

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

Pagination continue.

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

## SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX.	PAGES.
<i>Les aliénés devant la loi. Etude médico-légale, par le Dr Georges VILLENEUVE ; deuxième partie : Internement des aliénés (placements volontaires).....</i>	385
REVUE DES JOURNAUX.	
MÉDECINE.	
<i>L'arthritisme.....</i>	411
<i>Les gaz de l'estomac.....</i>	412
<i>Traitement de l'ulcère de l'estomac.....</i>	415
<i>Traitement médical de l'appendicite.....</i>	417
CHIRURGIE.	
<i>De la péri-arthrite traumatique scapulo-humérale et de son traitement.....</i>	419
<i>Des traumatismes oculaires.....</i>	420
<i>Du traitement de la péri-métre salpingite.....</i>	421
<i>Quand convient-il d'opérer les hypertrophies amygdaliennes compliquées d'otite.....</i>	423
<i>Réparation d'un muscle par des fils métalliques.....</i>	423
<i>L'Association Médicale Britannique.....</i>	425

( Voir la suite, page 3.)

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

# LISTERINE

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

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

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

Affections causées par la DIATHESE URIQUE

## LAMBERT'S LITHIATED HYDRANGEA

Altérant des Reins—Anti-Lithique

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

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

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

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

En écrivant mentionner ce journal.

# Dr J. LEDUC & Cie

Pharmaciens-Chimistes **EN GROS ET EN DÉTAIL.**

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

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

## AU-DESSOUS DU PRIX COUTANT

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

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

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

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

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

## BANDAGES HERNIAIRES DE TOUTES LES VARIETES.

Matériel complet pour installation de pharmacies de praticien de campagne.

**Fleurs sèches.—Parfums,**

**Articles de toilette, etc.**

 Prescriptions remplies avec soin. 

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

# DR J. LEDUC & CIE

2052 & 2054 RUE NOTRE-DAME

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

# SOMMAIRE (Suite)

PAGES.

## GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

<i>L'auto-intoxication gravidique et ses conséquences</i> .....	426
<i>Difficultés causées par l'anneau de Bandl ou anneau de contraction.</i>	428
<i>Recherches sur l'action médicamenteuse du placenta</i> .....	431

## REVUE D'HYGIÈNE.

<i>Salons de coiffure</i> .....	433
<i>Mesures relatives à l'hygiène des salons de coiffures recommandées par le Conseil d'Hygiène de la Province</i> .....	433
<i>Les ravages de la diphtérie</i> .....	436

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

<i>L'Université Laval et monsieur LETULLE</i> .....	438
<i>L'élection des gouverneurs du Collège des Médecins (1898)</i> .....	441
<i>Bureau des Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec. Séance du 13 juillet 1898</i> .....	446
<i>Association française de Chirurgie</i> .....	447
<i>Cette poursuite de \$25.000</i> .....	448

---

# J. H. CHAPMAN.

**2294 — RUE STE-CATHERINE — 2294**

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

**BELL TELEPHONE 4396.**

---

**Instruments de Chirurgie de toutes sortes et de première qualité**

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

---

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

---

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

---

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

**H. J. CHAPMAN.**

# EXPOSITIONS UNIVERSELLES

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



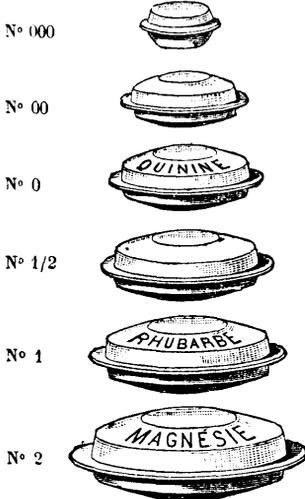
# CACHETS DIGNE

SOUPLES  
RÉSISTANTS  
CONSERVATION INDÉFINIE

## Appareils

### CAPELLIFORMES

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



### HYPERCONCAVES

N° 00 — 0 — 1,2 — 1 — 2 et 3.



### CONCAVES

FORME BASSE N° 1 — 2 et 3.



### EXPÉDITIF-SIMPLIFIÉ

cacheteur des Cachets concaves et Hyperconcaves.

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

### CACHETS DE COULEUR

Envoi franco d'Échantillons, Prospectus, Prix-Courants

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

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

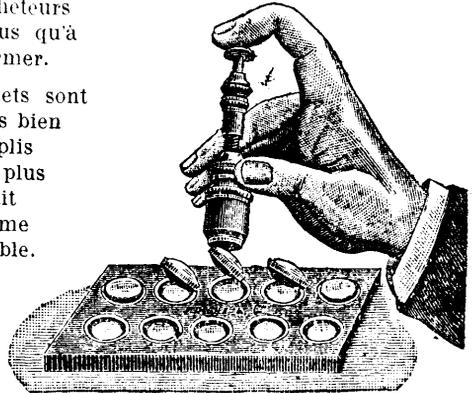
### CACHETEUR COMPRESSO-DOSEUR

des Cachets comprimés

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

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

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



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

### CACHETEUR DES CAPELLIFORMES

dit « *Compresso-Cacheteur* »

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

BOÎTE, DE 3 — 4 — 5 — 6 GRANDEURS.

Compresso-Doseur seul.

Cacheteur seul.

Compresso-Doseur et Cacheteur réunis.

# TRAVAUX ORIGINAUX

---

## ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE ( )

PAR

LE DOCTEUR GEORGES VILLENEUVE

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

---

## LES ALIÉNÉS DEVANT LA LOI

---

DEUXIÈME PARTIE

INTERNEMENT DES ALIÉNÉS

---

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

---

CHAPITRE PREMIER.—PLACEMENTS VOLONTAIRES.

*Article I.*

*Aperçu général.—Aspect médical, social et légal de la question.*

L'internement des aliénés a été traité à fond au congrès des médecins aliénistes et neurologistes des pays de langue française, tenu à Nancy, au mois d'août 1897.

Le rapporteur, M. le Dr P. Garnier, l'éminent médecin en chef de l'infirmerie spéciale de la préfecture de police, à Paris, a étudié

---

(1) Pour la première partie de ce travail, voyez le volume XXV, pages 131 et 193, et le volume XXVI, page 5.

cette question dans un rapport très intéressant qu'il a ensuite publié en librairie (1) ; mais ses considérants s'appliquent à une législation qui n'est pas la nôtre. Je me propose de parler de l'internement des aliénés, au point de vue de la situation qui leur est faite par les lois de la province de Québec, sur ce sujet. Les recherches de M. Garnier me seront d'un puissant secours, et je tiens, dès le début de ce chapitre, à lui en rendre hommage.

Le placement d'office dans les asiles, par les soins de l'administration, des aliénés amenés devant la justice pour des crimes ou délits, a été étudié dans la première partie de ce travail, au chapitre du droit criminel. Le placement des aliénés devenus dangereux ou scandaleux, par procédure prise devant les juges de paix, magistrats de police et *recorders* sera étudié plus tard. Le placement volontaire des aliénés dans les asiles, c'est-à-dire celui opéré à la demande des parents, amis, tuteurs, curateurs, conseils de famille, sans le concours de la justice qui n'intervient qu'à titre repressif, mérite de faire l'objet d'une étude particulière et de nous arrêter ici, au début de ce chapitre.

Quelle est, au point de vue du placement volontaire, la portée de notre législation sur l'internement des aliénés ? Est-ce une loi de traitement et d'assistance, en même temps qu'une loi de sécurité publique et personnelle, ou bien, n'est-ce qu'une loi de sécurité publique et individuelle sans souci de ce qui est avantageux pour l'aliéné lui-même ? Ou, en d'autres termes, peut-on interner un aliéné pour le guérir de son affection, *volens aut nolens*, ou ne doit-on l'interner que lorsqu'il est devenu une cause de scandale, dangereux pour lui-même ou pour les autres ? Telles sont les questions qui se posent au début de cette étude sur le placement volontaire.

Dans une remarquable étude sur ce sujet (2) M. Peers Davidson, du barreau de Montréal, semble donner à entendre qu'un aliéné ne peut être interné que s'il est dangereux pour lui-même ou les autres ou une cause de scandale ou que l'on a raison de croire qu'il pourrait le devenir. (3)

(1) Dr Paul Garnier. Internement des aliénés, thérapeutique et législation, Paris, 1898.

(2) Peers Davidson. Doctors and the law. "Montreal Medical Journal," p. 21, 1898.

(3) *It must be clearly born in mind that the question at this stage, is whether the patient would be responsible under the criminal law. That arises after the act is committed. The question rather is, does society require to be protected from this individual? Is he likely some time or other to become dangerous to himself or others, or to create a scandal? It is upon these latter questions*

Cette interprétation de la loi restreindrait le placement volontaire aux cas où il y aurait scandale ou danger. Il me semble que la loi est susceptible d'une interprétation plus large, plus en rapport avec la nécessité de l'assistance due aux malheureux aliénés, les progrès de la science, la connaissance de la folie, de ses conséquences, de son traitement et l'expérience de tous les jours.

Ainsi que nous le verrons plus loin au chapitre de la législation, la loi n'exige la qualité de dangereux, ou scandaleux que pour les idiots ou imbéciles à placer comme patients publics et les arrêtés ministériels interdisent de recevoir dans les asiles, comme patients publics, les cas de démence organique ou sénile, à moins qu'on ne puisse invoquer que ces malades sont dangereux ou scandaleux. Et dans les cas seuls d'idiotie et d'imbécilité, de démence sénile ou organique, le médecin est obligé de déclarer qu'il recommande l'admission de ces malades, parce qu'ils sont dangereux ou scandaleux et d'indiquer spécialement les raisons sur lesquelles il appuie son opinion, c'est-à-dire de mentionner les faits qui établissent qu'ils sont dangereux ou scandaleux.

La restriction de l'internement, à titre de dangereux ou scandaleux, ne s'applique donc qu'aux idiots, imbéciles, déments organiques ou séniles et seulement en tant que patients publics, dans les asiles publics, et n'affecte nullement le placement de ces malades, qui ne sont ni dangereux, ni scandaleux, comme patients privés. Hors cette exception, pour cette catégorie de patients publics, la loi rend facultatif l'internement des aliénés en disant qu'ils *peuvent être internés*, que les propriétaires des asiles *peuvent les recevoir*, si telle ou telle formalité est remplie.

Elle ne demande aux médecins que de préciser les faits résultant de leurs propres observations et des renseignements obtenus de toute autre personne, sur lesquels est basée leur opinion que le patient est idiot, aliéné et imbécile, dans le cas d'un patient privé; et dans le cas d'un patient public, de donner un certificat constatant l'état mental du patient, indiquant les particularités de la maladie, la nécessité de le traiter dans un asile d'aliénés et de l'y tenir renfermé. Pour les idiots ou imbéciles seulement, il doit déclarer de plus, ainsi qu'il a déjà été dit, s'ils sont dangereux ou scandaleux et indiquer spécialement les raisons sur lesquelles il appuie son opinion.

---

*that the physician's opinion is thus required. ("Montreal Medical Journal," p. 23, 1898.)*

*If the physician gives his opinion upon facts and circumstances generally accepted by the medical profession as evidence dangerous of insanity, or that which might create a scandal, he is free from liability. (Idem page 24).*

La loi est basée sur cette vérité, attestée par l'expérience de tous les jours, qu'il est de la plus haute importance de traiter l'aliéné le plus vite possible, et qu'à cette fin l'internement dans les asiles s'impose dans la grande majorité des cas. Car les chances de guérison sont d'autant plus grandes que l'intervention médicale est plus rapide; or cette intervention ne peut se faire avec succès, que si le malade est séparé de son milieu habituel et isolé dans un établissement approprié. Interné aussi prêt que possible du début de la maladie, l'aliéné a la chance de guérir en quelques mois, tandis que la maladie passera à l'état chronique et à l'incurabilité, si l'on attend que le malade devienne dangereux. C'est un devoir impérieux pour la famille de secourir l'aliéné, même au prix d'exercer une contrainte sur lui, dans son intérêt personnel.

La nécessité de l'isolement est l'indication fondamentale du traitement de l'aliéné, il n'y en a pas de plus pressante, ni de plus impérieuse. En effet, on a pu dire que le propre de la folie est précisément de porter atteinte, le plus habituellement, aux opérations intellectuelles, à l'aide desquelles, l'homme prend connaissance de soi-même et de la réalité extérieure. Aussi l'aliéné se méconnaît-il presque toujours et on a pu ajouter avec raison que la folie est une infortune qui s'ignore. Comment alors attendre de lui qu'il accepte du secours pour une maladie dont il n'a ni le sentiment, ni la sensation. Aussi est-il du devoir de la famille d'intervenir et de suppléer à cette notion qui lui manque, en lui imposant un mode de traitement dont il ne sent pas la nécessité, mais qui peut lui assurer la guérison.

De plus, il y a des circonstances où l'internement n'est pas seulement un moyen de traitement nécessaire, mais aussi une mesure d'assistance impérieuse. Alors que l'internement ne s'imposerait pas d'une manière absolue comme moyen thérapeutique, unique et indispensable pour celui dont les moyens permettent de réaliser autour de lui la surveillance médicale nécessaire, en dehors d'un asile, il devient nécessaire pour celui qui, moins fortuné, est privé chez lui des soins les plus élémentaires. Abandonnée à elle-même, la maladie aggravera rapidement, atteindra en peu de temps le plus haut degré de son acuité et pourra même entraîner la mort, dans des affections parfaitement curables d'ailleurs, faute d'une intervention médicale, telle que l'alimentation forcée, par exemple, dans la mélancolie. J'ai connu de ces malades qui sont morts ainsi d'inanition. De sorte que l'internement non seulement est une mesure nécessaire, au point de vue thérapeutique pour guérir l'aliéné, même malgré lui, alors qu'il est incapable par lui-même de rechercher ce

moyen de traitement, à cause de l'inconscience de son état ; mais aussi, un moyen d'assistance pour la majorité des aliénés, lesquels, faute de ressources suffisantes, sont privés chez eux des soins les plus élémentaires et qui passent à l'incurabilité, non seulement parce qu'ils ne sont pas isolés, mais aussi parce qu'ils ne sont pas traités.

Voilà pourquoi, le législateur a voulu permettre l'internement des aliénés par placement volontaire, non seulement pour leur protection et celle de la société, mais aussi dans le but humanitaire de les guérir, avant qu'ils ne deviennent dangereux, ou ne passent à l'incurabilité, et de les assister s'ils sont dans l'indigence.

Il est prouvé que cette conception est en harmonie avec la science, par les deux conclusions suivantes, adoptées par le congrès français des médecins aliénistes et neurologistes, tenu à Nancy au mois d'août 1897 :

I. "Dans l'état actuel de nos connaissances en psychiatrie, l'isolement reste comme la meilleure et la plus essentielle des mesures à appliquer, dans la plupart des cas, au traitement de la folie. Son efficacité est d'autant plus grande qu'il est effectué à une date plus rapprochée du début de l'affection mentale.

II. "La qualification de "*dangereux*," appliquée à telle ou telle catégorie d'aliénés, ne suffit pas à déterminer exactement quels sont les malades qui doivent être internés à l'exclusion des autres, attendu que, d'une part, on ne saurait affirmer qu'un aliéné réputé inoffensif, ne peut devenir à un moment donné, une cause de danger, et que, d'autre part, c'est un devoir d'assistance d'hospitaliser les aliénés indigents qui, pour n'avoir pas troublé l'ordre dans la rue ou menacé la vie des personnes, n'en ont pas moins besoin de ces soins spéciaux sans lesquels leur maladie s'établit à l'état chronique."

Nous verrons plus loin que toutes les précautions nécessaires ont été prises par le législateur pour empêcher les séquestrations arbitraires, et pour faire cesser l'internement dès qu'il n'est plus nécessaire, soit comme moyen de traitement, soit comme mesure de sécurité.

Pour bien appliquer la loi, ce qu'il importe au premier chef c'est d'exiger des médecins des certificats plus précis qu'ils ne le sont la plupart du temps. M. Pain donne en substance les excellents conseils suivants : (1)

"Le certificat médical doit caractériser les symptômes et les faits

---

(1) M. Pain, procureur général. Le régime des aliénés et la liberté individuelle. Discours prononcé à l'audience solennelle de rentrée de la cour d'appel de Bourges, le 16 octobre 1896.

observés personnellement par le signataire et constatant la preuve de folie ; il doit, en outre, exposer les motifs d'où résulte la nécessité de le faire traiter dans un asile d'aliénés et de l'y tenir renfermé. Il importe aussi de rechercher si la situation de l'individu n'est pas telle qu'on puisse trouver dans son entourage, dans sa famille, dans l'assistance et dans la surveillance d'un parent ou d'un ami, les conditions et les garanties d'isolement et de traitement qui présenteraient les mêmes avantages que le traitement dans un asile."

Je ne puis même terminer cet article qu'en citant les remarques suivantes de M. Garnier :

" Pour former ses convictions, dans cette délicate affaire de l'opportunité de l'internement, le médecin emprunte les éléments de son appréciation à deux sources principales :

1° Aux résultats de l'examen direct ;

2° Aux informations qui lui sont fournies de divers côtés et sur le passé et sur le présent du sujet.

Est-il besoin de remarquer que leur valeur est fort inégale et que c'est, avant tout, aux symptômes directement constatés par lui, que le médecin appelé à se prononcer, devra s'en rapporter. Ce qu'il reçoit de l'autre source ne peut avoir qu'une importance contingente et le premier devoir qui s'impose à lui est de ne jamais admettre que des renseignements parfois intéressés, le fassent conclure à un internement, alors que ses constatations directes ne l'amèneront pas à cette conclusion. Il ne faut jamais perdre de vue que l'égoïsme, la cupidité et les passions les plus diverses, la colère, la haine peuvent inspirer à un entourage familial ou autre des déclarations suspectes." (1)

Le médecin ne doit pas oublier qu'il est un clinicien, qu'il ne juge ni en philosophe ni en moraliste et qu'il ne doit se laisser guider par aucune autre considération que celles qui découlent strictement de l'examen de l'état mental du sujet.

Le médecin ne doit pas se laisser amener, par une coupable complaisance, à grossir les faits afin d'obtenir plus sûrement l'internement d'un malade, à part de ternir sa réputation aux yeux des directeurs des asiles, car cette supercherie est tôt ou tard découverte, il s'expose à de graves conséquences civiles et criminelles, en contribuant à obtenir un internement sous des prétextes plus ou moins faux et en forçant les surintendants des asiles, à maintenir ces sujets sous observations à l'asile, plus longtemps qu'il ne le faudrait, à raison de la gravité des faits allégués.

---

(1) Garnier. Loc. citée.

*En résumé*, l'internement peut être, selon le cas, une mesure de sécurité sociale, de thérapeutique, ou d'assistance. Les aliénés à quelque catégorie qu'ils appartiennent, peuvent être internés dans les asiles, la qualité de dangereux ou de scandaleux n'est requise que pour certains d'entre eux. La loi veut que le médecin indique les raisons qui lui font admettre l'aliénation mentale. Pas n'est besoin de porter un diagnostic qui n'a rien à faire avec la mesure administrative que le certificat doit provoquer. L'énumération des symptômes observés suffit, elle est obligatoire et seule peut légitimer la demande de séquestration.

On peut synthétiser sous la forme suivante, les questions dont l'on doit chercher la solution par l'examen médical dans un cas d'internement, d'après Lacassagne : (1)

- 1° L'individu présente-t-il des désordres intellectuels ?
- 2° Doit-il être interné par mesure de thérapeutique indispensable, ou par mesure d'assistance nécessaire ?
- 3° L'individu est-il dangereux pour les autres ou pour lui-même ?
- 4° S'il est dangereux, peut-il trouver dans son entourage les soins et la surveillance nécessaires ?
- 5° Sans être dangereux pour les autres ou pour lui-même, est-il dans l'impossibilité de pourvoir à sa propre existence, et n'y a-t-il auprès de lui personne en état d'y pourvoir ?

## *Article II.*

### *Considérations particulières de l'internement suivant la forme de la maladie mentale et de l'époque de son évolution.*

Est-ce à dire, parce que les aliénés *peuvent être internés*, qu'ils doivent tous être internés ?

Vouloir résoudre la question de l'internement des aliénés dans un sens aussi absolu, serait se montrer aussi peu respectueux de la liberté individuelle, que peu soucieux de reconnaître la légitimité des sentiments respectables qui inspirent les familles désireuses de prendre soin de leurs propres infortunés. Ce serait aussi ignorer les préceptes de la science et la règle d'une bonne administration.

En pathologie mentale, plus peut-être encore qu'en toute autre forme de maladie, et plus encore pour l'internement que pour toute autre décision médicale, on peut dire que s'il y a maladie, il y a avant tout des malades. C'est dans l'étude approfondie du malade et dans

---

(1) A. Lacassagne, *Le Vade-mecum du médecin expert.*

la connaissance de la forme de maladie mentale dont il souffre, de sa marche et de ses conséquences, en même temps que de l'époque de son évolution au moment où on examine le malade, de la réaction propre du malade et des conditions dans lesquelles il se trouve, que l'on trouvera la solution de cette question si importante.

“ S'il est des cas pour lesquels, d'une manière absolue et en toutes circonstances, l'internement de l'aliéné s'impose, il en est d'autres où l'opportunité de cette mesure est plus discutable. Là interviennent les questions soit du caractère propre à chaque variété d'aliénation mentale (l'une exigeant plus impérativement que l'autre l'isolement immédiat), soit de la période à laquelle est parvenue la maladie, du degré de son intensité, des probabilités de son évolution particulière, de sa durée et de sa terminaison, de l'assistance qu'il est permis d'attendre d'une famille, ou au contraire de l'abandon absolu dans lequel se trouve l'aliéné, etc.” (1)

Avant de procéder plus loin, disons de suite qu'il y a une classe de malades qui ne devraient jamais prendre le chemin de l'asile. Il a été constaté que l'on reçoit de temps à autre dans les asiles des malades “ dont le trouble mental n'est que la conséquence d'un délire fébrile. Des illusions, des hallucinations—surtout visuelles—un bavardage incohérent, un assez grand désordre des mouvements, sont fréquemment sous la dépendance de maladies à forte hyperthermie, et de nature infectieuse ou toxique, comme la fièvre typhoïde, certains rhumatismes articulaires, l'urémie, etc. Dès que l'on peut supposer que le délire a cette origine, il faut surseoir autant que possible à toute mesure d'internement. Ce délire, a d'ordinaire, une évolution rapide et ne commande que pour un temps assez court une surveillance spéciale.” (2)

Nous allons étudier maintenant les différentes formes d'aliénation mentale et les considérations particulières qui s'appliquent à chacune d'elles, au point de vue de l'internement.

### *Manie.* (3)

Le mot manie était employé autrefois dans un sens très étendu et était synonyme de folie. Aujourd'hui, il sert à désigner une forme particulière de folie, caractérisée par une vive surexcitation intellec-

(1) Paul Garnier, Loc. citée.

(2) Dr Paul Garnier, (Loc. citée).

(3) Voyez V. Magnan, leçons cliniques sur les maladies mentales; Bliu. Magnan et Pécharneau, in Traité de thérapeutique appliquée de Albert Robin; Garnier. Loc. citée.

tuelle et physique ayant pour résultat l'incohérence des idées et un besoin impérieux de mouvements. Il y a tous les degrés dans la manie, depuis la simple excitation maniaque qui se traduit par une légère loquacité, avec un faible degré de surexcitation physique, jusqu'au délire aigu, ou l'on a affaire à une véritable frénésie, avec cris, vociférations, débit incessant et désordre extrême des actes.

Il faut distinguer la manie vraie, qui est une entité clinique indiscutable, d'avec des cas assez nombreux où elle n'est qu'un symptôme accidentel, temporaire ou accessoire d'une autre forme d'aliénation mentale. Dans ce dernier cas, elle porte le nom d'état maniaque et ses indications découlent, pour autant, de la forme d'aliénation mentale qu'elle complique, en lui donnant l'apparence symptomatique de la manie.

Il importe aussi de savoir discerner les cas où le désordre mental et physique est sous la dépendance d'une affection fébrile. Dans ce cas, il est interdit d'interner le malade qui n'est pas un aliéné, mais un typhique ou un rhumatisant qui délire et dont le trouble mental suivra la marche de la maladie, comme toute autre complication. Ce malade doit être soigné chez lui ou à l'hôpital, où il devra être entouré de toutes les précautions nécessaires propre à le protéger contre les accidents.

La manie simple, idiopathique ou intermittente, celle du dégénéré, dont l'évolution est ordinairement assez longue et peut prendre une tournure imprévue doit être traitée à l'asile. Dans les cas aigus, l'internement s'impose absolument, il ne peut être différé ou évité que dans les formes légères. Cependant, ainsi que le conseille très sagement Garnier, comme la maladie n'est souvent qu'un accès dont la durée peut être à ce moment même l'objet de prévisions sérieuses de la part d'un médecin habitué à noter l'évolution des maladies mentales, ce n'est pas une précaution superflue de mentionner dans le certificat de placement, la possibilité d'un rapide amendement et de faire comprendre à la famille que dans un établissement spécial, avec un traitement approprié, la guérison peut s'effectuer en peu de temps. Cette précaution est nécessaire pour ne pas être plus tard accusé d'erreur.

S'il s'agit d'un accès d'agitation, à la suite d'un ictus, chez un épileptique ordinairement tranquille, ou bien d'une phase d'excitation survenue brusquement à la suite d'un violent choc moral ou physique ou consécutif à des accès alcooliques, chez des individus habituellement sobres et bien portants, on doit chercher à obtenir la guérison, en général rapide dans ces cas, soit dans le milieu familial,

soit à l'hôpital, par un traitement et des précautions appropriées. Il est contre indiqué d'interner un individu qui, délirant aujourd'hui, sera raisonnable demain et aurait inutilement subi la tare de l'asile. Il est souvent arrivé qu'on m'a demandé d'interner d'urgence de ces malades, avant que les formalités ne fussent remplies, et j'ai toujours temporisé. Bien m'en a pris, car la guérison du malade arrivait avant qu'on eût le temps de faire toutes les démarches prescrites par la loi pour obtenir l'internement.

#### *Mélancolie. (1)*

Il existe des cas assez nombreux où la maladie consiste simplement en une cénesthésie douloureuse, avec dépression physique et ralentissement des fonctions intellectuelles, c'est-à-dire en une concentration pénible de l'esprit sur un état de souffrance morale, avec réaction douloureuse de l'économie. Mais le plus souvent on voit se développer des idées délirantes pénibles avec des troubles sensoriels qui peuvent conduire le malade au désespoir, à des réactions violentes et à la stupeur.

Dans les formes légères de la mélancolie simple, on peut différer l'internement. A ce degré, la maladie a pu guérir en dehors de l'asile, avec des soins appropriés, mais dès qu'apparaissent le délire, les hallucinations, l'anxiété, la tendance au suicide, ou le refus des aliments, l'isolement s'impose et ne peut être différé plus longtemps. La mélancolie grave conduit presque infailliblement au suicide et cette terminaison est d'autant plus déplorable, que l'affection est éminemment curable avec l'isolement dans un établissement spécial.

#### *Confusion mentale primitive. (2)*

La confusion mentale, entrée récemment à titre d'entité morbide dans la pathologie mentale, est caractérisée essentiellement par l'incoordination et le ralentissement des idées et même par l'absence apparente de toute idéation, qui donnent au malade l'aspect de la stupidité ou de la démence, tellement que lorsque le malade entre en convalescence, il semble s'éveiller d'une nuit profonde, qui aurait étendu son manteau d'oubli et d'inconscience, sur toute la durée de la maladie. Elle peut s'accompagner d'hallucinations, de délire, d'ex-

(1) Voyez. Roubinovitch et Toulouse. La mélancolie, Paris 1897, et Ant. Ritti Traitement de la mélancolie in Dictionnaire thérapeutique appliquées de Alfred Robin.

(2) Voyez Dr Ph. Chaslin. La confusion mentale primitive, Paris 1895.

citation et même d'impulsions subites, contre les personnes étrangères ou contre le patient lui-même. Les actes du malade sont généralement incohérents.

Chaslin et Ségla's pensent qu'il ne faut pas déplacer le malade pour l'interner, parce que le changement de milieu ne peut qu'augmenter la désorientation du malade. Magnan croit au contraire que le traitement par les précautions minutieuses dont il faut entourer le malade, par les soins assidus qu'il réclame, à cause de son inconscience et de l'automatisme auquel il est exposé, peut se faire seulement sous la direction d'un personnel éprouvé et qu'il est impossible dans le milieu familial. Mon expérience personnelle m'a convaincu qu'il vaut mieux interner ces malades au double point de vue de les protéger et de les guérir. Nos cas de guérison, dans la confusion mentale, comptent parmi nos plus beaux succès thérapeutiques à l'asile St-Jean de Dieu.

#### *Paralyse générale.*

La paralyse générale dans sa forme simple est essentiellement caractérisée par l'affaiblissement progressif en masse des facultés intellectuelles, avec troubles oculo-moteurs (tremblement de la langue, embarras de la parole, inégalité pupillaire), et la déchéance physique aussi progressive. Le malade, lorsqu'il n'est pas emporté par une complication, finit dans le marasme avec impotence physique et intellectuelle absolue. Lorsque la maladie revêt cette aspect, elle ne réclame pas l'internement; le malade doit être surveillé et soigné avec soin, mais ces deux conditions peuvent se réaliser dans le milieu familial, dans un hospice ou un hôpital. On ne saurait trouver une justification suffisante, ainsi qu'il est souvent allégué pour obtenir l'internement, que le malade souille son lit ou ses vêtements. Mais lorsque la maladie se complique de délire, particulièrement ambitieux, d'excitation maniaque, que le malade est porté à des actes extravagants désordonnés, délireux ou dangereux, lorsqu'il est exposé à être exploité à cause de son imprévoyance, qu'il dissipe ses biens, etc., il doit être interné, jusqu'à sédation du moins, l'inconscience suprême du malade le rendant capable des actes les plus graves.

#### *Démence.*

Le mot démence s'entend ici dans le sens restreint d'affaiblissement intellectuel secondaire de cause organique, sénile ou vésanique. Les arrêtés ministériels interdisent d'interner les malades atteints

de démence sénile ou organique, à moins qu'il ne soit clairement établi qu'ils sont dangereux ou scandaleux. L'internement de ces malades ne peut être que repressif, car l'asile ne peut rien pour eux, leur déchéance physique est irrémédiable. Ces malades doivent être gardés dans le milieu familial d'où l'on veut souvent les éloigner que pour s'en débarrasser, ou dans les hospices où ils peuvent recevoir les soins que réclament leur état. On ne saurait trouver une justification suffisante pour interner ces malades, dans le fait qu'ils sont turbulents, incommodes ou malpropres; un peu d'affection, de patience et de charité chrétienne devrait les rendre supportables. Les médecins ne devraient pas se rendre complices de l'internement si peu désirable de ces malades, lequel transforme les asiles en anti-chambres de la mort, et refuser les certificats d'internement, à moins de nécessité absolue.

La démence vésanique, c'est-à-dire consécutive aux maladies mentales réclame plus souvent l'internement, car les forces physiques peuvent demeurer intactes, même après la débâcle la plus complète des facultés intellectuelles. L'inconscience du sujet, la vigueur physique qui survit à sa déchéance intellectuelle, quelquefois la persistance d'idées délirantes, la tendance à l'emportement peuvent les rendre dangereux. S'ils deviennent difficiles à contrôler, si la surveillance manque absolument ou est impossible dans le milieu familial, à cause des conditions sociales, il semble préférable d'interner le malade.

#### *Idiotie, imbecilité, débilité mentale.*

D'après la loi, les malades de cette catégorie ne peuvent être admis comme patients publics dans les asiles, *que s'ils sont dangereux, une cause de scandale, sujets à des attaques d'épilepsie ou d'une difformité monstrueuse. Le médecin doit citer les faits sur lesquels il établit son opinion que le malade est dans les conditions requises par la loi, pour être admis dans un asile d'aliénés comme patient public.* La simple faiblesse d'esprit ne réclame pas l'internement, car l'imbecile et le débile, bien que ne présentant pas un développement intellectuel considérable, peuvent se servir normalement de la part restreinte d'intelligence qui leur est acquise. Il nous a été donné de recevoir à l'asile des imbeciles et des débiles qu'un accès de délire y avaient amenés, lesquels avaient pu se marier, élever convenablement leurs familles et même acquérir certains biens et qui, une fois le délire passé, ont pu être remis en liberté et reprendre une existence normale. Il est contre indiqué d'interner de tels

malades, pour le seul fait de leur faiblesse intellectuelle. D'autres de ces malades, sans être aussi utiles, ne sont pas dangereux ou du moins peuvent être mis dans l'impossibilité de nuire par un entourage le moins attentif et dévoué. Ceux-là aussi doivent être laissés en liberté, bien dirigés ; ils peuvent aider à leur propre subsistance et ainsi ne pas être totalement à la charge de la société.

Malheureusement, cette surveillance de la part des familles est souvent impossible par suite de conditions défavorables : pauvreté, nécessités de la vie qui appellent tous les membres de la famille au dehors, pour concourir par leur travail au bien commun. Lorsque les idiots ou les imbéciles qui ne peuvent se conduire sont abandonnés, qu'ils présentent des perversions morales les portant à des actes dangereux et scandaleux et qu'ils ne peuvent être mis hors d'état de nuire, dans le milieu où ils se trouvent, ils peuvent et doivent être internés. Il en est de même lorsqu'ils présentent des troubles aigus ou actifs, comme le délire, l'excitation, etc. Le médecin devra toujours se rappeler qu'il ne doit pas céder sans enquête au désir qu'ont trop souvent les familles et les hospices, et cela sans autre raison que de s'en débarrasser, de déverser ces malades sur l'asile, surtout dans certains milieux où l'on semble trop disposé à pratiquer le *tout à l'asile*.

#### *Délire des persécutions et autres délires systématisés.*

Les persécutés, à quelque catégorie qu'ils appartiennent (déliquants chroniques de Magnan, dégénérés persécutés, en persécutés-persécuteurs), sont de tous les aliénés, surtout à une certaine période de la maladie, ceux pour lesquels la mesure de l'internement est la plus particulièrement pressante, car ils créent un danger permanent pour la sécurité publique. "On pourra, disait avec raison le Dr Coutagne (1) interner trop tard un persécuteur, on ne pourra jamais le séquestrer trop tôt."

Si au point de vue de la sécurité publique, les indications de l'internement, dans le délire des persécutions, en sont les mêmes pour ses différentes formes, se tirant du caractère commun qu'elles présentent, desusciter des actes dangereux pour autrui, il n'en est pas de même au point de vue de l'évolution de la thérapeutique et du pronostic. Dans certaines formes, en effet, les malades sont voués à l'incurabilité, dès le début de la maladie, tandis que dans d'autres formes,

---

(1) Dr J. P. Henry Coutagne.—Rapport présenté au congrès de Lyon sur la responsabilité et la séquestration des aliénés persécuteurs.

les malades guérissent facilement s'ils sont internés à temps, alors qu'ils passeraient à la chronicité et à l'incurabilité s'ils étaient abandonnés à eux-mêmes.

Les mesures à prendre dans l'internement des persécutés et persécuteurs pouvant présenter des indications sensiblement différentes, au point de vue thérapeutique et social, suivant la catégorie à laquelle ils appartiennent, il est bon de poser quelques jalons pour guider le médecin dans son appréciation, en étudiant les principales formes, sous leur aspect clinique. Or les principales formes cliniques sont le délire chronique de persécution à évolution systématique, le délire systématisé de persécution des dégénérés et celui des persécutés-persécuteurs, qui, quoiqu'appartenant aussi à la dégénérescence mentale, diffère du second par des caractères bien tranchés et mérite d'être étudié à part.

Les principaux caractères du délire chronique sont, d'après Magnan : (1) sa longue durée, puisqu'il ne s'éteint qu'avec la mort, sa marche méthodique, régulière et progressive, coupées par quatre étapes nettement dessinées ; son évolution constante, avec un délire systématisé de couleur différente pour la seconde et la troisième période.

La première période ou période d'incubation est caractérisée par des illusions, des interprétations délirantes et l'inquiétude constante et progressive du malade. Dans la seconde période ou période de persécution, celle qui nous intéresse dans le moment, les phénomènes principaux sont représentés par des hallucinations pénibles, surtout auditives, des troubles de la sensibilité générale et des idées de persécution. La troisième période ou période ambitieuse présente des hallucinations à caractère ambitieux, des troubles et de la sensibilité générale et des idées ambitieuses. La quatrième et dernière période est caractérisée par la déchéance de l'intelligence : c'est la période de démence. Ainsi qu'il a été dit, l'évolution de la maladie est très longue et très lente, de sorte que le malade peut rester très longtemps stationnaire à la période de persécution et mourir même avant d'avoir atteint les deux autres périodes, de sorte que c'est comme persécuté, que le délirant chronique se présente le plus longtemps et le plus souvent à l'observation, et c'est à ce titre qu'il attire surtout l'attention, au point de vue de l'internement.

Par contre, le délire systématisé des persécutés apparaît chez des individus offrant les attributs de la dégénérescence mentale, ou

---

(1) Dr V. Magnan. Loc. citée.

au moins une forte prédisposition à la folie, soit héréditaire, soit acquise. Il présente les caractères suivants : rapidité d'apparition des phénomènes morbides sous une forme tout de suite complexe, (ce qui veut dire que tous les troubles observés chez le délirant chronique à la deuxième période, c'est-à-dire à la période organisée du délire de persécution, laquelle prend des années à s'établir, peuvent apparaître ici d'emblée), *possibilité de la guérison*, quelquefois prolongation du délire, mais sans tendance évolutive, sans changement, avec permanence des troubles tels qu'ils avaient été au début fixés. Il est constitué, comme le délire chronique, par des hallucinations, des troubles de la sensibilité générale et des idées de persécution. Contrairement au délire chronique, où elles sont d'une rareté extrême, on y rencontre fréquemment des hallucinations de l'ouïe.

Les persécutés-persécuteurs (1) sont une catégorie de dégénérés chez lesquels les anomalies du caractère et de la conduite sont prépondérantes. Le délire de ces malades n'est autre chose que l'exagération pathologique de dispositions cérébrales défectueuses qui constituent le fond même de leur état mental. Ils se distinguent par la lucidité de leur intelligence, l'excentricité des actes, l'altération des sentiments et les désordres de la conduite sous l'influence d'exagérations paroxystiques ; leurs tendances intellectuelles et morales défectueuses s'accroissent, s'amplifient et deviennent, selon le cas, de la *manie raisonnante* ou de la *folie morale*. La forme de délire de persécution qu'offre ces malades est surtout intellectuelle et idéative et elle a pour caractère distinctif de ne jamais présenter d'hallucinations, si ce n'est que d'une manière tout à fait accidentelle ou passagère, sous l'influence d'autres causes occasionnelles.

Chez ce malade, un mot, une phrase banale, un incident fortuit, un fait réel, mais dont ils exagèrent démesurément la portée, servent de départ au délire de persécution. Un logique absurde en tire aussitôt un roman de persécution. L'idée de persécution s'impose alors impérieusement à eux comme l'obsession, elle inspire toutes leurs pensées et commande tous leurs actes. Comme la période de réaction chez ces malades commence avec le délire, dès le début, ils luttent et veulent se venger. Le délire arrive d'emblée, il n'évolue pas, sa marche est extensive, on peut dire qu'il dure la vie entière du malade, avec possibilité de rémission sous certaines circonstances favorables qui peuvent survenir au cours de son existence.

---

(1) Voyez V. Magnan : Leçons cliniques sur les maladies mentales, première et deuxième série, David Leroy, Les persécutés-persécuteurs, Thèse de Paris 1896.

Ainsi donc, le délire des persécutions, basé sur l'idée de persécution, comprend un certain nombre de maladies, qui, bien que caractérisées par ce trait commun, n'en sont pas moins différentes par leur étiologie, leur marche et leur symptomatologie. Parmi ces malades, les uns sont hallucinés, les autres ne le sont pas, les uns arrivent d'emblée à la systématisation, les autres qu'après une longue période de préparation, les uns sont curables, les autres ne le sont pas.

Au point de vue thérapeutique, le délirant chronique, s'il ne trouve pas dans l'internement la guérison, y trouvera du moins une atténuation de ses troubles, que seul le calme de l'isolement peut lui donner.

En soustrayant le dégénéré persécuté du milieu où est né son délire et où il trouve son aliment on pourra, en l'internant à bonne heure, lui donner le bienfait d'une guérison complète. Si le délirant systématisé et le persécuté donnent peu de prise au traitement, le dégénéré persécuté guérit très souvent.

Le persécuté-persécuté pourra tout au plus trouver à l'asile des rémissions, car les troubles qu'il présente sont d'ordre éminemment constitutionnel et il faudrait pouvoir lui donner une nouvelle nature pour espérer le guérir.

Quoi qu'il en soit, du côté thérapeutique, c'est surtout au point de vue préventif que l'internement s'impose, chez ces malades dangereux au plus haut point.

Cette mesure est particulièrement pressante pour les persécutés hallucinés que le hasard d'une hallucination peut porter inopinément aux pires accès, pour ceux qui font des menaces et pour ceux qui désignent les persécutés dont ils se croient victimes. "Je ne connais pas, dit Tardieu, de fous plus abominablement dangereux que les hallucinés qui répondent par un coup de couteau à une insulte imaginaire, ou qui de loin déchargent une arme à feu sur un groupe où ils croient que l'on parle d'eux en termes outrageants." (1)

Quant aux persécutés-persécutés, ils doivent être considérés comme des êtres essentiellement dangereux : "Il n'y a pas d'inventions mensongères, de calomnies infâmes, de dénonciations horribles, d'actes obscènes ou cyniques, de menaces ou d'actes violents en tout genre que ces malades ne soient capables d'accomplir vis-à-vis de ceux qu'ils poursuivent de leur haine ou de leurs sentiments per-

(1) A. Tardieu. Etude médico-légale de la folie.

vers ou monstrueux (1)." L'internement s'impose pour eux comme mesure préventive et répressive.

Quant au médecin qui rédige le certificat d'internement, dans ces cas, il fera bien d'imiter M. Paul Garnier. "Quand nous rédigeons un certificat aux fins d'internement d'un aliéné persécuté, il est de bonne précaution d'introduire dans le libellé de cette pièce médicale des phrases, des formules émanées du malade. C'est une manière de lui donner la parole et ce n'est pas seulement notre appréciation qui conclut ainsi à la folie, c'est encore le langage de la personne examinée. S'agite-t-on, plus tard, autour de cette séquestration, entame-t-on à son propos l'une de ces ridicules campagnes que nous ne connaissons que trop, on compulse le dossier, et on y trouve cette formule qui confronte le malade avec lui-même, si je puis ainsi dire." (2)

Il fera bien aussi d'accompagner son certificat des déclarations assermentées de témoins oculaires des faits et gestes du malade, et de celles des amis et des parents auxquels il s'est confié, afin de se mettre à l'abri plus tard de toute accusation de négligence.

Quant au persécuté-persécuteur, ce *fléau pire que la peste*, cette plaie des familles, de l'asile et de la société, je dirai au médecin, si vous avez souci de votre honneur et de votre tranquillité, évitez-le comme le pire des malheurs, c'est un serpent venimeux dont la morsure empoisonnera votre existence. N'agissez que si la justice intervient et vous confie un mandat, dont le caractère impersonnel et judiciaire vous mettra à l'abri de ses poursuites et déroutera les calomnies qu'il suscitera contre vous. Exigez que la preuve des actes du persécuteur soit faite minutieusement en justice, dans un débat public, et ne déposez que comme témoin, afin de vous mettre sous la protection de la loi.

Le *déliquant mystique* est un malade excessivement dangereux par le caractère impérieusement impulsif de son délire et de ses hallucinations et qu'il est urgent d'interner dès qu'ils se manifestent. Qui n'a pas entendu parler des nombreuses personnes immolées en de véritables hécatombes par ces malades qui croient toujours faire une œuvre méritoire.

Un *déliquant ambitieux* qui veut s'imposer à tous et sème le désordre partout où il passe, un *déliquant érotique* qui promène en tout lieu sa lascivité morbide et peut causer des accidents regrettables,

(1) Falret : Les Aliénés et asiles d'aliénés, p. 240.

(2) Dr Paul Garnier. Loc. citée.

relèvent de l'asile, par les perturbations et les scandales qu'ils causent, et par le fait qu'ils y trouvent des chances de curabilité.

*Dégénérés impulsifs et obsédés.*

“Tous les obsédés, dit Magnan, (1) sont des héréditaires dégénérés à antécédents très chargés pour la plupart. Ils ont conscience de l'obsession qui les pousse inévitablement à l'impulsion, et ce travail qui enlève aux centres supérieurs leur pouvoir modérateur, s'accompagne d'une souffrance et d'une angoisse qui expliquent le soulagement qui suit l'acte.”

Les obsessions et les impulsions sont aussi nombreuses que le peuvent être les déterminations de l'individu

Certaines impulsions, comme celles qui poussent à l'homicide, au suicide, au vol, aux excès vénériens, requièrent au plus haut point l'internement des malades, par les crimes, les délits et les désordres qu'elles causent; à moins que l'individu ne puisse être mis, au dehors, dans l'impossibilité absolue par suite d'une surveillance efficace, très difficile à instituer d'ailleurs, en dehors de l'asile.

Certaines autres obsessions, par leur innocuité pour le malade lui-même et pour la société, ne réclament pas l'internement, comme moyen préventif de crimes et délits; mais elles mettent l'individu, par leur caractère et leur intensité, dans l'impossibilité absolue de pourvoir à son existence, si personne n'est tenu à leur entretien, ces malades doivent être assistés par l'internement. Au point de vue thérapeutique, il est désirable d'interner certains de ces malades, car leurs obsessions et leurs impulsions peuvent avoir une durée indéfinie lorsqu'ils sont laissés dans leurs familles. L'isolement avec une intervention médicale appropriée peut seul donner au traitement des chances de succès.

“Il arrive, dit Garnier, que des personnes viennent demander au médecin de les enfermer dans un asile d'aliénés. Ce sont ordinairement des héréditaires ou dégénérés obsédés par une idée fixe les poussant soit au suicide, soit à l'homicide. Le bien-fondé d'une telle mesure essentiellement protectrice, aussi bien à l'égard de l'aliéné que de la société, n'a pas besoin d'être démontré. Toutefois, le médecin ne devra pas accepter sans un sérieux examen les allégations des malades qui se plaignent d'avoir des obsessions. Si invraisemblable que cela paraisse, le séjour à l'asile tente un certain nombre d'individus (2).”

(1) Dr V. Magnan. Recherches sur les centres nerveux.

(2) Le Dr P. Garnier. Loc. citée.

*Epilepsie.* (1)

“ L'épilepsie, a dit Tardieu, (2) est pour la médecine légale, un sujet plein de difficultés et de périls.” On peut dire que les difficultés ne sont pas moins grandes, ni le sujet moins périlleux, au point de vue de l'internement des épileptiques dans les asiles d'aliénés, pour le surintendant médical préposé à l'admission et le médecin signataire du certificat médical, que pour le médecin légiste, au point de vue de l'appréciation de leur responsabilité, en rapport avec un délit quelconque.

Ce qui rend la question si difficile à résoudre, c'est que si l'épilepsie s'accompagne fréquemment de troubles intellectuels, “ il faut reconnaître aussi que l'épileptique peut être très sain d'esprit, très lucide et que rien n'autorise à le confondre avec un aliéné. En droit strict, l'internement s'applique seulement aux *épileptiques aliénés*, tandis que l'assistance est due aux épileptiques simples réduits à l'indigence.” (3)

Or, il n'existe pas d'assistance publique pour les épileptiques dans la province de Québec, et la philanthropie civile ou religieuse ne leur a pas encore élevé des établissements spéciaux, pouvant les recevoir en toute circonstance.

Les hôpitaux les refusent, parce qu'ils sont presque toujours considérés comme incurables et qu'ils occupent des lits mieux employés à l'hospitalisation de malades qu'un traitement médical ou chirurgical, institué à temps, peut rendre à la santé et à la vie active. Les hospices, les maisons de refuge les reçoivent bien, lorsqu'ils sont doux et dociles et que les attaques ne sont pas trop bruyantes, mais ils ne veulent pas leur accorder l'hospitalité, lorsqu'ils troublent le repos des asiles, lorsqu'ils se montrent indociles ou lorsque leur infirmité impressionne péniblement les autres malades. D'autres établissements de bienfaisance ne veulent pas recevoir les épileptiques, parce que cette classe de malades ne répond pas à leur destination spéciale.

Certains épileptiques peuvent vaquer à leurs occupations, arriver même aux honneurs et à la richesse ; mais pour le plus grand nombre, ils sont incapables de pourvoir à leur existence, par la nature

(1) Voyez Les épileptiques et les asiles publics d'aliénés dans la province de Québec, par le Dr Geo. Villeneuve, “ Union Médicale du Canada,” t. 24, p. 225, 1895.

(2) A. Tardieu. Etude médico-légale de la folie, p. 130.

(3) Paul Garnier. Loc. citée.

même de leur maladie, qui les éloigne d'un grand nombre de métiers et de professions. Renvoyés des ateliers, établissements de commerce, travaux publics, etc., où leurs attaques sont une cause de désordre et d'effroi, refusés par les établissements hospitaliers, les épileptiques finissent par tomber à la charge de leurs parents ou dans le domaine de la charité publique, réduits à mendier leur pain et à s'abriter sous un toit de hasard.

C'est alors que les parents, les amis, les pouvoirs publics mêmes, cherchent à obtenir leur internement dans les asiles d'aliénés, qui semblent être leur unique refuge.

Pour interner un épileptique, il faut le rendre tributaire de la loi. Or, d'après la loi, ainsi que nous l'avons vu au commencement de cette étude, les aliénés seuls peuvent être admis dans les asiles publics, et le texte légal ne parle de l'épilepsie que, pour en faire une des conditions sous lesquelles les idiots et les imbéciles peuvent être admis dans les asiles d'aliénés. Donc, l'épilepsie étant une maladie nerveuse et non pas une maladie mentale en elle-même, les personnes atteintes de cette maladie ne peuvent être admises dans les asiles d'aliénés, que s'il existe en même temps des troubles intellectuels produits par cette affection et en relation directe avec elle ou s'il y a co-existence d'une forme quelconque de maladie mentale.

Voyons donc dans quelles conditions les épileptiques peuvent être considérés comme aliénés, et deviennent tributaires de la loi, au point de vue de l'internement. Avec le professeur Paul Kovalevsky (1) on peut dire que la vie de chaque épileptique consiste dans une série d'accès et dans l'espace de temps qui les sépare ou *intervalles*, lucides ou non.

#### *Accès.*

L'accès d'épilepsie peut se présenter sous des aspects bien différents, dont le caractère différentiel très tranché dans certains cas ne présente pas dans d'autres cas la même netteté.

Cependant, au point de vue de la description, on peut avec Van Gibson et Sidis, (2) classifier les différents cas en les divisant en trois groupes principaux :

I. L'attaque typique d'épilepsie se présentant sous des aspects principaux :

(1) L'épilepsie au point de vue clinique et médico-légal, annales médico-psychologiques. Tome 1, 1898.

(2) "Epilepsy and expert testimony, State of New-York, state hospital Bulletin. Vol. 11, No 2, 1897.

A. *Le grand mal*, caractérisé par l'attaque complète convulsive, avec aura, convulsions généralisées toniques, puis cloniques, suivies de stertor, et d'un retour plus ou moins rapide de la conscience, absente pendant toute la durée de l'accès.

B. *Le petit mal* caractérisé 1° par le *vertige* dont le phénomène principal et caractéristique se réduit à quelques convulsions localisées à une faible portion du corps, le plus ordinairement à la face, avec perte de connaissance ; 2° par l'*absence* qui se réduit à un vertige, auquel manquent les troubles de la mobilité, et se borne à la perte de connaissance. (1)

II. Des accès typiques d'épilepsie classique suivant les formes A et B, avec association ou alternance de troubles intellectuels intermittents comme les attaques, et appelés dans l'alternance *équivalents psychiques*. Ces troubles intellectuels consistent principalement en une *hébétéude* et une *torpeur intellectuelle* se dissipant lentement, laissant pendant un temps plus ou moins prolongé l'idéation absente, des accès de *manie simple* ou *furieuse*, dans laquelle des hallucinations jouent un grand rôle, des *délires* diffus ou systématisés, et des *impulsions irrésistibles*, des *fugues inconscientes* et de l'*automatisme ambulateur*.

Le principaux caractères de ces troubles intellectuels sont leur soudaineté, l'instantanéité de leur apparition, l'inconscience qui les accompagne, l'amnésie qui les suit, l'identité des accès, leur périodicité et la brusquerie de leur dénouement. On a cité des cas dans lesquels la conscience n'a pas été totalement absente et l'amnésie consécutive n'a pas été non plus absolue, mais ces cas demandent à être mieux observés.

III. Des accès où la maladie consiste seulement en des troubles intellectuels, pouvant se présenter sous l'aspect de l'une des formes énumérées plus haut dans le groupe No II, et ayant absolument les mêmes caractères, mais qui ne sont précédés d'aucune des manifestations de l'épilepsie typique, que nous avons décrites dans le groupe No I, soit attaques convulsives, vertiges ou absence. De fait, ces troubles intellectuels constitueraient à eux seuls toute la maladie appelée alors *épilepsie larvée*. Acceptée par les uns et niée par d'autres, qui n'y voient que des cas où les manifesteurs typiques ont pu passer inaperçus ou ont été méconnus, cette forme a donné lieu à l'importantes discussions et a suscité de nombreux travaux ; mais il n'en est pas moins vrai qu'il y a des cas où l'épilepsie se manifeste pour l'observateur, uniquement sous l'aspect de troubles intellectuels. Le

(1) Voir Magnan. Leçons cliniques sur les maladies mentales. Paris 1893.

problème consiste tout simplement à pouvoir attribuer à l'épilepsie ce qui lui appartient.

Quelles que soient leur simplicité ou leur complexité, les actes commis par les épileptiques sous l'influence des troubles intellectuels énumérés dans les groupes II et III, sont de la nature la plus diverse, "les uns d'une innocence absolue, les autres simplement désordonnés, quelques uns d'une gravité extrême par le danger qu'ils font courir soit aux malades eux-mêmes, soit aux personnes qui se trouvent à la portée de ceux-ci." (1)

Dans le premier cas, l'internement est inutile, dans le deuxième, il peut devenir nécessaire, si le malade est difficile à maintenir, dans le troisième, il s'impose impérieusement.

#### *Intervalles.*

L'espace de temps qui sépare les accès épileptiques peut être de durée très inégale, depuis quelques minutes et quelques heures, jusqu'à des semaines, des mois, des années et même des dizaines d'années. (2)

Pendant cette période, l'épileptique présente à étudier l'état *quantitatif* de son intelligence, si je puis m'exprimer ainsi, sa lucidité et son caractère.

"Dans certains cas, si l'épilepsie se développe pendant l'enfance, elle arrête le développement intellectuel de l'enfant et fait naître une des formes de l'idiotie ou de l'imbécillité, selon l'âge et le degré de développement de l'enfant. Plus que cela, avec le temps et à mesure que les accès se répètent, non seulement la vie intellectuelle de l'enfant malade s'arrête dans son développement, mais encore elle tombe au-dessous du niveau qu'elle avait atteint et les enfants deviennent des idiots.

Dans d'autres cas, si l'épilepsie se déclare après dix-huit ou vingt ans et si les accès sont fréquents, nous voyons se développer peu à peu tous les symptômes de la démence épileptique. (3)

Les idiots sujets à des attaques d'épilepsie et les épileptiques atteints de démence, peuvent être internés, suivant les circonstances dans lesquelles ils se trouvent.

Mais les cas sont nombreux où l'épilepsie n'arrête pas le développement intellectuel de l'individu et ne diminue en rien ses facultés.

---

(1) Dr Victor Parant. Des impulsions irrésistibles des épileptiques. Bordeaux, 1895.

(2) Kovalevsky. Loc. citée.

(3) Kovalevsky. Loc. citée.

tés intellectuelles. Les cas ne sont pas moins nombreux où l'épilepsie laisse pendant l'intervalle, l'individu absolument lucide et sain d'esprit et ne modifie en rien son caractère. " Pour s'en convaincre, il n'y a qu'à examiner un certain nombre d'épileptiques et l'on trouve que la plupart d'entre eux n'ont absolument rien d'anormal ; en dehors des crises convulsives leur intelligence fonctionne comme celle des gens indemnes de toute maladie nerveuse." (1)

Pas n'est nécessaire d'ajouter que de tels épileptiques ne sont nullement justiciables de l'internement, dans aucune circonstance et sous aucune condition.

Il n'en est pas toujours ainsi, malheureusement, il arrive que chez des épileptiques, qui peuvent d'ailleurs ne présenter que des attaques typiques de la névrose, il y a une sorte de " spontanéité impulsive (2) qui se trahit en maintes circonstances, qui se traduit surtout par une grande irritabilité, par des violences de caractère, et qui, sans qu'il y ait inconscience et amnésie, met souvent le malade dans un état où il ne se possède réellement plus. Il peut arriver aussi qu'un épileptique se laisse aller à des colères excessives, à des emportements irréfléchis, sous l'influence desquels il pourra commettre des violences ou d'autres actes du même genre. Ces dispositions se manifestent de telle sorte que l'individu en arrive à être véritablement dans des conditions identiques à celle de l'épileptique impulsif, qui a agi dans l'inconscience. Et néanmoins il est vraiment conscient, mais sa volonté se trouve réellement impuissante à réprimer les emportements qui l'entraînent ; il subit, d'une manière absolue l'influence de son tempérament épileptique ou, pour mieux dire, de sa maladie."

Dans cette condition, un épileptique est irresponsable de ses actes, et comme il est sans cesse entraîné à faire quelque chose de délictueux ou de nuisible il peut et doit être interné, si une surveillance efficace ne peut le rendre impuissant à commettre ces actes.

Magnan a démontré que les délires qui appartiennent en propre à l'épilepsie peuvent exister avec des délires d'autre origine, par exemple avec du délire alcoolique, de la folie systématisée, des troubles divers dus à la dégénérescence. Il peut arriver aussi que l'épileptique, qui ne présente aucun trouble intellectuel de nature épileptique, c'est-à-dire qui ne présente que les manifestations de la névrose, offre des troubles divers d'origine vésanique, de l'aliénation mentale ordinaire. Dans ce cas il devient tributaire des lois et des conditions qui s'appliquent à l'aliéné ordinaire.

(1) Parant. Loc. citée.

(2) Parant. Loc. cité.

En étudiant l'épilepsie au point de vue de l'internement nous devons, *en résumé*, arrêter notre attention sur deux moments de la vie de l'épileptique :

1° Sur les accès épileptiques mêmes, le temps qui les précède et les suit immédiatement ;

2° Et sur l'espace de temps qui les sépare.

A ce point de vue, tous les cas d'épilepsie peuvent être rangés en six catégories :

1. Les cas d'épilepsie simple ;

2. Les cas d'épilepsie dans lesquels les facultés intellectuelles du malade restent dans les intervalles entre les accès intactes et intactées ;

3. Les cas d'épilepsie où les accès sont accompagnés de troubles passagers ou prolongés des facultés intellectuelles ou remplacés par des troubles intellectuels ;

4. Les cas d'épilepsie qui ont amené un arrêt plus ou moins complet du développement intellectuel, ou bien, un passage graduel à la démence épileptique ;

5. Les cas dans lesquels les malades présentent pendant les intervalles des accès des modifications plus ou moins profondes du caractère et des facultés morales ;

6. Les cas où il y a co-existence de l'épilepsie avec certaines autres formes de maladies mentales.

Les malades des groupes 1 et 2 ne peuvent et ne doivent pas être internés. Leur internement serait arbitraire et illégal.

Les malades du 3me groupe peuvent être internés s'il résulte du trouble de leurs facultés mentales, des actes désordonnés, nuisibles pour eux-mêmes ou les autres, ou scandaleux, et qu'ils ne peuvent trouver dans leur milieu familial, une protection et une répression efficaces.

Les malades du 4me groupe peuvent être internés, lorsqu'ils sont idiots ou imbéciles ; et lorsqu'ils sont déments, au même titre que tous les autres déments, s'ils sont dangereux, scandaleux, et s'ils ne peuvent trouver dans leur entourage les soins et la surveillance nécessaires, enfin, s'ils sont abandonnés.

Les malades du 5me groupe peuvent être internés s'ils présentent des perversions morales et cette irritabilité qu'on a appelée spontanéité impulsive et se livrent à des actes nuisibles pour eux-mêmes et les autres.

Les malades du 6me groupe sont tributaires des lois et des conditions qui s'appliquent aux aliénés ordinaires.

Je termine cet article sur l'épilepsie par le conseil que Parant (1) donne au médecin. " Il ne doit poser son diagnostic de folie épileptique qu'après s'être entouré de tous les éléments de certitude possibles. Il doit se défier des renseignements qui lui sont donnés en vue d'obtenir un certificat d'internement, et d'autant plus que parfois c'est par eux, plutôt que par des constatations directes, qu'il devra juger la situation." Il doit se rappeler qu'il faut qu'il prouve non seulement que l'individu à placer est épileptique, mais qu'aussi il est aliéné.

### *Hystérie.*

Dans l'*hystérie* comme dans l'épilepsie, le médecin devra également tenir une conduite différente, suivant les formes de la maladie en présence desquelles il se trouvera. S'il est incontestable que pour combattre la plupart des manifestations de l'*hystérie* il est nécessaire d'isoler les malades de leur milieu habituel, on n'est pas toujours obligé de les internier dans un asile d'aliénés. Cette mesure n'est légitime et conforme à la loi, que si l'*hystérie* s'accompagne de tels troubles intellectuels qu'on en arrive à la désigner sous le nom de *folie hystérique*. Dans les cas d'*hystérie* simple, les conseils du médecin doivent tendre à rassurer la famille affolée souvent par l'aspect dramatique de la crise, et à prescrire des mesures d'attenté; on surveillera cette crise, en s'entourant de toutes les précautions nécessaires. Quelques jours suffisent habituellement pour ramener le calme. On ne devra donc avoir recours à l'internement, que chez les hystériques qui présentent des perversions morales profondes ou des troubles intellectuels constituant un véritable délire (*folie hystérique*). La plus grande prudence est ici à observer; et, à moins d'actes suffisamment démonstratifs, il conviendra de refuser un certificat d'internement. (2)

### *Alcooliques.*

Comme la loi ne permet d'interner dans les asiles que des aliénés, pour interner un alcoolique, il faut le rendre tributaire de la loi. L'ivresse simple, même d'habitude, ne justifie pas l'internement, il faut que l'usage de l'alcool fasse de l'alcoolique un véritable aliéné, c'est-à-dire qu'il présente des troubles intellectuels tels qu'on arrive à désigner l'intoxication sous le nom de *folie alcoolique*. Il ne

(1) Parant. Loc. citée.

(2) *Semaine Médicale*, août 1897. Rapport du congrès français des médecins aliénistes et neurologistes tenu à Nancy.

s'agit pas d'une simple épisode ébrieuse, mais d'une véritable folie présentant avec des symptômes bien connus. (1)

Si la loi nous refuse d'interner un alcoolique à moins qu'il ne présente des troubles intellectuels suffisants par leur gravité et leur évolution pour le faire déclarer aliéné, elle nous interdit de le maintenir à l'asile dès qu'ils se sont dissipés. L'alcoolique séquestré est en effet régi par la même loi que l'aliéné, en vertu de laquelle, tout aliéné doit être mis en liberté, aussitôt que sa guérison est constatée.

On ne peut donc interner un ivrogne pour le guérir de ses habitudes alcooliques, non plus que pour l'empêcher de boire. L'ivresse quelque prolongée ou fréquemment renouvelée qu'elle soit, le délire alcoolique simple, qui tend spontanément à la guérison une fois le poison supprimé, ne sont donc pas justiciables de l'asile, et le médecin doit toujours, dans ces circonstances, refuser de donner un certificat d'internement. Nous étudierons au chapitre destiné aux asiles pour les ivrognes, les mesures qui s'appliquent à ces cas. Le médecin doit toujours attendre, pour délivrer un certificat d'internement, qu'il soit suffisamment démontré par la nature et l'évolution des troubles intellectuels que présente l'alcoolique, qu'il peut être véritablement considéré comme aliéné et qu'il prend place dans le groupe de la folie alcoolique.

---

(1) Dr V. Magnan. De l'alcoolisme, des diverses formes du délire alcoolique et de leur traitement, Paris, 1874. Dr P. Garnier. La folie à Paris, Paris, 1890.

---

## BIBLIOGRAPHIES

---

BOURNEVILLE. — Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'Épilepsie, l'Hystérie et l'Idiotie. — Compte-rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1897, par BOURNEVILLE, avec la collaboration de MM. Dardel, Jacomet, Mettetal, J. Noir, Philippe, Rellay, Schwartz, Tissier et Wuillamier. — Tome XVIII de la collection. Un fort volume de LXXXIV-224 pages avec 18 figures dans le texte et 20 PLANCHES. Prix : 7 francs. — Librairie du Progrès médical, 14, rue des Carmes, et Félix Alcan, Boulevard Saint-Germain, 108.

DE FRUMERIE. — Massage gynécologique, (méthode Thure-Brandt), par Gustave de FRUMERIE, médecin-gymnaste. G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne, 1897, oct., 176 — prix : 2 francs.

## REVUE DES JOURNAUX

## MÉDECINE.

## L'ARTHRITISME.

M. Maurel, de Toulouse, attribue l'arthritisme à la surnutrition : il nous explique ce qu'il entend par *surnutrition* et la distinction qu'il y a lieu de faire entre elle et la *suralimentation* ; cette dernière est fonction de l'état des organes digestifs, et la surnutrition est fonction des besoins de l'organisme.

La surnutrition ainsi définie, les maladies de surnutrition se confondent avec les maladies arthritiques. Ce sont là deux expressions synonymes. L'arthritisme, pour évoluer d'une manière complète, a besoin de plusieurs générations. On peut admettre, d'une manière générale, que si la cause persiste, la famille qui en est atteinte ne dépasse pas la cinquième génération, celle-ci restant inféconde. L'évolution complète peut être divisée en trois périodes : de *conservation*, de *résistance*, de *déchéance*.

D'une manière générale, la première période comprend la première génération et s'étend en diminuant sur les deux suivantes. Son caractère dominant est la pléthore. La deuxième période comprend les deux générations suivantes ; et les formes pathologiques qui lui appartiennent plus spécialement sont l'obésité, la goutte, le diabète, l'albuminurie, les lithiases et les hypersécrétions muqueuses et cutanées. La troisième période, ou de *déchéance*, embrasse les deux dernières générations et les manifestations morbides dominantes sont : la sclérose (vaisseaux et viscères) et sous son influence, l'altération des éléments nobles, la chlorose, les ptoses, les malformations physiques, intellectuelles et morales, et enfin, l'infécondité. Les différentes manifestations de l'arthritisme, au moins d'une manière générale, suivent dans leur apparition un certain ordre. Il y a pour elle une loi de succession. La cause essentielle de l'arthritisme est la surnutrition. Celle-ci agit sur le sujet lui-même pendant les deux premières périodes, et les manifestations de la troisième dépendent des modifications subies par les divers tissus pendant les deux premières, et transmises héréditairement. La preuve que les manifestations des deux premières périodes sont dues à la surnutrition, c'est que toutes disparaissent par le dosage de l'alimentation.

Le danger de la surnutrition vient de l'excès, dans l'organisme, des substances en voie d'oxydation ou tout ou moins de désassimilation. La quantité de calories nécessaires à l'organisme étant à cause de la surnutrition, demandée à une quantité plus considérable de substances à consumer, l'oxydation de ces substances est fortement ralentie. Ces produits de combustion incomplète, sans danger quand ils sont en petite quantité, peuvent en avoir quand leur quan-

tité augmente. M. Maurel a constaté que la surnutrition augmente la toxicité des urines. Ce sont probablement ces produits qui, avec le temps, impriment aux tissus et, plus particulièrement, au tissu conjonctif les modifications qui se transmettent héréditairement.

La base du traitement de l'arthritisme, surtout des deux premières périodes, est le dosage de l'alimentation, et M. Maurel montre que tous les traitements ayant donné des succès contre l'obésité et le diabète, ces deux formes types de l'arthritisme, sont constitués par des régimes inférieurs à la ration d'entretien et donnant un nombre de calories sensiblement inférieur à celui qui correspond à cette ration.

En résumé, conclut M. Maurel, l'arthritisme ainsi compris et ainsi simplifié peut se résumer ainsi :

1° La surnutrition exagère les produits de combustion incomplète;  
2° Ces produits agissent sur divers tissus et plus spécialement sur le tissu conjonctif et ses dérivés, qui se modifient dans le sens de la sclérose ;

3° Cette sclérose, après quelques générations, prend une marche presque irrévocablement propensive. Elle porte sur tous les organes, diminue leur valeur fonctionnelle, et quand elle porte sur les organes de la génération, elle conduit à l'infécondité ;

4° L'arthritisme est donc, au fond, surtout une sclérose produite par les substances en voie d'oxydation et dont la tendance se transmet par hérédité.

Ces idées bien comprises, ajoute M. Maurel, il sera facile désormais de voir, parmi les formes si multiples et si variées de l'arthritisme, celles qui dépendent de la surnutrition elle-même, celles qui dépendent de la sclérose, et celles qui sont destinées, au contraire, à éviter à l'organisme des dangers de la surnutrition.

*(Le Mouvement Thérapeutique et Médical.)*

#### LES GAZ DE L'ESTOMAC.

S'il y a absence complète de gaz dans le tube digestif du fœtus et du nouveau-né, ils y apparaissent peu après la naissance, même avant l'ingestion de lait, car les premières bulles d'air sont dégluties avec la salive. Aussi, à l'état normal, aussi bien pendant la période de digestion qu'en dehors d'elle, l'estomac renferme constamment des gaz. Paul Vauthey assure même, qu'à l'état de santé, la présence d'une certaine quantité de gaz est une condition indispensable au bon fonctionnement des voies digestives ; leur présence est en quelque sorte liée d'une manière nécessaire à l'accomplissement des fonctions gastro-intestinales. Ils maintiennent béante la cavité du tube digestif, contribuent à aider à la régularité des fonctions viscérales et favorisent ainsi la progression des matières alimentaires. En outre, la déglutition volontaire ou involontaire d'air atmosphérique et son émission presque immédiate par éructation provoquent l'issue de gaz contenus dans l'estomac après un repas copieux et diminuent la tension gênante que peut présenter cet organe.

En somme, à l'état normal, la principale origine des gaz de l'estomac serait l'air atmosphérique dégluti ou entraîné par la déglutition alimentaire.

Les gaz qui existent en petite quantité dans le tube digestif, à l'état normal, peuvent, dans certaines conditions pathologiques, devenir trop abondants et donner lieu à des phénomènes plus ou moins graves, à des symptômes plus ou moins gênants.

D'autres fois, ce n'est pas seulement la quantité des gaz qui devient anormale ; ils peuvent être modifiés dans leur qualité et leur nature ; ou bien encore il peut simplement y avoir prédominance exagérée de l'un d'eux.

Ces gaz pathologiques de l'estomac reconnaissent deux causes principales : les aliments aux dépens desquels se font les fermentations anormales et les putréfactions ; l'air atmosphérique dégluti volontairement ou involontairement. Ils déterminent de la flatulence, du tympanisme, du météorisme, de la pneumatose, et, comme conséquence, un certain nombre d'états morbides variés, d'ordre mécanique, réflexe et toxique. Ce sont d'abord, par suite de la distension gastrique, des malaises, des douleurs qui peuvent s'irradier jusqu'aux lombes et à l'hypocondre. Il peut se produire, dans les cas plus graves, un refoulement du diaphragme avec compression des poumons et du cœur : on note alors de l'anxiété, de l'agitation, de l'insomnie, des accès d'oppression, des palpitations. Les choses peuvent même aller dans certains cas rares, il est vrai, jusqu'à compromettre l'existence par les progrès de l'asphyxie et la congestion veineuse de l'encéphale. Si cet état se prolonge, il n'est pas rare de constater de la dilatation de l'estomac avec toutes ses conséquences.

“ Sous l'influence de certaines conditions morbides, dit M. P. Vauthey, les fermentations physiologiques ou pepsiques de l'estomac peuvent être profondément troublées, la masse alimentaire alors incomplètement ou mal élaborée en raison de la défectuosité des fonctions normales, se trouve livrée à la merci de diverses actions étrangères ; la principale est la pullulation de micro-organismes qui, à la faveur de l'état pathologique, déploient leur activité au sein d'un terrain favorable.”

Les fermentations anormales prendront dès lors naissance, et amèneront la production de gaz en quantité et de qualité variables.

Voici maintenant comment se font ces fermentations. (Nous empruntons la description qui va suivre au beau travail de M. Paul Vauthey).

Provoquées par l'activité de nombreuses espèces de micro-organismes (ferments, levures, bactéries), ces fermentations gazeuses de l'estomac se font le plus souvent aux dépens des substances hydrocarbonées, plus rarement des matières albuminoïdes. Parmi les causes qui interviennent dans leur production, la dilatation avec insuffisance motrice et la stagnation réalisent les conditions les plus favorables. En effet, l'intensité des fermentations est dans un rapport évident avec l'insuffisance motrice et donne mêmes des indications pour le diagnostic du degré de cette insuffisance. Par contre, le suc gastrique et son H Cl n'ont qu'une action antiseptique relative ;

les fermentations secondaires se font aussi bien en leur présence qu'en leur absence.

Les fermentations anormales trouvent leurs conditions favorables réalisées à une certaine période de la plupart des affections gastriques. De même les maladies des autres organes et certaines maladies générales sont capables de déterminer des troubles stomacaux pouvant être suivis des mêmes processus fermentatifs. Alors aux symptômes de ces maladies s'ajoutent des signes nouveaux qui constituent le syndrome dyspeptique flatulent. En outre, d'autres effets pathologiques, qu'on peut considérer comme des complications, sont dus à la production de substances anormales, gaz, acides organiques, ptomaines, dont l'action porte sur l'estomac, l'intestin, le foie, l'état général, etc.

Les fermentations les plus habituelles sont la fermentation lactique, butyrique, alcoolique, acétique, albuminoïde. Elles dégagent  $\text{CO}_2$ ,  $\text{H}_2$ ,  $\text{H}_2\text{S}$ ;  $\text{C}_2\text{H}_4$  en petite quantité; quelquefois  $\text{C}_2\text{H}_6$ .

La direction de la fermentation paraît dépendre de causes multiples, mais surtout de la nature du milieu fermentescible; la prédominance d'espèces particulières d'agents fermentescibles, leur activité, les associations microbiennes, la présence ou l'absence d'oxygène, la présence ou l'absence d' $\text{HCl}$ , peuvent être regardées comme des conditions adjuvantes. Néanmoins, chaque variété de fermentation peut s'observer dans tous les cas: elles peuvent se succéder ou coexister dans un même estomac, présentant un même chimisme.

Nous venons de voir comment se produisent les fermentations gazeuses dans l'estomac et quels symptômes plus ou moins graves, plus ou moins gênants elles suscitent. Il nous reste à exposer quelle thérapeutique on doit leur opposer.

D'abord, les fermentations gazeuses étant tantôt un symptôme, tantôt une complication de la plupart des affections gastriques, il est de première nécessité d'instituer le traitement spécial à celles-ci.

Au point de vue du régime alimentaire, il faut recommander d'introduire dans l'estomac le moins possible de substances capables de fermenter. En général, il est difficile de faire accepter des malades la suppression du pain; on se bornera à leur recommander de n'absorber que les parties les plus cuites, la croûte principalement. Le pain grillé peut être recommandé. Les féculents, les amylacés, les sucres devront, autant que possible, être bannis du régime alimentaire. Peu de légumes verts, peu ou point de légumes secs (haricots, pois, lentilles, châtaignes, pommes de terre, etc.)

Les troubles de la sécrétion favorisant les fermentations gazeuses par le défaut de transformations physiologiques des substances introduites dans l'estomac, il faudra ranimer l'activité sécrétoire par l'usage des alcalins (bicarbonate de soude principalement), des amers.

S'il existe de la stase gastrique, on conseillera de manger peu à la fois et de manger souvent, en absorbant des aliments très nutritifs sous un petit volume. La noix vomique est presque toujours indiquée dans ces cas (trois à cinq gouttes dans un peu d'eau, avant chaque repas). On peut aussi avoir recours à l'électricité galva-

nique ou faradique, au massage, à l'hydrothérapie, au lavage d'estomac. Le charbon pourra être conseillé comme un absorbant fort utile. Il en est de même de la craie préparée, du sous-nitrate de bismuth. On peut, en outre, provoquer ou faciliter l'expulsion des gaz au moyen des agents carminatifs : anis, carvi, fenouil, coriandre, mélisse, camomille, vanille, tilleul, etc.

Enfin, certains auteurs, Bouchard en particulier, recommandent de faire soigneusement l'antisepsie du tube digestif et recommandent : le naphthol, le salol, le menthol, le salicylate de bismuth, les sels de quinine et de mercure, etc.

En résumé, dit M. P. Vauthey, dans le traitement des fermentations gazeuses de l'estomac trois indications se posent :

- 1<sup>o</sup> Éviter ou atténuer la stagnation ;
- 2<sup>o</sup> Diminuer ou arrêter le processus fermentatif ;
- 3<sup>o</sup> Traiter les symptômes.

La première indication sera remplie par la diminution de la surcharge alimentaire, l'ingestion de substances très digestibles et peu fermentescibles, c'est-à-dire par l'indication d'un régime ; en même temps on débarrassera l'estomac des résidus stagnants, et on excitera la tonicité et la contractilité de la tunique musculaire.

L'emploi des antiseptiques stomacaux réalisera la deuxième indication.

Enfin, troisième indication, on mettra en œuvre les moyens thérapeutiques propres à chacun des symptômes déterminés par les gaz, les acides, les alcaloïdes, produits secondaires des fermentations.

(*L'Indépendance Médicale.*)

#### TRAITEMENT DE L'ULCÈRE DE L'ESTOMAC.

Communication intéressante, à la Société de thérapeutique, sur le traitement de l'ulcère de l'estomac.

M. G. Lyon envisage successivement :

1<sup>o</sup> Le traitement de l'ulcère non compliqué (c'est-à-dire sans hémorragies graves, sans douleurs et sans vomissements incoercibles, sans abcès, sans perforation) doit remplir les conditions suivantes :

A. Assurer la cicatrisation de l'ulcère. A cet effet, on prescrira, avec le repos au lit :

a) Le régime lacté (lait écrémé,  $\frac{1}{2}$  verre, plus tard 1 verre toutes les trois heures, et plus tard toutes les deux heures) ;

b) Alimentation rectale. Elle ne peut être employée que pendant un temps limité. Le meilleur lavement rectal (4 à 6 par jour) est ainsi formulé :

Lait, un verre.

Jaune d'œufs, No 2.

Na Cl, une pincée.

Laudanum, quelques gouttes.

c) Comme traitement médicamenteux, 10 à 15 grammes de sous-nitrate de bismuth en suspension dans 200 grammes d'eau ou de lait.

B. Combattre les causes provocatrices.

L'hyperpepsie est jugulée par les compresses chaudes sur la région épigastrique et par l'emploi du sel de Carlsbad, on prescrira donc, par exemple, de prendre, chaque matin, un verre d'eau à 40° additionné d'une, puis de 2 cuillerées à café du mélange suivant :

Bicarbonate de soude.....	} ââ 40 gr.
Sulfate de soude.....	
Chlorure de sodium.....	

### C. Traitement des symptômes.

a) Hémorragies. Elles relèvent de l'emploi de la glace, de la diète, de l'opium, et quand elles sont très abondantes, elles nécessitent l'usage de la ligature des membres, des injections de sérum ou d'éther, de caféine, d'huile camphrée.

b) Douleurs. Elles sont traitées exceptionnellement par les narcotiques. Elles cèdent souvent aux alcalins à haute dose (10 à 15 grammes), alcalins qui seront le bicarbonate de soude capable "de jeter de l'huile sur le feu" en exagérant l'hyperchlordrie quand on prolonge son emploi, ou encore la craie, la magnésie, le sous-nitrate de bismuth.

c) Vomissements. Réduire ou proscrire l'alimentation stomacale.

d) Contre l'anémie, on usera du fer, de l'arsenic, de l'hygiène (aero et hydrothérapie).

En résumé, on devra :

1° Prescrire d'abord le régime lacté absolu.

2° Revenir lentement à l'alimentation mixte : d'abord permettre les potages aux pâtes, le bouillon, les œufs clairs ; puis plus tard, les viandes, les légumes secs, les compotes de fruits ; on conseille l'eau et le lait comme boisson.

### D. Traitement chirurgical :

La gastro-entérostomie fait vite cesser les vomissements et les douleurs ; elle sauve 78 0/0 des malades chez lesquels elle est pratiquée ; elle est indiquée quand le traitement médical ne soulage pas les malades et aussi quand il s'agit de malades pauvres. Elle met à l'abri des récidives.

2° Traitement de l'ulcère compliqué :

a) Perforations. Absès sous-phréniques. La mort est la règle quand on n'intervient pas ; les chances de survie sont d'autant plus considérables qu'on intervient plus tôt.

b) Hémorragies. Les hémorragies incessantes sont la principale indication chirurgicale.

c) Adhérences. L'acte opératoire est ici bénin. (11 succès sur 11 cas. Marion).

3° Traitement des séquelles de l'ulcère.

a) Sténose pylorique. La gastro-entérostomie y remédie avec le plus d'avantages.

La même intervention convient à :

b) L'estomac biloculaire ;

c) Et à la transformation cancéreuse quand celle-ci est diagnostiquée assez tôt.

En résumé :

1° Le traitement médical guérit les malades dans 74 0/10 des cas.

2° Le traitement chirurgical est indiqué en présence d'ulcères rebelles au traitement, accompagnés de douleurs et de vomissements incoercibles, qui mettent en cause la vie du malade ou annihilent son rôle social; la gravité de l'intervention est alors inférieure à celle de l'abstention.

Quand l'ulcère est compliqué, quand il entraîne à sa suite des perforations, des abcès, la sténose, etc., l'intervention chirurgicale doit être conseillée par le médecin.

*Mouvement Thérapeutique et Médical.*

#### TRAITEMENT MÉDICAL DE L'APPENDICITE.

A force de discuter sur les indications du traitement chirurgical de l'appendicite, on semble oublier que parfois le traitement médical bien conduit peut aussi donner, dans nombre de cas, des résultats très appréciables. C'est ainsi que le professeur Biermer serait arrivé à avoir un peu plus de 98 pour 100 de guérisons de crises appendiculaires, en traitant ses malades d'après les principes suivants :

Aussitôt le diagnostic d'appendicite fait ou même simplement soupçonné, le malade est mis au lit et au repos absolu; même pour uriner ou pour aller à la selle, il ne doit se lever; une personne placée en permanence à son chevet est chargée de lui passer le vase et les objets dont il peut avoir besoin, et de veiller à ce qu'il ne se lève pas. S'il existe des douleurs abdominales très vives et de la fièvre, on met sur le ventre des compresses glacées ou une vessie de glace pas trop lourde. Dans le cas où le froid serait trop mal supporté ou même simplement désagréable, on remplacera la glace par des compresses tièdes ou mieux encore par des cataplasmes de farine de lin, qui trouvent également leur indication lorsque la fièvre a cessé et qu'un exsudat s'est déjà formé.

En fait de médicaments et dès le début, on donne au malade de l'opium et ceci indifféremment, qu'il existe de la constipation, de la diarrhée ou simplement des coliques. Comme préparation opiacée, on peut choisir de la *teinture d'opium* à la dose (chez les adultes) de 15 à 20 gouttes, répétée trois ou quatre fois par jour; soit de la morphine sous forme de prises de 15 milligrammes, répétées trois ou quatre fois par jour. Plus tard, à mesure que les symptômes s'atténuent, on diminue la dose d'opium et on arrive à ne faire prendre que 8 à 10 gouttes de teinture d'opium, trois ou quatre fois par jour.

Quant à la durée du traitement, tout dépend de l'état de l'intestin. Tant que la pression exercée au niveau de l'abdomen, et plus particulièrement au niveau de la région iliaque, est douloureuse ou simplement sensible, tant que la tension de l'abdomen a une tendance à augmenter, tant que le malade éprouve spontanément des douleurs ou des tiraillements douloureux dans le ventre, il faut continuer l'opium. M. Biermer a même l'habitude de laisser entre les

mains du malade une petite fiole avec de la teinture d'opium, dont il prend quelques gouttes chaque fois qu'il ressent des douleurs abdominales. On n'a pas à s'inquiéter de la constipation, inévitable en pareil cas, quand même la première selle spontanée ne viendrait qu'au bout de quinze, voire même de vingt jours.

L'immobilisation de l'intestin est encore assurée par la diète presque absolue pendant les premiers jours, qu'on remplace par la diète hydrique.

Inutile de dire que tout purgatif et tout lavement sont proscrits d'une façon formelle.

Les envies de vomir et la soif, ordinairement très vive, seront combattues par la glace que le malade laisse lentement fondre dans sa bouche ; plus tard, on lui donnera de l'eau de riz, de l'eau de pain ; plus tard encore du bouillon et enfin du lait. Quand les douleurs et la tension de l'abdomen auront disparu, on cessera l'opium.

On attendra toujours la première selle spontanée qui ordinairement, vient du quatrième au neuvième jour après le début des accidents. Et ce n'est que lorsque le malade aura eu deux ou trois selles spontanées qu'on lui donnera un lavement ou un purgatif. Le malade ne se lèvera que lorsqu'il aura eu plusieurs selles spontanées et que toute sensibilité de l'abdomen aura disparu.

La convalescence sera étroitement surveillée et longtemps encore le malade suivra un régime alimentaire particulier, dont seront exclues toutes les substances indigestes ou d'une digestion difficile. Pendant un ou deux ans, le malade portera toujours sur lui une fiole de teinture d'opium, dont il prendra un nombre suffisant de gouttes chaque fois qu'il aura des coliques. En cas de persistance de l'exsudat, on conseillera les compresses tièdes et au besoin les bains de boue.

*Mouvement Thérapeutique et Médical.*

---

DUPLAY et CLADO.—*Traité d'hystérocopie : instrumentation, technique opératoire, étude clinique*, par les docteurs G. DUPLAY et S. CLADO, avec 28 figures dans le texte.—Fr. Gimon, succ. de A. LeRoy, imprimeur breveté, Boulevard de la Liberté, Rennes, 1898—oct. de 256 pages.

---

## NAISSANCE

---

A St-Sébastien d'Aylmer, le 17 juin, l'épouse du Dr J. Pinault, un fils.

Parain et marraine : M. Elzéar Pinault et Mad. David Déry.

## CHIRURGIE

DE LA PÉRI-ARTHRITE TRAUMATIQUE SCAPULO-HUMÉRALE  
ET DE SON TRAITEMENT.

La péri-arthrite de l'épaule peut relever directement du rhumatisme ou de la blennorrhagie, ou bien être consécutive à un traumatisme. C'est cette dernière que nous avons en vue et que nous allons exposer d'après M. le Dr MAURANGE, qui a consacré un article à cette affection dans la *Gazette Hebdomadaire*.

Voici comment les choses se passent d'habitude. Le malade croit, à la suite du trauma, n'avoir qu'une contusion qui guérira toute seule. Mais le lendemain, les jours suivants, l'endolorissement, loin de s'atténuer semble augmenter, cette aggravation est surtout sensible la nuit. En même temps la gêne des mouvements s'accroît, cependant que le gonflement reste médiocre, qu'il y a peu ou point de phénomènes réactionnels locaux ou généraux. C'est ordinairement à ce moment, c'est-à-dire 2 ou 3 jours, quelquefois une semaine après l'accident, que le médecin est appelé.

À l'examen, il constate l'intégrité des surfaces articulaires dont les rapports sont normaux, mais il est frappé de l'impotence fonctionnelle, des douleurs que provoquent les mouvements communiqués et la pression de certains points déterminés. C'est au niveau et un peu au-dessous du bord externe de l'acromion, quelquefois au niveau de l'apophyse coracoïde, que la douleur est particulièrement aiguë, et surtout lorsque l'on exerce une compression sur les attaches inférieures du deltoïde. Les mouvements volontaires sont gravement compromis ou très limités; celui qui consiste à porter dans la région lombaire du côté opposé la face dorsale de la main du côté lésé est, pour le malade, le plus spécialement pénible. Enfin, on perçoit une crépitation sous-cutanée, qui est surtout très nette dans la région sous-acromiale.

À ces symptômes qui sont les plus habituels, peuvent s'ajouter d'autres signes en relation avec un état franchement inflammatoire des tissus péri-articulaires. On retrouve, suivant les cas, de la fluctuation au niveau de la bourse séreuse sous-acromiale, et même du gonflement, de la rougeur, etc., indiquant la suppuration de ce point. D'autres fois au contraire, lorsque l'affection est ancienne, on constate un aplatissement du moignon de l'épaule et une excavation des régions sus et sous-épineuses, dus à l'atrophie des muscles deltoïdes, sus et sous-épineux.

La précocité du diagnostic réel de la lésion est d'une importance considérable, car le traitement rationnel, s'il est institué de bonne heure, peut empêcher le malade de devenir infirme.

Si le traumatisme est récent, s'il y a de la douleur et du gonflement, il faut immobiliser avec l'écharpe de Mayor: on évitera les

appareils inamovibles, plâtres, etc. On peut ajouter les compresses résolatives.

En quelques jours, une semaine au plus, les phénomènes aigus disparaissent : il n'y a plus de douleurs spontanées. Il faut alors tout de suite entreprendre la mobilisation de l'épaule : les mouvements combinés et d'étendue progressive, le massage, l'électricité les révolutions (pointes de feu) constituent la série des moyens à employer pour combattre la raideur articulaire, qui sans cela serait inévitable.

En résumé, d'abord immobiliser sans que cette période de traitement dépasse une semaine à 10 jours ; ensuite combattre par tous les moyens la raideur articulaire, telle est la thérapeutique rationnelle et toujours efficace de la péri-arthrite de l'épaule.

Si l'on est en face d'une lésion ancienne, il va s'en dire que le massage, l'électricité, la mobilisation de l'article après rupture des adhérences sous le chloroforme doivent être les seuls modes de traitement. De même s'il y a suppuration, hygroma aigu, il convient d'évacuer le pus par une incision appropriée, et d'entreprendre au plus tôt la mobilisation de la jointure.

#### DES TRAUMATISMES OCULAIRES.

M. le Dr KOPFF rapporte, dans la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, deux faits de traumatisme oculaire qui montrent bien les conséquences variables que peut avoir une blessure de l'œil et les causes qui modifient ainsi le pronostic.

Dans le premier cas il s'agit d'une dame, dont l'œil porta sur l'angle d'une commode. Il en résulta une luxation complète sous-conjonctivale du cristallin avec le cortège des phénomènes irritatifs qui accompagnent cette lésion. Lavage avec la solution d'oxycyanure de mercure à 1/1500 ; traitement antiphlogistique énergique. En cinq semaines l'hémorragie était résorbée. La semaine suivante le cristallin fut enlevé. La correction de la vision fut faite comme après l'opération de la cataracte.

La seconde malade, en cassant du bois, en reçut un fragment sur l'œil ; elle fut soignée avec des compresses baignées et l'instillation d'un collyre. Lorsque le Dr Kopff la vit un mois après le début de l'accident, il constata une cicatrice linéaire s'étendant transversalement sur toute la cornée et la région ciliaire interne ; l'œil est atrophié à la suite d'une irido-cyclite plastique suppurative ; il est tellement douloureux que la pression la plus douce exercée par le doigt à travers la paupière provoque des souffrances atroces. L'énucléation s'impose et est pratiquée.

Ces deux observations juxtaposées montrent qu'en dehors des traumatismes qui par leur violence excessive occasionnent la perte immédiate de l'œil par broiement, écrasement, éclat, l'infection constitue le facteur important de la gravité des blessures oculaires. Les traumatismes en apparence graves par les désordres qu'ils provoquent, guérissent d'une façon qui surprend, lorsque l'infection n'intervient pas. Aussi, jamais l'indication d'antiseptiser rigoureusement une

plaie, n'a-t-elle été aussi urgente et capitale que dans la plaie de l'œil. La désinfection et l'antiseptie devront donc être la préoccupation immédiate du chirurgien et son objectif constant pendant la période de cicatrisation. En nettoyant et en désinfectant soigneusement la plaie par des lavages, si l'on est appelé peu de temps après la blessure, on la débarrasse des germes infectieux qu'elle peut contenir et l'on évite l'infection primitive. En maintenant l'effet de cette première désinfection par l'occlusion et des pansements appropriés, la plaie aseptique, ou rendue aseptique, ne s'infecte pas secondairement et l'on évite la perte de l'œil.

Plus tard, si besoin est pour le rétablissement fonctionnel intégral ou partiel, un œil ainsi préservé de l'infection pourra être sans danger l'objet d'une intervention spéciale, (iridectomie, extraction du cristallin cataracte...), surtout lorsque tout phénomène inflammatoire sera apaisé, c'est-à-dire après un intervalle assez long, de plusieurs mois autant que possible, afin de ne pas éveiller le processus phlegmasique.

#### DU TRAITEMENT DE LA PÉRI-MÉTRO SALPINGITE.

Par M. Pozzi.

Cette question de pratique gynécologique a été exposée par M. Pozzi dans une de ses leçons cliniques de l'hôpital Pascal, reproduite par la *Revue Médicale*.

Toutes les fois, dit M. Pozzi, qu'une malade se présente avec les signes d'une péri-méthro-salpingite ou d'une inflammation des trompes, il est bon de la soumettre à un traitement préparatoire, à une thérapeutique purement médicale, qui peut être suffisante dans quelques cas.

Le repos, les injections vaginales chaudes, les purgatifs doux, différents pansements vaginaux à la glycérine, au besoin les enveloppements humides, sont les principaux moyens qu'il faut mettre tout d'abord en œuvre pour combattre les accidents péri-utérins. On obtient parfois la résolution, mais c'est un fait excessivement rare, il faut le reconnaître. Presque toujours il se produit l'une des deux éventualités suivantes :

1° L'empâtement disparaît ; on ne sent plus la résistance ou la réitence que l'on avait constatée dans les premiers jours ; elle a fait place à une petite masse dure. C'est que l'œdème, qui était sous la dépendance de l'inflammation dont l'origine est dans les trompes, a diminué et démasqué le noyau inflammatoire, origine du mal.

L'œdème augmente, la sérosité se transforme en collection purulente. Au toucher, à la place de l'empâtement plus ou moins vague du début, on sent dans le cul-de-sac postérieur une tumeur volumineuse, nettement fluctuante et faisant saillie du côté du vagin. Cette collection purulente existe autour des trompes, dans le cul-de-sac de Douglas.

Pendant un certain temps le pus collecté, soit dans la trompe, soit dans le Douglas, ne donne lieu à aucune élévation de tempéra-

ture, parce qu'il s'est fait une séquestration du pus ; le poison est pour ainsi dire enfermé dans sa boîte par suite des conditions anatomiques. Mais la défense qui s'est faite autour du foyer infectieux pour le localiser, pour le séparer du reste de l'organisme est tôt ou tard vaincue, et alors apparaissent et les douleurs et la fièvre.

Quand les douleurs se montrent il faut intervenir. Dès qu'on est sûr que le pus est accessible par le vagin, il faut aller le chercher. Si la tumeur péri-tubaire ou péri-utérine est accessible par le vagin, c'est par la voie la plus courte, c'est par la voie vaginale qu'il faut passer, d'autant plus que le drainage de la poche purulente sera facile et naturel par le vagin. C'est donc la colpotomie qu'il faut employer.

Voici comment M. Pozzi la pratique.

On doit saisir le col avec une pince tire-balle, et prendre de préférence la lèvres postérieure, qu'on attire en relevant le col, de façon à bien tendre le cul-de-sac postérieur rendu bien accessible à l'aide de valves. Avec un bistouri, on incise immédiatement en arrière de l'insertion du vagin sur le col. L'incision doit être faite sur la ligne médiane et n'empiéter que peu sur les côtés. Une incision de 3 centimètres environ suffit. Il ne faut pas aller trop sur les côtés : il faut penser à la possibilité de la blessure de l'utérine et de l'uretère. L'incision se fera couche par couche ; le doigt placé dans la plaie sentira la partie fluctuante de la tumeur qui sera incisée en effondrée avec les doigts. Il sera toujours bon d'agrandir l'ouverture de la plaie avec les doigts. On évitera ainsi de blesser des vaisseaux importants.

Doit-on faire des lavages ? oui, mais à une condition, c'est qu'ils soient pratiqués avec ménagement. La pression du liquide que l'on injecte dans la poche doit être faible et l'on doit s'assurer du facile écoulement de l'injection au dehors.

Il ne faut pas employer des liquides antiseptiques très toxiques comme l'acide phénique et surtout le sublimé corrosif ; l'eau bouillie ou l'eau boricuée sont préférables. Si l'on s'est servi du sublimé, on fera suivre l'injection d'une large irrigation d'eau bouillie ou boricuée.

Après ces injections, il faut faire un tamponnement lâche de la cavité. Ce tamponnement doit être pratiqué avec précaution ; il ne faut pas oublier que les parois de la poche peuvent être faibles et friables. Il y a lieu de tasser doucement les gazes antiseptiques ; il faut surtout les introduire profondément. Ce tamponnement, qui est en même temps un drainage capillaire, doit être associé à un véritable drainage. M. Pozzi met un drain en T dans la poche, avant d'y introduire les gazes.

La colpotomie ainsi pratiquée est une opération bénigne et qui ne comporte généralement pas de dangers.

Les suites de l'opération sont simples. La défervescence se manifeste assez rapidement après l'intervention. La fièvre s'abaisse parfois le soir même, mais pas toujours. L'abaissement thermique ne se manifeste souvent qu'au bout de quelques jours.

La fistule, qui est le résultat de l'opération, dure plus ou moins

longtemps, mais finit par se tarir. La guérison est obtenue, du moins celle de l'abcès, car les malades restent avec des trompes malades. La salpingite est devenue chronique.

L'affection tubaire peut rester silencieuse pendant des mois, mais elle est susceptible de se manifester et se manifeste presque toujours. Alors la question se posera entre la laparotomie et l'hystérectomie vaginale faites à froid, car au début des accidents infectieux, quand la fièvre est élevée, on ne doit pas pratiquer l'hystérectomie vaginale et encore moins la laparotomie. Il faut attendre la fin des accidents aigus, car les microbes ont alors perdu une partie de leur virulence.

*L'Abeille Médicale.*

#### QUAND CONVIENT IL D'OPÉRER LES HYPERTROPHIES AMYGDALIENNES COMPLIQUÉES D'OTITE.

Les végétations adénoïdes du pharynx, les hypertrophies tonsillaires sont, comme on le sait, une cause fréquente d'otite, et pour cette raison leur ablation s'impose souvent. En général on ne procède à cette opération qu'après guérison complète du processus inflammatoire de l'oreille.

M. le Dr HESSLER, de Halle, a une pratique toute différente. L'expérience, dit la *Semaine Médicale*, a montré à notre confrère que non seulement il n'y a aucun inconvénient, mais qu'il y a même un réel avantage à opérer immédiatement après la période aiguë de l'otite, lorsque l'état inflammatoire persiste encore. En agissant ainsi, on hâte singulièrement la résorption des exsudats et la guérison définitive de l'affection auriculaire; en outre, comme à ce moment les amygdales sont encore tuméfiées, il est aisé d'en pratiquer l'exérèse totale, tandis que cette opération devient moins facile lorsque, tout phénomène inflammatoire du côté de l'oreille et de la gorge ayant cessé, les tonsilles diminuent de volume et se trouvent en partie cachées entre les piliers du voile du palais.

*L'Abeille Médicale.*

#### RÉPARATION D'UN MUSCLE PAR DES FILS MÉTALLIQUES

FIXÉS PAR UN AUTRE FIL MÉTALLIQUE PLACÉ PERPENDICULAIREMENT DANS LE CORPS DU MUSCLE.

Par M. CHAMPIONNIÈRE, chirurgien des hôpitaux.

L'observation ci-dessous montre l'application d'un principe tout nouveau en chirurgie, principe appelé à jouer un rôle important dans la réparation des muscles.

Ce principe est le suivant. Il est possible de loger dans la substance d'un muscle et de laisser en permanence un groupe de fils métalliques formant barrière et pouvant servir de point d'appui à des fils perpendiculaires aux premiers.

Les fils métalliques auxquels on donne un point d'appui sur les os et un point d'appui intramusculaire peuvent constituer sans tran-

sition une réparation du muscle dont la tonicité et la nutrition sont ainsi rétablies *immédiatement et complètement*.

Au-dessous de ces fils, tous les groupes musculaires peuvent se réparer complètement et les fils métalliques enfouis dans les tissus s'associent à la réparation et assurent les fonctions du membre.

Le fait est le suivant : un homme s'est rompu le tendon du triceps au-dessus de la rotule. Tendon et muscle sont si rétractés qu'il est impossible de songer à rapprocher les parties pour les réunir directement.

Une première opération de suture directe sur le muscle n'a donné qu'un résultat incomplet, et l'échec a été dû probablement à ce que l'on n'a pu faire sur les parties, sans point d'appui solide du côté du muscle, de traction suffisante.

M. Championnière place dans le triceps, au-dessus de la rupture, un gros fil d'argent double faufilé dans le muscle au-dessus du tendon et perpendiculairement aux fibres musculaires. Cela constitue une sorte de barrière fixe intramusculaire.

Deux gros fils d'argent parallèles sont passés dans la rotule et vont tourner, dans le muscle, autour de cette barrière.

Puis ces deux fils sont bien serrés et tendus d'un point fixe osseux, la rotule, au point fixe musculaire (*la barrière d'argent*).

Dans l'intervalle des fils métalliques tous les débris tendineux et musculaires sont réunis entre eux par des catguts placés avec soin. Ces parties ne subissent point de traction. L'opéré est placé dans une gouttière *sans appareil d'immobilisation*. Le quatrième jour au premier pansement le membre est mobilisé. Ce sujet a quitté l'hôpital au bout d'un mois.

Il est revu et soumis à la radiographie au bout de sept mois passés.

La réparation musculaire est parfaite. Il marche sans boiterie sur un membre parfaitement puissant ; et tous les mouvements d'extension de la jambe sur la cuisse s'accomplissent aussi complètement qu'on puisse le souhaiter.

La radiographie nous apprend que la réparation musculaire a été bien complète et que la fonction de résistance qui, au début, a appartenu aux fils d'argent ne leur appartient plus. Les fils ont bien séjourné dans les tissus sans inconvénient aucun. Mais ces fils présentent l'un *deux* et l'autre *trois* ruptures.

Ces ruptures sont probablement de date assez récente. Elles ne résultent pas de l'effet des tractions, sans cela une seule rupture se serait produite. Elles résultent probablement du séjour prolongé du fil d'argent dans les tissus et de leur altération par les liquides de l'économie.

Cette observation montre que les fils ont persisté pendant une période parfaitement suffisante pour assurer la réparation des muscles. Mais si on voulait assurer la permanence des fils, il ne suffirait pas d'employer, comme M. Championnière l'a toujours fait, des fils d'argent très gros, il faudrait employer des fils de résistance plus

grande, comme les fils de platine. Dans le cas actuel, du reste, le fil de platine avait été préparé et aurait dû être passé.

Le fait n'en est pas moins curieux et probant.

Il montre la tolérance des tissus pour un fil métallique subissant dans un muscle des tractions constantes et très énergiques. En nombre de circonstances, on trouvera là les éléments d'une *réparation à distance* qui, jusqu'ici, a été assez vainement recherchée par les chirurgiens. Le fil de platine indestructible s'associera dans la substance des tissus aux faisceaux musculaires, comme le fait le fil d'argent, pour un temps, et comme il a paru le faire définitivement chez beaucoup de sujets.

L'observation actuelle n'est que la suite de nombreuses opérations de réparations tendineuses et musculaires que M. Championnière a accomplies avec le gros fil d'argent :

Charnières métalliques établies entre deux fragments rotuliens impossibles à rapprocher et fonctionnant pendant des années.

Tendon sous-rotulien remplacé par deux fils métalliques parallèles et permettant, depuis plusieurs années, au sujet de faire un travail des plus pénibles ;

Réunion directe des tendons tricipitaux au-dessus des deux genoux, chez un sujet qui marche admirablement depuis quatre années ;

Enfin, placement d'un tendon rotulien temporaire chez un jeune sujet pour permettre la réunion du tendon rotulien arraché en totalité sur l'os.

Ces opérations, jointes à une centaine de cas de suture osseuse perdue avaient assez montré la tolérance des tissus pour le fil métallique ; la restitution immédiate des fonctions des muscles réunies par les fils métalliques avait montré le parti que l'on en peut tirer pour la mobilisation immédiate des membres, sans laquelle le retour des fonctions musculaires et articulaires restent toujours problématique.

Les fils placés dans un muscle et tirant sur un point d'appui métallique pris dans le muscle constituent une opération nouvelle.

*Gazette des Hôpitaux.*

---

#### L'ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE.

---

Cette association, qui a, l'année dernière, honoré Montréal de sa présence, se réunit cette année, le 24 de juillet, à Edimbourg. Le Dr Roddick, président sortant de charge, est déjà rendu en Ecosse. Un certain nombre d'autres médecins ont quitté Montréal pour s'y rendre, entre autres le Dr E. P. Lachapelle, le nouveau président du Collège.

## GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

## L'AUTO-INTOXICATION GRAVIDIQUE ET SES CONSÉQUENCES.

M. le Dr Schwab étudie, dans les *Archives de médecine*, ces conditions pathologiques particulières qui ont été décrites sous le nom d'auto-intoxication gravidique et qui se trouvent à un degré plus ou moins prononcé chez toutes les femmes enceintes.

À l'état normal, de nombreux poisons se forment dans l'organisme, mais l'intoxication est évitée grâce aux fonctions antitoxiques multiples que possède cet organisme. Pour que l'état de santé se maintienne, il faut donc que les toxines ne soient pas produites en trop grande abondance et surtout que les appareils d'émonction soient dans un état d'intégrité anatomique et fonctionnelle parfaite. Or, la grossesse est une cause prédisposante puissante des accidents d'auto-intoxication, et cela pour une double raison : parce qu'il y a exagération de production de toxines et défaut de destruction et d'élimination de ces mêmes poisons.

En effet, les phénomènes nutritifs plus actifs à ce moment augmentent l'abondance des déchets ; il en est de même des troubles digestifs si fréquents à ce moment, et du système nerveux souvent déséquilibré.

D'autre part, la plupart des organes d'élimination sont plus ou moins altérés : c'est ce qui arrive pour le foie tout d'abord dont les modifications gravidiques sont bien connues, pour le rein qui est gros et congestionné. L'émonctoire pulmonaire fonctionne mal, lui aussi ; l'intestin est souvent dans de mauvaises conditions par suite de la constipation ; enfin on a appelé dans les derniers temps l'attention sur le rôle éliminateur de la *sécrétion menstruelle* qui se trouve supprimée. En effet, d'après Schmoukler, et Keiffer, pendant la menstruation, l'économie se débarrasse d'un produit toxique qui est le résultat des échanges nutritifs. L'appareil génital jouerait ainsi le rôle d'un véritable émonctoire au même titre que la peau et les reins. Pendant la grossesse, par suite de la suppression des règles, cette sécrétion cesse et il se produit ainsi une véritable *ménorrhémie*, caractérisée surtout par des troubles vaso-moteurs et nerveux. M. Charin, d'ailleurs, a montré que le sang de la femme, au moment de la menstruation, possède un maximum de toxicité.

Il résulte de ces considérations que toute femme enceinte est sous le coup d'une intoxication dont la gravité dépendra du fonctionnement plus ou moins complet de ses appareils émonctoires. Or, cette auto-intoxication peut se traduire par des manifestations légères, par des manifestations de gravité moyenne, et par des manifestations graves.

Un fait qui montre que chez la femme enceinte, il y a rétention dans le sang de toxines, qu'il y a auto-intoxication en un mot, c'est que la toxicité urinaire est diminuée, alors même qu'il n'y a que des

manifestations légères. Dans cette première catégorie se rangent la plupart des signes dits *sympathiques* de la grossesse, tels que *troubles digestifs* du début (anorexie, vomissements), troubles nerveux (céphalalgie, irritabilité, somnolence, troubles psychiques, etc.), *prurit*... Pour M. Pinard on trouverait chez la femme enceinte tous les signes que L. Lévi a décrits dans sa thèse dans les cas d'impotence fonctionnelle hépatique : aussi propose-t-il de ranger tous ces symptômes sous le nom d'*hépato-toxémie gravidique*.

Dans la seconde catégorie d'accidents, les manifestations de gravité moyenne se traduisent par certains phénomènes de pronostic relativement bénins, tels que :

*Ptyalisme*, qui, pour M. Pinard, n'est qu'un phénomène d'auto-intoxication et peut disparaître par le régime lacté ;

Certains *œdèmes* plus ou moins généralisés que l'on observe au cours de la grossesse et qui sont indépendants des varices, d'une affection générale (albuminurie) ou d'un excès de volume de l'utérus, seraient, pour M. Pinard, causés par l'intoxication gravidique ;

Certaines affections cutanées et particulièrement l'*herpès gestationis* seraient en rapport avec l'auto-intoxication gravidique, celle-ci étant facilitée par une affection rénale ;

Certains auteurs ont voulu voir, dans certaines variétés de folie, de *manie puerpérale* l'action de l'intoxication gravidique ;

Mais la véritable manifestation de l'auto-intoxication gravidique, la plus fréquente et la plus typique, c'est l'*albuminurie*. Les causes de cette albuminurie peuvent, il est vrai, être complexes, mais le plus souvent elle est due à la fabrication excessive des matières toxiques, à l'insuffisance du foie plus ou moins altéré comme émonctoïre et à l'excès de travail qui en résulte pour le rein : l'intégrité anatomique et physiologique de ce dernier est alors compromise et l'albuminurie apparaît.

Les manifestations graves de l'auto-intoxication gravidique sont constituées par l'éclampsie, les vomissements incoercibles et l'anémie pernicieuse.

L'intoxication éclamptique ne provient d'ailleurs pas seulement du rein, mais aussi du foie, dont les diverses fonctions (glycogénique, biliaire, antitoxique etc...) se font imparfaitement. L'intestin aussi fonctionne mal ; il y a à ce niveau production de toxines en excès. Il résulte de cette complexité que la maladie varie suivant que le foie ou le rein est surtout touché. On a ainsi deux principales formes d'éclampsie : l'hépatique et la rénale. Il faut ajouter que, pour se produire, l'éclampsie doit rencontrer un terrain propice : à la toxémie doit s'ajouter une hyperexcitabilité des réflexes (Guériot).

La pathogénie des vomissements incoercibles n'est pas encore complètement élucidée : les actions réflexes parties de l'utérus, les lésions du tube digestif, les intoxications peuvent jouer un rôle pathogénique très complexe qu'on ne peut préciser.

Quant à l'anémie pernicieuse que l'on observe quelquefois à la suite de la grossesse, elle pourrait être due à l'entrave apportée à l'hématopoïèse par l'auto-intoxication.

(Journal de Médecine et Chirurgie.)

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

Par M. le prof. Pierre BUDIN.

Vous avez vu cette femme chez laquelle il y avait une présentation du siège. La dilatation du col était de 2 centimètres à peine; la femme fut mise au bain et les choses ont marché si vite qu'elle a failli accoucher dans le bain même. Elle en a été retirée à temps cependant et a accouché d'un enfant vivant, mais ne respirant pas. Après les divers soins d'usage, l'enfant s'est mis à respirer. Il vit, mais il est faible.

Pendant la visite on est venu me prévenir que la femme perdait du sang. Je me suis rendu aussitôt auprès d'elle pour faire la délivrance. L'expression a tout de suite fait sortir un gros caillot. J'ai continué l'expression, mais le placenta qui arrivait jusqu'à l'orifice vulvaire ne sortait pas, il était solidement retenu à l'intérieur. J'ai alors porté mon doigt dans l'utérus pour me rendre compte de ce qui faisait obstacle à l'extraction du délivre et, au point de séparation du corps de l'utérus de son segment inférieur, j'ai rencontré un anneau contracté au-dessous duquel se trouvaient la plus grande partie du placenta (qui arrivait à l'orifice vulvaire) et les membranes, et au-dessus duquel était une petite partie de ce placenta. L'anneau qui séparait les deux parties enserrait fortement le placenta et l'empêchait de sortir.

C'est souvent par séries que se présentent dans nos services les faits d'un même ordre, et c'est un cas du même genre que nous avons eu, le 11 mai, chez une femme qui est venue faire une fausse-couche de 5½ mois.

Cette femme avait eu déjà deux grossesses à terme et un avortement. Elle avait, nous a-t-elle dit, fait, il y a quelque temps, une chute à laquelle elle attribue sa fausse-couche actuelle. Est-ce bien la cause de cet avortement? Nous ne saurions le dire.

Ce qu'il y a eu de particulier dans ce cas, c'est que, pour la délivrance, la sage-femme en chef a rencontré absolument les mêmes difficultés que j'ai eues aujourd'hui. Elle a dû aussi faire la délivrance artificielle. La femme va bien; elle quitte nos salles le matin un peu plus tôt même que nous l'aurions voulu.

Mais que se passe-t-il dans ces cas-là?—On sait aujourd'hui que ce qui met obstacle à la sortie du placenta n'est autre chose que la contraction de la partie de l'utérus qui se trouve au point de jonction du corps de l'utérus proprement dit avec le segment inférieur.

La cavité du corps de l'utérus, est en effet, divisée en deux parties; une partie supérieure comprenant environ les deux tiers de l'organe, c'est-à-dire le fond de l'utérus et la région moyenne, et une partie inférieure, ou segment inférieur de l'utérus. Ces deux parties présentent entre elles des différences anatomiques très sensibles. La partie supérieure—la plus volumineuse, la plus considérable,—est la plus musculaire. Elle est composée de trois couches successives de faisceaux musculaires puissants, tandis que la partie infé-

rière est privée de la couche moyenne de fibres circulaires, mais d'autre part, est pourvue de fibres élastiques que l'on ne trouve pas plus haut.

Il s'ensuit que le corps proprement dit de l'utérus (la partie supérieure), au moment de l'accouchement se rétracte, se contracte violemment, tandis que le segment inférieur qui est au-dessous, se dilate, s'amincit, se laisse distendre, et peut finir par se rompre si l'effort de contraction de la partie supérieure est trop vigoureux.

Ces deux parties du corps utérin se distinguent bien l'une de l'autre. Alors, en effet, que les membranes de l'œuf sont adhérentes dans toute la surface du corps proprement dit, elles ne le sont pas dans le segment inférieur. Cela tend bien à démontrer que cette seconde partie s'est formée seulement à la fin de la grossesse et, par sa rapide dilatation, a produit le décollement des membranes.

Mais ce n'est pas de ce segment inférieur de l'utérus que je veux vous parler dans cette leçon, à propos des deux cas que nous venons d'avoir dans le service. Je veux vous entretenir d'une partie spéciale qui se trouve au-dessus du segment inférieur—à son point de jonction avec le corps de l'utérus proprement dit—de l'anneau de contraction ou anneau de Baudl, dont la contracture peut être un obstacle sérieux à l'accouchement ou à la délivrance. Ce n'est pas seulement dans des cas semblables à ceux que nous venons d'observer que l'on peut être gêné par cette contracture ; malheureusement, les fibres musculaires qui constituent cet anneau peuvent, par leur contraction exagérée, devenir une cause de réelles difficultés dans bien des circonstances.

La première observation que j'en aie retenue remonte au mois d'octobre 1891. C'était dans mon service de la Charité, M. Morle, moniteur du service venait de rompre les membranes. Il était 11 heures du soir. Quelque temps après, examinant la femme, il fut frappé en constatant qu'au-dessus du canal cervical se trouvait un anneau resserré qui empêchait la tête de descendre, bien que la dilatation fut complète et que les membranes eussent été rompues.

Rien ne marchait. La journée et la nuit suivante se passèrent sans que la tête eût bougé. La température de la femme était à 38°.

Le lendemain, la température s'était maintenue au même degré, et l'accouchement n'était toujours pas fait.

On ne connaissait encore pas beaucoup les faits de ce genre.

L'enfant était mort. Je crus devoir intervenir. J'appliquai le forceps, je serrai, je tirai et l'instrument revint à vide. Je pensai que j'avais sans doute commis une faute en faisant cette application, je recommençai une seconde, une troisième fois, et toujours le forceps dérapa. L'enfant était mort, il n'y avait pas à hésiter. Je fis la perforation du crâne, et au moyen du basiotribe, je pus enfin amener le fœtus. La femme guérit, mais le fait m'avait beaucoup frappé et resta dans ma mémoire.

Le 7 avril 1894, M. Demelin publia une observation fort intéressante aussi. Il s'agissait d'une multipare. La dilatation était complète. L'accouchement ne se faisait pas. L'enfant avait perdu du méconium, M. Demelin fit une première application de forceps ;

instrument dérapa ; une seconde application n'eut pas plus de succès.

M. Demelin songea alors à faire la version ; mais, quand il voulut introduire la main il fut arrêté par un anneau très résistant formé par l'utérus, et qui, au-dessus de la tête du fœtus, enserrait vigoureusement son cou. M. Demelin fit la basiotripsie. Il avait senti que le cordon ombilical était fortement comprimé et s'était assuré que l'enfant était mort. Il réussit ainsi à entraîner l'enfant au dehors.

En somme, pour ce second cas, les difficultés s'étaient présentées absolument les mêmes que dans mon observation.

Voici encore quelques autres faits analogues :

En 1895, dans mon service de la Maternité, il s'agit d'une primipare ayant un rétrécissement du bassin. La tête se présentait. Le forceps ne réussit pas. J'essayai d'introduire la main pour faire la version ; mais l'anneau de contraction m'opposa un obstacle infranchissable. L'enfant était mort. Je fis la basiotripsie et c'est seulement ainsi que je parvins à extraire l'enfant.

Une négresse était venue pour accoucher dans le service. Elle avait un rétrécissement. Nous lui avions proposé de faire la symphyséotomie, elle avait accepté. Mais, au moment de l'opérer, elle nous dit que son mari—elle avait un mari aveugle—ne voulait pas qu'elle subît cette opération. Heureusement, si le bassin était rétréci, il présentait quelques échancrures latérales assez profondes. Je rompis les membranes et j'essayai d'introduire la main pour faire la version ; mais, au-dessus de la tête, je fus arrêté par l'anneau de contraction. Je pus faire céder l'anneau cependant, je pénétrai, je fis la version et j'amenai un enfant qui pesait 3.200 grammes. Il vit.

Dans un autre cas, l'anneau de Bandl enserrait fortement le cou ; il me fut cependant possible, cette fois, d'amener l'enfant au moyen du forceps. M. Demelin rapporte un fait analogue à celui-là.

Que se passe-t-il donc dans ces cas ?

Dans les anciens auteurs, on ne trouve rien de clair, de défini sur cette question. Cependant dans Levret, dans Smellie, dans Jacquemier, on relève quelques phrases qui indiquent que ces auteurs avaient rencontré ces obstacles.

Quand on a eu constaté que la contracture de l'anneau de Bandl existait, qu'est-il arrivé ? Quelquefois l'accouchement s'est fait tout de même. D'autres fois, au contraire, il ne s'est pas fait : le forceps n'a pas pu en avoir raison, et l'instrument a dérapé, jusqu'à trois fois, comme cela est arrivé à moi-même et à M. Demelin.

Mais si les choses se passent ainsi, quelle conduite tiendra-t-on ?

On a recours à la version, mais si l'on réussit quelquefois, on est le plus souvent obligé d'y renoncer, et il ne reste plus comme ressource que l'embryotomie.

Les difficultés que l'on rencontre lorsque c'est la tête qui se présente, les a-t-on aussi avec les autres présentations ?—Oui certainement. J'ai eu, à la Maternité, ces mêmes difficultés avec une présentation de la face en mento-iliaque-droite. L'enfant était mort et

M. Boissard qui me remplaçait a pu faire la basiotripsie et extraire ainsi le fœtus. Un journal américain a cité un autre cas de présentation de la face à peu près semblable à celui-là.

Ces mêmes difficultés on les peut rencontrer encore avec les présentations du siège. J'en ai eu un cas en 1895. L'anneau de Bandl était fortement contracturé et retenait le siège au-dessus de lui, dans la partie supérieure de l'utérus. On mit la femme dans un bain et elle put accoucher d'un enfant macéré qui pesait 1.350 grammes.

M. Demelin en a aussi observé un cas.

Un autre cas a encore été rapporté, dans lequel il existait une bande circulaire qui partageait l'utérus en deux parties, l'une la supérieure—contenant la tête et les pieds, et l'autre—le segment inférieur—contenant le reste du corps de l'enfant. Il a fallu trois heures pour faire l'extraction.

L'anneau peut, suivant le cas, se contracter sur le cou de l'enfant ou bien saisir une partie de la face et s'appliquer sur elle.

Les mêmes difficultés se rencontrent aussi dans les présentations de l'épaule. On en a eu un cas à la Maternité et on est parvenu, par la version, à extraire un enfant pesant 4.000 grammes qui, malheureusement, était un pseudo-anencéphale.

M. Lefour, de Bordeaux, a publié une observation de présentation de l'épaule avec contracture de l'anneau de Bandl dans laquelle il a pu faire la version et extraire un enfant vivant qui n'a survécu que fort peu de temps. L'anneau de contraction avait été une gêne considérable pour pratiquer la version.

M. Demelin en a vu un autre dans lequel il a dû avoir recours à l'embryotomie qu'il a dû faire en haut, tout en haut. Je vous déclare qu'il n'a pas dû s'amuser. Il a néanmoins sauvé la femme.

(*Journal des Sages-Femmes.*)

(*A suivre.*)

#### RECHERCHES SUR L'ACTION MÉDICAMENTEUSE DU PLACENTA.

(*Congrès français de médecine interne. Montpellier, 16 avril 1898.*)

M. ISCOVESCO (Paris), ayant cru remarquer que les chiennes étaient rarement atteintes d'infection puerpérale, rapproche ce fait de l'habitude qu'elles ont de dévorer leur délivre.

D'où ses recherches sur l'action du placenta en thérapeutique. Chaque tablette représentait 25 centigrammes de placenta frais (de brebis).

Les recherches ne portant que sur une centaine de cas et depuis un an seulement, un travail rigoureux s'impose avant de pouvoir se prononcer définitivement.

Les cas observés se rapportaient :

1° A des métrites chroniques avec hypertrophie de l'organe et catarrhe concomitant sans lésions annexielles.

2° A des métrites chroniques avec annexes touchées.

3° A des involutions utérines anormales à la suite des couches

Sur une soixantaine de cas relevant de la 1re catégorie, l'administration de 4-6 tablettes de placenta a toujours donné très rapidement une amélioration considérable de tous les phénomènes réflexes ayant pour point de départ les organes génitaux. Les douleurs si variées, les troubles gastro-intestinaux sont amendés au bout de très peu de jours et ont toujours disparu presque complètement au bout de 15 jours à un mois de traitement. La suppression du traitement—comme contre-épreuve—alors que la guérison n'est pas complète, fait reparaitre tous les troubles antérieurs.

R. BLONDEL.

(Revue de Thérapeutique.)

LEFERT.—Lexique-Formulaire des Nouveautés Médicales, par le professeur Paul LEFERT, 1 vol. in-18° de 336 pages, cartonné..... 3 fr. Librairie J.-B. Baillièrre et Fils, 10, rue Hautefeuille, à Paris.

Chaque jour apporte des découvertes nouvelles en pathologie, comme en thérapeutique. La terminologie médicale s'augmente constamment de termes nouveaux. Il est difficile encore de noter et de retenir la foule des notions nouvelles.

Ce petit volume renferme des documents disséminés dans un nombre considérable de Traités et de Journaux de médecine, que les Dictionnaires les plus complets, les plus récents, ne renferment pas. Épargner au travailleur des recherches parfois longues et pénibles, secourir la mémoire du praticien, tel est le but du *Lexique-formulaire des Nouveautés Médicales*.

Le lecteur y trouvera l'analyse des travaux, l'exposé des découvertes et des théories les plus récentes en *pathologie générale*, en *anatomie* et en *physiologie pathologiques*, en *clinique* et en *thérapeutiques médicales et chirurgicales*; l'indication des *nouvelles méthodes thérapeutiques*, des *nouveaux médicaments* et des *nouvelles opérations*.

L'habitude que l'on a prise de donner aux maladies les noms des auteurs qui les ont décrites, les dénominations multiples données à une même affection par des auteurs différents rendent la nomenclature médicale confuse, et la lecture des ouvrages de médecine souvent difficile. L'auteur a donné l'indication de toutes ces dénominations et synonymies.

## REVUE D'HYGIÈNE

### SALONS DE COIFFURE.

Il est aujourd'hui hors de doute que quiconque se fait le client d'un barbier ou coiffeur, dont l'établissement est ouvert à tout venant, risque d'y contracter une maladie déposée sur le rasoir, le pinceau à savonner (blaireau), les ciseaux, la tondeuse, le peigne ou la brosse ayant servi auparavant à un malade, voire même à un cadavre.

Barbier, coiffeur et client, avez-vous jamais compris ce danger de maladie et surtout, n'avez-vous jamais songé à l'éviter ?

Que les chances de contagion soient d'autant plus rares que la boutique du barbier, du coiffeur est mieux tenue, nous l'acceptons volontiers ; que le danger réel de contagion puisse n'être, dans ces salons de toilette de *première classe*, qu'une fraction, descendant, si l'on veut, au-dessous du millième, nous l'accordons encore ; mais la vérité nous oblige à dire ceci :

A l'heure présente, dans toute la province de Québec, il n'y a pas un seul barbier, un seul coiffeur qui peut affirmer que son outillage professionnel soit absolument, complètement, scientifiquement exempt de transmission morbide.

Maintenant, se trouvera-t-il un jour un barbier, un coiffeur qui, ayant compris le danger de transmission, par les instruments de l'arsenal capillaire, des maladies infectieuses ou parasitaires, entre autres de la plus fâcheuse, de la plus terrible et peut-être de la plus fréquente maladie qui afflige l'humanité, la syphilis, saura prendre les mesures voulues et présenter à sa clientèle toutes les garanties d'une propreté raffinée ? Nous pourrions alors dire à cet intelligent barbier et coiffeur qu'il peut compter sur un bon nombre de clients, car ceux qui craignent la contagion des maladies sont légion aujourd'hui dans la province de Québec.

Que faut-il faire pour mettre ces salons de toilette dans les conditions hygiéniques voulues ?

Le Conseil d'Hygiène de la Province de Québec, préposé à la surveillance sanitaire et à la conservation de la santé publique dans cette Province, croit le temps opportun de rendre public les conclusions d'un rapport voté par le dit Conseil, formulant les moyens d'éviter le danger que présente la promiscuité du rasoir, du blaireau ou pinceau à savonner, des ciseaux, de la tondeuse, des peignes, des brosses, etc.

### MESURES RELATIVES A L'HYGIÈNE DES SALONS DE COIFFURE

Recommandées par le Conseil d'Hygiène de la Province de Québec, à son assemblée du 17 juir. 1898.

Considérant que la syphilis, les teignes et autres affections cutanées peuvent se propager par les instruments et les mains des barbiers et des coiffeurs, le Conseil d'Hygiène. après avoir fait son

profit des études faites jusqu'à ce jour sur les moyens de prévenir leur transmission, ainsi que de la critique qui en a été faite, recommande les mesures suivantes :

I. Engager les clients à posséder chacun leur *matériel particulier* et l'exiger des clients que l'on sait malades. Il vaut mieux, dans l'intérêt même du coiffeur, aller au domicile des clients malades,

## II. Désinfection des rasoirs, peignes et tondeuses.

(Vu que les procédés de désinfection ci-après décrits peuvent quelquefois endommager l'écaïlle, la celluloid, la corne, etc., n'employer autant que possible que des peignes métalliques (en aluminium ou plaqués en nickel) et des rasoirs à chasses en métal.)

Les plonger immédiatement après s'en être servi dans un vase en tôle galvanisée contenant ou

1° Une solution de carbonate de soude (un pour cent) qui n'altère en rien le fil des rasoirs, ou

2° De l'eau savonneuse (cette eau savonneuse préserve de la rouille les instruments en acier, pourvu qu'ils soient complètement recouverts par l'eau). La solution de carbonate de soude ou l'eau savonneuse, suivant le cas, sera portée à l'ébullition pendant 15 minutes, au moyen d'un bec de gaz ou d'une lampe à pétrole. Ne pas oublier qu'en démontant les ciseaux et les tondeuses, on favorise leur désinfection et leur nettoyage. Il existe des ciseaux facilement démontables; quant aux tondeuses, il faut choisir les modèles les moins compliqués.

L'arrosage des instruments avec de l'alcool auquel on met ensuite le feu (procédé instantané), l'immersion dans les solutions de sublimé corrosif ou d'acide phénique, méthodes que l'on a recommandées, sont abandonnées aujourd'hui, vu qu'elles peuvent compromettre l'intégrité des instruments.

III. *Désinfection des brosses.*—Placer les brosses sur des grillages dans un petit meuble qui ferme hermétiquement et dans lequel on tient constamment une secoupe contenant de la *formaline* (un once pour chaque pied cube du meuble). Les brosses sont désinfectées au bout de deux heures d'exposition aux vapeurs de formaline, mais on peut les y laisser séjourner sans inconvénient tout le temps qu'elles ne sont pas en usage. Elles seront dégraissées à la fin de la journée avec du son, de la terre de pipe, etc.

Le grand moyen de simplifier considérablement la désinfection des brosses est de n'en pas faire usage du tout. Même lorsque la brosse est parfaitement désinfectée, un grand nombre de clients préféreraient que le coiffeur leur en fit grâce, ou au moins, les consultât avant d'en faire usage.

IV. *Purification du blaïreau.*—Le pinceau à barbe n'est pas nécessaire non plus, il peut être avantageusement remplacé par une brette d'ouate, qui ne sert qu'à un client. Dans tous les cas, il ne faut jamais se servir du blaïreau avant de plonger la partie poilue dans l'eau bouillante pendant quelques minutes.

V. *Purification des mains.*—Avant de passer d'un client à l'autre, le coiffeur doit se laver les mains au savon et à la brosse; on donnera la préférence au savon phéniqué.

VI. *La houppette à poudre* sera remplacée par une boulette d'ouate ne servant qu'à un seul client, ou mieux encore par un pulvérisateur à sec.

VII. *Le morceau d'alun*, dont l'usage est assez répandu comme moyen d'étancher le sang, sera réduit en petits fragments, afin que chaque morceau ne serve qu'à un seul client. L'alun calciné, poudre que l'on applique avec une boulette d'ouate, qui est jetée immédiatement après, est préféré par le grand nombre.

VIII. *Linge*.—On ne se servira pour chaque client que de linge frais (serviettes, couvre-habits, etc.) Si l'on ne peut disposer d'un couvre-habit frais pour chaque client, se contenter d'une serviette; le client préférera risquer de voir ses propres cheveux tomber sur ses habits, que de se voir passer autour du cou un couvre-habit qu'on n'a fait que secouer entre deux tailles de cheveux.

IX. *Nettoyage de la tête après la taille des cheveux*.—Si on ne lave pas la tête, se contenter du peigne pour le nettoyage à sec. L'usage d'une brosse rude pour nettoyer la racine des cheveux, et puis d'une brosse soyeuse pour l'époussetage subséquent de la tête, voire même du visage, est désagréable à la plupart des clients.

X. Immédiatement après une taille de cheveux, *répandre sur le parquet* de la sciure de bois humide, puis relever le tout avec un balai mécanique, dont la boîte sera vidée dans un seau couvert. Le contenu du seau sera jeté au feu tous les soirs.

XI. *Cuir à repasser*.—Le seul moyen de les désinfecter serait de les exposer à la vapeur de formaline. Mais comme ceci n'est pas pratique, on devra éviter de les contaminer. Pour cela il faudrait ne s'en servir que pour les rasoirs désinfectés, et se garder en conséquence d'interrompre une barbe pour passer sur le cuir le rasoir que l'on a "en main."

XII. *La communauté du pot de vaseline* devra être également évitée. Il vaut mieux n'en pas faire usage, à moins que chaque client ait le sien, ou à moins que le coiffeur soit prêt à se servir d'une spatule pour la sortir du flacon, et à ne pas appliquer directement sur ses mains contaminées la spatule, pour y déposer la vaseline.

XIII. Enfin les *éponges* ne devraient pas avoir de place dans un salon de barbier ou de coiffeur. En effet quoiqu'on puisse absolument les désinfecter dans une solution de bichlorure de mercure (au 1000<sup>ème</sup>) elles resteront néanmoins toujours suspectes et désagréables pour le client soigneux.

#### LES RAVAGES DE LA DIPHTÉRIE.

Le secrétaire du Conseil d'Hygiène de la Province a présenté sur ce sujet, à la réunion du Conseil tenu le 17 juin dernier, à Québec, un mémoire dont quelques uns des points intéressent particulièrement la profession médicale.

Le mémoire établit d'abord que les ravages de la diphtérie sont plus considérables dans notre province que dans les états environ-

nants des Etats-Unis ou la province d'Ontario. Sur cent décès voici la proportion causée par la diphtérie :

Maine.....	1.59
New-Hampshire.....	1.73
Rhode-Island.....	3.37
Massachussets.....	3.59
Michigan.....	3.82
Ontario.....	4.22
New-York.....	4.46
Ohio.....	4.69
Québec.....	6.26

Ces chiffres sont pour les années 1894, 1895 et 1896. Malgré que l'année dernière dans la province de Québec, le chiffre du pourcentage aurait baissé à 5.66, nous n'en restons pas moins avec un chiffre plus élevé qu'ailleurs.

Comme on le fait très bien remarquer dans le mémoire, la différence n'est peut-être pas aussi grande pour Québec que le chiffre l'indiquerait. Un certain nombre de certificats de décès portent peut-être le mot diphtérie alors qu'il s'est agi d'une maladie toute autre. Cette erreur de diagnostic peut d'autant mieux arriver que souvent ce n'est pas le médecin qui signe le certificat, vu qu'il n'a pas été appelé auprès du malade.

Il faut tenir compte aussi que la natalité, dans la Province de Québec, est très forte, et que par conséquent le champ d'expansion de la maladie, le nombre de candidats à la diphtérie est plus considérable.

Mais ce qui a lieu de nous surprendre, et ce qui explique dans une certaine mesure le fort pourcentage de la mortalité causée par la diphtérie, c'est le fait bien constaté par le Conseil d'Hygiène, qu'à l'heure actuelle l'usage du sérum antidiphtérique n'est pas encore généralisé dans la province. L'efficacité de ce traitement spécifique est pourtant aujourd'hui bien démontrée, il nous semble qu'il est bien difficile de ne pas accepter l'opinion générale de la profession à ce sujet; un simple essai pratique suffit pour se former une conviction personnelle. Bien plus, l'expérience a établi d'une manière certaine le pouvoir immunisateur, préventif du sérum. Cependant, il arrive encore que cinq ou six enfants meurent dans une même famille sans que l'on ait songé à employer la sérothérapie. Sans doute, il ne faut pas, quelque incroyable que ce fait puisse paraître, en incriminer le médecin seul. Il y a encore des familles où le médecin ne pénètre qu'à la dernière extrémité, où les enfants malades sont laissés aux soins de leur bon ange. Nous n'en devons que déplorer davantage, en notre qualité de médecins, une négligence aussi coupable. Personne n'a le droit moral de priver un malade souffrant de diphtérie du remède spécifique, le sérum Behring Roux.

Le mémoire constate aussi, qu'une des principales causes du manque d'isolement et de désinfections dans les familles est la négligence d'un grand nombre de médecins à déclarer les cas de diphtérie

rencontrés en clientèle. Le fait est moins grave dans ses résultats pour le malade que la négligence à injecter du sérum. Mais combien plus graves sont les conséquences pour les autres membres de la famille, ou pour les voisins. Pour refuser de favoriser l'isolement, la désinfection, il faut nier la contagion. Or, peut-on nier la contagion de la diphtérie? Peut-on dire que la diphtérie n'est pas contagieuse? Il n'y a pas beaucoup de médecins qui voudraient affirmer une pareille chose. Il est difficile alors, pour être sincère envers ses idées, de ne pas, à côté du traitement curatif de la diphtérie, faire de la prophylaxie. L'un ne va pas sans l'autre, et dans l'un comme dans l'autre cas, c'est au médecin à parler, c'est à la famille à obéir. C'est le médecin qui se fait obéir le mieux, qui obtient les meilleurs résultats, et qui se fait la meilleure clientèle.

Lorsque le médecin refuse de déclarer un cas de diphtérie, ou de toute autre maladie contagieuse, c'est généralement pour accéder à la demande de la famille, pour faire plaisir à un client. D'un côté la famille demande une faveur; de l'autre, le médecin cède ses droits et renonce à son autorité. La partie n'est certainement pas égale. Et, qu'on en soit bien convaincu, si la famille vient à être inquiétée par le Bureau d'Hygiène, elle rejette invariablement la faute sur son médecin qui, dit-elle, *aurait dû savoir!*

Le jour où la déclaration des maladies contagieuses, l'isolement, la désinfection, la sérothérapie, seront d'un usage général, les ravages de la diphtérie dans la province de Québec diminueront considérablement.

---

*Redressement du mal de Pott.*—M. CALOT a présenté vingt malades opérés par sa méthode, qu'il a légèrement modifiée. Il fait marcher ses malades quelques semaines après le redressement si le mal de Pott paraît éteint, quelques mois après seulement si le mal de Pott est encore en évolution active. Cette modification du traitement en permettant aux malades d'aller et de venir a le plus heureux effet sur leur état général.

Mais la marche n'est possible que grâce à la bonne construction d'un grand appareil embrassant le tronc et emboitant la base du crâne; appareil qui maintient très exactement la colonne vertébrale sans empêcher la marche.

Ce grand appareil plâtré est remplacé par un simple corset dès qu'il existe un commencement de consolidation, c'est-à-dire, après quatre ou huit mois environ.

Le petit corset sera maintenu un an, deux ans et même davantage si cela paraît nécessaire pour assurer la rigidité du rachis; mais avec ce corset, peu ou pas apparent sous les vêtements, les enfants peuvent aller en classe et vivre de la vie de tous les enfants.

---

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

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

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

MONTREAL, JUILLET 1898

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'UNIVERSITÉ LAVAL ET MONSIEUR LETULLE.

A Monsieur Maurice LETULLE,

professeur à la Faculté de Médecine de Paris,

Monsieur le professeur.

Vous avez, dans votre journal la "Presse Médicale," publié le mois dernier un article intitulé "La Médecine au Canada." Cet article a été immédiatement reproduit dans la presse de notre pays, et lu par tous les médecins de la province de Québec, et l'on peut, pour la facilité de l'analyse, le diviser en deux parties : dans l'une, vous donnez des louanges au Dr Beausoleil pour avoir propagé les idées médicales françaises au Canada : dans l'autre, vous critiquez sévèrement l'organisation des cours de l'Université Laval à Montréal.

Vous aimez, je n'en doute pas, monsieur le professeur, le Canada français, et vous vous intéressez aux choses de notre profession. Vous avez écrit votre article avec la meilleure foi du monde, et vous n'avez qu'un but, nous être utile à tous. De ceci je dois vous remercier bien sincèrement. Mais je me hâte de protester de toutes mes forces contre les affirmations erronées que contient votre lettre, les accusations injustes que vous portez contre l'Université Laval, et j'exprime aussi un regret bien sincère : c'est que l'on ait abusé de votre bonne foi pour vous entraîner à écrire une lettre inexacte qui aussitôt servi de réclame électorale.

Le Dr Beausoleil a beaucoup travaillé pour propager l'influence

française au Canada ; personne ne songera jamais à lui contester la chose. Il n'a jamais d'ailleurs laissé ignorer ce qu'il faisait dans ce but, car il a, avant tout, un sens profond de la politique. Mais ce qu'on peut lui reprocher avec certitude c'est, pour faire ainsi des choses bonnes, d'employer des moyens mauvais.

Le Dr Beausoleil pouvait parfaitement diriger ses efforts vers l'établissement d'une bibliothèque médicale, la création d'un laboratoire public sous la direction d'un chimiste français, le perfectionnement du curriculum médical, etc., etc., il aurait trouvé certainement des mains consciencieuses pour l'y aider. Mais était-il obligé, pour arriver à son but, de diminuer dans l'esprit du public la réputation de la seule université française que nous ayions en Amérique ? Lui fallait-il nécessairement faire une guerre ridicule à nos institutions locales ; facultés de médecine, hôpitaux etc. ? Je ne le crois pas.

Mon Dieu ! je suis bien prêt à admettre que l'organisation de l'Université Laval n'est pas parfaite comme celle de l'Université de France ; que l'organisation de la Faculté de Médecine de Montréal, entre autres, laisse à désirer au point de vue pratique. C'est fort possible. Paris n'a pas été bâti en un jour. Mais lorsque vous affirmez sérieusement, monsieur le professeur, que la Faculté ne donne pas de cours pratiques, mais seulement théoriques, et n'a pas de laboratoires, vous affirmez une chose qui n'est pas vraie, et je regrette que des personnes intéressées, spéculant sur votre amitié et votre bonne foi, vous ait ainsi fait prendre la responsabilité d'une telle affirmation.

Depuis cinq ans, depuis que la Faculté est installée dans sa nouvelle bâtisse, les élèves suivent, dans un laboratoire spacieux et bien installé, des cours pratiques d'histologie normale et pathologique, et de bactériologie. Les élèves ont à leur disposition douze microscopes, et font eux-mêmes des manipulations à tour de rôle, sous la direction du professeur, M. le Dr Brennan. Et même cette année, la Faculté a nommé pour l'histologie et la bactériologie deux nouveaux professeurs, MM. les Drs Parizeau diplômé de la Faculté de Médecine de Paris, et Marien, élève de votre collègue M. le professeur Legueu et qui a même je crois, travaillé dans votre propre laboratoire.

L'hôpital Notre-Dame, où se donne une partie de l'enseignement clinique de la Faculté, possède un laboratoire de bactériologie et d'anatomie pathologique où les élèves, après avoir assisté aux autopsies, examinent sous le microscope les organes enlevés ou les

liquides pathologiques en culture. Il est inutile de vous dire que le laboratoire, de même que celui de la Faculté, est à la disposition des médecins du dehors, pour y faire ou y faire faire les examens qui peuvent leur être utiles. L'été dernier, pendant les vacances, un comité d'études composé de vingt médecins, sous la direction du Dr Marien, votre élève, se réunissait deux fois par semaine au laboratoire de la Faculté pour y faire de la pratique microscopique, et je n'ai pas besoin de vous dire qu'il avait suffi de présenter une demande à la Faculté pour obtenir immédiatement l'usage gratuit de son laboratoire.

Je ne vous parle pas, Monsieur le professeur, de la Faculté de Médecine de l'Université Laval à Québec, ni de ses laboratoires, ni de son musée, ni de sa bibliothèque, dont tous les médecins peuvent profiter. Je ne mentionnerai pas non plus le laboratoire du Conseil d'Hygiène de la province de Québec, où le diagnostic bactériologique des maladies contagieuses est fait gratuitement par des experts. Ce serait prolonger inutilement cette lettre.

Le Dr Beausoleil, durant toute la lutte électorale qui s'est faite pour l'élection des gouverneurs de notre Collège, c'est-à-dire des quarante-deux médecins que nous plaçons tous les trois ans à la tête des quatorze cents médecins qui pratiquent dans la province de Québec, avait comme vous nié à la Faculté de Médecine un mérite auquel elle a certainement droit : celui d'avoir des laboratoires et de donner des *cours pratiques*. Il a été enchanté, sans doute, de l'appui que vous lui avez apporté dans cette circonstance. Mais le résultat de l'élection a prouvé que sa méthode était mauvaise, et que c'est une tactique dangereuse de décrier les autres pour se grandir soi-même.

Dans cette affaire, monsieur le professeur, votre bonne foi a été évidemment surprise. Je suis persuadé que vous n'avez agi qu'avec le désir sincère d'être utile à vos amis du Canada, et que vous avez écrit votre article avec conviction, vous basant sur les données qu'on vous avait fournies. Aussi, tout en vous exprimant mes regrets de la position qu'on vous a fait prendre, je vous prie d'agréer les sentiments de respectueuse considération de

Votre bien dévoué confrère,

E. P. BENOIT.

L'ÉLECTION DES GOUVERNEURS DU COLLÈGE  
DES MÉDECINS (1898).

La dernière élection des gouverneurs du Collège laissera dans la mémoire des médecins qui y ont assisté un souvenir inoubliable. L'assemblée a été relativement courte, de dix heures de l'avant-midi à quatre heures après dîné, mais elle a été aussi joliment mouvementée. Le résultat a été une victoire éclatante pour le parti de la réforme, et des cinq cents et quelques médecins venus ce jour-là à Montréal de toutes les parties de la Province, on peut dire que quatre cent soixante-quinze au moins sont retournés satisfaits, sans compter les quelques cents médecins qui, ne pouvant s'absenter, ont voté par procuration.

Donnons d'abord un court résumé de la réunion.

Le président du Collège, le Dr L. J. A. Simard, de Québec, ouvre la séance à dix heures dans la salle des conférences de l'Université Laval. A côté de lui se trouvent les officiers du bureau, l'honorable Dr Marsil, vice-président, les Drs Brosseau et Belleau, secrétaires, le Dr Larue, trésorier, le Dr Beausoleil, régistrateur.

Le Dr Brosseau lit les minutes de la dernière assemblée triennale, tenue à Québec le 25 septembre 1895. Les minutes sont adoptées.

A ce moment la salle des conférences, qui contient 425 sièges, est complètement remplie, et un grand nombre de médecins sont debout dans les allées. L'assemblée se transporte dans la grande salle des promotions.

Le Dr Simard, président, donne lecture du rapport du Bureau des Gouverneurs. Ce rapport est adopté.

Le président présente alors le rapport des auditeurs. La lecture terminée le Dr Lachapelle propose, secondé par le Dr Armstrong, que ce rapport ne soit pas adopté mais simplement reçu et laissé sur la table. *La motion est adoptée par l'assemblée.*

Immédiatement le Dr Lachapelle propose, secondé par le Dr Armstrong, que l'ordre du jour soit maintenant interverti et qu'il soit procédé à l'élection des gouverneurs. C'est alors que le plaisir commence.

Le président déclare la motion hors d'ordre. Le Dr Lachapelle en appelle à l'assemblée de la décision du président. L'hon. Dr Lanctot, l'hon. Dr Marsil, le Dr de Groslois, le Dr Brosseau essaient tour à tour de prendre la parole et de faire un discours, l'assemblée ne veut pas les laisser parler, et demande le vote immédiat. Le pré-

sident essaie quelque temps de résister, mais finit par céder. Il met d'abord aux voix un amendement proposé par les Drs Poitras et Arthur Simard, qui demandent que l'assemblée soit ajournée à demain. L'amendement est perdu, puis la motion principale adoptée par l'immense majorité de l'assemblée.

Les deux motions suivantes, toujours proposées par le Dr La chapelle et secondées par le Dr Armstrong, sont adoptées coup sur coup :

“ Résolu que les Drs J. A. Beaudry, Elder, Benoit, Wyatt Johnston, Faucher, Perrigo et J. D. Gauthier soient nommés scrutateurs, et qu'ils soient autorisés à n'accepter les votes par procurations que des membres légalement qualifiés à voter par procuration et seulement sur production des actes de procuration, ces actes devant être les derniers en date et consentis de bonne foi.”

“ Que la séance soit maintenant suspendue durant l'élection et jusqu'à deux heures pour recevoir alors le rapport des scrutateurs, lesquels pourront néanmoins déclarer le scrutin clos s'il s'écoule cinq minutes sans que personne ne vote.”

Il était onze heures et demie. A une heure et demi la votation est close, à trois heures les scrutateurs retournent à la salle des promotions afin de présenter leur rapport à l'assemblée. C'est alors qu'a lieu la scène la plus animée de l'assemblée.

Avant que le Dr Perrigo, président des scrutateurs, ait pu lire son rapport, l'hon. Dr Lancot et le Dr de Grosbois font des efforts inouïs pour parler. Le Dr de Grosbois paraît avoir perdu tout contrôle sur lui-même. Quelques amis, le Hormisdas Todeur et d'autres, viennent à leur secours, mais en vain. Le Dr Bissonnette, de St-Esprit, n'obtient la parole qu'à condition de ne pas dépasser cinq minutes. Immédiatement après l'assemblée insiste énergiquement pour que le rapport des scrutateurs soit donné.

Le Dr Perrigo présente le rapport signé par tous les scrutateurs, et déclarant élus les messieurs dont les noms suivent, constituant le ticket entier du parti de la réforme :

#### DISTRICT DE MONTRÉAL.

Beauharnois.....	Dr C. Marshall.....	905 votes
Bedford.....	Dr C. L. Cotton.....	900 —
Iberville.....	Dr E. N. Chevalier.....	903 —
Joliette.....	Dr M. S. Boulet.....	902 —
Montréal.....	Dr T. Cypihot.....	903 —
Ottawa.....	Dr E. L. Quirk.....	903 —

Richelieu.....	Dr E. H. Provost.....	903	votes
St-Hyacinthe .....	Dr E. Turcot.....	901	—
Terrebonne .....	Hon. Dr Marcil.....	903	—

## VILLE DE MONTRÉAL.

Dr G. E. Baril.....	899	—
Dr L. J. V. Cléroux.....	901	—
Dr J. L. Desroches.....	897	—
Dr S. Girard.....	901	—
Dr A. R. Marsolais.....	900	—
Dr J. A. Macdonald.....	903	—

## DISTRICT DE QUÉBEC.

Beauce.....	Dr T. Fortier.....	899	—
Gaspé et Rimouski.....	Hon Dr. R. Fiset.....	903	—
Kamouraska.....	Dr P. E. Grandbois.....	900	—
Montmagny .....	Dr S. Bolduc.....	901	—
Chicoutimi et Saguenay.....	Dr Jules Constantin.....	903	—
Québec.....	Dr J. A. Ladrière.....	905	—
" .....	Dr M. Brophy.....	902	—

## VILLE DE QUÉBEC.

Dr J. P. Boulet.....	904	—
Dr F. X. Dorion.....	902	—
Dr C. Gingras.....	901	—
Dr A. Jobin.....	912	—
Dr C. C. Sewell.....	903	—
Dr A. Vallée.....	904	—

## DISTRICT DE TROIS-RIVIÈRES.

Arthabaska .....	Dr L. J. O. Sirois.....	906	—
Trois-Rivières.....	Dr L. P. Normand.....	849	—
" .....	Dr E. F. Panneton.....	901	—

## DISTRICT DE SAINT-FRANÇOIS.

Dr P. Pelletier.....	960	—
Dr A. N. Worthington.....	904	—
Dr T. L. Brown.....	899	—

Ce résultat fut accueilli par des applaudissements prolongés, et adopté par l'immense majorité des médecins présents.

Le Dr Bissonnette demande que les scrutateurs complètent le rapport en donnant tous les noms des médecins qui ont reçu des votes et le nombre total des votes donnés. Cette motion est rejetée par l'assemblée, qui en ceci s'est montrée généreuse. Voici cependant cette liste de la minorité, qui va étonner bien du monde :

Dr E. D. Aylen.....	86	votes
Dr A. T. Brosseau.....	57	—
Dr J. M. Beausoleil.....	42	—
Dr S. Gauthier.....	42	—
Dr J. O. Camirand.....	42	—
Dr A. G. Belleau.....	41	—
Dr J. C. Bouchand.....	40	—
Dr H. Cholette.....	39	—
Dr L. J. P. Bissonnette.....	39	—
Dr L. Larue.....	38	—
Dr C. S. Parke.....	37	—
Dr L. A. Plante.....	37	—
Dr W. A. Verge.....	36	—
Dr C. Rinfret.....	36	—
Dr J. T. R. Latraverse.....	36	—
Dr A. P. Cartier.....	36	—
Dr J. M. Mackay.....	35	—
Dr A. Godbout.....	35	—
Dr C. E. Vaillancourt.....	35	—
Dr P. M. Guay.....	35	—
Dr J. E. Fournier.....	35	—
Dr A. A. Watters.....	34	—
Dr J. J. Ross.....	34	—
Dr E. E. Laurent.....	34	—
Dr G. A. Lacombe.....	34	—
Dr P. Laberge.....	34	—
Dr T. J. Austin.....	34	—
Dr de Grosbois.....	26	—
Dr J. N. Picotte.....	24	—
Dr A. W. Haldimand.....	24	—
Dr Bastien.....	23	—
Dr P. Trudel.....	22	—
Dr A. Simard.....	21	—

Il faut ajouter à cette liste quinze autres médecins qui ont obtenu des votes isolés.

Ce résultat stupéfiant demande des explications. Le comité électoral avait entre ses mains 813 procurations enregistrées bonnes et portant la signature du régistreur et le sceau du collège. Sur ce nombre, très peu de médecins ont retiré leur procuration pour voter personnellement. D'un autre côté, le Dr Beausoleil et quelques-uns de ses amis, sentant la partie perdue, ne sont pas venus voter, et n'ont pas présenté une seule procuration. Enfin, de tous les médecins présents à l'assemblée qui ne s'étaient nullement engagés d'avance, la majorité s'est rangée dès le début avec le parti de la réforme.

Pour revenir à notre compte-rendu, le rapport des scrutateurs étant adopté, le Dr Lachapelle propose, secondé par le Dr Armstrong, que, vu l'absence de certains livres, le Bureau nouvellement élu soit autorisé par l'assemblée à prendre les moyens judiciaires indiqués pour rentrer en possession de ces livres. Cette motion soulève des protestations véhémentes de la part de quelques membres de l'ancien bureau, et le Dr Brosseau, dans un discours ému, exprime son indignation en même temps qu'il se déclare prêt à remettre ses livres dès qu'on lui en fera la demande.

Le Dr Duchesneau, de St-Vincent de Paul, fait alors l'éloge de la droiture et de l'honorabilité du Dr Brosseau. Son discours est couvert d'applaudissements par l'assemblée.

Le Dr Lachapelle se lève alors pour expliquer que le Dr Brosseau n'est certainement pas visé par sa motion. Il n'a proposé cette motion que parce que, depuis onze heures ce matin, certain officier de l'ancien bureau est absent, et a emporté ses livres avec lui. Néanmoins, comme le nouveau bureau aura des pouvoirs suffisants pour agir suivant les circonstances, et que lui-même ne désire aucunement causer du tort à qui que ce soit, il est prêt à retirer sa motion.

Le Dr Duchesneau propose, secondé par le Dr Lachapelle, qu'un vote de remerciements soit donné au Dr L. J. A. Simard pour l'impartialité avec laquelle il a présidé aux débats. Cette motion est adoptée avec enthousiasme.

Il est alors proposé par les Drs Duchesneau et Lachapelle, secondé par le Dr Armstrong, que l'ordre du jour soit adopté, que l'assemblée soit ajournée et que les nouveaux gouverneurs s'assemblent pour élire leurs officiers et procéder aux affaires de routine.

La motion est adoptée à l'unanimité des membres présents.

---

BUREAU DES GOUVERNEURS DU COLLÈGE DES MÉDECINS ET  
CHIRURGIENS DE LA PROVINCE DE QUÉBEC.

Séance du 13 Juillet 1898.

Mercredi, le 13 juillet, à quatre heures de l'après-midi, l'élection des gouverneurs du Collège étant terminée, le nouveau Bureau Médical s'assemble dans la salle des conférences de l'Université Laval.

Le Dr L. J. A. Simard prend le fauteuil et lit les avis officiels de nomination des Drs E. P. Lachapelle et A. Demers par l'Université Laval, à Montréal, des Drs L. J. A. Simard et L. Catellier par l'Université Laval de Québec, des Drs R. Craik et H. Lafleur par l'Université McGill, des Drs F. W. Campbell et N. McConnell par l'Université Bishop.

Etaient aussi présents : MM. les Drs A. Vallée, E. H. Provost, C. Gingras, E. Turcot, S. Bolduc, L. J. O. Sirois, F. X. Dorion, M. Brophy, T. Fortier, A. Jobin, J. Constantin, P. Pelletier, J. A. Ladrière, C. Marshall, E. L. Quirk, T. L. Brown, A. N. Worthington, M. S. Boulet, J. I. Desroches, L. J. V. Cléroux, G. E. Baril, S. Girard, F. Cypihot, A. R. Marsolais, C. L. Cotton, E. N. Chevalier, J. P. Boulet, J. A. MacDonald.

Il est proposé par le Dr Cotton, secondé par le Dr Campbell, et résolu : Que le Dr E. P. Lachapelle soit nommé président.

Il est proposé par le Dr Campbell, secondé par le Dr Chevalier, et résolu : Que le Dr Craik soit vice-président pour le district de Montréal, et le Dr Catellier vice-président pour le district de Québec.

Il est proposé par le Dr Jobin, secondé par le Dr M. S. Boulet, et résolu : Que le Dr J. P. Boulet soit nommé secrétaire pour Québec.

Il est proposé par le Dr Cotton, secondé par le Dr Chevalier, et résolu : Que le Dr MacDonald soit nommé secrétaire pour le district de Montréal.

Il est proposé par le Dr Cypihot, secondé par le Dr Desroches, et résolu : Que le Dr Marsolais soit nommé registrateur.

Il est proposé par le Dr Brophy, secondé par le Dr Sirois, et résolu : Que le Dr Jobin soit nommé trésorier.

Le Bureau confie ensuite aux soins du Dr Marsolais, registrateur, la boîte de scrutin mise sous scellé et les divers documents qui ont servi à l'élection des membres du Bureau.

Il est proposé par le Dr Simard, secondé par le Dr McConnell,

et résolu : Que Mgr Laflamme, M. l'abbé Verreau et MM. Howe et Watters soient nommés examinateurs pour les candidats à l'étude de la médecine.

Il est proposé par le Dr Simard, secondé par le Dr Provost, et résolu : Que MM. les Drs Sewell, Bolduc, C. Verge et Faucher soient nommés assesseurs pour l'Université Laval de Québec.

Il est proposé par le Dr Baril, secondé par le Dr Marsolais, et résolu : Que les officiers du Bureau éliront temporairement les assesseurs pour le district de Montréal.

Il est proposé par le Dr Cotton, secondé par le Dr Marshall, et résolu : Que MM. Alfred Saint-Mars et A. R. Riddell soient nommés auditeurs du Collège.

Il est proposé par le Dr Sirois, secondé par le Dr Brophy, et résolu : Que le Bureau soit chargé de tenir une enquête et de faire rapport au sujet de la bibliothèque du Collège.

La question du Conseil de Discipline est remise à l'assemblée du mois de septembre.

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

Il est proposé par le Dr Baril, secondé par le Dr Brophy, et résolu : Qu'un vote de remerciements soit adressé à l'Université Laval de Montréal, pour l'usage de ses salles.

Puis la séance est levée.

---

#### ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE.

---

Le 12<sup>e</sup> Congrès de l'Association française de Chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de Médecine, le *Lundi, 17 Octobre 1898*, sous la présidence de *M. le Professeur LE DENTU, Membre de l'Académie de Médecine, Chirurgien de l'Hôpital Necker.*

La séance solennelle d'inauguration du Congrès aura lieu à 2 heures

Deux questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1<sup>o</sup> *De la Néphrotomie*, MM. GLYON et ALBARRAN, rapporteurs.

2<sup>o</sup> *Traitement du goitre (cancer et goitre exophtalmique exceptés)*, M. J. REVERDIN, de Genève, rapporteur.

## CETTE POURSUITE DE \$25 000.

La veille de l'élection des gouverneurs du Collège, mardi le 12 juillet, le Dr Beausoleil nous a fait signifier une action en dommages au montant de \$25.000. L'acte d'accusation porte que le 17 juin dernier, à Sherbrooke, à une réunion des médecins du district de Saint-François, nous avons accusé le Régistrateur d'avoir vendu la licence du Collège. Le procès aura lieu au prochain terme de la Cour Supérieure.

Si le Dr Beausoleil croit nous effrayer par cette poursuite, il se trompe grandement. De tout ce que nous avons écrit dans l'*Union Médicale du Canada* ou la *Revue Médicale de Québec*, de tout ce que nous avons dit à Sherbrooke ou ailleurs, nous n'avons ni une ligne, ni un mot à retirer. Durant cette longue polémique qui vient de finir, nous n'avons agi qu'avec un seul désir : rendre service à la profession, et sans aucune idée d'ambition personnelle ou de vengeance particulière. Il s'agissait de faire connaître la vérité, de faire triompher une cause juste et bonne, de faire rendre à la profession médicale les droits qu'on lui refusait ; voilà tout.

Il vaut mieux, dit un proverbe, laver son linge sale en famille. Le Dr Beausoleil, qui ne pense pas ainsi, je suppose, désire faire connaître au public ce que nous savons sur son compte. C'est très bien : il sera satisfait.

E. P. BENOIT.

---

*Un procédé très simple de stérilisation de la tarlatane.*—M. le Dr HELLAT, de Saint-Petersbourg, vient de faire connaître pour stériliser la tarlatane un procédé que sa simplicité recommande aux praticiens. Voici sa technique :

On découpe la tarlatane en bandelettes qu'on humecte d'eau, puis saisissant chacune d'elles avec deux pinces, on les passe à tour de rôle et à plusieurs reprises au-dessus de la flamme d'une lampe ou au-dessus d'un réchaud, en ayant soin qu'aucune partie de la bande n'échappe à l'action de la chaleur. La durée de cette manœuvre varie naturellement suivant l'intensité du foyer calorifique.

Des expériences bactériologiques ont montré que la gaze ainsi traitée n'a pas subi une désinfection absolue, mais d'après la *Semaine Médicale*, cette stérilisation relative s'est montrée, entre les mains de M. Hellat, parfaitement suffisante pour les besoins de la pratique courante.