

## 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:

- 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.

Pagination continue.

# TRAVAUX ORIGINAUX

---

## ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE

PAR

LE DOCTEUR GEORGES VILLENEUVE

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

---

## LES ALIÉNÉS DEVANT LA LOI. <sup>(1)</sup>

---

TROISIÈME PARTIE.

CODE CIVIL.

---

INTERDICTION.—TESTAMENTS.—CONTRATS.

---

CHAPITRE PREMIER.—TEXTE DES ARTICLES DU CODE CIVIL AYANT RAPPORT À L'ÉTAT MENTAL DES PERSONNES.

Je ne rapporterai ici que les articles du Code Civil ayant trait à la capacité des individus en rapport avec leur état mental, et je ne citerai de ces articles que les parties qui se rapportent essentiellement à ce sujet. Les autres parties ne présentant aucun intérêt au point de vue médico-légal, ne sauraient trouver place dans cette étude.

---

(1) Pour la première partie de ce travail, voir *L'Union Médicale du Canada*, 1896, pages 131 et 193, — 1897, page 5 et 1898, pages 385 et 449.

## INTERDICTION.

**325.** Le majeur ou le mineur émancipé qui est dans un état habituel d'imbécillité, démence ou fureur, doit être interdit même lorsque cet état présente des intervalles lucides.

**330.** Lorsque la demande est fondée sur l'imbécillité, la démence ou la fureur, le défendeur doit être interrogé par le juge accompagné d'un greffier ou d'un assistant, ou par le protonotaire; l'interrogatoire est rédigé par écrit et communiqué au Conseil de famille. ....

**331.** En rejetant la demande en interdiction, l'on peut, si les circonstances l'exigent, donner au défendeur un conseil judiciaire.

**334.** L'interdiction ou la nomination au conseil a son effet du jour du jugement, nonobstant l'appel. Tout acte fait postérieurement par l'interdit pour cause d'imbécillité, démence ou fureur, est nul.....

**335.** Les actes antérieurs à l'interdiction prononcée pour imbécillité, démence ou fureur, peuvent cependant être annulés, si la cause de l'interdiction existait notoirement à l'époque où ces actes ont été faits.

**336.** L'interdiction cesse avec les causes qui l'ont déterminée.....

## TESTAMENTS.

**331.** Tout majeur sain d'esprit et capable d'aliéner ses biens peut en disposer librement par testament.....

**334.** ..... L'interdit pour imbécillité, démence ou fureur, ne peut disposer par testament.....

**335.** La capacité du testateur se considère au moment de son testament...

## CONTRATS.

**985.** Toute personne est capable de contracter, si elle n'est pas expressément déclarée incapable par la loi.

**986.** Sont incapables de contracter..... les interdits ..... les personnes aliénées ou souffrant d'une aberration temporaire causée par la maladie, accident, ivresse ou autre cause ou qui, à raison de la faiblesse de leur esprit, sont incapables de donner un consentement valable.

Le Code Civil, en parlant de l'état mental relativement à la capacité civile, n'emploie pas toujours les mêmes expressions.

L'article 325 dit que *le majeur ou le mineur émancipé qui est dans un état habituel d'imbécillité, de démence ou de fureur, doit être interdit*, l'article 331 énonce que tout *majeur sain d'esprit* peut disposer librement de ses biens par testament, et l'article 996 déclare que les *personnes aliénées sont incapables de contracter*.

En employant dans l'article 986 les mots *personnes aliénées* et dans l'article 831 l'expression *sain d'esprit*, qui désigne l'état opposé à celui d'une personne aliénée, la loi fait preuve de sagesse. L'usage d'un terme générique qui peut embrasser toutes les situations mentales possibles, permet de juger chaque cas selon son aspect particulier, sans être lié par un critérium limitatif et arbitraire, comme dans l'article 325.

En effet, avec Régis (1) on peut dire que l'aliénation mentale, est un terme générique qui comprend indistinctement toutes les altérations de l'intelligence constitutionnelles ou fonctionnelles, congénitales ou acquises, transitoires ou permanentes.

L'article 325, pris dans un sens strictement médical ne pourrait s'appliquer qu'aux cas caractérisés par un arrêt de développement intellectuel (imbécilité), par la perte de l'intelligence chez des personnes ayant eu antérieurement la jouissance de leurs facultés (démence sénile, ramollissement cérébral, etc.) et à la manie aiguë. Il laisserait de côté les délires systématisés, c'est-à-dire toutes ces formes si variées d'aberration mentale appelées autrefois les monomanies et dont l'influence sur les malades est telle, qu'elles dominent leur vie toute entière.

Il vaudrait mieux, pour le législateur, renoncer à faire des classifications forcément incomplètes, parce qu'elles ne sont pas de sa compétence, et employer le terme générique de folie ou aliénation mentale. Il est vrai qu'en pratique, les juges éclairés s'embarrassent peu de la classification du code et imposent l'interdiction à tous ceux qui présentent des troubles intellectuels suffisants pour justifier cette mesure.

#### CHAPITRE DEUXIÈME.—CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LA FOLIE AU POINT DE VUE DE LA CAPACITÉ CIVILE.

“ L'intégrité des facultés intellectuelles est une condition nécessaire de la vie civile. Aucun contrat ne peut être valide, s'il n'a été consenti librement et en connaissance de cause.” (2)

Or, le propre de la folie est de modifier la connaissance, à des degrés variés, et de paralyser plus ou moins complètement la volonté.

(1) Régis, Dr E.—Manuel pratique de médecine mentale, 1892.

(2) Léon Derode.—Les aliénés et le droit civil. Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique No 75.

Pour bien comprendre l'influence exercée par la folie, sur le jugement et les déterminations de l'individu, il me semble nécessaire d'entrer dans plus de détails.

Comme cette partie de l'étude que j'ai entreprise, s'adresse pour une bonne partie du moins aux hommes de loi, il serait oisieux d'envisager les différentes formes d'aliénation mentale, au point de vue d'une classification scientifique, ce qui supposerait chez tous mes lecteurs, indistinctement, des connaissances médicales spéciales. Il convient plutôt ici d'étudier les différentes manifestations de la folie au point de vue symptomatique, c'est-à-dire comme elles se présentent à l'observateur, et de les grouper d'après leur analogie extérieure.

Il conviendra ensuite de faire connaître la véritable interprétation des signes par lesquels se manifeste extérieurement la folie et d'en indiquer la portée réelle, qui échappe nécessairement à ceux qui n'ont pas puisé les connaissances nécessaires dans des études spéciales.

J'ai cherché une formule pouvant donner de la folie une définition claire et précise et englober les différentes formes d'aliénation, au point de vue de la description, dans une même synthèse. Je l'ai trouvée chez un vieil auteur italien, Paul Zacchias, qui a écrit de 1621 à 1633.

Ce savant remarquable donne dans ses *Questions médico-légales*, la définition suivante de la folie : *dementia genericum nomen, comprehendit sub se omnes affectus in quibus mens vel errat, vel debilitur operatur*. C'est-à-dire que la folie est un terme générique qui comprend tous les états dans lesquels il y a faiblesse ou perversion des facultés intellectuelles.

Cette définition, dans une admirable et laconique synthèse, divise la folie en deux grands groupes principaux. Le premier groupe comprend toutes les affections mentales caractérisées par la faiblesse d'esprit et représente les maladies de quantité de l'intelligence. Le second groupe embrasse toutes les affections mentales caractérisées par la perversion de facultés et représente les maladies de qualité de l'intelligence.

Dans le premier groupe, les facultés fonctionnent d'une façon incomplète, dans le deuxième, leur fonctionnement est vicié.

Toute personne visitant un asile a pu être frappée de cette distinction primordiale entre les aliénés. Il y en a chez lesquels l'absence ou la lenteur des manifestations intellectuelles trahit le néant ou la faiblesse cérébrale. Il y en a d'autres chez lesquels rien, ni

dans la tenue, ni dans le langage, n'accuse aucun état anormal de l'intelligence. Quelques uns peuvent même soutenir brillamment une conversation, prendre part à des discussions sur des sujets élevés qui impliquent la conservation de la mémoire et l'exercice des facultés syllogistiques, l'attention, etc. Ils protestent contre leur internement dans un asile d'aliénés et peuvent même en imposer à l'observateur casuel. Mais, que l'on pénètre un peu plus intimement dans leurs idées, l'on apprendra qu'ils se plaignent d'être en butte à des persécutions imaginaires, qu'ils se croient chargés de missions divines sur la terre, destinés à régner sur les peuples, à les régénérer, etc., et que ces idées dominent leur existence toute entière. L'individu qui apparaissait tout à l'heure comme un homme doué de sa raison, se révèle maintenant comme un être tout à fait déraisonnable. Chez lui, il y a conservation des facultés intellectuelles comme quantité, mais perversion quant au fonctionnement, c'est-à-dire trouble dans la qualité. Mais il n'en est pas moins aliéné pour cela, ainsi que nous l'avons vu.

#### CHAPITRE TROISIÈME.—DES AFFECTIONS MENTALES CARACTÉRISÉES PAR LA FAIBLESSE D'ESPRIT.

La première catégorie des aliénés se caractérise, ai-je dit, par la faiblesse de l'intelligence. Cette classe comprend les états d'aliénation mentale dans lesquels l'intelligence est lésée en quantité. Or l'intelligence ne peut être ainsi affecté que de deux façons, d'après Regis (1) " par un arrêt de développement lorsqu'elle est atteinte dans le temps de son évolution, ou bien lorsqu'après être arrivée à son complet développement, elle subit un travail de déchéance."

Dans le premier cas nous avons les idiots, dont le développement intellectuel est presque nul ou très incomplet, les débiles dont l'intelligence médiocre est voisine de la normale, et les imbéciles qui tiennent le milieu entre les deux.

Dans le second cas, nous avons la démence. " Le mot démence, dans le sens auquel l'entend la loi, dit Vibert (2) désigne l'ensemble des maladies mentales; dans le sens médical il a une signification plus restreinte et s'applique à la diminution ou à la perte des facultés intellectuelles morales ou affectives. La démence, ainsi comprise, diffère des autres états de dégradation mentale, en ce qu'elle est consécutive à diverses maladies ou aux progrès de l'âge et qu'elle

(1) Loc. citée.

(2) Dr Ch. Vibert.—Précis de médecine légale, Paris, 1896.

suppose un état mental antérieur relativement ou absolument sain. La démence est produite par un très grand nombre de causes, et sous ce rapport on peut distinguer la *démence sénile* qui résulte du progrès de l'âge; la démence consécutive à diverses *maladies cérébrales*: paralysie générale, hémorrhagie, ramollissement du cerveau ou tumeurs; la démence consécutive aux *névroses*: épilepsie, hystérie, chorée; la démence qui termine diverses espèces de *folie*, ou *démence vésanique*; la démence produite par certaines *intoxications*: alcool, opium, plomb, etc.”

La faiblesse d'esprit que l'on rencontre dans les deux cas peut présenter tous les degrés, depuis l'absence ou l'abolition la plus complète, jusqu'à celle qui n'est caractérisée que par de simples lacunes dans la mémoire, le jugement, un manque d'attention, un peu de lenteur dans la perception.

Dans les deux cas, le véritable critérium de la folie et de son intensité, c'est l'affaiblissement intellectuel que présente l'individu, et son degré, qu'il soit dû à un arrêt de développement, comme chez les idiots, les imbéciles et les débiles, ou à la déchéance secondaire des facultés comme dans la démence. C'est l'infériorité intellectuelle qui est le cachet commun de tous ces individus, c'est par le *quantum* d'intelligence qui leur a été dévolu ou qui leur reste, qu'ils doivent être appréciés au point de vue de leur capacité. Etant donné qu'un individu se présente à l'observation avec un amoindrissement des facultés, il ne reste plus qu'à s'enquérir par l'étude des antécédents si cet amoindrissement est primitif ou secondaire, pour en connaître la nature. Mais pour tous, il y a identité dans l'élément symptomatologique, c'est la faiblesse d'esprit: *affectus in quibus mens debiliter operatur*.

Mais si la signification est la même pour l'état actuel, c'est-à-dire au moment où se fait l'examen,—et pour l'avenir,—car la démence est chronique et incurable, et une fois établie, elle constitue un état permanent d'affaiblissement intellectuel, il n'en est pas de même pour le passé. En effet, si l'idiot, l'imbécile et le débile, ont toujours été ce qu'ils sont au moment où ils se présentent à l'observation, c'est-à-dire des êtres chez lesquels les facultés mentales sont manifestement frappées d'infériorité; il n'en est pas de même chez le dément, où cet état, pour permanent qu'il est devenu, ne l'a pas toujours été, et a eu un point de départ déterminé. “L'homme en démence, dit Esquirol, est privé des biens dont il jouissait autrefois: c'est un riche devenu pauvre: l'idiot a toujours été dans l'infortune et la misère.”

Le dément pour toute une période de sa vie et jusqu'à un moment déterminé a pu jouir d'une capacité civile entière, en rapport avec le libre exercice d'une intelligence normalement développée. Alors que chez l'imbécile et ses congénères l'idiot et le débile, le caractère primitif de leur infériorité intellectuelle comporte l'incapacité pour toute leur vie passée, présente et future, il n'en est de même pour le dément, que depuis un moment déterminé dans le passé.

CHAPITRE QUATRIÈME.—DES AFFECTIONS MENTALES CARACTÉRISÉES PAR DES PERVERSIONS DES FACULTÉS INTELLECTUELLES, SENSITIVES ET MORALES.

La seconde classe des aliénés que nous avons à étudier comprend ceux chez lesquels les facultés mentales sont intactes quant à la quantité. Chez ceux-là, les facultés se sont développées suffisamment et elles n'ont subi aucune régression, mais elles ont éprouvé des modifications dans leur qualité. C'est-à-dire qu'elles sont devenues perverses et fonctionnent d'une manière anormale : *affectus in quibus mens errat*.

C'est dans cette classe que se rencontrent toutes les monomanies des anciens, ainsi que toutes les formes de ce que l'on était convenu d'appeler et de ce que la loi appelle encore folie partielle, parce que l'intelligence ne paraît affectée que pour une ou quelques unes seulement de ses facultés.

Ce terme était aussi employé par opposition à celui de folie généralisée, ainsi dénommée, à cause d'une plus grande extension apparente du délire, donnant lieu de croire que l'intelligence est affectée dans l'ensemble de ses facultés.

Ces termes de folie partielle et de folie généralisée méritent de nous arrêter un instant pour la meilleure intelligence au sujet qui nous occupe.

Dans ses remarquables leçons à la faculté de médecine de Paris, M. le professeur Brouardel, parlant de la responsabilité du médecin en rapport avec les certificats d'internement, (1) disait à ses auditeurs : " Vous vous heurterez à une erreur commune à toutes les personnes qui ne connaissent pas les aliénés. Pour le public, un aliéné divague sur toutes les questions imaginables ; pour lui, l'incohérence des idées et des mots est la règle ; en réalité c'est l'exception. L'aliéné, il faut bien vous pénétrer de ce fait, ne divague souvent que sur une idée spéciale ou sur quelques points limités."

(1) Brouardel, P.—L'exercice de la médecine et le charlatanisme. Paris 1899.



Ce fait mal compris du public a pu faire considérer comme sains d'esprit des individus qui ne l'étaient pas et faire croire aussi, qu'à côté d'individus totalement aliénés, il y en avait d'autres qui ne l'étaient que partiellement et présentaient le spectacle singulier, d'une dualité psychique formée d'une intelligence, pour une partie malade et pour l'autre partie saine, en même temps et pour différents objets.

Partant de ce point, on avait divisé cette classe, en folie partielle et folie généralisée, et on avait fait des individus à responsabilité ou à capacité nulle ou limitée, suivant l'étendue du délire.

C'est une erreur que Régis a relevée dans les termes suivants : (1) "Envisagés au point de vue biologique, les fous se divisent en deux classes bien distinctes. Chez les uns, l'être tout entier prend part à la maladie par suite de la réaction permanente du trouble mental sur l'ensemble de l'organisme : il y a comme on dit *lésion de l'activité générale*. Chez les autres, l'affection reste limitée à la sphère psychique sans modifier sérieusement les phénomènes ordinaires de la vie qui continuent à s'accomplir d'une façon régulière et en quelque sorte indépendante : *l'activité générale n'est pas atteinte*.

"C'est à ce point de vue qu'on peut, à mon sens, considérer la folie comme *générale* ou *partielle* : ce qui ne veut pas dire, on le voit, *complète* ou *incomplète*—la folie est toujours entière et irréductible, en tant que maladie—mais bien *généralisée* par retentissement à l'ensemble de l'être, ou au contraire *spécialisée* à la sphère intellectuelle, son domaine propre."

Les perversions de l'intelligence qui paraissent affecter l'entendement tout entier et exercer en même temps leur action sur le reste de l'économie sont *l'excitation* et *la dépression*.

L'excitation caractérise la *manie* déjà décrite dans cet ouvrage, et la dépression constitue le fonds de la *mélancolie*, dont il a déjà été donné une description dans un autre chapitre.

Toute la psychose maniaque est dans la multiplicité et la rapidité des associations cérébrales (Magnan). Les facultés mentales ne sont pas affaiblies, elles ne sont que perverties par la suractivité du fonctionnement de l'intelligence. Mais la conscience n'est pas toujours abolie, puisque la plupart du temps, le malade conserve le souvenir de tout ce qui s'est passé sous ses yeux et peut en rendre un compte exact et qu'il est possible, en fixant fortement l'attention du malade, d'obtenir des réponses correctes, ce qui prouve que la

(1) Régis.—Loc. citée.

perception existe avec un certain degré de rectitude. Cependant, le désordre des idées qui résulte de l'excitation cérébrale est incompatible avec l'exercice pondéré du jugement, parce qu'il ne laisse rien subsister de durable.

La douleur morale caractérise essentiellement la mélancolie, elle envahit la conscience toute entière et réagit sur l'ensemble de l'organisme qu'elle déprime. Elle entraîne les idées du malade dans le sens de conceptions tristes et compromet fatalement le jugement du malade par des scrupules, ou des idées d'indignité, par exemple, qui peuvent le pousser à renoncer à des avantages acquis ou à faire des sacrifices que réproouve la raison. Un mélancolique peut renoncer à une fortune parce qu'il croit l'avoir mal acquise ou en faire le don, parce qu'il s'en croit indigne. La justice a été forcée d'intervenir dans des cas où des mélancoliques s'étaient dépouillés de leurs biens sous des circonstances semblables. Le malade aussi, par suite de la concentration de toutes ses facultés sur sa douleur morale, peut devenir absolument indifférent à tous ses intérêts. Ce sont autant d'éventualités auxquelles il faut parer.

“ Ce sont là (1) (manie et mélancolie, état maniaque, état mélancolique) des délires généraux qui paraissent affecter l'entendement tout entier; mais à côté des malades qui en sont affectés, on en observe d'autres chez lesquels le trouble psychique semble être seulement constitué par une ou plusieurs idées fondamentales qui dirigent les tendances et les actions : *les folies avec conscience* et les *idées délirantes* proprement dites, doublées ou non de troubles sensoriels, prennent place dans ce groupe, que l'on a pendant longtemps appelé le groupe de la *monomanie* ou du *délire partiel*.”

Les perversions qui affectent l'intelligence dans les cas où, suffisamment développée, elle n'a subi aucun affaiblissement, et où l'excitation ni la dépression n'interviennent comme éléments principaux, sont :

Les perversions des sensations qu'on appelle illusions et hallucinations ;

Les perversions des sentiments qui s'appellent inconscience, perte du sens moral ;

Les perversions du jugement, qui s'appellent délire, conceptions ou interprétations délirantes ;

Les perversions de la volonté, qui s'appellent impulsion irrésistible, obsession, aboulie.

---

(1) Magnan.—Loc. citée.

Les hallucinations comportent pour celui qui en est l'objet la certitude d'une sensation perçue en réalité. Elles s'imposent à lui, car il se rend au témoignage de ses sens, ce qui constitue pour tout individu la preuve la plus indiscutable de la réalité d'un fait. Il a vu et entendu, ou plutôt c'est tout comme s'il avait vu et entendu, et aucun argument contraire ne peut prévaloir auprès d'un individu qui vous dit " j'ai vu et entendu, je ne puis donc me tromper."

Les hallucinations ne constituent pas à elles seules une forme spéciale d'aliénation mentale, il est rare qu'elles se rencontrent isolément, elles n'entrent dans un grand nombre de formes qu'à titre accessoire ; dans d'autres, elles forment un des éléments les plus importants et servent même de point de départ au délire et concourent d'une manière puissante à son élaboration. Mais on conçoit facilement quelle perturbation une tel phénomène, projeté dans le champ de la conscience, amène dans le raisonnement, et quelle influence il exerce sur les déterminations de l'individu.

J'ai parlé suffisamment du délire et des conceptions délirantes, à l'occasion de la responsabilité des aliénés, dans un autre chapitre de cet ouvrage, pour qu'il ne me soit pas nécessaire de revenir sur le sujet. Tout ce qui en a été dit au sujet de la responsabilité criminelle, peut s'appliquer à la capacité civile.

Les conceptions délirantes se rencontrent dans une foule de maladies mentales, principalement dans ce qu'on appelle les *folies systématisées*. c'est-à-dire constituées par une idée unique malade, comme pivot autour duquel la vie mentale de l'individu évolue. Dans certains cas, elles constituent toute la maladie ; dans d'autres, elles sont renforcées par des hallucinations, et provoquent secondairement de l'excitation, de la dépression, et même une dissociation telle des opérations intellectuelles que le sujet est comme inhibé, semble absolument stupide et devient un véritable automate. Elles peuvent n'être que temporaires ; d'un autre côté, elles peuvent durer un certain temps ou même persister indéfiniment, suivant la forme du trouble mental.

Ce qui fait l'intérêt des conceptions délirantes, au point de vue de la capacité civile, c'est que, constituées par une ou plusieurs idées fondamentales, elles dirigent les tendances et les actions. "La conscience, bien que primitivement saine, non dissociée, se trouve remaniée sur un plan nouveau, suivant l'expression de Magnan, et envahie par un état dominateur. Elle ne voit plus le monde extérieur qu'à travers une verre spécial. Cet état aussitôt né, provoque des

modifications intellectuelles appropriées. L'idée qui surgit se projette sur le fonds de la conscience avec une si vive clarté, qu'elle en peut devenir aussitôt la représentation maîtresse et, suivant les habitudes de la pensée, le sujet n'a plus d'autre inspiration."

L'objet des conceptions délirantes est varié à l'infini et l'on peut admettre autant d'idées délirantes qu'il existe de manifestations dans la sphère des idées, attendu que chaque idée peut résulter non pas du travail normal de la pensée, mais d'une modification psychique créée par la maladie.

Or, la folie est un mal qui s'ignore et son propre est de vicier les phénomènes au moyen desquels l'individu prend connaissance du monde extérieur et s'apprécie lui-même. Il arrive donc que l'aliéné accepte sans conteste l'idée délirante, puisqu'il ne peut se rendre compte qu'elle est le fruit de la maladie, et elle inspire ainsi naturellement toutes ses pensées et dirige tous ses actes.

C'est donc cette direction inconsciente, imprimée aux tendances et aux actions par les idées fausses ou conceptions délirantes, dans un but déterminé par cette idée ou conception fausse, qui en fait son importance au point de vue de la capacité civile.

Dans cette forme de perversions intellectuelles, la perception, la mémoire, l'association des idées, l'attention peuvent ne pas être lésées, mais le jugement est perverti, parce que le point de départ est faux. L'individu sait ce que c'est qu'un testament, une donation, un contrat; il peut en arrêter tous les termes et en comprendre toute la portée. Il peut parfaitement en faire valoir les conclusions. Mais l'idée fondamentale de ce testament, de ce contrat, de cette donation sera une idée délirante de persécution, de grandeur, de mysticisme, etc. Peut-on dire que ces actes sont l'œuvre d'un cerveau lucide, d'une volonté libre et réfléchie? L'individu n'est pas lucide, puisque son jugement ne s'exerce pas d'après les lois ordinaires de la logique,—il n'est pas libre non plus, parce que l'idée lui est imposée par la maladie,—or dès que l'intelligence fonctionne ainsi d'une façon irrésistible, que les tendances et les actes en sont influencés, on peut dire que l'incapacité est constituée. Un autre danger, c'est que pour celui qui abonde dans le sens des conceptions morbides du malade la captation est très facile, ainsi que j'en ai vu dernièrement de malheureux exemples, dans le cas de malades atteints de délire de persécution.

Les perversions de la volonté, dont l'impulsion irrésistible est le type, sont surtout intéressantes au point de vue de la responsabilité criminelle, car elles mettent plus souvent l'individu en conflit avec

la société, qu'elles lui font commettre des actes de nature à affecter sa capacité civile. Cependant, il peut arriver que ces perversions de la volonté entraînent l'individu à commettre des actes préjudiciables à ses intérêts, et c'est surtout au point de vue de l'interdiction, comme moyen préservatif, qu'elles sont alors intéressantes à étudier.

Les impulsions dont il s'agit ici sont aussi nombreuses que les tentances vers lesquelles l'individu peut se déterminer. Elles présentent toutes les mêmes symptômes, quels que soient leurs aboutissants. Elles ont cela de particulier que, contrairement aux autres formes de folie, l'individu a parfaitement conscience du phénomène qui se passe en lui. Il se rend compte qu'il est entraîné vers un acte criminel, ridicule ou préjudiciable à ses intérêts. Mais quelle que soit la résistance qu'il oppose à l'impulsion, lutte qui s'accompagne toujours d'angoisse, il en arrive infailliblement à la défaite, car le propre de l'impulsion, en tant que perversion de la volonté, est d'être irrésistible.

Voici comme exemple, la description, d'après Magnan, de trois impulsions qui offrent un intérêt spécial au point de vue qui nous occupe.

*Oniomanie* — Impulsions à acheter toutes sortes d'objets. Impulsion consciente, pénible mais *invincible* en dépit de tous les efforts et dont l'accomplissement produit un véritable soulagement.

*Manie du jeu*. — Etat de certains joueurs poussés à jouer malgré leur vif désir de résister, *conscients* de leur situation qu'ils déplorent; *lutte avec angoisse*, défaite certaine, accomplissement de l'acte s'accompagnant de phénomènes *émotionnels* très violents et suivi d'une *satisfaction* indéfinissable mêlée de regrets.

*Dipsomanie*. — *Impulsion* à boire; *irrésistibilité absolue*. Lutte énergique et inutile contre la tentation. *Conscience* lucide. *Angoisse* extrême se traduisant par des *signes* physiques. *Soulagement* quand l'impulsion est faite.

Poussé à acheter, à boire, à jouer, par une impulsion à laquelle il ne peut résister, le malade compromettra ses intérêts et ceux des siens pour se procurer le soulagement que seul peut lui donner la satisfaction de l'impulsion. Il peut dépenser sa fortune et même signer les contrats les plus onéreux pour se procurer de l'argent nécessaire. Lorsqu'il aura épuisé ses propres ressources immédiates, il ne craindra pas d'engager irrémédiablement l'avenir pour la satisfaction du besoin morbide de boire, de jouer ou d'acheter qui l'obsède.

Je connais des cas où une interdiction survenue en temps opportun aurait certainement sauvé d'un malheur immérité des familles

honorables, déchues de hautes positions sociales et d'une situation enviable de fortune, par suite de malheureuses tendances; semblables de leurs chefs responsables.

Quoique plus difficile à apprécier, les perversions du sentiment n'en ont pas moins souvent une influence considérable sur les déterminations des individus. L'absence de sens moral a été ainsi appréciée par Magnan : " Certains déséquilibrés du sentiment naissent conformés de telle sorte, que jamais ils ne peuvent s'assimiler les règles de morale en vigueur dans leur milieu habituel. S'ils les connaissent, ils ne les sentent jamais, elles ne répondent à rien dans leur esprit, c'est pour eux une langue qu'ils ne comprennent pas. Ces dégénérés, qui forment un groupe des plus intéressants, surtout au point de vue social, ont été justement qualifiés du nom de *fous moraux*. Il faut rapprocher d'eux les aliénés chez lesquels on rencontre presque toujours, sous l'influence du délire ou d'une autre cause, des perversions des sentiments affectifs qui transforment en une haine imméritée et injustifiable, l'affection auparavant la plus vive et la plus naturelle."

Que de testaments, que d'actes préjudiciables aux familles faits sous l'influence de ces sentiments morbides ! Que d'infâmes captations en ont profité ! L'interdiction de tels malades s'impose comme moyen préservatif et les actes consentis sous l'influence de ces sentiments morbides doivent être annulés, car ils ne relèvent pas d'un esprit sain.

#### CHAPITRE CINQUIÈME.—DE L'INTERVENTION MÉDICALE DANS LES AFFAIRES SE RAPPORTANT A LA CAPACITÉ CIVILE DES INDIVIDUS.

Dans les chapitres précédents, j'ai pour ainsi dire schématisé la folie en en donnant les expressions dominantes, afin de faire connaître les principales influences qui agissent sur les déterminations de l'individu et dirigent ses tendances et ses actes.

Mais les choses ne se présentent pas dans la pratique avec cette simplicité.

Les différents éléments que j'ai analysés se présentent rarement à l'état isolé, mais forment des groupements qui correspondent à des formes d'aliénation mentale assez nettement définies et différenciées, pour qu'à chacune d'elles s'appliquent des conclusions déterminées. Chacune d'elles aussi présente une évolution particulière dont il est permis de tirer, et pour le passé et pour l'avenir, des indications spéciales.

C'est dire qu'il n'est pas indifférent, par exemple, que l'individu dont on demande l'interdiction soit atteint de telle ou telle forme d'aliénation mentale.

J'estime avec M. Léon Derode (1), au contraire, " que dans chaque cas particulier le juge qui est chargé de prononcer sur le sort d'un aliéné doit s'enquérir soigneusement de la nature de l'affection dont il est atteint et que la connaissance de la forme de la maladie doit constituer l'un des éléments importants dans l'appréciation des mesures à prendre vis-à-vis du malade.

" Ce côté de la question est d'ordre purement médical, car le juge ne peut par lui-même établir ce diagnostic. C'est pour cela que nous ne comprenons pas que la procédure d'une demande d'interdiction puisse se passer de l'intervention d'une expertise médicale."

Dans mon rapport de l'année 1898, comme surintendant médical de l'asile St-Jean de Dieu, j'ai attiré l'attention des pouvoirs publics sur cette question, dans les termes suivants :

" Quoique le fait semble assez singulier, nous ne sommes consultés que rarement lorsqu'il s'agit de l'interdiction des aliénés internés sous nos soins. L'absence d'enquête médicale, dans la procédure d'interdiction, d'une manière générale, est une lacune à laquelle il conviendrait de remédier, mais il est étrange que cette abstention puisse s'étendre aux cas internés dans un asile et que l'action des médecins soit complètement ignorée. Cependant notre code civil, pas plus dans un cas que dans l'autre, ne fait aucune mention de cette intervention. Au lieu de cela, le tribunal n'a pour s'éclairer que les témoignages de gens étrangers à toutes les connaissances médicales. Croit-on que le simple interrogatoire d'un juge ou d'un protonotaire fournisse toujours au tribunal des lumières suffisantes pour connaître toutes les situations mentales que peuvent présenter les aliénés. Il faut bien le dire, cet interrogatoire se fait souvent d'une manière superficielle et absolument insuffisante. Les questions posées n'ont généralement pas d'autre but que de s'assurer du degré d'intelligence du malade. Mais l'intelligence peut être affectée de mille autres manières que par son affaiblissement. Les perversions de l'intelligence sont nombreuses, quelquefois, il faut une longue habitude des aliénés pour les découvrir, mais elles n'en sont pas moins à redouter, pour cela dans l'intérêt des biens du malade. Le mandataire de la cour, livré à ses propres lumières, méconnaîtra ces états pathologiques où les mesures protectrices seraient d'autant plus

(1) Loc. citée.

urgentes, que les apparences de la raison les rendent d'autant plus dangereux pour ceux qui en sont atteints. (Derode).

“Cependant, nous avons vu des mandataires de la cour venir à l'asile interroger des malades indubitablement aliénés, et après un entretien de quelques minutes, sans prendre la peine de se renseigner auprès du médecin, acquérir la conviction qu'ils étaient sains d'esprit. Heureusement que dans un bon nombre de cas nous avons pu, en reprenant l'examen devant eux, les convaincre de leur erreur. Mais il n'en est pas moins vrai qu'il peut résulter de cette manière de procéder, des erreurs judiciaires dont la plus grave serait de laisser les biens des aliénés aux mains de ceux qui voudraient exploiter leur faiblesse d'esprit, leur délire ou leurs préventions morbides.

“Je crois que la loi devrait prescrire que dans toute affaire d'interdiction il soit fait une expertise médicale et que les experts soient entendus en audience publique.”

L'opinion de Brouardel vient à l'appui de ce que j'ai écrit sur ce sujet. Parlant de la difficulté du diagnostic dans les maladies mentales, il s'exprime comme suit : “En effet, pour reconnaître l'idée délirante d'un malade, pour le faire délirer, il faut non seulement l'examiner, mais il est nécessaire d'avoir longtemps vécu au milieu d'autres aliénés, il faut avoir l'habitude de causer et d'interroger et le malade et sa famille. Je me souviens qu'autrefois, lorsque je suivais les visites de Lasègue, je passais une demi-heure à interroger un malade sans arriver à découvrir ses conceptions délirantes ; lorsque ce même malade était interrogé par Lasègue, en quelques minutes le point faible était trouvé.” (1)

Dans un autre ordre d'idée, il a été démontré que les juges, malgré leur perspicacité, leur science et le soin qu'ils apportent dans leurs fonctions, n'ont pas pu soupçonner la folie, dans des cas où elle a été facilement démontrée dans la suite par le médecin expert. (2)

Rien de plus important aussi que le diagnostic précis de la forme d'aliénation mentale pour les effets de l'interdiction dans le passé.

A quand remonte le début de la maladie mentale ? a-t-elle présenté des intervalles lucides ? quelle influence était-elle de nature à exercer sur l'individu, en rapport avec sa capacité civile ?

Voilà une série de questions qui ne peuvent être élucidées qu'avec une connaissance très complète de la nature et de la marche

(1) Brouardel.—Loc. citée.

(2) Villeneuve et Chagnon.—Les aliénés méconnus et condamnés. “Union Médicale du Canada,” juin 1899.



des affections cérébrales. Car pour le public, la folie ne devient notoire, dans la plupart des cas, qu'à la faveur de manifestations bruyantes. Mais l'expert peut en reconnaître l'existence à une période beaucoup plus éloignée, durant laquelle, pour avoir été silencieuse, elle n'en agissait pas avec moins de puissance sur l'individu. Comparez le délire chronique de persécution, qui dure la vie de l'individu, avec sa longue période de préparation et la persistance ininterrompue de l'idée fixe de persécution jusqu'à l'apparition d'une autre série d'idées délirantes, avec le délire chez le dégénéré, dont l'éclosion est le plus souvent rapide et la durée le plus ordinairement courte, mais dans tous les cas indéterminée. Le diagnostic entre ces deux formes est essentiel et il ne peut être que médical. Pour les conséquences dans l'avenir, le premier est incurable, le second au contraire présente toutes les chances de guérison, avec possibilité de rechute. Pour le passé, le diagnostic de délire chronique, posé à un moment donné de l'existence, établit toute une période subséquente de folie continue, car une fois la maladie constituée, elle peut bien présenter des rémissions, mais jamais d'intermissions ou intermittences. Pour le délire chez le dégénéré son diagnostic établit l'existence de la folie au moment où il est constaté, mais ne permet pas de généraliser comme pour le délire chronique.

Les mêmes considérations s'appliquent aux cas où il s'agit d'apprécier la validité d'un acte fait dans le passé par un individu encore vivant et qui peut par conséquent être soumis à l'examen médical.

Si la personne est décédée et qu'il s'agisse d'attaquer pour cause de folie un acte qu'elle a fait ou de faire invalider son testament, pour la même raison, les difficultés sont plus grandes.

“ Mais encore une fois, dit Léon Dérode, (1) nul témoignage n'aura plus de valeur que le témoignage médical. Il ne faut pas entendre ici seulement la déposition du médecin traitant qui rendra compte des symptômes observés chez son malade, mais aussi l'appréciation de l'expert aliéniste qui, après avoir pris connaissance des renseignements fournis par le médecin et de tous les autres éléments de la cause, pourra avec toute l'autorité que lui confèrent ses connaissances spéciales émettre un avis éclairé et conforme à la science.”

Je ne puis mieux clore ce chapitre qu'en citant les remarques suivantes de M. Léon Dérode, auquel j'ai déjà fait quelques emprunts, et par lesquelles il termine son article sur les aliénés et le code civil.

“ Il résulte de tout ceci que l'expert aliéniste devrait être appelé

---

(1) Léon Dérode.—Loc. citée.

à éclairer la justice civile dans deux ordres de circonstances très différentes : tantôt il s'agit d'apprécier un état habituel, et, d'après les constatations faites, de prévoir en quelque sorte l'avenir, car c'est dans l'avenir que les mesures proposées sont destinées à avoir leurs effets ; tantôt, au contraire, il s'agit de se rendre compte d'un état qui peut n'avoir été que tout à fait momentané et de juger un fait déjà accompli.

“ Chacun de ces deux ordres de recherches peut offrir pour l'expert ses difficultés propres ; mais, les principes qui doivent le guider sont les mêmes : c'est par l'étude attentive de toutes les manifestations pathologiques présentées par le sujet dans sa vie physique, comme dans son activité intellectuelle et morale, qu'il doit arriver à se créer une conviction.

“ Quand il s'agira de prononcer l'interdiction d'un aliéné, la personne de celui-ci sera toujours soumise à l'examen de l'expert et c'est cet examen personnel du malade qui doit évidemment fournir les éléments les plus importants de l'expertise. Ce ne sont pas, en effet, des interrogatoires toujours incomplets ni des renseignements fournis par des personnes souvent peu compétentes qui peuvent remplacer cet examen. Mais l'expert ne devra pas négliger les autres moyens d'information. Le témoignage du médecin traitant, celui des parents du malade et des personnes de son entourage, l'étude de la correspondance de la personne qu'on veut interdire et des actes de sa vie passée pourront notamment donner bien des indications précieuses. C'est la connaissance aussi complète que possible de la personnalité de l'aliéné et de toutes les circonstances de sa maladie qui doit permettre à l'expert d'énoncer avec certitude son appréciation de l'état actuel et ses prévisions pour l'avenir.

“ Il est à peine nécessaire de faire observer que pour arriver à cette certitude, le médecin aliéniste aura besoin dans bien des cas de multiplier ses entrevues avec le malade. Une seule conversation aussi longue qu'on la suppose, une épreuve unique quelque approfondie qu'elle soit, ne pourront généralement fournir que des résultats incomplets, des indications qui auront besoin de confirmation ultérieure. Il ne faut pas oublier, en effet, qu'un *état habituel* d'aliénation mentale n'est pas nécessairement un état continu, que les symptômes en peuvent d'ailleurs varier d'un jour à l'autre d'intensité et de forme, que pour apprécier enfin un état habituel, il faut au moins laisser à l'expert le temps de constater la persistance des symptômes et la marche de la maladie. Le malade qui est prévenu et intéressé à dissi-

muler son délire déploiera parfois une véritable habileté pour dérouter le médecin qui l'interroge et ce n'est qu'à force de patience et d'adresse que celui-ci parviendra à se rendre un compte exact de la situation. Il importe par conséquent qu'il ait toute latitude pour répéter ses visites aussi souvent et pour continuer son observation aussi longtemps qu'il le juge nécessaire. Il n'est pas même admissible que dans le jugement ou l'ordonnance qui charge un médecin de procéder à une enquête de cette nature il soit stipulé que cette enquête devra être terminée dans un délai plus ou moins long, et qu'il soit fixé un jour pour en déposer le rapport.

“ Quand le médecin aura fait ainsi une étude complète de la personnalité de l'aliéné et établi pour ainsi dire le bilan de ses facultés, il ne devra pas se borner à faire devant le juge la simple énumération des faits qu'il a constatés. Mais à la lumière des enseignements de la clinique il s'attachera à en faire ressortir toute la signification. Il s'efforcera de déterminer quelle place doit occuper dans le cadre nosologique l'affection dont il a retrouvé les symptômes et exposera quelle est la marche ordinaire des maladies de cette nature. Sans jamais s'aventurer à la légère, il fera en sorte que son diagnostic soit aussi précis que possible.

“ C'est au juge qu'il appartiendra de tirer de ses indications les conséquences juridiques qu'elles comportent. Dans la plupart des cas ces conclusions se dégageront nettement et sans peine de l'observation des faits. Le plus souvent, en effet, la personne dont on poursuit l'interdiction est arrivée à une période assez avancée de la maladie pour que les caractères de celle-ci soient nettement tranchés et que sa nature ne soit plus douteuse.

“ Il arrivera cependant que l'on se trouve en présence d'un de ces états mal définis, difficiles à classer, et qui se trouvent sur les limites de la folie et de la raison ou bien la psychose, tout en étant constante, sera peut-être assez peu caractérisée pour que l'on hésite à appliquer une mesure aussi grave que l'interdiction. C'est alors surtout qu'il appartient à l'expert d'éclairer le juge aussi complètement que possible. N'ayant pas, comme le juge, les mains liées par un texte de la loi, il se trouvera à l'aise pour exposer les faits sous leur véritable jour.

“ Il ne manquera pas d'occasions pour montrer qu'entre la démence confirmée et la raison parfaitement saine il existe bien des états intermédiaires qui réclameraient eux aussi une protection éclairée et d'autant plus vigilante que ceux qui en sont atteints sont bien

plus exposés à compromettre leurs intérêts que des fous furieux, des imbéciles ou des déments. En dehors des *états habituels* il y a d'ailleurs des formes de folie d'autant plus dangereuses pour les malades que les accès en sont plus irréguliers, plus soudains, plus imprévus et pour lesquels la loi devrait trouver des mesures plus efficaces que la nomination d'un conseil judiciaire et moins absolues que l'interdiction telle qu'elle est comprise et appliquée par nos tribunaux.

“ L'expert s'attachera aussi à faire pénétrer dans l'esprit du juge cette conviction que ce n'est pas le degré d'intelligence d'un malade qui doit constituer exclusivement la mesure de sa capacité, mais qu'il faut tenir compte aussi des troubles psychiques qui portent sur la sphère affective ou qui altèrent plus ou moins gravement l'exercice de la volonté. Ils ne sont pas rares les déséquilibrés dont l'intelligence est brillante sous certains rapports, mais que la mobilité de leurs sentiments et l'inconsistance de leurs projets se montrent incapables de se conduire sagement dans les affaires de la vie civile. Les inconséquences de leur conduite, les anomalies de leur caractère, leur défaut de jugement, de bon sens et de mesure font le désespoir de leurs proches et sont la cause de bien des ruines. Faut-il signaler encore ces dégénérés dont l'infirmité mentale se caractérise par des retours périodiques d'un penchant irrésistible à l'ivrognerie, à la dissipation et au désordre, ou par une faiblesse volitionnelle incurable, une répugnance absolue pour tout effort soutenu, pour tout travail régulier qui les rend impuissants à soigner leurs intérêts les plus immédiats? Faut-il parler des hallucinés, des monomanes que tourmente une idée fixe, des inventeurs à la recherche du mouvement perpétuel, des réformateurs de la société, des collectionneurs que leurs ruineuses fantaisies conduisent trop souvent à la misère.

“ Le caractère pathologique de toutes ces anomalies est souvent méconnu par les personnes étrangères à la science psychiatrique. C'est pour cela qu'il importe que le juge soit renseigné à cet égard par l'expert, car en se bornant à placer ces individus sous conseil judiciaire comme de simples dissipateurs, il risquerait bien souvent de ne prendre qu'une mesure insuffisante et absolument inefficace.

“ Mais c'est surtout quand il s'agit d'apprécier un acte déterminé et de rechercher si à l'époque où une personne accomplissait cet acte, elle était momentanément privée de sa raison, que la tâche de l'expert aliéniste devient parfois délicate. Aussi bien, les affections qui sont de nature à priver momentanément un malade de l'usage de sa raison sont nombreuses et de diverses natures : délire

fébrile, intoxications de toutes espèces, névrose, affaiblissement intellectuel dû à des lésions organiques du cerveau, hémiplégie, aphasie, sénilité, etc., et il n'est pas toujours facile de se rendre compte jusqu'à quel point ces désordres ont altéré les facultés intellectuelles du malade.

“ Les difficultés seront surtout considérables si la personne est décédée. Privé de l'élément le plus important de son information, l'examen du sujet, l'expert devra se faire une conviction par la connaissance aussi complète que possible de la vie antérieure du sujet, de l'histoire de la maladie, de l'état du malade au moment de l'acte tel qu'il résulte des témoignages du médecin traitant, des garde-malades, des parents, des serviteurs, de l'état mental du malade après l'acte jusqu'à la mort, par la nature de l'acte lui-même et quelquefois aussi par les résultats de l'autopsie.

“ Ici surtout le médecin se trouvera fréquemment en présence d'états mal définis où l'altération des facultés est plus ou moins probable, plus ou moins profonde, mais où la maladie laisse subsister une part plus ou moins considérable de l'intelligence et de la volonté, où celles-ci enfin peuvent se réveiller plus ou moins actives et fermes dans une rémission franche et complète. Le plus souvent il y a faiblesse d'esprit, imbécillité ou démence. Quelquefois aussi il s'agit d'individus dont l'intelligence et les sens peuvent avoir été obscurcis par la maladie ou par les approches de la mort. Aussi n'est-il pas toujours possible de se prononcer d'une manière nette et absolue sur le degré d'impuissance mentale de ces malades. Il est nécessaire cependant que l'expert ne formule que des conclusions rigoureusement scientifiques et qu'il ne se hasarde pas à émettre des appréciations arbitraires basées sur des impressions où la science n'a rien à voir. Plutôt que d'apporter à la justice des affirmations téméraires il doit s'abstenir de conclure et se borner à exposer les raisons qui lui paraissent de nature à entretenir l'incertitude et le doute.”

---

International Clinics : a Quaterly of Clinical Lectures on Medicine, Neurology, Surgery, Gynecology, Obstetrics, Ophthalmology, Laryngology, Pharyngology, Rhinology, Otology and Dermatology and specially prepared articles on treatment and drugs—by professors and lecturers in the leading Medical Colleges of the United-States, Germany, Austria, France, Great Britain and Canada, edited by Judson Daland, M. D., (Unio-of-Penn.), Philadelphia.—Vol. I.—Ninth series, 1899—in-octavo, p. 302.—J.-B. Lippincott Company, Philadelphia.

## PHLEGMATIA ALBA DOLENS.

Par Elphège A. René de COTRET, M. D., médecin de la Maternité  
Professeur adjoint d'Obstétrique.

(Suite et fin.)

### DIAGNOSTIC.

Il faut redouter la phlegmatia chez l'accouchée qui présente, les premiers jours des couches, de l'élévation de température, si légère soit-elle. Le diagnostic se confirme quand, vers le douzième, le quinzième, le vingtième ou même plus tard, cette malade a de la fièvre, un léger frisson, une douleur vive dans la fosse iliaque ou au niveau du mollet.

Il ne faut pas confondre avec l'œdème et la douleur de la phlegmatia, l'œdème malléolaire assez accusé et les douleurs des membres inférieurs qu'ont les femmes pendant les premiers jours qui suivent le lever, quand elles ne sortent du lit qu'au vingtième jour des couches. Dans ce dernier cas il n'y a pas de fièvre.

On ne peut confondre l'œdème de la phlagmatia avec l'œdème d'origine cardiaque ou brightique qui est mou, non douloureux et généralement bilatéral.

Les œdèmes des cachectiques sont mous, bilatéraux, symétriques, sont surtout marqués après une marche, une fatigue et disparaissent souvent par le repos horizontal.

D'ailleurs, le début de la phlegmatia s'annonce par une douleur localisée sur le trajet d'une veine. crurale, saphène, axillaire, puis vient l'œdème.

Il ne faut pas oublier la forme pulmonaire, et s'en laisser imposer par les symptômes éclatants.

Signalons enfin, avec Ribemont-Dessaignes, le diagnostic différentiel de la phlegmatia avec les douleurs irradiées à la partie supérieure des cuisses qui accompagnent le retour de l'utérus dans la cavité pelvienne.

### PRONOSTIC.

Depuis l'ère antiseptique le pronostic de la phlegmatia est beaucoup moins grave.

On doit surtout redouter la mort par embolie ; embolie qui tue la femme en quelques secondes : embolie qui donne la mort par asphyxie lente ; embolie qui peut survenir au début de la maladie, au milieu de la convalescence ou alors que tout danger semble écarté.

La phlegmatia alba dolens peut laisser des complications ou des infirmités : l'œdème chronique, les troubles circulatoires, des névralgies, des raideurs articulaires, l'atrophie des muscles du membre atteint, des varices, des pieds-bots phlébitiques.

Une première atteinte de phlegmatia prédispose à des récives aux accouchements subséquents, en établissant un "*locus minoris resistentiæ*." Cependant une antiseptie obstétricale mieux comprise et mieux faite pourra prévenir cette complication.

#### TRAITEMENT.

Nous avons dit et répété que la phlegmatia alba dolens est une maladie infectieuse et nous ajoutons que cette théorie, basée sur les recherches anatomo-pathologiques, étant admise, il est du devoir du praticien de la combattre principalement par un traitement prophylactique. En effet, la prophylaxie est l'arme la plus puissante pour enrayer complètement de la pratique obstétricale cette maladie autrefois longue, souffrante, mortelle.

La prophylaxie de la phlegmatia alba dolens, c'est un accouchement moderne, c'est-à-dire un accouchement aseptique et antiseptique. La prophylaxie de la phlegmatia : ce sont des mains antiseptiquement propres qui pratiquent le toucher chez la parturiente ; c'est un périnée, une vulve, un vagin désinfectés avant, pendant et après le travail ; c'est une déchirure du périnée ou du vagin suturée après la délivrance.

La prophylaxie de la phlegmatia, c'est une délivrance aseptique et complète ; ce sont les injections vaginales (au besoin intra-utérines) bien faites pendant le post-partum. La prophylaxie de la phlegmatia, ce sont des suites de couches antiseptiques. En trois mots, la prophylaxie de la phlegmatia alba dolens, c'est un médecin consciencieux et désintéressé, c'est une garde-malade dévouée et intelligente, c'est enfin une patiente propre et soumise.

Les femmes qui ont des accouchements laborieux ; qui ont subi des manœuvres obstétricales pénibles, qui ont des déchirures plus ou moins grandes du vagin ; qui ont souffert des pertes abondantes au moment de l'accouchement ; qui sont prédisposées à la phlegmatia par une diathèse quelconque ; qui ont un peu d'élévation de

température les premiers jours des suites de couches ; ces femmes, dis-je, devront séjourner au lit beaucoup plus longtemps. Tous les accoucheurs français s'accordent à dire que ces femmes ne devraient jamais se lever avant le vingtième jour.

Une fois établie, la phlegmatia alba dolens ne reconnaît pas de traitement direct capable de la combattre, et d'arrêter ses progrès. Tout ce que nous pouvons contre elle c'est " d'éviter, dans la mesure du possible, les redoutables complications de cette maladie, favoriser sa résolution et réduire au minimum les infirmités qu'elle peut laisser à sa suite." (Pinard).

Le traitement symptomatique est *local et général*.

Le traitement local renferme deux prescriptions faciles à retenir et à comprendre : immobiliser le membre atteint, calmer la douleur.

Il faut immobiliser le membre atteint pour éviter toute fragmentation du caillot qui, transformé en embolie, donnerait rapidement la mort. Il ne suffit pas de prescrire l'immobilisation du membre malade, il faut que la patiente soit soumise, dès les premiers phénomènes de la phlegmatia, *au repos le plus absolu*. Voici comment Pinard entend ce *repos absolu* : " Il faut que la malade reste dans le décubitus dorsal, avec défense absolue de s'asseoir ou de se retourner dans son lit, de s'arc-bouter pour recevoir le bassin, de chercher à prendre quoique ce soit sur sa table de nuit." Le repos absolu devra être observé jusqu'à la période de régression, et le repos au lit *jusqu'à ce qu'un mois se soit écoulé, depuis la dernière élévation de température*.

Pour immobiliser le membre, d'après Pinard, on le place "*en bonne attitude, en extension*," dans une gouttière en fil de fer bien garnie d'ouate, ou sur un sac en balle d'avoine qui a l'avantage de se mouler sur les parties malades. Il faut arranger la gouttière ou le sac de manière à ne pas produire d'escarre au talon. Sur la couche d'ouate ou sur le sac, on dispose un large taffetas ciré. On recouvre le membre jusqu'au pli de l'aîne avec des compresses de tarlatane imbriquées, trempées dans une solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque (250 à 300 grammes de sel par litre). Quand les compresses sont mises en place, on les arrose de nouveau avec la solution saturée, et l'on ferme l'appareil en faisant croiser les deux bords du large taffetas ciré. La gouttière est disposée sur un plan incliné, le pied élevé de 30 à 40 centimètres.

" L'action du chlorhydrate d'ammoniaque, qui imbibe les compresses, est résolutive ; elle amène, en outre, par humidité, une certaine macération des téguments, en même temps que son action



faiblement irritante excite la circulation périphérique. Il faut avoir soin d'imbiber les compresses trois ou quatre fois par jour; et, au moins une fois par jour, on doit, en ouvrant les compresses, examiner l'état des téguments."

Au bout de trois à huit jours il se produit, surtout sur les parties déclives, une éruption plus ou moins discrète à pustules plus ou moins volumineuses. A l'apparition de l'éruption on cesse l'emploi de la solution d'ammoniaque, on enlève les compresses qu'on remplace par un linge sec, après avoir saupoudré le membre de poudre de riz ou d'amidon.

Pinard prétend que "dans les heures qui suivent l'application de cet appareil, la femme éprouve un mieux sensible; son membre malade se trouve soutenu, protégé, et la circulation s'y trouve facilitée par une compression douce; la fraîcheur des compresses imbibées procure aussi un soulagement;" et, lorsqu'on a enlevé les compresses, après formation de l'éruption, celle-ci "cesse rapidement; les pustules se séchent, se recouvrent d'une petite croûte, qui tombe peu de jours après. Les phénomènes locaux sont considérablement amendés, la malade est en voie de guérison."

"Malgré l'excellence de cet agent (le chlorhydrate d'ammoniaque), il m'a semblé, dit Albert Robin, qu'il était utile de substituer, dans certains cas particuliers, à la solution ammoniacale un liquide également résolutif, mais moins irritant, l'eau blanche officinale. Je fais allusion à ces cas où le membre œdématié est extrêmement distendu, où la phlébite s'accompagne d'un certain degré de lymphangite, où la peau est rouge et luisante, et où la moindre irritation cutanée doit être évitée avec soin."

On peut se contenter, comme pansement, d'appliquer sur tout le membre du laudanum et de recouvrir avec de l'ouate.

Voici ma pratique tant à la Maternité qu'en clientèle privée: repos absolu dans la position horizontale; le membre malade est placé sur un coussin (le pied plus élevé). Je fais appliquer sur ce membre le liniment suivant

R. Liqueur ammoniacale.....	1½	once
Extrait fluide de belladone.....	½	—
Huile d'olive.....	1½	—

Une flanelle enduite du même liniment enveloppe le membre, et deux fois par jour la flanelle est humectée avec le même médicament.

L'état général réclame certaines attentions. Dans quelques cas il faut avoir recours aux antipyrétiques, tels que la quinine, etc. Il faut soutenir les forces de la malade par les toniques (le fer, l'extrait de quinquina) et une diète aussi généreuse que son estomac peut supporter.

Un point essentiel : ne pas oublier l'antiseptie.

Si, malgré le traitement local, la douleur est vive, il faut avoir recours aux injections hypodermiques de morphine.

La question la plus importante durant la convalescence est le lever de l'accouchée. Quand permettra-t-on à celle-ci de retirer son membre malade de la gouttière ? Quand lui donnera-t-on *l'exeat* de son lit ?

Madame Liehrmann veut qu'on " conserve le membre dans la gouttière et qu'on l'immobilise complètement jusqu'à ce que l'œdème soit complètement disparu." Trop rigoureuse cette règle, et partant souvent inutile. " Deux écueils sont à éviter, disent Ribemont-Desaignes et Lepage : (1) l'un consiste dans le lever prématuré, avant que le ou les caillots soient résorbés ; ..... " L'autre écueil consiste en effet, par crainte de la terrible embolie, à maintenir la femme au lit pendant des semaines et des mois."

Dans le premier cas, en effet, les mouvements peuvent produire une embolie mortelle ; dans le second, le séjour trop long au lit et l'immobilisation trop prolongée amènent des raideurs articulaires, des troubles trophiques, des ankyloses. " Lorsqu'un mois se sera écoulé depuis la dernière élévation de température, on pourra permettre à l'accouchée de s'asseoir dans son lit, puis de se lever, et l'on pourra avec avantage recourir au massage." (Pinard et Wallick).

Chapentier recommande une extrême prudence pour faire passer l'accouchée de la position horizontale à la position verticale ; il faut agir par gradations successives : position demi-assise dans le lit, position assise, chaise longue, fauteuil, et en dernier lieu, station verticale, et marche.

" Il arrive souvent que, deux mois après l'invasion d'une phlegmatia, dit Albert Robin, le membre atteint reste tuméfié, les tissus épaissis et peu mobiles, les articulations du genou, du pied, voire même de la hanche, enraidies et comme ankylosées. Un certain degré de lipomatose envahit la jambe, masque l'atrophie des muscles sous-jacents, quelques douleurs persistent le long des nerfs enflammés. Le médecin se laisse tromper par ces symptômes, croit à la persistance des phénomènes inflammatoires, et hanté par l'idée

de l'embolie, il maintient sévèrement la malade dans son lit, dans une immobilité absolue. C'est là qu'est le danger : les jointures s'enkyloisent de plus en plus, l'atrophie progresse, les déformations en pied-bot peuvent se produire, et si l'on n'y prend garde, on expose les sujets atteints à une infirmité pénible, on retarde pendant de longs mois la guérison définitive qui ne s'obtient qu'après un usage prolongé de béquilles et de bâtons, à force de pansements compressifs, de balnéation et même d'électrothérapie.

“ Le rôle délicat du médecin consistera à se rendre un compte exact de l'état du membre malade, à prescrire *en temps utile et opportun*, les manipulations nécessaires.”

Berne recommande une extrême prudence dans l'emploi de la massothérapie, et conseille de n'y avoir recours que longtemps après l'apparition d'une phlébite, lorsque la maladie ne se traduit plus que par la dilatation des vaisseaux veineux collatéraux, au moment où le caillot s'est transformé en cordon fibreux.

Censier, de Bagnoles, admet que le massage s'applique de préférence aux suites de la phlébite qu'à la phlébite elle-même, aux infiltrations œdémateuses, à la dégénérescence secondaire des tissus, aux troubles trophiques.

Anders Wirde, directeur de l'Institut orthopédique de Stockholm, a recours au massage dans ces mêmes circonstances. Il a recours à l'*effleurage* qui se pratique avec la face palmaire de la main ou la pulpe des doigts. “ La main tenue à plat est promeuée avec un mouvement rapide de va-et-vient accompagné d'une légère pression dans un seul sens.”

Wirde recommande les *mouvements passifs* qu'on fera, doucement, sans brutalité, pour rendre leur souplesse aux articulations enraidies. Après chaque séance, il applique autour du membre une bande élastique un peu serrée, dont il continue l'usage pendant quelque temps après la guérison.

Madame Liehrmann conseille le massage “ quand l'œdème tarde à disparaître, quand il a pris des allures de chronicité.” D'après Pinard et Wallick “ *le massage sera tardif*, c'est-à-dire alors que l'on ne courra plus de chances de mobiliser le caillot de la veine malade; il devra être pratiqué avec des précautions particulières. Il consistera d'abord en une simple mobilisation des articulations, devenues raides à la suite de la longue immobilisation à laquelle elles ont été soumises. Ces mouvements provoqués seront progressivement augmentés chaque jour; puis, on viendra au massage régulier, pra-

tiqué de bas en haut, en évitant toute pression sur le trajet des veines, en particulier à la partie interne de la jambe et de la cuisse, ainsi qu'à la partie postérieure du genou."

La femme qui a eu une phlegmatia alba dolens devra porter un bas ou un caleçon élastique remontant jusqu'à la racine de la cuisse pour prévenir les œdèmes consécutifs.

Si la phlegmatia s'accompagne de suppurations périphlébitiques, il faut ouvrir comme des abcès ordinaires.

"L'intervention thérapeutique, dit Albert Robin, peut conjurer les accidents graves de la phlegmatia, lorsqu'elle se fait à temps, c'est-à-dire lorsque l'attention du médecin est appelée sur la probabilité d'une phlébite par les symptômes que l'on connaît.

"Mais le danger est autrement sérieux lorsque la coagulation intra-veineuse se fait sourdement, insidieusement, sans provoquer ni œdème, ni douleur, en un mot, lorsqu'elle est latente. L'accoucheur alors ne se défie de rien, laisse l'accouchée se soulever dans son lit, remuer les jambes, et on connaît aujourd'hui plus d'un triste exemple d'une terminaison fatale, soudaine, au milieu de la quiétude générale, véritable coup de foudre dans un ciel calme et sans nuages.

"Comment éviter l'embolie alors que rien ne semblait annoncer cette terrible éventualité? Peut-être en interrogeant la femme accouchée sur le moindre signe, en prenant ombrage de la plus petite élévation de température, du plus léger frissonnement et en prescrivant l'immobilité absolue. Mais encore est-il des cas qui défient la sollicitude la plus vigilante."

Dans les cas de phlegmatia à début pulmonaire, avec point de côté, matité, râles fins sous-crépitaux ou même crépitaux et crachats hémoptoïques, le médecin ne s'en laissera pas imposer par ces symptômes qui simulent un commencement de pleurésie ou de pneumonie et il devra penser à la phlegmatia et instituer le traitement de cette dernière affection.

#### *Traitement des complications.*

##### *1° Embolie :*

Lorsqu'un embolus un peu volumineux se détache et pénètre à travers la veine cave dans l'oreillette, le ventricule droit et l'artère pulmonaire, il détermine fréquemment la mort subite par syncope. Toute intervention est inutile.

Si l'embolie ne tue pas d'une manière foudrante, la malade peut vivre quelques heures ou quelques jours.

Le traitement consiste dans ce dernier cas à pratiquer une *révulsion* énergique au moyen de la flagellation, des frictions vinaigrées, de sinapisations, respiration artificielle, *tractions rythmées* de la langue.

Éder a injecté hypodermiquement avec avantage toutes les cinq minutes jusqu'à relèvement du pouls, un centimètre de la solution camphrée suivante :

R. Huile d'olive stérilisée.....	10 grammes
Camphre.....	1 —

Dans la *forme asphyxique* prolongée, on administrera les stimulants généraux sous forme de *vin, d'acétate d'ammoniaque*, on ordonnera les *sinapisations, les ventouses sèches* et même *scarifiées*, et même en face d'une asphyxie imminente, une large *saignée*.

### 2° *Infarctus hémoptoïque* :

Quand l'embolie est de petites dimensions, qu'elle pénètre dans les branches de l'artère pulmonaire et qu'elle amène la production d'un noyau plus ou moins considérable d'infarctus, il en résulte une anxiété respiratoire qui cède à une injection faible de morphine.

Contre l'hémoptysie on emploie les *révulsifs*, les *ventouses* appliquées largement sur les parois thoraciques et les membres inférieurs, l'ingestion de morceaux de *glace*.

Le cœur faiblit fréquemment et sera stimulé par les *injections de caféine, d'éther, d'huile camphrée*.

Dans les embolies à forme récidivante, Isch-Wall a pratiqué avec succès la *résection des conduits veineux*, où aboutissent les veines thrombosées.

### 3° *Complications nerveuses* :

Contre les troubles nerveux, impotence fonctionnelle, faiblesse, ou paralysie du membre on a recours au massage, à l'électrisation et à la balnéation.

### 4° *Troubles trophiques* :

Il est utile d'appeler l'attention sur un trouble trophique parfois précoce signalé par Verneuil, et rapporté à l'Académie des Sciences (31 mai 1890) sous le nom de *pieds-bots phlébitiques*.

Cette déformation est souvent tenace et rébelle au traitement. On aura soin chez tous les phlébitiques, par mesure prophylactique, de maintenir le pied dans une bonne position à angle droit. Lorsque l'attitude vicieuse se sera produite, on la corrigera, aussitôt que la mobilisation du membre sera sans danger, par un *redressement méthodique*, en assurant journellement le libre jeu des articulations, en

*massant* les groupes des extenseurs de la jambe et des fléchisseurs, en relevant la pointe du pied par une *traction élastique* continue et au besoin en *faradisant* les muscles antagonistes. Kirmisson a appliqué avantageusement la *ténotomie* dans un cas.

Contre le trouble trophique tardif qui consiste en un œdème persistant, qu'on a décrit sous le nom d'épaississement "en peau d'orange" on emploie la compression élastique et le massage.

"*La sérothérapie*, dit Robin, pourra être tentée, soit sous forme d'injections sous-cutanées, soit sous forme de lavements.

"Il ne faudrait pas trop s'illusionner cependant sur l'efficacité de ce mode thérapeutique. Il est possible qu'en activant le pouvoir phagocytaire de l'organisme, il le mette à même de triompher de l'infection à son origine; mais la lésion une fois bien constituée et la thrombose veineuse produite, il est à craindre que la thérapeutique reste encore longtemps impuissante à activer réellement la résorption du caillot."

De leur côté, Pinard et Wallich s'expriment ainsi: "Il est peut-être permis d'espérer que la sérothérapie, arrêtant la pullulation microbienne, dès les premières heures de l'infection, empêchera cette propagation au niveau de l'endo-veine et la production du caillot, qui ont, comme conséquence, la phlegmatia alba dolens, qui ne serait plus compté alors parmi les accidents puerpéraux."

#### *Conclusions.*

1° La phlegmatia alba dolens est un accident puerpéral atténué de nature infectieuse.

2° L'éclosion de l'œdème est toujours précédée de fièvre, parfois très légère et ne durant que quelques jours.

3° La phlegmatia alba dolens n'est que le second temps de la maladie, sa manifestation locale.

4° La cause de la phlegmatia est l'inflammation de la veine par dépôt sur son endothélium du streptococcus pyogènes charrié par le sang. Le caillot se forme consécutivement à cette inflammation de la paroi.

5° La phlegmatia alba dolens se manifeste le plus souvent au membre inférieur gauche, rarement à droite d'emblée; quelquefois aux deux membres successivement, et exceptionnellement aux membres supérieurs.

6° L'anatomie pathologique et la microbiologie, d'accord avec les enseignements cliniques, démontrent qu'entre la phlegmatia alba

dolens la plus légère et la phlébite suppurée la plus grave, il n'y a que des différences de degré : la lésion est la même, et la cause est identique.

7° Comme traitement préventif, l'antisepsie rigoureuse ; injection intra-utérine dans les cas de réceptivité toute particulière à l'infection.

8° Traitement symptomatique et repos absolu.

### Bibliographie.

*Contribution à l'étude de la phlegmatia alba dolens*, par le Dr H. de Brun.

*De la nature infectieuse des phlébites*, par Jérôme Le Branchu.

*Phlegmatia alba dolens puerpérale*, par Mlle Thérèse Rosenthal.

*Etude sur l'infection puerpérale, etc.*, par le Dr Fernand Widal.

*Phlegmatia alba dolens puerpérale*, par Madame Liehrmann.

Cornil et Babès, *Bactéries dans les maladies infectieuses*.

*Traité de Chirurgie*, par MM. Simon Duplay et Paul Reclus.

*La Semaine Médicale*.

*Traitement de l'infection puerpérale*, par A. Pinard et V. Wallich.

A. Ribemont-Dessaignes et G. Lepage, *Précis d'obstétrique*.

*Traité pratique des accouchements*, A. Charpentier.

*Cours d'accouchements*, N. Charles.

*Les différents traités d'accouchements classiques*.

Laveran et Tessier.—*Nouveaux éléments de pathologie médicale*.

*Traité de thérapeutique appliquée*, Albert Robin—fascicule XI.

*Anatomie pathologique*, Maurice Letulle.

*Traité de Médecine*, Charcot, Bouchard, Brissaud.

.326, Lagachetière.

---

### NOMINATIONS A LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

---

M. le Dr Rottot, doyen de la Faculté de Médecine à l'Université Laval de Montréal, ayant manifesté le désir, après une carrière d'enseignement longue et bien remplie, de prendre un peu de repos, la Faculté a autorisé M. le Dr L. A. Demers, professeur de pathologie interne, à donner les cliniques médicales à l'Hôpital Notre-Dame en remplacement de M. le Dr Rottot. Le Dr E. P. Benoit, rédacteur de *L'Union Médicale du Canada*, sera pendant ce temps chargé du cours de pathologie.

## COMITÉ D'ÉTUDES MÉDICALES.

Séance du 23 Mars 1899.

*Présidence de M. Poitras.**Présentation de pièces pathologiques.*

## CYSTITE ET PYÉLO-NÉPHRITE.

M. DUBÉ présente les organes urinaires d'un homme mort à l'Hôtel-Dieu, et qu'on avait opéré trois jours auparavant pour une pierre dans la vessie. Les parois vésicales sont très épaissies et très inflammées; les uretères sont dilatés; il y a du pus dans les reins. L'infection s'était généralisée, car il y des abcès dans le poumon, et l'on constate, sur le bord des valvules, des traces toutes fraîches et très caractéristiques d'endocardite végétante. Il n'y a pas d'observation écrite du malade.

M. DEMERS.—Cette observation offrirait beaucoup plus d'intérêt si elle était complète. Il est difficile de dire quelle a été dans ce cas la cause de l'infection vésicale et rénale, vu l'absence de l'observation antérieure du malade. Il est malheureux qu'on n'ait pas songé à la faire faire. Les chefs de service dans les hôpitaux devraient toujours faire écrire l'observation détaillée de chacun de leurs malades.

## OBSTRUCTION INTESTINALE PAR CALCUL BILIAIRE.

MM. DUBÉ et RAPHAEL TRUDEAU.

Il y a quinze jours environ, mon ami le Dr Trudeau m'appela en consultation auprès d'une vieille malade. "Je crois à une obstruction intestinale, me dit-il, et je voudrais que tu m'aides, si tu es de mon avis, à décider la malade et son entourage à une intervention chirurgicale."

Cette femme, âgée de 59 ans, présentait des vomissements survenus dans le cours de l'avant-midi, et rapidement devenus fécaloïdes. C'était un lundi et les accidents remontaient au samedi précédent vers les 2 heures de l'après-midi. A la suite d'un gros repas consistant en partie de charcuterie, soucisse, etc., elle eut de fortes douleurs dans la région de l'estomac avec un malaise très prononcé. Le Dr Trudeau, appelé auprès de la malade, lui prescrivit une dose d'eau-de-vie allemande qu'elle renvoya aussitôt. Dès ce moment la malade continua à vomir tout ce qu'on lui fit prendre, eau de Vichy, etc. Le lendemain, le Dr Trudeau ordonna un lavement qui débaya un peu le rectum mais ce fut tout, la malade continua à vomir un liquide



bilieux. Mon ami songea alors à de l'obstruction intestinale et tenta sans succès une grande irrigation de l'intestin. Le lendemain, je vis la patiente et après avoir fait une nouvelle irrigation de l'intestin nous avons pu faire consentir la malade et ses proches à une intervention chirurgicale.

Lorsque je vis cette femme, elle ne présentait pas de fièvre, son pouls était assez lent et très bon. Il n'y avait pas encore de tympanisme marquée et le palper abdominal ne déterminait que très peu de douleurs. Seuls les vomissements fécales nous faisaient craindre pour l'état de la malade. En cherchant quelle pouvait être la cause de cette obstruction intestinale survenue aussi brusquement, le Dr Trudeau songea à une obstruction par calcul biliaire et l'opération lui donna raison.

Deux ou trois mois avant, cette personne avait été soignée par mon ami, pour une attaque très forte de coliques hépatiques—douleurs brusques et très intenses dans l'hypochondre droit avec frissons et suivies d'un léger ictère. A la suite de quelques injections de morphine tout était rentré dans l'ordre. C'est en se rappelant ce fait encore assez récent, que le Dr Trudeau avait songé à une obstruction intestinale par calcul biliaire.

Nous laissons aux deux chirurgiens, Messieurs les docteurs Marrien et Merrill, le soin de décrire les détails de l'opération, nous nous contenterons de dire qu'à l'ouverture du ventre, les intestins furent trouvés dilatés dans la partie supérieure, d'une couleur rouge sombre, et par place la paroi intestinale était recouverte de fausses membranes. L'exploration de l'intestin avec la main permit bientôt aux chirurgiens de découvrir le corps d'obstruction, qui n'était autre chose que le calcul biliaire que voici. Les chirurgiens tentèrent de le refouler, par une pression douce vers le gros intestin, mais ce fut en vain; arrivé vers la partie moyenne de l'iléon, le calcul était trop gros pour le calibre de l'intestin et n'avança plus, même en usant d'une pression assez forte. Les chirurgiens décidèrent alors de fendre le tube intestinal et d'en extirper le calcul; ce calcul de forme pyramidal pesait 15 grammes. L'exploration de la vésicule biliaire permit d'y constater la présence d'un autre calcul énorme qu'il avait été impossible d'enlever même en prolongeant l'incision beaucoup plus haut.

La malade, qui avait bien supporté le chloroforme, fut portée dans son lit avec un pouls encore très bon et une circulation périphérique excellente. Le reste de la journée se passa assez bien, mais la nuit fut mauvaise. Le lendemain la malade eut une selle abondante, mais déjà le cœur faiblissait et le pouls était devenu imperceptible à la radiale. Elle mourut vers les trois heures de l'après-midi. L'autopsie ne nous fut pas accordée. Dès l'ouverture du ventre lors de l'opération la vue seule de la péritonite presque généralisée nous annonçait déjà que la fin ne tarderait pas de venir. Aussi sa mort ne fut pas une surprise pour nous.

Nous ne parlerons pas des théories modernes pour expliquer la formation des calculs biliaires, nous voulons seulement ajouter quelques mots sur le mode de production de cette obstruction intestinale

par calcul biliaire. Ce genre d'obstruction intestinale n'est pas des plus fréquents et Galliard, dans le traité de Médecine et Thérapeutique, n'en a relevé que 225 observations connues. C'est chez la femme que cette affection survient le plus souvent. En effet, Kirrison et Rochard, qui en ont relevé plusieurs observations, attribuent 70 cas au sexe féminin et 25 seulement au masculin. Sur 127 cas de Nannyn, 93 appartiennent à la femme et 34 à l'homme. C'est de 51 à 60 ans que cet accident survient le plus souvent. Un individu peut présenter tout à coup de l'obstruction intestinale par calcul biliaire sans avoir jamais souffert auparavant de lithiase. Les calculs trouvés par les auteurs varient beaucoup dans leur grosseur et leur poids.

Bourdon et Gros ont rencontré le plus gros calcul cité : sa longueur était de 7,5 c. m. et son poids de 62 grammes. Puis viennent les calculs de Buil, de Bircher, dont le poids dépassait 50 grammes et la longueur 7 centimètres. Ces dimensions sont exceptionnelles, et il est rare qu'ils atteignent le volume de l'œuf de poule. D'après Nannyn un calcul qui mesure trois centimètres de largeur court de grandes chances de provoquer l'occlusion intestinale. Cependant, Goldschmidt cite un calcul large de trois centimètres et long de cinq centimètres, qui a pu être expulsé par l'anus sans accident. Blackburne, Barker en citent encore de plus gros qui ont pu de même être expulsés par l'anus.

Ces calculs sont ovoïdes, pyramidaux ou coniques. Comment ces calculs énormes passent-ils de la vésicule biliaire dans l'intestin ? Tous les auteurs sont d'accord pour dire qu'il n'y a que des concrétions grosses comme des noisettes ou des muscades, rarement davantage, qui peuvent cheminer dans le canal cystique et cholédoque. Il faut donc que ces masses se créent une voie artificielle, c'est-à-dire une fistule qui fasse communiquer la vésicule avec l'intestin. On comprend alors que cette fistule, qui peut avoir un orifice ayant les dimensions d'une pièce de cinq francs, fera communiquer la vésicule avec le duodenum ou avec le colon, suivant que l'une ou l'autre de ces portions intestinales sera en contact intime avec la vésicule. Les fistules cholécystoduodénales sont fréquentes ; les fistules cholécystocoliques sont rares. Lorsque le calcul est tombé dans l'intestin il peut : ou parcourir de suite l'intestin sans encombres, ou produire de l'obstruction, ou séjourner dans l'intestin pendant des mois, même pendant des années et accroître en grosseur.

Dans le cas de fistule cholécystocolique, malheureusement la moins fréquente, le calcul, quel que soit son volume, est expulsé par l'anus le plus souvent. Cependant Bourdon et Gros, Babinski ont rapporté des cas où le calcul arrêté dans l'S iliaque avait causé de l'obstruction.

Dans le cas de fistule cholécystodnodénale le calcul a un parcours beaucoup plus long à faire. L'intestin grêle est, comparé au colon, plus petit et présente beaucoup plus d'obstacles, tels qu'un replis valvulaire, une ulcération, de fausses membranes irritatives, ou enfin la valvule iléo-cœcale elle-même. Il n'y a pas que les gros calculs qui peuvent provoquer des accidents. Des calculs dont

le volume avait permis le passage à travers les canaux cystique et chlédoque, ont été la cause de laparatomie pour obstruction intestinale. C'est ordinairement dans la dernière portion de l'Iléon que se fait l'obstruction de l'intestin par le calcul biliaire. C'est dans cette portion de l'intestin grêle que siégeait le calcul dans l'observation que nous rapportons ci-dessus.

En outre des obstacles, tels que replis valvulaire, etc., les auteurs pensent que l'on peut invoquer un spasme de l'intestin. Thiriar rapporte un cas où la laparatomie permit de voir un calcul, de la grosseur d'un petit œuf, enclavé dans l'intestin qui était hermétiquement contracté dessus.

Ce spasme de l'intestin est purement réflexe, comme le prouvent les cas où le spasme se fait dans une portion éloignée du calcul. Quels sont les symptômes présentés par les malades au cours de l'obstruction intestinale par calcul ?

“ Le début est rarement brusque. On n'observe d'abord que de la constipation avec un certain degré de malaise, avec des coliques sourdes ; les malades ne songent même pas à s'aliter. La malade de Campenon souffrit pendant huit jours sans renoncer à son travail ; celle de Létienne avait déjà depuis une semaine des accidents d'obstruction lorsqu'elle arriva seule, à pied, à l'hôpital ; le patient d'Anderson et Smith avait été à son bureau trois jours avant de subir l'entérotomie.” (Galliard, dans *Traité de Méd. et Thérap.*)

Chez notre malade, comme nous l'avons déjà dit, le début a été brusque, avec grande constipation et beaucoup de malaise.

“ A la période d'état les douleurs spontanées manquent rarement d'une façon complète. On les localise au creux épigastrique, à l'ombilic, aux fosses iliaques, leur siège ne peut fournir que de vagues indications sur la situation de l'obstacle. Elles ont été notées à gauche dans le cas où l'obstruction avoisinait le cœcum. Elles sont intermittentes ou continues. Provoquées par la palpation, elles constituent de bons éléments de diagnostic.” (Galliard).

Notre malade se plaignait de grandes douleurs spontanées au voisinage de l'estomac. Le palper était nullement douloureux. A quel moment surviennent les vomissements fécaloïdes ? Les auteurs sont partagés là-dessus. Ils surviennent tard pour Dragon, Naunyn croit qu'ils viennent très vite après les vomissements bilieux. Brunner les a notés dès le second jour chez une malade. Korte, chez une femme de 71 ans ayant eu une indigestion, constata des vomissements fécaloïdes trois heures plus tard. Dans notre cas les vomissements fécaloïdes ne surviennent que deux jours après le début des accidents. Le tympanisme n'est pas toujours très marqué. Chez notre malade le ventre était nullement ballonné. Quant à la tumeur formée par le calcul obstruteur elle manque généralement. Dans quelques cas cités par Albutt, Terrillon, Brouardel et Martin, la tumeur avait un volume assez considérable. Nous n'avons rien senti chez notre patiente après un palper abdominal assez minutieux.

D'après Kirmisson et Rochard la durée moyenne des cas favorables serait de huit jours, celle des cas mortels de dix jours. Naunyn indique les chiffres six à dix jours comme durée moyenne. Dans les

cas publiés la durée a varié entre un minimum de 30 heures et un maximum de 28 jours.

Dans les cas prolongés il y a évidemment des rémissions suivies de rechutes.

Une des complications les plus à craindre est la péritonite. Elle peut précéder l'obstruction et former alors des foyers péritonitiques enkystés au voisinage de la vésicule perforée (cas de Campenon, Naunyn). Elle peut encore survenir sans perforations intestinales (Cas de Morgrave, Naunyn). Chez notre malade la péritonite, qui avait envahi une bonne partie de la cavité abdominale, n'était pas accompagnée de perforation intestinale.

L'ensemble des symptômes que nous venons de décrire en nous aidant de l'excellent travail de Galliard démontrent assurément les difficultés du diagnostic. L'étude minutieuse des antécédents peuvent être d'un grand secours, et c'est grâce à eux que le Dr Trudeau a pu faire son diagnostic avec une certitude que démontra l'opération. Dans la majorité des cas il n'y a pas d'ictère et cela s'explique par la perméabilité du cholédoque. Dans quelques cas, comme dans le nôtre par exemple, on découvre que les malades ont éprouvé quelques semaines ou quelques mois avant le début des accidents d'occlusion intestinale des douleurs vives, accompagnées de ballonnement du ventre et de vomissements. Pour être bien certain qu'il n'existe pas de tumeur, il est indispensable de chloroformiser le malade. "En cas de doute la laparatomie exploratrice s'impose. Elle a souvent été pratiquée trop tard, jamais trop tôt." (Galliard).

Cette affection comporte un pronostic toujours grave. "Wisung admet une mortalité de 74 0/0, Gonzalès de 59 0/0, Dufourt de 56 0/0, Kirmisson et Bochard ont relevé 71 décès sur 105 cas. Schüller, en éliminant les cas où la chirurgie est intervenue, a retenu 32 faits cliniques avec 46 décès : mortalité 56 0/0." (Galliard).

En présence d'un cas où on est en droit de soupçonner une obstruction intestinale il faut s'abstenir des purgatifs. Il faut user de morphine, opium et belladone. Dans quelques cas les grandes irrigations intestinales ont paru réussir.

C'est le traitement chirurgical qui doit être employé, et cela le plus vite possible après le début. "Kirmisson et Rochard n'ont signalé que cinq guérisons sur 25 opérations, mais je suis en mesure (dit Galliard) d'ajouter à leur relevé dix cas heureux et dix succès : en tout quinze guérisons et trente décès. Le taux de la mortalité s'abaisse donc à 33 0/0. Elle s'abaissera davantage lorsque les médecins auront compris la nécessité de l'intervention hâtive." (Galliard).

Après laparatomie et recherche du calcul il faut considérer : "son volume, sa consistance, sa mobilité, l'état de l'anse qui le contient." S'il est mobile il faut essayer de le refouler dans le gros intestin et éviter ainsi l'entérotomie. S'il est immobile et trop dur pour être brisé à l'intérieur de l'intestin, il faut sans hésiter faire l'entérotomie longitudinale et faire au besoin la résection de l'anse intestinale s'il est compromis.

*Discussion.*

M. MARIEN.—La laparatomie n'a pas été facile à faire. Le ventre était ballonné; les intestins, remplis d'un liquide fécaloïde, cherchaient constamment à sortir. Le calcul, très gros, situé à six pieds du cœcum, et enchatonné dans la lumière de l'intestin, ne pouvait pas être poussé vers le cœcum. Ce calcul, en forme de dé à coudre, a cinq centimètres de longueur. Il fallut pincer l'intestin, l'inciser longitudinalement, extraire le calcul et suturer.

(En réponse à une question de M. Harwood).—Ce calcul est certainement trop gros pour avoir passé par les voies biliaires; il a dû faire son chemin au moyen d'une fistule. Notre opérée était tellement grasse, que nous n'avons pas pu explorer la région hépatique, bien que nous ayons prolongé notre incision abdominale jusqu'aux fausses côtes.

M. DEMERS.—Il est difficile de dire, dans le cas actuel, si l'on a affaire à un calcul biliaire ou à une entérolithe. Cette dernière est assez fréquente chez les arthritiques, surtout ceux qui prennent beaucoup de préparations de magnésie.

M. DUBÉ.—La malade, deux ou trois mois avant son opération, a eu des douleurs abdominales atroces que l'on peut attribuer à des coliques hépatiques. Ensuite la lithiase intestinale siège généralement dans le gros intestin, et non dans l'intestin grêle.

M. MARIEN.—Remarquons aussi que l'intestin n'offrait pas sur la muqueuse les lésions caractéristiques de l'entérite, et qu'il existait de la lithiase biliaire. L'inflammation aiguë de la paroi de l'intestin indiquait bien le cheminement forcé du calcul dans le canal intestinal.

*Lecture d'un travail.*

## LA FIÈVRE TYPHOÏDE (Suite).

M. LESAGE, de la Faculté de Paris.

Lors de ma dernière conférence, j'ai eu l'honneur de vous entretenir sur quelques-unes des complications qui peuvent accompagner ou suivre une attaque de fièvre typhoïde.

Nous avons vu que les artérites passagères se rencontrent assez fréquemment; nous avons signalé la gravité excessive des artérites oblitérantes pour la vie du membre affecté, alors qu'elles se compliquent de phlébites.

Nous nous sommes arrêtés assez longuement au chapitre des complications cardiaques.

Après avoir signalé, comme exceptions rares, l'existence de la péricardite et de l'endocardite, nous avons étudié la myocardite typhoïdique dont la fréquence est très grande; il nous a semblé logique dans un très grand nombre de cas de la considérer comme la cause unique de ces morts subites, inexplicables, foudroyant des convalescents en pleine voie de guérison.

Nous avons parcouru à vol d'oiseau le système nerveux périphé-

rique, seusitif et moteur. Nous y avons relevé des troubles d'innervation passagers dans certains cas, persistants dans quelques exceptions rares heureusement. De la périphérie, nous sommes remonté aux centres; nous y avons observé des troubles particuliers se rapprochant en tout point de ceux que l'on a donnés comme particuliers à la paralysie générale. Passant alors sur un terrain moins connu, nous avons essayé de pénétrer le chapitre encore peu compris des psychoses et spécialement de celles relevant de la fièvre typhoïde. Nous avons tenté un essai pathogénique dans la transmission possible d'une tare héréditaire affectant tel ou tel organe comme lieu d'élection.

A l'appui de cette hypothèse, j'ai eu l'honneur de vous rapporter l'histoire d'un cas qui a semblé intéresser vivement les membres présents. Bref, nous avons terminé le chapitre des complications en développant l'idée que tout médecin devait toujours essayer d'établir, soit par une histoire de famille, soit par une histoire des antécédents personnels du malade, la résistance probable de chaque organe contre les atteintes possibles d'une intoxication, quelle qu'elle soit.....

J'ai l'honneur, ce soir, de traiter la première partie d'un chapitre important et déjà bien étudié, je veux dire le diagnostic.

### *Diagnostic.*

Je laisse de côté, et sciemment, l'histoire de tout signe clinique déjà signalé au chapitre de la symptomatologie comme insuffisant à lui seul pour fixer le médecin sur la nature de la maladie qui nous occupe. La plupart sont des signes tardifs alors qu'il est important d'être instruit au début, et aucun n'est pathognomonique dans l'espèce.

Depuis 1896, le laboratoire, venant en aide à la clinique, a établi sur des bases solides un procédé de diagnostic précoce et certain que tous les médecins doivent connaître et dont les hôpitaux du monde entier, je puis dire, ont déjà fait et font actuellement usage le cas échéant: je veux parler du *séro-diagnostic*.

Cependant, avant d'aborder l'étude de cette déjà vaste question, je désire vous entretenir d'un autre moyen de diagnostic que tout médecin peut appliquer au cas qui le réclame et qui était déjà connu depuis longtemps lorsque le *séro-diagnostic* est apparu: je veux dire l'*uro-diagnostic*.

Après les retentissantes communications de M. Vidal sur la spécificité de la méthode qu'il préconise, il semble futile d'invoquer un élément de plus pour assurer le diagnostic d'une fièvre typhoïde; pourtant, il ne faut pas que les acquisitions modernes de la science fassent oublier les découvertes du passé, alors que ces dernières rendaient aux médecins de ce temps-là des services précieux dont nous pouvons encore bénéficier à l'heure actuelle.

Au milieu des nombreuses difficultés qui journellement arrêtent le clinicien, tous les moyens de connaissance ont leur utilité, à côté du *séro-diagnostic* qui est décisif, l'*uro-diagnostic* doit garder la place

importante qu'il mérite, car il apporte un contingent de preuves dont on aurait tort de se passer dans les cas où la réaction de Widal ne nous renseigne pas. N'oublions pas, en effet, que les conditions de la médecine pratique diffèrent singulièrement de celles de la médecine scientifique qu'on peut faire à l'hôpital; tout médecin n'a pas à sa disposition une culture *pure* de bacille d'Éberth et un microscope; ceci s'adresse surtout aux médecins qui exercent dans les campagnes, où l'uro-diagnostic, préconisé depuis vingt ans par M. Robin, peut s'effectuer avec un matériel élémentaire qui est entre les mains de tout praticien, si mal installé soit-il.

De plus, il faut se rappeler que la réaction de Widal est très souvent tardive et apparaît plutôt à la fin du premier ou au commencement du second septenaire, tandis que l'uro-diagnostic peut être fait dès le début, et même avant l'état fébrile et spécial que vous connaissez..... À ce sujet, je me permettrai de vous rapporter textuellement l'observation d'une malade traitée par M. Robin lui-même, à qui je dois la connaissance de l'uro-diagnostic et chez qui je puise ces nombreux renseignements.

*Observation.*—“...Qu'il vous suffise de savoir que cette femme, âgée de 23 ans, est entrée dans nos salles au cinquième jour d'une maladie fébrile dont la symptomatologie ne rentrait dans aucun cadre classique; la fièvre, l'albuminurie, le facies, l'état vernissé de la gorge, l'augmentation de volume de la rate étaient l'indice d'un état infectieux certain; mais il était fort difficile de savoir si l'on devait incriminer la tuberculose, la grippe, la dothiéntérie ou telle autre infection; l'état intellectuel était parfait; la malade, souriante et gaie; n'avait point l'aspect typhoïde; le ventre souple, indolore, non gargouillant, sans diarrhée, éloignait l'idée d'une affection abdominale; des vomissements porracés incessants rendaient encore moins probable l'hypothèse d'un fièvre typhoïde. C'est alors que l'examen des urines, me décelant avec netteté le syndrome nosologique de la fièvre typhoïde, me permit d'affirmer, contrairement aux apparences, que cette malade était une typhique.

“ Le lendemain, l'interne de service rechercha le séro-diagnostic avec une culture âgée de vingt-deux heures provenant d'un échantillon de bacille d'Éberth dont le pouvoir agglutinant avait été constaté quelques jours auparavant. La réaction fut *négative* constamment. Le diagnostic de dothiéntérie fut néanmoins maintenu et les bains froids commencés immédiatement.

“ Deux jours après apparaissaient les taches rosées, en petit nombre, mais certaines et le séro-diagnostic, refait dans les mêmes conditions que la première fois, donnait un résultat nettement positif (agglutination rapide avec une goutte de sérum pour dix gouttes de culture jeune).

“ L'évolution ultérieure confirma pleinement, sans aucun doute possible, le diagnostic de la fièvre typhoïde, et la malade, baignée de bonne heure, grâce à l'uro-diagnostic, va quitter nos salles complètement guérie..... Il me serait facile, dit M. Robin, de multiplier les exemples; si j'ai insisté sur celui-ci, c'est que l'examen urologique

et l'examen du sérum ayant été faits concurremment, le premier s'est montré bien évidemment plus précoce que le second....."

Voici une observation qui a une valeur réelle, attachée qu'elle est au nom d'un rapporteur tel que M. Robin.

Je me propose donc d'exposer l'uro-diagnostic dans tous ses détails afin que chacun de nous puisse en faire son bénéfice à l'occasion, tant à l'hôpital qu'en ville.

Toutefois je dois ajouter qu'aucun des signes particuliers au syndrome urologique n'a de valeur par lui-même; isolés, ils ne signifient absolument rien; leur *réunion seule* est démonstrative.

Le syndrome urologique de la fièvre typhoïde consiste dans les signes suivants :

1° *Couleur* : L'urine est couleur bouillon de bœuf avec reflets verdâtres et aspect trouble sans teinte urobilinurique. C'est un caractère qu'il est assez facile d'apprécier à la vue et sur lequel je n'insiste pas.

2° La présence de l'*albumine* en quantité modérée, mais *constante*. La recherche en est également facile, il est inutile de vous en rappeler les détails.

3° Le troisième caractère du syndrome urologique consiste dans la *disparition de l'urohématine*. (1) Il est aisé de le savoir en s'aidant du procédé suivant : on met dans un tube à essai 5 c.c. d'urine filtrée et on la fait bouillir, puis, on y ajoute dix gouttes d'acide chlorhydrique pur. A ce moment, si l'urine prend une teinte rose pâle, nous devons conclure à une proportion d'urohématine au-dessous de la normale; le rouge vif indique un état normal, et le rouge vineux annonce une augmentation assez considérable sur le précédent; enfin, si l'urine ne change pas ou change très peu de coloration nous pouvons conclure à l'*absence du chromatogène*. C'est ce dernier caractère que je signale à votre attention et qui a une importance en clinique dothiéntérique.

4° Le caractère suivant est la présence *constante* de l'*indican*, qu'il y ait ou non de la diarrhée ou des symptômes abdominaux.

Nous savons que l'indican n'est pas un pigment, mais un chromatogène, c'est-à-dire un principe aux dépens duquel se développe l'indigose, ou indigotine; il peut se rencontrer en très grande abondance dans les urines les plus pâles sous la forme incolore de sulf-indigofate de potasse. On le retrouve dans tous les processus pathologiques qui entraînent une obstruction de l'intestin grêle. De plus, il est généralement admis aujourd'hui que la source la plus importante de l'indican urinaire réside dans l'indol des matières fécales, lequel passe dans le sang, s'y combine à la potasse avec laquelle il forme un indoxysulfate de potasse qui passe dans les urines.

Il est important, Messieurs, d'en connaître la gènèse, car il a une valeur clinique que l'on néglige trop souvent. En effet, M. Robin dit qu'on le rencontre dans six circonstances différentes.

(1) D'après Harley l'urohématine serait la véritable matière colorante de l'urine. Il attribue à cette substance un rôle considérable dans l'urine et la place au-dessus de l'urée pour renseigner sur l'activité de la vie organique; les résultats sont contestés, mais il importe toutefois de les connaître.



(a) Quand la portion sous-diaphragmatique du tube digestif est intéressée avec *participation du système nerveux ganglionnaire* ;

(b) Quand les déchets organiques sont trop considérables pour la quantité d'oxygène en circulation.

(c) Dans les affections hépatiques chroniques (carcinôme).

(d) Dans les affections médullaires (abcès de toutes sortes).

(e) Enfin, dans certaines circonstances telles que l'ingestion des substances aromatiques.

En résumé, je dirai avec le Dr Pétitpas, qui a fait une thèse remarquable sur l'*indicanurie*, que l'indican est un produit de décomposition des albuminoïdes se rencontrant en plus ou moins grande quantité dans les urines suivant que le foie fléchit ou non dans ses fonctions physiologiques. Comme tel, il mérite d'être pris en très sérieuse considération ; c'est ma seule excuse aux développements que je lui ai consacrés.

Un moyen d'en déceler la présence dans l'urine est celui de Gubler, mais le procédé suivant vaut mieux. On verse dans un tube à essai 5 c.c. d'acide chlorhydrique pur, on y ajoute une vingtaine de gouttes d'urine au plus, puis on chauffe lentement sans faire bouillir et en agitant constamment. La coloration devient bientôt d'un violet très pâle, d'un violet franc, d'un bleu foncé ou noirâtre, suivant la quantité plus ou moins grande qui s'y trouve éliminée. Pour être complet, je dois ajouter que ce procédé est insuffisant dans les cas où les urines contiennent des pigments, lesquels peuvent masquer la réaction v. g. chez un malade qui a suivi un traitement iodo-tannique. Dans ce cas, il sera nécessaire d'ajouter au mélange quelques gouttes de chloroforme ou d'éther et en plus, un cristal d'hyposulfite de soude. L'iode, que le chloroforme a dissout est absorbé, et alors la coloration bleue propre à l'indican apparaît très nettement. (Petitpas).

5° Le cinquième caractère du syndrome urologique est la *persistance ou l'augmentation de l'acide urique*. La présence de l'acide urique peut être décelée par la réaction de Gubler, c'est-à-dire, en traitant les urines dans un verre à pied conique contenant de l'acide azotique. On y voit se superposer très nettement le disque diaphragmatique de l'acide urique, le disque albumineux, etc. Il suffit d'y signaler sa présence, le dosage en est plus difficile et l'urée pourra nous renseigner suffisamment par l'appareil de Regnard.

6° Absence d'*uro-érythrine*.

L'uro-érythrine est un pigment qui colore les dépôts rosacés des urines riches en acide urique. (1) "Lorsqu'elle est abondante, dit M. Robin, point n'est besoin de réactif pour en déceler la pré-

---

(1) D'après les travaux les plus récents, l'uro-érythrine serait un produit secondaire ; la gènesc de ce produit serait la suivante. Suivant Tudichum, un des principaux colorants de l'urine aurait été extrait par lui-même sous le nom d'*urochrome*, lequel aurait la propriété de colorer l'urine en jaune. A l'air elle s'oxyderait en devenant *rouge* et serait en tout semblable à la matière colorante qui se dépose avec les urates et les colore. Ainsi transformée, elle a reçu le nom d'*uroérythrine*.

sence, c'est alors elle qui donne à quelques dépôts urinaires leur couleur saumon-clair ou minium et qui constitue ce qui a été désigné sous le nom de sédiments rosaciques ou purpuriques. Lorsque sa quantité est faible, on la découvre en ajoutant à l'urine un corps qui précipite quelques-uns de ses constituants et qui puisse former une laque avec l'uro-érythrine; le sous-acétate de plomb est celui qui donne la réaction la plus nette: le précipité qu'il forme est *blanc laiteux* quand il n'y a pas d'uro-érythrine; *rose pâle* quand celle-ci existe en quantité appréciable; *rose* quand elle est abondante."

Cependant, il faudra se rappeler que les urines chargées d'indican déterminent, avec les sels de plomb, une coloration jaune sale; les urines sanglantes donnent un précipité grisâtre. On devra donc suivre la méthode de M. Robin, qui conseille de ne jamais apprécier la coloration avant un tassement d'au moins quinze à vingt minutes.

7° Le septième et dernier caractère consiste dans la *diminution notable des phosphates terreux*.

Ce dernier caractère sort un peu des conditions de la pratique courante, malgré que tout pharmacien pourrait en effectuer rapidement le dosage; c'est un signe accessoire dont on peut se passer. quitte à le rechercher dans un cas douteux particulièrement délicat.

Les caractères précédents peuvent s'apprécier assez justement suivant le procédé de Gubler, et au lit du malade. Ainsi, dans un verre à pied conique, si je traite les urines par de l'acide azotique ordinaire, je verrai très facilement se superposer du haut en bas une lisière d'acide urique, un disque d'albumine et au-dessous, la teinte verdâtre ou violacée que donne l'indican dans ces conditions. Ni la coloration rose de l'uro-hématine, ni la coloration brun-acajou de l'uro-biline n'apparaissent. C'est un procédé général qu'il est nécessaire de contrôler par les méthodes spéciales signalées plus haut. A ce propos, j'appelle votre attention sur un détail important à connaître dans la recherche de l'uro-hématine.

Quand l'urine est hémaphérique, dans le cas d'une hémorrhagie par exemple, il faut préalablement l'étendre de son volume d'eau; en chauffant avec Hcl, on obtient non plus le rose vif que donne l'uro-hématine pure, mais une teinte rouge bleuâtre. Lorsque les urines sont riches en indican, l'urine prend de suite, dans l'essai, un aspect bleuâtre, mais l'ébullition d'une demi-minute ne modifie pas cette teinte quand l'uro-hématine est diminuée, tandis qu'elle le fait passer au violet ou au rouge brun si elle est normale ou augmentée.

Tels sont, Messieurs, les éléments qui constituent tout le syndrome urologique de la fièvre typhoïde. Il sera facile d'en faire l'application au lit du malade, libre à vous d'en contrôler les résultats dans des recherches ultérieures et par les méthodes spéciales décrites plus haut.

Je ne dis pas que dans tous les cas vous rencontrerez tous ces signes particuliers, mais, de même que le signe négatif en matière de séro-diagnostic ne doit pas nous faire conclure à l'absence de fièvre typhoïde, de même la négative en uro-diagnostic ne doit pas nous engager à nier la dothiéntérie, et je dirai avec M. Robin que "le syndrome existe au complet dans la plupart des cas et qu'il appa-

rait de très bonne heure, en même temps que la fièvre commence à monter."

Il faudra se rappeler aussi que certaines complications peuvent affecter l'uro-diagnostic v. g. la pneumonie, la tuberculose pulmonaire, l'endocardite, l'embarras gastrique fébrile, mais si des associations morbides ou des complications imprévues peuvent un moment affecter ou même masquer complètement le syndrome urologique, il n'en conserve pas moins une valeur réelle que l'on pourra retenir à juste titre dans les affections similaires qui ont quelquefois l'apparence d'une typhoïde au début et qu'il est important de démasquer par la comparaison de signes établis déjà, cliniquement, sur une échelle de statistiques bien contrôlées. Pour corroborer par des exemples ce que je viens de dire, je me permettrai une comparaison entre la fièvre typhoïde d'une part et la tuberculose miliaire d'autre part. Analysons quelques caractères des deux urines séparément.

*Fièvre typhoïde.*

*Couleur* bouillon de bœuf à reflets verdâtres, sans teinte urobilinurique, aspect trouble.

*Albumine* constante.....

*Phosphates terreux* diminués.

*L'uro-hématine* disparaît.

*Absence* d'uro-érythrine.

*Tuberculose miliaire.*

*Couleur* habituellement rouge foncé à reflets ambrés; point de reflets verdâtres, urines plus souvent claires.

*Albumine* inconstante.

*Phosphates terreux* augmentés....

*L'uro-hématine* existe et atteint quelquefois des proportions considérables.

*Présence* d'uro-érythrine.

Voici quelques caractères différentiels qui pourront aider pour les cas douteux et qui prouvent l'importance de la méthode. "Je n'entends pas en faire une méthode *spécifique*, dit M. Robin, comme dans le cas du séro-diagnostic, mais elle a sur celui-ci l'avantage d'être plus facilement obtenue et bien souvent plus précoce. C'est là le fait essentiel sur lequel je crois nécessaire d'appeler encore une fois votre attention en terminant, car la précocité du diagnostic, en présence d'un typhique, n'est pas une simple question d'amour-propre médical; elle conduit tout droit à la précocité du traitement hydrothérapique et par suite, elle exerce, sur toute l'évolution ultérieure de la maladie, une influence décisive."

NOTE.

L'abondance de matières nous oblige à supprimer ce mois-ci la revue d'obstétrique. Cela nous a permis de publier en entier le rapport préliminaire de l'auditeur du Collège des Médecins, et de consacrer à la tuberculose bovine au Canada un article dont la longueur est en rapport avec l'importance du sujet.

## REVUE D'HYGIÈNE

## LA TUBERCULOSE BOVINE AU CANADA.

D'après les rapports de l'Inspecteur en chef du gouvernement, M. Duncan McEachran, la tuberculose bovine n'est pas très répandue dans le Dominion. Sur 10,000 bêtes à cornes éprouvées jusqu'à ce jour par la tuberculine, 5 0/0 seulement se seraient montrées tuberculeuses.

Voici la statistique de l'année 1898, qui nous été fournie par M. Daubigny, directeur de l'École Vétérinaire Française :

	Têtes	Tuberculeux.	Pourcentage
Québec.....	2519	210	8 $\frac{1}{2}$
Manitoba.....	258	127	49
Nouveau-Brunswick....	258	15	5 4/5
Nouvelle-Ecosse.....	131	23	17 $\frac{1}{2}$
Ile du Prince-Edouard....	209	11	5 $\frac{1}{4}$
Ontario.....	3937	237	6
	<hr/> 7312	<hr/> 623	<hr/> 8.52

Tous ces animaux ont été éprouvés par la tuberculine à la demande de leurs propriétaires par les inspecteurs vétérinaires du gouvernement. On sait en effet que depuis 1895, la ferme expérimentale d'Ottawa fournit gratuitement les flacons de tuberculine et que, sur la demande du propriétaire d'une ferme, écrite sur un blanc *ad hoc*, le département de l'Agriculture envoie ses inspecteurs éprouver gratuitement les animaux de la ferme.

Mais cette demande est absolument facultative, et pour un pays agricole comme le nôtre, où l'élevage des bestiaux se fait sur une grande échelle, surtout dans les plaines de l'ouest, on voit que le nombre d'animaux éprouvés est très petit. Aussi l'on peut dire sans crainte que la statistique de la tuberculose bovine au Canada n'existe pas encore.

Cependant, le contrôle que le gouvernement exerce sur l'importation et l'exportation des bestiaux permet de juger la question jusqu'à un certain point, car le bétail ne peut franchir les quarantaines, soit pour entrer, soit pour sortir, (1) sans avoir subi l'épreuve de la tuberculine.

(1) Du moins la loi des Etats-Unis n'admet aucun bétail sur le territoire américain s'il n'a été tuberculirisé d'avance, ce qui oblige le gouvernement et les propriétaires à une inspection sévère. Pour ce qui est de l'exportation en Europe, les rapports du gouvernement sont moins précis, et nous ignorons si l'épreuve de la tuberculine est exigée d'une manière aussi rigoureuse.

Or, l'exportation des bestiaux est considérable, comme on le verra par les tables suivantes :

*Exportation des bestiaux en Europe :*

1895.....	99,606	bêtes à cornes.	
1896 .....	101,502	—	—
1897.....	117,428	—	—
1898.....	111,948	—	—

*Exportation des bestiaux aux Etats-Unis.*

1895.....	882	bêtes à cornes.	
1896.....	1,646	—	—
1897.....	57,857	—	—
1898.....	88,605	—	—

Tous ces bestiaux sont inspectés avant de laisser le pays, et les cas de tuberculose y sont, paraît-il, de moins en moins nombreux. M. McEachran affirmait à la séance du 17 avril 1899 de la Société Médico-Chirurgicale de Montréal que, depuis cinq ans, la tuberculose bovine a diminué au Canada d'au moins 30 pour cent. De fait, les rapports des inspecteurs au Ministre de l'Agriculture, que nous avons parcourus, signalent rarement la maladie. Ce bon résultat serait dû à la sévérité des quarantaines d'Europe et des Etats-Unis.

Les quarantaines de notre pays ne semblent pas moins rigoureuses. Tout bétail importé des Etats-Unis doit être accompagné : 1° d'un certificat de l'importateur attestant qu'il le destine à l'élevage ; 2° d'un certificat signé par un médecin vétérinaire du gouvernement attestant que l'épreuve de la tuberculine a été pratiquée et a été négative ; 3° d'un certificat d'inspection signé par un médecin vétérinaire du gouvernement attestant que les animaux sont exempts de maladies contagieuses. Sinon les animaux sont détenus huit jours en quarantaine, éprouvés à la tuberculine, et ceux qui réagissent sont ou renvoyés à l'expéditeur, ou abattus.

Tout bétail importé d'Europe doit avoir été éprouvé à la tuberculine immédiatement avant l'importation, être accompagné des cartes de température et des certificats de santé, sans quoi il devra être éprouvé à son arrivée au Canada, pendant son séjour en quarantaine (90 jours).

L'épreuve que l'on fait subir aux animaux avant leur départ d'Europe ne paraît pas être très sérieuse, si l'on en juge par le fait suivant. Quatorze bêtes à cornes de race, importées d'Angleterre, et accompagnées de leurs cartes et certificats de bonne santé, furent détenues à la quarantaine de la Pointe Lévis en 1898 et éprouvées de nouveau huit semaines après ; treize de ces bêtes étaient tuberculeuses, et l'une à un tel point qu'elle mourut à la quarantaine même ; on trouva à l'autopsie des lésions tuberculeuses étendues. Si ces animaux eussent été vendus dans le pays, ils en auraient contaminé un grand nombre d'autres.

Nos quarantaines ont donc un double résultat : elles nous protègent d'une manière sérieuse contre l'importation de la maladie dans le pays, et en même temps ou réciproquement elles forcent les propriétaires canadiens à s'assurer si la tuberculose n'existe pas parmi leurs troupeaux, et à ne compter, pour faire un commerce lucratif, que sur des animaux sains.

En même temps, le gouvernement s'efforce de populariser dans les campagnes les notions de prophylaxie. Durant les mois d'hiver, il fait donner, par des médecins vétérinaires distingués, des conférences gratuites dans les villages, où l'on explique aux cultivateurs la nature de la tuberculose, son mode de contagion, la manière de reconnaître la maladie, de s'en protéger, ce qu'il faut faire avec un troupeau malade, comment désinfecter les étables, détruire les cadavres, etc. Ces notions sont imprimées sous forme de circulaires et distribuées partout. En même temps, on encourage les propriétaires à faire éprouver leurs animaux par la tuberculine, et on leur en facilite tous les moyens.

Comme on le voit, le gouvernement a pris des mesures sérieuses pour combattre la tuberculose au Canada. Mais ces moyens sont-ils suffisants ? Et la tuberculose est-elle aussi peu étendue qu'on le dit ? Voilà les deux points importants à élucider.

#### *Extension de la tuberculose bovine au Canada.*

Il est vrai que les rapports officiels des inspecteurs du gouvernement ne signalent qu'un nombre très restreint d'animaux tuberculeux parmi ceux qui passent en quarantaine avant d'être exportés en Europe et aux Etats-Unis. Mais les propriétaires sont prévenus par la loi de la nécessité de cette inspection, et ils ont bien soin de choisir pour l'exportation les animaux les meilleurs, ceux qui n'ont pas réagi à la tuberculine ou qui n'offrent aucun symptôme clinique de la tuberculose. Mais cela ne veut pas dire que la maladie n'existe pas dans leurs troupeaux. Au contraire, il est à craindre précisément que cette sélection pour le commerce extérieur ne nuise à nos marchés locaux, et que les animaux douteux ou reconnus atteints de tuberculose ne soient destinés à alimenter nos abattoirs, ou conservés pour l'industrie laitière. Pour bien des propriétaires, ce mode d'écoulement de leurs produits doit paraître un moyen tout indiqué de ne pas perdre les profits que la loi du commerce leur fait perdre sur le marché étranger. De telle sorte que nos quarantaines, tout en nous protégeant contre l'invasion de la tuberculose, ne serviraient nullement à la diminuer sur notre propre territoire.

À ce sujet, nous avons parcouru avec curiosité les rapports du Bureau d'Hygiène de la ville de Montréal, afin de nous rendre compte de l'état des choses, du moins dans notre district. Et nous avons relevé les chiffres suivants, compilés à l'abattoir de l'est par M. Bayard, inspecteur :

	Nombre de bœufs <i>abattus</i>	<i>confisqués</i>	<i>tuberculeux.</i>
1893.....	19,068	8	2
1894.....	21,199	7	1
1595.....	26,845	14	5
1896.....	33,211	19	16
	90,323	48	24

Voilà un résultat fort étonnant, à peine un animal tuberculeux sur 4,000, alors que l'épreuve de la tuberculine a révélé, aux quarantaines et dans les diverses provinces, une proportion de 5 à 8 0/0. Il est vrai que l'inspecteur ne compte que la tuberculose généralisée, et qu'il ne fait aucune mention des lésions locales, à moins qu'il ne les classe sous la rubrique de *viande meurtrie*, rubrique qui couvre la presque totalité de ses rapports. Il est vrai aussi que l'inspection n'est faite qu'au point de vue de la qualité de la viande, et par un inspecteur qui n'est pas vétérinaire, de sorte que la tuberculose bovine sous sa forme la plus dangereuse, la tuberculose mammaire, peut fort bien passer inaperçue.

Quoiqu'il en soit, la statistique du plus grand abattoir de la province confirme celle des inspecteurs de quarantaine, et la tuberculose n'est pas signalée souvent parmi les bestiaux élevés au pays.

Cependant, plusieurs vétérinaires sont d'opinion que la tuberculose bovine est très répandue dans la province de Québec. M. Daubigny disait, dans un discours prononcé à la convention de la Société de l'Industrie Laitière, tenue à Nicolet en décembre 1897, et à laquelle assistaient les ministres de l'agriculture d'Ottawa et de Québec, les honorables MM. Fisher et Déchêne : "Je n'hésite pas à dire que si on avait le droit d'inspecter tous les animaux, entr'autres les bovidés, qui existent dans le Canada, on serait surpris du nombre de bêtes affectées, et on serait plus surpris encore de la somme que représentent les animaux malades, qui s'élèverait à plusieurs centaines de mille dollars." Et M. Daubigny, qui a eu l'occasion d'examiner des troupeaux dans toute la province, cite l'exemple d'un M. Clark, obligé de faire abattre un troupeau de 40 vaches, toutes atteintes de tuberculose.

Ensuite la tuberculose bovine est exposée à augmenter avec l'importation du bétail étranger, qui se développe de plus en plus. Dans sa conférence à la Société Médico-Chirurgicale, M. McEachran signale ce danger, qui pour lui est considérable. Son expérience à Halifax et à Québec lui a démontré la fréquence des cas de tuberculose reconnue aux quarantaines, et cela bien que les animaux, conformément à la loi, eussent leur certificat de santé. Il en conclut que l'épreuve de la tuberculine est mal faite en Angleterre, et il ajoute : "L'extension alarmante de la maladie en Angleterre, en France, en Allemagne et au Danemark, d'où l'on importe du bétail d'élevage pour améliorer les troupeaux canadiens, devrait amener nos fermiers à s'assurer avec soin que toute importation est absolument exempte de tuberculose." Le meilleur moyen, pour lui, serait pour l'acheteur

d'employer des agents honnêtes, qui assistent à l'épreuve de la tuberculine faite avant le départ des animaux, et exigent de plus du vendeur un certificat attestant que les animaux au moment où on les soumet à l'épreuve, n'ont pas été tuberculinisés depuis trois mois, afin d'éviter toute fraude (on sait en effet que les animaux récemment tuberculinisés ne réagissent plus à l'épreuve).

De tout ce qui précède il est permis de conclure que la tuberculose bovine, quelle que soit son étendue, existe au Canada, et que l'importation du bétail étranger ne peut que l'augmenter encore, si l'on n'y fait pas attention.

*Moyens à prendre pour combattre la tuberculose bovine endémique.*

Mais la tuberculose étant une maladie essentiellement contagieuse, on ne peut espérer que les foyers locaux ne s'étendront pas non plus, et si nous avons nos quarantaines et les lois du commerce pour nous protéger de l'extérieur, quels seront nos moyens de protection chez nous ?

L'épreuve de la tuberculine est un excellent moyen pour empêcher la tuberculose bovine de ramper dans l'ombre; elle signale le danger, si petit qu'il soit, aux propriétaires, et nous avons vu, en analysant le travail du professeur Bang, que la tuberculose une fois reconnue est facile à contrôler, et cela sans trop de pertes, et sans entraîner de grandes dépenses. Mais l'épreuve de la tuberculine, obligatoire pour l'importation ou l'exportation, reste facultative sur la ferme, et le propriétaire indifférent peut laisser à son gré la maladie envahir tout son troupeau.

Et quand il voudra vendre ses bêtes, ou le produit de ses bêtes ? Si c'est pour l'exportation, le mal sera découvert; mais s'il trafique sur le marché local, il pourra facilement vendre ses animaux tuberculeux à son voisin, qui verra son troupeau contaminé à son tour, et distribuer à la laiterie locale ou en ville son lait tuberculeux. De ce côté, la protection fait absolument défaut, à moins qu'on ne veuille l'appliquer soi-même, individuellement.

Il y a là un danger que nous n'hésitons pas à qualifier de national. Rappelons-nous, je cite l'inspecteur en chef McEachran, que 45 pour cent de la population du Canada vit de l'agriculture, qui alimente  $\frac{1}{4}$  du trafic des chemins de fer,  $\frac{1}{3}$  du trafic des canaux et  $\frac{1}{2}$  du trafic des lignes de bateaux transatlantiques. En 1897, l'exportation agricole représentait une valeur de \$55,533,592. Laissez la tuberculose envahir les troupeaux de nos fermes, et peu à peu le commerce des bestiaux et l'industrie laitière perdent les trois quarts de leur valeur.

Or, nous avons vu que la loi canadienne sur les maladies contagieuses des animaux est insuffisante à protéger le commerce intérieur du Canada. C'est aussi l'avis de l'inspecteur en chef du Dominion, qui disait textuellement que "le temps est venu de prendre des moyens plus énergiques et plus appropriés." Voici le plan qu'il suggère.

Si l'on faisait aujourd'hui l'épreuve de la tuberculine dans tout le Canada, on ne trouverait pas, dans tout le pays, 10,000 bêtes ayant



des symptômes cliniques de la maladie et qu'il faudrait abattre ; elles représenteraient, à leur pleine valeur, \$250,000. Les autres bêtes, légèrement tuberculeuses, pourraient être menées aux abattoirs. Les dépenses d'inspection et d'épreuve s'élèveraient à \$125,000.

Engageons le gouvernement à voter pour la première année une somme de \$400,000. L'épreuve de la tuberculine est faite dans tout le Canada, les animaux dangereux sont abattus et les propriétaires indemnisés (l'indemnité ne dépassant pas \$50). L'année suivante, le nombre d'animaux qu'il faudrait abattre serait diminué de 75 pour cent, et les dépenses abaissées en conséquence. En trois ou quatre ans de travail actif, on ferait disparaître la tuberculose des troupeaux canadiens. Le gouvernement pourrait alors maintenir sans inconvénients l'épreuve de la tuberculine obligatoire et payer aux propriétaires des animaux qui réagiraient une indemnité variant de \$20 à \$150, suivant que l'animal seraient légèrement malade, ou devrait être abattu ou confisqué, ou qu'il s'agirait d'un animal de race. Ces derniers même pourraient être isolés, et l'élevage des veaux suivant la méthode de Bang donnerait un pourcentage de veaux sains de 90 pour cent.

Ces mesures, dit M. McEachran, donneraient une grande impulsion au commerce, et il ne serait pas même nécessaire de rendre l'épreuve par la tuberculine obligatoire : personne ne voudrait acheter un animal sans qu'il ait un certificat de santé.

C'est, on le voit, à peu de chose près, le système adopté par le Massachusetts : abattre aussi vite que possible tous les animaux tuberculeux. Cependant l'application de cette loi a coûté à cet état des sommes considérables, les commerçants ayant fait une spéculation de la vente des animaux tuberculeux au gouvernement, et la tuberculose bovine n'a pas diminué, ainsi que nous l'avons vu dans notre précédent article.

D'ailleurs ce principe de l'indemnité a été condamné par la Commission Royale Anglaise, du moins pour ce qui concerne les animaux de boucherie, et Sir Richard Thorne Thorne dit positivement que l'usage des fonds du gouvernement dans ce but peut ouvrir la porte à des abus graves. C'est la communauté qui doit subir le poids des mesures établies pour sa protection, et le commerce du bétail doit comprendre parmi ses risques, comme tout autre commerce d'ailleurs, la qualité de la marchandise. Le risque couru en achetant des animaux en apparence sains n'est pas d'ailleurs considérable, puisque des bouchers anglais ont refusé de souscrire à un système d'assurance qui leur aurait coûté par an trois à quatre deniers pour chaque bête abattue.

M. McFadyean, principal du Collège Vétérinaire Royal de Londres, partage entièrement cette opinion. L'exemple du Massachusetts et de la Belgique, dit-il, nous prouve la futilité d'essayer à combattre la tuberculose par ces moyens. Une seule épreuve de tuberculine, appliquée dans toute l'Angleterre, coûterait \$5,000,000 et les indemnités se monteraient à plus de \$50,000,000. Le gouvernement ne peut pas songer à prendre une pareille charge même en comptant, pour s'indemniser, sur la vente de la viande qui pourrait

être livrée à la consommation. L'épreuve de la tuberculine permet aux propriétaires eux-mêmes d'enrayer la maladie en séparant les animaux malades des animaux sains.

C'est ce principe de l'isolement, nous l'avons vu dans notre précédent article qui, mis en vigueur d'abord au Danemark, a été adopté successivement par la Norvège, la Suède, la Prusse, la Bavière, et récemment la Belgique et l'Angleterre. C'est vers l'application de cette méthode suffisamment énergique que doivent tendre, nous en sommes convaincu, les efforts du gouvernement canadien.

Les progrès récents accomplis dans l'étude de la tuberculose bovine et sa prophylaxie ont prouvé : 1° Que l'animal atteint de mammité tuberculeuse seul est un danger considérable qu'il faut enrayer immédiatement ; 2° Qu'il en est de même des cas de tuberculose généralisée, que l'on rencontre peu fréquemment ; 3° Mais qu'une vache légèrement tuberculeuse (atteinte de tuberculose localisée à un organe autre que le pis), peut fort bien : a) être utilisée pour l'élevage et donner des veaux sains ; b) fournir une viande bonne pour la consommation ; c) donner un lait qui n'est pas tuberculeux parce qu'on n'y trouve pas de bacilles, mais qu'on doit néanmoins considérer comme suspect.

Quelles sont les indications prophylactiques qui découlent de ces notions modernes, basées sur l'anatomie pathologique et la bactériologie. Les voici en deux mots : ° Tout animal atteint de mammité tuberculeuse ou de tuberculose généralisée doit être abattu le plus vite possible ; 2° Tout animal légèrement tuberculeux doit être isolé et du troupeau et des veaux qui naîtront, mais il peut encore servir à l'élevage, conserve sa pleine valeur de boucherie, et son lait, quoique suspect, peut être utilisé en prenant les précautions voulues.

La prophylaxie de la tuberculose bovine ne doit donc pas reposer sur l'abattage en masse des animaux reconnus tuberculeux, ce qui entraîne des dépenses énormes et cause un dommage inutile. Le meilleur moyen, le moins dispendieux, le moins nuisible à l'industrie agricole, c'est : 1° Découvrir tous les animaux tuberculeux à l'aide de la tuberculine, et les isoler des animaux sains ; 2° Abattre les animaux très dangereux (tuberculose mammaire ou généralisée), et conserver les autres pour l'élevage et la boucherie. Cette méthode réduit les dépenses d'indemnité à leur minimum, et protège l'élevage et l'industrie laitière sans trop leur nuire.

Quand on aura bien fait comprendre à nos fermiers et agriculteurs les notions exactes de la prophylaxie de la tuberculose bovine, et que cette prophylaxie ainsi appliquée, loin de leur causer des pertes et des préjudices, ne peut que favoriser leur commerce et leur industrie, en maintenant la valeur des bêtes à cornes et de leurs produits à leur maximum, ce jour-là, le gouvernement du Canada pourra rendre l'épreuve de la tuberculine *obligatoire et gratuite* dans tout le pays, il ne fera que rencontrer les vœux de l'électorat. Et les propriétaires ne chicaneront pas trop sur la perte des animaux reconnus impropres à tout rendement, et dont par conséquent la valeur deviendra nulle.

*Bibliographie.*

*La lutte contre la tuberculose animale par la prophylaxie*, par le professeur BANG, de Copenhague.—Rapport préliminaire présenté au 1e Congrès pour l'Etude de la Tuberculose, Paris 1898.

*Rapport du Commissaire de l'Agriculture de la Province de Québec*, Québec 1898.  
*Rapports du Ministre de l'Agriculture pour la Puissance du Canada*, Ottawa, 1895-98.

*On the prevention of tuberculosis in animals*, by Dr Mc EACHRAN chief inspector and Veterinarian of the Dominion.—Montreal Medical Journal, June, 1899.

*The administrative control of tuberculosis*, being the Harben Lectures delivered in 1898 before the Royal Institute of Public Health, by Sir RICHARD THORNE THORNE.—London, 1899.

*Tuberculosis in cattle*, lecture delivered before the Royal Institute of Public Health, february 29, 1899, by J. M. FADEYAN, principal of the Royal Veterinary College, London.—The Journal of State Medicine, april 1899.

*Rapports du Bureau de Santé de la ville de Montréal*, par le Dr L. LABERGE.—Montréal, 1893-96.

Dr COUTANCE.—Tableaux synoptiques de pathologie générale. par le Dr COUTANCE, ancien interne des hôpitaux. 1 vol. gr. in-8 de 200 pages, cartonné..... 5 fr.  
Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille (près du Boulevard Saint-Germain), à Paris.

L'idée de mettre la *Médecine en Tableaux synoptiques* a obtenu un grand succès auprès des étudiants comme auprès des praticiens. La collection Villeroy, qui comprenait déjà des *Tableaux synoptiques de Pathologie interne*, de *Pathologie externe*, de *Diagnostic* et de *Thérapeutique*, vient de s'accroître d'un nouveau volume : les *Tableaux synoptiques de Pathologie générale* ; c'est essentiellement un livre de clinique.

La *Pathologie générale* est la partie de la médecine qui met un peu d'ordre dans la genèse des maladies quelle que soit leur nature.

Elle étudie, en effet, l'origine des maladies, c'est-à-dire qu'elle recherche les causes souvent complexes qui peuvent les susciter, tant dans le monde inorganique que dans la sphère des êtres organisés :

Elle étudie l'origine de maladies, les lésions qu'elles produisent, les symptômes généraux qui les dévoilent, et les variétés qu'elles offrent dans leur évolution.

Tel est le plan qui a été suivi de la composition de ces *Tableaux synoptiques de Pathologie générale*, où l'on passe successivement en revue : les causes des maladies ; les lésions anatomiques qu'elles produisent ; les signes cliniques qui les traduisent extérieurement ; la marche avec le diagnostic et le pronostic des affections ;

Ces nouveaux *Tableaux synoptiques* rencontreront auprès du public médical le même succès que les *Tableaux* similaires déjà parus, qui ont rendu de si grands services aux praticiens pour gain de temps, et aux étudiants, à la veille des concours.

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

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

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

MONTRÉAL, JUILLET 1899

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### RAPPORT PRÉLIMINAIRE DE L'AUDITEUR DU COLLÈGE DES MÉDECINS.

Le Bureau des Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec s'est réuni à l'Université Laval, Montréal, les 5 et 6 juillet 1899. Le comité des créances et le comité des examens s'étaient réunis la veille. L'ordre du jour, très chargé, a couvert plusieurs points importants. Le Bureau a adopté le rapport des divers officiers, y compris celui de l'auditeur, et un projet de loi définitif qui sera présenté à la prochaine session de la législature. Ce projet change le mode de votation, tel que demandé, et modifie légèrement la division des districts. Le Bureau s'est aussi occupé de la pratique illégale de la médecine, de la réciprocité interprovinciale, de la rédaction de nouveaux règlements, etc.... Nous publierons le rapport officiel le mois prochain. Nous nous contentons de donner aujourd'hui le rapport *préliminaire* de l'auditeur, dont l'importance n'échappera à personne. Ce rapport est suffisamment éloquent par lui-même, et nous nous abstenons de faire des commentaires. On verra par la lecture de ces divers rapports, que le Bureau des Gouverneurs n'a pas perdu son temps, et semble disposé à travailler ferme dans l'intérêt de la profession.

A Monsieur le Dr E. P. LACHAPELLE,  
Président du Collège des Médecins et Chirurgiens  
de la Province de Québec,  
Montréal.

Monsieur,

En mars dernier, vous me chargiez d'une double mission :  
En premier lieu, procéder à l'examen et au relevé des livres du  
Collège, du 1er juillet 1889 au 1er juillet 1898 ;

Et, en second lieu, organiser pour l'avenir la comptabilité du Collège de telle sorte que les officiers du Bureau des Gouverneurs puissent avoir le contrôle effectif de son administration.

J'aurais voulu, conformément au désir qui m'en fut exprimé, terminer ce double travail pour le 1er juillet courant. Je me suis mis à l'œuvre sans retard, consacrant tout le temps possible à l'étude des livres du Collège et autres documents. Mais pour donner à ce travail, qui s'étend à une période de neuf années, une base solide et un point de départ indiscutable, il m'a fallu me livrer à des recherches préliminaires considérables. Et tout d'abord j'ai dû faire un relevé aussi complet que possible des noms de toutes les personnes qui, depuis le 1er juillet 1889, ont subi devant le Collège des examens tant préliminaires que finals ou ont fait valoir des diplômes universitaires. Par là je voulais constater :

1° Si tous les honoraires perçus et percevables ont été bien et dûment portés au livre de Caisse ;

2° Si les noms de ceux qui y ont droit ont tous été entrés au Régistre des Candidats admis à l'étude tel que voulu par les Statuts ;

3° Si les noms des personnes qui ont été admises à la pratique de la médecine par les examinateurs du Bureau Médical, ou sur présentation de diplômes universitaires, ont tous été bien et dûment enrégistrés au Régistre Médical.

Ces recherches m'ont amené à constater dans la comptabilité du Collège des lacunes nombreuses. Je grouperai en six catégories les lacunes et omissions que j'ai relevées dans la comptabilité et les écritures qui se rapportent à l'admission à la licence, me réservant de vous soumettre plus tard un relevé du même genre au sujet des examens d'admission à l'étude, cette seconde partie de mon travail n'étant pas terminée.

1° Un certain nombre de personnes figurent au livre des minutes et au registre médical comme ayant obtenu leur licence sans qu'une entrée correspondante dans le livre de caisse établisse qu'elles ont acquitté leurs honoraires ;

2° Un autre groupe de personnes paraissent, d'après les entrées des minutes du livre de caisse, avoir obtenu leur licence et acquitté leurs honoraires, mais leur nom n'est pas porté au registre médical ;

3° Une troisième catégorie comprend les personnes dont le livre des minutes établit l'admission à la licence, sans que l'on puisse constater par le livre de caisse si elles ont payé les honoraires et sans que leurs noms soient inscrits au registre médical ;

4° En quatrième lieu, viennent d'autres personnes qui ont, d'après le livre de caisse, payé leurs honoraires, et dont l'admission à la licence est constatée au registre médical, sans que cette admission figure au livre des minutes ;

5° D'autres personnes paraissent, d'après le livre de caisse, avoir payé leurs honoraires d'admission à la licence, mais cette admission

n'est mentionnée ni dans le livre des minutes, ni dans le registre médical ;

6° Enfin, une dernière catégorie est celle des personnes dont les noms figurent au registre médical, mais ne sont mentionnés ni dans le livre des minutes, ni dans le livre de caisse.

Ces omissions, dues sans doute à des oublis et à l'absence de méthode qui se manifeste à chaque instant dans la tenue des livres du Collège durant la période soumise à mon examen, affectent d'une manière déplorable cette comptabilité toute entière, la rendant peu intelligible et pouvant être la source d'irrégularités, de complications et de contestations nombreuses, comme on peut s'en convaincre par l'étude des faits relatés au présent rapport.

On trouvera ci-dessous des états de toutes les omissions des six catégories ci-dessus, telles que je les ai relevées dans les livres de ces neuf années.

## CANDIDATS A LA LICENCE.

Ceux dont les noms suivent sont inscrits dans le livre des minutes et enregistrés dans le registre médical, mais ils ne sont pas entrés au livre de caisse comme ayant payé les honoraires.

NOMS	LIVRE DES MINUTES				RÉGISTRE				Remarques
	Folio	Jour	Mois	Année	Folio	Jour	Mois	Année	
DeMartigny, F. X. L	390	27	Sept.	1893	82	20	Sept.	1893	
Desilets, Léopold....	441	3	Juil.	1895	83	3	Juil.	1895	
Lavergne, J. W.....	428	26	Sept.	1894	265	26	Sept.	1894	
McKanty, John E....	344	11	Mai	1892	334	13	Mai	1892	
Miller, J. E. S .....	380	10	Mai	1893	310	10	Mai	1893	
Nesbitt, Thomas.....	428	26	Sept.	1894	364	26	Sept.	1894	
Phillemore, P. H .....	390	27	Sept.	1893	402	20	Sept.	1893	
Paterson, Wm. F.....	491	30	Sept.	1896	402	30	Sept.	1896	
Patrick, D.....	6	6	Juil.	1897	403	7	Juil.	1897	
Stemming, W. A .....	4	420	Juil.	1894	476	4	Juil.	1894	

## CANDIDATS A LA LICENCE.

Ceux dont les noms suivent sont inscrits dans le livre des minutes et au livre de caisse comme ayant payé les honoraires, mais ils n'ont pas été enregistrés dans le registre médical.

NOMS	LIVRE DES MINUTES				LIVRE DE CAISSE.				Remarques.
	Folio	Jour	Mois	Année	Folio	Jour	Mois	Année	
Booth, John S. ....	306	4	Mai	1890	74	13	Mai	1890	
Bacon, Gustave. ....	306	4	Mai	1890	74	13	Mai	1890	
Blais, Michel Thos...	q258	27	Sept.	1893	6	27	Sept.	1893	
Cayley, Henry. ....	306	4	Mai	1890	74	12	Mai	1890	
Charbonneau, Isaie...	491	30	Sept.	1896	24	26	Sept.	1896	
Cadot, J. A. ....	508	30	Sept.	1896	12	22	Sept.	1896	
Caron, Jos. Odilas....	q 58	7	Juil.	1897	52	29	Sept.	1895	
Demartigny, A. L. ....	306	4	Mai	1890	74	13	Mai	1890	
Desrosiers, Jos. C. ....	q163	14	Mai	1890	53	14	Mai	1890	
Dorion, F.-X. Jules...	q258	27	Sept.	1893	6	27	Sept.	1893	
Derome, W. J. A. ....	450	3	Juil.	1895	24	1	Oct.	1896	
Deguire, E. E. ....	15	29	Sept	1897	48	9	Sept.	1897	
Dansereau, P. Alb....	q 68	29	Sept.	1897	52	29	Sept.	1897	
Fréchette, Ls. Alp....	q258	27	Sept.	1893	6	27	Sept.	1893	
Jarry, Wilfrid.....	414	4	Juil.	1894	168	4	Juil.	1894	
Lambert, Emile U....	353	13	Mai	1891	90	13	Mai	1891	
Laurie, Jas. ....	164	4	Mai	1890	53	14	Mai	1890	
Lacombe, Geo. A. ....	329	30	Sept.	1891	96	7	Sept.	1891	
Morin, C. Eug. ....	q163	14	Mai	1890	53	14	Mai	1890	
Magnan, Alp. ....	q163	14	Mai	1890	53	14	Mai	1890	
Marchildon, Jos. P....	306	4	Mai	1890	74	13	Mai	1890	
Miller, Lucien. ....	50	10	Mai	1893	138	29	Avril	1893	
Mathieu, Jos. Eug. ....	q258	27	Sept.	1893	6	22	Sept.	1893	
Noël, Jos. Ls. Alidor..	q163	14	Mai	1890	53	14	Mai	1890	
Rainville, Eucl. D....	q163	14	Mai	1896	53	14	Mai	1890	
Rodrigue, L. S. A. ....	471	25	Sept.	1895	4	24	Sept.	1895	
Watson, J. H. ....	473	3	Juil.	1895	4	23	Sept.	1895	

## CANDIDATS À LA LICENCE.

Ceux dont les noms suivent sont inscrits dans le livre des minutes, mais ils ne sont pas entrés dans le livre de caisse comme ayant payé les honoraires, ni enregistrés dans le registre médical.

NOMS	LIVRE DES MINUTES.			
	Folio	Jour	Mois	Année
Archambault, J. A. A.	380	10	Mai	1893
Lavoie, Geo. Nap.....	306	4	Mai	1890
Wylde, Chs. P.....	419	4	Mai	1894

## CANDIDATS À LA LICENCE.

Ceux dont les noms suivent sont entrés au livre de caisse comme ayant payé les honoraires et enregistrés dans le registre médical, mais ils ne sont pas inscrits dans le livre des minutes.

NOMS	LIVRE DE CAISSE.				REGISTRE.			
	Folio	Jour	Mois	Année	Folio	Jour	Mois	Année
Bernard, J.....	138	1	Mai	1893	24	10	Mai	1893
Bérard, J. U.....	138	1	Mai	1893	24	10	Mai	1893
Bessette, J. E. A.....	142	19	Mai	1893	23	20	Sept.	1893
Longpré, W.....	182	22	Juin	1895	266	7	Juil.	1897
Quintal, A.....	28	30	Sept.	1896	425	28	Sept.	1896
Rouleau, J. A. . . . .	168	3	Juil.	1894	446	4	Juil.	1894
St. Germain, H.....	170	23	Juin	1894	476	4	Juil.	1894
Verdon, C. P.....	22	15	Sept.	1896	543	28	Sept.	1896

## CANDIDATS À LA LICENCE.

Ceux dont les noms suivent sont entrés dans le livre de Caisse comme ayant payé les honoraires, mais ils ne sont pas inscrits dans le livre des minutes, ni enregistrés dans le Régistre Médical, et rien



ne démontre qu'ils ont été rejetés aux examens ou par le Comité des Créances.

NOMS	LIVRE DE CAISSE				REMARQUES.
	Folio	Jour	Mois	Année	
Bernier, Camille.....	142	19	Mai	1893	
Demuy, H. E. ....	178	9	Mai	1895	
McCarty, B.....	44	5	Juil.	1897	
McEvoy, Th... ..	46	6	Juil.	1897	
Nelson, W. W. F.....	178	22	Juin	1895	
Robertson, R.....	172	26	Sept.	1893	
Trenholme, G. A.....	162	4	Juil.	1894	

#### CANDIDATS À LA LICENCE.

Ceux dont les noms suivent sont enregistrés dans le Registre Médical, mais ils ne sont pas inscrits dans le livre des Minutes, ni au livre de Caisse, comme ayant payé les honoraires.

NOMS	REGISTRE MÉDICAL				REMARQUES.
	Folio	Jour	Mois	Année	
Aylen, John.....	4	28	Avril	1898	
Aylen, James. ....	4	28	Avril	1898	
Ault, Charles. ....	4	30	Juin	1898	
Bulmer, T. S.....	21	13	Mai	1891	
Baulnes, W. H.....	25	7	Juil.	1897	
Brown, C. L.....	26	7	Juil.	1897	
Chrétien, Oscar.....	52	28	Sept.	1892	
Mulligan, Ed. A. ....	34	28	Sept.	1896	
Ross, J. I. ....	446	11	Juil.	1894	
Ricard, Honorius.....	446	26	Sept.	1894	

Ce travail me permettant de rectifier le Régistre et les Livres de Caisse des différents officiers du Collège, j'ai fait le pointage de toutes les souches de reçus et les ai comparées aux Recettes entrées au Livre de Caisse. J'ai aussi vérifié les pièces justificatives des dépenses entrées à la Caisse. Dans ces deux cas, encore, il y avait des lacunes et des irrégularités : plusieurs souches manquent aux Livres des Reçus ; dans d'autres cas les blancs de ces souches ne sont pas remplis, et un certain nombre d'entrées de dépenses ne sont justifiées par aucune pièce. Je n'ai pas l'intention de faire un rapport définitif de cette partie de mon travail, car il me faudrait pour cela avoir le relevé complet des Livres de Caisse des différents officiers en fonction depuis 1889, relevé auquel je travail maintenant et qui ne sera terminé qu'au mois de septembre. Je me contenterai de donner un résumé succinct de la manière dont ces Caisses étaient tenues, des défauts de la tenue des Livres dans le passé et des améliorations qui s'imposent.

Les paiements qui sont portés au Livre de Caisse de M. le Dr Dagenais, Trésorier de 1889 à 1896, à celui de M. le Dr Brosseau, Secrétaire de 1892 à 1898, et à celui de M. le Dr Belleau, Secrétaire de 1889 à 1898, ont été faits sans que les comptes aient reçu l'approbation préalable du Président, malgré les dispositions formelles des Règlements.

Les remises réglementaires d'honoraires aux candidats malheureux, faites par Messieurs les Docteurs Campbell et Belleau, ne sont justifiées que par les souches de reçus dûment remplies, mais les reçus n'y sont pas.

Plusieurs dépenses portées aux livres de Messieurs les Docteurs Dagenais, Larue, Brosseau et Campbell, ne sont justifiées par aucune pièce, Il est possible que ces pièces, de même que les reçus de remises, existent et aient été remises au trésorier ou autres officiers du Collège d'alors, et qu'elles ne se trouvent pas avec les livres et documents transmis aux officiers du nouveau Bureau.

Dans le Livre de Caisse de M. le Dr Beausoleil, il manque vingt-six pages qui ont été déchirées et sur celles qui restent, les seules entrées sont pour des dépenses et des remises au Trésorier. Il n'y a aucune entrée pour les recettes. De plus, il manque 103 reçus au livre des blancs de reçus de contributions, série française, et les talons n'ont pas été remplis.

Cet état de choses existait et il a été constaté par M. H. Gervais, avocat du Collège, lorsqu'il a reçu ce livre, le 24 novembre 1898, et vérifié le même jour par M. le Dr Lachapelle, Président du Collège.

L'examen de ces Livres, et des pièces qui s'y rapportent, m'a permis de fournir cet aperçu d'ensemble. Le relevé complet que j'en ferai établira la responsabilité de chacun des officiers envers le Collège.

Il ne m'a pas été remis de Livre de Caisse du Régistrateur, M. le Dr Larue, qui occupait cette fonction de 1889 à 1892. Je n'ai reçu, des livres de cet officier, que celui des Contributions.

En ma qualité de Comptable, je me permettrai de vous faire remarquer que les écritures—(régistres, minutes, comptes, etc.)—telles

qu'elles ont été faites par les officiers du Collège, dans le passé, étaient inadéquates aux besoins d'une bonne comptabilité, de la saine administration des intérêts de la Profession. Toute primitive et empirique, la manière de faire ces écritures, sans méthode et sans suite, à la bonne franquette, aurait rendu très difficile, même pour un teneur de livres, de tenir un compte fidèle, complet et compréhensible des opérations du Collège. A plus forte raison, les officiers, qui n'avaient pas les connaissances techniques voulues ni la direction d'un comptable expert, ne pouvaient-ils y réussir.

On comprendra facilement l'importance d'une comptabilité efficace qui permet de constater exactement et constamment l'état des affaires d'une administration aussi importante. Pour cela, il faut de toute nécessité établir une méthode qui permette le contrôle certain, non seulement des recettes provenant des différentes sources, ainsi que de toutes les dépenses, mais aussi de l'exactitude du Régistre des membres du Collège, et de la régularité de l'admission des candidats aux examens. S'il est nécessaire d'exercer un contrôle effectif des recettes et déboursés, il est essentiel au bon fonctionnement du Collège de tenir un compte rigoureux de toutes les personnes qui viennent en rapport avec lui, soit comme candidats à l'étude ou à la pratique, soit comme membres de la profession. A moins qu'on n'apporte le plus grand soin et de la méthode dans le maniement des noms, on s'expose, comme par le passé, ainsi qu'on a pu le constater par les chiffres et documents compris dans la première partie de ce rapport,—à des abus, des omissions et des erreurs de toute sorte. Et ce danger ira augmentant à mesure qu'augmentera le nombre de ces noms.

Ainsi, pour ne citer qu'un exemple, il peut arriver qu'on laisse inscrire dans les registres, par fraude, erreur ou autrement, les noms des personnes qui n'y ont pas droit, au détriment de celles qui méritent la protection que le Collège leur doit et que la loi leur assure.

Si l'on en juge par la manière dont se faisait le contrôle des noms des candidats aux examens ou à la Licence, des inscriptions erronées ont bien pu se produire, sans qu'il fut possible de les constater.

Vous ne vous attendez pas à ce que je vous relate ici les nombreuses manières par lesquelles il serait, ou a été, possible d'obtenir frauduleusement le brevet ou la licence. Je crois qu'il me suffira d'attirer votre attention sur les inconvénients et les maux que peut produire la méthode illogique suivie jusqu'ici et de vous indiquer le remède à cet état de choses.

*Les illégalités passées*—Mais avant d'entrer dans cette dernière partie de mon travail, permettez-moi de signaler aussi à votre attention quelques illégalités commises par les officiers du Collège, sous les administrations antérieures, et qui découlaient naturellement du système débonnaire qui présidait à la tenue des écritures.

I.—Il est dit au Chapitre 2, Article 2, des Statuts, Règles et Règlements du Collège, que le Président "devra approuver tous les comptes devant être payés." Or, il n'y a que les comptes de l'année-

1896-1897 qui ont été soumis par le Trésorier, M. le Dr Larue, à l'approbation du Président.

II.—L'article 9 du même chapitre se lit comme suit : "Tous les comptes devront être payés par le Trésorier." Cependant, les comptes étaient payés par tous les officiers.

III.—A l'article 6, même Chapitre, il est dit que les Secrétaires "recevront pour les transmettre au Trésorier, à la fin de chaque assemblée, les honoraires exigés des candidats aux examens préliminaires et à la licence." Or, sauf M le Dr Belleau, les Secrétaires et le Régistrare ne faisaient, à peu d'exceptions près, que des remises partielles lors des assemblées, et quelquefois ils ne transmettaient au Trésorier la balance des honoraires que plusieurs mois plus tard.

IV.—Comme résultat de cette manière d'agir, le Trésorier a été mis dans l'impossibilité de se conformer à l'Article 7 du même Chapitre, qui dit : "Le Trésorier recevra tous les fonds ou deniers dus au Collège, soit de ses membres ou autrement, et les déposera sans délai dans une des banques d'épargnes de la Province légalement constituées, ou les convertira en bons provinciaux sur l'ordre du Bureau."

V.—Le même Article décrète que le Trésorier "fournira un exposé complet de toutes les recettes et dépenses, à chaque assemblée semi-annuelle..... et aussi toutes les fois qu'il sera requis de le faire par le Président ....." Or, d'après le Livre des Minutes, je constate que le Trésorier ne s'est pas conformé à cette disposition des Statuts et Règlements.

#### *Améliorations suggérées.*

Je passerai maintenant en revue, aussi brièvement que possible, les réformes que je suggérerais d'apporter à l'état de choses actuel.

Et d'abord, quels buts doit-on se proposer dans ces réformes ?

1<sup>o</sup> Établir un contrôle effectif des finances du Collège ; et pour cela, il faut que ce contrôle s'établisse par la concordance des livres des différents officiers. C'est le seul moyen de garantir le Collège et ses officiers eux-mêmes, contre les erreurs qui peuvent se glisser dans les écritures comptables ou autres de l'Ordre.

2<sup>o</sup> Établir un contrôle non moins effectif des noms de toutes les personnes qui entrent en relation avec le Collège, comme candidats aux brevets ou à la Licence, ou comme membre de la profession.

*Comptable contrôleur.*—En premier lieu je suggérerai la nomination d'un comptable auditeur, responsable, à qui sera confié le contrôle d'un système complet d'écritures. Je crois que le Collège trouvera là une garantie de plus d'exactitude et de plus d'uniformité dans les écritures.

*Formules.*—Les livres de ce système, qui fonctionne déjà partiellement, auront pour base nécessaire et indispensable une série de formules dont les blancs devront être remplis et signés, séance tenante, par les examinateurs aux examens préliminaires ou finals.

du Comité des Créances, ou par le Président et le Secrétaire de ce Comité, selon le cas.

Les autres pièces, telles que les rapports des Secrétaires sur l'admission à l'étude ou à la pratique, ne seront que des extraits de ces formules qui serviront aussi à les contrôler et constitueront une base conforme aux Statuts et au but qu'on se propose d'atteindre.

J'insisterai sur ce point, car une des grandes difficultés que j'ai éprouvées dans mon travail, provenait de l'absence de renseignements que l'on devrait toujours trouver dans les formules remplies par les examinateurs ou le Comité des Créances. Il ne m'a été remis par les différents officiers qu'une faible partie de ces documents. Plusieurs rapports des Secrétaires conjoints, sur les admissions à la pratique de la médecine, ne sont pas signés. De plus, il ne m'a été remis aucun rapport des admissions à la pratique de la médecine à l'assemblée de septembre 1892, aux deux assemblées de 1893, à celles de 1894, à celles de 1896, et pour 1895, je n'ai reçu que le rapport des admissions du mois de juillet.

Cependant, ces rapports doivent être la base fondamentale de toutes les entrées faites aux livres officiels du Collège. Il en résulte une impossibilité absolue de vérifier complètement ces livres et, en particulier, le livre des Minutes qui, j'ai pu le constater à plusieurs reprises, était souvent défectueux, par suite d'omissions, de répétitions ou d'erreurs dans les noms inscrits.

*Trésorier et Régistrare.*—D'un autre côté, il faut éviter la multiplicité des écritures, qui offrent toujours un danger d'erreurs. L'on doit tendre plutôt à simplifier les écritures autant que cela est possible, sans nuire à leur clarté et à leur contrôle.

A ce propos, je ferai remarquer que la division actuelle du travail entre les différents officiers et particulièrement le Trésorier et le Régistrare, offre une complication inutile des écritures. Elle force ces officiers à un échange fréquent de formules pour leur renseignement dans l'exercice de leurs fonctions. Et de plus, elle rend plus difficile le contrôle des noms des personnes en rapport avec le Collège.

*Dépot en Banque.*—Afin d'assurer un contrôle effectif de la recette et des dépenses, tout argent, de quelque source qu'il vienne, devra être déposé dans une banque incorporée, à l'ordre du Trésorier, dans un délai aussi court que possible.

*Paiement par le Trésorier.*—Tous les paiements seront faits par le Trésorier, sur l'approbation du Président, et les Secrétaires et Régistrare n'auront plus la faculté de faire des déboursés, comme cela se pratiquait par le passé. Cette règle devra s'appliquer aux remises d'honoraires, tout comme aux autres déboursés.

*Remises d'honoraires.*—Dans ce dernier cas, un candidat ayant droit à telle remise, s'adressera au Secrétaire auquel il aura payé les honoraires avant l'examen, et celui-ci lui remettra un ordre sur le trésorier, d'après une formule spéciale préparée à cette fin.

*Paiements par Chèques.*—Tous les paiements, même pour acquitter les menues dépenses, ou en remboursement d'honoraires, se feront par

chèques sur une des banques qui aura en dépôt les fonds du Collège. Ces chèques seront signés par le Trésorier.

*Pièces justificatives.*—Chacune des entrées de dépenses portée à la Caisse devra être justifiée par des pièces régulières. Quant aux menues dépenses, et à celles pour lesquelles le Trésorier ne devra pas obtenir de reçus, justification devra être donnée en chèque par une déclaration rédigée d'après une formule spéciale, relatant les détails et raisons de ce paiement, signée par le Trésorier et approuvée par le Président.

*Conservation des papiers.*—Afin d'éviter, à l'avenir, les inconvénients résultant de la perte de ces documents, dont on comprendra sans doute l'importance, je suggérerai que les documents, formules et autres papiers se rapportant aux examens, à l'admission des membres, à la tenue des assemblées, le registre médical et tous autres livres et documents dont les autres officiers n'ont pas ou plus besoin, et toutes les pièces autres que les pièces justificatives du Livre de Caisse, soient confiés à la garde exclusive du Régistrare. Et à cette fin, il lui sera fourni une armoire à dossiers (Filing Cabinet), un de ces meubles formés d'une série de petits tiroirs portant chacun une inscription qui en indique le contenu. Le Régistrare sera responsable de ces pièces dont il ne devra se départir pour aucune raison.

*Lettres et copies.*—Pour qu'il y ait de l'ordre dans les papiers et lettres des différents officiers, je proposerais qu'il leur fut fourni des filières à lettres, des filières à documents et des livres de copies de lettres. Ces filières et livres seront la propriété du Collège, et seront remis, par les officiers actuels, à leurs successeurs en fonctions.

*Contrôle des noms.*—Pour arriver au second but qu'on doit se proposer, c'est-à-dire établir un contrôle des noms des personnes qui entrent en relation avec le Collège, voici ce que je suggérerais ;

Le moyen le plus avantageux, le plus simple, le plus facile, est celui des fiches (card index system), remplies par le Régistrare sur réception des rapports des différents officiers. En consacrant une carte ou fiche à chacune des personnes qui entrent en relation avec le Collège, il vous sera facile de tenir un record constant et complet :

- 1° De tous ceux qui se présentent aux examens préliminaires ou finals ;
- 2° De tous ceux qui, aux examens, ont été heureux sur une ou plusieurs matières, et qui se présentent de nouveau aux examens ;
- 3° De tous ceux qui ont passé leurs examens, aux diverses Universités, devant les Assesseurs du Collège.
- 4° De tous ceux qui ont été rejetés une ou plusieurs fois aux divers examens ;
- 5° De tous les membres du Collège qui s'absentent de la Province durant un certain nombre d'années et ne sont pas, durant ce temps, sujets aux contributions.

Les cartes, ou fiches, seront, je crois, d'une grande utilité. Faciles à consulter, contrôlées par les livres des officiers, elles contiendront, pour ainsi dire, la généalogie, le Casier professionnel de toutes les

personnes relevant du Collège, soit comme candidats aux examens, soit comme médecins.

En terminant ce rapport préliminaire, je désire exprimer mon vif regret de n'avoir pu compléter mon travail à temps pour vous soumettre un rapport final à votre assemblée de juillet courant ; mais cela était matériellement impossible, étant donné le temps relativement court qui s'est écoulé depuis que j'ai reçu mes instructions. (1)

Il m'a fallu faire le relevé d'environ 1500 noms et les suivre sur une période de neuf années, dans le Livre des Minutes, le Livre de Caisse, et le Régistre Médical ; faire des recherches nombreuses dans les certificats et les papiers d'examen, les rapports d'officiers, les souches des reçus et une foule d'autres documents incomplets ou obscurs.

Dans un avenir prochain, je pourrai vous soumettre mon rapport complet qui comprendra, en sus des renseignements ci-dessus, un relevé des contributions, afin d'établir le montant dû par chacun des membres, s'il y a lieu, et aussi un relevé des entrées aux Livres de Caisse des divers officiers.

Ce sera alors le temps d'établir la responsabilité d'un chacun envers le Collège et j'aurai probablement à vous faire quelques suggestions qui compléteront celles que je viens de vous offrir.

Toutefois, les propositions qui précèdent, contribueront, si elles reçoivent votre approbation, à mettre le Collège à l'abri des erreurs du passé, et elles donneront effet à une résolution adoptée à l'assemblée triennale de juillet 1892, sur proposition de M. le Dr Arthur Desjardins, appuyée par M. le Dr Marsil, mais qui est restée jusqu'ici lettre morte. Cette résolution décrétait, entre autre choses : "Qu'il soit adopté à l'avenir, par le Bureau des Gouverneurs, des mesures énergiques pour établir un système complet de tenue des Livres."

Entre autres résultats, ces réformes augmenteraient de beaucoup les revenus du Collège. Par le passé nombre de membres ont pu échapper aux contributions réglementaires, et cela durant plusieurs années, peut-être. Cela a provoqué des plaintes, des mécontentements, des réclamations légitimes, et le Collège a été privé d'une partie notable de ses revenus. Avec le système que je propose, la perception des contributions et leur administration, comme celle des autres revenus, se fera plus régulièrement, portera plus également sur tous les membres de la profession, et fera disparaître une source d'injustices regrettables.

Le tout respectueusement soumis.

Montréal, 30 Juin, 1899.

(Signé)

GEO. GONTHIER,

*Auditeur.*

(1) M. Gonthier fut nommé auditeur du Collège des Médecins au mois de mars 1899, en remplacement de MM. Cinq-Mars et Riddell, qui se trouvaient dans l'impossibilité de poursuivre le travail que le Bureau des Gouverneurs leur avait confié.

## BIBLIOGRAPHIES.

Dr FRANTZ GLÉNARD.—*Les ptoses viscérales, (Estomac, Intestin, Rein, Foie, Rate)*, diagnostic et nosographie (*entéroptose, hépatisme*), par le Dr FRANTZ GLÉNARD, membre correspondant de l'Académie de médecine et de la Société médicale des hôpitaux de Paris, membre des sociétés médicales de Lyon, médecin de l'hôpital thermal de Vichy. 1 vol. grand in-8° avec 224 fig. et 30 tableaux synoptiques, 20 fr.—(Félix Alcan, éditeur).

Sous le nom de *ptoses viscérales* on désigne, depuis les travaux de M. Glénard sur l'entéroptose, les déplacements avec mobilité des organes abdominaux. Il a démontré que, dans ces déviations, le caractère fondamental était l'abaissement ou ptose. Cette doctrine est celle qui explique le mieux les causes et la nature de la maladie et fournit les indications thérapeutiques les plus utiles. Le terme entéroptose, en montrant en outre la part importante qu'on doit accorder à l'intestin dans la pathogénie, synthétise le complexus symptomatique des ptoses viscérales.

L'extrême fréquence accordée depuis M. Glénard aux ptoses viscérales est due à l'adoption des procédés de palpation préconisés par cet auteur.

M. Glénard montre que la gastroptose doit être distinguée de la dilatation de l'estomac ; qu'il existe une sténose chronique de l'intestin impliquant un déplacement et un trouble fonctionnel de cet organe. Il décrit, à côté du foie mobile classique, une hépatoptose avec foie souple, aminci et indolent, dans laquelle le foie est le siège d'une déviation fonctionnelle.

Par l'hépatoptose, qui est la phase ptosique d'une affection du foie, les ptoses viscérales se relient aux maladies dites de la nutrition, à certaines dyspepsies et névropathies d'origine hépatique, aux maladies classiques du foie. Le caractère familial de toutes ces maladies est un caractère hépatique, c'est le nom d'hépatisme qui doit être substitué à celui d'arthritisme pour les caractériser. Ces diverses maladies sont les phases successives d'un processus hépatique qui leur est commun, elles se succèdent chez un même sujet dans un ordre déterminé, elles reconnaissent les mêmes causes, trouvent leur traitement fondamental dans les mêmes moyens thérapeutiques.

Quant à la splénoptose, M. Glénard la considère comme une conséquence de l'affection hépatique. La rate mobile classique est une hypertrophie ptosée de la rate.

Les ptoses viscérales appartiennent à la pathologie interne et ne relèvent qu'exceptionnellement, et en cas de complication, de la chirurgie.



L. BARD.—*Précis d'anatomie pathologique*, par L. BARD, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Lyon, médecin de l'Hôtel-Dieu. *Deuxième édition, revue et augmentée*, avec 125 figures dans le texte, 1 vol. in-16 diamant, de XII-804 pages, cartonné toile, tranches rouges. (Masson et Cie, éditeurs).. 7 fr. 50

Le *Précis* dont nous présentons au public médical la seconde édition est moins encore un résumé d'anatomie pathologique destiné à la préparation des examens, qu'une sorte de manuel propre à servir de guide aux observations personnelles de chacun. L'auteur y a résumé, d'une part, dans un appendice spécial, les indications techniques qui sont nécessaires aux débutants pour aborder avec fruit la pratique des autopsies; d'autre part, il s'est toujours attaché à décrire les lésions anatomiques telles qu'elles se voient tant à l'œil nu qu'au microscope, en insistant particulièrement sur les détails que l'expérience de l'enseignement lui a montrés être les plus nécessaires pour éviter les confusions ou les causes d'erreur. Ce *Précis* continuera à être très utile à ceux qui voudront y joindre le complément indispensable d'observations pratiques personnelles. Dans sa concision et dans son cadre restreint, sans pouvoir tenir lieu de traités plus étendus, il suffira à ceux qui ne demandent à l'anatomie pathologique que le complément nécessaire de leurs études médicales; à ceux qui sont dominés par les préoccupations scientifiques, il apportera les premiers éléments de l'anatomie pathologique et leur inspirera le désir de la mieux connaître.

---

#### LE CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE.

---

Le XIIIe Congrès International de Médecine aura lieu l'année prochaine à Paris, durant l'Exposition (2-9 août 1900). La direction du Congrès, en nommant président du comité canadien le Dr Beausoleil, que la profession a rejeté avec tant d'éclat à l'élection du Bureau des Gouverneurs du Collège des Médecins de la Province au mois de juillet 1898, a commis une grave erreur, en même temps qu'elle impose à la profession médicale canadienne-française une humiliation que celle-ci n'a pas méritée. Cette nomination malheureuse va déterminer l'abstention d'un grand nombre de médecins de la province de Québec, et nous le regrettons. On aurait pu choisir facilement parmi les médecins canadiens qui ont étudié à Paris, qui s'y sont même fait une réputation, comme le Dr Azarie Brodeur, quelqu'un dont la nomination, plus facile à justifier, aurait rencontré l'approbation générale, et aurait resserré davantage les liens qui unissent le Canada à la France. Nous regrettons que le comité d'organisation du Congrès n'ait pas songé, avant d'agir dans cette affaire, à consulter le consul général de France au Canada, qui aurait pu lui fournir des renseignements fort utiles. Evidemment, nos amis d'outre-mer ne savent pas ce qui se passe chez nous.