

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

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

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

TRAVAUX ORIGINAUX

ETUDE MEDICO-LEGALE

PAR

LE DOCTEUR GEORGES VILLENEUVE

Professeur adjoint de médecine légale et des maladies mentales à l'Université Laval, surintendant médical suppléant de l'asile d'aliénés St Jean de Dieu, médecin de l'asile d'aliénés St Benoit-Joseph, membre de la société de médecine légale de New York

LES ALIENES DEVANT LA LOI

PREMIÈRE PARTIE

CODE CRIMINEL

CHAPITRE PREMIER.—DISPOSITIONS LÉGISLATIVES ET ADMINISTRATIVES.

Article III.—(suite.)

II

La seconde phase de la procédure criminelle à laquelle se soulève la question de l'état mental d'un accusé, est celle de sa comparution devant le tribunal qui doit le juger, et la catégorie des aliénés dont nous avons à nous occuper maintenant, est celle des individus reconnus aliénés au moment où ils paraissent à la barre des accusés, ou pendant la durée du procès. Cette procédure est visée par l'article 737 du code criminel 1892.

Il peut s'agir ici d'individus chez lesquels la folie a jusqu'alors été méconnue, dissimulée. n'est devenue apparente ou n'a éclaté qu'à ce moment, et qui n'ont donné lieu antérieurement à aucune expertise.

Il peut arriver aussi que l'état mental de l'individu ait fait l'objet d'une expertise et que le médecin n'ait pas formulé une opinion précise, ou que

l'administration n'ait pas jugé la preuve d'aliénation mentale suffisante pour appliquer au prévenu l'article 741.

Ou bien encore, il aura été trouvé préférable, vu l'énormité du crime ou l'importance de la cause, d'obtenir une action judiciaire et de référer dans ce but l'affaire au jury, en s'en remettant à lui pour qu'il décide si l'individu doit subir son procès sur le crime dont il est accusé.

Enfin, cette procédure peut être invoquée en faveur de l'accusé, au moment où il comparait à la barre, comme moyen de défense.

A cette phase de la procédure, la question de l'aliénation mentale d'un accusé est décidée par le jury. Que cette question ait été soulevée avant l'appel du jury, après la constitution du jury, ou pendant la durée du procès, s'il appert à la cour qu'il y a quelque bonne raison de douter que l'accusé soit, à cause de son aliénation mentale, en état de conduire sa défense, la cour pourra ordonner qu'il soit décidé si l'individu est ou n'est pas alors en état de conduire sa défense.

Si le jury décide dans l'affirmative, le procès suit son cours et l'individu est jugé sur le fait incriminé ; si le jury se prononce dans la négative, la cour informe l'administration de ce verdict et l'individu est conduit, par décision administrative dans un asile, jusqu'à ce qu'il ait recouvré la raison, alors qu'il pourra être ramené devant la même cour pour y subir son procès.

La cour peut requérir les connaissances spéciales du médecin et lui demander de définir l'état mental de l'inculpé, pour juger s'il y a lieu de lui appliquer la procédure prévue par l'article 737, susdit. Lorsque le jury est appelé à décider si l'accusé peut ou non subir son procès pour cause d'aliénation mentale, l'expert peut aussi être appelé à déposer soit à la demande du ministère public, soit à celle de la défense. Il est donc nécessaire que l'homme de l'art connaisse la nature des renseignements que la justice lui demande en cette instance. Or, il est encore ici tout simplement appelé à faire le diagnostic de l'état mental actuel du prisonnier, sans aucune référence à aucune époque antérieure. Il est vrai que la cour et le jury peuvent former leur opinion sur l'attitude du prisonnier, mais comme cela pourrait entraîner de graves erreurs, en prenant pour réelles des manifestations dues à la simulation, les connaissances spéciales du médecin sont presque toujours requises pour éclairer la justice sur ces questions délicates.

Le médecin explique l'état mental actuel du prisonnier, la cour juge si la question de l'état mental de l'accusé doit être référée au jury, et celui-ci décide, si le prisonnier doit ou non subir son procès pour cause d'aliénation mentale.

Si la question se limite à l'état mental actuel du prisonnier, le médecin ne doit pas moins s'entourer de tous les renseignements nécessaires pour porter un diagnostic précis, étayer et vérifier ce diagnostic ; c'est-à-dire qu'il doit étudier la vie entière du prisonnier et ne négliger aucun moyen d'appréciation, surtout lorsqu'il s'agit, comme dans l'instance qui nous occupe, des intérêts supérieurs de la justice. Les juges de la cour du Banc de la Reine ont décidé à l'unanimité par l'entremise de l'honorable juge Würtele, dans l'affaire Gauthier, que l'enquête devant le jury pouvait porter sur tous les faits et gestes de l'accusé, antérieurs, contemporains et postérieurs au délit incriminé, en un mot, sur la vie entière de l'individu.

Cette décision conforme à la plus saine doctrine scientifique a été reçue avec enthousiasme par la profession médicale. Toute autre étude serait incomplète. "La réduire à l'examen d'une époque étroitement limitée ne conduirait à rien de plus qu'à la constatation stérile d'un acte ou d'une série d'actes, dont le "antécédents resteraient ignorés et dont l'appréciation ne reposerait sur aucun "donnée scientifique sérieuse. (Voisin, Socquet Motet)." Ici la loi est d'accord avec la médecine et nous pouvons affirmer que l'action de la justice n'en est que plus juste et plus sûre.

L'article 737 joue un rôle considérable dans la procédure relative aux aliénés traduits comme criminels devant les tribunaux. Trois meurtriers, Shedburn (1) de Sherbrooke, Gauthier (2) de Montréal, et Edwards d'Outremont, en ont reçu l'application et ont été envoyés dans des asiles d'aliénés, sur le verdict du jury.

Le rôle du ministère public est important à cette phase de la procédure au point de vue spécial qui nous occupe. Car c'est lui qui doit débiter dans la preuve de l'état mental du prisonnier, qu'il le reconnaisse sain d'esprit ou non. Naturellement, s'il reconnaît que l'accusé n'est pas sain d'esprit, le jury accepte tout simplement cette conclusion et la preuve présentée au jury se résume habituellement, presque exclusivement à la preuve médicale. Tel a été le cas dans l'affaire Shedburn et l'affaire Edwards. Lorsqu'au contraire la prétention du ministère public est que le prisonnier est en état de subir son procès, c'est encore la poursuite qui débute, mais dans ce cas-ci elle doit faire la preuve de la santé d'esprit. (3) Mais dans l'un et l'autre cas, le ministère public doit s'entourer de tous les renseignements nécessaires et dans ce but ordonner un examen médical approfondi de l'état mental du prisonnier, appuyé sur une observation suffisamment prolongée, et une étude complète de ses antécédents. J'ai eu l'honneur d'être chargé par le ministère public de l'examen de l'état mental du fratricide Edwards. J'ai conclu dans le sens de l'aliénation mentale et les conclusions de mon rapport ont été acceptées par le ministère public, qui a demandé lui-même l'appel d'un jury spécial pour décider si le prisonnier pouvait ou non subir son procès. Lors de mon témoignage, la cour m'a accordé la plus grande latitude dans l'exposition des faits et des considérations sur lesquelles étaient basées les conclusions que je présentais au tribunal, dans le sens de l'observation que je reproduis plus bas. Cette procédure offre l'avantage de prendre pour base d'appréciation l'état mental de l'individu, sans restriction légale, comme dans le cas de l'irresponsabilité, c'est-à-dire d'après son aspect particulier sans rapport à

(1) Shedburn est à l'asile de Verdun. Nous espérons que la plume autorisée de M. le Dr Burgess, l'éminent surintendant médical de cet asile, nous fera bientôt la relation médico-légale de cette affaire.

(2) Gauthier s'est présenté à la barre sous un aspect insolite qui a vivement impressionné le jury et la cour, mais qu'il était difficile de rattacher à une entité morbide mentale. Les médecins appelés à déposer ont émis des réserves prudentes, et n'ont pu conclure dans un sens précis. Le jury a suivi la ligne de conduite la plus sage en rendant un verdict qui a permis d'interner Gauthier à St Jean de Dieu, pour le soumettre à l'observation médicale directe.

(3) Cette vue n'est pas acceptée par tous les auteurs, certains prétendent que l'accusé étant toujours présumé sain d'esprit, la défense doit commencer la procédure en faisant la preuve de l'insanité du prévenu.

aucun autre critérium que celui tiré de l'état mental du prévenu. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'un individu véritablement aliéné dépassera cette phase de la procédure, surtout si l'on fait bien comprendre aux jurés que l'aliéné qu'ils ont à juger, quelle que soit la nature des troubles intellectuels qu'il présente, ne diffère en rien d'individus ayant la même forme de folie, internés dans les asiles et qui auraient commis les mêmes délits s'ils eussent été laissés en liberté.

Obs. 17.—(personnelle), D. E., âgé de 25 ans, fratricide; démence vésanique, internement dans un asile.

Il me semble tout indiqué de commencer cette observation par la relation du crime qui a amené D. E. devant la justice.

La famille de l'inculpé habite Outremont. L'après-midi du 4 mars 1895, il n'y avait à la maison que la mère, alors alitée, la victime et le meurtrier; ce dernier était dans la cuisine où il avait passé la majeure partie de la journée, sa sœur se tenait dans un étage supérieur, avec sa mère. Vers 5 heures, elle descendit dans la cuisine dans le but de préparer le repas de sa mère. Quelques minutes après, Madame E. l'entendit crier: "Mère, D. me tue (Ma, D. is killing me)." La mère descendit vivement, elle vit sa fille étendue par terre, et son frère qui la frappait sur la tête avec un marteau. Le sang coulait en abondance. La mère s'écria: "D., tu aimes ta sœur et tu ne feras pas cela. (You like A. and you wont do that)." L'inculpé la regarda d'un air tellement furieux, qu'elle fut effrayée et remonta dans sa chambre. Le meurtrier resta dans la cuisine près du cadavre de sa victime. A six heures, son frère, en revenant de la ville et entrant à l'improviste, le trouva qui se chauffait tranquillement près du poêle. L'agent de police mandé pour arrêter le meurtrier arriva vers 9 heures. Il le trouva dans la cuisine d'où il n'avait pas bougé, assis à quelques pas du cadavre. Il lui adressa plusieurs fois la parole, mais inutilement. E. avait l'air complètement hébété, ahuri. L'agent le souleva de sa chaise et lui mit son chapeau et son pardessus. E., qui paraissait tout-à-fait apathique, se laissa faire comme un enfant, sans offrir de résistance et sans dire un seul mot.

Arrivé au poste de police, on lui demanda quel était son nom. La question répétée à plusieurs reprises ne reçut pas de réponse. Lorsqu'on lui demanda si son nom était D. E., il répondit que oui. Il avait sur lui quelques canifs, un peu d'argent, une montre, un livre et du tabac.

A l'autopsie (1) on reconnut que A. n'était pas déflorée, les organes génitaux externes et les parties voisines ne présentaient aucune marque de violence. De plus, comme elle avait ses menstrues, elle était protégée par une serviette qui était bien en place et n'avait pas été dérangée.

Le lendemain, à l'enquête du coroner, quelques jours après, à l'instruction, et plus tard, auprès du lit de sa mère, dont le magistrat était allé entendre la déposition ante-mortem, en présence du prévenu, E., préserva le même maintien,

(1) Drs Wyatt Johnston et Georges Villeneuve.

impassible, silencieux, les yeux baissés, indifférent en apparence à tout ce qui se passait autour de lui, ne manifestant pas la moindre émotion, se laissant conduire passivement. On remarqua seulement, pendant les premiers jours, que les joues étaient animées d'un tremblement fébrilite incessant. L'instruction terminée, il fut amené devant le magistrat. On lui posa la question traditionnelle : *do you plead guilty or not guilty* (vous reconnaissez-vous coupable ou non coupable), il répondit : *I was drunk at the time*. (J'étais ivre à ce moment là).

L'enquête révéla que E. s'était fait remarquer depuis longtemps par des actes inconséquents et absurdes, qu'il était généralement considéré comme fou, dans le canton, et que plusieurs personnes avaient même conseillé au père de le placer dans un asile d'aliénés. La mère le fit examiner deux fois, à cette fin, par un médecin, mais celui-ci ne put rien en tirer. Le père qui ne croyait pas que la folie de son fils fut dangereuse préféra le garder chez lui, pensant qu'il reviendrait ainsi plus vite à la raison.

À la prison, E. se montre taciturne, apathique, n'adressant que rarement la parole au personnel, ne répondant pas ou répondant difficilement aux questions qu'on lui pose. Il ne manifeste pas la moindre spontanéité, insouciant, indifférent, il n'a qu'une préoccupation, c'est son départ. Il s'informe à plusieurs reprises quand il doit retourner chez lui. il paraît mécontent de voir qu'on le garde si longtemps. Un jour il en vint aux prises avec son compagnon de quartier et donna pour raison que ce jeune homme l'avait empêché de sortir pour retourner chez lui. Il mordit le garde qui le fit entrer dans sa cellule.

Les circonstances étranges dont ce crime est entouré, l'absence de mobile connu, l'attitude singulière de l'accusé au moment du crime, au poste de police, à la prison et devant le magistrat, les renseignements sur ses antécédents, tout concourait à éveiller des doutes sur l'état mental du prévenu et tendait à provoquer l'intervention médico-légale. C'est alors que je fus commis pour examiner l'état mental du prévenu.

D. E. est un jeune homme de 25 ans, aux apparences peu vigoureuses, il a le dos voûté, la démarche est libre, mais peu vive. La face est légèrement asymétrique, la moitié droite étant manifestement abaissée. Il tient continuellement la tête baissée et les yeux fixés sur le plancher. La tenue de E. est apathique et il ne manifeste pas la moindre spontanéité. La physionomie est inerte, le regard est vague. Habituellement, il maintient le mutisme le plus complet, il ne répond pas, ou ne répond que d'une manière incomplète aux questions qu'on lui pose. Les seules circonstances dans lesquelles il m'a adressé spontanément la parole, ça été pour me demander quand il devait retourner chez lui, ne paraissant pas du tout comprendre pourquoi il était en prison. Pendant quelques jours, il se tint continuellement habillé de la tête aux pieds, avec paletot et bonnet de fourrure, même la nuit, afin d'être prêt à retourner chez lui ! Il a fallu lui enlever ses vêtements de force. Il s'inquiète aussi des quelques articles qui sont restés au poste de police, lors de son arrestation. Lorsqu'on lui demande s'il désire quelque chose, il nous prie de nous informer quand il doit retourner chez lui et ce que sont devenus les articles qu'il avait sur lui lors de son arrestation. Lorsque je lui rappelle son plaidoyer en cour de police, il me répète

qu'il était ivre. Je lui demande s'il avait bu, et il répond que non, qu'il ne prend jamais de boisson et il ne paraît pas s'apercevoir de la contradiction flagrante qui existe entre son affirmation et son explication. Il ne peut fournir aucun renseignement cohérent sur son existence. Spontanément, il ne semble se rappeler de rien, et ce n'est qu'en réveillant ses souvenirs qu'on peut obtenir de lui quelques phrases, dans lesquelles il n'exprime que de vagues idées de tristesse et de persécution, il se plaint qu'on le persécutait chez lui, en fatiguant tout le temps son attention. "*They were drawing my attention,*" il n'y a pas à le faire sortir de là, ni à lui faire expliquer ce qu'il entend par là. Il déclare que le jour du meurtre, sa sœur lui avait fatigué la tête.

Dans l'expertise médico-légale, les conditions dans lesquelles l'inculpé lui-même se présente à l'examen peuvent être telles qu'elles déterminent la conviction du médecin légiste dans le sens de l'aliénation mentale, surtout lorsque l'examen a lieu dans une époque rapprochée de ce que l'on appelle le temps de l'action ou à ce moment même. Ce qui déterminera cette conviction, ce sera tantôt la nature de la maladie, comme chez les maniaques, sa période d'évolution comme chez les paralytiques généraux, tantôt des entretiens avec le prévenu. Mais si la maladie n'est pas une indication suffisante, si du prévenu on ne peut rien tirer, il est impossible de baser une opinion sur l'examen seul du prévenu.

Alors, comment doit-on apprécier cliniquement l'aspect sous lequel E. se présente à l'observation ?

Je crois que les manifestations qu'il présente témoignent de l'affaiblissement des facultés intellectuelles : apathie inconscience de son état, de l'épornité de son crime et de ses conséquences ; nullité de la mémoire, absence de spontanéité intellectuelle, absurdité, incohérence, lenteur et contradictions dans ses actes et ses opérations intellectuelles.

Mais la faiblesse intellectuelle se rencontre dans deux situations nettement définies : elle est l'expression d'un arrêt de développement intellectuel ou elle résulte d'une déchéance des facultés.

Dans le premier cas, c'est un trouble primitif de l'intelligence qui a toujours été le cachet intellectuel de l'individu ; dans le second, c'est un état secondaire, qui marque déjà une étape avancée et précédée d'autres troubles nettement définis, dont elle n'est pour ainsi dire que la terminaison.

Il faut se rappeler aussi que dans l'instance il s'agit d'un individu sur lequel pèse une accusation terrible et qui peut être désireux d'échapper au châtement qu'entraîne un tel crime.

Il devient évident, dès lors, que pour résoudre victorieusement le problème dont la justice demande la solution, il faut reculer les limites de l'expertise au-delà du moment actuel et rechercher dans le passé de l'inculpé les éléments nécessaires pour établir et contrôler son état mental actuel, éviter les causes d'erreur et écarter l'éventualité d'une simulation toujours possible. Il y a donc lieu de faire l'histoire de la vie de l'inculpé pour trouver dans l'étude de ses antécédents héréditaires et personnels, la raison et l'explication de son état mental actuel.

Le père de l'accusé vit encore, c'est un homme sobre, il souffre de surdité

depuis de longues années et n'est pas très bien portant. Sa mère morte peu de temps après le meurtre était d'une nervosité extrême. Sa sœur A., la victime du meurtre, a été internée à l'asile St Jean de Dieu, en 1889, et elle y passa trois mois, pour une attaque de manie. A l'autopsie, nous avons trouvé les membranes du cerveau épaisses et opaques, mais libres d'adhérences avec la substance cérébrale. L'examen macroscopique du cerveau n'a rien révélé d'anormal. Un frère plus jeune a un lourd casier judiciaire, actuellement il est détenu au pénitencier de St Vincent de Paul, pour vol d'un harnais. Son père le représente comme un esprit faible, cédant sans résistance à tous les entraînements, ne sachant pas réagir contre les sollicitations perverses et les mauvais conseils. *He could easily be led by the nose*, dit le père. Le Dr M. déclare que ce jeune homme devrait être à l'asile, et non au pénitencier. Quoiqu'il en soit, il apprit difficilement à l'école et ne put jamais se perfectionner dans aucun métier. Un neveu du père, par conséquent un cousin germain de l'accusé, a été aliéné: il est venu à Montréal en plein délire, se plaignant d'avoir quelque chose d'étrange dans le corps, il disait que c'était un poisson, un animal ou le diable. On ne sait pas ce que cet individu est devenu. (1)

Jusqu'en 1889, d'après le récit du père, D. E. n'a jamais présenté rien d'anormal. Il n'a pas eu de maladies graves, il s'est élevé facilement et s'est toujours montré intelligent. Jusqu'en 1887, il a fréquenté l'école, c'était un bon élève il avait des prix et a obtenu son certificat d'études. C'est vers ses dernières écoles qu'il commença à souffrir de la surdité qui est maintenant établie chez lui à un degré notable. Comme cette surdité nuisait considérablement à ses études, on se décida à lui faire apprendre le métier de graveur. Il entra à cet effet dans un atelier et devint en deux années un ouvrier habile.

En 1889, la sœur de l'inculpé, atteinte de manie aiguë, fut internée à l'asile St Jean de Dieu et y passa trois mois.

Jusqu'à ce moment E. n'avait présenté rien de bien saillant; on avait remarqué seulement qu'il était d'un caractère fier et susceptible et qu'il aimait à se tenir à l'écart. Un de ses professeurs déclare cependant qu'il avait conçu des craintes sur l'avenir du jeune homme.

D. E., qui affectionnait particulièrement sa sœur A., ressentit un chagrin très vif lorsqu'elle tomba malade et l'on remarqua que son humeur changea et qu'il devint taciturne et irritable.

En 1890, ce changement de caractère s'accrut, il devint sombre, plus taciturne encore, très irritable, s'emportant à la moindre contrariété. Il commença à se plaindre d'être en butte à des vexations, à son atelier, accusant ses compagnons de se moquer de lui, de mettre certains articles de vêtements intimes de femmes sur son banc, de le solliciter à boire du brandy. Un jour qu'il se plaignait amèrement à son père des persécutions auxquelles il était en butte, celui-ci lui dit: "Oh, ne te préoccupe donc pas de ces futilités." Edwards répondit avec

(1) Les antécédants héréditaires de D. E. sont lourdement chargés. Les causes dégénératives chez les ascendants sont multiples et on en retrouve l'action chez d'autres membres de sa famille d'une façon très accentuée. Mais pour des raisons de convenance, je ne crois pas pouvoir faire plus que mentionner le fait.

emportement : " Si vous aviez à les subir, vous n'en parleriez pas si à la légère, " mais il ne voulut pas s'expliquer plus longuement. La semaine suivante il quitta l'atelier sans en donner la raison à son père. Son patron fut étonné et peiné de son départ, car c'était un excellent ouvrier ; il déclara paraît-il qu'Edwards n'était nullement tourmenté à l'atelier.

C'est à peu près vers cette époque que Madame E., inquiète du changement survenu dans le caractère de son fils, pria le Dr M. d'examiner son état mental. Le docteur rencontra D. E., mais il ne put rien en tirer : il se montra réticent, soupçonneux, défiant. Le docteur pria Madame E., de s'informer si les plaintes de son fils étaient fondées. Il ne put dans la suite rencontrer E. ; celui-ci se dérobaît chaque fois qu'il visitait la maison.

Revenu chez lui, D. E. s'en alla chez son beau-frère, mais il le quitta bientôt, se plaignant qu'on s'occupait trop de lui et qu'on y tenait trop de discours. Il se retira successivement chez différentes personnes et les quitta à tour de rôle pour les mêmes raisons. Il voyait de la malveillance partout.

En 1891 il ouvrit, à Montréal, un atelier de graveur, dans lequel il travaillait et habitait à la fois. Il ne tarda pas à attirer l'attention du concierge par l'absurdité de sa conduite. Il se montre sombre et abattu, et n'adressant jamais la parole à personne, si ce n'est pour exprimer de vagues appréhensions et des craintes qu'on ne vint forcer l'entrée de son atelier. Il s'enferme dans son atelier, passe des jours entiers dans l'accablement le plus complet, immobile dans une chaise, les yeux fixés au plancher. Il ne se nourrit que de lait et de pâtisseries qu'il achète, lui-même, le soir. Il lui arrive de passer plusieurs jours sans manger. Au bout de quelques semaines, il loue une deuxième chambre et y transporte son lit pour coucher. Il donne pour raison qu'il craint d'être attaqué dans son atelier.

Il fut visité à cette époque par un médecin qui ne put rien en tirer, et le trouva abattu et réticent.

Au bout de 5 ou 6 mois de séjour dans cet atelier, son père vint le chercher, mais il fallut employer la violence pour le faire sortir et transporter ses outils au magasin de son père.

D. E. fut laissé libre d'agir à sa guise ; il se mit à parcourir la ville, prenant des noms au hasard et gravant des cartes pour des personnes qui ne lui en avaient pas demandées. Il ne souffrait pas la contradiction et s'irritait à la moindre contrariété. Son père essaya alors de l'employer aux livres, mais il dut y renoncer, car il remarqua que son fils, qui avait reçu une excellente instruction commerciale, faisait des erreurs de calcul, se trompait dans ses additions, etc. Depuis cette époque, 1891, la conduite de D. E. a été caractérisée par l'inconséquence et l'absurdité de ses actes, dont la narration ne serait qu'une banale répétition. Il perce le toit de la maison pour avoir plus de lumière dans sa chambre, enlève la porte de sa chambre, abat les arbres fruitiers du verger, scie les montures de son lit, découd ses habits et essaie ensuite de les recoudre ; quelque fois il erre toute la nuit dans la maison et dort le jour, etc.

Pendant tout ce temps, il reste sombre et taciturne, mais parfois, s'il est contrarié, il s'excite, devient violent et brise les meubles.

Du récit de la vie de l'inculpé, il est facile de tirer la conclusion que D. E. est aliéné. Prédestiné héréditairement à la folie, l'aliénation mentale a débuté chez lui vers 1889, à l'occasion du choc moral que lui a causé la maladie de sa sœur, par des modifications dans le caractère, suivies d'idées fausses de persécution avec hallucinations de l'ouïe, à la suite desquelles il est tombé dans une période de dépression mélancolique, avec persistance des idées de persécution, et traversée par des phases d'excitation. Puis, comme chez tous les individus fortement tarés, l'intelligence se détériore rapidement sous l'action de troubles psychopathiques, ses facultés mentales n'ont pas tardé à faiblir, elles sont aujourd'hui manifestement diminuées, et c'est à cette diminution qu'il faut rattacher l'affaiblissement intellectuel que présente l'inculpé, affaiblissement qui est par conséquent réel et qui représente une démence vésanique au début.

Conclusions :—D. E. est aliéné, il est atteint de démence. Il ne saurait être responsable du crime qu'il a commis, et il n'est certainement pas en état de se défendre en justice.

Tout individu capable de s'élever aux connaissances et à la raison commune de tous les individus du même âge, du même rang et de la même éducation que lui, ne peut se réclamer de son ignorance de la loi ou de la procédure criminelle pour ne pas subir son procès, en vertu de l'article 737 du code criminel.

Quelqu'inculte que soit son intelligence, quelques bornées que soient ses connaissances, quelqu'illétre qu'il soit, il ne tombe pas dans le cas prévu par cet article, s'il n'est pas aliéné.

Le fratricide D. E. atteint d'affaiblissement intellectuel, expression symptomatique d'une démence vésanique, incapable de rien comprendre par suite de la déchéance de ses facultés, n'était manifestement pas en état de conduire sa défense, à cause de son aliénation mentale. Le jury l'a compris parfaitement, comme le comprendront d'ailleurs toujours les jurés qui seront appelés à statuer sur le sort des aliénés chez lesquels la folie est caractérisée par une faiblesse plus ou moins grande de l'intelligence, à tous les degrés, depuis la simple diminution jusqu'à l'abolition la plus complète, primitive ou secondaire, c'est-à-dire relevant soit d'un arrêt de développement intellectuel : débilité mentale, imbecilité, idiotie, soit d'une déchéance des facultés : démence vésanique, organique sénile.

Mais, il ne faut pas reconnaître comme aliénés, aux termes de l'article 737, que ceux qui ont perdu toute manifestation de l'intelligence, comme dans les arrêts de développement intellectuel et la démence, ou qui sont incohérents et extravagants, comme les maniaques, ainsi que le fait l'article 11, et n'accorder qu'à ceux-là, le bénéfice de la procédure prévue par l'article 737.

Cette procédure doit s'appliquer aussi aux mélancoliques et à toutes les formes d'aliénation mentale, délires systématisés ou folies partielles, c'est-à-dire chaque fois qu'il existe un trouble des idées, né d'une maladie susceptible de fausser ou de dénaturer la saine appréciation des choses.

Un mélancolique pénétré de la vérité de ses idées délirantes d'indignité, de culpabilité etc., ne songera pas à se défendre, soit parcequ'il se croit réellement

coupable, soit parce que la dépression ou la stupeur dans laquelle il est tombé, le rendent absolument indifférent à son sort. Cet individu ne pense certainement pas librement et n'est pas en état de conduire sa défense, ni d'aviser son avocat.

Les individus atteints de délire systématisé ou de ce qu'on appelait autrefois de folie partielle ou monomanie, se présentent avec un aspect le plus souvent normal et une lucidité intellectuelle apparente qui peut donner le change et faire croire au moins, à un exercice suffisamment étendu de la raison pour leur permettre d'apprécier sagement leur situation.

Mais à cette catégorie, plus qu'à toutes les autres, on peut appliquer cette vérité, que la folie est un mal qui s'ignore; ils sont guidés par des motifs déterminés que la maladie leur fait considérer comme légitimes, sur lesquels ils règlent leurs actions, et par des conceptions délirantes et des troubles sensorielles qu'ils croient réels et qui servent de mobiles à leurs déterminations.

Peut-on dire que ces individus agissent en connaissance de cause, dans le plein exercice d'une volonté libre et réfléchie? Ils ne se savent pas fous, par conséquent ils ne plaideront pas folie. Ils ont obéi à des inspirations supérieures, se sont cru chargés de missions divines ou politiques, ont voulu trouver dans la mort de leurs prétendus persécuteurs la fin de leurs souffrances, par conséquent ils se croient justifiables, et voudront faire partager cette conviction à leurs juges. Ces aliénés n'écoutent pas les conseils de leurs avocats ou ne les suivent qu'avec la plus grande répugnance. Ce n'est qu'avec une extrême difficulté que les avocats peuvent tirer d'eux les renseignements nécessaires à la conduite de leur défense.

“Certains de ces aliénés n'hésitent pas à commettre des actes criminels parce qu'ils espèrent ainsi, étant amenés devant les tribunaux, pouvoir à la faveur de leur attentat, dévoiler les misères, les agressions, les infamies imaginaires dont ils se croient victimes, et justifier l'un par l'autre.” (1) Conduits devant les tribunaux, ces aliénés se révoltent contre l'idée de folie, comme une dernière et suprême injustice. S'ils sont enfermés dans un asile, ils ne cessent de réclamer contre cette décision, et demandent instamment à être ramenés devant les tribunaux afin de se justifier.

Ces individus, quoique capables de raisonnement, raisonnent à faux, par suite des troubles psychopathiques dont ils sont affectés; ils ne sont pas plus capables de conduire leur défense, à cause de leur aliénation mentale, par suite de la déviation de leurs facultés, que ceux chez lesquels il y a affaiblissement des facultés. C'est là qu'apparaît la sagesse de la loi, en employant le terme générique d'aliénation mentale, qui comprend toutes les altérations mentales dont l'intelligence peut être le siège et qui permet de juger chaque cas suivant son aspect particulier.

III

Nous sommes arrivés à la troisième phase de la procédure, la plus grave, à tous les points de vue, mais surtout au point de vue médical, car c'est celle où se discute l'état mental de l'accusé au moment du crime ou délit. Elle comporte

(1) Parat : L'irresponsabilité des actes chez les aliénés.

l'étude de la responsabilité légale des aliénés, telle que définie par l'article 11 du code criminel. La question est tellement importante que je l'étudierai dans un chapitre spécial, me contentant d'esquisser simplement la procédure qui est prévue par l'article 736.

Si lors du procès d'une personne, il est prouvé qu'elle était aliénée au moment où le crime a été commis, et si elle est acquittée, le jury déclarera qu'elle est acquittée pour cause d'aliénation mentale et, comme conséquence de ce verdict, la cour ordonnera que cette personne soit tenue sous une étroite surveillance jusqu'à ce que le bon plaisir du lieutenant-gouverneur soit connu.

Tout détenu, ainsi acquitté, est enfermé dans un asile d'aliénés et il y reste jusqu'à ce qu'il ait recouvré la raison et que tout danger de répétition d'actes dangereux ou délictueux soit disparu. Mais l'administration seule a le droit d'ordonner sa mise en liberté, qu'elle peut différer à son bon plaisir.

L'aliénation mentale, ici, n'est plus comprise, comme dans les autres phases de la procédure, dans le sens le plus large, chaque cas étant jugé d'après son aspect particulier, mais dans le sens restreint indiqué par l'article 11 du code criminel et d'après un critérium fixe et le même pour tous les cas. Mais la situation du médecin devant la justice est la même, il doit se limiter à bien définir l'état mental de l'accusé, montrer les relations qui peuvent exister entre le crime ou délit et un état mental pathologique et, restant dans son rôle de témoin, laisser à la cour le soin de définir la loi aux jurés et à ceux-ci de l'appliquer au prévenu par leur verdict.

Ici, d'après l'article 11, c'est bien nettement à la défense qu'il appartient d'étudier l'état mental du prévenu, puisqu'il est présumé sain d'esprit, jusqu'à ce que le contraire soit prouvé. Le rôle du ministère public consiste à refuter la preuve offerte par la défense, non pas dans le sens général de l'aliénation mentale, mais dans les limites restreintes de l'article II, c'est-à-dire à prouver que l'individu pouvait se rendre compte que l'acte commis était contraire aux lois et que la situation fictive créée par le délire n'aurait pas justifié l'acte chez un homme sain.

IV

Il nous reste maintenant à étudier le dernier temps de la procédure se rapportant aux aliénés criminels ; c'est celle qui s'applique aux aliénés qui ont subi une condamnation judiciaire, c'est-à-dire qui ont été reconnus coupables et ont été envoyés comme tels dans une prison, pour un terme plus ou moins long.

L'aliénation a pu exister avant l'offense, et même pendant le procès, ce qui est le cas le plus fréquent, ou bien elle ne s'est manifestée que dans la prison, ce qui est moins rare qu'on ne le croit. C'est la dernière catégorie d'aliénés criminels que nous avons à étudier et c'est la plus considérable de toutes.

A la prison de Montréal seulement, nous avons relevé 27 aliénés ayant subi des condamnations, nous les avons vus peu de temps après le prononcé du jugement et nous pouvons affirmer qu'au moment du procès, ils devaient présenter un état d'esprit tellement insolite que les magistrats auraient dû hésiter avant de les flétrir d'une condamnation. Le mal n'est pas grand lorsqu'il s'agit d'un

idiot, d'un dément ; ceux-là sont perdus à tout jamais pour la vie active, ils sont retirés de la circulation. La raison a sombré et avec elle tout sentiment, ils ne comprennent rien à la comparution devant la justice, ils ne savent jamais qu'ils ont été condamnés. Il y a là surtout une question d'humanité, car ce sont des malades qu'il faut soigner et non punir, des victimes de la plus grande infortune humaine, celle de la perte de la raison. Mais lorsqu'il s'agit de malades qui peuvent guérir, qui devront retourner dans le monde, reprendre leurs occupations, pourvoir à leur subsistance, à celle de leur famille, l'injustice devient flagrante, car ils se trouvent marqués d'une flétrissure et pourvu d'un casier judiciaire qui, dans ce siècle de compétition acharnée, les mettra dans une situation inférieure pour la lutte pour la vie, *le struggle for life*, et leur fermera bien des emplois.

Que cette erreur soit commune, les statistiques sont là pour le prouver. Dans la seule prison de Montréal, comme nous l'avons dit, pendant une période de 12 mois, nous avons relevé 27 aliénés condamnés à des termes variant de 1 à 6 mois. Parmi ceux-là nous trouvons un dégénéré avec délire des persécutions et affaiblissement des facultés intellectuelles, consécutif au délire (démence vésanique), dont la folle remontait à plus de 6 ans et qui pendant ce temps avait fait 5 ans de pénitencier. Lors du prononcé du jugement qui le condamnait au pénitencier, il était en pleine période délirante.

Nous trouvons aussi un paralytique général ayant subi deux condamnations et parmi les autres 1 dégénéré avec délire mystique, 1 dégénéré avec délire des persécutions, 1 mélancolique, 1 épileptique avec délire et impulsions, 3 maniaques, etc. L'un d'eux, atteint de délire mystique, avait été arrêté au moment où il se livrait à des actes désordonnés dans la rue, il fut examiné par moi quelque temps après le prononcé du jugement. Son délire étant alors passé, je ne pus que faire rapport qu'il était aliéné au moment de l'acte incriminé. Comme il avait été condamné à la prison, avec l'option d'une amende, ses parents payèrent l'amende et les frais du procès et il fut remis en liberté. Mais il se trouve pourvu d'un casier judiciaire qui entraînera pour lui une aggravation de peine, s'il se présente de nouveau devant les tribunaux, car il pourra être considéré comme récidiviste.

Dans les 27 observations dont nous parlons, il s'agit de peines relativement légères, les délits relevés contre les inculpés n'étaient pas graves, dans la plupart des cas. Mais il n'en est pas moins vrai qu'il s'agit là de véritables erreurs judiciaires, parce que les individus étaient irresponsables et par conséquent ne pouvaient pas être condamnés (1).

(1) Cependant, c'est pour nous un devoir agréable de constater que MM. les juges Desnoyers et Dugas, les magistrats éclairés qui président à la cour de police, ont ordonné l'expertise médicale chaque fois que les prévenus amenés devant eux présentaient un état mental douteux ou que les circonstances de l'acte incriminé présentaient un caractère insolite. Chaque fois qu'il leur a été prouvé qu'il y avait aliénation mentale et par conséquent irresponsabilité, ils ont rendu des ordonnances de non-lieu et les prévenus ont été mis à la disposition de l'administration qui les a fait interner dans les asiles d'aliénés.

Reconnus aliénés, plus ou moins longtemps après leur arrivé à la prison, ces individus sont examinés sur l'ordre du shérif par le surintendant d'un asile ou un médecin spécialement commis à cet effet (article 2309 des statuts refondus de Québec tel qu'amendé surtout par 56 Vict., chap. 31, sect. 9) et si le certificat de ce médecin établit l'aliénation mentale, le secrétaire de la province sur l'examen du dossier ordonne l'internement du détenu dans un asile d'aliénés. Cette procédure est prévue par l'article 741 du code criminel qui délègue à l'administration des provinces le soin de régler le sort des aliénés criminels. En effet il est dit que toute personne incarcérée dans une prison, sur la preuve suffisante qu'elle est atteinte d'aliénation mentale, pourra être transférée dans tel lieu que le lieutenant-gouverneur jugera à propos. Or dans l'administration de la province de Québec, toutes les questions concernant l'internement des aliénés dépendent du secrétaire de la province, et celles qui concernent l'administration de la justice sont sous la juridiction du procureur général.

Le rôle du médecin en cette instance consiste à présenter un rapport définissant bien exactement l'état mental du détenu, indiquant le caractère de curabilité ou d' incurabilité de la maladie, du danger qu'elle peut présenter pour la sécurité du malade ou des autres, et à laisser à l'administration le soin de disposer du détenu.

Article IV.

Que deviennent les criminels internés dans les asiles comme aliénés ? Ils y restent jusqu'à ce qu'ils aient recouvré la raison. Sur le rapport du surintendant médical ou de son remplaçant qu'un aliéné interné en vertu des articles 736 à 741 inclusivement du code criminel a recouvré la raison, le lieutenant-gouverneur, sur la recommandation du Secrétaire de la province, ordonne que ce détenu soit mis en liberté, ou reconduit en prison pour subir son procès ou sa peine, suivant le cas. (Articles 736 à 741 code criminel 1892 et 3210 des statuts refondus de Québec, tel qu'amendé.)

Les mêmes mesures sont applicables à toute personne accusée de quelque crime que ce soit et reconnue aliénée soit au moment de la mise en accusation, soit au cours du procès, soit après le procès ; elles s'appliquent aussi aux personnes acquittées pour cause d'aliénation mentale. Si l'individu a été envoyé à l'asile au moment de la mise en accusation, il retournera devant le magistrat chargé des enquêtes préliminaires, à moins que celui-ci ayant reconnu la nature absolument malade du délit incriminé, ne se soit désisté de l'affaire en rendant une ordonnance de non-lieu ; alors, il sera remis en liberté.

Si l'individu a été envoyé à l'asile en vertu de l'article 737, au moment du procès, il comparaitra de nouveau devant le tribunal pour subir son procès sur le délit incriminé. (1)

(1) Ainsi Gauthier, le meurtrier, interné à l'asile St Jean de Dieu, sur le verdict rendu par le jury qu'il n'était pas capable de subir son procès pour cause d'aliénation mentale, ne devra quitter l'asile que lorsque le surintendant médical pourra établir qu'il est sain d'esprit. Si le cas arrive, il retournera en prison et comparaitra de nouveau devant la cour du banc de la reine, pour répondre à l'accusation qui pèse sur lui. Il en est de même pour le meurtrier Shedburn et le fratricide Edwards.

Si l'individu a été condamné et conduit à l'asile pendant son incarcération, le temps qu'il aura passé à l'asile compte dans le terme légal de la durée de la peine ; si ce terme est expiré, l'individu sera mis en liberté, sinon, il pourra être reconduit en prison pour y subir la fin de sa peine.

Rien n'empêche qu'un individu acquitté pour cause d'aliénation mentale, et enfermé dans un asile, ne soit mis en liberté, lorsqu'il a recouvré la raison, et qu'il n'y a plus raison de croire qu'il puisse être une source de danger pour la sécurité publique ou une cause de scandale.

La responsabilité du médecin dans cette instance est très lourde et sa mission très délicate.

La société a le droit absolu de se défendre contre les aliénés dangereux et l'administration a le devoir impérieux d'assurer la sécurité publique. Elle ne doit donc pas rendre à la vie libre des individus qui peuvent être repris, souvent à bref délai, d'un nouvel accès d'où peuvent résulter les plus grandes catastrophes, ou tout au moins la répétition des actes qui ont motivé l'arrestation.

Le médecin a la mission pénible et difficile de conseiller l'administration et de lui signaler le retour à la raison de criminels internés comme aliénés dans les asiles. Pour la remplir convenablement, il devra s'attacher à bien définir la forme de la maladie mentale, la nature des réactions qu'elle présente et le danger qu'elles peuvent offrir pour la sécurité publique, ou la vie et la santé de l'individu lui-même. Il doit aussi s'étudier à bien démontrer si le retour à la raison n'est pas seulement une intermittence, avec menace ou possibilité de rechutes, ou bien s'il s'agit au contraire d'un retour franc à la raison avec éventualité absolument fortuite d'une rechute. Au moyen de ces éléments, l'administration décidera si elle doit rendre l'individu à la vie libre, ou si elle doit le maintenir encore dans des conditions telles qu'il ne puisse nuire.

La conscience du médecin de l'asile est soulagée en trouvant au-dessus de lui une autorité supérieure qui partage ou allège sa responsabilité.

Les médecins des asiles placés exceptionnellement pour bien observer les individus que l'administration leur envoie des prisons, ont l'obligation non moins grave de vérifier l'état mental de ces individus et de voir si au lieu d'aliénés, il ne s'agit pas plutôt de simulateurs habiles, soucieux d'échapper aux conséquences de leurs crimes. Je termine cet article par l'observation d'un cas type de ce genre.

Obs. 38.—(personnelle), J. D., 49 ans, canadien-français, catholique ; faussaire et incendiaire ; simulation, évasion.

J. D. a fabriqué la signature d'un sien ami sur l'endos d'un billet à ordre consenti à un sien cousin, afin d'obtenir le prolongement de l'échéance. Il est aussi accusé d'avoir incendié la grange de son cousin, par esprit de vengeance. Ces deux crimes sont passibles de l'emprisonnement à vie. Arrêté le 27 octobre, il fut enfermé dans la prison de X. Vers le 14 novembre, sa conduite devint tellement bizarre que le shérif fit faire l'examen de son état mental par un médecin. Après quelques hésitations, celui-ci délivra le certificat médical requis

par la loi le 17 décembre, et le 28 du même mois, le prévenu fut interné à St Jean de Dieu, par décision administrative.

Le certificat porte que J. D. est atteint de mélancolie depuis le 14 novembre et que c'est sa première attaque d'aliénation mentale, qu'il n'a aucun antécédent héréditaire ou personnel, qu'il n'a pas fait un usage immodéré des boissons fortes, qu'il a eu des crises nerveuses représentées par des convulsions cloniques et qu'il a fait des tentatives de suicide en se frappant la tête contre les murs. Il y est dit aussi qu'il urinait au lit et déchirait ses habits.

Nous avons vu J. D. le 26 décembre 1894, lors de son arrivée à l'asile, et subséquemment presque tous les jours, jusqu'au 15 janvier suivant. Or, à aucun moment, nous n'avons pu constater l'état mental décrit dans le certificat, ni aucun symptôme pouvant faire croire à une affection des centres nerveux. J. D. saisit bien la portée de toutes les questions et répond d'une manière exacte, sa conversation est cohérente, il n'est ni agité, ni déprimé. Nous pouvons dire plutôt, que nous avons remarqué chez lui une expression de satisfaction et de bien-être, comme un homme qui trouve enfin la sécurité et la paix, après avoir passé par de dures épreuves.

Il n'a pas de conceptions délirantes, il n'accuse ni hallucinations ni illusions sensorielles. Les pupilles sont égales et réagissent bien à la lumière. Les réflexes son normaux, il n'a pas de tremblement, pas de morsure à la langue. Interrogé sur les causes de son emprisonnement, il avoue qu'il a fabriqué de propos délibéré l'endos du billet, mais il ajoute que comme son cousin ne perdait rien par le renouvellement du billet, vu que les garanties restaient les mêmes et qu'il espérait pouvoir payer, il n'avait pas cru mal faire en faisant un faux, pour sauver son bien, et empêcher sa famille de tomber dans la misère. Il nie avoir mis le feu à la grange de son cousin. C'est une explication qui ne repose pas sur une idée délirante, elle ne vient pas non plus d'un esprit débile; c'est une raison complaisante inventée pour forcer les dernières résistances de la conscience, comme s'en donnent le caissier infidèle et l'employé défalcaire, qui doivent toujours remettre l'argent! Il n'y a pas non plus impulsion irrésistible, puisque J. D. avoue avoir agi de propos délibéré.

De ce qui précède, on peut conclure qu'actuellement J. D. n'est pas aliéné et qu'il ne l'était pas au moment de l'action.

Reste maintenant à apprécier les phénomènes qu'il a présentés à la prison depuis le 14 novembre jusqu'à son départ, dont il ne lui restait aucun vestige lors de son admission et dont il n'a pas eu la moindre manifestation depuis.

Le médecin qui a délivré le certificat médical nous en a fait un récit détaillé, il nous a en même temps fait part de ses incertitudes. Comme il avait des doutes sur la réalité des symptômes de folie présentés par J. D., il avait recommandé son transfert dans un asile d'aliénés, parceque les moyens d'investigation y sont plus sûrs et plus faciles que dans une prison où les personnes ne sont pas suffisamment exercées et familiarisées avec les fous.

Vers le 14 novembre, J. D., qui n'avait présenté rien d'anormal depuis son incarcération arrivée le 27 octobre, se mit à uriner au lit et à gâter dans son pantalon. En même temps il prit une attitude affaissée et un air hébété, avec

une physionomie stupide plutôt qu'attristée. Le regard était furtif, sournois, fuyant. Le médecin entrant plusieurs fois à l'improviste dans la salle où était détenu J. D., le surprit à se composer brusquement cette attitude. Il présentait des convulsions cloniques des membres, sans chute et sans perte de connaissance. Il se mit aussitôt à tenir des propos incohérents et à faire des actes absurdes; répondant d'une manière contraire aux sens des questions qu'on lui posait, refusant de reconnaître ses parents, se livrant en leur présence à mille singeries. Il déchira ses habits et se frappa à plusieurs reprises la tête sur la muraille, mais sans s'infliger la plus légère blessure. A certains moments, surtout lorsqu'il n'était pas en présence du médecin ou du personnel de la prison, il reprenait son aspect normal. Le sommeil était bon et les fonctions générales de l'économie ne furent pas troublées. Il paraît aussi qu'il a en même temps exprimé des idées de tristesse, dans tous les cas, il est dit dans le certificat médical que sa maladie a débuté par de la mélancolie.

Quelle est donc la signification qu'il faut tirer des phénomènes présentés par J. D., à la prison de X? On a crû à une attaque de mélancolie. "Or pour décider qu'il y a un véritable état de folie, un trouble psychique évident on doit non seulement constater des modifications profondes dans la pensée, les sentiments, les actes, mais encore on verra les symptômes saillants se grouper de manière à former un tableau clinique connu et les causes qui l'ont amené être précisément celles que l'on observe généralement dans les développements de la maladie (Kraepelin Psychiatrie 1889)."

L'état présenté par J. D., ne pourrait être que de la mélancolie stupide, de la démence ou peut-être aussi de la confusion mentale. Nous allons voir que l'ensemble des symptômes observés chez J. D. ne reproduit le tableau clinique d'aucun de ces états, et de plus, que les symptômes présentent entr'eux une telle discordance, qu'ils ne peuvent être réunis dans le cadre d'une même entité morbide.

On peut dire que le mélancolique ne gâte que lorsqu'il tombe dans la stupeur ou tout au moins lorsque la maladie est très avancée. Or J. D. a gâté dès le début, de plus, il va et vient, mange et boit, en un mot, pourvoit à ses besoins, ce que ne fait jamais le mélancolique stupide. J. D. feint de ne pas reconnaître ses parents, fait des choses absurdes devant eux; le mélancolique stupide ne parle pas, figé dans son délire, il n'en sort que pour exprimer des idées de tristesse, sa physionomie est douloureusement contractée et son regard exprime le découragement le plus profond. Chez notre malade la physionomie est hébétée, le regard est furtif et exprime plutôt la sournoiserie que le chagrin. Il exécute les mouvements qu'on lui prescrit, ce que ne fait pas le mélancolique, que l'on a toutes les peines du monde à faire mouvoir. J. D. n'était donc pas un mélancolique.

Les actes de J. D. revêtent plutôt un caractère démentiel par leur absurdité et l'on aurait pu croire à un état de démence. Mais c'est un état qui ne s'établit pas sans cause, or J. D. n'est pas paralytique général (démence paralytique), il n'a jamais eu de délire (démence vésanique), ni aucune maladie cérébro-spinale ayant pu amener la désagrégation du cerveau, pas d'accident, pas non plus

d'apoplexie (démence organique). Il n'est pas arrivé à l'âge ou s'établit la démence sénile. J. D. ne pouvait donc être dément. De plus, la démence est un état permanent qui n'admet pas l'intermittence et encore moins la guérison complète et subite. Or, dans le même moment où il se livrait aux actes les plus absurdes, J. D. donnait des signes manifestes d'intelligence, il se préparait une attitude, chaque fois que paraissait le médecin son regard était vif, inquiet, observateur, au lieu d'être atone. De plus, la démence a une marche lente et un début insidieux, le gâtisme est un des phénomènes ultimes, il n'arrive que lorsque l'affaiblissement progressif a relâché les sphincters et amené une inconscience presque complète des opérations physiologiques. A cette époque de la maladie, le malade peut à peine se porter sur ses jambes, encore moins est-il capable d'un effort musculaire sérieux. Or J. D. est devenu de suite gâteux, sans affaiblissement musculaire corrélatif. En résumé, cet individu n'avait aucune raison de devenir dément, de plus les phénomènes qu'il a présentés offrent entre eux des discordances tellement considérables, qu'il est impossible de les réunir en un faisceau homogène pour en faire le tableau clinique de la démence.

Ce qui caractérise surtout la confusion mentale, c'est l'ahurissement, le regard du malade exprime l'étonnement le plus profond. Il va et vient comme dans un rêve, mais il n'est pas nécessairement absurde et encore moins gâteux, surtout, il ne se compose pas d'attitude, comme J. D. l'a fait à la prison. Il est donc difficile d'attribuer à la confusion mentale les phénomènes observés chez J. D.

Examiné en lui-même, dans son contenu, l'état mental de J. D. à la prison de X. se traduit par des symptômes contradictoires qui se combattent, s'excluent réciproquement, ne peuvent se réunir pour former un tableau clinique d'une maladie mentale, si bien que la folie ne peut être admise. Il faut aussi remarquer la coïncidence de la cessation des phénomènes avec le départ de la prison pour l'asile. Y aurait-il là les relations de cause à effet? Il se croyait au port du salut, plus de nécessité de simuler.

Conclusions :—Actuellement, J. D. est sain d'esprit, il l'était lors de l'action et n'a pas cessé de l'être depuis ; il a simulé la folie à la prison de X. par conséquent il devrait être remis entre les mains de l'autorité judiciaire pour répondre en justice de l'acte incriminé (1).

Article V.

La justice ne peut laisser languir en prison un pauvre fou, elle ne saurait le traîner de juridiction en juridiction, l'aliéné est un malade et il doit être traité comme tel. Mais il est juste que les personnes qui sont une source de danger pour la sécurité d'autrui, soient mises hors d'état de nuire. Je crois avoir démontré que la loi est sage et prévoyante et que si elle est appliquée avec largeur de vue et discernement, elle fournit à la justice les moyens d'arriver à cette double fin.

(1) Ayant appris par suite d'une indiscretion malheureuse les conclusions de mon rapport J. D. s'est évadé de l'asile, le jour même ou j'adressais mon rapport à l'administration. Il faut voir dans toute la conduite de J. D. un plan préparé avec intelligence, pour échapper aux conséquences de ses crimes.

Le passage à l'asile n'était pour lui qu'une étape intermédiaire entre la prison et la liberté.

“ Ainsi qu'on a pu l'observer, la survenance de la démence, (1) à quelque phase de la procédure que ce soit, empêche la loi de suivre son cours. C'est pourquoi, si quelqu'un dans son bon sens se rend coupable d'un crime et qu'avant d'être appelé devant la justice, il perde la raison, il ne doit pas être mis en accusation ; si son esprit s'égaré après la mise en accusation, il ne sera pas déclaré convaincu ; si son esprit s'aliène après la conviction, il ne sera pas jugé, et, si c'est après le jugement prononcé, l'exécution sera suspendue (2).”

Autant la loi se fait large et prévoyante lorsqu'il s'agit de l'état mental des accusés aux différentes phases de la procédure criminelle, autant elle se fait étroite et désintéressée, lorsqu'il s'agit de la responsabilité des aliénés.

A n'importe quelle phase de la procédure, le criminel reconnu aliéné peut être transféré dans un asile ; il ne sort de cet asile que s'il a recouvré la raison et il n'est rendu à la vie libre que s'il est bien établi qu'il est devenu complètement inoffensif. Il revient devant ses juges, s'il n'a pas subi son procès ; ou bien, il retourne en prison, s'il a été condamné et s'il n'a pas accompli la durée de sa peine, en comptant le temps passé à l'asile. Le pouvoir judiciaire, l'administration, la science médicale interviennent harmonieusement chacun dans les attributions qui leur sont propres, pour secourir un pauvre malheureux, victime de la plus grande des infortunes humaines, la perte de la raison, et protéger la société, en enlevant de son sein et en le plaçant en lieu sûr, un individu devenu une source de danger pour les autres, et qui peut dans une heure de regrettable frénésie commettre les plus grands excès. Les intérêts supérieurs de la justice et de la sécurité publique sont ainsi amplement sauvegardés.

Il ne saurait en être autrement : aucun des aliénés que j'ai observé dans les prisons ou venant des prisons ne diffèrent des autres aliénés, placés volontairement par les familles ou les intéressés, que par le fait accompli. C'est-à-dire que n'ayant pas été internés en temps opportun, ils se sont livrés à des actes extravagants ou délictueux, ils ne peuvent donc être soumis à des mesures de rigueur qui d'ailleurs ne s'appliqueraient qu'à des malades justifiables de l'asile, non de la prison, et qui dans le trouble de leur intelligence sont incapables de savoir et même de comprendre qu'ils sont punis. En même temps, à cause du caractère dangereux que présente la maladie, des actes délictueux qui en ont résulté, les pouvoirs judiciaire et administratif ne perdent jamais leurs droits sur l'aliéné et le médecin n'est que leur mandataire et ne peut rien faire sans leur sanction.

Il peut arriver que dans certains cas douteux le médecin ne puisse se prononcer sur la nature des manifestations présentées par un individu et qu'il ne sache pas si elles doivent être attribuer à la folie ou à la simulation ; dans ces cas, les individus qui offrent cet aspect devraient être mis en observation dans les asiles. Ils y resteront s'ils sont reconnus véritablement aliénés, sinon, ils retourneront en prison. Je ne puis mieux faire que de citer ici l'opinion exprimée par Tardieu dans son étude médico-légale de la folie.

“ Un premier principe qu'il ne faut jamais négliger et qui n'est nulle part

(1) Le mot *démence*, doit être entendu ici dans le sens générique d'*aliénation mentale*.

(2) Dandurand et Lanctot : *Traité théorique et pratique de droit criminel*.

" mieux approprié que dans les cas suspects de folie simulée, c'est de ne se pro-
 " noncer qu'après une observation prolongée, répétée, persévérante, qui nulle part
 " n'est plus nécessaire, plus indispensable. Elle doit être de tous les instants, sinon
 " directe, du moins indirecte et confiée à des personnes suffisamment exercées et
 " familiarisées avec les fous. Il est, par ce motif, très utile et toujours opportuna-
 " de faire transférer l'individu sur lequel il y a lieu de formuler une opinion
 " réfléchie dans un asile d'aliénés; surtout s'il était enfermé dans une prison où
 " les moyens d'investigations sont moins sûrs et moins faciles. Le temps durant
 " lequel le prétendu aliéné est soumis à cette espèce de quarantaine d'observa-
 " tion, n'est pas perdu pour la manifestation de la vérité; d'une part en effet,
 " il peut arriver qu'au contact avec de véritables fous, il change et modifie
 " brusquement ses procédés de simulation, montrant ainsi le peu de consistance
 " et de sincérité de sa folie; d'une autre part, il n'est pas rare qu'il s'effraie et
 " se lasse du séjour dans une maison de fous et renonce de lui-même au rôle très
 " pénible et très dur sous lequel succombent ses forces et sa volonté."

(à suivre.)

Adénopathies.

Chlorure de sodium.....	40 grammes
Sulfate de magnésie.....	15 "
Teinture d'iode.....	1 gramme
Eau.....	150 grammes

En application sur les engorgements.

A l'intérieur : Huile de foie de morue iodée—*Descroizilles*.

Alopécie.

Pour la chute des cheveux commençante.

Alcool camphré.....	100 grammes
Essence de térébenthine.....	25 "
Ammoniaque.....	3 "

Frictionner tous les jours—*Hôpital Saint-Louis*.

Amygdalite.

Décoction de quinquina.....	} ââ 100 grammes
Infusion de roses rouges.....	
Glycérine pure.....	} ââ 20 "
Miel rosat.....	
Borate de soude.....	} ââ 3 "
Chlorate de soude.....	

F. S. A. Gargarisme.—*H. Rousseau*.

NOTE SUR LA CURABILITE EN ALIENATION MENTALE

Par E. P. CHAGNON, M. D.

Médecin à l'Hospice St-Jean de Dieu, Longue-Pointe.

P... L... 36 ans, marié, cultivateur, est admis à l'asile St-Jean de Dieu, le 20 mars 1889. Dans ses antécédents nous relevons qu'un cousin germain a été aliéné. Un travail excessif de jour et de nuit, l'insuccès, la perte de bestiaux que notre malade attribue à un *sort* qu'on lui aurait jeté, seraient, d'après la famille, les causes déterminantes de l'accès de mélancolie dont il est atteint. Il commence par devenir taciturne, ne veut plus aller à l'église et se croit damné. Il fait une tentative de suicide qui heureusement n'a aucune suite fâcheuse, et déclare qu'il finira bien par s'ôter la vie. La famille alarmée demande son entrée à l'asile.

Après son admission, cet état de mélancolie persiste pendant de longues années. Ses idées de suicide disparaissent, il est vrai, mais il continue à s'isoler, ne voulant pas s'occuper et répondant avec peine à ceux qui l'interrogent. Vers la fin de décembre 1893, il semble prendre intérêt à ce qui l'entoure, il se prête assez volontiers à rendre quelques services et consent définitivement à s'occuper des soins du ménage, mais sa taciturnité persiste toujours. En novembre 1894, il demande à suivre les exercices d'une retraite alors prêchée à nos malades, et entre à l'église pour la première fois depuis le début de sa maladie. A partir de cette époque, l'amélioration s'accroît de plus en plus, et le 26 janvier 1895 il sortait guéri.

Son séjour à l'asile avait été de 70 mois et 6 jours. Si l'on ajoute les 18 mois de maladie précédant son admission, nous aurons un total de 88 mois, c'est-à-dire plus de 7 ans, durée complète de cet accès de mélancolie.

Cette guérison tardive m'a incité à rechercher quels seraient le maximum, le minimum et la moyenne de la durée du traitement de divers types de maladie mentale dans mon service d'hommes à St-Jean de Dieu durant ces trois dernières années, et je crois intéressant de soumettre ici le résultat obtenu. La moyenne chez les *maniaques* serait de 8 mois, avec un minimum de 3 mois et un maximum de 18 mois; chez les *mélancoliques*, elle serait de 5 mois avec un minimum de 1 mois et un maximum de 12 mois. La *confusion mentale* présenterait un minimum de 26 jours, un maximum de 5 mois et une moyenne de 3 mois. Chez les *dégénérés*, la moyenne en serait de 4 mois, avec un minimum de 2 mois et un maximum de 8 mois. Enfin les *folles toxiques* auraient un maximum de 18 mois, un minimum de 20 jours et une moyenne de 9 mois. Ce sont les psychoses réputées curables lors de l'admission.

Mais dans un asile, tel que St-Jean de Dieu, qui reçoit en plus les *paralytiques généraux*, les *débiles*, les *idiots*, les *épileptiques* aliénés ou en état de

démence, et les *déments* vésaniques ou séniles, ces psychoses ne constituent qu'une minime proportion du nombre total des admissions, ainsi je ne trouverai que 39.73 % de ces formes d'aliénation mentale réputées curables du nombre total des admis pour ces trois dernières années.

Nous n'avons donc pas à nous étonner si la population de nos asiles augmente quelque peu chaque année, et si le pourcentage des guérisons, toujours calculé sur le nombre total des admissions n'est pas plus élevé, lorsque nous devons faire entrer en ligne de compte toutes ces *non-valeurs*.

Mars 1896.

SIX ANNEES D'EXPERIENCE EN CHIRURGIE ABDOMINALE AVEC RESULTATS ULTIMES ET IMMEDIATS

Par A. LAPHORN SMITH, B.A.M.D.; M.R.C.S. England.

(suite et fin.)

Les deux cas d'obstruction intestinale se seraient terminés favorablement si l'opération eut été faite plus tôt. L'un était sous mes soins depuis quelques jours, mais le fait que la femme était allée à la selle le 5^e et le 7^e jour de sa maladie m'induisit en erreur; vers le huitième jour elle fut prise de collapse, je l'envoyai immédiatement à l'hôpital; à l'opération on découvrit une anse intestinale attachée au pédicule d'une tumeur ovarienne enlevée depuis cinq ans, ce qui avait occasionné l'étranglement. Ceci est un argument qui semble appuyer fortement l'habitude que l'on prend aujourd'hui de couvrir de péritoine le pédicule ligaturé. Le septième cas de mortalité fut occasionné par une péritonite générale provenant d'une fausse couche. Plusieurs fois j'avais assisté cette dame pour fausse couche, mais comme elle souhaitait beaucoup avoir des enfants, je lui ordonnai de prendre le *Viburnum prunifolium*, ce qu'elle fit à sa grande satisfaction, car elle eut par la suite plusieurs enfants, puis une nouvelle fausse couche qui cette fois s'accompagna d'une température très élevée. Elle fut admise immédiatement à mon hôpital privé; je fis avec soin le curettage en observant toutes les règles de l'antisepsie, sans aucun bon résultat: le pouls devint si rapide qu'il était évident que tout était fini à moins que l'on eût recours à quelque expédient qui amenât un prompt changement; en conséquence (et la malade d'ailleurs accusait une douleur aiguë dans la région de McBurney, ce qui me faisait soupçonner une appendicite,) j'ouvris l'abdomen: l'appendice, les trompes et les ovaires baignaient dans le pus, je les enlevai. La patiente mourut le jour suivant disant qu'elle était très à l'aise et qu'elle ne souffrait pas du tout.

Ceci était un cas de péritonite générale suppurée et rien n'eut pu sauver cette malade.

Parlons maintenant des trois cas de mortalité arrivés à la suite d'opérations ayant pour but l'extirpation de trompes et d'ovaires remplis de pus. Trois décès

sur 42 opérations. Ces opérations considérées dangereuses par la plupart des opérateurs n'ont pas prouvé l'être d'après l'expérience que j'en ai. Dans bien des cas les abcès se sont rupturés et les intestins ont été inondés d'un pus répandant une odeur des plus infecte et ceci sans influencer en quicque ce fût le rétablissement de mes malades.

Dans un de ces cas l'abcès s'était rupturé dans le ligament large causant une cellulite ; puis pendant plus de 6 mois le pus fétide se déversa en abondance par le vagin avant que l'opération ne fut faite ; cette opération fut très difficile, il fallut attacher d'un côté presque tout le ligament large et la vie de la malade fut sérieusement menacée par la suite ; elle se rétablit cependant et jouit aujourd'hui d'une bonne santé. En bien d'autres circonstances j'eus à rupturer de fortes adhérences avec les intestins sans influencer par là le prompt rétablissement des malades.

Le premier des trois cas qui se sont terminés fatalement avait été très difficile ; j'avais été obligé de détacher les trompes et les ovaires qui étaient accolés à toutes les parties environnantes et comme ces adhérences rupturées donnaient beaucoup de sang qu'il était impossible de contrôler, il devint indispensable d'introduire un drain à demeure qui infecta la patiente. Nous aurions pu sauver la vie de cette personne en la plaçant lors de l'opération dans la position de Trendelenburg. Le deuxième était un cas d'accumulation de pus dans les trompes et les ovaires existant depuis très longtemps ; le tout était enveloppé d'exsudation pelvienne, si bien qu'il fut impossible d'enlever des parcelles des parois d'abcès rupturés qui infectèrent ensuite le péritoine et causèrent la mort. Je ne crois pas qu'il eut été possible de sauver cette patiente.

Le troisième arriva chez une grosse femme qui à la suite de plusieurs attaques de péritonite pelvienne était restée dans l'impossibilité de quitter le lit depuis longtemps : et le manque d'exercice avait amené un embonpoint excessif. Les adhérences étaient fermes, il fallut les enlever une à une, je réussis cependant et après avoir extirpé les ovaires il fallut tamponner l'abdomen avec de la gaze pour mettre fin à l'hémorrhagie, ce qui réussit parfaitement ; mais soit que les bacilles se fussent déversés dans le péritoine par la trompe d'où le pus sortait, ou que la gaze eût infecté l'abdomen, la malade mourut de septicémie ; cependant à l'autopsie le péritoine était bien propre et ne présentait aucune trace de pus. Ceci est le seul décès enregistré à l'hôpital Samaritain depuis son ouverture. Je dois encore rendre compte d'un autre cas de mortalité ; c'était simplement un petit ovaire kystique de la grosseur d'une orange ; l'opération des plus simples ne m'avait laissé aucune crainte, aussi tout semblait rentrer dans l'ordre lorsque vers le 5ième jour, après absorption d'une dose de sulfate de magnésie la malade se leva pour aller à la selle, en l'absence de la garde-malade qui, étant accourue aussitôt, trouva l'opérée sans connaissance. Mandé en toute hâte, je constatai un pouls très rapide, la température normale ; la patiente mourut quelques jours après, et comme je ne pus faire d'autopsie, je ne puis pas donner les causes de cette mort.

Des onze cas de décès énumérés plus haut huit peuvent sans hésitation être

mis sur le compte des opérations, ce qui donnerait sur les 143 opérations un pourcentage de $5\frac{3}{4}$.

Résultats ultimes.—Des 132 opérées qui survécurent, deux cas de péritonite tuberculeuse et un cas de cancer de l'ovaire moururent quelques temps après, la maladie n'ayant pu être enrayée dans son principe. Le cas de cancer de l'ovaire mourut 4 mois après avoir été opéré. L'une des patientes affectée de péritonite tuberculeuse mourut 3 mois et l'autre 3 semaines après l'opération—la dernière succomba à une hémorrhagie intestinale. Le reste, au nombre de 129 sont bien, à l'exception d'une qui présentait une accumulation de pus dans les trompes et les ovaires. Elle avait eu plusieurs attaques de péritonite pelvienne ; son mari contracta souvent la gonorrhée ; maintenant une abondante décharge de pus irritant s'écoule continuellement de l'utérus malgré que cette femme ait subi les opérations suivantes : curettage, suture du col, extirpations d'abcès tubo-ovariens—dans ce cas il faudrait curetter de nouveau et drainer l'utérus, autrement il faudra l'enlever. Chez trois des patientes se plaignant de rétroversion avec adhérence, après avoir délogé les trompes et les ovaires du cul-de-sac de Douglass, je ne les enlevai pas, les malades s'y étant opposées à tout événement, malgré ma demande de laisser la chose à ma discrétion ; elles regrettent aujourd'hui de ne pas s'être rendues à mes conseils : les douleurs persistent dans les ovaires bien qu'elles n'accusent plus de symptômes de rétroversion ni de douleurs lombaires. Enfin 126 de mes opérées sont bien, ne souffrent plus et peuvent travailler aisément.

L'une des opérations qui donna les résultats les plus satisfaisants fut l'hystéropexie, spécialement lorsque l'on fit en même temps le curettage, suture du col et du périnée, et l'ablation d'annexes utérins à l'état d'inflammation chronique.

Avant de terminer je ferai remarquer qu'il serait de la plus haute importance de recourir plus à bonne heure à l'opération surtout dans les cas d'accumulation de pus dans les trompes et les ovaires. Un cas existant depuis 6 mois ou un an guérit facilement, tandis que s'il date de plusieurs années, si déjà il a occasionné plusieurs attaques de péritonite pelvienne, l'opération sera dangereuse et difficile.

Anémie cérébrale.

Avant le repas, prendre dans un peu d'eau de Seltz une cuillerée à soupe de sirop d'iodure de fer. Le soir en se couchant prendre une cuillerée à soupe de

Bromure de potassium.....	} à 10 grammes
“ de sodium.....	
“ d'ammonium	
Eau distillée.....	350

Prendre deux bains sulfureux par semaine.

Pendant l'été, douches froides.

Toniques.—*Dujardin-Beaumez.*

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

PATHOGENIE DE L'ÉPUISEMENT NERVEUX. par le Dr Maurice de Fleury.—*Bulletin de Médecine*, 10 février 1896.

Le docteur de Fleury emploie le mot épuisement nerveux dans son sens le plus large : il en fait le synonyme de toute diminution de l'action nerveuse, depuis la simple fatigue momentanée jusqu'à la mélancolie dépressive, en passant par le surmenage et la neurasthénie. Il étudie l'un après l'autre la cause, les symptômes, les effets du traitement, et après avoir fait certaines exceptions justifiées par la connaissance des maladies infectieuses, il en arrive à la conclusion que l'épuisement nerveux est avant tout un phénomène mécanique, un phénomène d'irritation et non pas un trouble nutritif ou une intoxication. Les altérations chimiques ne surviennent que secondairement.

Le développement de cette thèse est très intéressant à suivre. L'épuisement nerveux, dit le Dr Fleury, ne vient que par la fatigue, par le surmenage. Que le surmenage soit physique, qu'il soit émotif ou intellectuel, on le retrouve toujours comme cause déterminante. Naturellement, il faut tenir compte du terrain, de la réaction individuelle. Il y a des gens prédisposés, par hérédité neuropathique ou arthritique, à l'épuisement nerveux, lequel prendra telle ou telle forme, suivant le terrain. "Selon l'intensité de la cause déterminante, et surtout selon le degré de résistance personnelle du sujet, selon le poids dont son hérédité pèse sur lui, tel cerveau sera seulement fatigué pendant quelques jours, tel autre entrera nettement dans le cadre de la neurasthénie formelle, tandis que le troisième, plus gravement touché, épousera la mélancolie dépressive."

Comment s'accomplit l'épuisement nerveux ? L'auteur ne veut pas établir de conclusion absolue. Il s'élève cependant contre la théorie chimique, laquelle pour lui est impossible à prouver. Ainsi, par exemple, dans les maladies infectieuses, comme la grippe, est-ce que les poisons secrets dans l'organisme ne pourraient pas amener la dépression nerveuse simplement en irritant le système nerveux jusqu'à l'épuisement ? Où est la preuve matérielle qu'il y a eu entre les toxines et les cellules nerveuses un échange chimique ? En clinique, "un poison n'est jamais que convulsivant ou que paralysant : il pourrait bien agir qu'en irritant la cellule jusqu'à son maximum d'activité ou en l'accablant jusqu'au surmenage ; et cela ne suppose en rien un échange chimique, un empoisonnement réel." De même pour la tuterie musculaire. Sans doute, tout organe qui fonctionne fabrique des déchets, des cendres de travail, qui doivent être fort nuisibles quand ils s'accumulent mal. "Mais cette production de l'acide lactique et des poisons de la fatigue paraît bien à l'heure actuelle n'être qu'un phénomène secondaire, subordonné à un phénomène primitif de nature purement dynamique, la tonicité. Il devient chaque jour plus évident que la fatigue et les phénomènes chimiques qui l'accompagnent sont en raison inverse de la quantité d'influx nerveux de tonus, que le muscle reçoit de ses centres trophiques et moteurs." Le phénomène chimique est ici secondaire. L'auteur conclut que l'étude de la cause met surtout en évidence, dans la production de l'épuisement nerveux, l'action irritative fonctionnelle de la fatigue, et que l'empoisonnement chimique n'apparaît que comme un phénomène secondaire.

Le docteur de Fleury étudie ensuite les signes cliniques de l'épuisement nerveux, qui ne sont au fond que de l'atonie. La dyspepsie des neurasthéniques se caractérise par de l'atonie des parois musculaires et de l'hyposécrétion glandulaire. L'activité fonctionnelle est diminuée, ralentie. C'est là l'état fondamental, chronique, habituel. Il s'accompagne de l'augmentation de la sécrétion lactique, qui détermine des fermentations; c'est de l'hypérioracidité de fatigue. "Mais comme tous les faibles, ajoute l'auteur, ces malades sont sujets à des réactions violentes, et l'on rencontre chez eux, sous forme d'épisodes fréquents survenant à l'occasion d'une excitation quelconque, des phénomènes de spasme ou d'hyper-sécrétion, du resserrement du pylore, de l'hyperacidité chlorhydrique, des fringales." Il suffit de supprimer du régime les aliments irritants ou fermentescibles; d'éviter les stimulants locaux ou généraux pendant quelques jours pour que l'estomac reprenne son état d'atonie habituelle et se montre au-dessous de saturation. Cet état est causé par un surmenage du système nerveux. Laisse à lui-même, il provoque la dilatation de l'estomac. On peut l'améliorer par simple stimulation mécanique réflexe.

L'entéroptose est aussi causée par l'atonie nerveuse. On appelle entéroptose la chute ou la flaccidité de l'intestin. Tous les organes d'ailleurs sont menacés de ptose dans l'épuisement nerveux. L'estomac se dilate et tombe, l'intestin se laisse distendre et se laisse choir, l'utérus s'abaisse et vient au contact du plancher vaginal, le foie tuméfié parfois quitte sa loge, descend et chasse le rein devant lui, l'appareil circulatoire même peut être atteint d'hypovitalité (J. Chéroux). On peut constater la baisse de la pression artérielle à l'aide du sphygmomètre; il y a aussi diminution des globules.

Chez les épuisés du système nerveux, tous les symptômes peuvent être rapportés à l'atonie des organes. La sécrétion des glandes se fait mal: peau sèche, bouche sèche, soif fréquente, nez sec, dyspepsie, constipation, défaut d'émulsion des matières grasses (pancréas), fécondité des selles (défaut de bile), impuissance (testicules). Les appareils moteurs à fibres striées fonctionnent mal: respiration médiocre, dilatation insupportable de la cage thoracique, voix chevrotante et voilée (cordes vocales), inertie du visage (muscles faciaux), instabilité des jambes, maladresse des doigts, sentiment de pesanteur (atonie musculaire), insomnies par défaut de pression artérielle.

L'état mental n'est que le reflet de la dépression physique: humilité, mélancolie, paresse, peur sous toutes ses formes (phobies), abolition de la volonté, perte de la mémoire, manque de fixité de l'attention. Cette dépression mentale mélancolique n'est que "la conscience obscure de la déchéance physique, de l'épuisement musculaire, du fonctionnement médiocre de nos organes, de la faiblesse actuelle de nos moyens d'action et de défense." Au moral comme au physique, l'état de faiblesse entraîne des réactions violentes et passagères: crises d'émotion vive, de colère ou de larmes.

En somme, dit l'auteur, que nous analysons le fonctionnement des appareils musculaires à fibres lisses ou à fibres striées, celui des appareils glandulaires ou celui de l'esprit, nous nous trouvons toujours en face du même phénomène: la tonicité amoindrie. Il n'y a que les phénomènes douloureux qui ne s'expliquent pas.

L'état des épuisés, des neurasthéniques, subit à tout propos des variations rapides. Ils sont fort sensibles au changement de température. L'air chargé d'électricité les rend nerveux, irritables; l'estomac fonctionne mal; le système artériel est resserré, ce qui augmente la pression sanguine. D'autres fois, c'est la plénitude ou la vacuité de l'estomac qui les impressionne; ils sont nerveux, irritables à l'heure des repas, ou bien mal à l'aise, affaiblis, et il suffit de quelques bouchées de nourriture pour les remettre en pleine possession d'eux-mêmes; certains malades sont excités quand ils ont faim, et le repas est pour eux un calmant; certains autres sont déprimés, et le repas est pour eux un tonique. Le Dr de Fleury cite à ce propos des observations fort intéressantes, et il en

profite pour revenir à sa thèse. Si la force se substitue ainsi à la fatigue et si le tonus succède à l'atonie, c'est grâce à la stimulation mécanique produite par le frottement du bol alimentaire sur les nerfs sensitifs des parois œsophagiennes et stomacales. Il s'est produit là quelque chose de comparable à ce qui se passe quand on frictionne avec un gant de crin les nerfs de la peau d'un homme fatigué." Ce fait, joint aux variations instantanées de la dépression nerveuse, prouve que cette dépression ne dépend pas de phénomènes chimiques, d'une intoxication, mais bien de la diminution de la tonicité, qui se réveille à la moindre excitation.

Une troisième preuve à ajouter à celles du surmenage comme cause et de l'atonie comme symptôme général, c'est l'efficacité des procédés de traitement purement mécaniques, stimulateurs: douches, bains, frictions sèches au gant de crin, massage, etc. L'épuisement nerveux peut disparaître presque instantanément, pour quelques heures, sous l'influence d'une stimulation réflexe. L'auteur fait précéder ses conclusions des remarques suivantes.

La sensibilité est une force qui entre en nous, et la motricité une force qui nous quitte pour retourner au monde extérieur. Aboutissant de l'une de ses forces et point de départ de l'autre, le cerveau se fatigue soit par excès de sensibilité, soit par excès de motricité. On devient neurasthénique à la suite de surmenage physique, à la suite aussi d'émotions morales. Le moyen le plus logique, le plus physiologique, le plus inoffensif et le plus sûr de donner de la force à un homme affaibli réside dans la simple excitation mécanique de l'une ou l'autre de ses surfaces sensitives. Surface externe: bains, douches, frictions, &c.....; surface interne: air pur (poumons), aliments (tube digestif), injections de sérum, système vasculaire &c. La fatigue n'est pas primitivement toxique, comme on l'a cru et enseigné jusqu'à ce jour, conclut l'auteur, et la source première de l'énergie, de la vitalité, n'est pas dans la nutrition, mais dans l'irritation nerveuse centripète, dans la sensibilité.

LA SURABONDANCE DE SURFACE RESPIRATOIRE. par le Dr Edgar Tussey, de la Polyclinique de Philadelphie.—*International Medical Magazine*, février 1896.

Le professeur de Philadelphie est chargé de faire l'examen médical des membres de l'Association des jeunes gens chrétiens qui veulent entrer au gymnase. Or, il a été frappé, dans le cours de ses examens, de la fréquence des râles crépitants durant l'inspiration, entendus chez les sujets même les plus sains et les plus vigoureux. Ces râles ne diffèrent aucunement de ceux de la première période de la pneumonie ou de la période prémonitoire de la consommation. On constate leur présence sur un espace limité, généralement entre le cinquième et le huitième espace intercostal, situé sur le côté gauche, plutôt en avant qu'en arrière. On peut aussi rencontrer ces râles sur d'autres régions, et ils sont de nature à faire croire à une tuberculose commençante. L'auteur avait déjà parlé de ces râles dans un article intitulé "De la constatation fréquente des râles crépitants durant l'état apparent de santé," article publié dans le *Philadelphia Polyclinic*. Depuis, plusieurs médecins lui ont écrit pour connaître le résultat de ses recherches ultérieures. Voici les conclusions auxquelles il est arrivé. Les râles dont il est question ne sont pas d'origine inflammatoire: ils ne dépendent ni d'une lésion valvulaire du cœur, ni d'une altération du sang. Le système nerveux ne saurait être mis en cause, et l'on ne peut constater aucune trace d'une ancienne pneumonie ou d'une pleurésie antérieure. On ne peut trouver aucun signe de tuberculose au début. Les individus chez lesquels on trouve ainsi des étendues limitées de crépitation sont souvent remarquables par le développement de leur constitution, par leur force, par l'excellence de leur santé antérieure et de leur vitalité actuelle, par l'expansion de leur poitrine et le développement de leurs muscles respiratoires.

L'auteur donne de ces râles crépitants l'explication suivante. — Je crois

que la cause directe de ces râles est une légère transsudation de la partie aqueuse du sang. Cette transsudation serait due à ce qu'il n'entre pas une quantité suffisante d'air pour produire une circulation parfaite dans la partie atteinte. Cette insuffisance locale d'expansion vient sans nul doute de ce que l'individu a une surabondance de surface respiratoire; certaines régions, n'ayant qu'un rôle supplémentaire à remplir, n'entrent en jeu que d'une manière limitée. Comme ces régions sont précisément celles qui offrent le plus de résistance à l'entrée de l'air, elles sont, pour ainsi dire, laissées de côté par la nature. L'air ne pénètre que les sommets et les parties les mieux dilatées du poumon, mais l'expansion n'est pas suffisante pour l'amener dans toutes les parties de la surface alvéolaire." L'auteur cite ensuite quelques observations personnelles, et il en profite pour faire voir que la surabondance de surface respiratoire ne consiste pas dans l'inactivité d'une région pulmonaire, mais dans l'impossibilité d'amener l'expansion de cette partie malgré tout le développement pectoral possible. La nature a doué certains individus d'une somme de tissu pulmonaire qu'il leur est impossible d'utiliser en son entier. Il est fort probable que ces endroits sont toujours humides parce que la pression y est moindre et que le sang laisse transsuder une légère quantité de liquide, d'où les râles crépitants.

L'auteur termine son article par quelques réflexions pratiques. Lorsque par exemple, un individu jouissant d'une expansion de poitrine parfaite est menacé de phtisie, il est inutile de chercher à le faire bénéficier d'une diminution de pression atmosphérique et de l'envoyer dans les montagnes; l'on ne parviendra jamais à augmenter sa capacité respiratoire. L'adaptation pulmonaire est suffisante et lui permettra de supporter sans trop de dyspnée une inflammation aiguë ou chronique de l'organe, une insuffisance cardiaque. Tout individu devrait développer sa capacité respiratoire afin de supporter plus tard avec aisance toute maladie des poumons qui pourrait survenir.

DES MODIFICATIONS DU POUMON DANS LA PLEURÉSIE, résumé d'une clinique donnée par M. le prof. POTAIN à l'hôpital de la Charité, à Paris.— *L'Indépendance Médicale*, mars 1896, No. 10.

Le professeur Potain donne cette clinique à propos d'une jeune fille qui a souffert pendant trois mois d'une pleurésie et qui a fini par guérir sans que l'on ait jamais pu trouver trace de tuberculose. D'une manière générale, dit-il, l'association des affections de la plèvre et de celles du poumon se fait de deux façons; ou bien c'est l'affection pulmonaire qui détermine une pleurésie, ou bien c'est la pleurésie qui détermine une affection pulmonaire. On a un exemple du premier cas dans la phtisie, lorsqu'il se produit des pleurites localisées qui amènent des adhérences. Et c'est fort heureux, surtout lorsqu'il y a des cavernes un peu considérables, car cela empêche l'air et le contenu de ces cavernes de pénétrer dans la plèvre, ce qui peut arriver assez facilement lorsque les cavernes sont toutes petites et ne provoquent pas d'adhérences pleurales. Le plus souvent la pleurésie est sèche, sans épanchement. Dans le second cas, lorsqu'une pleurésie dure assez longtemps, elle entraîne un certain degré de congestion des alvéoles et il se produit une sorte de pneumonie corticale (Brouardel). Cette congestion alvéolaire fait apparaître un râle particulier, crépitation pleurale, que l'on constate surtout dans les régions supérieures de la poitrine, et elle fixe le poumon à l'état où il se trouvait au moment de la congestion, elle diminue son expansion et ne lui permet pas de se dilater normalement.

Le professeur Potain explique ensuite comment agit l'épanchement dans la plèvre sur le poumon. L'épanchement obéit aux lois de la pesanteur et s'accumule le plus souvent dans les parties déclives de la cavité pleurale. Excepté dans la pleurésie interlobaire, où l'enkystement est la règle, il faut une cause secondaire pour que le liquide s'enkyste. Suivant que le malade est couché ou assis, le liquide remonte vers les régions supérieures ou descend vers les parties déclives. De plus, le liquide pleurétique se déplace lentement (Peter), et cette

mobilité est la règle au début de la maladie. La lenteur du déplacement est due à la résistance du poumon, qui tend toujours à s'accoler à la paroi thoracique. À mesure que l'épanchement augmente, le poumon se rétracte pour lui faire place. Mais s'il est emphysémateux ou congestionné, cette rétraction amenée par une pression prolongée pourra produire une déformation. Le tissu déformé plonge dans le liquide au lieu de flotter, et l'auscultation nous fait croire à un épanchement beaucoup plus considérable qu'il n'est en réalité. La thoracentèse pratiquée dans ces cas agit comme une ventouse et ne fait qu'augmenter la congestion. Ce n'est pas comme le foie qui, lorsqu'il se trouve comprimé, exige une intervention rapide. Lorsque le poumon n'est ni congestionné ni malade, il se laisse comprimer par le liquide, mais il se tient en dehors de lui, il surnage. Seulement, sous la pression ainsi exercée par l'épanchement, le poumon se vide de plus en plus de l'air qu'il contient, et l'on a de l'atélectasie. Il vaut mieux alors pratiquer la thoracentèse au début, car le poumon une fois atélectasié reprend difficilement son élasticité, son énergie. La jeune malade du professeur Potain, un mois après le début de sa maladie, offrait encore de la submatité et une diminution du murmure vésiculaire.

Comme conclusion, le savant clinicien de la Charité conseille de ne jamais attendre plus que trois semaines pour pratiquer la thoracentèse. Un épanchement qui ne diminue pas après ce délai doit être soustrait. Il faut faire attention de n'enlever que la moitié ; autrement, il se reproduit.

INFLAMMATION DE LA GLANDE PAROTIDE DANS LES DÉSORDRES PELVIENS, résumé d'une communication du Dr W. S. Morrow à la Société Médico-chirurgicale de Montréal.— *Montreal Medical Journal*, mars 1896.

Cette inflammation des glandes parotides survient dans le cours de certaines maladies des voies urinaires et digestives, et surtout pendant les désordres fonctionnels des organes génitaux de l'homme et de la femme. Les auteurs classiques en parlent peu : Paget, dans le *British Medical Journal*, en a donné la description la plus complète. Le Dr Morrow rapporte trois cas qui lui sont personnels.

Obs. I.—Cas de péritonite pelvienne modérée, durant trois semaines. Vers la quinzième journée, l'une des parotides devient enflée, dure et très sensible. Deux jours après, l'inflammation s'étend à la face. Une large incision provoque une hémorrhagie considérable : pas de pus. Après cette saignée locale, les désordres parotidiens et pelviens guérissent rapidement.

Obs. II.—Jeune fille de 25 ans. Fait une promenade le soir, pendant qu'elle est dans ses mois, et prend du froid. Les règles s'arrêtent ; douleurs dans le petit bassin. Deux jours plus tard la parotide gauche, puis la droite, deviennent enflammées. Tout rentre dans l'ordre quelques jours après, sous l'effet d'un traitement ordinaire. La jeune fille n'a pas été en contact avec des personnes souffrant d'oreillons.

Obs. III.—Mlle E. va à la messe de minuit pendant qu'elle est dans ses règles, qui s'arrêtent le lendemain. Le troisième jour, la parotide gauche est enflée et douloureuse : température 100°. Application d'iode ; dose de calomel. Tout rentre dans l'ordre quelques heures après. Aucune histoire d'oreillons.

Comment les maladies de l'abdomen peuvent-elles influencer les parotides ? Dans le cours d'une fièvre septique, il s'agit d'une infection par le sang ou les conduits sécréteurs, et ces cas se terminent généralement par la suppuration. Mais ce n'est plus la même chose dans ces cas bénins provoqués par un désordre abdominal. Il est fort probable que le phénomène s'accomplit par l'intermédiaire du système nerveux. Les organes du petit bassin et du ventre ont une influence très grande sur les centres vasomoteurs, comme le prouvent les congestions passagères qui se montrent pendant la dyspepsie ou l'irrégularité des menstrues. Certains phénomènes sembleraient d'ailleurs indiquer que les deux régions, parotidienne et génito-abdominale, sont reliées entre elles par des connections nerveuses obscures : salivation de la grossesse et sécheresse de la

bouche pendant les règles, chez la femme, altération de la sécrétion salivaire dans plusieurs maladies de l'estomac et de l'intestin. Le métabolisme n'est guère admissible dans l'inflammation réflexe des parotides, à cause de la multiplicité des causes provocatrices.

CHIRURGIE

DE LA TUMEUR BLANCHE, clinique donnée par le professeur BERGER, à l'hôpital de la Pitié, à Paris.—*L'Abeille Médicale*, février 1896, No. 7.

Le professeur Berger présente deux malades souffrant tous les deux d'une tumeur blanche au genou. Il explique son diagnostic.

Le premier malade est âgé de 25 ans, son affection date de deux ans. L'articulation de son genou droit est notablement augmentée de volume, le membre est en demi-flexion. A la palpation on sent des néo-formations assez solides, résistantes, qui remontent vers la cuisse presque jusqu'à son milieu. L'hydarthrose ne produit jamais une flexion aussi marquée, et il y a un épanchement de liquide qui permet de constater le choc rotulien. Dans l'arthrite rhumatismale, les cartilages sont plus ou moins altérés, ce qui détermine des craquements pendant les mouvements, mais il n'y a jamais de tumeurs. Dans la tumeur blanche, on est arrêté partout par des productions solides qui ne sont autres que des fongosités. Dans le cas présent, les lésions sont localisées dans les parties molles, c'est une tumeur blanche à forme synoviale avec fongosités tuberculeuses. Il y a aussi un épanchement, et il est important de savoir si cet épanchement est séreux, séro-sanguin, ou séro-purulent. Très souvent la tumeur blanche arrive à la suppuration sans manifestations générales intenses, c'est-à-dire sans fièvre ni douleur. Les fongosités ont passé à travers le cul-de-sac supérieur de l'articulation, qui se laisse facilement perforer parce qu'il est très mince, et ont envahi les parties profondes de la cuisse. Ce n'est plus une tuberculose localisée à l'articulation qu'il y a à traiter, mais la tuberculose des parties profondes de la cuisse. Le fémur est augmenté de volume : sa surface est inégale, bosselée. Cependant il n'est pas très malade. S'il y avait de la périostite, l'os, tout en étant augmenté de volume, présenterait une surface régulière et lisse. Ici ce sont les fongosités qui, remontant le long du fémur, donnent l'apparence d'une augmentation de volume. Il doit y avoir cependant des noyaux tuberculeux aux parties inférieures du fémur ; on en trouve toujours dans les tumeurs blanches du genou, de même qu'aux parties supérieures du tibia. Les antécédents ne laissent pas de doute sur la nature tuberculeuse de l'affection. La mère est morte tuberculeuse. Le malade a souffert dans l'enfance d'un écoulement purulent des oreilles, ensuite il a été atteint d'un mal de Pott dans la région dorsale qui a laissé une gibbosité assez nette. On trouve enfin à l'auscultation des signes d'induration pulmonaire.

Le second malade est un homme assez vigoureux ayant le même âge que l'autre. A l'âge de quinze ans, il a reçu un choc au genou droit qui l'a fait continuellement souffrir pendant quatre ans, c'est-à-dire jusqu'en 1889. Les différents traitements qu'il a subis, les appareils ont fini par lui permettre de marcher et même de se livrer à des ascensions très pénibles et laborieuses. Mais son membre est resté grêle, moins développé que l'autre, et la demi flexion est permanente. Ce malade souffre maintenant en marchant et si on examine attentivement son genou, on s'aperçoit aussitôt que c'est en pressant, même très légèrement, sur un point très limité qu'on provoque une douleur extrêmement vive. Il ne s'agit pas d'autre chose que d'une tumeur blanche. Dans une arthrite traumatique, la demi-flexion se serait produite immédiatement, et il n'y aurait plus maintenant ni douleurs ni rechutes. Une arthrite blennorrhagique

a un début beaucoup plus douloureux, produit des raidours le plus souvent dans le sens de l'extension, ne laisse pas de lésions aussi circonscrites ni une atrophie aussi considérable s'étendant à la cuisse. Ce n'est pas les suites d'une paralysie infantile, puisque le malade était parfaitement bien portant jusqu'à l'âge de quinze ans. L'ostéomyélite doit être rejetée parce que cette maladie n'évolue jamais pendant des années sans donner lieu à un abcès, parce que, dans le cas actuel, il n'y a pas d'exostoses, parce qu'enfin si l'arrêt de développement du membre était dû à l'ostéomyélite, il y aurait formation de nécroses. Nous avons donc affaire à une tumeur blanche bénigne qui s'est développée chez un sujet vigoureux, dont la santé générale est restée bonne. Le point douloureux est la manifestation d'une lésion tuberculeuse latente qui se réveille de temps en temps, donnant alors lieu à des rechutes, et c'est une de ces rechutes qui amène le malade à l'hôpital.

Le pronostic est très différent pour ces deux malades.

Il est bénin chez le second. Si le malade ne se fatigue pas trop, il finira par tolérer le foyer tuberculeux. S'il est trop incommodé, on pourra l'en débarrasser en faisant une profonde incision jusqu'à l'os et en allant jusqu'au foyer malade. La chose n'est pas difficile parce que dans la grande majorité des cas, ces foyers sont disposés très superficiellement.

Le pronostic chez le premier malade est très grave. La tuberculose chez lui a déjà envahi les poumons, après avoir attaqué la colonne vertébrale. Si l'on se contente de faire une résection du genou, opération merveilleuse quand les lésions sont circonscrites, les foyers tuberculeux le long du fémur resteront, et la guérison ne pourra sûrement pas s'obtenir. Faire une arthrectomie qui consiste à ouvrir largement l'articulation et à évacuer le pus, cela ne servira non plus à rien. La seule opération rationnelle, c'est l'amputation de la cuisse; mais vu l'état général du patient, je crains qu'elle ne donne pas un résultat brillant.

DES PLAIES DE POITRINE PAR PETITS PROJECTILES, leçon clinique du professeur DUPLAY à l'Hôtel Dieu de Paris.—*L'Union Médicale*, 15 février 1896.

Le professeur Duplay donne sa clinique au lit d'un jeune homme de 21 ans qui s'est tiré la veille un coup de revolver dans le côté droit de la poitrine. Le blessé n'a pas perdu connaissance, n'a pas ressenti non plus de douleur vive; mais presque immédiatement après le coup, il a éprouvé une sensation d'étouffement, accompagnée de difficulté de la respiration, et une heure après il crachait du sang rouge, par une sorte d'expectation sans toux véritable. Durant la nuit, dyspnée, douleur généralisée dans la poitrine, hémoptysie plus abondante, pas de sommeil.

Examen du malade.—Au niveau du 3^{ème} espace intercostal droit, à 3 ou 4 centimètres en dehors du bord du sternum, on voit une petite plaie arrondie, à bords noirâtres, brûlés par la poudre, mais pour ainsi dire accolés et sans tendance à l'écartement; c'est l'orifice de pénétration de la balle. Autour de la plaie la peau est intacte. Nulle part ailleurs, ni du côté opposé, ni dans les environs, l'on ne peut trouver des traces de la balle. Le malade souffre aux moindres mouvements, surtout pendant ceux de la respiration. La voix n'est pas altérée ni haletante; dyspnée assez forte. L'hémoptysie continue, mais modifiée; ce sont des crachats noirâtres, hémoptoïques, comme formés de caillots mélangés de mucus. Le côté droit de la poitrine n'est pas plus dilaté que l'autre, mais il offre une matité complète à la percussion. A l'auscultation, souffle amphorique et vibration de la voix aux deux tiers supérieurs; silence complet au tiers inférieur: il y a donc dans la plèvre épanchement d'air et de liquide. Les vibrations thoraciques sont diminuées; et il n'y a pas de fièvre.

La plaie est-elle pénétrante? Si oui, quels sont les désordres intra-thoraciques provoqués par le projectile? Où se trouve logée la balle?

Chez le malade du professeur Duplay, l'examen le plus minutieux ne révèle aucune plaie, aucune douleur, aucune suillie, aucune induration pouvant faire soupçonner la présence de la balle à un endroit opposé, ou sa sortie. Si donc celle-ci a pénétré dans la poitrine, elle y est restée incluse. Maintenant, à moins d'hémorragie grave, ou de la présence d'un morceau de vêtement qu'il faut enlever, l'on ne doit jamais enfoncer un stylet ou une sonde cannelée dans une plaie de poitrine, par crainte de pénétration d'air ou d'hémorragie provoquée. Généralement ces plaies se referment après la blessure faite et demeurent aseptiques ; il ne faut pas les réouvrir. Il reste deux autres signes externes de la pénétration : la respiration au niveau de la plaie, c'est-à-dire la rentrée et la sortie de l'air à l'inspiration et l'expiration (traumatopnée), et l'emphysème partiel ou général du tissu sous cutané. Ces deux signes font défaut chez le malade. Heureusement que nous avons le stéthoscope pour nous renseigner. Nous savons qu'il y a de l'air et du sang dans la plèvre (hydro-pneumo-thorax) ; la balle a donc pénétré dans la poitrine.

Lorsque la plaie est large l'air pénètre de l'extérieur à chaque inspiration. Ici la plaie est très étroite, l'air est venu de l'intérieur : le poumon est lésé, ce qui arrive presque dans tous les cas d'ailleurs. Nous avons une autre preuve évidente de cette lésion dans l'hémoptysie. En outre nous savons que le liquide épanché dans la plèvre ne peut pas être autre chose que du sang, puisque cet épanchement est survenu rapidement après la blessure et que le malade n'a pas de fièvre. En réponse aux trois questions posées plus haut, le professeur Duplay pose comme diagnostic : plaie pénétrante de poitrine avec blessure du poumon, et comme conséquence, hémoptysie et épanchement sanguin et aérien dans la plèvre. Il ajoute, puisque l'orifice de sortie fait défaut, que la balle se trouve logée dans le poumon ou dans la cavité pleurale, sans qu'on puisse en reconnaître le siège avec exactitude.

Le pronostic des plaies de poitrine est essentiellement variable. Grave dans les plaies larges par instruments tranchants, il est moins sévère pour les plaies par projectile de petit calibre ou par instruments piquants. Pour les coups de feu, le pronostic est d'autant moins grave que le projectile est moins volumineux et est animé d'une plus grande vitesse. Une balle de petit calibre, animée d'un mouvement très rapide, pourra traverser la poitrine de part en part sans commettre de grands dégâts. Les dangers immédiats sont la mort par hémorragie et la mort par asphyxie rapide due à la compression du poumon par l'épanchement. Les dangers consécutifs sont sous la dépendance de l'infection. Un pansement antiseptique empêchera l'infection pariétale, mais la lésion pulmonaire, communiquant avec les bronches, peut amener une pleurésie purulente ou putride. On peut avoir aussi une pneumonie.

Le malade du professeur Duplay a heureusement guéri. Il n'y a presque pas eu de fièvre, et tous les signes locaux se sont améliorés à partir de la cinquième journée. Le savant clinicien de l'Hôtel Dieu conseille le traitement suivant dans les plaies de poitrine par balles de revolver. La plaie pariétale, après lavage antiseptique, sera fermée aussi parfaitement que possible avec de la baudruche ou une mince lamelle de coton et du collodion iodoformé. Si la plaie est plus large et son occlusion impraticable, vous la fermez avec un vaste pansement antiseptique. Vous condamnerez le malade au repos le plus absolu, le tronc relevé et soutenu par des oreillers. Contre l'état de collapsus possible, vous pratiquerez des injections d'éther ou de caféine. Au besoin, un peu d'opium à l'intérieur servira à calmer le malade. Surveiller avec soins les dangers immédiats ou consécutifs.

AMPUTATION DU PÉNIS, résumé d'une communication faite par Ramon GUIERAS, du Post-Graduate, à l'Académie de médecine de New-York.— *The Medical Standard*, mars 1896.

Le professeur Guieras, passant en revue les différents modes d'amputation

du pénis. énumère les principales complications que l'on rencontre : hémorrhagie, rétraction de l'urèthre sectionné dans le moignon, rétrécissement de l'orifice urétral par du tissu cicatriciel, contact de la plaie avec l'urine, et il donne ensuite les moyens de remédier à ces inconvénients. Une bande de caoutchouc serrée à la racine du membre et laissée en place pendant l'opération, jusqu'au moment de ligaturer les artères dorsales et celles des corps caverneux, empêchera l'hémorrhagie. Pour prévenir le retrait de l'urèthre sectionné dans le moignon, il faut couper l'urèthre un demi-pouce plus long que les corps caverneux. Le professeur Guiteras ne croit pas que la section longitudinale de la face dorsale de l'urèthre, suivie de suture avec la peau, soit bien efficace à prévenir le rétrécissement cicatriciel de l'orifice; l'ouverture est certainement plus large, mais l'urèthre est plus ou moins tordu, ce qui peut amener un rétrécissement plus considérable encore. Le chirurgien du Post-Graduate suture simplement la muqueuse avec la peau, et s'il survient du rétrécissement, il divise le méat. Il faut toujours compter avec l'urine à la suite de ces opérations. Laisser un cathéter en place peut amener une eschare des points de suture par compression. Il vaudrait mieux tenir les parties très propres par des lavages fréquents à l'acide borique.

Le professeur Guiteras recommande, dans l'amputation du pénis, la technique opératoire suivante. Rendre les parties absolument nettes au point de vue chirurgical (aseptie). Serrer une bande de caoutchouc autour de la base du pénis. Faire l'incision circulaire du tégument. Disséquer en arrière sur une longueur de trois quarts de pouce. Introduire dans l'urèthre une sonde française No. 20 et maintenir le pénis à angle droit avec le corps. Juste au-dessus du lambeau retourné, enfoncer un bistouri droit, le taillant dérivé en haut. Le faire pénétrer ensuite derrière l'urèthre, entre l'urèthre et les corps caverneux, jusqu'à ce qu'il ressorte du côté opposé. Tourner alors le couteau et sectionner les corps caverneux. Disséquer les corps caverneux d'avec l'urèthre sur une longueur d'un demi-pouce, puis tourner le couteau et sectionner l'urèthre. L'on a ainsi fait une amputation de la partie antérieure du pénis, laissant un moignon avec l'urèthre un demi-pouce et le tégument trois quarts de pouce plus longs que le reste. Ligaturer les artères dorsales, les artères des corps caverneux et l'artère de la cloison. Arrêter le saignement par l'application d'eau chaude et la compression. Placer des sutures à la soie fine à travers le tégument et l'urèthre, à chaque extrémité du canal. Les serrer. Coudre par une suture continue à la soie le tégument au-dessus et au-dessous de l'urèthre. Placer ensuite l'urèthre sur le dilateur, et passer quatre sutures à la soie fine à travers le tégument et l'urèthre. Tirer les sutures au milieu, les couper et les attacher sur l'un ou l'autre côté. La peau et l'urèthre se trouvent alors maintenus ensemble par huit sutures. Laver les parties à l'eau stérilisée et, introduire par le nouveau canal une sonde dans la vessie. La remplacer ensuite par un cathéter français no. 15 qu'on laisse plusieurs jours en place. Il faut boucher le cathéter et ne laisser passer l'urine que toutes les quatre heures. Soutenir les parties par un bandage en T. Quand l'amputation est faite pour une tumeur maligne, enlever les ganglions inguinaux.

EXTRACTION DES BOUCHONS CÉRUMINEUX DU CONDUIT AUDITIF, résumé d'un article du Dr LAURENS publié dans la *Presse Médicale*. — *L'Indépendance Médicale*, mars 1896, No. 10.

Ne jamais employer d'instruments, tels que pinces, stylets, &c., parce qu'on s'expose : 1o à blesser le conduit et déterminer une éruption de furoncles; 2o à léser le tympan et provoquer des accidents graves : hémorrhagie, surdité, vertiges. Il vaut mieux recourir aux injections d'eau bouillie un peu chaude ou fraîche, au goût du malade, et se servir d'une seringue stérilisable, bien en main, pourvue de trois anneaux et d'une contenance de quatre onces environ. L'extrémité de la seringue doit être très fine, régulièrement cylindrique ou légèrement

conique; on peut y ajouter un tube de caoutchouc mou, pour ne pas blesser le conduit.

Voici comment il faut pratiquer l'injection. Le malade assis, l'épaule garnie d'une serviette, tient lui-même un bassin au-dessous de son oreille malade et penche légèrement la tête de ce côté. La seringue étant bien remplie, on la débarrasse des bulles d'air qu'elle peut contenir et qui, bouillonnant dans l'oreille, produiraient un bruit extrêmement désagréable. Le médecin, de la main gauche, tire le pavillon de l'oreille en haut; de la main droite, il dirige le bec de la seringue non pas perpendiculairement au centre du bouchon, ce qui le refoulerait, mais le long de la paroi supérieure du conduit, pour que l'eau par son choc en retour chasse le bouchon de dedans en dehors. Il faut commencer très lentement afin d'éviter le vertige, toujours dangereux. Quand tout va bien, on injecte cinq ou six seringues.

Quelque fois le bouchon ne sort pas. Il est inutile alors de seringuer plus fort, car : a) cette irritation mécanique peut blesser le conduit ; b) le traumatisme ainsi produit peut se propager à l'oreille interne et amener des symptômes pénibles ; c) enfin le bouchon peut adhérer au tympan et, en l'en détachant violemment, on déterminerait une hémorrhagie de la membrane. Il faut ramollir le bouchon :

Carbonate de soude.....	15 grains
Glycerine.....	} àâ ½ once.
Eau.....	

Trois fois par jour, le malade fera chauffer dans une cuiller à café dix gouttes de cette solution, et les versera tiède dans l'oreille, en tenant la tête penchée de l'autre côté pendant dix minutes. Tampon de ouate dans l'intervalle. Prévenir le malade que sous l'influence de ce mélange le bouchon va gonfler ; qu'il ne s'inquiète pas si la surdité, les bourdonnements et même les vertiges augmentent momentanément, tous ces troubles disparaîtront après la sortie du cérumen. On renouvelle les injections au bout de quarante-huit heures.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

HÉMORRHAGIE PAR INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA, clinique de M. le professeur TARNIER—On s'imaginait autrefois que les insertions vicieuses du placenta étaient la conséquence d'une chute du placenta qui abandonnait sa place—sur le fond de l'utérus—pour tomber sur le col. C'est à Portal (1685), que revient le mérite d'avoir démontré que le placenta ne tombe pas comme un aérolithe du fond sur le col, mais qu'il s'est greffé d'emblée sur le col.

Puisque je veux vous parler aujourd'hui de l'insertion vicieuse du placenta et des hémorrhagies qui en sont la conséquence, laissez-moi vous rappeler en quelques mots les quatre catégories d'insertion vicieuse :

1° Insertion centrale ou insertion centre pour centre ; 2° une partie du placenta recouvre le col, mais la plus grande partie est en dehors même du col ; c'est l'insertion partielle ; 3° le bord du placenta touche à peine le col, c'est l'insertion marginale ; 4° le placenta ne touche pas du tout le col, il est à une certaine distance de l'orifice, c'est l'insertion latérale.

Si le placenta est attaché plus haut, le cas rentre dans l'insertion normale. Voilà les quatre catégories d'insertion vicieuse du placenta, mais que de différence entre les 1er et 2e cas — qui sont fort graves — et les deux autres qui le sont bien moins.

Avec la quatrième catégorie, il y a toutes chances de guérison, tandis qu'avec la première il y a toutes les chances de mort pour la mère et pour l'enfant.

Le symptôme le plus caractéristique de l'insertion vicieuse est l'hémorrhagie qui, presque toujours, a la même marche.

Ces hémorrhagies ne se montrent guère que dans les trois derniers mois de la grossesse. On a bien parlé d'hémorrhagies au quatrième mois, et de ces hémorrhagies comme causes d'avortement ; je ne les conteste certainement pas ; mais ce sont là des exceptions et les vraies hémorrhagies causées par l'insertion vicieuse sont celles qui surviennent dans les trois derniers mois de la grossesse.

Ces hémorrhagies, le plus souvent, surviennent au milieu d'un état de parfaite santé ; sans faire éprouver la moindre douleur. La femme—au milieu de la nuit ou pendant qu'elle vaque à ses occupations habituelles durant le jour—s'aperçoit qu'elle perd du sang. La perte—quelquefois—est d'abord petite, elle laisse sur le linge une tache de la largeur d'une assiette, puis elle s'arrête, et la femme continue son train de vie ordinaire pendant que continue aussi la grossesse. La santé reste bonne, lorsque, après quelques jours, quelques semaines, quelques mois, il y a une nouvelle hémorrhagie.

C'est donc, vous le voyez, l'hémorrhagie revenant à une époque indéterminée et que rien ne peut faire prévoir. Puis survient encore une troisième, une quatrième hémorrhagie, à intervalles se rapprochant à mesure que la grossesse évolue.

La quantité de sang perdu dans chacune de ces hémorrhagies est très variable ; elle est ou n'est pas abondante, mais peut l'être assez pour tuer la femme.

Quelquefois, après l'accouchement,—après la délivrance—il arrive que l'hémorrhagie se reproduit, parce que la partie de l'utérus sur laquelle est greffé le placenta ne s'est pas suffisamment rétractée.

Il est même surprenant que toutes les femmes qui accouchent ne succombent pas. Ce qui fait qu'elles s'en tirent, c'est que l'utérus se rétracte vigoureusement après l'accouchement. Mais, à la partie inférieure, les parois utérines étant plus minces, ne se rétractent pas aussi bien,—n'ont pas assez de vigueur pour produire une rétraction suffisante,—aussi le danger de l'hémorrhagie qui à ces points pour siège est-il très grand ?

Il y a aussi des femmes qui sont reprises d'hémorrhagies par suite de contraction insuffisante de la paroi utérine. Tout danger n'est donc point écarté après même que l'accouchement est terminé.

Mais, pourquoi, quand il y a insertion vicieuse du placenta, y a-t-il hémorrhagie et hémorrhagie tellement ordinaire que certains accoucheurs l'ont—à tort toutefois—appelée hémorrhagie inévitable ? — Pourquoi, en un mot, les femmes sont-elles exposées à ces hémorrhagies dans l'insertion vicieuse ?

Il y a eu, pour donner cette explication, beaucoup de théories exposées. Parmi toutes je vous en rappellerai deux seulement.

La première est celle de Jacquemier. Les hémorrhagies, dit-il, se produisent pendant les trois derniers mois de la grossesse, parce que le développement de l'utérus commence par le segment supérieur et que le segment inférieur se dilate seulement une fois la grossesse arrivée aux trois derniers mois. A ce moment, le tissu utérin s'écartant écarte les cotylédons placentaires ; de là, décollement et écoulement du sang.

Cette théorie est en grande partie excellente.

Schroder, de Berlin, a émis une autre théorie qu'il a appelée la théorie du décollement. Quand, dit-il, il y a décollement des membranes et quand ce décollement porte sur la caduque, il y a décollement du placenta et de là, hémorrhagie.

Cette théorie est vraie.

Voyez l'importance des deux théories que je viens de vous rappeler. Celle de Jacquemier (l'ampliation de l'utérus) s'applique aux quatre cas de l'insertion vicieuse du placenta.

Dans la seconde théorie, on voit qu'il y a tiraillement du placenta à mesure que l'œuf descend en tirant les membranes par en bas. De là, dit le professeur de Berlin, l'utilité de la rupture des membranes dans le cas de placenta latéral, de même que dans le cas de placenta marginal (4e et 3e catégories). Mais pour la 2e catégorie, la théorie de Schroder ne va plus du tout et celle de Jacquemier lui est bien supérieure. De même pour la 1re catégorie; car il n'y a pas de décollement dans ces deux cas.

En un mot, la théorie de Schroder est bonne pour les 3e et 4e catégories, celle de Jacquemier, l'est pour les quatre cas.

Je passe au traitement de ces hémorrhagies.—Je suis obligé d'aller un peu vite et ne m'arrêterai qu'aux points les plus importants. Je laisse de côté les traitements divers conseillés qui n'ont pas d'intérêt, comme par exemple les injections chaudes; je ne m'arrêterai pas non plus au traitement ancien d'Ambroise Paré et de Guillemeau qui, croyant que le placenta était tombé, n'avaient à leur disposition que l'accouchement forcé.

Le plus ancien des traitements admis pour ces cas d'hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta est celui qui consiste dans le percement des membranes et du placenta. Déjà Mauriceau et, un peu plus tard, Deventer (1734) conseillaient, dans le cas où le placenta recouvre le col, de traverser le dit placenta avec le doigt ou une aiguille. Ils conseillaient de faire de même dans l'insertion partielle ou latérale.

C'est Puzos (1759) qui a attaché son nom à ce mode de traitement (rupture des membranes) qui avait, en réalité, été institué par Deventer.

En résumé, ce traitement consiste à aller faire la rupture des membranes en traversant le placenta, si c'est nécessaire.

Plus tard on est devenu plus timide à l'égard de ce mode de traiter les hémorrhagies par suite d'insertion vicieuses, parce qu'on avait eu quelques cas de mort.

Leroux, de Dijon (1776), préconisa le tamponnement. En 1860, Braxton-Hicks vint à préconiser la version bi-polaire. Plus près de nous encore (en 1862) Barnes a conseillé l'accouchement rapide en introduisant des "sacs" qu'il inventait à peu près en même temps que j'inventais mon dilatateur. Quand il avait obtenu une dilatation suffisante, Barnes terminait vite l'accouchement, soit par le forceps — ce qui n'est pas toujours facile, — soit mieux par la version.

Voici maintenant comment agissent ces divers traitements :

Le plus ancien — la rupture des membranes — permet, ou pour mieux dire, détermine l'écoulement des eaux et la partie fœtale, qui se présente, tête au centre, vient faire bouchon et arrête l'hémorrhagie par suite de la compression qu'elle exerce, compression qu'elle ne pouvait pas produire tant que l'œuf était intact et que le fœtus flottait dans du liquide. Si la théorie de Schroder est vraie, la rupture des membranes agirait encore en supprimant le tiraillement et le glissement.

Mais le tamponnement, comment agit-il? — Il laisse de côté la théorie, c'est tout simplement une digue matérielle que l'on place au fond du vagin pour empêcher le sang de couler. Le sang arrêté se coagule et, de proche en proche, va former des caillots qui bouchent l'entrée des tissus ouverts et arrêtent ainsi l'hémorrhagie.

Enfin la version bi-polaire :

Braxton-Hicks va chercher un pied dans l'utérus; il tire sur ce pied et l'amène en dehors.

La manœuvre de Braxton-Hicks agit de trois façons. D'abord pour faire la version on rompt les membranes, les eaux s'écoulent et on obtient la même

action que par le procédé de Deventer et de Puzos. En tirant un pied qu'il amène au dehors, Braxton-Hicks détermine la même action que le ballon de Barnes pour obtenir la dilatation et enfin le siège, tiré par le pied qui est au dehors, en appuyant sur le placenta, agit comme le fait le tampon.

La version bi-polaire de Braxton-Hicks réunit donc bien à elle seule les actions obtenues par chacun des procédés que je viens de vous exposer.

Il y a aussi l'accouchement rapide préconisé par Barnes, en 1862, et qu'il obtient au moyen de ballons qu'il met de plus en plus gros. — Au lieu des ballons de Barnes, on peut, avec avantage, employer ceux de M. Champetier de Ribes.

Voilà donc quels sont en somme les différents traitements adoptés et leur manière d'agir.

On peut, enfin, s'il y a dilatation suffisante, terminer l'accouchement, et c'est là la meilleure des pratiques. — *Journal des sages-femmes.*

LES INJECTIONS VAGINALES EN GYNECOLOGIE. (*Therapeutische Monatshefte*, 1895.) — Le Dr STRASSMANN (de Berlin) donne au sujet de l'emploi des injections les indications suivantes :

1° Pour les organes génitaux à l'état sain, les injections sont inutiles, en cas de menstruation, cohabitation ou grossesse. Les lotions externes sont suffisantes et préférables.

2° En présence de corps étrangers (tels que pessaires) dans le vagin, injections tièdes de propreté, même pendant la menstruation.

3° Injections chaudes à 40°, 45° ou 50° centigrades, avec addition de divers sels, tels qu'une poignée de sel marin, de la teinture d'iode, une ou deux cuillerées à thé :

(a) En cas d'aménorrhée (sauf pour les jeunes filles dans la période de formation), d'atrophie de la lactation (*lactations atrophie*) et de ménopause prématurée ;

(b) D'involution défectueuse, de métrite chronique ;

(c) En cas d'exsudats (s'il y a présomption de périmérite). Quand il y a de la fièvre, les injections chaudes n'amènent pas la résorption, mais la rupture des exsudats ;

(d) Dans les maladies chroniques des annexes (soit isolément, soit à l'appui des cures de tamponnage ou de massage) ;

(e) Comme hémostatique, dans les menstruations profuses, les endométrites, les myômes, etc., etc., et même les hémorragies utérines, en additionnant d'une cuillerée à bouche d'acide tannique.

4° Des injections froides ne peuvent qu'exceptionnellement remplacer les chaudes, comme hémostatiques. Elles sont préférables pour les carcinomes à hémorragies.

5° Lotions médicamenteuses.

A. Maladies du vagin :

(a) Dans le catarrhe sec (*seborrhoen vaginae*), comme moyen de dissoudre les mucosités, bicarbonate de soude (une cuillerée à bouche), lysol (5 à 10 grammes) ;

(b) Dans le catarrhe purulent, vaginite sénile, acide pyroligneux (deux cuillerées à bouche), sulfate de zinc (une cuillerée), solvéol (une à deux cuillerées à thé), sublimé 1/1000 aux mains du médecin ;

(c) En cas de plaie au vagin, permanganate de potasse (une pincée) à prendre couchée, acide tannique (une cuillerée à bouche), acide borique (une cuillerée à bouche).

B. Dans les maladies du col (érosion, ectropion, catarrhe), acide pyroligneux (deux cuillerées à bouche), solvéol (une cuillerée à café), formaline (solution à 10 0/0), une cuillerée à bouche.

C. Dans le catarrhe du col et du corps, pour lotions et enlèvement des sécrétions, bicarbonate de soude, lysol, concurremment avec le traitement local.

Pas d'injections contre les fleurs blanches des anémiques, avec troubles de croissance : le traitement général suffit.

D. Pour la gonorrhée : dans la période *aiguë* (urétrite, vulvite), pas d'injections, mais lotions externes (sulfate de zinc). De même, dans l'endométrite, ne recourir aux injections que dans la période chronique. Dans la vaginite : solvêol, sublimé, pour les femmes enceintes seulement. Pas d'injections dans les inflammations aiguës des annexes et dans les états douloureux chroniques.

E. Contre les pertes ichoreuses. (*Tauchund*), créoline (une à deux cuillerées à café). Dans le processus malin, remplacer le plus tôt possible les injections par un traitement à sec (gaze iodoformée).—*Rev. de Thérap. méd.-chir.*

CONTRIBUTION A LA THÉRAPEUTIQUE DE L'AVORTEMENT. (*Monatschrift für Geburtshilfe und Gynecologie*, septembre 1895.)—J. JACUB décrit la méthode qu'il a employée dans 53 cas de sa pratique. Ceci ne présente rien de bien particulier : Elle comporte l'emploi du *viburnum prunifolium* dès les premiers symptômes, puis, en cas d'hémorragie et de dilation du col, le tamponnement du vagin avec la gaze iodoformée ou l'ouate aseptique. En cas d'hémorragie et d'orifice cervical admettant l'index, destruction de l'œuf et extraction de celui-ci, injection utérine et vaginale avec une solution antiseptique. Si l'ouverture de l'orifice cervical n'admet pas l'index et que, cependant, l'hémorragie reste abondante, il est urgent d'opérer une dilatation jusqu'à ce que le doigt puisse pénétrer. Dans beaucoup de cas, Jacub pense qu'on peut abandonner l'expulsion du délivre, après l'avortement, aux seules forces de la nature. Après l'expulsion spontanée ou artificielle de l'œuf, l'auteur recommande l'emploi journalier du seigle ergoté durant toute la première semaine. L'emploi de la curette tranchante dans la thérapeutique de l'avortement est, selon Jacub, dans la plus grande partie des cas, non seulement inutile, mais dangereuse. Les irrigations vaginales pendant la période puerpérale après l'avortement ne seront continuées que si l'indication en persiste. Comme on le voit, cette thérapeutique très rudimentaire ne prévoit même pas l'infection, et laisse supposer que l'auteur s'est trouvé toujours placé dans des conditions d'aseptie singulièrement favorables.—*Rev. de Thérap. méd. chir.*

TRAITEMENT DES CRAMPES DES FEMMES EN COUCHES.—

Voici la façon de procéder que conseille le Dr FLANDIN (de Borjac) : La jambe de la parturiente étant autant que possible en extension on saisit le pied à pleine main et on le fléchit sur la jambe brusquement et avec force. Au bout de 2 ou 3 secondes les crampes cessent. Elles peuvent revenir, mais on en est quitte pour recommencer, ce qui n'a rien de bien pénible. On peut obtenir le même résultat en faisant appuyer fortement le pied à plat contre le bois du lit, mais pas mal de femmes se refusent à le faire. Le soulagement serait obtenu de même si la parturiente pouvait se lever et se tenir debout.

Ce mode de traitement des crampes est connu depuis longtemps, mais il n'en était pas moins utile à rappeler à nos lecteurs, car il réussit presque toujours et il est d'une grande simplicité.—*Rev. des mal. des femmes.*

TRAITEMENT DES FISSURES A L'ANUS PAR LA COCAÏNE ET L'ICHTHYOL.—(Jules CHÉRON.) La fissure à l'anus est une affection que les gynécologues ont souvent l'occasion d'observer et de traiter, les femmes étant prédisposées à cette maladie par la fréquence, chez elles, des hémorroïdes et de la congestion des organes pelviens.

La plupart des traitements médicaux sont d'une telle infidélité que beaucoup d'auteurs conseillent uniquement l'intervention chirurgicale, dès que la fissure à l'anus est diagnostiquée.

Le traitement suivant nous a donné des succès constants, dans tous les cas où nous l'avons employé ; il peut donc être mis en parallèle avec l'intervention

chirurgicale par sa réelle efficacité et il est facile à faire accepter des malades les plus pusillanimes. Il repose sur l'emploi consécutif de la cocaïne et de l'ichthyol.

Après avoir outr'ouvert l'anus et reconnu le siège de la fissure, on applique localement un petit tampon d'ouate hydrophile imbibé de chlorhydrate de cocaïne à 1/10, voir même à 1/100, si la sensibilité est très vive. Au bout de cinq minutes, l'anesthésie locale est obtenue et on peut cautériser la fissure avec l'ichthyol pur. Une baguette de verre aseptisée est plongée dans l'ichthyol dont on laisse tomber une ou deux gouttes sur la fissure.

Les mêmes applications de cocaïne, puis d'ichthyol, sont répétées les jours suivants.

A la 4^e ou la 5^e séance, le tampon de cocaïne est introduit jusqu'au niveau du sphincter, et, au bout de cinq minutes, il devient possible de faire une dilatation légère de l'anus avec le dilateur de Nélaton : on a ainsi, sous les yeux, la fissure bien étalée et on la touche, dans toute sa hauteur, avec l'ichthyol.

A mesure que la cicatrisation avance, les dilatations se font plus facilement et peuvent être poussées plus loin, de façon à faire cesser la contracture du sphincter qui complique si fréquemment les fissures anciennes.

Les fissures récentes peuvent être guéries en une dizaine de séances par le mode de traitement que je viens d'exposer ; pour les fissures anciennes, à bords plus ou moins calleux, la guérison demande plus de temps ; il est rare cependant qu'on ait besoin de faire plus d'une vingtaine de séances.

Rev. des mal. des femmes.

DES PROPRIÉTÉS BACTÉRICIDES DES SÉCRÉTIONS VAGINALES CHEZ LES FEMMES ENCEINTEES. R. ROMME.—Extrait d'une communication de la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1^{er} juin 1895. Depuis quelques années il s'est formé parmi les accoucheurs allemands un mouvement très manifeste en faveur de l'asepsie en obstétrique. De plus en plus, on tend en Allemagne à renoncer aux classiques injections vaginales et à les remplacer, du moins dans les accouchements normaux, par l'abstention. Ce mouvement a son origine dans une série de recherches sur la bactériologie du vagin, qui ont montré que le vagin d'une femme enceinte non touchée était aseptique en ce sens qu'il ne renfermait pas de micro-organismes pathogènes, septiques. Et dès la première heure il s'est trouvé des accoucheurs assez hardis, comme Léopold, Mermann, Bumm, qui n'ont pas craint de renoncer aux anciennes pratiques, aux injections vaginales en particulier, et de remplacer, comme les chirurgiens, l'antisepsie par l'asepsie. Les événements, qui en l'espèce portent le nom de statistiques, leur ont donné raison. Comme conséquence, il a fallu changer bien des choses dans l'obstétrique courante, une fois que l'état aseptique du vagin d'une femme enceinte non touchée devenait la base de la pratique obstétricale. C'est ainsi que pour éviter l'infection du vagin aseptique, par le doigt de l'accoucheur, Léopold et Spœrlin ont réduit au minimum les indications du toucher vaginal et décrit toute une nouvelle méthode de palpation abdominale externe, qui permettait non seulement de reconnaître la position de la présentation de la partie fœtale et de suivre les diverses phases de l'accouchement, mais encore de diagnostiquer les rétrécissements du bassin : et sur mille accouchements conduits exclusivement par l'exploration externe, le diagnostic n'a été trouvé en défaut que dans 6,5 0/10 des cas. C'est ainsi encore que Krœnig, puis Ries, ont proposé, — toujours dans le but d'éviter l'infection du vagin par le doigt, — de remplacer le toucher vaginal par le toucher rectal qui, d'après eux, permettrait fort bien de diagnostiquer les présentations, de reconnaître les sutures et d'apprécier même les rétrécissements du bassin. On peut citer encore dans le même ordre d'idées le travail de Strassmann qui a préconisé une série d'interventions externes destinées à remplacer les interventions internes, pour éviter ainsi les éventualités d'une infection du vagin ou de l'utérus. Pour lui, l'expres-

sion du fœtus, faite sous le chloroforme, peut, dans un grand nombre des cas, remplacer les applications de forceps et doit être le procédé de rigueur dans les cas où l'enfant est mort. Il exige encore qu'en cas de tête retenue au détroit supérieur, on ait recours, avant d'appliquer le forceps, à l'engagement manuel de la tête d'après le procédé de Hofmeier. en utilisant la position de Walcher. Il préconise également l'emploi plus fréquent de la version externe, la compression externe de l'utérus et de l'aorte dans les hémorrhagies survenant après la sortie du placenta, l'abaissement forcé de l'utérus avec torsion du placenta au niveau de la vulve en cas de décollement partiel du placenta.

On voit que les quelques faits que nous venons de citer relèvent d'une seule idée : éviter autant que possible le contact du vagin ou de l'utérus avec le doigt de l'accoucheur ou un corps étranger, instrument ou canule, afin de réduire au minimum les éventualités d'une infection. Et comme la canule de l'injecteur pouvait dans l'espèce devenir le grand coupable, surtout entre des mains inexpérimentés, les injections vaginales, comme nous l'avons dit, furent sacrifiées les premières.

Les résultats fournis par la nouvelle pratique caractérisée par l'absence du toucher vaginal et par l'absence de toute désinfection du vagin, à l'aide des injections, avant ou après l'accouchement, ont été très remarquables. Mermann, sur 1200 accouchements normaux conduits sans antisepsie vaginale, suivant les nouvelles règles, note une morbidité de 5 à 7 0/0 et une mortalité de 0 0/0. De même Léopold et Golberg, sur 1489 accouchements conduits aseptiquement, en 1891, à la Clinique de Dresde, n'ont eu qu'une morbidité (par infection) de 8,34 0/0 et une mortalité (par infection) de 0,4 0/0. Plus récemment Léopold a publié une statistique de 1382 accouchements normaux conduits sans injections vaginales et ayant donné une morbidité de 0,65 0/0 et une mortalité de 0,07 0/0. Disons enfin que, dans la statistique de Ferrata portant sur 800 accouchements aseptiques, la morbidité a été de 4 0/0 et la mortalité de 0,05 0/0.

La nouvelle obstétrique et les résultats que nous venons d'exposer sont basés, comme nous l'avons dit, sur une série de travaux fort intéressants.

Arch. de Gynéc. et de T'ocologie.

Angine phlégmoneuse.

Vomitifs répétés, scarification, ponctions suivies de gargarismes antiseptiques. Si la douleur est considérable, appliquer 5 ou 6 sangsues à l'angle de la mâchoire. Faire sucer de la glace et donner d'heure en heure trois des paquets suivants :

Salol pur.....	} à 2 grammes
Sucre de lait.....	

En outre, se gargariser toutes les heures avec :

Acide salicylique.....	1 gramme
Acétate de soude.....	0 gr. 50
Eau distillée.....	270 grammes
Sirup de rose.....	30 "

Monin.

Aphonie.

Eau de menthe poivrée.....	1 litre
Sulfate de zinc.....	10 grammes

M. S. A. Se gargariser toutes les deux heures.—*Monin.*

REVUE D'HYGIÈNE

LA PRATIQUE DE LA VACCINATION.

En 1721, lady Montague, de retour de Constantinople, fit connaître en Angleterre la pratique de la variolisation. Les médecins anglais adoptèrent la méthode, et s'efforcèrent de mettre leurs patients à l'abri de la variole en leur inoculant la maladie, qui prenait alors une forme atténuée. Jenner, qui pratiquait à Berkeley, dans le Gloucestershire, était l'un des plus fervents adeptes de cette pratique. Or dans ce pays de pâturages, on constatait souvent sur le pis des vaches la présence d'une maladie pustuleuse, et c'était une croyance populaire très répandue parmi les vachères et les vachers que lorsqu'on avait contracté cette maladie des animaux, l'on devenait réfractaire à la picote. L'attention de Jenner fut attirée de ce côté. Le 14 mai 1796, il recueillit sur une jeune servante, Sarah Nelmes, qui avait durant ses occupations journalières contracté la *cow-pox*, du virus qu'il inocula au bras d'un jeune enfant de huit ans, James Phips. L'enfant eut des pustules semblables à celles de la servante, et deux mois après lorsqu'on voulut, suivant la méthode habituelle à cette époque, pratiquer sur lui la variolisation, l'on ne put y réussir. L'enfant était immunisé. Telle est l'origine de la vaccine.

Cette espèce de picote spéciale aux animaux, (vache, cheval, âne, mouton, chèvre), que Jenner appelait variole vaccinale, est une maladie infectieuse dont on n'a pas encore découvert le germe, mais dont le *virus*, inoculé chez l'homme sur une plaie de la surface cutanée, produit une infection légère qui rend l'individu absolument réfractaire à la variole, et qui, comme toute infection d'ailleurs, se manifeste par des symptômes locaux et généraux. *Manifestations locales*: La période d'inoculation dure généralement trois jours. On voit alors, au point d'inoculation, qui était resté un peu rouge et quelquefois un peu gonflé, surgir une papule rougeâtre qui, le lendemain, est devenue un bouton saillant et légèrement aplati. Le bouton grossit et, le cinquième ou le sixième jour, le sommet s'emplit de sérosité. Le bouton devient alors une vésicule aplatie, dont le centre est déprimé et opaque (ombilic), et la périphérie bleuâtre et nacrée. Le bord de la vésicule fait nettement saillie sur le tissu sous-jacent, et il existe tout autour une zone rouge d'inflammation. Cette vésicule, le huitième jour, atteint sa maturité et devient une pustule remplie d'un liquide clair, filant, visqueux: la lympho vaccinale.—*Manifestations générales*: Durant l'évolution de la vaccine, l'enfant a une fièvre légère, un peu d'abattement, de perte d'appétit, quelquefois d'agitation nocturne. Quelques enfants sont plus susceptibles que d'autres, ils ont des nausées, de la diarrhée, de la céphalgie, de la courbature, quelquefois même des symptômes convulsifs, symptômes qui heureusement s'améliorent durant la période de dessiccation.

Telle est la marche de la vaccine normale, qui rappelle, sous plus d'un rapport, la sérothérapie actuelle. Comme cette dernière méthode d'ailleurs, la vaccine se manifeste parfois sous une forme anormale (vaccine sans éruption, vaccine généralisée) dont la nature intime n'est pas encore connue. Mais il est aujourd'hui prouvé que les complications graves qui surviennent sont dues à des infections secondaires que l'on peut mettre soit sur le compte du vaccin, soit sur celui du vaccinateur. Voilà pourquoi la vaccine a eu tant de détracteurs qui n'ont pas su juger sa cause avec désintéressement. Lorsque des enfants vaccinés ont eu

la syphilis, l'érysipèle ou des septicémies, c'est que le vaccin provenait d'un enfant syphilitique, c'est que les instruments ou la main de l'opérateur déposait sur la peau lacérée les germes de suppuration ou d'érysipèle apportés de la maison voisine. L'on a vu ces choses au temps pas si loin déjà où l'on vaccinait avec les croûtes tombées du bras de l'enfant. Le médecin de cette époque, plus généreux qu'un notaire, transportait les héritages de famille sans faire payer de papier timbré, et conservait précieusement comme un vaccin bienfaisant les résidus de la maladie. Aujourd'hui, l'on pratique encore la vaccination humaine, mais le médecin qui adopte cette méthode connaît l'importance de choisir un sujet sain, indemne de tout vice constitutionnel, il sait de plus que le vaccin bienfaisant n'est pas dans la croûte, mais dans la lymphé que contient la pustule. Le plus souvent d'ailleurs, il dégage sa responsabilité en acceptant le vaccin fourni par les autorités sanitaires, et reporte toute son attention sur l'opération elle-même, mettant tous ses soins à observer la propreté la plus rigoureuse.

Bien peu de médecins refusent aujourd'hui de vacciner. Jenner Bryce, en Angleterre, Bousquet, Trouseau, Chambon, Saint-Yves Ménard, Chauveau en France; Behm et Wolf en Allemagne; Warlomont en Belgique ont prouvé d'une manière complète l'efficacité de la vaccine. Quelques uns d'entre eux n'ont fait accepter dans leur pays la pratique de la vaccination qu'après une lutte longue et souvent renouvelée. Cependant il s'agissait d'établir la prophylaxie d'une maladie qui exerce des ravages énormes, dont le virus, dans ses manifestations multiples, touche le cœur et les poumons, altère les différents tissus, laisse sur la peau des traces indélébiles. La victime, dont l'organisme a été profondément impressionné, reste avec une résistance diminuée, demeure exposée davantage encore à l'atteinte de nouveaux fléaux, heureuse encore si ses yeux n'ont pas coulé, si ses oreilles ne sont pas détruites. La révérende sœur supérieure de l'Asile de Nazareth nous dit que sur les 75 aveugles de l'établissement, 30 ont perdu la vue à la suite de la variole. Cela fait, si nous comptons bien, 2 sur 5. Quand on songe que cette maladie terrible est contagieuse, qu'on la rencontre surtout dans les centres peuplés, qu'elle se transmet de maison en maison par les personnes, de ville en ville par les grandes voies de communications (chemins de fer, steamers, etc.), on comprend que les peuples aient compris l'importance de se protéger contre son invasion, que les autorités civiles et militaires fassent tout en leur pouvoir pour empêcher sa propagation dans leur domaine. Aussi la vaccination est-elle adoptée et mise en pratique dans tous les pays civilisés. En temps d'épidémie surtout chacun est heureux de se procurer l'immunité, même au prix d'une indisposition légère de quelques jours. La variole, dans certains pays, comme en Allemagne, faisait des ravages nombreux; dès qu'on eut adopté la pratique de la vaccination, l'effet se fit immédiatement sentir. A Berlin, de 1781 à 1805, la maladie avait fait 3422 victimes; après l'importation de la vaccine, de 1810 à 1850, elle n'a fait mourir que 176 individus par million d'habitants. A Trieste, de 14000 par million d'habitants, la mortalité n'a été, de 1838 à 1850, que de 182 par million. Et la mortalité est bien moindre encore lorsque la vaccination est obligatoire: 18 sur 100,000 habitants en Suède, 7 sur 100,000 en Angleterre. En Allemagne où la revaccination même est obligatoire, la mortalité est de 2 pour 100,000, et complètement nulle dans l'armée. Le Canada ne peut pas se vanter d'être aussi progressif. A ce propos, nous citerons sur la valeur de la vaccination le passage suivant d'un auteur canadien devenu aujourd'hui classique aux États-Unis (1). "Personne ne prétend que la vaccination soit un préventif invariable et permanent de la variole; mais, dans la grande majorité des cas, l'inoculation suivie de succès rend la personne indemne pour plusieurs années. C'est dans les endroits où la vaccination et la revaccination sont faites d'une manière complète et systématique que la variole fait le moins de victimes. Au contraire, c'est parmi les populations où la vaccination et la

(1) Osler; Practice of Medicine, 1892, p. 64.

revaccination sont constamment négligées que les épidémies de variole font le plus de ravages. La pratique de la revaccination a fait disparaître la maladie de l'armée allemande. *Rien dans les temps modernes n'est plus instructif à ce point de vue que les statistiques fatales de Montréal.* L'épidémie qui survint en 1870-71 fut sévère dans le Bas-Canada, et persista à Montréal jusqu'en 1875. Quelques cas sévères d'ulcérations, probablement de nature syphilitique, à la suite de vaccination, causèrent beaucoup de mécontentement parmi les canadiens-français, et quelques agitateurs, parmi lesquels un médecin canadien assez connu (1), soulevèrent contre cette pratique, d'une manière très étendue, le préjugé populaire. De fait il y eut des émeutes. L'introduction de la lymphé animale permit d'étendre la pratique parmi les classes pauvres, mais l'on ne put jamais établir la vaccination obligatoire. Entre 1874 et 1884, une population non immunisée grandit et fabriqua le matériel voulu pour une épidémie sérieuse. Le sol avait été préparé avec le plus grand soin et n'attendait plus que l'introduction du germe, qui fut apporté au bon moment de Chicago par le conducteur de char Pullman, dont nous avons parlé, le 28 février 1885. Durant les dix mois suivants, des milliers de personnes furent frappées par le fléau, et 3164 moururent." N'est-il pas malheureux de voir la principale ville du Canada citée d'une façon aussi désavantageuse dans un livre que l'on trouve sur la table de tous les médecins d'Amérique.

Il y a vingt ans, le mauvais vaccin avait causé cet état de chose défavorable. Aujourd'hui, grâce aux progrès réalisés, le médecin n'a plus d'excuse pour refuser à un enfant le bienfait d'une immunisation certaine. L'Institut Vaccinogène de Ste-Foye fournit à la profession médicale un vaccin animal à l'abri de tout reproche. C'est la lymphé contenue dans la pustule de la *cow-pox* qui sert d'agent immunisant. En Europe, du moins en France, on râcle le fond de la pustule, et l'on obtient ainsi une pulpe que l'on mélange avec de la glycérine. Cette pulpe glycerinée constitue la préparation de choix. A Ste-Foye, le médecin chargé de la direction de l'Institut Vaccinogène a adopté la méthode ordinaire, qui consiste à déposer la lymphé sur des pointes d'ivoire et à la conserver dans des tubes bien aseptiques. M. le Dr Gauvreau a d'ailleurs exposé tout au long son procédé au congrès de l'*American Public Health Association* tenu à Montréal au mois de septembre 1894. Voici quelques-uns des détails les plus intéressants. D'abord l'antiseptie la plus complète règne dans tout l'établissement : les étables, les animaux, les ustensiles, les assistants sont l'objet de la propreté la plus méticuleuse. Afin d'éviter la tuberculose, l'on n'emploie pour la culture du vaccin que des veaux âgés de trois à douze mois, certifiés sains par un médecin vétérinaire. Il est prouvé que les veaux ont très rarement la tuberculose. Leur inoculation est faite avec toutes les précautions antiseptiques modernes. Lorsque la lymphé des pustules est prête à être recueillie, le médecin directeur fixe sur un support stérile 150 pointes d'ivoire bien stérilisées aussi. Il presse alors légèrement sur les pustules pour rompre les membranes, recueille sur un pinceau de poils de chameau également stérilisé la lymphé vaccinale et la dépose sur les pointes d'ivoire. Celles-ci sont enveloppées dans du coton stérilisé et placées, à l'aide d'une pince, dans un tube de nickel ou de cuivre qui peut en contenir dix. Les mains de l'opérateur n'ont pas touché aux pointes. Quand les tubes doivent parcourir une longue distance on les enveloppe dans une lame de tain et on les recouvre d'une feuille de caoutchouc soudée à la chaleur. On peut affirmer avec sécurité que le vaccin fourni à la profession médicale dans cette province est d'une pureté absolue et offre toutes les garanties possibles d'efficacité.

La première des deux conditions nécessaires au succès de la vaccination se trouve donc remplie. Le vaccin est bon. Il ne reste plus au vaccinateur qu'à pratiquer son opération avec toute l'antiseptie exigée par les opérations chirurgicales même les plus bénignes, et il sera certain de n'inoculer à son patient que

(1) Et nous ajouterons un médecin anglais tout aussi connu.

le vaccin pur, et non pas des germes de suppuration ou de septicémie. C'est ce qu'a si bien démontré M. le Dr Brennan au même congrès de l'*American Public Health Association* dans sa communication intitulée : "Plaidoyer en faveur de la vaccination aseptique." Le distingué chirurgien de l'hôpital Notre-Dame condamne d'abord absolument l'usage de vacciner avec les croûtes ; puis il ajoute : "L'opération doit être faite avec les précautions antiseptiques les plus sévères ; les instruments, les pièces de pansement les mains, etc., tout doit être propre et purifié. La lancette, le scarificateur ou l'aiguille dont on se servira pour érailler ou pour inciser la peau doivent être stérilisés *avant* et *après* chaque vaccination. Avant d'opérer, il faut désinfecter la peau avec du sublimé au 1000e ou au 2000e et l'assécher avec du coton aseptique (1). La méthode de l'abrasion simple, quoiqu'un peu plus longue et plus ennuyeuse à faire que la scarification, me paraît être celle qui offre le moins de danger et donne les meilleurs résultats. Moins vous tirerez de sang, plus le point d'inoculation sera petit, le mieux ce sera ; vous aurez ainsi moins de sang, moins de tissu mortifié dont la décomposition peut favoriser le développement de germes étrangers. Une fois la petite opération terminée, couvrez légèrement la surface avec de la gaze antiseptique jusqu'à ce que les points inoculés soient parfaitement secs ; faites ensuite le pansement avec de la gaze stérilisée ou, si l'enfant est très indocile, avec du collodion aseptique." Le Dr Brennan est convaincu, par son expérience personnelle, que cette méthode absolument aseptique diminue l'intensité des symptômes généraux et de l'inflammation locale, prévient les gonflements glandulaires et les éruptions cutanées. Il conseille à chaque médecin qui fait de la vaccination d'avoir en sa possession : (1) de la lymphé pure conservée antiseptiquement ; (2) un flacon d'eau distillée ou bouillie pour diluer la lymphé ; (3) un flacon contenant une solution de bichlorure de mercure ; (4) une petite lampe à alcool pour stériliser la lancette, le scarificateur ou l'aiguille ; (5) un peu de coton absorbant stérilisé ; enfin (6) un peu de gaze stérilisée. Ce sont toutes des choses qui ne coûtent pas cher et qui rendent les plus grands services en permettant d'avoir une vaccination efficace et bien faite.

Donc, avec du bon vaccin et une vaccination aseptique, on obtient d'excellents résultats. Cela est prouvé de toutes les manières. Il y a cependant une troisième considération dont l'importance est moindre, mais dont il est bon de tenir compte : c'est l'état de santé de l'enfant. En temps d'épidémie, il n'est pas nécessaire d'en tenir compte ; il faut vacciner et revacciner tout le monde. Mais lorsque l'on n'est pas pressé par la force des choses, il vaut mieux ne pas vacciner un enfant dont l'organisme physiologique est troublé par un état pathologique quelconque. Le temps le plus propice pour vacciner les enfants est le troisième ou le quatrième mois. Enfin il est bon de se rappeler que la vaccination pratiquée pendant la période d'incubation de la variole fait avorter la maladie.

Nous croyons en avoir dit suffisamment pour prouver que la pratique de la vaccination est très importante au point de vue hygiénique, qu'elle est efficace dans son résultat et sans danger dans son exécution, pourvu que l'on prenne les précautions nécessaires. C'est ainsi pour toutes choses, d'ailleurs. Le médecin négligent et malpropre qui conserve les pointes d'ivoire chargées de vaccin dans sa poche de gilet, avec du tabac et des allumettes, ne peut pas s'attendre à avoir le même résultat que celui qui prendra les mesures de propreté chirurgicale conseillées par M. le Dr Brennan. La lymphé vaccinale, inoculée *seule*, produit une légère maladie qui empêche d'avoir la picote ; si vous inoculez en même temps d'autres germes, vous pourrez avoir toutes les complications imaginables. C'est une question de savoir faire et non pas de fatalité.

(1) Afin que le sublimé qui a servi à désinfecter la peau ne détruise pas le vaccin qu'on appliquera, il faut laver ensuite l'endroit avec de l'eau stérilisée par l'ébullition.

REVUE DE PÉDIATRIE

Sous la direction du docteur ISAÏE CORMIER,
Médecin des enfants malades à l'Hôpital Notre-Dame.

NÉPHRITES DES NOUVEAUX-NÉS, par A. JACOB, (traduit des *Archives of Pediatrics* Vol. XIII No 3).

Les reins sont si intimement associés avec tout l'être physiologique que leur fonction est influencée par n'importe quelle maladie de n'importe quel organe. Ce fait est surtout perceptible dans les maladies infectieuses, dans un bon nombre desquelles certaine forme de néphrite est très commune. Il est vrai que nous ne trouvons pas toujours des lésions sérieuses, car, heureusement, la plupart des cas de néphrites secondaires ne sont ni dangereuses ni de longue durée. Mais il n'y en a pas qui ne soit susceptible de devenir une forme sévère et peut-être de se terminer fatalement. Il est vrai que dans certains cas nous ne trouvons que de l'albumine. Cependant je puis affirmer que les cas d'albuminurie sans complication sont devenus très rares depuis que nous avons adopté la force centrifuge dans tous nos examens d'urine. Dans vingt cas successifs, avec un verdict de "trace d'albumine" on est certain de trouver dans le dépôt de 19 cas le résultat uniforme suivant—cellules de sang, tubes hyalins, tubes hyalins unis avec l'épithélium, ou des tubes en granulation fine et serrée. Beaucoup de ces néphrites sont de courte durée et disparaissent dans 7 à 10 jours. Mais cette terminaison heureuse est loin d'être universelle.

Comme les maladies qui prédisposent spécialement aux néphrites sont très communes dans la première et la seconde enfance, conséquemment la néphrite est commune à ces âges et doit être recherchée chaque fois que l'origine de symptômes dangereux n'est pas claire. De nombreux cas sont rapportés illustrant les conditions qui prédisposent aux néphrites. En tête nous pouvons citer les désordres intestinaux qui sont si fréquents chez l'enfant. Bien que quelquefois la diarrhée soit le résultat de la néphrite, très souvent elle en est la cause, et alors la néphrite est causée par l'absorption d'éléments toxiques développés dans le canal intestinal. La néphrite est aussi une complication occasionnelle de la fièvre typhoïde; on connaît parfaitement bien sa fréquence durant le cours de la diphtérie. Dans cette dernière, la néphrite a souvent été aggravée et même produite par l'usage du chlorate de potasse. L'exposition au froid et même à une chaleur excessive est une cause de néphrite. Il est probable qu'elle peut résulter d'une insuffisance circulatoire, et elle guérit lorsque cette obstruction veineuse disparaît. Elle accompagne fréquemment les maladies congénitales du cœur, et l'auteur l'a remarquée unie au mélaena. Les obstructions par l'acide urique, et les diathèses à l'acide urique sont fréquemment la source d'irritation sérieuse au rein.

Après une revue de tout le sujet, l'auteur conclut que la néphrite est une maladie fréquente de l'enfance et qu'elle est loin d'être rare chez le nouveau-né. Des méthodes perfectionnées d'examen ont enseigné que beaucoup de cas qui étaient autrefois considérés comme de simples albuminuries sont des néphrites. Une prédisposition à la néphrite chez le nouveau-né est causée par la fragilité des vaisseaux sanguins; par la petitesse relative des capillaires du rein comparés avec ses larges artères rénales; par la faiblesse du muscle intestinal, ce qui rend

l'intestin incapable de rejeter ses contenus toxiques ; par le grand développement des vaisseaux sanguins, des lymphatiques et des villosités des intestins qui favorise l'absorption des toxines.

Considérée au point de vue étiologique la néphrite peut être :

1° *Congestive*, provenant d'une circulation faible, maladie de cœur congénitale, asphyxie, exposition au froid.

2° *Obstructive*, provenant d'une décomposition rapide physiologique du sang du nouveau-né, de la formation d'hématoïdine et de bilirubine ; de jaunisse ; la production de méthémoglobine par des poisons chimiques tel que le chlorate de potasse, ou par la chaleur excessive ; ou encore la présence du sang dans les tubes urinaires.

3° *Irritative*, par la présence d'engorgements par l'acide urique ou par l'hématoïdine, par les hémorrhagies purpuriques ou autres interstitielles, ou par les microbes et toxines dans les maladies éruptives et infectieuses, et dans les entérites.

NÉPHRITE COMPLIQUANT L'ENTÉRITE CHEZ LE JEUNE ENFANT, par A. SEIBERT, (*New-York Polyclinic* 1895, Vol. VI, No 6.)

Dans le cours du catarrhe gastro-intestinal aigu, accompagné par la fièvre, l'auteur a remarqué quatre cas de néphrites aiguës chez des enfants au-dessous de six mois, et dans tous les cas d'entérites, où l'augmentation de la température a duré trois jours ou plus il a trouvé de l'albuminurie. Dans beaucoup de ces cas il s'est contenté de faire bouillir l'urine, mais lorsque l'examen microscopique a été fait, les constituents morphologiques de l'urine qui se rencontrent dans la néphrite n'étaient jamais absents. Les quantités de ces éléments morphologiques variaient considérablement à différents temps et avec différents cas, mais généralement ils étaient en petite quantité.

Ordinairement le premier symptôme de néphrite aiguë pendant une attaque d'entérite est la fièvre. La quantité de fièvre dépend indubitablement de la quantité de matière infectieuse qui a envahi le rein, et de l'étendue du tissu rénal affecté. La température généralement monte à 103° F ; rarement à 101° et à 105° F. Le commencement d'une néphrite est toujours accompagné de fièvre, c'est donc d'une grande valeur pratique de prendre la température pendant une attaque d'entérite, et si l'on trouve une élévation de température, on doit toujours examiner les urines. La découverte fréquente de l'albumine expliquera alors en partie au moins pourquoi un enfant souffrant d'une légère diarrhée de cinq à huit évacuations muqueuses dans 24 heures, dépérit quelquefois si rapidement montre une coloration jaune et une bouffissure molle de la peau, un maintien faible, perte d'appétit, agitation, et un tel degré d'insomnie et d'humeur malade, que la mère aussi bien que le patient en souffre jour et nuit. La découverte de l'albumine et des autres constituents morphologiques de l'urine nous prouve alors, que, malgré l'apparence inoffensive de la diarrhée, nous avons une infection générale sévère, originant dans le canal alimentaire, qui ne peut être mise de côté et préservant simplement le bismuth ou autre médecine dirigée seulement contre le désordre digestif.

La couleur grise de la peau, suivie par une anémie marquée qui se change plus tard en une décoloration jaune ressemblant à la cire, constitue un fait que l'auteur regarde comme caractéristique de cette condition. Il n'a remarqué l'œdème que deux fois dans les cas aigus. Il n'approuve pas le fréquent usage du cathéter, comme l'enseigne Hirschsprung, car dans la pratique générale on rencontrera trop souvent le danger d'infecter la vessie par un instrument malpropre. Il a remarqué que la plupart des enfants vident leur vessie du moment qu'on enlève leur couche et qu'on expose leurs cuisses et le bas du ventre à une température plus basse, celle de la chambre. Si, alors, on tient un vase propre sous les fesses de l'enfant, les ayant au préalable rapidement nettoyées avec de l'eau chaude et du savon, l'urine apparaîtra généralement en moins de quinze

minutes. De cette manière la garde-malade peut avoir la quantité d'urine nécessaire à la demande du médecin.

Quant au traitement de l'entéro-néphrite, la première et la plus importante indication sera toujours l'évacuation hâtive et complète du canal alimentaire, de son contenu en décomposition, et de la substitution temporaire de la nourriture albuminoïde (le lait) par les carbo-hydratés et la matière grasse (les gruaux et la crème) agissant ainsi pour faciliter la guérison de l'entérite. De cette manière seule nous pouvons empêcher l'absorption de bactéries et de leurs produits dans le sang et leur invasion dans le tissu rénal. Faire boire une grande quantité d'eau, ou dans les cas de gastro-entérite laver l'estomac, et faire de fréquentes irrigations du colon avec du thé, du café et du salicylate de soude : ces moyens stimuleront et favoriseront la diurèse et alors on arrêtera le développement de la néphrite. Les bains chauds à la moutarde (à 105° F.) pendant cinq minutes, donnés deux fois par jour, sont indiqués quand la maladie est accompagnée par la bronchite ou la broncho-pneumonie. Lorsqu'il y a une haute température et de l'agitation l'auteur s'est bien trouvé, dans beaucoup de circonstances, de lavements abondants et frais, à environ 60° F., et quelques fois de doses d'antipyrine, par le rectum, de trois ou quatre grains toutes les six ou douze heures. Il considère l'alcool comme absolument contrindiqué, tant par son action altérante sur la digestion que par son action irritante sur l'épithélium rénal.

LA SÉROTHÉRAPIE ANTIDIPHTÉRIQUE ET LES ACCIDENTS CAUSÉS PAR LE STREPTOCOQUE APRÈS LES INJECTIONS DE SÉRUM DE ROUX. *Soc. méd. des hôpitaux.* 31 janvier et 7 février 1896.— M. SEVESTRE a déjà, comme on le sait, attribué au streptocoque certains accidents tardifs des angines membraneuses traitées par le sérum. Il revient sur ce sujet dans une étude très approfondie basée sur sept cas nouveaux étudiés bactériologiquement par M. MÉRY.

Il faut d'abord distinguer les accidents postsérothérapiques en : *immédiats, précoces et tardifs*. Les premiers sont des modifications sans importance et d'ailleurs inconstantes du pouls et de la température qu'a signalées M. Variot et qui se dissipent en quelques heures; les accidents précoces sont caractérisés par l'éruption ortiée qui survient du quatrième au huitième et dixième jour, qui s'accompagne d'une légère élévation de température et qu'on peut attribuer au sérum lui-même puisqu'elle s'observe aussi avec le sérum de Marmorek ou le sérum de cheval non immunisé; les accidents tardifs sont constitués par une éruption polymorphe, des arthropathies, un état général souvent très inquiétant, de l'albuminurie, des adénopathies, plus rarement une rougeur érysipélateuse au voisinage ou loin de la piqûre; ils apparaissent vers le treizième jour, durent quatre ou cinq jours et se terminent généralement par la guérison.

Les accidents ne sauraient être attribués au sérum lui-même, car 1o on ne les observe pas dans la diphtérie pure traitée par le sérum; 2o dans tous les cas on trouve le streptocoque virulent dans la bouche et la gorge; 3o ils sont très analogues à ceux que produit la streptococcie indépendamment de la sérothérapie; 4o ils paraissent être moins graves chez les malades qui ont subi antérieurement les injections de sérum de Marmorek.

On peut donc légitimement incriminer l'action du streptocoque: par quel mécanisme? le microbe subirait-il, du fait du sérum une augmentation de virulence? Les expériences de M. Méry ne permettent pas de le dire.

Mais il n'en reste pas moins que le sérum de Roux, comme tout médicament actif, doit présenter des indications et contre-indications que M. Sevestre résume ainsi :

a) Dans la *diphtérie pure*, non associée, le sérum ne détermine aucun accident sérieux; l'injection est la règle.

b) Dans la *diphtérie associée au streptocoque*, le sérum peut dans des cas rares, favoriser la production d'accidents parfois très effrayants, mais général-

ment sans gravité réelle. La crainte de ces accidents ne doit pas empêcher de recourir aux injections de sérum de Roux; car avec deux infections associées, c'est déjà beaucoup d'en supprimer une.

c) Les seuls cas où l'hésitation soit permise sont ceux dans lesquels l'examen bactériologique révèle l'existence de streptocoques abondants associés au bacille court qui n'est pas toujours en rapport avec une diphtérie vraie.

d) Dans les cas où l'examen bactériologique révèle le streptocoque sans bacille de Löffler, le sérum de Roux ne peut avoir aucune action favorable, il faut s'abstenir.

Si l'examen bactériologique ne peut être fait immédiatement ou même est impossible, deux éventualités peuvent se présenter :

a) S'il s'agit d'une angine légère au début, il convient en général d'attendre le résultat de l'examen bactériologique, mais à la condition de suivre le malade avec grand soin et de se tenir prêt à faire l'injection, pour peu que le mal fasse des progrès.

b) Si, au contraire, la maladie présente quelque caractère de gravité, et surtout, s'il s'agit d'un croup, il faut, sans attendre le résultat de la culture, injecter et ne pas se laisser arrêter par la crainte d'accidents possibles.

M. HUTINEL a observé aussi des cas de mort par accidents tardifs. Bien loin d'incriminer le sérum qu'il considère comme un remède merveilleux, il admet qu'ils ont une grande analogie avec les infections à streptocoques; mais il ne peut consentir à les identifier, car le streptocoque fait parfois défaut. Il a remarqué, en revanche, que les manifestations les plus sérieuses se produisent chez des enfants porteurs de grosses amygdales, chroniquement enflammées et de végétations adénoïdes, dispositions qui favorisent le développement des germes morbides. Aussi, adoptant les conclusions de M. Sevestre, il y ajoute les propositions suivantes :

a) Quand une angine diphtéroïde, d'apparence bénigne, se développe chez un enfant porteur d'amygdales chroniquement enflammées et de végétations adénoïdes, il ne faut pas trop se hâter d'injecter le sérum de Roux, à moins que l'examen ne révèle la présence de bacilles de Löffler longs et nombreux et que les membranes ne s'étendent.

b) Dans les cas de scarlatine où on découvre des bacilles de Löffler dans la gorge, il est prudent de s'assurer, avant de faire une injection de sérum, si les bacilles sont nombreux et longs et si la diphtérie est nettement caractérisée.

M. LE GENDRE a observé des accidents très graves et tardifs chez un enfant atteint d'angine caractérisée par des bacilles courts et des staphylocoques et traité, malgré le peu de gravité de son angine, par 15 centim. cubes de sérum. Ce cas éloigne la pensée d'une infection secondaire streptococcique, tout comme le cas rapporté par Thibierge dans cette *Revue* en mai 1895. M. Le Gendre estime qu'en pareil cas, le bacille court n'ayant pas une spécificité bien démontrée, il vaut mieux s'abstenir et se borner au traitement local.

Le sérum de Roux peut-il provoquer l'albuminurie ?

M. CHANTEMESSE n'hésite pas à l'innocenter de cet accident et il considère comme de simples coïncidences les faits dans lesquels on a vu apparaître l'albuminurie après l'injection; c'est en effet ce qu'ont observé MM. LE GENDRE et E. HIRTZ dans trois faits qu'ils rapportent.

M. V. ROY sur 1,414 enfants diphtériques soignés à l'hôpital Trousseau en 1895, a eu une mortalité de 14,5 0/0, il n'a vu que très rarement des accidents tardifs; en revanche, il les croit plus fréquents en ville, peut-être parce que le sérum y est moins fréquemment renouvelé qu'à l'hôpital. Toutefois, sur la pathogénie de ces accidents, il s'éloigne de M. Sevestre; il s'agirait pour lui d'une intoxication de nature spéciale; les substances albuminoïdes du sérum injectées sous la peau ne s'éliminent pas habituellement par les urines; ces substances se mêlent au sang et aux humeurs sans s'y incorporer directement, puisqu'elles n'ont pas subi l'action des sucs digestifs. Elles se transforment, se

dédoublent et ce sont probablement ces produits de dédoublement des molécules albuminoïdes qui, après une période de temps assez fixe, détermineraient les troubles de l'intoxication par le sérum.

M. CHANTEMESSE essaie de substituer à la voie sous-cutanée la voie intestinale (par les lavements) pour l'introduction du sérum de Roux, ou la voie cutanée (par les pommades) pour le sérum de Marmorek dans le cas d'érysipèle:

Rev. des mal. de l'enf.

SPINA BIFIDA.—OPÉRATION.—GUÉRISON. par LEWIS MARSHALL et OCTAVIUS BEVAN.—Une petite fille de deux ans et demi paraissant en excellente santé fut admise à l'hôpital pour une tumeur de la région lombaire inférieure, du volume d'une petite orange et située à droite de la ligne médiane. En déprimant fortement la tumeur on croyait sentir une brèche dans la colonne vertébrale. La peau, de coloration normale, adhérait à la portion saillante de la tumeur. On percevait vaguement de la fluctuation et de la translucidité. La pression réduisait en partie la tumeur, qui ne variait pas d'ailleurs par le changement de position ni sous l'influence des cris. On pensa avoir affaire à un kyste dermoïde associé à un spina bifida.

Le 29 août, après chloroformisation, on fit une incision sur la ligne médiane, dans une longueur de trois pouces et demi. On disséqua le tissu graisseux abondant jusqu'au sac de la méningocèle qui fut ouvert accidentellement. Après dissection du sac, on en réséqua la partie accessible et on tenta de le fermer par des sutures de Lembert. Celles-ci ne réussirent pas à empêcher l'écoulement du liquide céphalo-rachidien. On fit alors quatre sutures interrompues à la soie, puis on lia le sac, après s'être assuré qu'aucun élément nerveux n'y était compris. La peau fut réséquée puis la plaie lavée à l'eau phéniqué fut réunie par des sutures profondes et quelques points superficiels.

L'enfant fut remis dans son lit la tête basse, le siège relevé par un coussin.

Au bout de huit jours la plaie était presque cicatrisée sauf dans une étendue de $\frac{1}{8}$ de pouce à la partie supérieure.

Le 6 septembre le pansement était mouillé et on pouvait voir le liquide céphalo-rachidien sourdre lentement de la partie supérieure de la plaie. Pansement compressif.

Le 13 septembre la plaie était totalement cicatrisée et l'écoulement de liquide tari. Deux jours après toutes les sutures furent enlevées.

Pendant la durée du traitement la température n'a pas dépassé 100° F.

Le diagnostic n'a pas été facile. La translucidité de la tumeur et la constatation d'une brèche à la colonne vertébrale étaient les deux seuls faits en faveur du spina bifida. La forme de la tumeur au contraire, sa position à droite de la ligne médiane, son apparence, plaident contre cette hypothèse.

La principale raison pour intervenir a été l'affirmation par la mère que la tumeur se développait rapidement.

(In Brit. Med. Journal).

COLIQUES NÉPHRÉTIQUES CHEZ LES ENFANTS. — (*Société Royale de médecine et de chirurgie, à Londres*).—Le docteur Gibbons lit un travail sur les coliques néphrétiques des enfants et rapporte en détail plusieurs cas dont les sujets avaient de neuf à vingt trois mois et chez lesquels tous les signes de coliques rénales étaient au complet. Chez aucun de ces malades on ne trouva de calcul, mais de l'acide urique libre en grande quantité. Tous ces enfants étaient issus de goutteux avérés, ce qui explique que la plupart appartenaient à la classe riche. Le docteur Gibbons croit que si on mentionne rarement les coliques néphrétiques chez les enfants c'est parce qu'on les confond avec les coliques intestinales. Les points sur lesquels il attire l'attention sont les suivants: 1° Dans le cas de coliques rénales il y a une invasion soudaine de tous les symptômes; 2° Rien d'appréciable dans la santé générale des enfants, et en particu-

lier, dans la composition de l'urine avant l'attaque ne pouvait avertir le médecin ; 3° Tous les signes et tous les symptômes des coliques néphrétiques aiguës furent rencontrés au complet ; 4° Tous les cas furent observés chez des descendants de goutteux.

Le Président fait observer que le diagnostic manque de certitude, puisque jamais on n'a trouvé de calcul et il oppose à M. Gibbons ce fait, que les enfants de la classe riche n'ont jamais de calculs vésicaux.

M. J.-H. Morgan rappelle qu'on sait depuis longtemps que des cristaux d'acide urique existent dans le rein et dans l'urine des fœtus sans que leur présence donnât lieu à aucun symptôme. Est-ce parce que ces cristaux sont enveloppés de muéus et sont rendus de la sorte inoffensifs. Il croit que des accidents tels que ceux que l'on vient de décrire existent certainement chez les enfants et que, maintenant qu'ils sont signalés, on ne les confondra plus avec les coliques intestinales.

Pour M. Guthrie la recherche du calcul a peu d'importance après l'examen microscopique des urines. Ces accidents sont d'ailleurs très fréquents chez les enfants de la classe pauvre, qui présentent souvent les signes de la diathèse urique, douleurs dans l'abdomen, irradiées à l'ombilic et aux hypochondres, aux flancs ou à la région lombaire. Il sera souvent difficile de recueillir l'urine de ces enfants, mais on pourra toujours examiner les langes qui porteront des taches rougeâtres où l'on découvrira des cristaux d'acide urique. C'est une manifestation de la diathèse urique qui ne diffère qu'en degré de la colique néphrétique.

(In. the Lancet.)

Angine pultacée,

Eau de menthe poivrée.....	400 grammes
Elixir parégorique.....	30 "
Acide phénique.....	3 "
Essence de menthe.....	XV gouttes

F. S. A. En gargarisme toutes les trois heures.—*Monin.*

Anthrax.

Chloroforme.....	30 grammes.
Essence de cannelle.....	10 "
Acide phénique.....	1 à 3 "
Huile camphrée.....	50 "

Faire des compresses imbibées de ce mélange ; en même temps, faire dans l'épaisseur du furoncle ou de l'anthrax des injections avec :

Acide phénique.....	0 gr. 10 à 0 gr. 20
Sublimé.....	0 gr. 005 à 0 gr. 01
Chlorure de sodium.....	0 gr. 07
Eau distillée.....	10 grammes

F. S. A. Pour injections hypodermiques.—*Gourine.*

Anurie.

Teinture de digitale.....	} à 2 grammes
Alcoolature d'aconit.....	
Siróp.....	30 "
Eau.....	120 "

Une cuillerée à soupe toutes les heures.

Bains chauds, cataplasmes et frictions aromatiques.—*Wlan.*

FORMULAIRE

Lymphadénie :

Cause inconnue. Est-ce une infection ? un cancer du sang (Bard) ? un trouble de la nutrition ?

A.—*Tonifier l'état général du malade et lutter contre la cachexie.*—Purgatifs salins fréquemment renouvelés, afin d'augmenter l'osmose intestinale et de conserver ainsi la liberté du ventre, qui est indispensable.

Aliments les plus nourrissants : laits, œufs, corps gras, féculents. Laisse le malade choisir lui-même.

B.—*Modifier l'état du sang et faciliter l'hématose respiratoire et cutanée.*—Inhalations d'oxygène contre la dyspnée, dans les cas graves.

Douches froides très courtes, suivies de friction ou de massage, quand le malade peut les supporter.

Frictions matin et soir sur les membres avec un mélange alcoolique excé tant :

R.—Acool à 90°	100
Eau de lavande.....	50
Essence de térébenthine.....	25

C.—*Traiter les tumeurs ganglionnaires.*—Injections interstitielles de liqueur de Fowler dans les ganglions hypertrophiés.

Liqueur de Fowler.....	} parties égales.
Eau distillée.....	

Commencer par deux gouttes et augmenter peu à peu jusqu'à la limite de tolérance.

On peut aussi employer l'arsenic à l'intérieur :

Liqueur arsenicale de Fowler.....	X gouttes
Laudanum de Sydenham.....	X gouttes
Julep gommeux.....	3 drachmes

F. S. A. Potion.—A prendre durant la journée, en trois fois, avant les repas.

Le traitement chirurgical n'est guère indiqué.

D.—*Indications particulières à chaque cas.*—Quand la maladie a été précédée d'une anémie simple persistante : protoxalate de fer.

Manifestations scrofuleuses : iode de potassium à petites doses.

Tendance à l'hémophilie : hygiène alimentaire et corporelle, ergotiné et hydrastis canadensis comme vaso-constricteurs.—G. LEMOINE.

A.—*Médication spécifique.*—Sulfate de quinine, 8 à 12 grains trois fois par jour pendant trois jours. Donner en même temps de l'antipyrine.

Grippe :

B.—*Traitement des symptômes.*—Toux spasmodique intense et fréquente : poudre de Dover, codéine, sirop d'éther, bromures, cataplasmes sinapisés sur la poitrine.

Urines rares, rougeâtres, constipation : limonades, tisanes diurétiques, lavements d'eau froide.

Irritabilité nerveuse, insomnie : boissons chaudes calmantes (feuilles d'orange, de tilleul), codéine, valériane, sulfonal.

Fièvre forte et persistante : bains tièdes, boissons stimulantes.

C.—*Traitement des localisations spéciales de la grippe.*—1° *Forme pulmonaire* : expectorants, balsamiques, cataplasmes sinapisés.

2° *Forme gastro-intestinale* : cholagogues, antiseptiques intestinaux (naphtol, bétol, etc.). Intermittences cardiaques, vertiges : antispasmodiques, teinture ammoniacale anisée, caféine. Grippe pseudo-typhoïde : laxatifs, sulfate de quinine, antiseptiques intestinaux. Bains tièdes.

3° *Forme nerveuse* : valériane, bromure de potassium, sulfonal quand il y a hyperexcitabilité générale et insomnie ; alcool, éther, quinquina, kola quand il y a dépression nerveuse. Syncopes : vésicatoires à la nuque. Bains tièdes.

D.—*Traitements des complications.*—Anurie : sinapismes, ventouses, applications de sangsues sur les reins, bains tièdes, lavements d'eau froide. Saignée du bras dans les cas graves.

Hémorragies. Hémoptysies : cataplasmes sinapisés, ventouses sèches ou scarifiées, sangsues, saignée, doses d'antipyrine plus fortes, injections sous-cutanées d'ergotine, ipéca. Épistaxis : tamponnement, antipyrine, perchlorure de fer. Hématuries : révulsion, préparations tanniques, perchlorure de fer (X à XV gouttes par jour).

Complications pleuro-pulmonaires. Si le poumon s'enflamme, il faut surveiller le cœur attentivement : alcool, toniques, caféine. Poussées locales d'inflammation de la plèvre : cataplasmes sinapisés. L'épanchement pleural, lorsqu'il survient dans la grippe, est toujours à redouter.

E.—*Traitement de la convalescence* :

Extrait de quina de Granval.....	3 drachmes
Glycerine neutre.....	3 —
Eau distillée.....	6 onces

F. S. A. Solution.—Bien filtrer. (Potion).

Sig.—Une grande cuillerée à dessert avant les deux repas.

Donner aussi l'arsenic, et faite suivre le traitement pendant cinq à six semaines.—J. TEISSIER.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

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

Rédacteur en chef : - Dr E. P. BENOIT

MONTREAL, AVRIL 1896

BULLETIN MÉDICAL

La skotographie

Nous avons raconté dans notre dernier bulletin les débuts de la nouvelle découverte. Nos lecteurs n'ont pas été, d'ailleurs, sans lire les nombreuses reproductions publiées par les journaux politiques et littéraires. L'intérêt du moment est maintenant un peu calmé, et la presse quotidienne ne nous donne plus, de temps en temps, que de rares échos de la question. Ce serait cependant une erreur de la croire tout-à-fait délaissée. On s'en occupe activement dans les laboratoires, ces grands centres modernes de la médecine du jour, des chercheurs et des savants étudient le sujet pour leur compte personnel, et les quelques résultats obtenus jusqu'ici valent la peine qu'on s'y arrête. On a fait, paraît-il, de la skotographie avec les rayons d'une lampe à l'huile de pétrole; on a, d'un autre côté, perfectionné les tubes de Crookes de manière à concentrer davantage les fameux rayons X. Ce sont là des questions de technique qui ne nous intéressent que de très loin. Nous préférons plutôt nous arrêter un instant aux rapports de M. Sidney Rowland, chargé par le *British Medical Journal* de rechercher les applications pratiques de la nouvelle photographie. Ces rapports ont prouvé d'une manière évidente que la skotographie est d'un grand secours dans le diagnostic des lésions osseuses des membres. M. Rowland a pu constater par ce moyen la réunion défectueuse d'une fracture de l'avant-bras, la nécrose tuberculeuse des phalanges d'une main, une ankylose osseuse du petit doigt, une ostéoarthrite de la main, le déplacement des phalangettes et l'atrophie des phalanges sur un pied déformé par des chaussures trop étroites. Il va sans dire que toutes ces observations ont été prises sur le vivant; elles confirment celles de Lannelongue. Et comme la pénétration des rayons Roentgen n'est qu'une question d'opacité relative, que le résultat est amené surtout par la longueur de l'exposition, M. Rowland croit qu'avec un peu d'habileté on arrivera un jour à skotographier les tumeurs internes et les calculs vésicaux ou biliaires. Il a bien soin d'ajouter, par exemple, que la chose est demeurée jusqu'ici impraticable. Mais nous ne conseillons pas à nos lecteurs de demeurer trop sceptiques à cet

égard. A la séance du 10 mars de l'*Académie de Médecine*, M. Pinard, en son nom et au nom de MM. Varnier, Chapuis, Chauvolet et Funck Bretano, n'a-t-il pas fait voir des photographies du contenu de l'utérus, prises sur des pièces conservées dans l'alcool. Leurs expériences ont montré qu'il est possible de photographier le fœtus dans un utérus de trois mois. Qui sait si les résultats ne seraient pas les mêmes sur un utérus vivant. Comme on le voit, les recherches n'ont pas cessé, loin de là.

Le professeur Salvioni a appelé son instrument le cryptoscope. Il est d'une grande simplicité. C'est un tube muni à l'une de ses extrémités d'une lentille, et dont la paroi interne est couverte d'une substance qui devient fluorescente à la lumière des rayons X. On place le corps que l'on veut examiner en face d'un tube de Crookes, et on le regarde avec le tube de Salvioni, en tenant près de l'œil l'extrémité qui porte la lentille. On voit alors, sur la paroi fluorescente, l'ombre des parties que ne traversent pas les rayons X. Cela rappelle l'examen d'une hydrocèle par transparence. Espérons que l'invention du professeur italien contribuera à rendre plus rapide et plus populaire le diagnostic de certaines lésions à l'aide des rayons Roentgen.

Nous n'avons pas parlé de la recherche des corps étrangers, les cas à citer auraient été trop nombreux. Nous donnerons cependant l'opinion de von Bergman sur la nouvelle photographie. Le chirurgien allemand, après avoir extirpé de la main d'un jeune homme des grains de plomb localisés à l'aide de la nouvelle méthode, dit à ceux qui assistaient à sa clinique : " Il y a beaucoup de sciences auxquelles la découverte de Roentgen sera incontestablement d'une plus grande valeur qu'à la chirurgie, et son application à cette dernière amènera beaucoup d'abus. Je suppose que tous ceux qui se savent dans le corps une balle ou un corps étranger espèrent les faire enlever par une opération. Après plusieurs années d'expérience en temps de paix comme en temps de guerre, je maintiens que les corps étrangers qui ne causent aucun ennui ou ne sont la cause d'aucun danger doivent être laissés en place. Savoir que l'on a du plomb superflu dans le corps ne contrebalance pas, surtout lorsque ce plomb ne cause aucun inconvénient, le danger de l'opération nécessaire à son enlèvement. Cela est vrai surtout en temps de guerre, alors que l'on ne peut opérer avec toutes les précautions antiseptiques voulues. Mais même en temps de paix, alors que l'on peut prendre avec le plus grand soin toutes les précautions nécessaires, mon avis est encore de ne pas opérer. Si l'on m'a accordé quelque mérite durant la guerre Russo-Turque, pendant laquelle on m'avait donné une place importante parmi les chirurgiens russes, je le dois en partie au fait que lorsque mes collègues arrivèrent avec des cherche-balles de toute espèce, je les dissuadai d'en faire usage. Et j'eus alors une rude bataille à soutenir, bataille qui n'est pas encore complètement terminée, et qui, après cette découverte de Roentgen, va commencer de nouveau. La découverte d'Esmarch, qui nous donne le moyen de produire une anémie temporaire et nous permet d'explorer avec la plus grande précision le champ opératoire, ce que, selon toute vraisemblance, ne fera pas la photographie Roentgen, est de beaucoup la plus importante pour la chirurgie. Je ne veux pas, cependant, refuser de reconnaître pour cette science comme pour les autres,

l'importance de la découverte de Roentgen. C'est un nouveau moyen de diagnostic qui sera bienvenu du chirurgien; mais la bande d'Esmarch et l'antiseptie sont des choses bien plus importantes encore." Il est évident que les choses nouvelles ne doivent pas faire oublier les anciennes. Inutile d'aller chercher une balle qui ne nuit pas. Mais la précision du diagnostic aide quelquefois beaucoup dans le choix de l'opération, lorsque cette opération est indiquée. Lannelongue ayant fait skotographier la main d'un enfant s'aperçut que la lésion tuberculeuse du doigt, qu'il avait diagnostiquée d'ailleurs, s'étendait beaucoup plus loin qu'il n'avait cru. Voilà des cas où la nouvelle découverte se rendra utile avec à propos.

Nous terminons par un fait caractéristique. Bergman n'avait certainement pas prévu que la découverte de Roentgen pourrait jouer un rôle médico-légal. C'est cependant ce qui vient d'arriver à Nottinham. Une actrice ayant fait une chute dans l'escalier du théâtre se fractura le péroné de la jambe droite et poursuivit son directeur en dommages-intérêts. Celui-ci prétendit que sa pensionnaire exagérait la gravité de sa blessure. L'avocat, plutôt que de faire un long discours en faveur de sa cliente, lui fit tout simplement skotographier la jambe, et montra les épreuves aux membres du jury. Ceux-ci, immédiatement convaincus, accordèrent les dommages demandés. Cette immixtion des progrès scientifiques dans les affaires courantes est bien curieuse à constater. Voyez le procès Lebaudy où des amis du jeune millionnaire sont accusés d'avoir substitué à ses crachats ceux d'une femme phthisique, afin de le faire réformer. On les poursuit pour faux, tout simplement. Cela prouve qu'en France l'on est peut-être moins sceptique encore qu'au Canada.

Les injections de sérum artificiel en chirurgie

Le sérum artificiel, ou solution chaude de chlorure de sodium, injecté dans les veines, a une action tonique immédiate et très prononcée. Il agit bien aussi en lavage dans l'abdomen, après une laparatomie, ou en injection dans le rectum. Depuis un certain nombre d'années les chirurgiens emploient les injections intraveineuses de sérum artificiel pour combattre les pertes sanguines et le choc post-opératoire. Le docteur Michaux, dans une communication faite en janvier dernier à la *Société de chirurgie*, a montré l'utilité de ces mêmes injections dans le traitement de la septicémie péritonéale à la suite d'opération. Il a obtenu ainsi de véritables résurrections chez 15 malades auxquels il a injecté de 12 à 1500 grammes de sérum artificiel d'Hayem à la température de 38° à 40° centigrade. Quelquefois il double la dose et injecte 3000 grammes en deux fois. Lejars, qui emploie aussi ces transfusions, a injecté jusqu'à 26 litres en cinq jours. On peut injecter, par la méthode sous-cutanée, de 2 à 300 grammes de sérum.

Voici comment procède M. Michaux. " Je me sers habituellement, dit-il, pour faire l'injection, d'un entonnoir en verre, muni d'un tube de caoutchouc trempé dans le sublimé et auquel je fixe la canule de l'aspirateur Potain. La région est nettoyée antiseptiquement: j'incise les téguments à peu près perpendiculairement à la veine médiane céphalique ou basilique; la veine est dénudée;

je ferme le bout périphérique avec une pince à force de pression; avec des ciseaux j'ouvre en V la veine et j'introduis la canule dont j'ai eu soin de chasser l'air en laissant couler le liquide pour expulser en même temps les impuretés. Une pince à force de pression ferme la veine et la tient serrée sur la canule métallique. Le doigt placé sur le vaisseau permet de s'assurer facilement que le liquide s'écoule. Le début en est réglé de façon que l'écoulement se fasse avec une certaine lenteur. La température du sérum injecté oscille entre 38° et 40° centigrade."

"Le plus ordinairement l'injection s'effectue sans produire d'accidents; la malade sent parfois le liquide circuler dans tout son organisme; le pouls se relève presque instantanément, il diminue de fréquence, augmente d'amplitude et de force; les respirations sont plus larges, plus amples; on constate presque immédiatement un bien être général très appréciable."

M. Michaux, tout en accordant une importance très grande aux injections de sérum artificiel dans la péritonite septique grave, ne leur attribue pas plus de valeur qu'il ne convient. Il est convaincu qu'il faut en même temps "recourir avec la dernière énergie et une conviction profonde à tous les moyens conseillés et mis en pratique depuis longtemps: purgations, lavements, vessies de glace sur l'abdomen, champagne, éther, caféine." Je répète, dit M. Michaux, que pour arriver à sauver quelques malades, il faut de toute nécessité agir avec promptitude et énergie, il faut enfin mettre en œuvre presque simultanément tous les moyens que nous avons à notre disposition."

Il n'en reste pas moins évident que le sérum artificiel est l'un des meilleurs. Pour combattre les hémorrhagies et le choc, on le donne généralement en injections sous-cutanées. On ne doit employer les injections intra-veineuses, dit M. Rochard dans l'*Union Médicale* de Paris, "que lorsque le danger est tout à fait pressant, et quand il y a besoin de faire pénétrer rapidement des doses massives dans le torrent circulatoire. C'est ce qui a lieu dans les cas où on veut combattre une infection. Ici, c'est un véritable lavage du sang qu'il faut pratiquer."

M. Rochard donne la technique opératoire de l'injection sous-cutanée. Voici d'abord la formule du sérum de Hayem.

Chlorure de sodium pur.....	5 grammes
Sulfate de soude pur.....	10 "
Eau distillée.....	1 litre.

"Ce liquide, par prudence, doit être stérilisé, et pour cela, il faut le porter à l'ébullition dans un vase qu'on aura bien fait de stériliser au préalable, ou mieux dans le ballon, qui constitue une des parties de l'appareil le plus employé. C'est un ballon très mince, qui va facilement au feu sans se briser, fermé par un bouchon en caoutchouc à deux orifices qui laissent passer deux tubes en verre s'emmanchant sur deux tubes en caoutchouc: l'un communique avec une poire en caoutchouc destinée à établir une pression sur le liquide; l'autre plonge dans le liquide et se termine par l'aiguille. Tout le tuyautage aura été porté à l'ébullition, et l'aiguille aura été stérilisée avec soin, soit par le flambage, soit en la faisant bouillir; mais les aiguilles en acier, d'un usage commun, se détrempe

à la flamme de l'alcool ou se rouillent par l'ébullition ; on recommande donc de les maintenir dans le chloroforme."

" Pour procéder à l'injection, il faut faire l'aseptie du champ opératoire, comme si on procédait à une véritable opération, c'est-à-dire commencer par laver la partie au savon et à la brosse, la passer à l'éther et finir par un lavage au sublimé. Ces injections sous-cutanées se font de préférence dans la région fessière, non loin de la hanche, ou sur la face externe de la cuisse. Il faut injecter lentement le liquide, sous peine de déterminer une trop grande tension des parties qu'on voit alors blanchir. On peut alors s'arrêter, laisser le liquide s'absorber sans enlever la canule, en fermant simplement un robinet, et recommencer au bout de dix à quinze minutes. On peut encore, dans un cas pressé, répéter l'injection dans un autre endroit."

" Quand on n'a pas à sa disposition l'appareil dont nous venons de parler, on peut se servir d'une seringue hypodermique d'une capacité de 10 grammes, ou même, comme le conseille le professeur Duplay, laisser agir la pesanteur en mettant le réservoir à un mètre à peu près au-dessus de l'endroit où on a fait la ponction, et en laissant la canule à demeure jusqu'à absorption complète de la quantité de liquide qu'on se propose de faire absorber. Comme on le voit, cette technique est des plus simples, à la portée de tout le monde, mais elle a l'inconvénient d'être un peu lente ; aussi, dans les cas menaçants, dans les hémorrhagies très graves, fait-on mieux d'avoir recours à l'injection intra-veineuse de sérum artificiel."

A la *Société de chirurgie*, M.M. Michaux, Bouilly, Segond, Lejars, Pozzi ont beaucoup vanté la méthode.

Les vaccinations anticholériques dans l'Inde

Ainsi qu'on a pu le voir dans les différents journaux, le Dr Haffkine, de l'Institut Pasteur, est revenu récemment d'un séjour de deux ans et demi aux Indes, où il était allé faire des vaccinations expérimentales contre le choléra. Pendant vingt-huit mois, du commencement d'avril 1893 à la fin de juillet 1895, les inoculations préventives ont été pratiquées plus de 72,000 fois sur 42,179 individus de bonne volonté, habitant 98 localités différentes, appartenant d'ailleurs à toutes les classes de la population : européennes ou indigènes, officiers, soldats, prisonniers, laboureurs. Une œuvre aussi considérable n'a pu être menée à bien qu'avec l'assistance des médecins civils et militaires. L'expérience a montré que le mieux était de donner deux injections, la première avec du vaccin faible, la seconde cinq jours plus tard avec du vaccin renforcé : l'effet complet n'est obtenu qu'après le dixième jour.

Voici quelques uns des résultats préventifs obtenus. Les détenus de la prison de Gaya, vaccinés en pleine épidémie, ont présenté deux fois et demi moins de choléra et deux fois moins de décès que leurs camarades non vaccinés. A Calcutta, le fléau ayant envahi 26 maisons habitées par des familles comptant un ensemble de 400 membres, dont 137 seulement avaient été vaccinés, ces derniers n'ont présenté qu'un seul cas de mort (chez un enfant qui n'avait pas reçu

la seconde injection), tandis que les 263 non inoculés ont eu 38 cas de choléra et 34 décès. Dans la vallée de Bramapoutre, le choléra éclate au milieu des coolies employés aux travaux du chemin de fer. La plus grande partie des ouvriers dont le nombre total est de 350, se soumet aux inoculations préventives immédiates. La minorité, qui s'est abstenue, compte bientôt 34 cas avec 30 décès. La majorité, qui a été inoculée, présente 4 cas qui se terminent fatalement : la mortalité est chez eux plus de sept fois moindre.

Le Dr Haffkine a exposé les faits précédents devant le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens de Londres. Il pense que les résultats tendent de plus en plus à prouver l'efficacité de la méthode ; mais, en raison de la responsabilité spéciale qui lui incombe, il croit nécessaire de les confirmer par de nouvelles observations. Son but est d'établir dans la vallée du Gange la prophylaxie du choléra, et de limiter de telle sorte l'étendue de la maladie que sa dissémination ne soit plus possible. Koch a une confiance absolue dans l'efficacité de la méthode, dont il attend le plus grand bien.

NAISSANCES

MILHAUD.—A St-Cyrille de Wendover la dame du Dr L. P. B. Milhaud, un fils—Parrain M. Eus. Janelle de St-Cyrille, marraine Dame Vve Israël Comtois de St-Barthelémy.

LEFEBVRE.—A Détroit, Michigan, le 22 mars dernier, la femme du Dr Arthur Lefebvre, un garçon. Parrain et marraine, M. et Mme A. M. Salliotte, d'Ecosse, grands parents du bébé.

BERNARD.—En cette ville, le premier avril courant, la femme du Dr Chs. Bernard, un garçon : Guy, Charles.

DECES

BAROLET.—Le 4 mars dernier, à l'âge de 8 mois 24 jours, Marie, Rose, Anne, Juliette, enfant du Dr L. J. Barolet.

COURRIER DES HOPITAUX

HOTEL-DIEU

Notes du Dr J. P. Roux, médecin interne

Durant le mois de février 377 malades ont reçu un traitement à notre hôpital, 208 des mois précédents et 169 nouveaux admis. De ce nombre 166 ont été congédiés et 10 ont succombé aux affections suivantes : 6 de tuberculose pulmonaire, 1 de cancer du pylore, 1 de cirrhose atrophique, 1 d'artério-sclérose et 1 de méningite tuberculeuse. Ce dernier cas avait présenté, avec les autres symptômes qui accompagnent ordinairement la méningite, des attaques convulsives qui ne se manifestaient que du côté gauche seulement, ce qui faisait croire au médecin traitant que les lésions tuberculeuses devaient siéger surtout du côté opposé au cerveau. L'examen post-mortem a pleinement justifié cette opinion. Les méninges, qui renfermaient un exudat peu considérable, étaient bien également injectées des deux côtés, mais du côté gauche nous n'avons pu trouver aucune granulation, tandis que du côté droit elles couvraient tous les bords de la scissure de Sylvius.

Le service de médecine offre de ce temps-ci un aspect plus varié qu'à l'ordinaire ; au milieu de nos tuberculeux, nos bronchitiques et nos cardiaques, nous rencontrons des néphrétiques, plusieurs jolis cas de maladies du foie : cirrhoses, ictères catarrhals, calculs biliaires, des affections des voies digestives : dyspepsie sous toutes ses formes, gastrites aiguës, gastro-entérite chronique, etc., etc.

En chirurgie il s'est fait beaucoup de besogne pendant le mois de mars. Si comme le pense le public en général il n'y a pas de plus grand plaisir pour les chirurgiens que de couper, tailler, scier les pauvres malheureux, ceux de l'Hôtel-Dieu ont dû passer d'heureux quarts d'heure pendant ce mois qui a fourni les opérations suivantes : 3 laparatomies, 2 pour tumeurs ovariennes et 1 pour salpingite ; 4 amputations de jambes ; 3 cas d'ablation du sein pour cancer ; 2 cas de calculs vésicaux, opérés par lithotritie ; 1 cas de résection du coude ; 1 cas d'enlèvement des glandes sublinguales et sous-maxillaires atteintes de cancer ; un cas de polype fibreux naso-pharyngien tellement dur qu'il ne pouvait nullement être décollé avec le doigt et adhéraît sur une si grande surface qu'il était impossible de le saisir avec aucun instrument, le décollement a dû être fait très difficilement au moyen d'une rugine ; 2 trépanations du tibia pour ostéo-myélite et plusieurs autres opérations de moindre importance.

Les deux opérées d'ovariotomies, toutes deux patientes du Dr Brunelle, se portent à merveille ; l'une d'elle, opérée il y a 8 semaines, doit laisser l'hôpital ces jours-ci, et l'autre opérée il y a 8 jours, est en pleine convalescence. Dans le premier cas la tumeur était un kyste dermoïde contenant un morceau de maxillaire avec 5 dents, des cheveux et une matière sébacée tellement épaisse qu'elle ne pouvait passer à travers la canule. La patiente qui a 23 ans s'aper-

cevait de cette tumeur depuis l'âge de 10 ans. Dans l'autre cas, une jeune fille de 18 ans, le chirurgien avait affaire à une tumeur solide de nature probablement sarcomateuse avec une dégénérescence d'une grande partie de l'omentum. La cavité abdominale contenait un gallon et demi de liquide ascitique et le poids de la tumeur même était de 16 livres.

On a introduit dernièrement à l'Hôtel-Dieu la méthode d'Apostoli pour le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus. Le Dr Laforest a actuellement 6 patientes sous traitement. Je parlerai plus tard des résultats obtenus par ce traitement.

30 mars 1896.

HOPITAL NOTRE-DAME

Notes du Dr W. Derôme, interne en chef

Avant d'entrer en matière et vous présenter le rapport du mois de mars, permettez-moi de corriger une grosse erreur qui s'est fauflée dans le courrier des deux derniers mois. Je vous parlais d'amputations sous-astragaliennes et j'ai été, par une distraction impardonnable, vous les confondre avec l'opération de Pirogoff qui en diffère tout à fait. La confession faite, nous sommes au temps pascal, le pardon la suit, et je passe au courrier du mois de mars.

Cent treize opérations chirurgicales ont été pratiquées durant ce mois. Au nombre des plus intéressantes, je mentionnerai trois cas d'angiosarcome de la face; deux cas de castration, l'un pour une névralgie du testicule, remontant à au-delà de trente ans et devenant de plus en plus douloureuse chaque année: le soulagement est radical! l'autre pour une ulcération du testicule à la suite d'un traumatisme qui avait produit une gangrène assez considérable du scrotum. Quoique les affections cancéreuses aient été moins nombreuses, nous avons eu à enregistrer un cas de cancer du sein, un autre du rectum dont l'opération, véritable exercice de patience, n'a pas été tout à fait récompensée par le succès obtenu. Ici le chirurgien fit l'opération de Nélaton, je crois. Une incision en fer à cheval autour de l'anus, la section des muscles releveurs de l'anus, le décollement du rectum en arrière d'avec le sacrum, assez facile, et en avant d'avec le plancher du vagin, plus difficile, la section de l'intestin au-dessus des sphincters non envahis, son abaissement et sa section au delà de la partie cancéreuse, permettent de suturer les bouts ensemble et de mener l'opération à bonne fin. Quelques points manquent dans la suture intestinale, les matières fécales fûssent dans le vacuum entre l'intestin et le sacrum et un anus contre nature s'ouvre à la pointe du coxis. Tandis que je suis dans cette région je mentionnerai un cas de sarcome de la fesse, enflammé depuis quelques jours dans un point de la peau, et présentant l'apparence d'un abcès, venant s'ouvrir à quelques centimètres de l'anus. Une ponction aspiratrice met de côté tout doute quant au diagnostic. L'opération que confirme entièrement.

Trois cas d'épithélioma de la lèvre ont aussi été opérés. Le cancer primitif des ganglions du creux axillaire est chose assez rare, et cela chez un homme,

chose encore plus rare; outre l'évidement du creux axillaire qu'il a fallu faire dans ce cas, un autre s'est présenté chez une fillette de 10 ans pour des ganglions en voie de suppuration à la suite des fièvres typhoïdes. Puisque je suis à vous parler d'extirpation de ganglions, je vous rapporterai aussi un évidement des triangles sus et sous-claviculaires pour des ganglions tuberculeux, chez un enfant de quatre ans. La chirurgie, chez les enfants, nous a aussi fourni deux cas de calculs, l'un de l'urèthre chez un enfant de 12 mois et l'autre de la vessie chez un enfant de 2 ans. Ici la taille hypogastrique a été pratiquée, (opération, au dire de l'opérateur beaucoup plus avantageuse que la taille sous pubienne), mais l'enfant déjà affaibli par une maladie remontant aux premiers mois de son existence, supporta mal l'opération et mourut du choc opératoire en-dedans de 36 heures.

La chirurgie d'urgence n'a pas manqué; outre les amputations de doigts et de jambes, il nous est arrivé dans la même semaine deux hernies crurales étranglées. Dans les deux cas, la cure radicale a été tantée avec succès, je dois aussi mentionner un troisième cas opéré de la même manière, avec le même succès. L'un des opérés pour la hernie crurale étranglée, était âgé de 72 ans et était en même temps porteur de deux hernies inguinales.

Comme je suis à vous parler de hernies, je rapporterai un cas dont le diagnostic véritable n'a été fait que sur la table d'opération. Madame X... âgée de 38 ans, se présente pour une bosse de la grosseur d'une noix-longue, dans la région inguinale, très douloureuse si trop longtemps sortie, grossissant sous le fait d'un effort et parfaitement réductible dans la position couchée. Le diagnostic de hernie inguinale est portée comme probable, et une bande herniaire est conseillée à titre d'essai pendant un mois. La bande augmentant la douleur et maintenant pas la réduction de la bosse, la patiente revient avant l'expiration du mois et demande une opération. Au grand étonnement de l'opérateur, deux paquets de varices enveloppés d'un espèce de sac se continuant jusque dans l'anneau inguinal se présentent sous le couteau, pas d'intestin, pas d'omentum. Les varices sont réséquées et le tout refermé après la suture des piliers.

En revache nous avons eu deux cas de hernies inguinales, opérées pour la cure radicale, ainsi qu'un cas d'hydrocèle aussi opéré pour la cure radicale; excellents résultats.

Pour terminer avec la chirurgie, je mentionnerai une résection de la tête du fémur avec curettage de la cavité cotiloïde, à la suite d'une coxalgie chez un enfant de 12 ans. La maladie en était à sa 3ème période et tous les jours le dépérissement devenait plus manifeste. Les parents consentent enfin à une intervention depuis longtemps jugée nécessaire par le chirurgien et demandée plus d'une fois par le petit malade lui-même, comme devant mettre fin à ses souffrances. Depuis l'opération la température est redevenue presque normale, les douleurs ont disparu et l'enfant semble prendre un peu de force.

Dans le département du Dr Brennan s'est présenté un cas supposé de grossesse extra-utérine. Madame X... âgée de 37 ans, mère de 10 enfants à terme, cessé d'être réglée au mois de septembre dernier, pour avoir de nouveau ses règles une fois en janvier, pendant huit jours, mais pas comme d'habitude, elles sont

plus jaunâtres et contiennent moins de sang. Depuis, l'écoulement mensuel n'a pas reparu. Pendant cette maladie, Madame X... n'a eu aucun des signes de la grossesse, excepté un développement exagéré du ventre un peu à gauche et des mouvements actifs parfaitement bien sentis par elle-même dans ce côté et par M. le Dr Brennan et plusieurs autres médecins appelés en consultation. Le col de l'utérus ne présente rien d'anormal, l'utérus ne paraît pas plus gros et une espèce de rainure semble le séparer d'une masse, qui est en apparence, tout-à-fait indépendante et dans laquelle ont été constatés les mouvements actifs. Madame X... a été renvoyée à quelques semaines, avant d'intervenir. Un autre cas de diagnostic un peu difficile finira mon courrier pour ce mois, me réservant une place dans le courrier du mois prochain pour vous parler d'un cas d'érysipèle traité par le sérum antistreptococcique du Dr Marmoreck. Une femme de 53 ans nous est envoyée pour un kyste de l'ovaire. A l'examen : les parois abdominales sont très distendues, mais non pas en *ventre de grenouille*, le ventre est acuminé, et présente plus de développement du côté droit. On a de la matité partout excepté dans les hypocondres. Tout fait croire à un kyste avec de l'ascite en plus et une laparotomie, décidée après consultation, révèle de l'ascite tout simple. Le foie est accusé du trouble et cela avec raison. La patiente meurt quatre jours après et l'autopsie met à découvert un carcinome du foie. Une des sœurs de la défunte est morte de la même manière il y a cinq ans.

CHRONIQUE

NOUVEAUX MÉDECINS.—Voici la liste des médecins qui viennent de recevoir leur diplôme à l'Université Laval de Montréal :—Arth. Archambault, Th. Bruneau, Geo. Bourgeois, P. Berthiaume, W. Brosseau, B. Boideleau, S. D. Bellehumeur, L. W. Beauregard, Alex. Bourdeau, Hon. Beaulne, Max. Chagnon, J. A. Cadot, I. Charbonneau, Hors. Dubreuil, J. E. Damours, J. F. Demers, A. Ferland, Aug. Godreau, R. Germain, E. L'Abbé, Jos. Latour, Aldéric Lesage, L. A. Lamarche, L. Labelle, Omer Ledoux, J. Alph. Lorrain, J. H. Lemoine, Elz. Lamothe, Ad. Lefebvre, N. Masse, Jos. Marion, Paul Ostigny, W. S. Picotte, Eug. Prévost, Emile Pelletier, J. L. H. Pagé, Ernest Pelletier, Hector Pelletier, F. Moïse Pelletier, J. B. A. Quintal, Florian Ruet, Eugène Sarres, Philippe Ste-Marie, Eugène St-Jacques, N. A. Sabourin, J. A. Sylvestre, Paul Trudel, Aldéric Trudeau, Pierre Vandandaigue.

Les médecins assesseurs étaient MM. les Docteurs P. E. Prévost, Marcile, Chopin, Gauthier, Bissonnette, J. E. Laberge.

CAUSERIES D'HYGIÈNE.—Les causeries d'hygiène organisées par le Conseil National des Femmes, ont eu lieu dans la salle St-Jean-Baptiste, rue Sanguinet les 17-24 février et 2 mars 1896. M. le Dr Lachapelle a d'abord parlé de "l'Hygiène de la première enfance." Le lundi suivant, M. le Dr Cormier a causé sur "l'Alimentation des enfants," et le lundi d'ensuite M. le Dr Desroches a lu un travail sur "l'Hygiène de l'enfant malade." Plus de sept cents mères de famille ont suivi ces conférences auxquelles elles ont semblé prendre intérêt.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE.—*Séance du 7 février* : Présentation de malades ; sclérose disséminée, Dr Finley ; névrectomie intra-cranienne, Dr Armstrong ; épithélioma de l'amygdale, Dr Armstrong. Démonstration : la nouvelle méthode de photographie Roentgen, par le professeur Cox. Présentation du malade du Dr Kirkpatrick. Pièces anatomiques : spécimens de pathologie médico-légale, par les Drs Johnson et Villeneuve ; éventration fœtale, Dr Alexander.

Séance du 21 février : Pièces pathologiques : deux cas de grossesse extra-utérine, tumeur ovarienne avec dégénérescence graisseuse, large kyste dermoïde, de l'ovaire, Drs Johnson, Alloway et Wyatt Johnson ; calculs biliaires, nécrose de la machoire inférieure. Dr Bell ; sarcome de l'utérus, cas peu commun de pyosalpinx, Dr Smith. Travail : diagnostic et traitement de l'injection septique puerpérale, Dr Evans. Rapports de cas : résection du caecum, Dr Springle ; syphilis du foie, Dr Hamilton.

Séance du 6 mars : Diphtérie : diagnostic bactériologique, Dr Wyatt Johnson ; diagnostic clinique, Dr H. S. Birkett ; notes sur le traitement antitoxique Dr A. T. Bazin ; discussion, Drs Springle, Spier, Hamilton, Blackader, Adami, etc.

Séance du 20 mars : présentation de malades : tremblement volontaire simulant la sclérose en plaque, Dr G. G. Campbell ; démonstration : plasmodium malariae, Dr F. G. Finley ; pièces pathologiques : cancer prémitif du vagin, Drs F. A. L. Lockhart et Wyatt Johnson ; travail : l'alimentation thyroïdienne dans le traitement de l'insanité, Dr Burgess ; rapport du Conseil sur le changement projeté dans la direction de l'hôpital civique.

SOCIÉTÉ DES INTERNES DE L'HOPITAL NOTRE-DAME.—*Séance du 4 mars* : étude sur la rate dans les maladies infectueuses, Dr Benoît ; discussion par les membres présents ; rapports d'autopsies par le Dr Derôme.

Séance du 18 mars : traitement antitoxique de la diphtérie, Dr J. E. Laberge ; démonstration de la technique opératoire de l'intubation, Dr H. Duhamel ; discussion générale par les membres présents.

CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION.—Cette société s'était réunie l'année dernière à Kingston ; elle viendra cette année à Montréal. A une assemblée spéciale de médecins, convoquée samedi le 28 mars dernier dans les salles de la "Montreal Medico Chirurgical Society," on a nommé un comité de réception composé de douze médecins, parmi lesquels nous remarquons MM. les Drs Lachapelle, Marsolais, DeMartigny, Roddick, Perrigo, Armstrong, etc.

MORT DU PROFESSEUR SAPPEY.—Sappey, le grand anatomiste français, vient de mourir, à l'âge de 86 ans. C'était le type du savant à cheveux blancs et à figure austère, toujours absorbé en lui-même, complètement étranger à tout ce qui ne regarde pas la science, méthodique et régulier dans son enseignement. Ses œuvres principales sont : *traité d'anatomie descriptive, atlas anatomique, physiologique et pathologique du système des vaisseaux lymphatiques, mémoire sur le système respiratoire des oiseaux*, enfin l'œuvre qui résumait toute sa vie, son *traité d'anatomie générale*. Son grand chagrin fut de voir, dans ces dernières années, cet ouvrage remplacé dans la faveur publique par un traité d'anatomie plus moderne, plus raisonné, plus au point, celui de Testut. Mais il avait l'esprit assez large pour comprendre que l'on ne résiste pas à la force des choses, que c'est folie de vouloir restreindre le progrès scientifique au cadre étroit d'une œuvre personnelle. D'ailleurs, il était heureux d'avoir apporté une part large et importante à la science anatomique, et d'avoir atteint au but supérieur de sa vie, l'Institut.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

LEVILLAIN.—Essais de neurologie clinique, neurasthénie de Beard et états neurasthéniques. Les procédés neurothérapiques en France et à l'étranger, par le docteur Fernand Levillain.—1 volume in-18 : prix 4 fr.

L'auteur a réuni sous ce titre tous les documents intéressant le traitement des maladies nerveuses, et particulièrement de la Neurasthénie qu'il connaît parfaitement.

Dans un premier chapitre, l'auteur présente des observations de véritables neurasthéniques ; dans un second chapitre, il présente de faux neurasthéniques, ou, comme il le dit, de pseudo-neurasthéniques. Citant un grand nombre de cas de ces états névropatiques et psychopatiques indéterminés très intéressants.

Dans la seconde partie sont étudiés les différents établissements hydrothérapiques en France et à l'étranger.

En résumé, ce livre, écrit par un élève du regretté maître Charcot, est très documenté et tout à fait original.

Chez A. Malouine, Place et rue de l'Ecole de médecine, 21 et Boulevard St-Germain, 91. Paris.

BERNHEIM.—Formulaire clinique de Vienne.—Formules pratiques recueillies à la Polyclinique de Vienne, traduit de la quinzième édition et augmenté de nombreux travaux originaux par le docteur Samuel Bernheim.—Paris, chez A. Malouine, éditeur 21, Place de l'Ecole de médecine.

HOUSTON & KENNELLY.—Electricity and Electro-Therapeutics by Edwin J. Houston, Ph. D. and A. E. Kennelly Sc. D. The W. J. Johnston Company, 253 Broadway, New York.

BERGER.—Résultats de l'examen de dix mille observations de hernies, par Paul Berger, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine, chirurgien de l'hôpital de la Pitié.—(1 vol. in-8°, 4 fr.—Félix Alcan, éditeur.)

M. le professeur Berger a communiqué au dernier Congrès français de chirurgie cet important travail, résultat de ses observations recueillies pendant quatre années au Bureau central des hôpitaux de Paris.

Cette statistique, la plus considérable de celles qui ont été publiées jusqu'à ce jour, est le résultat d'observations absolument personnelles ; tous les malades ont été examinés par l'auteur lui-même, et il a tenu note de toutes les particularités que présentait chaque cas étudié.

L'ouvrage est divisé en quatre parties : dans la première, M. Berger examine la fréquence de la hernie dans les deux sexes ; dans la seconde, il étudie les

relations de la hernie avec l'âge de ceux qui la portent ; la troisième renferme l'étude des conditions étiologiques qui ont une influence manifeste sur le développement des hernies ; enfin, dans la quatrième, l'auteur passe en revue les complications et accidents des hernies qui s'étaient antérieurement produits, ou qui existaient chez les malades soumis à son intervention.

La considération de ces documents l'amène ensuite à poser des conclusions sur les dangers auxquels exposent les hernies et sur les déductions que l'on peut en tirer au point de vue des indications de l'opération de la cure radicale. Enfin, il montre les dissidences qui existent entre ses résultats et ceux, souvent même contradictoires, de ses prédécesseurs, et en indique les raisons.

LEFERT.—**La pratique des maladies du larynx, du nez et des oreilles dans les Hôpitaux de Paris.**—Aide-mémoire et formulaire de thérapeutique appliquée. par le professeur Paul Lefert.—(1 vol. in-18 de 288 pages, cartonné, 3 fr.)

Ce volume fait partie du *Manuel du médecin praticien*.

Tous les praticiens sauront gré à M. le professeur Paul LEFERT de leur présenter en un petit volume clair et précis la *pratique* des médecins et des chirurgiens des hôpitaux de Paris qui s'occupent des maladies du larynx, du nez et des oreilles :

MM. BARATOUX, BARTH, A. BROCA, CASTEX, CHATELLIER, COURTADE, DIEULAFOY, DUPLAY, GELLÉ, GÉRARD-MARCHAND, GOUGUENHEIM, HERMET, LADREIT DE LA CHARRIÈRE, LERMOYEZ, LUBET-BARBON, LUC, NATIER, PÉRIER, POYET, QUENU, RECLUS, RUAULT, SCHWARTZ, TILLAUX, VARIOT, etc.

On trouvera traitées dans ce livre les questions qui s'offrent chaque jour à l'observation de tout médecin ou chirurgien :

Abcès mastoïdiens, Adénoïdites, Anosmie, Antisepsie, Asthme des foins, Bourdonnements d'oreilles, Cancer, Cathétérisme, Corps étrangers, Coryza, Epistaxis, Laryngectomie, Laryngites, Laryngotomie, Myringite, Othématome, Otites, Otorrhée, Ozène, Polypes, Rhinite, Rhinosclérome, Rhinoscopie, Suppurations mastoïdiennes, Syphilis laryngée et nasale, Trachéotomie, Tubage, Tuberculose laryngée, Vertige de Menière.

Cet ouvrage est dû à la collaboration de 60 médecins et chirurgiens, et renferme plus de 400 consultations sur les cas les plus nouveaux et les plus variés.

Il permet au médecin de se rappeler ce qu'il a vu, alors qu'il suivait les services hospitaliers de Paris, et de se tenir au courant des nouvelles méthodes de traitement.

Le praticien est toujours certain, quel que soit son choix, de s'appuyer sur les conseils d'un confrère dont le nom fait autorité.

Pour faciliter les recherches, le livre est complété par deux tables alphabétiques, l'une par noms d'auteurs, l'autre par ordre de matières. De telle sorte que l'on peut à la fois avoir l'opinion de tel ou tel professeur sur les diverses questions qui sont à l'ordre du jour et en même temps passer en revue l'opinion des divers chefs de service sur un sujet déterminé.