



516/H/210/6413

13181

1046

1413

TABLE DES MATIERES

14e année — 1912-1913

A

Page

Albuminurie avec ou sans cylindres. (Anal.)	223
Analyses.	18, 76, 112, 181, 220, 271, 312, 374, 411, 452-486
Anaphylaxie observée à la suite d'injections de sérum anti-tuberculeux et anti-diphthérique. — Dr L.-F. Dubé.	211
Appendicite simple ou endo-appendicite. — Dr Edg. Couillard.	14
Appendicite aigüe, origine hématogène. (Anal.)	411
Appendicite dans le tout jeune âge. (Anal.)	458
Appendicite aigüe : un signe utile pour le diagnostic. (Anal.)	495
Argent colloïdal et ses applications à la pratique infantile. (Anal.)	316

B

Bibliographie.	133, 231, 279, 326, 381, 467, 499
Blennorrhagie; traitement abortif. (Anal.)	115
Botryomycome. (Anal.)	378

C

Caissons, (la maladie des). — Dr J.-P. Frémont.	145
Calculs vésicaux; symptômes et diagnostic. (Anal.)	227
Calculose de l'urètre. — Dr A. Simard	289
Cancer de l'estomac, quelques points pour le diagnostic précoce. (Anal.)	455
Cancer, la médication par les sels de quinine dans le. (Anal.)	124
Chirurgie de guerre dans les Balkans. (Anal.)	452
Colique néphritique, symptômes d'occlusion intestinale. (Anal.)	413
Cystites, traitement par les vapeurs d'iode à l'état naissant. Anal.)	34

D

Discours prononcé au banquet de la Société Médicale de Montréal par le Dr Adj. Savard.	300
Douleurs de la région précordiale. (Anal.)	118

E

Eclampsie: « Une mère éclamptique ou néphritique peut-elle nourrir sans danger pour son nourrisson ». — Dr Albert Jobin	385
Epididymite, traitement. (Anal.)	489
Epilepsie, notes sur la genèse et le traitement. (Anal.)	323

	Page
Epiploïte chronique en rapport avec l'appendicite et la colite chronique. (Anal.).....	273
Estomac, ulcération aiguë de l'. — Dr J.-P. Frémont.....	403
Examen des malades en chirurgie. (Anal.).....	496
Expertise médico-légale et les réformes que l'on pourrait y apporter. — Dr A. Vallée.....	I
F	
Fièvre transitoire des nouveaux-nés. (Anal.).....	186
Forceps, de l'application du. — Réponse au Dr Brisebois.....	188
Fracture du pied. — Dr A. Simard.....	293
Friedmann, l'affaire.....	559
G	
Goître chez un fœtus. (Anal.).....	418
Grossesse extra-utérine : quatre observations. — Dr P.-C. Dagneau.....	355
Guerre des Balkans. (Anal.).....	453
H	
Hédonal, complications consécutives à l'administration comme anesthé- sique. (Anal.).....	45
Héliothérapie. (Anal.).....	313
Hématome artériel, traitement. (Anal.).....	419
Hémorragie cérébrale, diagnostic et pronostic. — Dr Eug. Mathieu.....	193
Hernie adhérente du gros intestin. (Anal.).....	113
Histoire de la Médecine dans le Bas-Canada, Notes. — Dr Michael Joseph Ahern.....	89, 137, 233, 273, 329, 425, 469, 517
Hopital des tuberculeux. — Médecine et Philantropie.....	301
Hopital des tuberculeux. — Dr A. Rousseau.....	398
Huile camphrée, son emploi dans le traitement des plaies opératoires. (Anal.).....	276
Huile camphrée à haute dose en thérapeutique. (Anal.).....	417
Hygiène industrielle : « Ce que la Compagnie National Cash Register a fait pour le bien-être de ses 3,500 employés. » — Dr E. Nadeau.....	337
Hygiène municipale : « Comment la ville de Grand Rapids dispose de ses déchets. » — Dr E. Nadeau.....	433
Hygiène, Conseil d' — et inspecteurs régionaux. — Dr O. Leclerc.....	241
Hygiène, Inspecteurs d' — Résolution de la Société Médicale de Québec.	262
I	
Inspection médicale des écoles à Québec. — Dr L.....	296
K	
Kystes synoviaux du poignet. (Anal.).....	376

TABLE DES MATIÈRES

3

L

	Page
Laparoscopie. (Anal.).....	374
Ligue Anti-Tuberculeuse de Québec, Rapport. — Dr A. Savard.....	366

M

Maladies contagieuses, — prophylaxie dans les écoles. (Anal.)... ..	40
Métrorrhagies de la ménopause d'origine ovarienne. (Anal.).....	184
Mouches, mesures à prendre contre les. — (Reproduction). — Dr Vaillard..	521

N

Nécrologie: Le Prof. Jaccoud.....	464
Nouveaux-nés—fièvre transitoire des. (Anal.).....	186
Nouvelles.....	47, 86, 130, 190, 229, 266, 305, 422, 561

O

Observations cliniques. — Dr O. Leclerc.....	258
Observations cliniques. — Dr J.-P. Frémont.....	449

P

Paralysie infantile, — Notes sur l'intervention électrique dans la. — Dr Cha. Verge.....	97
Paralysie laryngée. (Anal.).....	224
Pâte bismuthée, embolie. (Anal.).....	379
Pieds-bots congénitaux, résultats éloignés et valeur de la méthode de Finck dans le traitement précoce. (Anal.).....	25
Pied-bot congénital et son traitement. (Anal.).....	84
Pou, les dangers du. (Anal.).....	86
Projectile — un cas de déplacement embolique. (Anal.).....	277
Puits: Question d'hygiène rurale. (Anal.).....	43

R

Rachistovainisation. (Anal.).....	18
Radiothérapie, ulcères tardifs, consécutifs à la. (Anal.).....	210
Résection des racines postérieures, indications et résultats. (Anal.).....	490
Résection articulaire sans drainage. (Anal.).....	494

S

Salvarsan — surdité syphilitique congénitale traitée par le. (Anal.).....	24
Salvarsan. — Applications locales dans un cas de glossite chronique superficielle. (Anal.).....	24
Sarcocèle bilatéral spécifique. (Anal.).....	272
Scarlatine, hémorragie mortelle. — Dr A. Jobin.....	473
Sérum anti-tétanique. (Anal.).....	31
Sociétés Médicales, — compte-rendus.....	126, 218, 263, 298, 372

	Page
Syphilis — quelques observations de malades traités par le «606». — Dr J. E. Fortier.....	204
Syphilis — prophylaxie et «606». — Dr P. V. Faucher.....	251
Syphilis — traitement par les injections endo-veineuses d'Enesol. (Anal.)	486
Syphilis et affections para-syphilitiques, applications de l'Enesol. (Anal.)	487

T

Tabes, thérapeutique intra-rachidienne des crises. (Anal.).....	36
Transfusion du sang, ses indications actuelles. (Anal.).....	273
Traumatismes osseux chez l'enfant. (Anal.).....	81
Traumatismes articulaires et péri-articulaires, hyperhémie active. (Anal.)	271
Tuberculeux — voies de pénétration et de diffusion du bacille. (Anal.)..	38
Tuberculeux — virulence et contagiosité de la sueur des. (Anal.).....	76
Tuberculine — les réactions de diagnostic avec la. (Anal.).....	122
Tuberculose — accélération des battements du cœur et de la respiration comme signe révélateur précoce. — Dr L.-F. Dubé.....	49
Tuberculose rénale. — Dr G. Ahern.....	55, 99, 162
Tuberculose dite chirurgicale — les principes modernes dans le traitement. (Anal.).....	77
Tuberculose hypertrophique de l'appendice. (Anal.).....	112
Tuberculose rénale bilatérale et néphrectomie. (Anal.).....	125
Tuberculose ganglionnaire, traitement conservateur. (Anal.).....	275
Tuberculose pulmonaire — valeur théorique et valeur pratique du pneumothorax artificiel. (Anal.).....	317
Tuberculose et son diagnostic. — Dr L.-F. Dubé.....	441
Tuberculose et grossesse, (reproduction). — Mr Emile Sergent.....	476
Typhoïde — submatité de la base droite comme signe de. (Anal.).....	42
Typhoïde — épidémie due à du lait infecté par un porteur de bacilles. (Anal.).....	76

U

« Union Médicale ». Réponse. — Dr O. Leclerc.....	360
Urètre — les rétrécissements consécutifs aux ruptures traumatiques et leur traitement. (Anal.).....	181
Urètre — quelques notions pratiques sur le traitement des rétrécissements non traumatiques (Anal.).....	226
Urinaire — la pratique moderne. (Anal.).....	312

V

Vésiculites. (Anal.).....	182
Vessie — épingle à cheveux dans la. (Anal.).....	320

TRAVAUX ORIGINAUX

L'EXPERTISE MEDICO-LEGALE ET LES REFORMES QUE L'ON POURRAIT Y APPORTER

Par A. VALLÉE, M. D.

A la dernière réunion du Collège des Médecins de la Province, il a été formé une commission ayant pour but “ *d'étudier la question d'émettre un vœu au Gouvernement et à l'Assemblée Législative relatif à la création de médecins experts près des cours de Justice* ”. C'est là une heureuse initiative qui vient à son heure et ne pourra manquer de donner d'excellents résultats. En effet le Gouvernement vient précisément de s'occuper des questions de *médecine politique*, en créant des positions d'hygiénistes experts, ce serait un heureux complément que d'étudier maintenant la *médecine judiciaire*. Les deux buts de la médecine légale se trouveraient atteints, à savoir concours simultané à la santé publique et à la justice.

La médecine judiciaire ne date pas d'hier, et il est curieux d'en suivre l'évolution tant au point de vue légal que scientifique, évolution qui accompagne d'une part tous les progrès constants de la

Syphilis
Artério-sclérose, etc.
(Ioduro-Enzymes)
Todure sans Todisme

Todurase

de COUTURIEUX.

57, Ave. d'Antin, Paris,
en capsules dosées à 50 ctg. d'iodure et 10 ctg. de Levurine.

civilisation, de l'autre les découvertes même les plus récentes de la science.

A Rome, tout individu ayant succombé à une mort violente était exposé publiquement, Suétone rapporte la visite du médecin Antistius auprès du corps de Jules César. Puis les jurisconsultes vont plus loin, ils apprécient déjà le rôle du médecin en justice, et on lit dans le *Digeste* "*Medici non sunt proprie testes, sed magis est judicium quam testimonium*".

Si l'on passe à Charlemagne, on voit qu'il signale dans les *Capitulaires* que les juges doivent s'appuyer de l'avis des médecins. Dès le XIII^e siècle, interviennent dans diverses affaires judiciaires, des *fsiciens*, *mièges* (médecins), *serurgiens* et des *preudes fames* qui font des visites, des vérifications. "Veue d'homme en langueur, veue de méfaits, veue d'homme occis, et veue de femme despuclée¹."

Enfin au XIV^e siècle apparaît le médecin expert en titre, et Philippe le Bel parle de "ses bien-aimés maîtres-chirurgiens jurés en son Chastelet de Paris". La coutume se poursuit et François I dans un édit de 1536 ordonne des visitations et rapports sous serment "par barbiers, chirurgiens et gens expérimentés".

Le principe de l'expertise médicale est tellement admis partout lorsque Charles-Quint promulgue la "Caroline" pour tout l'empire Allemand et lors de l'ordonnance de Louis XIV en 1670, qu'il n'est pas fait mention d'experts dans ces lois, bien qu'ils apparaissent tous les jours tant dans les causes criminelles que civiles².

C'est vers cette date que l'on trouve ici au pays la première mention d'une autopsie judiciaire faite à Québec par Duchesne, médecin chirurgien.

1. A. Lacassagne "Précis de Médecine Légale."

2. Legrand du Saulle. "Traité de Médecine légale."

N. B. — Dans la préface de Baillièrre à une traduction du "Traité de Médecine Légale" de Casper, il est dit que les Art. 147 à 149 de la "Caroline", traitent des experts en cas de blessures.

La médecine judiciaire existait donc déjà et c'est au XVI^e siècle qu'elle prend véritablement naissance en France au point de vue scientifique. Ambroise Paré publie alors le premier travail d'ensemble sur cette branche de la médecine. Citons encore au XVII^e les travaux de Zacchias en Italie, puis les perfectionnements constants de la législation et de l'expertise jusqu'à l'apparition de ces maîtres : Chaussier, Orfila, Tardieu qui eurent pour successeurs à la fin du XIX^e siècle et de nos jours, les Legrand du Saulle, les Brouardel, les Vibert, les Lacassagne, les Balthazard et les Thoinot pour ne citer que quelques noms de l'école Française, les Strassmann en Allemagne, les Hofmann, les Schauenstein, les Kolisko en Autriche, les Taylor en Angleterre.

Il serait trop long et absolument hors du sujet que de suivre pas à pas les progrès réalisés tous les jours dans l'expertise médico-légale, et par suite les complications sans cesse grandissantes de ces sortes de recherches. Toutes les récentes découvertes de la médecine ont en effet eu leur retentissement et leur application à la médecine judiciaire. " La médecine légale dit Brouardel, ne constitue pas une science par elle-même, elle ne fait acte de vie que quand on la sollicite et elle emprunte ses solutions à toutes les autres sciences. Son domaine est très étendu mais aucune doctrine commune ne relie ses diverses parties ³. "

Laissant de côté tous les travaux modernes sur la psychiatrie qui en touchant aux questions de responsabilité, ont considérablement modifié les mesures à prendre vis-à-vis de certains criminels, ainsi que les importants travaux de Bertillon sur l'anthropométrie, transformant toute la question de l'identification, disons un mot seulement de l'intervention journalière de la chirurgie. Nous mentionnerons ensuite l'importance qu'ont prise au point de vue médico-légale toutes les recherches de laboratoire depuis l'anatomie pathologique jusqu'aux plus récentes découvertes de l'anaphylaxie.

3. Brouardel in préface " Médecine Légale " de Ch. Vibert.

C'est en justice civile surtout et d'une façon toute particulière dans les nombreuses questions touchant aux accidents du travail que la chirurgie moderne trouve un vaste et très important champ d'action qu'elle partage du reste en certains cas avec la médecine. Le rôle du chirurgien dans ces causes est tout à fait spécial et d'une importance capitale. Il s'agit pour lui d'apprécier les conséquences futures et même éloignées d'un accident au point de vue de l'indemnité équitable à accorder au blessé. Ce n'est souvent pas chose facile, en tous cas c'est toujours chose délicate, demandant non seulement une connaissance parfaite de son art, mais encore un esprit d'observation tout à fait spécial doublé d'une longue et intelligente expérience. Il lui faut alors non seulement voir mais prévoir, poser immédiatement et définitivement un pronostic sur, qu'il sera trop tard de modifier pour l'adapter ensuite aux faits comme la chose peut se présenter en simple clinique.

La question de diminution de capacité de travail une fois établie, il lui faut encore donner assez souvent son avis sur des faits collatéraux pour ainsi dire où ce sont ses connaissances générales qui interviennent. Parmi ceux-ci, notons surtout toute la discussion pouvant se rattacher à l'état antérieur du blessé avant l'accident, affections prédisposantes, débilité, infériorité organique quelconque. Toute cette question de l'état antérieur peut prendre une importance capitale suivant l'interprétation de la loi. En France, la jurisprudence semble l'avoir déjà réglée en la laissant systématiquement de côté.

On voit le rôle considérable du chirurgien moderne en médecine judiciaire, rôle qui ne fera qu'augmenter par suite de l'application de plus en plus étendue de la loi sur les accidents du travail. Les faits de cet ordre sont de beaucoup plus fréquents que tout ce qui a trait à la justice criminelle, vu leur répétition journalière et ne peuvent manquer d'attirer d'une façon toute spéciale l'attention.

Voici du reste ce que dit à ce sujet, monsieur Cruppi, ancien

ministre du commerce et de l'industrie en France. "Le régime nouveau qu'a institué la loi de 1898 sur les accidents du travail, marque même dans une certaine mesure la prépondérance dans l'œuvre judiciaire du médecin et du chirurgien.

"Sous le régime de l'article 1382 du Code civil le juge se préoccupait avant tout de découvrir la faute qui seule engendrait la responsabilité: c'était dans les procès-verbaux d'enquête, dans les dépositions des témoins dans l'analyse minutieuse des faits que le tribunal puisait sa conviction.

"En posant le principe si large, si humain du risque professionnel, la loi du 9 avril 1898 a allégé le domaine judiciaire de toutes les controverses juridiques, de toutes les difficultés d'appréciation que soulevait l'application du droit commun à la matière des accidents du travail.

"Désormais les litiges naîtront surtout de divergences d'appréciation sur la gravité des blessures, la nature et le degré des incapacités qu'elles entraînent.

"Certes pour résoudre ces problèmes, le magistrat conserve son indépendance, mais le médecin, le chirurgien, l'homme de l'art en un mot, est devenu son auxiliaire, son guide le plus précieux.

"A mesure du reste qu'il devenait plus décisif, le rôle du médecin devenait plus compliqué⁴."

Le laboratoire n'est pas sans avoir pris en médecine légale, une place pour le moins aussi importante que celle qu'il occupe aujourd'hui dans toutes les autres branches de la médecine. Il y a quelques années on ne recourait aux recherches spéciales que dans certains cas se rattachant à la question des empoisonnements ou à quelques vagues études microscopiques en rapport avec la recherche du sang. Les connaissances anatomo-pathologiques sont venues

4. Cruppi in préface "Guide du Médecin dans les accidents du travail", par E. Forgue et E. Jeanbrau.

tout d'abord étendre ce champ et il n'est pas aujourd'hui d'autopsie délicate qui ne trouve son complément dans l'étude microscopique du tissu malade. Puis sont venus s'adjoindre des travaux tout à fait spéciaux sur l'étude des taches, travaux qui utilisent en même temps les réactions chimiques et l'intervention du microscope.

Enfin dans ces dernières années les découvertes les plus récentes ont éclairci certaines questions; citons seulement tous les travaux importants sur les sérums précipitants pour le diagnostic de l'origine du sang et l'adaptation des connaissances actuelles de l'anaphylaxie à la médecine légale, découvertes qui a elles seules ont élargi d'une façon considérable le champ de l'expertise, en même temps qu'elles en compliquaient nécessairement l'application.

Puis l'extension des lois sur la répression des fraudes alimentaires en élargissant le cadre pratique de la chimie, fait intervenir l'expert chimiste jusque dans les tribunaux civils où il trouve tous les jours, surtout dans les pays où le coût de la vie augmente sensiblement, un terrain bien préparé pour son expérience dans l'augmentation sans cesse croissante de la fraude commerciale.

Ces quelques notions suffisent à nous montrer les modifications considérables qui surviennent tous les jours dans l'expertise médicale auprès des tribunaux. Elles établissent de plus combien les choses se compliquent au point de vue scientifique à mesure que les découvertes surgissent et que les connaissances s'étendent.

D'un autre côté elles indiquent pleinement aussi l'apport de plus en plus important que peut fournir la science à l'administration de la justice tant criminelle que civile pourvu toutefois que l'expertise soit conduite avec tous les avantages qu'elle comporte.

Ambroise Paré disait déjà: "les magistrats jugent suivant qu'on leur rapporte"⁵. C'est ce qui doit exister encore aujourd'hui.

5. Ch. Vibert. — "Médecine Légale."

d'hui et comment en serait-il autrement. Mais précisément à cause de celà et pour que ce fait se réalise, faut-il ne présenter aux magistrats que des constatations absolument précises basées sur des recherches minutieuses et sur une expertise complète en tous points.

L'expertise incomplète, inachevée, laissant dans l'ombre un point quelquefois minime de la cause, ne peut servir à éclairer le tribunal. Les choses sont quelquefois tellement enchevêtrées et obscures qu'il est pourtant nécessaire de bien les dégager, de les faire se détacher en pleine lumière pour qu'elles donnent alors le plus grand rendement possible. Rien n'est à négliger dans l'expertise médico-légale, car il s'agit presque toujours d'un calcul mathématique pour ainsi dire, et une erreur légère au début peut finir par atteindre des proportions inattendues et avoir même des résultats désastreux.

Il est un axiome qui n'est pas discutable: "une autopsie mal faite ne se répare pas", et l'on pourrait presque généraliser et dire "une expertise mal faite ne se répare pas", et elle ne se répare pas, assez souvent, parcequ'il est toujours difficile d'admettre "je me suis trompé parce que je ne savais pas", plus souvent encore, parce que les matériaux manquent, ou que les conditions varient.

Pour réaliser cet état de choses, il y aurait peut-être certaines modifications à faire dans notre système d'investigation médicale. Il existe on ne peut le nier des inconvénients considérables à notre manière actuelle de procéder en ces matières.

Un des obstacles les plus importants à l'expertise sérieuse, que nous rencontrons au pays, réside dans cette habitude de plus en plus répandue de l'expertise en *partie double* pour ainsi dire. Expert de la demande et expert de la défense viennent à tour de rôle exposer leur manière de voir sur tel ou tel fait de la cause. Il s'en suit des contradictions telles que l'on se demande quelquefois s'il peut bien se trouver deux individus pour penser aussi

différemment sur un même point. Le juge sourit, la galerie s'amuse et les témoins continuent de défiler sans qu'il soit plus tenu compte du témoignage médical. Il semble bien, du reste que ce soit avec raison. Evidemment il est permis de ne pas tous envisager une question sous le même angle et toutes les opinions raisonnables peuvent être discutées, mais ce n'est plus l'expertise c'est un simple témoignage. L'expert vient là pour juger une question hors de la compétence du tribunal, il ne vient pas en simple témoin, encore moins comme juré pour apprécier les faits. De cette expertise contradictoire il s'en suit une annulation complète du témoignage médical et il n'est pas nécessaire d'avoir souvent fréquenté les tribunaux pour avoir entendu répéter à tous propos que l'on affirme ce que l'on veut en médecine pourvu que cela serve au besoin de sa cause.

Que dire maintenant de cette autre alternative pour le moins aussi fréquente de ce que j'appellerai l'*expert de la dernière heure*. Tout est prêt pour la cause, l'avocat vous demande de vouloir bien assister aux débats pour exprimer votre opinion sur les témoignages que vous allez entendre. Il s'agit d'un criminel qui va plaider folie et que vous ne connaissez pas, d'un accidenté du travail que vous n'avez jamais examiné, d'une autopsie dont on veut discuter un point saisi au passage. Ce ne sont plus des faits palpables que l'on vous demande d'apprécier, il vous faut à minute dresser un rapport d'expert d'après les témoignages entendus. C'est une expression d'opinion que l'on veut avoir. " Or dit Brouardel, les conclusions de l'expert doivent être indépendantes de son opinion sur l'ensemble du procès. Au juré la loi demande une *conviction* ressortant de l'ensemble des débats, à l'expert une *démonstration* relative à un point spécial."

Nécessairement, il ne s'en suit pas une indépendance toujours absolue du témoin. L'expert devient avocat, il plaide sa cause, cherchant à en tirer le plus de profit possible tout en restant en règle avec sa conscience. Il cherche des faits contradictoires,

rapporte des cas exceptionnels, parle à côté du sujet, interprète tout à son avantage sans toutefois fausser la vérité. Puis par réticence, par sous-entendus, par "à peu près", il arrive à négativer le témoignage opposé. Ou bien si son avocat est moins habile, si lui-même est moins hardi, il rend un témoignage absolument nul, qui tourne quelquefois contre le client, retarde toujours le débat et n'éclaircit rien du tout.

Pour ce qui est du choix des experts, la chose n'existe pas ou à peu près. Tout médecin est appelé à rendre témoignage sur une question plus ou moins spéciale. Cependant tous sont-ils également en mesure de le faire? N'arrive-t-il pas assez souvent par exemple qu'un praticien, du reste très honorable, parfaitement au courant de son art est appelé *une fois* dans sa longue carrière à faire une autopsie; qu'arrive-t-il? Il fait précisément la seule autopsie qu'il n'aurait jamais du faire! La manipulation des cadavres est une chose de pratique courante tout comme la manipulation des malades. Et pour être moins argueux que le client chez qui l'on néglige un symptôme, l'assassiné veut tout de même que justice lui soit rendue.

Ceci pour le criminel, la même chose se rencontre au civil, on ne tient aucunement compte de la compétence de l'expert sur les différentes questions qui peuvent se présenter, on considère encore moins peut-être son expérience judiciaire. Il s'en suit nécessairement une confusion déplorable à tous points de vue qui loin d'éclaircir les faits ne fait que compliquer la cause.

Avec cette manière d'agir, on n'arrive à n'avoir que très rarement des experts qualifiés, et après avoir donné toute la symptomatologie d'un empoisonnement, le témoin répond au juge comme nous l'entendions un jour: "Votre Seigneurie, je suis *docteur en philosophie!*"

C'est vraiment pousser trop loin le "culte de l'incompétence!"

Il semble par suite nécessaire d'introduire chez nous certaines réformes si l'on veut avoir des experts qualifiés et partant des expertises utiles.

Pour ce faire il serait important de dresser tout d'abord des listes d'experts officiels près les tribunaux. Ces experts seraient choisis parmi les gens compétents et leur position leur permettrait de se préparer d'une façon spéciale à leur tâche. Étant donné un cas particulier ils seraient ou désignés d'office par le juge ou choisis conjointement par les parties pour procéder aux investigations nécessaires à la cause. Les médecins devraient nécessairement être avant tout ce que l'on est convenu d'appeler des gens *instruits*, possédant toutes les connaissances nécessaires à leur art et les connaissances plus approfondies que l'on peut exiger d'eux en certains cas. Comme nous l'avons dit, en effet, la médecine légale n'est pas une science spéciale, elle emprunte son entité aux différentes parties de la médecine. Il serait peut-être opportun d'exiger d'eux une qualification de médecins légistes, en tous cas il faudrait faire entrer sur ce tableau d'experts officiels des gens préparés de façon toute particulière sur différents points et pouvant à l'occasion appliquer leurs connaissances spéciales aux cas en litige soit au criminel soit au civil.

Après avoir obtenu de cette façon des experts instruits en même temps que divers, il faudrait nécessairement en venir pour combler les lacunes actuelles à supprimer l'expertise séparée de la poursuite et de la défense qui est un non sens et ne donne aucun résultats sérieux. On y arriverait en créant des commissions d'expertises formées d'après la liste des experts en titre. Ces commissions devraient être composées d'experts désignés par les deux parties qui étudieraient ensuite conjointement si nécessaire avec un expert du tribunal les faits à éclaircir.

L'expertise une fois menée à bonne fin, bien étudiée, approfondie et discutée, appuyée sur des recherches purement scientifiques, la commission produirait son rapport devant le juge ou le juré. De cette façon les parties sont également protégées sans qu'il en résulte des contradictions et des discussions inutiles. S'il existe un manque d'entente entre les experts des parties, l'expert du tribunal décide en dernier ressort.

C'est là il nous semble le point à réaliser. Quant à son appli-
vail qu'il importerait d'appliquer ce système de la commission. On
éviterait ainsi la discussion inutile et le tribunal aurait immédia-
tement devant les yeux un rapport nettement ordonné, où il ne
trouverait plus une simple expression d'opinion, mais des affir-
mations précises constituant l'expertise véritable.

C'est là il nous semble le point à réaliser. Quant à son appli-
cation, elle devrait probablement varier suivant qu'il s'agit de
justice criminelle ou civile. Ce sujet n'est pas de notre compé-
tence, il relève essentiellement des juristes.

C'est du reste dans cette voie que l'on s'engage dans tous les
pays où la chose n'existe pas encore ou est à se réaliser complè-
tement.

Partout déjà, en France, en Allemagne, en Autriche, en Rou-
manie, il existe des experts attitrés près des tribunaux.

En Allemagne il existe même un corps de médecins fonction-
naires dont les uns s'occupent d'hygiène, les autres de médecine
légale. Cette organisation est surtout très bien faite en Bavière.
De plus dans chaque pays allemand, il existe des tribunaux d'arbi-
trage pour décider de la valeur d'une expertise médico-légale. En
Prusse il y a dans chaque province un collège médical chargé de
reviser les rapports de médecins experts.

Le juge a la liberté absolue du choix et du nombre des experts,
mais il doit choisir des experts spécialisés.

L'autopsie est toujours faite par deux médecins en présence
du juge.

Une circulaire du Ministère de la Justice de 1902 a réglé en
Prusse la désignation des médecins officiels auxquels seuls doi-
vent être confiées les autopsies.

Il existe un contrôle supérieur qui semble même exagéré vu la
bonne administration déjà existante.

Le tribunal local envoie le rapport d'autopsie à l'administra-
tion régionale, qui le soumet au Conseil médical régional. Si il

semble exister quelque lacune, rapport est fait au Collège médical de la Province qui confirme les soupçons s'il y a lieu, et soumet le cas au ministère des affaires médicales qui lui-même soumet le tout à l'arbitrage suprême de la députation médicale scientifique ⁶.

Evidemment ceci est-il un peu compliqué, et il n'est pas nécessaire d'atteindre dès le début ce degré de perfectionnement. Seulement cela suffit à montrer que notre organisation pourrait être légèrement modifiée sans que l'on crie à l'exagération.

De même en Autriche la loi dit que le juge d'instruction doit désigner en règle deux experts spécialement accrédités, du moins dans les régions où il en existe déjà. La loi ajoute en plus " en cas de dommage corporel la visite du blessé doit être faite par deux experts ". Il y a des experts officiels attachés au tribunal.

En Roumanie où l'organisation médico-légale est à peu près parfaite tant au point de vue de l'enseignement que de l'application il existe une loi depuis 1910 décrétant que les expertises tant pénales que civiles doivent être faites par des médecins légistes. De plus, il existe un conseil médico-légal, composé du professeur de médecine légale, du professeur d'anatomie-pathologique, d'un psychiatre, d'un accoucheur, d'un chirurgien, d'un spécialiste en maladies internes qui est chargé du contrôle de tous les actes médico-légaux ⁷.

En France bien que les experts attirés auprès des tribunaux existent déjà, on est à faire d'importantes réformes tant au point de vue de l'enseignement que de la pratique médico-légale. Du reste pour ce qui est des expertises devant les tribunaux ordinaires, le code de procédure veut déjà, (art. 303) que ce soient trois experts qui procèdent à l'expertise, à moins que les parties ne consentent à ce qu'il soit précédé par un seul.

Chez nos voisins des Etats-Unis les commissions d'experts

6. Thoinot. — " Un voyage médico-légal etc. "—in (*Annal. Hyg. Pub. & Méd. Leg.*, mars 1912).

7. R. Millant. — " L'exercice et l'enseignement de la médecine légale en Roumanie. "—in (*Annal. Hyg. Pub. & Méd. Leg.*, avril 1912).

existent aussi et sont appliquées entre autres choses à l'examen des accusés au point de vue mental.

Ce qui précède nous semble suffir à prouver ce qui se fait ailleurs et la marche à suivre dans la réforme de l'expertise médico-légale, si l'on veut arriver à une organisation sérieuse pouvant donner des résultats satisfaisants.

Conjointement à la réforme dans l'application, une réforme de l'enseignement serait encore à désirer. Les modifications dans l'enseignement se résument en deux mots : rendre cet enseignement *pratique* ! Cela se réaliserait, en faisant faire aux élèves des autopsies fréquentes, en leur montrant des aliénés, des accidentés, leur faisant dresser des rapports d'expertise, les familiarisant avec les méthodes courantes de laboratoire en rapport avec la médecine légale.

De là à l'enseignement médico-légal supérieur pour qualification spéciale il n'y a qu'un pas. Les pouvoirs publics peuvent du reste faciliter le tout et de manière très simple. En effet ce qui manque surtout c'est le matériel ; pourquoi ne rattache-t-on pas le service de la morgue directement aux services universitaires, après entente ; l'institut médico-légal se trouve constitué comme il existe dans presque tous les pays d'Europe.

Enfin si l'on complétait par un mot d'enseignement médico-légal aux étudiants en droit, nous atteindrions presque la perfection ! Ces conférences médico-légales aux futurs légistes ont existé en France, elles existent ailleurs. Elles ne peuvent présenter que des avantages. Monsieur le docteur Thoinot dit à ce sujet un mot qui résume en même temps toutes ces notes : " Ces conférences faisaient connaître aux futurs avocats les difficultés de notre tâche et les habilitaient à moins s'étonner d'un rapport ou dubitatif ou négatif, et à en comprendre les raisons, si ce n'était là qu'un avantage négatif, il n'était du moins pas négligeable. "

C'est le mot de la fin, il résume il nous semble toute la difficulté de l'expertise médico-légale moderne, et par suite le soin que l'on doit apporter dans son exécution.

APPENDICITE SIMPLE OU ENDO-APPENDICITE

Par le Dr EDGAR COUILLARD

Si l'appendicite, comme on le sait, ne se présente pas toujours à notre observation avec le même cortège de symptômes développés au même degré, c'est qu'elle ne produit pas toujours dans l'abdomen les mêmes lésions. Comme conséquence de ce fait, médecins et chirurgiens se sont trouvés d'accord pour reconnaître l'existence de formes très variées d'appendicite. Je n'entreprendrai pas d'énumérer les différentes formes d'évolution et de localisation des lésions appendiculaires. Qu'il me suffise de rappeler les trois grandes lignes universellement admises aujourd'hui par tous les auteurs. Ces formes sont : 1^o appendicite simple ; 2^o appendicite avec péritonite localisée ; 3^o appendicite avec péritonite généralisée. Laissant de côté les deux dernières grandes divisions, étudions brièvement l'appendicite simple.

Voici une observation que nous avons nous-même recueillie dans le service de M. le Professeur Tuffier, à l'hôpital Beaujon. M. le Professeur opère devant nous un cas d'appendicite qu'il a diagnostiqué comme étant une forme d'appendicite simple, ou plutôt ce qu'il a lui-même convenu d'appeler, une forme *Endo-appendiculaire*. Ce cas est le troisième de ce genre diagnostiqué avant l'opération, en un court espace de temps, à Paris. Cette forme est très importante à connaître, surtout à diagnostiquer car elle comporte un traitement tout différent de la forme qui lui est opposée, c'est-à-dire la forme *Péri-appendiculaire*. Dans l'étude de ces deux formes réside tout l'avenir de l'appendicite. En d'autres termes, ce n'est pas dans la thérapeutique de cette affection qu'il faut chercher à faire le jour, mais bien plutôt dans son étude clinique et son diagnostic précis.

L'opérée est une jeune fille âgée de 16 ans, malade depuis huit jours. Comme début elle a ressenti une douleur localisée en un point limité de la fosse iliaque droite. Il n'y a que peu ou pas de réaction abdominale, non plus que générale. Le pouls est à 80. La température durant les cinq premiers jours est assez élevée et présente des oscillations de un degré et demi à deux degrés par jour (37.5° à 39.0° et 39.5°); ce qui faisait songer à une suppuration sérieuse, (l'Hématologie étant venue confirmer ce diagnostic, l'examen du sang ayant donné une hyperleucocytose abondante et des polynucléaires) ou bien encore, à une fièvre typhoïde de mauvaise allure. Mais la malade ayant subi quatre chauffages assez intenses, la température au cinquième jour est tombée à la normale, s'y maintenant avec de légères oscillations. Le ventre est très souple, cependant la douleur, quoique amendée, persiste encore à la pression au même point (point de Mac.-Burney). Mr. le Professeur Tuffier pose le diagnostic précis d'appendicite *endo-appendiculaire*, décide l'intervention immédiate et les lésions constatées à l'opération lui donnent raison. L'appendice est libre dans la fosse iliaque droite descendant vers le petit bassin. Sans adhérence il est cependant un peu plus rouge qu'à l'état normal. Il n'y a pas de liquide dans le ventre; rien du côté du péritoine. Seul, le cœcum porte quelques très petites granulations sur sa face interne, ce qui n'est que de peu d'importance, et sans relation aucune avec les lésions appendiculaires. Section au ciseau du méso, pose d'une pince sur la base de l'organe, ligature au-dessous, section au ciseau entre les deux; thermo sur le moignon. Enfouissement du moignon sous le péritoine cœcal, suture de la paroi abdominale "*sans mettre de drain jamais, parce que dans ces cas l'on opère toujours sur une partie absolument saine (surface extérieure) et par conséquent aseptique de l'appendice*". Celui-ci, sectionné longitudinalement, présente en deux endroits nettement distincts sur sa muqueuse des lésions, visibles à l'œil nu, de folliculite hémorragique. Il n'y a donc pas de doute pos-

sible, il s'agissait bien de ce qu'il faut désigner sous le nom d'Endo-appendicite.

Comme on le voit, cet appendice enlevé, ne présentait extérieurement à peu près pas (à peine une légère rougeur) de traces des lésions qu'il renfermait. Un esprit peu averti eût pu croire à l'ablation inutile d'un appendice sain. Il arrive assez souvent que des praticiens portent ce jugement, tout de surface, à l'occasion d'interventions chirurgicales faites à des malades dont ils n'ont pu eux-mêmes diagnostiquer la lésion. C'est qu'un jour ils ont adopté, dans son sens littéral le plus strict, l'aphorisme de Roux, de Lausanne, "Toute appendicite est une péritonite" et depuis, le mot apendicite est devenu pour eux synonyme de gangrène, perforation, abcès, péritonite généralisée, etc. En un mot, il n'y a plus pour eux que des péri-appendicites avec péritonite localisée ou généralisée, selon le cas.

A l'observation qui précède nous pourrions en ajouter trois qui nous sont personnelles, l'une antérieure, les deux autres postérieures à celle-ci, dont l'évolution clinique est à peu de chose près superposable au cas qui nous occupe, et qu'une intervention chirurgicale a définitivement guéries, sans qu'il nous ait été possible toutefois de découvrir plus de lésions tant à la surface extérieure qu'au tour de l'organe intéressé.

Maintenant comment reconnaître l'endo, de la péri-appendicite? La clinique nous donne quelques indications à ce sujet. La comparaison de quelques signes nous montre de notables différences:

1^o Dans l'endo-appendicite la douleur est légère au début, s'intensifie et diminue, tout cela brusquement en quelques heures; colique douloureuse mais passagère. C'est ce qui correspond à la colique appendiculaire de Talamon. Dans la péri-appendicite, à début le plus souvent brusque, la douleur est transfixante et persistante. C'est le véritable "coup de poignard" des auteurs, ou "coup de pistolet" de Roux.

2° L'endo-appendicite n'occasionne que quelques rares nausées; jamais de vomissements, pas de ballonnement du ventre (Tuffier). La péri-appendicite au contraire occasionne toujours des vomissements, il y a toujours de la tuméfaction et le ballonnement du ventre est toujours marqué. (Talamon, Reclus.)

3° Dans la première forme le ventre reste souple (Tuffier, Jalaguier); dans la seconde, à mesure que la maladie avance, le ventre se ballonne de plus en plus.

4° Dans l'endo-appendicite pas de fièvre ou une élévation thermique insignifiante (Jalaguier) qui ne tarde pas à tomber, et cela d'une façon brusque (Tuffier). La température de la péri-appendicite est persistante et assez élevée (39.^o). Si elle doit retomber ce ne sera que lentement.

5° La palpation, dans l'endo-appendicite, nous permet de constater de l'indolence partout à la surface (Jalaguier); profondément douleur en un seul point (Mac.-Burney). Il n'y a pas d'empâtement, ni plastron. La localisation de la douleur au point de Mac.-Burney n'est jamais plus nette que dans cette forme (Jalaguier). Par contre, dans la péri-appendicite, la palpation nous révèle une hyperesthésie cutanée très nette (Dieulafoy). La douleur provoquée est vive, diffuse. L'empâtement est net, et un plastron marqué ne tarde pas à apparaître (Bégouin, Bourgeois, Duval, etc).

Il y a donc là des différences assez marquées, qu'il importe d'autant plus de rechercher chaque fois que l'on se trouve en présence d'un cas d'appendicite, que le traitement de l'une ou de l'autre forme est tout différent.

Dans l'endo-appendicite, suivant l'avis de M. le Prof. Tuffier, il faut opérer immédiatement et ne jamais attendre le refroidissement. A chaud ou à froid l'intervention est la même, parce qu'elle se fera toujours en ce cas dans un milieu aseptique. Il y a au contraire intérêt à opérer le plus vite possible puisque l'endo-appendicite ne tend à rien moins qu'à devenir péri-appendicite.

De plus le chirurgien n'aura pas à drainer. Chez les péri-appendiculaires, à moins qu'il n'y ait des symptômes graves et immédiatement alarmants, il faut refroidir et n'opérer qu'à froid. Ce qui oblige à attendre un temps fort long avant d'intervenir et la convalescence sera elle aussi très longue. En outre le chirurgien se verra presque toujours forcé de drainer, partant il en résultera une mauvaise plaie avec parfois éviscération consécutive, et toute la série des misères qui en découle. On voit donc tout l'avantage qu'il y a à diagnostiquer la forme endo-appendiculaire dès qu'elle apparaît. Que d'accidents pour le malade seront évités, et que de déboires en moins pour le chirurgien.

Une grande cause d'erreur, ce sont les péri-appendicites à forme pelvienne. On peut croire alors à une endo-appendicite parce qu'il n'y a rien dans la fosse iliaque droite; l'appendice occupant dans ces cas la partie supérieure du petit bassin, ses lésions produisent des dégâts entre le rectum et la vessie chez l'homme, le rectum et le vagin chez la femme. C'est pourquoi, toutes les fois qu'il s'agit d'appendicite, il ne faut jamais négliger de faire le toucher rectal ou vaginal avant de décider l'intervention.

— :00 : —

REVUE DES JOURNAUX

—

RACHISTOVAINISATION (étude de 1000 cas), par le Dr Frank Cole Madden, M. D. F. R. C. S. (*British Medical Journal*, Aug. 17th 1912).

L'A. qui emploie l'anesthésie rachidienne par la stovaine chaque fois que la chose est possible, depuis quatre ans, insiste

surtout dans cette étude sur la préparation de stovaïne employée, sur la technique, sur les effets de l'injection, sur l'état général des malades pendant l'opération sur la léthalité et sur les effets consécutifs de l'anesthésie.

PRÉPARATION DE STOVAÏNE EMPLOYÉE

Les premiers malades ont été anesthésiés par la solution de stovaïne et d'adrénaline Billon. L'anesthésie des membres inférieurs et de la partie inférieure de l'abdomen demande une ampoule entière., mais la dose est considérablement diminuée pour les opérations sur le périnée et la région périnéale: hémorroïdes fistule et la taille périnéale pour un calcul. De même que pour les amputations, résections, et la chirurgie osseuse du membre inférieur. La taille hypogastrique et la lithotritie demandant une dose plus considérable, de même que l'opération pour hydrocèle parce que les manipulations du testicule sont douloureuses. La hernie également exige une dose plus forte parce que les tractions exercées sur le sac sont douloureuses.

Chez les jeunes garçons et chez les jeunes filles et chez les vieux, surtout ceux souffrant d'artério-sclérose, la dose doit être proportionnellement réduite.

L'A. a employé pendant quelque temps les solutions de Janesco et c'est avec ces solutions qu'il a obtenus ses meilleurs résultats:

Stovaïne	gramme	0.10
Strychnine	"	0.001
Eau	"	1.

Après quelque temps l'A. dut abandonner ces ampoules préparées par Parke, Davis & Cie, en raison de difficultés administratives, et revint à la préparation de Bilon.

L'A. pense que la strychnine et l'adrénaline ne sont pas néces-

saires, seulement il constate que le meilleur moyen de remonter un malade après une anesthésie par la stovaïne et d'éviter la syncope, est de faire une injection hypodermique de V ou X gouttes d'une solution de chlorure d'adrénaline au 1/1000 et si un stimulant plus énergique est requis d'injecter V gouttes d'une solution à 1 pour 100 de strychnine, qui semblerait agir sur le cœur lui-même plus activement que l'adrénaline qui agirait plutôt sur la pression sanguine.

TECHNIQUE

Le dos du malade est recouvert de teinture d'iode, des vertèbres dorsales moyennes jusqu'au sacrum. Le malade est assis sur le bord de la table, la tête bien fléchie sur la poitrine, les coudes reposant sur la partie interne des cuisses et la colonne vertébrale bien courbée. L'injection peut être faite dans tous les espaces inter-vertébraux au-dessous des derniers disques dorsaux et l'unique preuve de l'introduction de l'aiguille dans le canal, est fournie par l'écoulement d'un liquide clair, qui peut tomber goutte à goutte ou couler sans pression. L'A. fait la fonction sur la ligne médiane et se sert d'une aiguille exploratrice ordinaire sans mandrin, et s'adaptant à une seringue en verre (de 5 c. m. c.). Si l'aiguille est bien introduite et que le liquide n'apparaît pas même après quelques mouvements de rotation de l'aiguille, il introduit un mandrin pour déboucher la lumière de celle-ci. Il vaut mieux recommencer la ponction dans un autre espace quand 3 ou 4 essais ont été infructueux à un endroit. Quand l'écoulement s'est produit, on adapte la seringue déjà garnie de sa solution de stovaïne, sur l'aiguille et le liquide cephalo-rachidien par sa propre pression pénètre dans la seringue et dilue la solution de stovaïne de moitié ou même plus. Ce mélange est introduit en partie et l'on fait une nouvelle aspiration pour diluer ce qui reste de la première solution et l'on ré-injecte lentement. L'aiguille est

retirée avec la seringue en place et le malade est demi couché avec des coussins sous la tête, le dos et les épaules.

Si la pression intra-rachidienne n'est pas assez forte pour faire pénétrer le liquide dans la seringue, on peut tirer le piston et faire de l'aspiration.

Il vaut mieux diluer la solution de stovaïne avec le liquide Ceph.-Rach. avant de faire l'injection, quoique dans les opérations ne nécessitant qu'une très petite quantité de stovaïne, l'anesthésie s'obtient très bien en injectant la solution sans la diluer.

Même chez certaines vieilles personnes, l'A., certain de la bonne introduction de son aiguille a injecté la stovaïne sans aucun écoulement de liquide C.-R. a obtenu une très bonne anesthésie.

L'impossibilité d'introduire l'aiguille peut se présenter chez certains vieux qui ne peuvent plier le dos et chez qui certaines conditions particulières comme l'ostéo-arthrite, obstruent les espaces intervertébraux déjà si petits.

Dans quelques cas le malade est couché sur le côté pour se faire ponctionner. L'injection est encore plus facile dans ces cas. Quelques gouttes de liquide peuvent s'échapper après la ponction, mais ne nécessitent aucun pansement.

LES EFFETS DE L'INJECTION

D'habitude le malade ne sent rien à part la légère piqure de la peau.

Immédiatement après la ponction: démangeaisons et picotements dans une ou les deux jambes, suivis de sensation de lourdeur, de pesanteur. Toute sensation disparaît après quelques minutes. Quelquefois, une piqure des nerfs de la "queue de cheval" produira une douleur brusque et aiguë le long d'une jambe.

L'anesthésie se prolonge pendant une heure. Si la sensibilité revient avant la fin de l'opération il vaut mieux donner du chloroforme, l'état du malade n'en exigeant qu'une minime quantité, que de donner une nouvelle injection.

Le degré d'anesthésie est variable. Quelquefois l'injection n'agit pas du tout. D'autre fois l'incision de la peau est très douloureuse mais les temps subséquents de l'opération ne sont pas sentis. L'anesthésie s'étend ordinairement jusqu'aux rebords costaux permettant d'intervenir pour des abcès hépatiques si on ne resèque pas de côte au-dessus de la 8ème; de même les hernies de la ligne blanche, immédiatement au-dessous de l'appendice xyphoïde.

Les opérations abdominales ne demandant pas de manipulations de la face inférieure du diaphragme peuvent être pratiquées et elles sont facilitées par le relâchement des muscles de la paroi.

Dans les affections aiguës, l'A. préfère le chloroforme et la scopolamine.

Quelquesfois, les malades conservent la sensibilité pour la chaleur.

ÉTAT GÉNÉRAL DU MALADE PENDANT L'OPÉRATION

En général, les malades reposent, calmes et paisibles.

D'autres ont des faiblesses, des nausées.

Quelques-uns même ont des syncopes: pour éviter ces accidents, donner au 1er symptôme un verre d'eau ou de l'alcool, même une injection de V gouttes de chlorure d'adrénaline en solution au 1/1000.

MORTALITÉ

3 cas de morts :

1^o Garçon de 13 ans: rupture de l'urètre avec épanchement de sang et d'urine.

Une injection de 0.04 centig. de stovaïne-adrénaline. Mort survenue pendant l'opération et l'A. l'attribue à l'anesthésique.

2^o Malade excessivement faible avec troubles cardiaques, anémie, œdèmes, abcès au foie.

3^o Malade opéré pour rein flottant d'appendicite. Stovaïne

bien supportée. 10 jours plus tard nouvelle opération pour gangrène du rein: mort survenue avant la fin de l'opération.

SUITES DE L'ANESTHÉSIE

D'habitude une ou deux heures après l'opération les mouvements et la sensibilité des membres inférieurs reviennent. Les malades se plaignent souvent de douleurs dans les jambes, le dos et la tête. Quelquefois il y a fièvre et rétention d'urine pendant quelques jours. L'A. n'a jamais observé de troubles plus sérieux.

COMPARAISON DE LA STOVAÏNE ET DU CHLOROFORME

L'A. croit qu'on peut considérer la stovaïne comme un bon adjuvant du chloroforme pour l'anesthésie de certaines parties, mais qu'on ne doit pas vouloir la substituer absolument au chloroforme. Il est vrai que les accidents de la stovaïne sont plus alarmants que dangereux, mais quand ils surviennent, ils sont tellement hors de nos moyens d'action qu'ils sont particulièrement troublants.

Avec le chloroforme il y a les " danger-signaux " qui sont bien connus, qui comportent des indications spéciales et il y a toujours le suprême moyen, c'est-à-dire discontinuer l'anesthésie tandis qu'avec la stovaïne le danger ne donne aucun signal, aucun avertissement ou du moins si petits qu'ils ne comptent pas et le mal est fait l'on ne peut y remédier et malgré qu'on ait conseillé de laisser couler une certaine partie du liquide Ceph.-Rach. ce moyen est à peine pratique. Il est vrai que la proportion des cas est très petite qui peut nous inquiéter, mais une méthode doit être jugée par ses dangers possibles quand la vie humaine est en jeu.

" En somme, résume l'auteur, nous avons dans la stovaïne un anesthésique sûr pour toutes les opérations au-dessous du rebord costal, mais on ne doit pas attendre trop de son emploi ou l'employer sans attention surtout dans les cas où toute espèce d'anesthésie générale serait dangereuse. De plus la théorie qui veut

qu'une fois que l'injection est faite et l'anesthésie obtenue on n'ait plus à s'inquiéter du malade doit être une fois pour toutes rejetée.

On doit surveiller le malade tout autant que pendant l'anesthésie chloroformique." G. A.

SURDITE SYPHILITIQUE CONGÉNITALE TRAITÉE
PAR LE SALVERSAN.—(Docteur George Nixon Biggs,
M. B.-B. S.). (*British Med. Journal*, Aug 17th 1912.

L'A. rapporte l'observation d'une jeune fille de 22 ans, traitée par le salvarsan pour une surdité syphilitique congénitale. Trois injections furent faites, suivies toutes trois d'une amélioration notable. Le Wasserman a toujours été positif même après les 3 injections et l'amélioration, et l'A. conclut qu'il en est toujours ainsi quand le mercure n'est pas administré en même temps. Après sa sortie de l'hôpital, la malade eut une rechute et fut traitée par le mercure et l'iodure. Ce nouveau traitement provoqua la même amélioration que le Salversan et la malade est au même point qu'après sa première sortie de l'hôpital.

L'A. conclut que le Salversan ne guérira pas la syphilis, mais seulement ses manifestations locales.

G. A.

APPLICATION LOCALE DU SALVERSAN DANS UN
CAS DE GLOSSITE CHRONIQUE SUPERFICIELLE.

Doctor Alfred Allport, M. R. C. S., L. R. C. P. (*British Medical Journal*, Aug. 17th 1912.)

Voici les remarques que l'observation d'un malade atteint de glossite chronique superficielle traitée par le salvarsan en application locale, a suggérées à l'A. :

1^o La longue durée de la glossite et la rapide prolifération de l'ulcère provoquée par l'enlèvement du nodule.

2^o La langue devint plus malade et plus douloureuse avec le traitement par l'iode et le mercure quoique le malade ait cessé de fumer depuis plus de 2 mois.

3^o Le malade avait suivi un traitement médical pendant 7 ans avant de venir voir l'A. et avait abandonné le tabac pendant de courtes périodes. Son état s'était amélioré temporairement pendant ce traitement antérieur, mais il assure que jamais sa langue s'est sentie aussi bien que maintenant.

4^o L'extraordinaire rapidité d'amélioration de toute la langue. A la fin d'une semaine et après deux jours seulement de Salvarsan, les ulcérations avaient diminué d'un quart.

G. A.

RESULTATS ELOIGNES ET VALEUR DE LA METHODE DE FINCK DANS LE TRAITEMENT PRECOCE DES "PIEDS BOTS CONGENITAUX". Par G. Nové-Josserand, chirurgien de la Charité et André Rendu, assistant du service. (*Lyon Chirurgical*, 1 août 1912.)

La méthode de Finck consiste à corriger le plus tôt possible après la naissance le pied bot congénital par des massages répétés sans anesthésie. La correction obtenue et maintenue par un bandage roulé en flanelle que l'on remplace lorsque la déformation est bien redressée, par un autre bandage en flanelle rendu rigide. Ce bandage est gardé pendant la période de repos qui dure 15 jours environ. On l'enlève alors et on place un appareil à traction élastique que l'enfant doit garder au moins 6 mois.

Les A. après avoir suivi l'A. russe, d'abord pas à pas, s'en sont peu à peu écartés dans l'application pratique de ses idées, tout en

gardant la même ligne de conduite. Ils ont déterminé plus en détail les manœuvres du massage, leur durée, leur action, leur force, leur répétition; ils ont modifié l'application du bandage en flanelle et la nature de la semelle; ils ont enfin considérablement simplifié, sans rien enlever à son action, l'appareil à traction élastique.

Les A. exposent maintenant la technique:

1^o Massage: a pour but d'obtenir avec prudence, progressivement et de façon continue la correction parfaite, voire même l'hypercorrection du pied bot. Le plus tôt pratiqué, le plus effectif. Le massage doit être prudent, progressif et continu. Chaque jour on doit gagner davantage dans le redressement, parfaire l'œuvre de la veille et préparer celle du lendemain. Pour cela s'attaquer le 1^{er} jour à la déformation la moins rigide et garder les rétractions les plus tenaces pour les jours suivants.

Dans la 1^{ère} séance, corriger surtout l'adduction de l'avant-pied sur l'arrière-pied, un peu la supination et presque pas l'équinisme. Dans la 2^{nde}, qui aura lieu le lendemain insister davantage sur la supination et l'équinisme et ainsi de suite jusqu'à ce qu'on obtienne une hypercorrection telle, qu'une fois le bandage enlevé, le pied se tienne spontanément en parfaite attitude corrigée. Le traitement demande généralement une douzaine de séances de massage, quelquefois moins; rarement plus, car si après ces massages répétés on n'a pas obtenu une correction parfaite il faudra compléter le résultat obtenu par une opération sanglante.

Chaque séance dure 2 à 3 minutes et se fait sans anesthésie.

Manuel opératoire :

1^o *Correction de l'adduction de l'avant-pied sur l'arrière-pied :*
Le petit pied saisi avec les deux mains pouces en dessus, une main fixant fortement le torse postérieur, l'autre serrant l'avant-pied, est placé horizontal, la face interne en haut. Ouvrir l'angle de la coudure du pied de manière à redresser l'axe de la plante. Ne pas s'inquiéter des craquements des ligaments du medio-torse, ne s'arrêter que devant une déchirure de la peau.

2° Correction de la supination et de l'adduction du torse postérieur.

Eviter les fractures et décollements épiphysaires.

Une main enserrant le genou, on refoule le plus possible du côté de la jambe les téguments et l'on serre de façon à saisir les épiphyses tibiales et peroniales supérieures et à tenir la jambe verticale; on pose l'autre main paume contre plante, les doigts dirigés du côté interne du pied et repliés pour saisir celui-ci en étrier, un doigt en arrière de la jambe et trois doigts en avant comme l'on tire sur un tire bouchon. Dès lors les deux mains agissent en sens inverses comme si l'on voulait détacher le pied de la jambe. Au mouvement de traction joindre un mouvement de torsion du pied en dehors, d'abduction et de pronation forcée. Une seule séance ne suffit pas d'habitude.

3° Correction de l'équinisme: Délicate à cause de la fracture du tibia ou son décollement, pénible à cause de la rétraction souvent considérable du tendon d'Achille. Jambe maintenue verticale comme dans le temps précédent. L'autre main est placée paume sur plante, l'axe du pouce et de la région thénar coïncidant avec l'axe du pied, mais en sens inverse: le talon de la main appuyant sur les têtes métarsiennes et le pouce replié sur le talon de façon à ce que sa face palmaire appuie sur la face postéro-supérieure de celui-ci au niveau de l'insertion du tendon d'Achille. Les autres doigts repliés sur le dos du pied pour le saisir. Mouvements: flexion dorsale de l'avant pied par le talon de la main; le pouce tâche de faire participer le talon à cette flexion et lutte énergiquement contre la rétraction du tendon d'Achille.

Cette correction demande 6, 7 ou 8 séances.

Un décollement épiphysaire implique la cessation du massage et du traitement.

LE BANDAGE

Doit être mis pour maintenir la correction après chaque massage. Tailler dans une plaque de cellulôïde ou de gutta-percha une semelle de 2 m. m. d'épaisseur et reproduisant les contours de la plante du pied corrigé. Coups de lime sur les bords pour faire crans d'arrêt qui empêcheront bandes de glisser. Sur la semelle coller avec mélange suivant :

Térébenthine	15 grammes
Mastic	12 "
Colophane	25 "
Résine blanche	8 "
Alcool	180 "

(Filtrer le tout)

(Finck)

Une semelle de (un c. m.) d'épaisseur en feutre dont l'élasticité met à l'abri de toute crainte d'escarre.

Bande de flanelle ordinaire, 5 mètres de longueur sur 4 c. m. de largeur. Un peu de coton ordinaire. Un aide est indispensable.

Couche de coton autour des malléoles.

Enduire du mélange les $\frac{3}{4}$ inférieurs de la cuisse, la jambe, le pied un instant sur la face plantaire où l'on pose de suite la semelle feutre contre la peau. Pendant que l'aide maintient le membre immobile, l'opérateur d'une main tient le pied en attitude corrigée de l'autre il pose le chef de la bande sous le pouce de l'aide. Rouler la bande de sorte qu'elle ne fasse jamais la corde et soit toujours bien appliquée à plat sur la peau. Partie d'au-dessus de la face externe du genou la bande se dirige obliquement en bas et en dehors contournant le membre en spirale. Au niveau du coton on la fait passer par dessus la semelle et en suivant verticalement de bas en haut le péroné, on le ramène à son point de départ sous le pouce de l'aide, dont on se sert comme

poulie pour tirer la bande et mettre le pied en pronation. L'on recommence la même manœuvre jusqu'à épuisement de la bande.

Bien vérifier la circulation normale des orteils.

Tous les jours, pour chaque massage, il faut défaire complètement et refaire ce même bandage jusqu'à ce que le pied *se tienne spontanément en bonne attitude*. Alors commence la période de repos.

PÉRIODE DE REPOS

Durée: généralement 2 semaines. Le dernier massage fait, le dernier bandage de flanelle mis en place, on applique une bande de tarlatane apprêtée que l'on trempe dans l'eau et qui maintient le petit appareil rigide. 8 jours plus tard on redefait tout, on s'assure de la bonne position du pied, on refait, si besoin est, un nouveau massage et on refait le même appareil pour 8 jours encore après avoir pris les mesures nécessaires pour la confection de l'appareil à tractions élastiques.

APPAREILS À TRACTIONS ÉLASTIQUES

Dans une feuille de caoutchouc de 2 ou 3 m. m. d'épaisseur on découpe 3 rubans. Le 1er large de 5 c. m. et long de la circonférence de l'abdomen de l'enfant prise au niveau des crêtes iliaques plus 10 ou 15 c. m. C'est la ceinture. Le 2nd large de 3 c. m. et long de 5 ou 6 c. m. de plus que la circonférence de la cuisse au-dessus du genou forme le cuissard. Enfin le 3ème large de 5 c. m. sera coupé de la longueur nécessaire pour aller de la ceinture à l'extrémité du pied mis en extension. C'est la bande de traction. Cette bande sera divisée en 3 chefs d'égale longueur depuis l'articulation du genou jusqu'à son extrémité du coup de pied.

Une sandale de la pointure de l'enfant, celui-ci ayant le pied chaussé d'un bas épais. On fait couper une semelle dans une

plaque d'aluminium ou de zinc pour la mettre à l'intérieur, on la recouvre d'une petite semelle de drap qu'on coud au pourtour du soulier.

A la ceinture on perce 2 rangées de trous, au cuissard une rangée médiane, à la bande de traction une rangée médiane pour chacun des 3 chefs. Les trous sont percés à 2 c. m. les uns des autres. A la semelle de la sandale 3 petites fentes parallèles à l'axe du pied, une sur le bord interne du pied à l'union de l'avant et de l'arrière-pied, les 2 autres sur le bord externe du pied, l'une au niveau de la tête du 5^{ème} métatarsien, l'autre vers le milieu du calcanéum. Ces fentes sont un peu plus grandes que le diamètre de jumelles en os de ceintures herniaires en caoutchouc pour bébés et mettent à un la plaque d'aluminium. Dans ces fentes on introduit un des disques de la jumelle et un point de fil bis referme la fente, rendant la jumelle solidaire de la semelle.

On met le bas de l'enfant et l'on emprisonne les pieds dans la sandale. On boutonne la ceinture, le cuissard (avec des jumelles semblables) et sur la face externe du membre, entre la peau et ceux-ci, on glisse la bande de traction; on fléchit légèrement la cuisse sur le bassin et, la bande de traction suivant l'axe du fémur, on la rend solidaire au moyen de jumelles, en haut avec la ceinture en place et en bas avec le bracelet de la cuisse situé juste au-dessus du genou.

Restent les 3 chefs en dessous du cuissard: le 1^{er} ira à la jumelle du bord interne du pied; le 2^{ème} à celle de l'avant-pied, le 3^{ème} à celle du calcanéum. Il faut que le pied soit maintenu en attitude parfaitement corrigée au repos, et que l'enfant puisse exécuter spontanément tous les mouvements possibles de l'articulation de ce pied.

L'appareil doit être porté jour et nuit pendant un mois. Pendant le 2^{ème} mois, on peut l'enlever 2 ou 3 heures par jour; pendant le 3^{ème} on ne l'applique plus que la nuit, et on le quitte définitivement au bout de 6 ou 8 mois.

Suivent 30 observations de malades traités par les A. dans leur service à la charité :

De ces 30 enfants

- 2 ont été opérés à 1 jour
- 2 ont été opérés à 2 jours.
- 3 ont été opérés à 3 jours.
- 2 ont été opérés à 4 jours.
- 1 a été opéré à 16 jours.
- 1 a été opéré à 20 jours.
- 13 ont été opérés à 1 mois.
- 5 ont été opérés à 2 mois.
- 1 a été opéré à 3 mois.

G. A.
Frat

LE SERUM ANTITÉTANIQUE.—J. Dumont. (*Journal de chirurgie*, juin 1912).

On a semblé depuis ces dernières années, surtout depuis quelques mois, vouloir accuser les différents sérums, et en particulier le sérum antitétanique d'être les auteurs de méfaits que l'on ne parvenait pas tout d'abord à étiqueter d'un nom convenable. Or, vint l'anaphylaxie! Et le chœur des médecins qui lancèrent, comme un vil outrage ce nom dont la science s'enorgueillit pourtant, à la face de nos chers sérums, se fit de plus en plus nombreux. Si bien, que le jour n'était pas très éloigné où nous allions tenir comme véritablement suspects des agents thérapeutiques dont les effets s'ajoutent si avantageusement à nos bons soins.— Mais voilà que M. J. Dumont, par la voix du *Journal de Chirurgie*. No. de juin 1912, nous donne lieu d'espérer que tout n'est

pas encore perdu. Résumant la communication faite par M. le Docteur Riche, à la Société de Chirurgie de Paris, et la discussion qui s'en suivit, il nous fait connaître un accident malheureux qui, à première vue, ne plaide pas en faveur du sérum antitétanique, et, en manière de consolation il nous donne l'opinion des principaux membres de la Société de chirurgie, qui, eux sont loin de penser comme M. Rilhac, l'auteur, et M. Riche, le rapporteur.

L'observation est celle d'une fillette de 8 ans qui s'était piquée la main avec une fourche. Le lendemain pas de symptômes locaux, ni généraux. La trace d'entrée de la dent de la fourche est seule visible, et, *"il n'y a pas de douleur spontanée ou provoquée, sauf en pressant au point même de la plaie"*. L'enfant est gaie, mange bien, dort bien. Rilhac prescrit un pansement antiseptique et pratique aussitôt en observant les précautions d'asepsie les plus minutieuses, une injection sous-cutanée de 10 cc. de sérum antitétanique, convaincu qu'il est, de l'action simplement préventive de ce sérum. Quelques heures après l'injection apparaissent: malaise général, mal de tête, diarrhée, vomissements, état de torpeur. A neuf heures du soir Rilhac constate un refroidissement accentué de tout le corps, avec respiration rappelant le Cheyne-Stokes. Le ventre paraît un peu douloureux à la région de la piqûre. Rilhac fait tout ce qu'il peut pour ranimer l'enfant. Rien n'y fait et à dix heures le drame est accompli.

—Que doit-on penser d'un tel accident? Tout d'abord, comme beaucoup de médecins l'auraient fait en une telle circonstance, Rilhac songe à l'anaphylaxie! Mais la fillette n'avait jamais antérieurement reçu une injection d'un sérum quelconque. Puis éliminant successivement l'hypothèse d'une péritonite suraiguë, d'une attaque de choléra, d'une crise d'urémie, d'une intoxication par ingestion d'un poison coïncidant avec l'injection, d'une erreur de liquide injecté, il pense qu'il faut bien en arriver à incriminer le sérum antitétanique lui-même. Un fait de ce genre

est bien de nature à effrayer les pusillanimes, et à déconcerter tout-à-fait ceux dont les convictions ne sont pas encore bien établies. Quant à nous, qui avons eu déjà bien des fois l'occasion d'injecter le sérum antitétanique nous-mêmes, et qui l'avons vu très souvent injecter par nos confrères, sans qu'aucun accident ne soit encore parvenu à notre connaissance, nous ne sommes pas prêt à mettre complètement de côté le seul moyen prophylactique qui soit à notre disposition pour empêcher l'éclosion d'une maladie aussi terrible qu'est le tétanos. Nous ne sommes pas seul à penser ainsi, et voici ce que dit Lucas-Championnière au sujet de cette observation: " Un enfant est mort dans des circonstances étranges, sans qu'aucun des détails utiles des antécédents du cas ou d'autopsie ait été donné; il n'y a donc rien à en faire, au moins pour le moment."

Routier, Schwartz, Delbet, Monod, Kirmisson, Quénu, Maurice, Dumoulin, Launay, Thiéry, Jacob, Arrou, Potherat, pensent comme Lucas-Championnière, et "*insistent sur l'innocuité des injections préventives de sérum antitétanique*".

Seul, Savariaud trouve l'observation de Rilhac excessivement troublante, et Reynier rapporte un cas, où l'injection de 5 cc. seulement de sérum, a causé de l'urticaire intense, des myalgies très pénibles, et une péricardite qui ne céda qu'au bout d'un an.

Si l'efficacité prophylactique du sérum antitétanique n'est pas très bien démontrée, du moins son innocuité semble généralement admise aujourd'hui; et avec de tels protecteurs il gardera encore longtemps la place qu'il s'est acquise dans la thérapeutique.

Dr EDG. C.

TRAITEMENT DES CYSTITES PAR LES VAPEURS D'IODE A L'ÉTAT NAISSANT. — Par le Dr Gaston Farnarier. (*La semaine médicale*, juillet 1912).

M. le Docteur Gaston Farnarier, moniteur à la chirurgie des maladies des voies urinaires de la Faculté de Médecine de Paris, publie une étude sur le traitement des cystites par les vapeurs d'Iode à l'état naissant. L'historique de la question nous apprend que quelques années à peine après la découverte de ce métalloïde, dont le centenaire tombe précisément en 1912, Berton a préconisé l'emploi des vapeurs iodées dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Après lui, la méthode servit à différentes époques au traitement des affections pulmonaires, otites chroniques, uréthrites, abcès froids, adénites, ostéopériostites, puis enfin en gynécologie.

Les succès obtenus dans le traitement des affections les plus diverses, ont conduit Farnarier à employer le même mode de traitement contre les cystites.

La technique est des plus simples : une ampoule de verre à trois tubulures dans laquelle on place .05 à .10 centigrammes d'iodoforme, et que l'on chauffe au moyen d'une lampe à alcool suffit pour obtenir le dégagement des vapeurs violettes d'iode naissant.

Une sonde en gomme et une seringue vésicale servent à faire l'injection. Naturellement, il ne faut pas dépasser la capacité vésicale au moment de l'injection. Il suffit de maintenir les vapeurs en moyenne cinq minutes dans la vessie. Ces vapeurs que l'on croirait trop irritantes pour la muqueuse vésicale ne produisent que de simples picotements, d'autant mieux supportés, qu'ils coïncident avec la sédation des phénomènes douloureux de cystite. Des dix-sept malades traités, un seul a trouvé "l'enfumage iodé" de sa vessie vraiment douloureux. La statistique de l'auteur est encore trop faible (17 cas seulement) pour que l'on puisse en tirer des conclusions catégoriques. Sur 17 cas : 2 guérisons

complètes, et notable amélioration chez les 15 autres. Suivent les observations détaillées des deux cas guéris. L'enfumage est pratiqué par séances de cinq minutes à 6 ou 8 jours d'intervalles. Six ou huit séances suffisent en général. Immédiatement après la rière séance, chez les deux malades guéris par l'auteur, la pollakiurie a diminué, les symptômes douloureux ont cessé, et la capacité vésicale a considérablement augmenté, pour en arriver à un état normal avec des urines claires.

Maintenant, de quelle nature sont les cystites guéris par l'auteur? Le premier cas était un malade atteint de cystite post-gonococcique; quant au second, l'A. ne donne pas d'indication à ce sujet. Toutefois, ce qui ajoute encore beaucoup d'intérêt à cette méthode, c'est que Farnarier rapporte une troisième observation chez une femme dont la capacité vésicale n'était que de 5 cc. et qui urinait 57 fois par 24 heures. Or, six enfumages seulement ont porté la capacité vésicale à 100 cc. et fait baisser le nombre des mixtions de 57 à 18 ou 20 par 24 heures. La cystoscopie a pu être pratiquée à ce moment dans d'excellentes conditions, et a révélé la nature de la cystite bacillaire secondaire à une tuberculose rénale. "L'enfumage iodé" a rendu possible la cystoscopie et le cathétérisme urétéral avec précision du diagnostic, du pronostic, et s'il y a lieu, des indications opératoires.

L'auteur conclut que l'enfumage iodé" de la vessie est une méthode de plus à notre disposition, mais les observations devront être plus nombreuses pour se faire une idée exacte de la valeur de cette méthode.

Dr EDG. C.

THERAPEUTIQUE INTRARACHIDIENNE DES CRISES
DU TABES. — Roger et Baumel (*Presse Médicale*, 7 août
1912).

Les crises gastriques du tabès constituent l'une des manifestations les plus pénibles de cette affection. D'où les nombreux efforts tentés en tous sens pour leur apporter quelque soulagement.

Les moyens locaux susceptibles de diminuer l'excitabilité du système nerveux périphérique, tels que applications et potions de toutes sortes, ne donnent malheureusement que des résultats bien inconstants. Les sédatifs généraux: bromure, chloral, morphine en injections, ont le grave inconvénient de rapprocher souvent les crises et de les aggraver quelquefois. L'arrachement des 7^e, 8^e et 9^e nerfs intercostaux (Franke), et la section des 6^e, 7^e, 8^e, 9^e et 10^e racines rachidiennes dorsales (Forster) ne sont pas des interventions chirurgicales anodines.

La ponction lombaire simple, ou la ponction lombaire suivie de l'injection de substances médicamenteuses sont des procédés tout à fait rationnels, si l'on se souvient que le tabès n'est qu'une méningite radiculaire chronique. Ces moyens ont donné de très bons résultats dans un nombre de cas déjà assez considérable; et, de plus, ils ne présentent pas les aléas d'une intervention chirurgicale.

Ponction lombaire simple:

La soustraction de 10, 15, 20 ou 30 cc. de liquide C. R. fait souvent disparaître la crise (Debove, Babinsky, Ravaut, Gastinel et Velter).

Pour expliquer les résultats obtenus, les partisans de cette méthode invoquent le rôle important que jouerait dans la pathogénie des crises, l'hypertension du liquide C. R. qui est presque constante.

MM. Roger et Baumel n'ont cependant rien obtenu par la ponction simple; mais l'injection de substances médicamenteuses dans l'espace sous-arachnoidien leur a valu de beaux succès.

Ponction suivie de l'injection de substances médicamenteuses:

De nombreuses substances ont été injectées. La cocaïne doit être mise de côté à cause des accidents qu'elle a provoqués.

L'eucaine s'emploie à la dose de 0. gr 005 à 0. gr 02. La stovaine s'injecte à raison de 1 cc. de la solution à 10 p. 100.

La novocaïne à raison de 1 à 2 cc. de la solution à 4 p. 100.

Les résultats les plus complets et les plus durables ont été avec le sulfate de magnésie.

La solution à employer est celle à 25 p. 100, et la quantité à injecter est de 1 cc. par 25 livres du poids du corps soit 5 à 6 cc. en moyenne.

Les auteurs rapportent le cas d'un malade souffrant depuis plus de deux ans de crises très douloureuses, devenues presque subintrantes et rebelles à tout traitement. Une injection de 0. gr 07 de novocaïne supprime toute crise du 7 juillet à la fin d'août 1911. De nouvelles crises étant survenues une nouvelle injection de novocaïne est faite; mais sans succès. Enfin, l'on injecte 4½ cc. de la sol. de sulfate de magnésie à 25 p. 100, et le malade, après avoir éprouvé pendant 24 heures une vive hyperesthésie généralisée, est complètement soulagé. Revu 8 mois plus tard, il est encore exempt de toute crise.

J. P. F.

LES VOIES DE PÉNÉTRATION ET DE DIFFUSION DU BACILLE TUBERCULEUX DANS L'ORGANISME.—

Par le Prof. A. Calmette. (*Rev. d'Hyg. et de Police Sanitaire*, 20 avril 1912).

Il est établi que l'infection conceptionnelle n'intervient que pour une part infime comme facteur de la propagation de la tuberculose. Lorsqu'elle se produit, du reste elle s'effectue par voie transplacentaire, les bacilles provenant d'une infection sanguine de la mère arrivent alors au placenta par la circulation artérielle.

Au contraire les enfants issus de tuberculeux présentent fréquemment des hérédodystrophies, malformations vasculaires, infantilisme, débilité.

Dans les premiers mois de la vie, l'enfant ne s'infecte que si la mère ou nourrice est atteinte de tuberculose ouverte. Lorsqu'il fait ses premiers pas, portant ses mains ouïlées à la bouche, il s'infecte dès qu'il y a un tuberculeux dans la maison presque fatalement. La maladie survient d'autant plus tôt et est d'autant plus grave, qu'il absorbe plus souvent et en plus grande quantité des bacilles frais.

Si l'enfant est dans un milieu sain c'est plus tard à l'asile, à l'école, à l'atelier ou à la rue qu'il se contamine. Dans les grandes villes à 20 ans 87 pour cent des individus ont déjà été touchés par le bacille. On contrôle le fait par les réactions cutanées à la tuberculine.

De 0 à 5 ans	Positives	9 p. 100
1 à 2 ans	"	22 "
2 à 5 ans	"	53 "
5 à 15 ans	"	81 "
Au delà de 15 ans	"	87 "

On peut donc dire que dans l'immense majorité des cas chez l'homme, la contamination bacillaire s'effectue dans le jeune âge

et dans l'enfance. Cependant lorsque l'enfant échappe aux infections massives, il évite les formes graves et rapides de la tuberculose. L'infection reste localisée dans les organes lymphatiques et reste plus ou moins longtemps latente ou même indéfiniment occulte. On ne compte environ que 25 % de ces *porteurs de bacilles*, qui deviennent réellement tuberculeux, dans la suite.

On peut affirmer que l'extrême fréquence des contaminations bacillaires résulte d'une part de la nécessité pour l'homme de vivre en groupements sociaux compacts, ce qui augmente la facilité de diffusion des bacilles tuberculeux évacués par les organismes malades; d'autre part, de ce que les conditions de la vie sociale aggravent et multiplient les occasions d'infection.

Les voies de pénétration du Bacille sont les muqueuses des cavités naturelles particulièrement le tube digestif et l'épithélium pulmonaire, et des voies accidentelles, naso-pharynx, peau et autres tissus.

Grand nombre d'expérimentateurs admettent aujourd'hui l'infection par les voies digestives comme la plus fréquente. Lorsque la pénétration se fait par l'air inspiré, ce qui est relativement rare, il se produit des foyers intra-alvéolaires à évolution rapide. Au contraire, le processus réalisé par l'infection digestive s'accomplit avec lenteur. On sait du reste que beaucoup d'autres microbes, bacille typhique, pneumocoque, staphylocoque s'introduisent dans le sang par la voie digestive. Cette injection se réalise le plus souvent dès l'enfance, la muqueuse intestinale étant alors très perméable aux microbes.

Dans tous les cas l'infection tuberculeuse, localisée ou non, affecte primitivement le système lymphatique, elle ne devient sanguine que si les barrières ganglionnaires sont rompues. Si les bacilles ne sont pas éliminés et créent des foyers de symbiose avec les cellules lymphatiques, le sujet reste tuberculeux. Cette tuberculose peut être latente pendant de longues années.

Les sujets porteurs de ces lésions latentes présentent une résis-

tance manifeste à l'égard des réinfections. Du reste certains organismes sont naturellement ou peuvent être rendus artificiellement inaptes à subir l'infection tuberculeuse.

La gravité de l'infection tuberculeuse chez l'homme est régie par certains facteurs :

a) *Espèce animale d'où proviennent les bacilles.* L'infection est plus grave avec des bacilles d'origine humaine que d'origine bovine.

b) *Influence des agents extérieurs et des agents physiques* sur le bacille avant sa pénétration dans l'organisme.

c) *Doses massives rapprochées ou éloignées, doses minimales uniques ou multiples.*

d) *Sujet qui les reçoit indemne de toute infection ou tuberculisé.*

A. V.

LA PROPHYLAXIE DES MALADIES CONTAGIEUSES DANS LES ÉCOLES.—Par le Dr Netter. (*Rev. d'Hyg. et de Police Sanitaire*, 20 mars 1912).

Est-il possible de fixer d'une façon rigoureuse la date à partir de laquelle un sujet n'est plus susceptible de transmettre une maladie ?

Il n'est qu'une seule des maladies contagieuses de l'école, dont le germe soit bien étudié, c'est la diphtérie. Il est facile chez le convalescent de pratiquer desensemencements montrant la disparition irrégulière du B. de Loëffler. Chez 71 p. 100 on ne retrouve plus de bacille une semaine après la disparition des membranes. Chez 94 p. 100 ils ont disparu au bout de 15 jours. Chez certains sujets, au contraire, on les retrouve après 2, 3, 4 mois et davantage. Il convient donc de demander que partout où cela sera possible un convalescent de diphtérie devra, pour rentrer à l'école, être muni d'un certificat établissant que deuxensemencements de

la gorge ou du nez pratiqués à 6 jours de distance auront été négatifs au point de vue du bacille.

Lorsqu'il n'y a pas de laboratoire où cet examen est possible, la durée de 40 jours d'exclusion devrait être maintenue.

Il ne faut pas modifier non plus l'éviction pendant 40 jours après la variole ou la scarlatine. Pendant 16 jours dans la rougeole, l'Angleterre dit 3 semaines, la Prusse 4. Pendant 16 jours aussi pour la varicelle. Pour les oreillons 16 jours et même trois semaines. Après la coqueluche 30 jours d'éviction donnent toute garantie.

Il faudrait ajouter encore certaines maladies à la liste précédente.

Isolement de l'école pendant 16 jours après la *rubéole*.

La contagiosité de la fièvre typhoïde par l'entremise des porteurs de bacilles étant aujourd'hui reconnue, les enfants ayant contracté cette maladie ne devraient rentrer à l'école que 4 semaines après la disparition de la fièvre. Et lorsque la chose est possible on devrait user à leur égard du même procédé bactériologique que pour la diphtérie.

La *dysenterie* rare en France exigerait les mêmes précautions.

Dans la *méningite cérébro-spinale*, l'éviction devrait être de 40 jours, avec les mêmes recherches bactériologiques que pour la diphtérie et la fièvre typhoïde.

Dans la *poliomyélite*, les convalescents ne conservent probablement pas le contagion pendant plus d'un mois.

Les règlements scolaires devraient encore se préoccuper des enfants atteints de teigne favique, de trichophytie ou de trachome.

Les frères et sœurs des malades jouent sans aucun doute un rôle tout à fait essentiel dans la propagation des épidémies scolaires et cela de façons très diverses. La question des *porteurs de germes* ne présentant pas de symptômes est surtout très importante.

Il ne faudrait donc pas tolérer l'entrée à l'école d'enfants dont

les frères et sœurs sont atteints de maladies contagieuses et ne sont pas rigoureusement isolés, réserve faite des enfants ayant acquis l'immunité. S'ils n'ont pas de contact avec l'enfant malade, on ne leur permettra le retour en classe qu'après avoir laissé écouler le terme habituel de l'incubation. Dans la rougeole, la rubéole, la variole 12 à 15 jours. Deux semaines dans la varicelle, 18 à 22 jours dans les oreillons. Il sera prudent toutefois de demander 2 à 5 jours de plus que ces périodes généralement admises. Pour la scarlatine, l'incubation ne dépasse qu'exceptionnellement 5 jours.

De plus le médecin inspecteur d'école devra formuler dans chaque cas particulier les prescriptions nécessaires.

Comme condition indispensable de prophylaxie, tous les cas dangereux devraient être connus des directeurs de l'école. Les services d'hygiène auxquels incombe la désinfection devraient les leur signaler, de même que les administrations hospitalières.

A. V.

LA SUBMATITE DE LA BASE DROITE (SUBMATITE RETRO-HEPATIQUE), COMME SIGNE DE FIEVRE TYPHOÏDE. (Ch. Lesieur, *Lyon Médical*, 11 février 1912)

A la percussion superficielle de la base droite, on constaterait presque toujours une submatité notable au cours de la fièvre typhoïde. La présence de ce signe semble offrir une réelle valeur au point de vue diagnostic, pronostic et thérapeutique.

Cette submatité droite apparaît dès le début, au quatrième jour environ et disparaît dans la plupart des cas au moment de la convalescence.

La percussion doit être superficielle et immédiate, pratiquée avec le bout des doigts ou la main à plat. Cette percussion doit se faire sur la base droite du thorax en arrière et vers l'aisselle.

Il faut absolument s'assurer que cette submatité n'est pas due à des lésions pleuro-pulmonaires. De plus tout phénomène qui donnerait naissance à de l'hypertension abdominale, peut par refoulement du foie produire le même symptôme. Le Dr Lesieur n'a pu constater cette submatité droite dans aucune autre maladie infectieuse que la fièvre typhoïde. Ses observations portent sur trois cent (300) cas, et le symptôme serait constant dans 80 à 90 %.

Ce signe serait plus précoce dans son apparition que le séro-diagnostic ou les taches rosées, permettrait un diagnostic à une période moins avancée de la maladie, et déciderait des cas douteux. C'est ainsi que dans deux cas d'érythème nouveau fébrile sans aspect typhique, la submatité fut constatée, et le séro-diagnostic et l'hémoculture furent également positifs confirmant l'origine éberthienne.

La diminution ou la disparition de la submatité annoncent la défervescence ou précèdent une rechute. Il est donc utile de rechercher le signe avant la reprise de l'alimentation.

Quelle est la pathogénie de ce symptôme. Il semble bien qu'il s'agit dans tous ces cas d'une hypertrophie du foie, hypertrophie de défense qui correspond bien avec ce fait que l'envahissement par le bacille d'Eberth des voies biliaires est chose constante.

A. V.

LES PUIITS, QUESTION D'HYGIENE RURALE. — (Dr E. Arnould.—*Prés. Méd.*, p. 762, 1911).

Le puits est le mode d'approvisionnement d'eau le plus fréquent à la campagne. Le coût de l'installation d'un service d'aqueduc est souvent trop considérable pour les petites municipalités. Cependant, il faut admettre que le puits présente de

grands dangers de contaminations diverses, et il ne peut être toléré au point de vue de l'hygiène que si ces puits sont établis suivant certaines règles. Le médecin de campagne a le devoir de renseigner les gens sur ces dangers et de les combattre.

Il faut reconnaître tout d'abord si les couches superficielles du sol protègent l'eau souterraine, ce qui a lieu s'il existe une couche suffisante d'argile imperméable. A 5 mètres d'épaisseur les sables calcaires et les alluvions filtrent convenablement, mais dans un terrain calcaire il faut toujours se méfier des fissures.

Il faut encore surveiller toute la zone d'alimentation du puits, ce qui peut se faire très facilement au moyen de la levure de bière, et mieux encore de la fluorescine, qui en se retrouvant dans le puits indiquent la communication avec l'endroit où avaient été placées ces substances.

L'emplacement du puits doit être surveillé. Loin des cimetières, des fumiers, de fosses d'aisance. La nature du sol fait nécessairement varier la distance à laquelle ces nuisances sont dangereuses pour les puits, de même le relief et l'inclinaison du terrain. En moyenne on peut demander une distance de 10 mètres, et éviter les puits situés en contre-bas.

Il est nécessaire aussi de recevoir tous les immondices sur des surfaces bétonnées avec rigoles ou dans des fosses étanches et d'évacuer les eaux souillées au loin.

Le puits doit avoir des parois imperméables jusqu'à la couche aquifère, et être recouvert en maçonnerie ou autrement afin d'être bien protégé contre toute impureté venant de l'extérieur. Pour recueillir l'eau on doit employer une pompe, ou encore un système spécial (système Jouet) qui permet de puiser à toutes les profondeurs.

Les puits forés ou tubés sont encore les meilleurs.

Si l'on veut nettoyer un puits, il faudra nettoyer les parois, enlever la vase au fond, traiter par le lait de chaux, puis ajouter à l'eau du permanganate, et pomper celle-ci après 48 heures jusqu'à disparition de la teinte rosée.

A. V.

COMPLICATIONS CONSECUTIVES A L'ADMINISTRATION DE L'HEDONAL COMME ANESTHESIQUE.—

Par Rawdon A. Veale, B. A. M. D. M. R. C. P. (*The British Medical Journal*, Aug. 17th 1912).

Voici les divisions que l'A. donne de ces complications :

1^o Complications cutanées.

2^o Pulmonaires.

3^o Veineuses.

1^o *Complications cutanées.*

a) *Œdème local* : surtout aux régions fessière et lombaire., se manifestant par une légère infiltration avec rougeur de la peau pouvant aller jusqu'à l'inflammation avec couleur feuille morte. Après un temps variable l'œdème disparaît laissant à sa suite une ecchymose comme dans un grand traumatisme.

b) *Cloches* : se rencontrent d'habitude sur les talons ou sur le bord externe du pied, mais l'A. les a vis apparaître aussi sur la poitrine, sur le bord interne des cuisses, sur l'abdomen. Elles ressemblent aux cloches produites par de l'eau bouillante. L'A. les explique par la longue durée de l'anesthésie produite par l'Hédonal. Les patients restent longtemps dans la même position et certaines parties sont exposées aux effets d'une longue compression. Il semble qu'il y a une moindre résistance des tissus et un trauma ou une pression, même légères et temporaires, seraient les causes des cloches.

2^o *Complications pulmonaires.*

a) *Œdème* : L'anesthésique lui-même en injection à haute dose, peut produire de l'œdème.

b) *Pneumonie* : Sur 300 malades anesthésiés par l'Hédonal, 3 sont morts de cette complication. D'autres malades ont eu de légères bronchites.

c) Un cas d'*infarctus* est survenu après injection de l'Hédonal et l'embolus aurait été originaire de la veine injectée. La compli-

cation est survenue 14 jours après l'opération et n'a pas eu de suites fatales.

3° *Complications veineuses.*

a) *Thrombose au lieu d'injection*: Dans la majorité des cas il y a eu thrombose dans les veines choisies pour l'injection: basilique et céphalique. Ces thromboses, sauf celle qui a accusé l'infarctus dont il a été fait mention plus haut, n'auraient eu aucune suite fatale.

b) *Thrombose de la veine fémorale*:

L'A. a vu sur 300 cas; 5 cas de thrombose de la veine fémorale et les attribue à l'anesthésique.

c) *Thrombose cérébrale*: Dans un des cas de broncho-pneumonie grave, une hémiplexie droite avec aphasie, apparut. Les symptômes cependant étaient légers et disparurent graduellement après quelques jours.

RÉSUMÉS

La dose en général est de 80 à 150 c. m. c. par minute jusqu'à ce que l'anesthésie soit obtenue: à ce moment l'anesthésique coule goutte à goutte. Plus l'anesthésie s'obtient rapidement, meilleurs sont les résultats et moindre la quantité d'anesthésique donnée.

L'Hédonal est un anesthésique très agréable pour les malades et pour les chirurgiens. Les malades n'ont pas cette sensation de suffocation si désagréable, et les vomissements sont très rares.

D'un autre côté, l'injection massive d'un médicament énergétique n'est pas sans dangers. Quand 1,100 ou 1,200 c. m. ont été administrés, la zone dangereuse est atteinte. Pratiquement aucune complication n'est survenue pour une dose moindre. L'œdème du poumon qui résulte d'une dose trop forte, menace le poumon d'infection par tous les microbes qui habitent et peuvent être aspirées pendant la période d'anesthésie. On devrait par conséquent veiller à l'antiseptie de la bouche et des dents avant

l'opération, de même qu'on devrait incliner les malades (poitrine plus haute que bassin) si on donne une forte dose. Au moindre symptôme d'œdème pulmonaire débarrasser énergiquement les voies aériennes.

La méthode est avantageuse quand le malade a subi un grand " shock " ou a perdu beaucoup de sang.

G. A.

— :00 : —

NOUVELLES

Nous extrayons du rapport de l'Hôtel-Dieu pour l'année 1911, les relevés suivants :

Malades présents le 1^{er} janvier 106.

Malades admis durant l'année 2,740.

Service de médecine 657.

Service de chirurgie 1,513.

Service d'ophtalmologie 676.

Nombre de jours à l'hôpital 50973.

Nombre total des morts 103.

Taux de la mortalité 3.6.

Soustraction faite des morts en dedans de 48 heures, le taux de la mortalité est de 2.9.

Les changements suivants sont survenus dans l'enseignement à la Faculté de médecine de Paris par suite du décès des Professeurs Lannelongue et Albarran et de la mise à la retraite du Professeur Armand Gauthier. M. le Dr Lejars est nommé professeur de Pathologie externe. M. le Dr Lequeu, professeur de Clinique des voies urinaires. M. le Dr Desgrez, professeur de chimie médicale.

M. le Docteur Arthur Lavoie, de Sillery, a été nommé directeur de l'institut Vaccinogène du gouvernement, à Québec, et M. le Dr Jos. Devarennès est chargé de l'inspection du vaccin. Nos deux confrères se sont embarqués le mois dernier pour Paris, afin de se mettre au courant des méthodes les plus modernes employés dans les services de cet ordre, et particulièrement à l'Académie de Médecine.

Parmi les motions proposées à la réunion du Collège des Médecins de la Province, en juillet dernier, nous relevons les deux suivantes : L'une a trait aux intérêts professionnels, et touche du doigt un sujet, qui dans certains cas, peut présenter des inconvénients très graves.

“ Proposé par le Dr D'Amours, secondé par le Dr Ledoux, que le Collège des Médecins désapprouve le principe qu'un médecin soit en même temps agent et examinateur d'une compagnie d'assurance. ” — Adopté.

L'autre est en rapport avec un sujet d'hygiène d'une importance capitale qui devrait depuis longtemps attirer l'attention de nos pouvoirs publics.

“ Proposé par le Dr Rouleau, secondé par le Dr Lessard, que le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, approuve l'idée de l'inspection médicale des écoles dans cette province. ” — Adopté.
