

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

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

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

TRAVAUX ORIGINAUX

ETUDE MEDICO-LEGALE

PAR

LE DOCTEUR GEORGES VILLENEUVE

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

LES ALIENES DEVANT LA LOI

INTRODUCTION

Des crimes atroces commis dans des circonstances exceptionnelles, imputés à des aliénés ou à des individus réputés aliénés, ont eu un énorme et bruyant retentissement ces temps derniers, et ont attiré l'attention sur la législation concernant les aliénés criminels et la responsabilité devant la loi des individus présentant des troubles de l'intelligence. Ils ont aussi mis en relief le rôle du médecin dans les affaires qui touchent à la folie et à la responsabilité dans la folie.

L'auteur d'un crime presque unique dans les annales criminelles de ce pays, et dont on a invoqué l'irresponsabilité pour cause d'aliénation mentale, subit actuellement sa peine dans un pénitencier où il est enfermé pour la vie. Chacun de nos trois grands asiles renferme aussi un meurtrier présumé aliéné. Ces affaires ont causé un retentissement considérable par la publicité que leur ont donné des débats longs et éclatants ; mais, des affaires moins remarquables par l'énormité du crime, mais tout aussi intéressantes, pour l'étude de la responsabilité légale et de l'action judiciaire et administrative vis-à-vis des aliénés criminels, se présentent tous les jours et reçoivent leur solution. Cinquante-deux individus ont été examinés à la prison de Montréal, dans les

derniers douze mois, et sur ce nombre 30 ont été internés dans les asiles par décision administrative. C'est dire que le problème de la folie se présente beaucoup plus souvent qu'on ne le croit, en rapport avec les crimes et délits, devant les cours de justice et l'administration (1).

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

En vertu des fonctions que j'exerce à l'asile St Jean de Dieu, je préside à l'admission des aliénés, qui viennent d'une moitié de la province de Québec (2), et je fais l'examen des détenus et des prévenus de la prison de Montréal qui présentent un état mental douteux. De plus j'ai été appelé comme expert dans un certain nombre d'affaires civiles. Placé ainsi exceptionnellement pour bien connaître les relations des aliénés avec le code criminel et le code civil ainsi que les mesures qui s'appliquent à eux au point de vue de l'internement, j'ai pensé être utile à mes confrères en leur donnant le résultat de mon expérience sur ces différents sujets.

Le praticien ordinaire, peu rompu à la pratique de la médecine légale, éprouve de grandes difficultés lorsqu'il est obligé de faire inopinément oeuvre de médecin légiste et qu'il se trouve ainsi revêtu d'une mission exceptionnelle pour lui. Nous espérons qu'il trouvera dans cette étude des indications utiles.

Je n'ai pas eu la pensée ridicule d'assumer un rôle didactique. J'ai voulu seulement exposer en toute humilité les difficultés pratiques qui m'ont arrêté nombre de fois et pourraient en arrêter d'autres. A ces causes, j'ai pris confiance et je me suis décidé à consigner ici quelques réflexions, comptant sur la bienveillance des confrères qui me feront l'honneur de me lire.

Montréal, 162 rue St-Denis

(1) Par le mot administration j'entends le lieutenant-gouverneur, à qui le code criminel donne certains pouvoirs, le secrétaire de la province qui administre les asiles et le procureur général qui est le chef de la justice en cette province.

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

PREMIÈRE PARTIE

CODE CRIMINEL

CHAPITRE PREMIER. — DISPOSITIONS LÉGISLATIVES ET ADMINISTRATIVES.

Article I.

Cette étude est faite surtout au point de vue médical, dans le but principal de définir le rôle du médecin devant la loi en rapport avec les questions qui touchent à l'aliénation mentale. Le médecin légiste a le devoir de comprendre la loi et partant de préciser ce qu'on lui demande.

Je dois dire que la loi et la médecine sont en conflit, au sujet de la responsabilité des aliénés telle que définie par le code criminel de 1892. Comme témoin, le médecin n'a pas à édicter lui-même la jurisprudence, il ne doit pas s'arroger le droit de rectifier ou de régenter le code pénal. Les sociétés font les lois qu'elles veulent et se protègent comme elles l'entendent. Appelé à déposer en justice il doit répondre dans le sens des questions qu'on lui pose; il ne doit pas chercher à donner au prévenu, qu'il croit irresponsable d'ailleurs, un état mental qu'il n'a pas, afin de le faire excuser par la loi, en le classant forcément dans l'une des catégories d'irresponsables reconnus par le code criminel. Mais il a le droit, comme médecin, de signaler les prescriptions légales qui sont en désaccord avec les données de la science et de réclamer que la loi s'harmonise avec la science dont elle doit suivre les progrès et la marche. Comme citoyen, il a le devoir de réclamer justice envers des malheureux victimes de la plus grande des infortunes humaines, celle de la perte de la raison et de protester contre un châtement qui s'applique à des malades. "*Furiosus ex delicto commissio non punitur, quia fati infelicitas eum excusat, et satis punitur ipso furore,*" disent avec raison les auteurs du vieux droit romain.

C'est pourquoi, après avoir défini le rôle du médecin devant les tribunaux, je parlerai dans un article spécial de la responsabilité des aliénés au triple point de vue médical, légal et philosophique et je signalerai, chaque fois que l'occasion s'en présentera, les divergences qui existent entre la loi et la science.

Après ces quelques explications que j'ai crû nécessaires à l'intelligence du sujet que je dois traiter, je vais entrer dans le vif de mon étude, en suivant l'intervention de l'homme de l'art, dans tout ce qui touche à l'aliénation mentale, à toutes les phases de la procédure criminelle.

Article II.

Il convient d'abord de bien déterminer les conditions dans lesquelles l'aliéné criminel peut se présenter vis-à-vis du médecin, de l'autorité judiciaire et de l'administration. Elles sont fixées par le code criminel de 1892, qui indique la procédure à suivre suivant la phase de l'instruction judiciaire où se soulève la question de l'état mental du prévenu, en même temps que les dispositions relatives aux aliénés criminels, colloqués dans les asiles, lorsqu'ils recouvrent la raison, et aux détenus dont l'aliénation mentale n'est reconnue qu'après leur condamnation ou qui ne deviennent aliénés qu'après leur jugement, au cours de leur incarcération.

Les statuts refondus de la province de Québec règlent, pour ce qui est du ressort de cette province, les mesures à prendre lorsqu'une personne détenue dans une prison et atteinte d'aliénation mentale doit être placée dans un asile ou renvoyée de cet asile lorsqu'elle a recouvré la raison. Nous allons voir que la question de l'état mental de toute personne détenue dans une prison, pour quelque cause que ce soit, peut être soulevée et décidée en aucun temps de la détention, depuis le moment de l'arrestation, à chaque phase de l'instruction de l'affaire, et même après le jugement. Ceci ressort évidemment de l'interprétation des dispositions qui vont suivre, relatives aux aliénés criminels, contenues dans le code criminel de 1892 et les statuts refondus de la province de Québec, avec leurs amendements.

CODE CRIMINEL 1892.

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

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

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

ART. 736. — Si lors du procès d'une personne accusée d'un acte criminel, il est prouvé qu'elle était aliénée lorsqu'elle a commis le fait incriminé, et si cette

personne est acquittée, le jury sera requis de déclarer spécialement si elle était alors aliénée, et si elle a été par lui acquittée à raison de ce qu'elle était ainsi aliénée, et s'il déclare qu'elle était aliénée lorsque l'infraction a été commise, la cour saisie de l'affaire ordonnera que cette personne soit strictement gardée dans le lieu et de la manière que la cour jugera à propos jusqu'à ce que le bon plaisir du lieutenant-gouverneur soit connu. — S. R. C., c. 174, art. 252.

ART. 737. — Si, en aucun temps après qu'une accusation est déclarée fondée et avant que le jury n'ait rendu son verdict, il appert à la cour qu'il y a quelque bonne raison de douter que l'accusé soit alors, à cause de son aliénation mentale, en état de conduire sa défense, la cour pourra ordonner qu'il soit décidé si l'accusé est ou n'est pas alors, à cause d'aliénation, en état de subir son procès.

2. Si cette question est soulevée avant que l'accusé ne soit amené devant le jury pour être jugé sur l'accusation portée contre lui, cette question sera décidée par douze jurés quelconques. Si la question est soulevée après que l'accusé a été amené devant le jury pour y être jugé sur l'accusation portée contre lui, ce même jury sera assermenté de nouveau et chargé de décider cette question en sus de celle pour laquelle il aura déjà été assermenté.

3. Si le verdict du jury est que l'accusé est alors en état de subir son procès, il sera procédé à sa mise en jugement ou à son procès tout comme si cette question n'eût pas été soulevée. Si le verdict est qu'il n'est pas en état, vu son aliénation, de subir son procès, la cour ordonnera que l'accusé soit strictement détenu jusqu'à ce que le bon plaisir du lieutenant-gouverneur à son égard soit connu, et tout plaidoyer invoqué sera écarté et le jury sera déchargé.

4. Ces procédures n'auront pas pour effet d'empêcher que l'accusé puisse être jugé sur cette accusation plus tard. — S. R. C., c. 174, art. 255.

ART. 738. — Si, avant la sanction du présent acte, soit avant, soit après le premier jour de juillet mil huit cent soixante-sept, une personne a été acquittée de quelque infraction pour cause d'aliénation mentale lors de la commission du fait, et a été détenue comme dangereuse pour la sûreté publique, par ordre de la cour devant laquelle elle a subi son procès, et qu'elle soit encore détenue, le lieutenant-gouverneur pourra également ordonner que cette personne soit détenue durant bon plaisir. — S. R. C., c. 174, art. 254.

ART. 739. — Si une personne accusée d'une infraction est amenée devant une cour pour être élargie faute de poursuite, et si elle paraît effectivement atteinte d'aliénation mentale, la cour ordonnera qu'un jury soit assigné pour constater l'état mentale de cette personne; et si le jury assigné trouve qu'elle est aliénée, la cour ordonnera qu'elle soit strictement détenue dans le lieu et de la manière qu'elle jugera convenables jusqu'à ce que le bon plaisir du lieutenant-gouverneur soit connu. — S. R. C., c. 174, art. 256.

ART. 740. — Si l'aliénation mentale est constatée le lieutenant-gouverneur pourra ordonner que la personne ainsi aliénée soit détenue, durant bon plaisir dans le lieu et de la manière qu'il jugera à propos. — S. R. C., c. 174, art. 253 et 257.

ART. 741. — Le lieutenant-gouverneur, sur telle preuve qu'il jugera suffisante de l'état d'aliénation mentale de toute personne incarcérée dans une prison autre qu'un pénitencier pour une infraction, ou en état d'arrestation préventive sous accusation d'une infraction, ou incarcérée pour n'avoir pu fournir un cautionnement de bonne conduite ou de garder la paix, pourra ordonner qu'elle soit transférée en

un lieu sûr ; et cette personne sera détenue en ce lieu, ou en tel autre lieu sûr où le lieutenant-gouverneur ordonnera au besoin de la placer, jusqu'à ce que sa guérison entière ou partielle soit attestée par certificat, à la satisfaction du lieutenant-gouverneur, qui pourra alors ordonner son renvoi en prison, si elle est encore passible d'emprisonnement, ou, dans le cas contraire, sa mise en liberté. — S. R. C., c. 174, art. 258.

STATUS REFONDUS DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

Article 3209, tel qu'amendé par 54 Vict., chap. 29, sec. 7 ; 56 Vict., chap. 31, sec. 9 ; 57 Vict., chap. 33, sec. 17.

Lorsque le shérif d'un district a raison de croire qu'une personne détenue en prison, pour quelque offense que ce soit, est aliénée, il doit faire examiner ce détenu par le surintendant médical d'un asile d'aliénés, ou par un autre médecin nommé par le lieutenant-gouverneur en conseil ; et, si le rapport de ce médecin, fait suivant les formules B et C, établit l'aliénation mentale du détenu, le shérif transmet aussitôt les certificats et la copie de l'ordre ou du mandat d'emprisonnement en vertu duquel il est incarcéré, au secrétaire de la province, qui sur examen de ces documents et de tous autres qu'il juge à propos d'exiger, ordonne l'internement du détenu dans l'asile le plus rapproché de la prison où le détenu est incarcéré.

Lorsqu'une personne traduite devant une cour de justice sous le coup d'une accusation criminelle est déclarée par la cour irresponsable de ses actes, soit pour cause de surdi-mutité, soit pour cause de démence sénile, et envoyée dans un asile d'aliénés, le secrétaire de la province peut faire transférer ce patient de l'asile à un autre établissement en rapport avec son état de santé et, à cette fin, le secrétaire de la province peut faire, avec toute institution de cette nature, les arrangements qu'il croit les plus avantageux.

Article 3210, tel qu'amendé par 57 Vict., chap. 33, sec. 18.

Sur le rapport du surintendant médical ou son assistant constatant qu'un aliéné interné à l'asile sous l'autorité du chapitre 174 (Code criminel de 1892, articles 736 à 741 inclus) susdit, (vide art. 3207 S. R. Q.) des statuts révisés du Canada, a recouvré la raison, le lieutenant-gouverneur, sur recommandation du secrétaire de la province, ordonne que ce détenu soit mis en liberté ou reconduit en prison pour y subir son procès ou sa peine, suivant le cas.

Les frais occasionnés par son transfert de la prison à l'asile, et de l'asile à la prison, forment partie du coût de l'entretien, du séjour et du traitement de l'aliéné. 48 Vict., chap. 34, sec. 29.

Il est facile de constater à la simple lecture des articles du code criminel que nous venons de citer que si la question de l'état d'aliénation mentale d'un prévenu peut être soulevée à n'importe quelle phase de l'instruction criminelle dirigée contre lui, et même après sa condamnation, à n'importe quelle époque de son incarcération, celle de sa responsabilité légale pour cause d'aliénation mentale, en rapport avec le fait incriminé, ne peut être et ne doit être discutée que lorsqu'il subit son procès sur le crime ou délit dont il est accusé, d'après l'article 736.

L'article 11 du code criminel définit au point de vue légal la responsabilité des aliénés. Cet article du code sera étudié à part dans un autre chapitre

sous le titre de responsabilité légale des aliénés, dans lequel nous nous proposons d'étudier la responsabilité des aliénés sous tous ses aspects.

L'expert appelé à dresser un certificat, à présenter un rapport, ou même simplement à déposer en vertu des articles 741, 737 et 739 et des articles 3209 et 3210 des statuts refondus de Québec, n'a pas à envisager la situation mentale du prévenu au moment du crime ou délit; sa mission se limite à éclairer la justice sur l'état mental actuel du prévenu à la phase de la procédure où se fait l'expertise, soit pendant la prévention de l'inculpé (art. 741), soit lors de sa comparution devant le tribunal (art. 737), soit pendant son incarcération, alors qu'il purge sa sentence (art. 741). L'individu est-il actuellement aliéné, sans référence à aucune époque antérieure, sans spécification en rapport avec tel ou tel fait, telle est la question qui sera posée à l'expert? Sur sa réponse motivée, l'administration décidera si le détenu doit quitter la prison, ou le jury, selon le cas, aura à se prononcer s'il est en état de subir son procès, sans être liés, ni les uns ni les autres, par aucun autre critérium que celui tiré de l'état mental de l'individu, ce qui permet d'envisager chaque cas suivant son aspect particulier.

Ce fait est important à signaler, car si la loi définit la responsabilité légale des aliénés (art. 11), si elle déclare jusqu'à quel degré un individu doit être aliéné pour bénéficier de l'irresponsabilité; si elle a fait de l'*incapacité d'apprécier la nature et la gravité d'un acte ou omission et de se rendre compte que tel acte ou omission est mal*, la seule excuse légale dans l'allégation de folie; elle ne définit pas une *aliénation mentale légale*, elle ne limite pas à tel ou tel degré, à tel ou tel genre de folie l'application des articles 737, 741 du code criminel.

L'expert est tout simplement appelé à faire un diagnostic, à dire si le détenu, simple prévenu ou condamné, est fou et comment il est fou, sans qu'il lui soit demandé de formuler un avis sur la connaissance que l'individu peut avoir du bien et du mal.

Nous n'étudierons dans ce chapitre que les dispositions législatives et administratives qui s'appliquent à l'aliéné criminel, la responsabilité légale devant être traitée à part, ainsi que nous l'avons déjà dit, de même que les conditions de l'expertise médicale. Cette étude sera faite au point de vue strictement médical, dans le but d'indiquer au médecin les circonstances sous lesquelles il peut être appelé à déposer en justice et de bien définir les limites de sa mission dans chaque cas. Car ainsi que nous l'avons déjà dit, ce n'est pas au médecin à expliquer ou à appliquer la loi; ses connaissances spéciales du médecin sont seulement invoquées, en matière criminelle, pour aider la justice dans ses investigations et l'éclairer dans ses décisions. Nous avons cité les articles du code se rapportant aux aliénés criminels dans l'ordre suivant lequel ils se présentent, nous allons entreprendre leur étude suivant l'ordre de la

procédure de l'instruction criminelle en rattachant à chaque temps de la procédure l'article corrélatif du code.

Article III.

On peut diviser en quatre temps principaux toute procédure criminelle, surtout quant aux phases auxquelles la question de l'aliénation mentale d'une personne accusée peut être soulevée.

I

Un individu, arrêté à la suite d'un acte réputé criminel, est d'abord conduit devant un magistrat chargé de l'examiner. Ce magistrat représente le premier degré de l'instruction ou de l'enquête judiciaire. Le magistrat chargé de l'instruction s'aperçoit que l'individu est réellement aliéné, ou soupçonne seulement qu'il a affaire à un aliéné, ou bien la rumeur publique, la famille, les amis le désignent comme tel. Le magistrat suspend l'instruction et renvoie l'accusé en prison.

L'article 741 du code criminel dit que le lieutenant-gouverneur sur telle preuve qu'il jugera suffisante de l'état d'aliénation mentale d'une personne en état d'arrestation préventive sous accusation d'une infraction pourra ordonner qu'elle soit transférée en un lieu sûr.

D'après l'article 3209 des statuts refondus de la province de Québec, tel que successivement amendé, surtout par 56 Vict., chap. 31, sec. 9, lorsqu'un shérif a raison de croire qu'une personne détenue dans une prison pour quelque offense que ce soit, est aliénée, il doit la faire examiner par le surintendant médical d'un asile ou un autre médecin; si le rapport conclut à l'aliénation mentale, l'administration, représentée par le secrétaire de la province, sur l'examen du dossier et du certificat, ordonne l'internement du détenu dans un asile.

Lorsque l'individu arrêté se présente dans les conditions que nous avons indiquées plus haut, le magistrat demande au shérif de faire examiner le prévenu et le shérif ordonne l'examen de l'état mental de celui-ci. Le rapport médical est envoyé à l'administration; s'il est bien motivé et s'il établit d'une manière satisfaisante l'état d'aliénation mentale du détenu, ordre est donné au shérif de le faire conduire dans un asile d'aliéné.

Quelle est la situation faite au médecin expert dans cette procédure? Nous croyons qu'il est tout simplement appelé à définir l'état mental actuel du détenu; en un mot à faire un diagnostic au moment où l'individu se présente devant lui. Sa folie pouvait exister depuis longtemps, connue ou méconnue, l'acte incriminé peut en avoir été la première manifestation, ou bien elle a pu

avoir éclaté après cet acte ; ces différentes circonstances peuvent aider énormément au diagnostic, mais ce ne sont que des éléments d'appréciation, il ne s'agit pas de dire si l'individu a été aliéné à telle ou telle époque, il s'agit de pouvoir affirmer qu'il l'est actuellement. Simple question de diagnostic ainsi qu'on le voit. Tel est si bien le cas, que le certificat est rédigé suivant les formules B et C, c'est-à-dire les formules ordinaires requises pour les placements volontaires. Ces formules constatent l'état mental de la personne à placer, indiquent les particularités de sa maladie et la nécessité de faire traiter la personne désignée dans un établissement d'aliénés et de l'y tenir renfermée.

Définir l'état mental actuel du détenu, telle est donc la limite de la mission du médecin ; juger si les raisons sont suffisantes pour autoriser la suspension des procédures et l'internement dans un asile, tel est le rôle de l'administration.

La folie d'un individu accusé d'un crime peut ainsi être constatée dès le premier temps de la procédure dirigée contre lui et il peut être conduit dans un asile, sans qu'aucune mesure judiciaire ait été prise contre lui, sans qu'il ait été flétri par la loi.

Pendant l'année 1895, 52 détenus aliénés ont été examinés à la prison de Montréal ; parmi ce nombre 18 appartiennent à la catégorie que nous étudions. Les magistrats éclairés qui président à la cour de police de Montréal ont toujours réclamé l'intervention médicale et administrative, lorsqu'ils ont eu raison de croire que les individus amenés devant eux présentaient un état mental douteux. Dans 16 cas, nous avons conclu à l'aliénation mentale et dans 2 cas, nous avons reconnu que l'allégation de folie était fausse.

Voici les délits relevés contre les inculpés : tentative de suicide 3, incendie 1, bris de propriété 1, assaut meurtrier 3, vol 2, vagabondage 4, refus de pourvoir 1. L'état mental a été établi comme suit : non aliéné 2, imbécile 1, démence vésanique 1, démence organique 1, folie toxique 1, épilepsie 2, mélancolie 1, paralysie générale 1, folie systématisée 7, dégénérescence mentale, érotisme 1.

La relation de quelques-unes des observations se rapportant à ces individus sera peut-être lue avec intérêt. M. le Dr E. P. Chagnon, médecin de l'asile St Jean de Dieu, a bien voulu me passer deux observations que j'inclus parmi les miennes avec plaisir.



Obs. 13, (personnelle) A. B., âgé de 20 ans, canadien-français, catholique ; inculpé de vol ; folie alléguée, ivresse, condamnation.

Amené devant le magistrat, A. B., s'avoue coupable du délit dont on l'accuse, mais en même temps il déclare qu'il était en état d'ivresse au moment de l'action. Sa sœur présente à l'audience, demande au magistrat de ne pas accepter cet aveu

parce que son frère serait aliéné. La cour ordonne l'examen de l'état mental du prévenu.

A. B. est un jeune homme bien constitué, d'apparence vigoureuse, sans anomalie physique. Il présente un peu de tremblement de la langue et des mains. Aucuns antécédents héréditaires ou personnels. Il a déjà subi une condamnation. Il a conservé un souvenir confus du vol, il est entré dans un magasin avec quelques amis et il s'est servi libéralement de cigares et de bonbons. Sa conversation est cohérente, ses réponses sont exactes. Il est impossible de découvrir aucune trace de délire, il n'a ni hallucinations, ni illusions sensorielles. En un mot, A. B. ne présente aucun desordre particulier pouvant faire croire à un état pathologique de l'intelligence.

Conclusions : — A. B. n'est pas aliéné, il était en état d'ivresse au moment de l'action, l'influence de l'intoxication se manifeste encore par le tremblement des doigts et de la langue. Il doit rendre compte à la justice de son délit.

Obs. 35.—(Dr E. P. Chagnon). C. F., âgé de 24 ans; canadien irlandais; catholique; tentative de suicide; épilepsie larvée; ordonnance de non-lieu : internement dans un asile.

C. F. est écroué à la prison centrale pour tentative de suicide.

C. F. est âgé de 24, célibataire et chaudronnier de son métier. Son père était un fort buveur, la mère est morte aliénée. Elle souffrait de mélancolie avec hallucinations de l'ouïe.

Très bon ouvrier et très bon fils, il prit soin de sa mère que son père avait abandonnée, et vit à lui donner tout le confort possible. Il consacrait ses soirées à la lecture, et avait ainsi acquis une somme de connaissance que l'on trouve assez rarement chez les personnes de sa condition. Il ne faisait aucun usage de liqueur alcoolique. Par contre il se livrait à l'onanisme, et avait parfois de l'incontinence nocturne d'urine.

La mort de sa mère, qu'il affectionnait beaucoup, lui donna une certaine dépression mélancolique dont la durée fut de plusieurs mois. Caractère faible, il tomba entre les mains d'exploiteurs, à qui il ne pouvait résister, et qui lui soutiraient ainsi la majeure partie de son gain; et très crédule il devint la proie de charlatans qui abusèrent de son état maladif.

Cette vie de privations et d'excès sexuels ne tarda pas à amener la catastrophe qui le fit mettre sous arrêt. Déjà depuis longtemps il souffrait d'insomnie. En proie à des hallucinations terrifiantes, il voyait des légions de démons qui l'entouraient. Ils s'apprétaient, lui semblait-il, à se saisir de lui, et à le plonger dans les enfers. Il en sentait déjà les flammes lui lécher les membres. D'un autre côté, la voix de sa mère, qu'il reconnaissait parfaitement, se faisait entendre. Elle lui disait de ne pas craindre, qu'elle veillait sur lui et qu'elle le désirait auprès d'elle.

Une nuit, qu'il avait passée à sa boutique, il boit une certaine quantité d'acide nitrique, puis il essaie de la pendaison.

A-t-il commis cet acte sous la seule influence d'un délire mélancolique, où à ce délire mélancolique s'est-il surajouté quelque autre névrose ? Nous relèverons en premier lieu l'inconscience absolue. C... F..., ne peut s'expliquer comment et pourquoi il a fait cette tentative de suicide. Il nous dit de plus qu'antérieurement il a fait des actes bizarres, des fugues, qu'il avait des absences, des vertiges, mais que jamais il n'avait eu de crises convulsives. Ces données nous portent à croire que ce délire mélancolique n'a servi qu'à masquer l'état épileptique de C... F..., et que nous sommes en droit de conclure ainsi qu'il suit :

Conclusion : C... F..., est un épileptique. Il a commis le délit incriminé, étant en état de petit mal, et conséquemment il est irresponsable. Ordonnance de non-lieu et internement dans un asile.

Obs. 41.—(personnelle), H. D., âgé de 33 ans; inculpé de vol; démence organique; non lieu; renvoi dans sa famille.

H. D. est âgé de 33 ans, il est grand, bien construit et paraît vigoureux. Il ne présente pas d'anomalies physiques, aucune infirmité, ni tremblement des extrémités et de la langue. Les pupilles sont égales et les reflexes sont normaux. La physionomie est inerte et l'expression en est peu intelligente, le maintien est mou et la tenue négligée.

Sa conversation est décousue, sa mémoire fait défaut, il raconte plusieurs fois les mêmes faits avec des détails contradictoires et les rapporte à des époques différentes. Il est d'une sensiblerie exagérée, il rit et pleure sans motif apparent et passe de l'un à l'autre sans aucun rapport avec l'état conesthésique du moment. Ses conceptions sont puérides, ainsi que les explications qu'il donne de sa conduite; c'est ainsi qu'il déclare avoir volé pour tenir son rang dans le monde; il ne délire sur aucun sujet, n'accuse pas d'hallucinations ni de troubles de la sensibilité générale. Les personnes avec lesquelles H. D. habite, rapportent qu'il passait les journées à vagabonder, ou bien, s'il restait à la maison, à chanter, danser, rire, en des pratiques religieuses exagérées et dérisoires. En un mot, il se conduisait d'une manière absurde et tenait sans cesse des discours ridicules.

L'état intellectuel de H. D. témoigne d'une de ces déficiences de l'intelligence qui ne se rencontre que chez les individus dont les facultés cérébrales sont manifestement amoindries. Cet amoindrissement peut tenir d'un arrêt de développement intellectuel, il peut aussi être secondaire et être l'expression d'une déchéance des facultés, c'est-à-dire appartenir à la démence. L'ensemble symptomatique peut aussi être l'œuvre d'un simulateur soucieux d'échapper aux conséquences de son crime. Il y a donc lieu d'étudier l'origine du trouble mental que présente H. D.

Les renseignements sur ses antécédents héréditaires sont négatifs; il est normalement conformé et ne présente aucun stigmate physique de dégénérescence. Je ne possède aucun renseignement sur son enfance, mais je sais qu'il a fait avec un

raisonnable succès un cours classique complet et que sa conduite a été exempte de tout reproche. Il était considéré comme doué d'une intelligence ordinaire, comme la moyenne de ses confrères de collègues. On peut donc affirmer que les facultés mentales de H. D., se sont développées normalement.

Pour classer les manifestations présentées par H. D. dans la psychopathologie, il faut pouvoir les considérer comme des phénomènes secondaires, survenus après d'autres troubles nettement définis. Je crois pouvoir en suborner l'apparition à une lésion organique cérébrale.

En 1885, après une fatigue exagérée et une longue exposition au soleil, H. D. eut une perte de connaissance, à la suite de laquelle il devint hémiplegique et perdit l'usage de la parole. Cet événement est attribué à une hémorragie cérébrale, à une congestion cérébrale, à un coup de soleil, à une maladie de la moëlle et du cerveau ; il est impossible d'obtenir des renseignements plus précis. Quoiqu'il en soit, il fut retenu au lit pendant trois mois et il fut forcé de s'aider d'une canne pour marcher, pendant plusieurs mois.

C'est de cette époque que date le trouble mental que présente l'inculpé et l'on remarque que ses facultés mentales avaient subi le contrecoup de la maladie et qu'elles s'étaient manifestement amoindries. Sa santé physique se rétablit bien, mais il n'a jamais pu se livrer à aucun travail sérieux, intellectuel ou autre et sa conduite a été depuis caractérisée par des actes inconséquents et absurdes.

Conduit aux États-Unis, chez son père, il fut interné dans un asile le 23 février 1886, le certificat du médecin de l'asile est libellé comme suit : *makes foolish remarks and acts in a childish manner*. Son état s'étant amélioré, car il avait présenté de l'excitation, il fut rendu à sa famille le 18 juin 1886.

Arrêté pour vol en 1892, il fut reconnu aliéné par le tribunal de W. ., E.-U., et interné d'office dans un asile, le 6 mars 1892. Le médecin de l'asile constata comme suit l'état mental de ce malade : *appears to be somewhat demented, talks in a silly way*. Trois mois après, il fut transféré dans l'asile des aliénés criminels. Quelque temps après, il rentra dans sa famille, mais son état ne s'était pas amélioré.

Au mois de mars 1895, H. D., s'en vint à pied des États-Unis à Montréal et continua la même existence abandonnée. Arrêté une première fois pour vol, il fut relâché après quelques semaines de prison préventive. Arrêté de nouveau pour vol, au commencement de décembre, il fut amené devant le magistrat de police, par lequel je fus requis d'examiner l'état mental du prévenu.

En résumé, H. D., présente un affaiblissement notable des facultés intellectuelles qui peut être rattaché à une lésion organique du cerveau. Les symptômes qu'il présente sont réels, ils relèvent de l'affaiblissement de son intelligence et la simulation doit être écartée. Cet affaiblissement est assez considérable pour avoir changé complètement la personnalité de l'inculpé et en avoir fait un être inconséquent, incapable d'exercer pleinement son jugement et sa volonté et de se conduire d'une manière rationnelle.

Conclusions : — H. D. ne jouit pas de la plénitude de ses facultés intellectuelles. Il est atteint de démence. Son état mental ne permet pas de lui laisser la responsabilité pleine et entière de son acte. Comme il est incapable d'une conduite raisonnable, et qu'il est exposé à la répétition des mêmes délits, ils devrait être enfermé dans un asile.

N. B.—Les parents de ce malade habitant les Etats-Unis, il fut reconduit dans sa famille, par décision administrative, le magistrat et l'administration ayant accepté les conclusions du rapport.

Observation 39.—(Dr E. P. Chagnon.)—E... L..., âge de 22 ans ; canadien-français ; catholique ; tentative de suicide ; imbécilité ; ordonnance de non-lieu ; internement dans un asile

E... D., fils unique d'un père décédé lorsqu'il était encore en bas âge, et d'une mère qu'il n'a pas connue, a grandi sans avoir connu le lieu de sa naissance, ni même son nom de famille qu'il n'appris que très-tard. Il n'a reçu aucune instruction.

Il est condamné à quatre années d'Ecole de Réforme pour vol d'une montre, et cependant il ne savait pas ce que c'était qu'un vol. Emmerveillé de la vue d'une montre, il s'en empare, il la brise en mille morceaux afin d'en connaître le mécanisme, puis il se pare de la chaîne.

De l'Ecole de Réforme, il est dirigé chez un cultivateur. En butte à des persécutions de tout genre, dit-il, et écoutant les conseils d'un sien voisin, il fait une tentative d'empoisonnement par le *vert français*. Son seul et unique but était d'effrayer son maître et d'en obtenir de cette manière un traitement plus humain. Il est arrêté et écroué à la prison centrale.

Si nous examinons l'état mental de E... L..., nous sommes frappés de sa grande faiblesse intellectuelle. Les notions du bien et du mal qu'il a pu acquérir sont très-limitées. Durant ses quatre années de séjour à l'Ecole de Réforme, il n'a pu qu'apprendre à signer son nom, et à lire quelque peu ; et cependant tous connaissent le mal que se donnent les dévoués Frères de la Charité pour instruire les enfants qui leur sont confiés. Le délit qui lui a amené une condamnation, et celui qui vient de le mettre sous arrêt sont marqués tous deux au coin de l'absurdité et de l'inconscience.

Conclusion :—E... L..., est un imbécile. Il a commis son acte délictueux alors qu'il ne savait pas qu'il faisait mal, et conséquemment il est irresponsable. Ordonnance de non lieu, et internement dans un asile.

Obs 41 (personnelle) P. F., âgé de 45 ans ; incendie de trois granges ; délire de persécution : non lieu ; internement.

Cet individu est accusé d'être l'auteur d'un incendie qui s'était déclaré dans une grange où il était entré et qui s'était communiqué à deux autres. Amené devant le magistrat, il se déclara innocent et se répandit en protestations indignées contre la famille royale d'Angleterre qui le persécutait depuis longtemps et qui devait être l'auteur de ce nouveau malheur. Devant ce langage étrange et l'attitude du prisonnier, le magistrat demande l'expertise de l'état mental du prisonnier.

P. F. est irlandais de naissance, il est dans le pays depuis 7 ans, il s'exprime avec facilité et politesse, sait lire et écrire, sa conversation est cohérente, seulement,

sa mémoire paraît peu sûre, il ne se rappelle pas bien les dates et reporte à des époques différentes les même événements au cours des divers interrogatoires que je lui fait subir.

Depuis longtemps il a des hallucinations de l'ouïe, des troubles de la sensibilité générale et des idées fausses de persécution. Tous ces troubles ont toujours eu un caractère pénible. Il a été longtemps sans connaître ses persécuteurs, maintenant, il sait que ce sont les membres de la famille royale d'Angleterre et un personnage qu'il appelle lord Dunlop. Depuis longtemps, les personnes de son entourage avaient remarqué ses excentricités : il parlait seul, se répandant en injures contre des personnages imaginaires et faisant des gestes menaçants. Il y a quelques années, croisant dans la rue un officier de police, il s'élançait tout à coup sur lui avec une faucille qu'il avait à la main et lui aurait fait un mauvais parti, si l'autre ne s'était défendu avec la plus grande énergie. Arrêté pour ce fait, il accuse l'officier de police de lui avoir dit des injures ; or, celui-ci n'avait prononcé aucune parole. P. F., qui se rappelle l'incident, dit que l'officier de police lui avait attribué des vices contre nature et que ce n'était pas la première fois qu'il était ainsi injurié. Dernièrement, il se mit à parcourir le pays à pied, allant de Montréal à Halifax, de Halifax à Lévis et de Lévis à Montréal ; et de là à Chambly où il fut arrêté. P. F. pourrait être pris pour un véritable vagabond, dont il a d'ailleurs l'aspect. Mais il n'en est pas ainsi, ce sont les pérégrinations d'un persécuté. Il prétend qu'il avait fait un dépôt d'argent entre les mains d'une dame de Montréal, qui l'employait, et que celle-ci refusait de le lui rendre. De là à accuser le prince de Galles de s'en être emparé il n'y avait qu'un pas, que son délire lui fit franchir aussitôt. Il résolut d'aller s'embarquer à Halifax pour réclamer son argent. Arrivé là, il se croit épié par tout le monde, il s'entend nommer dans la rue. Il rebrousse chemin et se dirige sur Lévis, où il espère trouver un navire en partance ; arrivé près de cet endroit, il trouve un arbre renversé sur la route, et interprète cet incident comme un signe de mauvais augure, il renonce à son projet, il repart pour Montréal. Arrivé en face de la ville, au moment de traverser la rivière, il apprend par des voix que ses ennemis sont sur l'autre côté. Il rebrousse encore chemin et se met en route pour les Etats-Unis, afin d'échapper au pouvoir de la famille royale. En route, il entre dans une grange pour se reposer ; après quelques instants de repos, il s'éloigne, mais à peine avait-il fait quelques arpents qu'il entend des cris, aperçoit la grange en feu et des gens qui accourent et s'emparent de lui. Il se défend avec énergie d'avoir mis le feu, qui d'ailleurs pourrait bien avoir eu une origine accidentelle, car c'est un enragé fumeur. Mais il voit là une manœuvre de ses ennemis. A la prison, il entend les voix des différents personnages qu'il accuse de s'occuper de lui en mauvaise part et qui sont logés, dit-il, sur l'île Ste-Hélène, en face de la prison. Il m'informe de plus qu'il s'est senti souvent roué de coups.

Je n'ai pas de renseignements sur les antécédents personnels et héréditaires du malade. Il ne porte pas de stigmates physiques de dégénérescence et son délire paraît remonter à assez longtemps. Il semble assez logique de rattacher son délire de persécution à la psychose systématique progressive. Les renseignements sur la moralité de l'inculpé sont des meilleurs.

Conclusions :—P. F., est aliéné, il est atteint de délire de persécution, l'invasion de la maladie remonte à plusieurs années ; comme la forme de la maladie

dont il souffre peut s'accompagner de réactions dangereuses pour les autres, il devrait être placé dans un asile. Il ne m'est pas possible de rattacher le délit dont il est accusé à sa maladie mentale.

Obs. 31.—(personnelle)—T. D., âgé de 34 ans ; irlandais catholique ; tentatives de suicide ; dégénérescence mentale, délire mystique, idées de suicide ; irresponsabilité, ordonnance de non lieu, internement dans un asile d'aliénés.

T. D., est le fils d'un père alcoolique, mort hydropique. Il fait depuis 16 ans un usage immodéré de boissons fortes. Il a fait à plusieurs reprises du delirium tremens. Une fois, il a eu pendant quelques jours des hallucinations de l'ouïe représentées par des chants mystiques. Le 3 juillet, cet individu s'est jeté à l'eau, d'où il n'a été retiré qu'avec difficulté, car il opposa une très vive résistance à ses sauveteurs. A la prison, il a essayé de se briser la tête contre les murs et les barreaux en fer des fenêtres et il a tenté de se noyer dans un bain.

Nous l'avons vu le 6 et le 8 juillet, il présentait alors un peu d'excitation motrice et psychique, représentée par un besoin incessant de mouvement et une grande loquacité ; cependant, on fixait facilement son attention, et on obtenait de lui des réponses exactes. Son langage est grammatical et ses expressions sont choisies. Il a d'ailleurs reçu une excellente éducation et a très bien appris. Il est sculpteur sur marbre et dessinateur, c'est un très bon ouvrier. Nous n'avons pas d'autres renseignements sur ses antécédents. Il accuse des hallucinations de l'ouïe, il déclare qu'il entend des chants célestes et la voix de Dieu qui l'appelle et lui dit de se purifier par la mort. Ces hallucinations ont établi chez lui, avec tant de conviction, la conception délirante d'une mort volontaire comme moyen de purification pour aller au ciel, qu'il a fait ces tentatives déterminées et répétées de suicide, au cours desquelles il s'est infligé des blessures graves à la tête. Il dit être descendu aux limbes, lorsqu'il était en prison : il a vu là une foule d'âmes qui se préparaient à monter au ciel, ayant été rachetées par Notre Seigneur. Il croit que c'est pendant son sommeil qu'il est ainsi descendu aux limbes, dans tous les cas, il a conservé du fait un souvenir confus. Autrement, il n'accuse pas d'allucinations de la vue, il n'a eu aucune vision terrifiante. Il existe un léger tremblement de la langue, mais les doigts ne tremblent pas. T. D., est venu à Montréal vers le 20 juin, il venait des Etats-Unis, où il avait passé huit mois en prison. Sa détention avait altéré sa santé et il était très faible lorsqu'il est arrivé à Montréal, tellement qu'il avait été question de le placer dans un hôpital.

Il retourna à ses habitudes alcooliques, et pendant deux ou trois jours, il but en excès des boissons fortes, sans prendre de nourriture. Un soir, il arriva chez lui dans un état de grande excitation ; il avait passé toute la journée à courir les églises, faisant partout des dévotions désordonnées et exagérées ; il déclara à sa mère et à son frère qu'ils étaient *sauvés*, mais que pour lui son salut était très problématique. Il passa la nuit en prières, interpellant des êtres imaginaires sur des sujets mystiques. Le lendemain il alla se jeter à l'eau.

T. D. a bu en excès, mais il ne pu s'agir de phénomènes alcooliques ici sim-

plement : T. D. n'a pas été très excité, il n'a pas eu d'hallucinations terrifiantes de la vue, à exacerbation vespérale, il n'a pas été incohérent et il n'a pas présenté de tremblement des extrémités. L'alcool n'a été ici que la cause occasionnelle du délire qui s'est développé sur un organisme affaibli par une longue détention, dans un cerveau préparé par une intoxication prolongée et rendu excessivement sensible à la moindre provocation. Il faut aussi remarquer que T. D. est le fils d'un alcoolique. On peut dire qu'il s'agit ici d'un délire mystique, arrivé chez un dégénéré de l'intelligence, de par le double fait de l'hérédité alcoolique paternelle et de l'altération de la cellule nerveuse créé par une imbibition progressive. T. D. a donné d'autant plus de prise à l'envahissement de la psychose qu'il était considérablement affaibli par la maladie.

Conclusions :—T. D. est un alcoolisé chronique, atteint de dégénérescence mentale, avec délire mystique et idées de suicide, conséquence logique de son délire : il était en état d'aliénation mentale lors de l'action et par conséquent, il ne saurait être tenu responsable de l'acte incriminé ; comme T. D. n'est pas encore guéri de son trouble mental et qu'il est dangereux pour lui-même de le laisser en liberté, il devrait être placé dans un asile d'aliénés.

Dans chacune de ces observations, se joint à la définition de l'état mental du sujet, la démonstration de la relation entre le délit et cet état mental, de manière à pouvoir rattacher l'acte incriminé à son origine pathologique, et une opinion médicale sur la responsabilité du détenu.

Cette démonstration a été faite spécialement à la demande des magistrats, qui ont compris que ces individus ne relevaient pas de la justice, mais de la médecine et de l'administration ; c'est-à-dire que les décisions qui leur étaient applicables, étaient celles qui comportaient un traitement et des mesures de sécurité, pour eux-mêmes et les autres. Ils ont donc crû devoir, à la première phase de la procédure criminelle, dégager complètement l'action de la justice, ils ont rendu des ordonnances de non lieu et mis ces individus à la disposition de l'administration.

Ces individus étaient manifestement aliénés au moment où ils se sont présentés devant le magistrat, l'acte incriminé découlait évidemment de la maladie et même dans certains cas, il n'en était que le symptôme ou la manifestation extérieure. Ils ne différaient donc des aliénés ordinaires, que par le fait accompli, la maladie étant exactement la même.

L'étude de l'état mental de ces individus a été faite en employant les procédés ordinaires qui conduisent au diagnostic des maladies. La solution des problèmes que comportait cette étude, au point de vue de la responsabilité et de la sécurité publique, a été recherchée dans le critérium, essentiellement scientifique et médical, de la maladie. La question nous a toujours été posée dans les termes les plus larges, sans référence à aucun critérium arbitraire, et c'est comme médecin que nous avons répondu, nous inspirant de considérations médicales seulement.

SIGNES ET TRAITEMENT DE LA COLIQUE SPERMATIQUE

Par le Dr. A. GUEPIN.

Professeur libre de chirurgie des voies urinaires, à Paris.

Mon maître Reliquet et moi avons défini la colique spermatique un ensemble d'accidents douloureux provoqués par la réplétion anormale des vésicules séminales, qu'il y ait ou non oblitération des canaux éjaculateurs; car tout ce qui dilate ou obstrue le canal éjaculateur entraîne au moment du spasme génital des douleurs parfois très vives et, dans l'intervalle de cette crise aiguë, entretient un état spasmodique de la vessie et de l'urètre. (v. *Glandes de l'urètre* tome II, pages 37 et suivantes).

Il y a trois degrés cliniques à considérer, reliés entre eux par de nombreux cas intermédiaires. 1° Distension de la vésicule par hypersécrétion simple (sans infection) ou rétention des liquides normalement sécrétés par cette glande. 2° Hypersécrétion de la vésicule avec infection des produits sécrétés et stagnant dans sa cavité dilatée. 3° Oblitération d'un ou des deux canaux éjaculateurs.

Dans toutes ces circonstances prédominent les troubles de la miction, rattachés ordinairement à l'existence d'une cystite, tandis que j'ai démontré qu'il s'agissait simplement alors le plus souvent d'excitation vésico-urétrale réflexe, de *fausse cystite* en un mot. Ce sont des envies fréquentes, impérieuses, douloureuses. La pyurie plus ou moins accentuée, et parfois l'hématurie viennent compléter le tableau. A cet état permanent, exagéré par toutes les causes de congestion du petit bassin, (efforts, constipation, érections surtout) s'ajoutent au moment de l'éjaculation des douleurs aiguës, vives, s'irradiant de l'anus à l'extrémité de la verge. Ces douleurs apparaissent avec leur maximum d'intensité au moment du spasme, et persistent, en s'atténuant, plus ou moins longtemps. La marche, les cahots de la voiture peuvent les réveiller. Dans les deux premiers degrés, l'éjaculation est possible, parfois striée de sang ou riche en sympexions; dans le troisième, il y a aspermatisme. Le toucher rectal révèle les contours et la sensibilité de la vésicule atteinte; les commémoratifs, les signes positifs fonctionnels et physiques, affirment le diagnostic.

Le traitement de la colique spermatique au premier degré consiste essentiellement à supprimer toutes les causes de stagnation des produits sécrétés dans la vésicule: spasme de l'urètre symptomatique, coït incomplet, érections prolongées sans éjaculation. Au second degré, il convient, après avoir supprimé

les causes occasionnelles précédentes, de juguler l'infection glandulaire, la spermatocystite; les balsamiques, la créosote, les eaux sulfureuses ou arsénicales suivant le cas, les calmants locaux répondent à cette nouvelle indication. Dans le troisième degré, il faut lever l'obstacle qui obstrue le canal éjaculateur; la compression du canal sur une sonde demi molle, sur un instrument métallique au besoin, la cautérisation répétée de la région prostatique de l'urètre, ont suffi dans les nombreux cas que nous connaissons, soit à guérir le malade, soit au moins à améliorer son état, sans que rien n'ait été tenté sur la vessie saine, que d'ailleurs un traitement illogique irriterait inutilement.

Six années d'expérience en chirurgie abdominale avec résultats ultimes et immédiats

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

Ceci est un compte rendu complet de toutes mes opérations abdominales indiquant à la fois et le nom et l'âge de la patiente, la maladie qui donna lieu d'opérer, quels en ont été les résultats ultimes et immédiats et enfin les circonstances de temps et de lieu. J'ai fait ces opérations depuis six ans seulement, avant cela j'avais l'habitude de remettre aux soins des chirurgiens qui avaient toute l'expérience requise ceux de mes patients dont l'état nécessitait de tels traitements. Ce ne fut qu'après seize années de pratique générale que je me crus justifiable de me charger d'une aussi sérieuse responsabilité. Jusqu'au 20 novembre 1896, date à laquelle j'écris cet article, j'ai fait 143 opérations abdominales, dont onze ont eu un résultat fatal, comme on le constatera dans le tableau suivant:

	Opérations	Morts	Pour cent
Hôpital privé	67	5	7½
Hôpital situé à l'ouest de la ville ou Western			
Hospital	42	4	9½
Hôpital Bon Samaritain.....	24	1	4¼
Strong	2	0	0
A domicile	8	1	12½
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	143	11	7½

	Opérations	Morts	Pour cent
En 1890	4	0
1891	8	1	12½
1892	12	2	17
1893	23	3	13
1894	40	3	7½
(1) 1895	56	2	3½

Le tableau suivant indiquera quelles ont été les raisons qui m'ont amené à faire ces 143 opérations et quel en a été le taux de la mortalité :

	Opérations	Morts
Ablation d'une grosse tumeur du rein par l'abdomen.....	2	aucune
Grossesse extra-utérine.....	3	aucune
Hernie abdominale.....	7	aucune
Grosse tumeur ovarienne.....	8	1
Hystérectomie abdominale	11	3
Obstruction intestinale datant de 8 jours	2	2
Péritonite générale à la suite de fausse couche.....	1	1
Péritonite tuberculeuse généralisée.....	2	aucune
Cancer de l'ovaire	1	aucune
Septicémie puerpérale.....	1	aucune
Rupture d'une trompe de Fallope cédant sous la pression du pus accumulé.....	1	aucune
Accumulation du pus dans les trompes	42	3
Opération de Trenholmes	4	aucune
Kystes ovariens et inflammations chroniques des trompes	9	1
Hydrosalpinx	6	aucune
Hystéropexie souvent accompagnée de l'ablation des annexes utérins, de dilation, de curettage, de suture du col et du périnée.....	43	aucune
	143	11

Voici donc quels ont été les résultats bons et mauvais de ces diverses opérations, quand et en quel endroit elles eurent lieu. Je ferai remarquer que la proportion de la mortalité s'éleva de zéro la première année à 17 pour cent la troisième. Mais l'expérience que me donna ces trois cas d'insuccès eut

(1) Depuis le vingt novembre dernier au premier de l'an j'ai ajouté à ce nombre 10 autres opérations abdominales, ce qui réduit la mortalité pour 1895 à 3 pour cent.

pour résultat de réduire la mortalité à 13 pour cent l'année suivante, puis à 7½ pour cent la cinquième année, enfin à 3½ la dernière année.

Il est cependant juste de dire que ce pourcentage de 17 eut été réduit à 9½ n'eut été un cas désespéré d'obstruction intestinale chez une femme qui mourut sur la table d'opération. Ses chances de salut étaient à peu près nulles, mais mes collègues et moi nous décidâmes de lui donner le bénéfice du doute, et comme cette année-là je n'ouvris l'abdomen que 12 fois, un cas de mortalité de plus éleva le pour cent de 8½ à 17.

L'année suivante, je fus appelé pour un cas d'obstruction intestinale occasionnée par une hernie crurale étranglée. La patiente était dans cet état depuis neuf jours. Les intestins étaient gangrenés et l'état de la malade bien mauvais.

Cette femme mourut quelques heures plus tard.

Circonstances de lieu. — Je crois que le résultat sera tout aussi favorable si l'opération est pratiquée dans une maison privée que dans un hôpital; cependant, elle donnera à l'opérateur beaucoup plus de trouble.

Des huit opérations que j'ai faites dans des maisons privées, souvent peu propices, sept de ces patientes revinrent à la santé. C'étaient une hystérectomie abdominale, deux très mauvais cas d'abcès tubo-ovariens, un hydro salpinx de grandes dimensions, un cas d'extirpation d'un gros kyste de l'ovaire, suivi d'une hystéropexie, une ablation de petits ovaires sclérosés et une opération ayant pour but d'établir un anus contre nature pour un cas d'obstruction intestinale. Cette dernière personne mourut.

Des deux opérations pratiquées à l'hôpital Strong, l'une était une hystérectomie chez une femme souffrant d'un fibroïde de l'utérus, l'autre une ablation par l'abdomen d'un gros rein affecté d'un kyste; ces deux opérations réussirent bien.

Depuis l'ouverture de l'hôpital Samaritain, j'y ai fait avec succès vingt-trois opérations abdominales: un gros fibroïde de l'utérus, un kyste de l'ovaire, trois opérations de Trenholmes, qui consistent à enlever les ovaires dans des cas de tumeurs fibroïdes, deux cas très difficiles d'hernie ombilicale, et cinq où l'on fit en une seule séance six opérations. Les autres cas furent des hystéropexies avec ou sans ablations des annexes utérins. C'est à l'hôpital Western où je perdis le plus fort pourcentage de patientes. C'est d'abord là que je fis mes débuts et en outre j'opérai sur de très mauvais cas. A l'hôpital Strong, je ne perdis pas une malade. A l'hôpital Samaritain, je perdis une opérée sur vingt-quatre, c'est-à-dire, un peu plus de 4 pour cent. J'ai consciencieusement travaillé à réduire la mortalité dans mes opérations, mais je n'ai pas choisi les cas, si je l'eusse fait, ma statistique ne compterait pas ces deux cas de mortalité où il s'agissait d'obstruction intestinale, car ces deux femmes étaient toutes deux mourantes avant l'opération. Mais, enfin, pour que ce

rapport soit de quelque utilité, il doit être correct et juste, c'est pourquoi j'ai mentionné tous les cas qui se sont terminés par la mort. J'ai conservé soigneusement tous les noms et résidence de toutes mes opérées. Je crois que c'est le devoir de tout chirurgien de soumettre ainsi ses statistiques pour qu'elles soient examinées et vérifiées. Songeant aux efforts incessants que font les chirurgiens pour réduire la mortalité dans leurs opérations, je crois qu'il serait bon d'analyser ces onze cas de décès et de voir combien d'entre eux auraient pu être prévenus, car rien ne m'intéresse autant que de rechercher les causes de la mort en de tels cas.

Mon premier décès fut une femme porteuse d'une énorme kyste multiloculaire de l'ovaire; il remplissait toute la cavité abdominale et était adhérent à tous les organes. Il fallut attacher le pédicule par segments; il avait dix pouces de large. Le péritoine donna beaucoup de sang, mais on finit par l'arrêter au moyen d'éponges chaudes. Quelques heures après l'opération, comme le pouls reprenait sa force habituelle, la circulation devenant plus active, l'hémorrhagie recommença et bientôt le sang s'éleva dans le drain laissé dans la plaie; nous espérions qu'il ne tarderait pas à arrêter, mais il n'en fut rien et comme l'hémorrhagie devenait très abondante, il fallut ouvrir de nouveau, bien que ce fut à une heure avancée de la nuit; le sang s'écoulait par une déchirure qui existait entre deux ligatures dans le ligament large. Il fut facile de passer un fil et d'arrêter l'écoulement du sang, — mais cette patiente était devenue trop faible pour survivre et mourut vers le 3^{me} jour. Si nous eussions alors connu comme aujourd'hui la position de Trendelenburg, nous aurions pu je crois sauver la malade; en mettant le ligament large bien en vue nous n'aurions pas manqué de faire une suture sur ce conduit hémorrhagique. Cependant je pense que dans ces cas de vastes tumeurs il est préférable et plus rapide d'appliquer un forceps à pression sur le pédicule jusqu'à ce que le sang soit parfaitement contrôlé, de couper la tumeur et d'attacher ensuite par segments, puis en masse.—

Hystérectomie abdominale.— 3 décès; deux étaient si difficiles que j'aurais dû renoncer à enlever complètement la matrice et me contenter d'extraire les annexes utérines, chose si peu dangereuse et certes très efficace. La tumeur était enfouie dans le bassin, l'utérus occupait le centre. Ce fut avec de grandes difficultés que l'on parvint à ligaturer les artères ovariennes et à saisir au moyen de forceps les artères utérines; on enleva ensuite la tumeur, puis on attacha les artères; l'opération était finie et déjà la malade reposait bien et semblait devoir se rétablir rapidement; le pouls était normal, la température aussi — elle avait eu quelques selles, elle demandait de la nourriture, quand vers le quatrième jour le pouls s'éleva tout à coup à 140 et la patiente se mit à vomir et mourut le jour suivant. On ouvrit l'abdomen sans pouvoir é couvrir quoique ce fut: le péritoine était bien uni et parfaitement net. Ne

trouvant pas d'autre cause, j'attribuai dans ce cas la mort à la septicémie. Si je n'eusse enlevé que les annexes utérins, opération simple et sans danger, cette vie eut été sauvée. Mais je pensais alors qu'il n'était pas honorable de reculer devant une opération. Maintenant que j'ai vu plus d'une fois les opérateurs les plus expérimentés des Etats Unis non seulement abandonner une opération dangereuse pour ressortir à une autre plus simple, mais même bien souvent refermer l'abdomen sans avoir rien fait dans l'intérêt de la patiente, je suis convaincu que c'est bien ce qu'il y a de mieux à faire.

Dans un autre cas ma malade mourut de septicémie; aurait-on pu prévenir cette mort, je ne crois pas ou du moins je ne puis voir en quoi l'antisepsie avait fait défaut; c'était un cas facile qui ne requérait qu'une courte opération; la patiente, il est vrai, profitant de l'absence de la garde-malade, descendit de son lit, mais je suis d'opinion que cela n'influença aucunement le résultat final.

La troisième opérée que j'ai perdue présentait une grosse tumeur accolée à la vessie, au rectum et aux gros vaisseaux du bassin; il fallut abandonner l'opération et la patiente mourut. (*A suivre*)

Mal de Dent :

R. — Acide carbolique.....	5 grains
Cocaine hydrat.....	15 grains
Menthol	3 grains
Glycerine.....	½ drachme

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

Albuminurie :

R. — Acétate de potasse.....	1 once
Chloroforme.....	½ once
Acide benzoïque.....	½ drachme
Eau ad.....	8 onces

D. — ½ once toutes les 4 heures.

Néuralgie :

R. — Poudre de guarana.....	15 grains
— quinine.....	4 grains
— bicarbonate de soude.....	15 grains
— salicylate de soude.....	15 grains

D. — Pour une poudre, au besoin.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

LA RATE DANS LES MALADIES INFECTIEUSES, résumé d'une étude de M. FERNAND BEZANÇON, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, chef du laboratoire de clinique chirurgicale de la Pitié.— *Gazette des Hôpitaux*, janvier 1896.— L'on peut certainement ranger au nombre des résultats les plus pratiques apportés par les progrès récents de la médecine moderne, la connaissance de plus en plus complète des moyens de résistance de l'organisme. Une fois admis le principe de la porte d'entrée, du *locus minoris resistentia*, une fois les symptômes infectieux devenus les signes de la réaction de l'organisme contre une cause envahissante, il était évident que la science chercherait à connaître comment s'opérait cette lutte intime entre la maladie et nos organes, comment ceux-ci terrassaient le mal ou succombaient sous ses attaques. La médecine quittait la voie hippocratique pour la méthode expérimentale, et le microscope devenait l'instrument précieux des recherches. Aussi les histologistes, plus heureux que leurs frères en anatomie, ont-ils jeté la lumière sur plus d'un point obscur, et ont établi, entre autres, d'une manière non douteuse, le rôle protecteur des organes lymphoïdes. Les amygdales, les ganglions lymphatiques, le thymus, le corps thyroïde, les capsules surrénales, les glandes de Peyer, la rate ont tour à tour révélé leur action intime, et ces découvertes successives n'ont fait que confirmer davantage la théorie célèbre de Metchnikoff, la phagocytose. Tous ces organes accessoires, dont on ignorait passablement la raison d'être, sont en effet les fournisseurs des cellules microphages, les globules blancs du sang, et par conséquent d'une manière indirecte, les principaux défenseurs de l'organisme humain. De tous ces organes, dont l'action est si importante en médecine, la rate est certainement à la fois l'un des principaux et des plus méconnus par le médecin. Aussi nous croyons utile de résumer pour nos lecteurs l'étude très complète que vient de publier M. Bezançon. Nous suivrons pas à pas la marche de l'auteur, nous efforçant de rapporter aussi brièvement que possible l'ensemble de son exposé. La théorie qu'explique M. Bezançon est d'autant plus certaine qu'elle repose sur les faits constatés dans le laboratoire de l'un des principaux hôpitaux de Paris, et le praticien qui nous lit trouvera son compte à bien comprendre un organe auquel il a peut-être jusqu'ici prêté peu d'attention.

STRUCTURE DE LA RATE.— La rate est constituée par un parenchyme, un squelette de tissu réticulé qui contient dans ses mailles, selon les points, soit exclusivement des cellules lymphatiques : *corpuscules de Malpighi*, soit un mélange de cellules lymphatiques et d'hématies : *pulpe splénique*. Elle offre beaucoup d'analogie avec un ganglion lymphatique. Le corpuscule a la même structure que le follicule clos des organes lymphoïdes, et

la pulpe de la rate est chargée d'éléments lymphatiques tout comme la lymphe qui circule dans le sinus perifolliculaire. La rate est en quelque sorte un ganglion placé sur le trajet de la circulation sanguine, ou plus exactement un organe où peuvent se déverser dans la circulation sanguine des éléments lymphatiques analogues à ceux qui naissent dans les ganglions.

La rate est un organe où le sang artériel vient se charger de leucocytes. Le sang pris dans l'artère splénique renferme 1 leucocyte pour 225 hématies, tandis que celui qui sort de l'organe par la veine splénique contient 1 leucocyte pour 60 hématies, et même jusqu'à 1 pour 5. Certaines artérioles de la rate sont entourées comme d'un manchon de corpuscules de Malpighi, lesquels corpuscules élaborent des leucocytes qui passent dans la pulpe splénique pour s'y accumuler, s'y modifier et tomber dans la circulation générale par la veine splénique. Le sang ainsi chargé de matériaux de défense traverse le foie avant de tomber dans la circulation veineuse générale.

La raison physiologique de ceci se comprend très bien quand on se rappelle que le foie est le grand purificateur de l'organisme. La rate fournit des leucocytes au sang; ceux-ci, le moment voulu, établiront la défense dans l'organisme, et c'est le foie qui bénéficie le premier de cet état de chose.

Mais la rate a une seconde action toute aussi importante: c'est un organe hématopoïétique chargé de purifier le sang. Nous laissons la parole à l'auteur. "La rate semble être, parmi les divers organes, un des centres importants où s'accomplit la police générale de la circulation: débris leucocytaires, vieilles hématies, pigment, particules inanimées et aussi, comme nous le verrons dans la suite, particules vivantes (bactéries), qui circulent dans le sang, s'arrêtent volontiers dans ses mailles et sont absorbés, soit par ses leucocytes, soit par ses cellules endothéliales faisant fonction de macrophages."

Comme on voit, la rate, tout en secondant l'action du foie et des autres organes, est elle-même un organe qui a son action propre, action à la fois défensive et créatrice. L'on comprend aisément de quelle ressource précieuse devient cette action dans les maladies infectieuses, alors que l'organisme est envahi dans sa circulation par les germes et leurs toxines. "Qu'il y ait, dit M. Bezançon, infection générale de l'organisme par les bactéries, véritable septicémie, ou qu'il n'y ait qu'infection locale, avec diffusion dans l'économie des seules toxines, à des degrés divers la rate réagira, et les modifications de structure qui en résulteront, toujours importantes au point de vue histologique, seront souvent assez considérables pour être appréciées cliniquement."

CARACTÈRES GÉNÉRAUX DE LA RATE INFECTIEUSE.—L'étude de la physiologie et de l'anatomie de la rate nous amène donc à cette conclusion que l'organe splénique, par le fait même de sa nature lymphoïde, réagit vivement contre les maladies infectieuses, réaction qui se manifeste cliniquement par des symptômes fonctionnels et des signes physiques durant la maladie, et après la mort par des lésions que l'on peut constater à l'autopsie. Les *symptômes fonctionnels* sont peu marqués et ne s'accusent que lorsqu'il y a distension rapide de l'organe, ou encore lorsque le péritoine adjacent se trouve atteint (périsplénite, pleurésie diaphragmatique). L'on a alors une douleur soit localisée, soit s'irradiant le long du phrénique jusqu'à l'épaule gauche. Si la distension devenait assez forte pour amener de la compression, l'on verrait apparaître de la dyspnée, de la toux, des palpitations, des troubles digestifs et même des troubles urinaires. Ces troubles évidemment ne sont

gissent que sous l'effet de la distension splénique amenée par une congestion vasculaire pathologique. Il y a suractivité fonctionnelle, et la palpation, ainsi que la percussion, permettent de constater les *signes physiques*, l'hypertrophie et la dureté de la rate. Il y a augmentation de volume et matité. Dans les infections locales: pneumonie, érysipèle, grippe, ou généralisées seulement par leurs toxines: diphtérie, choléra,— la rate est peu affectée. De même dans les fièvres éruptives. Mais elle réagit au contraire vivement dans les infections générales: fièvre typhoïde, typhus exanthématique, infection puerpérale, fièvre récurrente, impaludisme, ictère infectieux, syphilis, tuberculose aiguë généralisée. Ce sont les maladies où la rate a le plus à faire, et l'hypertrophie dans ces cas pourrait bien indiquer le degré de virulence ou tout au moins l'intensité de l'infection.

Dans certains cas spéciaux (fièvre intermittente, paludisme chronique), l'auscultation peut faire entendre un souffle doux qui est évidemment splénique, c'est-à-dire né sur place.

Les symptômes fonctionnels et les signes physiques de l'hypertrophie de la rate peuvent donc être d'une grande utilité au diagnostic et même au pronostic des maladies infectieuses. De plus il est possible, en ponctionnant la rate, d'établir un diagnostic bactériologique. La culture du sang retiré par ce moyen a permis de reconnaître la présence dans la rate du bacille d'Eberth, du bacille de Koch, du pneumocoque, &c. Il faut, pendant la ponction, faire suspendre au malade tout mouvement respiratoire et éviter tout autre mouvement qui pourrait dilacérer le parenchyme. Voilà, en peu de mots, la portée clinique de la rate dans les maladies infectieuses. L'on voit que c'est un des organes les plus menacés dans ces maladies, et l'un de ceux qui peuvent rendre les plus grands services.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.—Lorsque le mal qui a envahi l'organisme, l'infection, devient plus fort que le pouvoir de résistance de la rate, celle-ci succombe à la pression exercée sur elle, et l'on peut alors constater à l'autopsie des signes de congestion intense du parenchyme et de nécrose cellulaire: naturellement, l'intensité de ces signes varie avec le degré de virulence et la durée de l'infection.

Aspect macroscopique. C'est ainsi que les phénomènes congestifs de l'hypertrophie simple se manifestent à l'œil nu par la couleur rouge foncé du parenchyme, par la tension de la capsule, et au toucher par la résistance au doigt. Tandis que lorsque l'inflammation a été suffisante pour amener une désagrégation de l'organe, l'hypertrophie est moins considérable, la rate est molle, quelquefois diffluyente, et le parenchyme, de couleur terne, lie de vin, de consistance visqueuse, adhère au couteau qui pratique la section et peut même s'écouler par la moindre incision de la capsule. Entre ces lésions accentuées, il y a place pour des lésions moins graves. Ainsi l'hypertrophie des corpuscules de Malpighi apparaît à l'œil nu sous forme de petits points blancs-grisâtres se détachant sur le fond rouge de la pulpe. Lorsque celle-ci renferme dans ses mailles une accumulation intense d'éléments lymphatiques, la rate paraît d'une couleur gris-perle, gris sale. Elle est semée de fines granulations transparentes dans la granulie, de masses opaques ou caséuses s'il y a des tubercules ou des gommés. Elle est indurée dans la cachexie palustre.

Lésions histologiques. Les lésions macroscopiques que nous venons d'énumérer sont déjà par elle-mêmes un enseignement, mais l'étude de la

réaction inflammatoire et de l'altération des éléments intimes de l'organe est de beaucoup la plus instructive. Nous avons vu que ces éléments intimes se divisent en deux classes : les corpuscules de Malpighi (cellules lymphatiques) et la pulpe splénique (cellules lymphatiques et hématies). La réaction inflammatoire provoquée par l'infection, augmente l'activité physiologique des corpuscules de Malpighi, augmentation qui se résume par une multiplication du nombre des jeunes cellules (lymphocytes) et surtout par leur transformation en cellules adultes (leucocytes). Même, si ce travail de suractivité est intense, les cellules adultes auront plusieurs noyaux : au lieu de mononucléaires, elles deviennent polynucléaires ; au lieu d'être normales, elles sont pathologiques. Cette réaction du lymphocyte n'est visible bien souvent qu'au début des maladies infectieuses, car elle fait place bientôt, dans un grand nombre de cas, à des phénomènes dégénératifs qui suppriment, en partie ou en totalité, la fonction leucocytaire du corpuscule. Ces phénomènes sont de deux ordres : lésions nécrotiques portant sur la cellule entière (désaggrégation), phénomènes d'irritation qui frappent le noyau et le déforment (fièvre typhoïde) ou le nécrosent (diphthérie). En somme, l'action infectieuse sur les corpuscules de Malpighi (cellules lymphatiques) se résume en une perversion de l'activité nucléaire et une nécrose des cellules. L'artériole centrale qui traverse le corpuscule est aussi le plus souvent altérée.

La pulpe splénique, de son côté, est le siège d'une congestion marquée qui est la cause de l'hypertrophie de la rate. Il y a même parfois des hémorrhagies intraspléniques. L'action des microbes ou de leurs toxines se fait sentir sur les cellules sanguines. Les globules blancs sont altérés par une prolifération intense ou une nécrose accentuée, et ces lésions de nécrose, le plus souvent diffuses, peuvent être réunies en foyers de nécrobiose qui forment des nodules. Les globules rouges (hématies) sont aussi atteints. On les voit, jusqu'à huit ou dix à la fois, englobés par les globules blancs (fièvre typhoïde), et souvent en outre ils sont déformés et altérés dans leur hémoglobine, ce qui leur donne une couleur jaunâtre (impaludisme). Les capillaires et les veines offrent des lésions irritatives, et quel que soit sur la rate l'effet de l'infection, simple congestion ou nécrose altérante, le nombre des globules blancs est toujours augmenté.

BACTÉRIOLOGIE.— Dans ce chapitre, l'auteur repasse l'une après l'autre les maladies infectieuses, et étudie d'une manière complète leur action particulière sur la rate. Cette étude est trop longue et trop détaillée pour que nous puissions en donner un résumé avantageux. D'ailleurs toutes ces lésions ont été étudiées dans leur ensemble au chapitre précédent, et ces notions générales suffisent, croyons-nous, à bien mettre en évidence le rôle de la rate dans les maladies infectieuses. Il nous suffira d'ajouter que chez les individus qui ont succombé aux septicémies, on trouve dans la rate les bactéries qui ont causé la mort, et l'on trouve ces bactéries dans les capillaires, dans les mailles de la pulpe, mais jamais dans les corpuscules de Malpighi. Il est trop tard pour constater la phagocytose, et l'organisme a succombé après que la rate a cessé ses fonctions défensives. Pour constater ces dernières, il faut sacrifier un animal souffrant d'une maladie infectieuse ; on trouve alors dans la rate des bactéries englobées dans des leucocytes.

CONCLUSION.— La conclusion est facile à tirer. La rate détruit les microbes sur place et fournit au sang les principaux agents de résistance. C'est l'organe important de la phagocytose.

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE DES DYSPEPSIES, extrait de la leçon d'ouverture de M. ALBERT ROBIN à l'hôpital de la Pitié.— *Le Bulletin Médical*, décembre 1895.

Le docteur Robin constate d'abord le peu de succès qu'obtient l'antiseptie médicale dans le traitement des maladies internes. Il cite comme exemple la phtisie, où les différents traitements antiseptiques n'ont guère donné de meilleurs résultats que les méthodes plus anciennes. Ces dernières cherchaient surtout à remonter l'organisme, et c'est encore aujourd'hui le principe le meilleur : activer la réaction de défense. Le docteur Robin ne prévoit guère de résultats probables en dehors de la sérothérapie. Il refait ensuite l'histoire des différents systèmes depuis Hippocrate, et termine par les méthodes de thérapeutique suivies depuis Broussais. Avec ce dernier, c'est la médication antiphlogistique, et nulle autre, puisque l'idée d'inflammation dominait la pathologie. Après Broussais viennent Barras, Johnson et Schmidtman, et l'on rentre alors en plein dans la médication symptomatique. Il ne s'agit plus que de sédatifs, de narcotiques, d'antispasmodiques. Les uns préconisent un régime sévère ; les autres conseillent de s'en tenir aux aliments que l'estomac supporte le mieux. C'est une période d'indécision qui se continue avec Beau, Chomel et Trousseau lui-même. Bouchard revient à la médication systématique. Il faut favoriser la rétraction de l'estomac ; donc, que celui-ci ne soit distendu par l'alimentation que pendant le plus court espace de temps, le plus rarement possible, le moins possible. Ceci contre la dilatation. En outre il faut modérer les fermentations gastriques, empêcher la production de ces fameuses toxines aux effets si multiples et si fâcheux : divers antiseptiques et l'acide chlorhydrique sont les agents essentiels de cette seconde indication. "Avec les progrès du chimisme stomacal, ajoute le docteur Robin, le système thérapeutique de M. Bouchard devait s'écrouler et céder la place à un autre système, uniquement basé sur le fait chimique, trop souvent considéré indépendamment du milieu où il s'accomplit et des causes qui lui donnent naissance. C'est cette médication purement clinique qui trône aujourd'hui ; elle se pique d'être essentiellement scientifique, de ne rien laisser au hasard ; elle prend des allures d'absolutisme. Je ne lui reconnais qu'un mérite, c'est celui de la simplicité : il a trop d'acide dans l'estomac, vous le saturez ; il n'y en a pas assez, vous en introduisez. Mais j'ai une objection à faire, et une objection suffisante pour ruiner le système chimique, c'est qu'appliqué au traitement des dyspepsies, il est encore inférieur aux anciennes médications symptomatiques."

Le docteur Robin poursuit alors sa leçon en développant ses idées personnelles. "La maladie ne varie pas comme les doctrines ; voilà pourquoi aucune médication exclusive n'a réussi à s'imposer d'une manière définitive. Quand il y avait derrière la dyspepsie un élément inflammatoire, on réussissait avec la thérapeutique antiphlogistique de Broussais. Quand il s'agissait d'une prédominance douloureuse, les narcotiques faisaient merveille. La médication nervine modifiait fréquemment les retentissements nerveux des troubles fonctionnels de l'estomac. Lorsque la dilatation stomacale était indéniable, le régime sec et mesuré donnait les plus heureux résultats." Mais c'est une erreur de baser les indications thérapeutiques sur les symptômes seuls. Il faut surtout viser la cause et s'efforcer de prévenir les lésions ; il faut suivre le conseil de Gubler et faire de la thérapeutique étiologique et

pathogénique. "Traiter un symptôme, c'est faire une thérapeutique d'attente, souvent utile, presque jamais décisive." Il est très important aussi de ne pas attendre, quand on le peut, que les lésions soient établies. "Traiter directement une lésion matérielle, à moins de rares exceptions, c'est faire œuvre encore incertaine, avec la tradition pour base et l'empirisme pour flambeau. La lésion, en effet, n'est ordinairement qu'un résidu qu'il n'est possible d'atteindre qu'en agissant sur la vitalité générale ou sur les fonctions des éléments anatomiques qui sont le siège de cette lésion."

Le docteur Robin s'élève alors fortement contre ceux qui ne recherchent dans toute maladie que la lésion anatomique pure. Ces lésions là ne sont qu'un résidu, contre lequel la thérapeutique ne peut pas grand'chose. Il y en a d'autres bien plus importantes, celles qui sont la conséquence d'un effort réactionnel de l'organisme contre la cause morbigène. "Il faut savoir, dit-il, que nombre de maladies débutent par un trouble fonctionnel, quelquefois général, souvent localisé; que ces maladies restent fonctionnelles pendant un temps plus ou moins long, que ce vice de fonction, primitif ou commandé par des actes nerveux morbides, peut être mécanique, morphologique ou chimique, et qu'à cette période il peut être enrayé ou modifié par une thérapeutique dont la précision laisse loin derrière elle les méthodes traditionnelles." Cette thérapeutique vise la cellule même dans son mode de nutrition, c'est la thérapeutique des réactions cellulaires, la *thérapeutique vitale*.

Après avoir ainsi établi qu'en fait de thérapeutique, le pas est à la physiologie, le docteur Robin termine sa leçon en disant que les dyspepsies sont des maladies fonctionnelles de l'estomac. "La dyspepsie est le premier acte d'un grand nombre d'affections organiques de l'estomac; elles les accompagnent toutes et les suit jusqu'à leur terminaison. Et comme, d'autre part, elle intervient titre d'élément morbide dans la plupart des maladies générales ou locales, on peut dire qu'elle fait partie de presque toutes les symptomatologies."

"Si les dyspepsies ne sont que des simples dérangements de la fonction gastrique normale, c'est la physiologie qui doit servir de base à leur connaissance. Considérée schématiquement, l'activité gastrique peut se résumer dans les points suivants: des glandes qui sécrètent un suc capable de digérer les albuminoïdes; des épithéliums et des cellules glandulaires qui fondent en un mucus protecteur; des muscles qui brassent, puis évacuent la masse alimentaire; des vaisseaux qui fournissent aux sécrétions; des nerfs qui président à ces sécrétions et qui dirigent les mouvements; des lymphatiques qui servent à absorber les matières solubles ou solubilisées dans l'acte digestif."

"Les dyspepsies sont les perversions d'une ou de plusieurs de ces actions physiologiques. Mais qu'elles affectent originairement l'une ou l'autre d'entre elle, il est exceptionnel que l'organe tout entier ne soit pas entraîné dans leur déviation. En outre quel que soit le sens ou l'étendue de cette déviation, elle a pour résultante une viciation chimique des processus digestifs. Les digestions vicieuses n'offrent pas de produits normaux à l'absorption et à l'assimilation; la renouation des milieux sanguin et lymphatique subira donc du fait de cet apport vicie, des anomalies qui changeront leur constitution; et les tissus qui puisent dans ces milieux les conditions de leur vie et de leur activité réactionnelles, vivront et réagiront autrement que dans l'état normal, alors qu'un sang convenablement entretenu leur apporte leurs éléments habituels en quantité régulière et sous une qualité physiologique."

“ Parmi ces tissus, ceux dont les éléments anatomiques sont le plus hautement spécialisés, où l'aptitude nutritive est réduite à son minimum par l'exagération même de la spécialisation fonctionnelle, et qui par conséquent, réclament plus que les autres une parfaite adaptation de leurs milieux nutritifs, ceux-là seront atteints les premiers dans leurs manifestations vitales. N'est-ce pas le cas du système nerveux, et la série des symptômes névropathiques, si bien spécialisés par Beau, ne doit elle pas intervenir dans la clinique des dyspepsies comme l'expression du trouble nutritif des centres nerveux par une irrigation de qualité insuffisante ? ”

“ Ce n'est pas tout. Une digestion imparfaite engendre des produits anormaux qui, au contact de la muqueuse stomacale, mettent en jeu des actes réflexes ou inhibitoires dont la nature, le sens ou l'intensité, doivent singulièrement différer des actes du même ordre résultant d'un processus normal. A ces actes réflexes ou inhibitoires seront conjugués des symptômes nerveux divers qui viendront compliquer les précédents, sans qu'il soit toujours possible de les en distinguer. Enfin, ces produits anormaux eux-mêmes, — dont quelques uns seraient toxiques, et qui tout au moins, jouissent de propriétés plus au moins irritantes — qui, acides pour la plupart, ont besoin, pour s'éliminer, d'enlever des bases à l'organisme, ne vont-ils pas impressionner tous les organes, le système nerveux compris, au cours de leur transport circulatoire, tandis qu'ils intéressent fâcheusement les émonctoires, lors de leur élimination, après avoir contribué pour leur part à l'adultération du sang ? ”

“ Cette rapide conception de la dyspepsie me paraît tout à fait légitimée par les dernières conquêtes de la science, et j'espère bien vous donner, au cours de ces leçons, d'amples démonstrations de sa réalité. ”

LE SALICYLATE DE SOUDE DANS LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU SIMPLE, extrait d'un article de l'*Union Médical* de Paris, novembre 1895. — Le salicylate de soude est devenu le médicament de choix dans le rhumatisme articulaire aigu simple, sans staph; locoques. C'est Germain Sée qui fit connaître en 1877 l'action spécifique du médicament. Il ne sera peut-être pas sans intérêt pour nos lecteurs de leur faire connaître les méthodes différentes suivies par quelques médecins connus dans la prescription du salicylate. Nous prenons nos renseignements dans l'*Union Médical* de Paris.

Voici quelle était la pratique de Dujardin Beaumetz. Donner dans les vingt-quatre heures (toutes les quatre ou deux heures) quatre à huit cuillérées à bouche de la solution suivante ;

Salicylate de soude.....	½ once.
Eau.....	8 onces.

Verser chaque cuillérée dans de l'eau tiédie à laquelle on a ajouté une petite quantité d'eau-de-vie, de kirsch ou de rhum. On doit, en même temps, donner des diurétiques dont le meilleur est le lait. Constantin Paul et Labbé prescrivent les eaux de Vichy, de Pougues ou de Vals.

En 1892, Beaudoin a fait une enquête auprès des médecins des hôpitaux de Paris ; tous emploient le salicylate de soude. Straus prescrit une drachme et demi à deux drachmes chez l'homme, quatre scrupules à une drachme et

demi chez la femme, et additionne la potion de sirop de menthe afin de masquer la saveur désagréable du médicament : il la donne en deux fois, vers le soir, à deux ou trois heures d'intervalle. Une fois douleurs et fièvre disparues, Straus continue l'administration du médicament pendant cinq à six jours en diminuant chaque fois la dose de quinze grains.

Le professeur Bouchard emploie à la fois le salicylate (80 grains par jour) et le bicarbonate de soude (160 grains) ; il ne cesse le traitement interne que cinq ou six jours après la disparition des lésions locales. Au lieu d'employer les fortes doses dès le début, quelques médecins, comme Millard, débutent par une drachme et élèvent peu à peu les doses. D'autres, comme Talamon, donnent les pleines doses, mais fractionnées. Faisans est tellement sûr de l'action du salicylate qu'il s'en sert comme pierre de touche pour le diagnostic.

Les médecins d'enfants sont également favorables à l'emploi du salicylate, d'autant que les petits malades le supportent parfaitement bien. Sevestre débute par trente à quarante-cinq grains au dessous de six ans ; quarante-cinq à soixante grains de six à dix ans ; soixante à quatre-vingts grains au dessus de cet âge ; il insiste sur la nécessité de ne pas trop diviser les doses. Jules Simon commence par de faibles doses, huit grains en vingt-quatre heures et augmente chaque jour de huit grains.

Voici maintenant la méthode qu'emploie Moritz, un médecin russe. Le malade prend le matin un bain chaud de 28 à 30 degrés (centigrade), d'une durée de vingt minutes environ. Ensuite il est enveloppé d'un drap et d'une couverture et porté dans un lit très couvert. On donne alors 15 à 20 grains de salicylate de soude, et on fait boire un verre d'une boisson chaude. Il se produit rapidement une sudation très abondante. Au bout d'une demi-heure, on désenveloppe avec précaution le malade. Un membre inférieur est d'abord découvert, lavé rapidement avec une éponge trempée dans l'eau froide, vite séché, et couvert légèrement de laine. Une fois les extrémités arrangées, on traite de la même façon la poitrine et le ventre. Enfin, après avoir fait asseoir le malade, on enlève les couvertures, on éponge le dos, et on passe une chemise. Généralement le soulagement est considérable et le malade s'endort. Le soir, on donne 15 grains de salicylate de soude et un verre de punch chaud ; la transpiration se produit alors de nouveau.

Tous les médecins insistent sur la nécessité de ne pas suspendre brusquement l'usage du salicylate. Le moment le plus favorable pour l'administration est le soir, car on atténue, dans une grande mesure, les principaux inconvénients de la médication salicylée, les bourdonnements d'oreilles, les sueurs, le délire, etc. On peut d'ailleurs remédier à ces inconvénients par le sulfate d'atropine, les bromures, etc. Il arrive fréquemment que l'estomac soit intolérant, que l'on ait des vomissements, de la diarrhée même. Dans ces cas Dujardin-Beaumez a conseillé l'administration par le rectum. Bourget fait absorber le médicament par la peau, sur les jointures malades, à l'aide d'une pommade à 10 p. c. d'acide salicylique, de lanoline et d'axonge. L'absorption se fait très peu avec la vaseline ou la glycérine, ou quand l'épiderme a parcheminé. Le salicylate de soude est contre-indiqué dans la grossesse, ou encore, suivant certains auteurs, lorsqu'il y a de l'albuminurie.

Lorsque l'on redoute pour un malade les inconvénients du salicylate de soude, on peut employer le salophène, à la dose moyenne de une drachme. Ce médicament, qui contient 51 0/0 d'acide salicylique, est très vanté en

Allemagne. Il ne provoque pas de céphalalgie, d'ivresse, de bourdonnements d'oreille, est insipide dans l'eau et est mieux toléré par les organes digestifs.

UNE FAUTE A EVITER DANS LE TRAITEMENT DE LA BRONCHITE, extrait d'un article de M. le Dr GINGEOT, de l'hôpital Laënnec.—*Journal des Praticiens*.—Le docteur Gingeot se montre tout-à-fait opposé à l'emploi des balsamiques pendant la phase aiguë des bronchites. La muqueuse, à se moment-là, est très inflammée, et ce serait l'irriter davantage que de lui faire éliminer des médicaments. Il vaut mieux attendre que la période aiguë soit passée. " En face de lésions catarrhales atténuées, dit le Dr Gingeot, lentes à décliner, ou même tendant à passer à l'état chronique, nous emploierons avec profit des moyens susceptibles de réveiller, pour parler de la sorte, une muqueuse endormie, et d'activer, grâce à une stimulation légère, un processus de résolution menaçant de s'arrêter en route."

Voici d'ailleurs le principal passage de la clinique du Dr Gingeot. " Soit un individu, homme ou femme, souffrant depuis peu d'un catarrhe bronchique aigu ou sub-aigu, aussitôt pleuvent les conseils d'amis ou de connaissances ; prenez donc du sirop phéniqué ; essayez donc telle préparation de térébenthine ; j'étais souffrant comme vous, l'eucalyptol m'a fait un bien énorme, etc., etc., sans oublier le classique baume de tolu à peine moins offensif que le reste. Eh bien, je le répète et j'y insiste, employer contre une bronchite à la première période les médicaments qui réussissent, en effet, quand la phase de déclin est établie, c'est non seulement aller au devant d'un échec, c'est risquer d'aggraver singulièrement le mal qu'on cherche à combattre. Il me serait facile d'appuyer cette proposition sur des faits précis ; j'en épargne la narration détaillée à mes lecteurs, d'autant que ces faits sont généralement calqués les uns sur les autres. On peu les résumer à peu près comme il suit :

Rhume apyrétique ou légèrement fébrile datant de deux ou trois jours, toux sèche, quinteuse et fatigante, sans expectoration ou avec des crachats rares, blancs, spumeux, quelquefois striés de sang, difficilement arrachés des voies aériennes, courbature, douleurs vagues dans la poitrine. Spontanément ou sur l'avis qu'on lui en donne, le malade se met à l'usage des balsamiques ; le sirop de tolu est souvent l'objet de son choix, et voici que la toux devient plus fréquente, plus sèche, que la fièvre apparaît ou s'accroît. Des râles surviennent ; s'ils existaient déjà, ils croissent en nombre et en finesse ; l'élément conjonctif prend des proportions qu'il n'avait point ; bref, on dirait d'un feu d'abord médiocrement ardent sur lequel on aurait jeté de l'huile ou dirigé un courant d'air. D'où vient cette aggravation d'un mal primitivement bénin ? N'est-ce pas, jusqu'à un certain point, du traitement mis en pratique ? Pour moi, la chose n'est pas douteuse.

Une bronchite insignifiante peut bien, à dire vrai, sans influence médicamenteuse intempestive, gagner en étendue et en intensité ; mais si le patient n'a fait aucune imprudence, l'aggravation n'est jamais brusque et rapide comme après l'emploi d'un remède mal choisi. Plusieurs fois, j'ai vu des phénomènes congestifs du côté des organes respiratoires suivre de trop près l'administration libérale du sirop de tolu, pour qu'il se soit agi là d'une simple coïncidence."

CHIRURGIE

RHINOLOGIE ET OTOLOGIE

ETIOLOGIE ET SYMPTOMES DES URÉTHRITES NON GONOCOCCIENNES, analyse d'un article de P. FAITOUT, interne des hôpitaux. — *Gazette des Hôpitaux*, janvier 1896. — C'est une question encore passablement discutée aujourd'hui de savoir si l'inflammation de l'urèthre est une dans sa nature, est toujours gonococcienne, ou si, à côté de la blennorrhagie, l'on peut rencontrer des uréthrites simples. Quand nous disons discutée, nous entendons par la profession. Car au point de vue de l'enseignement, il est admis que la muqueuse uréthrale, comme toute muqueuse d'ailleurs, réagit sous l'effet d'une diathèse, d'une maladie générale ou même d'une cause externe d'irritation. Ce serait une erreur de croire que le gonocoque seul peut donner une chaude-pisse. Voici le tableau étiologique de la maladie, tel que donné par M. Faitout.

Uréthrites de cause	externe :	}	traumatique	}	
			vénérienne		
Uréthrites de	cause interne :	}	liées à une	}	arthritisme
			diathèse ou à un	}	paludisme
			état infectieux :	}	diabète
			ab ingestis :	}	tuberculose
				}	syphilis
				}	oreillons
				}	dothiémentérie
				}	aliments
				}	médicaments

Comme on le voit, les causes sont multiples; seulement, elles agissent toutes de la même manière, en diminuant la résistance de l'urèthre, soit par une éraillure locale, soit par une perturbation vaso-motrice ou une modification sécrétoire de la muqueuse. L'urèthre étant en communication directe avec l'extérieur, la muqueuse dès qu'elle est affaiblie se laisse attaquer par les germes qui l'habitent à l'état normal, ou ceux qu'il a ramassés d'une manière fortuite. Il y a alors sécrétion inflammatoire et écoulement. Dans les uréthrites non gonococciennes, on constate au microscope, d'abord que le microcoque de Neisser est absent, et en outre que l'écoulement contient beaucoup moins de débris épithéliaux. La lésion est moins profonde. Dans certains cas d'uréthrites traumatiques, l'écoulement est souvent aseptique.

L'étude clinique des uréthrites non gonococciennes est intéressante à

suivre. Au premier rang des causes traumatiques, il faut placer le cathétérisme. Le passage d'une sonde dans le canal, surtout si elle est manœuvrée par des mains inhabiles, peut facilement causer une éraillure qui amènera de l'inflammation, surtout si la sonde n'est pas aseptique. De même la sonde à demeure, en distendant les parois de l'urèthre, peut amener un écoulement chez des malades jusque là indemnes. Souvent, dans ces cas là, l'écoulement ne contient aucun microbe. L'irritation mécanique a suffi pour provoquer la maladie.

Il en est de même des écoulements qui surviennent après une injection irritante, telle qu'une solution de nitrate d'argent, ou après l'introduction d'un corps étranger, soit par aberration génitale, soit pour se procurer une uréthrite artificielle, comme le font parfois des soldats qui, pour se soustraire à un service actif, n'hésitent pas à faire pénétrer dans leur urèthre des corps irritants, comme des brins de paille, des écorces d'arbuste, des fragments de thapsia. Les érections longtemps prolongées seraient une cause suffisante d'uréthrite. Quelques auteurs, Rodet, Julien et autres ont constaté des chaudes-pisses survenues après de longues séances d'onanisme, ou après de violents abus de coït, alors que les femmes étaient absolument saines. Une femme peut parfaitement donner une chaude pisse qu'elle n'a pas ; il suffit que son vagin soit malpropre, (menstrues, leucorrhée). C'est ce que Diday appelait des blennorrhoides, et que M. Faitout nomme uréthrorrhée. On a observé des uréthrorrhées à la suite de longues courses en vélocipède, dues à la pression du bec de la selle sur le canal uréthral.

"Au premier rang des uréthrites constitutionnelles, dit M. Faitout, il faut placer celles qui paraissent nées sous l'influence de l'arthritisme, que celui-ci se traduise par des manifestations goutteuses ou rhumatismales." Pour Bielt, l'uréthrite goutteuse est la plus fréquente après les écoulements vénériens. Deligny rapporte l'histoire d'un goutteux de quarante-deux ans, qui, depuis l'âge de vingt-deux ans et sans antécédent uréthral, présentait à intervalles variables un suintement assez abondant d'un liquide muqueux, avec légère douleur en urinant. Cet écoulement coïncidait ordinairement avec des poussées goutteuses et n'était nullement influencé par le coït. Rayer in *Maladies des reins*, s'exprime ainsi : "L'urèthre des goutteux est très susceptible de s'inflammer au contact fréquemment répété d'une urine foncée très acide, donnant un sédiment rouge brique ou teinté en rose, composé en grande partie d'urates ou de cristaux d'acide urique." Et voici ce que dit Bouchard : "Ces individus candidats à la goutte sont sujets à la blennorrhée, soit qu'elle succède à la maladie aiguë, soit qu'elle se développe d'emblée. Et cette blennorrhée, qui précède souvent de plusieurs années, la première manifestation de la goutte, pourra se reproduire encore après le développement de la goutte." L'uréthrite goutteuse semble donc admise, et plusieurs cas ont été rapportés par des médecins dignes de foi.

On en a observés aussi dans le rhumatisme. Martineau parle d'un jeune homme qui eut à subir en dix ans quatre attaques de rhumatisme : chaque fois il était pris d'une uréthrite qui persistait toute la durée de l'affection rhumatismale et disparaissait avec elle. Des observations analogues ont été faites par Guillaud, Riel, Jullien, Minguet.

"Les cliniciens ne sont pourtant pas d'accord sur la nature des uréthrites rhumatismales, ajoute M. Faitout. Les uns voient dans l'uréthrite un accident de la goutte anormale, le transport de "l'humeur goutteuse" sur le canal ; ce

serait, comme le disait Bazin, le vice arthritique qui détermine la production de ces pseudo-chaudepisses. Les auteurs anglais ont, en effet, remarqué que l'urétrite se montrait souvent après la cessation d'éruptions cutanées. D'autres ne voient dans l'association de ces deux états pathologiques qu'une coïncidence ou un réveil d'affection antérieure mal guérie. Une troisième opinion attribuée à la diathèse un rôle indirect mais essentiel : les urines concentrées, très acides, des arthritiques irritent en passant la muqueuse urétrale et celle-ci s'enflamme. Cette manière de voir nous paraît la plus vraisemblable, c'est la plus conforme aux doctrines actuelles."

C'est aussi l'irritation locale qu'il faut invoquer dans le diabète, d'après ce qu'en dit Demange dans le *Dictionnaire Dechambre* (art. Diabète) : "Le passage fréquent d'une urine chargée de sucre à travers le canal de l'urètre détermine un léger degré d'irritation pouvant aboutir chez l'homme à un écoulement blanchâtre et indolore." Moscato a vu survenir sans cause une urétrite chez un homme de soixante ans pris de fièvre palustre avec prurit et urticaire. Les affections tuberculeuses des organes génitaux-urinaires (canal déférent, vésicules séminales, épидидyme, testicule, prostate, vessie) peuvent se propager à l'urètre, dont la muqueuse se modifie, devient friable, un peu rigide, et s'enflamme à la moindre irritation. Les granulations tuberculeuses, que l'on rencontre surtout dans la région de la prostate, s'ulcèrent et donnent lieu à un écoulement purulent. Englisch distingue deux variétés d'urétrites tuberculeuses : dans la première, on trouve des phénomènes d'urétrite chronique que le malade ne peut attribuer à aucune cause ; l'inflammation envahit tout l'urètre, passe dans le tissu péri-urétral, aboutit à la formation de fistules. La seconde forme, la plus fréquente, est caractérisée par des phénomènes d'urétrite aiguë, mais les portions infiltrées dégénèrent en productions tuberculeuses. Lee, Vidal, Hammoud, Finger ont constaté l'existence d'une urétrite syphilitique se manifestant "par une démangeaison et un chatouillement au niveau de l'orifice du canal, suivie de sécrétion visqueuse, phénomènes qui apparaissent en même temps que l'éruption de la maladie générale." Tarnowsky a pu constater, à l'aide de l'endoscope, la rougeur érythémateuse de la portion pénienne de l'urètre, ainsi que des taches grises, éparses, ressemblant en partie à des ulcérations herpétiques. Enfin, pour compléter cette nomenclature, on a vu, rarement il est vrai, l'urétrite se montrer pendant une attaque de fièvre typhoïde, ou chez un malade souffrant d'oreillons.

Il pourra sembler étrange que certains aliments occasionnent une chaudepisse. Le fait a cependant été constaté pour les substances suivantes : la rave, la roquette, le cresson, le raifort, les asperges, l'oseille, le persil, le poivre, l'essence de moutarde. C'est une espèce d'idiosyncrasie qui a été remarquée par tous les observateurs, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours. Schenk a vu un homme qui se procurait une gonorrhée à volonté, en mangeant du cresson. Fonsagrives a rappelé un cas de Harrison : un malade, qui avait copieusement mangé des asperges, fut atteint d'un écoulement qui dura cinq jours. L'usage immodéré de bière, de vin blanc, de cidre, de vin nouveau non fermenté ou de vins fortement chargés de tartrates, a pu être incriminé dans certains faits. Ricord, dans sa fameuse recette pour attrapper la chaudepisse, n'oublie pas le vin blanc, les asperges, la bière, qu'il considère comme de puissants moyens adjuvants il est vrai. Certains médicaments, éliminés par le rein en quantités trop grandes, ont pu déterminer une urétrite : sels de potasse, préparations arsenicales, baumes et essences, vins diurétiques, etc.

Le médecin praticien peut-il reconnaître, à l'aide des symptômes seulement, si l'urétrite est de cause vénérienne ou non. D'une manière générale, oui. La pseudo-blennorrhagie offre les signes caractéristiques suivants. Le stade d'incubation manque souvent, ou est très court. Souvent la réaction inflammatoire succède immédiatement à la mise en jeu des moyens irritants. C'est l'urètre antérieur qui est enflammé. La sécrétion, plus ou moins abondante, varie depuis le suintement muqueux, muco-purulent, jusqu'à l'écoulement franchement jaunâtre et épais. La rougeur et le gonflement peuvent être intenses ou peu marqués, mais les érections douloureuses sont plutôt rares, moins fréquentes et moins pénibles que dans la chaudepisse vraie. La pseudo-blennorrhagie a plus de tendances à guérir que la chaudepisse vraie ; elle est habituellement bénigne. L'on connaît des cas (Hiller, Jullien) où elle s'est montrée contagieuse. "Nous nous gardérons, conclut M. Faitout, de tirer de la possibilité de cette contagion les déductions qui s'appliquent au mariage ; elles viennent à l'esprit de chacun."

DES PSEUDO-COXALGIES, extrait d'une clinique du professeur DUPLAY, à l'Hôtel-Dieu. — *L'Abeille Médicale*, janvier 1896. — On peut diviser les pseudo-coxalgies en deux grandes classes :

1° Les cas dans lesquels l'articulation coxo-fémorale est saine, mais où il existe une lésion appréciable au voisinage plus ou moins immédiat de l'articulation.

2° Les cas dans lesquels non seulement l'articulation coxo-fémorale est intacte, mais où il n'existe même aucune lésion au voisinage plus ou moins immédiat de la jointure.

Première classe. — Les cas qui appartiennent à cette classe sont essentiellement variés. Le plus souvent il s'agira de lésions inflammatoires du squelette, soit du côté du bassin, soit du côté de l'extrémité supérieure du fémur et principalement au niveau du grand trochanter.

Dans d'autres cas, il s'agira d'affections des bourses séreuses voisines de l'articulation, bourse séreuse du grand fessier, bourse séreuse du psoas, par exemple.

Enfin des néoplasmes siégeant soit sur le bassin, soit sur l'extrémité supérieure du fémur, peuvent donner un ensemble de symptômes simulant la coxalgie.

En résumé ces différentes affections péri-articulaires ont pour effet de déterminer des contractures réflexes, surtout du côté des muscles pelvi-trochantériens, d'où résultent des attitudes vicieuses qui peuvent faire croire à l'existence d'une coxalgie.

Comment fera-t-on le diagnostic de ces affections ?

Le plus souvent on sera frappé par ce fait qu'il manque quelque chose à l'ensemble symptomatique, au tableau clinique, de la coxalgie. Ainsi on ne trouvera, comme chez la malade présentée par exemple, ni abduction, ni flexion de la cuisse sur le bassin, ni ensellure lombaire. Ou bien on notera des faits contradictoires, des signes qui ne se montrent pas d'ordinaire associés de cette façon dans la coxalgie, et c'est l'étude attentive des moindres détails que révélera l'examen soigneux des malades qui pourra permettre d'éviter une erreur de diagnostic en se rappelant les affections qui peuvent faire simuler la coxalgie.

Dans le cas où il resterait quelques doutes, on endormira le malade et lorsque la résolution musculaire sera obtenue on pourra, si l'articulation est saine, la mouvoir dans tout les sens sans déterminer le moindre frottement.

Il n'y a rien à dire de particulier sur le pronostic et le traitement de ces pseudo-coxalgies, car ils sont intimement liés à ceux de la maladie simulant la coxalgie. Il suffira de traiter cette maladie pour voir disparaître tous les symptômes.

Deuxième classe. — Dans cette classe, bien que les malades présentent les symptômes de la coxalgie, on ne trouvera aucune lésion matérielle ni dans l'articulation ni dans son voisinage.

C'est surtout Brodie qui, en 1837, a attiré l'attention sur les cas de ce genre, qu'il décrit sous le nom de *coxalgie spasmodique*, de *névralgie articulaire*. Ces désignations ont été généralement remplacées par le terme de *coxalgie hystérique*. Verneuil et Charcot ont fait une étude très complète de cette singulière forme de pseudo-coxalgie.

Cette affection se rencontre chez la femme principalement, bien qu'on en ait cité quelques exemples chez l'homme. On peut l'observer à tout âge, mais généralement elle se manifeste plutôt dans la jeunesse, très souvent au moment de la puberté. Le plus ordinairement, la maladie se déclare brusquement, à l'occasion d'une cause insignifiante, d'ailleurs chez une personne qui le plus souvent a des antécédents nerveux, et même présente tous les caractères de l'hystérie confirmée. Dans certains cas, le début coïncidera avec un léger traumatisme, un effort peu considérable. Dans quelques faits, l'imitation a pu entrer en ligne de compte, comme pour l'observation de Paget, dans laquelle une jeune fille fut atteinte de coxalgie hystérique à côté de son frère qui souffrait d'une véritable coxo-tuberculose.

Les principaux symptômes de la coxalgie hystérique sont: la douleur, les contractures musculaires et les attitudes vicieuses qui en résultent.

Les douleurs sont quelquefois semblables à celles qu'on observe dans la coxalgie vraie. Des douleurs spontanées peuvent se manifester à la hanche en même temps qu'au genou, comme dans la coxo-tuberculose; mais ce qui frappe dans la coxalgie hystérique, c'est que ces douleurs n'ont pas un siège absolument fixe, et que la malade les accusera tantôt en avant, tantôt en arrière.

On observe très souvent en outre une hyperesthésie cutanée qui détermine parfois de véritables crises de nerfs dès qu'on effleure à peine la peau. Les douleurs à la pression présentent également des caractères tout à fait particuliers. Dans la coxo-tuberculose elles sont plutôt profondes que superficielles: c'est exactement le contraire dans la coxalgie hystérique, où, comme Brodie l'avait déjà bien remarqué, on déterminera des douleurs beaucoup plus vives en pinçant la peau qu'en exerçant des pressions profondes.

Dans les deux affections, les contractures siégeant sur les muscles pelvitrochantériens peuvent donner lieu exactement aux mêmes attitudes vicieuses, y compris l'inclinaison du bassin en avant et ensellure lombaire. Il est vrai que, dans la coxalgie tuberculeuse on observe le plus souvent la flexion, l'abduction et la rotation en dedans. Mais cela ne saurait constituer un signe différentiel puisque les deux positions peuvent exister dans l'une ou dans l'autre affection. Ce qu'il y a de particulier dans la coxalgie hystérique c'est la résistance des contractures. Dans une coxo-tuberculose, surtout au début, on arrive, en y mettant beaucoup de patience, à triompher des contractures dans une certaine mesure et à imprimer de petits mouvements à l'articulation; on y parvient jamais pour la coxalgie hystérique.

Dans la coxalgie hystérique, la marche présente aussi quelque chose de très spécial. Si on fait lever la malade, elle conserve le recroquevillement du

membre inférieur dû à son attitude vicieuse, mais elle ne souffre pas, et elle peut marcher en sautillant ou en s'appuyant aux meubles. Dans la coxotuberculose, au moindre mouvement la malade éprouve de vives douleurs et refuse de quitter le lit. C'est là un signe d'une importance très grande.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DU PIED-BOT, communication faite à la Société Médico-chirurgicale des hôpitaux de Nantes, par M. le Dr JOUON. *Gazette Médicale de Nantes*, janvier 1896.

M. le docteur Jouon présente à la société deux spécimens intéressants de pieds-bots, tous deux en varus équin prononcé, mais à deux degrés différents, et accompagne cette présentation des remarques qui suivent :

Comme vous pouvez vous en rendre compte, le *pied-gauche* a un degré moyen de varus et d'équinisme sans pied creux ; la face plantaire touche le sol par le bord externe seulement et fait, avec l'horizontale, un angle de 45°.

Le *pied droit* offre un degré extrême de varus équin creux ; il est complètement en travers de la jambe.

La réduction de la difformité est impossible sur les deux pieds ; on redresse bien l'avant-pied, mais le tarse subit seulement une faible oscillation réductrice.

Sur les deux spécimens, en cherchant les difformités osseuses si bien décrites par MM. Farabœuf et Lapeyre, on en trouve seulement quelques-unes.

L'*astragale* est abaissée en avant et son extrémité antérieure *très faiblement* déviée en dedans. Sa tête, *élargie* correspond encore au *scaphoïde* attiré en dedans et en haut ; les ligaments sont intacts.

Le *calcaneum* est l'os le plus déformé sur les deux pièces ; non seulement il est relevé en arrière par la rétraction des tendons d'Achille et présente son extrémité antérieure très abaissée, mais il est tordu sur son axe de façon que sa face supérieure regarde en dehors, et l'excavation calcanééo-astragaliennne est élargie de haut en bas. De plus, et c'est le trait le plus remarquable de ces pièces, *surtout du pied droit*, la face interne est excavée à un degré extrême, et, en même temps, la tubérosité postérieure interne relevée en haut et en bas, comme si on avait voulu rouler cet os en cornet.

Le *scaphoïde* est dévié en dedans, si fortement *sur le pied droit* qu'il s'articule avec la pointe de la malléole interne par une surface cartilagineuse. Le tendon du jambier postérieur, extrêmement raccourci, fixe cette déviation d'une manière absolue.

Le *cuboïde* a suivi faiblement la déviation du scaphoïde. Il ne présente, à aucun degré, la subluxation de la pointe sous le sustentaculeux calcanéen, décrite par M. Farabœuf.

En somme, sauf pour ce dernier point, ces pièces confirment la description récente de cet anatomiste ; mais, de plus, elles accusent une *déformation très spéciale* du calcaneum, surtout à la face interne et à l'extrémité postérieure.

Il est bien difficile d'attribuer cet enroulement du calcaneum à la seule rétraction du tendon d'Achille. Plus vraisemblablement, elle est le résultat de quelque pression exercée sur la face interne de l'os, ce qui concorde avec la théorie du pied-bot par pression intra-utérine.

En effet, une autre pièce trouvée dans les collections confirmerait cette théorie.

Sur un fœtus de trois mois conservé dans l'alcool, que je vous présente,

les deux pieds sont pressés par leur face interne: *le gauche* sur la *saillie ischiatique droite*; *le droit*, sur le pied gauche, de manière à creuser la face interne du pied, surtout de l'arrière-pied, à un degré excessif qui rappelle beaucoup la disposition des deux premières pièces.

A l'appui encore de cette théorie, voici un autre monstre exomphalien dont le corps était ployé en deux sur sa face dorsale et dont les pieds sont déformés évidemment par pression, l'un en talus simple, l'autre en valgus incomplet.

TRAITEMENT DE LA RHINITE PURULENTE AIGUE PRIMITIVE INFANTILE A STAPHYLOCOQUES, par l'emploi de l'huile mentholée au 10e, par HAMON DU FONGERAY. — *Annales des mal. de l'oreille et du larynx*. Dec. 1895.

M. Hamon du Fongeray a observé, chez un enfant de 13 mois, une rhinite purulente accompagnée de fièvre, de vomissements et de désordres gastro-intestinaux. La respiration, l'alimentation et le sommeil devinrent difficiles au point de faire craindre pour la vie du patient. L'usage de l'huile mentholée au 10e en badigeonnages du nez et du pharynx, répétés cinq à six fois par jour, eut pour effet de rendre le ronflement moins intense et chose importante, de faire cesser les vomissements. Au bout du quatrième jour la respiration nasale devenait possible et le jetage purulent se modifiait et n'était plus aussi abondant.

Au bout du huitième jour l'amélioration était telle que l'on pouvait considérer l'enfant comme hors de tout danger. Le traitement local à l'huile mentholée au 10e fut continué encore pendant dix jours.

A l'intérieur on administra le sirop de raifort iodé et le sirop de biphosphate de chaux.

L'examen bactériologique du jetage, pratiqué dès le début, avant tout traitement local, a permis de reconnaître que les microbes pathogènes étaient le staphylococcus albus et auréus. La recherche du gonocoque de Neisser a été négative. Hamon du Fongeray insiste sur la valeur du symptôme vomissement au cours de cette rhinite. Le vomissement se renouvelant après la moindre absorption de liquide, empêche l'enfant de s'alimenter et tant qu'il existe, à ce haut degré d'intensité, il est permis de craindre que par ce seul fait, la vie de l'enfant puisse être compromise.

LA QUESTION DES TUMEURS ADÉNOÏDES AU CINQUIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL D'OTOLOGIE. — Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie, MOURE, janvier 1896. — Sur 4,080 cas de maladies d'oreille du nez et de la gorge, Arslan, de Padoue, a traité 426 cas de tumeurs adénoïdes, soit 10.7 $\frac{0}{100}$. Il attache peu d'importance au climat humide et beaucoup à l'hérédité et aux maladies dyscrasiques. Il conseille de toujours opérer quand on a constaté la présence de végétations adénoïdes même si les masses sont petites. L'instrument qu'il préfère est le couteau de Moritz Schmidt, le patient est anesthésié avec le bromure d'éthyle, l'opération est de courte durée et aussi complète que possible en une seule séance.

Gradenigo opère quelques fois sans anesthésie, mais lorsqu'il y a recours c'est au bromure d'éthyle qu'il donne la préférence. Il est opposé aux irrigations nasales post-opératoires, le sang étant le meilleur des antiseptiques.

D'Aguzzo opère sans le secours des anesthésiques et fait usage de la pince de Löwenberg.

Secretan dit qu'en Suisse les cas de tumeurs adénoïdes sont très fréquents ; en règle générale, il est opposé à l'anesthésie. Il ajoute qu'on n'est jamais certain d'avoir opéré complètement.

Grant fait usage du protoxide d'azote pour anesthésier ses adénoïdiens, il commence l'opération avec le doigt et la termine avec la curette ou une pince spéciale.

Moure croit qu'il n'est pas toujours nécessaire d'anesthésier les patients. Cela dépend de leur docilité plus ou moins grande et aussi du siège des végétations. Les hypertrophies choanales ou latérales sont plus longues et plus difficiles à enlever que celles de la partie postérieure du pharynx. Il n'est pas d'avis non plus de faire un curettage soigneux et excessif du naso-pharynx comme s'il s'agissait de tumeurs malignes. Il suffit d'assurer la respiration nasale et tubaire pour avoir obtenu l'effet que l'on cherchait : de faire respirer et entendre le malade.

Bobone a remarqué que les tumeurs adénoïdes sont moins fréquentes dans les provinces maritimes.

NOUVEAU TRAITEMENT DE LA SURDITÉ.— Le Dr. P. Garnault, le savant spécialiste pour les maladies du larynx et des oreilles, considère comme justiciables de la mobilisation profonde ou de l'extraction de l'étrier tous les cas de surdités chroniques ou même subaiguës, que ne guérit ou n'améliore notablement ni la douche d'air, ni le massage, et dans lesquels l'appareil de perception est suffisamment intact et la surdité uniquement ou surtout causée par des altérations de l'appareil de la transmission, empêchant les ondes sonores d'arriver jusqu'à l'appareil percepteur.

On ne pratique plus, à juste titre, l'excision isolée de la membrane du tympan ; celle du marteau et de l'enclume ne peut donner de résultats que lorsque l'étrier n'est pas intéressé simultanément, ce qui est assez rare.

La mobilisation de l'étrier ne peut être utile et efficace que si elle consiste en une *dissection profonde et complète* de cet osselet dans sa niche ; l'ébranler simplement, avec un levier, ne saurait produire de résultats que lorsqu'il est libre, c'est-à-dire que l'intervention est superflue. Dans les surdités consécutives au catarrhe hypertrophique et à l'otite moyenne purulente chronique, affections qui relèvent justement de la mobilisation profonde, l'étrier est complètement plongé dans un tissu de néo-formation ; de simples incisions, qui donneraient nécessairement lieu à des cicatrices, ne pourraient qu'agir défavorablement sur l'audition.

La mobilisation et l'extraction de l'étrier, comme Garnault les propose, ne sont plus des opérations de hasard, incertaines et vagues ; elles correspondent à des indications précises, et peuvent être exécutées, dans tous les cas, lors même que le conduit auditif est le plus rétréci, à condition que l'appareil percepteur présente un degré d'intégrité suffisant. Ces opérations n'exposent le patient à aucun danger, guérissent très rapidement, ne laissent après elles aucune trace visible ou sensible, et leur résultat, au point de vue de l'amélioration de l'audition, est absolument certain, dans la mesure et avec les variations que nous avons indiquées.

On peut estimer à la moitié environ des surdités et des surdi-mutités, les cas susceptibles d'être guéris ou améliorés par la mobilisation profonde ou l'extraction de l'étrier.

Comparables dans leur principe à l'opération de la cataracte pour l'œil, ces interventions intra-auriculaires la dépasseront ou tout au moins l'égaleront dans leurs résultats.—*Le Mouvement Ther. et Médical.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

ACCOUCHEMENT FORCÉ ET VERSION POUR INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA, par le Dr C. FOURNIER (d'Amiens).

Une femme de 36 ans, ayant déjà accouché 4 fois sans aucun incident, est enceinte pour la cinquième fois.

Elle vomit quelque peu jusqu'au huitième fois, souffre de maux de tête, avec éblouissements vers la fin de sa grossesse. Dans la dernière quinzaine de cette grossesse, elle perd en plusieurs fois une petite quantité de liquide amniotique.

Le 8 mai 1895, hémorrhagie abondante, sans douleurs utérines.

Le 9 et le 10 mai, nouvelles pertes sanguines moins accusées.

Dans la nuit du 10 au 11, écoulement de liquide amniotique. La malade entre le 11, à 8 heures du matin, dans le service de Clinique obstétricale du professeur J. Lenoël.

Sa figure est pâle, ses lèvres et ses muqueuses décolorées; l'anémie est récente et due aux hémorrhagies. Il y a un léger œdème de la face, de l'hypogastre et des jambes; une petite quantité d'albumine dans les urines.

Le palper abdominal est rendu difficile par l'œdème sus-pubien et les contractions indolores de l'utérus. La tête du fœtus est dans la fosse iliaque gauche; je crois sentir le placenta remontant vers la fosse iliaque droite. Les bruits du cœur ont leur maximum sur une ligne allant de l'ombilic au rebord des fausses côtes du côté gauche. Au toucher, le col est à gauche et en arrière, long de 3 à 4 centimètres, entr'ouvert et permettant l'introduction de deux doigts; l'index perçoit sur le bord droit du col, et venant l'affleurer, le bord du placenta, inséré sur le segment inférieur. Aucune partie fœtale n'est perçue par le toucher, il n'y a pas encore d'engagement.

A 10 heures du soir, les contractions utérines étant devenues énergiques, une hémorrhagie formidable se déclare; elle s'arrête cependant à la suite d'injections vaginales très chaudes; la parturiente a pu perdre $\frac{1}{2}$ litre de sang; elle tombe en syncope, puis revient lentement à elle.

Nous constatons, M. Lenoël et moi, la présentation de la tête en O I G A, au détroit supérieur, où cette tête est encore mobile. Le col reste élevé, long de 2 centimètres, ouvert de manière à atteindre un peu plus que les dimensions d'une pièce de 2 fr. et un peu moins que celles d'une pièce de 5 fr. Il persiste un suintement sanguin continu, la malade est faible et défaillante.

Devant l'imminence d'une nouvelle et sans doute mortelle hémorrhagie, M. Lenoël me conseille la version podalique sous le chloroforme. J'introduis la main droite dans le vagin, puis 3 doigts dans le col. En 15 minutes environ, je parviens à introduire successivement tous les doigts de la main, puis la main et le poignet, c'est-à-dire à dilater lentement et forcément le col utérin. Je romps les membranes en les grattant, car je ne trouve pas le point où elles ont dû être déchirées pour laisser s'écouler une certaine quantité d'eau; puis je suis le plan dorsal et latéral gauche du fœtus. Je saisis son pied droit que je ramène dans le vagin. Mais, en même temps que le fœtus

évolue et que la tête remonte, une anse du cordon descend également et vient faire procidence à la vulve; les vaisseaux funiculaires n'ont plus aucun battement. Je dirige le dos du fœtus à droite et en avant, je fléchis la tête derrière par la manœuvre de Mauriceau et j'extrais l'enfant.

L'enfant mort pèse 3,400 grammes. Tous les moyens employés, tractions de la langue, insufflations restent sans effet. Le placenta sort immédiatement après l'enfant et pèse 600 grammes. Le cordon a 0.70 centimètres. Il n'y a pendant ces manœuvres qu'un écoulement sanguin négligeable.

La reconstitution de l'œuf montre que les membranes ont été déchirées au ras du bord du placenta. Une injection intra-utérine est faite de suite avec 0,30 centigrammes de sublimé dans 2 litres d'eau bouillie.

Le lendemain matin : 36°8, utérus au niveau de l'ombilic. Suites tout à fait normales. La femme sort le 19 mai, huit jours après son accouchement, se trouvant en bonne santé, malgré sa pâleur. Ses urines n'ont plus contenu d'albumine depuis l'accouchement.

Je puis résumer ainsi cette observation :

Albuminurie du travail ayant sans doute exercé une minime influence ; écoulement prématuré du liquide amniotique ; procidence du cordon au cours de la version podalique ; et surtout placenta prævia avec hémorragies graves. Version précipitée et délivrance.

L'insertion marginale du placenta sur le côté droit du segment inférieur de l'utérus a rendu tardif l'engagement de la tête fœtale, puisque, malgré un écoulement prématuré d'une partie du liquide amniotique, cette tête n'était pas encore fixée au détroit supérieur au moment de l'intervention. L'insertion vicieuse a déterminé des hémorragies abondantes et graves. J'insisterai sur ce seul fait : la répétition de ces hémorragies, l'extrême affaiblissement de la parturiente créaient pour sa vie une telle menace que j'ai dû intervenir au plus tôt et précipiter l'accouchement.

Quelle est la conduite à tenir en ces cas d'hémorragies par décollement du placenta prævia ? Tamponner, suivant le conseil de M. Tarnier, quand la dilatation du col n'est pas complète : rompre largement les membranes, suivant le conseil de M. Pinard. Le tamponnement est certes précieux, la rupture artificielle des membranes peut supprimer le décollement placentaire et les hémorragies.

Mais, dans notre cas, l'application d'un tampon eût été un moyen trop lent, la déchirure des membranes était inutile puisqu'il y avait un écoulement des eaux et que néanmoins le sang coulait abondamment. L'indication unique était de précipiter l'accouchement. Mais par quel moyen ? Le dilatateur de Tarnier, le ballon de Barnes, celui de Champetier de Ribes, introduits dans le col, auraient pu être d'un grand secours en activant sa dilatation, mais ces moyens auraient été lents auprès de celui que j'ai employé. Sans doute livré à moi-même, j'aurais, comme Ovi de Lille, introduit dans le col le ballon de Champetier. Cela était bien. Mais il y a mieux à faire et plus simplement.

Pénétré de cette idée qu'il était urgent d'aller vite, que la vie de cette femme tenait à quelques minutes de retard, se basant sur l'acquis de sa longue expérience, mon excellent maître, M. Lenoël, m'a conseillé de pénétrer, quand même de suite, dans l'utérus et de ramener l'enfant par la version. Il me l'a conseillé, parce qu'il sait qu'en face de semblables pertes sanguines il faut agir vite et parce qu'il sait que le col utérin d'une multipare à son cinquième enfant est dilatable, dès qu'il a pu atteindre la dimension d'une pièce de 2 fr.

au moins. Le professeur Tarnier est loin de désapprouver une semblable conduite. C'est dans ce sens que M. Maygrier se déclare aussi partisan de la terminaison précoce de l'accouchement dans ses cliniques obstétricales; une indication, disent-ils, domine toutes les autres: accélérer le plus possible l'accouchement par l'extraction lente du fœtus.

N'est-ce point encore là l'opinion de Fritsch, de Breslau, quand il écrit: "Je n'ai pas connu d'événement obstétrical qui m'ait donné plus de souci et plus d'heures difficiles que le placenta prævia?" Étranger à tous les excès des théories faites à l'avance, comment se conduit cet accoucheur sous la menace de ces hémorrhagies placentaires? Il pratique le tamponnement, quand le col n'est pas dilaté. Si le travail est commencé, le col entrant en dilatation, il applique le colpeurynter, tout comme nous ferions du ballon de Barnes ou de Champetier. Il rompt largement les membranes, quand l'orifice utérin est assez perméable pour admettre deux doigts, puis il replace le colpeurynter. Dès que le col est dilaté ou dilatable, il pratique la version. Hofmeier et Fritsch sont partisans de la version avec extraction lente, tout aussitôt que le col peut être traversé par la main, c'est-à-dire chez les multipares. Sacrifiant l'intérêt de l'enfant à celui de la mère, ces auteurs agissent très lentement, dégagent le siège à travers le col, de manière à le dilater progressivement, et à éviter toute grave déchirure, puis ramènent le tronc et la tête. "L'indication principale est de terminer l'accouchement le plus vite possible." Cette opinion est exactement celle de M. le professeur Lenoël et nous paraît utile à rappeler. Si la tête était engagée au haut de l'excavation, on préférerait assurément le forceps à la version. Mais d'ordinaire, comme dans notre cas, c'est précisément parce qu'aucune partie fœtale ne s'engage que l'hémorrhagie se produit et c'est pourquoi on peut poser en principe qu'en présence d'hémorrhagies graves du travail, la version précipitée est indiquée, quand le col est dilaté ou dilatable.

A cette première déduction, il importe d'ajouter ceci: *Chez une multipare, le col peut être dilaté dès qu'il laisse admettre trois doigts; il est d'autant plus aisément dilatable que la parturiente a eu davantage d'enfants. Il ne faut pas craindre de le forcer lentement et progressivement par l'introduction de la main. Puis, négligeant la vie de l'enfant, à moins d'indications spéciales, on pratiquera la version avec lenteur.*

En résumé, peut-être pourrait-on schématiser de la sorte la conduite à tenir vis-à-vis des hémorrhagies placentaires du travail. *Avant la dilatation complète*: Chez les primipares, tamponnement ou déchirure des membranes, ou ballons; chez les multipares, introduction forcée de la main et version lente. *Après la complète dilatation*, la version est évidemment indiquée. *Toujours, il faut accélérer la marche de l'accouchement*: en face du danger que court la mère, cette grande indication domine toutes les autres. L'accoucheur ne perdra pas de vue ce but principal et, le visant toujours, il saura lui subordonner toute sa conduite, prendre une détermination rapide et intervenir au plus tôt, suivant, tout comme moi, les conseils expérimentés de nos maîtres en obstétrique.—*Arch. de Gynéc. et de Tocologie.*

DE LA DILATATION DE L'UTÉRUS, par le DR AUVARD. — Pendant un des séjours scientifiques que j'ai faits à Berlin, de décembre 1889 à février 1890, et où entr'autre je suivais assidûment les cliniques privées de Martin et de Landau, la différence dans la manière de procéder de ces deux opérateurs relativement à la thérapeutique intra-utérine m'avait frappé.

Martin faisait toujours le curage sans dilatation préalable. Landau dilatait au contraire préalablement, soigneusement et complètement avant de procéder à toute thérapeutique intra-utérine, la dilatation étant en quelque sorte la clef de l'utérus.

Landau pratiquait la dilatation en insinuant dans l'utérus une bande de gaze iodoformée (1), procédé analogue à celui de Vuillet, mais en remplaçant les bourdonnets par une bande.

Pour bien me démontrer les avantages de ce procédé, Landau avait appliqué devant moi cette méthode dans les cinq cas suivants, que je viens de retrouver dans mes notes de voyage :

1° Femme de 34 ans, secondipare, avait fait il y a 2 mois une fausse couche. Depuis ce moment, pertes continuelles de sang.

Le 24 janvier, l'utérus est bourré de gaze iodoformée.

Le 25 janvier, douleurs sous formes de coliques ; hier dans l'après-midi, appétit bon. Température normale. La gaze est enlevée, le doigt arrive à l'orifice utérin, mais sans pouvoir le franchir. Nouveau tamponnement à la gaze iodoformée qu'on laisse 3 jours, le lendemain étant un dimanche.

Le 27 janvier, les 2 jours précédents se sont passés sans douleurs, pas de fièvre. Appétit normal. La gaze est enlevée. Le doigt pénètre sans difficulté et sans anesthésie jusqu'au fond de l'utérus. Il s'agit de simple rétention du chorion.

Curettage.

Suites normales

2° Jeune fille de 17 ans. Nullipare.

Ayant subi le curettage, une année auparavant, pour des métrorragies rebelles causées par une endométrite. L'endométrite, momentanément guérie, a recommencé il y a 2 mois.

Le 24 janvier 1890, introduction de gaze iodoformée ; le col est dur, rénitent et ne permet, en aucune façon, l'accès du doigt.

Le 25, la gaze est enlevée. La malade a souffert modérément pendant la journée, elle a pu manger avec son appétit ordinaire ; pas trace de fièvre, nuit assez bonne. Le doigt pénètre facilement jusqu'à l'isthme, au-delà duquel il peut cheminer jusqu'à 1 centimètre environ. Une dilatation plus grande étant inutile, on procède de suite, sous le chloroforme, au curage utérin.

Suites normales.

3° Fr. Nicke, 36 ans.

Quatre enfants, le dernier il y a 4 ans.

Cessation des règles en août et septembre. Hémorrhagie en septembre, qui était probablement une fausse couche. Depuis ce moment, c'est-à-dire depuis trois mois, pertes de sang, fréquentes douleurs rénales et abdominales. Pertes blanches dans l'intervalle des règles.

Utérus gros et dur. Métrite et endométrite.

Le 27, l'utérus est bourré avec de la gaze iodoformée. La femme retourne chez elle.

Elle revient le 28 à la consultation, elle a travaillé hier toute la journée, quelques douleurs dans l'après-midi, mais sans fièvre et sans perte d'appétit.

La gaze est retirée. Le doigt pénètre jusqu'à l'orifice utérin, mais ne peut le franchir, la malade n'étant pas anesthésiée. Le col est relativement ramolli.

(1) Moyen qu'il a décrit in *Deutsche med. Zeitung*, 1887, n° 93.

Curage de l'utérus.

Le malade se repose quelques instants à la clinique, et repart chez elle.

Je ne l'ai pas revue.

4° God, 22 ans, nullipare.

Règles toutes les 4 semaines pendant 9 jours. Métrorragie depuis le 1er janvier 1890, c'est-à-dire depuis 1 mois.

Diagnostic : endométrite hémorragique.

Tamponnement à la gaze iodoformée, le 31 janvier. Le tampon est laissé jusqu'au 3 février. Pendant ce temps, sauf le premier jour, les douleurs ont été nulles. La température ne s'est pas élevée au-dessus de 37°⁵.

Le 3 février, le tampon est trouvé presque entièrement tombé dans le vagin. C'est ce qui arrive, quand on le laisse longtemps, il se fait un petit accouchement.

Aussi la dilatation n'est-elle pas très accentuée, mais elle permet facilement le curage, qui n'aurait pas été possible avant l'application de la gaze.

5° Weber, 37 ans.

7 enfants et 3 fausses couches.

Le dernier, il y a 7 ans.

Depuis 3 mois, hémorragies fréquentes des organes génitaux.

Diagnostic : Métrite hémorragique ; varices aux cuisses.

Le 1er février, tamponnement à la gaze iodoformée.

Le 3 février, douleurs produites à peu près nulles. Pas d'élévation de la température.

Le tampon est enlevé. Chloroforme. Le doigt pénètre facilement jusqu'au fond de l'utérus et ne trouve que des inégalités de la muqueuse.

Curage.

Guérison.

Martin, au contraire, ne faisait jamais de dilatation préalable. Mais aussitôt la femme anesthésiée, il dilatait l'utérus avec un dilateur métallique et s'il voulait faire l'exploration digitale intra-utérine, il sectionnait l'utérus jusqu'au niveau de l'isthme, puis refermait la brèche à l'aide de sutures appropriées.

Depuis cette époque j'ai essayé des deux méthodes, curage avec ou sans dilatation préalable. J'en suis arrivé à cette conclusion que la dilatation préalable est de beaucoup préférable, parce qu'elle permet l'accès plus facile de l'utérus, et parce qu'elle donne au tissu utérin une souplesse, qui facilite beaucoup l'action de la curette.

Aussi actuellement, sauf rare exception, je dilate toujours préalablement pendant 24 ou 48 heures l'utérus avant de procéder au curage.

Seulement au lieu du procédé de Landau, j'emploie les laminaires que je trouve d'introduction plus facile.

Toutefois le procédé de dilatation à l'aide de gaze iodoformée ou de bourdonnets de coton iodoformé, s'il est plus compliqué doit être connu des gynécologues, car il est avantageux, alors qu'on veut obtenir une large dilatation de l'utérus.

Donc quand on veut dilater :

Laminaire pour petite dilatation ; gaze ou bourdonnets pour grande dilatation.

Quand on veut faire le curage, recourir comme règle à la dilatation préalable en réservant la dilatation métallique à des cas exceptionnels ou en

l'employant simplement pour compléter la dilatation à la laminaire ou à la gaze.

Mais surtout bien dilater l'utérus avant de curetter, c'est le seul moyen de faire un bon et efficace curage.—*Arch. de Tocologie.*

DU TRAITEMENT DES DOULEURS VULVAIRES CHEZ LES ACCOUCHEES. — Les sensations douloureuses qu'éprouve, à la vulve, par suite des érosions superficielles et de la compression des parties molles, la femme qui vient d'accoucher, ne sont généralement l'objet d'aucuns soins spéciaux de la part du médecin, bien qu'elles soient souvent fort pénibles et assez persistantes. Or, le Dr T. Ridgway Barker (de Philadelphie) a trouvé qu'on peut calmer facilement ces douleurs par l'application de compresses chaudes, moyen simple et anodin que notre confrère ne manque pas d'employer chez toutes les nouvelles accouchées aussitôt après la délivrance.

Dans ce but, il se sert d'une compresse large de 6 et longue de 9 centimètres, qu'on trempe dans de l'eau très chaude additionnée de 50 à 60 grammes d'extrait fluide d'hamamelis par litre; on l'exprime, puis on l'applique sur la vulve et on recouvre d'une étoffe imperméable. Il va sans dire qu'il faut avoir soin que la compresse, tout en étant aussi chaude que possible, ne puisse pas provoquer de brûlures.

Ces compresses doivent être renouvelées tous les quarts d'heure pendant les trois premières heures qui suivent la délivrance, puis toutes les trente minutes pendant les six heures suivantes, et, enfin, à des intervalles de plus en plus espacés.—*Semaine médicale.*

DU LAVAGE DE LA CAVITÉ UTÉRINE APRÈS LE CURETTAGE,
JULES CHÉRON. — Après le curettage, les lavages de la cavité utérine présentent de réels avantages. Immédiatement après l'opération, ils ont pour but d'entraîner les débris de muqueuse que la curette n'a pas ramenés à l'extérieur. Plus tard, et jusqu'à réparation complète de la muqueuse, ils maintiennent l'asepsie du milieu, ils décongestionnent le parenchyme utérin, ils favorisent le retrait de l'utérus en cas de sub-involution, etc.

La solution saturée d'acide picrique est, à mon avis, la solution de choix pour ces lavages. Elle est suffisamment antiseptique sans aucune toxicité, ce qui la rend très supérieure aux solutions d'acide phénique ou de sublimé; ces dernières ne peuvent, en effet, être employées qu'à un faible degré de concentration, en raison de leur absorption si facile et des dangers d'intoxication qui en sont la conséquence.

On fera un lavage intra-utérin, tous les quatre ou cinq jours, en même temps qu'on renouvelle le tamponnement vaginal à la gaze iodoformée. Deux ou trois litres de liquide sont employés à chaque lavage; la solution doit être à une température de 38° à 40°.—*Rev. des mal. des femmes.*

REVUE D'HYGIENE

L'INSPECTION MÉDICALE DES ÉCOLES. — L'on se rappelle que MM. les Drs Lachapelle, Catellier et Pelletier ont assisté, l'automne dernier, au congrès de l'Association Américaine d'Hygiène tenu à Denver les quatre premiers jours d'octobre 1895. Nous extrayons du rapport des délégués le passage suivant :

“ Dans un travail intitulé : “ Inspection médicale des écoles,” le Dr Durgin, médecin municipal de Boston, donne un très bel exemple d'hygiène appliquée. Pour les fins d'hygiène, la ville de Boston a été divisée en 550 districts contenant chacun environ 4 écoles et 1400 élèves. Le Bureau d'hygiène municipal a nommé un médecin inspecteur pour chaque district avec rétribution de \$200 par année. Ce médecin doit se rendre aux écoles de son district aussitôt que possible après l'ouverture des classes du matin. Le chef de l'école lui remet la liste des élèves que les professeurs des différentes classes croient malades, et il procède de suite à l'examen de ces élèves. Si l'élève est trop malade pour rester en classe, le médecin conseille aux professeurs de le renvoyer chez lui pour que ses parents et le médecin de la famille en prennent soin. Si l'enfant est atteint d'une maladie contagieuse, le médecin ordonne qu'il soit envoyé chez lui immédiatement et fait rapport au bureau d'hygiène. Outre cette inspection des écoles, les 550 médecins inspecteurs sont chargés par le bureau d'hygiène de visiter deux fois les familles de leur district qui ont des malades contagieux, une première fois pour s'assurer que l'isolement est pratiqué et une seconde fois quand la famille demande à ce que l'isolement soit discontinué.”

“ C'est ainsi que pour \$10,000 par année, ajoute M. Durgin, les professeurs et 70,000 écoliers ont le bénéfice d'une surveillance médicale et qu'en plus le bureau d'hygiène a 550 agents distribués dans chaque quartier de la ville et surveillant l'exécution des mesures sanitaires prescrites par ce bureau.”

“ M. Durgin termine sa conférence en donnant les résultats obtenus pendant quatre mois que cette méthode a été mise en opération. Sur 9063 enfants examinés par les médecins à la demande des professeurs, 5825 furent trouvés malades et 3238 furent déclarés sains. Sur les 5825 malades, 1033 furent trouvés assez malades pour être renvoyés à leur demeure. Sur ce nombre, 280 souffraient de maladies contagieuses réparties comme suit : Diphtérie 58, fièvre scarlatine 19, rougeole 42, coqueluche 17, oreillons 35, poux 47, gale 33, syphilis congénitale 7, varicelle 22. Ces élèves se trouvaient cependant en classe, répandant ainsi la contagion parmi les autres enfants. Les autres maladies découvertes par les médecins et dont le traitement fut déclaré opportun se répartissent comme suit : abcès 22 cas, catarrhe 244, cellulite 12, chorée 11, rhume avec plus ou moins de bronchite 224, débilité 63, maladies des yeux 389, maladie des oreilles 35, maladies de la peau et du cuir chevelu 186, maux de gorge et de la bouche 3489, épilepsie 5, fracture de la clavicule 1, maux de tête 171, indigestion 42, malaria 17, nausées 50,

maladies de Pott 3, adénites 133, ulcères 16, plaies 21, diverses maladies 411, vaccination vérifiée 117. En résumé :

Nombres d'enfants examinés.....	9063
Trouvés malades.....	5825
Trouvés sains.....	3238
Trouvés <i>suffisamment malades</i> pour être renvoyés à leur demeure.....	1033
Trouvés malades mais capables de rester en classe.....	4792

Les autorités scolaires de Boston sont très favorables à cette surveillance médicale de leurs écoles."

Ce rapport du Dr Durgin est intéressant au plus haut point. La capitale du Massachusetts n'a guère plus que le double de la population de Montréal, mais on sait avec quelle sollicitude elle s'occupe de tout ce qui touche à l'instruction publique, avec quelle largeur de vue et quel sens pratique des affaires elle administre ses écoles. D'un autre côté elle possède un bureau d'hygiène qui a su organiser d'une manière complète l'administration sanitaire de la ville et qui n'a jamais reculé devant les moyens pratiques et habiles pour arriver à son but. Cette inspection médicale des écoles en est un exemple. Voilà une mesure qui, tout en permettant au bureau d'hygiène d'affirmer son action, rend les plus grands services aux enfants, aux familles et aux professeurs. Tout le monde se trouve à bénéficier d'un état de chose que les circonstances demandent, et la vie commune est ainsi facilitée par une mesure administrative appropriée et bien faite.

L'école est le pivot autour duquel tourne la vie sociale. Occupons nous en un peu au point de vue hygiénique, et voyons quelle est la position de chacun. L'enfant d'abord, auquel on prête si peu d'attention d'ordinaire. Pourquoi appliquer à cet être sans défense la fâcheuse maxime : Va comme je te pousse. S'il n'a pas encore atteint l'âge où l'on fait prévaloir sa volonté personnelle, l'enfant offre tout de même une personnalité qu'il faut respecter. Qu'il soit appelé ou non plus tard à dominer par son cerveau, il lui est nécessaire dès maintenant de développer sa constitution; c'est la condition essentielle d'une virilité parfaite. Comme il ne raisonne pas encore, comme il n'a qu'à obéir, bien coupables seraient ceux qui le forceraient, par obéissance, à étouffer en lui le germe humain qui pousse, à s'étioler sur place comme une plante privée de soleil. L'enfant a droit à la santé comme l'homme à l'air qu'il respire. Or vous envoyez l'enfant à l'école; vous l'enlevez tous les matins aux soins de la famille, pour lui faire passer la journée assis sur un banc, au milieu de ses camarades. Et l'enfant, tout en poussant, alors que son anatomie est encore incomplète, doit de plus s'instruire. Ne comprenez-vous pas qu'il se trouve alors à la merci du maître de l'école, qu'il doit nécessairement subir l'influence du milieu où il vit! Eh bien, jetez les yeux sur le rapport du Dr Durgin : sur 5,000 écoliers malades, 200 souffraient de maladies contagieuses, diphtérie, rougeole, syphilis, etc., etc. Il y a donc des parents assez barbares pour envoyer à l'école leurs enfants malades, assez malades même pour rester chez eux (1033). Et alors les enfants sains, ceux pour lesquels on prend tous les soins voulus, sont donc exposés, parce qu'ils sont travailleurs et obéissants, à être malades à leur tour, et malades d'un maladie

infectieuse, c'est-à-dire grave, maladie qui retardera certainement leur croissance, si elle ne les fait pas mourir. Comment se fait-il que dans beaucoup de ville, à l'encontre de Boston, le maître d'école et le bureau scolaire qui le nomme n'aient pas pitié de l'écolier qu'on leur confie, ne fassent rien pour protéger sa personne et sa santé? Précisément parce qu'ils sont plus instruits, ils devraient être plus clairvoyants, et non seulement écarter autant que possible les maladies contagieuses, mais encore refuser les enfants qui souffrent de leur croissance (maux de tête, nausées, etc.), qui ont une mauvaise constitution (adénite, catarrhe, mal de Pott, débilité, oreilles, gorge, etc.), ou qui présentent certaines maladies nerveuses (épilepsie, chorée). Les autorités scolaires ont le droit de dire à la famille: "Votre enfant est trop malade, gardez-le à la maison." Là encore elles rendraient service, à l'enfant surtout.

La famille qui confie son enfant à l'école s'attend à ce qu'on le protège, de toutes les façons. Mais elle s'attend à être protégée aussi. Le père travaille pour envoyer son enfant à l'école, et bien souvent la mère se lève plus à bonne heure qu'elle ne voudrait. Et puis il y a d'autres enfants à la maison à soigner. Or si l'aîné, celui qui va à l'école, rapporte un jour de sa classe des poux, la gale, des maladies de peau, la syphilis, la rougeole, la scarlatine, la diphtérie, etc., etc., voilà la vie de famille singulièrement compliquée, les enfants malades, la mère sur les dents, le père qui voyage, sa journée faite, entre le pharmacien et le docteur. Est-ce juste? D'un autre côté si l'enfant a un vice constitutionnel quelconque, n'est-ce pas rendre un grand service à la famille que de lui dire: "Gardez votre enfant, soignez-le bien, si vous voulez qu'il vive!" Il me semble que ce ne serait là que de l'humanité en action.

Les bureaux locaux d'hygiène devraient s'occuper de cette question importante et s'entendre à ce sujet avec les commissaires d'école. Ceux-ci ne feraient certainement aucune objection, car ce serait pour eux un moyen de mettre leur responsabilité à l'abri et leur position vis-à-vis des familles n'en serait que meilleure. Les parents sont toujours prêts à tenir compte de la sollicitude qu'on porte à leurs enfants, et ne refuseraient certainement pas de prêter leur concours à une mesure aussi appropriée, qui ne vise qu'au bien être de l'écolier et de son entourage. Les autorités civiles, de leur côté, surtout en temps d'épidémie, auraient ainsi sous leur contrôle un moyen de renseignement efficace, qui les mettrait à même de constater, par exemple, dans quel quartier ou quelle maison se trouve le foyer contagieux, et d'y porter remède. Le bien de tous, tel est le but de l'inspection médicale des écoles, et elle devrait exister, non seulement à Boston, mais à Montréal et dans toute la province de Québec.

LES CONFÉRENCES D'HYGIÈNE INFANTILE. — Nous avons dit un mot tout à l'heure de la mère de famille, et du trouble que lui causent parfois les jeunes enfants, à la maison, surtout quand la maladie leur est apportée de l'école par les enfants plus vieux. Beaucoup de gens s'imaginent, et même des médecins, que la femme sait mieux que n'importe qui soigner son enfant. C'est une erreur grave, et là encore on n'accorde pas à l'enfant toute l'attention à laquelle il a droit. C'est un être trop fragile et trop compliqué pour qu'avec lui l'instinct soit suffisant. Les soins qu'on lui donne doivent être basés sur les faits et la raison, c'est-à-dire l'expérience. Combien peu de mères de famille en ont assez pour se fier à leur propre jugement.

Par suite de ce manque d'expérience, et il faut bien le dire aussi, des préjugés, les enfants sont très mal soignés en général, et nous en avons la preuve dans la mortalité infantile énorme mise en évidence par nos statistiques. Voici les chiffres cités par le président du Conseil d'Hygiène de la province, M. le Dr Lachapelle, dans sa conférence sur "L'hygiène de la première enfance." Ces chiffres sont pour Montréal seulement. Voici d'abord les proportions entre les naissances et les décès au-dessous d'un an :

Années	Total des naissances	Décès au-dessous d'un an	Proportion ‰
1893	10,080	2,273	22½
1894	8,223	2,384	29
1895	8,701	2,242	25¾

Ainsi donc, à Montréal, de tous les enfants qui naissent durant l'année, un quart meurent l'année suivante. Bien plus, de tous les décès qui surviennent dans la ville durant l'année, plus de la moitié sont fournis par les enfants d'un à cinq ans.

Années	Total des décès	De 0 à 1 an	De 1 à 5 ans	Total des décès d'enfants	Prop.
1893	5,782	2,273	935	3,208	55 ‰
1894	7,145	2,384	1,440	3,804	50 ‰
1895	6,722	2,242	1,172	3,414	50 ‰

En constatant une mortalité infantile aussi disproportionnée, M. le Dr Lachapelle fait remarquer avec justesse que l'on pourrait appeler cela un véritable gaspillage de vies. Peut-être direz-vous que l'on ne meurt pas parce qu'on le veut bien, les bûbés pas plus que les autres. C'est juste. Mais rappelons-nous que l'on peut, dans deux circonstances au moins, empêcher un bébé de mourir. D'abord en le mettant à l'abri des maladies contagieuses, soit par la vaccination, soit par l'isolement. Ensuite en donnant à l'enfant une nourriture saine et appropriée, pour qu'il ne périsse pas de diarrhée chronique ou d'athrepsie. Pour vous prouver combien l'isolement est nécessaire, la vaccination aussi, repassons le total des décès d'enfants, et voyons combien sur le nombre sont morts de maladies contagieuses. Nous citons toujours M. le docteur Lachapelle :

Années	Total des décès chez les enfants	Décès par maladies contagieuses Enfants au-dessous de 5 ans	Proportion
1893	3,208	688	175
1894	3,804	513	177
1895	3,414	471	178

Ce qu'il y a de consolant à constater, c'est que la mortalité chez les enfants causée par les maladies contagieuses diminue chaque année. Le jour n'est pas loin où chacun se rendra à l'évidence des choses, et admettra volontiers que la prophylaxie des maladies contagieuses est le plus grand progrès réalisé par l'hygiène appliquée.

M. le docteur Cormier a traité, dans sa conférence, de "L'alimentation des enfants." Nous ne voulons pas empiéter sur le terrain de notre collaborateur, et résumer son travail. Mais il y a un point important que nous aimerions à souligner: c'est la quantité de lait à donner à l'enfant, suivant son âge. Nous ne saurions mieux faire que de reproduire le tableau suivant cité par le docteur Cormier.

QUANTITÉ DE LAIT A DONNER A L'ENFANT, SUIVANT SON AGE :

1ère semaine	1	once
2me "	1½	—
3me "	2	onces
4me à 6me semaine... ..	2½-3	—
6me à 8me "	3	-3¼ —
8me à 16me "	3½-4½	—
16me à 24me "	4½-5¾	—
24me à 32me "	5¾-7	—
32me à 36me "	7	—
36me à 40me "	7	-8 —
40me à 44me "	8	-8½ —
44me à 48me "	8½	—
48me à 52me "	9	—

Ce tableau donne la quantité du lait pour chaque repas, et les doses sont proportionnées à la capacité de l'estomac de l'enfant. Celui-ci, lorsqu'on le nourrit ainsi d'une manière méthodique, gagne tous les jours en poids.

Comme on voit, les conseils d'hygiène que l'on donne dans ces conférences aux mères de famille qui y assistent sont très pratiques et très au point. Quand bien même elles n'auraient d'autre résultat que de persuader aux femmes que les médecins savent quelque chose sur les soins à donner aux enfants, ce serait déjà beaucoup de gagné. Ces conférences seront données gratuitement dans tous les faubourgs de Montréal. Nous ne pouvons que féliciter le "Conseil National des Femmes" d'avoir eu l'idée de cette propagande toute de science et de charité.

LA VACCINATION. — On ne sait jamais quel danger nous menace. Il y a un mois à peine, un nommé M... passe la soirée dans une famille où un parent des Etats-Unis était en promenade. Ce parent venait du Massachusetts, et il y avait eu chez lui quelques temps avant son départ un cas de maladie que l'on croit être la variole, car M... tomba malade de cette maladie, après avoir passé la soirée avec le parent en promenade. Le médecin consulté constate un cas de variole, à forme bénigne heureusement. On vaccine les personnes en contact avec le malade, et le Conseil Provincial, averti, envoie son inspecteur s'assurer que toutes les précautions prophylactiques sont bien prises. Le patient guérit sans contagionner personne.

Nous avons donc été menacés d'une épidémie de variole. Si le cas est resté unique, c'est un peu grâce à la vaccine et aux précautions prises. L'entourage n'a pas été malade, et le patient lui-même, qui avait été vacciné il y a un bon nombre d'années (vingt ans), n'a eu la maladie que sous une forme bénigne (varioloïde). Une revaccination faite récemment l'eût probablement mis à l'abri de la maladie. La vaccination rend les plus grands services. Tout accoucheur devrait en démontrer la nécessité à la mère et vacciner l'enfant à l'époque propice, c'est-à-dire vers le troisième ou le quatrième mois. Le bébé serait mis de cette manière à l'abri de tout danger imprévu. Plus tard, lorsqu'il a grandi, en le revaccinant de temps à autre, on lui éviterait des surprises aussi désagréables que celle survenue au canadien de Saint-Armand.

LA DÉCLARATION DES DÉCÈS. — De même qu'une maison de commerce ne peut se rendre compte de l'état de ses affaires qu'à l'aide d'une tenue des livres parfaite, de même un Conseil d'hygiène de Province ou d'Etat ne peut agir d'une manière efficace qu'en s'appuyant sur une statistique exacte. Or, elle le sera si les médecins le veulent bien, car se sont eux qui signent les certificats de décès. C'est une formalité que la loi exige.

"Tout médecin qui a donné ses soins professionnels pendant la dernière maladie d'une personne décédée, doit, sous sa signature, certifier le décès et la cause du décès de cette personne. 56 Vict., chap. 29."

Ce certificat est nécessaire pour obtenir l'inhumation de la personne décédée. Et l'on en comprend la raison. Si l'on pouvait mettre les gens en terre sans dire pourquoi ni comment, les malfaiteurs auraient vraiment trop beau jeu. Jusqu'ici tout va bien. Mais les certificats doivent aussi déclarer la cause de la mort, et voilà où le trouble commence. Lorsqu'il s'agit de maladies contagieuses, nous avons prouvé que leur déclaration sauvegarde les intérêts de tout le monde (voir page 44). Mais lorsque, sur un certificat de décès, il s'agit d'inscrire la cause de la mort, beaucoup de médecins hésitent et interrogent leur conscience. La chose est-elle compatible avec le secret professionnel? L'objection vaut la peine qu'on s'y arrête.

Voici une personne qui meurt d'une maladie dont la cause n'est connue que d'elle-même et de son médecin. La personne ne veut pas que la nature de cette maladie soit rendue publique. C'est son droit d'exiger la chose, c'est le devoir du médecin de garder le silence, *même si la personne n'a rien exigé de lui* (Brouardel, in *Le Secret Médical*, pages 241 et suivantes). Il s'agit de protéger l'honneur d'une famille. Si le médecin met sur le certificat de décès la nature réelle de la maladie, il fera partager son secret par la famille, par le curé et par le Conseil d'hygiène. Alors, pour obéir à l'ordonnance de la loi, il lui faut donc faire partager son secret.

Nous l'admettons. Il fait partager son secret, mais par le Conseil d'hygiène seulement, et il ne le rend nullement public. En effet, il est facile pour le médecin de rédiger un certificat qui, tout en demeurant exact au point de vue scientifique, sera incompréhensible pour la famille et le curé. Ceux-ci d'ailleurs n'y prêtent qu'une attention secondaire et ne s'arrêtent pas à en scruter tous les mots. Ce n'est qu'au Conseil d'hygiène où l'on en comprendra toute la portée. Or, au Conseil d'hygiène, aucun nom propre n'est conservé. Comme le dit la loi (56 Vict., chap. 29), "les certificats sont détruits immédiatement après la compilation des statistiques," c'est-à-dire que le certificat, avant de disparaître, devient un chiffre, un nom de maladie, et rien de

plus. Il n'y a pas là de quoi compromettre les familles. D'un autre côté, le décès se trouve classé, étiqueté, et le bilan de l'année sera complet. Nous croyons donc que le médecin peut faire partager son secret par le Conseil d'Hygiène sans faire de compromis avec sa conscience; son action ne fait de tort à personne et facilite l'administration sanitaire de la province. La responsabilité d'une action personnelle ainsi partagée par l'administration nous paraît être l'expression d'une communauté civile bien organisée. L'autorité, de quelque nature qu'elle soit, doit être basée sur la confiance réciproque, car il faut avant tout que l'utilité publique passe avant l'intérêt privé. Il suffit que tous les droits soient sauvegardés.

Une objection que l'on fait quelquefois est celle-ci: le médecin n'est pas payé. L'autre objection était sérieuse; celle-ci ne tient pas debout. Du moment qu'il faut un certificat de médecin après la mort, il est évident qu'il vaut mieux appeler le médecin pendant la maladie. C'est la première idée qui viendra à la famille, et c'est tout profit pour le médecin.

L'ASPHYXIE PAR COMPRESSION CÉRÉBRALE

Le professeur Keen a rapporté devant une Société Médicale de Philadelphie, l'expérience du Dr Horsley par laquelle le savant chirurgien anglais a prouvé que la mort, dans les cas d'hémorrhagies cérébrales, de tumeurs, de fractures et de blessures du crâne, ainsi que dans la contusion du cerveau, survenait par arrêt de la respiration et non comme on le supposait par arrêt du cœur. Duret et Bergmann avaient déjà étudié la chose, mais l'expérience de Horsley est très concluante. Il attache un chien sur un support et l'anesthésie par le chloroforme. Le pouls est enregistré sur un tambour par le sphygmographe, la respiration est enregistrée sur un autre: un troisième indique les secondes ainsi que le moment où la balle a pénétré le crâne. A ce moment-là, la respiration s'arrête, se rétablit lentement puis graduellement diminue et cesse une seconde fois au moment où le sang s'épanche dans la cavité crânienne, produisant la compression.

Comme le fait remarquer le professeur du Jefferson Medical College, la conclusion pratique à tirer de cette expérience, c'est qu'il faut changer le traitement habituel de ces cas. "Ordinairement, dit-il, après une blessure dangereuse du crâne, on stimule le patient avec de l'alcool, afin d'augmenter l'action du cœur, alors que la pratique rationnelle, comme l'a démontré M. Horsley dans le *Quarterly Medical Journal* (July 1894) serait de recourir à la respiration artificielle jusqu'à ce que l'intervention chirurgicale ait enlevé la compression. C'est par la respiration artificielle que l'on a sauvé plus d'un patient qui sans cela serait mort sur la table." Nous prions nos lecteurs de relire les observations I et II publiées par le Dr Ethier, dans son dernier courrier de l'hôpital.

FORMULAIRE

Angine de poitrine :

Pendant l'accès, faire inhaler au patient IV à VIII gouttes de nitrite d'amyle versées sur un mouchoir. Le médecin peut faire une injection de morphine.

R. — Eau distillée.....12 onces
Iodure de potasse..... 3-6 drachmes
Extrait thébaïque..... 1½ grain

Sig. — Deux à trois cuillerées à soupe par jour.

R. — Eau distillée..... 6 onces
Iodure de sodium..... 1½-3 drachmes
Arséniat de soude..... ¼ grain

Sig. — Deux à trois cuillerées à café par jour.

Alterner les deux médicaments : un mois du premier et deux mois du second. Susciter de cinq à dix jours par mois.

Le traitement par l'iode doit être continué pendant deux à quatre ans.

Hygiène.—Aliments défendus : gibier et viandes faisandées, charcuterie, conserves alimentaires, bouillon gras, coquillages, crustacés.

Aliments permis : viandes blanches en petite quantité, très cuites et très fraîches, œufs, légumes et laitage.

Boissons défendues : vins, liqueurs alcooliques, café.

Boissons permises : lait, vin blanc très léger, étendu d'une grande quantité d'eau minérale indifférente. Infusions aromatiques chaudes à la fin du repas. La quantité totale des liquides doit être peu élevée.

Interdiction absolue de fumer et même de séjourner dans une pièce où il y a beaucoup de fumeurs. Exercices modérés.

L'angine de poitrine vraie est généralement sous la dépendance de l'artériosclérose, qu'il faut surveiller.—HUCHARD.

Bronchites :

Le Dr James K. Crook, du Post Graduate de New-York, dans un article sur la valeur comparative des expectorants, publié dans le *Medical Record* du 22 février, conseil aux praticiens d'employer les préparations suivantes, qu'il a trouvé efficaces :

1, — TOUX IRRITANTE :

R. — Phénacétine.....20-40 grains
Extrait de réglisse..... 20 —
Sucre blanc..... 2 drachmes

Faire une poudre et diviser en 20 prises.

Sig. — Une prise toutes les une, deux ou trois heures.

2, — TOUX IRRITANTE OBSTINÉE :

R. — Phénacétine.....50 grains
Extrait de réglisse.....20 grains
Sulfate de codéine..... 2-4 grains
Sucre blanc..... 2 drachmes

Sig. — Même direction que la précédente.

3, — LORSQU'ON DÉSIRE AMENER L'EXPECTORATION

R. — Extrait de réglisse..... 20 grains
Phénacétine.....20-40 —

Muriate d'ammoniaque..... 1-2 drachmes
 Sucre blanc..... 2 —

M. et faire prises No. XX.

Sig. — Une prise dans un peu d'eau toutes les deux, trois ou quatre heures.

4, — EXPECTORANT STIMULANT POUR ADULTES :

R. — Hydrochlorate d'apomorphine..... 1 grain
 Sirop d'ipéca..... 2 drachmes fl.
 Sirop de tolu..... 1 once fl.
 Eau distillée..... ad 3 onces

M.

Sig. — Une cuillerée à thé cinq fois par jour par intervalles de quatre heures. Brasser la bouteille avant de s'en servir. Préparer au besoin et conserver dans une bouteille de couleur foncée.

5, — EXPECTORANT STIMULANT POUR LA "BRONCHITE ORDINAIRE" ET LA
 "TOUX DES PHTISIQUES."

R. — Muriate d'ammoniaque..... 2 drachmes
 Teinture d'opium camphrée..... }
 Esprit de chloroforme..... } ââ 2 —
 Sirop d'ipéca..... }
 Sirop de prunes de Virginie..... à 3 onces

M.

Sig. — Une cuillerée à thé toutes les trois ou quatre heures. Agiter la bouteille.

6, — "TOUX FAIBLE" ET SANS RÉSULTAT AVEC AFFAIBLISSEMENT
 DES BRONCHES :

R. — Carbonate d'ammoniaque..... 1-2 drachmes
 Sirop de tolu..... 2 —
 Sirop de senega..... }
 Alcool (brandy)..... } ââ 4 —
 Sirop simplé..... }
 Eau distillée..... à 3 onces

M.

Sig. — Une cuillerée à thé dans un peu d'eau toutes les deux, trois ou quatre heures.

7, — TOUX ASTHMATIQUE ET EMPHYSÉMATEUSE :

R. — Esprit d'éther composé..... 4 drachmes
 Iodure de potasse..... }
 Muriate d'ammoniaque..... } ââ 2 —
 Sulfate de codéïne..... 2 grains
 Sirop de tolu..... 4 drachmes
 Eau distillée..... à 3 onces

M.

Sig. — Une cuillerée à thé toutes les deux, trois ou quatre heures.

8, — BRONCHITE RÉCURRENTE OU TOUX D'HIVER.

R. — Térébène..... 6 drachmes
 Huile d'eucalyptus..... 2 —

M.

Sig. — Dix à quinze gouttes sur un morceau de sucre toutes les trois ou quatre heures.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

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

Rédacteur-en-chef : DR E. P. BENOIT

MONTRÉAL, MARS 1896.

BULLETIN MEDICAL

La skotographie

C'est le nom donné par une revue américaine à la photographie à travers les corps opaques, procédé Roentgen. Le mot est tiré du grec *skotos*, obscurité, par opposition à *phos*, lumière. C'est qu'en effet la découverte récente du professeur de Wurtzburg sort passablement des sentiers battus, des idées acceptées. Obtenir une image sur une plaque sensible, enfermée dans une boîte, mise à l'abri du soleil, c'est du nouveau. Lorsque Daguerre inventa la photographie, il laissait sa plaque pendant trois heures en face d'un paysage quelconque, afin que le soleil eut le temps d'accomplir son œuvre. Depuis, le progrès avait marché : on en était rendu à l'instantané et à la photographie des couleurs. Mais cette fois-ci, ce n'est plus cela. Voulez-vous savoir ce qu'il y a dans cette boîte, sans l'ouvrir ? Que pensez-vous de la serrure, qu'on a mise dans cette porte ? Croyez-vous que cet outil soit fixé profondément dans son manche ? Vous ne savez pas ? C'est bien facile ; prenons en la skotographie. Vous savez, ce procédé du professeur Roentgen qui fait voir le squelette d'une main. Ah ! cette main squelette du professeur de Wurtzburg ! elle peut se vanter d'avoir fait son tour du monde, celle-là ! Ce que le public est resté stupéfait, d'abord, en face de ces phalanges dénudées, de cette anneau flottant ! Et ensuite quel échange de réflexions étonnées ! Avez-vous vu ? C'est incroyable, inouï ! Qu'est-ce que c'est que ces rayons x ?

Vous prenez une pile de Buntzen, vous l'attachez à une bobine de Rhumkof et vous faites passer le courant électrique dans un tube de Crooke où le vide est aussi parfait que possible. Les courants électriques qui s'échappent du pôle négatif (cathode) se condensent à l'extrémité opposée du tube en prenant parfois une belle teinte violette. Le professeur Roentgen, en faisant dans son laboratoire cette expérience des rayons cathodiques, eut l'idée, pour une cause ou pour une autre, d'envelopper complètement le tube de Crooke dans une feuille de papier noir. Il s'aperçut alors, à sa grande stupéfaction, qu'une feuille de métal recouverte d'une composition particulière, et placée à côté du tube, devenait fluorescente malgré l'obscurité. Il fallait donc nécessairement qu'une lumière invisible à l'œil

nu traversât le papier opaque pour venir briller sur la feuille de métal. De là à tenter d'obtenir le même effet sur une plaque photographique, il n'y avait qu'un pas. Le professeur Roentgen poursuivit donc ses expériences, et en vint à la conclusion qu'une partie des rayons cathodiques, qu'il appela rayons x, traversaient certains corps opaques, tandis que d'autres corps plus denses les interceptaient. Ainsi les rayons x, après avoir pénétré une épaisseur de bois, traversaient encore les tissus musculaires de la main, et l'on ne voyait, sur la plaque photographique placée en arrière, que la silhouette du tissu osseux. La skotographie était découverte.

La communication du professeur de Wurtzburg eut un très grand retentissement. Il faut avouer aussi que la découverte de Roentgen était bien de nature à soulever l'intérêt du public et à frapper son imagination. Personne n'aurait pensé qu'on pouvait ainsi faire surgir de la chair, comme un fantôme, le squelette humain. Pour beaucoup de gens, c'était merveilleux. Pour le médecin et le chirurgien, cela devenait intéressant. Nous ne résumerons pas pour nos lecteurs tous les débats qui ont eu lieu dans les diverses sociétés savantes. La question théorique et technique ne nous regarde guère. Vibrations de l'éther ou non, la skotographie n'a pour nous qu'un critérium : peut-elle nous être utile ?

Beaucoup de médecins qui se tiennent au courant s'étaient posé la question bien avant nous. Il suffira, pour y répondre, de voir un peu ce qui s'est fait dans cette direction. Tout le monde connaît l'histoire du patient du Dr Kirkpatrick. Le 24 décembre dernier, c'est-à-dire la veille du jour où Roentgen fit sa découverte, un nommé Cuning, dans une bagarre, reçut une balle de revolver qui pénétra de haut en bas et d'arrière en avant dans le mollet, et se perdit dans les tissus. À l'Hôpital Général, malgré toutes les recherches possibles, l'on ne put localiser la balle. La plaie se cicatrisa et le malade sortit guéri. Mais il revint à la fin de janvier, se plaignant de douleurs à la jambe. Le professeur Cox, de McGill, était alors en train de répéter les expériences de Roentgen. Le Dr Kirkpatrick lui conduisit son malade, dont la jambe fut exposée pendant une heure aux rayons cathodiques, et la skotographie fit voir, d'une manière très nette, à la partie antérieure du membre, l'emplacement de la balle, qui s'était logée entre le tibia et le péroné. Le lendemain, 7 février, le professeur Cox et le Dr Kirkpatrick rapportait le cas à la Société Médico-Chirurgicale, et le jour suivant le chirurgien de l'hôpital Général opérait son patient et trouvait la balle à l'endroit indiqué. Voilà l'un des premiers résultats pratiques qu'ait donnés la skotographie. L'on a pu par le même procédé découvrir dans la main plusieurs grains de plomb, dans la colonne vertébrale une lame de couteau, dans les muscles des éclats de verre. Voici donc un point d'utilité établi. La découverte de Roentgen facilite dans certains cas la recherche des corps étrangers.

Le professeur Lannelongue a prouvé qu'elle pouvait aussi, dans certaines maladies des os, éclairer le diagnostic. C'est du moins ce qui ressort d'une communication faite par M. Lannelongue, en son nom, et au nom de MM. Barthélemy et Oudin, à la séance du 27 janvier de l'Académie des Sciences. Nous citons le passage suivant : "Si donc aujourd'hui nous venons publier quelques faits, c'est surtout pour répondre au sentiment de curiosité qui s'est traduit dans son sein (l'Académie) lors de la présentation des plaques photographiques de M. Poincaré, et aussi pour dire que véritablement ce nouveau moyen est appelé à trouver des applications multi-

plex en clinique. Le premier fait est celui d'une pièce anatomique. C'est un fémur atteint d'ostéomyélite. L'un de nous (Lannelongue) a démontré autrefois que la maladie connue sous ce nom était à tort considérée comme une périostite. Si cela était vrai, les altérations osseuses auraient dû se produire de la surface au centre de l'os. Sur la photographie de la pièce, on voit, au contraire, que la surface de l'os est intacte, tandis que les couches centrales jusqu'à un demi-millimètre de la superficie sont détruites, converties en caverne; le tissu osseux y est extrêmement raréfié et réduit à quelques travées. Normalement le tissu osseux, compacte, réduit ici presque à la minceur d'une feuille de papier, devrait avoir au moins un demi-centimètre d'épaisseur. C'est ce qui a permis à la lumière de le traverser et c'est la raison d'être des taches blanches qu'on remarque sur l'os."

"La seconde photographie est celle d'une affection tuberculeuse de la première phalange du doigt médius de la main gauche. Le diagnostic, facile d'ailleurs, en avait été fait; mais la maladie avait gagné légèrement l'articulation de la première avec la seconde phalange, et la seconde phalange, était aussi, d'après l'examen clinique du sujet, un peu atteinte. L'épreuve photographique confirme entièrement le diagnostic. La première phalange est plus gonflée que celle des autres doigts; de plus, les limites de l'os sont confuses parce que le périoste est épaissi par des fongosités et peut être par une hypergénèse du tissu osseux. Le segment de la seconde phalange, que nous supposons être atteint secondairement, présente en effet une partie plus claire, indice d'une ostéite raréfiante. Enfin, l'espace occupé par les cartilages de cette articulation est plus grand que sur les autres jointures analogues, ce qui indique que l'articulation est un peu atteinte, comme nous l'avions pensé."

Voilà un second point d'une utilité très grande. La skotographie peut aider à connaître la nature et l'étendue d'une lésion osseuse. Et nous espérons, avec le professeur Lannelongue, qu'on saura lui trouver d'autres applications cliniques. Elle n'est qu'à son début, d'ailleurs, et susceptible de perfectionnements. L'on annonçait il y a quelques jours que le professeur Salvioni, de Pérouse, venait de trouver le moyen de faire voir immédiatement à travers les corps opaques, à l'aide des rayons cathodiques et de lentilles spéciales. Nous aurons l'occasion, nous n'en doutons pas, de parler de nouveau dans ce Bulletin de la découverte du professeur Roentgen, de Wurtzbourg.

Le mouvement médical en France

Nous avons négligé quelque peu, ces derniers temps, les sociétés savantes pour nous occuper de questions d'actualité. Nous faisons aujourd'hui une revue rapide de janvier, afin de constater le mouvement médical de l'année qui commence. En repassant ainsi la liste des sujets qui occupent les discussions des sociétés médicales, l'on obtient un aperçu du courant des idées qui peut être utile à l'occasion.

Académie de Médecine.— M. Hérvieux remplace le Dr Empis au fauteuil présidentiel. M. Artaud, à la séance du 7 janvier, lit une note sur l'action favorable de la teinture de marrons d'Inde contre les hémorroïdes. À la séance suivante (14 janvier) M. Layman fait rapport sur *la mortalité infantile par manque de soins*. En France, un sixième de la mortalité totale, soit 135,618 sur 875,888, est fourni par

les enfants au-dessous d'un an (1892). On constate que sur le nombre des enfants assistés (93,903 pour 1893) 68 pour 100 meurent avant l'âge de 20 ans. Cette mortalité très haute est attribuée au manque de soins maternels. A Paris seulement, chaque année, plus de 5,000 mères envoient leurs enfants en nourrice : la mortalité chez ces nourrissons s'est élevée jusqu'à 77 pour 100, elle varie ordinairement entre 21 à 52 pour 100. Il est important de multiplier tous les moyens qui permettent à des mères de plus en plus nombreuses (employées dans le commerce ou l'administration, domestiques, etc.) de conserver près d'elles leurs enfants. La séance du 21 janvier est consacrée aux *résultats de vaccinations préventives chez les animaux, à l'immunité vaccinale intra-utérine, au traitement de la morphinomanie par la méthode rapide et à la prophylaxie du paludisme*. Les vaccinations préventives à l'aide du sérum ont été pratiquées en Hongrie sur les bœufs, les moutons et les porcs, pour les protéger du charbon et du rouget. On a réussi par ce moyen à diminuer grandement la mortalité sur les fermes, ce qui permet, dit M. Nocard, à l'agriculture de bénéficier des découvertes récentes. Le cas d'immunité vaccinale intra utérine a été constaté par M. Ausset. Un soldat né d'une mère qui avait eu la variole pendant sa grossesse n'a jamais pu être vacciné avec succès avant sa vingt-septième année. A la séance du 28 janvier, le professeur Jaccoud rapporte l'observation de trois malades qui, entrés à l'hôpital à la suite d'une inflammation accidentelle des poumons, y sont revenus quelque temps après atteints de phtisie pulmonaire. Ces malades n'étaient porteurs d'aucune tare pathologique. M. Jaccoud se demande où ils ont contracté la tuberculose. Est-ce à l'hôpital ou une fois sortis? ou bien possédaient-ils déjà des germes qui n'attendaient qu'une occasion de se développer? Le savant médecin de la Pitié ne croient pas que ces malades se soient trouvés plus exposés à l'hôpital qu'ailleurs, et qu'il y ait lieu de séparer les phtisiques dans les différents services. Seulement il conclut à la suppression des poussières dans les salles d'hôpitaux. Les idées de M. Jaccoud semblent être partagées par les membres présents. M. Duguet a adopté pour devise : " La poussière, c'est l'ennemi." Il fait laver à grande eau les planchers des salles ou les fait nettoyer avec de la sciure de bois mouillée. Le matériel aussi a été modifié. Tout se lave, et M. Duguet conclut qu'il réalise ainsi une économie de 2,000 francs par an. M. Tarnier attache une grande importance à l'effacement des saillies. Il a fait couvrir le sommet des armoires avec des sortes de capuchons de façon que les surfaces planes où s'arrêtaient les poussières sont remplacées par des surfaces inclinées sur lesquelles elles glissent. MM. Barthélémy et Oudin expliquent à cette même séance la photographie Roentgen.

Société Médicale des Hôpitaux. — A la séance du 28 décembre, MM. Chauffard et Lemoine rapportent onze cas de *rougeole à rechute*. Les enfants, pendant leur convalescence, ont eu une rechute, que les rapporteurs attribuent à l'encombrement, encombrement qui faciliterait la réinfection. Cette conclusion n'est pas acceptée par tous les membres; quelques-uns croient à la coïncidence d'une rubéole. M. Galliard rapporte un cas de *méningisme*. On appelle ainsi un état nerveux particulier survenant surtout chez les hystériques et se manifestant par les symptômes d'une méningite véritable : céphalalgie atroce, violentes douleurs épigastriques avec vomissements incoercibles, constipation, hyperesthésie, raie méningitique, raideur de la nuque. Généralement la fièvre manque.

La discussion sur le méningisme est continué à la séance suivante (10 janvier). M. Béchère rend compte de ses essais de *sérothérapie de la variole* ; nous en avons parlé. M. Joffroy rappelle qu'il existe des troubles cérébraux qui paraissent en connexion intime avec une affection viscérale localisée, et que les aliénistes appellent folies sympathiques. C'est ainsi que les maladies de la vessie et des reins, les troubles digestifs, les affections du foie, du cœur, etc., paraissent, dans bien des cas, être la cause déterminante de l'éclosion de troubles psychiques présentant des formes différentes : mélancolie, hypochondrie, délire polymorphe — avec ou sans hallucinations, etc. Parfois, l'ensemble de ces accidents reproduit assez bien ce que l'on observe dans certains cas de paralysie générale pour qu'il soit nécessaire de discuter le diagnostic. A l'appui de ces avancés, M. Jouffroy cite un cas de *pseudo-paralysie générale hépatique* chez un alcoolique de cinquante-deux ans atteint d'une atrophie du foie. A la séance du 17 janvier, M. Faisans rapporte un cas de pseudo-méningite chez un phtisique qui s'était injecté cinq onces et demie d'huile créosotée au 15^{me}, ce qui représente environ deux drachmes et demie de créosote. M. Faisans considère que la créosote, administrée à des doses élevées, peut déterminer des accidents cérébraux spinaux qui constituent une nouvelle variété de pseudo-méningite, et il ajoute : " C'est une raison de plus pour se montrer circonspect à l'endroit d'un médicament qui n'a, selon moi, rien de spécifique, dont les indications sont restreintes, dont les contre-indications sont très multipliées, et dont j'ai peine à comprendre qu'il soit devenu le médicament à peu près exclusif de la tuberculose."

A la séance suivante, 24 janvier, M. Burlureaux s'est fait le défenseur du traitement de la phtisie par la créosote. Les accidents qui peuvent survenir, dit-il, sont rares et passagers, quoique leur aspect soit grave, et quand on en connaîtra bien la cause déterminante, on pourra les éviter. D'ailleurs, ces accidents ne surviennent que chez les malades traités à trop fortes doses. L'art du médecin consiste à tâter la susceptibilité du malade, et à lui donner la créosote à aussi fortes doses que possible sans dépasser la tolérance. Pour que le médicament agisse bien, il faut qu'il soit donné à la dose maximum, mais pas plus.

Société de chirurgie. — Nous avons dit un mot de la communication de M. Michaux sur les *injections intra-veineuses de sérum* dans les septicémies post-opératoires. A cette même séance du 9 janvier, M. Routier a présenté une jeune femme de 21 ans à laquelle il a pratiqué avec succès une *urétéro-cysto-néostomie*, c'est-à-dire l'abouchement de l'uretère dans la vessie pour une fistule urétéro-vaginale consécutive à un accouchement difficile. C'est le premier succès obtenu en pareille circonstance, paraît-il. A la séance du 15 janvier, M. Ricard rapporte, au nom de M. Walther, six observations d'*intervention chirurgicale dans les abcès du foie*. Trois des abcès étaient dus à la dysenterie, un à une infection générale (streptocoques) ; dans les trois autres, la cause est demeurée inconnue. Trois des abcès étaient localisés à la partie postérieure du foie et ont nécessité une résection costale ; deux autres étaient en rapport avec le diaphragme, auquel ils adhéraient ; le sixième s'était ouvert dans la plèvre. Comme résultat, M. Walther a obtenu quatre guérisons et deux morts. On a commencé, à la même séance, une discussion sur la *grossesse extra-utérine* qui s'est continuée à la séance suivante, 22 janvier. M. Picqué insiste sur l'importance de ne pas confondre la grossesse extra-

utérine avec l'hématocèle. S'il n'y a pas d'accidents, il faut attendre au septième ou au huitième mois pour intervenir. Il faut aussi enlever le placenta. M. Reynier dit que jusqu'au cinquième mois, il est impossible de porter un autre diagnostic que celui d'hématocèle, qu'il faut traiter par la voie abdominale. C'est aussi l'avis de M. Championnière. M. Routhier croit que la plupart des hématocèles cataméniales sont des grossesses ectopiques qui n'ont pas évolué; le fœtus reste comme un corps étranger. Dans une grossesse extra-utérine à terme, il faut faire la laparotomie, inciser le sac et marsupialiser. Lorsqu'on a affaire à une grossesse d'environ trois mois, on s'efforcera par la recherche des symptômes locaux et des probabilités d'établir le diagnostic. Il est à remarquer que les hématocèles simples sans fœtus font saillie presque toujours dans le cul de sac postérieur, quelquefois dans le cul de sac antérieur. Elles s'opèrent très bien par le vagin. M. Schwartz croit que dans un certain nombre de cas on peut faire le diagnostic de la grossesse par les métrorrhagies qui apparaissent dans l'intervalle des règles et par certains signes de probabilité. Lorsqu'on constate une lésion uni-latérale ou une tumeur nettement abdominale, on a recours à la laparotomie. Si l'on a affaire à une hématocèle rétro-utérine, qu'il y ait ou non une poche avec fœtus, on pratique l'incision vaginale. M. Segond estime qu'en présence d'une tumeur annexielle il n'y a pas à hésiter, il faut pratiquer la laparotomie. Il partage les grossesses extra-utérines en grossesses avant le cinquième mois et grossesse après le cinquième mois. " Dans le premier cas, dit M. Segond, si la grossesse évolue sans symptômes, ce qui est exceptionnel, ou présente des symptômes de tumeur abdominale, il faut intervenir par la laparotomie quand la lésion est unilatérale ou quand il y a complication d'hémorragie intra-péritoniale. Si, au contraire, il existe une hématocèle sans complication, l'ancienne hématocèle de Nélaton, puerpérale ou non puerpérale, ce que l'on ignore, c'est à l'incision large du cul de sac postérieur qu'il faut recourir. Je conseille encore la même pratique dans les cas où il existe une hématocèle, dont l'origine est inconnue et qui paraît provenir de métrorrhagies dans la poche. Ces grossesses extra utérines se compliquent elles de suppuration, elles sont alors justiciables des interventions indiquées en cas de suppuration du petit bassin." Lorsque la grossesse a dépassé le cinquième mois, la laparotomie seule est indiquée. Quant au traitement de la poche, il n'y a qu'à la marsupialiser.

DECES

MAYRAND. — A Bagotville, le 29 janvier 1896, est décédée Marie, Fille Eugénie, Victoria Dénéchaud, épouse de Th. Mayrand, Ecr., M. D., à l'âge de 25 ans.

COURRIER DES HOPITAUX

HOTEL-DIEU DE ST-JOSEPH

Notes du Dr J. P. Roux, médecin interne

Durant l'année 1895, d'après le rapport annuel, 2,520 malades ont été admis à l'Hôtel Dieu. En faisant la somme des jours que chaque malade a passé à l'hôpital on obtient le joli chiffre de 67,650, ce qui donne une moyenne de 26 jours pour chaque personne admise. La mortalité a été de 5.7 pour cent.

Au commencement de l'année 1896 il restait 217 malades. Pendant le mois de janvier il en a été admis 187. 6 sont morts et tous ont succombé à la phtisie pulmonaire.

Le service de médecine, toujours rempli de maladies des voies respiratoires, renferme de ce temps-ci un certain nombre d'affections nerveuses variées et intéressantes. De ce nombre se trouve un cas de sclérose en plaques des plus classiques. La maladie a pris le type de la forme cérébro-spinale. Le patient est âgé de 32 ans et bucheron de son métier. Les circonstances étiologiques qui pourraient être invoquées ici sont les épreuves morales de toute sorte qu'il a eues à subir et le froid auquel l'exposait son métier. Les symptômes céphaliques se sont montrés les premiers il y a 13 mois par des vertiges, de l'amblyopie et du nystagmus. Quand notre homme voulait regarder du sommet au pied d'un arbre il était pris de vertiges et perdait connaissance. Quatre mois plus tard apparurent de nouveaux symptômes qui indiquèrent que la maladie avait gagné la moëlle épinière. Le patient éprouvait assez souvent une légère sensation d'engourdissement, il sentait ses jambes faiblir et la marche devenir de plus en plus difficile. Vers le septième mois les symptômes caractéristiques de cette affection se montrèrent, l'embarras de la parole d'abord puis le tremblement qui se communiqua successivement à tous les membres et enfin aux muscles du tronc et du cou. Depuis cette époque les symptômes n'ont fait que s'aggraver en dépit des traitements des médecins les plus habiles. Dans cette affection établir le diagnostic et reconnaître le pronostic voilà à peu près ce que le médecin est appelé à faire, ce qui n'est pas très consolant.

En chirurgie, dans ces deux derniers mois, les opérations n'ont pas été très nombreuses ; cependant il y en a eu plusieurs de très importantes.

Il y a quelques jours on a discuté dans une société médicale l'avantage d'enlever les glandes de l'aisselle dans les cas de cancer du sein. Sir William Halston a donné alors son opinion sur cette question, et dernièrement encore dans une clinique, opérant un cancer du sein, il est revenu à la charge contre le partisan de l'enlèvement des glandes dans tous les cas indistinctement. "Jamais messieurs, dit-il, je n'enlève les glandes de l'aisselle quand elles ne sont pas envahies. Mon expérience de quarante ans me prouve que quand le cancer récidive, si les glandes n'étaient pas infectées lors de l'opération, la récidive a lieu dans la peau, à l'endroit de la cicatrice et non dans les glandes qui ne sont prises dans ces cas encore que secondairement. Pourquoi alors enlever ces glandes qui ne menacent aucunement

la vie de la personne ? Pourquoi d'une opération bénigne en faire une opération assez dangereuse ? Mais si la maladie est très étendue, si elle a envahi les glandes, si on découvre dans cet endroit la moindre induration, alors il faut intervenir et enlever toutes ces glandes avec le plus grand soin possible. Voilà messieurs ce que j'ai toujours professé et ce qui me semble être l'enseignement le plus rationnel."

Il y a quelques semaines les médecins chargés du service de médecine ont été changés : le Dr Moreau remplace le Dr Brunelle, le Dr Rivet remplace le Dr Leblanc et le Dr Kennedy a été remplacé par le Dr Masson qui vient d'être nommé médecin de l'Hôtel-Dieu.

26 février 1896.

HOPITAL NOTRE-DAME

Notes du Dr W. Doron, interne en chef.

Le retard, subi par le courrier de l'Hôpital Notre-Dame, dans sa publication, sera j'espère, chose du passé ; accepter des résignations, inaugurer un nouveau service d'internes, voilà la cause. Tout de même, le Dr Ethier, le zélé rédacteur du courrier, laisse une tâche aussi laborieuse que difficile à son successeur qui, voulant mettre ordre à la succession qu'il a recueillie, tout en comptant sur votre indulgence, ne voit d'autre moyen pour faire face au retard que d'user de plus de diligence et vous présenter quelques pages de plus pour vous mettre au courant des faits qui se sont déroulés à l'Hôpital durant le mois de janvier 1896.

Durant ce mois 57 opérations chirurgicales ont été pratiquées. Parmi les plus intéressantes : 3 cancer du sein, dont une récidive dans les ganglions de l'aisselle. Dans l'un des deux cas de cancer, l'évidement du creux axillaire a dû être fait. La maladie durait depuis à peu près deux ans dans les deux cas. Dans l'un, chez un tempérament nerveux, le progrès fut moins rapide que dans l'autre chez un tempérament lymphatique ; la guérison est aussi moins bonne chez cette dernière. Un cas d'épithélioma de la lèvre inférieure chez une femme de 55 ans ; la théorie de l'irritation de la pipe ne tient pas ici ! qu'elle cause évoquera-t-on ? Un cas d'épithélioma du pénis chez un homme, sur la limite de la quarantaine ; un cas de sarcome du coude chez une femme. A diverses reprises, la tumeur de la grosseur d'un œuf, avait été prise pour un lipôme. Le chirurgien de l'Hôpital diffère d'opinion, procède à l'opération, et attend la réponse du microscope.

Assez pour le cancer, et parlons de quelque chose de plus d'actualité. Je veux parler du froid qui pardonne rarement et qui nous a apporté un bon contingent d'ouvrage. Je ne mentionnerai pas les amputations d'orteils et de doigts à la suite d'engelure des deux pieds, dont l'un a fourni à la clinique un vrai bijou de médecine opératoire, entre les mains de notre chirurgien en chef, monsieur le Dr Brosseau.

Deux amputations sous astragaliennes, ou si on le préfère deux Pirogoff, taillés avec toute l'habileté d'un élève de Farabœuf, permettent au pauvre mutilé, également raccourci, de marcher sur ses moignons avec autant de facilité que de grâce et cela sans douleur. Le second cas d'engelure, un vieillard dans la soixantaine, supporte difficilement l'amputation de ses deux pieds, dont l'un a dû être

amputé un peu au-dessus de l'articulation tibio tarsienne. Pour lui conserver un membre utile notre chirurgien en chef, toujours conservateur, en chirurgie, comptant sur la bonne nature et la granulation pour refaire ce que la gangrène avait détruit a encore ici tenté un Pirogoff, bien qu'une partie du lambeau fut gangrené. Son attente a été pleinement justifiée par les résultats satisfaisants obtenus, malgré la débilité et l'âge avancé de son sujet.

Je m'attarde trop en chirurgie, je crois, voyons ce qui s'est passé en gynécologie, le service du Dr Brennan et en ophtalmologie, celui du Dr Foucher. Pour ces deux services je terminerai de suite pour janvier et février.

Parmi les cas les plus intéressants je mentionnerai un cas d'ovariotomie chez une fille de 20 ans qui se voyait grossir depuis deux ans, un kyste très volumineux a été extirpé; deux amputations du col pour cancer; trois périnéorraphies, dont deux pour des déchirures au 3ème degré et une au deuxième. L'une des patientes dans le département du Dr Brennan souffrait à la fois (pri-nipare à l'âge de 42 ans) d'une déchirure du périnée au 3me degré, d'une fistule vésico-vaginale et d'un écartement de la symphise du pubis, d'un demi pouce environ, des plus facile à constater, une fois sous chloroforme.

Un coup d'œil dans le département du Dr Foucher où 51 opérations ont été pratiquées nous laisse voir, parmi les plus intéressantes: trois cas de cataracte, cinq cas de glaucome aigu, opérés avec d'excellents résultats; trois cas de maladie des sinus, l'un, du sinus frontal avec fistule du côté de l'angle supéro interne de l'œil droit, durant depuis 15 ans; l'autre du maxillaire datant d'au-delà de 4 ans à la suite d'un traumatisme, avec fistule du côté de l'angle inféro-interne de l'œil droit; le troisième nous met à découvert l'antra mastoïdien gauche, et l'opérateur pénètre jusque dans la caisse ou il promène sa curette et enlève quantité de bourgeons charnus. L'opération pratiquée, celle de Staeye, soulage une patiente de 72 ans qui souffrait d'écoulement d'oreille depuis plusieurs années, accompagné de douleurs insupportables depuis 3 mois surtout.

Pour terminer avec ce département qui a eu son beau côté pour la variété et le nombre de cas importants opérés et bien réussis, je ne ferai que mentionner un cas d'autoplastie de la face pour un ectropion cicatriciel, par déplacement de lambeaux et greffe cutanée, prise sur le bras. Le sujet qui a subi l'opération est âgé de 25 ans et s'était fait brûler à la figure dans son bas âge.

Le Dr Foucher se propose sous peu de rapporter au long les cas que je viens de mentionner, et vous donner tous les détails opératoires.

Le mois de février a été des plus encombrant et encombré sous tous les points de vue. Cent trois opérations chirurgicales ont été pratiquées.

Vous dire que nous avons eu jusqu'à huit amputés de jambe dans la même semaine vous donnera une petite idée de l'ouvrage que nous avons fait. Il n'y a pas jusqu'aux dispensaires qui ne s'en soient ressentis; au-delà de 500 malades sont venus grossir le rapport, comparé avec celui du mois correspondant de l'an dernier.

Le service de médecine a eu ses perles: nombre de maladies organiques du cœur, néphrites dans toutes les variétés, un joli cas de maladie d'Addison que l'autopsie a confirmé au point de vue diagnostic. Les élèves de 4ème ont eu, par le fait même d'un si beau service, des avantages qu'ils sauront sans doute mettre à profit.

BIBLIOGRAPHIE

DELAGENIÈRE.—Hystérectomie abdominale totale pour fibro-myômes.
Cholécyctomie intrapariétale et transmusculaire par H. Delagenière, (Le Mans).

BÆCKEL.—Les mémoires et discussions du **Neuvième Congrès de Chirurgie**, tenu à Paris en octobre 1895, sous la présidence du Dr D. BÆCKEL, de Strasbourg, viennent de paraître chez *Félix Alcan*, l'éditeur du Congrès, publiés sous la direction du secrétaire général le Dr. L. PICQUÉ. Les communications principales ont porté sur les deux questions à l'ordre du jour : *Chirurgie du poumon* (pneumonie exceptée) et *De l'intervention opératoire précoce ou tardive dans les solutions de continuité des os* (crâne et rachis exceptés). Les autres travaux communiqués, au nombre de plus de cent, présentent un ensemble fort intéressant ; ils constituent un véritable annuaire de la chirurgie française et mettent hors de pair la science de nos compatriotes toujours à la recherche du progrès. Cette publication fait le plus grand honneur à l'*Association de Chirurgie Française* ; elle devra se trouver entre les mains de tous les médecins et chirurgiens, qu'elle tiendra au courant des méthodes nouvelles dont l'effet est d'assurer le succès de la plupart des opérations chirurgicales. (1 vol. in-8° de 1007-XXXI p avec gravures, 20 fr. — Félix Alcan, éditeur.)

OEUVRES du professeur **Léon Le Fort**, publiées par le Dr FÉLIX LEJARS. Tome II.
(1 fort vol. in-8°, 20 fr. — Félix Alcan éditeur.)

Ce second volume comprend les principaux travaux du professeur Léon Le Fort, ayant trait à la chirurgie militaire et à l'enseignement.

La chirurgie militaire y tient une large place. On sait quelle a été la part de Léon Le Fort dans la lutte de presse et d'opinion qui devait aboutir à l'autonomie du corps de santé militaire. Ses *Études sur les guerres de Crimée et d'Amérique*, sur la *Guerre d'Italie en 1859*, son livre de 1872 sur la *Chirurgie militaire et les Sociétés de secours en France et à l'étranger*, ses articles de la *Revue des Deux-Mondes* sur la *Médecine militaire et la loi sur l'Administration de l'armée*, sur la *Médecine militaire et l'Intendance*, etc., marquent les étapes de cette ardente polémique, et renferment une série de documents de haute valeur, des pages historiques d'un intérêt toujours vivant, comme cette histoire de la première ambulance volontaire au siège de Metz, qui termine son livre de 1872. Aussi, dans une magnifique préface, M. le médecin-inspecteur-général Dujardin-Beaumetz a-t-il rendu hommage à Léon Le Fort : "Chirurgien militaire de vocation, non de carrière" ; il compare son rôle à celui de Percy : "Non seulement Léon Le Fort a pensé comme avait fait le plus grand des hommes qui aient jamais illustré notre état, mais il a, comme lui, lutté pour le triomphe de la bonne cause : aussi il a droit à l'estime et à la reconnaissance de cette chirurgie militaire, à laquelle il apportait, en souvenir de ses jeunes années, l'affectueux hommage de sa gratitude."

Le même esprit d'organisation, la même méthode d'investigation précise, la même verve pratique se retrouvent dans les travaux d'enseignement, qui forment la seconde partie du volume. Dans ses *Lettres sur la liberté de la pratique et de l'enseignement de la médecine*, dans son *Étude sur l'organisation de la médecine en France et à l'étranger*, dans ses principaux rapports à la Faculté, sur la *création de chaires cliniques spéciales*, sur la *participation des agrégés à l'enseignement*, sur la *réforme des études médicales*, sont posées et discutées de nombreuses questions toujours d'actualité. Et l'on ne saurait trop admirer la puissance et la fécondité de cet esprit, qui s'applique à tant de sujets divers et qui, partout, donne les preuves d'une étude approfondie et d'une conception toujours originale.

Le tome III, consacré à la *Chirurgie proprement dite*, est sous presse et terminera l'ouvrage.