résistance au doigt) ; d'autre part, les signes de bronchite." Comme le fait remarquer le Dr Grancher, la condensation du parenchyme pulmonaire n'est possible que lorsque ce parenchyme est déjà largement envahi par les tubercules. " Le début clinique de la maladie, disent Debove et Achard (2), date de la submatité et de l'augmentation des vibrations." Et cependant ces signes sont déjà des signes tardifs, des symptômes qui traduisent une infiltration très avancée du sommet. Et Dieulafoy (3) : " On les ausculte et on trouve quelques légers signes de tuberculose commençante : quelques craquements secs, fort limités, à l'un des sommets ; une submatité à peine perceptible au même niveau ; on examine leur expectoration et l'on y découvre le bacille spécifique de la tuberculose." Non seulement les craquements, la submatité ne sont pas des signes de tuberculose commençante, mais la présence du bacille dans les crachats est encore plus tardive, puisqu'elle indique le ramollissement des tubercules.

D'un autre côté, Marfan dans le *Traité de médecine* (IV, p. 648), Landouzy et Arthaud au Congrès de la tuberculose de 1893, Faisans, un élève de Grancher, dans son livre des *Maladies des voies respiratoires*, prétendent que l'inspiration rude est le signe de début de la tuberculose. Ceci fait comprendre combien la question est débattue.

" Ce que je demande, dit le professeur Grancher, est-il donc si difficile à accepter ? Je prétends seulement qu'il ne faut pas attendre la submatité, l'augmentation des vibrations, les craquements pour faire le diagnostic de tuberculose pulmonaire ; il faut le faire, on peut et on doit le faire avant l'apparition de ces signes, et par le seul fait de l'existence d'une respiration anormale. Si, sous une clavicule, vous trouvez, d'une façon permanente, une altération du bruit inspiratoire, si vous constatez ce phénomène chez un individu qui est souffrant, qui pâlit, qui

(1) Diagnostic de la tuberculose pulmonaire au début. — *Union Médicale de Paris*, mai 1894, p. 638.

(2) Manuel de Médecine, t. I, p. 357.

(3) Manuel de Pathologie Interne, éd. 1894, p. 285.

maigrir, je vous demande que vous en concluiez qu'il y a là très probablement de la tuberculose. Vous voyez que je ne suis pas exigeant, je ne réclame pas un diagnostic de certitude, je sais très bien que les altérations respiratoires ne sont pas pathognomoniques de la tuberculose, non plus d'ailleurs que la matité, les craquements ou tout autre signe. Il n'y a, pour poser un diagnostic de certitude, que la constatation des bacilles, ou encore la réaction de la tuberculine, ou encore l'inoculation du cobaye. En l'absence de la certitude, je vous demande de poser un diagnostic de très grande probabilité quand, avec un état général qui sent la tuberculose, vous trouverez sous une des clavicules les altérations inspiratoires que je vais vous indiquer, et alors n'attendez pas, traitez le malade comme s'il était absolument sûr qu'il s'agisse de tuberculose. Dans la très grande majorité des cas, du reste, vous ne vous serez pas trompés."

Le Dr Grancher divise la tuberculose pulmonaire en trois périodes qui font voir l'extrême importance d'un diagnostic précoce. 1ère période: germination des tubercules; caractérisée, outre les signes généraux et fonctionnels, par la rudesse du murmure vésiculaire à l'inspiration. Cette période peut durer des mois et des années. 2ème période: conglomération des tubercules; son début date de l'apparition de la submatité. Il s'y joint de l'exagération des vibrations vocales, puis quelques craquements secs. 3ème période: ramollissement des tubercules; c'est la période terminale, à laquelle il faut ajouter la période des cavernes; marquée par l'apparition des râles humides; puis survient le gargouillement et le souffle caverneux. C'est seulement quand le tubercule se ramollit et se vide dans les bronches que les bacilles apparaissent dans les crachats. Il est donc de la plus grande importance de faire le diagnostic, dès la première période, par l'auscultation.

Le Dr Grancher conseille l'auscultation sans stéthoscope. D'abord, il faut toujours ausculter le malade dévêtu, en n'interposant entre sa peau et son oreille qu'un très fin tissu, un mouchoir par exemple. Il faut appliquer très exactement votre oreille contre la poitrine du malade, et tout à fait sous la clavicule: c'est en ce point qu'apparaissent presque constamment les premiers signes. Il faut avoir soin d'appuyer le malade le dos contre un mur ou un meuble; dans cette position, l'inspiration est plus large (précaution très importante). Avec votre main pressée en arrière de l'épaule du malade, tenir sa poitrine bien appuyée sur votre oreille. Prier alors le malade de respirer dou-

cement et profondément.” On a quelquefois beaucoup de difficulté à montrer au malade à bien respirer. On ausculte attentivement plusieurs inspirations à l'un des sommets, puis l'on passe tout de suite à l'autre afin de comparer. Il faut aussi s'habituer à exclure tout autre bruit et n'entendre que le bruit inspiratoire. Celui-ci est produit par le passage de l'air au niveau du vestibule de l'alvéole. Lorsque l'alvéole est sain, le bruit est souple, doux, moelleux. Tandis que si l'orifice du vestibule est rétréci par des tubercules, et c'est toujours là qu'ils prennent naissance, le bruit inspiratoire perd sa souplesse pour devenir rude. La rudesse du bruit inspiratoire indique donc la naissance des tubercules dans l'alvéole, et par conséquent le début de la tuberculose pulmonaire.

Cette rudesse se distingue très bien à l'auscultation, surtout si l'on fait la comparaison avec le côté sain. Dans le cas où les deux sommets seraient malades, le Dr Grancher conseille de faire la comparaison avec la région moyenne du poumon, en arrière, dans l'espace interscapulaire au niveau de l'épine de l'omoplate. Le murmure physiologique à cet endroit est presque toujours normal.

Le savant professeur termine ainsi sa clinique. “ Cette rudesse inspiratoire, j'y insiste, suffit dans la plupart des cas, et lorsqu'elle concorde avec les signes fonctionnels, pour affirmer le diagnostic. Je ne voudrais pas paraître trop absolu. Il est certain que de simples bronchites, comme tout le monde en a eu, suffisent à altérer pour longtemps la respiration physiologique; il suffit d'un peu de dépoli de la muqueuse des petites bronches, de quelques rugosités de la plèvre pour produire des altérations parfois persistantes des bruits respiratoires. C'est vrai; mais quand vous trouverez une *rudesse inspiratoire localisée* à un sommet et *persistante*, pensez immédiatement à la tuberculose, et pour peu que quelque chose concorde dans l'état général, amaigrissement, sensation de fatigue, n'hésitez pas à poser le diagnostic, vous ne vous tromperez pas, et surtout instituez immédiatement le traitement.”

Eruptions :

| | |
|-----------------------|--------------|
| R.—Soufre-blanc..... | 1 drachme |
| Éther sulfurique..... | } 4 drachmes |
| Glycérine..... | |
| Alcool..... | |
| Eau de rose..... | 6 onces |

D.—En applications locales,

CHIRURGIE

LA FRACTURE DE COLLES ET SON TRAITEMENT, étude-résumé d'un travail du Dr Carlos C. Booth, publié dans le *International Medical Magazine*, août 1895.—Le Dr Booth, chirurgien du *Youngstown City Hospital*, publie son travail à la suite d'expériences assez nombreuses faites sur des cadavres, et les conclusions auxquelles il est arrivé au sujet du mécanisme de la fracture, ainsi que les modifications qu'il fait subir au traitement nous engageant à résumer l'article en lui donnant une nouvelle division afin d'en rendre l'exposé plus clair.

Définition.—La fracture de Colles est une fracture transverse du radius survenant à une distance d'un pouce à deux pouces et demi de son articulation avec les os scaphoïde et semi-lunaire. Elle fut décrite pour la première fois par Colles, de Dublin, en 1814. Barton, en 1838, a donné la définition d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius qui porte son nom; c'est une fracture oblique intéressant l'articulation. La fracture de Colles est plus commune.

Étiologie.—La fracture de Colles se produit toujours vers le même endroit du radius, là où le tissu plus dense de la diaphyse se réunit au tissu spongieux de l'épiphyse. En effet, à trois quarts de pouces au dessus de l'articulation, le tissu spongieux de l'extrémité inférieure de l'os, recouvert d'une couche très mince de tissu compact, se réunit au tissu plus dense du corps de l'os. Ce défaut d'équilibre dans la densité osseuse détermine la localisation de la fracture, qui se produit habituellement au moment d'une chute sur la paume de la main. Quelquefois le traumatisme survient sur le dos de la main, mais dans l'un et l'autre cas il faut que la violence du coup soit indirecte.

Mécanisme.—Le déplacement qui se produit dans la fracture de Colles est triple (Chélius) : a. déplacement en arrière en ce qui regarde le diamètre antéro-postérieur de l'avant-bras; b. rotation en arrière de la surface carpienne du diamètre transverse de l'avant-bras; c. rotation de cette même surface en arc de cercle (dont le centre serait le point d'attache au cubitus du ligament triangulaire) vers l'extrémité de l'apophyse styloïde du radius.

Pour tout dire d'une manière plus brève, il y a déplacement en arrière et latéral avec torsion, et voici le mécanisme de ces déplacements :

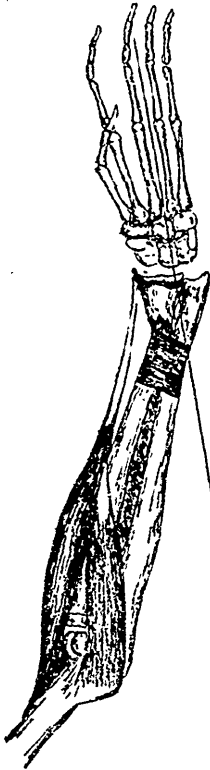
(a) Dans la chute sur la main, la force prend son point d'application sur l'éminence thénar et s'étend vers le carpe et l'extrémité inférieure du radius. Si, au moment du choc, l'angle que l'avant-bras fait avec le sol est moindre que 60° , la ligne qui représente la direction de la force se dirige vers le haut *en avant* de l'axe de l'avant-bras. Par conséquent tout le choc est supporté par l'extrémité inférieure du radius qui se brise ; et la force continuant d'agir le fragment inférieur est repoussé en arrière. Si l'angle est plus grand que 60° , la force se dirige vers le haut du bras et l'on a comme résultat soit une dislocation en arrière de l'épaule, soit une sévère entorse du poignet.

(b) La surface carpéenne du radius se trouvant à tomber en glissant en avant, c'est par conséquent la surface postérieure de l'os qui reçoit le plus fort choc ; d'où rotation du fragment inférieur en arrière sur le diamètre transverse de l'avant-bras.

(c) La surface carpéenne du radius se trouve aussi à tomber en bas et en dehors vers le côté radial du bras ; par conséquent le côté radial de l'os soutient la principale partie du choc que reçoit l'éminence thénar du pouce. Il en résulte que le côté radial du fragment inférieur est déplacé en haut beaucoup plus que le côté cubital du fragment, lequel reste attaché fermement au cubitus par le ligament triangulaire. Par ce déplacement rotatoire, les deux apophyses viennent se placer sur le même plan, et même l'apophyse du radius peut se trouver placée plus haut que celui du cubitus.

On voit par les données précédentes que l'auteur s'écarte passablement de l'école française. En effet, Malgaigne et Lecomte pour les disparus, Tillaux et Duplay pour les hommes du jour sont d'avis que la fracture de l'extrémité inférieure du radius est une fracture par arrachement survenant sous l'action de deux forces contraires : la traction active des muscles, la résistance passive des ligaments, et résultant d'une flexion forcée de l'os. Cette opinion, partagée par Hamilton et basée seulement sur des expériences cadavériques, ne paraît pas juste au Dr Booth. "Les conditions sur les cadavres, dit-il, ne sont pas les mêmes que sur le vivant." Il admet par exemple que les muscles abducteurs jouent un grand rôle dans le déplacement qui produit la déformation. Des expériences personnelles sur le cadavre lui ont permis de constater deux faits anatomiques d'une

grande valeur : 1° Presque toute l'articulation du poignet existe entre le scaphoïde et le semi-lunaire d'une part et l'extrémité du radius de l'autre. Le cubitus n'a rien à y voir. 2° La main se tient toujours en ligne droite dans la longueur de l'axe du fragment inférieur. Voilà ce qui explique l'abduction forcée de la main. (*Voir la figure.*)



Avec la gracieuse permission du "International Medical Magazine"

L'idée d'une luxation du cubitus doit être écartée. L'extrémité du cubitus peut cependant être intéressée. Le Dr Booth a vu deux cas de ce genre, et il cite à ce propos un travail du Dr Moore. Le Dr Moore, de Rochester, N.-Y., a disséqué trois fractures de Colles sur des individus morts à la suite de lésions internes reçues en même temps que la fracture; il a aussi réséqué l'extrémité du cubitus dans deux cas de fractures compliquées de plaie. Ces cinq cas lui ont permis de constater que la force qui produit la fracture peut être suffisante pour déchirer le cartilage triangulaire et même fracturer l'extrémité du cubitus. Il y a plus: le ligament latéral interne, qui unit fortement l'apophyse styloïde au carpe, peut céder en entraînant la surface de l'apophyse plus faible que lui. Le Dr Booth s'appuie sur ces faits pour affirmer que puisque les ligaments peuvent céder dans certains cas, ce n'est pas la résistance seule qu'ils opposent aux muscles qui est le facteur principal dans les fractures de l'avant-bras. Il faut une force plus grande, celle du choc.

Anatomie pathologique.—La fracture de Colles est souvent composée ou multiple. La diaphyse de l'os est souvent fendue et l'apophyse styloïde quelquefois détaché. Chez les jeunes sujets, l'épiphyse peut se séparer de la diaphyse. La fracture classique est habituellement transverse. Dans presque tous les cas, il y a de la pénétration due à la différence de tissu des deux fragments, mais ils chevauchent très rarement l'un sur l'autre. Lorsque cela arrive, le chevauchement s'accompagne d'une lacé-

ration étendue des ligaments. Le périoste de la partie postérieure du radius n'est généralement pas déchiré.

Signes, symptômes et diagnostic.—Déformation en dos de fourchette; proéminence de la surface palmaire du poignet correspondant à l'extrémité inférieure du fragment supérieur de la fracture; déplacement de l'apophyse styloïde qui est plus élevé. La crépitation et la mobilité anormale sont souvent défaut. La fracture de Barton intéresse l'articulation et disloque le carpe en arrière sur le radius et le cubitus.

Pronostic.—Les fragments étant bien nourris s'unissent facilement. Le pronostic dépend surtout de la réduction du déplacement. Il est quelquefois impossible de faire une réduction complète, ou même, si l'on y réussit, d'obtenir un résultat satisfaisant. Dans les cas de mauvais résultats, il reste toujours la ressource de l'ostéotomie.

Traitement.—On obtient la réduction en faisant l'extension forcée du poignet en arrière vers le radius pendant que l'on saisit fortement les deux fragments que l'on manipule en avant et en arrière de manière à les engager l'un dans l'autre et à les amener dans la ligne normale. Cette manœuvre relâche la partie dorsale du périoste et permet de faire rapidement la réduction avec très peu de douleur. Dans certains cas, surtout dans les fractures compliquées de plaie, la réduction est fort difficile; il faut employer beaucoup de force, mettre le patient sous l'influence de l'éther et même exciser l'extrémité du cubitus. Mieux la réduction sera faite, moins la réaction inflammatoire sera vive.

Le Dr Booth ne recommande aucune attelle en particulier. L'attelle bourrée de Hamilton, en forme de crosse de revolver, s'adaptant sur la face interne du bras avec une attelle droite postérieure s'étendant jusqu'au poignet lui paraît excellente. Ce qu'il recommande fortement, c'est de pratiquer le massage pendant les premiers huit à dix jours, jusqu'à ce que l'ossification commençante exige l'immobilité complète. On pratique le massage deux fois par jour en exerçant aux alentours et sur la jointure malade des pressions assez fortes avec le pouce enduit d'un corps gras, tâchant en même temps de ne pas déranger les fragments; s'il est nécessaire, on les fait maintenir en place par un aide. Les séances du massage doivent durer une demi-heure chaque fois. On peut même exercer des mouvements sur la jointure.

Cette méthode facilite l'absorption de l'exudat inflammatoire, la formation du cal et empêche la réaction de se faire trop vivement. Après dix jours on n'enlève plus les attelles. Au

contraire, on les serre tous les jours afin de bien maintenir la coaptation jusqu'à ce que l'ossification soit complète, c'est-à-dire après deux à quatre semaines. Le traitement dure donc de trois à cinq semaines. On remarquera que c'est à peu près la méthode de Lucas-Championnière. "En agissant ainsi, dit le Dr Booth, vous ne trouverez pas, le moment venu d'enlever les attelles, que c'est un des plus solennels de votre vie, et vous ne tremblerez pas de crainte qu'un déplacement osseux ne se soit produit, car vous aurez eu maintes fois l'occasion, avant de poser votre appareil permanent, de constater que les fragments étaient bien en place, et votre patient bénéficiera d'une économie de temps en même temps que de l'efficacité de la méthode."

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

SUPPRESSION DE LA SÉCRÉTION LACTÉE PAR L'ANTIPYRINE.—M. Guibert, interne des hôpitaux de Montpellier, a vérifié les bons effets de l'antipyrine dans le cas où l'on veut tarir la sécrétion lactée. Quelques observations ont été déjà publiées dans ce sens.

M. Guibert en a recueilli dix-neuf chez de nouvelles accouchées, chez lesquelles l'antipyrine a complètement supprimé la sécrétion lactée. Ces malades sont divisées en deux groupes : celles qui, après l'accouchement, ont allaité pendant quelques jours, et celles qui n'ont pas donné le sein à leur enfant.

Le plus souvent, on a donné l'antipyrine à la dose de deux ou trois grammes par jour, par cachets de 25 centigrammes toutes les deux heures. Dans aucun des cas observés, il n'y a eu d'accidents ; on a trouvé le médicament normalement dans l'urine et un peu plus tardivement dans le lait.

Cette médication, qui paraît sans aucun inconvénient, semble donc bien supérieure à toutes les autres, purgatifs répétés, régime sec, iodure de potassium, etc.

(Archives de Tocologie.)

HERNIES ET GROSSESSE.—C'est une femme enceinte pour la troisième fois. Elle a eu un accouchement normal dans lequel on n'a eu rien de particulier à noter. Seulement cette femme avait remarqué qu'au début de sa grossesse, avait apparu, au-dessus de l'ombilic, une tumeur de la dimension d'une noisette, tumeur qui, un peu plus tard, est devenue grosse comme un marron.

C'est une hernie.

Eh bien, qu'arrive-t-il aux hernies, pendant la grossesse ?

La grossesse favorise-t-elle la hernie ? En général, non, si l'on parle des hernies crurales ou des hernies inguinales, et la raison en est très simple : la grossesse, en effet, en se développant, éloigne l'intestin du canal inguinal et du canal crural et est, par conséquent, une difficulté pour la production de la hernie crurale inguinale. Mais il n'en est pas du tout de même quand il s'agit de la hernie ombilicale. La grossesse, en distendant l'utérus, refoule le paquet intestinal en haut, où il est d'autant plus pressé que la grossesse est plus avancée. S'il y a une petite ouverture par laquelle peut s'engager l'intestin, il est certain que l'état gravide de l'utérus est une cause qui excite d'autant plus à la sortie des tissus et facilite cette sortie.

Mais cette hernie de quelle nature est-elle ? Quelquefois c'est une simple hernie de tissu adipeux, et, dans ce cas, elle est généralement petite. — Mais il peut y avoir aussi la hernie qui intéresse l'épiploon et celle qui porte sur l'intestin, — les deux que l'on observe en chirurgie (épiploïque et intestinale).

Chez notre malade, c'était une hernie épiploïque, qui formait une masse pâteuse, irrégulière, avec cette particularité qu'elle était devenue fort douloureuse après l'accouchement, et irréductible, tandis qu'avant l'accouchement elle était réductible — la malade la faisait rentrer elle-même très facilement. Il y avait, en outre, de l'inflammation.

Si l'accident avait augmenté, nous aurions dû faire une incision et débrider l'anneau par lequel l'épiploon avait fait hernie. Mais, comme en somme la douleur ne s'était déclarée sur ce point que depuis peu, on s'est contenté d'appliquer sur la hernie une compresse d'alcool à 90 degrés, que l'on a recouverte d'un taffetas gommé dans le but d'empêcher l'évaporation.

Je n'ai pas cru que la hernie allait être guérie par cette application, mais l'alcool influence la peau et la rend peu sensible. — Eh bien, par ce moyen fort simple, la douleur a été calmée et la hernie est rentrée d'elle-même.

Voici, en un mot, ce que l'on peut dire de la hernie pendant la grossesse : on n'observe ni de hernie inguinale, ni de hernie crurale, mais on peut avoir des hernies ombilicales.

Mais, si la femme a déjà une hernie, que va-t-il se produire pendant la grossesse ?

Le paquet intestinal est repoussé par l'utérus, il remonte et l'on voit la hernie — qu'elle soit crurale ou inguinale — remonter aussi progressivement et se réduire complètement, avec cette réserve, toutefois, qu'il n'y a pas d'adhérences qui immobilisent l'intestin. — S'il existait des adhérences, on aura, pendant la grossesse, tous les accidents que peuvent déterminer les tiraillements exercés sur l'intestin qui, d'une part, est refoulé en haut par la dilatation utérine et, d'autre part, est retenu en bas par les adhérences contractées.

Et maintenant, quelle conduite doit tenir l'accoucheur pendant l'accouchement, s'il se produit, chez la femme, une hernie sous l'action des efforts d'expulsion ? Ces efforts ont pour conséquence une prédisposition à l'augmentation des hernies crurales, inguinales et ombilicales. Mais comme la plupart du temps les hernies crurales et ombilicales sont rentrées, ont été réduites spontanément pendant le cours de la grossesse, c'est surtout ou seulement la hernie ombilicale qui est aggravée par les efforts d'expulsion, qui, à chaque effort, est repoussée. Il faut, pour prévenir des accidents, avoir le soin de placer sa main sur la hernie, de l'y laisser en permanence, afin qu'à chaque effort, à chaque poussée de la femme, on maintienne la hernie, on l'empêche de sortir davantage. Pour cette opération, il faut mettre sa main ou faire mettre la main d'un aide sûr et capable et non point se contenter d'appliquer un bandage de l'effet duquel on ne peut jamais être certain.—*Prof. Tarnier, in Journ. des Sages-Femmes.*

FORMULAIRE

Chute des cheveux :

| | |
|------------------------|------------|
| R.—Lait de soufre..... | 3 drachmes |
| Glycerine..... | 6 onces |
| Eau..... | 2 onces |

D.—En application soir et matin. Faire couper les cheveux courts.

Glycérolé d'iodoforme :

| | |
|-------------------|-----------------------|
| R.—Iodoforme..... | $\frac{1}{2}$ drachme |
| Glycerine..... | 1 once |
| Eau..... | 1 once |

D.—En application dans les plaies.

Coqueluche :

Traitement conseillé par Legroux et Hudelo dans le *Traité de médecine et de thérapeutique*.

A.—PROPHYLAXIE.—La coqueluche est une maladie très contagieuse. Isolement absolu et aussi précoce que possible du coquelucheux tant que les quintes et l'expectoration persistent. Crachoir contenant un liquide antiseptique. Désinfecter la chambre et le linge après la maladie.

B.—HYGIÈNE.—Chambre bien aérée, suffisamment chaude. Sorties par le beau temps dans les cas légers. Eviter au malade les émotions, les jeux violents, les changements subits de température, qui augmentent la fréquence des quintes. Quelques gorgées d'eau froide pendant celles-ci. Alimentation substantielle (œufs, purée de viande, etc.) ; repas courts et fréquents, autant que possible après une quinte.

C.—TRAITEMENT MÉDICAL.—1ère période : le même que dans la bronchite simple. 2ème période : Insufflations dans les narines de poudres antiseptiques (quinine, acide borique, bismuth) et de poudres antispasmodiques (cocaine, bromures). Belladone et antipyrine à l'intérieur. Badigeonnage du pharynx avec une solution de cocaïne au 20° ou au 10°. Ipéca quand les mucosités bronchiques deviennent prédominantes, quinine dans les cas de fièvre, digitale lorsque le cœur se fatigue. Chez les jeunes enfants, lorsqu'il y a menace d'asphyxie par une quinte très forte, on peut donner un bain chaud sinapisé de deux à trois minutes, et le faire suivre de l'enveloppement dans de la ouate. 3ème période : Donner les anticatarrhaux et les balsamiques (tolu, térébenthine), ainsi que les toniques (fer, huile de foie de morue). Ajouter l'arsenic si la convalescence est traînante.

Traiter les complications suivant leur nature.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Directeur-Gérant : DR A. LAMARCHE.

Rédacteur en-chef : DR E. P. BENOIT

MONTRÉAL, OCTOBRE 1895.

BULLETIN MÉDICAL

Les Congrès de Bordeaux

Suivant notre promesse, nous continuons dans ce bulletin l'étude des différents travaux qui ont donné aux Congrès de Bordeaux une importance si grande. Fidèle à notre méthode de ne fournir à nos lecteurs que ce qui peut les renseigner sur un point théorique ou leur être utile dans la pratique de tous les jours, nous nous occupons surtout du Congrès de Médecine interne, nous contentant de faire une revue rapide des autres.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE

Deuxième question : De l'intestin et du foie en pathologie (Rapporteurs : MM. les Drs Hanot, Planté et Teissier).—L'intérêt énorme que présentent les maladies du foie et de l'intestin vient surtout des liens anatomiques qui unissent les deux organes l'un à l'autre et de la *sympathie* qui les anime dans leur activité fonctionnelle. Ce sont deux organes complètement différents dont l'action est cependant simultanée, et, de même que l'un ne peut pas se passer de l'autre, l'un ne peut pas être malade sans que l'autre sympathise. Ceci peut s'expliquer d'une manière plus concise en disant que, physiologiquement, il existe entre le foie et l'intestin d'intimes relations nerveuses et circulatoires. Examinons les deux organes l'un après l'autre, à l'état sain et à l'état pathologique; nous comprendrons mieux ensuite quelle série formidable de symptômes l'ont peut avoir lorsque les deux sont malades. "L'étroite solidarité, dit le Dr Teissier, qui unit d'une façon indissoluble les destinées pathologiques

de ces deux organes est telle que, dorénavant, les troubles que la maladie leur imprime ne sauraient plus être étudiés isolément, pas plus que les maladies du poumon ne peuvent être envisagées indépendamment de celles du cœur, ou inversement. On pourrait même dire que le foie joue vis-à-vis de la pathologie intestinale le même rôle que l'oreillette droite dans la pathologie cardio-pulmonaire. C'est la pièce de résistance qui maintient l'équilibre fonctionnel par rapport aux grandes fonctions de la vie ; sa défaillance est aussi redoutable pour l'économie toute entière que la défaillance des cavités droites ouvrant la porte à l'asystolie ; le *foie forcé*, c'est la porte ouverte à toute la série des infections et des intoxications en voie d'élaboration constante dans l'intestin ; c'est l'*asystolie hépatique*, aussi redoutable que l'asystolie cardiaque."

LE FOIE.—Le foie n'est qu'un diverticulum de l'intestin, et l'embryologie nous montre que la cellule hépatique et l'épithélium intestinal ont une même origine. "L'intestin, organe creux, est constamment balayé par les produits de sécrétion de l'organe glandulaire, le foie, tandis que ce dernier va être traversé par toute ou partie de la masse nutritive contenue dans le premier, masse nutritive qu'il devra retenir, modifier ou épurer, avant de la livrer au torrent central de la circulation." Le foie est donc l'un des rouages fondamentaux de la nutrition générale ; il alimente toute activité organique en nourrissant l'organe et le défend contre les poisons. Il entretient donc l'équilibre nutritif de l'intestin. Le foie étant un organe de transformation des matériaux albuminoïdes, modérateur du sucre et créateur du sang, un organe hématopoïétique et glycogénique, pour nous servir des termes techniques, s'il devient malade, la nutrition générale se trouvera dérangée, et l'intestin sera modifié dans sa structure intime et son activité fonctionnelle. De plus, le foie crée la bile, liquide antitoxique, par elle il neutralise sans cesse les poisons qui arrivent ou se forment dans l'intestin (acides lactique, butyrique, etc., ptomaines, leucomaines, etc., etc.), il aide celui-ci dans le travail spécial de la digestion.

Maintenant supposons le foie malade ; rappelons-nous les nombreux liens nerveux et circulatoires qui l'unissent à l'intestin. Que se passe-t-il chez ce dernier ? L'irritation nerveuse du foie (coliques hépatiques) produira une réaction à l'estomac (voissements, gastralgie) et à l'intestin (entéralgie). Ce sont des symptômes caractéristiques. On a même vu dans certains cas l'irritation de la muqueuse du canal cholédoque par les calculs biliaires causer une inhibition réflexe qui produit la paralysie intestinale et la mort survenir avec le syndrome bien connu des pseudo-étranglements. Les hémorragies gastro-intestinales sont fréquentes au cours des maladies du foie (cirrhoses, lithiase biliaire). Mais ce qui produit ces hémorragies, ce n'est pas tant la gêne de la circulation dans la veine porte que la modification du sang, que le foie ne purifie plus

et qui, à l'aide des poisons qu'il contient (alcool), rend les vaisseaux en général plus friables. Aussi, sous l'influence de ce trouble de la nutrition amené par la maladie hépatique, nous voyons des symptômes d'ordre général se manifester à l'intestin (tympanisme, constipation, diarrhée, selles sanglantes, hémorrhoides). Ce sont les petits signes de Hanot qui font voir l'insuffisance commençante du foie, le début de l'asystolie hépatique, pour nous servir de l'expression pittoresque de Teissier. Les troubles de l'intestin seront encore bien plus accentués lorsque la maladie du foie viendra à modifier la sécrétion de la bile. L'on aura alors les grands troubles digestifs: selles dures, argileuses, semblables à du plâtre sali, contenant une notable quantité de graisse en nature; une constipation habituelle accompagnée de crises de diarrhée dues à l'irritation de la muqueuse intestinale par les matières acides; du météorisme par excès de gaz (fermentation) ou par atonie. Si, au lieu d'être diminuée, la bile est surabondante, l'on aura de la diarrhée bilieuse avec coliques. L'on ne doit donc pas s'étonner qu'un malade porteur d'une affection chronique du foie offre les symptômes intestinaux suivants: diminution de l'appétit, dégoût pour la viande et les matières grasses, digestion difficile, balonnement épigastriques après repas, météorisme habituel, constipation opiniâtre, crises de diarrhée, décoloration des matières.

L'INTESTIN. — Comme on voit, le foie malade exerce sur l'intestin une influence néfaste, et cela de deux manières: directement en le privant de la bile, indirectement en ne purifiant pas le sang qui doit le nourrir. Et l'intestin, de même qu'il réagit vivement à la douleur nerveuse, est très sensible à ces troubles fonctionnels. Peut-il à son tour influencer le foie? Si ce dernier organe est un diverticulum de l'intestin, on peut bien dire que celui-ci sert de vestibule au foie. Or, cela seul constitue un grand danger, car l'intestin est le lieu de passage des résidus alimentaires qui y entraînent avec eux nombre de germes et donnent lieu à des fermentations sans nombre. Ce qui protège le foie contre l'invasion des germes de l'intestin, c'est le flot continu de bile qui lave les canaux hépatiques. Il faudra donc, pour qu'il soit infecté directement par l'intestin, que la sécrétion de la bile soit ralentie (ne pas oublier que la bile est très antitoxique) et que les canaux deviennent perméables, ce qui arrive peu souvent avec les maladies habituelles à nos climats. Mais l'infection du foie est fréquentée dans la diarrhée et la dysenterie des pays chauds, à cause du ralentissement de la nutrition générale; cela se rencontre aussi dans les maladies infectieuses à siège intestinal (fièvre typhoïde, etc.) Seulement, le fait qui domine tous les autres, c'est que la nutrition générale est troublée et par conséquent la résistance de l'organe beaucoup moindre. L'intestin peut bien infecter le foie par les voies biliaires, si celui-ci le permet; mais il agira bien plus sûrement par la voie portale, puisqu'il s'attaquera directement à la

cellule même. C'est surtout par la veine porte qu'un poison tel que l'alcool ira établir la cirrhose dans le foie. Rappelons nous bien que c'est par cette voie que les matières assimilables sont amenées à l'organe hépatique pour être purifiées avant de passer dans la circulation générale. Le foie est un organe de défense. Or, si l'intestin est malade, il fournira au foie, à cause de son mauvais fonctionnement, des matières beaucoup moins pures; et celui-ci, surmené, loin de détruire les toxines, les laissera passer et en subira l'influence. C'est à ce moment que sa cellule s'altère et qu'il survient, suivant les circonstances, des lésions épithéliales, scléreuses ou mixtes.

Le foie peut de même être infecté par l'artère hépatique, c'est-à-dire par la circulation générale. C'est par la veine porte et l'intestin que le foie est en relation avec l'extérieur, c'est par l'artère hépatique qu'il est en relation avec l'économie. C'est par l'une ou l'autre voie que lui viendra l'infection, suivant que cette dernière sera localisée ou générale. Ce sera une des gloires de l'école française moderne d'avoir expliqué aussi clairement l'origine des maladies infectieuses du foie. Et dans ce cas-ci comme dans les autres, la grande loi du terrain reste toujours la même: le foie ne sera infecté par l'intestin que si ce dernier en modifie la nutrition, de même que l'infection générale ne lèsera l'organe qu'après en avoir altéré la cellule.

Les conclusions à tirer au point de vue du traitement sont faciles. La meilleure manière de protéger le foie contre toute infection, c'est d'augmenter son activité sécrétoire, qui est par essence antitoxique. D'un autre côté, l'antiseptie intestinale ne peut être efficace sans le concours du foie. Suivant Teissier, les meilleurs cholagogues sont les meilleurs antiseptiques intestinaux. "Le salicylate de soude, qui s'élimine par la bile et la liquéfie, est le meilleur modificateur de l'action hépatique. En assurant d'une façon relative l'aseptie biliaire, il devient le médicament de la défaillance du foie, comme la digitale est le médicament de la défaillance du cœur."

Troisième question. Des antithermiques analgésiques (Rapporteurs: Drs Schmitt et Laborde).—On peut dire qu'à la rigueur presque toute la chimie organique évolue sur les hydrocarbonés, dont le générateur est le goudron de houille. Qui est ce qui ne connaît pas les alcools et les essences, ou n'a jamais vu de la benzine ou de la térébenthine.

La chimie n'a pas cessé d'extraire de nouveaux groupes de ces différentes séries: la pharmacopée, pour sa part, a ajouté à sa liste ceux des phénols, des acides aromatiques, des anilides et du pyrrol, quatre groupes importants qui ont pour chef de file l'acide phénique (acide phénique, résorcine, thymol, gaiacol, naphтол), l'acide salicylique, (acide salicylique, acide benzoïque, salol, bétol), la phénacétine (aniline, acétanilide ou antifibrine, phénacétine, phénocolle, salophène) et l'antipyrine (antipyrine, salipyrine, tolypyrine, tolysal). Ce sont ces groupes qui, avec quelques autres moins importants

(antithermine, pyrodine, quinoline, thalline, etc.,) constituent la classe des médicaments antithermiques analgésiques, médicaments d'autant plus précieux qu'ils ont pour base deux des quatre composés fondamentaux de l'organisme humain, le carbone et l'hydrogène. L'action de ces médicaments se fait surtout sentir sur le système nerveux (abaissement de la fièvre, abolition de la sensibilité), d'où le nom qu'on leur a donné; mais il ne faut pas oublier qu'ils ont aussi une action ralentissante sur la nutrition élémentaire et une action chimique sur les globules rouges du sang. Voilà pourquoi, donnés à doses trop fortes ou accumulés dans l'organisme, ils produisent aussitôt une perturbation très grande de l'économie. Leur administration demande donc du tact, et leur action doit être surveillée. C'est l'action antithermique et analgésique que les Drs Schmitt et Laborde ont surtout étudiée; c'est celle d'ailleurs qui nous intéresse le plus.

Donnons tout de suite les conclusions des rapporteurs. "Comme antithermiques, ou plutôt comme antihyperthermiques, ces médicaments peuvent avoir dans certains cas une action favorable; le plus souvent ils sont inutiles ou dangereux; comme analgésiques, ils occupent une place importante et incontestée dans la médication de la douleur." Le Dr Schmitt est très affirmatif dans ses avancés. Il fait d'abord voir les accidents auxquels on s'expose avec ces médicaments: accidents digestifs (nausées, vomissements, diarrhée, douleurs épigastriques), accidents d'intoxication (éruptions érythémateuses, roséiformes ou scarlatiniformes), accidents nerveux-circulatoires (cyanose, intermittences cardiaques, collapsus même). Il ajoute ensuite: "Ces médicaments ne s'attaquent pas à la cause de la fièvre; ils abaissent la température d'une façon passagère tant qu'ils sont dans l'organisme en quantité suffisante, la chute thermométrique ne survit pas à l'élimination du médicament; ils n'enrayent pas la maladie, mais donnés à doses suffisantes et suffisamment répétées, ils peuvent la faire évoluer à une température à peu près normale. Or, cette évolution athermique présente-t-elle des avantages? L'affirmer serait téméraire." Et plus loin: "Nos antipyrétiques diminuent-ils la gravité de la maladie, le danger des complications? Les faits répondent encore par la négative."

On reste convaincu, après la lecture de ce rapport, que la méthode qui consiste à vouloir étouffer la maladie dans l'organisme est fautive, qu'il vaut mieux tout au contraire aider l'organisme à éliminer la maladie. La fièvre est un des symptômes qui indiquent la lutte de l'économie contre une cause envahissante. Ce serait être bien maladroit que de contrecarrer l'action de la vieille nature médicatrice. Mais d'un autre côté comme tous les phénomènes vitaux sont sous le contrôle du système nerveux, on comprend facilement que la douleur soit une aggravation de la maladie puisqu'elle diminue considérablement la résistance organique. Faire cesser la douleur,

c'est placer l'économie dans de meilleures conditions de défense, et c'est lui permettre par conséquent de combattre plus efficacement la fièvre en se rendant maître de la cause. Pour le Dr Schmitt, les indications de l'antipyrèse médicamenteuse sont : élévation brusque de température, réaction nerveuse excessive, caractère passager de la fièvre, bénignité de l'infection. " Dans certaines affections fébriles peu graves, dit-il, dans les gripes légères, dans l'angine herpétique, etc., où la température se trouve brusquement portée à un taux très élevé, les antithermiques analgésiques peuvent, en abaissant la température qui les tient directement sous sa dépendance, faire cesser la céphalée, le délire, les courbatures, la sensation pénible de chaleur mordicante et, par les sueurs qu'ils provoquent, le sentiment d'ardeur et de sécheresse de la peau qui fatigue les malades : procurer, en un mot, cette euphorie dont on a tant parlé."

Là où l'action de ces médicaments nouveaux est surtout efficace, c'est lorsqu'on les emploie contre les douleurs du rhumatisme ou de la goutte, contre la migraine, les névralgies congestives, la céphalée de surmenage, les viscéralgies, etc. C'est ainsi que l'antipyrine (le moins dangereux de tous ces médicaments), la phénacétine, l'exalgine rendent les plus grands services. Mais il faut avouer que lorsqu'on ne craint pas l'accoutumance, rien n'égale comme rapidité, comme constance et comme énergie d'action l'injection sous-cutanée de morphine.

Somme toute la pharmacopée, en nous donnant ces médicaments nouveaux, nous a fourni des armes directes contre la douleur, indirectes contre la fièvre. Il ne faut pas oublier cependant qu'un certain nombre d'entre eux, les phénols surtout, sont d'excellents antiseptiques.

N. B.—Nous nous voyons forcés, faute d'espace, de remettre la suite de ces études au mois prochain. Pour les mêmes raisons, certains travaux originaux que nous avons reçus n'ont pu paraître dans ce numéro. Nous espérons, l'année prochaine, mettre nos lecteurs à l'abri de ces ennuis-là.

COURRIER DES HOPITAUX.

HOTEL-DIEU DE ST-JOSEPH

Notes du Dr J. P. Roux, Médecin interne

M. le docteur Benoit, rédacteur de L'UNION MÉDICALE, me demandait il y a quelques semaines si je voudrais bien intéresser ses lecteurs en donnant chaque mois une revue succincte de ce qui se fait à l'Hôtel Dieu. "Intéresser vos lecteurs, lui-dis-je, ce serait peut-être difficile pour moi, mais pour vous obliger je le ferai avec plaisir." Voilà comment je suis amené à écrire dans cet intéressant journal, certain que si je n'atteins pas le premier but, j'atteindrai du moins le second.

Au commencement du mois d'août 212 malades étaient sous traitement et durant ce mois 170 ont été admis ; ce qui fait en tout 382 patients traités à notre hôpital dans l'espace d'un mois. 163 ont laissé l'hôpital, guéris pour la plupart. 13 sont morts, dont 7 de tuberculose pulmonaire, 3 d'affections organiques du cœur, 2 des fièvres typhoïdes et 2 de cancer de l'estomac.

Dans le service de médecine, nous n'avons noté rien de bien intéressant si ce n'est que les cas de fièvres typhoïdes ont beaucoup augmenté durant ce mois, nous en avons eu jusqu'à 11 en même temps. Un cas, cependant, que nous n'avons pas eu longtemps sous observation, mais qui peut offrir un certain intérêt s'est présenté à notre hôpital. Une dame de Bedford, U. S., 47 ans, arrivait ici complètement épuisée par la maladie et le voyage qu'elle venait d'entreprendre. Son mari nous dit qu'elle était traitée depuis longtemps pour une maladie du cœur et que tout dernièrement on avait commencé à la traiter pour une maladie du foie. Les extrémités étaient froides, il n'y avait plus de pouls à la radiale, et c'est en vain que nous avons essayé de la stimuler par les injections d'éther et de caféine. Au bout de deux heures elle mourait avant que nous eussions pu établir un diagnostic. L'auscultation n'avait rien révélé du côté du cœur, et la percussion qu'une simple hypertrophie du foie. A l'autopsie nous avons pu constater qu'il n'y avait rien du côté du cœur, mais que la personne avait succombé à la cachexie causée par un cancer du pylore avec cancer secondaire du foie. De plus nous avons trouvé les deux reins très hypertrophiés et atteints de dégénérescence graisseuse.

Dans le service de chirurgie 68 opérations ont été pratiquées dans le mois de septembre. Au commencement de ce mois une dame du comté de Prescott vint toute en pleurs consulter le Dr Hingston. Interrogée au sujet de sa peine elle répondit : "Je viens d'être examinée par un éminent chirurgien qui me dit porteuse d'un cancer utérin, et que la seule chance de guérison est d'enlever l'utérus et ses annexes." Après examen, le Dr Hingston put la rassurer en lui disant qu'elle n'avait pas de cancer, mais une simple déchirure de l'utérus.

L'opération fut pratiquée et la dame s'en retournait au bout de dix jours complètement guérie et portant encore son utérus et ses ovaires.

Au dispensaire du Dr Chrétien ce ne sont pas les malades qui manquent, nous en avons compté jusqu'à 140 dans une même journée. Il y a eu dans ce service plus de 60 opérations dans le dernier mois.

Le service d'hiver vient d'être inauguré à l'Hôtel-Dieu avec les docteurs Hingston et Brunelle comme chirurgiens, et Guérin, Leblanc et Kennedy comme médecins. Les cliniques pour les élèves vont commencer le 2 octobre.

Septembre 1895.

HOPITAL NOTRE-DAME

Notes du Dr A. Ethier, interne en chef

Dans mon dernier courrier de l'Hôpital, je vous disais que nous étions en lutte avec la fièvre typhoïde et je crois que la guerre n'est pas prêt de finir avec ce malheureux microbe. En effet, chaque semaine il nous arrive de nouvelles victimes. Actuellement nous avons dans les salles, chez les femmes et chez les hommes, 9 cas encore sous traitement. Depuis le 5 juillet 1895, date de l'admission du 1er typhique, nous en sommes à 23 cas. L'an dernier dans le même espace de temps nous en avons traité 13 cas, dont 3 fatals. Cette fois la maladie semble beaucoup plus maligne en général, comme je vous l'ai déjà fait observer. Aussi jusqu'à présent avons nous eu 6 malheureuses victimes. Deux ont succombé à peine 48 heures après leur arrivée, de complications du côté des poumons et des intestins. Un 3e est mort 5 à 6 jours plus tard d'hémorrhagie intestinale aussi. Le 4e, ce jeune belge dont il a déjà été question, est mort après 16 jours de traitement, avec symptômes de malaria. Quant aux deux autres nous n'avons pu pratiquer l'autopsie pour connaître la cause exacte de la mort. Parmi les personnes que nous avons encore sous traitement, il y a une jeune fille de 22 ans qui a eu de fréquentes hémorrhagies intestinales et assez abondantes pendant 4 jours. Un traitement énergique et bien suivi a fini par en avoir raison.

Voici le traitement institué par le Dr Gauthier pour tous. Au début bon dérivatif sur l'intestin.

Diète lactée—Alcool, comme nourriture.

Acide borique 20 grs 4 fois par jour.

Quinine 2 grains 3 fois par jour.

Eponger le malade avec eau acidulée quand il y avait forte élévation de la température. Enfin nous traitons les complications. Très-

rarement dans quelques cas nous avons prescrit des antithermiques à l'intérieur.

Comme nous l'avons annoncé déjà, nous allons donner aujourd'hui un résumé de l'ouvrage fait dans les différents départements pour l'année entière :

MALADES INTERNES

Malades internés le 1er juillet 1894 : 71 ; patients nouveaux 1894-1895. 1621. Total traités : 1692. Total traités à terme : 1624.

DISPENSAIRES

Dispensaire général : 5586 consultations.

Yeux, oreilles, nez, gorge : 3994.

Consultation chirurgicale : 3712 ; Consultation médicale : 210 ; Maladies des enfants : 817 ; Maladies des femmes : 695 ; Maladies de la peau : 234 ; Electrothérapie : 55 ; Odontologie : 238 ; Patients traités par les internes : 926. Grand total des malades traités aux dispensaires : 16,567,

Sorties de l'ambulance : 511.

Opérations pratiquées en Chirurgie et Gynécologie : 778.

Opérations pratiquées en Ophthalmologie : 403.

1 octobre 1895.

CHRONIQUE

Le Bureau provincial d'hygiène. — Le Dr E. P. Lachapelle, président du Bureau, et le secrétaire, le Dr E. Pelletier, ainsi que les Drs Catellier et Montizambert, de Québec, assistent à Denver, dans le Colorado, à l'assemblée annuelle de la Société Américaine d'Hygiène. On se rappelle que cette société s'était réunie l'année dernière à Montréal.

Hôpital Notre-Dame. — Nous paraissions à la veille de la grande kermesse organisée par les dames patronnesses de cette institution, et dont nous avons déjà publié le programme. Nos lecteurs auront trouvé des détails, d'ailleurs, dans les journaux quotidiens. Nous désirons simplement rappeler aux médecins que l'hôpital, qui reçoit autant de malades de la campagne que de la ville, a droit à toutes leurs sympathies.

La mort de Pasteur.—Pasteur, qui a créé de toutes pièces la bactériologie, qui a défini la contagion, l'infection et l'immunité, qui a révolutionné la médecine et la chirurgie, Pasteur qui fut pour la science médicale ce qu'Edison a été pour l'électricité, pour nous servir de l'expression d'un journal quotidien, Pasteur est mort, frappé par la maladie au siège même de son intelligence, terrassé en quelques jours par une hémorrhagie cérébrale. La mort est survenue dans la nuit du 28 septembre, et la France, qui considère le grand savant comme une de ses gloires, va lui faire des funérailles grandioses. Le plus grand génie du siècle n'existe plus.

La motion du Dr Rottot.—Voici le texte de la motion rejetée par le bureau provincial à l'assemblée semi-annuelle. "Les procurations pour l'élection des membres du collège ne seront valides qu'en autant qu'elles contiendront une note contenant les noms des médecins pour qui ceux qui donneront les procurations veulent voter." Cette motion était présentée par le Dr Rottot, ancien président du bureau, et secondé par le Dr Campbell, ancien secrétaire du bureau, et le Dr Fafard, un membre actuel. Mais les autres gouverneurs ont rejeté la motion. Pourquoi ?

Géographie médicale.—Notre collaborateur, le Dr A. A. Foucher, vient d'être nommé membre d'une commission de géographie ophthalmologique créé par la Société Française d'Ophthalmologie de Paris. Le but de cette commission est pour le moment de limiter la répartition géographique du trachôme et de fixer les causes qui président à cette répartition. Notre collaborateur se propose d'étudier surtout la question du terrain (race, profession, alimentation et tempérament). Il croit pouvoir démontrer un fait curieux et important dans l'histoire du trachôme, c'est l'immunité absolue envers cette maladie des différentes tribus sauvages qui ont conservé l'unité et la pureté de leur race. Afin d'arriver à des conclusions sérieuses, le Dr Foucher nous prie d'inviter les médecins ayant eu l'occasion de traiter des cas de conjunctivite granuleuse chez des sauvages de vouloir bien lui signaler le fait et lui indiquer en même temps à quelle tribu ils appartiennent. (*voir plus loin.*)

A propos du mot thèse.—Nous sommes heureux de donner aujourd'hui à nos lecteurs le travail du Dr Gauthier sur la digitale ; ceux qui ont suivi les phases du concours de thérapeutique seront contents nous n'en doutons pas, de le lire. Nous n'avons pas reçu assez tôt l'étude du Dr Hervieux sur le mercure pour la faire paraître maintenant ; nous sommes forcés, à notre grand regret, de ne la publier que plus tard. L'on se demandera peut-être pourquoi nous n'imprimons pas ces articles sous le titre de thèse, et nous croyons à ce propos devoir donner quelques explications. D'une manière géné-

rale, l'on entend par thèse toute proposition, que, dans un discours ordinaire, l'on met en avant, prêt à la soutenir contre toute attaque. Cela équivaut à la phrase banale, si souvent entendue en conversation : "Moi, je prétends telle chose, et voici pourquoi."

Dans un sens plus restreint, la signification ne change pas : que ce soit une thèse de doctorat, une thèse d'internat (choses que nous ne connaissons guère dans le pays) ou une thèse d'agrégation (nous commençons à nous initier), il s'agit toujours pour le candidat de soutenir, publiquement ou par écrit, une proposition de médecine. Pour être régulière, la chose devrait se passer en public, et le candidat s'attendre à des objections. Mais peu importe. M. le Dr Gauthier a étudié la digitale ; M. le Dr Hervieux, le mercure ; tous les deux ont fait des travaux complets et intéressants. Mais ce ne sont pas des thèses, ce sont des études, et nous les publions comme telles. MM. Gauthier et Hervieux ne sont pas hommes à s'en froisser ; ils savent fort bien que cela n'ôte rien à leur mérite, tout en nous permettant de suivre une devise qui nous est chère : être exact. En médecine peut-être plus qu'en toute autre science, il est bon de s'entendre sur la signification des mots.

Un mot à nos lecteurs.—La *Clinique* ayant publié dans son dernier numéro le travail du Dr Gauthier sur la digitale, nous nous excusons auprès de nos lecteurs d'être si en retard. En voici la raison :

St-Ephrem d'Upton, 29 Sept. 1895.

Mon cher Docteur,

Le jour même du concours j'ai rencontré le Dr Demartigny à qui j'ai annoncé que l'UNION MÉDICALE devait publier ma thèse et que je vous en avais promis la primeur. Je suppose que la *Clinique* a pu se procurer une copie de ma thèse d'une source quelconque, ce n'est pas moi qui l'ai envoyée à la rédaction de ce journal.

.....

.....

Je regrette ce malentendu, j'espère que vous n'en serez pas froissé.

Votre confrère dévoué,

J. C. S. GAUTHIER, M. D.

Nous n'ajouterons qu'un mot. Il y a une certaine étiquette que l'on observe généralement entre gens de la même profession, bien qu'elle ne soit écrite dans aucun code. Il est évident que chacun est libre de la suivre ou non. Mais nous tenions à le dire. Nos lecteurs, pas plus que nous, ne blâmeront le Dr Gauthier puisque la chose s'est faite sans qu'il en sache rien.

Le concours de médecine légale.—Le concours de médecine légale pour le titre de professeur agrégé s'est terminé par la nomination de M. le Dr Georges Villeneuve. Nous félicitons sincèrement l'Université de cet heureux résultat, qui lui permettra de faire donner aux élèves un cours pratique et bien compris. Comme surintendant de l'asile St Jean de Dieu et comme expert attaché à la morgue, le Dr Villeneuve aura souvent l'occasion de démontrer, pièces en main, soit à l'asile, soit à la morgue, les théories émises durant son cours, et nous sommes sûrs que le nouveau professeur verra souvent à ses cliniques non seulement des élèves, mais des médecins et des avocats. Quant à nous, nous connaissons depuis longtemps les mérites de notre collaborateur, et nous lui serrons cordialement la main. Les trois candidats ont subi l'examen oral sur la même question : De la mort par submersion. Voici les questions de l'examen écrit : Médecine légale : la paralysie générale au point de vue médico-légal ; Médecine : les complications de la fièvre typhoïde, Hygiène : de la nourriture qui convient à l'enfant jusqu'à l'âge de neuf mois. L'UNION MÉDICALE est heureuse de publier dès ce numéro une partie de la thèse du Dr Villeneuve ; cette thèse forme le premier article d'une série d'études médico-légales dont voici le synopsis :

ÉTUDES MÉDICO-LÉGALES

LES ALIÉNÉS DEVANT LA LOI

I.—Première partie : Code criminel.

- 1° *Responsabilité légale.*
- 2° *Dispositions législatives et administratives.*
- 3° *Expertise médicale.*

II.—Deuxième partie : Placement des aliénés dans les asiles.

- 1° *Placement volontaire.*
 - (a) Asiles privés.
 - (b) Asiles publics.
- 2° *Placement d'office.*

III.—Troisième partie : Capacité civile.

- 1° *Actes civils.*
- 2° *Mariage.*
- 3° *Testament.*

Cette étude détaillée et complète de la question des aliénés devant la loi sera appréciée, nous n'en doutons, par nos lecteurs ; elle offre dans tous les cas l'intérêt de l'actualité. Chaque article sera accompagné d'observations personnelles où l'on reconnaîtra facilement quelques accusés célèbres de la cour criminelle.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

La Profession Médicale vs. M. Tarte, Medicus et alias

Nos lecteurs ne sont pas sans avoir entendu parler de la discussion qui s'est déroulée dans nos journaux quotidiens, quelque temps avant l'assemblée du 25 septembre; à propos de l'incompétence de certains médecins et des élections du bureau provincial. Tous ont dû lire au moins l'article de M. Tarte. Le sujet discuté a trop d'importance pour que nous le laissions passer sous silence; nous croyons de notre devoir de résumer dans cette revue ce qui s'est dit de part et d'autre, et de formuler ensuite notre opinion personnelle.

Le député de l'Islet, rendant compte de la réunion de l'Association Médicale du Canada à Kingston, dans un éditorial que publiait le *Cultivateur* du 5 septembre et que *La Presse* du même jour reproduisait, en profitait pour reprocher à la profession de laisser les médecins indignes de leur art "continuer à exercer sans être justifiables de qui que ce soit" et de n'avoir pas, comme les avocats, "une organisation qui veillât sur la conduite de ses membres et fut une protection pour la société." La discipline, disait-il, fait déplorablement défaut, et les sommités médicales, tout en admettant les faits, ne font rien pour porter remède à cette effroyable situation." Comme conclusion, M. Tarte accusait formellement le corps médical de ne pas faire son devoir envers la société.

Il était clair qu'un article aussi énergique et aussi précis ne pouvait pas rester sans réponse. Aussi, dès le samedi 7 septembre, le *Monde* publiait sous forme d'interviews l'opinion des Drs Brosseau, Hingston et Beausoleil, et ce qui prouve que M. Tarte avait frappé juste, c'est que ces trois médecins avouaient que le député de l'Islet avait raison. Le secrétaire du bureau provincial, le Dr Brosseau, louait le collège d'avoir pris le contrôle des examens à l'étude et à la pratique et l'excusait de n'avoir pu former un jury médical en disant que le bill préparé à cet effet par feu l'avocat Doutré avait été rejeté par le parlement. Il admettait que la chose était bien malheureuse. Sir W. Hingston constatait les lacunes qui existent dans notre corporation, et les assimilait à celles qui existent dans toute corporation analogue. Le Dr Beausoleil, tout en admettant le bien fondé des accusations, prétendait que la société peut recourir aux tribunaux civils; que si un grand nombre de médecins sont ignorants, cela dépend de nos professeurs d'université qui ne sont pas à la hauteur de la situation, et qu'enfin la législature repousse chaque fois

les demandes du bureau provincial. En somme, les interviews du *Monde* peuvent se résumer comme ceci : "M. Tarte a raison, il y a de grands manques dans la profession ; mais cela dépend surtout de la législature, qui a toujours été contre le corps médical lorsqu'il voulait présenter un projet de loi."

Trois jours après parut dans *La Presse* du 10 septembre un article signé *Médecus* où l'on refutait les accusations d'incompétence portées par le Dr Beausoleil contre les professeurs de l'Université et où l'on prétendait que, pour accomplir les réformes demandées, il faudrait que la profession put se fier entièrement à son bureau des gouverneurs, mais que la chose est impossible à l'heure actuelle, parce que le bureau provincial est contrôlé par un seul homme, et que "le charlatanisme dans la profession pénètre même les sphères élevées." Le lendemain, le Dr Beausoleil envoyait au *Monde* une lettre du Dr Marcil où l'honorable conseiller législatif accuse le gouvernement Taillon d'avoir retardé le progrès du corps médical "pour complaire à certaines ambitions," et exprime son entière confiance dans les règlements du bureau provincial. Le Dr Beausoleil ajoutait à cette lettre quelques mots, dont l'idée principal était que *Médecus*, en accusant le bureau provincial de laisser contrôler ses élections par un seul homme, jetait l'insulte à ses anciens professeurs, MM. Dagenais et Brosseau, réélus le 1er juillet.

On aurait pu croire que la discussion était terminée lorsque parut dans *La Presse* du 14 septembre un second article de *Médecus*. Comme cet article, intitulé "Le Collège des Médecins et Chirurgiens," est le plus important de tous les articles publiés, en voici le résumé succinct : "Tout corps organisé doit s'attirer le respect public et, en même temps qu'il s'accorde des privilèges, il doit s'imposer des devoirs. M. Tarte et le public portent des accusations contre la profession et surtout contre le bureau provincial ; MM. Brosseau, Hingston et Beausoleil avouent qu'elles sont vraies. Le Collège des Médecins et le bureau provincial ne remplissent donc pas leur tâche. Le gouvernement Taillon et les autres gouvernements ne pouvaient pas accorder un bill lorsque la profession en présentait à la fois deux opposés l'un à l'autre. Le gouvernement ne pouvait rien faire non plus lorsque des gens intéressés retiraient un bill au moment où il allait passer. C'est la profession qui doit être blâmée pour ne pas avoir la virilité de se mettre d'accord sur la question. La législature est toujours disposée à accorder un bill quand la majorité le demande. *Médecus* racontait ensuite comment les médecins canadiens avaient réussi à prendre la prépondérance dans le bureau provincial, et affirmait ensuite nettement que si, aujourd'hui, le bureau ne remplit pas sa tâche, c'est parce que le vote de confiance, le vote par procuration, met le résultat des élections entre les mains de gens adroits et intrigants. Le premier devoir qui s'impose à nous, concluait-t-il, "c'est la modification des règlements du bureau des gouverneurs. Quand

par des formalités justes et basées sur le bon sens, nous aurons réussi à mettre à notre tête des hommes intègres et de bon jugement et à éloigner les charlatans et les exploiters, alors, mais alors seulement, nous pourrions demander à la législature une loi équitable qui protège à la fois médecins et clients." Cet article, vigoureusement écrit, fit sensation. Nous avons vu non seulement des médecins, mais encore des gens étrangers à la profession lire l'article avec d'autant plus d'intérêt qu'il venait à la veille de l'assemblée semi annuelle des gouverneurs.

Voilà, résumé aussi brièvement que possible, la discussion telle qu'elle s'est faite. Le sujet discuté nous touche de trop près encore une fois, pour qu'une revue comme L'UNION MÉDICALE ne donne pas son avis sur la question. On n'a jamais répondu au dernier article de *Médecus*, et, pour nous, le correspondant de *La Presse*, qui a l'air de s'y connaître, a parfaitement raison; seulement, nous nous séparons de lui sur certains points. Que la profession médicale, jusqu'à aujourd'hui, ne se soit jamais mise d'accord sur les grandes questions qui l'intéressent, questions légales ou questions universitaires, il n'y a pas à le nier. Les luttes religio-universitaires qui ont commencé à l'Hôtel-Dieu et fini à la nouvelle bâtisse de l'Université Laval ont été trop longues et trop acrimonieuses pour qu'on les ait oubliées déjà. La profession en subira longtemps encore l'influence, car les hommes qui nous gouvernent aujourd'hui en sont sortis avec des idées bien arrêtées et des souvenirs fort irritants. S'il en est parmi eux qui ne s'inquiètent maintenant que de l'intérêt public, il y en a d'autres qui aimeraient fort recommencer ces luttes stériles, et qui profitent des interviews pour donner leur opinion. N'insistons pas.

D'un autre côté, malgré que la profession soit profondément divisée, nous pourrions obtenir les améliorations demandées par M. Tarte, si notre bureau provincial le voulait. Mais il trouve que tout va bien, le bureau provincial. Lisez l'article que le *Moude* publiait le 26 septembre, au lendemain de l'assemblée annuelle; vous y verrez que des hommes aussi intègres que les Drs Rottot, Fafard et Campbell ont demandé des réformes, mais qu'ils ont été seuls de leur avis. MM. Rinfret et autres en ont profité pour faire l'éloge de certains personnages, ce qui prouve bien que *Médecus* a raison et que le bureau est parfaitement contrôlé.

Il est clair comme le jour que ce qui permet ainsi à certaines gens de contrôler le bureau, ce sont les procurations qu'ils ont dans leur poche. Mais ici nous différons d'avis avec *Médecus*; il ne faut pas abolir les procurations, car les médecins anglais reprendraient dans le bureau la prépondérance qu'ils y avaient avant que ne fut passé le bill de 1877, que certain membre actuel du bureau avait pourtant alors bien combattu. Il faut que les médecins canadiens qui ne peuvent se rendre à Montréal ou à Québec puissent voter quand même. Mais ne pourraient-ils pas voter autrement que par des procurations. A la dernière assemblée

annuelle, on a trouvé, suivant le *Monde*, que changer les choses, ce serait trop compliqué. Cette peur des complications, qui empêche le bureau provincial d'accorder les changements demandés, nous paraît pour le moins singulière. Est-ce que le bureau aurait une si pauvre idée de l'intelligence de ses électeurs qu'il les croirait incapables de faire usage d'un bulletin de votation ?

Il n'y a pas de pire sourds que ceux qui ne veulent pas entendre. Quant à nous, nous avons longuement songé à ces questions, et voici ce que nous pensons. Nous donnons cela en abrégé, quitte à y revenir plus tard. Les élections du Collège seraient beaucoup plus simples si les districts ne votaient pas les uns pour les autres, mais si au contraire chaque district élisait ses propres représentants. Ces représentants, dûment élus, constitueraient le bureau provincial, comme aujourd'hui, et nommeraient entre eux leurs officiers. Pour que l'élection des représentants soit juste et équitable, et ne donne pas prise aux intrigues, il faudrait abolir le vote de confiance, ce vestige d'avant Chénier, et établir le vote par bulletin secret, comme cela se fait dans tout pays civilisé. Et voici le bulletin que nous proposons.

Projet de bulletin de votation à l'usage du Collège des Médecins et Chirurgiens. (*Voir fac-simile, page 559.*)

À l'encontre du bureau provincial, nous croyons les médecins assez intelligents pour comprendre ce bulletin ; nous dirons seulement quelques mots sur les avantages qu'il pourrait offrir. Nous supposons que par un miracle difficile à comprendre, notre bulletin est adopté par le bureau provincial, et que l'élection se fait par districts. Le bureau est assemblée et l'élection commence. Le ou les secrétaires déposent devant les scrutateurs les bulletins qu'on leur a envoyés par la malle (les médecins sont assez intelligents pour cela). Ces bulletins sont imprimés sur papier-toile, afin qu'on ne lise pas au travers et que leur manipulation soit facile, et tout bulletin dont le *couvert* qui porte sur le revers le nom du district n'est pas parfaitement adhérent est déclaré nul. Les scrutateurs constatent que le médecin qui signe le *certificat* est bien sur la liste du trésorier, c'est-à-dire a bien droit de vote, enlèvent le certificat en déchirant la ligne de perforation qui le sépare du *bulletin* et jettent celui-ci non dépouillé dans l'urne. Les certificats sont ensuite classés par district et conservés pour le contrôle. Quand tous les bulletins sont déposés dans l'urne, on procède au contrôle de la votation. Les bulletins, qui portent sur le *couvert* le nom du district, sont classés, puis on constate que leur nombre correspond bien à celui des certificats, afin qu'il n'y ait pas d'erreurs. À ce moment, on est bien sûr que tous les votes sont authentiques et réguliers ; l'on ne pourra pas, en les ouvrant, identifier le voteur, puisque le *certificat* n'y est plus, et l'on saura que chaque voteur a voté pour son district et non pour un autre, puisque les chiffres correspondent. On dépouille alors le *scrutin*. Chaque bulletin est ouvert comme un télégramme, en déchirant

CERTIFICAT

COLLÈGE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE
LA PROVINCE DE QUÉBEC.

ÉLECTION TRIENNALE

District de.....

Nom du voteur.....

Certifié par.....

.....Témoïn.

BULLEIN DE VOTATION

District de.....

Noms des candidats.

1o.

2o.

3o.

N.B.—Ce couvèrt doit être replié sur le bulletin
et fixé en humectant les bords garnis de mucilage.

rant les bords perforés, et l'on enregistre les votes. Lorsque le résultat des élections est annoncé, les gouverneurs élus se réunissent et nomment leurs officiers.

Cette manière de voter est simple, claire, basée sur la justice et pas plus longue qu'une autre. Elle permet à chacun de voter selon sa conscience, sans être contrôlé par personne. Mais les gens qui ont retiré leur bill à cause de l'amendement qui abolissait le vote par procuration vont trouver que notre méthode ne fait pas leur affaire ; ils persuaderont au bureau provincial que la chose est impossible, trop compliquée, etc., etc., et il se trouvera bien quelqu'un pour dire que c'est la faute au gouvernement et à l'Université McGill. Et cependant une pareille méthode mettrait l'élection des gouverneurs à l'abri de tout reproche et empêcherait les exploités de la contrôler. Ensuite, nous aurions de très bons représentants, car chaque district connaissant davantage ses hommes voterait avec une meilleure connaissance de cause. Pour ne pas perdre de vote, le bureau ferait imprimer un mois avant l'élection la liste de tous les médecins qui sont réglés avec lui, et en enverrait une copie à tous ses électeurs. De cette manière, ceux-ci ne seraient pas exposés à voter pour des gens qui ne sont pas éligibles, ils sauraient pour qui ils votent et qui a droit de voter. Mais en voilà assez pour aujourd'hui ; nous y reviendrons.

À une séance spéciale des étudiants en médecine de l'Université Laval à Montréal, tenue le 4 octobre 1895, le président des étudiants en médecine a donné communication officielle de la mort de Pasteur.

Les étudiants en médecine ne peuvent laisser passer sous silence un événement aussi important pour l'humanité, et il a été proposé et résolu à l'humanité, que les étudiants en médecine de l'Université Laval à Montréal, se joignent à leurs confrères de toute la France et de tous les pays du monde civilisé, pour manifester leur profonde admiration pour le grand homme qui vient de disparaître, pour un des plus grands bienfaiteurs de l'humanité et, pour la France qui l'a produit.

J. A. C. ETHIER,

Secrétaire.