

Le Journal de Médecine et de Chirurgie

Montréal, Canada

Paraissant les 2ième et 4ième Samedis de chaque mois.

SOMMAIRE

MEMOIRES: —

- Organisation du Bureau d'Hygiène de Montréal,
Dr. J. Edouard Laberge. 65
- Les perforations intestinales dans la fièvre ty-
phoïde et leur traitement. Prof. Quenu. 68
- Réduction en douceur de la luxation de l'épaule,
Dr. P. Gallois. 70

NOTES DE PEDIATRIE:

- La digitaline et la théobromine chez l'enfant.
— Hémoptysie dans la convalescence de la
rougeole. — Elimination mammaire des mé-
dicaments. — Maladie d'Addison chez l'en-
fant. — Endocardite ulcéreuse. — Inconti-
nence d'urine essentielle. Dr. L. Verner 71-73

NEUROPATHOLOGIE:

- Polynevrite alcoolique. — Pseudo-rhumatisme sy-
philitique chez un tabétique. — Sclérose la-
térale amyotrophique. Prof. Raymond. 74
- Cesare Lombroso: sa vie et son oeuvre. A. La-
cassagne. 76

PROGRES DES SCIENCES MEDICALES:

- La sélection des cas d'ictère par obstruction
pour l'intervention opératoire. 80

SUGGESTIONS THERAPEUTIQUES. XV

Medicaments Nouveaux

RECOMMANDABLES

IODALBIN ET MERCUROL

Chaque Pastille renferme : Iodalbin, 5 grains ; Mercuriol, 1 grain

Pour le traitement de la syphilis secondaire et tertiaire

Mercur et Iode en combinaison.—Nombre de médecins les recommandent maintenant dans le traitement de la syphilis, tant les accidents secondaires que tertiaires. Tel que l'affirme une autorité: "Le mercure doit être administré dès que le diagnostic est établi avec certitude, et continué pendant toute la période des accidents secondaires. Dans les accidents tertiaires, les iodures rendent en général plus de service, néanmoins le mercure n'est pas sans efficacité, et une combinaison des deux médicaments s'emploie souvent avec avantage."

Les pastilles iodalbin et mercuriol ont été préparées et mises sur le marché pour répondre aux indications du "traitement mixte". Sous la surveillance de notre département de Médecine Expérimentale, cette combinaison a été soumise à une épreuve clinique complète par un nombre d'experts en maladies vénériennes, dans les centres médicaux les plus en vue du pays, avec des résultats uniformément excellents. Les médecins peuvent prescrire les pastilles *Iodalbin et Mercuriol* avec l'assurance qu'ils emploient, non un remède empirique, mais une préparation d'une valeur thérapeutique éprouvée.

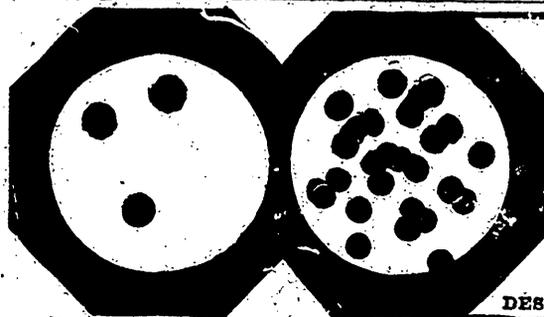
Mises en vente en flacon de 100.

Feuillets descriptifs envoyés sur demande.

PARKE, DAVIS & CIE

Walkerville, Ont.

Montréal, Qué.



**HEMOGLOBINE
DESCHIENS**

OXYDASES, FER VITALISÉ
ANÉMIE, TUBERCULOSE
NEURASTHÉNIE, CHLOROSE

Remplace la viande crue
Sirop 1 cuill. à soupe à chaque repas.
Vin, Granulé, Dragées (47).

DESCHIENS, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS et Ph^{re}.

Seuls Agents pour le Canada ROUGIER et FRERES (Agences Decary-Rougier), 63 Notre-Dame Est, Montréal.

Organisation du Bureau d'Hygiène de Montréal en rapport avec les mala- dies contagieuses

Par le Dr Joseph-Edouard Laberge

du Bureau municipal de Santé.

Le département des maladies contagieuses, que j'ai l'honneur de diriger, ne reçoit pas de la profession médicale l'aide qu'il est en droit d'en attendre, et même quelquefois, je dois le dire, nous rencontrons beaucoup de mauvaise volonté de la part de certains de nos confrères, en tant que la déclaration des maladies contagieuses est concernée. J'ai pensé qu'il serait avantageux pour la bonne administration de ce département de venir devant la Société Médicale y exposer notre manière d'agir et de procéder, d'attirer l'attention des membres de cette société sur le règlement de la cité de Montréal No. 105 Section 37, qui se lit comme suit:

Tout médecin qui a sous ses soins dans les limites de la Cité un malade atteint de petite verole, de fièvre typhoïde, de la diphtérie ou d'une autre maladie contagieuse ou pestilentielle, doit, dans les 24 heures, en faire un rapport au Bureau de Santé avec le nom du dit malade, la rue et le No de la maison ou tel malade est soigné, et aussi d'attirer votre attention sur l'article 51 de la loi d'Hygiène de la Province de Québec qui vous fait également une obligation de déclarer les cas de maladies contagieuses. Voici le texte de l'article 51:

Lorsqu'un médecin constate qu'une personne qu'il a été appelé à visiter est atteinte d'une des maladies visées dans l'article 50 il doit, sous 24 heures, le notifier à l'autorité sanitaire municipale de la localité dans laquelle réside ou se trouve cette personne.

Ces règlements, tant qu'ils ne seront pas abrogés vous font un devoir de déclarer les cas de maladies contagieuses, qui se rencontrent dans votre clientèle, c'est un devoir de citoyen que vous avez à remplir et il n'est pas digne de la noble profession à laquelle nous appartenons de nous soustraire à cette obligation, sous prétexte que la ville ne payant pas les certificats de déclaration nous ne sommes pas tenus de nous conformer à ces prescriptions. C'est encore manquer à notre devoir de bon concitoyen, c'est manquer de courage, que de ne pas faire ces déclarations, parce que en nous conformant aux règlements municipaux et provinciaux, nous pouvons mécontenter des clients.

Messieurs, beaucoup plus de la moitié des cas de maladies contagieuses ne sont pas rapportés au bureau des maladies contagieuses, la raison principale, je me plais à le reconnaître, c'est que le médecin oublie, et il oublie parce qu'il n'a pas eu les facilités voulues, pour faire ces déclara-

tions aussitôt qu'il a fait son diagnostic de maladie contagieuse, chez un client, puis les soins de la clientèle font qu'il ne pense plus à rapporter ce cas; eh bien, le bureau d'hygiène a pensé vous faciliter cette tâche en faisant imprimer des livrets dont voici quelques exemplaires: ces livrets sont distribués gratuitement par le bureau d'Hygiène et vous pouvez nous faire parvenir au bureau les feuillets de ces petits cahiers. Ces feuillets ainsi fermés, forment des cartes-lettres, qui peuvent nous être transmises sans porter des timbres d'affranchissement.

Chaque fois que vous êtes en présence d'un cas de maladie contagieuse, séance tenante, vous pouvez remplir ce feuillet et aussitôt sorti de la demeure d'un client, jeter ce feuillet dans la première boîte à lettre qui se présentera sur votre route.

Messieurs, nous sommes tous des ouvriers d'une nation, que nous avons à coeur de voir grande et prospère. Eh bien, que penser d'un ouvrier d'une manufacture, qui constate quotidiennement une perte évitable pour le patron et qui n'en avertirait pas celui-ci, parce qu'il n'est pas payé pour cela, ou parce qu'il ne peut pas faire cette déclaration sans se créer des inimitiés. Les maladies contagieuses sont la cause journalière de pertes évitables pour une nation, pour une municipalité, chacun de nous doit donc se faire un devoir sacré de bon citoyen de faire cette déclaration. Afin de permettre au Bureau d'Hygiène de prendre les mesures nécessaires pour enrayer la diffusion de cette maladie. Bien plus, Messieurs, j'irai jusqu'à dire que ce serait priver la profession médicale d'un privilège et lui faire injure que de lui enlever cette responsabilité de la déclaration des maladies contagieuses. Car notre noble profession comporte avec elle des responsabilités que nous devons avoir à coeur de conserver.

Messieurs, passons maintenant au personnel du Bureau, et je vous ferai connaître les occupations d'un chacun et ce que nous faisons des renseignements que vous nous communiquez dans vos déclarations.

Le personnel du bureau des maladies contagieuses se compose de trois commis de bureau, d'un clavigraphiste et de quatre désinfecteurs, de deux inspecteurs de drains, deux infirmières, dix-sept médecins inspecteurs de district, d'un diagnosticien, et d'un chef qui a à diriger ce département.

Lorsqu'un médecin fait une déclaration d'une maladie contagieuse soit par téléphone soit par écrit, un commis et toujours le même, inscrit sur une feuille spéciale la déclaration, cette feuille contient les renseignements suivants: le numéro et le nom de la rue, la nature de la maladie, le nom du patient, le nom du médecin traitant, et le nom du désinfecteur qui aura à s'occuper de ce logis infecté. Ce sont là autant d'informations nécessaires pour organiser la lutte contre cette maladie contagieuse. Tous les matins un triage est fait des différentes adresses qui nous sont données, on en fait quatre listes différentes, pour les désinfecteurs, en groupant les différentes adresses, afin que chaque désinfecteur ait à travailler dans un circuit limité. Les désinfecteurs doivent se présenter au bureau à 8.30 a.m. et prendre les listes qui ont été préparées pour eux et qui contiennent leur travail de la journée. Si le patient reste

à domicile le désinfecteur doit mettre une affiche (placard) indiquant que cette maison est infectée par une maladie contagieuse. Dans les domiciles où le malade est parti, soit qu'il ait été transporté à l'hôpital ou après l'inhumation dans le cas de décès, le désinfecteur procède immédiatement à la désinfection, et selon que le médecin de famille le demandera il désinfectera une ou deux chambres ou toute la maison. Dans tous les cas il doit prendre et noter dès cette première visite, les informations suivantes: La nature de la maladie, nom du patient, l'âge, la nationalité, le nom du père, et sa profession, résidence, nom du médecin, date du commencement de la maladie, date de la confirmation du diagnostique, date de l'avis donné au bureau, la date où le placard a été posé, date de la guérison, où de la mortalité, date de l'enlèvement du placard et à la demande de quel médecin, nombre de personnes à la maison, temps de résidence à Montréal, temps d'occupation du même domicile, absence de Montréal, combien de temps, nom et adresse du laitier, nom de l'école fréquentée par les enfants de la maison, ou traité, à l'hôpital ou à domicile? cause probable de cette contagion, état du sous-sol, du rez-de-chaussée, premier ou deuxième étage, condition de la maison, comment éclairée, ventilée, où employé, avec combien d'employés, fosses d'aisances à quelle distance, avec ou sans connexion avec l'égoût de la rue, cabinets d'aisances.

Tous les matins cet employé fait rapport au département des maladies contagieuses, du travail qu'il a fait la veille et il prend une nouvelle feuille de route et continue la même opération, tous les jours.

Dès qu'un cas de maladie contagieuse nous est déclaré, une fiche est préparée portant un numéro d'ordre et contenant toutes les indications et les particularités propres à chaque cas, afin de pouvoir trouver cette carte sans perte de temps quand on en a de besoin. Elle est enregistrée dans un livre-alphabet sous le nom de la rue où demeure le malade et porte un numéro d'ordre, cette carte porte le nom du patient, son âge, la rue et le numéro de son domicile, la date où le cas a été rapporté au bureau et par qui rapporté, la date du commencement de la maladie, le nombre d'habitants dans la maison, la condition de la maison, la grandeur, le nombre d'appartements, comment ventilés, comment éclairée, si envoyée à l'hôpital, si guéri, par qui la désinfection a été faite, l'état des drains, si éprouvés, entourage.

Pour faciliter la recherche de cette fiche nous avons une couleur pour chaque maladie contagieuse, ainsi le bleu pour la fièvre typhoïde, le rouge pour la fièvre scarlatine, le jaune pour la variole, le vert pour la rougeole, etc. Ce travail est fait par un des commis du bureau. Ces fiches sont conservés dans un cabinet spécial et si pour une raison ou pour une autre un citoyen de Montréal désire savoir si telle ou telle maison qu'il va habiter ou qu'il va acquérir est une maison saine ou non, si cette maison a déjà été infectée par des maladies contagieuses, nous pouvons le renseigner dans une ou deux minutes sur l'état sanitaire de cette maison, depuis le 1er janvier 1906 jusqu'à ce jour. A tous les ans de nouveaux renseignements s'ajoutent à ceux des

années précédentes et dans quelques années le bureau des maladies contagieuses aura un précieux casier sanitaire des maisons de la ville de Montréal.

Nous avons deux employés qui, après que la maladie est finie vont visiter les maisons où il y a eu de la maladie contagieuse, ces employés ont pour mission de voir dans quel état est le système de drainage. Lorsque des déficiences sont constatées avis est donné au propriétaire d'avoir à remédier immédiatement à cet état de choses, en outre ces deux employés ont instruction de s'informer du travail fait par les employés qui ont été chargés de cette maison s'il se sont acquittés de leur mission avec zèle, tact et courtoisie, toutes ces observations sont notées soigneusement.

Un médecin visiteur est à la disposition du public, soit pour aider aux différents membres de la profession médicale, lorsqu'ils désirent faire confirmer leur diagnostique par un médecin du bureau, soit pour voir si des mesures efficaces sont prises pour empêcher la dissémination des maladies contagieuses, soit encore pour aller visiter les familles pauvres qui n'ont pas de médecin et qui ont des maladies contagieuses à la maison.

Deux infirmières sont au service du département pour traiter les enfants malades des écoles, pour enseigner aux mères de famille comment appliquer les traitements prescrits par les médecins. Ces infirmières ont instruction de ne jamais prendre sur elles d'instituer un traitement ou de recommander dans les familles tel ou tel médecin en particulier. Si les autorités scolaires le leur permettent elles traiteront aux écoles les enfants souffrant d'affections légères, par exemple, dartres, pédiculose, ou quelques bobos. Ceci permettra aux enfants souffrant de ces affections de suivre les leçons de leur professeur. Mais lorsque on ne permet pas à l'infirmière d'appliquer ces traitements à l'école ces enfants atteints de dartres et de pédiculose ne peuvent pas rester à l'école où ils exposeraient leurs condisciples à la contamination. Les infirmières prennent aux écoles la liste et les adresses des enfants qui ont été renvoyés pour cause de maladie, elles notent le diagnostique du médecin et suivent ces enfants jusque dans les familles pour s'assurer si les parents les font traiter, ou engager les parents s'ils ne l'ont pas fait consulter sans retard leur médecin de famille, elles vont aussi, ces infirmières, sur un ordre du Bureau de Santé visiter les familles pauvres où il y a de la maladie.

Enfin dix-sept médecins inspecteurs de district complètent la liste des employés du département des maladies contagieuses. La ville de Montréal a été divisée pour les fins d'inspection en dix-sept districts, un district pour chaque médecin. Le devoir des médecins inspecteurs est de surveiller au point de vue sanitaire et d'inspecter les écoles, les manufactures et les domiciles, ils doivent donner tout leur temps à la ville de 9 a.m. à 5 p.m. et il leur est interdit d'inviter les enfants à aller les consulter à leur bureau, je n'ai pas encore reçu de plainte sur ce sujet. Aux écoles, ces messieurs doivent faire, autant que possible une visite par jour; ils font au moins deux examens généraux par année de tous les enfants; ensuite quand ils se pré-

sentent à l'école ils ne voient que les enfants qui ont été absents ou ceux que les instituteurs croient atteints de quelque maladie contagieuse, ils peuvent encore procéder différemment si c'est le désir du directeur de l'école; ainsi à tous les jours, ils examineront tous les élèves d'une classe, une classe dans chaque école, quand ils auront terminé cet examen dans une école ils recommenceront encore et ainsi de suite jusqu'à la fin de l'année.

Ils ont aussi pour mission, deux fois par année, de faire une visite complète des écoles et de s'assurer des conditions hygiéniques de ces écoles. Lorsqu'ils rencontrent des enfants malades ou malpropres ils recommandent aux directeurs de l'école de renvoyer ces enfants dans leur famille et ils donnent aux enfants une carte fournie pour leurs parents indiquant l'affection dont ils souffrent avec prière de consulter leur médecin de famille.

Pendant les vacances d'été ces messieurs ont visité les différents établissements publics de leur quartier et se sont assurés des conditions hygiéniques de ces établissements et comment les règlements municipaux et provinciaux y sont observés. Ces établissements sont: les épiceries, les étaux de bouchers, les boulangeries, les salons de toilette, les buanderies, les manufactures, et même les refuges de nuit. Les renseignements que le bureau d'Hygiène a obtenus par l'entremise de ces médecins inspecteurs de district sont de la plus haute importance pour la bonne administration du bureau. De plus, l'influence morale produite par ce travail d'inspection est énorme tant dans les écoles que dans les ateliers ou autres établissements publics; c'est un excellent moyen de faire connaître et observer la loi. Par exemple il a été constaté dans bien des manufactures que les employés n'ont à boire qu'une eau malpropre, que les cabinets de ces manufactures sont dans un état de malpropreté tout à fait antihygiénique, que presque toutes les épiceries gardent le lait dans des endroits impropres à sa bonne conservation, qu'on laisse exposés aux souillures des poussières des rues et des animaux qui errent par les chemins, les produits alimentaires, que dans beaucoup de salons de toilette on fait si des soins de propreté que l'hygiène commande, que beaucoup de ces établissements sont des propagateurs de maladies transmissibles, ces établissements ont reçu avis de remédier à cet état de choses: quelques-uns ont remédié dans une certaine mesure à ces sujets de plainte, d'autres n'en ont rien fait, mais à une seconde visite nous obtiendrons davantage et nous finirons par obtenir beaucoup à force de répéter et de répéter aux gens que telle ou telle pratique est condamnable; ils finiront par s'amender selon les prescriptions des règlements. Ces manières de procéder sont mieux, que des mesures draconiennes et coercitives. Dans les écoles nous ne rencontrons plus maintenant de péculose bien rarement de la gale, les enfants sont beaucoup plus propres, et dans toutes les maisons d'éducation les tables et les chaises sont disposées de telle façon que la lumière vient de gauche. Les classes sont moins encombrées, plusieurs écoles sont munies de système de ventilation qui ne sont pas tous efficaces, il est vrai, mais enfin il y a progrès considérable.

Avec cette organisation que nous avons maintenant

depuis bientôt deux ans nous pouvons atteindre le mal à sa source. Si le foyer d'infection, je prends la gale, comme exemple, existe dans une manufacture, les parents transportent cette peste dans la famille et de là les enfants la transportent à l'école. Eh bien, quelque énergique que soit le traitement d'un enfant fréquentant une école, il reviendra toujours avec la gale - i ses parents, père, mère, frère ou sœur, ne se font pas traiter et ceux-ci contamineront toujours leur famille si la source de l'infection est à l'atelier, et si là aucune action n'est prise pour enlever la contagion. Dès qu'il est à notre connaissance que les enfants fréquentant telle et telle école habitent une maison infectée par les maladies contagieuses, nous prévenons immédiatement l'inspecteur de district de ce fait, et celui-ci prévient immédiatement le principal de l'école de ne pas recevoir ces enfants exposés à être contaminés. Dernièrement les médecins inspecteurs de district ont fait une enquête dans leur district respectif sur le nombre et sur la cause de la fièvre typhoïde qui sévit actuellement à Montréal. Ils sont allés chez tous nos confrères et leur ont demandé combien de cas de fièvre typhoïde ils avaient traité depuis le 15 octobre, si c'était bien de la fièvre ou une autre affection, quelle était la cause probable de cette affection s'ils avaient déclaré au bureau d'hygiène ces cas de maladie; eh bien, messieurs, nous avons constaté que nous avons affaire bel et bien à de la fièvre typhoïde et qui a régné à l'état épidémique dans certains quartiers de la ville de Montréal. Dans un de ces quartiers nous avons trouvé depuis le 15 octobre jusqu'au 1 janvier 625 cas de fièvre typhoïde, et sur ce nombre il n'y en avait que 25 de rapportés. La cause de l'infection est probablement l'eau de la M. W. P. Co. qui alimente ces quartiers, c'est dû à l'inspection médicale de district si nous avons pu connaître l'état de choses actuel et mettre la population en garde contre les dangers qui l'ont menacée, engager à prendre les mesures nécessaires pour se protéger, faire bouillir l'eau et isoler les malades. En outre de la fiche plus haut mentionnée et que nous appelons fiche de maladie, il y a une autre fiche qui sert à enregistrer le travail fait par le bureau pour enrayer la dissémination de la contagion de maison à maison. Cette fiche porte le nom et la date de la visite des médecins, la date de la mise en quarantaine, la date de la désinfection, le nom de l'officier qui a reçu instruction d'appliquer ces mesures préventives prescrites par le bureau d'hygiène, l'état sanitaire de la bâtisse, par qui a-t-elle été visitée, les écoles et les manufactures fréquentées par les membres de cette famille, cette carte est préparée par le troisième commis que nous avons dans le bureau et sert à contrôler le travail des employés du département des maladies contagieuses.

J'espère, messieurs, que connaissant notre organisation, connaissant le fonctionnement de cette organisation, la profession médicale voudra bien nous accorder toute l'assistance que nous sommes en droit d'espérer d'elle. Je vous demande bien instamment de toujours déclarer bien régulièrement vos cas de maladies contagieuses. C'est le point de départ de notre travail pour enrayer la dissémination de la contagion. Si dès le mois de novembre on eût connu la marche envahissante de la fièvre typhoïde

dans les quartiers St-Henri, Ste-Cunégonde, St-Denis, De-Lorimier, nous aurions pu obtenir alors ce qu'on a obtenu depuis, l'arrêt de l'épidémie, car aujourd'hui, je suis heureux de le dire, l'épidémie diminue à tous les jours. Ces déclarations ne sont que pour le bureau et rien ne transpire au dehors, et si quelquefois un employé commet une maladresse qui soit de nature à vous nuire auprès de votre clientèle, c'est contre les instructions qu'il a reçues du département et je vous prie de nous en avertir aussitôt et nous y remédierons immédiatement.

Il me reste, Messieurs, à vous remercier de votre bienveillante attention. Si vous désirez obtenir quelques renseignements supplémentaires, je suis à votre entière disposition.

Clinique Chirurgicale

Les perforations intestinales dans la fièvre typhoïde et leur traitement chirurgical

PAR M. LE PROF. QUENU

Le 3 septembre 1909, M. le Professeur agrégé P. Duval est appelé auprès d'un enfant de douze ans, atteint de fièvre typhoïde qui a été pris brusquement, l'avant-veille, d'une vive douleur dans la fosse iliaque droite; quelques vomissements se sont produits; l'état général s'est rapidement aggravé et le petit malade présente le tableau complet de la péritonite septique diffuse: nez pincé, yeux excavés, visage anxieux, regard éteint, respiration courte, pouls à 130. M. Duval diagnostique une perforation intestinale, et malgré l'état grave et désespéré, propose une intervention chirurgicale immédiate. Une incision pratiquée dans la fosse iliaque droite donne issue à du liquide louche, de couleur bouillon sale. La terminaison de l'intestin grêle est attirée dans la plaie, et l'on trouve une perforation unique, linéaire, de trois millimètres, siégeant à 7 cm. environ de l'angle iléo-coecal. L'extrême gravité des symptômes nécessitant une intervention aussi courte que possible, M. Duval se contente d'extérioriser l'anse perforée; il draine largement et fait un pansement. Des injections de sérum et d'huile camphrée sont pratiquées.

Le lendemain d'amélioration est déjà très sensible, la langue est humide, le pouls à 100, la plaie est lavée à l'eau oxygénée, les drains et le pansement sont changés. Dès le milieu de septembre, le petit malade pouvait se considérer comme guéri, mais son anse intestinale est toujours hors du ventre.

Les perforations intestinales au cours de la fièvre typhoïde constituent un accident extrêmement important à bien connaître. Elles sont très fréquentes; la plupart

des malades meurent sans être opérés, l'intervention est l'infime exception, et cependant Buizard a pu réunir dans sa thèse (juillet 1909) 692 observations de perforation traitées chirurgicalement.

Parmi les typhiques qui meurent, 10 p.c., d'après Dicaufcy, meurent de perforation. Chantemesse admet que sur cent malades atteints de dothiéntérie, guéris ou non, 2, 7 ont des perforations; la proportion est encore plus élevée d'après les statistiques de Buizard (3, 73 p.c.) et celles de Paterson (3, 7 p.c.). Un malade atteint de fièvre typhoïde a donc trois chances sur cent d'avoir une perforation. Quels que soient les soins donnés, la perforation peut se produire (Vaquez); seule, d'après Chantemesse, la sérothérapie avait une influence préventive heureuse. La proportion des perforations ne serait plus que de 1 p.c. chez les malades traités par le sérum anti-typhique. La complication survient au cours des fièvres typhoïdes les plus bénignes (fièvre ambulatoire).

Elle est due à l'ulcération nécrotique des plaques de Peyer; le péritoine est atteint par le processus hémorragique (Chantemesse), mais la perforation est souvent très petite du côté de la séreuse, et ne dépasse pas les dimensions d'une tête d'épingle. Ce fait est très intéressant.

La perforation s'observe à toutes les périodes de la dothiéntérie, même pendant la convalescence; mais elle est surtout fréquente au cours du 3^e septénaire; la statistique de Buizard est à cet égard tout à fait démonstrative (50 p.c. dans la 3^e semaine 27 p.c. dans la 2^e semaine).

Une perforation s'étant produite chez un typhique, le pronostic est évidemment des plus mauvais. Le malade est profondément infecté par les toxines du bacille d'Eberth; la constipation est rare chez les typhiques; elle existait chez l'opéré de Duval, et cette circonstance heureuse n'a probablement pas été sans influence sur la guérison après une intervention aussi tardive.

Mais dans la règle, c'est une diarrhée septique que l'on observe, et les matières liquides filtrant dans le péritoine, grâce à la petite perte de substance, provoquent l'éclosion d'une péritonite des plus graves entraînant la mort au bout de quelques heures parfois de quelques jours au plus tard.

Il faut bien savoir cependant que la terminaison fatale n'est pas constante: on a trouvé à l'autopsie de certains malades guéris spontanément d'une fièvre typhoïde, des cicatrices péritonéales au niveau des plaques de Peyer: une *péritonite perforante* avait créé des adhérences suffisantes avec l'épiploon ou une anse intestinale. D'autres fois, on assiste à la formation, dans la fosse iliaque droite, d'un foyer de péritonite circonscrite donnant issue, quand on l'incise, à du pus très fétide: Tuffier et Hartmann en ont rapporté des exemples. La petitesse de la perforation explique tous les cas de *guérison spontanée*: quand la perte de substance est étendue, pas de défense possible: la grande cavité séreuse est envahie et la mort inévitable; quand elle est très petite, une faible quantité de liquide septique arrive jusqu'au péritoine, et des adhérences protectrices ont le temps de s'organiser. Chantemesse, qui a

Essence de Pepsine Fairchild

L'extrait du Suc Gastrique favorise la tolérance de l'Iodure de Potassium.

LES résultats des travaux de laboratoire concernant les relations physiologiques et chimiques du suc gastrique et de l'iodure de potassium ont été parfaitement confirmés par l'expérience clinique dans l'emploi de l'essence de pepsine de Fairchild, "extrait du suc gastrique", comme véhicule de ce médicament important.

Toute dose ordinaire d'iodure en combinaison avec cette essence ne donne lieu à aucune incompatibilité. Par exemple, dans un mélange représentant 5 grains (en solution saturée) avec une cuillerée à thé d'essence, il ne se fait pas de précipité, les enzymes demeurent solubles et ne sont nullement affaiblis. Un tel mélange démontre (1) l'action caractéristique de l'Essence de Fairchild sur le lait et (2) l'action protéolytique de l'Essence pure, conformément au réactif de la Pharmacopée des Etats-Unis.

Comme véhicule, l'Essence masque d'une manière agréable, le goût de l'iodure et en favorise certainement la tolérance et les effets physiologiques.

FAIRCHILD BROS. & FOSTER,
NEW YORK

Une circulaire décrivant les diverses manières d'employer l'Essence de Fairchild pour l'administration de l'iodure de potassium sera adressée aux médecins qui en feront la demande

Ne se vendent pas au Détail.

Blancard

INALTERABLES CHLOROSE ASSIMILABLES

PILULES SIROP

ANÉMIE BLANCARD LEUCORRÉE

EXIGER : Signature, Étiquette verte, Cachet de garantie et Adresse.

PARIS, Rue Bonaparte, 40.

IODE SCROFULE FER

Refuser les Similaires inefficaces. Refuser les Imitations dangereuses.

PUISSANT ACCÉLÉRATEUR de la NUTRITION GÉNÉRALE

Ramène l'appétit et provoque une augmentation rapide du poids des malades; fait tomber la fièvre et disparaître la purulence des crachats chez les **TUBERCULEUX**.

EXPÉRIMENTÉ avec succès dans les Hôpitaux de Paris et les Sanatoria. Communications à l'Académie des Sciences, la Société de Biologie, de Thérapeutique.

Thèse sur l'**HISTOGENOL**, présentée à la Faculté de Médecine de Paris.

HISTOGENOL à base de Nuclarrhine.

Médication Arsénio-Phosphorée organique.

NALINE

FORMES :
Emulsion : 2 cuill. à soupe par jour.
Élixir : 2 cuill. à soupe par jour.
Granulé : 2 mesures par jour.
Ampoules : 1 ampoule par jour.
Comprimés : 4 par jour.

INDICATIONS :
TUBERCULOSE
LYMPHATISME, SCROFULE, BRONCHITES CHRONIQUES, NEURASTHÉNIE, CHLORO-ANÉMIE, CONVALESCENCE, etc.

LITTÉRATURE et ÉCHANTILLONS : S'adresser à NALINE, Ph^{ie} à St-Denis (Seine).

Seuls agents pour le Canada, **ROUGIER FRÈRES**, agence Décarv-Rougier
63 Notre-Dame Est, Montréal.

AFFECTIONS HÉPATIQUES

Congestions et Troubles fonctionnels du Foie
Coliques hépatiques
Ictère

GRANULES TITRÉS de
BOLDINE HOUDÉ

Cachexie
d'origine paludéenne
et consécutive au long
séjour dans les pays chauds.

POSOLOGIE : Chaque granule est rigoureusement titré à 1 milligr.
DOSE : 6 à 8 Granules par jour.

DÉPÔT : A. HOUDÉ, 29, Rue Albouy, PARIS. — DÉTAIL : Dans toutes les bonnes Pharmacies.

BOLDOINE ÉPARVIER

NOUVEAU SPÉCIFIQUE DES AFFECTIONS
DU Foie, DES Reins, DE l'Estomac

Granulée — Non Alcoolique — Soluble

TONIE DES ORGANES DIGESTIFS, DYSPESIÉS

STIMULANT-TONIQUE GÉNÉRAL, SANS ACTION SUR LE CŒUR

Contient tous les Principes du **Boldo Frais**, y compris LA PARTIE AROMATIQUE

DOSE : DEUX À QUATRE CUILLÉRÉES À CAFÉ PAR JOUR, À LA FIN DE CHAQUE REPAS

PILULES ÉPARVIER (CASCARA ÉPARVIER)

Prescrites avec un succès constant par le Corps Médical depuis plus de vingt ans dans tous les cas de

CONSTIPATION — Atonie intestinale — Hémorroïdes — Jaunisse — Grossesse — Allaitement.

Pas de Congestion, pas de Coliques, pas de Diarrhée, pas d'Accoutumance.

DOSE : UNE PILULE chaque soir au repas

ECHANTILLONS GRATUITS. DE CES PRODUITS SUR DEMANDE adressée à la PHARMACIE DECARY 1688 RUE STE-CATHERINE A MONTREAL.

AFFECTIONS DE LA GORGE

Laryngites, Pharyngites, Amygdalites

Angines, Diphtérie

Toux nerveuses

Picotements

PASTILLES HOUDÉ
à la **STOVAÏNE**

POSOLOGIE :

Chaque Pastille
renferme exactement
3 milligrammes de principe actif.

DOSE : 6 à 12 par jour suivant l'âge,
à prendre consécutivement.

DÉPÔT : A. HOUDÉ, 9, Rue Dieu, PARIS. DÉTAIL : Dans toutes les bonnes Pharmacies.

HAEMATOGEN "ROLAND"

N'a pas d'égal comme nutritif et reconstituant pour enfants et adultes

Parmi les nombreux médicaments pour l'Anémie, la Débilité Nerveuse, la Lassitude, etc.

31,56 p.c. Heamoglobin-Albumen

Rien autre que L'HAEMOGLOBIN pure et non-diluée qui contient les propriétés actives médicinales du fer, du phosphore, et du soufre, en combinaison naturelle organique, renforce et stimule.

ANALYSE : 25 Octobre 1904.

HAEMATOGEN Marque "ROLAND" contient : 40,56 p.c. d'extrait, 5,05 p.c. Nitrogen, 31,56 p.c. Albumen, 9,00 p.c. Extrait moins Albumen.

(Signé) Dr ALEX. analyste certifié.

DIRECTIONS :

ENFANTS : 1 à 2 cuillérées à thé, selon l'âge, trois fois par jour.
ADULTES : Une cuillérée à table trois fois par jour. A prendre après les principaux repas dans de l'eau froide, du cocoa ou du vin.

nsisté sur ce mécanisme de guérison spontanée, lui accorde peut-être trop d'importance: on pourrait d'après lui se dispenser d'intervenir dans les perforations ne se traduisant que par une réaction peu vive, et se contenter de stimuler les défenses de l'organisme en injectant du nucléinate de soude, substance éminemment leucocytogène.

M. Quénu n'est pas de cet avis: il estime que dans le traitement des perforations typhiques, l'avenir appartient à la chirurgie.

Les premières statistiques opératoires étaient peu encourageantes et donnaient une mortalité de 90 p.c.; les derniers résultats publiés sont bien meilleurs, puisque la mortalité est tombée à 63 p.c., et cette amélioration est due surtout à l'intervention plus hâtive.

Mais pour intervenir très vite, le diagnostic de perforation doit être très précoce, et c'est ici que les difficultés commencent.

D'habitude, la perforation d'un viscère creux intra-abdominal (estomac, appendice, intestin), se traduit par un cortège de symptômes tout à fait caractéristiques: douleur vive en coup de poignard, défense musculaire localisée, symptômes péritonéaux graves. On retrouve tous ces signes dans les perforations typhiques, mais on les retrouve très atténués.

La douleur peut être beaucoup moins vive, car le malade, engourdi par les toxines éberthiennes, réagit mal; de plus, la plupart des typhiques souffrent déjà du ventre de par l'ulcération des plaques de Peyer; leur ventre est ballonné, leurs muscles abdominaux plus ou moins contracturés.

Les difficultés réelles consistent donc à différencier la *péritonite par perforation de la péritonite sans perforation* existant déjà chez beaucoup de typhiques autour des plaques de Peyer ulcérées, péritonite dont les chirurgiens ont souvent constaté la présence.

En présence de ces difficultés, on s'est ingénié à chercher des symptômes probants; tous les auteurs insistent sur la *défense musculaire* coïncidant avec une altération de facies et une douleur dans la fosse iliaque droite.

Dieulafoy a déclaré que les malades atteints de perforation présentaient volontiers de l'épilepsie spinale; avec de nombreux médecins, il accorde une grande valeur à l'*abaissement thermique* brusque. Mais on ne doit pas oublier que la fièvre typhoïde peut avoir une défervescence brusque. L'hémorragie intestinale s'accompagne également d'une chute de la température. Enfin, M. Quénu a cité l'exemple d'un enfant de 4 ou 5 ans, maigre et chétif, auprès duquel il fut appelé pour des douleurs violentes dans la fosse iliaque droite. Le thermomètre était tombé à 35,6. On pouvait penser à une perforation. M. Quénu s'abstint cependant de toute intervention, et il s'en trouva bien; il n'y avait pas de perforation et le malade guérit; pour atténuer les douleurs abdominales, on avait appliqué de la glace sur le ventre, et cette application, chez un malade très amaigri, à paroi abdominale très mince, avait

suffi à provoquer un abaissement thermique considérable.

L'abaissement de la température n'est donc pas *constant*; l'*accélération du pouls* ne l'est pas davantage; on trouve, dans les Bulletins de la *Société de Chirurgie*, une observation concernant un typhique atteint depuis trois jours de péritonite par perforation, et dont le pouls ne dépassait pas 77. Il y a trois ans, M. Quénu était appelé, à l'hôpital Pasteur, auprès d'une jeune femme atteinte de fièvre typhoïde et chez laquelle on craignait une perforation; les douleurs abdominales étaient modérées, le pouls, bien frappé, battait à 80. M. Quénu n'intervint pas. Or, le lendemain l'état s'aggravait brusquement; la malade mourut, et à l'autopsie on trouvait une perforation.

Les signes cliniques étant en défaut, on a cherché du côté de l'examen du sang, mais la leucocytose est loin d'être constante; il est des cas où l'on a, au contraire, signalé de la leucopénie. De plus, la leucocytose est tardive quand elle existe.

Tout dernièrement, un chirurgien américain a proposé deux nouveaux signes. En auscultant l'abdomen au moyen d'un stéthoscope appuyé un peu brusquement au niveau de la fosse iliaque droite, on entendrait, chez un typhique atteint de perforation, de petites crépitations dues au passage des gaz filtrant à travers la perte de substance. Ce symptôme est peut-être caractéristique, mais sa recherche est dangereuse. Le second signe ne présente pas cet inconvénient; il consisterait dans ce fait, que la résistance musculaire localisée constatée dans le décubitus dorsal se déplace lorsqu'on fait coucher le malade sur le côté gauche.

Cette grande variété de symptômes auxquels les différents auteurs attribuent de l'importance est la meilleure preuve des difficultés du diagnostic. Et de fait, les observations abondent dans lesquelles des chirurgiens, intervenant pour une perforation cliniquement diagnostiquée, n'ont rien trouvé (Tuffier, Morestin, Rochard, Poucet, Sieur).

Dans sa communication à la *Société de Chirurgie*, Chantemesse déclare qu' "il n'existe aucun signe de perforation qui, à lui seul, soit certain, nécessaire et précoce".

Il est des cas extrêmement embarrassants, et ces cas sont précisément ceux qui ont trait à des perforations punctiformes, les meilleures au point de vue de l'intervention chirurgicale. Dans les grandes perforations, le tableau clinique est complet, les signes évidents, mais l'intervention est beaucoup moins efficace.

En présence de ces difficultés, certains chirurgiens ont proposé la laparotomie exploratrice dans les cas douteux. Mais une semblable opération est-elle inoffensive? Rochard a rapporté une série de 5 cas dans lesquels elle a pu être pratiquée sans dommage, mais d'autres statistiques sont beaucoup moins encourageantes. En Amérique, à Pennsylvania Hospital, 93 typhiques ont été opérés: 74 fois on a trouvé une ou plusieurs perforations, 19 fois la perforation n'existait pas; or, dans ces 19 cas, on a en-

registré 11 décès. La mort est-elle survenue du fait de l'intervention ou du fait de l'évolution de la maladie? Les observations sont muettes à cet égard, mais les chiffres n'en restent pas moins troublants. Il n'est certainement pas indifférent d'opérer un typhique et de soumettre à l'anesthésie générale, surtout à l'anesthésie chloroformique, un malade dont le foie est touché par les toxines du bacille d'Eberth.

Quelle conduite faut-il donc tenir? Dans un cas où le diagnostic serait non pas certain, mais probable, M. Quénu n'hésiterait pas à opérer; en d'autres termes, le doute, d'après lui, doit plutôt profiter à l'intervention. Solieri, de Sienna, est très partisan de l'intervention dans les cas douteux. Même si l'on ne trouve pas de perforation, on peut rendre au malade de très grands services; on découvre presque toujours de petits foyers de péritonite préperforante, et Solieri propose d'enrouler un segment d'éploon autour de l'anse menacée, de manière à lui constituer une gaine protectrice biologiquement défensive.

L'opération étant décidée, comment faut-il l'exécuter?

Boucher la perforation, tel est évidemment le but à atteindre, mais dans la pratique de nombreuses difficultés surgissent.

Des adhérences pariétales ou intestinales peuvent gêner l'extériorisation de l'anse malade, indispensable pour effectuer les sutures. Les points musculo-muqueux et séro-séreux au moyen desquels on comble la perte de substance ne tiennent pas toujours; les tissus qu'ils traversent sont malades, friables, et les sutures cèdent. Elles cèdent parfois tout de suite, parfois après quelques jours seulement, et le malade meurt de péritonite suraiguë, alors qu'il paraissait sauvé (au 5e jour dans un cas de Quénu, au 11e jour dans un cas de Michaux).

Les sutures ne pouvant donner une garantie absolue, des chirurgiens ont proposé d'extérioriser simplement l'anse perforée; c'est la conduite qu'a suivie M. Duval chez son petit malade. Seize observations, y compris la sienne, sont actuellement publiées de cas ainsi traités; il y en a dix guérisons, et cette statistique est encourageante, car les cas traités par la simple extériorisation sont presque toujours des cas considérés comme désespérés.

A l'avenir, M. Quénu se propose d'extérioriser systématiquement l'anse malade; il sera facile de la rentrer dans le ventre lorsque les sutures seront définitivement solides, et si les fils cèdent, l'ouverture de l'intestin se fera au dehors, sans danger. A plus forte raison l'anse intestinale sera-t-elle laissée hors de l'abdomen lorsque toute suture sera impossible.

On a objecté que l'extériorisation de l'anse empêcherait le drainage du ventre; l'objection est sans fondement. M. Duval a pu pratiquer chez son opéré un drainage parfaitement efficace. Le petit malade a toujours sa perforation; il faudra le débarrasser de la fistule qui siège sur son intestin grêle par une seconde intervention.

(in *Jnal. des Praticiens.*)

Chirurgie pratique

Par P. Gallois

REDUCTION EN DOUCEUR DE LA LUXATION DE L'ÉPAULE PAR LE PROCÉDÉ DE KOEHER MODIFIÉ

M. le Dr P. Gallois indique dans le *Bulletin médical* (décembre 1909) un procédé de réduction des luxations de l'épaule qui serait, d'après son expérience, extrêmement pratique. Voici comment il s'exprime à ce sujet:

La méthode de Kocher pour la réduction des luxations de l'épaule est bien connue. On la trouve mentionnée dans tous les traités classiques; cependant elle est peu employée dans la pratique. Certains chirurgiens la trouvent brutale, d'autres inefficace. Ceux par qui je l'ai vu essayer ne l'ont guère fait que pour la forme, et sont aussitôt revenus à l'ancien procédé des tractions.

Or, j'emploie cette méthode, peut-être un peu modifiée, depuis 1883-1884. Elle m'a permis de réduire toutes les luxations de l'épaule que j'ai eu à soigner, et cela sans aide, sans souffrance pour le blessé, et souvent en quelques minutes.

Je crois que si elle se montre inefficace entre les mains de certains opérateurs, c'est précisément parce qu'ils l'emploient brutalement. Pour ma part, je l'applique avec une extrême douceur, et je mets en fait qu'elle peut être exécutée avec deux doigts. On sait, d'ailleurs, que le principal obstacle à la réduction d'une luxation, c'est la contraction musculaire; il ne sert à rien de s'exercer à réduire une luxation sur un cadavre, car la résistance musculaire n'existant plus, la tête humérale rentre presque toute seule. Il est donc extrêmement important, sur le vivant, de ne causer aucune douleur au blessé pour éviter qu'il ne contracte ses muscles. Là est tout le secret du succès.

On décrit au procédé de Kocher quatre temps: 1o appliquer le coude contre le corps en fléchissant l'avant-bras à angle droit; 2o porter la main en dehors de façon à provoquer une rotation de la tête humérale dans ce sens; 3o tout en maintenant la main en dehors, pointer le coude en avant, en dehors et en haut; 4e porter brusquement la main sur l'épaule saine. A ce moment la tête doit rentrer dans la cavité.

Or, ce quatrième temps, pour moi, est une erreur. La tête doit rentrer dans la cavité dès le troisième temps, mais, pour cela, ce troisième temps doit être exécuté avec une lenteur presque insensible. Il suffit de maintenir le bras dans la position indiquée pour que, en un temps variable de quelques secondes à quelques minutes, la réduction s'opère.

Comme détail d'exécution, voici comment j'opère. Tout d'abord, pour éviter que le blessé soit en défiance et contracte ses muscles, je ne lui annonce pas que je vais tenter

la réduction. Je lui laisse croire que je me livre à un simple examen. Je le fais asseoir bien enfoncé dans sa chaise, je m'assieds en face de lui et assez près pour que les genoux de l'un touchent la chaise de l'autre. J'exécute assez rapidement les deux premiers temps et je place presque aussitôt le bras blessé dans la troisième position.

Supposons maintenant qu'il s'agisse d'une luxation de l'épaule gauche. Pour conserver libre ma main gauche avec laquelle je suis le déplacement de la tête humérale, je fais placer la main gauche du blessé sur mon épaule droite, la paume de sa main appliquée sur le côté droit de mon cou. Par raison de propreté, je fais mettre un gant à cette main ou je la recouvre d'un linge. C'est avec la tête et le cou que je maintiens l'avant-bras du blessé dans la rotation en dehors. De ma main droite, entre le pouce et l'index, je saisis le coude du blessé, et tout doucement, je pousse le coude du blessé *en haut, en avant et en dedans*, ces directions étant comptées par rapport au blessé. Je fais ce mouvement très lentement et très régulièrement, gagnant tout au plus un centimètre par seconde. Quand je ne peux plus avancer, je m'arrête et j'attends, pas bien longtemps en général, car tout d'un coup le petit ressaut caractéristique se produit, et la tête rentre dans sa cavité.

Ce procédé a un très grand inconvénient dans la clientèle, c'est qu'il paraît si simple qu'on semble n'avoir rien fait... et M. Gallois montre par un exemple qu'il est bon de prendre ses précautions à ce point de vue.

—A propos de cet article: M. le Professeur Farabeuf a adressé sur ce sujet à M. Gallois une lettre publiée dans le même journal, lettre qui vient compléter très heureusement les indications données par notre confrère. Monsieur et honoré Confrère,

J'ai été étonné de lire dans votre article du *Bulletin médical* du 11 décembre: "Certains chirurgiens trouvent la méthode de Kocher brutale (!), d'autres inefficace".

Comment! nous en sommes là, en 1910?

Il y a bien longtemps qu'à la Société de chirurgie, dont j'étais membre, j'ai démontré, pièces en mains, le mécanisme vrai de la réduction par le procédé de Kocher et les conditions de la réussite.

Kocher s'était trompé dans son explication, en faisant intervenir comme collaborateur le ligament suspenseur de l'humérus (comprenez l'ensemble des fibres qui descendent du caracorde et du sommet sus-glénoïdien, à la tête humérale). C'est la partie postérieure de la capsule, doublée des tendons rotateurs en dehors, qu'il faut incriminer, si l'on peut employer ce mot, pour indiquer l'action *adjacente* indispensable de cette partie ligamenteuse *généralement* persistante, c'est-à-dire non déchirée. C'est cette partie qui limite le transport en dedans de la tête humérale.

Vient-elle à se rompre ou à arracher ses insertions rétro-tubérositaires — ce qui revient au même — la tête s'en va *franchement* en dedans de la coracoïde *sous la clavicule*. C'est alors que le procédé de Kocher est efficace. Il l'est, il ne peut pas ne pas l'être.

Je mets à part aussi les luxations qui sont le résultat d'une cause directe ayant poussé la tête à travers un trou

capsulaire fort étroit qui en étreint le col et amène une interposition capsulaire quand on reporte la tête au droit de la glène.

Mais dans toutes les sous et intra-coracoïdiennes mélangées communes, c'est-à-dire dans presque toutes les luxations que rencontre le praticien, le Kocher bien fait est *efficace, rapide* malgré la lenteur voulue de son exécution (lentour! quelques minutes!) pour réaliser l'*indolence* et ne pas provoquer de réaction musculaire.

Vous avez raison de dire qu'il faut savoir "entortiller" le malade par des paroles qui lui ôtent toute appréhension. Vous vous y prenez fort bien en faisant "de la tête et des mains" pour produire insensiblement, mais au maximum possible, la *rotation* de l'humérus en dehors et l'*abduction* du coude au flanc. Ainsi vous amenez le front glissant de la tête humérale cartilagineuse sous le bec coracoïdien, au même temps que vous tendez la capsule postérieure persistante, notamment sa partie inférieure qui va ramener la tête en dehors, à sa place quand tout à l'heure vous allez porter le coude en dedans, en frotant les côtes, et, finalement, le sternum, troisième et dernier temps.

C'est pour vouloir exécuter l'inutile, le plus qu'inutile le temps, que l'on compromet souvent la réussite, car en portant la main vers l'épaule saine, on provoque la pronation et l'on détruit prématurément l'indispensable rotation externe maxime de l'utérus. Je vous approuve donc en tout; peu vous importe, mais ça me fait plaisir de vous le dire.

Félicitations confraternelles.

L. H. FARABEUF.

Notes de Pédiatrie

Par LE Dr L. VERNER

Médecin de l'Hôtel-Dieu

L'EMPLOI DE LA DIGITALINE ET DE LA THEOBROMINE CHEZ LES ENFANTS

MM. Nobécourt et Amar ont entrepris, dans le service de M. le Professeur Hutinel, des recherches relatives à la posologie et aux indications de la digitaline chez les enfants, recherches dont ils publient les résultats dans les *Archives de médecine des Enfants*.

Voici tout d'abord quelques citations montrant combien les opinions varient à ce sujet.

J. Simon conseille vivement de ne jamais prescrire la digitaline. "Marfan, écrit le professeur E. Weill, préconise la digitaline cristallisée à la dose de un cinquième à un quart de milligramme de cinq à dix ans et jamais au-dessous de cinq ans. Huchard ne donne un quart de milligramme de digitaline cristallisée qu'au-dessus de dix ans. J'ai administré à plusieurs reprises, sans incon-

vénient, un demi-milligramme à partir de dix ans". Pour M. Comby la digitaline "est très toxique et doit être employée avec prudence... On emploie les granules à un quart de milligramme, 1 puis 2, puis 3 par jour; A. Petit la recommande en gramme, 1 solution à 1 centigramme p 100; 1 centimètre cube (1-10e de milligramme par jour et même par année d'âge)". M. Le Gendre ne saurait "conseiller la digitaline au-dessous de cinq ans à cause de sa trop grande toxicité. Chez les enfants plus âgés, et proportionnellement à leur âge, de cinq à seize ans, on peut employer la solution de digitaline chloroformique au millième, aux doses quotidiennes de V à XXV gouttes (c'est-à-dire de 0 milligr. 1 à 0 milligr. 5 avec une surveillance attentive".

Quant à la théobromine, elle est, pour M. Comby, "à utiliser dans les affections cardiaques, mais il faut la prescrire à hautes doses. Chez les enfants, on donnera 10 centigrammes par année d'âge pour commencer, et on pourra aller jusqu'à 20 centigrammes sans danger". M. Le Gendre conseille de s'abstenir de son emploi au-dessous de trois ans et de prescrire 0 gr. 25 à 0 g. 50 de trois à cinq ans, 0 gr. 50 à 1 gramme de cinq à dix ans.

Voici maintenant les conclusions auxquelles sont arrivés MM. Nobécourt et Amar. Ils ont utilisé dans leurs expériences la solution de digitaline cristallisée au millième dont l'emploi s'est généralisée depuis les travaux de Potain. 4 gouttes de cette solution contiennent 1 milligramme de digitaline. On remarquera la faiblesse des doses souvent employées, puisque de très bons résultats ont été obtenus avec une ou deux gouttes répétées pendant plusieurs jours.

En résumé, chez un enfant atteint de cardiopathie chronique, maladie mitrale avec ou sans périocardite chronique, le repos au lit, les régimes lacté ou déchloruré suffisent souvent à provoquer une diminution du poids, une augmentation du volume des urines et du taux des chlorures, une diminution de la fréquence du pouls. Ce sont là des faits bien connus de tous les cliniciens.

Mais quand ces procédés d'hygiène thérapeutique sont insuffisants, il ne faut pas hésiter à avoir recours à la digitaline; la préparation la plus facile à administrer est la solution de digitaline cristallisée au millième, dont 4 gouttes contiennent 1 milligramme. Le jeune âge du sujet ne nous semble pas constituer une contre-indication; une petite malade de trois ans et demi n'a présenté aucun phénomène toxique avec XV gouttes (3 décimilligrammes) prises en trois jours. Il s'agit d'ailleurs d'une question de doses; il est inutile d'avoir recours à de fortes doses de ce médicament et il convient toujours d'essayer d'abord de faibles doses.

Les faibles doses ont donné, en effet, des résultats favorables. En prescrivant 1 goutte par jour pendant cinq ou dix jours, c'est-à-dire au total 1 ou 2 décimilligrammes de digitaline, on obtient la résorption des œdèmes, la chute du poids, l'augmentation des urines et des chlorures, le ralentissement et la régularisation du pouls, l'amélioration de l'état général, la diminution de la dyspnée; l'action sur la pression artérielle, comme il est de règle, est moins nette et variable.

Quant à la théobromine, elle a été bien supportée à la dose de 1 gramme par jour, même chez l'enfant de trois ans et demi. Toutefois, il n'est pas nécessaire d'avoir recours à une telle dose et, chez une fillette de neuf ans et demi l'action a été au moins aussi manifeste sur le poids et sur la diurèse, avec 0 gr. 50 qu'avec 1 gramme donné pendant huit jours. Elle est utile pour prolonger l'action de la digitaline, mais il semble que son action s'épuise assez vite et qu'il n'y ait pas intérêt à continuer son emploi au-delà de quelques jours.

* * *

HEMOPTYSIE ABONDANTE DANS LA CONVALESCENCE DE LA ROUGEOLE

M. le Dr Paul Vergely rapporte dans le *Journal de Médecine de Bordeaux* (No 46) l'observation d'une fille de 8 ans, de bonne santé habituelle, qui, arrivée au dix-neuvième jour d'une rougeole d'intensité moyenne et sans complication, fut prise d'une hémoptysie très abondante, laquelle d'ailleurs ne se reproduisit pas. Pas de signes d'auscultation particuliers et au bout de quelques jours, la santé se rétablit parfaite.

M. Vergely fait remarquer qu'en dehors de la tuberculose et de la coqueluche, les hémoptysies sont très rares chez les enfants. Dans aucun des traités de médecine infantile, il n'est fait mention des hémoptysies dans les fièvres éruptives. Mais dans sa thèse (Paris, 12 juillet 1892), après avoir constaté la rareté de l'hémoptysie dans l'enfance, alors que la tuberculose n'y est pas rare, Mensier lui donne pour cause, page 6, "la différence de forme qu'elle affecte chez l'enfant et chez l'adulte". A la page 10: "Les affections aiguës qui peuvent occasionner l'hémoptysie chez l'enfant peuvent être des affections générales, et au premier rang les fièvres éruptives: la rougeole, la scarlatine, la variole et le purpura hémorragica..." Cette citation n'est accompagnée d'aucune observation.

Sonné a observé deux cas de scarlatine dans lesquelles il y a eu des hémoptysies à répétition. Les deux enfants, qui ne pouvaient être suspects de tuberculose, succombèrent assez rapidement.

Les différentes hémorragies qui se produisent parfois dans le cours de la scarlatine peuvent s'observer en dehors de la scarlatine à forme hémorragique, aux différentes périodes de la maladie.

Il ressort de ces commentaires que l'hémoptysie chez les enfants, en dehors de la tuberculose, de la coqueluche, de la scarlatine, est très rare dans la rougeole. Existait-il chez cette petite malade quelques reliquats infectieux qui avaient déterminé une congestion latente que l'air extérieur a brusquement fait dégénérer en apoplexie? C'est la seule explication que l'on puisse trouver à cet accident. Sa brusquerie, sa rapide disparition sans aucune suite, permettent de penser que c'est la seule explication qu'on puisse donner à ce cas intéressant.

* * *

ÉLIMINATION MAMMAIRE DES MÉDICAMENTS

Dans la thèse où il étudie ce sujet, le Dr Viel nous dit

CALCARAL

POUDRE ANTI-TUBERCULEUSE
ASSIMILABLE PAR INHALATIONS
AU MOYEN DU



CE PROCÉDÉ DE TRAITEMENT
DECOUVERT PAR

LES DOCTEURS CHAMPION FRÈRES
DE LA FACULTÉ DE PARIS :
RÉCALCIFIÉ L'ORGANISME,
EST UN VÉRITABLE ANTI-TOXIQUE
DES POISONS TUBERCULEUX
ET EST ABSOLUMENT INOFFENSIF

— EMPLOI —

5 INHALATIONS PAR JOUR
D'UNE MINUTE CHACUNE

DEPOT POUR LE CANADA
F. LE BAILL
207, RUE SAINT-JACQUES, MONTREAL
LA CIE DU CALCARAL
29, Rue Tronchet, PARIS, FRANCE



Par permission spéciale
Fournisseurs de Sa Majesté Edouard VII

BOVRIL

est garanti être une préparation
pure de boeuf de première qualité

Au moyen d'un procédé spécial de fabrication,
toutes les propriétés nutritives et stimulantes du boeuf
sont incorporées dans cette préparation. Le BOVRIL
est rapidement et entièrement assimilé, par l'invalide
même le plus faible.

Des essais répétés au cours de la fabrication du
BOVRIL, sont une garantie de sa nature uniforme et
constante.

BOVRIL LTD.

27, rue Saint-Pierre - - - - Montréal

Un échantillon de 3 onces, franco par la poste, sur demande

SAL LITHOFOS

Laxatif Salin Effervescent

SAL LITHOFOS est une préparation à base de lithine et de phosphate de soude.

Il est indiqué dans le traitement de l'indigestion, de la constipation du diabète, des affections gastriques et rénales.

Il trouve surtout son indication dans le RHUMATISME, l'ARTHRITE RHUMATISMALE, la GOUTTE, le LUMBAGO, la SCIATIQUE, les NEURALGIES, en un mot dans tous les désordres de la DIATHESE URIQUE.

SAL LITHOFOS contient en solution, sans précipité, la lithine et le phosphate de soude.

Cette combinaison possède des propriétés toniques, altérantes et laxatives que nulle eau minérale naturelle ne peut surpasser.

LA COMPAGNIE CHIMIQUE WINGATE

CHIMISTES FABRIQUANTS

545 rue Notre-Dame West

MONTREAL

ANTISEPSIE PULMONAIRE PARFAITE
AFFECTIONS CHRONIQUES
 des **Voies Respiratoires**

Traitement par les
CAPSULES DARTOIS

Chaque capsule, préparée avec une gélatine spéciale, contient: 0.05 v. de table créosote de hêtre (tirée en Guaiacol, dissoute dans 0.20 Huile de foie de morue garantie d'origine.

SEPTICEMIE
 Diabète

CAPSULES DARTOIS
 de Goudron de Hêtre (Goudron de Hêtre) 5 FRANCE
 DÉPÔT GÉNÉRAL
 FREYSSINGE
 Pharmacie
 85 R de Rennes PARIS

2 à 5 capsules au milieu de chacun des principaux repas contre:

TOUX
CATARRHES
BRONCHITES

« La Créosote rend le terrain réfractaire à l'infection tuberculeuse ».

Dépôtaires exclusifs pour le Canada : **ROUGIER FRÈRES, Montréal.**

LE CALCICARRAL
 CALCIFICATION
 DES TUBERCULES
 PULMONAIRES
 PAR

DÉPÔT GÉNÉRAL
 POUR LE CANADA
F. LE BAILLY
 207, RUE S^T-JACQUES, MONTREAL

TABLETTE OXYMENTHOL PERRAUDIN
 OXYGÈNE PUR NAISSANT

Affections de la Gorge et Voies Respiratoires
 Maladies et hygiène de la bouche et des dents

Les TABLETTES OXYMENTHOL PERRAUDIN sont à base d'Oxygène à l'état naissant de Menthol, faible de Coscastovaine, de Benzoate de Soude et d'Extraits Végétaux d'un goût très agréable. Elles sont souveraines contre

Toux, Gripes, Laryngites, Pharyngites,
 Asthme, Amphyseme, etc - - - -

Echantillons gratuits sur demande, adresser

6 A 10 TABLETTES PAR JOUR

L. OXYMENTHOL PERRAUDIN
 OXYGÈNE PUR NAISSANT

Pharmacie PERRAUDIN, 70 rue Legendre, Paris, et au dépôt pour le Canada, Pharmacie DECARY, 310 rue Sainte-Catherine Est, Montréal.

Dans les **CONGESTIONS** et les **Troubles fonctionnels du FOIE**,
 la **DYSPEPSIE ATONIQUE**, les **FIÈVRES INTERMITTENTES**,
 les **CACHEXIES** d'origine paludéenne
 ET CONSÉCUTIVES AU LONG SÉJOUR DANS LES PAYS CHAUDS
 On prescrit dans les Hôpitaux, à Paris et à Vichy, de 50 à 100 gouttes par jour, de

BOLDO-VERNE
 ou 4 cuillerées à café d'ÉLIXIR de BOLDO-VERNE

Dépôt : **VERNE**, Professeur à l'École de Médecine de GRENOBLE (France)
 ET DANS LES PRINCIPALES PHARMACIES DE FRANCE ET DE L'ÉTRANGER.
 Dépôt Général pour le CANADA : Pharmacie **ARTHUR DECARY**, à Montréal.

qu'il est bien connu que certaines substances peuvent passer dans le lait des femmes ou des vaches en lactation. D'où la réglementation du régime des nourrices et des vaches laitières.

Parmi les médicaments minéraux et organiques qui s'éliminent en petite quantité par la glande mammaire en activité, il faut citer l'iode, le mercure, l'arsenic, le fer, le zinc, le plomb, le bismuth, l'antimoine, pour les médicaments minéraux; l'alcool, le chloroforme, l'opium, la quinine, le copahu, le datura, le colchique, la belladone, la digitale, l'ergot de seigle pour les médicaments organiques.

* * *

MALADIE D'ADDISON CHEZ L'ENFANT

La thèse du Dr Melle S. Finkelstein sur ce sujet est basée sur dix observations recueillies dans ces dix dernières années. Elle conclut que la maladie d'Addison chez l'enfant est due dans la grande majorité des cas à la tuberculose des capsules surrénales; toutefois la maladie peut exister sans que ces capsules soient lésées. Quoique la maladie d'Addison puisse exister à tous les âges, même chez les nouveau-nés et nourrissons, elle a son maximum de fréquence entre douze et quinze ans.

On observe, chez l'enfant comme chez l'adulte, l'asthénie et la mélanodermie, la diarrhée et les vomissements, peu de douleurs. En revanche, les convulsions sont fréquentes chez les enfants, surtout immédiatement avant la mort; à ce moment, on a pu voir aussi des mouvements choréiformes.

On a observé, mais rarement, des pigmentations aux conjonctives et aux ongles. Pression sanguine abaissée, pouls faible et rapide. Evolution rapide; terminaison hâtée parfois par la tuberculose granuleuse généralisée. Mort subite fréquente. Quand survient une maladie infectieuse, elle prend un caractère de gravité excessif.

Chez les tout jeunes enfants, les troubles gastro-intestinaux graves et prolongés peuvent s'accompagner d'une pigmentation analogue à celle de la maladie bronchée. Donc difficultés de diagnostic dans quelques cas.

Le traitement opothérapique (capsules surrénales de mouton) n'a pas donné jusqu'à présent de résultats très encourageants.

* * *

L'ENDOCARDITE ULCEREUSE.

Pour n'être pas très fréquente, on la rencontre aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte. Ainsi on témoigne cette observation clinique de K. Schilweiz, (Arch. of Ped.).

Fille de trois ans; rougeole il y a deux mois, sans gravité; depuis cette époque, faiblesse; il y a quelques semaines, éruption prurigineuse. Il y a deux semaines, toux et fièvre (40 degrés et plus). Sueurs, intermittences thermiques; difficultés pour se tenir debout et marcher par faiblesse ou douleur. Cris nocturnes à différentes reprises.

Pâleur, oedème des paupières, mauvaise mine, agitation, cris. Dyspnée, cyanose des lèvres, sueurs, langue sèche et rôtie, gorge rouge, léger engorgement des ganglions. Quelques râles pulmonaires. Le cœur bat dans le cinquième espace, pas de souffle. Pouls rapide, faible. Ventre un peu distendu, foie gros, rate grosse. Doigts et orteils cyanosés et froids. L'examen du sang donne 27,000 leucocytes, dont 67 p. 100 polynucléaires, 23 p. 100 lymphocytes. Traces d'albumine dans les urines, avec quelques cylindres hyalins et cellules de pus. Douleur au genou gauche. Grandes oscillations thermiques (37°-41°).

On penso à la broncho-pneumonie, à la malaria, à la fièvre typhoïde, au rhumatisme, à la septicémie.

Le 22 juillet, état pire, pétéchies; le premier bruit du cœur est rude, le foie et la rate sont toujours gros. On fait une culture du sang qui donne de staphylocoque doré. Le 25 juillet, mauvais état, purpura plus développé, sueurs profuses, etc.

Le 27, le premier bruit du cœur à la pointe est remplacé par un souffle musical. Alors on fait le diagnostic d'endocardite septique. Mort.

À l'autopsie, cœur non hypertrophié; verrucosité pédiunculée sur la valvule mitrale comme un gros pois vert, avec deux petites ulcérations (partie supérieure de la valve antérieure); de l'autre côté de cette végétation existe une autre petite production. Poumon congestionné et oedémateux. Foie gras, reins congestionnés, rate grosse avec petits infarctus (on a cultivé le staphylocoque avec la rate)

L'incontinence d'urine nocturne essentielle de l'enfance

Cette thèse, inspirée par M. Richardière, contient 19 observations. Elle met en relief surtout les nouveaux traitements chirurgicaux proposés récemment: injections épидurales, ponctions lombaires, etc. L'auteur passe en revue tous les traitements médicaux recommandés auparavant.

L'incontinence nocturne essentielle survient surtout chez les enfants qui ont une tare nerveuse héréditaire ou acquise. Mais la pathogénie n'est pas une, et les causes sont multiples. Les moyens médicaux sont très infidèles dans le traitement de cette affection; la belladone et l'atropine sont loin de réussir toujours. De même, la suggestion, l'électrothérapie, les injections de sérum artificiel dans l'espace rétro-rectal (Jaboulay), échouent trop souvent. Par contre, la méthode épидurale de Cathelin et les ponctions lombaires répétées donnent d'excellents résultats.

(Par le Dr P. Barbier. (Thèse de Paris, 25 juillet 1908, 72 pages).

Neuropathologie

CLINIQUE DE LA SALPETRIERE

Polynévrite alcoolique. — Pseudo-rhumatisme syphilitique associé à un tabès. — Sclérose latérale amyotrophique.

Par le Prof. Raymond.

Les polynévrites se montrent souvent sous un masque très trompeur et cela en particulier quand elles sont d'origine alcoolique, étiologie qui se retrouve non seulement dans la classe ouvrière, mais aussi, plus souvent qu'on ne croit, dans la classe riche. Aussi le fait suivant est-il très intéressant à connaître.

Un homme d'une trentaine d'années, employé de commerce, ressentit il y a un an environ certains troubles dans la contraction des muscles de la main, se traduisant seulement par une véritable maladresse qui augmenta insensiblement à tel point, il y a trois mois, qu'il pouvait difficilement tenir les objets sans les laisser tomber. Cet état s'aggrava encore, et il y a deux mois, il commença à éprouver une certaine lourdeur dans la jambe gauche; c'était à cela, en y ajoutant des crampes souvent douloureuses, que se réduisaient les symptômes fonctionnels.

Lorsqu'on l'examine, on constate qu'il marche assez bien, mais fléchit de temps en temps sur la jambe gauche et qu'au bout d'un certain temps, le membre semble se dérober sous lui. On voit aussi qu'il y a un peu d'atrophie musculaire des avant-bras, la main droite surtout étant amaigrie et affaiblie. Il y a une parésie presque complète avec atrophie des muscles de l'éminence thénar; même constatation à gauche avec altérations plus avancées.

Ainsi, dans le domaine de la main, on constate de la paralysie et de l'atrophie avec conservation de la sensibilité et une certaine douleur à la pression.

A la jambe, la force musculaire paraît conservée, mais la fatigue arrive très vite. Enfin, lorsqu'on fait étendre les mains en avant on constate très aisément un léger tremblement.

Il y a donc, en somme, chez ce malade, une parésie avec atrophie musculaire des mains et une sorte de boiterie intermittente. Il faut ajouter que la ponction lombaire a été négative.

En présence de ces phénomènes, le diagnostic ne peut être discuté bien longtemps. Il ne peut s'agir d'une poliomyélite antérieure, qui évolue beaucoup plus rapidement, s'accompagne de fièvre et dans laquelle les localisations paralytiques, d'abord diffuses, au lieu de s'étendre progressivement se limitent au contraire peu à peu.

Il ne peut s'agir non plus d'une compression médullaire, ni d'une atrophie musculaire progressive. Mais ces divers phénomènes s'expliquent au contraire par une névrite périphérique qui a commencé par la main gauche,

a gagné ensuite l'autre main puis le domaine nerveux du membre inférieur gauche où elle a déterminé cette sorte de boiterie intermittente très différente de celle qui a été décrite autrefois par Charcot et qui est produite par une artérite avec oblitération incomplète du vaisseau. Les crampes, les douleurs, les irradiations dans le nerf sciatique, s'expliquent par cette polynévrite dont la cause, d'ailleurs, est facile à trouver. Cet homme, en effet, qui est sobre depuis quelque temps, faisait antérieurement, professionnellement des excès alcooliques réguliers et quotidiens, absorbant surtout de l'absinthe, n'étant d'ailleurs jamais gris, mais soumis à cette intoxication lente qui est si fréquente chez cette catégorie de malades. Il présente, en outre, d'autres accidents alcooliques, de la gastralgie, des pituites matinales, et du tremblement qu'il combat, comme le font en général les alcooliques, en redoublant l'ingestion d'alcool. Mais c'est en somme surtout le système nerveux qui est intéressé chez lui et on peut être assuré qu'on verra, s'il ne modifie pas profondément son régime, tous ces accidents augmenter très rapidement d'autant plus qu'il est syphilitique depuis quelques années; or cette tare ne peut que rendre son système nerveux plus vulnérable, bien que chez lui la syphilis ne paraisse pas en activité car, ainsi que l'a montré la ponction lombaire, son liquide rachidien est normal.

Mais pour qu'il puisse guérir, il faut que l'alcool soit supprimé d'une façon absolue, car chez les malades ainsi saturés, la plus petite quantité du liquide, sous quelque forme que ce soit, suffit pour renouveler les accidents et empêcher la guérison. Or, c'est une grosse faute thérapeutique, souvent commise, qui fait que chez les alcooliques chroniques on n'ose pas supprimer absolument l'alcool sous le prétexte qu'ils ne peuvent se passer de leur excitant habituel. Cette suppression totale est la première mesure à prendre.

On peut leur administrer utilement la strychnine en injections sous-cutanées. On peut leur donner un ou deux milligrammes ou même dépasser de cette dose. On reconnaît être arrivé à la limite qu'il ne faut pas dépasser lorsque survient le point rétinien, c'est-à-dire lorsqu'il y a de la photophobie et de la sensibilité de l'oeil à la pression; à ce moment, il est prudent de diminuer la dose employée.

L'électricité n'est utile que lorsque les nerfs ne sont plus douloureux; mais ce qu'il faut surtout, c'est modifier l'état général, au moyen du régime, de l'hygiène, et de certains médicaments toniques comme les phosphates, mais en écartant tout ce qui peut contenir de l'alcool.

Les cas de ce genre ne sont d'ailleurs pas rares dans la clientèle aisée et même riche; le diagnostic est alors souvent rendu malaisé par la difficulté d'obtenir les renseignements ou les aveux des malades.

* * *

—Le fait suivant est très instructif en ce qu'il montre la facilité avec laquelle une erreur peut être commise lorsque l'on s'attache à une première impression ou à une idée préconçue.

Il s'agit d'un homme, marchant actuellement très dif-

facilement et dont l'affection remonte à un grand nombre d'années, puisqu'il explique d'une façon très précise que, très bien portant jusqu'à 1893, il eut à ce moment une grippe très sévère qui le laissa déprimé pendant plusieurs années, mais c'est en 1896 que commença l'affection dont il souffre encore maintenant et qui était constituée par des crises de rhumatisme ayant débuté par les pieds. En même temps, il souffrait de vives douleurs dans les mollets, puis peu à peu et très lentement les genoux furent atteints et l'affection gagna les épaules et les mains. Toute cette évolution dura plus de dix ans, avec des intervalles d'amélioration, et au premier abord, en se contentant de cet interrogatoire et de ces renseignements et d'un examen un peu superficiel, on pourrait dire, et c'est le diagnostic qui a été généralement fait jusqu'ici : rhumatisme chronique progressif.

Cependant, bien que l'aspect général soit celui du rhumatisme, on constate, en examinant attentivement les articulations, que les déformations sont surtout produites par des productions fibreuses et en examinant le malade plus complètement on est frappé de son regard, de l'immobilité de sa pupille et on constate chez lui très nettement le signe d'Argyll Robertson. En présence de ce fait, l'examen est orienté dans une toute autre direction. On peut reconnaître alors que les douleurs qu'il a présentées au début sont bien des douleurs fulgurantes; qu'il présente actuellement des troubles urinaires; le signe de Romberg est très net chez lui; les réflexes tendineux sont abolis avec la force musculaire conservée. En pareil cas, on peut demander au malade non s'il a eu la syphilis, mais quand il l'a eue, car elle est de règle chez les antécédents, et de fait ce malade a eu un chancre à 20 ans et c'est douze à treize ans plus tard qu'ont commencé les accidents.

Il s'agit donc bien d'un tabès d'origine syphilitique et dont le tableau est des plus complets, bien qu'il ait été masqué par les symptômes d'un rhumatisme chronique qui seul attirait l'attention. Or ces arthropathies elles-mêmes n'avaient pas tous les caractères du rhumatisme. Il ne s'agissait pas non plus d'arthropathies tabétiques, mais d'un pseudo-rhumatisme syphilitique.

Les arthrites syphilitiques, qui ont été décrites en premier lieu par Richet, sont souvent méconnues et confondues avec le rhumatisme chronique: elles revêtent ou la forme suppurée ou la forme scléro-gommeuse, dont l'évolution est surtout scléreuse et qui constitue le pseudo-rhumatisme chronique syphilitique. C'est ici de cette forme qu'il s'agit, et dont la nature eût été certainement méconnue si elle n'avait pas été associée au tabès dont l'existence même révélait une syphilis antérieure. C'est donc comme une manifestation syphilitique que devra être traité ce pseudo-rhumatisme et on aura recours surtout à l'iodure de potassium qui pourra donner des résultats pour les arthropathies, mais non contre le tabès.

* * *

— Cette question de l'action de la syphilis sur un terrain particulier soulève des problèmes intéressants. Voici un exemple dans lequel on peut se demander si la syphilis ne joue pas un rôle très important. Il s'agit d'un homme

de 28 ans, dont la voix est nasonnée par suite d'une paralysie du voile du palais depuis 14 mois, qui ne peut contracter ses lèvres pour siffler et dont la langue sort avec peine de la bouche et est animée de contractions fibrillaires. Cet homme, très bien portant, jusqu'à il y a deux ans, eut tout d'abord une paralysie de l'index droit, sans douleur ni locale, ni générale. Puis les deux mains se prirent successivement jusqu'à devenir immobiles, s'amaigrissant, l'atrophie gagnant bientôt les bras jusqu'aux épaules. Enfin les jambes s'affaiblirent progressivement; environ huit mois après, les membres supérieurs s'atrophierent comme les inférieurs.

Pendant cette évolution de la maladie, on ne constata aucun trouble de la santé générale. C'est la parésie qui commence, bientôt suivie d'atrophie musculaire. C'est en moins de deux ans que toute cette symptomatologie a évolué.

C'est là l'ensemble des phénomènes morbides, mais un examen plus complet permet de préciser quelques points.

Du côté des membres inférieurs, la force musculaire est assez bien conservée, les réflexes sont exagérés, la trépidation spinale est très marquée, la sensibilité est normale; c'est le tableau clinique de la paralysie spasmodique.

Du côté des membres supérieurs, l'atrophie est beaucoup plus prononcée et la déformation de la main constitue ce qu'on a appelé la main de singe. La réaction de dégénérescence est très marquée. Les pectoraux eux-mêmes sont pris et tous ces phénomènes sont symétriques, la sensibilité étant partout conservée.

Quant à la face, il y a un contraste remarquable entre la partie supérieure où tous les mouvements et notamment ceux des yeux sont bien conservés, tandis que dans la partie inférieure la paralysie atteint le voile du palais, l'orbiculaire des lèvres, et la langue, constituant un syndrome bulbospatial bien caractérisé.

Sans discuter ici le diagnostic, qui est des plus nets, on peut dire aussitôt qu'il s'agit de la sclérose latérale amyotrophique, maladie décrite par Charcot dès 1872 et dont le pronostic est fatal, car la mort surviendra dès que les racines du pneumo-gastrique seront touchées. Très souvent d'ailleurs, la mort survient subitement; ici les phénomènes bulbaux se sont développés en moins de 18 mois et il est très rare que ces malades dépassent la troisième année.

Un point serait à discuter ici: c'est la question de savoir si la syphilis, certaine et non soignée, a pu avoir une influence sur la genèse de la maladie. M. Raymond ne le croit pas, car d'une façon générale, les lésions produites par la syphilis sont toutes différentes de celles qu'on observe ici. Dans ces cas en effet, comme dans l'atrophie type Aran-Duchenne, il s'agit d'une dégénérescence, d'une mort véritable des tissus, alors que dans la syphilis des centres nerveux c'est la sclérose qui domine. Aussi dans des cas semblables, alors même que la syphilis antérieure existe d'une façon notoire, faudrait-il se défier du traitement antisyphilitique qui pourrait ajouter une intoxication à une autre, et malheureusement, contre cette maladie on reste absolument désarmé.

Cesare Lombroso

Au VI^e Congrès international d'anthropologie criminelle, tenu à Turin en 1906, le professeur Van Hamel, d'Amsterdam, a comparé les deux César des réformes juridiques: César Beccaria et César Lombroso. L'un, au XVIII^e siècle, quand l'arbitraire régnait en maître, a dit à l'Homme: Connais la justice; l'autre, de nos jours, alors que l'esprit des lois et des magistrats paraît cristallisé dans une forme de convention, dit aux juges: Connaissez l'homme.

Telle est, en effet, l'oeuvre de Lombroso: pendant plus de 40 ans il a étudié la science naturelle de l'homme, surtout le type criminel, et, en même temps, a abordé l'examen de quelques problèmes généraux de la biologie.

Pour apprécier cette continuité laborieuse, il est utile de connaître les origines du professeur de Turin, les sources de son instruction scientifique, les méthodes de travail, les résultats obtenus. Une étude de cet ordre est une méditation et un enseignement.

* * *

César Lombroso est né à Vérone le 10 janvier 1836, de Zefira Lévi et d'Adronne Lombroso, l'un et l'autre de famille israélite: il était le cadet, et eut cinq frères ou soeurs.

Son père, paraît-il, fut un homme doux, bon, très religieux, mais d'intelligence restreinte. Au contraire, sa mère était une femme absolument supérieure: C'est elle qui lui a donné ses aspirations d'idéal, le sentiment du devoir, cette relation constante entre la pensée et l'acte qui fait que les ouvrages de Lombroso sont vivants et comme dirigés par une idée d'indulgence et de bonté.

Très jeune encore, Lombroso avait une activité insatiable, l'avidité de savoir; il éprouvait une joie réelle à travailler. Les ressources de la famille étaient modestes et c'est avec force privations que, de 1853 à 1859, il fit ses études dans les facultés de Padoue, Vienne et Pavie.

Son esprit scientifique avait tracé sa voie et la curiosité d'apprendre fut entretenue par l'influence d'un homme des plus distingués, Paolo Marzolo, grand érudit qu'il appelle le "Darwin de l'anthropologie italienne".

Lombroso, de 1859 à 1863, fut médecin militaire et, d'après ses filles, malgré un énorme sabre et son chapeau empanaché, il n'eut jamais l'air martial ou l'esprit belliqueux.

En 1864, à l'Université de Pavie, on le charge du cours de psychiatrie et de la direction de l'asile d'aliénés. Le voilà dans une situation suffisante et stable, dès lors, pendant des années, par le travail, des traductions et l'enseignement, il s'entraîne pour suivre la carrière universitaire.

Le 10 avril 1870, il se marie avec une jeune fille de 20 ans, belle, douce et dévouée: ce fut la compagne de sa vie. Elle devient de suite son secrétaire à cause de l'écriture indéchiffrable de Lombroso. Peu de temps après, il

accepte d'aller à l'asile de Pessaro pour continuer ses études sur la pellagre. En 1876, il est nommé, après concours, professeur de médecine légale à Turin: il présente un exposé de titres contenant une étude sur la température extérieure et interne des cadavres, un mémoire sur les caractères des plaies par armes à feu d'après la distance et son livre sur *l'Uomo delinquente* paru cette année-là. Une seconde édition est nécessaire en 1878 et, d'année en année, le succès du livre s'accuse par de nombreux tirages. En 1880, Lombroso fonde son journal, *l'Archivio di Psichiatria, Scienze penali ed Antropologie criminale*, crée une Bibliothèque spéciale où paraissent de nombreux volumes sur l'anthropologie criminelle faits en collaboration avec ses élèves ou écrits par eux (1).

Le maître est en effet un grand remueur d'idées, un excitateur des volontés: il enflamme le zèle de son entourage. Son désir de résoudre des questions nouvelles rayonne sur les élèves, leur communiquant l'ardeur et l'activité du professeur toujours laborieux et jamais satisfait.

* * *

Quelles furent les recherches qui absorbèrent toute cette existence de labeur? Ce pionnier avait-il une pensée directrice, une théorie, une méthode?

Nous sommes conduits à un examen de l'oeuvre de Lombroso; on peut distinguer deux séries d'études: celles qui se rapportent à la médecine en général et à l'anthropologie, et en second lieu les travaux concernant l'anthropologie criminelle.

Il a été déjà fait allusion, à propos du concours pour le professorat à Turin, des mémoires concernant la médecine légale; en 1877, paraît un volume sur la "médecine légale du cadavre"; en 1900, des "leçons de médecine légale".

Lombroso s'est particulièrement occupé de la pellagre: il a fait de nombreuses expériences et, après une lutte prolongée et parfois pénible, ses idées ont été acceptées. Théophile Roussel nous a dit qu'il tenait en haute estime les recherches de Lombroso.

Citerons-nous sa prédilection marquée pour l'homéopathie? Il employa cette médication spéciale pendant plus de quarante ans dans le traitement des aliénés.

Lombroso fut un psychiatre. Il se spécialisa de bonne heure dans l'étude des maladies mentales qu'il observa avec tous les procédés de l'investigation moderne, et en anthropologiste expert.

En effet, il ajoute à l'anthropologie un nouveau chapitre par ses recherches sur les aliénés, les crétiens, les épileptiques, l'homme de génie, les criminels. On a écrit que Lombroso avait été pour la psychiatrie en Italie ce que Charcot fut pour la neuropathologie en France, avec cette

(1) Avec Laschi: "Le crime politique et financier"; avec Ferrero et Tarnowski: "La femme criminelle et la prostitution"; citons encore: Balestrini: "L'infanticide et l'avortement"; Ferri: "L'homicide"; Sighele: "Le crime des foules et le couple criminel"; Maro et Drill: "La criminalité juvénile"; Sergé, de Sanctis, Antonini, Patrizi, Roncoroni, Laura, Portigliotti, Paola Lombroso: "La critique littéraire et artistique".

différence, cependant, que les problèmes soulevés par le maître italien ne sont pas restés confinés à la médecine, mais s'appliquent aussi au Droit et à la Sociologie.

Il est intéressant de constater que dans toutes les voies qu'il a parcourues, Lombroso a suivi les traces d'un savant français dont il s'est assimilé les idées et, ajoutons-le, dont il a agrandi les vues, et augmenté le champ d'observation. Il est arrivé ainsi à tirer des conséquences nouvelles pour l'édification de l'anthropologie criminelle qu'il a créée et dont il chercha sans cesse à augmenter le domaine.

En 1857, Auguste Benedict Morel publie son *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine* : il traite surtout des désordres d'ordre physiologique et d'ordre intellectuel et s'occupe à peine des caractères morphologiques. Il parle souvent du "type maladif", sans jamais insister sur les caractères physiques, les particularités du corps, les formes de la tête. Lombroso, dans l'examen de ses malades, applique les méthodes et les procédés d'expérimentation employés dans les laboratoires, et, remarquons-le, il donne une plus grande importance à l'examen somatique et anthropologique des fous et des dégénérés.

Il étend même le cercle de ses études aux sciences morales et historiques. C'est ainsi qu'il recherche l'origine et les conditions des anomalies morales, telles que le génie et le crime. Cette psychologie morbide avait déjà été analysée par Lélut et Moreau (de Tours). Lombroso (comme les auteurs du *Démon de Socrate*, de l'*Amulette de Pascal*, de la *Psychologie morbide dans ses rapports avec la Philosophie de l'histoire*) consacre ses études à la *Folie de Gardan* et plus tard à *Génie et Folie*.

C'est vers le milieu du siècle dernier que l'anthropologie se développe par les procédés et la méthode indiqués par Broca. En 1859, Broca, avec Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, de Quatrefages, Gratiolet, Dareste, Ch. Robin, créent la Société d'anthropologie pour étudier le groupe humain dans son ensemble et dans ses rapports avec le reste de la nature. Lombroso applique ces procédés de recherches à la connaissance de l'homme physique et moral, et dans les grandes publications italiennes il écrit les articles anthropologie, crâne et crétinisme. Les questions de l'ethnologie l'intéressent : il publie des études sur l'homme blanc et l'homme de couleur, l'origine et la formation des grandes races humaines, les formes variées du crâne chez les Italiens et chez certains peuples primitifs. Il fait connaître ses observations sur la taille et le poids du corps, le nanisme, la longueur normale de l'avant-bras, la brièveté du pouce, les droitiers et les gauchers.

En résumé, Lombroso a suivi, en l'élargissant, le programme de la Société d'anthropologie : ses études ont eu pour objet la science naturelle de l'homme physique et moral. Il aborde une série de problèmes généraux de la biologie humaine et il le fait avec fougue en y ajoutant la persévérance et la ténacité que montrent ceux de sa race.

* * *

Nous l'avons dit : son étude de prédilection, celle à laquelle il a donné le plus de temps et qui lui a rapporté le

plus de gloire, fut l'*anthropologie criminelle*. Il lui doit sa réputation universelle.

Lombroso crée le nom d'anthropologie criminelle, indique sa méthode et fait connaître de nombreux résultats. Il est le premier à reconnaître que ses conclusions les plus importantes et les plus paradoxales ont été signalées depuis longtemps par les savants, les littérateurs, les artistes, et même par l'esprit populaire.

Des aliénistes français, Baillarger, Ferrus, Brière de Boismont, Lauvergne, avaient déjà étudié les forçats et les détenus. Prosper Despine, en 1868, dans sa *Psychologie naturelle*, recherche les facultés intellectuelles et morales chez les aliénés et les criminels, mais en se préoccupant surtout des caractères psychiques : pour lui, la médecine mentale n'était que la psychologie pure.

On n'avait pas encore songé à relever les anomalies ou les stigmates physiques. On ne s'était pas posé la question de savoir si les difformités ou monstruosité morales, les perversités pouvaient tenir à des imperfections organiques. L'intervention de Lombroso est vraiment magistrale par ses observations sur les relations entre le physique et le moral. Voilà, sans conteste, son titre de gloire le plus vrai et le plus indiscutable.

Il a raconté l'origine de sa découverte : "En 1870, je poursuivais depuis plusieurs mois dans les prisons et dans les asiles de Pavie, sur les cadavres et sur les vivants, des recherches pour fixer les différences substantielles entre les fous et les criminels, sans pouvoir bien y réussir ; tout à coup, un matin d'une triste journée de décembre, je trouve dans le crâne d'un brigand toute une longue série d'anomalies atavistiques, surtout une énorme fossette occipitale moyenne et une hypertrophie du vermis analogues à celles qu'on trouve dans les vertébrés inférieurs. A la vue de ces étranges anomalies, comme apparaît une large plaine sous un horizon enflammé, le problème de la nature et de l'origine du criminel m'apparut résolu : les caractères des hommes primitifs et des animaux inférieurs devaient se reproduire de nos temps."

Il nous faut exposer en son entier ce qu'est, pour Lombroso et ses élèves, l'anthropologie criminelle, la définir, dire ses causes, les caractères qui révèlent les criminels, et spécialement le criminel-né, indiquer enfin la prophylaxie du crime d'après l'école lombrosienne. Pour cette étude analytiques nous résumerons le chapitre que notre ami Carrara, professeur de médecine légale à Turin et gendre de Lombroso, a consacré à cette question dans le récent *Compendio di medicina legale* ; il reflète, nous l'affirmons, la pensée du maître, et nous ne pouvions trouver un guide plus sûr et mieux documenté.

L'anthropologie fait partie de la médecine légale des aliénés : c'est l'étude du délinquant par l'observation des influences physiques, psychiques et sociales qui agissent sur l'organisme des criminels.

Le crime est un phénomène étroitement lié à une constitution anormale, et dont il dépend comme toute fonction est la conséquence de l'organe qui l'accomplit.

La preuve de cette relation se trouve dans la constatation que l'on fait sur les animaux, les sauvages, les enfants.

Chez les animaux, on a relevé des manifestations criminelles analogues à celles de l'homme; il y a donc parmi eux des individus de caractère et de nature différents de ceux qui présentent les animaux de la même espèce. Chez le sauvage, se montrent des particularités anatomiques accompagnées de manifestations psychiques et sociales (homicide des vieillards, avortement, infanticide) qui se reproduisent de nos jours. Les enfants présentent une réunion de sentiments qui les poussent au mensonge, à des actes coupables et criminels, à la cruauté envers les faibles et les pauvres; ils ignorent la compassion et la pitié, sont sujets à la colère, à la jalousie. Ces défauts de sens moral disparaissent avec l'âge et alors se montrent les facultés psychiques de l'adulte. Si celles-ci n'apparaissaient pas et s'il y avait permanence de ces premiers caractères moraux de l'enfance, ce seraient des anomalies psychiques comme les formes embryonnaires persistantes qui constituent des monstruosité.

Donc le crime est un phénomène naturel, lié à certaines structures, et ne dépend pas de l'influence "d'une volonté méchante".

Quelles sont les causes qui produisent cet état anormal dans la constitution physique et psychique d'un individu?

D'abord, la *dégénérescence* avec ses tares morales et ses stigmates. La criminalité est une forme de *dégénérescence* par arrêt de développement, d'où apparition de formes ou de dispositions ataviques. Ces arrêts, véritables obstacles à l'évolution naturelle, sont produits surtout par l'épilepsie, et dans d'autres conditions par l'alcoolisme, les traumatismes, la syphilis: toutes causes qui donnent lieu à la criminalité. L'épilepsie est la cause la plus importante dans ses différentes formes d'épilepsie sensorielle, motrice, psycho-motrice, larvée, procursive. C'est ainsi que l'épilepsie psychique, d'après Lombroso, s'étend du crime au génie.

L'anthropologie criminelle s'est attachée à fixer les caractères somatiques et psychiques.

Il y a d'abord les caractères ataviques, anomalie des sutures crâniennes, prognathisme, anomalies de l'apophyse coronale et du condyle de la mâchoire, menton fuyant, sinus frontaux développés, zygomaxillaires larges, front fuyant, anomalies du nez, déformation du pavillon de l'oreille, et surtout la fossette occipitale moyenne.

On trouve encore chez les criminels des troubles fonctionnels: diminution de la sensibilité à la douleur, au toucher, au passage des courants électriques; une plus grande sensibilité aux variations météorologiques, aux métaux, au magnétisme; des anomalies du champ visuel; la fréquence de la gaucherie avec certaines particularités, la préhensibilité du pied.

Pour les caractères psychiques: insensibilité psychique, atrophie des sentiments normaux de compassion ou de pitié (aussi ils frappent, tourmentent et tuent sans scrupule); ils se martyrisent eux-mêmes par le tatouage; ont une langue spéciale, l'argot; on note une sorte de spécialisation (l'un est voleur, l'autre assassin?); ils sont sujets à l'impulsivité, à la violence, à l'imprévoyance, à l'indolence, à

la répulsion pour tout travail régulier, à la vanité, à l'orgie, au jeu, à la superstition. Ils ont une absence de morale, une lésion éthique, qui n'empêche pas une intelligence élevée; il ya des criminels de talent et même de génie, ainsi M^r Humbert et le capitaine de Kopenick.

Il y a donc un *type criminel* qui ne présente pas tous les caractères précédents, mais en est une représentation schématique. Il synthétise le *facteur endogène* et représente la structure de l'individu criminel. Le *criminel-né* ou *incorrigible* est celui dont l'activité criminelle dépend de son anomalie congénitale: il est irresponsable.

D'autres sont plus ou moins prédisposés, d'après le degré de *dégénérescence*, et c'est sur eux qu'agissent les *facteurs extérieurs ou exogènes* de criminalité sociale, individuelle ou professionnelle. De là, l'influence en tel ou tel sens, de l'éducation et de l'instruction, l'action importante de l'alcoolisme, des facteurs physiques et climatiques, puis les conséquences de l'imitation, de la suggestion.

Il faut distinguer le *criminel-né*, le délinquant d'habitude, d'occasion, par passion, le *criminaloïde*, avec des nuances infinies, et comme pour tous les phénomènes humains, des passages intermédiaires du maximum au minimum, de l'anormal au normal.

Lombroso, après avoir établi les "principes" dont nous venons de parler, parle de la prophylaxie criminelle. Celle-ci constitue un ensemble qu'il appelle la Sociologie criminelle.

Enrico Ferri a désigné sous le nom de "*substitutifs pénaux*" toutes les mesures d'ordre économique, politique et religieux qui peuvent faire diminuer la criminalité. Ainsi les conditions qui améliorent la production et la répartition des richesses d'un pays, les réformes dans le gouvernement des Etats et les changements du droit civil ont de l'influence.

Comme moyens préventifs pour empêcher l'impunité et arrêter promptement les coupables, il faut perfectionner la technique policière, lutter contre les ravages de l'alcoolisme (monopole des boissons alcooliques confié à l'Etat) protéger l'enfance abandonnée (création d'écoles industrielles, placement des enfants à la campagne, chez les paysans, ou en colonies agricoles).

A la responsabilité de l'individu, on substitue la responsabilité sociale. Si le criminel est inguérissable, il faut lui infliger une détention perpétuelle. Mais pareille décision ne peut être prise qu'après un examen anthropologique du criminel.

On appliquera alors des sentences à durée indéterminée, la libération ou la grâce conditionnelles, etc. Les prisons doivent surtout être améliorées. Lombroso repousse le régime cellulaire: il voudrait que les détenus rendus à la liberté soient actifs et repentis "après un traitement particulier et différent selon chaque catégorie ou classe de criminels".

Aux criminels-nés et aux incorrigibles on doit, en principe, appliquer la peine de mort: toutefois, les sociétés modernes se donnent le luxe de garder ces individus en détention perpétuelle.

Les criminels d'habitude peuvent être traités comme

les criminels-nés, mais avec moins de rigorisme, puisque leur criminalité n'est pas aussi grave. Quant aux criminels d'occasion, on ne les condamnera pas à la prison, mais à une forte amende, à des dommages-intérêts, au travail forcé sans détention. Les criminels par passion seront obligés de compenser le mal qu'ils ont fait; on exilera les criminels politiques. Enfin, pour les fous criminels, on créera des asiles spéciaux.

* * *

Nous venons de détailler l'oeuvre de Lombroso en anthropologie criminelle: elle est considérable et mérite le respect que l'on doit au travail longuement soutenu.

Lombroso fut attaqué et défendu avec violence, de tous côtés, en Italie et à l'étranger.

On lui a reproché ses variations dans l'explication des causes qui produisent le criminel-né; l'importance donnée au facteur individuel; le peu de cas qu'il a fait, d'abord, des facteurs sociaux, c'est-à-dire de l'influence du milieu.

Lombroso a pris le mot dégénérescence dans le sens de déviation, a exagéré cette explication, et il est possible de prouver la formule suivante: tous les criminels ne sont pas des dégénérés et beaucoup de dégénérés n'ont pas les instincts pervers des criminels.

Que d'exagération dans ce dogme: le génie est une psychose dégénérative appartenant au groupe épileptique! Les géniaux ne sont pas des dégénérés, mais des *progénères*.

Toutes les théories lombrosiennes n'ont pas eu une grande influence sur la préparation des codes nouveaux ou les progrès de la législation. Il faut cependant noter, dans la pratique, un examen plus fréquent et plus approfondi des cas de responsabilité. Les conseils concernant la prophylaxie du crime n'ont pas été suivis. On n'a rien fait, dans la plupart des pays, pour enrayer la consommation des boissons alcooliques, si dangereusement excitantes et toxiques. Il semble que si Lombroso avait désigné son criminel-né par les mots impulsif-né avec absence de sens moral et de pitié, il aurait été plus près de la vérité. N'est-ce pas la société qui est coupable en permettant ou en encourageant la consommation actuelle de l'alcool? on fabrique ainsi des excités, des impulsifs et nous avons, en France, les criminels que nous méritons puisque nous les faisons naître. Le facteur social du crime est celui qui a le plus d'importance.

Ces critiques diverses portent évidemment. C'est qu'il n'y a ni un corps de doctrine, ni des lois de Lombroso. Le maître de Turin a eu beaucoup d'idées nouvelles, il a proposé des explications successives, et, bien qu'il n'ait pas trouvé et prouvé la vérité de son système, il est arrivé cependant à fixer l'attention sur le criminel-né. C'est là le côté original et indestructible de son oeuvre.

Lombroso a eu le mérite d'étudier le criminel avec la méthode anthropologique. Il a montré l'hérédité du crime, les instincts pervers et l'ensemble des caractères psychiques, la précocité de ses manifestations instinctives et leur continuité pour constituer une carrière criminelle. Tout ceci est vrai.

Il a signalé des caractères somatiques et leur a donné une importance telle qu'il croyait qu'à la vue d'un individu on pouvait diagnostiquer le criminel-né. Là est l'exagération.

Le diagnostic ne peut vraiment se faire, actuellement, que par le "curriculum vitae" du délinquant. Très jeune, l'individu se montre avec cet ensemble de perversités instinctives, si fréquentes dans l'enfance, mais disparaissent au moment de l'adolescence. Quand elles persistent, le sujet est incorrigible, c'est un criminel-né.

Celui-ci présente parfois le type criminel: système musculaire très développé, facies caractérisé par la saillie des zigomeres et la lourdeur de la mandibule. Actuellement nous n'avons pas un ensemble de signes permettant le diagnostic des tendances criminelles; on ne connaît pas le siège et l'état anatomique de ces perturbations morales.

Que restera-t-il, dans quelques années, de cet amas de théories, de faits rapprochés, de problèmes soulevés, de discussions interminables?

Nul ne peut le dire, mais en admettant même que toute cette oeuvre immense ne présente plus tard qu'une ruine, ce seront des débris imposants, quelques-uns impérissables, par leur grand nombre, le côté esthétique et vraiment personnel de l'architecte génial qui avait construit cet édifice michelangesque de l'anthropologie criminelle. De même, que sait-on de la civilisation des Kmers? ce que nous apprennent les admirables ruines du Cambodge décrites par Francis Garnier et Delaporte. Dans les monuments d'Angkor et de Méléa on a trouvé des débris de temples, des restes de palais, des frontons, des entablements de portes, des motifs d'ornements, tels que oiseaux, animaux bizarres, feuilles et fleurs, arabesques et médaillons, statues colossales et bas-relief. N'est-ce pas suffisant pour donner une haute idée des Kmers?

Lombroso a été un grand travailleur, d'une activité prodigieuse. Son intelligence était vive: il avait plutôt le cerveau d'un Germain que d'un latin, avec manque de clarté et de précision, des longueurs et de menus détails; l'imagination excessive, enthousiaste, presque chimérique ou visionnaire. Son philonéisme paraissait parfois exagérée: il s'occupait avec la même ardeur d'homéopathie, de spiritisme et d'occultisme.

Quoi qu'il en soit ce remueur d'idées a rendu ainsi de grands services: il a fait naître des polémiques, a provoqué la critique, indiquant même les difficultés à surmonter par l'observation ou l'expérience. Dans tous les cas, il a imposé l'étude du criminel qui, jusque-là, avait été trop négligée. A notre époque, Lombroso a tenté pour les criminels ce que Pinel avait fait pour les fous: il a demandé de la pitié pour les délinquants, et, s'il n'a pas pu prouver leur irresponsabilité, il a, au moins, attiré l'attention sur leur nature défectueuse et montré la nécessité de les soumettre à un examen anthropologique.

Il faut le dire bien haut, Lombroso était essentiellement bon: il pratiquait la charité, avouait ses idées socialistes et s'enflammait comme un jeune pour toutes les grandes causes. On a même dit qu'à la nouvelle de l'exécution de Ferrer, Lombroso, qui depuis quelque temps souffrait de

complications cardiaques, a eu tout à coup des accidents dont la gravité a effrayé son entourage. Le lundi soir 18 octobre, il assista au dîner de famille, mais refusa toute nourriture. On se sépara vers 11 heures, et personne ne se doutait de l'imminence de la catastrophe. Dans la nuit du 19, vers 2 heures, une crise très violente d'asystolie se déclara, le malade perdit bientôt connaissance. Lombroso expira à 5 heures du matin.

Son testament indiquant des funérailles exclusivement civiles, le corps fut transporté du logement du défunt, 26 via Legona, au laboratoire de médecine légale, afin que, selon la volonté expresse de Lombroso, il reposât quelque temps en ce lieu où il avait passé de longues heures d'étude. L'autopsie serait faite par son gendre et élève préféré, le professeur Carrara. Mais celui-ci n'a pu s'y résoudre et elle a été pratiquée par le professeur Tovo. Depuis son entrée à l'Institut médico-légal, le corps du défunt fut gardé par les étudiants qui avaient tenu à rendre ce suprême hommage à leur maître.

L'autopsie montra que Lombroso était atteint de myocardite interstitielle avec athéromasie des artères coronaires et de l'aorte. Au contraire, les artères carotides et celles du cerveau étaient en parfait état. Se conformant à la volonté du défunt, le cerveau, du poids de 1308 grammes, fut extrait et confié au professeur Boero pour être conservé

dans les collections de l'Institut d'anatomie normale.

Le roi a envoyé une dépêche de condoléances à la famille, le maire de Turin a prescrit des funérailles solennelles, les plus illustres professeurs d'Italie ont exprimé leurs regrets. Les élèves et les amis, Enrico Ferri, Sergi, Pagliani, Tamburini, le vice-consul de France (Lombroso, en 1906, à propos du Congrès, reçut la Croix de Commandeur de la Légion d'honneur) entouraient le corbillard. Le conseil municipal de Turin a décidé d'attribuer une concession dans la partie du Camposanto consacrée aux hommes illustres.

C'est bien, en attendant que l'on prépare le bronze et le marbre qui attesteront aux yeux de la postérité l'estime et la haute valeur en lesquelles on tenait le savant, l'homme et le citoyen.

Ne le plaignons pas trop, il a beaucoup vécu parce qu'il a toujours lutté. Il a eu les plus grandes joies de la famille, il a senti qu'il avait cueilli la palme de la gloire. Peu sont aussi bien partagés!

Lombroso fut homme d'avant-garde, utopiste peut-être, mais un laborieux qui aspira toujours à plus de justice, à plus de bonté. Il avait adopté, en la modifiant, cette belle maxime de Mme de Staël: *Tout connaître, c'est tout pardonner.*

A. LACASSAGNE,

Progrès des Sciences Médicales

LA SÉLECTION DES CAS D'ICTÈRE PAR OBSTRUCTION POUR L'INTERVENTION OPÉRATOIRE

Pour établir l'indication d'une opération dans l'ictère par obstruction, il faut, dit Moynihan, faire un diagnostic exact en s'appuyant sur l'histoire du malade, les signes physiques et l'examen clinique de l'urine et des fèces. Les causes les plus communes d'obstruction sont le cancer du pancréas, la pancréatite chronique et les calculs biliaires arrêtés dans le cholédoque.

Dans le cancer de la tête du pancréas, l'ictère à début insidieux est caractéristique. La vésicule biliaire est palpable, des taches de purpura surviennent, puis l'amaigrissement, la perte d'appétit, l'anémie, sont les symptômes constants. Le pouls est ralenti, les démangeaisons sont insupportables, finalement il survient de l'œdème et de l'ascite.

La pancréatite chronique est le plus souvent associée à la lithiase biliaire. Elle peut se développer insidieusement, aboutir à la sclérose totale et au diabète. Le diagnostic précoce de la lithiase est donc le plus sûr moyen de prévenir le développement de la pancréatite chronique. Il

y a deux types de pancréatite chronique. Le premier présente des symptômes ressemblant à ceux du cancer du pancréas, le second ceux d'une obstruction intermittente des voies biliaires par des calculs. Dans la première l'ictère est parfois très foncé, mais rarement complet. La vésicule est distendue par de la bile et non par du mucus. Les fèces sont fréquentes, molles, grises et grasses. Il y a de la stercobiline et l'urine donne la réaction de Cammidge. La durée de la maladie et l'absence de cachexie permettent d'éliminer le cancer.

Dans la seconde forme, l'ictère variable, des frissons, des sueurs, des élévations et des descentes rapides de température caractérisent l'obstruction chronique du cholédoque.

Dans l'obstruction calculueuse aiguë du cholédoque, le diagnostic peut être difficile avec le cancer du pancréas. Cependant la douleur manque dans ce dernier cas. L'examen de l'urine peut fournir un élément du diagnostic relativement au siège du néoplasme au-dessus de la papille; le canal Winsung est alors libre. La réaction pancréatique est négative, il n'y a pas de stercobiline.

(The Med. Rev. Dec. 1909.)